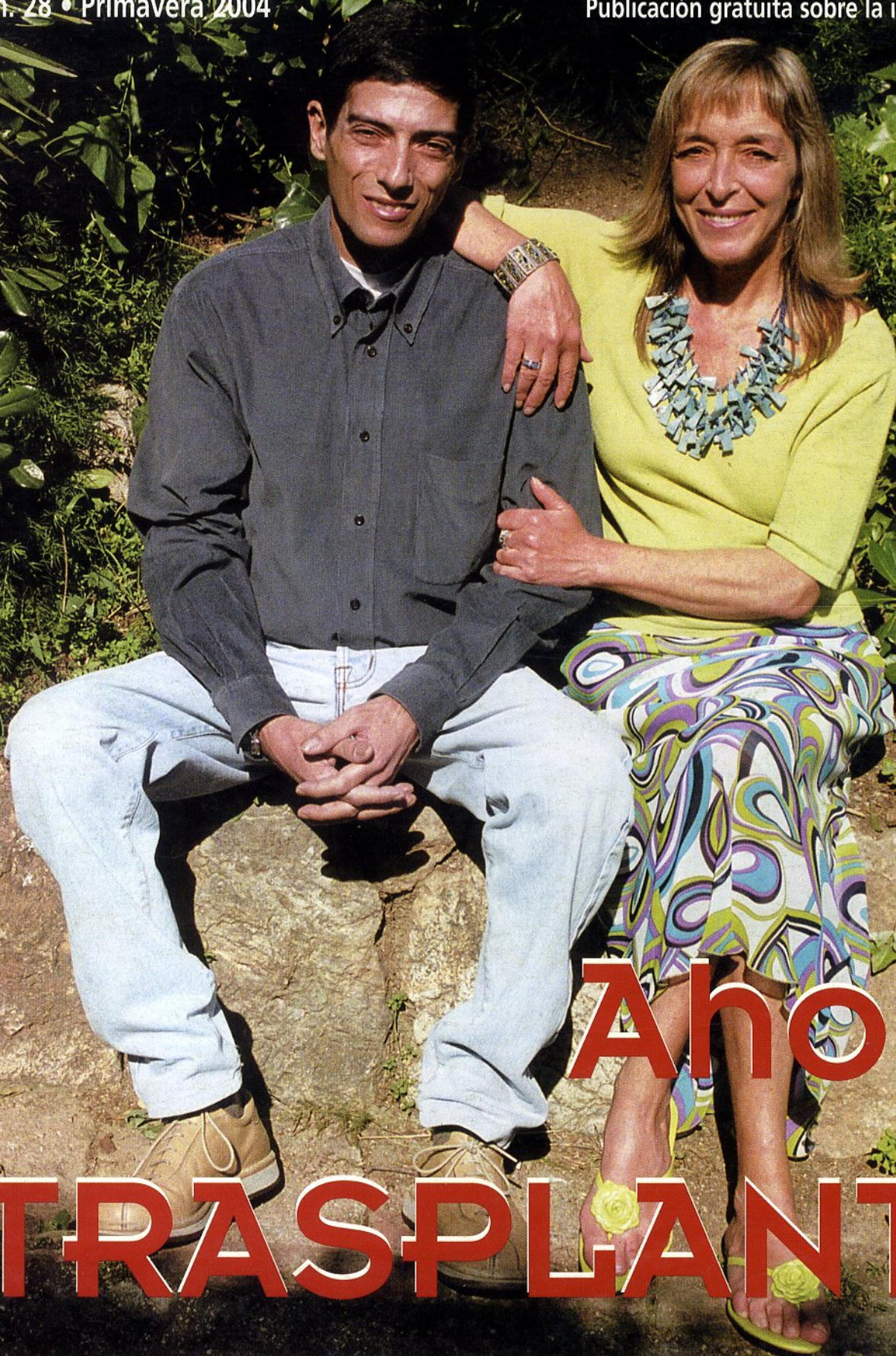


LO + POSITIVO

Núm. 28 • Primavera 2004

Publicación gratuita sobre la infección por VIH



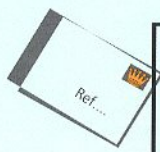
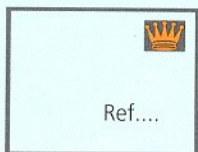
Ahora
TRASPLANTE

CONTACTO

Para responder a un contacto:

- 1.º Introduces tu carta dentro de un sobre, le pegas un sello con franqueo suficiente 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 la dirección de gTt: c/ Sardenya, 259 3º 4ª 08013 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 la **nueva dirección** de gTt:
c/ Sardenya, 259 3º 4ª 08013 Barcelona

Ref: 310

¡Salud! Me llamo Goio, tengo 32 años, VIH+. Soy un chico sano y desearía conocer chicas. Soy gallego de nacimiento, criado en Valladolid. Escribo poesía y relatos. Romántico y solo. Prometo contestar.

Ref: 311

Chico de 37 años, asintomático. Busco chica atractiva de 30 a 40 años, de buen corazón, asintomática, sin cargas familiares para amistad y posible relación. Se ruega enviar foto.

Ref: 312

Hola, soy Eva. Tengo 35 años, VIH+, y estoy presa. Soy Piscis, me gusta la poesía, la parapsicología y conocer gente con ganas de luchar. ¿Te apuntas? Salamanca.

Ref: 313

Hola, soy Francesc, tengo 50 años que no aparento, VIH+, asintomático, 1,75m, 64Kg. Con muchas ganas de dar y recibir amor de algún chico entre 39 y 50 años. Me gusta pintar, la fotografía, leer y la playa. Soy romántico y hogareño. Animaos. El Maresme (Barcelona).

Ref: 314

Joven de buen ver, 30 años, VIH+ desde 2000, busca chica de zona de Palencia. 10 meses para la libertad, porque estoy preso. Me gusta la naturaleza y salir en bicicleta.

Ref: 315

Miguel, 39 años, VIH+ en tratamiento. Deseo conocer chicas en situación similar para salir y compartir el problema juntos. Seguro que será más fácil. Soy de Valencia.

Ref: 316

Hola me llamo Manolo, tengo 39 años, VIH+. Quisiera conocer chica con el fin de acabar siendo pareja; soy buena persona y cariñoso. Por favor, escribeme. Prometo contestarte. Castellón o Valencia.

Ref: 317

Hola, soy portugués, tengo 42 años, delgado, 1,70m. Seropositivo reciente, sin medicación. Vivo en Barcelona, soy gay versátil. Busco pareja estable. Estoy en un centro para orientación. Te busco. Besos.

Ref: 318

Me llamo Javier, VIH+, sin medicación, 35 años, 1,85m, 85Kg. Busco chica sin vicios, para salir, conocernos y tener una relación seria. Me gusta viajar, la música, el deporte, el mar y la montaña. Soy de Tarragona. Te espero.

Ref: 319

Juan, 43 años, VIH+, heterosexual, vivo en Alicante, infectado por no usar preservativo, 1,67m, ojos verdes, cariñoso y muy honrado. Desearía encontrar chica de 35 a 45 años para compartirlo todo. Contestaré a todas.

Ref: 320

Me llamo Joaquín de 32 años, me gustaría mantener una relación seria con mujer de 25 a 32 años, y crecer juntos como personas. Soy de Valencia y soy auxiliar de clínica y protésico dental. No me importa que tengas el VIH. Prometo contestar a todas las cartas.

Ref: 321

Chico seropositivo, 32 años, moreno y delgado. Busca chico de 30 a 40 años pelirrojo y delgado, que sea de pueblo, para relación estable. Abstenerse quien no cumpla las condiciones. Sur de Galicia, Norte y Centro Portugal.

Ref: 322

Chico de 36 años, guapete, atractivo, cariñoso y mimoso. Busco amigo para amistad y lo que surja, yo pasivo. Prometo contestar, soy de Barcelona. Un beso.

Ref: 323

Hola, me llamo Rubén, tengo 26 años y soy VIH+, me gustaría encontrar una buena chica con la que tener una bonita amistad o lo que pueda surgir, no me importa edad, ni la nacionalidad. Espero vuestras cartas.

Ref: 324

Hola, busco chico de 32 a 43 años para formar pareja estable. Yo VIH+, 53 años, 1,79m, 83Kg, activo. Buen nivel cultural, romántico, cariñoso. Me gusta el mar, cine, teatro, dialogar y especialmente compartirlo todo. Buen corazón y tengo mucho que dar. Vivo en BCN capital.



OPINIÓN

- 4** Humanos sin derechos **5** Desidia **6** Carta a un virus+
- 7** Comer en prisión **8** Caos en Málaga **9** Por los derechos de las prostitutas
- 10** ¿Mujeres en estudios clínicos? **11** Mi tiempo en salas de espera
- 12** Necesitamos cambiar, pásalo **13** Acceso en Argentina
- 14** Píldoras azules **14** San Salvador



EN PERSONA

- 16** Ahora trasplante



Si viñajas...



CUIDARSE

- 30** Frutas y verduras **32** Hospital vihrtual
- 33** La ecuación de la evacuación

A CIENCIA CIERTA

- 36** Bajo control **38** Tratamiento en l@s más jóvenes(II)
- 40** La cara no se toca **42** Noticias, en español
- 46** doctorXpress **49** Criaturas en el olvido



AL DETALLE

- 50** Microbicidas rectales **51** Vacunas preventivas **52** Sanidad penitenciaria
- 54** Sexo, VIH y cintas de vídeo (porno) **55** Guía de recursos en internet



Asegurando el hoy y el mañana

Asegurando un comienzo lleno de opciones de futuro

Asegurando las más amplias alternativas farmacológicas

En definitiva, manteniendo el horizonte terapéutico

Trabajamos por un mundo sin VIH

Roche

EL EQUIPO DE LO+POSITIVO SOMOS:

Georgina Fabrés
Jaume Fabrés
Xavier Franquet
Juanse Hernández
William Mejías
Ángela Sanz
Joan Tallada
M^o José Vázquez
Marion Zibelli

EN ESTE NÚMERO HAN COLABORADO:

David Castañer
Paul Cummings
Montserrat Moliner
Jordi Palasí
Silvia Pascucci
M^o Eugenia Sebastián
Stephanie Valentín

LO+POSITIVO es una publicación del **Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt)**, una asociación sin ánimo de lucro declarada Entidad de Utilidad Pública, que trabaja para mejorar el acceso a la información sobre tratamientos del VIH y el SIDA.

LO+POSITIVO es una revista GRATUITA: ¡nunca pagues por leerla! Si deseas contribuir a su mantenimiento, y lo necesitamos, contacta con:

REDACCIÓN:

C/Sardenya, 259 3^o 4^a
08013 Barcelona España
Tel: +34 932 080 845
Fax: +34 932 070 063
E-mail: contact@gtt-vih.org
Web: www.gtt-vih.org

IMPRESIÓN:

Jesse & James Design, S.L.
Tf: +34 932 156 440
Depósito Legal: B-40431-97

CON EL PATROCINIO DE:

Laboratorios Abbott
Boehringer Ingelheim
Chiron Ibérica
Gilead Sciences
GlaxoSmithKline
Productos Roche
Schering-Plough
Tibotec Virco

CON LA COLABORACIÓN DE:

• Ajuntament de Barcelona

Àrea de Serveis Personals

• Diputació de Barcelona

Salut Pública i Acció Social

• Generalitat de Catalunya

Departament de Sanitat i Seguretat Social
Programa de Drogodependències i SIDA

• Ministerio de Sanidad y Consumo

Plan Nacional sobre el SIDA

Y EL APOYO DE:

Iniciativa Internacional por una Vacuna para el SIDA (IAVI)

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

La información científica tiene una validez de tres meses.

Miembro del
Grupo
Iberoamericano
de Publicaciones
sobre el VIH



Órganos para tod@s

Decíamos en el editorial del número anterior que el fallo del hígado se estaba convirtiendo en la principal causa de fallecimiento de las personas con VIH. Cuando el hígado, un órgano vital, deja de funcionar, la única –y urgente– solución es un trasplante. Pero los obstáculos hasta ahora hace poco eran insalvables, y todavía casi lo son.

Primero se dijo literalmente que no valía la pena. Una persona transplantada con cualquier órgano toma inmunosupresores para evitar el rechazo. Eso suponía una contradicción con la idea de restaurar el sistema inmunitario en quien lo tenía comprometido por el VIH. Sin embargo, la mejora palpable que ha supuesto la Terapia Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) ha dejado en entredicho este argumento. Por el contrario, un hígado en buen estado es un elemento fundamental para el éxito de TARGA.

Luego las reticencias han sido sobre la viabilidad: se conjeturaba que una persona con un hígado transplantado tendría un mal pronóstico, que su supervivencia a medio plazo era limitada. Pero si se conjeturaba era porque no había datos basados en estudios, y si no había datos: ¿cómo podíamos saber si eso era cierto? Era como un pez que se muere de la cola.

Por fin llegaron los programas piloto, con criterios tan estrictos que pensábamos que nunca habría candidatos, pero los ha habido: 26 hasta el momento. El éxito ha sido moderado, sí, pero no ha ocurrido el estrepitoso fracaso que profetizaban algunos. Tampoco ha habido esas infecciones por doquier en los quirófanos al personal sanitario que argüían algunos cirujanos, llegando a reclamar seguros multimillonarios.

Ahora los equipos de trasplantes aducen prioridades en la selección de candidat@s a trasplantes: hay pocos órganos para demasiada gente, y las personas con una infección concomitante sería (léase VIH) o no entran en las listas o bien tienen que esperar cuando el tiempo corre más deprisa para ellas. Es un contrasentido: quienes tienen VIH por eso mismo se exponen a un mayor riesgo de que su enfermedad hepática empeore, y por ello necesitan con más urgencia el trasplante.

Entendemos que desde el punto de vista de la salud pública hay que tomar decisiones difíciles, incluso duras. Pero cuando a una persona con VIH se le niega un órgano vital porque se "cree" que su esperanza de vida posterior será corta, un@ tiende a pensar que esa "creencia", en quienes nos tienen acostumbrad@s a parapetarse tras "la medicina basada en la evidencia", está trufada de posiciones morales. En el fondo, vienen a decir, hay vidas que merecen ser salvadas más que otras, y al fin y al cabo la de quien tiene VIH no habrá sido la más ejemplar, ¿no?

La comunidad andaluza

La Asociación de Anti-SIDA de Málaga (ASIMA), referente de la provincia andaluza con mayor casos de VIH/SIDA, puede estar a punto de cerrar sus puertas por culpa de la desidia o animadversión de l@s responsables municipales. Se trata de una ONG con 14 años de historia y probada competencia para abordar la situación de la pandemia en su área de influencia.

El año pasado, asistimos a un proceso similar con el único grupo de base comunitaria sevillano, SIDA-Contigo, después de la desaparición del Comité Anti-SIDA. Aunque en el caso de la capital hispalense se trata de un episodio confuso en el que las autoridades adujeron mala gestión, negada por l@s dirigentes de la ONG, no deja de ser preocupante que la mayor ciudad andaluza se quede sin ninguna entidad como referente en el área del VIH/SIDA, sin desmerecer el trabajo de l@s profesionales en organizaciones como la Cruz Roja o las de carácter asistencial o religioso. A este panorama hay que añadir la puesta en barbecho de la federación andaluza FASUR, otrora muy activa.

Andalucía es la mayor comunidad autónoma en términos poblacionales, y una de las más afectadas por la extensión del VIH/SIDA, que además no se ha limitado a las concentraciones urbanas, sino que ha tenido un claro impacto en poblaciones de la costa. Por eso no se entiende este goteo de aniquilación de asociaciones comunitarias.

Aún disponemos de organizaciones con fuerza, por ejemplo CONVIHDA en Córdoba, o las delegaciones de COLEGA, pero aunque encomiable no es suficiente. Andalucía necesita grupos comunitarios sólidos, responsables y con garantía de sostenibilidad, algo de lo que l@s políticos de los que depende el bienestar social y la salud pública andaluces no deberían escaquearse.

Humanos SIN DERECHOS

En lo que va de año China y Libia han propiciado la indignación y el malestar de toda la comunidad internacional debido a las deliberadas violaciones de los Derechos Humanos. En el primer caso, por el arresto domiciliario de un activista del SIDA chino y en el segundo, por la pena de muerte impuesta a 7 sanitarios europeos.

El activista encarcelado

Durante los primeros meses de este año, China se ha atrevido a reconocer que cuenta con unas 840.000 personas infectadas por el VIH, de las que 80.000 ya viven con SIDA. Por su parte, ONUSIDA, la Agencia del SIDA de las Naciones Unidas, advirtió de que el número de personas infectadas por VIH podría alcanzar los 10 millones en 2020 si el gobierno no toma medidas de prevención y control eficaces.

En consecuencia, las autoridades chinas han puesto en práctica una serie de medidas encaminadas a intentar detener la expansión del virus y a proporcionar tratamiento adecuado a las personas infectadas, después de haber negado durante años que el SIDA era un problema en este país. Sin embargo, tanto los organismos internacionales como los activistas denuncian que el gobierno chino continúa ocultando las verdaderas cifras y que el número real de casos en este país podría rondar los 2 millones de personas.

En este contexto, uno de los activistas del SIDA más conocido en China, Hu Jia, fue puesto bajo arresto domiciliario a finales de mayo de este año. Varios agentes lo retuvieron en su casa de Pekín hasta el 10 de junio para impedir que se entrevistara con el embajador de EE UU en ese país con motivo de su visita a las localidades chinas más afectadas por el SIDA. Hu Jia es el Director del Instituto Aizhixing de Educación Sanitaria, una organización no gubernamental que se dedica a concienciar sobre el VIH y a defender los derechos de las personas infectadas por VIH en China.

El encuentro entre el activista y el embajador debía tener lugar en una población de la provincia de Henan, una de las más castigadas por la epidemia, ya que algunas de sus localidades presentan tasas de infección por VIH de las más elevadas del mundo. Una de las causas es la venta de sangre sin controles sanitarios que se realizó en los años 90 y que provocó la infección de decenas de miles de personas, de manera que en algunos de estos pueblos en casi cada familia hay un seropositivo, un enfermo o un muerto por SIDA.

El arresto domiciliario de Hu Jia, como otros similares que también se han realizado simultáneamente, se entiende como un intento por parte de las autoridades chinas de acallar los movimientos en defensa de los derechos humanos en vísperas de la conmemoración del 15º aniversario de la masacre de Tiananmen.

Fuente: www.aegis.org

Chivos expiatorios

Tras cuatro años de juicio, en el norte de Libia un tribunal ha condenado a la pena de muerte por fusilamiento a dos médicos, uno búlgaro y otro palestino, y a cinco enfermeras búlgaras. Según la sentencia, los acusados provocaron la muerte por SIDA de 46 niños y la infección por VIH en 380.

La acusación sostiene que los sanitari@s propagaron el virus voluntariamente a más de 400 niños en el Hospital Pediátrico de Bengasi, por haber utilizado productos derivados de la sangre contaminados. La defensa, sin embargo, afirma que las infecciones se produjeron por las deficientes condiciones higiénicas del hospital y que éstas ya se habían producido con anterioridad a la llegada de los sanitari@s. Así lo afirmó uno de los descubridores del virus del SIDA, Luc Montagnier, que testificó en el juicio a favor de los acusados.

Tanto el juicio como la sentencia han levantado sospechas en toda la comunidad internacional, ya que la defensa afirma que los siete acusados extranjeros han servido como chivos expiatorios para tapan las deficiencias y errores en los procesos de esterilización y control de la sangre en el citado hospital. De hecho, según ha denunciado la organización Amnistía Internacional, los acusados habían sido torturados para obligarles a firmar confesiones, de las que posteriormente se retractaron alegando que las habían hecho bajo coacción. Por otra parte, otras nueve personas acusadas, que eran ciudadanos libios, han sido declaradas inocentes.

La sentencia constituye una prueba de fuego para el dictador Moammar Gaddafi y su gobierno tras los diversos contactos que en los últimos meses ha mantenido con algunos líderes occidentales con la intención de abrir su régimen de gobierno al mundo. En este sentido, la Unión Europea y EE UU ya le habían pedido garantías en el proceso judicial.

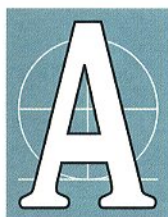
Sin embargo, tras cinco años en la cárcel, los acusados serán fusilados, aunque el Ministro de Justicia libio indicó que los condenados podían apelar la sentencia al Tribunal Supremo. Las autoridades búlgaras apelarán el veredicto y pedirán a la comunidad internacional que intervenga para conseguir la amnistía de los condenados.



Fuente: www.lavanguardia.es / Comunicado de Amnistía Internacional: <http://web.amnesty.org/library/Index/ESLMDE190092004>

DESIDIA

La ineficacia del Gobierno de Canarias ahoga a las ONG



Amigos Contra el SIDA de Gran Canaria, InfoSIDA La Palma y UNAPRO, organizaciones no gubernamentales que trabajan en el ámbito del VIH/SIDA en la Comunidad Autónoma de Canarias, denuncian públicamente la desidia y olvido en que se encuentran por parte de la Dirección General de Salud Pública del Gobierno de Canarias, dado que hasta la fecha de hoy, no se ha recibido ningún tipo de subvención destinada a los programas de prevención que estas tres organizaciones han llevado a cabo el pasado año 2003.

Como se puede observar, las tres asociaciones sufragaron gastos que rondan los 94.000 euros a la espera de la aprobación primero y depósito después de los citados fondos, sin que esto se haya producido.

Los programas fueron presentados en el primer trimestre del año 2003, cuando fueron solicitados por el Equipo Técnico de la Dirección General para ser llevados al Comité de valoración. Una vez considerado estos programas aptos, se presentaron, durante el segundo cuatrimestre, ante la Dirección General de Salud Pública sin que hasta ahora se sepa absolutamente nada al respecto.

Estas tres asociaciones, partiendo del sentido de responsabilidad profesional y seriedad con el cual siempre han trabajado, dieron continuidad a sus programas a la espera de los mencionados fondos. Sin embargo, continuó sin suceder nada.

A principios del año 2004 se solicitó información a la Dirección General, quienes nos indicaron verbalmente que de un momento a otro se produciría el ingreso de las subvenciones. Esta información nos fue transmitida entre enero y mayo de forma reiterada.

(...) Con una situación ya insostenible económicamente, donde se ha tenido que posponer el pago a la Seguridad Social con los intereses que ello supone; se ha tenido que prescindir de personal contratado; se han solicitado préstamos bancarios con sus respectivos intereses; se ha dispuesto de fondos propios de las asociaciones y se han contraído deudas con empresas proveedoras, todo con el único objetivo de dar cumplimiento a los fines que rigen nuestras organizaciones y haciendo honor a nuestro sentido de responsabilidad, se remite una carta al señor Director General, D. Francisco Rivera, con el objetivo de ponerlo al tanto de la situación e indicándole que en un plazo no mayor de 15 días dispusiera lo necesario para proceder al pago de las subvenciones adeudadas, de lo contrario, nos veríamos en la obligación de suspender las actividades llevadas a cabo. Esta carta se remite el día 28 de mayo de 2004.

(...) El día 17 de junio se contacta con la secretaria del Plan Nacional Sobre el SIDA, ente que transfiere los fondos estatales a las Comunidades Autónomas para la gestión de programas en materia de SIDA. Allí nos informan que, en efecto, los fondos correspondientes al año 2003 fueron transferidos en el ejercicio pasado. Es cuando se aprovecha la ocasión y se informa a la secretaria del Plan Nacional de la situación de Canarias, a la vez que se solicita una entrevista con Doña Lourdes Chamorro, Secretaria del Plan Nacional Sobre el SIDA.

Extracto del comunicado de prensa emitido por Amigos Contra el SIDA de Gran Canaria, InfoSIDA de La Palma y UNAPRO de Tenerife en San Cristóbal de La Laguna, el 18 de junio de 2004.

(...) Manifestamos claramente en este documento nuestro descontento con las personas que en la actualidad dirigen la Consejería de Sanidad, pues entendemos que nuestros dirigentes deben ser personas con criterios claros y serios a la hora de resolver situaciones como las que hemos planteado. Sin embargo lo único que demuestran con su actitud es indiferencia, falta seriedad, incompetencia e indolencia hacia un problema como el VIH/SIDA que, según la ONU, cada minuto de cada día hay 10 nuevos portadores del VIH.

Como conclusión a este documento no nos queda más que decir que esperamos no se tomen represalias por haber llegado a esta situación, solamente queremos dejar constancia de que somos un eslabón más en esta sociedad, que cumplimos unas funciones necesarias a las que la administración nunca ha llegado y por lo tanto en esta ocasión nos ha tocado darles un pequeño aviso para que no nos dejen en el olvido.

Queremos dar constancia de que estamos y estaremos aquí para trabajar hombro con hombro por el beneficio de tantos y tantas afectados por VIH/SIDA y la prevención de la misma, pero la continuidad de nuestros programas de prevención en el ámbito sexual no pueden tener continuidad.

