


LO + POSITIVO

NÚM. 23 - OTOÑO 2002

PUBLICACIÓN GRATUITA SOBRE LA INFECCIÓN POR VIH

A man with dark hair and a slight smile, wearing a red sweater, is sitting on a motorcycle. He is looking towards the camera. The background is a tropical scene with palm trees and a colorful sculpture of a person with a large head. The sky is blue with some clouds.

Acabo
de saberlo

CONTACTO

Para responder un contacto:

- 1.º Introduces tu carta dentro de un sobre, le pegas un sello con suficiente franqueo y escribes a lápiz en el sobre el n.º de Referencia del contacto que deseas responder.
- 2.º 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 tus datos postales, para que podamos enviarte las respuestas.

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

REF: 0128

Chico 36 años, gay, VIH+, pasivo, me gustaría conocer chicos para posible relación. Soy sincero y cariñoso. Espero vuestras cartas. Gracias. No malos rollos.

REF: 0129

Soy Isabel. Tengo 37 años y soy seropositiva. Vivo en Valladolid; me gustaría entrar en contacto con amigos saludables para compartir actividades sin sentirme diferente. No descarto relaciones estables.

REF: 0130

Hola me llamo Meri y soy VIH+ desde 1998. Tengo 30 años y me gustaría cartearme con gente alegre y humana. Me gusta el buen cine, teatro, deportes de aventura y viajar con moto. Escíbeme.

REF: 0131

Preso en Orense, heterosexual, 35 años y VIH+. Liberal, optimista y con ganas de vivir y conocer gente. Deseo escribirme con mujeres de 20 a 40 años. Contestaré a todas. Doy armonía y buen rollo.

REF: 0132

Chico gay de 31 años, aunque aparento menos. VIH+, atractivo, pasivo sin pluma, 1,70, pelo moreno y corto, agradable, vitalista, amante de la vida sana, busco chico similar para intentar relación estable. Madrid.

REF: 0133

Carmen, 39 años, divorciada, desearía conocer buena gente con similares características, por carta o personalmente. VIH+ desde 1986, últimamente desmotivada. Aficiones: cine, música, naturaleza. Vivo en Madrid.

REF: 0134

Chico 28 años, bisexual, VIH+, en ningún momento lo asocio con algo negativo. Soy una persona optimista. Busco chicos que se consideren inteligentes y sanos, independientemente de que sean VIH+ o no, como yo me considero. Tenerife.

REF: 0135

Me llamo Pedro, tengo 33 años y me gustaría conocer chicas para relación estable. Me gusta el campo y la música.

REF: 0136

Hola soy Gabi, VIH+, vivo en un pueblo de Cataluña, y me gustaría conocer chicas para tener una buena amistad o una relación para compartir nuestras vidas para lo bueno y lo malo.

REF: 0137

Me llamo José, tengo 40 años, VIH+, valenciano. Tengo muchas ganas de encontrar una buena amistad, sincera y duradera. Me gusta viajar y mirar hacia delante. Si buscas una buena amistad escíbeme, prometo responderte.

REF: 0138

Me llamo José Luis, tengo 36 años y me gustaría conocer a chicos gays para amistad y posible relación, contestaré a todos.

REF: 0139

Chico de 37 años, VIH+, asintomático, me llamo Gabriel, desearía conocer chica sencilla de buen corazón que entienda nuestra problemática y que no le guste la soledad como a mí. Soy de Madrid. Animate.

REF: 0140

Chico de 34 VIH+, asintomático, me gustaría conocer chica de 25 a 30 años para compartir inquietudes y si todo va bien encontrar una pareja estable y feliz. Barcelona y alrededores.

REF: 0141

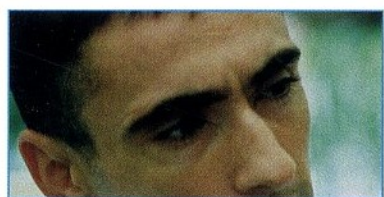
Tengo 29 años y espero que habrá alguna chica que podrá encender un volcán, el Etna de mi fría manera de ser.

REF: 0142

Rocío, transexual 28 años, VIH+, asintomática. Me gustaría amistad sana y sincera con personas VIH+. Me encanta escribir y recibir cartas. Soy muy optimista y alegre. Comunidad Valenciana y resto España.

OPINIÓN

- 4** Un asunto sucio **5** Prevenir cura, cuidarse previene
6 No somos culpables **7** Sexo, mediciones e inicio **8** El celuloide positivo **9** Red Hot+Riot **10** La participación comunitaria en medicina
11 Reflexiones **12** Noticias del sur **13** Experimentar con animales



EN PERSONA

- 14** Acabo de saberlo

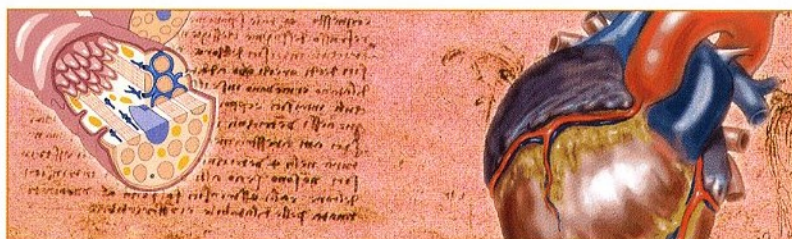
CUIDARSE

- 26** ¡Ay que dolor! **27** Mejor adhesión **30** Reducir niveles **32** Buscando MCA desesperadamente **35** Manos de oro



A CIENCIA CIERTA

- 36** Inmunoterapias (II) **38** Estrategias de sucesión TARGA (II) **40** El ABC de la piel (III) **43** Cada día, noticia **46** Un corazón para toda la vida



AL DETALLE

- 48** Hepatitis B y VIH (I) **50** Vacunas: acelerar para vivir **52** Ahora, también, microbicidas **54** Di no al N-9 **55** CONVIHDA: solidari@s al sur **56** Guía de recursos en la web



Vall d' Hebrón: un asunto sucio

La Residencia Sanitaria de la Vall d'Hebron de Barcelona fue construida en los años cincuenta a las faldas de la sierra de Collserola con la idea de cubrir el área norte de la ciudad, donde aparecían con rapidez nuevos y precarios barrios destinados a alojar a los miles de inmigrantes llegados del sur. No con sorpresa, su primer nombre fue "Residencia Sanitaria Generalísimo Franco".

Con la llegada de la democracia vino el inmediato cambio de nombre, pero los cambios en su abigarrada estructura arquitectónica y en su caduca organización interna han tardado mucho más.

Hace unos años se iniciaron las obras de remodelación de sus mastodónticos edificios. Como no se podían clausurar las instalaciones al completo, el sistema elegido fue el de ir planta por planta: cada nueva remodelación suponía el correspondiente traslado de servicio.

En eso estamos hasta que llegamos a la renovación de la unidad de enfermerías de la planta 6ª, una vez restaurada, debía alojar los servicios correspondientes. Mientras, los usuarios debían visitarse y hospitalizarse en la 4ª. Todo parecía según el plan previsto.

Vall d'Hebron
Hospital General
Pg. Vall d'Hebron, 119-129
08036 Barcelona
Tel. 93 274 61 61
Fax 93 274 00 58

Exemplar per a la Unitat d'Atenció a l'Usuari
Número de registre: Vall d'Hebron
Data d'entrada: Hospital General
Codi: 3336
Data: 16-9-02

Full de reclamacions

Dades de la persona que fa la reclamació / Dades de la persona que hace la reclamación
Cognoms i nom / Apellidos y nombre: MÚRIKA SOMMERO VICTORIA
DnA o NASS: PARELLA

Dades de l'usuari / Dades del usuario
Hospital: BARCELONA
Codi: BARCELONA

Dades de l'unitat / Dades de la unidad
Hospital: Vall d'Hebron
Codi: NHC

Urgències: específiques / Urgencias: específicas
 Inactiva física Intelectual Mèdic Administratiu Altres

Exemplar per a l'explicació / Exemplo para la explicación

- ESTA PLANTA ES TERCERNUNDISTA
 - LA HIGIENE BRILLA POR SU AUSENCIA
 - ABRES LA VENTANA Y CAE ARENILLA
 - EL SUELO ESTA ENGANCHOSO
 - TODO ESTA LLENO DE POLVO
 - LAS CORTINAS ESTAN LLENAS DE PORQUERIA Y MEDIO CAIDAS
 - BAÑO (11 PERSONAS)
1 BAÑERA (DUCHA) 2 WATERS
HACE TRES DIAS QUE HAY UNA HIERDA DENTRO DE LA BAÑERA, ¿LOS FAMILIARES TAMBIEN ENFERMAREMOS? AQUI HAY TODO TIPO DE PORQUERIA
- Signatura / Firma: V. HERRERA
Data / Fecha: 16.9.2002

deterioradas se une la sensación de abandono por parte de los servicios de limpieza. Una usuaria, Viky, presenta una reclamación con detalles espeluznantes: 4 y 6 personas por habitación, un lavabo para toda la sección de mujeres y dos para toda la de hombres, falta de aire acondicionado, el suelo se pega al pisarlo, polvo en las ventanas, cortinas sucias... Interrogados por los propios usuarios, los servicios de limpieza indican que no vale la pena una intervención a fondo, porque «total, nos iremos pronto».

Pero el cambio de planta no es tan sencillo como mover muebles. La dirección quiere aprovechar para modificar el régimen horario del personal de enfermería, a lo que se opone una parte de éste. Hemos llegado al meollo del asunto: unas instalaciones relucientes permanecen cerradas y otras sucias y obsoletas siguen abiertas por un conflicto laboral que han de sufrir los usuarios.

Una parte de las enfermeras no quiere cambiar su régimen horario y entiende su posición como un derecho adquirido. La dirección entonces opta por contratar nuevo personal para sustituir a quienes se niegan a este cambio, que serán recolocados en otras unidades de la residencia sanitaria.

¿Es ésta la mejor solución? Hay que tener en cuenta que el personal de enfermería que lleva años en el trato con las personas con VIH ha adquirido un patrimonio fundamental: experiencia profesional y memoria institucional. Es decir, es personal que se ha curtido en el abordaje, a veces muy complejo y a veces no sólo clínico, del VIH/SIDA y que por ello acumula un conocimiento precioso para garantizar el nivel de la calidad asistencial. También ha podido conocer las formas y procedimientos propios del centro, cómo funcionan las cosas en el hospital y en ese servicio, lo que se entiende como memoria institucional.

Si cambia la mayoría de las enfermeras, puede perderse la masa crítica que aseguraba la continuidad en la calidad de la asistencia a las personas con VIH. Incluso con gran motivación y buena preparación, y hasta formación a cargo de veteranas que hayan optado por quedarse, las nuevas profesionales necesitarán de un tiempo de adaptación y experimentación en los que habrá sin duda fallos.

Esperemos que en el momento de publicar este artículo esté por fin en pleno funcionamiento la planta 6ª del Hospital Vall d'Hebron y que el relato de este despropósito de retrasos y pérdidas sirva para que no se vuelva a repetir.



Prevenir cura cuidarse previene

«Quizá se está prestando demasiado atención a los tratamientos y estamos dejando de lado la prevención». No es una frase inventada, le he podido oír en diferentes foros pronunciada por distintas personas inquietas porque la urgencia de salvar las vidas de las personas con VIH haya ensombrecido los esfuerzos por evitar la transmisión. También resuena cuando se discuten las prioridades de financiación de programas públicos y privados. Pero el dilema entre prevenir o tratar puede no ser tal en último término.

Quizá una de las claves para entender por qué existe un continuo entre ambos extremos sea sustituir 'tratamientos' por el término inglés *care* que podemos traducir por 'asistencia' o 'cuidados' si es sustantivo, y por 'cuidar' si es verbo.

Cuidar a un individuo o a un colectivo hace que se sienta mejor, respetad@, atendid@, con su autoestima reforzada. Las personas que saben que están infectadas y tienen acceso a cuidados rompen con actitudes de negación sobre la propia existencia del VIH y sobre su posibilidad de transmisión. A su vez quienes l@s cuidan, sea por relaciones personales o profesionales, demuestran que no hay que temer la transmisión por el simple contacto cotidiano, lo que contribuye a disipar creencias erróneas y alarmistas sobre la transmisión.

Una mayoría de personas que viven con VIH no conoce su estado serológico. No creen que tengan necesidad de hacerse la prueba, minusvaloran las situaciones de riesgo que han experimentado o mantienen una actitud de negación por miedo al estigma y la discriminación. El uso creciente del asesoramiento y las pruebas voluntarias del VIH es un factor importante para fomentar cambios en los comportamientos de riesgo, que, a su vez, se traducirán en una prevención más eficaz. La disponibilidad de asistencia y tratamiento para el VIH -una fuente de esperanza- puede constituir un incentivo poderoso para que las personas se decidan a averiguar su estado serológico.

Un ejemplo que se destacó en la Conferencia de Barcelona, que ya se mencionaba en el anterior número de LO+POSITIVO, es el de un programa en cuatro centros en la India donde un incremento de la disponibilidad de asistencia sanitaria para el VIH condujo a una mayor demanda de servicios tanto de prevención como de asistencia. Es más, la expansión de los servicios asistenciales y de apoyo en el ámbito comunitario generó una mayor implementación de programas y un aumento del uso de los métodos por parte de poblaciones en situación de riesgo.

Es decir, que allí donde se prestan cuidados a las personas con VIH, se produce un efecto *boomerang* beneficioso para toda la comunidad. Esos servicios permiten romper el silencio, convertir en reales a l@s seropositiv@s y deshacer rumores o falsas percepciones sobre la epidemia. Esto contribuye a disminuir el estigma y la discriminación, lo que a su vez reduce el miedo hacia a ambos. En este contexto menos personas tendrán reticencias a acudir a los centros de pruebas y *counselling* del VIH y más conocerán que viven con VIH. Esto les permitirá evaluar sus prácticas de riesgo y en último término la adopción de habilidades de prevención. De esta manera, la asistencia y apoyo a las personas que viven con el VIH pueden ayudar a proteger la salud del público en general al mejorar la eficacia de los esfuerzos preventivos.

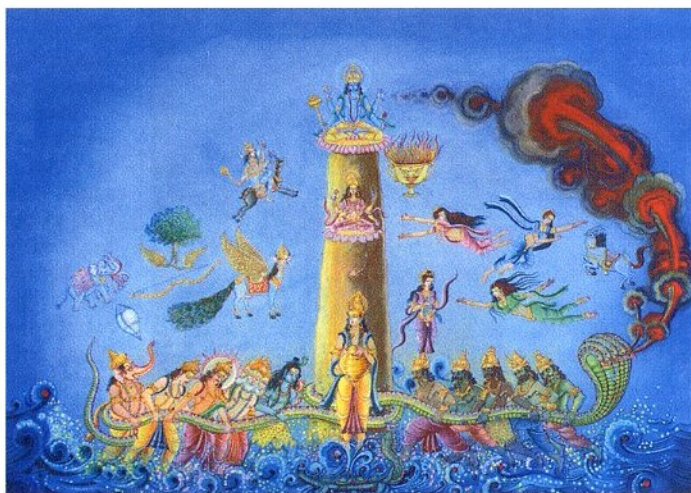
Con frecuencia olvidamos que cuando desarrollamos intervenciones en prevención estamos presuponiendo que entre la población diana a la que nos dirigimos puede haber -y suele haber- personas con VIH.

Las personas con VIH conocen las situaciones y las prácticas de riesgo. Numerosas evaluaciones de programas de intervención en prevención han evidenciado que su participación activa en el diseño y ejecución de dichos programas mejora su eficacia y resultados. Si a esto añadimos un aumento de los recursos y esfuerzos dedicados a tal fin, lograremos

una reducción del número de infecciones. Al mantener limitado el número de personas con VIH, se pueden optimizar la calidad asistencial y las ayudas sociales que se les proporcionan.

Por estos motivos, cada vez resulta más evidente que la asistencia relacionada con el SIDA es una inversión provechosa que beneficia directamente a las personas con el VIH/SIDA, al tiempo que refuerza la prevención de la epidemia con el consiguiente impacto positivo para el conjunto de la sociedad.

Referencia: Documentos sobre Prevención y Asistencia de ONUSIDA en www.unaids.org



No somos culpables

Hay situaciones del pasado que prevalecen en el presente y que un@ debe intentar superar, por su propio bien y por el de l@s demás, por la propia vida, por la supervivencia y sobre todo por no entrar en la dinámica de la desesperanza y la autodestrucción.

Realmente son muchas las situaciones difíciles que tod@s, tarde o temprano, tenemos que afrontar a lo largo de nuestras vidas. Yo, como todo el mundo, me he visto no una, sino varias veces teniendo que presentar batalla a la vida, y sin duda alguna, una de las que más mella hizo en mí fue mi diagnóstico positivo al VIH. Fue una situación realmente penosa, no pude siquiera pensar o reflexionar sobre cuál era mi situación, sobre qué significaba ser una persona enferma de VIH/SIDA.

Mi prioridad en el momento de la traumática noticia era sobrevivir ya que en aquellos momentos tanto mi cuerpo como mi mente estaban bajo mínimos; desde el punto de vista médico yo podía morir en cualquier momento. No podía pensar en lo que era el VIH ni lo que eso iba a implicar en mi vida, ¡yo tenía que vivir!

Mi niña de 10 meses me necesitaba, ella era lo único que importaba. Sabía que la muerte me rondaba y en aquel entonces no importaba si era por SIDA o por cualquier otro motivo, lo realmente importante era sobrevivir. Mi lucha se limitó a superar el gran bache, a recuperar poco a poco mi salud y aunque algun@s lo dudaron después de un ingreso hospitalario de dos meses, conseguí, aunque todavía muy débil, volver a casa y reunirme con mi familia.

A medida que mi salud se iba lentamente recuperando, mi mente empezó también a pensar y los miedos aparecieron. Era completamente consciente del rechazo social que envuelve esta enfermedad y sentí horror, pena e impotencia ante la posibilidad del rechazo, del juicio sin conocimiento y de la muerte. Y me escondí, como el caracol que se esconde en su caparazón cuando percibe el peligro.

No hice partícipe a nadie, con excepción de mi pareja, de cuál había sido el motivo real de mi ingreso. Decidí no contárselo ni a mi familia, ni a mis amig@s; sólo por miedo, miedo a afrontar una realidad que me superaba desde cualquier punto de vista, me sentía completamente incapaz de afrontar todos aquellos sentimientos que me invadían. ¡Ojalá hubiese sabido en aquellos momentos de los grupos de apoyo! Yo no tuve esa oportunidad y lo cierto es que me costó mucho tiempo reunir la fuerza necesaria para comunicar a l@s mí@s cuál era la situación real, ¡ni que fuera una asesina!

Emocionalmente fue maravilloso comprobar que ninguno de mis seres queridos me rechazó, eso me hizo pensar que cuando lo que une a las personas es el amor, cualquier situación adversa es superable.

Me hizo darme cuenta de que a pesar de todo seguimos siendo gente válida, creativa y sobre todo con una visión diferente de la vida, con una capacidad de valorarla que antes de la enfermedad much@s no teníamos. Todo eso significó un nuevo impulso y una nueva esperanza en mi vida. Aun así, tengo que reconocer que todavía hoy me cuesta confiar sobre mi condición de VIH+. Sigo teniendo cierto miedo y me siento vulnerable ante reacciones de mi entorno, sigo padeciendo de algún modo los efectos de la estigmatización no superada, aunque hay que reconocer que muy mejorada.

No puedo evitar pensar que esa mejoría generalizada en la reacción de la sociedad ante el VIH, se debe por una parte a la difusión (todavía muy insuficiente) de los adelantos en la investigación tanto de lo que es 'el bicho', como el modo de luchar contra él; y por otra, quizás más importante, al mucho amor que tod@s hemos invertido en este tema, porque... ¿quién no está de alguna forma afectad@ por el SIDA?, ¿quién no tiene un familiar, un amig@?, ¿quién no ha visto un reportaje o un documental que le haya movido un poco el sentimiento de ternura, el de amor, la conciencia?

Realmente pienso que el amor es nuestra gran esperanza de conciencia normalizada, de impedir que nos miren raro por la calle, impedir que tantísimas personas, hombres, mujeres y niñ@s, mueran y malvivan sin ninguna necesidad, sin ninguna justificación. Pienso que deberíamos reunir todas esas pizcas de amor y convertirlas en una gran fuerza capaz de cambiar los intereses de los gobiernos y de las entidades de poder, capaz de hacer llegar a todos los rincones del planeta una posibilidad real de aparcarse para siempre ese miedo a la incompreensión por un lado y a la muerte por otro, que implica todo diagnóstico VIH+; una gran fuerza capaz de evitar el sufrimiento gratuito que padecemos la gente afectada por VIH al hacernos susceptibles de ese sentimiento mezcla de rechazo y de compasión ("pobrecit@ enferm@ de SIDA") que todavía se percibe de forma muy clara en gran parte de la sociedad.

Me parece obvio que el gran daño que en ese sentido hizo la difusión informativa en los primeros tiempos es todavía latente, que todavía hoy existe una gran ignorancia, una gravísima falta de información entre el público mayoritario, y que rectificar esa carencia es una responsabilidad incumplida por parte de los medios a los que corresponde hacer llegar a la gente una información más correcta y actualizada de cuál es la situación.

Lo triste de todo esto es que como resultado de la estigmatización completamente injusta e innecesaria, aquí estamos l@s afectad@s sufriendo y callando una enfermedad de la que no somos culpables.

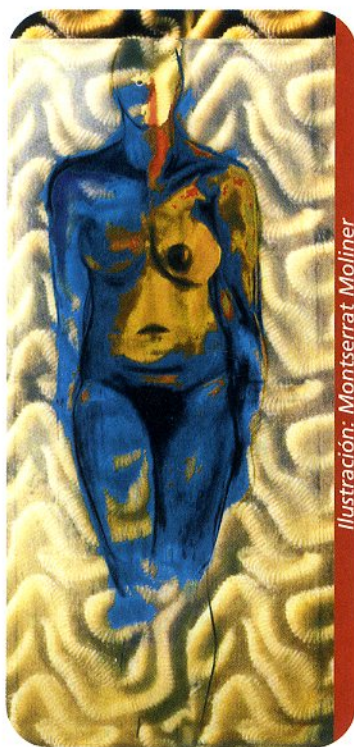


Ilustración: Montserrat Moliner

SEXO, mediciones e INICIO de tratamiento

Desde que se detectó el hecho de que las mujeres tenían menor carga viral en los primeros estadios de la infección, se hicieron intentos para determinar qué influencia podía tener esa diferencia en la progresión de la infección en mujeres y si debería traducirse en unas recomendaciones diferentes para su tratamiento. Ninguno de ellos, sin embargo, tuvo unos resultados tan claros como para hacer que las autoridades médicas se decidieran a reflejarlos en un protocolo terapéutico diferenciado.

Basándose principalmente en cohortes compuestas en su mayoría por hombres, las directrices internacionales actuales señalan para el inicio del tratamiento dos factores fundamentales: el recuento de CD4 y la carga viral. Si se tienen en cuenta resultados que indican que las mujeres tienen índices similares de progreso a SIDA que los hombres a pesar de partir de cargas virales más bajas, cabe suponer que ello puede tener implicaciones en el manejo del VIH y en los mecanismos de patogénesis viral en mujeres.

Un grupo de investigador@s pertenecientes a varios organismos estadounidenses realizó una revisión epidemiológica de los datos procedentes de 13 estudios seleccionados en los que se evaluaba si las mujeres tenían niveles inferiores de ARN vírico que los hombres en estadios similares de la infección. Nueve de estos estudios eran transectoriales (la comparación se realizaba en un momento determinado) y establecían que las mujeres tenían cargas virales de 0,13 y 0,35 log menos que los hombres. Los otros cuatro estudios eran longitudinales (se hacían mediciones a lo largo de un tiempo determinado) y mostraban que la diferencia era de 0,33 a 0,78 log, lo que llevó a los autores de la revisión a concluir que existe una asociación entre el sexo femenino y bajos niveles de carga viral. Dado que las mujeres y los hombres progresan a SIDA a un ritmo similar, es posible que el aumento en la carga viral con el tiempo sea más alto en las mujeres, por lo que consideran que es preciso investigar más a fondo la posibilidad de que las mujeres inicien tratamiento ARV con cargas virales más bajas, sobre todo cuando se encuentran en los primeros estadios de la infección.

Otro estudio realizado por Timothy Sterling y Thomas Quinn (Facultad de Medicina Johns Hopkins) también detectó estas diferencias de carga viral en mujeres recién diagnosticadas con respecto a los hombres (un tercio menos), aunque observó que ello no afectaba al curso de la enfermedad, ya que ellas progresaban a SIDA en el mismo número que éstos. Según los autores, estudios previos realizados en hombres demostraron que la carga viral podía ser utilizada como predictor de la progresión a SIDA, pero los datos de su estudio confirman que, al ser la carga viral mucho más baja en mujeres que en hombres, no es tan válida como predictor en aquéllas.

Pero a pesar de tener una carga viral significativamente más baja que los hombres tras la seroconversión, el ritmo de aumento con el

tiempo era mayor en mujeres, por lo que la trayectoria de la carga viral en controles de ambos sexos tendía a igualarse tras 7 años de la seroconversión.

Hasta el momento se desconoce cuál es el mecanismo que condiciona la diferencia entre ambos sexos, pero se han apuntado diversas hipótesis, entre ellas que las diferencias hormonales podían ser las responsables. El estrógeno regula la expresión del factor de necrosis tumoral, que a su vez influye en la expresión del VIH-1 de tal forma que las respuestas inmunitaria y humoral más



pronunciadas en mujeres (posiblemente relacionadas con las hormonas) podrían afectar a la respuesta citotóxica de las células T, que parecen ser las que controlan la replicación del VIH-1 y hacer más lenta la progresión de la infección.

Otra posible hipótesis se relaciona con el ritmo más rápido de recambio de CD4 en la infección por VIH: las diferencias entre sexo en cuanto a los factores responsables de la renovación de CD4 podría tener como resultado una menor liberación de VIH-1 en plasma en mujeres, con la consiguiente reducción de carga viral aunque con similares recuentos de CD4 en el mismo estadio de la infección.

Una vez más, el resultado de estos estudios indica que la investigación en este sentido ha de ser más profunda, más abundante y más sensible a las diferencias derivadas del sexo.

Fuente: NATAP: www.natap.org/2002/september/091302_6.htm

EL CELULOIDE POSITIVO

Desde los inicios de la irrupción de la infección por VIH/SIDA, el séptimo arte ha sentido la necesidad y la preocupación de mostrar el impacto de la pandemia en nuestra sociedad. El resultado, desigual y en ocasiones poco comercial, puede seguirse a través de una no exigua filmografía que se ha visto marcada en líneas generales por el desarrollo e historia de la propia infección.

Los primeros largometrajes que tomaron la epidemia como tema central estaban ambientados en los estragos que causó el VIH/SIDA en la comunidad homosexual, especialmente la estadounidense (Miradas en la despedida, Compañeros Inseparables, Philadelphia). En algunos de estos productos, la mayoría procedente de la industria cinematográfica americana, «el SIDA era utilizado como una simple excusa para servir en bandeja dramas lacrimógenos» (1).

Con el paso del tiempo, y como consecuencia de la incidencia de la infección en otros sectores de la población, directores y guionistas interesados en el tema quisieron mostrarnos que la pandemia no sólo afecta a la comunidad gay, sino que cualquiera puede estar expuest@ a su efecto devastador (Las noches salvajes, La niña de tus ojos o el cortometraje español Se buscan abrazos).

En la actualidad, cuando se ha reducido y estabilizado la mortalidad a causa del SIDA y se ha prolongado la esperanza de vida de las personas seropositivas, al menos en el mundo desarrollado, el reto al que se tiene que enfrentar hoy día cualquier cineasta que quiera abordar el tema del SIDA en su cinta, consiste en reflejar los nuevos rumbos que ha adquirido la infección, y su impacto social y sanitario en este nuevo mundo globalizado.

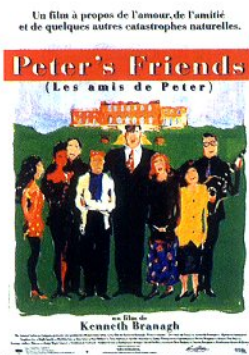
Una muestra de ello se puede ver en la película *Del otro lado* (México-EE UU, 1999), presentada en el pasado Festival Internacional de Cine Gay y Lésbico de Barcelona. El largometraje cuenta la historia de un joven seropositivo mexicano que, como consecuencia del fracaso del insuficiente tratamiento recibido en su país, se ve en la obligación de inmigrar ilegalmente a EE UU para obtener la terapia que le permita sobrevivir. La cinta toca de lleno un tema candente y de gran preocupación: el impacto de la infección por VIH/SIDA en los nuevos flujos migratorios; la necesidad lícita de abandonar el país de origen («donde ser seropositiv@ es todo un lujo») en busca de un derecho fundamental para todas las personas: el derecho a la vida.



Referencia: (1) CASTILLEJO, J., *Cine y Sida*, Programa del ciclo 438 'Cine y SIDA', IVAC-La Filmoteca.

Cine y SIDA en VALENCIA

Con motivo de la conmemoración del día 1 de diciembre, día mundial de la lucha contra el SIDA, la Coordinadora de Asociaciones de la lucha contra el SIDA de la Comunidad Valenciana, CALCSICOVA, organiza en Valencia un ciclo de Cine y SIDA, con el que quieren recordar que el VIH/SIDA existe todos y cada uno de los días del año y no únicamente el día fijado en el calendario. El ciclo, organizado conjuntamente con la Filmoteca Valenciana, pretende mostrar las relaciones entre el cine y el VIH/SIDA desde una perspectiva lo más amplia posible.



Las proyecciones tienen lugar en la sala de La Filmoteca Valenciana desde el 10 de octubre al 7 de diciembre.

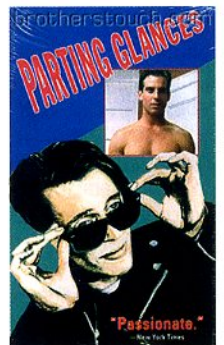
En la selección de las cintas se ha tenido en cuenta el criterio de ofrecer al espectador una visión de la situación lo más próxima a la realidad, huyendo en la medida de lo posible de películas que sirvieran para despertar compasión, pena o situaciones poco 'normalizadas'. También, se ha tenido en cuenta aquellas películas que han mostrado que la infección por VIH/SIDA nos puede alcanzar a tod@s y que las reacciones de miedo, rechazo o discriminación que suscita el hecho de conocer que una persona es seropositiva todavía siguen vivas.

El ciclo se compone de siete largometrajes y un cortometraje de nacionalidades diferentes que esperamos os gusten y disfrutéis:

- Parting Glances* (Miradas en la despedida, EE UU, 1986)
- Peter's Friends* (Los amigos de Peter, Gran Bretaña, 1992)
- Les nuits fauves* (Las noches salvajes, Francia-Italia, 1992)
- La niña de tus sueños* (España, 1995)
- Kids* (EE UU, 1995)
- Jeanne et le garçon formidable* (Jeanne y el chico formidable, Francia, 1997)
- A. B. C. Africa* (Irán-Francia, 2001)
- Positivo* (España, 2000)

Lugar: IVAC-La Filmoteca, Plaça de l'Ajuntament 17, 46002 València.

Horarios: La información detallada sobre los horarios la puedes encontrar en las carteleras de La Filmoteca o en su sitio web: www.ivac-lafilmoteca.es



CALCSICOVA

Filmo grafía

Si os gusta el séptimo arte y queréis conocer cómo se ha plasmado la realidad del VIH/SIDA en el celuloide, os proponemos una selección de títulos que podéis completar con los que se proyectan en el ciclo 'Cine y Sida' de Valencia.

LARGOMETRAJES:

- Ein Virus kennt keine Moral* (Un virus no conoce moral, Alemania, 1985-86)
- Longtime Companion* (Compañeros Inseparables, 1990)
- Philadelphia* (Filadelfia, EE UU, 1993)
- Jeffrey* (EE UU, 1996)
- The perfect son* (El hijo perfecto, Canada, 2000)

CORTOMETRAJES:

- Se buscan abrazos* (España, 2002)
- Zürück auf Los!* (Alemania, 2000)

DOCUMENTALES:

- Before you Go: A Daughter's Diary* (EE UU, 1996)
- Femmes aux yeux ouvertes* (Francia, 1995)
- It's My Life: Zackie Amat* (Sudáfrica, 2001)
- The Heart of the Matter* (EE UU, 1994)
- Wa'n Wina (Sincerely you)* (Sudáfrica, 2001)

RED, HOT & RIOT

la música y el espíritu
de Fela Kuti



El pasado 15 de octubre salió a la venta la última producción discográfica de la ONG The Red Hot Organization, el álbum *Red Hot + Riot. The Music and Spirit of Fela*. Se trata de un homenaje al controvertido músico nigeriano Fela Kuti, creador del denominado afrobeat, que falleció de SIDA en 1997.