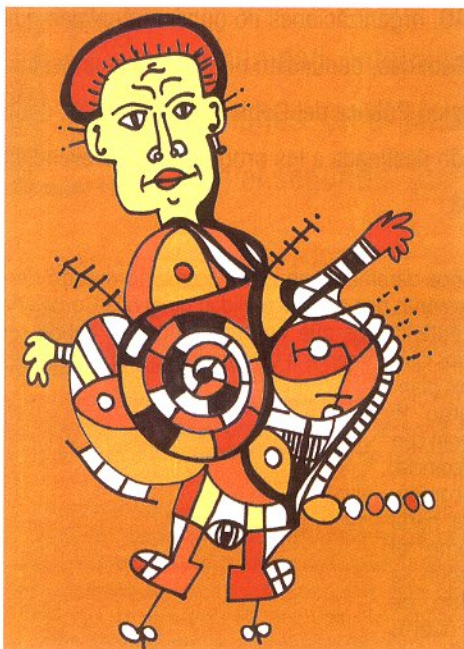
...una situación ya insostenible económicamente, donde se ha tenido que posponer el pago a la Seguridad Social con los intereses que ello supone; se ha tenido que prescindir de personal contratado; se han solicitado préstamos bancarios con sus respectivos intereses...

José Antonio Álvarez
(UNAPRO, Tenerife)

Roberto Pérez
(INFO/SIDA, La Palma)

Antonio López Torres
(Amigos Contra el SIDA, Las Palmas)

CARTA a un virus



Mi estimado bichito,

Como ya hace quince años que estamos juntos, aprendiendo a convivir y a tolerarnos (aunque a decir verdad, esta convivencia es mucho más beneficiosa para ti que para mí), he decidido dedicarte unas líneas para que veas que, a pesar de todo no te guardo rencor.

¿Sorprendido?, pues no lo estés amigo, porque aun cuando mi sistema inmune y por lo tanto mi estado de salud los has dejado tocados, por otro lado me has enseñado muchas cosas. Sí, no te rías no, pues desde que nos conocemos mis sensaciones y percepciones acerca de qué es lo verdaderamente importante en esta vida han cambiado, son completamente distintas a las que yo tenía antes. Te preguntarás el porqué. Es muy sencillo querido amigo: cuando tienes una espada de Damocles pendiente sobre tu cabeza, hay una serie de cuestiones prioritarias para la

mayoría de las personas "sanas" pero que para mí han pasado al último lugar; esto es: economía, competitividad, lucha, moda, ascensos, propiedad, etc. Sin embargo, otros como paz, amor, tranquilidad, amistad, se colocan en primera posición.

Por eso amiguito, te tengo que agradecer lo que tú me has enseñado, lo que has hecho por mí para engrandecerme como persona, aun desconociendo el tiempo que me vas a permitir seguir aquí.

Además, te voy a recordar una cita de Napoleón, que parece hecha para nosotros y nuestra especial relación: "Si no puedes vencer a tu enemigo (y es evidente, que yo no puedo), únete a él".

Un beso bichito.

Charo Morer González
Casetas, 23 de octubre de 2003

COMER en PRISIÓN

Soy un recluso de la cárcel de Pereiro de Aguiar, seropositivo en fase C-3. En mi última analítica tenía 124 CD4, la carga viral aún no me la han dado. No quiero decir mi nombre por temor a represalias en el caso de que fuese publicada esta carta o un resumen de ella.

Una primera parte de esta carta es una denuncia en los descuentos de las PNC (Pensiones No Contributivas) por manutención. Tenemos que pagar la comida que nos dan y la poquísima y deficiente ropa que proporciona el centro. Si tienes una PNC e intentas comer (yo no considero que eso sea comida) y es dieta general, te descuentan 70€ al mes (140€ cuando tienes paga extra), y si estas apuntado a la dieta para diabéticos, un poco más blanda con el suplemento tan sólo de dos yogures naturales al día, te descuentan de la PNC 140€ al mes (280€ los meses de paga extra). Creo haber oído por parte del Comité Ciudadano Anti-SIDA de Ourense, que un juez ha dictado sentencia a pagar la PNC completa más los atrasos a un preso de otra cárcel pues él considera que esto es ilegal.

El colectivo de presos VIH+ que tenemos una PNC no disponemos aún de información sobre este punto y qué pasos debemos seguir para que nos den las PNC íntegras.

En mi caso no puedo comer la dieta general al no tener casi dentadura y me la están haciendo pagar. Al hacerlo no puedo comprar alimentos en el economato para al menos alimentarme algo más correctamente. Es la primera vez que escribo a esta revista y os pediría que publicaseis cualquier tipo de información al respecto sobre la ilegalidad de estos descuentos que tanto nos perjudican.

Es la primera vez que caigo preso (y por muchos años) y no les importa mi estado de salud. Como el juez de vigilancia me dijo en una ocasión, "tengo que estar medio muerto para que me apliquen el artículo 196.2".

Respecto a algunas irregularidades de la cárcel de Pereiro de Aguiar, también os quiero informar que en el patio interior no hay ningún tipo de calefacción y por las mañanas pasamos mucho frío, cosa que ni a los seropositivos, ni a nadie, les puede ir bien.

En el programa de intercambio de jeringuillas -PIJ- (que dicen que es confidencial) no reparten papel de aluminio y esto obliga a inyectarte la heroína o cocaína [a pelo]. Yo no estoy en este programa, pero antes de ingresar en la cárcel, ayudaba como voluntario en el PIJ y aparte de cambiar las jeringuillas se les proporcionaba a los reclusos papel de aluminio.

Sé que no estoy en un hotel, pero la cárcel se supone que es para rehabilitar a las personas y que salgan mejor de lo que entraron.

Bienvenid@s a la capital de la Costa del Sol,

MÁLAGA



Como destino turístico de un montón de personas, es evidente que nuestro 'pescaíto' frito, Pueblo Blanco, el Museo Picasso o la Nogalera son motivos más que suficientes para visitarnos.

Es una pena que no se promocionen otras cosas del mismo modo o, lo que es aún más grave, que se oculten otros datos: Málaga además de ser preciosa y acogedora, es la primera capital andaluza en casos de SIDA. Cuenta, o tal vez debería decir contaba, con una única Asociación anti-SIDA, ASIMA.

Llevamos catorce años trabajando muy duro contra esta pandemia que no nos cansamos de repetir nos afecta a tod@s. Tenemos un claro talante reivindicativo, no lo entendemos de otro modo. De no ser así, aún estaríamos soportando esas pegatinas rojas en nuestros expedientes médicos o lamentándonos de morir por la coinfección VIH-VHC mientras nuestros compañer@s son evaluad@s para formar parte de las listas de evaluación para posibles trasplantes hepáticos. Eso sí, de Despeñaerros al norte.

Desde nuestros comienzos, en un garaje cutre de un barrio cutre, hemos sido pobres en recursos económicos que hemos sustituido por recursos humanos, con una cantera de voluntari@s que han sido referente firme para las más de mil personas que atendemos anualmente.

A lo largo de nuestra historia hemos conseguido crear tres centros fundamentales para nuestra ciudad: una oficina de información-atención, un Centro de Día y una Casa de Acogida para seropositiv@s en emergencia social. Todo por la paupérrima cifra de

aproximadamente 120.000€, unos veinte millones de las antiguas pesetas.

Este peligroso equilibrio se ha roto. Estamos agotad@s e indignad@s por la situación actual: desde octubre del pasado año 2003 estamos sin el apoyo del Área de Bienestar Social del Ayuntamiento de Málaga que después de ocho años de convenio nos deja sin respaldo alguno. Desde esta fecha hemos sufrido plantones, promesas, golpecitos de espalda, mentiras y ni un solo euro. Es absolutamente indignante el poco, nulo valor que se nos da a las personas que vivimos con VIH en Málaga.

Hemos reducido nuestros servicios al mínimo, ya no podemos prestar apoyo psicológico. Se ve que alguna mente pensante ha decidido que ya no es importante, "esto del VIH es una enfermedad crónica que se salva con unas pastillitas y listo...".

Nuestra Casa de Acogida, que tanto esfuerzo nos supone, está a mitad de rendimiento mientras la demanda sigue aumentando y la gente está en la calle absolutamente desprotegida y, por su puesto, sin ningún BIENESTAR.

Estamos cerrando y quede claro que no es nuestro

"chambao" quien muere, sino el interés y las políticas sociales que gestionan nuestras ciudades y de rebote, nuestras vidas.

Esperamos que Málaga siga siendo destino turístico para much@s y que no necesitéis durante vuestra estancia un poco de acompañamiento respecto al VIH/SIDA. Lo peor es que l@s que vivimos aquí tengamos que desplazarnos para encontrar algo que es un derecho nuestro y no un donativo de nadie.

Alicia Cueto Granados
Vicepresidenta de ASIMA

Puedes dirigir tus cartas para la sección Opina a:
LO+POSITIVO c/Sardenya, 259 3º 4ª 08013 Barcelona

o por correo electrónico a: contact@gtt-vih.org
o por FAX al: 932 070 063

Por los derechos de las PROSTITUTAS

En la actualidad, en nuestro país, la prostitución se mueve en una situación de alegalidad: su ejercicio no constituye un delito, pero las personas que lo ejercen carecen de derechos reconocidos.

En marzo de 2002 el Senado constituyó una Comisión especial de estudio de la prostitución. Los trabajos que emprendió fueron paralizados antes de las últimas elecciones generales sin llegar a ninguna conclusión.

El Plan contra la esclavitud sexual que ha puesto en marcha recientemente el Ayuntamiento de Madrid ha empeorado considerablemente la situación del sector de prostitutas más vulnerable (las que captan la clientela en las calles de nuestra ciudad), negándose derechos humanos tan elementales como el respeto a su dignidad o el derecho a la libre circulación.

Preocupadas ante esta situación, las personas abajo firmantes queremos manifestar ante la ciudadanía y los poderes públicos lo siguiente:

- ❖ Los derechos humanos de las prostitutas, especialmente el derecho a emigrar, a la libertad de movimiento y a establecer sus propios negocios no están siendo reconocidos en la actualidad. Creemos que urge, no sólo que se reconozcan, sino que se pongan los medios necesarios para que se garanticen.
- ❖ Que se reconozca, como plantea una sentencia dictada en 2001 por el Tribunal de Justicia de Luxemburgo, que la prostitución es una actividad económica legítima.
- ❖ Que se reconozca y respete la dignidad de las prostitutas y su capacidad de decidir, sin coacciones, a qué quieren dedicarse y cómo o con quién quieren establecer acuerdos comerciales. Consecuentemente, rechazamos el "hostigamiento" a los clientes que está llevando a cabo la Policía Municipal en Madrid, como parte del citado Plan contra la esclavitud sexual, ya que esa medida no sólo no reduce la demanda, sino que favorece los tratos rápidos y clandestinos con el consiguiente empeoramiento de las condiciones de vida de las prostitutas.
- ❖ Que se negocien, teniendo en cuenta la voz de las propias prostitutas, espacios públicos donde puedan ejercer libremente la prostitución, en buenas condiciones de higiene, seguridad y tranquilidad. La calle, como paradigma del espacio

público, es de tod@s y no de alguien en particular. Por lo tanto su uso, si genera conflictos, debe ser consensuado.

- ❖ Que se persiga de manera fehaciente a las mafias que obligan y fuerzan a mujeres a prostituirse y las explotan en régimen de esclavitud. Que se acabe ya con la hipocresía de las pomposas declaraciones públicas de rechazo y anatema de estas prácticas inhumanas, internacionalmente organizadas y se pongan los medios, que los hay, para acabar con ellas, por encima de todo tipo de intereses creados.

**Madrid, mayo de 2004.
Colectivo Hetaira y Prostitutas de Madrid**

Entre l@s adherid@s al Manifiesto por los Derechos de las Prostitutas se encuentran:

• ASAMBLEA FEMINISTA DE MADRID • ATENEA (COORDINADORA DE GRUPOS DE MUJERES DE VALLECAS) DE MADRID • GRUPO DE MUJERES DE VALLEKAS DE MADRID • CATÓLICAS POR EL DERECHO A DECIDIR DE MADRID • MUJERES Y TEOLOGÍA DE MADRID • PRECARIAS A LA DERIVA DE MADRID • COLECTIVO TRÓTULA DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA • COMISSIÓ DE DONES 8 MARÇ DE VALENCIA • ÀMBIT PREVENCIÓ-ÀMBIT DONA DE BARCELONA • CA LA DONA DE BARCELONA • PRO-MUJER DE TOLEDO • COLECTIVO DE MUJERES BOULEVARD MAGENTA DE ALBACETE • ASOCIACIÓN DE MUJERES ADREI DE OVIEDO • MILENTA MUJERES DE ASTURIAS • ASOCIACIÓN DE MUJERES "LES FILANDERES" DE LANGREO (ASTURIAS) • ASOCIACIÓN DE MUJERES "LES CAMES SIN FACER" DE ASTURIAS • COLECTIVO FEMINISTA DE MUJERES DE HUESCA • ASOCIACIÓN DE MUJERES LA RONDILLA DE VALLADOLID • COLECTIVO DE MUJERES DE LIBERACIÓN DE CASTILLA Y LEÓN • COLECTIVO DE MUJERES ALJARAFE DE SEVILLA • GRUPO DE MUJERES FEMINISTAS AMALATAZ DE GUIPUZCOA • ANDAINA (REVISTA GALLEGA DE PENSAMIENTO FEMINISTA) • COORDINADORA FEMINISTA DE TENERIFE • CEDEHU CENTRO PARA LA DEFENSA Y EL ESTUDIO DE LOS DERECHOS HUMANOS DE MADRID • ASOCIACIÓN NEXOS (CENTRO DE DOCUMENTACIÓN SOBRE MIGRACIONES) DE MADRID • SAMBA DA RUA (COLECTIVO MUSICAL DE ACCIÓN SOCIAL DE MADRID) • ACCIÓN ALTERNATIVA DE ANDALUCÍA • AMAUTA DE MADRID • LIBERACIÓN DE MADRID • RCADE (RED CIUDADANA POR LA ABOLICIÓN DE LA DEUDA EXTERNA DE ORCASITAS) DE MADRID • PARROQUIA SAGRADA FAMILIA DE LA DIÓCESIS DE GETAFE DE MADRID • ONG CAUSAS UNIDAS (CASTELLÓN) • CONCIENCIA PLANETARIA (COLECTIVO ECOPACIFISTA DE TENERIFE) • ANTIGONA (ASOCIACIÓN CONTRA LA EXCLUSIÓN JURÍDICA) DE CATALUÑA • CANARIAS ALTERNATIVA AMEP (ASOCIACIÓN DE MUJERES QUE EJERCEN LA PROSTITUCIÓN) DE SEVILLA • EL LLOC DE LA DONA - HH OBLATAS (CENTRO DE ATENCIÓN A MUJERES A PROSTITUTAS) DE BARCELONA • L.I.C.I.T (LINEA DE INVESTIGACIÓN Y COOPERACIÓN CON TRABAJADORAS SEXUALES) DE BARCELONA • FUNDACIÓN ISONOMÍA • CATS MURCIA.

Todas las adhesiones y más información en:
www.colectivohetaira.org

Si deseas adherirte al manifiesto háznoslo saber:
hetaira@colectivohetaira.org

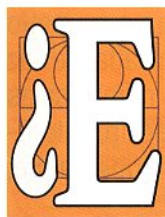
SALE EL SOL en el circo

El Cirque du Soleil aceptó el pasado mes de abril el pago de 600.000 dólares canadienses para zanjar la demanda de Matthew Cusick, el trapecista que vive con VIH que fue expulsado de dicho circo porque la dirección consideró que constituía un peligro para la salud de sus compañer@s. Se trata del acuerdo más cuantioso al que se ha llegado nunca en un caso de estas características en Canadá. "El día que fui expulsado del Cirque du Soleil, fue el peor de mi vida. Hoy es casi todo lo contrario, porque pedí lo que sabía que era justo y he conseguido un cambio en una de las compañías

de entretenimiento más populares del mundo", dijo Cusick el día del pacto. El acuerdo no sólo incluye la compensación económica, sino que el Cirque du Soleil se compromete a celebrar anualmente un curso antidiscriminación a sus emplead@s de todo el mundo y adoptará una política de tolerancia cero respecto a la discriminación por VIH u otras discapacidades. "A partir de hoy, con el acuerdo alcanzado todas aquellas personas con otras profesiones que todavía tiene que enfrentarse a la discriminación por vivir con VIH, contarán con una poderosa herramienta", auguró Cusick.

Fuente: AGENCIA FRANCE PRESS.

¿MUJERES EN ESTUDIOS CLÍNICOS?



¿Están las mujeres suficientemente representadas en los ensayos clínicos? ¿Nos protegen o nos excluyen? La presencia de mujeres en los estudios para el desarrollo de nuevos fármacos ha sido objeto de debate ya que en nuestro camino siempre nos encontramos con el conflicto entre nuestros derechos como mujeres y los derechos de los “posibles futuros bebés”, conflicto que casi nunca se considera que puede ser dirimido por la propia mujer.

Aunque diferentes métodos de evaluación llegan a distintas e incluso contradictorias conclusiones en cuanto a la participación de las mujeres, es necesario realizar una revisión de las historias de los ensayos clínicos para poder comprender la atención que se le está otorgando a este tema en la actualidad.

Como respuesta a los problemas derivados del desarrollo, fabricación y comercialización de productos medicinales, a principios del siglo XX se consolidó la realización de ensayos clínicos para la investigación de fármacos y se aprobó la primera Ley Reguladora de Fármacos y Alimentos. Poco después, con el fin de garantizar la protección contra la toxicidad y de asegurar la inclusión de los ingredientes adecuados, se amplió esta ley tras la controversia generada por la muerte de más de 100 personas provocada por la administración de sulfanilamida con un disolvente tóxico.

En esa primera regulación se establecía la necesidad de garantizar la seguridad de los nuevos fármacos antes de su comercialización, y promovía la realización de ensayos clínicos que aportaran datos sobre seguridad y eficacia como requisito previo a la aprobación de los fármacos. También especifica la realización de ciertas fases para su desarrollo: Fase preclínica (en laboratorio), Fase I (seguridad y dosis), Fase 2 (seguridad, prueba de efecto), Fase 3 (eficacia y seguridad en estudios aleatorizados con controles) y Fase 4 (vigilancia de la seguridad y la eficacia en el mundo real, después de la aprobación de los fármacos).

En 1977, la FDA recomendó que las mujeres premenopáusicas con posibilidades de quedarse embarazadas fueran excluidas de las primeras fases de los ensayos clínicos. Esto implicaba la exclusión de todas las mujeres premenopáusicas: las que usan condones, aquellas cuya pareja se ha sometido a vasectomía, las que no están teniendo relaciones sexuales con varones... Y aunque la recomendación hacía referencia a las primeras fases de la investigación, en la práctica afectó a la participación femenina en todas las fases.

Según la FDA y las publicaciones médicas especializadas, las principales barreras a la participación de las mujeres en la investigación clínica se deben a las variaciones fisiológicas que manifiestan y a la posibilidad de un embarazo. Estos dos factores han sido utilizados como justificación para una exclusión que se suponía estaba destinada a proteger a las mujeres de posibles efectos adversos, cuando en realidad vemos que son sendas vulneraciones de los derechos de las mujeres: en primer lugar al situar consideraciones economicistas por encima del derecho a la salud, y en segundo al infantilizar a las mujeres y robarles el derecho a decidir dando por sentado que no son responsables y no son de fiar en cuanto a su fertilidad.

Aunque las mujeres menopáusicas podían en teoría entrar a formar parte de estudios de Fase 3, ya que no están en fase reproductiva, debemos tener en cuenta que las dosis y usos de los fármacos se establecen en fases anteriores, por lo que la exclusión en estas fases iniciales permite que sigan sin ser conocidos datos específicos sobre mujeres hasta mucho más tarde en el proceso de desarrollo del fármaco, si es que llegan a conocerse. Además, puede que muchos productos fracasen en las primeras fases de los ensayos, por lo que la exclusión de las mujeres en estas fases puede limitar la identificación de fármacos que podrían ser útiles a la población femenina exclusivamente.

Por este motivo, es importante promover la investigación amplia de las diferencias entre ambos sexos, desde los estudios celulares hasta los clínicos, con el fin de mejorar en lo posible los conocimientos específicos sobre la salud de las mujeres.

La FDA elaboró una Guía de Género que intenta poner fin a las restricciones a la participación de mujeres premenopáusicas en las primeras fases de los ensayos, animando a los comités asesores, investigadores y posibles participantes a evaluar los riesgos y beneficios de la inclusión de mujeres en edad reproductiva según el estudio concreto, para lo que elaboraron las siguientes recomendaciones:

- Integración de temas específicos de cada sexo en todas las fases del desarrollo de fármacos.
- Análisis de posibles diferencias en los efectos por sexos mediante el análisis de farmacocinética y farmacodinámica, vías de metabolización o posibles usos.
- Sistemas de vigilancia posteriores a la aprobación a pesar de que es probable que sólo se lleven a cabo los análisis de los principales efectos secundarios.
- Necesidad de equilibrar la preocupación por un posible embarazo de las participantes con el respeto hacia las mujeres y su capacidad para tomar decisiones propias.

Por tanto, no basta con que aumente la participación de las mujeres en los estudios sino que es necesario realizar análisis específicos para ambos sexos con el fin de garantizar que las diferencias en tasas de respuesta, efectos secundarios o interacciones farmacológicas puedan ser adecuadamente reconocidas y manejadas.

Fuente: http://www.medscape.com/viewarticle/408956_3

Es necesario realizar análisis específicos para ambos sexos con el fin de garantizar que las diferencias en tasas de respuesta, efectos secundarios o interacciones puedan ser adecuadamente reconocidas y manejadas.

MI TIEMPO

en salas de espera



La sala de espera es ancha, despejada, luminosa. Dos grandes ventanales se abren a un patio interior de cemento y aunque la panorámica no ofrezca grandes deleites, la entrada de luz natural logra un efecto absolutamente relajante. He padecido la misma espera en macro salas con doscientas personas sentadas en fila, bajo una luz mortecina, como de velatorio, y también en no-salas que eran meros pasillos donde l@s seropositiv@s nos apretujábamos de pie, durante horas y horas, sin una simple silla.

Entra la enfermera Helena con unas hojas de papel en la mano. Mira hacia nosotr@s, la media docena de pacientes que hoy esperamos nuestra visita con el médico. Hace como que busca a alguien y observo que hace unas muecas extrañas. Durante una milésima de segundo cruzamos la mirada. Parece que no me busca a mí, ni creo que me haya reconocido. La enfermera Helena desaparece por una puerta y yo he descubierto que las muecas eran debidas al chicle: la enfermera Helena masca un chicle.

Estoy esperando una vez más el resultado de las analíticas. ¿Cuántas veces habré ya repetido esta visita? Puede que sean quince, veinte o treinta veces. Conozco a las enfermeras, a l@s médic@s, diría que esta sala es uno de los lugares que me pertenecen. Esta vez he hecho todo bien, me digo. He tomado rigurosamente mi medicación estos últimos cinco meses. Intento recordar cuantas tomas me habré saltado: ¿una, dos, cinco, como máximo? Intento recordar en qué ocasiones. ¿Quizás justo antes de hacerme los análisis? Si así fuera, puede que esto altere mi carga viral... También pasé un buen resfriado y creo recordar que fue justo antes de la analítica. Si mis resultados no fueran tan buenos como espero, se debería seguramente a esto y no significaría nada, pues una simple gripe puede alterar las cifras.

Vuelve a aparecer la enfermera Helena. Todos levantamos la cabeza de nuestras revistas o hacemos una pausa en nuestros pensamientos. La enfermera vuelve a repasarlos un@ a un@ al tiempo que explota una pompa de su chicle. ¿Porqué no dice un nombre?, me digo. ¿Será que cree poder reconocer a la persona sin tener que pronunciar su nombre y apellido? A las enfermeras debe de gustarles reconocer de memoria a sus pacientes, pero, ¿y si el nombre que no logra asociar con un rostro concreto es el mío?, ¿y si la enfermera ha olvidado mi cara y cree que no he venido? Voy a levantarme para decirle que estoy aquí cuando una chica con un niño en brazos se me adelanta. Pero parece que tampoco la busca a ella. La enfermera Helena vuelve a desaparecer por su puerta.

Mis dos últimas analíticas no estuvieron mal. Diría que fueron estupendas. Mi carga viral fue todavía un poco más indetectable que la anterior. Parece un acertijo: ambas eran indetectables, pero una lo fue más que la otra. El resultado de hoy debería ser todavía más indetectable, pero claro, están estas tomas que me salté. Cinco meses de

tomas suman muchas tomas. Quizás me he saltado diez, puede que quince... Mejor las calculo: un mínimo de tres olvidos, más dos o tres días que no tenía el cuerpo para las pastillas, luego un día que me pilló de sorpresa y no volví a casa hasta la tarde del día siguiente, también creo recordar que se me acabaron las pastillas y hubo un desfase de veinticuatro horas... más lo que no recuerdo. En fin, tampoco sería la primera vez que los resultados no aparecen como a mí me gustaría. El médico siempre me dice que lo importante es la tendencia, y mi tendencia es a estar cada año mejor.