Desde hace más de diez años la organización Red Hot lleva editando una colección de discos monográficos, una parte de cuyas ventas está destinada a organizaciones de todo el mundo que trabajan en el campo del VIH/SIDA. Los éxitos de ventas de todos los productos Red Hot –no sólo producen música, el video y el arte se cuentan también dentro de sus vehículos de expresión– se han disparado. ¿La fórmula? Música de calidad de la mano de primerísimas figuras del panorama internacional al servicio de una causa justa.

Siguiendo el criterio de Red Hot de priorizar aquellas áreas geográficas más castigadas por la epidemia, como ya hiciera antes con Red Hot+Rio o Red Hot+Latin, esta vez es el turno de África y para ello ha reunido en un álbum 20 títulos en los que el talento y el espíritu de Fela Kuti impregnan las voces de los artistas más cosmopolitas: Femi Kuti, Macy Gray, Kelis, Sade, D'Angelo, Positive Black Soul, Les Nubians...

Resulta paradójico, no obstante, que Kuti, una figura crucial en África no sólo por su talento musical sino también por su labor política, y que como decimos murió de SIDA, reciba un homenaje de tales características después de negar por muchos años la existencia del virus.

Discografía de The Red Hot Collection

Los CD se pueden adquirir fácilmente en tiendas especializadas o grandes superficies. Si lo prefieres, puedes comprarlos en el sitio web de Red Hot (también en español): www.redhot.org

- 1990: *Red Hot + Blue. Homenaje a Cole Porter.*
- 1992: *Red Hot + Dance.*
- 1993: *Red Hot + No Alternative. Rock alternativo.*
- 1994: *Red Hot + Country.*
- 1994: *Red Hot On impulse. Homenaje a John Coltrane.*
- 1995: *Red Hot + Bothered. Rock independiente.*
- 1995: *Red Hot + Cool (Stolen Moments). Jazz y hip hop.*
- 1996: *Novabossa. Red Hot On Verve.*
- 1996: *Offbeat: A Red Hot Soundtrip.*
- 1996: *Red Hot + Latin (Silencio = Muerte).*
- 1996: *Red Hot + Rio.*
- 1996: *Red Hot: America is Dying Slowly. Rap.*
- 1998: *Red Hot + Lisbon.*
- 1998: *Red Hot + Rhapsody. Homenaje a Gerschwin.*
- 2001: *Red, Hot and Indigo. Homenaje a Duke Ellington.*
- 2002: *Red Hot + Riot. Homenaje a Fela Kuti.*



La participación comunitaria en medicina más allá del VIH

Esta tarde de julio, dentro de los días de la Conferencia Internacional sobre el SIDA, hace calor, y en una sala están reunidas personas de muy diversas procedencias: desde agencias de salud internacionales, al mundo de la práctica clínica, organizaciones no gubernamentales y, en su más amplio sentido, la comunidad. El tema de esta tarde son las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y su relación con el VIH: ¿por qué no existen ONG de lucha contra los condilomas y la gonorrea?

La estrecha relación entre VIH e ITS

Las ITS son enfermedades muy antiguas, existían desde mucho antes de la infección por el VIH. La humanidad se acostumbró a vivir con la sífilis, la gonorrea, el herpes genital, los condilomas, las ladi-llas y la sarna. Su padecimiento tenía, según el contexto, según las circunstancias, según el sexo de la persona, connotaciones estigmatizantes o de orgullo por la iniciación en la vida adulta. Son consideradas de la misma manera que la práctica del sexo: algo vergonzante o de lo que alardear, según.

Con la aparición del VIH, las ITS comenzaron a ser valoradas de otra forma. Por una parte perdieron parte de la atención de los clínicos y autoridades sanitarias en comparación con el VIH, y por otra se comenzaron a ver como una gran oportunidad para la prevención de la transmisión del VIH.

ITS y VIH comparten una vía de transmisión importante: el sexo sin protección. Y por tanto, las personas que tienen mayor riesgo de padecer ITS también tienen mayor riesgo de sufrir la infección por el VIH. Sin embargo, a pesar de que ambas enfermedades afectan fundamentalmente a personas de características muy similares, la respuesta de la comunidad ha sido muy diferente en cada uno de los casos.

La comunidad: el "Robin Hood" colectivo en la lucha contra el SIDA

Comunidad: palabra ambigua, palabra maldita, palabra mágica para las instituciones de salud pública, para la industria farmacéutica, para los poderes políticos, para la ciencia... dentro del contexto del VIH-SIDA.

El SIDA ha sido un motor que ha ocasionado cambios sin vuelta atrás en la forma de entender la medicina. Por primera vez en la historia de la medicina, la sociedad civil ha tenido un papel protagonista. *Sobre todo en los procesos de lucha por los derechos. El primero: el derecho a la salud y, por tanto, a recibir el mejor tratamiento posible. Pero también otros muchos derechos: al trabajo, a la no discriminación, a una vida sexual (y reproductiva) satisfactoria, etc.*

El proceso que ha facilitado este papel protagonista de la comunidad en el mundo del VIH-SIDA ha sido complejo, seguramente partió de los movimientos asociacionistas de las comunidades gay de Estados Unidos. Seguramente se fue alimentando y fortaleciendo con las connotaciones que rodeaban al SIDA, más intensas en un primer momento: estigma, culpa, rechazo social, marginación. La comunidad tomó también conciencia de intereses económicos, profesionales, personales, ambición en una palabra, en el mundo de la medicina. Todo esto, y seguramente otros factores más, ocasionaron

que la sociedad civil, la comunidad, tomara un papel activo (de exigencia, reivindicación, protesta, denuncia) frente a las instituciones y personas que ostentaban el poder y la responsabilidad sobre la salud, en su más amplio sentido, de las personas.

Este movimiento de la comunidad se fue extendiendo progresivamente primero a Europa y luego a otros continentes, a otras culturas: de Latinoamérica al Sudeste Asiático, de África a Europa del Este. Y esto ha cambiado la forma de entender el derecho a la vida, ha cambiado la forma de luchar por los derechos individuales de las personas, desde un frente colectivo.

La comunidad: Cenicienta en el control de las ITS

Volviendo ahora a las ITS, un problema para su control es la falta de una estrategia que contemple la coordinación y de definición de los roles entre los niveles de asistencia (primario, secundario, terciario) y el posible papel de los diferentes actores, especialmente el de la comunidad en facilitar la búsqueda de asistencia y disminuir la estigmatización de las ITS.

Es cierto que, hasta ahora, la comunidad no ha tomado un papel definido en el control de las ITS. Pero, al igual que en el VIH-SIDA, tiene un amplio campo por delante, tiene un espacio propio que no es (ni puede ser) cubierto por otros actores.

La comunidad tiene mucho que decir en el campo de las ITS: debe presionar para conseguir la mejor atención, en parte a los proveedores de salud. Pero también a sus propios miembros, para evitar la automedicación y la utilización de los recursos de la medicina alternativa y tradicional. También la comunidad ha de ser consciente de sus responsabilidades, como pudiera ser en el campo de la educación sexual, herramienta de prevención, pero también de desarrollo integral de la persona.

Los tiempos están cambiando, realmente no dejan de cambiar, y ahora que se está asistiendo a la lenta desaparición de un modelo de ejercicio de la medicina, vertical y paternalista, es el momento en el que la comunidad debería tomar un papel más activo en la salud, derecho del individuo, pero también derecho de la comunidad. Pero ¿será eso posible? ¿Se adaptará la experiencia comunitaria del VIH al resto de la medicina? ¿Se crearán modelos diferenciados, o podremos elaborar un estándar? ¿Quiere la sociedad en su conjunto rescatar el manejo de salud del monopolio especializado?

Tal vez sí habría que aprovechar el impulso tomado por el movimiento comunitario en el campo del VIH-SIDA para extender esta participación en la gestión de la salud, en la toma de decisiones al más alto nivel, en la presión para la ejecución de los compromisos a otras muchas enfermedades, no sólo las ITS. ¿Por qué no la diabetes, o el cáncer o las enfermedades cardiovasculares?

Reflexiones de una tarde de verano

Era una cálida tarde de verano, allá por el mes de julio. La gente hablaba alegre, bebíamos refrescos y pillábamos alguna patata frita. Un momento de celebración, también los hay en la comunidad. Sentada en una escalera de piedra vieja, observaba unas niñas pequeñas jugando y tambaleándose en sus primeros pasos. Me llenan de alegría, las vi nacer. Sus madres son mujeres valientes y fuertes que optaron por vivir su maternidad a pesar de ser seropositivas.

Estas mujeres tomaron decisiones responsables afrontando sus miedos e interrogantes, buscando respuestas en su entorno y con la compañía de personas afines y amigas. Así llevaron adelante su embarazo haciendo un buen seguimiento médico y acogiéndose a las medidas de prevención de la transmisión materno-infantil. Sus hijas nacieron, han crecido, juegan, sonríen, aprenden sus primeras palabras, y además son VIH negativas.

Perdida entre sus juegos infantiles y sus pieles suaves, me vino a la cabeza un dato que había leído aquella mañana: la mitad de las nuevas infecciones por VIH se da entre la gente joven (15 a 24 años). O sea, aquellas pequeñas que en su día habían estado expuestas al VIH pero habían nacido sin virus gracias a muchas responsabilidades conscientes, las mismas... van a seguir creciendo, llegarán a ser adolescentes jóvenes con ganas de vivir, y entonces volverán a estar expuestas a la infección por VIH. Estadísticamente tendrán muchas más probabilidades de ser infectadas en esta segunda ocasión. Además la tasa de nuevas infecciones entre niñas es 5 ó 6 veces más alta que entre los niños.

La prevención sigue siendo una asignatura superpendiente. Pero entre los países llamados del primer mundo, la prevención de la transmisión madre-hijo ha sido un éxito, alcanzando cifras de transmisión realmente muy bajas. De este modo, la situación actual nos permite enfatizar la calidad de los servicios de forma que permitan a las mujeres:

- ✓ escoger si quieren saber o no su estado serológico,
- ✓ controlar su fertilidad,
- ✓ llevar un embarazo hasta el fin de forma segura y legal,
- ✓ tener mientras tanto acceso a los tratamientos antirretrovirales si es necesario y
- ✓ finalmente dar a luz a su hijo.

La gente joven, mientras está tratando de consolidar su identidad y establecer su sitio en el mundo, es particularmente vulnerable a la infección por VIH. Y, paradojas de la vida, dicen que son también

los jóvenes quienes ofrecen la esperanza más grande para cambiar el curso de la epidemia si reciben las herramientas y el soporte necesarios para hacerlo.

A algunos sectores del mundo adulto les cuesta admitir que la gran mayoría de jóvenes:

- ✓ empiezan su actividad sexual a una edad relativamente temprana, en general antes de casarse,
- ✓ no son monógamos,
- ✓ y no usan condones de forma suficientemente regular como para asegurarse una protección adecuada y eficaz.

Además, la experimentación con drogas, incluso por vía intravenosa, acostumbra a darse durante la juventud.

La experiencia recogida tanto de programas como de campañas de prevención nos han llevado a la firme conclusión de que «conocer y saber» no se convierten necesariamente en «hacer».

Si el futuro del curso de la epidemia depende de los esfuerzos que se construyan actualmente para prevenir la infección entre los jóvenes, es esencialmente necesario que estos niños y jóvenes que crecerán siendo extremadamente vulnerables al VIH, dejen de ser meros receptor@s de asistencia para llegar a ser participantes activ@s en los procesos establecidos para mitigar los efectos de la pandemia. La gente joven necesita claridad, necesita recursos y espacios para clarificar sus valores, sus actitudes y sus comportamientos con libertad y respeto. Paralelamente, las estrategias y las acciones son más eficaces cuando se tienen en cuenta las diferencias de género y cuando se ayuda a las chicas a desarrollar su poder como contrapeso a las desigualdades culturales y sociales que las hacen más vulnerables que a sus compañeros masculinos.

Las pequeñas siguen jugando alegres y ajenas a las preocupaciones de los mayores. Pero que ellas vuelvan a estar expuestas al VIH habiendo desarrollado sus capacidades de decisión, una conciencia abierta y una autoestima valiosa y sólida, depende fundamentalmente de nosotr@s y requiere una acción comprometida de todos los niveles de la sociedad.



NOTICIAS del sur

Entre las múltiples listas de correo de noticias que se generan desde y hacia América Latina, en esta ocasión queremos destacar el *Boletín Acceso Centroamérica* de la organización Agua Buena de Costa Rica. Este boletín se publica cada mes y tiene como finalidad difundir información y denunciar ante el resto de países latinoamericanos y del mundo la situación actual de las personas viviendo con el VIH/SIDA en la región, apoyando los esfuerzos comunitarios y de soporte a las PVVS en el acceso a sus medicamentos y en la superación de las violaciones de los derechos humanos.

En este boletín se reseña de forma muy acuciosa la demanda que realizaron algunas organizaciones ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos por el incumplimiento de las promesas de acceso a tratamiento por parte de varios gobiernos latinoamericanos para las PVVS en la región.

En su contexto: múltiples demandas invaden la Comisión Interamericana de Derechos Humanos.

En una acción desesperada y después de años de conversaciones, las PVVS latinoamericanas han decidido demandar a sus gobiernos ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos. A pesar de lo dictaminado por la Comisión y de la delicada situación de los demandantes, lo cierto es que la mayoría de los gobiernos aún no ha cumplido.

El Salvador:

Fue el primer país latinoamericano que presentó su caso ante la Comisión. En 1999, con el apoyo de la asociación Agua Buena y otras PVVS del Grupo Atlacatl presentaron la solicitud de medidas cautelares para 44 personas.

El gobierno salvadoreño tardó varios meses en cumplir estas medidas. Como consecuencia, varias de las personas demandantes murieron sin recibir tratamiento. En la actualidad más de 400 PVVS reciben medicamentos antirretrovirales por parte del seguro social, pero aún hay varios miles a quienes no se les ha reconocido este derecho.

Ecuador:

De todos los solicitantes sólo los cinco primeros reciben medicamentos. Aunque el cupo estaba en seis, uno de ellos murió antes de que se hicieran efectivas estas medidas. Los demás han tenido que sufrir maltratos verbales en algunos centros de salud y hasta la fecha no han recibido los medicamentos antirretrovirales.

Honduras:

A los primeros cuatro solicitantes se les está suministrando los antirretrovirales y practicándoles los exámenes correspondientes. El 9 de septiembre el gobierno hondureño respondió a la Comisión informando que el gobierno está adoptando e implementando medidas dirigidas a proteger los derechos humanos de los solicitantes.

Nicaragua:

La Comisión aplicó el mismo mecanismo. Sin embargo, a más de un mes de dictadas las medidas cautelares, el gobierno no ha hecho absolutamente nada para proveer de medicamentos a estas personas.

República Dominicana:

La Comisión solicitó el pasado 14 de agosto al Gobierno de la República Dominicana la adopción de medidas cautelares urgentes para preservar el derecho a la vida y la integridad física de diez PVVS. Algun@s de los solicitantes se encuentran en un nivel avanzado de la infección, sin embargo el ejecutivo dominicano responde que tiene la disposición de proveer el tratamiento y los medicamentos antirretrovirales que solicitan pero que lo cumplirá en un plazo no superior a cuatro meses.

En este momento, REDOVH, la Red Dominicana de Personas que Viven con VIH/SIDA, está enviando más solicitudes de medidas cautelares y preparándose para enfrentarse al desinterés y negligencia del gobierno dominicano.

Guatemala:

Sólo doce personas han sido los ciudadan@s beneficiad@s de las medidas dictadas por la Comisión. Por otra parte, el Presidente de la República se reunió con algun@s activistas guatemaltecos y se comprometió a la compra de medicamentos de emergencia, el acceso universal al tratamiento, mejoras en la infraestructura de las clínicas que prestan atención en VIH/SIDA, negociar con Brasil la compra de medicamentos, y sobre todo, elaborar un Acuerdo Gubernativo con una política de Estado que permita que no cesen estos compromisos cuando cambie el Gobierno.

Comentarios de los redactores del Boletín:

El enorme esfuerzo realizado por personas y organizaciones para obtener la protección de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos se ve truncado por la lentitud con que se resuelven los casos urgentes en nuestros países.

Es evidente que los derechos humanos más elementales no son respetados por la mayoría de gobiernos latinoamericanos.

Tampoco se respetan los convenios de derechos humanos y los compromisos asumidos.

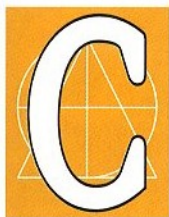
Una vez que la Comisión Interamericana de Derechos Humanos ha solicitado las medidas cautelares y los gobiernos no las cumplen o se demoran en cumplirlas, ¿qué otro recurso les queda a las PVVS para proteger su vida y su integridad física?: plantarse ante las oficinas de sus gobernantes y que desde todos los países los apoyemos enviando faxes y correos electrónicos a sus oficinas.

El texto completo y la suscripción al Boletín Acceso Centroamérica lo puedes encontrar en el siguiente sitio web:

<http://www.aguabuena.org/boletines/>



Experimentar con animales



Con motivo de la instalación de una granja de cría de monos para su uso en experimentación científica en el municipio de Camarles, en la provincia de Tarragona, se ha suscitado una fuerte polémica social sobre la ética de dichas prácticas. Os ofrecemos dos puntos de vista: uno en contra a partir de las noticias recogidas en prensa y otro a favor extraído del manifiesto de activistas del SIDA.

La humanidad necesita investigar con animales para que avance la medicina

En 2001 murieron 2.300 personas de SIDA en España: los tratamientos actualmente disponibles no les funcionaron. Para evitar que esto siga sucediendo necesitamos nuevos medicamentos más eficaces y tolerables. Esos medicamentos sólo pueden desarrollarse utilizando animales en el proceso de experimentación, como ha sucedido hasta ahora.

Las medicinas para el SIDA por las que luchamos no existirían si no hubiéramos contado con animales para experimentarlas. Antes de que lleguen a los seres humanos, los medicamentos pasan por diversas etapas de investigación, incluyendo su prueba en animales. Eso es imprescindible para saber si la sustancia podría ser nociva para las personas: si no se pudiera experimentar con animales, o bien habría que renunciar a la investigación en medicina (en el SIDA, el cáncer, el Alzheimer y tantas otras), o bien habría que hacer pruebas inseguras en humanos, lo que resulta éticamente inaceptable.

En realidad, la gran esperanza para los 40 millones de personas que viven con VIH/SIDA, en especial la de países en desarrollo, es encontrar una vacuna cuyo desarrollo previo sólo es posible en animales. En concreto, el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que causa el SIDA tiene dos equivalentes en el mundo animal: el virus de inmunodeficiencia simia (VIS) y el virus de inmunodeficiencia felina (VIF). Cualquier sustancia candidata a ser una vacuna humana para el SIDA debe pasar antes la prueba en monos a los que se inyecta el VIS. Pero uno de los escollos con el que se está encontrando la investigación en vacunas para el SIDA es la creciente escasez de monos *rhesus* criados para investigación y la consiguiente elevación de su precio. Ello encarece y retrasa más los programas de investigación de vacunas para el SIDA.

Estas prácticas con animales, cuando se hacen correctamente, están sometidas a regulaciones internacionales muy estrictas sobre condiciones de vida y mitigación del dolor. Sería ideal no tener que recurrir a animales, pero es sencillamente imposible si queremos avanzar en medicina.

Por ello, las personas y organizaciones que se oponen a la cría de animales para investigación -y sólo para investigación- deben saber que con su actitud están condenado a millones de seres humanos al sufrimiento, la enfermedad y la muerte.

Entendemos que la oposición al establecimiento de una granja de cría de monos para investigación -siempre que ésta cumpla con todas las normativas, incluida la de impacto ambiental- en la población de Camarles, en la provincia de Tarragona, es éticamente condenable y políticamente rechazable.

Montse Tafalla por las ONG SIDA de apoyo

No a la granja de monos en Camarles

La instalación en Camarles (Baix Ebre) de una granja de monos destinados a la investigación ha topado con la oposición de la población, que ha constituido la plataforma *Aturem el Centre de Primats* para alertar de los peligros sanitarios y ecológicos de la existencia de un centro de estas características en el municipio.

Los primeros en oponerse al proyecto fueron algunas organizaciones contrarias al empleo de animales en proyectos de investigación, como Ecologistas en Acción y la Fundación Altarriba. Alicia Prades, portavoz de *Animal Help* -integrada en Ecologistas en Acción-, afirma que la empresa solicitó permisos para instalar el centro en otros países europeos, que denegaron su solicitud, 'pero parece que aquí se dan permisos para todo'. La construcción se ha visto postergada con la puesta en marcha de contenciosos por parte de la fundación Altarriba por supuesto incumplimiento de la ley urbanística, dado que al lado de la granja se construyó la vivienda del guarda.

Los departamentos de Medio Ambiente y Política Territorial también mostraron una actitud dubitativa tras la concesión de las licencias y contribuyeron al retraso de la puesta en marcha del centro, que finalmente, por vía judicial, ha obtenido todos los permisos.

Una vez que la construcción parece imparable, ha sido parte de la población de Camarles, de unos 3.000 habitantes, la que se ha unido contra el proyecto. En una asamblea a la que asistieron 200 personas, se decidió la constitución de la plataforma *Aturem el Centre de Primats*, que ha hecho suyos los argumentos de los ecologistas. Según explica Tomàs Queralt, el centro se sitúa en suelo rústico, que sólo puede albergar granjas agropecuarias, 'y los monos no son gallinas o cerdos'. Además, la granja estará a tan sólo siete kilómetros de la zona del delta del Ebro incluida en el Plan de Espacios de Interés Natural (PEIN).

Una de las cuestiones que más preocupan de la instalación de la empresa es que los monos, bien mediante sus excrementos, bien en caso de que alguno se escapara, podrían alterar la ecología del delta mediante la transmisión de algún agente nocivo, 'y ésta es una zona plagada de mosquitos y conejos salvajes', de manera que cabe la posibilidad de que se viera afectada la salud de las personas, según explica Queralt.

Los contrarios al proyecto esgrimen diferentes informes técnicos, uno de ellos de la veterinaria del zoo de Barcelona, sobre el peligro que comporta albergar la granja. La plataforma, que está dispuesta a llegar al Parlamento europeo, ha recogido ya 1.000 firmas entre los ciudadanos de Camarles.

El País Edición de Catalunya, 29 de julio de 2002.

Acabo de Saberlo

Hace más de veinte años de los primeros diagnósticos de SIDA. Desde entonces los avances en el tratamiento de la infección por VIH han supuesto una mejora muy notable de las expectativas y de la calidad de vida de las personas que viven con VIH en nuestro país, aunque siguen existiendo limitaciones, algunas de gran calado. Recibir un diagnóstico VIH+ hoy tiene un significado distinto al que tenía antes de la introducción de las terapias anti-retrovirales de gran actividad (TARGA).

LO+POSITIVO ha querido conocer de primera mano cómo ocurre este proceso en la actualidad, dando voz a dos personas que han sabido que viven con VIH recientemente. Lo acompañamos con información sobre la prueba de anticuerpos, el cuidado de las emociones, lo que puede esperarse de tu médic@ en una primera consulta, la transmisión de virus resistentes, cuándo y con qué empezar el tratamiento, estadísticas y una reflexión sobre los diagnósticos en el medio penitenciario.

CAMBIO de RUMBO



JORGE tiene 28 años, vive en Barcelona y recibió el diagnóstico VIH+ en junio de 2001 en un hospital público. Asegura que las cosas le han ido bien, aunque quizás más rápido de lo previsto. Ha dejado su profesión de veterinario para dedicarse, desde una asociación, a trabajar para otras personas con VIH.

L+P: ¿Qué te llevó a hacerte la prueba?

Jorge: En mayo estuve malo, con bastante fiebre y me hicieron muchas pruebas, entre ellas las de VIH. En ese momento dio negativo, pero me dijeron que debía repetirla al mes por si se trataba de un caso de seroconversión. Al mes, la volví a hacer y fue cuando salió el resultado positivo.

L+P: ¿Dónde fue?

Jorge: En el Hospital de Sant Pau de Barcelona.

L+P: ¿Cómo pasó todo?

Jorge: La primera vez, como he dicho, estaba en el hospital y como había tal cantidad de pruebas...

L+P: ¿Te pidieron tu consentimiento para hacerte la prueba del VIH?

Jorge: Sí, me lo pidieron y me extrañó un poco porque me estaban haciendo tantas otras pruebas.

L+P: Y la segunda vez, ¿cómo fue?

Jorge: La segunda vez me recibió una doctora, fue muy amable, me dio el resultado. Estuvimos hablando un rato, pero no mucho. Me dijo que la situación no era como antes, que se habían producido muchos cambios en cuanto a los tratamientos y luego, ese mismo día, me acompañó para que hablase con el médico que me iba a llevar.

L+P: ¿Qué significó el diagnóstico para ti?

haciéndolo'. Así que no me asusté mucho.

L+P: Cuando recibiste el diagnóstico, ¿qué es lo que más necesitabas en ese momento?

Jorge: Necesitaba hablar con alguien.

L+P: ¿Qué es lo que realmente hiciste?

Jorge: El mismo día lo hablé con mi pareja, llevábamos ya un tiempo juntos. Y fue bien. En lo que se refiere a la relación de pareja no puedo marcar ni un antes ni un después del diagnóstico.

L+P: ¿Cómo recuerdas tu primera visita al especialista en VIH?

Jorge: En la primera visita me dieron otra vez el resultado positivo y me dijeron que había que hacer un segundo análisis para determinar tanto las defensas como la carga viral. Me dieron un librito que se llama *Ayuda a vivir positivamente*.

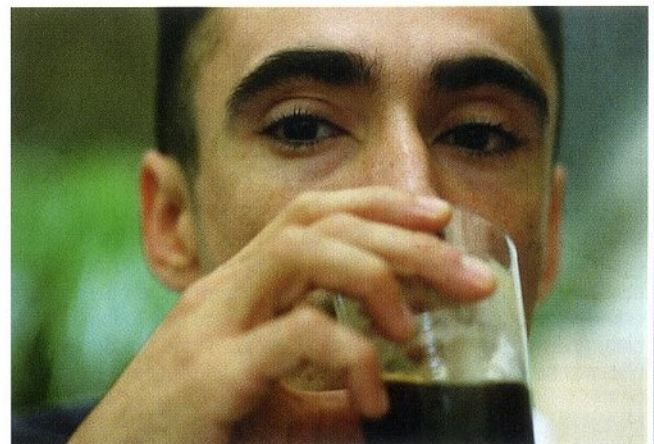
L+P: ¿Y la segunda?

Jorge: La segunda visita, ya con las analíticas completas, me

Fotos portada y reportaje: David Castañer



Jorge: Me lo tomé bastante bien. Más que nada pensé: 'me acabo de infectar hace poco'. Sabía que era una infección que tenía su curso y calculaba que podría tardar en tomar la medicación. Me lo tomé bastante positivamente. Había adelgazado bastante en los últimos meses pero lo primero que pensé es: 'de aquí a que yo empiece a tomar tratamiento quizás pasarán cinco años, entonces si este campo ha avanzado tanto en los últimos años, también seguiré



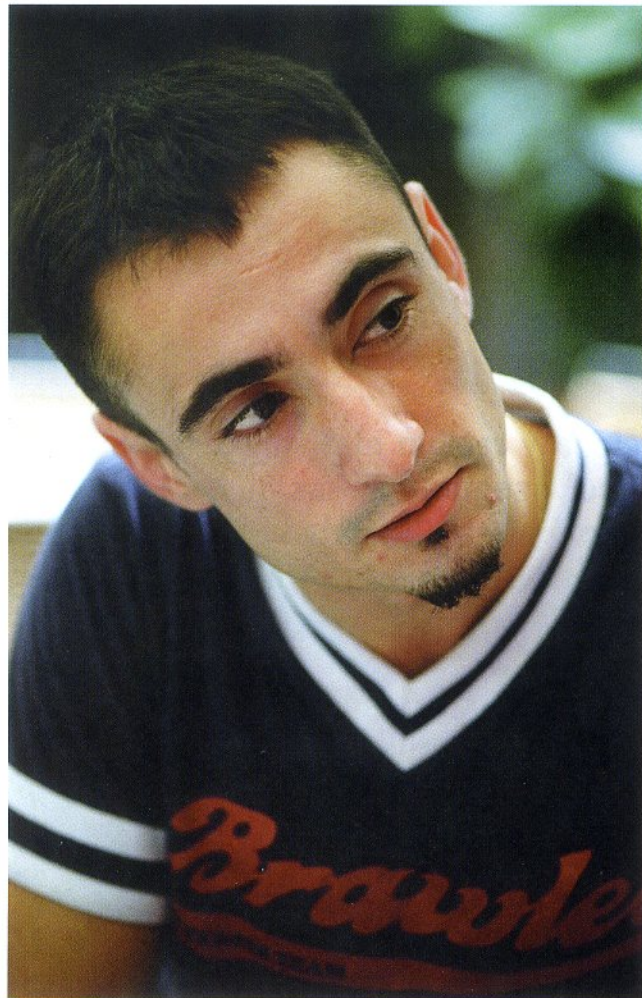
chocó un poco más, porque, como he dicho, esperaba empezar el tratamiento mucho más tarde, en tres, cuatro o cinco años. Pensaba que tendría el tiempo para informarme bien y prepararme. Pero los resultados salieron peor de lo que esperaba, porque tenía una carga viral muy alta y los CD4 estaban bajos, creo que en unos 400. Me dijeron que había que hacer una segunda prueba. Si seguía progresando, me dijo que tendría que empezar el tratamiento. Al cabo de unas semanas salió la carga viral también alta y los CD4 más bajos. Entonces se me recomendó que tenía que empezar tratamiento, y si no en ese momento, pronto.

L+P: ¿Fuiste solo o acompañado?

Jorge: A las visitas fui solo.

L+P: ¿Tenías alguna información previa?

Jorge: En el periodo de tiempo desde el diagnóstico hasta que



fui al especialista lo que se me pasó por la cabeza es que, bueno, hay una cosa que ha cambiado y hay que ponerse un poco las pilas y moverse. Yo sabía que había mucha variedad de medicación porque conocía a bastante gente que era seropositiva. Sabía que los efectos secundarios eran un poquito fuertes, que había que jugar un poco, ir con cuidado con lo que empezabas. No conocía las familias de antirretrovirales que había pero sí que tenían que combinarse y que depende de la combinación podría resultar más o menos eficaz. Sabía que tenía que informarme bien.

L+P: ¿Cómo saliste de esa primera consulta?

Jorge: De la segunda visita salí un poco preocupado. El médico me recomendaba empezar pero me dijo que no corría prisa, pero como vio que yo estaba un poco preocupado, me dijo que podía pensármelo, que era más importante que yo estuviera muy convencido de que quería empezar el tratamiento y de que lo iba a seguir bien, que no que lo empezará deprisa y corriendo. Entonces establecimos un margen de un tiempo. Eso fue en septiembre de 2001



Xavier Franquet

y finalmente empecé el tratamiento antirretroviral en febrero de este año.

L+P: ¿Lo has hablado con alguien más que con tu pareja?

Jorge: En el mismo día no. Más tarde se lo comenté a un par de amigos.

L+P: ¿Qué ha pasado desde entonces?



Jorge: Mi vida ha dado un cambio radical. En plan de pareja no ha cambiado nada, porque ya estábamos juntos hacía más de un año y seguimos juntos. Lo que más me afectó fue saber que tenía que empezar un tratamiento, más incluso que saber que era seropositivo. Decidí que tenía que informarme más y sobre todo relacionarme con más personas que estuvieran en la misma situación. Entonces fui a la asociación Projecte dels Noms de Barcelona, donde tuve la ocasión de hablar un poco sobre los tratamientos y la verdad es que eso me ayudó mucho. Porque aunque mi médico es genial, no es la misma relación que con una persona también con VIH. Eso me ayudó mucho.



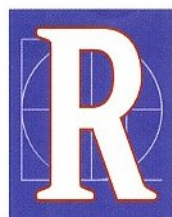
L+P: ¿Cómo lo llevas ahora?

Jorge: Bueno, pues mi vida ha cambiado bastante. Yo era veterinario y lo dejé para trabajar en esta asociación, algo que posiblemente no hubiera hecho antes. Creo que como persona afectada puedo ayudar bastante. He vivido lo que es un diagnóstico, he vivido lo que es tener que plantearse empezar un tratamiento...

L+P: ¿Cuáles son tus prioridades a medio plazo?