Claro que ha habido períodos malos, especialmente cuando las medicaciones han dejado de hacerme efecto. Me ha ocurrido ya unas cuantas veces.

Vuelve la enfermera Helena mascando su chicle. Esta vez no lleva ningún papel en las manos y parece que viene hacia mi zona de la sala de espera. Se me acerca, no hay duda. Empiezo a sonreírle y hago ademán de empezar a recoger mis cosas cuando la chica con el niño se levanta y le corta el paso. La enfermera Helena se detiene. La chica le pregunta algo.

Llevo cerca de tres años tomando mi última medicación. Tres años es más tiempo del que me ha aguantado nunca ninguna combinación

de medicamentos. No sería nada extraño que mi cuerpo hubiera creado ya resistencias, especialmente con estas veinte tomas que debo de haberme saltado. Mejor me preparo mentalmente para un mal resultado, no vayan a pillarme con la guardia baja. Me parece escuchar una voz en un extremo de la sala. Si me van a dar una mala noticia mejor estar preparado, pero espero que no, me digo, puede que me haya saltado alguna toma, pero no es menos cierto que llevo mi adhesión tan bien como puedo: si alguien puede llevarla mejor, que me lo presenten. Sigo escuchando voces en una esquina, pero yo no pierdo de vista a la enfermera Helena que de un momento a otro se librará de la chica con el niño y me llamará. Todo va a salir bien, tengo que aparecer positivo y entero delante del médico. Soy un buen paciente. Cuido mis hábitos y mi adhesión tanto como puedo. ¡Cuánto se enrolla esta chica!

De repente, siento que alguien me toca en la espalda. Me giro, sorprendido. ¡La leche, es mi médico! Sí, sí, me estaba llamando hace rato. No, no, no le oía. Recojo mis pertrechos a toda prisa y le sigo por un pasillo. Una vez más, ha llegado la hora de la verdad.



Necesitamos cambiar, PÁSALO

En el número 26 de LO+POSITIVO *La innovación secuestrada* esbozaba parte de las razones por las que la innovación en VIH sólo llegaba a un 7-8% de la población mundial que la necesita y algunas de las iniciativas comunitarias y gubernamentales que se emprendieron para paliar la mayor catástrofe sanitaria de la historia: el SIDA. Aunque sopla brisa de esperanza, los hechos objetivos me llevan a pensar que a nuestros gobernantes y a much@s de l@s responsables de toma de decisiones la vida de nuestr@s semejantes sin recursos les importa bien poco.

Estamos en Honduras a los pies de la cama de un chaval de doce años, su cuerpo muestra sin indulgencia los estragos del SIDA. Su país destina unos pocos dólares por persona y año a sanidad, en tanto que en Europa occidental, por ejemplo, el presupuesto puede situarse entre los 10.000-15.000 euros por persona y año. Tal vez por ello o porque su país es uno de los más pobres del hemisferio norte, este chico acaba de morir.

Puede que se deba a que el gobierno de su país haya sido incapaz de sortear los intrincados procesos legales para expedir una licencia obligatoria (los países en estado de emergencia sanitaria podrían fabricar y distribuir su propios medicamentos genéricos pagando unos mínimos al dueño de la patente). O tal vez, no pudo gestionar una importación paralela (cualquier país debería tener la opción de comprar medicamentos de calidad al menor precio posible en cualquier rincón del planeta).

Puede que sea víctima de decisiones como la tomada en el Consejo de Ministros de Sanidad de la Unión Europea en junio de 2003 de blindar los fármacos innovadores contra los genéricos durante los diez primeros años; o de las presiones de grupos especializados cuestionando la calidad de los medicamentos ya precalificados por la Organización Mundial de la Salud durante la Conferencia sobre Combinaciones Fijas de Medicamentos que se celebró en Garbone, Botsuana, en marzo de 2004.

Tal vez parte de culpa la tenga algún alto cargo de un gigante farmacéutico con sede en EE UU que no prestó atención alguna a las decenas de cartas y correos enviados desde Costa Rica por Richard Stern (aguabuena.org). El doctor Stern instaba a modificar una política de precios abusiva; en su defecto, rogaba una política de donaciones sostenible, exigía un trato justo y humano. Todo en vano. Quién sabe si el alto cargo en cuestión estaba muy ocupado hablando por teléfono con otro alto ejecutivo con más de veinte años de carrera en otra multinacional del sector, pero está vez con sede en Europa. Los dos estarían muy de acuerdo con las palabras que el directivo europeo espetó a más de 20 activistas y representantes comunitarios durante una reunión del CAB mundial en febrero de este año en San Francisco: "Si puedes pagar vives, y si no, mueres. No somos hermanitas de la caridad".

Quizá sea víctima del desaliento de funcionari@s como Stephen Lewis, enviado especial de Naciones Unidas, que ya en marzo de 2003 convocó a la prensa para dar la voz de alarma sobre el escaso financiamiento que recibía el programa impulsado por la OMS y ONUSIDA del 3x5, que inicialmente pretendía administrar tratamiento antirretroviral a 3 millones de personas para 2005, y a estas alturas de 2004 tal propósito es del todo inalcanzable.

Quién sabe si hay que buscar la explicación en una donación vital que jamás llegó a sus destinatari@s finales por la inoperancia, negligencia, corrupción o estulticia de tant@s implicad@s en los tortuosos procesos a los que sometemos cada trámite. Baste recordar, cual infame pesadilla kafkiana, cómo una donación de medicamentos del gobierno brasileño al gobierno boliviano acabó caducando en las aduanas; los ansiados antivirales acabaron podridos por la burocracia.

Quizás se deba a la decisión de que Randall Tobias, exdirectivo del fabricante de Prozac, hombre de dudoso pasado y amigo de George W. Bush, sin experiencia alguna en gestión pública se encargue de dirigir el Plan de Emergencia Presidencial para Paliar el SIDA (PEPFAR, en sus siglas en inglés).

Puede que parte de la responsabilidad, en última instancia, podamos atribuirla a los líderes del G8, a sus promesas incumplidas cuando no a sus mentiras sangrantes. Tras cada nueva cumbre aparecen radiantes y felices, prometen y dicen que darán, con la ayuda de sus periodistas de cabecera y bajo la luz de los focos dirías que son ángeles. En mi sentir son ángeles con grandes alas de cadenas, cuyo último eslabón me atenza a los pies de una cama, en Honduras, velando a un niño muerto.

¿Qué me libera? La sonrisa de una niña en Camerún: Médicos Sin Fronteras nos informa de que Triomune, una combinación fija de estavudina, lamivudina y nevirapina fabricada por la productora de genéricos Cipla, de Mumbai en la India, funciona.

En un próximo número os contaré quiénes y cómo han conseguido hacer sonreír a esta muchacha; porque haya voluntades en contra; el cambio es posible, pásalo.

Puedes mandar comentarios, sugerencias a: jfsaburit@yahoo.es



ACCESO a tratamientos EN ARGENTINA

En Argentina, la legislación vigente garantiza el acceso de la población a detección voluntaria y tratamiento de la infección por VIH, tanto en el sistema de salud público como privado. En consecuencia, el Estado, las Obras Sociales y las empresas de medicina prepaga deben proveer tratamiento a todas las personas que reciben sus servicios.

Esta legislación, pionera en la región y producto de años de lucha de las organizaciones de base comunitaria locales, procuró que el acceso tanto a la medicación antirretroviral a partir de su aparición en el mercado, como a aquella necesaria para el tratamiento de todas las enfermedades relacionadas con el VIH, se hiciera efectivo en todo el territorio nacional.

Su aplicación, sin embargo, no ha estado exenta de problemas, ligados a conflictos de intereses de diversa índole, a la situación general del país y a circunstancias particulares de las provincias que lo integran.

La crisis que atraviesa la Argentina, con más de la mitad de su población por debajo de la línea de pobreza, ha hecho que la realidad de la infección por VIH se vea superada por otras: la pobreza extrema y la desnutrición en amplias zonas del país.

El aumento del desempleo provocó que vastos sectores de la población perdieran los beneficios de sus Obras Sociales. Asimismo, la caída del poder adquisitivo impidió a un gran número de personas continuar afrontando los costos de un sistema de salud privado. Situaciones que determinaron la sobrecarga del sistema público.

La crisis económica favoreció la violación de las leyes y en reiteradas ocasiones las personas en tratamiento debieron y deben recurrir a la Justicia a causa de interrupción en el suministro de las drogas.

Al igual que la interrupción forzada de los tratamientos, la pobreza también crea graves dificultades en el sostenimiento de una buena adherencia, facilitando la aparición de fallo terapéutico, con las complicaciones que ello implica.

Atazanavir, tenofovir y T-20, recientemente aprobados en nuestro país, no están aún disponibles en el Programa Nacional de SIDA para las personas que los requieran a causa de multiresistencia, siendo utilizadas como drogas de rescate lopinavir/ritonavir. Las pri-

meras han sido incorporadas al vademécum de las obras sociales y algunas prepagas las cubren bajo presión del afiliado o del médico tratante. Tampoco se ha incluido en el vademécum interferón pegilado para el tratamiento de las personas con coinfección VHC/VIH.

Con respecto al control de calidad de los productos antirretrovirales que debe garantizar el Ministerio de Salud de la Nación, a través de la ANMAT (Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología médica) existe, desde el año 2001, normativa que exige la verificación de equivalente eficacia terapéutica en todos los productos que se comercializan en el mercado local, mediante estudios de biodisponibilidad/bioequivalencia. No obstante, dicha normativa fue pautada a través de un cronograma, cuyo plazo de cumplimiento ha sido prorrogado, año tras año, a pedido de la industria farmacéutica y en perjuicio de las personas en tratamiento, a pesar de las reiteradas denuncias realizadas desde la comunidad de personas afectadas por el VIH y de las presentaciones ante la Justicia efectuadas por la Fundación Spes y la Asociación Redes Nueva Frontera.

Esta situación motivó la intervención del Defensor del Pueblo de la Nación, quien a comienzos de este año produjo una Resolución recomendando al Ministro de Salud, a las Obras Sociales y a las empresas de medicina prepaga, distribuir a las personas en tratamiento únicamente aquellos productos que contaran con estudios de biodisponibilidad/bioequivalencia aprobados por ANMAT.

Hasta la fecha, la ANMAT ha declinado informar si existen productos con estudios de bioequivalencia aprobados, aduciendo la vigencia del plazo establecido por la prórroga del tercer cronograma, que vence en el próximo mes de octubre. Lo que determina la afirmación de que los medicamentos antirretrovirales copias que se distribuyen y consumen en Argentina no poseen el status de auténticos medicamentos genéricos, de acuerdo a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud.



ÉSTAS ES mi historieta

Por azares de la vida, poco antes de leer *Píldoras azules*, de Frederik Peeters (Astiberri, 2004), había caído en mis manos, regalo de una amiga subversiva que bucea insistentemente en los vericuetos de la violencia, la culpa y la redención que envuelven las causas y las consecuencias de la Alemania nazi, *Maus* de Art Spiegelman (Planeta de Agostini, 2001). No he podido o no he querido evitar relacionar ambos libros, dos cómics autobiográficos en blanco y negro escritos por sendos varones en busca de pistas que les permitan comprender, que no resolver, las respectivas crisis con sus referentes de masculinidad.

Pero mientras que Spiegelman, un estadounidense hijo de judíos polacos, fuerza la catarsis sacando a la luz la historia familiar a través de la narración de un padre (el tipo de superviviente condenado a serlo, como los inolvidables personajes del Nobel Imre Kertész) sumido en la desorientación, el tormento y la rabia con el mundo, Peeters, un ginebrino descendiente de holandeses, se enfrenta a la llegada del VIH en su día a día al mismo tiempo que debe aprender a convivir en pareja y formarse aceleradamente como padre preguntándose casi a cada viñeta si lo está haciendo bien.

Píldoras azules recrea los pasos emocionales que Peeters fue dando en su vida real desde que tomó la decisión de emparejarse con una chica que aporta un niño de 3 años a la relación, madre e hijo con VIH. En ese viaje que tiene algo de iniciático, no hay nada que nuestro lector desconozca: visitas al médico, regímenes medicinales, miedos en el sexo, dificultades de visibilidad, confusión de sentimientos: ¿estoy enamorado o sólo es compasión?

El uso del formato historieta parece ideal para este tipo de ejercicios, una especie de exhibición terapéutica frente a su público que podría caer en lo banal o lo irritante sino fuera por dos valores que rezuman del relato: la franqueza y la ternura. Es más, Peeters es muy cuidadoso en su amorosa pedagogía popular (algo que también comparte con Spiegelman) para dar a entender al mundo cómo se puede vivir con el VIH esquinando el sermón o asumiendo las dudas, un reto del que sale airoso.

Valga como muestra este fragmento, en el que el autor y protagonista relata con poética sencillez, qué le fascina de Cati: «De todas las veces que he podido amar, jamás había sentido una admiración verdadera. Sobre todo no hablo de fascinación ni de veneración, sino de esa admiración que inspira el respeto. Como cuando alguien realiza algo que uno mismo sería incapaz de hacer y que admitimos asintiendo la cabeza, de esa admiración que produce la alegría y las ganas de ofrecer tu ayuda. A la larga, he logrado desembarazarme definitivamente del menor rastro de esa piedad que arrastra como una china en el zapato».



*Si te cuesta encontrar *Píldoras azules*, puedes escribir a sus editores:

astiberri@astiberri.com o visitar su página web www.astiberri.com

SAN SALVADOR

el último corto sin ambages sobre el VIH



El pasado 22 de abril tuvo lugar en el cine Capitol de Madrid el estreno de San Salvador, el último corto sobre VIH/SIDA del cine español. Un encuentro sexual en una sauna gay entre dos hombres da pie a Sergio García (Madrid, 1971) para explicarnos una historia de sentimientos, miedo y esperanza en los tiempos del SIDA. En la actualidad Sergio García prepara su primer largometraje Belén, El Asedio de la Basílica. LO+POSITIVO estuvo en el estreno de San Salvador y quisimos hablar con su guionista y director.

L+P: Háblanos de tu corto San Salvador, ¿por qué elegiste este tema?

Sergio: Yo soy periodista y antes de dedicarme al cine he trabajado mucho tiempo en medios de comunicación por lo que me nutro de la realidad y me interesa sobre todo temas de alto contenido social. Respecto al tema del VIH/SIDA tengo un compromiso personal, conozco a gente que lo ha padecido; he visto como la infección ha ido cambiando a lo largo de estos últimos 15 años. Me apetecía contar una historia que hablara sobre víctimas de la enfermedad.

L+P: Centras la historia en dos chicos gays, y en el tema de las saunas. ¿No se puede caer en los tan criticados 'grupos de riesgo'?

Sergio: Lo he dicho ya en otras entrevistas, creo que la infección por VIH/SIDA puede afectar a cualquier colectivo, de hecho, la incidencia en el colectivo homosexual está bajando porque es uno de los más concienciados, fue uno de los primeros en ser afectados por el tema. En cambio, en otros colectivos está aumentando la incidencia. Lo que sucede es que al tratarse de un corto, y al tener tan poca duración para desarrollar un tema tan concreto, necesitaba contar cómo dos personas anónimas tienen una relación sexual, se encuentran y se desarrolla el final de la historia, que no quisiera adelantarlo. Y sí que es cierto que quizá en las relaciones homosexuales es más común que haya un encuentro fortuito entre dos hombres que no se conocen, que no haya un cortejo previo, como sucede en las relaciones heterosexuales, y de alguna manera la historia fluía de mejor forma al contar una relación sexual anónima entre dos hombres. Lo he circunscrito a una sauna gay porque me daba muchísimo juego el lugar, pero igualmente podían haberse conocido en un bar, o en otras circunstancias, si bien en una sauna se conocen desnudos y es un lugar que incita a la relación sexual en primer orden. Y luego, como cuenta la historia al principio, "aquí venimos todos a follar y luego puede surgir algo más", por eso arranca en una sauna y luego cambia de localizaciones.

L+P: Tocas de lleno un tema muy hablado entre las personas que viven con VIH, decir o no decirlo, decir que eres positivo o callártelo. Aquí es el caso típico de una relación sexual anónima que puede provocar, en algunas personas, dudas de si decirlo o no. Además, en tu corto, el asunto se complica por los acontecimientos...

Sergio: Hay está el quid de la historia. El contacto en una sauna es puramente sexual y es lo que se pone sobre la mesa, la libertad de la persona de mantener el anonimato, el respeto, y al mismo tiempo, mantener el respeto hacia la otra persona y utilizar las medidas habituales de prevención, como es el uso del preserva-

tivo. Lo que ocurre, en este caso, es que hay un detonante que hace original a la historia: el preservativo se rompe. Es bien sabido que en un porcentaje muy elevado el preservativo no se rompe, pero hay está el *fatum*, que hace singular a esta historia, el destino trágico que el preservativo se rompa. De una manera aún más pragmática, si fuera posible, en el discurso de la historia sí que podría haber dicho algo más sobre las medidas de prevención, que aun a sabiendas de que el 99,9% de los preservativos no se rompe, creo que está en la obligación de un seropositivo en una relación sexual en la que hace de activo, por una mayor precaución, utilizar el método de toda la vida de la marcha atrás antes de la eyaculación. De una forma muy pragmática, creo que también estoy dando también una información, si cabe, extrema. Se podría haber ido mucho más lejos pero me parecía que era entrar en un debate médico o científico dentro de la historia que no aportaba demasiado a lo que era el cuerpo dramático.

L+P: Una de las cosas que más me ha gustado y has reflejado muy bien en el corto es la incapacidad que tenemos a veces las personas de hablar de nuestros sentimientos, de nuestras preocupaciones, que en ocasiones nos lleva incluso a dejar pasar o perder cosas que queremos o que nos harían felices. Y este miedo humano es universal.

Sergio: Así es. El protagonismo está bastante equilibrado entre los dos personajes: el que abre la historia que se siente culpable porque piensa haber infectado al otro, por esas circunstancias y por sus razones personales, está deprimido, no lo lleva bien y se enfrenta con su *alter ego*: un personaje que está en el otro lado, el lado optimista, positivo. Son las dos caras de la misma moneda, las dos caras de la enfermedad. Por otro lado, volviendo al tema del que hablábamos antes de si decirlo o no antes de un encuentro sexual, evidentemente en todo encuentro amoroso entre dos personas hay un proceso de seducción y una enfermedad de transmisión sexual es lo menos seductor que existe: entonces la persona tiene la libertad de no decirlo pero sí de actuar en consecuencia. Yo lo creo así. Por otro lado, si espero que sirva de algo esta historia es para que las personas que viven con VIH estén cada día más concienciad@s de que no van a ser rechazad@s que hay una inmensa mayoría de gente que no lo va a rechazar por esta enfermedad. Siempre habrá quien lo haga, pero son causas concretas de cada persona.

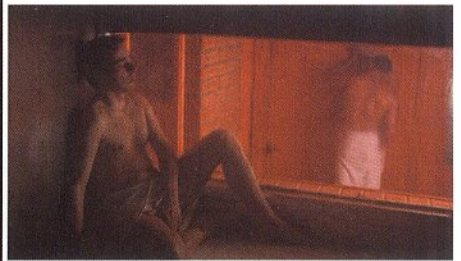
L+P: Sin embargo, todavía el rechazo y la discriminación, lamentablemente, están a la orden del día.

Sergio: Sí, pero es algo que tenemos que intentar tod@s cambiar, tanto las personas afectadas como las no afectadas. Hay que intentar un acercamiento y romper los prejuicios y tabúes.

L+P: Y el final del corto, muy bien resuelto...

Sergio: Ya que esta entrevista no es para una revista de cine, sino especializada en VIH, no me importa adelantaros el final: el segundo personaje (David), al que el primero (Jorge) cree haberle transmitido el VIH, también resulta ser seropositivo. Ninguno de los dos ha sido capaz de decírselo el uno al otro. Si bien, el personaje que cierra la historia se lo ha insinuado, de una forma metafórica, a través del propio nombre del corto San Salvador.

este momento. Diariamente recibimos notificación de que está gustando y de que es seleccionado en festivales. Por otro lado, pienso que por no ser un corto al uso (la calificación que nos ha dado el Ministerio es para mayores de 18 años) algunos festivales puedan resistirse a exhibirlo. Si me hubiera planteado ese problema no hubiera hecho el corto. Pienso que el corto debe exhibirse donde se reciba de forma positiva y se entienda por qué estamos contando esa historia.



L+P: Un final triste y muy verídico, se nos va de las manos una persona que realmente nos gusta por la incapacidad de gestionar nuestros sentimientos...

Sergio: Pero esto se puede extrapolar a cualquier otra situación de la vida cotidiana. Además de la enfermedad y del miedo al compromiso, a tener una relación, esto está a la orden del día en nuestra sociedad. Tod@s en algún momento nos hemos puesto cortapisas y nos hemos puesto trampas mentales para no caer en la tentación, o en la posibilidad de tener un compromiso con otra persona más allá.

L+P: ¿Te gustaría añadir algo más?

Sergio: Sí. Para mí ha sido muy importante poder contar esta historia. Hace años escribí un guión de largometraje sobre este tema y el final era terrible, muy trágico. Gracias a que han pasado los años, y los tratamientos han mejorado y hay una esperanza y calidad de vida mayores, esta historia no deja de ser un melodrama y es más dulce que la historia que podía haber contado hace años. Por otro lado, desgraciadamente, la infección por VIH/SIDA sigue siendo un problema terrible en muchos países del tercer, cuarto y quinto mundo que no pueden permitirse pagar estos tratamientos. Espero que algún día los gobiernos, y los laboratorios lleguen a un convenio internacional para que los países más desfavorecidos económicamente no queden excluidos porque esto es una matanza discriminada. Ojalá algún día los gobiernos, la OMS y los laboratorios se pusieran de acuerdo para un acceso global al tratamiento, y no sólo al tratamiento sino a todo lo que implica: nutrición, calidad de vida, etc.

L+P: ¿Cómo va la distribución de San Salvador?

Sergio: Lo estrenamos el 22 de abril en el cine Capitol de Madrid y estamos pendientes de hacer un estreno en Barcelona. Además, la productora, Ángel Imagen Digital, acaba de empezar a hacer las inscripciones en diferentes festivales. Por ahora, ha sido seleccionado en la Mostra de Cinema gai i lèsbic de Barcelona (del 2 al 8 de julio), en el Festival de Cine de Alicante, y en otros dos festivales más pequeños. El corto está empezando su andadura en

A los efectos de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, te informamos de que tus datos personales facilitados en este Boletín de Suscripción, formarán parte de un fichero cuyo responsable es la ONG Grupo de Trabajo sobre tratamientos del VIH (gTt), C/ Sardenya, 259 3º 4ª, 08013 Barcelona, España. Asimismo te informamos de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, en los términos establecidos en la legislación vigente. Si así lo deseas, deberás solicitarlo por escrito a la dirección de gTt.

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/ Sardenya, 259 3º 4ª 08013 Barcelona (España)



Queremos LA opción: ahora TRASPLANTE

En España se calcula que hay alrededor de nueve mil personas con VIH y cirrosis hepática. Mientras las muertes relacionadas con SIDA se estancan —que no bajan— asistimos a un aumento de fallecimientos por fallo hepático. Conseguir que las personas con VIH puedan entrar en las listas de espera para trasplante ha sido y sigue siendo una empresa de gran dificultad, posible en algunos centros gracias a la conjugación de distintas fuerzas. Desde el activismo promovido por

asociaciones de personas afectadas se ha conseguido la complicidad y el compromiso de ciertos equipos médicos y autoridades sanitarias. Pero todavía queda camino por recorrer, muchos equipos por convencer e importantes retos terapéuticos que superar para aumentar las posibilidades de éxito tras el trasplante. En este reportaje queremos hacer visible esta realidad, con la voz de los testimonios, el estado de su implantación en nuestro país, los datos hasta la fecha y los principales desafíos inmediatos.



M

E LLAMO Jordi Salvà, tengo 37 años, soy seropositivo desde el año 92, probablemente ya lo fuera desde 1 o 2 años antes. También tengo la hepatitis C y había tenido la hepatitis A de pequeño. Cuando contraí el VIH no se le daba ningún valor a la hepatitis; en aquellos años la morbi-mortalidad de las personas con VIH era muy elevada. Recuerdo que estuve ingresado en aquella época y morían en el Hospital de Sant Pau de Barcelona cada semana 4, 5 y 6 personas. Era muy desmoralizante. Entonces sólo había el AZT. Desde entonces hasta ahora he hecho infinidad de tratamientos y resistencias... También tomé interferón sabiendo que si a los seis meses no frenaba la hepatitis, probablemente no alcanzaría el efecto deseado. Ahora estoy a la espera de un trasplante de hígado.