Jorge: Mi prioridad a medio plazo es llevar una vida normal. A largo plazo no me gusta plantearme las cosas. No pienso dónde estaré dentro de diez-quince años.

en la MUTUA A



RODRIGO tiene veintinueve años. Nació en Lisboa (Portugal). Lleva dos años y medio en Barcelona y trabaja de camarero. Recibió su diagnóstico el pasado mes de septiembre. Hacemos la entrevista una semana después y todavía se siente bastante confundido. Aunque se lo toma con buen humor su experiencia en un centro privado ha sido bastante kafkiana.



L+P: ¿Qué te llevó a hacerte la prueba?

Rodrigo: Antes ya me la había hecho, pero hacía un tiempo y quería volver a repetirla. Entonces me llamó un amigo con el que había estado y me dijo que él había dado positivo. Yo ya tenía la prueba pedida y la fui a hacer corriendo.

L+P: ¿Dónde la hiciste?

Rodrigo: En un centro de la mutua Sanitas.

L+P: ¿Por qué aquí?

Rodrigo: Porque tardaban menos tiempo en dar el resultado.

L+P: ¿Cómo pasó todo, antes, durante y después?

Rodrigo: Antes bien, pues yo me había concienciado de que la tenía que hacer. El durante fue fatal, porque en la mutua me dije-

ron que tardarían sólo una semana. A la semana cuando fui a buscar los resultados me dijeron que habían perdido un tubo. Sospeché que pasaba algo raro. Tuve que repetir la prueba, pasó otra semana y cuando llegué todavía no tenían los resultados. Hablando con la chica de la recepción vi en el listado que tenía que hacer la prueba del VIH. La enfermera llamó al laboratorio y allí le dijeron que tenía que hacer la prueba Western Blot. No había médic@s, no había nadie, los resultados no llegaban. Después de hacer la prueba otra vez conseguimos hablar con uno de los médic@s que finalmente pidió que mandaran los resultados por fax y me dijo: 'bueno te dio positivo, ya está, vete mañana a una asociación'. Fue muy mal.

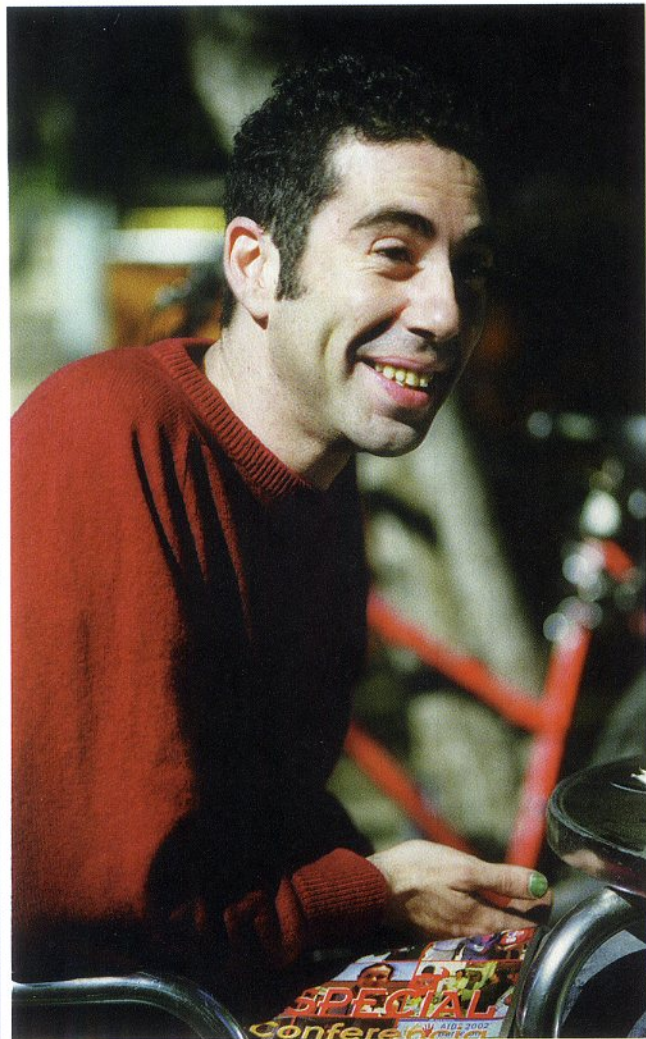
Después, al cabo de unos cuatro o cinco días como no sabía que hacer volví a la mutua, y me atendió otro médico, más simpático, me dijo que tenía que tomármelo con calma, ir a hacerme más pruebas, etc. Y ya no he vuelto pues según el contrato de la mutua no puedo recibir atención allí, sólo alguna prueba concreta que me pueda hacer falta.

L+P: ¿Cuál fue el siguiente paso?

Rodrigo: Llamé a un amigo y fui a una asociación, tal como me dijo el médico.

L+P: ¿Qué significó el diagnóstico para ti?

Rodrigo: Después de estas semanas que no sabía qué daba, qué no daba, y con todo este rollo con los tubos, pues me tranquilicé: ya pensaba que iba a dar positivo.



L+P: Cuando recibiste el diagnóstico, ¿qué es lo que más necesitabas?

Rodrigo: En ese momento lo único que quería era salir de ahí.

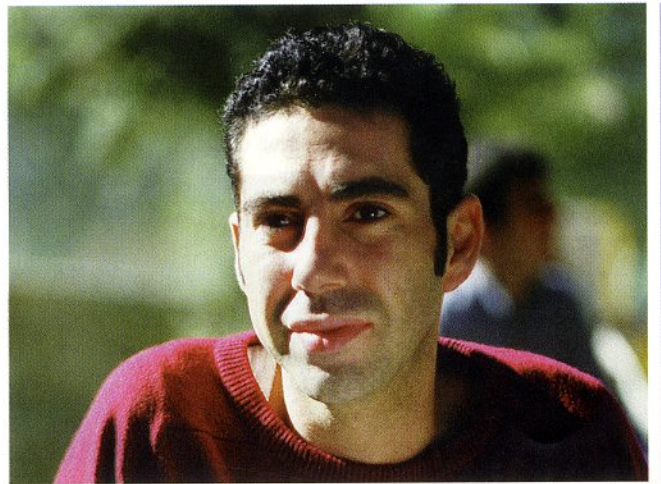
L+P: ¿Qué es lo que realmente hiciste?

Rodrigo: Salir de ahí y sentarme a tomar un café con un amigo que me había acompañado.

L+P: ¿Cómo recuerdas tu primera visita al especialista en VIH, ya con resultados de analíticas?

Rodrigo: Mi primera visita al especialista, todavía sin los análisis, la recuerdo muy rara. Fue en el Hospital Clínico de Barcelona. En la consulta había dos médicos más tres estudiantes de medicina. Me preguntaban si había tenido fiebre o problemas digestivos y luego se lo contaban a los estudiantes que no dejaban de mirarme. Parecía una clase de medicina. Yo ya sabía que no me podían decir mucho, que tenían que hacerme más pruebas: análisis de sangre, una radiografía y otra prueba más que ahora no recuerdo. Pero no me hicieron sentir muy bien.

Una vez con los análisis, fui a la visita y el médico se olvidó de mí en la sala. Después de esperar mucho tiempo, me dijo que estaba



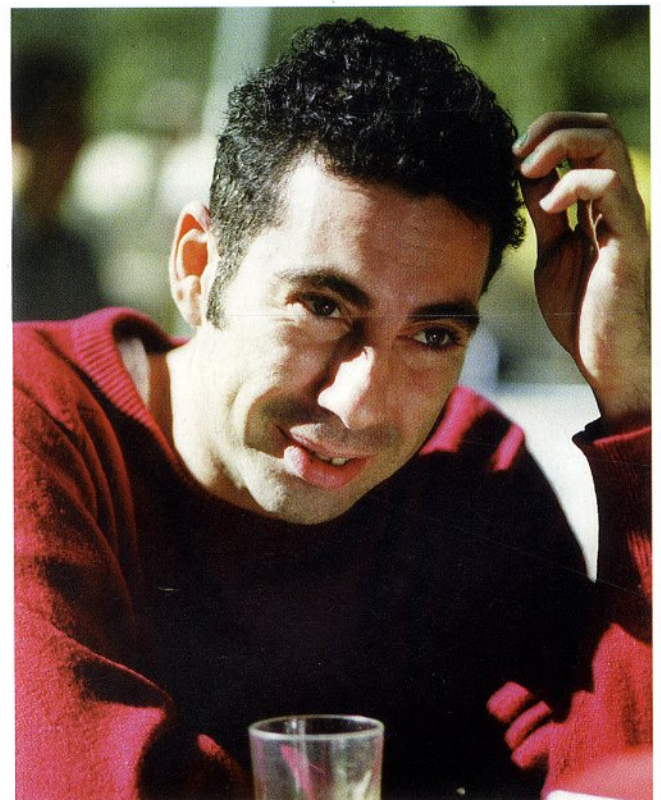
bien y que no había nada que hacer hasta enero. Me dio los resultados, pero no me explicó mucho. Los CD4 me los dio en porcentaje y no mencionó nada sobre la carga viral.

L+P: ¿Fuiste solo o acompañado?

Rodrigo: Fui solo.

L+P: ¿Tenías alguna información previa?

Rodrigo: Sí, pero poca. Por un amigo y a través de LO+POSITIVO supe que las pruebas principales eran de carga viral y de CD4, para poder conocer el estado de la infección.



L+P: ¿Cómo saliste de esa primera consulta?

Rodrigo: Igual. Continué un poco perdido.

L+P: ¿Lo has hablado con alguien?

Rodrigo: Lo he hablado con poca gente, con mis amigos.

L+P: ¿Qué ha pasado desde entonces?

Rodrigo: Me he tranquilizado un poco y he empezado a mirar mi cuerpo de un modo distinto. Noto que debería cuidarlo más. Y tengo, no te diría que miedo, pero sí una sensación muy rara.

L+P: ¿Cómo lo llevas ahora?

Rodrigo: Me cuesta un poco dormir, me despierto de repente y luego ya no puedo seguir durmiendo. Creo que es un poco de estrés.

L+P: ¿Cuáles son tus prioridades a medio plazo?

Rodrigo: Todavía no las sé.

LA PRUEBA

Cuando en nuestro organismo entra algún agente extraño, éste responde generando unas proteínas llamadas anticuerpos, las cuales se convierten en nuestras defensas contra dicho agente. Una vez generados los anticuerpos pueden producirse síntomas parecidos a los de la gripe, a veces acompañado de fiebre alta y ganglios inflamados. Lo mismo ocurre cuando el virus del VIH entra en nuestro cuerpo.

Erróneamente, la prueba sanguínea encargada de determinar la presencia de VIH en nuestro organismo es llamada como la Prueba del SIDA. El SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) en sí mismo no es una enfermedad sino una condición, un estado avanzado de la infección por VIH. Esta prueba no detecta la presencia del VIH sino la de los llamados anticuerpos que advierten de la presencia del virus.

Una vez adquirido el VIH, es necesario que transcurran entre 2 semanas y 6 meses para que los anticuerpos sean detectados en sangre. Este tiempo se conoce como **periodo ventana**. Por lo que, a pesar de tener VIH, una persona podría dar negativo a la prueba de los anticuerpos. En muy pocos casos el positivo de anticuerpos del VIH puede tardar hasta un año. Sin embargo, la infección por VIH es transmisible aun no habiendo desarrollado los anticuerpos.

¿Qué prueba se utiliza para determinar los anticuerpos del VIH?

La prueba que mayormente se realiza es la conocida como ELISA (siglas en inglés de Ensayo Inmunoenzimático). Esta prueba sanguínea es moderadamente precisa, por lo que existe la posibilidad de que, en algunos casos, arroje falsos positivos. Por eso, si la prueba de ELISA da positivo se realiza una prueba aún más específica conocida como Western Blot o IFA (Inmunofluorescent Antibody). Esta prueba también es conocida como 'confirmatoria' ya que se realiza después de haber obtenido, el positivo con el test ELISA.

¿Cuándo hacerla?

La decisión de hacerse la prueba del VIH o no es personal y, por supuesto, dependerá también de las situaciones que pudieran haber

representado algún riesgo. Obtener a tiempo un diagnóstico positivo al VIH puede ayudar a controlar el curso de la infección, evitando futuras enfermedades oportunistas relacionadas con el VIH que puedan desarrollar la condición de SIDA.

Cualquier persona, hombre o mujer, puede haber adquirido el VIH si ha expuesto su sangre o mucosas a la sangre, semen, leche materna o fluidos vaginales de una persona con VIH. Por ejemplo, existe un elevado riesgo de transmisión en una relación sexual con penetración sin protección.

¿Cómo se hace?

Basta con una pequeña muestra de sangre para realizar la prueba de detección de los anticuerpos del VIH. Esta prueba siempre debe hacerse de forma voluntaria y nunca debe ser utilizada como requisito para obtener un empleo, ingresar en algún centro de estudios o formar parte de algún grupo voluntario de ayuda.

La prueba del VIH puede hacerse de forma confidencial y también anónima.

Cuando la prueba es **confidencial** significa que a pesar de que se requiere el nombre de la persona y de que los resultados de la prueba pasan a formar parte del historial médico, se garantiza que dicha información será tratada de forma confidencial por parte del personal sanitario.

Cuando la prueba es **anónima**, no se requiere el nombre o cualquier otra información personal que sirva para identificarse. Se suele facilitar una tarjeta con un número de identificación o clave que se debe presentar para recibir los resultados.

¿Dónde ir?

Los centros sanitarios de la red pública de salud ofrecen la posibilidad de realizarse la prueba del VIH gratuita y confidencialmente. Se trata de una prueba voluntaria y requiere el consentimiento de la persona interesada.

También pueden realizarse pruebas anónimas en ciertas organizaciones no gubernamentales. Algunas de estas asociaciones son:

Stop-Sida

Counselling y prueba del VIH/SIDA (anónimo y gratuito)
c/ Finlandia n.º 45 - 3º piso - 08014 Barcelona
Tel. 900-ROSA: 900 601 601 (de 18h a 22h) • e-mail: stopsida@stopsida.org

Asociación SARE Pamplona

Counselling y prueba del VIH/SIDA (anónimo y gratuito)
c/ Larraina n.º 13 bajo - 31011 Navarra
Tel. 948 17 72 44 • e-mail: sare@nexusnet.pangea.org

Asociación Ciudadana Anti-SIDA de Cataluña

Counselling y prueba del VIH/SIDA (anónimo y gratuito)
c/ Junta de Comercio n.º 23 - 08001 Barcelona
Tel. 93 317 05 05 • e-mail: acas@rinfonegocio.com

Comité Ciudadano Anti-SIDA de la Región de Murcia

Counselling y prueba del VIH/SIDA (anónimo y gratuito)
c/ Huerto Gambin n.º 2 - 1º B - 30005 Murcia
Tel. 968-283839; Telefax: 968-298831 (de 9 a 15h) • e-mail: casmu@terra.es

Actua Vallès

Counselling y prueba del VIH/SIDA (anónimo y gratuito)
c/ Turull, 164 bajos - 08292 Sabadell
Tel. 93 727 19 00 • e-mail: actuava@suport.org

Para obtener más información sobre la prueba del VIH, puedes llamar a:

Teléfonos estatales de información gratuita:
Fundación Anti-SIDA de España (FASE): 900 111 000
Coordinadora Gay-Lesbiana: 900 601 601

Otros teléfonos de Comunidades Autónomas:

Andalucía: 900 850 100
Aragón: 976 439 988
Asturias: Gijón: 985 38 92 88 / Oviedo: 985106900
Canarias: 902 114 444
Cantabria: 942 276 66
Castilla-La Mancha: 925 839 272
Castilla y León: 983 413 600
Cataluña: 900 21 22 22
Ceuta: 956 503 359
Extremadura: 900 210 994
Madrid: 914 312 064
Melilla: 952 67 00 00
País Vasco: 943 006 464

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo (www.msc.es).

Qué va a ser de mí

DESDE el punto de vista emocional, no hay una forma “correcta” de responder ante el diagnóstico de seropositividad, y tampoco se trata de “trabajar” tus emociones y luego volver a tu vida de siempre como si nada hubiera pasado. Una vez que sabes que eres VIH+ ya no puedes volver atrás, a “no saber”, y para bien o para mal, tu vida será diferente a partir de ese momento. En realidad, adaptarse a vivir con VIH es un largo proceso que puede durar toda la vida. Por eso, durante el período inmediatamente posterior al diagnóstico es importante tener presentes algunas cosas que pueden servir de ayuda para iniciar ese proceso:

- Permite sentir todas las emociones que te vayan llegando: rabia, tristeza, desconcierto, impotencia, culpa, vergüenza... Dale un espacio y un tiempo de expresión, ya que reconocerlas es el primer paso para tomar el control de tu vida. Es posible que pases un tiempo “sin sentir nada”. No creas que te has vuelto loco, pues también es una reacción normal que se irá resolviendo con el tiempo.
- Concédete el tiempo que necesites para abordar cambios importantes en tu vida. Por muy inquietante que pueda ser, un diagnóstico de VIH no es una sentencia de muerte y asumir cambios bajo el impacto de esta creencia puede conducirte a tomar decisiones precipitadas.
- Intenta no ceder a otros el control de tu vida. Para ello puede que te sirva obtener información que te permita decidir qué es lo mejor para ti, dándote el tiempo que necesites para decidir lo que deseas o necesitas.
- Procura no dejarte llevar por la urgencia de “saberlo todo” sobre el VIH. Da cabida sólo a aquella información que creas necesaria en el momento presente para decidir lo que creas que es mejor para ti. Ya abordarás las necesidades futuras cuando se presenten.
- Puede serte muy útil saber que no tienes por qué afrontar las cosas tú solo. Pedir ayuda a tus personas queridas o buscar apoyo a través de grupos de soporte, *counselling*, apoyo psicológico o cualquier otro recurso que creas conveniente en tu caso, es un paso importante para afrontar la incertidumbre que provoca esta nueva situación.

Diría que la regla de oro podría ser: concédete la importancia que te mereces, no sólo en cuanto a la atención médica/hospitalaria sino también en los asuntos más íntimos relacionados con el proceso de vivir, en este caso, de vivir con el VIH.

M^a JOSÉ VÁZQUEZ

Cuándo y con qué empezar: que no te den una sola respuesta

Cuándo empezar tratamiento. Se diría, a partir de lo que reflejan los estudios y opiniones, que la discusión se centra en qué hacer si el/la paciente se presenta con unos CD4 dentro del intervalo 200-350 [porque parece claro que hay que recomendar empezar por debajo de 200 y recomendar no empezar, salvo excepciones, por encima de 350]. Sí la discusión, pero ¿y la práctica? Para todos los gustos. Al llegar a la primera visita, es normal que una persona recién diagnosticada esté cargada de dudas y ansiedad, incluso si presentara un recuento linfocitario pongamos sobrado. No es tan raro que pacientes con más de 350 y más de 500 CD4 en primera consulta salgan con la recomendación clara y precisa que deben tratarse y además con un régimen determinado.

Podemos discutir todo lo que se quiera sobre cuándo es aconsejable iniciar tratamiento, pero también en qué condiciones se hace la recomendación. ¿Se le explica al/la paciente los pros y contras de empezar o no? ¿Se le ofrecen varias opciones de tratamiento y se le explican las ventajas y desventajas de cada una? ¿Se le involucra en la toma de una decisión tan importante: cuándo empezar y con qué? ¿O sumar casos a las cohortes es más importante que considerar a quien se tiene delante un sujeto con capacidad de elegir?

Presentar opciones a la persona con VIH ante su terapia inicial es ya más obligado que nunca. Recién aprobado tenofovir y en camino atazanavir (¿con qué rescatarlo?) y nuevas formulaciones de d4T (¿será menos tóxico e igual de potente?) y amprenavir, el abanico (...) es cada vez más amplio.

Con los antirretrovirales el debate primero fue la potencia y después las resistencias. Sin dejar eso de lado, los aspectos relacionados con la calidad de vida (posología y efectos adversos), como ya hemos mencionado en otra ocasión, están emergiendo con mucha fuerza. Es ahí donde la individualización, de la que se habla más que se practica, tiene que aplicarse con su sentido más amplio: ¿cómo podemos individualizar sin contar con el individuo?

Extracto del comentario al artículo «Terapia antirretroviral en pacientes naive» de JOSEPH J. ERON en Informes de la XIV Conferencia Internacional de Barcelona, Boletín *Doctor Fax*, número 74. Disponible en www.gtt-vih.org

JOAN TALLADA

Desde la consulta: aproximación a la persona recién diagnosticada



Si eres una persona recién diagnosticada con infección por VIH y aún no has tenido tu primera visita con el o la especialista, lo más aconsejable es que intentes hacerlo cuanto antes. Esta primera visita no sólo será el punto de partida para una extensa evaluación de tu estado de salud, sino también el principio de una relación de colaboración entre tú y tu médic@ que bien podría prolongarse durante muchos años.

Es frecuente que las personas VIH+, y más aún si están en el período de *shock* que suele seguir al diagnóstico de la infección, se sientan particularmente ansiosas y confusas durante las primeras fases de su relación con el sistema sanitario y con el o la especialista en VIH. Si éste es tu caso, puede que sientas que el/la médic@ adopta una actitud tipo "manos a la obra", y que no te da la cantidad o calidad de información que tú necesitas en esos momentos. Es muy posible que tales diferencias entre tus preocupaciones y expectativas y las de tu médic@ vayan limándose con el tiempo, el conocimiento mutuo y la buena voluntad de amb@s, pero eso es algo que en última instancia sólo tú podrás valorar.

Sea como sea, es importante que recuerdes que queda de tu parte preguntar lo que no entiendes para que te lo expliquen mejor, y obligación de tu médic@ dar respuestas comprensibles a tus preguntas. Muchas personas encuentran útil preparar de antemano una lista con sus dudas para así asegurarse de que no se olvidarán de plantearlas durante la consulta.

Como posiblemente ya sepas, una persona VIH+ recién diagnosticada puede encontrarse en cualquiera de los puntos que van desde la infección completamente asintomática hasta la inmunodeficiencia avanzada. En cualquiera de los casos, el o la especialista VIH que asuma tu seguimiento clínico indicará la práctica de pruebas iniciales de suma importancia para la evaluación general de tu estado de salud y para su seguimiento.

En términos generales, la evaluación inicial de la persona VIH+ recién diagnosticada habrá de basarse en:

1. La historia completa, que a su vez incluirá:

- Aspectos relativos a la prueba del VIH (cuándo y dónde se realizó, por qué, qué documentación posee el/la paciente al respecto, recuentos de CD4 y carga viral, si los posee).
- Aspectos relativos a tu historia médica (básicamente, de las posibles enfermedades que hayas padecido o padezcas en la actualidad).
- Historia de vacunaciones o inmunizaciones.
- Posibles enfermedades asociadas al VIH.
- Posibles enfermedades de transmisión sexual (ETS).

- Serología VIH
- Recuento sanguíneo total
- Panel bioquímico
- Recuento de linfocitos CD4
- Carga viral (ARN de VIH)
- Prueba de la varicela

- Serología sífilis
- Prueba de tuberculosis
- Serología toxoplasma
- Pruebas de hepatitis virales A, B y C
- Prueba citomegalovirus

- Citología del cuello uterino en mujeres
- Rayos X del tórax
- Examen oftalmológico (si tienes menos de 50 CD4)
- Perfil de lípidos (colesterol y triglicéridos)

- Historia ginecológica en las mujeres.
- Medicaciones en uso, incluido el uso de vitaminas o similares.
- Hábitos de la persona (fumadora o no, uso de alcohol, uso de otras sustancias).
- Categoría de transmisión del VIH y educación sobre la transmisión del VIH.
- Posible ocurrencia de un variado abanico de síntomas (desde pérdidas inexplicables de peso hasta cambios de la visión, tos o dolor de estómago), durante los últimos 3 meses.

2. Un examen físico, que puede incluir:

- Examen de la piel.
- Examen fondoscópico (ojos).
- Examen orofaríngeo (boca y garganta).
- Examen de los ganglios linfáticos.
- Examen del pecho y los pulmones.
- Examen de las mamas en las mujeres.
- Examen cardiovascular.
- Examen del abdomen.
- Examen pélvico en las mujeres.
- Examen genital en los hombres.
- Examen del recto y ano.
- Examen neurológico.
- Examen musculoesquelético.

3. Una multitud de pruebas que servirán no sólo para saber en qué fase se encuentra la infección por VIH sino para contribuir a la toma de decisiones sobre:

- a) El plan de seguimiento y de posibles inmunizaciones o vacunas.
- b) Si es necesario prescribir tratamientos profilácticos (de prevención de enfermedades oportunistas asociadas al VIH).
- c) Si conviene comenzar a usar Tratamientos Antirretrovirales de Gran Actividad (TARGA).

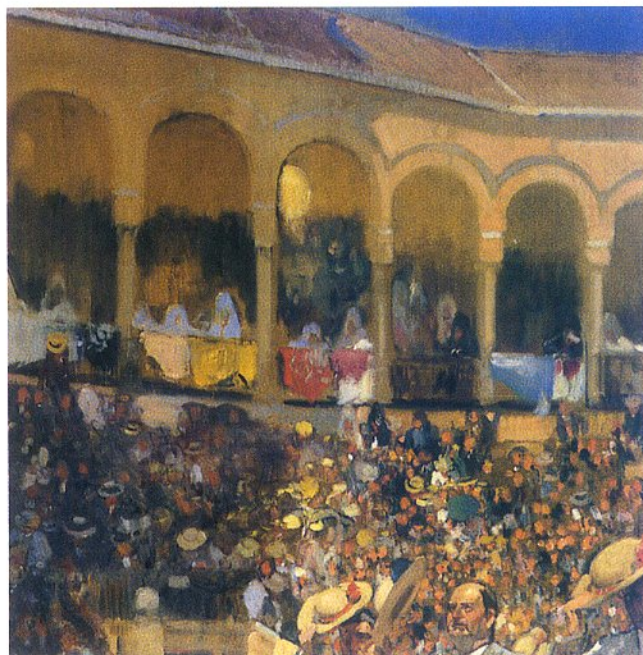
Para que te hagas una idea, aquí tienes un listado (no necesariamente exhaustivo) de las pruebas que tu médic@ podría solicitar para ti:

La mayor parte de estas pruebas son de laboratorio, o sea, que necesitan una muestra, normalmente de tu sangre, para llevarse a analizarla. Algunas, como las de los recuentos de linfocitos CD4 o las de la carga viral, habrán de repetirse regularmente tanto si tomas como si no tomas tratamiento para el VIH. Otras sólo se harían al principio (por ejemplo las de varicela o citomegalovirus). Otras más,

finalmente, habrán de repetirse al cabo de determinados períodos de tiempo dependiendo del resultado de la primera, de tu riesgo concreto en relación con lo que examine la prueba en cuestión o de las indicaciones clínicas correspondientes.

Ten en cuenta que el resultado de estos análisis o pruebas se reflejará en las hojas de tus resultados (analíticas) en lenguaje

CATEGORÍAS DE CD4	CATEGORÍAS CLÍNICAS		
	A. Asintomática o aguda	B. Sintomática	C. Condición indicadora de SIDA
1. ≥ 500 ($\geq 29\%$)	A1	B1	C1
2. 200–499 (14%–28%)	A2	B2	C2
3. < 200 ($< 14\%$)	A3	B3	C3



estrictamente médico. Eso significa que verás muchas iniciales, números o abreviaturas que, a menos que tengas conocimientos médicos específicos, pueden despistarte mucho.

Si te interesa tener más información y aprender a “leer” mejor tus analíticas, adopta una actitud activa: busca otros materiales informativos y léelos, habla con las ONG del VIH en tu zona y con otras personas VIH+ y haz preguntas a tu propi@ médic@ y personal de enfermería. Recuerda que es tu derecho obtener siempre una fotocopia de tus análisis y que es conveniente que la pidas siempre. De esa forma, puedes ir construyendo tu propio informe médico y tenerlo contigo siempre que lo necesites.

¿En qué fase estoy?

Uno de los objetivos de la evaluación inicial de la persona VIH+ es determinar en qué estadio o fase se encuentra la infección por VIH. La clasificación más utilizada y aceptada es la de los Centros para el Control de las Enfermedades de Estados Unidos (CDC en sus siglas en inglés), un sistema que utiliza, por un lado, los recuentos de linfocitos o células CD4 y, por otro, una clasificación de categorías clínicas.

Categorías de CD4

- **Categoría 1:** Recuento de CD4 de al menos 500 células/mm³ (o un porcentaje del total de linfocitos de al menos un 29%).
- **Categoría 2:** Recuento de CD4 de entre 200 y 499 células/mm³ (o de entre 14% y 28%).
- **Categoría 3:** Recuento de CD4 de menos de 200 (o menos del 14%).

Categorías clínicas

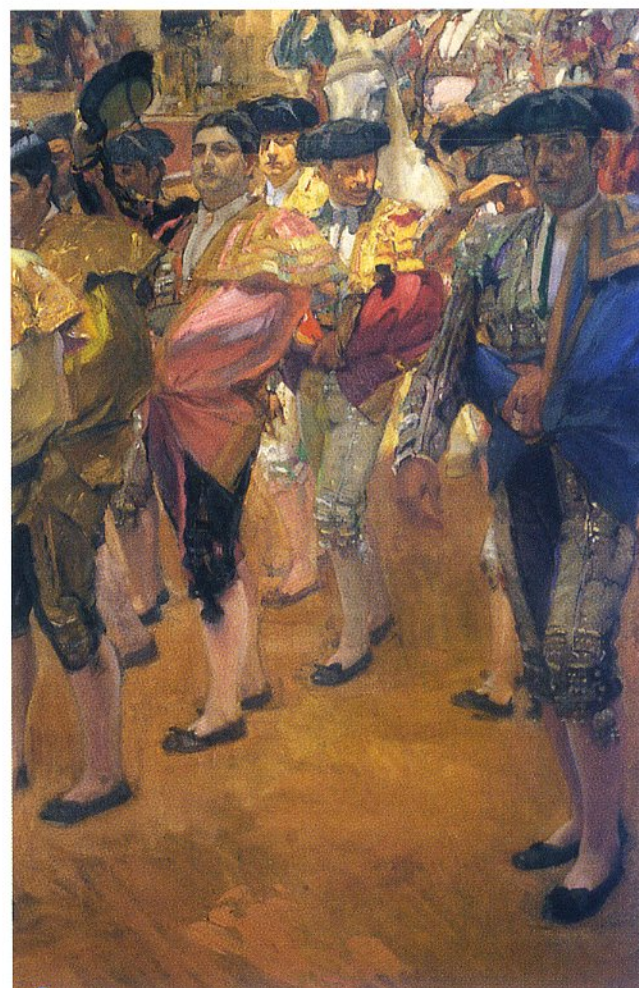
- **Categoría A:** infección por VIH documentada, asintomática o infección por VIH aguda (dentro de aproximadamente los primeros 6 meses después de adquirida la infección).

- **Categoría B:** enfermedad sintomática o con condiciones no consideradas como definitorias de SIDA.
- **Categoría C:** presencia de condiciones o enfermedades consideradas como definitorias de SIDA. Una vez que una de estas enfermedades sucede, la persona permanece en esta categoría clínica.

La tabla que aparece al principio de esta página resume la clasificación descrita. Las fases en negrita (A3, B3, C1, C2 y C3) serían las consideradas como SIDA.

Encuentros en otras fases

La aproximación clínica global al/la paciente VIH+ recién diagnosticad@ no debería acabarse en tus cifras, en la determinación de tu fase de enfermedad por VIH o en la decisión de prescribir tal o cual tratamiento farmacológico. De hecho, el primer encuentro con tu médic@ es también una oportunidad para identificar tus necesidades más amplias y para obtener información sobre tus recursos y posibilidades de búsqueda de ayuda en el propio hospital o en otros puntos de la red sociosanitaria y de ONG. La educación sobre la transmisión del VIH y sobre prácticas sexuales o de inyección de sustancias más seguras, la conveniencia de que te pongas en contacto con tu ONG local para obtener información extra o apoyo psicológico y/o social o la necesidad de contactar con el o la trabajadora social de tu hospital por temas laborales, familiares o de prestaciones sociales, son algunas de las situaciones que podrían empezar a definirse desde tu primera consulta con tu especialista en VIH.



Virgenes y no tan Virgenes

Diagnósticos recientes con VIH resistente a los fármacos

Una persona con VIH que no ha tomado nunca tratamiento anti-retroviral es desde el punto de vista de los médicos un paciente naïve. No es que sea más ingenuo que los otros, se trata tan sólo del término empleado para diferenciarlo de los pacientes experimentados. Hasta ahora se ha asumido que un paciente naïve vive con un virus que nunca ha estado en contacto con los antirretrovirales, el VIH denominado virgen o salvaje. Si este VIH virgen entrara en contacto con los medicamentos y en algún momento desarrollara mutaciones de resistencias a alguno de ellos, pasaríamos a denominarlo VIH mutado o resistente. La distinción es pertinente: preservar el VIH virgen también preserva las opciones de tratamiento, frente a un VIH mutado contra el cual ciertos fármacos o incluso familias enteras de fármacos no tendrían ninguna utilidad.

Pues bien, desde hace relativamente poco sabemos primero, que el VIH mutado también puede transmitirse y segundo, que en ciertas áreas urbanas del mundo industrializado la proporción de nuevos diagnósticos cuyo VIH es resistente a fármacos ronda ya o supera el 20%.

Esto tiene dos implicaciones. Una en términos de salud comunitaria, ya que la transmisión de cepas resistentes alerta sobre fallos en las políticas y los programas de prevención. Y la otra en términos clínicos: no está tan claro ahora que todas las personas con nuevo diagnóstico se las pueda considerar naïve a efectos de tratamiento. Si tu VIH contiene cepas resistentes (el fenómeno también se conoce como resistencia primaria), habría que intentar detectarlas y así evitar los fármacos correspondientes en su primera combinación. De no hacerlo se podría correr el riesgo, al menos en teoría, de que tal combinación no funcionara como se espera.

Este es el primer punto controvertido. Si bien es cierto que el VIH resistente es transmisible, también parece serlo que una vez en el

nuevo huésped la cepa virgen se vuelve de nuevo dominante, es decir la más numerosa, al cabo de un tiempo. Pongamos que una persona hace una práctica de riesgo y se infecta con una cepa resistente; pasado un tiempo, recibe un diagnóstico de VIH y se le propone un test de resistencias: el test no detecta tales resistencias. Sin embargo, su terapia combinada inicial falla a las pocas semanas o meses pese a una buena adhesión: ¿por qué? Las cepas resistentes transmitidas y no detectadas por el test han vuelto a ser las dominantes.

Esto nos lleva al segundo punto de polémica. ¿Deberían practicarse tests de resistencia a los nuevos diagnosticados antes de iniciar tratamiento? Quienes defienden que sí argumentan que estos tests, pese a sus limitaciones, podrían sacar a la luz un cierto porcentaje de personas infectadas con resistencias primarias lo que reduciría las posibilidades de fracaso de la terapia inicial, con el consiguiente beneficio tanto para el/la paciente como para el sistema de salud. Quienes se muestran reacios explican que la reversión del VIH a la cepa salvaje en el nuevo huésped convierte estos tests casi en inútiles, ya que en la mayoría de los casos no serán capaces de detectar las cepas resistentes por constituir lo que los médicos conocen como subpoblaciones minoritarias, por lo que la elección de la primera combinación se basaría en asunciones erróneas.

¿Cuál es la solución? La opinión mayoritaria parece inclinarse por tener en cuenta el uso de tests de resistencias en recién diagnosticados cuando los datos epidemiológicos del área de residencia así lo apoyen. Dicho de otra manera: si en el área de San Francisco en EE UU o en el sur de Madrid se han detectado altos índices (superiores al 20%) de transmisión de cepas resistentes, existe una razón de peso para practicar las pruebas. En caso contrario, los inconvenientes (el coste en recursos y la indefinición de los resultados) superan los posibles beneficios.



Nuevos diagnósticos de infección por VIH en España

Para conocer los cambios de tendencia en la incidencia de la infección por VIH resulta crucial un sistema de vigilancia epidemiológica de la infección que incluya un sistema de notificación de nuevos diagnósticos de VIH de base poblacional. Estos sistemas de vigilancia nos informan más certeramente sobre el número de nuevos diagnósticos de infección por VIH y su tendencia en el tiempo; también permiten caracterizar a las personas recientemente diagnosticadas con el fin de poder planificar y programar los recursos humanos y técnicos para la prevención y la asistencia, y hacer frente a la epidemia a medio y largo plazo ⁽¹⁾.

A pesar de las recomendaciones de su implantación en EE UU y Europa, en nuestro país tan sólo existen sistemas de notificación de nuevos diagnósticos de VIH en las comunidades autónomas de La Rioja, Navarra, Asturias y desde el año 2000 también en la comunidad de Canarias y en 2002 en Catalunya.

En la misma línea de vigilancia epidemiológica, se ha creado en nuestro país en el año 2001 el Sistema de Información sobre Nuevas Infecciones de VIH (SINIVIH) de ámbito estatal, al cual se irán incorporando todas las comunidades que deseen implantarlo.

A partir de los datos que arrojan los sistemas de notificación de las comunidades autónomas de La Rioja, Navarra y Canarias desde el año 2000, se ha intentado establecer las características clínico-epidemiológicas y la tendencia de los nuevos diagnósticos de infección por el VIH ⁽²⁾. Estos datos podrían ser extrapolables en líneas generales al resto del país.

El sistema de notificación se lleva a cabo en los centros clínicos y/o laboratorios donde los pacientes se realizan la prueba de detec-

ción del VIH y utilizan procedimientos para descartar duplicados.

Entre la Rioja y Navarra, desde inicios de la infección hasta diciembre de 2001, se diagnosticaron 3.942 personas con VIH. La tasa acumulada desde el principio de la epidemia es de 4,8 por mil habitantes. La categoría de transmisión más frecuente fue la de usuarios de drogas por vía parenteral (63%). El porcentaje de diagnósticos en mujeres se eleva a un 27%.

Desde el año 1991, con 408 diagnósticos, al 2001, con 66, el número de nuevas infecciones por VIH ha descendido hasta un 84%.

Un dato relevante es el de la categoría de transmisión. Desde finales de los años ochenta, los nuevos diagnósticos en UDVP descendieron acusadamente, en cambio los diagnósticos de infección por VIH atribuidos a transmisión sexual comenzaron a descender lentamente a mediados de los noventa; en consecuencia, en 2001, los nuevos diagnósticos de VIH por transmisión sexual superan el número de los UDVP.

Comparando los resultados obtenidos en 2000-2001 para las tres comunidades, La Rioja, Canarias y Navarra, se observa que en las tres predominan los diagnósticos de VIH en hombres. En Navarra y Canarias hay un predominio de infecciones atribuidas a transmisión sexual, en cambio en La Rioja más de la mitad de las nuevas infecciones por VIH se encuentran entre los UDVP.

Por lo que respecta a nuevos diagnósticos en personas originarias de países distintos de España, observamos que en 2001 el porcentaje se eleva a un 25%, dato preocupante si consideramos que en 2001 los nuevos diagnósticos de VIH en este grupo de personas ya alcanzaba el 19%.

Diagnósticos de infección por el VIH en Canarias, Navarra y La Rioja, 2002-2001

	Canarias	Navarra	La Rioja	Total
Población	1.781.000	556.000	270.000	2.607.000
Número de diagnósticos de VIH	207	68	81	356
Tasa media anual por 100.000 habitantes	5,8	6,1	15,0	6,8
Porcentaje de mujeres	23%	35%	25%	26%
Distribución por categoría de transmisión:				
Usuarios de drogas vía parenteral	16%	27%	56%	26%
Hombres homo/bisexuales	36%	12%	6%	26%
Transmisión heterosexual	46%	61%	22%	45%
Personas originarias de países distintos de España:				
2000	24%	14%	11%	19%
2001	24%	26%	24%	25%

Fuente:

VIH y SIDA en España. Situación epidemiológica 2001, Plan Nacional sobre el Sida, Dirección General de Salud Pública y Consumo, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 2002.

Referencias:

(1) *Infección por VIH y SIDA en España. Plan Multisectorial 2001-2005*, Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, Dirección General de Salud Pública y Consumo, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 2001.

(2) «Características y tendencias de los nuevos diagnósticos de infección por el VIH», *VIH y SIDA en España. Situación epidemiológica 2001*, Plan Nacional sobre el Sida, Dirección General de Salud Pública y Consumo, Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 2002.

Entre rejas



ESPAÑA cuenta con una población reclusa de unos 52.000 intern@s, la tasa más alta de la Unión Europea junto con Inglaterra y Gales. El 40% son consumidores de drogas por vía parenteral (UDVP) y la mayoría declara haber compartido o compartir material de inyección. La prevalencia actual de la infección por VIH en los centros penitenciarios se aproxima al 20% siendo la vía parenteral el principal factor de riesgo asociado. En el año 2000 se notificaron 189 casos de SIDA, el 7,5% de los declarados para toda España.

Enfrentarse a un diagnóstico positivo al VIH puede tener diferente repercusión cuando una persona se encuentra privada de su libertad, sin embargo esto no tendría que afectar, de entrada, a la atención sanitaria recibida.

El principio que rige el sistema sanitario penitenciario es garantizar a la población reclusa los mismos cuidados accesibles al resto de la población, basados en el concepto de una medicina integral, es decir, educativa y de promoción de la salud preventiva, curativa y rehabilitadora.

Los centros penitenciarios aplican una serie de programas específicos en el campo de la asistencia sanitaria. De entre ellos, por el tema que nos ocupa, cabe citar dos:

- El diagnóstico al ingreso de enfermedades transmisibles prevalentes (VIH/SIDA, tuberculosis, hepatitis, enfermedades de transmisión sexual...).
- El seguimiento de la infección por VIH/SIDA (tratamiento preventivo, detección y notificación de casos, seguimiento individualizado...).

Sobre el papel, la prueba de detección es voluntaria en las cárceles españolas y se ofrece sistemáticamente a tod@s l@s reclus@s ingresad@s en prisión. La práctica es otra cosa. En 1998 la cobertura del test del VIH era del 53%, y entre l@s reclus@s que referían uso de drogas inyectables este porcentaje ascendía hasta un 70%.

Tal y como apuntábamos más arriba, los servicios de atención a l@s seropositiv@s pres@s tendrían que ser los mismos que se ofrecen a la población general: en este sentido, los centros penitenciarios cuentan con un/a médic@ responsable de cada galería que se encarga de realizar los controles y el seguimiento, un equipo de enfermería que, entre otras funciones, se ocupa de transmitir información al/la afectad@ mediante charlas y *counselling*, y por último, l@s auxiliares sanitarios que distribuyen diariamente la medicación a l@s pacientes.

Con bastante frecuencia, un recluso que se siente vulnerable a la infección por VIH por prácticas de riesgo y que desconoce su estado serológico o con un resultado negativo previo, acepta someterse a un nuevo control analítico. Al parecer y según l@s expert@s, esta información resulta crucial desde el punto de vista epidemiológico y de salud pública puesto que permite calcular la incidencia de la infección por VIH de forma fácil y directa, y evaluar las medidas preventivas en la infección por VIH tanto en el ámbito penitenciario como fuera de éste.

Las causas de la seroconversión, o de las nuevas infecciones por VIH diagnosticadas en los centros penitenciarios, están relacionadas principalmente por el uso de drogas por vía parenteral entre la población reclusa, en concreto por el hecho de compartir material de inyección para la administración parenteral. Este mecanismo de transmisión del VIH en los centros penitenciarios supera el número de casos diagnosticados que se producen por la misma vía en la población general: a la luz de los datos ofrecidos para el año 1999, los porcentajes de infección por VIH en UDPV en prisión y extramuros serían 87,7% y 58% respectivamente.

En un estudio realizado en el C.P. de Quatre Camins (Barcelona) (1) que tenía como finalidad determinar la seroincidencia del VIH en la población reclusa (1,85 por 100 persona de seguimiento), de entre los 819 participantes negativos al VIH se produjeron 25 seroconversiones, de las cuales 23 se manifestaron en UDVP, siendo el grupo

de 25 a 34 años el más vulnerable a contraer la infección.

Por lo que respecta a la prevención del VIH por transmisión sexual en el marco penitenciario, a principios de los noventa se instauró en las prisiones la distribución de preservativos entre los internos, una medida preventiva que se ha integrado muy lentamente entre los hábitos de los reclusos a la luz de la información referida por la Dirección General de Instituciones Penitenciarias para el año 1998: el 72-79% de los internos declaraba no utilizar habitualmente el preservativo, entre los reclusos seropositivos este porcentaje estaría entorno al 60-75%.

Pese a la insistencia de la Organización Mundial de la Salud y el Consejo de Europa, quienes en sus recomendaciones exhortan a los gobiernos que en lo referente al VIH/SIDA garanticen a l@s reclus@s el acceso a los mismos tratamientos y medidas de prevención que se ofrecen al resto de la comunidad, l@s intern@s han denunciado en repetidas ocasiones las injusticias y la violación de los derechos fundamentales de las personas seropositivas en las cárceles españolas, entre las que se cuentan, entre otras, la no aplicación del artículo 196.2 del nuevo Reglamento Penitenciario que posibilita la libertad condicional a personas afectadas por enfermedades muy graves y con padecimientos incurables; la prescripción de fármacos de los que existe la formulación en una sola pastilla, como Combivir, afectando así a la adhesión al tratamiento, uno de los problemas más cuestionado y planteado en las instituciones penitenciarias; la escasa implantación de los PIJ (Programas de Intercambio de Jeringuillas cuya puesta en marcha generalizada estaba prevista para este año) que han levantado numerosas ampollas dentro del sistema penitenciario entre aquell@s que los consideraban 'ilegales' y 'peligrosos', a pesar de que los centros pilotos hayan demostrado después de un período de funcionamiento que son seguros y eficaces.

A todas luces, los programas de prevención, asistencia, educación y promoción de la salud y reducción de daños son un vehículo necesario y prioritario para un buen tratamiento de la infección por VIH en las prisiones españolas, pero es igualmente importante educar y formar a los funcionarios penitenciarios no sanitarios en la infección por VIH/SIDA, cuya desinformación y temor genera en ocasiones actitudes de rechazo y marginalidad hacia la población reclusa afectada por el VIH/SIDA. Se ha demostrado que incluso cuando el personal penitenciario cuenta con la información suficiente, no se produce de manera inmediata una asimilación de los conocimientos y un cambio de aptitud, con la consiguiente repercusión en las personas seropositivas privadas de libertad (2).

Fuente:

ESCUADERO DE LA FUENTE, A., «Sida y prisión», *SIDA* 2002; 13/3: 221-223.

Referencias:

- (1) MARCO, A., «Estudio de la seroincidencia del VIH en población reclusa en una prisión española a partir de determinaciones analíticas repetidas», *Revista Española Sanidad Penitenciaria*, 2001; 3: 60-64.
- (2) ARROYO, J. M.; ASO, M., «Conocimientos y actitudes sobre el SIDA entre los funcionarios penitenciarios», *Revista Española Sanidad Penitenciaria*, 2000; 1: 8-13.

¡Ay qué dolor!

El dolor es una manifestación a la que casi no se le presta atención. Aunque algunos centros hospitalarios cuentan con las llamadas, con cierta pretenciosidad, "clínicas del dolor", su abordaje todavía deja mucho que desear.

El dolor puede definirse como "aquella experiencia sensorial y emocional desapacible asociada con una lesión, real o posible, de los tejidos". Aunque los mecanismos y vías del dolor empiezan a ser mejor comprendidos, es preciso tener en cuenta que la percepción individual del dolor y la apreciación de su significado son fenómenos complejos que incluyen procesos psicológicos y emocionales, además de la activación de las vías nociceptivas (terminaciones nerviosas o neuronas receptoras de los impulsos dolorosos). Así, la intensidad del dolor no es necesariamente proporcional al tipo de lesión o al alcance de la misma sino que puede verse alterada en muchas localizaciones del sistema nervioso, dependiendo la percepción del dolor de complejas interacciones entre impulsos nociceptivos y extranociceptivos (ajenos a los impulsos dolorosos de las terminaciones nerviosas).

El dolor puede exacerbar el sufrimiento al aumentar la sensación de desamparo, la ansiedad y la depresión, al tiempo que genera una sensación de falta de control personal en lo que se refiere a la capacidad de una persona para modificar las circunstancias que la rodean mediante sus propias acciones.

Algunos estudios realizados en pacientes hospitalizad@s con diagnóstico de SIDA mostraron que más del 50% necesitaba tratamiento contra el dolor, siendo éste el síntoma que aparece en primer lugar en el 30% de los casos, un porcentaje sólo superado por la fiebre.

Los principales síndromes dolorosos recogidos en estudios hasta la fecha incluyen la neuropatía periférica, el causado por el sarcoma de Kaposi, el dolor de cabeza, dolor faríngeo y abdominal, artralgias y mialgias, así como afecciones dermatológicas.

La prevalencia del dolor en personas con VIH varía en función del estadio de la infección, el entorno asistencial y la metodología de los estudios, aunque los cálculos suelen situarse entre el 40 y el 60 por ciento, valores que van en aumento a medida que progresa la infección. Pero a pesar de que estos resultados ponen de manifiesto la existencia de cifras muy elevadas ya en los primeros estadios de la infección, y que aumentan de manera alarmante cuando se produce la progresión a SIDA, estamos ante un síntoma claramente infra-diagnosticado y poco comprendido no sólo por el entorno familiar de la persona sino también por el personal sanitario.

Las razones para pasarlo por alto son varias: puede ser difícil de diagnosticar, las manifestaciones suelen ser subjetivas y los métodos de valoración siguen siendo muy rudimentarios, por lo que el/la médic@ debe fiarse sobre todo de las explicaciones que recibe de su paciente. Esto suele generar en el/la profesional responsable una actitud restrictiva ante el tratamiento de este síntoma debida principalmente a la inseguridad que le provoca la prescripción de opiáceos (uno de los tratamientos más eficaces) por temor a que se produzcan adicción y abuso, sobre todo cuando el/la paciente tiene historia de consumo de drogas actual o pasado. Lo que no tienen en cuenta es que diversos estudios han demostrado que los fármacos destinados al adecuado tratamiento del dolor no crean adicción. Si pueden provocar dependencia física, lo que significa que bastará con pautar una reducción escalonada de la dosis cuando haya que retirarla.

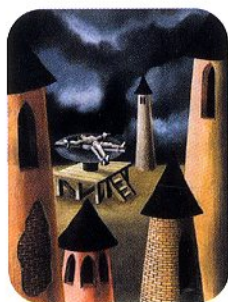
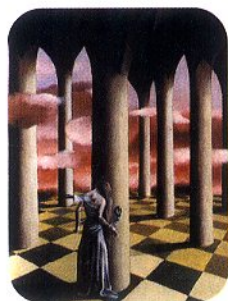
Las actuales directrices internacionales en cuanto a tratamiento del dolor establecen que la falta de tratamiento puede provocar daños graves: el dolor libera determinadas hormonas, como el cortisol, que pueden suprimir la respuesta inmunitaria, además de convertir un malestar pasajero en dolor crónico que resulta mucho más difícil de tratar y que desemboca en un considerable deterioro de la calidad de vida.

La obligación de aliviar el sufrimiento es un componente esencial del deber ético que tiene el/la médic@ de beneficiar y no hacer daño en un sentido amplio, lo que implica que los profesionales sanitarios deberían tener la experiencia clínica y el conocimiento necesarios para el manejo eficaz del dolor. De esta forma, la curación de la enfermedad y el alivio del dolor deberían ser obligaciones inseparables de cualquier profesional médico realmente comprometid@ con la atención y el cuidado de las personas enfermas.

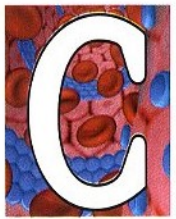
También es posible que los familiares que están al cuidado de la persona afectada no se sientan preparad@s para ayudar a un/a paciente que necesite alivio de su dolor o puede que se nieguen a reconocer su existencia para evitar enfrentarse a la posibilidad de que la enfermedad esté progresando. Si tenemos en cuenta la cualidad holística de la medicina, el equipo médico debería procurar tranquilizar tanto a los pacientes como a sus familias, haciéndoles comprender que la mayoría de dolores pueden ser aliviados de manera segura y eficaz. Estas situaciones necesitan la colaboración continua entre pacientes, familiares y profesionales sanitarios para determinar cuáles son los objetivos del manejo del dolor y poder así proceder de manera conjunta a su control.

REFERENCIAS:

Lark Lands. *Pain Killer Pain*. Revista POZ. Número de junio de 2002. Sección "Pain and HIV" en www.hivpositive.com



Mejor adhesión



Cada vez más se hace evidente y palpable la necesidad de hacer intrínseca la adhesión a los tratamientos como parte de la terapia anti-VIH. No se trata únicamente de tomar unas dosis de medicamentos al día como si fuesen aspirinas o antigripales, sino que es un proceso en el que las partes involucradas (hospital/médico/paciente) deben estar integradas en el engranaje para que la indetectabilidad del virus y la recuperación inmunológica del/la paciente sea un éxito.

Precisamente, durante la pasada Conferencia de Barcelona cientos de médicos e investigadores pusieron de manifiesto algo que ya mucha gente sabe: cuando los profesionales médicos se involucran y ayudan a sus pacientes VIH positivos, éstos tienen más probabilidades de conseguir una adhesión óptima a su tratamiento.

Esto no era una gran novedad, en cambio sí lo fue lo que se informó en Barcelona como una gran conclusión sobre adhesión: que los servicios de soporte de VIH deben ser parte de los cuidados médicos regulares de una persona. No se trata de cualquier servicio de soporte, ni tampoco de un/a médico con bata blanca ofreciéndonos su mejor sonrisa y una palmadita en la espalda. La clave estaría en lo que se ha denominado como intervención directa, una mezcla de consejos sobre adhesión, *counselling* presencial y grupos de autoayuda, organizado por profesionales especializadas y dirigidas hacia las necesidades específicas del/la paciente.

Aparentemente, la intervención directa funciona para todo el mundo, tanto si el/la paciente está content@ como si está deprimid@, tanto si tiene una baja autoestima como si un ego por las nubes; tanto si se es blanc@, como si se es negr@, hispan@, joven o mayor, usuari@ de drogas o de alcohol, o ninguna de las dos últimas cosas. En definitiva, todas las personas seropositivas podrían beneficiarse de un servicio de atención médica que no solamente se dedique a medir el recuento de CD4 y de dispensar la medicación.

Son muchas y variadas las formas en que la intervención directa puede ser puesta en práctica. Una de estas experiencias fue una variación en el sistema de atención establecido por el Instituto de SIDA del estado de Nueva York, EE UU, el cual financió los llamados "servicios de adhesión". Estos servicios proveen soporte y educación en el mismo sitio donde los pacientes reciben su atención médica regular. Los investigadores han encontrado que este proceso duplica las posibilidades de una mejor adhesión en los regímenes de tratamientos de los pacientes (*abstract: MoPeB3284*).

Asimismo, se presentaron otras iniciativas muy creativas y exitosas para mejorar enormemente la adhesión, como la que se ha puesto en marcha en Brasil. Un programa llamado 'Amigos Terapéuticos' compuesto por voluntarios cualificados y familiares de personas seropositivas se encarga de visitar a otros seropositivos en sus propios hogares. Estos voluntarios prestan un servicio de *counselling* directo sobre los tratamientos que toma el/la paciente y de soporte psicológico. Esta asistencia les ayuda a incrementar su autoestima y a romper el estigma y el aislamiento que provocan con frecuencia una baja adhesión a los regímenes de tratamiento (*abstract: ThPeF8176*).

Otra idea presentada fue la de un grupo de investigadores del Hospital Harlem de la Universidad de Columbia que organizó un taller con una duración de ocho semanas llamado *Teatro Participativo* (*abstract: MoPeF3963*). Este taller se basaba en dramatización de situaciones, sesiones de charlas y grupos de autoayuda. El objetivo era fomentar las relaciones entre cada un@ de los participantes, ayudarles a expresar sus emociones e identificar experiencias comunes con relación a sus obstáculos en la adhesión (entre ellos, la cuestión de revelar el estado serológico, el estigma y los problemas socioculturales propios de los grupos minoritarios). Antes de iniciar este programa, los participantes no se sentían capaces de hacer estas presentaciones. Los investigadores concluyeron que el resultado del programa fue la creación de un nuevo sistema comunitario de ayuda que permitía que los pacientes fuesen más felices y, por consiguiente, facilitaba la adhesión a sus fármacos.

Muchos estudios han mostrado que para la mayoría de las personas VIH positivas perder dosis no era sólo un problema relacionado con el miedo a los efectos secundarios, sino también tendría que ver con la aversión de tomar muchas pastillas o simplemente por cuestión de olvido. Los estudios también han señalado que los programas de intervención directa que se realizan en los mismos lugares donde las personas obtienen su atención médica representan una mayor ayuda no sólo para sus efectos físicos por la infección por VIH, sino también para los devastadores efectos emocionales.

Factores no psicológicos en la adhesión

Aunque la mayor parte de la investigación presentada en Barcelona en relación con la adhesión encontró que abordar los problemas emocionales de una persona puede mejorar su actitud para tomar las dosis a las horas indicadas, varios estudios se centraron en los diversos procedimientos clínicos para mejorar la adhesión. Las tomas únicas de una vez al día tuvieron un buen recibimiento. Un pequeño estudio español y uno estadounidense encontraron que las nuevas formulaciones de una vez al día, que causan menores efectos secundarios que las de dos veces al día, permiten una mejor adhesión de los pacientes, resultando una media superior de recuento de CD4 y unos niveles de carga viral más bajos.

Aunque la amplitud de la investigación presentada en la Conferencia de Barcelona reveló que hay una necesidad de un enfoque más holístico en los servicios de atención médica del VIH, se concluyó que no era suficiente con dar prescripciones y monitorizar las resistencias; el personal sanitario debe dar más atención y *counselling* a los pacientes, a los que se les debe invitar a adquirir mayor protagonismo en su tratamiento. Precisamente, uno de los mejores ejercicios de formación para los especialistas en VIH es el manejo de situaciones no clínicas, esto podría fortalecer al/la paciente que probablemente conseguiría una mejor adhesión y se mantendría más saludable por más tiempo.

FUENTE:

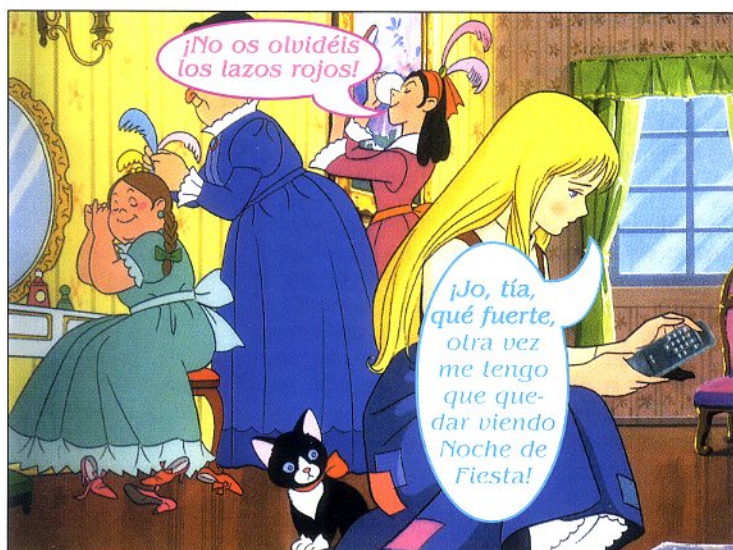
Myles Helfand. *Adherence Research Roundup From the International AIDS Conference. The Body*. Disponible en www.thebody.com/confs/aids2002/adherence_overview.html

Cuentos de ayer, de hoy
y de siempre

Cenicienta Positiva



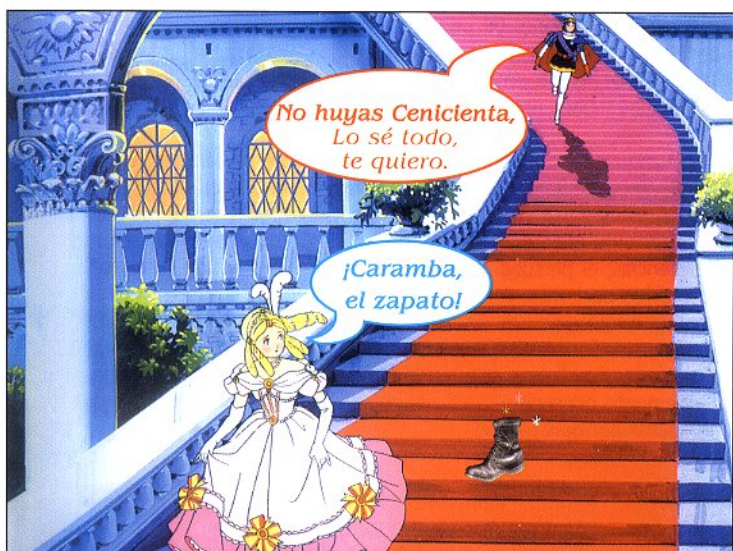
Érase una vez una hermosa niña que era muy querida por su madre. Pero ocurrió algo terrible que vino a empañar su felicidad: su madre, enferma de SIDA, falleció tras la denegación de un uso compasivo, dejando a su pobre hija en la más profunda tristeza.



Un primero de diciembre se organizaba un gran baile. El revuelo en la casa era mayúsculo. Tod@s se preparaban para el festejo, menos nuestra pobre Cenicienta que, tras los múltiples fracasos de tratamiento y con menos de 200 CD4, se sentía exhausta.



Estaba Cenicienta viendo el programa cuando de repente apareció en la pantalla un hada madrina cuyo rostro le recordaba mucho a una médica de VIH de la que guardaba un grato recuerdo. ¿Soñaba? No. La aparición era tan real y palpable como ella misma.



Cenicienta bailaba y reía sin cesar. Se lo pasaba tan bien que se le echó el tiempo encima. El reloj estaba a punto de dar las doce y la chiquilla tuvo que abandonar precipitadamente la sala. El joven la siguió infructuosamente. Cenicienta corría cual gacela a pesar de su neuropatía.



Cenicienta tomó su medicación a tiempo y se quedó esperando con ansia acompañada de sus fieles amiguitas que la llamarán del hospital. No obstante, en ese compás de espera, no podía dejar de pensar en su príncipe azul, tan apuesto, tan bello. ¿Se volverían a encontrar?



Tras conocer que vivía con VIH, sola y con una pensión indigna, ingresó en una casa de acogida donde encontró el apoyo que hasta ahora se le había negado. Dejaba atrás los días en que algunas niñas le escondían el tratamiento entre las cenizas, de ahí su nombre: Cenicienta.



En sus momentos de recogimiento y profunda reflexión soñaba con tener algún día conexión a internet para poder contactar con otras personas afectadas por VIH y conseguir información actual, veraz y contrastada. Nuestra amiga Cenicienta había desarrollado resistencia al tratamiento.



Además el hada le consiguió todo lo necesario para acudir a la fiesta: preservativos masculinos y femeninos, lubricante y un nuevo microbicida (¡todo ello sin nonoxynol-9!). Con un poco de prisa y todavía atónita por la aparición podría llegar a tiempo a tan solidario evento anual.



Lo que nunca se hubiera podido esperar es que tras varias experiencias sentimentales que no llegaron a buen puerto, conocería en la barra del bar a su príncipe azul, que además de invitarle a una bebida le propuso un baile. Cenicienta estaba pletórica y sus compañeras chascadas y rabiosillas.



Al cabo de tres meses nuestra heroína estaba irreconocible. Su carga viral era indetectable y sus CD4 estaban por las nubes. Además, su amado tras mucho buscar la encontró gracias a la sección de contactos de LO+POSITIVO. Y colorín colorado este cuento se ha acabado.

Otros títulos de esta colección:

- 🌀 Blancanieves y los siete linfocitos
- 🌀 Aladino y la terapia maravillosa
- 🌀 Alí Babá y los cuarenta ladrones
- 🌀 Alicia en el país de las pastillas

Reducir niveles

Uno de los efectos secundarios de la terapia antirretroviral que se da con mayor frecuencia es la elevación de los niveles de grasas (colesterol y triglicéridos) en sangre. Si bien a veces existe la posibilidad de realizar cambios en el tratamiento para intentar revertir dicha tendencia, en otras ocasiones los fármacos hipolipemiantes, el ejercicio físico y la dieta son las recomendaciones que recibimos de nuestros médicos. Seguir un régimen alimenticio específico puede ser un quebradero de cabeza si no se tiene claro qué tipo de alimentos son más o menos indicados. La siguiente tabla agrupa los alimentos en tres categorías según la frecuencia con que se recomienda tomarlos para conseguir llevar una dieta hipolipemiente, es decir, de reducción de grasas, lípidos, en sangre. Llevar una copia encima puede resultar útil para llenar la cesta de la compra en caso de que se decida reducir niveles.