LO+POSITIVO: ¿Te enteraste al mismo tiempo de tu diagnóstico VIH y VHC?

Jordi: No. En agosto del 92 llevaba un par de semanas en casa con fiebre, temblores. Me hice un análisis en una mutua y me dieron el diagnóstico positivo al VIH. No me dieron ninguna explicación. De golpe te encuentras en la calle y se te cae el mundo encima. Me tuvieron que ingresar a causa de una tuberculosis diseminada y ganglionar y fue en este momento cuando me enteré de que también era portador de la hepatitis C. Lo que pasa es que entonces el VHC prácticamente no se mencionaba, pues el VIH era más grave y te daban mucho menos esperanza de vida que con el VHC.

L+P: ¿Tienes dos especialistas distintos para las dos infecciones?

Jordi: Antes no. Ahora sí. La parte del trasplante del hígado se lleva desde el Hospital Clínic de Barcelona y la parte del VIH en Can Ruti, Badalona.

L+P: Estuviste tomando la terapia contra el VHC.

Jordi: Así es. Tomé interferón y ribavirina. Me fue mal. Tuve una experiencia negativa. Hay gente a quien le va bien, pero en mi caso

no funcionó. Aunque te avisan que puede causar alguna molestia (los médicos muchas veces minimizan sus efectos), la verdad es que sí las tiene. Tuve fiebre, especialmente por las noches, pasé frío, adelgacé, temblores, rampas. Fue un calvario, lo recuerdo muy mal. Pese a todo asumí el riesgo, pero si alguien me pidiera consejo, yo le diría que se lo pensara bien. Sobre todo, porque quizá en poco tiempo pueden salir otros fármacos o técnicas que tengan menos efectos secundarios, pienso por ejemplo en la experimentación con células madre, que pudiera ser en un futuro una solución menos agresiva para el paciente. Siempre y cuando se pueda investigar ahora.

L+P: A la vez tomabas la terapia anti-VIH

Jordi: Efectivamente. Y con cada uno de los fármacos sus efectos secundarios: diarrea, lipodistrofia, pérdida de peso, apetito. Notas que de un día a otro te quedas muy delgado y que cuesta mucho recuperar el peso perdido.

L+P: ¿Crees que en España los agentes implicados le dan suficiente importancia al tema de la coinfección y de los trasplantes?

Jordi: Desde el punto de vista científico quizá sí. Falta implicación política y económica. Por ejemplo, cuando fundamos ATOS, a la

«Esto es el mundo al revés. Aquí tener la coinfección es un punto en contra (...) al ser seropositiv@, pasas el protocolo de VIH y luego el general, y en ambos casos debes pasar por unanimidad del comité evaluador.»



muerte de Jordi Riba, nos costó sacar adelante el proyecto, pero finalmente se consiguió. Ahora hay un grupo de gente que tiene otra expectativa de vida. Volviendo al tema de ATOS, solicitamos una serie de reuniones con los Drs. Clotet, Gatell, Jaurrieta, Margarit, para el tema de los trasplantes para personas coinfectadas. Pero costaba mucho. Parecía que lo tenías que hacer de tapadillo y lo que te decían lo tenías que coger como con pinzas, no se mojaban para nada. Excepto el Dr. Jaurrieta del Hospital de Bellvitge (L'Hospitalet, Barcelona) que desde el primer momento dijo que le fuéramos enviando los casos, él los evaluaría y los que se pudiese operar así lo haría. A la hora de llevarlo a la práctica, sería más complejo porque no sólo dependía de él. Costó mucho llevar adelante el proyecto de ATOS, de establecer un protocolo que incluyera a personas coinfectadas en las listas de trasplantes de hígado. Muchas personas se quedaron en el camino.

L+P: ¿Nos puedes explicar tu caso en particular, todo el proceso que has vivido hasta la fecha?

Jordi: Cuando salí del hospital en el ingreso del que antes te hablaba, tenía un diagnóstico de coinfección VIH-VHC. A la hepatitis C no le dieron en aquel entonces mucha importancia. Hace dos años, tenía dolores, la barriga dura, me hicieron una ecografía abdominal, tenía piedras en la vesícula, varices e hipertensión portal. Tomé medicamentos para bajar la hipertensión portal. Tenía una fibrosis, el paso intermedio antes de llegar a la cirrosis. Una vez llegada esta etapa, es decir la cirrosis, el tratamiento es el mismo, no me dieron nada para el hígado más que espironolactona (Aldactone®) para la cirrosis, y la medicación antirretroviral. Y la última etapa, fue en diciembre, cuando sentí un gran cansancio. Fue el momento de la descompensación hepática. Ha sido una gran complicación, ya que yo estaba trabajando sin estar asegurado. La empresa para no pagar la cuota de la Seguridad Social me pagaba un mínimo que junto con lo que cobraba de una contributiva me salía para un salario. Te preguntarás por qué no lo denuncié, pues porque estaba en una posición débil y no me atreví a hacerlo. La empresa estaba al tanto de mi enfermedad. Cuando sufrí la descompensación hepática y estuve ingresado, al volver me dijeron que ya no contaban conmigo. Te quedas sin trabajo, cobrando 230€ y sin haber cotizado. El médico me dice que en mi estado tengo que estar tranquilo, sin preocuparme por nada, reposar y dormir, pero soy yo quien tiene que pagar los recibos cada mes. Entonces lo de estar tranquilo... Ésta es la situación en la que estoy. No voy a rendirme. Yo lo que no quiero es más dolor. Si no llega el hígado, si la cirugía va mal... no sé. Pero lo que tengo claro es que no quiero más sufrimientos y pruebas dolorosas. Estoy muy quemado.

L+P: En el momento en que tuviste la descompensación hepática, ¿cómo se activa el protocolo de trasplante?

Jordi: El mismo hospital, Can Ruti, mandó una primera solicitud de posible candidato a trasplante pero como no había hecho descompensación la tiraron para atrás. Ahora al tenerla, la cursaron de nuevo. Me llamaron desde la Unidad de Trasplante del Hospital Clínico, el Dr. Rimola, el encargado de coordinar el proceso, recopilar las pruebas clínicas, entrevistarme.

L+P: ¿Se puede decir que ya eres un candidato idóneo o estás a la espera de que te comuniquen la admisión definitiva en la lista?

Jordi: Teóricamente sí. En mi hospital, Can Ruti, se supone que ya pasas un primer 'cribaje'. Necesito pasar todas las pruebas que marca el protocolo: pasas un protocolo sólo para personas con VIH, l@s que salgan de ahí pasan el protocolo general y de ahí salen l@s candidat@s al trasplante. No sé cuándo me lo comunicarán exactamente, el proceso se puede ir alargando, te piden analíticas...; además el hígado tiene que ser compatible con tu organismo.

L+P: ¿Crees que en el caso de las personas coinfectadas se debería reducir el tiempo de espera de un trasplante por lo apremiante del efecto combinado de ambas infecciones?

Jordi: Sí. Pero esto es el mundo al revés. Aquí tener la coinfección es un punto en contra. Si no eres seropositiv@, pasas un protocolo general, cuando llega el hígado te lo ponen. En cambio, al ser seropositiv@, pasas el protocolo de VIH y luego el general, y en ambos casos debes pasar por unanimidad del comité evaluador. Se debería tender a una mayor facilidad pero te encuentras que no. Una persona de 80 años puede tener más ventajas para un trasplante que otra de 20 años con hepatitis fulminante.

L+P: ¿Has sentido rechazo por parte de algún/a médic@ o personal sanitario sobre todo en esta última etapa en la que el trasplante está más cercano?

Jordi: He visto el rechazo en personas normales, familiares de enferm@s. Desde que fui en el 92 a Sant Pau, que fueron unos años terribles y moría mucha gente, he podido ver mucha hipocresía en la gente. Muchos familiares que ni se atrevían a visitar a sus enferm@s. Entre l@s médic@s, no.

L+P: ¿Las personas coinfectadas están discriminadas para la obtención de un trasplante?

Jordi: Nos lo ponen más difícil. Tuvimos que luchar e insistir muchísimo en los medios hospitalarios y sanitarios, especialmente Ferran (Pujol) y Michael (Melbrouk) que se lo han currado muchísimo, no sólo por su insistencia sino también por su conocimiento sobre el tema a base de estudio y acudir a los congresos científicos. Ha costado mucho, muchísimo. A veces, cuando habías conseguido algo, te lo tiraban todo para atrás.

L+P: ¿Aconsejarías a personas coinfectadas en tu misma situación a seguir adelante y no rendirse?

Jordi: Merece la pena. No es que lo aconseje es que sólo hay dos vías posibles: o te hacen el trasplante o te mueres. A mí el hígado no me funciona. Tengo una vida condicionada a la enfermedad. Cualquier cosa que tengo que hacer por pequeña que sea para mí es enorme.

«Te quedas sin trabajo, cobrando 230 euros y sin haber cotizado. El médico me dice que en mi estado tengo que estar tranquilo, sin preocuparme por nada, reposar y dormir, pero soy yo quien tiene que pagar los recibos cada mes.»

L+P: En toda esta lucha, ¿cuál ha sido el papel por un lado de tu familia y allegad@s, y por otro de ATOS?

Jordi: Fundamental los dos. Cuando supe el diagnóstico en los 90, se lo comuniqué a mi madre y siempre tuve su apoyo y ayuda. Ella no sabía mucho del VIH/SIDA, sólo lo que escuchaba en la radio o veía en la tele. Siempre ha estado a mi lado. Por el contrario, en el caso de mi hermano, nunca he sentido el mínimo acercamiento, ya no te hablo de cariño. Nunca me acompañó al médico, nunca me visitó. No lo ha querido asimilar. Decepción familiar únicamente por su parte. Después l@s parientes más lejanos, de l@s que no esperas mucho, cuando me venían a ver se quedaban en la puerta, me preguntaban cómo estaba y poco más. Cuando estuve mucho tiempo ingresado en Sant Pau, mi hermano apenas venía a visitarme y por obligación; sin embargo, en ese mismo ingreso conocí a Marta, que ha sido mi bastón, mi apoyo constante, unos ojos que me abrieron una escala de valores que yo desconocía. Con ella aprendí que dándole la mano a alguien o escuchando un rato le hacías un bien muy grande. Poco a poco me fui involucrando. Y en este proceso siempre ha estado Marta, que me acompañaba al hospital, a todos sitios. A través de ella conocí a Michael y a Ferran. ATOS ha sido muy importante para mí. Yo no he tenido un papel muy preponderante en ATOS porque he estado escaso de tiempo o de fuerza. Hacen una labor encomiable y cosas que admiro: como el caso de un niño huérfano seropositivo que se estaba muriendo y le organizamos una fies-



ta para darle regalos de Reyes. El niño estaba flotando de alegría. Esa escala de valores te reconforta. ATOS ha sido el arranque, el motor de los trasplantes para personas seropositivas, aunque se nos han puesto muchas cortapisas. Ahora se sabe que hay muchísimas personas en España coinfectadas y que probablemente muchas de ellas acaben necesitando un hígado. Desde ATOS se ha hecho un trabajo muy importante y el camino está ahí.

L+P: ¿Quieres añadir alguna cosa más?

Jordi: Me gustaría que se aceleraran las cosas al máximo para que este proceso, los trasplantes, se hiciera en la menor brevedad con los mejores resultados posibles. Por otro lado, considero prioritario que se invierta en investigación ahora para poder obtener los máximos beneficios en un futuro próximo. Por último, respecto a la atención clínica de las personas seropositivas, creo que las unidades de VIH deberían tener integrados servicios de yoga, meditación o relajación, sino allí mismo, a través de un servicio vinculado. Para las personas que sufrimos rampas u otras dolencias (falta de apetito, insomnio) sería crucial este tipo de cuidados paliativos, no como sustitutos de la medicina tradicional sino como complemento.

Una competencia difícil

Unas 660 personas están en lista de espera para recibir un hígado, según los últimos datos de la Organización Nacional de Trasplantes (ONT). No sabemos si las que viven con VIH constan ahí o bien están al margen por ser parte de ensayos médicos. Pero, por una vez, la culpa de las dificultades no es de este virus. Es de otro: el de la hepatitis C. La coinfección es la causa de que tantas personas con VIH tengan problemas hepáticos. Y el virus de la hepatitis C (VHC) hace que a l@s médic@s les cueste considerar el trasplante.

Según el director de la ONT, Rafael Matesanz, ése es el problema. Faltan hígados -la espera está en unos 140 días, y casi el 10% de los enfermos mueren antes de recibir el trasplante-, y la competencia es dura. El VHC está en la sangre (algunos estudios lo han localizado también en pequeña concentración en la saliva), y cambiar un hígado enfermo por otro no lo erradica. Lo único que se hace es darle otro órgano sobre el que actuar. Cuando l@s médic@s se plantean trasplantar a una persona con VHC y otra sin él, en igualdad de condiciones (tolerancia, idoneidad, gravedad), escogen a la segunda. Un hígado trasplantado es delicado, y un entorno contaminado con virus de la hepatitis no es el mejor para que arraigue.

Pero esto no quiere decir que no tengamos nada que hacer. La explicación anterior es la teoría, pero seguro que no tod@s l@s médic@s lo tienen tan claro. Hay que asegurarse de que las guías de trasplantes indiquen claramente que vivir con el VIH no es motivo de exclusión para un trasplante. Hay que exigir de las compañías y de l@s médic@s que desarrollen y receten cócteles que tengan menos problemas hepáticos. Y hay que presionar para que el control del VHC mejore. Con un 60% de éxitos en los mejores tratamientos contra la hepatitis, un 40% de l@s coinfectad@s tendrán muy pocas opciones de recibir un trasplante si desarrollan una cirrosis o un cáncer.

Mientras tanto, viene lo más difícil: tenemos que cuidar nuestro hígado. Sé que es una lata, y no estoy pidiendo una vida monacal. Un buen control de transaminasas, mediciones periódicas de la carga viral (la del VHC esta vez) y una biopsia hepática periódica (no hay un protocolo que diga cada cuánto) nos pueden dar una pista de cómo evoluciona el hígado. Quizá tengamos que reservar algunas copas para fiestas especiales. Pero ése es nuestro objetivo: tener siempre algo por lo que brindar.

EMILIO DE BENITO



«He recuperado las ganas de VIVIR»



VIKI TIENE 47 años. Recibió su diagnóstico de VIH en 1988 cuando ya sabía que tenía hepatitis C. Dice que en general lo ha llevado bastante bien todo, aunque el estado de su hígado la condujo a una situación límite el año pasado. Ahora está contenta, su vida es muy tranquila y se dedica a cuidarse a sí misma: “Sobre todo lucho por vivir, quiero vivir”. Viki es una de las pocas personas con VIH en España que han recibido un trasplante de hígado y ha querido contar su experiencia a l@s lector@s de LO+POSITIVO.

LO+POSITIVO: ¿Cuándo recibiste el trasplante?

Viki: El 15 de diciembre de 2003.

L+P: ¿Cómo te encuentras ahora?

Viki: Me encontré bien ya al mes del trasplante, perfectamente. Hacía cosas, aunque me frenaban para que me lo tomara con calma. Antes del trasplante iba de la cama al sofá y del sofá a la cama. Era incapaz de sonreír, nada me hacía gracia y no tenía ilusión por nada. El mismo día que me llamaron para ir al hospital a recibir el trasplante estaba pidiendo, llorando, que quería morirme porque aquello no era vida. No quería vivir de aquella manera.

L+P: ¿Qué es para ti lo que ha resultado más duro del proceso?

Viki: Nada. A ver, no es agradable ir a un hospital a que te hagan una intervención de estas características, pero como he tenido tan buena suerte... Me ha llevado un gran equipo con el Dr. Margarit al frente. A todas horas tenía tanto la doctora del VIH como el hepatólogo, cirujan@s, etc. Me han cuidado muy bien y casi nunca he tenido dolor. Estuve menos de un mes en el hospital. Aunque luego tuve una recaída y volví a ingresar unos días. Pero todo fue bien.

L+P: ¿Y lo más agradable?

Viki: El día que vi mi hígado nuevo. Al poco tiempo del trasplante me hicieron una ecografía y pude ver mi hígado nuevo, todavía con las grapas puestas... Me emocioné tanto..., porque además me

pusieron un hígado muy bueno, con tres válvulas: me dijeron que normalmente suelen tener una o dos válvulas. Mientras el médico me iba explicando todo lo que veía en la pantalla, a mí se me iban cayendo las lágrimas y en aquel momento pensaba en la familia que había dado ese hígado, que no sé quién es, porque aunque intenté averiguarlo no te lo dicen. Supongo que era una persona joven porque era un hígado potente. Todo el mundo me decía que me habían puesto un muy buen hígado. Yo pienso a menudo en esta persona y su familia.

L+P: Habías estado en tratamiento para la hepatitis C antes del trasplante, ¿cómo fue?

Viki: Había hecho tratamiento con interferón pero me dio *delirium*, depresión, me sentó muy mal. Mi hígado estaba en estadio Child Pugh entre B y C. La cirrosis estaba muy avanzada y mi hígado era ya muy, muy pequeño.

L+P: ¿Cuánto tiempo estuviste en lista de espera?

Viki: Me lo propusieron a principios de septiembre de 2003. Fue la Dra. Ocaña. Dudé mucho, pero como me encontraba muy mal fui el 23 de septiembre y firmé la autorización. Del 23 de septiembre al 15 de diciembre me llamaron una vez. No hacía ni un mes que estaba en la lista. Lo que pasó entonces fue que la persona donante tenía un hígado graso y no me lo pudieron dar. Finalmente el 15 de diciembre tenían el hígado adecuado para mí.



L+P: ¿Cómo se vive la espera cuando estás pendiente de una llamada de teléfono?

Viki: Estás esperando a que te llamen y sabes que cuando te llamen tienes que dejarlo todo e ir rápidamente al hospital. Cada vez que suena el teléfono te estremeces, pero llega un momento que lo esperas tanto que tienes ganas de que suene y te digan: 'Ya puedes venir'. Durante la espera estuve bastante sola, y tal vez me fue bien para mentalizarme, aunque tuve el apoyo de las mujeres de la asociación Creación Positiva, mi pareja, mi hermano, familia y algun@s amig@s. Pero en los momentos más duros no me apetecía estar con nadie, quería estar sola. Sobre todo los últimos meses cuando me sentía tan floja que era incapaz de hablar, de mantener una conversación. Yo notaba que el cerebro no me funcionaba.

L+P: ¿Te has sentido apoyada por los equipos médicos y sanitarios o has notado en algún momento dificultades o rechazo?

Viki: Nunca he encontrado inconvenientes. Mi doctora de VIH, la doctora Ocaña, a la que llamo mi 'hada madrina', ha sido un cielo. Se puso en contacto con l@s cirujan@s y enseguida dijeron que sí. Con tod@s me he sentido apoyada.

L+P: ¿Qué tratamientos tomas en este momento?

Viki: En este momento tomo mucha medicación por varios problemas añadidos. Estuve un mes tomando solamente antirretrovirales e inmunosupresores: 3 pastillas por la noche de antirretrovirales, y 2 pastillas por la mañana y 2 por la tarde de inmunosupresores. Ahora se ha añadido la ribavirina y el interferón. Como he bajado de 200 CD4, hemos añadido profilaxis con cotrimoxazol (Septrin®). Ahora tengo una infección de orina con lo que he tenido que añadir otro tratamiento. Además la doctora dijo que tenía miedo de que con el tratamiento de la hepatitis C desarrollara otra vez una depresión, por lo que me remitió al psiquiatra y me dio un antidepresivo para tomar cada mañana, muy flojito, suficiente para poder ir aguantando el interferón. La vez anterior tuve un bajón muy grande con el tratamiento de la hepatitis C. La verdad es que la otra vez no me llevé un hepatólogo y me dieron una dosis de interferón alta de golpe. Esta vez hemos empezado con dosis bajas y vamos subiendo progresivamente.

L+P: ¿Tienes que seguir ahora algún tipo de dieta especial?

Viki: Ahora no tengo ninguna restricción dietética. Bueno, no puedo tomar alcohol, pero no es un cambio porque antes tampoco tomaba.

L+P: ¿Cuáles son tus necesidades?

Viki: Hay una cosa que es muy importante y necesaria, que es la ayuda en casa. Hay días que puedes estar muy bien y activa, pero hay otros días que estás muy cansada. A veces es necesaria una persona que te haga la comida y recoja los platos. Hay días que sólo esto se te hace una montaña. Puede parecer una tontería, pero es así. Y es muy difícil obtener ayuda.

L+P: ¿Cuáles crees que pueden ser otras necesidades de las personas que pasan por este proceso?

«Un coordinador de trasplantes (...) me contestó que si no había suficientes órganos para las personas 'normales', cómo iba a haberlos para nosotr@s. Estoy indignada, no hay derecho: me vino a decir anormal y además que no merezco el hígado que llevo.»

Viki: Apoyo, mucho apoyo. Ahora me apetece volver a ver a la gente, comunicarme. Vuelvo a tener ganas de hablar. Es una euforia que en mi caso, y pasados ya meses, continúa.

L+P: ¿Cuáles son tus planes de futuro?

Viki: Mi plan de futuro más inmediato es superar la hepatitis C. Después me gustaría muchísimo volver a colaborar con la asociación Creación Positiva. Y después también me gustaría participar en el proyecto de una página web que se llama www.todosida.org que está arrancando ahora. También hay otro proyecto que todavía está poco maduro, pero que me ronda por la cabeza. Consistiría en ayudar a las personas con VIH que necesitan un trasplante y no lo consiguen. Luchar contra los obstáculos que todavía existen, es decir, hacer activismo en este tema. Somos personas igual que l@s demás y estamos obteniendo buenos resultados, pero a muchas personas con VIH se les está dando largas y mueren en la espera.

L+P: ¿Qué dirías a las personas que se están planteando un trasplante?

Viki: Yo les diría que se mimen, que se cuiden mucho, que hablen con sus médic@s aunque les resulte difícil, que hablen de sus sentimientos con l@s demás. Y que no tiren la toalla. Yo casi que la tiré y ahora me alegro de no haberlo hecho. Ahora soy una persona nueva, llena de una vitalidad que hacía años no tenía, estoy contenta y he recuperado las ganas de vivir.

L+P: Las personas con VIH que en algún momento han tenido una enfermedad oportunista son, en general, excluidas para recibir un órgano. ¿Qué opinas de ello?

Viki: No me parece bien. Yo había tenido una oportunista en el cuello de la matriz, conseguí entrar en la lista gracias a mi doctora y de momento todo está saliendo bien.

L+P: ¿Qué más quieres añadir?

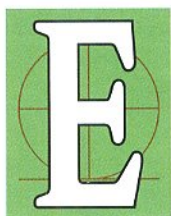
Viki: Quiero decir también que tenemos que luchar entre tod@s porque dentro de unos años habrá mucha gente, muchísima gente con VIH que morirá por cirrosis si no consigue que le trasplanten un hígado.

Además quiero decir que el otro día en un hospital muy importante de Barcelona un coordinador de trasplantes, al preguntarle qué pasaba con los trasplantes a las personas con VIH, me contestó que si no había suficientes órganos para las personas 'normales', cómo iba a haberlos para nosotr@s. Estoy indignada, no hay derecho: me vino a decir anormal y además que no merezco el hígado que llevo.



«Dentro de unos años habrá mucha, muchísima gente con VIH que morirá por cirrosis si no consigue que le trasplanten un hígado.»

EL EFECTO DOMINÓ



EN EL XI CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y MICROBIOLOGÍA CLÍNICA (SEIMC) que tuvo lugar en Bilbao del 16 al 19 de mayo se abordó el tema del trasplante de órganos sólidos (TOS) a personas con VIH, se ofrecieron datos de los 26 primeros trasplantes de hígado llevados a cabo en España y se debatió sobre un documento de consenso español para el TOS en personas con VIH, una guía que nace con la vocación de ayudar a que se extienda el 'efecto dominó' y esta práctica terapéutica sea integrada por todos los equipos de trasplante españoles.

Los primeros 26

Josep María Miró del Hospital Clínic Universitari de Barcelona presentó los datos de seguimiento de los 26 primeros trasplantes de hígado realizados en España a personas con VIH [1]. La distribución por comunidades autónomas es la siguiente: 12 en Cataluña, 7 en Madrid, 6 en el País Vasco y 1 en Andalucía. De éstos, un total de 21 corresponden a personas con VIH y VHC (81%), otros 3 a personas con VIH y VHB (11%) y finalmente 2 a personas con VIH, VHC y VHB (8%). El primero tuvo lugar en enero de 2002 en el Hospital Universitari de Bellvitge (L'Hospitalet, Barcelona) y el centro que en este momento tiene más experiencia es el Hospital de Cruces (Barakaldo, Bizkaia).