Dieta hipolipemiente recomendada

Alimentos (frescos y congelados)	Permitidos (todos los días)	A limitar (máximo 2 por semana)	Desaconsejados (sólo excepcionalmente)
Cereales	Harinas, panes (mejor integrales), cereales, arroz, maíz, pasta italiana, galletas integrales	Cereales con azúcar, pastas al huevo	Bollos, croissants, magdalenas, galletas
Frutas, verduras y legumbres	Todas (legumbres especialmente recomendadas)	Aceitunas, aguacate	Patatas <i>chips</i>
Frutos secos	Nueces, ciruelas, pasas, albaricoques, dátiles	Almendras, castañas, avellanas, cacahuetes	Coco
Huevos, leche y derivados	Leche, yogur, desnatados, clara de huevos, flan sin huevo	Huevo entero, quesos frescos, quesos duros	Leche entera, nata, crema, flan con huevo, quesos duros y cremosos
Pescado y marisco	Pescado blanco y azul, atún en lata, salmón ahumado	Marisco, sardinas en lata, bacalao salado	Huevas de pescado, mojama
Carnes rojas		Ternera, buey, cerdo, caballo, cordero (sólo partes magras)	Hamburguesas, frankfurts, salchichas
Aves y caza	Pollo, pavo	Conejo, venado, caza menor	Ganso, pato
Grasas	Aceites de oliva, girasol, maíz o pepita de uva	Margarinas vegetales, jamón	Manteca de cerdo, mantequilla, vísceras, despojos, embutidos
Postres	Mermeladas, repostería casera (helados, sorbetes, tartas y pasteles) preparada con leche descremada y margarina	Miel, caramelos, frutos en almibar	Chocolates, pastelería
Bebidas	Agua mineral, zumos naturales, vinos y alcoholes: dos tomas al día (*). Café, té tres por día	Bebidas ligeras sin azúcar	Bebidas ligeras azucaradas, sopas de sobre o lata

(*) SE DESACONSEJA TOMAR MÁS DE 80mg/dl (hombres) o 60mg/dl (mujeres) DIARIOS DE ALCOHOL.

P

ara l@s que no coméis carne o queréis dejarla, hay alimentos que sustituyen a la proteína animal y no contienen grasas saturadas, es decir, que van bien para mantener el colesterol a raya. Estos alimentos son: el seitán, el tofu, la soja texturizada o proteína de soja, el *tempe* y las diferentes combinaciones de cereales y legumbres. Si no bebéis leche, podéis sustituirla por bebida de arroz, de avena y/o de soja; el calcio lo encontraréis en el sésamo (bien masticado para asimilarlo mejor) y en el gomasio (una mezcla de sésamo machacado y sal marina tostada).

Vamos a preparar un menú para un día especial de nuestra vida.

CARDOS CON SALSA DE ALMENDRAS (para 4 personas)

Ingredientes:

- 1 cardo grande o 2 botes de cardos en conserva
- 1 cebolla grande
- 1 cucharada de mantequilla
- 2 cucharadas de harina blanca o integral
- 1/2 litro de agua
- 40 almendras crudas peladas
- Sal
- Aceite de oliva

Preparación:

Si usas el cardo natural, elige las pencas más tiernas, quítales los hilos y córtalos en trozos pequeños. Lávalos bien y ponlos a hervir en abundante agua con un poco de sal. Cuando estén bien cocidos, escúrrelos.

Si utilizas cardos en conserva, los lavas y los reservas para después.

Para preparar la salsa: En una cazuela de barro se ponen dos cucharadas de aceite de oliva y se rehoga la cebolla muy picadita. Antes de que se dore, se añade la mantequilla y la harina, se remueve con rapidez y se agrega poco a poco 1/2 litro de agua caliente con un poco de sal. Se va dando vueltas para evitar que se queme y que salgan grumos. Dejar a fuego lento unos 15 minutos.

A continuación se baten las almendras con un poquito de agua, se vierten en la cazuela junto con el cardo, se dejar cocer un poquito más a fuego lento. Lo probamos de sal y si está a tu gusto, ya se puede servir.



Fotos: David Castañer Preparación: Chiqui Bofarull y Diego Moreno



Ingredientes:

- 1 lubina grande o 2 pequeñas u otro tipo de pescado entero
- 2 patatas
- 1 pimiento verde
- 1/2 pimiento rojo
- 1 cebolla grande
- 1 vaso de vino blanco
- 1 vaso de caldo de pescado
- Sal y aceite de oliva

Preparación:

Lo primero en una bandeja de horno, ponemos un poco de aceite de oliva. Se pelan y cortan las patatas, los pimientos y la cebolla en rodajas. En la bandeja se coloca primero una capa de patata, después se pone la cebolla y por último el pimiento verde y rojo. Se mete al horno y cuando la verdura esté casi hecha, se saca la bandeja. Salamos el pescado y lo colocamos sobre la verdura rociado con un poquito de aceite de oliva. Se vuelve a

meter la bandeja en el horno y lo dejamos hacer durante 10 minutos. A continuación se añade el caldo de pescado y el vino blanco.

Para que se haga bien el pescado dejaremos transcurrir en total unos 15 ó 20 minutos según el tamaño del pescado, ya sea grande o pequeño. Una vez transcurrido el tiempo, se saca del horno y se sirve en el plato.

LUBINA AL HORNO (4 personas)

Se puede utilizar otro tipo de pescado, siempre que sea entero.

PASTEL DE ZANAHORIA Y PIÑA

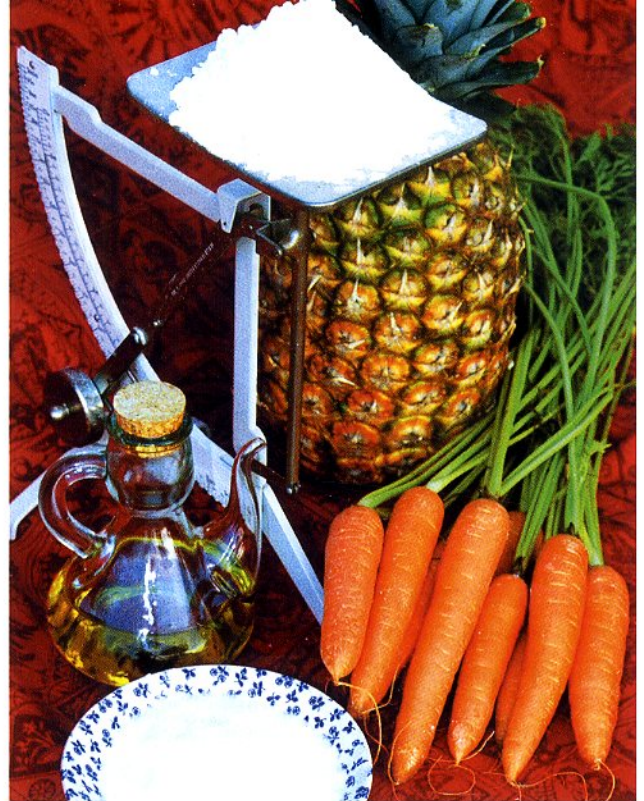
Ingredientes:

- 1 taza de aceite
- 1 taza y media de azúcar moreno
- 3 huevos
- 2 tazas de zanahorias ralladas
- 1 piña troceada
- 2 cucharaditas de bicarbonato de sodio
- 2 cucharaditas de canela
- 1 cucharadita de sal
- 1 cucharadita de coco rallado
- 2 cucharaditas de harina
- 1 cucharada de frutos secos picados (nueces, avellanas, almendras)

Preparación:

Se mezcla todo muy bien y se vierte en un molde rectangular de cristal (preferentemente si lo tienes). Se cuece durante unos 45 minutos al horno, previamente calentado.

BUEN PROVECHO



Buscando MCA desesperada Mente

Fui a Barcelona buscando MCA, pero fue difícil encontrar algo. MCA es el acrónimo de medicina complementaria y alternativa. Este término incluye todos los remedios tradicionales (hierbas, homeopatía, suplementos nutricionales) y técnicas (acupuntura, masaje, reiki, etc.) que se han usado durante siglos por personas de todo el mundo y generalmente consideradas al margen del paradigma médico dominante en occidente. Una de las insignias de la medicina occidental o 'alopática' es la creencia (probada gracias a los microscopios en el siglo XIX) de que los gérmenes causan la enfermedad y que eliminar los gérmenes, o el virus, es la mejor forma de restaurar la salud. La MCA generalmente promueve la sanación partiendo de una visión del individuo como parte de un conjunto mayor que incluye cuerpo, mente, espíritu y entorno.

Globalmente, MCA significa cosas distintas para personas distintas. Dependiendo de dónde vivas, tus expectativas pueden ser totalmente diferentes. Si vives en España o en alguna otra parte del mundo desarrollado, probablemente la MCA es un artículo de lujo que pagas de tu bolsillo para manejar los efectos secundarios del tratamiento antirretroviral, para potenciar tu sistema inmunitario o mejorar tu sensación de control de la infección. Si vives en un municipio de Sudáfrica o en gran parte de los de Asia o la India, es más

probable que busques un sanador tradicional para aliviar los síntomas de las infecciones oportunistas o (equivocadamente) para encontrar la "cura".

Una rápida lectura de los *abstracts* de la Conferencia de Barcelona confirmó lo que ya se sabía: se llevan a cabo muy pocas investigaciones sobre MCA y sistemas médicos alternativos y en las principales conferencias científicas apenas se presentan estudios y la poca información que puede encontrarse en el área de exhibición es propio de 'la tienda de los horrores'.

Sí, unos pocos estudios clínicos subrayaron la necesidad de que a las personas con VIH se les realicen pruebas para detectar posibles déficit de vitaminas, carnitina, aminoácidos o glutatión, pero son pocos los trabajos que prueban la eficacia u óptima dosificación de los suplementos nutricionales. Se presentaron dos pósters sobre el uso de MCA realizados en centros de Gran Bretaña y Australia que sugerían una mejora, autorreferida, de la calidad de vida. También un póster sobre interacciones entre fármacos y hierbas y otro que sugería la necesidad de estudiar si las personas que siguen tratamientos de acupuntura se adhieren más a sus regímenes antirretrovirales. En fin, en cada conferencia lo mismo: "Se necesitan más estudios...".

Ahora, los horrores. Un exhibidor promocionaba un suplemento nutricional (VIUSUD) fabricado en España como un potente antioxidante e inmunomodulador para el tratamiento del VIH y las hepatitis, cuyos resultados de calidad de vida en 30 personas eran

Tu opinión para 2003

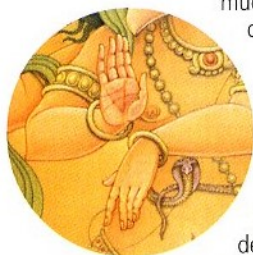
autorreferidos y las mejoras de la proporción CD4/CD8 y los descensos de carga viral no estaban detallados. Puede que sea un buen producto pero su precio, sobre los 110 euros al mes, es caro ya para los países ricos, por no mencionar África Subsahariana.

En otro stand, descubrí HY99, "un supositorio natural inductor de inmunidad" que parecía de broma. Se trata de una mezcla de hierbas chinas con la que se ha llevado a cabo un estudio clínico en Camboya. De nuevo, 30 personas, y aunque las fotos del antes y después son impresionantes, pinta demasiado bien para ser verdad. Este producto contiene ginseng que, depende del tipo, no resulta siempre aconsejable en la infección por VIH. Bajo el punto de vista de la medicina tradicional china el ginseng puede incrementar el 'calor' y esto puede no ser adecuado. La brillantez de la medicina china reside en la habilidad de adaptar el tratamiento al individuo. Así este supositorio "para tod@s" parece una mala imitación de un fármaco occidental.

Los fármacos derivados de las plantas no son una novedad. A menudo ocurre que las pequeñas compañías carecen de recursos para realizar los estudios que puedan llevar estos productos al mercado. Una excepción importante es el trabajo que se está realizando para iniciar estudios en humanos de un microbicida hecho de carageno, un compuesto activo que se encuentra en las algas rojas. También encontré una iniciativa malasio-americana que estudia las propiedades antivirales de un compuesto químico presente en el árbol bintagor. El compuesto natural activo conocido como calanolida A ha mostrado actividad frente a cepas resistentes a inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósido (ITINN). Actualmente se encuentra en Fase I y II y parece ser un buen ejemplo de investigación aplicado al descubrimiento de compuestos activos en la naturaleza.



Ciertamente, la medicina occidental o 'alopática' permite prolongar la vida de las personas con VIH en los países donde hay acceso a antirretrovirales, aunque todavía no ha conseguido curar el SIDA. Por su parte, las medicinas tradicional china, ayurveda y aborígen canadiense, ejemplos de sistemas holísticos, no han conseguido nada mejor. Tenemos mucho que aprender de estos sistemas antiguos sobre sanación, que es algo muy distinto a la curación. No es sorprendente que much@s de nosotr@s, no satisfechos con nuestr@s médic@s occidentales, hayamos ido en busca de una relación que nos llene más con un/a especialista en MCA, o hemos tenido la suerte de encontrar a un/a destacad@ médic@ occidental abierto a visiones de otras partes del mundo sobre lo que constituye la salud.



No es que me haya vuelto negativo respecto a los beneficios de la MCA; lo que quiero es ver pruebas sólidas de los productos y técnicas que much@s de nosotr@s hemos usado durante años. No quiero ver cómo mercachifles timan a las personas en cualquier parte del mundo. El reto es crear metodologías rigurosas para investigar y para ello tengo algunas ideas interesantes de un taller en el que acabo de participar que compartiré con vosotr@s próximamente.



PARA MÁS INFORMACIÓN:

VIUSID
www.diamel.com
HY99
www.vigconic.com
Calanolide A
www.sarawak-medichem.com

Ron Rosenes hace 20 años que vive con VIH en Toronto, Canadá, y forma parte del panel del Canadian Treatment Action Council, una organización dirigida por personas que viven con VIH/SIDA, que promueve políticas públicas informadas y educación pública y la toma de conciencia en temas relativos al acceso al tratamiento y atención sanitaria de las personas que viven con VIH/SIDA y otras poblaciones vulnerables. El tratamiento es un concepto amplio que incluye medicina tradicional así como complementaria y alternativa.

Rellena, recorta (o fotocopia) y envíanos esta pequeña encuesta. Entrarás en el sorteo de 25 suscripciones gratuitas por un año. Te mantendremos informado@ durante 2003.

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?

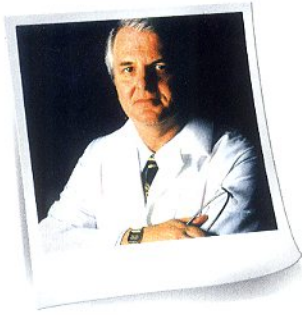
8-¿En qué localidad vives?

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?



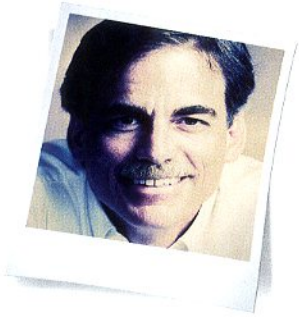
El médico



El ama de casa



La estudiante



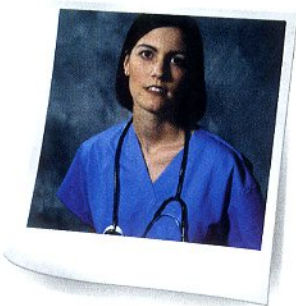
El Profesor



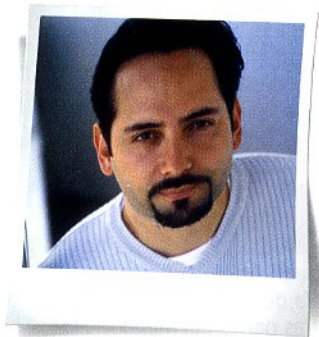
La periodista



La farmacéutica



La enfermera



El paciente



...y GlaxoSmithKline

Contra el SIDA, combatimos todos simplificando las terapias

Día tras día, miles de personas anónimas combaten el avance del SIDA. Y día tras día demuestran que con el esfuerzo de todos es posible conquistar nuevas victorias.

GlaxoSmithKline también ha estado ahí desde el principio. Desarrollando la gama más completa

de fármacos antirretrovirales. Innovando sin descanso desde hace quince años. Simplificando las terapias para poder mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Un esfuerzo que sumado al del resto de la sociedad, convierte nuestra esperanza en una meta un poco más cercana.



GlaxoSmithKline

MANOS de ORO



Antes de la era TARGA muchas eran las personas que vivían con VIH/SIDA que buscaban en las llamadas terapias alternativas algún efecto reparador y reconstituyente que les ayudaría a sobrellevar el vivir con esta enfermedad. Precisamente, muchas de estas personas han manifestado los beneficios emocionales, espirituales y hasta físicos que dichas terapias les ha reportado. Sin embargo, para la ciencia no representaba ningún valor adicional a no ser solamente como un simple efecto placebo más, paralelo al tratamiento médico.

Aunque también es cierto que muchos médicos coinciden en que una buena parte del proceso de curación o control de una enfermedad radica en el/la mismo paciente, es decir, en su participación activa en la evolución de su dolencia.

A pesar de que hasta la fecha ninguna de las terapias alternativas ha sido objeto de un estudio clínico y de carácter gubernamental, organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce estas prácticas terapéuticas que contemplan una dimensión más espiritual, siempre como algo accesorio a la medicina clásica.

Es aquí donde encaja una de las terapias alternativas que en esta ocasión ha reclamado nuestra especial atención el *reiki*. Se trata de una terapia japonesa adaptada del budismo tibetano cuyo objetivo es lograr la relajación y transmisión de la energía, a través de la imposición de manos de una persona a otra, en puntos estratégicos del cuerpo llamados *chakras* o portales energéticos del cuerpo. Por lo que su práctica responde a la necesidad de los pacientes de involucrarse en su propia curación o tratamiento y a unos resultados, que en muchos casos, son más rápidos y visibles que los que ofrecen los hospitales.

Poniendo de lado la acepción mística y esotérica que algunos quieren dar, el *reiki* es una técnica de curación o, que en su defecto, ayuda a mejorar el bienestar general del/la paciente a través del tacto, de las manos, que irradian el calor y la energía del cuerpo. Se basa precisamente en el hecho de que todos los seres vivos difunden ese calor y esa energía y que por lo tanto, si lo ejercitan, pueden emplearlo y transmitirlo.

Aparentemente, los posibles efectos positivos que el *reiki* parece ejercer en pacientes con SIDA han despertado gran interés en el Centro Nacional de Medicinas Complementarias y Alternativas perteneciente a los Institutos Nacionales de Salud (NIH, en sus siglas en inglés) de EE UU. El NIH ha financiado el primer estudio federal para medir la eficacia del impacto del *reiki* en personas que viven con SIDA avanzado. Este estudio abierto y aleatorizado, que actualmente se encuentra en Fase II, comenzó en marzo de 2002 y durará hasta finales de 2003. El estudio está siendo conducido por Gala True y su equipo de investigadores de la Red de Salud Albert Einstein del estado de Pensilvania.

Para el estudio se enrolarán unos 146 pacientes con SIDA avanzado divididos en dos grupos, uno recibirá *reiki* más TARGA llamado grupo de intervención y el otro, llamado grupo control, sólo TARGA. Los criterios de inclusión son: adultos con un diagnóstico de SIDA definido como recuentos de CD4 inferiores a 200 células/mm³ durante los últimos 12 meses y en TARGA en por lo menos 6 meses. Los pacientes del grupo de intervención recibirán un total de tres sesiones de una hora de *reiki* durante un periodo de 6 meses. En ambos grupos se realizarán mediciones para comparar los posibles cambios en la ansiedad, la depresión, el dolor, la calidad de vida y su bienestar espiritual.

Aunque los resultados definitivos de este estudio sólo los sabremos a finales de 2003, lo más importante es la posibilidad que el mundo científico le está brindando a este tipo de alternativas terapéuticas y medicinales para demostrar de una vez por todas y sin futuras elucubraciones, sus grandes beneficios o, por el contrario, sus escasas ventajas de emplear estas terapias como parte integral de la medicina tradicional.

FUENTE:

Kaiser Daily HIV/AIDS Report. Monday, November 4, 2002

REFERENCIA:

The Use of Reiki for Patients with Advanced AIDS.

<http://clinicaltrials.gov/ct/gui/show/NCT00032721;jsessionid=3AFE885601498B20D6BBBB17508C15A0?order=1>



Inmunoterapias (yII): Vacunas (terapéuticas) y otras ayudas

En el número 21 de LO+POSITIVO os introdujimos a las terapias de base inmune (TBI) o inmunoterapias, ésas que intentan “estimular” a tu propio sistema inmune para que sea capaz de controlar al VIH por sí mismo o con menos ayuda del único (e imperfecto) instrumento terapéutico anti-VIH del que disponemos hoy en día: los Tratamientos Antirretrovirales de Gran Actividad (TARGA). Hoy cerramos nuestro resumen sobre TBI hablando de vacunas terapéuticas y pasando revista a un variado abanico de sustancias que tratan o han tratado de probar su potencial como inmunoterapias del VIH.

Vacunas terapéuticas: ¿lento pero seguro?

Much@s creen que las vacunas terapéuticas (VT) podrían ser las TBI más baratas, eficaces y tolerables. Básicamente, si una vacuna preventiva (VP) trata de evitar la infección por VIH entre personas no infectadas que se expongan al virus, una VT, que bien podría ser la misma o parecida sustancia, intentaría “educar” al sistema inmune de personas ya infectadas con el fin de mejorar sus respuestas naturales contra el VIH. En la era TARGA, el objetivo de una VT sería que las personas VIH+ vacunadas o inmunizadas pudieran prescindir, sin riesgos y al menos durante significativos periodos de tiempo, del uso de antirretrovirales. Teniendo en cuenta la toxicidad de tales fármacos o sus elevadísimos precios, se entiende la excitación de individuos y colectivos ante las posibles ventajas de una vacuna terapéutica, incluso si fuera de eficacia limitada. Lamentablemente, aún no disponemos de ninguna vacuna, ni preventiva ni terapéutica, aprobada para su uso en VIH: todas son candidatas experimentales.

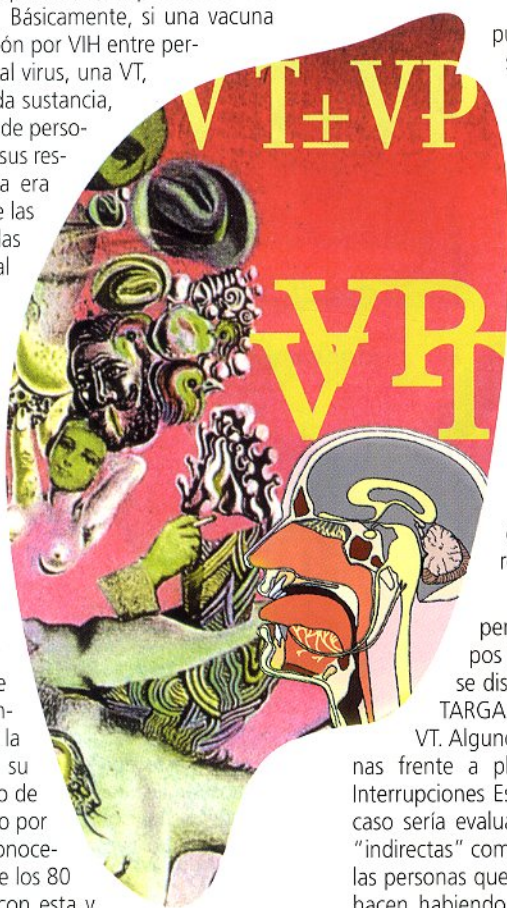
Entre los primeros esfuerzos por conseguir una vacuna terapéutica se encuentran los de científicos tan legendarios como Jonas Salk (creador de la vacuna anti-polio), que emergió de su semi-retiro para desarrollar el prototipo de vacuna terapéutica anti-VIH constituido por virus inactivados enteros que hoy conocemos como Remune. Si bien a finales de los 80 much@s creyeron que los resultados con esta y otras vacunas candidatas permitían cierto optimismo, los hechos se ocuparon poco a poco de contradecirlos. La misma larga historia experimental del propio Remune está llena de altibajos y sonoras controversias y, tras el abandono de su último patrocinador (el gigante farmacéutico Pfizer), el futuro del inmunógeno de Salk parece más incierto que nunca.

Aunque rodeadas de menos controversia, otras candidatas de la época sufrieron destinos similares y la investigación en VT experimentó un considerable declive durante los años 90, hasta que el advenimiento de TARGA y la creciente constatación de sus límites facilitó el resurgir del interés hacia las inmunoterapias en general y hacia la investigación en VT en particular.

A día de hoy, Aventis-Pasteur, una compañía puntera en el campo de las vacunas, continúa desarrollando ALVAC, su prototipo de VP basado en un vector viral de canarypox recombinante y a punto de iniciar ensayos clínicos de Fase III en Tailandia. Con ciertas modificaciones, la misma ALVAC también se estudia como VT en varios ensayos de Fase I y II en Francia y Estados Unidos.

Otras grandes farmacéuticas, algunas de ellas bien conocidas en el mundo del VIH como Glaxo (hoy GlaxoSmithKline o GSK) o Merck, parecen apostar con fuerza por la investigación en vacunas. GSK posee una candidata a VP en Fase I y esperan estudiarla también en personas ya infectadas y la primera fase del programa de desarrollo clínico del prototipo de ADN “desnudo” de Merck (que tan positivos resultados obtuvo con monos), ya incluye estudios para personas con y sin VIH. Sólo en algunos años sabremos si éste u otros prototipos afianzan su desarrollo o resultan en otro ciclo de fracasos.

Inicialmente al menos, los ensayos sobre VT con personas VIH+ en nuestro entorno contarán con grupos homogéneos de pacientes que tomen TARGA y que se distribuyan al azar entre un “brazo” que recibirá sólo TARGA y placebo y otro al que además se le proporcione la VT. Algunos de los diseños en marcha implican el uso de vacunas frente a placebos en el contexto de las conocidas como Interrupciones Estructuradas de Tratamiento (IET)*. La idea en este caso sería evaluar la eficacia de la vacuna a partir de mediciones “indirectas” como la del tiempo transcurrido hasta el rebrote viral en las personas que interrumpen TARGA vacunadas frente a las que lo hacen habiendo recibido un placebo. Estos trabajos, además, habrían de realizar sofisticadas mediciones de la activación de ciertas respuestas inmunes específicas frente al VIH de l@s participantes para así poder detectar posibles diferencias entre ambos grupos y, por ende, relaciones causales entre tales diferencias y la evolución virológica y clínica de cada uno: el nudo gordiano de la investigación en VT del VIH.



Otras TBI: un rosario de intentonas

Supresores inmunes

Los supresores inmunes se basan en el principio de que el VIH prefiere replicarse en células CD4 activadas y en proceso de división por lo que la supresión de la activación celular podría redundar indirectamente en una reducción de la replicación viral. En muchos casos se trata de sustancias utilizadas para ciertas enfermedades autoinmunes (en las que el sistema inmune ataca a los propios tejidos) o en trasplantes de órganos (en que el sistema inmune ataca a los tejidos transplantados). La prednisona y la ciclosporina son los inmunosupresores más estudiados en el contexto del VIH. La primera ha caído en el olvido tras algunos estudios fallidos pero sugerentes, mientras que la segunda continúa estudiándose hoy en día, notablemente entre primoinfectados y en personas con altos recuentos de CD4, tras los resultados no concluyentes de varios estudios llevados a cabo en los años 80 y 90.

Terapias derivadas del timo

Desde finales de los 80 son varias las sustancias naturalmente derivadas del timo o sintéticamente reproducidas que han sido objeto de ensayos clínicos en TBI. Aunque algunos resultados apuntaban posibles mejoras de los recuentos de CD4, la investigación en este campo no ha sobrevivido a la era TARGA y, como otras TBI, las terapias derivadas del timo han desaparecido de la escena científica VIH.

Terapias de transferencia celular

Los primeros intentos de usar estas técnicas como TBI contra el VIH se concentraron en la re-infusión en personas VIH+ de células T CD8 previamente manipuladas para tal fin, aunque los estudios más recientes añaden también células T CD4 intentando así maximizar el limitado éxito de los primeros estudios. Dados el coste y las dificultades prácticas de estas terapias, muchos consideran que su potencial, particularmente en la era TARGA, es cuando menos cuestionable.

Terapias basadas en anticuerpos

La terapia basada en anticuerpos se conoce también como "inmunoterapia pasiva", y suele consistir en tratar a las personas VIH+ más avanzadas con anticuerpos extraídos de personas VIH+ asintomáticas y con infección temprana. Las dificultades prácticas de esta TBI y, de nuevo, la llegada de TARGA, han limitado considerablemente su potencial de desarrollo futuro, aunque existe una terapia basada en anticuerpos aprobada para su uso en niños VIH+ para la prevención de infecciones bacterianas: la globulina inmune intravenosa, una mezcla purificada de anticuerpos que no ha llegado a aprobarse para su uso en adultos.

TBI hormonales y herbales

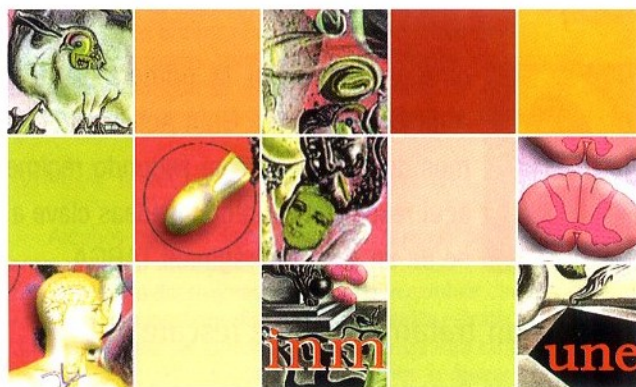
La hormona DHEA es una versión sintética de una hormona natural relacionada con la testosterona cuyos niveles parecen declinar a medida que avanza la infección por VIH. Su uso como suplemento dietético es bastante popular a pesar de que la investigación realizada hasta la fecha ha fracasado a la hora de mostrar mejoras en los recuentos CD4 en personas VIH+. Una compañía llamada Hollis Eden, sin embargo, continúa estudiando las propiedades inmunogénicas de un derivado de la DHEA, conocido como HE2000.

Finalmente, varias hierbas chinas, con la popular equinácea a la cabeza, se han descrito a menudo como inmunogénicas, aunque ninguna de ellas haya sido nunca convenientemente estudiada. Hoy

sabemos que algunas de estas hierbas contienen ciertos polisacáridos que podrían estimular indiscriminadamente el sistema inmune y aumentar la carga viral en lugar de bloquearla lo que, al menos de momento, parece haber invalidado su supuesto potencial como inmunoterapia del VIH.

* LAS IET SON UNA ESTRATEGIA TAMBIÉN EXPERIMENTAL CONSISTENTE EN INTERRUPTIR EL USO DE TARGA PARA RETOMARLO DESPUÉS EN UNO O VARIOS CICLOS PROGRAMADOS DE ANTEMANO.

FUENTE: ACRIA Update: winter 2001/2002; www.acria.org



Participar o no participar? (En un ensayo clínico)

Si vives con VIH, es posible que en algún momento te plantees o te planteen entrar en un ensayo clínico (EC) sobre terapias de base inmune (TBI): un ensayo de vacunas, uno que estudie una citoquina como la interleucina-2 (IL-2), o quizá alguna otra inmunoterapia experimental como las mencionadas en el artículo.

Es cierto que el progreso médico, en este caso del tratamiento del VIH, sería imposible sin la participación de las personas VIH+ en los EC, pero también lo es que "participar o no participar" puede ser una decisión compleja que implica poner en la balanza varios pros y varios contras que no siempre resultan obvios.

Ante todo, intenta tomarte tu tiempo para decidir, incluso si confías plenamente en la persona que te propone entrar en el EC o si sientes la urgencia netamente altruista de colaborar con el progreso de la ciencia del VIH.

Pide a los investigadores copias de toda la información relevante para poder estudiarla con tiempo (hoja de consentimiento informado, descripción o protocolo del estudio), y concierta una cita posterior para plantear tus dudas y recibir las explicaciones que necesites. Si ves que los EC no son precisamente tu fuerte o que el lenguaje de los documentos es demasiado técnico e incomprensible, podrías pedir orientación a alguien con conocimientos sobre la clínica y la investigación en VIH y, preferentemente, que no esté implicado en el EC en cuestión. También con otra persona con VIH o en tu ONG local.

En definitiva, se trataría de evaluar si, en tu caso personal, las ganancias potenciales de un EC concreto superan sus posibles riesgos a la luz de tus motivaciones, tus opciones terapéuticas no experimentales y tu contexto vital.

¿Y ahora qué hacemos?

Estrategias de sucesión TARGA (yII)

Como ya vimos en la primera parte de este artículo (véase LO+POSITIVO 21), los Tratamientos Antirretrovirales de Gran Actividad (TARGA) fracasan a menudo y por razones variadas. Si allí hablamos de cómo elegir un segundo régimen TARGA tras el fracaso de una primera línea de tratamiento, aquí resumiremos algunas ideas clave a tener en cuenta para el "rescate" terapéutico a partir del fracaso de un segundo régimen TARGA.

¿Qué es un tratamiento "de rescate"?

Técnicamente, llamamos tratamiento "de rescate" a cualquiera que se utilice tras el fracaso de un primer y un segundo régimen TARGA. En teoría, las combinaciones posibles con la docena larga de antirretrovirales aprobados en nuestros días son muchas, muchísimas. En la práctica, sin embargo, las resistencias a los antirretrovirales y sobre todo las llamadas "resistencias cruzadas", hacen que muchos de esos fármacos tengan pocas posibilidades de funcionar una vez que se han generado resistencias a otros de su misma familia.



Teniendo esto en cuenta, es fácil deducir que no será lo mismo un rescate tras los primeros dos fracasos que tras fracasos sucesivos de sucesivos regímenes de tratamiento. En el primer caso, es posible que el VIH presente resistencias limitadas, mientras que lo previsible es encontrar virus con más mutaciones de resistencia y a más fármacos a medida que en la historia de tratamientos de una persona se acumulen los fracasos de distintas combinaciones antirretrovirales.

Mirándolo por el lado positivo, podemos pensar que hoy sabemos mucho más que hace unos años sobre el VIH en general y sobre las dichas resistencias en particular, y que, además, uno de los requisitos clave de los fármacos anti-VIH recién aprobados o en proceso de desarrollo experimental es que sean activos y seguros sobre todo en personas con cepas del VIH resistentes a los fármacos disponibles hoy en día.

Rescate: un asunto muy personal

Hoy por hoy, las terapias de rescate siguen siendo una de las áreas más complicadas del tratamiento de la infección por VIH. No existen recetas universales sobre "qué hacer" en este contexto y lo más recomendable es una aproximación individualizada que tenga muy en cuenta que lo que puede resultar eficaz y seguro para una persona quizá no lo sea para otra.

Aun así, hay un par de ideas generales en torno al rescate terapéutico en VIH que te interesa tener en cuenta:

- ▶ El fracaso virológico (aumentos de carga viral) rara vez se traduce rápidamente en fracaso inmunológico (descensos de

CD4) y clínico (enfermedad). O sea, que muchas personas que continúan tomando un TARGA que haya fracasado mantienen sus CD4 y siguen encontrándose bien durante períodos de tiempo considerables.

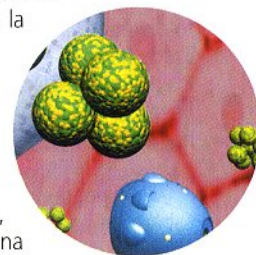
- ▶ Un TARGA de rescate con sólidas garantías de éxito habría de incluir dos fármacos completamente nuevos a los que el virus de la persona VIH+ sea sensible junto con otros, posiblemente de los utilizados en el pasado, ante los que no haya evidencia de resistencias (una estrategia que suele denominarse "reciclaje de fármacos").

¿Qué hacer con estas ideas generales en tu caso particular? Los expert@s español@s en el tratamiento del VIH [1] sugieren que antes de iniciar un tratamiento de rescate, médic@ y paciente deberían buscar las respuestas a estas tres preguntas concretas:

- 1- ¿Cuál es tu riesgo a corto y medio plazo de fracaso inmunológico y clínico?
- 2- ¿Qué opciones de TARGA tienes aún disponibles teniendo en cuenta las pruebas de resistencias y el estudio de tu historia de tratamientos?
- 3- ¿Cómo prevés tu adhesión a un nuevo tratamiento a la luz de tus experiencias pasadas y de las posibles restricciones dietéticas, efectos adversos o nuevas interacciones del régimen de rescate?

Si tus pruebas de resistencias y tu historia de tratamientos indican que aún tienes suficientes fármacos disponibles para construir una combinación potente y tolerable, la mayor parte de los médic@s te recomendaría que lo hagas tan pronto como se haya confirmado que tu carga viral está aumentando. Recuerda que: 1) cuanto antes hagas el cambio de tratamiento más probabilidades de éxito tendrás con tu siguiente combinación; 2) si lo haces a tiempo, cambiar un inhibidor de la proteasa (IP) por dos nuevos, de los que posiblemente uno sea ritonavir, resultará en un TARGA más potente; y 3) para maximizar tus posibilidades de éxito conviene que cambies también los otros fármacos de la combinación.

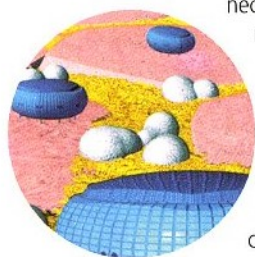
Si, por el contrario, no dispones de suficientes fármacos nuevos para construir una combinación potente porque has desarrollado resistencias de mayor o menor intensidad a todas las familias de antirretrovirales disponibles, podrías evaluar los pros y los contras de cada una de las siguientes opciones:



▶ Continuar con el TARGA fracasado hasta que dispongas de suficientes fármacos nuevos y puedas cambiar a uno realmente potente. Ten en cuenta que, sobre todo si tienes menos de 200 CD4, los datos disponibles nos indican que un TARGA fracasado que contenga un inhibidor de la proteasa (IP) podría continuar ofreciéndote cierto grado de beneficio a corto y medio plazo en comparación con la retirada completa de TARGA. Dado que tales beneficios no serían indefinidos, conviene que entre tanto controles tu CV y tus CD4 con mayor frecuencia de que ordinario, de cara a detectar cualquier subida de CV o bajada de CD4 que pueda tener un impacto en tu riesgo de progresión.

▶ Construir un régimen tan potente como puedas utilizando cuantos más fármacos mejor, una estrategia conocida como Mega-TARGA (o sea, un TARGA muy grande). La idea sería utilizar cualquier fármaco ante el que aún tuvieras alguna sensibilidad (aunque fuera poca) y no confiar en un fármaco que quizá no funcione. Por ejemplo, si ya has utilizado AZT, 3TC y ddl, es posible que abacavir no dé mucho de sí en una combinación triple "tradicional", pero si lo combinaras con otros 5 ó 6 antirretrovirales quizá consigieras el empujón necesario para la indetectabilidad de tu CV. Ten en cuenta que estas combinaciones pueden ser difíciles de utilizar y quizá necesites pedir ayuda extra a tu médic@ o enfermer@ para manejar sus efectos secundarios o para adherirte al régimen Mega-TARGA.

Recuerda que, en muchos casos, las estrategias de rescate son una forma de manejar el VIH a corto plazo mientras consigues "ganar tiempo" para poder acceder más tarde a nuevos fármacos realmente activos contra virus multiresistentes.



¿Qué más debo saber?

Novedades: fármacos recién llegados o en desarrollo experimental

Si estás en situación de rescate terapéutico, te interesa estar bien informad@ sobre los nuevos fármacos y sobre aquellos que se estén estudiando en ensayos clínicos y que pueden ser eficaces contra virus resistentes. Es posible que puedas entrar en un ensayo que estudie tales agentes, o, si están en fase avanzada de investigación (Fase III), que los consigas en programas de acceso expandido antes de que sean aprobados por las autoridades reguladoras.

Entre los nuevos fármacos potencialmente útiles en un contexto de rescate y ya disponibles para su uso se contaría la combinación lopinavir/ritonavir (Kaletra), un IP activo frente a cepas portadoras de hasta seis mutaciones de resistencia en el gen de la proteasa, y tenofovir (Viread), un nucleótido (similar a los nucleósidos) recién aprobado y potente contra virus resistentes a nucleósidos.

Entre los fármacos por llegar, cabe destacar los IP atazanavir y tipranavir, que podrían funcionar en personas resistentes a los IP existentes y cuyos programas de acceso expandido se esperan para este mismo año y, en el mejor de los casos, para el próximo, respectivamente. Otros agentes en proceso de desarrollo relativamente avanzado serían los no nucleósidos TMC-125 y DPC-083, potencialmente activos frente a cepas del VIH resistentes a los no nucleósidos disponibles en la actualidad (efavirenz y nevirapina).

Por lo demás, existen varios antirretrovirales en proceso de investigación que pertenecen a familias nuevas de fármacos, notablemente los inhibidores de la fusión como T-20 (Fuzeon), un fármaco de gran potencia frente a virus resistentes a todas las familias conocidas (nucleósidos, no nucleósidos e inhibidores de la proteasa) que debe inyectarse subcutáneamente dos veces al día. Un programa de acceso expandido a T-20 está ya en marcha, si bien sus plazas son, lamentablemente, muy limitadas.



Otros agentes experimentales, como los inhibidores de la integrasa, también intentan bloquear al VIH en distintos momentos de su ciclo vital y hacerlo en personas resistentes a las opciones actualmente disponibles, aunque se encuentran en fases de desarrollo mucho más tempranas y no estarán disponibles hasta dentro de varios años.

MEGA TARGA e interrupción del tratamiento

Algunos estudios han encontrado que un período sin TARGA antes de iniciar un régimen de rescate con muchos fármacos (Mega-TARGA) podría dar mejores resultados que cambiar directamente. Sin embargo, con los datos disponibles sobre esta estrategia aún no está claro qué podría ser lo más adecuado. Quizá esta tabla de "ventajas y desventajas" [2] pueda ayudarte a decidir si deseas hacer un descanso antes de iniciar tu Mega-TARGA. Si lo haces, recuerda que entre tanto deberías controlar muy de cerca tus CD4.

Ventajas y desventajas de interrupción del tratamiento en personas multitratadas

VENTAJAS

- ▶ El VIH podría revertir a cepas menos resistentes, de manera que el régimen posterior resulte más activo.
- ▶ Disfrutar del descanso físico de los efectos secundarios y del beneficio psicológico del período libre de fármacos.
- ▶ Aumentar tus probabilidades de obtener una CV indetectable con el nuevo tratamiento.

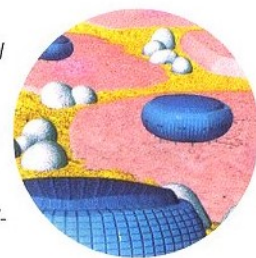
DESVENTAJAS

- ▶ La carga viral puede dispararse en pocas semanas.
- ▶ Pueden perderse un número considerable de CD4, lo que sería tanto más serio cuantos menos CD4 tengas por perder o si en el pasado has tenido niveles de CD4 menores de 50. Además, a veces es difícil recuperar la pérdida de CD4.
- ▶ La caída de CD4 podría suponer un mayor riesgo de contraer enfermedades oportunistas.

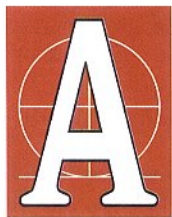
[1] Recomendaciones de GESIDA/Plan Nacional del SIDA respecto al tratamiento antirretroviral en pacientes adult@s infectad@s por el VIH en el año 2002.

www.seimc.com

[2] Changing treatment; guide to second-line & salvage therapy. HIV I-Base www.i-Base.org.uk



el abecé de la piel (y III)



manera de apéndice, aquí tenéis la tercera y última parte de la miniserie sobre cuestiones dermatológicas en personas con VIH, redacta por el activista y médico Márcio Serra, de Río de Janeiro.

Consejos de autocuidado/prevenición

◦ A lo largo de la infección por el VIH, independientemente del tratamiento, es común la alteración de la secreción de las glándulas sebáceas con la disminución de ésta, y en consecuencia un aumento progresivo de la resecaión de la piel. Algunos medicamentos, como por ejemplo indinavir (Crixivan), colaboran en el agravamiento de esta condición. Siendo así, los pacientes deben evitar el uso excesivo de pastillas de jabón, dar preferencia a aquéllos a base de glicerina, y en el caso de más de un baño al día, reservar el uso de jabones a las áreas llamadas "sucias" (áreas con gran cantidad de glándulas sebáceas y sudoríparas) como la cara, el cuello, las axilas y las regiones perianal y pubiana. Otra medida a adoptar es evitar, siempre que sea posible, baños muy calientes y utilizar lociones hidratantes después del baño.

◦ Una medida simple y barata, para aquéllos pacientes con piel muy seca, es aplicar aceite de cocina en el cuerpo (principalmente de girasol) 20 minutos antes del baño.

◦ Para evitar la recidiva de micosis en las uñas y pies, se deben hervir los calcetines o medias usados, y secar bien la zona entre los dedos con papel higiénico después del baño. Pulverizar el calzado con Lysoform, y dejarlo secar al sol.

◦ Pacientes con candidiasis oral se deben cepillar los dientes después de la ingesta de alimentos o líquidos que contengan azúcar, como por ejemplo refrescos, café con azúcar, etc. Otro consejo es no olvidarse de cepillar la lengua. Hacer enjuagues diarios, por lo menos dos veces al día, con agua oxigenada de 10vol o con bicarbonato de sodio diluido en agua ayuda en la prevención de las recidivas.

◦ Pacientes infectados por el VIH deben evitar el contacto con niños con varicela o *moluscum* contagioso para evitar la recontaminación.

◦ Pacientes que posean gatos y cachorros deben evitar el contacto directo con las heces de estos animales, debiendo utilizar guantes o plásticos para la limpieza de los desechos.

◦ Pacientes con sarna deben mudar la ropa de cama, baño y cuerpo diariamente en los cuatro primeros días de tratamiento. La ropa se debe lavar en agua hirviendo, o dejarse en remojo durante 24 horas en jabón concentrado o en Lysoform.

Salud integral

Independientemente de la infección por el VIH, algunos cuidados son fundamentales para el aumento y mantenimiento de la salud, entre ellos la alimentación.

Una alimentación equilibrada se refleja en una piel saludable. Se debe evitar carbohidratos en exceso (pastas, cereales, azúcares, etc.), dar preferencia a grasas insaturadas (aceites vegetales, margarina) y evitar frituras en general. Consumir carnes magras como fuente de proteína (pollo, pescado, cortes de vaca con poca grasa), y siempre añadir legumbres y verduras que son excelentes fuentes de vitaminas y sales minerales y facilitan el tránsito intestinal.

Se debe evitar el humo, puesto que, al disminuir la circulación periférica, causa la aceleración del envejecimiento de la piel cutánea, y provoca el aumento del riesgo de enfermedades cardíacas, sin hablar de la mayor incidencia de cáncer de pulmón entre los fumadores.

La práctica de ejercicios físicos debe ser una constante, ya que más que las dietas los ejercicios aeróbicos disminuyen los niveles de triglicéridos (efecto colateral común en algunos antirretrovirales), y la complementación con ejercicios de peso (musculación), que ayudan en la mejora de la apariencia de los miembros superiores e inferiores en los pacientes con lipodistrofia, además de disminuir el riesgo de dolencias cardíacas. Hoy en día los ejercicios físicos son tan importantes como los remedios en el tratamiento del/la paciente seropositivo por el VIH.

Para completar se debe evitar la exposición al sol en exceso, pues éste además de causar cáncer de piel y aumentar su incidencia, causa resecaión y envejecimiento cutáneo, modificando su textura y elasticidad.

Cuidados con el/la otro en la convivencia social y familiar

La mayor parte de afecciones cutáneas que aparecen en pacientes con VIH/SIDA no ofrece riesgo de transmisión a excepción de las infecciones bacterianas, principalmente las que presentan secreción, y las infecciones virales, como la varicela. En estos casos se debe evitar el contacto con la sangre y secreciones, utilizando guantes al manipular estas lesiones. Un cuidado muy importante es lavar siempre las manos antes y después de la realización de las curas.

Cuando el/la paciente y/o la pareja presenta micosis en la ingle, o candidiasis en el pene o en la vagina, se debe siempre tratar al/la compañero.

Conviene siempre acordarse del uso del preservativo, que además de prevenir la transmisión del VIH, evita una serie de enfermedades sexualmente transmisibles, como el herpes y el condiloma. El mayor cuidado hacia el/la compañero sexual es recordar que el mejor tratamiento para el VIH es no infectarse.



Reparación facial

El amigo Márcio Serra, por otra parte, presentó en la Conferencia un nuevo trabajo sobre sus intervenciones de reparación de la lipodistrofia facial asociada a los tratamientos del VIH.

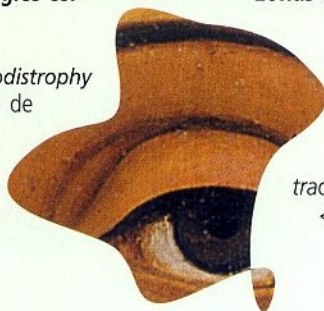
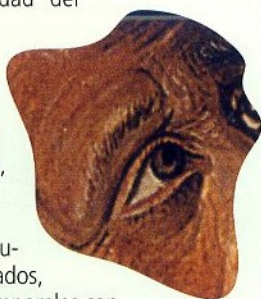
Bajo el título *Implantes faciales con polimetilmetacrilato (PMMA) para la corrección de la lipodistrofia: 36 meses de seguimiento*, Serra describe los resultados estéticos, la seguridad del producto y el grado de satisfacción de 200 personas con VIH a las que se les había realizado implantes de esta sustancia sintética. El tiempo desde la intervención variaba entre un mínimo de 12 y un máximo de 36 meses, y ninguna presentó problemas de inflamación, granuloma o reacciones alérgicas.

Estos implantes de PMMA resultaron ser seguros, duraderos, más rentables y muy bien tolerados, por lo que Serra los prefiere a los reimplantes temporales con la grasa del propio cuerpo que venía practicando hasta ahora.

La referencia del abstract original en inglés es:

[ThPeB7378] *Facial implants with Polymethylmethacrylate (PMMA) for lipodistropy correction: 36 month follow up.* SERRA, M. Río de Janeiro, Brasil.

Hubo más abstracts sobre reparación facial con o sin implantes:



Sobre el ya conocido ácido poliláctico:

[WePeB6011] *Safety and efficacy of New-Fill (Polylactic acid) in the treatment of HIV-Associated Lipoatrophy of the face (HALF).* P. ENGELHARD. Estados Unidos.

[C10946] *Treatment of facial lipoatrophy with polylactic acid: the PLA-Study* M.E. HILLEBRAND. Países Bajos.

La hipertrofia muscular facial: una técnica novedosa no invasiva que consiste en desarrollar los músculos de la cara para rellenar el vacío de la grasa:

[WePeC6257] *A new proposal to deal with facial lipoatrophy.* V. VASQUES. Río de Janeiro, Brasil.

Con la polémica hormona del crecimiento:

[B10370] *Growth hormone improves appearance and lean mass in lipoatrophic patients and these benefits are maintained with alternate day dosing.* G.J. MOYLE. Reino Unido.

Y reimplante de grasa subcutánea extraída de otras zonas del cuerpo:

[B10371] *Autologous fat transfer for treating facial wasting in HIV body fat redistribution syndrome.* D. DE FAZIO. Italia.

Se puede acceder a éstos como al resto de los abstracts de la Conferencia en:

<www.aids2002.com/Search/AbstractSearch.asp>

ORDEN DE PAGO POR BANCO

NOMBRE

BANCO O CAJA

DOMICILIO AGENCIA

Código C/ C (20 dígitos)

LOCALIDAD

C.P.

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 2º 08002 Barcelona (España)

¿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.



La Noticia del Día

Se inicia el programa de acceso precoz a T-20

Roche ha establecido en 157 el número de tratamientos de T-20 para adultos y de entre 9 y 11 para pacientes pediátricos de al menos 6 años asignado a España hasta abril de 2003. El programa de acceso precoz (PAP) se iniciará en las próximas semanas y los criterios de acceso para adultos son los mismos en los 16 países incluidos: tener al menos 16 años, 100 CD4 o menos, al menos 10.000 copias de carga viral (en tratamiento) y experiencia documentada con las otras tres familias de antirretrovirales.

Roche ya dejó públicamente claro en agosto que esperaba que la demanda de T-20 excediera su oferta inicial. Los activistas reunidos ayer con Roche Internacional mostraron su profunda incomodidad ante los dilemas potenciales que conlleva un PAP tan limitado, así como su preocupación ante el hecho de que T-20 esté siendo evaluado por las autoridades reguladoras sin que se conozcan todavía sus posibilidades reales de producción.

El uso de T-20 es relativamente complicado: ha de inyectarse dos veces al día bajo la piel, y requiere una preparación diaria del

compuesto final, que luego puede conservarse durante 24 horas en el frigorífico. Las reacciones en el sitio de las inyecciones son el fenómeno adverso más común. Hasta la fecha, los pacientes que han utilizado T-20 lo han hecho en el contexto de los ensayos clínicos, donde recibieron abundante entrenamiento y apoyo. Con el fin de facilitar el uso no investigacional de T-20, la compañía ha elaborado varios materiales informativos para pacientes y enfermeras y estudia otras formas de intervención educativa que podrían incluir charlas y encuentros entre pacientes y/o profesionales.

Si consideras que podrías ser candidato al uso de este producto, habla con tu médico y ponte en contacto con tu organización VIH local con el fin de evaluar adecuadamente y cuanto antes tu caso particular.

Fuente:

ELABORACIÓN PROPIA, Roche Internacional, Roche España.



Chiron anuncia la interrupción del estudio SILCAAT

Chiron Corporation acaba de anunciar que ha tomado la decisión de discontinuar el estudio SILCAAT de valoración del uso de la interleucina-2 (IL-2) en el contexto de la terapia para el VIH. El sorpresivo anuncio ha causado revuelo entre médicos y activistas comunitarios, ya que este amplio estudio no tenía prevista su finalización hasta por lo menos el año 2007. Por contra, el otro gran estudio sobre IL-2, impulsado por los NIH de EE UU, no se ve afectado y sigue adelante.

El SILCAAT es, o era, un ensayo internacional de Fase III que evaluaba el beneficio clínico de IL-2 en personas con VIH que estuvieran tomando TARGA estable pero cuyos recuentos de CD4 fueran de <300 células/ml. El objetivo era saber si el grupo de personas que tomaba TARGA + IL-2 tenía mejores resultados clínicos (padecía menos enfermedades oportunistas y había menos casos de fallecimientos) que aquel que sólo tomara TARGA. Para ello, el diseño del estudio debía incluir a un gran número de participantes (2.000), de los que ya se habían enrolado a 1.957 en 137 centros de 11 países (incluida España) y además prolongarse por un periodo de unos 4 años.

Chiron España y Chiron Internacional han declarado a este redactor que la razón básica de dicha interrupción es que los actuales y futuros avances en la terapia antirretroviral hacen que el diseño del SILCAAT se haya quedado obsoleto. Es decir, que difícilmente al acabar en el año 2007 SILCAAT ofrecería los datos comparables que se suponía que debía arrojar: una diferencia estadísticamente significativa en la incidencia de enfermedades y

progresión a SIDA y fallecimiento entre el grupo que tomaba sólo TARGA y el que tomaba TARGA + IL-2. Seguir con el estudio sería un despilfarro económico, insiste la multinacional.

No obstante, Chiron no abandona su pretensión de que las autoridades reguladoras, la FDA en EE UU y la EMEA en la UE, aprueben el uso de IL-2 para VIH. Cuenta para ello, según nos han informado sus representantes, con los datos de la Fase II ya finalizada y con los resultados de un segundo análisis interin de este SILCAAT que se acaba de suspender. Estos últimos datos son confidenciales y no se han hecho públicos por el momento, lo que no permite su pertinente valoración.

Chiron afirma que todos los participantes del SILCAAT van a seguir recibiendo IL-2 si así lo acuerdan con su especialista. Lo que no queda tan claro es en qué situación quedarían estas personas si la FDA y/o la EMEA rechazaran la aprobación de uso para VIH a partir de sólo los datos de Fase II y del análisis interin de SILCAAT.

Fuente:

ELABORACIÓN PROPIA, Chiron España, Chiron Corporation Internacional.

Referencia:

PRNewswire - October 23, 2002
www.aegis.org/news/pr/2002/PR021029.html

Los niñ@s con VIH presentan disfunción cardiovascular

Los niñ@s con VIH adquirido por transmisión vertical (materno-filial) son propens@s a presentar daños en la función cardíaca, según afirman investigadores de EE UU. Steven E. Lipshultz y sus colegas de la Universidad de Rochester, así como de otros centros de este país, afirman que los datos de estudios transversales y longitudinales a corto plazo sugieren que los niñ@s con VIH-1 padecen anomalías cardiovasculares que además persisten por meses o años tras el nacimiento.

Para confirmar este fenómeno, los especialistas determinaron la función cardiovascular en 600 niñ@s nacid@s de mujeres con VIH, de los que 93 se habían infectado verticalmente con VIH, y en 195 controles sanos. A los niñ@s que participaron en el estudio, cuyos resultados se publican en el último número de la revista *The Lancet*, se les realizó exámenes cardiovasculares cada 4-6 meses hasta 5 años después del nacimiento.

El acortamiento fraccional y la masa ventricular izquierda (VI) eran similares en todos los grupos de infantes en el momento del nacimiento y poco después. No obstante, los niñ@s infectad@s verticalmente presentaban reducciones significativas del acortamiento

fraccional durante sus primeros 20 meses de vida, y aumentos significativos de la masa VI por hasta 30 meses.

Además, los infantes infectad@s verticalmente tenían índices cardíacos superiores en 10 latidos por minuto como promedio a los de los niñ@s san@s nacid@s de madres con y sin VIH. Lipshultz y sus colegas han llegado pues a la conclusión de que la transmisión vertical de la infección por VIH-1 se asocia con persistentes anomalías cardiovasculares identificables poco después del nacimiento.

Si bien todavía es pronto para conocer las implicaciones clínicas de este descubrimiento, es importante que los niñ@s con VIH pasen revisiones cardiológicas controladas por especialistas para un mejor seguimiento.

Fuente: AIDSWEELY Plus; september 30, 2002. (www.aegis.org/pubs/aidswkly/2002/AW020913.html)

Referencia: Cardiovascular status of infants and children of women infected with HIV-1 (P2C2 HIV): A cohort study. *Lancet* 2002. Aug 3;360(9330):368.

La disfunción sexual es común en hombres homosexuales que toman todo tipo de TARGA

La disfunción sexual de las personas con VIH ha recibido muy poco interés en la investigación médica. Hasta ahora, los escasos estudios se han centrado en hombres que toman inhibidores de la proteasa (IP), con nula atención a las mujeres. Un nuevo estudio centrado en hombres, sin embargo, indicaría que la prevalencia de la disfunción sexual, de un grado u otro, sería del 71% con independencia del tipo de terapia antirretroviral.

F. Lallemand y sus colegas han llevado a cabo un estudio de sección transversal con 156 hombres homosexuales o bisexuales, que fueron divididos en tres grupos de acuerdo con su terapia: el Grupo A incluyó a quienes estaban tomando en ese momento y por como mínimo un mes una terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) que incluyera IP; el Grupo B estaba compuesto por quienes nunca habían recibido tratamiento con IP; y el Grupo C seleccionaba a quienes hubieran tomado alguna vez terapia con IP hasta como mucho un mes antes de iniciar el estudio. La edad mediana de los participantes era de 40,5 +/- 7,7 años, y el recuento mediano de células CD4+ fue de 415 +/- 236 /mm³.

De tod@s los pacientes, 111 (71%) afirmaron haber padecido disfunción sexual de algún grado desde que iniciaron su trata-

miento: 65 de 91 en el Grupo A; 15 de 23 en el Grupo B; y 31 de 42 en el Grupo C, sin que las diferencias entre los grupos fuesen significativas. De los 111, 99 (89%) informaron de una reducción o pérdida de la libido, 96 (86%) de disfunción eréctil, 76 (68%) de desórdenes en el orgasmo, y 65 (59%) de desórdenes en la eyaculación, sin que otra vez hubiera diferencias significativas entre los tres grupos. El 18% del total informó de haber sufrido disfunción sexual antes de la seropositividad al VIH, y un 32,4% antes de iniciar su tratamiento antirretroviral.

Los autores apoyan la idea de llevar a cabo estudios específicos que determinen si un antirretroviral concreto puede causar disfunción sexual en ciertas personas con VIH.

Fuente: CDC HIV/STD/TB Prevention News Update. Thursday, July 25, 2002 (www.aegis.org)

Referencia: F. Lallemand *et al.* «Sexual Dysfunction in 156 Ambulatory HIV-Infected Men Receiving Highly Active Antiretroviral Therapy Combination with and Without Protease Inhibitors», *Journal of AIDS* (06.01.02), vol. 30, n.º. 1: P. 187-190.:F.

Interrupciones de la toma de abacavir no relacionadas con la reacción de hipersensibilidad

La reacción de hipersensibilidad a abacavir (ABC) es un grave efecto adverso cuya aparición obliga a la suspensión inmediata de la administración del medicamento y a evitar taxativamente su reintroducción. Sin embargo, la reintroducción de la toma de abacavir después de una breve interrupción por razones en principio ajenas a la reacción de hipersensibilidad ha sido poco estudiada en cuanto a su frecuencia y riesgos.

Entre los muchos trabajos presentados en la XIV Conferencia Internacional del SIDA de Barcelona destaca uno en forma de póster sobre la frecuencia en que las personas que toman ABC, ya sea solo como Ziagen o en combinación como Trizivir, interrumpen su

toma por razones no relacionadas con la reacción de hipersensibilidad al fármaco durante más de 24 horas. El estudio lo firman M.T. Martín y sus colegas del Hospital Clínic de Barcelona.

Los investigadores entrevistaron a 190 (60,%) pacientes de los 313 tratad@s con ABC en el centro. Cuarenta y dos tomaban Trizivir y 148 tomaban Ziagen. De tod@s ellos, 52 (27,4%) declararon haber dejado de tomar ABC por más de 24 horas. La duración mediana de la interrupción fue de entre 24 y 72 horas (IQR 25-75%; 1-7 días). Las razones más frecuentes aportadas por los entrevistad@s fueron el olvido (36,5%), la decisión personal (23,1%), medicación no disponible (25%: la mayoría se fue de

vacaciones sin las pastillas), y por prescripción facultativa (13,5%). Cuatro de los pacientes (7,8%) presentaron síntomas tras la reintroducción de ABC, y de ellos, 1 tuvo que abandonar el tratamiento debido a estos síntomas. Los síntomas más comunes fueron la tos (50%) y el exantema cutáneo (50%). Otros síntomas menos frecuentes fueron la fiebre, la náusea, la diarrea, la faringitis y el dolor de cabeza.

Los autores concluyen que las interrupciones de ABC son frecuentes pese a que normalmente se advierte a los pacientes de los riesgos que ello supone respecto a una posible reacción de hiper-

sensibilidad, y por esto recomiendan que se les pida que, en tales casos, el equipo médico esté al tanto para un estrecho seguimiento.

Fuente: «Medical Advocates for Social Justice» (www.medadvocates.org)

Referencia: M. T. Martin *et al.* «Risk of adverse reactions after restarting abacavir in patients who had stopped the drug for reasons other than hypersensitivity», *XIV IAC. Abstract*, nº TuPeB4519. www.aids2002.org/Program/ViewAbstract.asp?id=/T-CMS_Content/Abstract/200206290750431239.xml

¿Cantidad o calidad de vida?

Una encuesta entre personas con VIH en California (EE UU) sugiere que muchas de ellas estarían dispuestas a sacrificar años de vida para evitar el síndrome de lipodistrofia y sus efectos desfiguradores. Leslie A. Lenert y sus colegas del Sistema de Salud VA San Diego han querido identificar cómo las creencias de los pacientes sobre la lipodistrofia podría alterar el uso de la medicación para el VIH.

Los investigadores preguntaron a los entrevistados a cuántos años de vida renunciarían a cambio de evitar el VIH complicado con la lipodistrofia. Setenta y cinco pacientes, de los que sólo 3 eran mujeres, de edades comprendidas entre los 30 y los 50 años, completaron el formulario. Del total, un 82% tenía estudios secundarios. Los resultados han sido publicados en el último número de la revista *American Journal of Medicine*.

En una escala lineal visual, con "fallecimiento" en un extremo y "salud perfecta" en el otro, los pacientes valoraron la infección por VIH como causa de un 26% de descenso en la calidad de vida. Los participantes consideraron que la calidad de vida sería erosionada por la lipodistrofia en un 20% adicional. Los participantes estimaron que el VIH y la lipodistrofia juntos degradarían su calidad

de vida en un 46%, según el informe. En una situación hipotética, tres cuartas partes de los pacientes afirmaron que estaban dispuestos a aumentar su riesgo de fallecer en al menos un 1% con tal de evitar la lipodistrofia. Como promedio, los individuos estaban dispuestos a asumir un 13% adicional de riesgo de fallecer con tal de evitar la desfiguración.

Los autores, en sus conclusiones, escriben que los resultados ilustran que la optimización de la terapia de la infección por VIH incluye adquirir una comprensión detallada sobre cómo un paciente evalúa riesgos específicos frente a su calidad de vida inherente a los tratamientos. Esta discusión, añaden, debe entablarse entre médicos y pacientes, y no sólo respecto a la terapia antirretroviral. Es posible, terminan, que algunos pacientes deseen asumir riesgos para evitar efectos adversos de los tratamientos, y dicha preferencia debe respetarse.

Fuente: CDC HIV/STD/TB Prevention News Update 10/02/02

Referencia: *American Journal of Medicine* (2002;113;3:229-232).