Miró hizo hincapié en que, a diferencia de las personas mono-infectadas con VHC o VHB, el trasplante en personas coinfectadas debe considerarse antes: "A la primera descompensación se sigue y si empeora se valora para su inclusión en la lista de espera", puesto que la progresión es más rápida y la mediana de tiempo de supervivencia en estadio Child Pugh C es más corta. Esta práctica, sin embargo, suscita recelos entre ciertos sectores que lo interpretan como dar prioridad a las personas con VIH frente a las personas sin VIH.

Los datos presentados corresponden a una mediana de seguimiento tras la intervención de 8 meses (rango 1-24 meses). Tiempo durante el cual la mortalidad ha sido del 8% (2 casos): una muerte ocurrió a los 3 meses y fue debida a complicaciones post-operatorias (sepsis) y otra a los 14 meses por recidiva de la hepatitis C. En sus conclusiones Miró y colaboradores afirman que "el trasplante hepático en los pacientes infectados por VIH es un procedimiento seguro y eficaz a corto y medio plazo", siendo la reinfección por VHC, considerada como universal, la principal preocupación y el desafío terapéutico más acuciente. Sobre esta cohorte española Miró aseguró que, por estar mayoritariamente integrada por personas con VIH y VHC, será la primera a escala internacional en arrojar luz sobre la supervivencia en este colectivo.

Según datos de GESIDA [2] en España puede haber entre 78.000 y 91.000 personas con VIH coinfectadas con VHC; entre 6.000 y 7.000 coinfectadas con VHB y alrededor de 9.000 personas con VIH y cirrosis hepática. Más de tres mil podrían necesitar un hígado urgentemente: unas 500 estarían en estadio Child Pugh C y cerca de

3.000 en Child Pugh B. En este momento hay 7 centros en España que trasplantan a personas con VIH y 2 con pacientes en lista de espera.

Criterios muy estrictos

Julián de la Torre del Hospital Reina Sofía de Córdoba y miembro del grupo GESITRA (Grupo de Estudio de la Infección en el Trasplante, de la SEIMC) presentó el borrador del documento-guía para el TOS en pacientes infectados por el VIH [3], unas recomendaciones en cuya elaboración han participado GESIDA (Grupo de Estudio del SIDA, de la SEIMC), GESITRA, el Plan Nacional del SIDA y la ONT (Organización Nacional de Trasplantes) y que recogen los puntos que hasta ahora han sido consensuados.

Este documento puede consultarse en la web de GESIDA www.gesidaseimc.com y está abierto a comentarios hasta el 23 de julio. Además de los criterios aplicados a la población general, para que una persona con VIH sea incluida en lista de espera debe cumplir unos criterios dependientes de la infección por VIH. En este momento los criterios consensuados para seleccionar a los candidatos, y que incluye este documento, son los siguientes:

Criterios de inclusión relativos al VIH

- Un recuento de CD4 mayor de 100 células/ml para el trasplante hepático y de 200 células/ml para otros órganos.
- Carga viral indetectable (menos de 50 copias/ml) o detectable en personas con intolerancia a TARGA, mientras sea suprimible después del trasplante.

Criterios de exclusión relativos al VIH

- Ausencia de eventos C (según la definición de los CDC de 1993) excepto tuberculosis, candidiasis esofágica o neumonía por *Pjirovisci*. Significa que las personas que en algún momento hayan desarrollado una enfermedad oportunista asociada a SIDA son excluidas.

La clasificación Child Pugh

Se trata de una clasificación para valorar el pronóstico de la cirrosis hepática que se basa en los siguientes parámetros de laboratorio y clínicos: niveles de bilirrubina, albúmina, tiempo en protombina, ascitis y encefalopatía. Al resultado que una persona obtiene por cada parámetro se le otorga una puntuación que va del 1 al 3. A valores más elevados, puntuación más alta. Finalmente se suman las puntuaciones. Si el resultado es de 5 a 6 puntos la cirrosis estará en estadio Child Pugh A, si es de 7 a 9 puntos se encontrará en estadio Child Pugh B y de 10 a 15 puntos estadio Child Pugh C, el más avanzado. En las personas coinfectadas la progresión de la cirrosis sucede con más rapidez, así la supervivencia es inferior a la de las personas con sólo hepatitis C. Ésta es la razón por la que una persona con coinfección y cirrosis hepática debe ser valorada para entrar en lista de espera antes de lo que lo sería una persona con sólo hepatitis C.

- Informe desfavorable tras una evaluación mental y social.
- ¿Nadir de CD4 inferior a 100 células/ml? Existe una incógnita sobre el pronóstico de las personas que han tenido en algún momento de su infección por VIH un recuento de CD4 inferior a 100 células/ml, puesto que no hay experiencia en estos casos.

Además las personas candidatas deben cumplir los siguientes criterios relativos al uso de drogas:

- Más de 2 años de abstinencia de heroína y cocaína.
- Más de 6 meses de abstinencia de alcohol y otras drogas.

Estos criterios, estrictos en general, dejan a una parte importante de personas coinfectadas sin opciones. Por ejemplo, de las 54 personas con VIH evaluadas en el Hospital Clínic de Barcelona para recibir un trasplante hepático en el periodo 1999-2003 un mínimo de 34 fueron excluidas, de las que 14 habían fallecido a finales de 2003, y se llegó a realizar un único trasplante.

Algun@s expert@s opinan que estos criterios constituyen un punto de partida y estarían de acuerdo con una evaluación más individualizada y de considerar, por ejemplo, la inclusión de personas que hayan tenido eventos C. Miró citó al respecto el caso de centros en Francia y EE UU (San Francisco) que ya investigan en esta línea.

Un escollo más

Con el propósito de que se extienda el trasplante de órganos sólidos (hígado y también riñón, corazón, páncreas o pulmón) a personas con VIH a todas las unidades de trasplante de España, se ha trasladado este documento-guía a las otras sociedades científicas que intervienen en el trasplante de órganos, colectivos en los que se han planteado dudas sobre la seguridad y eficacia de estas prácticas, en los que existe un debate sobre si es ético trasplantar a personas con VIH y VHC y escepticismo a cerca de si los conocimientos actuales son suficientes.

Referencias

- [1] MIRÓ J. M., et al. «Trasplante hepático (TH) en pacientes infectados por el VIH», *Abstract 509*, XI Congreso de la SEIMC, Bilbao, 16-19 de mayo de 2004.
- [2] CASTILLA J., et al. *Med. Clin (Barc)*. 1998; *GESIDA 29 02*, 2nd IAS. París, 2003.
- [3] DE LA TORRE J. «Conferencia de Consenso: VIH y trasplante de órganos sólidos», XI Congreso de la SEIMC, Bilbao, 16-19 de mayo de 2004.

¿Y si tengo hepatitis B?

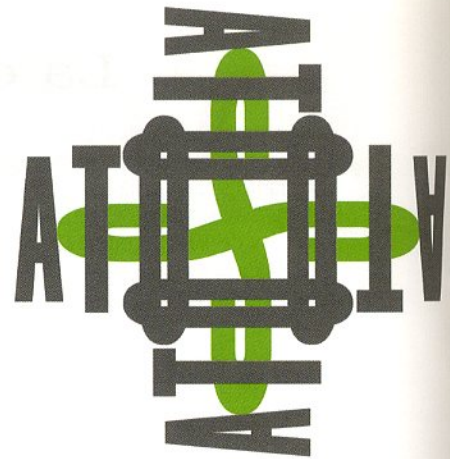
Tras un trasplante hepático a una persona con VIH y hepatitis C, la infección del nuevo hígado con hepatitis C se considera universal, aunque todavía se desconoce su historia natural a medio-largo plazo y la respuesta al tratamiento con interferón pegilado y ribavirina. En cambio, en el caso de la hepatitis B la profilaxis con inmunoglobulina y lamivudina ha mostrado evitar la recidiva en la mayoría de casos.



Interacciones de los IP con los fármacos inmunosupresores

Los inhibidores de la proteasa (IP) interactúan con los fármacos inmunosupresores que las personas que reciben un trasplante toman para evitar que el órgano sea rechazado. Así, en caso de seguir un régimen antirretroviral que incluya un IP (especialmente ritonavir) se recomienda tomar dosis más bajas de inmunosupresores y realizar un seguimiento para posibles ajustes mediante pruebas de niveles de fármaco en sangre. Puede encontrarse información más detallada sobre estas y otras interacciones en www.interaccionesHIV.com.

DAVID contra GOLLIAT: la lucha de ATOS



EN PLENO CENTRO DE BARCELONA, a escasos metros de las concurridas Ramblas, se halla la sede de ATOS, la Asociación para el Trasplante de Órganos a Seropositivos. La historia de ATOS no ha sido fácil: un largo camino marcado por la discriminación, la muerte y la lucha sin cuartel de un grupo de activistas empeñados en que las personas que vivían con VIH fuesen incluidas en las listas de espera de trasplantes en España. **LO+POSITIVO** en una edición anterior (núm. 21, primavera 2001) os explicó el tortuoso camino de esta ONG desde su fundación hasta la inclusión de la primera persona seropositiva española en la lista de espera de un trasplante de hígado. Ahora que el protocolo de trasplantes a seropositivos promovido por esta asociación ya se encuentra en funcionamiento, ATOS se enfrenta a nuevos retos en su andadura.

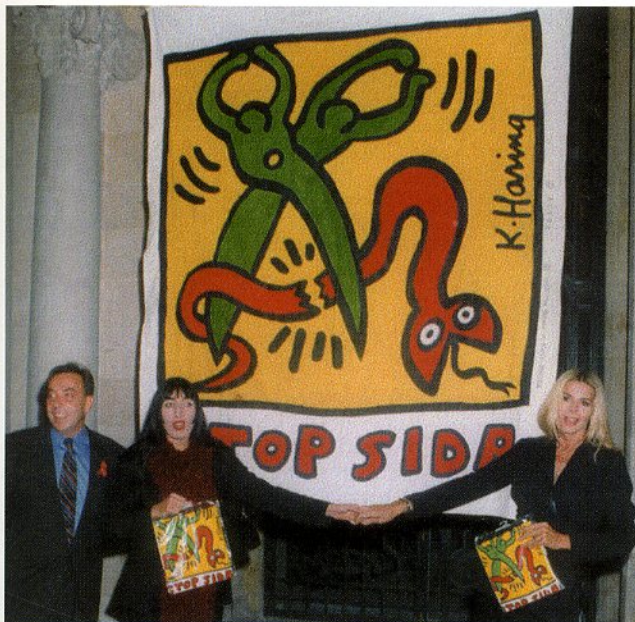
Al frente, dos activistas de larga trayectoria en la lucha contra el VIH/SIDA, Michael Meulbroek y Ferran Pujol, y su principal logro, un protocolo que permite la evaluación y la inclusión de personas seropositivas en las listas de espera de trasplantes de hígado. ATOS forma parte de HISPANOSIDA, una agrupación de ONG y programas de VIH/SIDA integrada por el Foro de Veteranos del VIH/SIDA, INFOTRAT, Joves Positius y el mítico Projecte dels Noms.

ATOS fue fundada en 1998 gracias al esfuerzo del activista español el Dr. Jordi Riba, un médico VIH positivo que necesitaba con urgencia un trasplante de hígado. A finales de los años 90, a las personas que vivían con VIH en España se las excluía automáticamente

de las listas de trasplantes de órganos. Ése fue el contexto reivindicativo y de lucha en el que nace ATOS, una plataforma que pretendía que se revisase la "exclusión absoluta" de personas con VIH de ser receptores de trasplantes; que se estudiase cada caso individual en términos equitativos; y promover un estudio piloto de trasplantes para evaluar sus pros y sus contras.

La asociación inició una campaña masiva de concienciación pública, y cuando en 1999 fallece el Dr. Jordi Riba, la noticia tuvo una amplia repercusión mediática. Tras su muerte, las protestas se incrementaron con más dureza. Pósters de Jordi Riba con el texto "Muerto por la cobardía médica al denegarle un trasplante de hígado"





do por ser portador del virus del SIDA" se utilizaron en diferentes protestas que culminaron con un evento en la Plaza Sant Jaume, escenario simbólico de protestas en Barcelona, al que se sumaron muchas ONG españolas que trabajan en el campo del VIH/SIDA.

Al mismo tiempo que ATOS desarrollaba toda esta campaña de protestas y visibilidad, dedicaba una gran parte de su esfuerzo en la redacción de un protocolo para un estudio piloto que investigara el trasplante hepático en pacientes VIH positivos. El estudio tendría como objetivo analizar la supervivencia a los tres, seis y doce meses de personas con VIH con una enfermedad hepática en estadio final que habían recibido un trasplante de hígado; y estudiar la eficacia de las directrices de fármacos inmunosupresores, y los posibles efectos secundarios y la interacción con TARGA.

Hasta octubre de 2000 no estuvo listo el protocolo que iba a regir el programa piloto de trasplante de hígado en personas con VIH, sin embargo se reducía únicamente al ámbito catalán y con unos estrictos criterios de inclusión y exclusión; y no fue hasta enero de 2002 que se realizó el primer trasplante de hígado a una persona VIH positiva en Barcelona. Otros siete hospitales españoles siguieron esta iniciativa y comenzaron a ofrecer también trasplantes hepáticos. Hasta la fecha, se han llevado a cabo 26 trasplantes a pacientes VIH positivos en España. A todas luces, los esfuerzos de ATOS condujeron a los trasplantes de hígado en España y el estudio promovido permitió conocer una información crucial sobre los trasplantes hepáticos a personas que viven con VIH.

En la actualidad, los esfuerzos de ATOS se centran en conseguir una modificación del protocolo promovido por la propia asociación. El caballo de batalla es que se rechaza a aquell@s candidat@s que no han sufrido por lo menos una descompensación hepática. ATOS pretende que se modifique este punto porque cuando se evalúa a los que ya han experimentado la descompensación, el tiempo se le echa encima y por lo general, la media de espera en la lista es superior al tiempo que desafortunadamente les suele quedar de vida.

Más información sobre ATOS:

HISPANOSIDA

C/ Escudellers Blancs 1, bajos, 08002-Barcelona • Tel.: 93 310 20 56
Contacto: MICHAEL MEULBROEK – FERRAN PUJOL



Tu opinión en 2004

Tu opinión cuenta, nos importa y nos ayuda a mejorar

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?

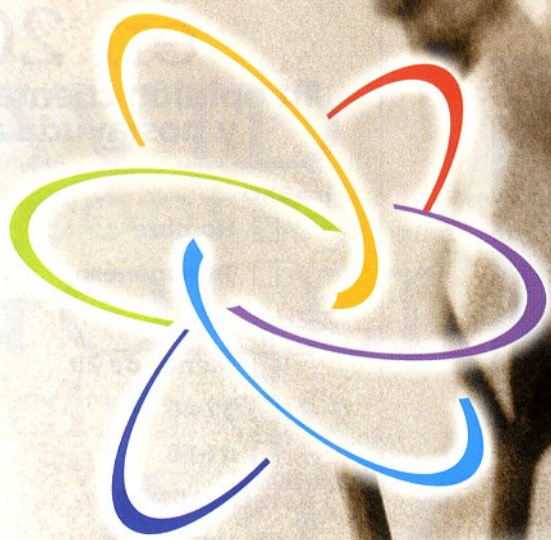
9-Valora Lo+Positivo de 1 a 10

- Contenido
 Diseño
 En general

10-¿Qué temas te han gustado más?

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

Rellena, recorta (o fotocopia) y envíanos esta pequeña encuesta a :
gTt c/ Sardenya, 259 3º 4ª 08013 Barcelona (España)



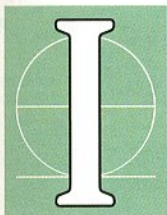
En la lucha contra el VIH estamos en la misma línea: **hacer
crecer
tu vida**

Desde el principio hemos estado a tu lado en la lucha contra el VIH, con terapias eficaces y cada vez más cómodas, que simplifican los tratamientos para mejorar la calidad de vida.

Y, desde hace más de 10 años, nuestro compromiso con la sociedad se manifiesta con una política de precios preferentes para los países en vías de desarrollo, donaciones y ayudas sociales a través del programa "Positive Action".

Así luchamos día a día contra el VIH, así trabajamos para hacer crecer la vida.

VALIOSÍSIMO



Igual que es imposible vivir sin corazón o sin cerebro, tampoco se puede vivir sin hígado, que es el órgano encargado de realizar muchas funciones vitales para la supervivencia.

El hígado es un órgano de forma alargada situado debajo de la caja torácica. Con un peso aproximado de 1.350 gramos es el órgano interno más grande del cuerpo y tiene cuatro funciones fundamentales: purificación, síntesis, almacenaje y transformación.

Purificación

El hígado cambia las sustancias tóxicas, incluido el alcohol, en sustancias inofensivas. La desactivación de sustancias como el alcohol y la nicotina es buena para el cuerpo en su conjunto, pero las células hepáticas pueden verse dañadas en el proceso. Por ejemplo, el proceso de desintoxicación alcohólica puede conducir a una cirrosis. El hígado también transforma ciertos fármacos en formas que puedan ser utilizadas por el cuerpo al tiempo que desactiva otros después de su actuación, como es el caso de los antirretrovirales. Si las enzimas hepáticas están muy elevadas, el hígado puede encontrarse en dificultades.

Síntesis

El hígado toma bloques de sustancias químicas simples y los combina para elaborar (sintetizar) otras más complejas. Por ejemplo, elabora la mayoría de proteínas de la sangre, así como aquellas necesarias para la coagulación de la sangre, fabricar nuevas células y provocar reacciones químicas en el interior de las células.

Almacenaje

El hígado es un almacén del cuerpo. Además de minerales y vitaminas, el hígado almacena azúcares que después utilizará el cuerpo en forma de energía. El hígado libera estos azúcares en el torrente sanguíneo entre las comidas, cuando otras partes del cuerpo, como los músculos o el cerebro, necesitan más energía.

Transformación

Aproximadamente el 90% del alimento ingerido pasa a través del hígado antes de que pueda ser utilizado. El hígado lo transforma en sustancias químicas vitales para el cuerpo, como proteínas, grasas y colesterol, y también ayuda a digerir las grasas y algunas vitaminas importantes transportadas por éstas. Cuando todas estas funciones son completadas, el hígado envía estos nutrientes a través de la sangre para ser utilizados por las células.

Cuando el hígado enferma

Un hígado normal es suave y firme al tacto, pero el daño progresivo puede provocar fibrosis, cicatrices y endurecimiento, así como formación de nódulos. En caso de cirrosis, el hígado puede volverse pequeño y duro, con extensas cicatrices y muchos nódulos. Estudios recientes mostraron que la cirrosis puede revertir con la terapia contra el VHC en un determinado porcentaje de pacientes.

La hepatitis es una inflamación del hígado. Las elevaciones en los niveles de enzimas hepáticas (ALT) pueden indicar un mal funcionamiento de este órgano. A medida que progresa la hepatitis, aumentan la inflamación y el tejido cicatricial, y a medida que progresa la enfermedad, se producen otros cambios y aumenta la lesión hepática.

Fibrosis

Después de la inflamación, el hígado intenta autorrepararse mediante la formación de pequeñas cicatrices. Estas cicatrices, llamadas "fibrosis" dificultan la función hepática y a medida que se prolonga la lesión se forman multitud de cicatrices que empiezan a unirse hasta llegar a un estadio más avanzado llamado cirrosis. Ciertos fármacos antirretrovirales pueden ser perjudiciales para el hígado y es posible que algunos contribuyan a la progresión del VHC o del daño hepático, aunque esta afirmación aún no ha sido totalmente confirmada. El hígado es eficaz en su autorreparación, pero el problema aparece cuando la lesión es tan importante que resulta intolerable.

Cirrosis

Con la cirrosis, amplias áreas del hígado se convierten en cicatrices permanentes debido a repetidas lesiones. El hígado empieza a encogerse y endurecerse. La hepatitis vírica crónica es una causa habitual de cirrosis, igual que el alcoholismo. La cicatrización impide que la sangre circule libremente por el hígado, alterando de forma importante su función. Cuando una persona tiene cirrosis, es menos probable que responda bien al tratamiento.

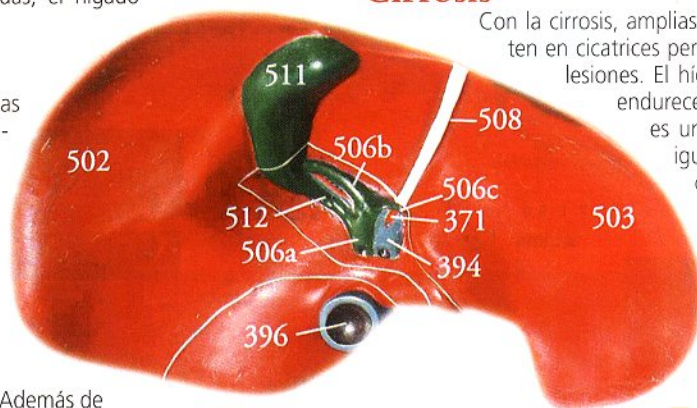
Fallo hepático

A medida que empeora la cirrosis se pierde la mayor parte de la función hepática, lo que significa que el hígado es incapaz de filtrar materiales de desecho, toxinas y fármacos de la sangre. Ya no puede producir los factores de coagulación necesarios para detener las hemorragias, se acumulan líquidos en abdomen y piernas, se hace habitual el sangrado de los intestinos y, en ocasiones, se reduce la función mental. En este punto, la única opción es un trasplante de hígado, que constituye una solución drástica de última hora.

Cáncer de hígado

A veces, el daño de las células hepáticas incluye la alteración de los genes de las células de tal forma que las vuelve cancerosas. Las personas con hepatitis B o C crónica tienen más riesgo de padecer este tipo de cáncer.

Referencia: Extracto de Manual sobre la Coinfección del Virus de la Hepatitis C (VHC) y el VIH. Escrito por Jules Levin (NATAP). Traducción y adaptación del Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH. Disponible en www.gtt-vih.org



¿QUÉ VACUNAS?

Puedes consultar con el/la médic@ de VIH y/o con un servicio especializado.
En el sitio web del Ministerio de Sanidad y Consumo puede obtenerse un listado de centros para vacunación internacional.

www.msc.es



La nueva tarjeta sanitaria europea para viajeros te permite tener cobertura en los países de la UE. La puedes obtener en una oficina de la Seguridad Social.



En zonas cálidas y húmedas el repelente de mosquitos es un aliado eficaz.



Si tus fármacos necesitan frío, una nevera portátil te asegura que lleguen en buen estado.



Llevar pastillas de más puede garantizar la adhesión si decides prolongar tu estancia.

1

Obligación de declarar a los servicios de inmigración o de presentar los resultados de una prueba del VIH o de someterse a una prueba en la misma frontera. Riesgo de expulsión si se desvela el estado serológico en la frontera o dentro del país.

2

Se requiere la prueba del VIH para estancias superiores a un mes. Vivir con VIH es motivo de denegación de permiso.

3

Se requiere la prueba del VIH para estancias superiores a 15 días. Vivir con VIH es motivo de denegación de permiso.

4

No parece haber cuestionario ni prueba en la entrada pero si una vez en el país se desvela el estado serológico, existe riesgo de expulsión.

1

Arabia Saudí • Armenia • Corea del Sur
China • EE UU • India • Irak
Moldavia • Mongolia • Sudán

2

Bulgaria • Georgia • Islas Marshall
Jordania • Kazajstán • Kirguizistán
Qatar

3

Siria • Uzbekistán

4

Bangladesh • Brunei • Canadá • Colombia
Corea del Norte • Islas Salomón • Omán
Rusia • Sri Lanka • Taiwán



El equipo de enfermería de tu hospital puede echarte una mano para preparar un botiquín de viaje.



Si vihas...

80°

Alaska (EE.UU.)



Si tomas metadona y quieres llevarla contigo puedes, con tiempo, conseguir un certificado que te facilite cruzar fronteras. Pregunta por la metadona en pastillas, resulta mucho más cómoda para transportar.

OCEANO



La profilaxis para tuberculosis es una idea a considerar si vas al trópico.

OCEANO
ÍNDICO



Tener diarrea puede fastidar unos ansiados días de asueto: la prevención se centra en medidas higiénicas como la desinfección del agua y en evitar alimentos crudos. Unos antidiarreicos en la maleta pueden ayudar a salir del paso. Para estancias cortas se puede incluso realizar profilaxis con ciertos antibióticos.

Si tienes datos de primera mano, nos gustaría que los compartieras con nosotros, y entre todos podamos mantener esta información actualizada. Puedes mandar un correo a: contact@gtt-vih.org Asunto: **VIHAJES**

En la mayoría de países del mundo no hay restricciones para que las personas con VIH puedan pasar unos días de vacaciones; sin embargo, en algunos, el viaje podría terminar antes de lo previsto o complicarse con trámites burocráticos. En este mapa señalamos aquellos puntos negros del planeta de los que convendría informarse antes de ir. Consultar en la embajada o consulado para saber si hay requerimientos de entrada, y especialmente si se pide prueba del VIH, puede ayudar a prepararse. También puede aportar información muy valiosa la experiencia de otras personas con VIH que hayan viajado a dicho país. Se puede optar por no declarar el estado serológico en la frontera o negarlo intencionadamente al rellenar el formulario de inmigración correspondiente, pero existe el riesgo de que descubran las pastillas o de necesitar asistencia sanitaria en el país y que así se desvele el estado serológico, lo cual puede significar la expulsión. En general, sea cual sea el destino, un seguro de viaje con derecho a la repatriación contribuirá a garantizar un pronto regreso a casa en caso necesario.

REFERENCIAS:

La información sobre restricciones para viajeros se ha elaborado con datos de AIDS Info Docu de Suiza (www.aidsnet.ch/modules.php?name=Content&pa=list_pages_categories&cid=5&newlang=english) y del Departamento de Estado de EE UU (www.travel.state.gov/travel_pubs.html)

LO+POSITIVO PRIMAVERA 2004

Lunes

Domingo

Linea Internacional de cambio de fecha

A N T A R T I D A

Frutas Y Verduras

Cuando empieza el calor es habitual que nuestro apetito disminuya, además los platos que cocinamos en invierno pueden no apetecernos por ser demasiado calóricos o porque deben tomarse calientes y sólo la idea nos hace sudar. Afortunadamente en esta época del año nuestros mercados se abarrotan de colores: son las frutas y verduras de temporada, que combinadas en ensaladas, cremas, bebidas y otras preparaciones frías constituyen una refrescante fuente de vitaminas y minerales que además contribuyen a que nuestro cuerpo se mantenga hidratado. Alfonso Pavía nos sugiere esta vez recetas para comer con frescura y quedar como un rey, o como una reina, según prefiráis.

Gazpacho de remolacha



Recomiendo que probéis esta variedad de gazpacho, que es muy refrescante y nutritiva. No pierde ningún sabor del gazpacho tradicional y gana todo el de la remolacha. Además, presenta un color precioso y un brillo aterciopelado que entra por los ojos. (No confundáis 1/2 cebolla con medio kilo de cebollas, que ya le pasó a una amiga, francesa ella, y le sentó muy mal a la pobre y a sus invitad@s... Quedando fatal, por supuesto.)

Ingredientes: 1Kg de tomates • 1/2 cebolla • 1/2 pimiento verde tipo italiano • 1/2 pepino • 1 diente de ajo • Aceite de oliva virgen extra • Vinagre • Sal • Un poco de pan del día anterior • 1 paquete de remolachas cocidas (2 o 3 piezas) • Nata líquida y cebollino fresco para decorar (opcional) • Agua (opcional)

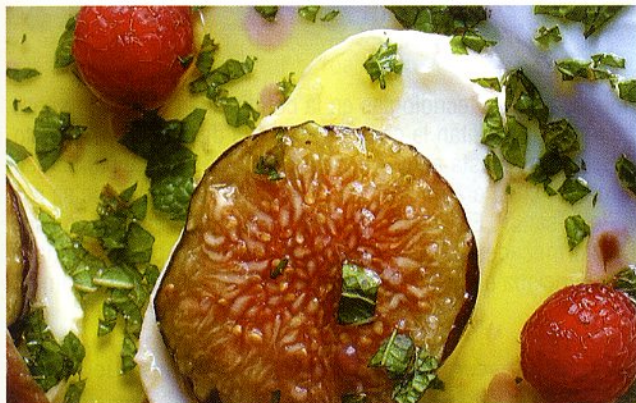
PREPARACIÓN

Triturar todos los ingredientes con la batidora y colar con un pasapurés, chino o similar para quitar las pieles. Dejar enfriar y servir decorado con un chorrito de nata líquida y un poco de cebollino picado. Si se pudiese, por aquello de la temporada, o se quisiese, por aquello de la comodidad, os aconsejo que utilizéis remolachas frescas, claro. Queda mucho más rico aún. Una vez peladas, partir en cuartos y cocerlas de media a una hora en agua. Utilizar el agua de cocerlas, una vez fría, para añadir al gazpacho y así se aprovechan todos los nutrientes.



Ensalada de mozzarella con higos frescos, frambuesas y anchoas

Fotografías: JAVIER PAVÍA



Os sorprenderéis de los diferentes sabores y aromas que ofrece este plato si no os da miedo realizarlo. La mezcla de las frutas frescas con el ácido de la leche de búfala, el sabor de las anchoas y la frescura de la hierba buena... Todos los ingredientes son asequibles y de precio moderado.

Ingredientes: 1 mozzarella fresca, a ser posible de leche de búfala, un poco más cara, pero considerablemente más rica que la leche de vaca • 2 o 3 higos frescos o brevas • 1 paquete de frambuesas • 4 anchoas en salazón (de las mejorcitas) • Unas hojas de hierbabuena fresca picadas • Aceite de oliva virgen extra (a la albahaca) • Sal gorda • Vinagre de frambuesas

Preparación

Cortar la mozzarella en rodajas de medio centímetro e igualmente los higos, con cuidado de que no se deshagan, pues ambos son blanditos. Colocar el queso en círculo sobre un plato y sobre éste la fruta. Entre medias, decorar con las frambuesas. Formar un dibujo con las anchoas y espolvorearlo todo con la hierbabuena picada. Aliñar con aceite, vinagre y sal. (Yo preparo este plato con aceite a la albahaca, tan sencillo como poner unas hojas frescas de ésta en el aceite y dejar reposar a oscuras durante unos días. Se puede utilizar para aliñar muchas ensaladas y queda muy aromático y refrescante para el verano. El vinagre que utilizo es de frambuesas, también muy oloroso, tomando un color rosa que alegra el plato; se prepara poniendo una buena cantidad de frambuesas en un buen vinagre de Jerez con unas gotas de limón y dejar macerar a oscuras durante un mes, pasado el tiempo, colar y listo. Se puede utilizar un vinagre de cava o a gusto de cada un@.)



Cerezas caramelizadas a la miel en salsa de yogur y azahar

Ingredientes: 20 cerezas grandes • 200gr de mazapán crudo (de venta en pastelerías previo encargo) • 2 yogures naturales (preferentemente tipo griego) • 60gr de miel de azahar • Ron negro • Agua de azahar

Las cerezas tienen un alto contenido en agua, proporcionando la hidratación que se necesita en verano, pero también su piel es un protector natural contra los rayos ultravioletas. Se deben comprar con rabo, pues éste hace la función de tapón para guardar las propiedades de la cereza y, además, el rabo tiene ácido salicílico, pudiendo hacerse una infusión con los mismos y utilizarlo a modo de calmante.

Preparación

Amasar la elástica pasta de almendra con gotas de agua de azahar y un chorrito de ron, antes de rellenar con ella las cerezas deshuesadas. Poner sobre una sartén de hierro la miel, y a fuego medio calentar hasta convertirla en espumoso caramelo. Incorporar en ese instante las cerezas rellenas, haciéndolas girar en la dorada mezcla antes de extraerlas con una cuchara y dejar enfriar. Servir sobre el yogur frío, batido y azucarado.



Hospital VIHrtual

¿Adhesión en la red?



ES INNEGABLE EL PAPEL que cada vez están ejerciendo las nuevas tecnologías en la cotidianidad de las personas, así como también es indiscutible que estas nuevas tecnologías facilitan la comunicación. El desarrollo de tecnologías de la información y de comunicaciones (TIC) electrónicas se está extendiendo a todas las áreas y últimamente con más fuerza a la de la atención médica. Precisamente, en la era de internet uno de los términos que se está escuchando con más frecuencia en este campo es el de 'e-salud'. En España esta modalidad aún es desconocida, sin embargo el pasado mes de febrero el Servicio de Enfermedades Infecciosas de Hospital Clínic de Barcelona en colaboración con la Universidad Politécnica de Madrid anunciaba el desarrollo de un plan piloto para el seguimiento de personas con VIH a través de internet.

Este proyecto piloto denominado «Hospital VIHrtual» tendrá carácter de ensayo clínico, con una duración de dos años y pretende seguir vía internet a 100 pacientes del servicio de infecciosas del Clínic de Barcelona. Según el doctor Felipe García, coordinador e impulsor del proyecto, este nuevo sistema busca mejorar la comunicación médic@-paciente, incrementar la adhesión a los tratamientos, facilitar que l@s profesionales adecuen mejor los tratamientos a cada participante y se coordinen mejor con el resto de profesionales que atienden a cada paciente.

Sin embargo, algunas ONG están preocupadas por aspectos como el desconocimiento en el uso y aplicación de internet o de los ordenadores por parte de algun@s usuari@s, de cómo se pretende mejorar la adhesión, la falta de presencia física del/la médic@ y que este tipo de servicio pueda ser opcional y no definitivo. Para tratar de aclarar estas inquietudes el Dr. García nos ha explicado algunos detalles.

L+P: ¿Cuáles son los criterios de inclusión y de exclusión que se utilizarán para elegir a l@s 100 participantes del proyecto?

Doctor Felipe García: Básicamente que sean pacientes estables, que no estén en una situación clínica avanzada, ni tengan infecciones oportunistas en actividad, pues en ese caso se requeriría probablemente de ciertas exploraciones que no se pueden realizar por internet.

L+P: Según fuentes del Clínic, si el proyecto es exitoso se pretende beneficiar a mil personas. ¿Los criterios citados anteriormente se extenderán a estas mil personas o se buscarán los mecanismos que permitan incluir a todo aquel que lo requiera?

Dr. F. G.: Las mil personas están calculadas sobre la base de los siguientes datos: según encuestas realizadas en pacientes infectad@s por VIH, aproximadamente un 30% de ést@s utilizan de forma frecuente internet para informarse sobre su enfermedad. Por otro lado, la mayoría de l@s pacientes que controlamos actualmente en el Clínic se encuentra en una situación estable. Dado que el número de pacientes que controlamos ronda entre 2.500 y 3.000, hemos calculado que se podrían beneficiar de este servicio en torno a 1.000 personas.

L+P: ¿L@s participantes tendrán que asumir algún tipo de coste económico por este servicio (llamadas, conexión a internet, etc.)?

Dr. F. G.: A l@s pacientes que se incluyan en el estudio se les dotará con cargo al proyecto de todo aquel material que les falte, con el objetivo de evitarles cualquier gasto adicional.

L+P: ¿Por qué cree que se mejorará la adhesión a los tratamientos de l@s participantes a través de internet?

¿Se podría hacer lo mismo con l@s pacientes que acuden a la visita presencial?

Dr. F. G.: Creemos que el Hospital VIHrtual tendrá una serie de ventajas que no puede ofrecer la visita normal. Primero, una mejora de la comunicación con el equipo médico. Segundo, el acceso del/la paciente a su propia historia clínica (tanto médica, de enfermería, social, farmacéutica, psicológica), permitirá que sea más participe en el control de su propia enfermedad, con lo que mejorará la adhesión. Tercero, la posibilidad de acceso a información fiable sobre la infección por VIH (mediante la página de biblioteca que ofrece el servicio) permitiendo que conozca mejor su infección y pueda actuar mejor ante cualquier problema derivado de la medicación. Por último, la utilización del "Foro" que brindará el servicio, servirá para romper el aislamiento de est@s pacientes y permitirá la comunicación entre pares, reduciendo en una mejor aceptación de la propia enfermedad.

L+P: Much@s pacientes se quejan de que sus médic@s en las consultas no les prestan mucha atención o no les toman muy en cuenta sus dolencias y necesidades y según uno de los objetivos de este proyecto es mejorar la comunicación médic@-paciente. ¿Cómo mejorará este punto virtualmente? ¿No se podría aplicar esa mejora también a la consulta física?

Dr. F. G.: Realmente pensamos en el Hospital VIHrtual como una herramienta que puede mejorar la comunicación entre el equipo sanitario (médic@, enfermer@, trabajador/a social, farmacéutic@, psicólogo@/psiquiatra) y el/la paciente, y que ofrece posibilidades que no puede dar la consulta física. Es verdad que en la visita física el/la paciente debería ser atendid@ de forma correcta, ofreciéndole toda la información y prestándole atención a todas sus dolencias. Lo mismo pretendemos hacer en la consulta virtual, pero sabemos que las consultas son cada 3-4 meses, que en estos intervalos pueden pasar muchas cosas; y que a l@s pacientes les es muy difícil contactar con las personas que les controlan en estos períodos. Ahí es donde un hospital virtual mejora la comunicación, ya que permite el contacto diario, mediante chat o correo electrónico entre l@s pacientes y el equipo sanitario, para resolver todas las dudas o preguntas que pueda tener. Es imposible, que este sistema se pueda sustituir por una consulta física porque obligaría a l@s pacientes a desplazarse al hospital en muchas más ocasiones de las que ya lo hace.

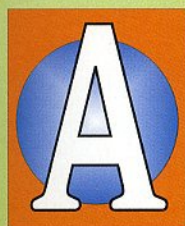
L+P: La consulta electrónica o virtual puede ser una solución complementaria para quienes vivan fuera de las ciudades, pero nunca sustituirán la presencia física del/la médic@ ¿Cómo se garantiza a través de este medio la confianza y la seguridad que se puede encontrar en la consulta?

Dr. F. G.: No pretendemos que el hospital virtual sustituya la presencia física del equipo sanitario, sino que pretendemos que sea un complemento. L@s pacientes que se incluyan en el estudio serán pacientes con una infección estable, y que se controlan desde hace tiempo en el hospital. Por lo que ya existe una relación médic@-paciente, se mantendrán algunas visitas presenciales y otras se sustituirán por visitas virtuales. También se ofrecerá un servicio de farmacia virtual y todos los demás servicios que se han descrito anteriormente. En resumen, nuestra intención es que el hospital virtual no sustituya sino que complemente.

Por último, a pesar de que le vemos todas estas ventajas, nuestra idea es determinar si realmente todo esto es bueno

para el/la paciente. Creemos que sí, pero queremos demostrarlo. Por esto hemos planteado un estudio cruzado con 100 pacientes: 50 recibirán atención estándar y 50 mediante el hospital virtual durante un año. Tras ese año, l@s pacientes se cruzarán, y aquell@s que recibían atención estándar pasarán a ser atendid@s mediante el hospital virtual y viceversa. Se pasarán a tod@s l@s participantes encuestas sobre aspectos médicos, de educación sanitaria, psicológicos, sociales, farmacéuticos y de calidad de vida antes del estudio, al año y a los dos años. Todos estos datos se complementarán con un estudio de viabilidad económica y farmacoeconómico. Si al final todo sugiere que es un buen sistema, se seguirá adelante, si no es un buen sistema se abandonará.

La ECUACIÓN de la EVACUACIÓN



A PESAR DE LOS GRANDES avances en el tratamiento del VIH con las terapias de gran actividad (TARGA), se conoce que much@s de nosotr@s aún tenemos que lidiar con las diarreas. Antes de la aparición de TARGA (hacia 1996), más de la mitad de las personas que vivimos con VIH hemos sufrido diarrea asociada a la enfermedad por VIH o a otro patógeno (otro “bicho”, llámese bacteria, hongo o parásito) que suele florecer en un sistema inmunodeprimido. Según investigadores de la Universidad de Nueva York, en la era post-TARGA el problema de la diarrea persiste en cerca del 40% de las personas que vivimos con VIH.

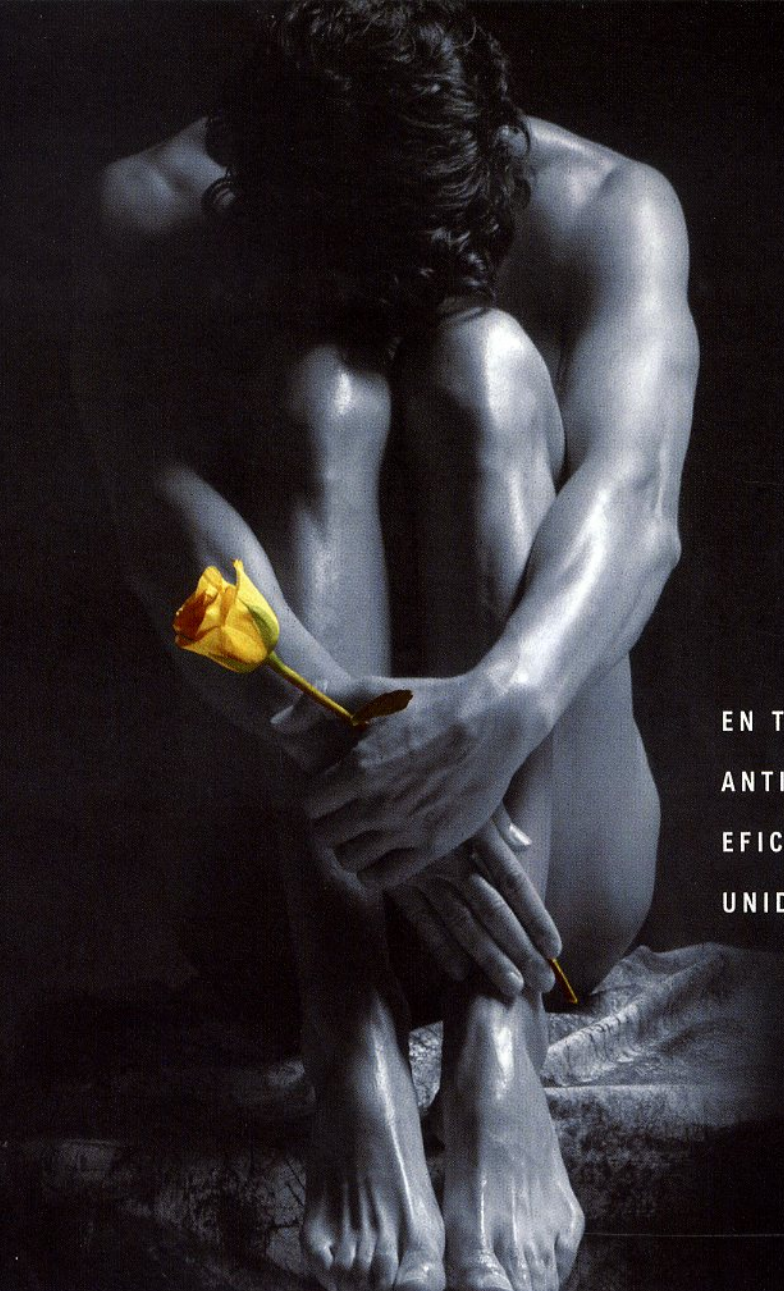
¿Y llamamos a esto vivir? No cuando no te atreves ni a ir al bar de la esquina por temor a una humillación pública. El efecto sobre la calidad de vida de reducir la ingesta de comida por miedo a las consecuencias puede ser demoledor. La fatiga y ansiedad que provoca la diarrea crónica puede contribuir al grado de depresión entre nuestra comunidad. ¿Qué ha cambiado, si es que algo, y cómo podemos cuajar el problema?

La respuesta radica en trabajarse un algoritmo de tratamiento junto con nuestr@s cuidador@s –puede que precisemos de más de un@– que englobe lo bueno de la medicina occidental y lo mejor de la Medicina Alternativa y Complementaria. Quien me siga en estas páginas de LO+POSITIVO sabrá que me refiero a lo que yo llamo el abordaje *integral* de tratamiento. Pero, ¿qué es un algoritmo?, os preguntaréis. Es una fórmula para tratar un problema a base de ir eliminando tantos factores engañosos como sea posible al tiempo que paso a paso, despejando incógnitas, se avanza hacia la solución. Piensa en ello como una fórmula de sanación.

La diarrea crónica es aún más complicada de entender y tratar en la era post-TARGA en tanto que puede ser un efecto secundario de la medicación. A veces, es de corta duración debido al inicio de terapia o a una nueva combinación pero puede convertirse en crónica si está asociada a un fármaco en particular. Es más probable que las personas que toman los inhibidores de la proteasa nelfinavir (Viracept®) o ritonavir (Norvir®) (sólo o potenciando a otros fármacos como en Kaletra®) experimenten diarrea crónica asociada a estos medicamentos.

El enfoque occidental de la diarrea generalmente comienza por determinar la presencia de alguna bacteria y prescribir un tratamiento a tal efecto. Si ya nos han analizado las deposiciones y no han encontrado nada anormal, el personal sanitario puede empezar a conjeturar diarrea inducida por la medicación. El enfoque occidental recomienda entonces intervenciones dietéticas a base de mucha fibra y





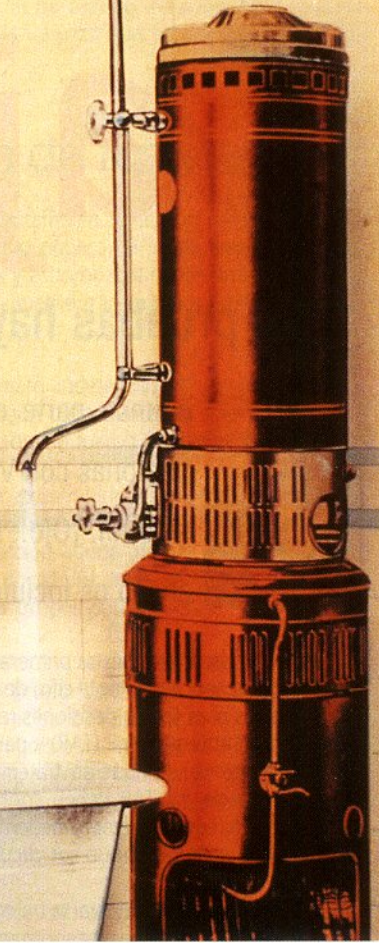
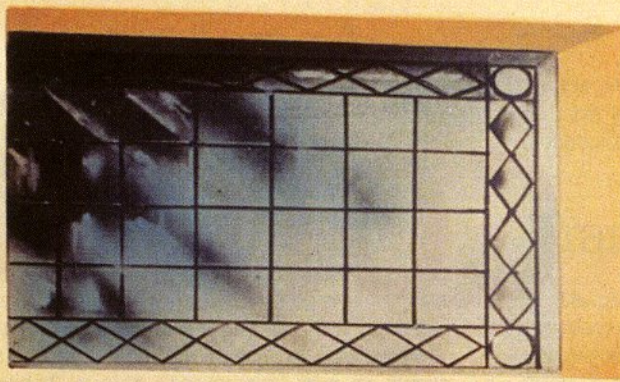
EN TERAPIA
ANTIRRETROVIRAL,
EFICACIA Y TOLERABILIDAD
UNIDAS PARA SIEMPRE

¿Te atreverías a romper una relación así?

El tratamiento antirretroviral conlleva una relación equilibrada entre eficacia contra el virus, tolerancia y comodidad para el paciente. Esta relación la mantienen ya 150.000 pacientes en todo el mundo
¿Estarías dispuesto a renunciar a ella?

Infórmate. Consulta con tu médico.





poca grasa y si no funciona, anticolinérgicos como loperamida o difenoxilato.

Los estudios llevados a cabo por la Dra. Anita Rachlis del Hospital Sunnybrook en Toronto (Canadá) proponen un exitoso algoritmo para tratar la diarrea asociada a nelfinavir. Fue un estudio pequeño con 18 personas durante un periodo de 9 semanas. En la semana 1 se eliminaron todo tipo de medicamentos antidiarreicos para poder valorar la gravedad del problema y descartar otras causas potenciales. En las semanas 2 y 3 se proporcionaron indicaciones sobre dieta y se ofreció a los participantes suplementos de la enzima de lactasa en caso de intolerancia a la lactosa, otra causa potencial de diarrea en personas con dificultad para digerir los lácteos. Los participantes tomaron también suplementos de fibra (semillas de *psyllium*) que absorben el agua del intestino y aumentan el bolo intestinal. En las semanas 4 y 5 los participantes tomaron carbonato de calcio a una dosis de 1.250mg dos veces al día, o una dosis doble si no se detectaba mejora evidente a las 48 horas. En las semanas 6 y 7 se ofreció, en caso necesario, el principio activo loperamida a quien lo necesitara. En las semanas 8 y 9 se permitió a los integrantes del estudio cualquier combinación que les funcionara y se pasó evaluación al protocolo. Los resultados mostraron una reducción significativa de la diarrea y en el número de deposiciones bajando hasta 2-3 al día.

Huelga decir que se precisan estudios de mayores proporciones pero parece evidente que la diarrea asociada a nelfinavir puede controlarse con un abordaje metódico y con una combinación de dieta, fibra, calcio y antidiarreicos. Es de antiguo conocido el efecto astringente del calcio, de manera que puede ser útil su uso en diarreas asociadas a los medicamentos. Y podremos anotarnos un tanto, es bueno para los huesos. Es bien sabido que la zaragotana (*plantago psyllium*) puede ser útil para la diarrea asociada a ritonavir. Mi consejo es empezar con una cucharadita mezclada con agua o zumo por la mañana y por la noche. Recordad que la fibra de *psyllium* puede interactuar con los antirretrovirales, de

manera que hasta que tengamos más datos fiables es recomendable tomarla en momentos distintos a la medicación. Mientras tanto, anotemos otro tanto ya que puede ayudar a bajar un colesterol elevado.