La demencia por VIH podría afectar hasta un 20% de los seropositivos

Con cincuenta años, Peter pensaba que era demasiado joven como para padecer demencia hasta que dejó 200 dólares para pagar una comida de 30 y se marchó sin esperar el cambio. No sólo eso: no recuerda el código postal de su casa, el mismo desde hace décadas, y con frecuencia se detiene en Manhattan, donde ha vivido durante más de 30 años, perdido y asustado porque no reconoce las calles.

Peter vive con VIH desde hace 10 años y no pensaba que sus problemas de memoria fueran una complicación del virus. Pero los especialistas afirman que estos problemas de memoria relacionados con el VIH no han hecho más que empezar: les preocupa que las personas con VIH que ahora viven más tiempo gracias a los tratamientos experimenten demencia a una edad mucho más temprana de lo habitual.

Según los estudios, una de cada cinco personas con VIH (20%) podría estar experimentando dificultades con las funciones cerebrales. Los síntomas empiezan con sutiles problemas de memoria, olvido de palabras, falta de concentración y de habilidad para seguir instrucciones complejas. Si la situación empeora, los problemas se hacen más obvios en lo cotidiano, se olvidan citas y nombres y se pierde el trabajo. Estos síntomas a veces se malinterpretan como los propios de una depresión.

Los científicos descubrieron pronto que el virus se introduce en el cerebro poco después de la infección. Pero ha sido sólo recientemente cuando han comprendido que la cantidad de virus detectada no predice cómo de graves pueden ser los problemas cognitivos. Fuera del cerebro, el virus infecta los monocitos en la sangre. Estas células pueden traspasar la membrana que protege el cerebro y provocar una inflamación que cambia la fisiología de las células cerebrales. El propio virus puede deslizarse hasta el cerebro, aunque todavía no conocemos todas las implicaciones de este hecho.

Algunos componentes de la terapia antirretroviral pueden suprimir el virus en el cerebro, pero también pueden a su vez provocar efectos adversos cognitivos. Precisamente, las dificultades de memoria pueden complicar la adhesión al tratamiento antirretroviral. Algunos centros aconsejan a sus pacientes utilizar avisadores (*beepers*) o bien programar sus teléfonos móviles para recordar a estas personas cuándo deben tomar sus medicamentos.

Fuente: Kaiser Daily HIV/AIDS Report

Referencia: Dementia in HIV-Positive Individuals Can Negatively Affect Treatment Regimen www.kaisernetwork.org/daily_reports/rep_index.cfm?DR_ID=14060

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

Con tan sólo cinco minutos al día, puedes mantenerte regularmente informado sobre lo más relevante

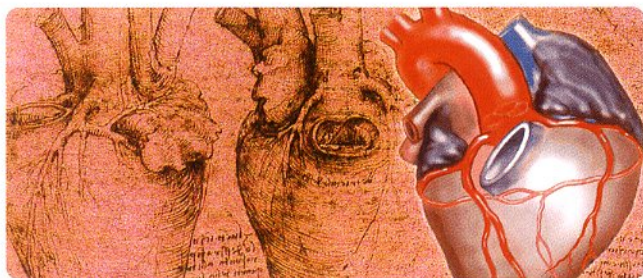
y actual en relación con el VIH, sus patologías asociadas y los tratamientos.

Puedes subscribirte sin coste alguno en la sección «La Noticia del Día» de nuestro sitio www.gtt-vih.org Aquí también dispones de un buscador de temas que te interesen en el archivo de noticias anteriores.

Un corazón para toda la vida

Colesterol alto, triglicéridos descontrolados: ¿existe riesgo de problemas cardiovasculares para las personas con VIH que toman TARGA y presentan estos efectos adversos?

Sabemos que la presencia prolongada de altos niveles de grasas en sangre (sobre todo del colesterol "malo" o LDL) es uno de los principales factores de riesgo de experimentar enfermedad cardiovascular (Ecv). El riesgo total se ve más y más aumentado si la persona presenta uno, dos, tres o más factores de riesgo de Ecv adicionales, como por ejemplo fumar o ser diabética.



Por lo que hace a las personas VIH+ que toman TARGA, sabemos que una buena proporción experimenta cambios adversos en el metabolismo de las grasas o lípidos (hiperlipidemias) y en el de la glucosa como un efecto adverso de su tratamiento. Los estudios realizados o en marcha han proporcionado hasta la fecha datos contradictorios sobre la posibilidad de que estos cambios y el aumento de riesgo de Ecv que conllevan se estén traduciendo en más casos de Ecv y de muerte por Ecv en las poblaciones VIH+ en tratamiento TARGA. Ahora bien, los estudios más importantes con personas VIH+ no han superado los dos años de seguimiento, y sabemos que en los realizados con la población general tales aumentos sólo empezaron a registrarse después de seguimientos bastante más prolongados.

Entre tanto, el consenso experto ¹¹ es que las recomendaciones para el manejo de estas alteraciones metabólicas en personas VIH+ que toman TARGA pueden y deben basarse, esencialmente, en las pautas para la población general.

'Conócete a ti mism@'

Los niveles de grasas o lípidos en sangre se miden de 4 formas: el colesterol total, el colesterol "malo" (LDL), el colesterol "bueno" (HDL) y los triglicéridos. Es recomendable que cualquier persona VIH que empieza a tomar TARGA conozca su "perfil lipídico" antes de comenzar el tratamiento y luego lo controle con analíticas regulares, normalmente junto con la carga viral y los CD4. Ten en cuenta que estos niveles han de medirse en ayunas (idealmente 12 horas sin comida y 24 sin alcohol) para que sean fiables.

La clasificación de los niveles de colesterol "malo" o LDL comúnmente utilizada en nuestro entorno (en miligramos de partículas de grasa por decilitro de sangre [mg/dl]) se ordena como sigue:

Colesterol LDL

Menos de 100	Óptimo
100-129	Casi óptimo
130-159	Casi alto
160-189	Alto
Igual o mayor de 190	Muy alto

El colesterol y particularmente el LDL es el lípido más implicado en el riesgo cardiovascular y por ello suele dedicársele una atención preferente, pero no es el único factor de riesgo de Ecv. De hecho, si te animas a hacer alguno de los algoritmos existentes [2] para calcular tu riesgo individual de sufrir un ataque al corazón o de morir de enfermedad coronaria durante los próximos 10 años, tendrás que considerar éstas y otras variables:

- ▶ ¿Fumas?
- ▶ ¿Cuál es tu presión sanguínea?
- ▶ ¿Tienes un familiar directo que haya sufrido Ecv precoz (con menos de 55 años)?
- ▶ ¿Padeces resistencia a la insulina?
- ▶ ¿Y diabetes?
- ▶ ¿Eres hombre o mujer?
- ▶ ¿Tienes más de 45 años (si eres hombre) o más de 55 (si eres mujer)?

Obviamente, algunos de estos factores, como tu historia familiar de Ecv o tu sexo, no pueden modificarse. Entre las personas VIH+, además, la propia infección o tener que usar ciertos fármacos anti-retrovirales pueden ser factores imposibles o difíciles de modificar.

Las buenas noticias son que otros varios factores de riesgo cardiovascular sí que son susceptibles de intervención (incluso sin llegar a usar fármacos antilípidos) y pueden, a su vez, contribuir al descenso de tus niveles de colesterol o triglicéridos. Una lista realista de los cambios más significativos incluiría:

- ▶ primero y sobre todo, abandonar o al menos limitar drásticamente el uso de tabaco;
- ▶ hacer ejercicio regular y moderadamente (caminar, andar en bicicleta o nadar durante 30 minutos varias veces por semana, por ejemplo). Si no sabes cómo empezar, puede ser una buena idea buscar un gimnasio y/o asesoramiento profesional;
- ▶ hacer cambios en tu dieta para disminuir su contenido de grasas saturadas y de colesterol. La recomendación general es

que las grasas saturadas no superen el 7% del total de calorías diarias que ingieras, y que el colesterol no supere los 200 miligramos diarios. De nuevo sería recomendable hablar con un/a nutricionista de tu hospital para saber exactamente qué dieta es la más conveniente para tu caso particular;

► mantener un peso adecuado a tu estatura y complejión.



El VIH y los niveles de colesterol

Una estrategia de intervención que afecta exclusivamente a las personas VIH+ en tratamiento TARGA es la posibilidad de sustituir aquellos fármacos antirretrovirales presuntamente responsables de los cambios en los niveles de lípidos en sangre.

Si los inhibidores de la proteasa (IP) son los fármacos más asociados con los cambios de colesterol y triglicéridos, tendría sentido intentar sustituirlos por otros menos tóxicos sin perjuicio de la potencia y durabilidad de la combinación TARGA. El cambio de un IP por nevirapina o abacavir ha dado resultados positivos con algun@s pacientes en cuanto al mantenimiento de la supresión viral y el descenso del colesterol y los triglicéridos, pero estas sustituciones no siempre resultan exitosas o posibles y, en todo caso, han de hacerse siempre con mucho cuidado y contrastando el riesgo de perder el control del VIH con el de la persistencia de niveles elevados de lípidos.

Si los altos niveles de lípidos persisten a pesar de los cambios en el estilo de vida y/o en el régimen TARGA, es posible que haya que recurrir al tratamiento farmacológico con medicamentos de la familia de las estatinas (para bajar el colesterol), de la familia de los fibratos (para bajar los triglicéridos), o ambos, si es que tanto el colesterol como los triglicéridos se encuentran excesivamente elevados.

Las estatinas han probado ser útiles en la población general para disminuir los niveles de colesterol LDL y, consecuentemente, el riesgo de Ecv a largo plazo. El problema es que las estatinas pueden interaccionar con los IP, aunque la atorvastatina y la pravastatina parecen ser las menos afectadas por tales interacciones y son por ello las más aconsejables para pacientes que toman TARGA con IP. En cualquier caso, tu médic@ habrá de controlarte muy de cerca por si éstas produjeran algún tipo de toxicidad, particularmente del hígado o de los músculos.

En cuanto a los fibratos antitriglicéridos (gemfibrozilo es posiblemente el más conocido), su uso con IP no resulta problemático pero si se toman junto con una estatina podría aumentar la toxicidad muscular, por lo que se recomienda mucho cuidado con tales combinaciones. Si experimentas calambres musculares durante tu tratamiento con fibratos y estatinas, lo mejor es que dejes de tomar estos fármacos y acudas a tu médic@ cuanto antes.

Otros factores importantes de riesgo cardiovascular

Los pacientes en tratamiento TARGA pueden experimentar otras anomalías, como la lipodistrofia o la resistencia a la insulina, que pueden afectar su riesgo cardiovascular.

La lipodistrofia es el término general para designar los cambios en la distribución de la grasa corporal, que puede incluir la pérdida de grasa de la periferia (cara, brazos, piernas) o su acumulación en la zona central (abdomen, pecho, morrillo). Algunas formas de lipodistrofia son hereditarias (como el llamado síndrome de Cushing) y otras son adquiridas (como la asociada con la diabetes *mellitus*). Sabemos que est@s pacientes experimentan un aumento de su riesgo de sufrir accidentes cardiovasculares como ataques cardíacos o cerebrales, pero las pruebas al respecto aún son inconclusas en relación con los pacientes VIH+ que desarrollan lipodistrofia tras usar TARGA.

La resistencia a la insulina, por su parte, es un trastorno metabólico en el que las células del organismo precisan de niveles anormalmente altos de la misma para conseguir que el azúcar de la sangre pase a las células. Si el páncreas no llega a producir cantidades suficientes de insulina, puede desarrollarse diabetes tipo 2 (conocida como diabetes *mellitus*). Tanto la resistencia a la insulina como la diabetes *mellitus* son factores independientes de riesgo cardiovascular, lo que resulta altamente significativo si tenemos en cuenta que la gran mayoría de pacientes en tratamiento TARGA que sufren hiperlipidemia o lipodistrofia presenta también algún grado de resistencia a la insulina, y que el riesgo de desarrollar diabetes *mellitus* entre est@s pacientes se ha doblado desde la introducción de TARGA. El mensaje básico es que resulta crucial controlar los niveles de azúcar en la sangre antes y durante el tratamiento TARGA, así como mantenerse alerta ante la posible aparición de síntomas que sugieran diabetes (orinar con mucha frecuencia o sentir mucha hambre o sed, entre otros).

¿Adónde vas, grasa, cuando el metabolismo fracasa?

Cuando ciertas grasas, como el colesterol malo, se encuentran en exceso en el torrente sanguíneo, pueden comenzar a depositarse y formar placas en las paredes de las arterias, que a su vez producen su estrechamiento y endurecimiento. Este proceso se llama aterosclerosis, y puede comenzar en la infancia y progresar durante décadas. Si las placas acaban por desprenderse, los coágulos de sangre que se produzcan podrían bloquear las arterias y conducir a un ataque al corazón (si se trata de una arteria coronaria) o cerebral (si la arteria distribuía sangre al cerebro). En general, estos y otros "accidentes cardiovasculares" suelen denominarse enfermedades cardiovasculares (Ecv) y, hoy por hoy, constituyen la causa número uno de mortalidad del mundo desarrollado. España, aunque posee tasas considerablemente más bajas de Ecv en comparación con otros países de su entorno, no es una excepción.

FUENTE:

Blood Fat Levels and Anti-HIV Drugs: Now what?

www.thebody.com/cfa/alerts_jul01/fat.html

REFERENCIAS:

[1] Para las recomendaciones y documentos de consenso elaborados por GESIDA, el Grupo español de Estudio del SIDA, véase www.gesidaseimc.com

[2] El sitio web de la International Task Force for Prevention of Coronary Heart Disease (Grupo Operativo para la Prevención de la Enfermedad Cardíaca), te permite realizarlo en versión española en www.chd-taskforce.com/assessment_spanish.htm

Hepatitis B

y VIH (I)



La hepatitis B es una infección del hígado causada por un virus llamado Virus de la Hepatitis B (VHB). Desde la introducción de TARGA (Terapia Antirretroviral de Gran Actividad) la mayor expectativa de vida de las personas que viven con VIH ha propiciado que infecciones como la hepatitis B -antes infradiagnosticadas o simplemente no tratadas- requieran control y tratamiento. En los últimos años el número de ingresos de personas VIH+ con diagnósticos de hepatitis B en los hospitales de España ha aumentado. Mientras, en la población general la incidencia ha disminuido notablemente por la 'casi' obligatoria vacunación de niños y adolescentes. Lo que sigue a continuación es una introducción a la infección por VHB, su transmisión, pruebas diagnósticas y evolución. En el próximo número de LO+POSITIVO repasaremos las distintas opciones disponibles de tratamiento de la hepatitis B para las personas con VIH, así como los nuevos fármacos en experimentación.

¿Cómo se transmite el VHB?

Por la sangre:

- Compartiendo jeringuillas para inyectarse o rulos para esnifar.
- Mediante una transfusión, si no se ha detectado antes.
- A través de una herida.
- Mediante la técnica del tatuaje o *piercing*, si el material no ha estado bien esterilizado.

Por contacto sexual sin protección:

- A través del esperma y las secreciones vaginales.
- Por contacto con las mucosas de las paredes del ano o de la vagina.

Por transmisión vertical:

- De la madre al hijo durante el embarazo.

Por la saliva:

- La transmisión por esta vía es muy poco frecuente, pero posible.

¿Qué síntomas tiene?

Al cabo de unas semanas de la exposición al VHB, el virus se multiplica muy activamente y se produce lo que conocemos por una hepatitis aguda. Es habitual no tener síntomas durante ese periodo. Así son muchas las personas que pasan una hepatitis B aguda sin apenas notar nada. De aparecer síntomas, éstos pueden consistir en: deposiciones de color claro, orina oscura, fatiga, pérdida de apetito, náuseas, fiebre y a veces color amarillento de la piel. Sólo en un 1% de los casos la hepatitis B aguda puede ser grave.

¿Puede curarse?

Una vez pasada la etapa de hepatitis aguda, la infección se cura espontáneamente en cerca del 90% de los casos. Aproximadamente en un 10% de las personas se convierte en hepatitis B crónica. Tener infección por VIH o hepatitis C confiere un mayor riesgo de evolucionar hacia hepatitis B crónica.

Generalmente la hepatitis B progresa de forma lenta, pero puede estar muy activa en ciertos momentos -lo que puede comportar lesiones importantes en el hígado- mientras que en otros momentos puede permanecer inactiva.

¿Qué pruebas diagnósticas hay?

Mediante un análisis de sangre podemos saber sobre:

• El estado de nuestro hígado:

Los principales marcadores para saber si nuestro hígado está sufriendo algún tipo de agresión, ya sea una infección, toxicidad farmacológica u otra complicación son las transaminasas: aspartato aminotransferasa (AST) y alanina aminotransferasa (ALT), y la gamma glutamil transpeptidasa (Gamma-GT), la bilirrubina (total, libre y conjugada) y la fosfata alcalina.

• La infección por VHB:

Si hemos estado en contacto con el VHB y lo hemos erradicado espontáneamente. En este caso tendremos anticuerpos que nos protegerán, como si hubiéramos recibido la vacuna. (Véase cuadro 1.)

Si tenemos infección por VHB y en ese caso

- si se trata de una hepatitis aguda,
 - o de una hepatitis crónica.
- (Véase cuadro 1.)

Cuando hay hepatitis B crónica, mediante una biopsia podemos conocer con exactitud el estado del hígado y la gravedad de las lesiones. Permite tomar decisiones sobre la conveniencia o no de iniciar un tratamiento para el VHB.

Vacunarse no siempre es para siempre

Si el resultado de las pruebas de hepatitis B revelan que no ha habido contacto con el VHB (es decir, que ni se tiene la infección, ni se ha pasado anteriormente, ni se tiene inmunidad inducida por una vacuna) se recomienda vacunarse, especialmente en caso de infección por VIH, hepatitis C o si en el entorno hay personas con hepatitis B. Sin embargo, hay que tener en cuenta que en personas con menos de 200 CD4 la vacuna tiene menos probabilidades de ser eficaz. En España la vacuna de la hepatitis B, se suele dar a todos los niños y adolescentes.

Una persona con VIH vacunada contra la hepatitis B puede perder esta inmunización si sus CD4 son inferiores a 200 células/ml en algún momento posterior, debido a la desaparición de las células de memoria correspondientes. En tal caso, estaría aconsejada la revacunización.

¿Cuál es su evolución?



La hepatitis B crónica puede evolucionar de forma diferente en distintas personas. Tener infección por VIH y menos de 200 CD4 confiere un riesgo mayor de que la enfermedad se agrave. Durante el transcurso de la vida, además, pueden darse momentos de mayor progresión así como momentos de estabilización. A veces la infección se detiene durante el resto de la vida.

Éstas son las distintas fases que pueden darse en la hepatitis B crónica:

Fase I. Puede durar varios años. Es una fase de replicación muy activa en la que el sistema inmunitario no puede detener la infección. Los daños en el hígado suelen ser pocos y de evolución lenta y las transaminasas se mantienen en valores normales o ligeramente elevados. Es la fase en la que el riesgo de transmisión del VHB a otra persona es mayor.

Fase II. El sistema inmunitario responde más eficazmente frente a la infección y el VHB se replica más lentamente, lo cual por un lado es positivo porque significa un paso hacia la estabilización, pero por otro lado la misma reacción inmunitaria puede crear lesiones en el hígado. Las transaminasas están elevadas. En esta fase, el riesgo de transmisión, aunque existe, es menor.

Fase III. El sistema inmunitario ha podido controlar la replicación del VHB y el hígado no recibe más agresiones. Las transaminasas vuelven a valores normales. En este punto para valorar el estado del hígado se suele realizar una biopsia. Esta fase puede perdurar en el tiempo y dar la sensación de erradicación, pero en realidad sólo es una remisión, pues el VHB permanece en el hígado. El riesgo de transmisión es muy pequeño.

¿Cuáles son los posibles daños en el hígado?

La infección por VHB produce inflamación y deterioro de células hepáticas. En esta situación el hígado se repara a sí mismo y produce nuevas células, pero puede llegar un momento en que el hígado no pueda regenerarse. Entonces se forman cicatrices, es el proceso llamado fibrosis. A medida que la fibrosis avanza, el hígado va perdiendo capacidad para repararse. Algunos fármacos para el VIH, por su toxicidad, pueden contribuir a que este proceso se agrave.

Cuando la fibrosis se extiende a grandes áreas del hígado hablamos de cirrosis. El hígado se encoge, se vuelve más duro y el exceso de zonas cicatrizadas impide que la sangre fluya adecuadamente, lo que daña gravemente la función hepática. Un tercio de las personas con hepatitis B crónica presenta riesgo de cirrosis.

Al empeorar la cirrosis, el hígado puede llegar a ser incapaz de realizar sus funciones y darse fallo hepático. En este punto la única opción es el trasplante de hígado.

A veces el daño puede llegar a alterar los genes de las células del hígado convirtiéndolas en cancerosas. En caso de cirrosis se puede detectar el desarrollo temprano de cáncer mediante ecografías periódicas del hígado.

¿Y si estoy embarazada?

El riesgo de transmisión del virus de la hepatitis B de madre a hijo es muy elevado (hasta un 90%) y puede verse reducido en caso de que la infección crónica esté estabilizada. Si tienes hepatitis B y das a luz, a tu hij@ se le administrará un tratamiento y una vacuna. Estos tratamientos ofrecen una alta posibilidad de que el/la recién nacido@ no desarrolle una hepatitis B crónica.

Marcadores de la hepatitis B

Nos permiten conocer la actividad del virus y la reacción de nuestro sistema inmunitario. Todas estas mediciones se obtienen mediante análisis de sangre.

Marcadores de la actividad del virus:

Antígeno de superficie del VHB (HBsAg): Es un indicador de la presencia del VHB. Aparece en la sangre las semanas 1-10 tras la exposición y desaparece al cabo de 4-6 meses. Si hay niveles detectables de HBsAg en sangre al cabo de los 6 meses de exposición significa que hay infección.

Antígeno 'e' del núcleo del VHB (HBeAg): Se detecta cuando existe infección aguda. Significa que el VHB se multiplica rápidamente. Su desaparición significa que la hepatitis se ha estabilizado o que está en proceso de remisión.

EL ADN de VHB: Es la detección de su material genético, la carga viral. Cuando este valor es elevado, significa que el VHB se está multiplicando rápidamente.

Marcadores de nuestro sistema inmunitario:

Anticuerpos de superficie (Anti-HBs): Aparecen después de que los niveles de HBsAg caigan. Su presencia indica recuperación y en la mayor parte de los casos inmunidad a largo plazo frente al VHB.

Anticuerpos 'e' (Anti-HBe): En la mayoría de casos su presencia indica que la infección está estabilizada.

Anticuerpos 'c' (Anti-HBc): Aparecen al principio de la infección y suelen mantenerse de por vida. Indican que ha habido hepatitis B, independientemente de si se ha erradicado o está en fase aguda o crónica.

Anticuerpos del núcleo IgM (IgM anti-HBc): Suelen indicar infección aguda y desaparecen cuando la infección se resuelve o se vuelve crónica, tras la aparición de los anticuerpos anti-HBs (al cabo de unos 6 meses). Un resultado negativo junto a un positivo de HBsAg generalmente indica infección crónica.

Anticuerpos del núcleo IgG (IgG anti-HBc): Estos anticuerpos suelen persistir en el tiempo. Son marcadores de una infección pasada o presente. Un resultado positivo más un positivo de HBsAg indica infección crónica.

FUENTES:

«Dossier Hépatite B»: *Remaides* N° 43. Marzo 2002.

www.aides.org
www.natap.org
www.thebody.com
www.hivandhepatitis.com

Vacunas para el VIH: acelerar para vivir

Uno de los eventos más jugosos durante la pasada Conferencia Mundial del SIDA de Barcelona fue el encuentro tipo satélite titulado “Vacunas del SIDA para el mundo: trabajando junt@s para acelerar su desarrollo y suministro”, el primero sobre vacunas y de un día entero de duración organizado en el marco de una Conferencia Mundial del SIDA. La Iniciativa Internacional para las Vacunas del SIDA (IAVI en sus siglas en inglés) coordinó la reunión en cuya organización y desarrollo colaboraron otras 17 entidades y a la que asistieron 375 personas de unos 60 países e implicadas de una u otra forma en el trabajo por las vacunas del SIDA. Lo que sigue es el apretadísimo resumen de los temas y puntos de vista esenciales que, desde una perspectiva científica, política y comunitaria, se vieron reflejados en la agenda del día.

Ciencia básica y clínica: los estudios que vienen y las preguntas que siguen

Posiblemente la presentación más panorámica sobre la ciencia de las vacunas y su momento actual de desarrollo corrió a cargo de Peggy Johnston, del Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas de Estados Unidos (NIAID en sus siglas en inglés). Por lo que respecta a estudios clínicos, esto es lo que parece más cerca:



- Sólo un prototipo de vacuna ha llegado a ensayos clínicos de Fase III (la conocida como AIDSVAX o VaxGen gp120), cuya conclusión se espera a finales de este año. Otro prototipo, el constituido por la vacuna de canarypox junto con la de VaxGen, está a punto de entrar en Fase III, la más avanzada antes de cualquier posible aprobación.
- Varios prototipos se encuentran ya en Fase I de investigación (entre otros los ADN desnudo y de vector de adenovirus de Merck y el basado en la proteína gp120 de la compañía GlaxoSmithKline).
- Otros dos o tres podrían entrar en ensayos de Fase III en 2004/2005.
- Aproximadamente una docena de prototipos más iniciaría su andadura clínica a lo largo de los próximos 18 meses a través de la Red de Ensayos clínicos de Vacunas del VIH y con el patrocinio del NIAID.

Desde luego, la envergadura de los retos científicos en torno a la investigación y el desarrollo de las vacunas del VIH precisaría de éstos y de muchos más esfuerzos.

La madre del cordero: el compromiso político

En esta reunión sobre vacunas, el voltaje político se decidió desde el primer presentador, un parlamentario indio de nombre Kapil Sibal, miembro del comité que elabora lo que habrá de ser el primer Programa Nacional del SIDA (PNS) de la India, que a su vez incluirá, como ya empieza a ser el caso entre los países en desarrollo, un programa sobre vacunas. Con 3,9 millones de personas VIH, la India tiene muy buenas razones para incluir las vacunas entre sus prioridades gubernamentales, a menos que quiera verse en una década con tasas “como las del África Subsahariana”. Sibal abogó por la intervención política en el cambio legal para permitir el trabajo en VIH y el SIDA desde un marco de apoyo, y no de castigo, que abogara por los derechos humanos y en contra del estigma.

Desde otras partes del mundo llegaron otras historias. Las de Brasil y Uganda, con Pablo Teixeira (director del PNS brasileño) y su más o menos homólogo ugandés, David Apuuli, respectivamente, son las de un compromiso político temprano e inyectado a la sociedad desde las bases. Los cimientos con los que Brasil se embarca en su reciente programa de vacunas del SIDA se asientan en su contundencia política, social y sanitaria ante la epidemia. Uganda, por su parte, fue entre 1999 y 2001 el primer país africano anfitrión de un ensayo sobre vacunas, a lo que también ayudó su experiencia y compromiso tempranos en la lucha contra la epidemia. Hoy cuenta con ciertas infraestructuras humanas y materiales para la investigación clínica y se prepara para un segundo ensayo.



Las demandas de raíz política afloraron incluso en algunas presentaciones básicamente científicas. Don Francis, presidente de VaxGen, la compañía que fabrica la primera vacuna en Fase III de desarrollo, se dedicó esencialmente a revisar la situación de su vacuna, pero no ahorró críticas a los medios de comunicación, los políticos y la sociedad en general ante su “falta de interés” y el bajo valor social que atribuían a las vacunas del VIH.

Hace falta pasión (para ser activista de vacunas)

El papel del activismo en las vacunas del VIH y la necesidad de unirlo al activismo general en SIDA fue central en varias de las presentaciones más políticas de la jornada. David Patterson, de la Red Legal del VIH/SIDA de Canadá, resaltó las preocupaciones comunes de activistas en vacunas y en tratamientos (desde la movilización social a la educación, entre otras), e incidió en lo que luego se convertiría en uno de los temas críticos de la propia Conferencia Mundial: la necesidad de abolir las fronteras entre prevención y tratamiento y de incluir ambos en un único continuo de cuidados. Canadá se ha convertido en la primera nación industrializada en incluir las vacunas en su programa gubernamental de lucha contra el SIDA.

Jorge Beloqui, veterano activista brasileño, ofreció una perspectiva histórica de la temprana implicación de las ONG brasileñas en el trabajo por las vacunas y con qué acciones, en efecto, tratan de buscar el equilibrio en el continuo prevención-tratamiento, mientras que Chris Collins, de la Coalición de Activismo en Vacunas del VIH (AVAC en sus siglas en inglés), identificó varias áreas para el activismo comunitario en vacunas: primero, presionar a l@s polític@s para que incluyan de forma duradera las vacunas en sus agendas; segundo, presionar a la industria para que invierta y a l@s legisladores para que incentiven su inversión; tercero, participar de cada uno de los pasos para la conducción de ensayos clínicos; cuarto, educar a las comunidades afectadas para que entiendan tanto las promesas como los límites de las vacunas del VIH; quinto, forjar el modelo político y financiero necesario para que si emerge una vacuna válida ésta resulte accesible para todo el mundo.

Ya en la sesión de clausura, fue un periodista científico de la revista *Science*, Joen Cohen, quien retomando el tema del activismo pidió, para el activismo que se hace en vacunas, la pasión y la rabia que en su día tuvo el de tratamientos.

Ilustración: Montserrat Moliner



Vacunas del SIDA para el mundo. Trabajando juntos para acelerar el desarrollo y suministro. Una reunión satélite previa a la Conferencia Internacional del SIDA, 6 de julio de 2002, Barcelona. Resumen completo en español en www.iavi.org/pdf/esbarcelonasatellite.pdf

A un paso de la gente, ni un paso sin la gente

El número de ensayos clínicos sobre vacunas preventivas del VIH crece, incluso si no lo hace al ritmo que deseáramos. Ante este hecho, en principio positivo, fueron varios los presentadores que apuntaron la necesidad de implicar y educar sobre las vacunas del VIH no sólo a l@s voluntari@s que acepten participar en los ensayos, sino a las comunidades afectadas en su totalidad.

Emmanuel Mugisha, que trabaja en el proyecto conjunto de IAVI y Uganda para el desarrollo de una vacuna en este país africano, ilustró tal necesidad al describir los resultados de algunos de sus estudios sobre la percepción y la información de la comunidad sobre vacunas del VIH: a pesar de los años de campañas públicas ugandesas en torno al VIH/SIDA, el número de equívocos y actitudes estigmatizadoras resultó sorprendentemente alto.

Otros presentadores abundaron en el papel de los Consejos Asesores de la Comunidad (CAB en sus siglas en inglés), esos grupos "bisagra" surgidos de las comunidades afectadas que podrían jugar el doble papel de asesorar a l@s científic@s sobre los temas relevantes para la comunidad y a las comunidades en cuestión sobre la ciencia y el sentido de los ensayos clínicos sobre vacunas del VIH.



Preparad@s, list@s, ¿ya?

Una de las preocupaciones centrales de IAVI y otras ONG que trabajan en vacunas para el SIDA es no sólo acelerar su desarrollo científico, lo que de por sí supone un esfuerzo ingente y hasta cierto punto incierto, sino garantizar que, de conseguirse la aprobación de una o dos, o las que sean, vacunas del VIH, éstas podrían producirse a gran escala, distribuirse por los canales pertinentes y ser adquiridas por o para las personas que podrían beneficiarse de ellas lo antes posible y estén donde estén.

Bajo el sugerente título *¿Y si tuviéramos hoy una vacuna?*, Saul Walker, de IAVI, repasó los aspectos más urgentes de preparación y aceleración para el acceso futuro a las esperadas vacunas del SIDA.

Hay que saber cuántas personas necesitarían una vacuna dada y qué demanda habría para la misma (cuántas personas querrían de hecho utilizarla). Hay que determinar cómo se aprobaría la vacuna en cuestión en los lugares pertinentes y quién y cuánto pagarían sus compradores, a quienes a su vez hay que identificar y posiblemente ayudar con fondos que, un eslabón más de la cadena, hay que conseguir y reservar para ello. Hay que asegurarse de que existe la infraestructura para su distribución y, cuando todas estas condiciones estén resueltas, aún habrá que saber quién va a producir la vacuna, a qué ritmo podrá hacerlo y qué riesgo financiero necesita asumir para ello. IAVI ha desarrollado su propio plan de acción respecto a estos asuntos, esenciales para sus propósitos, basándose esencialmente en las acciones necesarias para disminuir el desfase entre necesidad y demanda de vacunas, por un lado, y en las que lo son para garantizar su aprobación, producción y distribución eficaces, por otro. En cada una de estas áreas, subrayó Walker, necesitamos intensificar nuestra cooperación y asociación con otras partes interesadas que trabajen en los campos de la salud y de la cooperación nacional e internacional.