Si tu aparato digestivo ha estado 'tocado' por el VIH, entiéndase dieta irregular, infecciones y el uso de antibióticos, antiparasitarios y otros medicamentos; puedes considerar el uso de probióticos que contengan acidófilos u otras bacterias 'amigas' que nos ayuden a restablecer el equilibrio idóneo de fauna y flora en el tracto intestinal. Hay estudios que muestran buenos resultados en reducción de la diarrea de la L-glutamina, un aminoácido disponible en forma de polvo. La dosificación en uno de los estudios que informó de mejoras sustanciales fue de 10gr tres veces al día.

Hay personas que han encontrado mejora de la diarrea crónica a través de la Medicina Tradicional China. En la actualidad contamos con un creciente cuerpo teórico que muestra los beneficios de la acupuntura en el sistema gastrointestinal. Según esta medicina entiende el cuerpo humano, el bazo se encarga de la función pancreática, la liberación de enzimas, la digestión y absorción de nutrientes así como de la destrucción de componentes viejos o anómalos. Siguiendo la medicina china, los riñones gobiernan el metabolismo acuoso e interacciona con todos los procesos metabólicos, incluida la reabsorción de agua en el intestino grueso. En algunas personas, la aplicación de agujas en puntos selectivos de los canales asociados a estos sistemas ha mostrado restaurar la función gastrointestinal. Ya son muchos los médicos que también tratan con hierbas para corregir deficiencias en el bazo y los riñones. Es bueno compartir nuestros tratamientos con todo el personal sanitario y recabar su opinión y conocimiento por posibles interacciones entre hierbas y medicamentos.

La buena noticia es que, antes de recurrir a los potentes antidiarreicos, hay montones de cosas que podemos hacer. Pruébalas según tu propia fórmula, ve paso a paso y resuelve la incógnita de la ecuación.

Bajo control

Qué pruebas hay que hacerse, cada cuándo y para qué sirven



Segunda parte de la serie dedicada a las recomendaciones oficiales de tratamiento de las personas con VIH elaboradas por el Plan Nacional del SIDA y GESIDA, estrenada en el número anterior. ¡Ojo!: la referencia en internet ha cambiado, y es ahora www.gesidaseimc.com. Como anexo os incluimos una tabla para entender la medición en logaritmos de la carga viral.

Como decíamos en nuestra primera parte, la evolución clínica, la carga viral plasmática (CVP) y la cifra de linfocitos CD4+ son los parámetros usados para tomar decisiones respecto al inicio y cambios en el tratamiento antirretroviral (TAR) y para hacer el seguimiento de la eficacia del mismo. Aunque se traten por separado, a la hora de valorar la eficacia del TAR deben considerarse conjuntamente. Las decisiones terapéuticas siempre deben ser individualizadas en cada paciente, y se valorarán según sus circunstancias particulares.

En la práctica debe efectuarse un control clínico a las 4 semanas del inicio de tratamiento y posteriormente cada 3-4 meses, salvo en los pacientes con inmunodepresión avanzada (el documento no lo especifica, pero podemos aventurar que sería por debajo de los 100 CD4), que deberían tener un seguimiento clínico más frecuente, al menos de forma inicial: los autores tampoco lo aclaran, pero según el grado de riesgo de complicaciones, una vez al mes o cada dos meses. Los controles biológicos (CVP, linfocitos CD4+) se efectuarán al mismo tiempo que los controles clínicos cada 3 o 4 meses, con las mismas excepciones. Es muy importante valorar la adhesión, la toxicidad (efectos secundarios) y las potenciales interacciones farmacocinéticas del TAR (si un fármaco tiene efecto sobre otro, y en qué sentido) en la primera visita clínica a las 4 semanas y posteriormente en cada control.

El recuento de linfocitos CD4+ se ha vuelto a situar como el criterio más importante para el inicio del TAR. Esta consideración deriva de la evidencia de múltiples cohortes en las que se demuestra que la cifra de linfocitos CD4+ es un factor pronóstico más importante de progresión clínica, riesgo de mortalidad y beneficio del TAR que la CVP. Por este motivo, debe realizarse un recuento de linfocitos CD4+ en la primera visita para adoptar decisiones respecto al inicio de TAR. Por el contrario, la cifra de linfocitos CD4+ es un criterio menos importante que la CVP para decidir cambios en el tratamiento: son las subidas de la carga viral las que lo sugerirán. El fracaso inmunológico (bajada de CD4+) suele ir precedido de fracaso virológico (carga viral detectable o elevada respecto a la anterior), y los cambios de TAR suelen estar condicionados por los valores de CVP.

El objetivo del TAR es conseguir una supresión lo más rápida y duradera posible de la replicación viral, lo que comúnmente conocemos como carga viral indetectable. Ahora bien, cabría apuntar que este objetivo se ha tenido en exceso como un valor absoluto, como si fuera lo único importante, insistiendo a las personas en tratamiento en aguantar efectos secundarios muy serios. Esta insistencia ha llevado en ocasiones a que el/la paciente prefiera abandonar la terapia, sin que el/la médico/a haya sabido ofrecer alternativas adecuadas

quizá menos potentes desde el punto de vista virológico, pero más acordes con el perfil individual.

La indetectabilidad de la carga viral es una meta que ha de valorarse pues junto con la calidad de vida tal como la define el/la usuario/a (no el médico), la posibilidad de efectos secundarios, y las perspectivas pactadas de adhesión al tratamiento.

Es importante obtener una CVP menor de 50/20 copias/ml, ya que se ha comprobado que sigue existiendo replicación viral en el tejido linfático en pacientes cuya CVP se sitúa entre 50 y 500 copias/ml. La duración de la respuesta virológica a 18-24 meses es mucho mayor en los pacientes que logran alcanzar una CVP <20 copias/ml, frente a aquellos que se mantienen con CVP entre 20 y 500 copias/ml.

Sin embargo, no queda claro desde el punto de vista clínico que siempre haya que cambiar el TAR en pacientes con una CVP baja. De hecho, en un estudio reciente, pequeñas elevaciones temporales (rebotes o *blips*) de la CVP (50-200 copias/ml) en pacientes con una respuesta virológica completa al TAR no se asociaron a una mayor incidencia de fracaso virológico tras 84 semanas de seguimiento. Algunos estudios han mostrado, sin embargo, un discreto mayor riesgo de fracaso en pacientes que experimentan rebotes frecuentes.

Respuesta virológica completa:

CVP <50/20 copias/ml a las 16-24 semanas. Todos estos pacientes tienen una respuesta virológica al mes (disminución > 1 log₁₀/ml) y a los 3-4 meses tienen una CVP indetectable por las técnicas convencionales.

No respuesta virológica:

Cualquiera de las siguientes situaciones definen la no respuesta virológica: a) disminución inicial <1 log₁₀/ml de la CVP a las 4-8 semanas tras el inicio o cambio de TAR; b) incremento de la CVP mayor de tres veces o >0,5 log₁₀/ml con respecto al valor mínimo si no se logró una CVP indetectable (<50 copias/ml); c) en los pacientes que tras alcanzar una CVP indetectable (<50 copias/ml), ésta vuelve a ser detectable en dos determinaciones consecutivas.

Las pruebas de resistencia

Tal y como se explica en una serie de artículos en otra sección de LO+POSITIVO, las resistencias son mutaciones del virus que le permite escaparse a la presión de los medicamentos antirretrovirales.

No todas las mutaciones tienen la misma importancia: para cada fármaco existen unas llamadas "principales", cuya emergencia está estrechamente ligada a la aparición de la resistencia en sí y que disminuyen la eficiencia biológica del virus ("fitness", en ocasiones traducido como vigorosidad), y otras "secundarias" que en menor medida también pueden contribuir a las resistencias y que en general modifican de forma positiva la "fitness" viral.

La aparición de variantes resistentes puede detectarse mediante pruebas llamadas genotípicas o fenotípicas. Las técnicas genotípicas detectan cambios específicos en los genomas de las enzimas que son dianas de la acción de los fármacos (la transcriptasa inversa y la proteasa), mientras que las técnicas fenotípicas determinan la respuesta de la mayoría de la población viral en presencia de concentraciones crecientes de los distintos fármacos. Explicado más sencillamente: las pruebas genotípicas te dicen qué antirretrovirales ya no funcionan, y las fenotípicas cuáles podrían funcionar aún.

El estudio de resistencias tiene utilidad para el manejo terapéutico óptimo de los pacientes: es de gran ayuda para saber cuál es el mejor tratamiento para la supresión del virus en cada momento.

Cuando una persona esté tomando terapia, según estas recomendaciones, el médico debe utilizar los tests genotípicos después de que falle la primera, la segunda y la tercera combinación. El fallo ha de ser virológico, esto es, que el abandono no se deba a problemas con los efectos secundarios o la tolerancia, sino con la subida de la CVP. A partir del cuarto fracaso, el uso de estas pruebas puede

tenerse en cuenta, porque a fin de cuentas tiene mucho más sentido saber qué te queda (test fenotípico) que no qué has descartado (genotípico).

Transmisión de resistencias

Las pruebas de resistencia también tienen un beneficio para la sociedad, en términos de salud pública, al incidir directamente en una mejor utilización del TAR y así probablemente disminuir la aparición de resistencias potencialmente transmisibles a través de prácticas de riesgo.

Ahora bien, hay un número indeterminado de personas que pese a no haber tomado ningún tratamiento, su población viral ya presenta cepas resistentes porque le fueron transmitidas.

En la literatura científica existen numerosos trabajos que han estudiado en los países desarrollados la frecuencia de resistencias primarias en pacientes con infección aguda (dentro de los seis meses desde la infección) y crónica por el VIH antes de recibir TAR. La prevalencia varía por países y por grupos poblacionales.

Teniendo en cuenta los estudios, los expertos españoles proponen que en personas sin TAR previo los tests de resistencia se recomienden en quienes vayan a recibir TAR durante la infección aguda; y sólo se consideren en la profilaxis postexposición (PPE) ocupacional en el caso fuente (por ejemplo, si en un hospital se da un pinchazo accidental, hacer la prueba en el/la paciente que tiene el VIH) y en las mujeres embarazadas.

Referencia:

El documento completo de las recomendaciones y sus tablas anexas puede descargarse de www.gesidaseimc.com

Vuelta al cole: los logaritmos

La carga viral o ARN de VH es la cantidad de virus, que se mide en términos absolutos y logarítmicos. Los logaritmos son medidas exponenciales que sirven para comprender la evolución (si el VIH avanza o se suprime) del virus.

Por ejemplo, un aumento de $1\log_{10}$, es decir, un logaritmo de base 10, puede darse tanto al subir de 1.000 a 10.000 copias como de 10.000 a 100.000: en ambos casos se ha añadido sólo un cero.

Podría pensarse que no es lo mismo una diferencia de 9.000 que de 90.000, pero en los dos ejemplos se ha multiplicado la cantidad por 10, lo que en términos del crecimiento de la replicación viral es una seria advertencia.

En esta tabla, que os puede ser de utilidad, se equiparan los logaritmos con el número absoluto de copias de ARN del VIH por mililitro de sangre.

log	copias/ml	log	copias/ml	log	copias/ml	log	copias/ml	log	copias/ml	log	copias/ml	log	copias/ml
		1,0	10	2,0	100	3,0	1.000	4,0	10.000	5,0	100.000	6,0	1.000.000
0,1	1	1,1	13	2,1	126	3,1	1.259	4,1	12.589	5,1	125.893	6,1	1.258.925
0,2	2	1,2	16	2,2	158	3,2	1.585	4,2	15.849	5,2	158.489	6,2	1.584.893
0,3	2	1,3	20	2,3	200	3,3	1.995	4,3	19.953	5,3	199.526	6,3	1.995.262
0,4	3	1,4	25	2,4	251	3,4	2.512	4,4	25.119	5,4	251.189	6,4	2.511.886
0,5	3	1,5	32	2,5	316	3,5	3.162	4,5	31.623	5,5	316.228	6,5	3.162.278
0,6	4	1,6	40	2,6	398	3,6	3.981	4,6	39.811	5,6	398.107	6,6	3.981.072
0,7	5	1,7	50	2,7	501	3,7	5.012	4,7	50.119	5,7	501.187	6,7	5.011.872
0,8	6	1,8	63	2,8	631	3,8	6.310	4,8	63.096	5,8	630.957	6,8	6.309.573
0,9	8	1,9	79	2,9	794	3,9	7.943	4,9	79.433	5,9	794.328	6,9	7.943.282

7.0 log = 10.000.000 copias/ml

El tratamiento del VIH en @smás jóvenes:

Un repaso de las ventajas y desventajas de los antirretrovirales en la población pediátrica [2]

En el número anterior de esta revista, se ofreció un repaso de las ventajas y desventajas para la población pediátrica de las combinaciones antirretrovirales basadas en los inhibidores de la transcriptasa inversa análogos y no análogos de nucleósido (ITIN e ITINN), así como en análogo de nucleótido. Estas pautas han sido elaboradas por el Grupo de Trabajo sobre Terapia Antirretroviral y Manejo Médico, un panel de expert@s estadounidense. Ahora os ofrecemos la segunda parte de este recopilatorio, esta vez dedicado a los inhibidores de la proteasa (IP) aprobados o a punto de autorizarse en Europa.

Ventajas y desventajas de las diferentes combinaciones de inhibidores de la proteasa (IP)

Ventajas

Desventajas

GENERALIDADES

Regímenes basados en IP

Ventajas de los IP:

- Ahorro de no análogos de nucleósido (ITINN)
- La eficacia clínica, virológica e inmunológica está bien documentada
- La resistencia a los IP requiere mutaciones múltiples
- Los IP atacan el VIH en dos fases de su replicación viral (transcriptasa inversa del virus y enzimas de la proteasa)

Desventajas de los IP:

- Complicaciones metabólicas: dislipidemia, mala distribución de las grasas, resistencia a la insulina, etc
- Posibles interacciones con muchos fármacos debido a que se metabolizan por vía de las enzimas hepáticas, por ejemplo la CYP3A4
- Número de pastillas mucho más elevado que con los regímenes basados en ITIN e ITINN para l@s que toman las formulaciones sólidas
- Sabor pésimo de las preparaciones líquidas, lo que puede afectar la adhesión al tratamiento

COMBINACIONES MUY RECOMENDADAS

lopinavir /ritonavir

- Coformulación disponible en líquido y en cápsulas
- Puede tomarse con comida

- Sabor pésimo de la formulación líquida (amargo), aunque no tanto como el de ritonavir solo
- Efecto de los alimentos (tendría que administrarse con comida)
- Ritonavir se relaciona con un número amplio de interacciones con fármacos (véase ritonavir)

nelfinavir

- Formulación en polvo para preparación líquida
- Pocos efectos adversos
- Puede tomarse con comida

- Diarrea
- Formulación en polvo poco tolerada
- Efecto de los alimentos (tendría que administrarse con comida)
- La dosis apropiada para l@s niñ@s más jóvenes no está bien definida
- Necesidad de administración de tres veces diarias para los niñ@s más jóvenes

ritonavir

- Formulación líquida
- Puede tomarse con comida

- Sabor pésimo de la formulación líquida (amargo)
- Intolerancia gastrointestinal
- Efecto de los alimentos (tendría que administrarse con comida)
- Presenta el número más amplio de interacciones con otros fármacos (es el inhibidor más potente de la enzima CYP3A4)

COMBINACIONES RECOMENDADAS COMO ALTERNATIVA

Ventajas

Desventajas

indinavir

- Disponible únicamente en cápsulas
- Posible incidencia superior de toxicidad renal en l@s niñ@s
- Exige una administración de tres veces diarias
- Exige tomar muchos fluidos
- Efecto de los alimentos (se tendría que administrar 1 hora antes y 2 horas después de la comida)
- Falta de datos farmacocinéticos en la población pediátrica

amprenavir

- Puede tomarse con comida

- Sabor pésimo de la formulación líquida (amargo)
- Por su posible toxicidad debido a una gran cantidad del excipiente glicol de propileno en la solución oral, no se puede usar en l@s niñ@s de menos de 4 años
- Prurito
- Requiere ingerir una gran cantidad de formulación líquida

No hay datos suficientes disponibles como para elaborar recomendaciones

fosamprenavir

- Profármaco oral de amprenavir, con un número más reducido de pastillas
- Puede tomarse con comida

- Prurito

saquinavir
en cápsulas
de gel blando

- No tendría que usarse como único IP en la población pediátrica
- Información limitada sobre la dosis apropiada para l@s niñ@s; necesitaría potenciarse con otro IP (por ejemplo ritonavir) para obtener concentraciones adaptadas, pero no se dispone de datos farmacocinéticos en esta población sobre las dosis apropiadas de este régimen
- Disponible únicamente en cápsulas
- Número de pastillas muy alto
- Tiene que tomarse con comida
- Pueden darse reacciones de fotosensibilidad

saquinavir
en cápsulas
de gel duro

- No tendría que usarse como único IP en la población pediátrica
- Información limitada sobre la dosis apropiada para l@s niñ@s; necesitaría potenciarse con otro IP (por ejemplo ritonavir) para obtener concentraciones adaptadas, pero no se dispone de datos farmacocinéticos en esta población sobre las dosis apropiadas de este régimen
- Disponible únicamente en cápsulas
- Número de pastillas muy alto
- Biodisponibilidad reducida; tiene que tomarse con comida

atazanavir

- Disponible en una sola dosis diaria (población adulta)
- Efecto inferior en los triglicéridos y el colesterol total que los otros IP (en la población adulta)

- Ningún dato disponible sobre la dosis pediátrica o la seguridad del fármaco en la población pediátrica
- No se dispone de una formulación líquida
- Efecto de los alimentos (tendría que tomarse con comida)
- Hiperbilirubinemia indirecta frecuente pero asintomática
- Se tiene que usar con cautela en las personas que ya presentan problemas del sistema de conducción (puede prolongar el intervalo P-R del electrocardiograma)

En el próximo número de LO+POSITIVO se abordarán las combinaciones antirretrovirales recomendadas en primera línea para el tratamiento del VIH en niñ@s.

La cara no se toca



La redistribución anómala de la grasa del cuerpo es un efecto secundario muy preocupante para las personas con VIH que tomamos tratamiento antirretroviral. En una cultura predominante en la que la imagen física se valora por encima de otras características personales, si nuestro cuerpo sufre estos cambios, a pesar de que la terapia que estemos tomando tenga éxito, empezamos a sentir que algo va mal y nos acucia la gestión de preguntas e inquietudes, que, con más o menos buena fe, surgen en nuestro entorno inmediato. Perder el trabajo, la pareja, ser exclud@ de un círculo social son ejemplos de rechazo hacia las personas con VIH y lipodistrofia. Las hay que llegan a no querer salir de casa porque apenas se reconocen en el espejo. Hoy en día las personas que deciden someterse a técnicas de reparación facial deben costearse este tipo de intervenciones con precios que alcanzan los tres mil o incluso seis mil euros en centros privados. Otras personas, al intuir estos cambios, prefieren dejar de tomar el tratamiento en un desesperado intento de frenar su progresión. Mientras, en España equipos de clinic@s concernid@s presentan resultados de pequeñas investigaciones que muestran con métodos científicos las serias consecuencias psicosociales de la lipoatrofia; o bien ofrecen datos de eficacia y seguridad de distintas técnicas de reparación facial. Sin embargo, la mayor parte de administraciones públicas, conscientes o no de la problemática, todavía no han tomado cartas en el asunto.

“La lipoatrofia grave puede producir un descenso significativo en la calidad de vida de l@s pacientes, asociándose a síntomas depresivos y ansiedad. Este descenso no se modifica por una mejor situación de la infección por VIH, o por las creencias del/de la paciente, aunque sí por un mayor soporte social.” Esta es una de las conclusiones a las que ha llegado un equipo del Hospital Ramón y Cajal de Madrid que ha realizado varios estudios sobre el impacto psicosocial de la lipodistrofia y cuyos resultados fueron presentados en el XI Congreso de la SEIMC (Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica) celebrado el pasado mes de mayo en Bilbao. [1]

Para llegar a esta conclusión se comparó prospectivamente un total de 58 personas con VIH y lipodistrofia con tres grupos controles: uno de personas con VIH en tratamiento sin lipodistrofia, otro grupo con VIH sin tratamiento y otro grupo sin VIH. Se midió con una escala de 46 puntos la ansiedad, depresión, repercusiones sociales, apoyo social percibido, calidad de vida, alteración de la imagen corporal, adhesión al tratamiento y cambios en la actitud hacia la medicación.

Diferencias de género

Otra investigación realizada con los mismos grupos de pacientes encontró que la gravedad de la lipoatrofia se correlacionaba con la incidencia de repercusiones sociales, siendo las mujeres las que tenían mayor preocupación por su cuerpo y más repercusiones sociales para la misma gravedad [2]. En este grupo de estudio la media de edad era de 43 años y un 22% eran mujeres. Los autores encontraron que la principal repercusión social referida por l@s participantes estribaba en evitar situaciones donde se sentían con mayor intensidad los cambios en la imagen corporal, o dicho en otras palabras, la propia auto-exclusión. En sus conclusiones este equipo asegura que

no se han identificado factores que eviten totalmente la existencia de estas repercusiones sociales.

¿Qué se puede hacer?

Además de estrategias terapéuticas experimentales y cambios de antirretrovirales dirigid@s a intentar frenar o revertir la lipoatrofia, para recuperar el aspecto de la cara la solución más inmediata -y en muchas ocasiones la única posible- es la reparación facial usando distintas técnicas para o bien aumentar el grosor de la piel de la cara o bien rellenar con una sustancia el hueco dejado por la pérdida de grasa.

Desde finales de los 90 se han ensayado diversas técnicas, casi siempre fuera de un contexto clínico y asumiendo la misma persona los riesgos: el implante de grasa propia, con el que se han observado altos índices de reabsorción en el tiempo y por lo tanto pérdida de efecto; el uso de sustancias de relleno que, después del descarte de colágenos y silicona, mantiene al gel de poliacrilamida (Aquamid®) como sustancia de elección pese a incógnitas como si será o no posible retirarlo de la cara a largo plazo; y la sustancia que más se ha estudiado más allá de nuestras fronteras, el ácido poliláctico (New Fill®), cuya acción consiste en estimular la parte interior de la piel para que crezca y ocupe el lugar cedido por la pérdida de grasa. Esta sustancia, que suele requerir retoques en el tiempo, es la primera que se ha sometido para su aprobación por parte de una agencia reguladora; en concreto la FDA, agencia del medicamento de EE UU, que en breve emitirá su fallo.

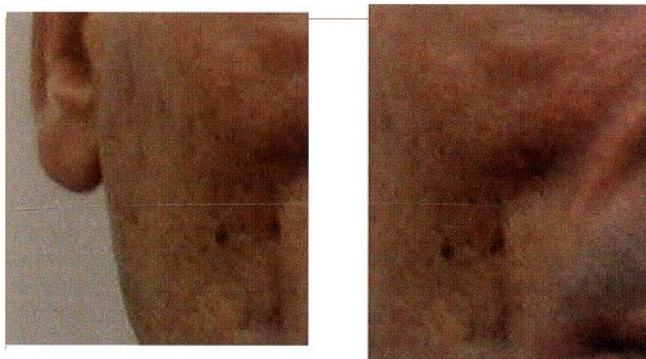
En España algunos equipos médicos han intentado ‘arreglar’ intervenciones, caso por caso, en los centros públicos consiguiendo la complicidad de los equipos quirúrgicos. Estos intentos están topando con muchas dificultades, como el precio de las sustancias

utilizadas, la carencia de indicación para lipoatrofia facial, la falta de partidas presupuestarias para hacerles frente, etc. Así en algunos hospitales, como el Clínic de Barcelona, sólo se han conseguido realizar implantes de grasa propia, aunque con un éxito limitado por la elevada tasa de reabsorción.

Ahora, un equipo de la Fundació de Lluita contra la SIDA del Hospital Germans Trias i Pujol en Badalona (Barcelona), liderado por la Dra. Eugènia Negredo, está llevando a cabo un ensayo clínico piloto, abierto y estratificado para evaluar la eficacia del tratamiento reparador en la lipoatrofia facial con las tres técnicas mencionadas.

Los objetivos primarios del estudio son: evaluar la eficacia clínica de estas técnicas a corto (6 meses) y largo plazo (24 meses) y evaluar los cambios en la calidad de vida y en el estado emocional tras las infiltraciones.

Los objetivos secundarios son: estudiar la tolerancia a la infiltración con los tres productos, estudiar la seguridad de las técnicas, evaluar los cambios en la adhesión al tratamiento antirretroviral tras las infiltraciones y realizar un estudio de farmacoeconomía comparando las tres estrategias terapéuticas.



Los criterios de inclusión, es decir, las condiciones que l@s candidat@s deben cumplir son: tener infección por VIH y estar en tratamiento antirretroviral durante más de 2 años; afectación de lipoatrofia facial de más de 6 meses de evolución referida por el/la paciente y objetivada por el/la médic@; y CD4 por encima de 150 células/mm³.

Los criterios de exclusión son: cambios en el tratamiento antirretroviral o interrupciones en los últimos 6 meses e intervenciones faciales previas con sustancias de relleno.