Ahora, también, microbicidas



Una de las ideas motoras que intentaron formar el espíritu de la Conferencia Internacional fue intentar disipar contraposiciones falsas y hasta peligrosas. Se avanzó bastante en la idea de que prevención y tratamiento son parte de la misma estrategia de salud, y más específicamente se pusieron en evidencia los puntos de coincidencia científicos, comunitarios y políticos del desarrollo de antirretrovirales y vacunas del VIH, a los que ahora se añaden los microbicidas. Por ejemplo, el recién aprobado nucleótido tenofovir (Viread) va a ser probado como potencial microbicida en su formulación en gel.

Como vemos, lo que se aprende en un área suele tener utilidad en otra, y así la necesidad de coordinación es cada vez más perentoria. Destacamos en este número el trabajo de la Asociación internacional por los Microbicidas, la iniciativa líder en este campo.

La organización Asociación Internacional por los Microbicidas (International Partnership for Microbicides, IPM en sus siglas en inglés) se estableció con el fin de acelerar el descubrimiento, el desarrollo y la accesibilidad de microbicidas para prevenir la transmisión de VIH. Con varios candidatos prometedores a punto de comenzar ensayos de eficacia en Fase III, existe una necesidad urgente de incrementar los fondos y la colaboración en este campo. El objetivo de IPM es mejorar la eficacia de todos los esfuerzos para proporcionar un microbicida seguro y eficaz con la mayor brevedad.

IPM está impulsada tanto por la necesidad de ofrecer a las mujeres un mayor control sobre su salud sexual, como por la necesidad de abordar el efecto devastador sobre la salud y el factor humano de la epidemia de VIH/SIDA. La meta de IPM es reducir la transmisión de VIH garantizando que las mujeres y los jóvenes, especialmente las que viven en países en desarrollo, tengan acceso a microbicidas seguros, eficaces, a precios razonables y fáciles de usar. Procuramos facilitar el desarrollo de microbicidas con y sin capacidad anticonceptiva que idealmente sean eficaces para usar por vía vaginal o rectal. El foco de interés prioritario de IPM en las áreas de investigación, desarrollo y acceso es vital para lograr este cometido.

IPM, cuyo origen se deriva de la Iniciativa Microbicida de la Fundación Rockefeller (Rockefeller Foundation's Microbicide Initiative), inicialmente estará alojada en Family Health International, una organización mundial sin ánimo de lucro que desarrolla programas de investigación y presta servicios de prevención con oficinas en Arlington, Virginia (EE UU).

Los microbicidas tienen el potencial para detener significativamente la propagación del VIH.

- ▶ En los países en desarrollo, la epidemia de VIH se propaga por transmisión heterosexual; casi seis de cada diez infecciones nuevas de VIH ocurren en mujeres.
- ▶ Los preservativos masculinos, el método principal actualmente disponible para prevenir la transmisión de VIH, están bajo el control de los hombres, y no son una opción para muchas mujeres. Los preservativos para mujeres ofrecen una alternativa importante y deben estar más ampliamente disponibles.
- ▶ Los microbicidas pueden proporcionar a las mujeres un método que ellas mismas controlen para evitar infectarse con VIH.

- ▶ Cálculos conservadores sugieren que la introducción en el mercado de un microbicida, aun si éste es parcialmente eficaz, puede dar lugar a la prevención de 2,5 millones de casos de VIH durante un período de tres años.
- ▶ Los cálculos de ahorros en los costes a los gobiernos de países en desarrollo por la introducción en el mercado de un microbicida son de 3,7 mil millones de dólares.

Los esfuerzos actuales de desarrollo de microbicidas son prometedores, pero no cuentan con suficiente financiación.

- ▶ Existe una cantidad considerable de al menos cincuenta moléculas candidatas en vías de desarrollo.
- ▶ Tres o cuatro productos entrarán en la Fase III de ensayos este año, con tres más actualmente en la Fase II y en proceso de entrar en la Fase III en un futuro cercano.
- ▶ Se calcula que es necesario contar con 775 millones de dólares para sufragar los costes de desarrollo de productos durante los próximos cinco años a fin de desarrollar el conjunto completo de productos potenciales, pero hasta el momento sólo se han designado alrededor de 230 millones de dólares.
- ▶ Para garantizar el éxito en este cometido, este campo requiere inversiones extensas y continuas en tres áreas: investigación y desarrollo, acceso y actividades de apoyo.
- ▶ La financiación del sector público es vital para garantizar el desarrollo de la primera generación de productos ya que el mercado inicial proyectado no es suficiente para atraer la inversión privada.
- ▶ La lista actual de agencias que desarrollan productos microbicidas está formada por varias organizaciones pequeñas que realizan diversas funciones en este campo.
- ▶ Existe el potencial de acelerar el desarrollo de productos y aumentar al máximo los recursos si se dispone de un mejor esfuerzo de coordinación que dé prioridad a los productos en desarrollo y a la inversión en la infraestructura.
- ▶ Cálculos conservadores en los beneficios de mejores esfuerzos coordinados durante los próximos cinco años sugieren el ahorro potencial de más de 250 millones de dólares en tan sólo el coste del desarrollo de productos.

El objetivo de IPM

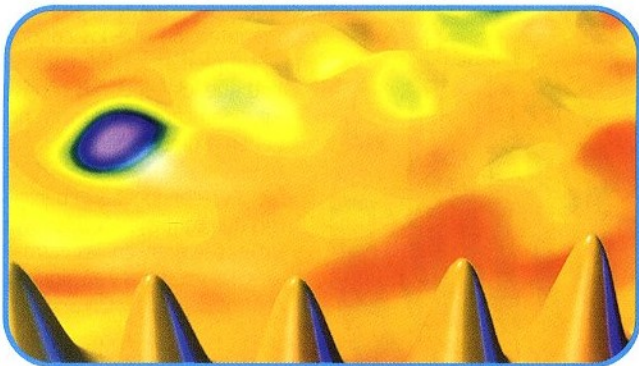
IPM tiene como meta incrementar la eficacia del desarrollo y proporcionar un microbicida ampliando la extensión y el nivel de los fondos por parte del sector público y privado; identificando lagunas vitales en las áreas de investigación y desarrollo, acceso y actividades de apoyo; sacando el mayor provecho a las asociaciones entre los actores nuevos y los ya existentes de los sectores públicos y privados; y ayudando a aumentar el nivel de conciencia de los microbicidas por todo el mundo.

La estrategia de IPM

El campo de los microbicidas es diferente a otros que hacen frente a las tecnologías de salud pública desatendidas ya que actualmente existe un número de desarrolladores de productos. Sin embargo, prácticamente todas las entidades son empresas pequeñas de biotecnología, organizaciones sin ánimo de lucro e instituciones académicas con fondos y capacidades limitados. IPM formará asociaciones con estas entidades para abordar los problemas vitales de las lagunas y los obstáculos, así como para promover la aceleración del desarrollo de productos.

A diferencia de otras áreas de la ciencia, en donde los objetivos de obtener ganancias son suficientes para impulsar la innovación, los microbicidas se convertirán en una realidad únicamente si se establecen asociaciones entre las organizaciones con bajos recursos que piensan de forma semejante y que han trabajado arduamente para permitir que el campo esté al borde de producir un producto seguro y eficaz.

La ciencia nos indica que los microbicidas son factibles; las mujeres nos dicen que los utilizarían; y la epidemia de SIDA no muestra ninguna señal de que está por reducirse. Éste es el momento para los microbicidas.



Para obtener más información sobre IPM, contacta con:

Zeda Rosenberg, Sc.D.
C/o Family Health International
Correo electrónico: zrosenberg@fhi.org

O visita el sitio web:
www.ipm-microbicidas.org

Para obtener información adicional sobre microbicidas, visita los siguientes sitios web:

The Rockefeller Foundation
www.rockfound.org
The Global Campaign for Microbicidas
www.global-campaign.org
The Alliance for Microbicide Development
www.microbicide.org

Preguntas frecuentes acerca de los microbicidas

¿Qué es un microbicida?

Un "microbicida" es una sustancia que, al aplicarse en la vagina o el ano, actúa para reducir las posibilidades de infección causadas por las enfermedades de transmisión sexual (ETS). Puede presentarse en forma de jalea, crema, esponja, supositorio, o anillo vaginal.

¿Es posible comprar estos productos hoy en día?

Hasta ahora, no. Los científicos están investigando espermicidas existentes y otras sustancias para determinar si actúan contra el VIH y otras ETS. Existen aproximadamente 30 productos que se encuentran actualmente bajo investigación, incluyendo a unos 15 que han demostrado ser inofensivos en animales y ahora están probándose en los humanos. Con la inversión adecuada, el público podría beneficiarse de un producto microbicida dentro de 2 a 5 años.

¿Cómo funciona un microbicida?

Hasta el momento, hay tres enfoques que se están investigando en el desarrollo de un microbicida. Estos tres enfoques son sustancias que:

- 1 matan o inmovilizan los microbios patológicos,
- 2 previenen la infección al crear una barrera entre el microbio patógeno y la pared de la vagina o del ano, o
- 3 bloquean el progreso de la infección al partir del momento en que penetra el organismo.

¿Un microbicida eliminará la necesidad de usar condones?

No. Con el uso correcto y sistemático, los condones ofrecen la mejor protección contra VIH y las ETS, y siempre serían la opción preferida. Pero para las personas que no pueden o no quieren usar un condón siempre, y especialmente para las mujeres cuyas parejas se niegan a usarlo, los microbicidas pueden salvar vidas y disminuir el progreso de la epidemia de VIH/SIDA.

¿Puede un microbicida proteger contra todas las enfermedades de transmisión sexual (ETS)?

Las ETS son causadas por microbios muy diferentes (virus y bacterias), y por tanto es posible que un microbicida que actúa eficazmente contra una enfermedad no tenga efecto contra otra. Por eso los científicos intentan producir algo que sea eficaz contra muchos microbios patológicos a la vez.

¿Que pasa si una mujer quiere tener hijos?

Algunos de los productos bajo investigación son anticonceptivos, y otros no lo son. Muchos grupos de mujeres han planteado la importancia de tener un microbicida que no sea anticonceptivo, además de un anticonceptivo, para que las mujeres y las parejas se puedan proteger de infección y también tener hijos si lo desean. Esto no es posible con el condón.

¿Son peligrosos estos productos?

Cualquier producto nuevo tiene que pasar por investigaciones rigurosas para comprobar que no tengan efectos negativos antes de ser aprobado para el consumo. Afortunadamente, muchos de los ingredientes de los productos bajo investigación son de uso común, aun en la comida. Otros productos no introducen nada extraño al cuerpo, sino que refuerzan a los sistemas de resistencia y defensa natural del cuerpo.

Di NO al N-9



¿Te suena el nonoxynol-9 (N-9)? Es un ingrediente activo de la mayoría de los productos de control de la natalidad que se venden en las farmacias. Además algunos condones están recubiertos con N-9. Pero hay algo que debes saber: nuevos estudios han mostrado que, pese a que dichos productos funcionan para el control de la natalidad, no reducen el riesgo de adquirir el VIH. De hecho, podría incrementarlo.

El N-9 se diseñó para eliminar el espermatozoides y se ha empleado para el control de la natalidad durante más de 50 años. En los 80, los investigadores descubrieron que el N-9 puede eliminar el VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS). Así que empezaron a testarlo para comprobar si el N-9 podría utilizarse como microbicida, o sea un producto que colocado en la vagina o el recto antes del sexo reduciría el riesgo de adquirir el VIH u otras ITS.

En resumen, los análisis mostraron que los productos con pequeñas dosis de N-9 empleados unas pocas veces a la semana eran seguros. Pero emplear productos con altas dosis, u otros productos con N-9 pero frecuentemente (más de una vez al día), podía irritar la vagina y facilitar que el VIH se introdujera en el torrente sanguíneo de la mujer que estuviera expuesta a él.

En julio de 2000 un estudio mostró que incluso el uso frecuente de un producto con una dosis muy baja podía ser irritante. Por ello los Centros para el Control de las Enfermedades (CDC, en sus siglas en inglés) anunciaron que las personas no debían utilizar N-9 para la prevención de enfermedades. Afirmaron incluso que los condones lubricados sin más eran más seguros que los condones recubiertos con N-9: aunque utilizar condones con N-9 sigue siendo más seguro que no utilizar ningún tipo de ellos.

En octubre de 2001, la Organización Mundial de la Salud (OMS) convocó un gran encuentro sobre N-9 con expert@s de todo el mundo. L@s expert@s decidieron entonces que:

- N-9 no es eficaz para prevenir la transmisión del VIH o de otras ITS y no debería utilizarse o ser publicitado para prevenir la infección.
- Los productos con N-9 (sólo o utilizado con un diafragma o barrera cervical) son buenas opciones para el control de la natalidad de algunas mujeres. Ahora bien el N-9 también

podría incrementar las posibilidades que tiene una mujer de infectarse si se expone al VIH. Por ello, las mujeres en situación de riesgo de contraer el VIH, especialmente las que practican el sexo más de una vez al día, no deberían utilizar el N-9 como forma de control de la natalidad.

- Las mujeres en una situación de bajo riesgo o sin riesgo de contraer el VIH pueden seguir utilizando el N-9 como forma de control de la natalidad excepto si les provoca irritación.
- Los productos con N-9 no deben utilizarse nunca para el sexo anal. El recto es más frágil que la vagina. Incluso las muy pequeñas cantidades de N-9 en los condones y en los lubricantes pueden dañar el recto e incrementar el riesgo de contraer el VIH.
- No existe ninguna prueba de que los condones con N-9 proporcionen una mejor protección frente al embarazo o la infección que los condones simplemente lubricados. Dado que los condones con N-9 pueden causar irritación, no deben promocionarse.

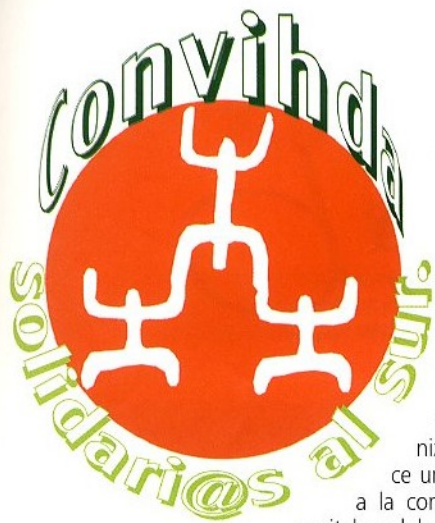
Los condones y lubricantes que contienen N-9 todavía se encuentran en las farmacias, las sex shops y en algunos centros de salud y ONG.

En septiembre de 2002 un amplio grupo de activistas y científic@s pidieron a l@s fabricantes que dejaran de elaborar condones y lubricantes con N-9. El grupo también urgió a l@s consumidor@s a leer atentamente las etiquetas de los productos y a evitar los productos que incorporasen N-9 (a menos que eligieran utilizarlos como un método de control de la natalidad y no estuvieran en situación de riesgo de adquirir el VIH).

L@s activistas también pidieron más investigación para encontrar un microbicida que proteja de verdad a las personas frente a la infección. Hay una urgente necesidad de microbicidas seguros y efectivos, cuya posibilidad de desarrollo es real. Pero el N-9 no es uno de ellos.

REFERENCIA:
Say No to N-9. www.positivewords.com





Si vives en Andalucía y necesitas de la atención y/o asistencia de organizaciones que trabajan para la comunidad, puedes recurrir, dependiendo de tus necesidades, a las más de treinta ONG que se reparten por toda la comunidad. De entre todas ellas, en esta ocasión queremos destacar la organización CONVIHDA que ofrece una amplia gama de servicios a la comunidad andaluza desde la capital cordobesa.

CONVIHDA fue creada en 1993 por un grupo de personas vinculadas estrechamente con el VIH/SIDA desde distintas perspectivas personales (personas VIH+, familiares, parejas, amig@s, profesionales de la salud). Desde sus orígenes hasta el momento actual, CONVIHDA ha trabajado por la ampliación de programas y actividades que faciliten una mejor calidad de vida a las personas afectadas por el VIH/SIDA y una respuesta integral a las necesidades de prevención en la comunidad.

Un equipo de 58 personas (de las cuales 40 son voluntari@s) atiende en el ámbito de la provincia, y también en el autonómico, a personas afectadas por el VIH/SIDA: PVVS y familiares y parejas, adolescentes, usuari@s de drogas, hombres gays y bisexuales, trabajador@s del sexo, reclus@s y exreclus@s, y a cualquier persona que solicite información sobre el VIH/SIDA.

CONVIHDA entiende la salud y la enfermedad desde una perspectiva integral, que afecta a la persona en diferentes aspectos: biológicos, psicológicos, sociales, económicos... Por ello, la asociación

cordobesa trata de adecuar su respuesta integrando todos estos niveles. En la ONG, se respeta y potencia la capacidad y responsabilidad de la persona en la determinación de su propio proceso de enfermedad, permitiendo la toma de decisiones personal respecto al tipo de terapéutica a realizar y a la dirección de la propia vida.

Fruto de ello son los proyectos que ofrece a la comunidad:

- Proyecto SOPORTE BIOPSIOSOCIAL (para PVVS y para sus familiares y allegad@s).
- Proyecto SOL (servicio de orientación laboral para PVVS).
- Proyecto ADIS (adolescentes informados en SIDA), programa pionero en Córdoba, una parte de cuyos resultados se presentó en la pasada XIV Conferencia Internacional del SIDA en Barcelona. Cuenta con las siguientes actividades:
 - Talleres de Sexualidad y SIDA para adolescentes.
 - Talleres para padres y madres.
 - ADIS con menores inmigrantes.
 - Distribución de preservativos.
- Proyecto REDES (unidad móvil sanitaria y social para usuari@s de drogas).
- Proyecto SANOS (para reclus@s en prisión y una vez fuera).
- Proyecto PASIHOM (prevención de VIH/SIDA en hombres que tienen sexo con otros hombres).
- Centro de emergencia social y sanitaria en la Barriada de las Palmeras.
- Edición y distribución de material preventivo: Material de elaboración propia o de otras entidades (Fasur, Stop Sida, gTt, FIT).

CONVIHDA une también sus esfuerzos con otras asociaciones de lucha contra el SIDA para ampliar su capacidad de movilización. En este sentido, forma parte de Red2002, del Movimiento NATC (tratamientos alternativos o complementarios), Red de Mujeres Positivas, Mesa de Minusvalías y de CES.

**Cómo contactar con CONVIHDA: Sagunto s/n, Edif. Cruz Roja. 14007 Córdoba Teléfono: 957430392 convihda@eresmas.com
Lunes a viernes de 9.00 a 14.30 Lunes a jueves de 17.00 a 20.00**

Éstas 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:** CIPS 965240563 Benidorm: AMIGOS 966804444 **ALMERÍA:** C.C.ANTI-SIDA 950254192 **ASTURIAS:** Gijón: C.C. ANTI-SIDA 985338832 Oviedo: XEGA 985224029 **BADAJOS:** PLATAFORMA DIVERSIDAD 924259358 **BALEARS:** Mallorca: BEN AMICS 971723058 ALAS 971715566 **BARCELONA:** ACAS CATALUNYA 933170505 ACTUA 934185000 CREACIÓN POSITIVA 934314548 COORDINADORA GAI-LESBIANA 932980029 EL PUNT AMB TACTE (CAS DE SANTS) 934901940 Ext.30 GAIS POSITIUS 932980029 GTT 933020411 PROJECTE DELS NOMS 933182056 RED2002 934120083 **Granollers:** AUMMO 615681422 **Sabadell:** ACTUA VALLÈS 937271900 **BIZKAIA:** Bermeo: TXO-HIESA 946179171 **Bilbo:** T-4 944221240 Hegoak: 944701013 Itxarobide: 944449250 **BURGOS:** C.C.ANTI-SIDA 947240277 **CÁDIZ:** A.ANTI-SIDA 654580206 ARCADIA CÁDIZ 965212200 **Algeciras:** C.C.ANTI-SIDA 956634828 **La Línea:** C.C.ANTI-SIDA 956237146 **CÁCERES:** C.C.ANTI-SIDA 927227613 **CASTELLÓN:** A.C.CONTRA EL SIDA 964213106 **CÓRDOBA:** COLEGA 957492779 CONVIHDA 957430392 PREVENCIÓN Y SOLIDARIDAD DEL SIDA 957430392 **A CORUÑA:** C.C.ANTI-SIDA 981144151 **Santiago de Compostela:** C.C.ANTI-SIDA 981573401 **Ferrol:** Lazos 981350777 **GIRONA:** ACAS Girona 972219282 ACAS Olot 972272136 ACAS Figueres 972672167 ACAS Sant Feliu de Guixols 972324005 **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 928149969 **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 982280263 **MADRID:** APOYO POSITIVO 913581444 COGAM GAYINFORM 915230070 FASE 900111000 FIT 913513682 UNIVERSIDA 913143233 **MÁLAGA:** A.C.ANTI-SIDA 952650596 **COLEGA** 952277199 **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 954501377 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: OFICINAS Y NAIF 963920153 CENTRO DE DÍA EL FARO 963910254 CENTRO CALOR Y CAFÉ 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 **IBERAIDS** 976201686 **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

en la Web

Terapia Antirretroviral y Enfermedades Asociadas al VIH (2000-2002) Hacia la individualización del tratamiento antirretroviral

Con ocasión de la XIV Conferencia, los médicos españoles del Grupo de Estudio de SIDA (GESIDA) de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC) reunieron en un único libro todos los documentos de consenso y las recomendaciones publicadas entre 2000 y 2002 relativas al abordaje terapéutico del VIH: las guías de tratamiento antirretroviral, las de uso de las pruebas de resistencia, las de adhesión, las pautas a seguir en embarazo, en profilaxis postexposición, lipodistrofia, además de los textos sobre coinfección con hepatitis, sobre prevención y tratamiento de las infecciones oportunistas y de los linfomas y el Sarcoma de Kaposi.

También aprovecharon los especialistas del VIH para editar un número especial de la revista *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica* bajo el sugerente título "Hacia la individualización del tratamiento antirretroviral".

Estos escritos pueden resultar algo ásperos de leer por ser estrictamente técnicos, pero siempre se pueden tener como manuales de referencia y consulta.

Todos están colgados en la página web de GESIDA:
www.gesidaseimc.com

La Red de información del SIDA

Este grupo de EE UU ha publicado su boletín informativo número 16 correspondiente a agosto de 2002, en castellano.

Incluye noticias sobre la Conferencia del SIDA de Barcelona, el nuevo T-20, la discusión sobre cuándo empezar tratamiento, la lipodistrofia, las hepatitis B y C y otras.

Se encuentra en:
www.atdn.org/lared/resena/boletin16.html

Desarrollo de Vacunas para la prevención del VIH y del SIDA

Este documento del Consejo Internacional de Organizaciones con Servicios en SIDA (ICASO) ofrece una introducción básica al desarrollo de la vacuna contra el VIH/SIDA y es el primero de una serie de textos introductorios que la entidad está planificando, concernientes al progreso de nuevas tecnologías de prevención contra el VIH/SIDA. Se espera que este documento produzca una mayor conciencia en la población acerca del desarrollo de la vacuna y que motive a los individuos y a las organizaciones a participar de forma activa en el progreso de estas tecnologías.

Disponible en español en:
www.icaso.org/vaccines/Vaccine%20Primer%20Web%20-%202002.pdf

Aproximación Multidisciplinar para el Abordaje del SIDA

El informe final del proyecto AMAS o Aproximación Multidisciplinar para el Abordaje del SIDA ya está disponible en:
www.amas.org/cast/presen.asp
en la Sección "Documentos Santa Madrona"

Extracto de la introducción:

"El informe está dividido en dos partes. La primera describe la génesis del estudio, la metodología empleada y el proceso de investigación. En la segunda, se presentan los resultados fruto del trabajo de los Líderes de Opinión, Grupo Experiencial y Equipo de Investigación y se ponen a consideración unas conclusiones y propuestas derivadas del estudio. Como colofón, figura un apartado de Referencias que agrupa tanto las fuentes empleadas y citadas como aquellas que, a nuestro juicio, pueden tener interés para diseñar nuevos estudios."

La rabia no es negociable

«Una persona que vive con VIH como yo en la parte correcta del mundo, que puede seguir adelante gracias a la terapia antirretroviral, puede fácilmente sentirse mal. Mal por pertenecer a la parte arrogante del planeta donde parece que ya no existe compasión. 'Te tengo envidia porque tú tienes tratamiento y yo no', me dijo Anne, una mujer keniana que vive con VIH y con siete hijos a su cargo. Ella gestiona una organización dedicada a atender a niños y niñas enfermos. En Nairobi, su ciudad, siguen naciendo bebés con VIH. Esa noche me fue muy difícil conciliar el sueño.»

Puedes acceder al artículo completo firmado por Xavier Franquet en www.canalsida.org el portal sobre SIDA en español.

Grasa en la sangre

Es el título de un simpático e instructivo folleto en castellano escrito para aquellas personas que toman medicamentos anti-VIH y que tienen un nivel de grasa en la sangre superior al aconsejado.

Está disponible en la web de Visual Health Concepts, donde podemos leer que "los propietarios y administradores son personas VIH/VHC positivas y un grupo de activistas de la comunidad."

Lo encontrarás en:
www.vhconcepts.com/pdfs/2002.GRASA1.pdf

Higiene en los alimentos

El grupo Project Inform de San Francisco (EE UU) ha publicado en su web dos nuevos documentos en español, esta vez referidos a cómo garantizar la higiene de los alimentos para personas con VIH.

Están en www.projectinform.org/updates.html

Charlas abiertas

sobre tratamientos

¿Te interesa saber más sobre el VIH y sus tratamientos? Las charlas abiertas al público son una fórmula dinámica que te permite adquirir nuevos conocimientos y expresar tus dudas o interrogantes. Hay charlas programadas en Córdoba y en Barcelona, pero esperamos que se extiendan por otras ciudades en los próximos meses.

Córdoba

12 de diciembre de 2002.—Entender nuestros análisis y nuestro estado de salud.

16 de enero de 2003.—Introducción a la terapia combinada.

20 de febrero de 2003.—Conocer y manejar los efectos adversos de los tratamientos para el VIH.

13 de marzo de 2003.—Tomar o no tomar: sobre las interrupciones en el tratamiento.

10 de abril de 2003.—Cómo prevenir y tratar las infecciones oportunistas.

Lugar: c/ Sagunto s/n, 14007 Córdoba.

Organizadas por CONVIHDA. Teléfono 957430392. Correo-e: convihda@eresmas.com

Con la colaboración de gTt.

Barcelona

27 de noviembre de 2002.—Doctor, quiero hacer vacaciones del tratamiento.

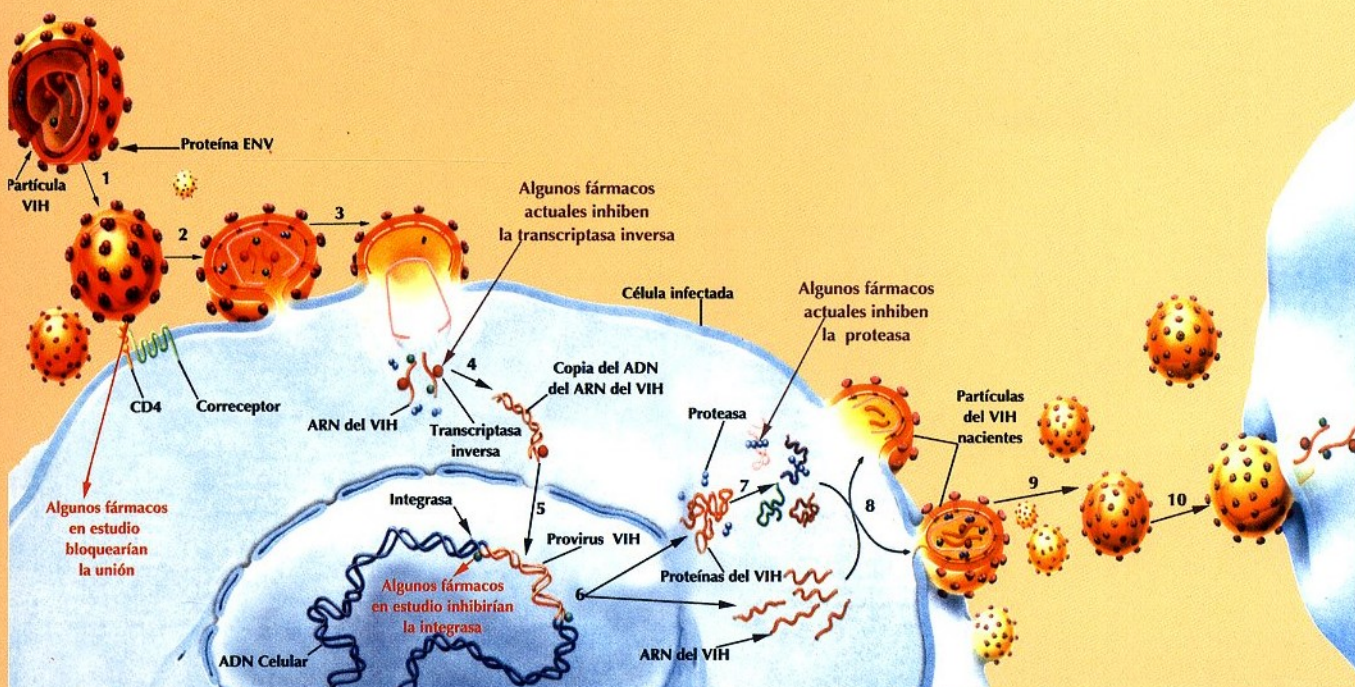
29 de enero de 2003.—Qué pasa con las vacunas del VIH.

26 de febrero de 2003.—Polémicas en la coinfección de VIH y hepatitis C.

Lugar: c/ Sants, 2-4, 1.º - 08014 Barcelona

Organizadas por Creación Positiva y gTt. Teléfonos 93 431 45 48 y 93 302 04 11.

Correo-e: creacion@eresmas.net



La Rueda: un plan personal para la toma de pastillas

La Rueda es un ingenio interactivo ideado por los responsables del sitio web británico www.aidsmap.com, con el objetivo de identificar cuestiones que podrían hacerte difícil tomar las pastillas en el momento y en la forma adecuados.

La Rueda no está pensada para sustituir la importante relación que tienes con tu médico, sino para sacar a la luz puntos que quizá

te resulten útiles discutir con él/ella. Con un sencillo sistema que te pide que señales tus horarios de tomas, de comidas y de otras actividades cotidianas, La Rueda te ayudará a conocer qué posibles obstáculos se te presentan para la adhesión y sugerencias para superarlo.

La Rueda está disponible en español en

www.aidsmap.com/wheel/starthere.htm

Consultas sobre tratamientos

gTt ofrece la posibilidad de atender cuestiones relacionadas con los tratamientos del VIH y sus enfermedades oportunistas.

Intenta que tu pregunta sea lo más clara y concisa posible y dirígenosla:

☎ por teléfono al 93 302 46 93: martes y viernes de 16 a 20h;

✉ por correo electrónico a consultas@gtt-vih.org;

👤 personalmente en nuestra sede, concertando cita con antelación (TEL. 93 302 46 93).

Consultes sobre tractaments

gTt ofereix la possibilitat d'atendre qüestions relacionades amb els tractaments del VIH i les seves malalties oportunistes.

Intenta que la teva pregunta sigui el més clar i concís possible i dirigeix-nos-la:

☎ per telèfon al 93 302 46 93: dimarts i divendres de 16 a 20h;

✉ per correu electrònic a consultas@gtt-vih.org;

👤 personalment a la nostra seu, concertant cita amb antelació (TEL. 93 302 46 93).

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 171685

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



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

infovital

Fichas informativas sobre aspectos básicos del VIH destinadas a población inmigrada en español, inglés, francés, árabe y ruso.

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

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_drfax.html

CONSULTAS

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

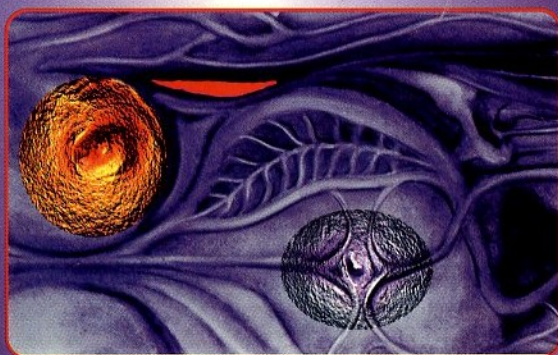
http://www.gtt-vih.org/fr_consultas.html



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 veintitres números de la revista que tienes entre manos. Desde el #19 descargable en pdf.

http://www.gtt-vih.org/lmp/pos_indice.html