El estudio habrá inscrito al menos a 160 personas cuando finalice: unos 20 pacientes con grasa autóloga (de los que ya se han hecho 8); alrededor de 50 pacientes con ácido poliláctico (hechos 50, analizados 30); y unos 90-95 pacientes con gel de poliácridamida (hechos 90).

En la XV Conferencia Mundial del SIDA de Bangkok (Tailandia) se presentan resultados preliminares con un seguimiento de un año, aunque el pasado mes de junio ya se dieron a conocer resultados parciales de uno de los brazos, el que usó gel de poliácridamida [3], a 48 semanas con 90 pacientes, de los cuales el 80% eran hombres y con una edad media de 37 años. La media de volumen de esta sustancia inyectada por persona fue 5,5ml (rango 13-2ml).

Los efectos secundarios principales fueron: edema (observado en el 100% de los casos. Se trató de una afección mínima y localizada y que se resolvió en 1-2 días); y hematoma (23%, con una resolución espontánea en 4-5 días). Según l@s investigadores no se dio ningún caso de infección, ni de nódulos subcutáneos, y en 2 personas apareció una lesión cutánea local que se resolvió en días. En los prime-

ros meses se dio reabsorción del producto en un 14% de las personas siendo de un 10-20% del volumen infiltrado. En 2 casos hubo que retirar la sustancia.

Sobre los otros brazos, Negredo ha adelantado a LO+POSITIVO que al cabo de un año 7 de las 8 personas que recibieron grasa propia necesitaron retoques con gel de poliácridamida, y que 23 de las 30 con ácido poliláctico necesitaron también retoques. Según concluye, las complicaciones han sido pocas y en todos los grupos se ha observado una mejora estética y un incremento de la calidad de vida.

Con cargo a los sistemas públicos

Este estudio se está llevando a cabo con el apoyo de la citada fundación y sin coste para las personas, por lo que ha creado tal expectativa que en este momento existe una lista de personas candidatas a este tipo de intervenciones a la espera de que esta entidad pueda conseguir más fondos. Pero este equipo, ahora desbordado por las solicitudes, aboga por la inclusión de estas técnicas de forma rutinaria en los hospitales de los sistemas públicos.

En este sentido, el Dr. Esteban Martínez del Hospital Clínic de Barcelona ha declarado a LO+POSITIVO que en su opinión resultaría de gran utilidad que l@s pacientes españoles recibieran un escaneado DEXA anual, lo que permitiría evaluar, prevenir y actuar sobre la lipodistrofia. Martínez también defiende que la reparación facial se realice en los hospitales con cargo a los sistemas públicos de salud.

No obstante, fuentes de la comunidad médica sugieren que algun@s influyentes clinic@s españoles en SIDA serían reticentes a incluir estas medidas en las recomendaciones oficiales por el impacto económico que tendría su aplicación.

La administración catalana, sin embargo, a través del Programa de Drogodependencias y SIDA del Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalitat de Catalunya se ha mostrado abierta al diálogo. Esperemos que todo este cuerpo de datos que está generando la investigación y el impulso de la comunidad del VIH acabe por convencer a nuestras autoridades de la necesidad de que nuestros sistemas de salud asuman estas técnicas reparadoras.

REFERENCIAS:

- [1] A. Marín y col. Calidad de vida y variables psicológicas relacionadas en pacientes VIH con lipodistrofia. Abstract 039. XI Congreso de la SEIMC. Bilbao, 16-19 de mayo de 2004.
- [2] A. Marín y col. Identificación de factores que modifican las repercusiones sociales de la lipodistrofia en pacientes VIH positivos. Abstract 040. XI Congreso de la SEIMC. Bilbao, 16-19 de mayo de 2004.
- [3] E. Negredo y col. Tratamiento de la lipoatrofia facial asociada al VIH en un hospital universitario de Badalona. Aquamid®, encuentro de investigadores. Marbella (Málaga), junio de 2004.

La Noticia del Día

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 informad@ 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.

EL TRATAMIENTO ANTI-VHC FUNCIONA EN USUARIOS DE METADONA

LA MAYORÍA MANTIENE LA ADHERSIÓN Y LA PÉRDIDA DE RECURSOS ES LIMITADA

El uso activo de sustancias opiáceas, como la heroína o la metadona, ha sido utilizado con frecuencia como argumento para negar una asistencia médica y de calidad a los usuarios, bajo el argumento de que se trata de un despilfarro de recursos para hábitos de vida inestables.

Un estudio alemán pone en cuestión esa aseveración. Stefan Mauss y sus colegas de Dusseldorf y Berlín inscribieron a 100 pacientes con hepatitis C crónica, 50 de los cuales tomaban metadona y los otros 50 no habían tomado drogas intravenosas ni habían estado en mantenimiento con opiáceos durante

por lo menos 5 años. Los 100 fueron emparejados prospectivamente según el sexo, la edad, el genotipo del virus de la hepatitis C (VHC) y el ARN de VHC (carga viral de la hepatitis).

La terapia anti-VHC consistió en interferón pegilado alfa-2b (1,5g/kg a la semana) y ribavirina (1000-1200mg/día) durante 24 semanas para los genotipos 2 y 3 del VHC y de 48 semanas para los genotipos 1 y 4. El criterio de valoración (endpoint) primario fue ARN de VHC indetectable a las 24 semanas tras el tratamiento (respuesta viral sostenida, o RVS).

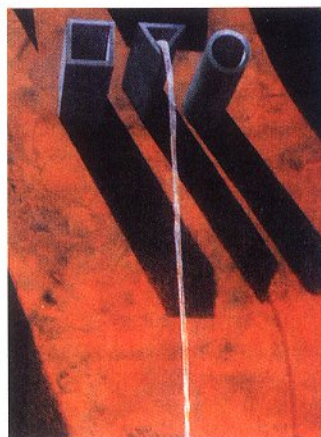
En las primeras 8 semanas de terapia, la interrupción debida a la no adhesión o por petición del paciente fue del 22% (11/50) en el grupo de metadona frente al 4% (2/50) en el grupo control ($p=0,02$). Después de la semana octava, no se dio una diferencia significativa en la interrupción por no adhesión o a petición del paciente (4/39 [10%] frente a 4/48 [8%]). En ningún momento surgió una diferencia en la interrupción de la terapia achacable al fracaso viral o a los efectos adversos (10/50 para el grupo de metadona frente a 6/50 para el grupo control, $p=0,41$).

Al final del tratamiento, el 50% (25/50) del grupo de metadona y el 76% (38/50) del grupo control tenían ARN de VHC indetectable ($p=0,01$). La RVS fue del 42% (21/50) en el grupo de metadona y del 56% (28/50) en el grupo control ($p=0,16$). No se reportaron sucesos psiquiátricos graves en ninguno de los dos brazos.

El equipo alemán concluye que el interferón pegilado y la ribavirina parecen razonablemente seguros y suficientemente eficaces en personas en mantenimiento con metadona. Los pacientes que interrumpieron la terapia por no adhesión o a petición propia lo hicieron temprano, lo que limita el coste de un abordaje no exitoso del tratamiento.

Fuente: NATAP (www.natap.org)

Referencia: STEFAN MAUSS ET AL. *A prospective controlled study of interferon-based therapy of chronic hepatitis C in patients on methadone maintenance*. Hepatology. Volume 40, Issue 1, July 2004.



muy breves

ADVERTENCIA SOBRE EL USO DE VIAGRA, CIALIS O LEVITRA CON INDINAVIR

La FDA ha realizado una advertencia a las personas que tomen indinavir y los fármacos para facilitar la erección sildenafil (Viagra®), tadalafil (Cialis®) o vardenafil (Levitra®) sobre las posibles interacciones y efectos secundarios. "Si tomas alguno de estos medicamentos con Crixivan, puedes tener riesgo de efectos secundarios como baja presión sanguínea, cambios en la visión y erección del pene durante más de 4 horas (...). Si una erección dura más de 4 horas, deberías buscar inmediatamente asistencia médica para evitar un daño permanente en tu pene. Tu médic@ puede explicarte estos síntomas", reza ahora el nuevo prospecto. En la misma sección se desaconseja el uso conjunto de indinavir con el nuevo IP atazanavir (Reyataz®) puesto que ambos pueden incrementar los niveles de bilirrubina en sangre.

Fuente: Food and Drug Administration / Elaboración Propia

ESCRIBIR SOBRE SENTIMIENTOS PUEDE SUBIR LAS DEFENSAS

Según un equipo de investigadores de Nueva Zelanda y EEUU escribir sobre aspectos emocionales parece reducir el estrés en personas con VIH y podría mejorar las respuestas inmunes.

El Dr. Kevin J. Petrie y colaboradores de la Universidad de Auckland, Nueva Zelanda, señalan que un meta-análisis de estudios que incluyen este tipo de trabajo emocional por parte de pacientes con asma y artritis ha mostrado "mejoras consistentes y significativas de salud tras la expresión emocional por escrito".

En el número de marzo/abril de *Psychosomatic Medicine* los investigadores describen su investigación en un grupo de pacientes con VIH. Se inscribieron 37 personas distribuidas aleatoriamente a un grupo de escritura sobre emociones o a un grupo control, se les realizó una evaluación individual y luego se les asignó para escribir durante 30 minutos y 4 días consecutivos en una habitación privada iluminada cálidamente.

Todos los textos eran anónimos y se pidió a las personas del grupo de estudio que exploraran sentimientos profundos que no hubieran expresado previamente. "A l@s participantes se les dijo que podían escribir sobre aspectos relacionados con el VIH u otros temas de importancia emocional para ell@s."

A l@s participantes del grupo control se les pidió que escribieran objetivamente sobre cómo ocupan su tiempo.

Las personas en el grupo emocional dieron una valoración superior a la experiencia que las del grupo control. Además, el Dr. Petrie declaró: "Los recuentos de linfocitos CD4 se incrementaron gradual y continuamente en el grupo de escritura emocional en los 6 meses posteriores a las sesiones, mientras que no hubo cambios en el grupo control".

Estos hallazgos, concluye Petrie, vienen a mostrar lo mismo que otros estudios que sugieren que las personas con VIH "que no hablan sobre sus sentimientos, tienen un empeoramiento más rápido de su salud".

Fuente: www.hivandhepatitis.com / Reuters Health

Referencia: *Psychosom Med* 2004;66:272-275.

BI ACONSEJA NO TOMAR TIPRANAVIR EN COMBINACIÓN CON OTROS INHIBIDORES

Tipranavir (TPV) es un inhibidor de la proteasa (IP) en desarrollo por la multinacional alemana Boehringer Ingelheim (BI), que se espera sea útil en terapia de rescate al potenciarse con ritonavir (TPV/r). Ahora, en una carta a l@s investigadores, BI detalla los resultados interin del estudio B1182.51 (que deben considerarse preliminares hasta que se completen las 24 semanas) que indican que los niveles de saquinavir, amprenavir y lopinavir se reducen de forma considerable al combinarse con TPV/r, lo que desaconseja su combinación. Pese a desaconsejar el uso de TPV/r junto con esos otros 3 IP y de carecer de recomendaciones concretas sobre ajustes de dosis, y atendiendo la alta variabilidad en las situaciones personales, BI permitirá regímenes con dos IP potenciados que se fundamenten en razones clínicas caso por caso. La compañía advierte, no obstante, que sólo permitirá el uso de SQV, LPV y APV como parte de un régimen doble de IP potenciados que incluya TPV, lo que excluye a otros como atazanavir.

Fuente: Lista de distribución de EATG.

INTERACCIONES DEL ANTIDEPRESIVO TRAZODONA CON LOS INHIBIDORES DE LA PROTEASA

La trazodona es un fármaco antidepresivo de última generación que en España lo comercializa la casa italiana Farma-Lepori bajo el nombre Deprax. Ahora la FDA advierte de que los estudios del metabolismo del fármaco *in vitro* sugieren que hay una potencial interacción farmacológica cuando trazodona se administra con los inhibidores del CYP3A4: ketoconazol, ritonavir e indinavir, por lo que debería considerarse una dosis más baja de este antidepresivo. Este aviso también afecta a las dosis de ritonavir que se utilizan para potenciar otros IP, como lopinavir (Kaletra), fosamprenavir, atazanavir y saquinavir.

Fuente: www.aegis.com

TENOFOVIR, EMTRICITABINA Y EFAVIRENZ EN UNA SOLA PASTILLA

Gilead Sciences, Bristol-Myers Squibb (BMS) y Merck se han puesto de acuerdo para integrar en una única pastilla los antirretrovirales tenofovir (TFV, Viread), emtricitabina (EMT, Emtriba), ambos de Gilead, y efavirenz (EFV; BMS lo comercializa en EE UU, Canadá y varios países europeos bajo el nombre de Sustiva, y Merck en el resto del mundo bajo el nombre de Stocrin). Se trata de la primera iniciativa de este tipo en el campo del VIH, donde hasta ahora estábamos acostumbrad@s a ver fórmulas combinadas de antirretrovirales de una misma compañía, como es el caso de Combivir (AZT más 3TC) o Kaletra (lopinavir más una pequeña dosis de ritonavir). L@s activistas han tildado a estos medicamentos de "combinaciones incestuosas" y habían reclamado con insistencia a las compañías que se pusieran de acuerdo para integrar sus diferentes antirretrovirales, hasta ahora sin éxito.

Fuente: Elaboración propia / Comunicado de prensa conjunto de Gilead, BMS y Merck.

OPINIÓN FAVORABLE PARA LA APROBACIÓN DE FOSAMPRENAVIR EN EUROPA

Según un comunicado de la Agencia Europea del Medicamento con fecha de miércoles 24 de marzo, el Comité de Especialidades Farmacéuticas (CPMP, en sus siglas en inglés) ha recomendado a dicha agencia la autorización de comercialización del nuevo inhibidor de la proteasa (IP) fosamprenavir con el nombre comercial de Telzir®. Fosamprenavir (FAPV) es un profármaco del ya disponible IP de GlaxoSmithKline amprenavir (Agenerase®), lo que significa que este producto se convierte en amprenavir, su forma activa, una vez en el organismo y durante el proceso de absorción. Con el profármaco el compuesto se absorbe mejor, es decir, se alcanzan niveles similares de amprenavir tomando menos cantidad de producto. Una vez aprobado se iniciará el proceso de negociación del precio y se prevé su comercialización en España a finales de este año o principios de 2005.

Fuente: Agencia Europea del Medicamento (EMA) / www.emea.eu.int

muy breves

ALTA PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PERSONAS CON VIH EN ESPAÑA

En el estudio CUORE se analiza de forma prospectiva la evolución de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) antes y después de la introducción de tratamiento antirretroviral con nelfinavir, así como el efecto de una intervención protocolizada de disminución de riesgo.

En el XI Congreso de la SEIMC (Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica), celebrado el pasado mes de mayo en Bilbao, se presentaron datos correspondientes a la visita basal de un total de 596 pacientes VIH+ de 76 hospitales de 16 comunidades autónomas. Un 43% de estas personas era naïve al tratamiento, el 75% varones, con una mediana de edad de 38 años, con una mediana de CD4 en el momento de inclusión de 228 células/mm³ y de carga viral de 37.000 copias/ml. El 73% eran fumadores y de éstos el 82% fumaba más de 10 cigarrillos diarios. El 8% tenía hipertensión arterial o usaba antihipertensivos, un 15% estaba en edad de mayor riesgo (>45 años en hombres o >55 años en mujeres), un 10% tenía historia familiar de enfermedad cardiovascular prematura y un 5% tenía antecedentes de cardiopatía isquémica o equivalente (incluyendo diabetes mellitus).

En cuanto al perfil de lípidos las medianas de colesterol total, LDL, HDL y TG eran de 164, 96, 41 y 128mg/dl respectivamente, el

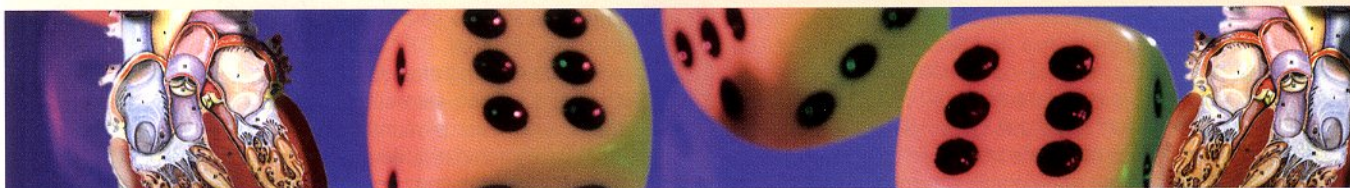
49% tenía colesterol HDL (también conocido como colesterol 'bueno') por debajo de 40mg/dl y sólo un 15% tenía colesterol HDL igual o superior a 60mg/dl. El 38% de esta cohorte tenía dos o más FRCV clásicos. Sin embargo se observaron diferencias en la prevalencia de éstos entre las personas de distintas comunidades autónomas, siendo el consumo de tabaco superior en La Rioja (79%) y Comunidad Valenciana (78%) y algo inferior en Cataluña (63%), Asturias (67%) y Madrid (69%). La prevalencia de colesterol HDL < 40mg/dl oscila entre un 58% en Cataluña y un 33% en Asturias y La Rioja.

El equipo del grupo de estudio CUORE señala en sus conclusiones que en esta cohorte las personas con VIH presentan una elevada prevalencia de FRCV, siendo los factores con más impacto el consumo de tabaco y la hipocolosterolemia (HDL <40mg/dl). Asimismo, apuntan que "el carácter reversible de estos factores de riesgo cardiovascular nos permite suponer que es posible reducir de forma efectiva el riesgo cardiovascular de los pacientes infectados por VIH".

En próximos encuentros científicos esta cohorte irá aportando más datos que arrojarán luz sobre la salud cardiovascular de las personas con VIH en España.

Fuente: Elaboración propia

Referencia: P.LABARGA Y COL. *Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en una cohorte de pacientes VIH en España (Estudio Coure)*. Abstract 045. XI Congreso de la SEIMC. Bilbao, 16-19 de mayo de 2004.



TESTOSTERONA PARA FACILITAR EL AUMENTO DE PESO EN LAS MUJERES CON VIH

Los resultados de un estudio doble ciego y con control placebo llevado a cabo por el Dr. Dolan del Hospital General de Massachussets en Boston, EE UU, sugieren que las mujeres con VIH y niveles bajos de andrógeno podrían beneficiarse del uso de testosterona para ganar peso.

Esta investigación incluyó a 57 mujeres con VIH con niveles de testosterona libre inferiores a la mediana del nivel normal de referencia y con peso corporal por debajo del 90% del peso ideal (o con pérdida de peso superior al 10%). Las mujeres fueron aleatorizadas para recibir testosterona por vía transdérmica (4mg por parche) dos veces a la semana (n=29) o un placebo (n=28) durante seis meses.

Para evaluar el efecto del tratamiento, se calculó la masa muscular a través de la excreción de creatinina en la orina, y la función muscular mediante la Prueba Cuantitativa Tufts de Función Muscular.

Al inicio del estudio todas las mujeres tenían un peso corporal bajo (Índice de masa corporal = 20,6 +/-0,4kg/m²), una pérdida de peso significativa en comparación con los niveles máximos antes de enfermarse (18,7 +/-1,2%), y una función muscular reducida.

Entre las mujeres que recibieron testosterona, hubo un aumento significativo de los niveles de testosterona en

comparación con el control placebo (niveles totales: 37 +/-5 frente a -2 +/-2ng/dl, p<0,0001; testosterona libre: 3,7 +/-0,5 frente a -0,4 +/-0,3pg/ml, p<0,0001). Los autores del estudio observaron que la testosterona estaba bien tolerada, sin ningún efecto adverso en la función inmunitaria, los lípidos, la glucosa, la función hepática, la composición corporal o el aumento de vello corporal (hirsutismo).

También señalaron incrementos en la masa muscular con el uso de testosterona en comparación con el placebo (1,4 +/-0,6 frente a 0,3 +/-0,8kg, p=0,082), así como en la función muscular en el hombro (0,4 +/-0,3 frente a -0,5 +/-0,3kg, p=0,023), los codos (0,3 +/-0,4 frente a -0,7 +/-0,4kg, p=0,036), la extensión del codillo (0,2 +/-1,0 frente a -1,7 +/-1,3kg, p=0,019) y la flexión del codillo (0,7 +/-0,5 frente a 0,3 +/-0,7kg, p=0,036). Sin embargo las diferencias no fueron significativas, lo que se podría explicar por el hecho de que el uso de esteroides tendría que combinarse con ejercicios físicos regulares para mejorar el aumento de peso magro.

Según el Dr. Dolan: "El uso de testosterona está bien tolerado y mejora la fuerza muscular en las mujeres con VIH de bajo peso. Podría tratarse de una terapia complementaria eficaz para mantener la función muscular en las mujeres con VIH sintomáticas, aunque se ha de encontrar la estrategia para optimizar las dosis".

Fuente: HIV Treatment Bulletin, Vol. 5, No. 3, April 2004 - POLLY CLAYDEN, HIV i-Base (www.i-base.org.uk)

Referencia: DOLAN S, WILKIE S, ALIABADI N ET AL. *Effects of testosterone administration in HIV-infected women with low weight: A randomised, placebo-controlled study*. 11th CROI 2004, Abstract 151.

Más noticias en español

El sitio *web* www.gtt-vih.org ha incorporado una nueva sección de información diaria sobre tratamientos del VIH, paralela a "La Noticia del Día". Se llama "Actualización en Tratamientos", y consiste en la versión en español de las

Las opciones contraceptivas de las mujeres que viven con VIH dependen del estado serológico de sus parejas sexuales

01-06-2004

Las mujeres que viven con VIH eligen formas distintas de contracepción dependiendo del estado serológico de sus parejas sexuales, según un estudio francés que se publica en la edición del 1 de junio de la revista *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. Mientras que las mujeres con parejas sexuales seronegativas tienden a usar condones, el uso de contraceptivos orales y dispositivos intrauterinos (DIU) es más frecuente entre mujeres con parejas sexuales seropositivas.

Ciclos cortos intermitentes de TARGA mantienen la carga viral indetectable, pero no incrementan los recuentos de CD4

03-06-2004

Un pequeño estudio del tipo 'prueba de concepto' ha mostrado que el tratamiento de una vez al día con ddl (didanosina), 3TC (lamivudina) y efavirenz en un régimen semana sí, semana no (WOWO, en sus siglas en inglés) suprime eficazmente la carga viral durante 72 semanas. Sin embargo, el régimen no causa incrementos significativos en el recuento de células CD4. Este estudio aumenta el volumen creciente de datos que sugieren que los regímenes de ciclos cortos intermitentes tienen poca probabilidad de ofrecer un beneficio en el tratamiento de la infección por VIH.



Canadá dobla los fondos de la iniciativa del 3x5 de la OMS con una promesa de donación de 61 millones de euros

12-05-2004

El día 11 de mayo de 2004 Paul Martin, Primer Ministro canadiense, hizo una promesa de donación de 100 millones de dólares canadienses, que corresponden a 61 millones de euros, a la iniciativa del 3x5 de la Organización Mundial de la Salud que pretende ofrecer tratamiento antirretroviral a tres millones de personas que viven con VIH desde ahora hasta 2005.

La presencia de VIH en las secreciones genitales varía con el ciclo menstrual de las mujeres

07-06-2004

La presencia de VIH en las secreciones vaginales y cervicales varía con el ciclo menstrual de las mujeres, según un estudio publicado en el número del 15 de junio de la revista *Clinical Infectious Diseases*, actualmente disponible en línea. Estos hallazgos sugieren también que el riesgo de transmisión del VIH puede ser más alto en momentos específicos del ciclo menstrual.

informaciones publicadas por la ONG británica NAM. En esta página os hemos seleccionado unos cuantos títulos con un breve fragmento: si os atraen, ¡podéis leerlas completas en internet!

Dejar nevirapina cinco días antes que los nucleósidos puede evitar la resistencia

21-05-2004

Dejar la nevirapina de una TARGA basada en nevirapina 5 días antes que los nucleósidos cuando se ha decidido dejar o interrumpir el tratamiento parece ser una "estrategia razonable" y no se asoció con indicios de mutaciones de resistencia ni a nevirapina ni a 3TC, según los resultados de un estudio con 9 pacientes que han sido publicados en la edición de mayo de *HIV Medicine*.



TARGA ha conducido a una reducción importante de la incidencia de SK en Europa

24-05-2004

La incidencia de sarcoma de Kaposi (SK), cáncer definitivo de SIDA, ha descendido significativamente en Europa desde la introducción de TARGA, según un estudio prospectivo de cohorte publicado en la edición del 15 de junio de *Cancer*, que ahora está disponible en línea. Los investigadores del estudio EuroSIDA encontraron que sólo el 1% de los pacientes que empezaron tratamiento con TARGA desarrollaron SK, y que el factor de riesgo principal para el desarrollo de SK fue una pobre respuesta inmunológica a TARGA. Sin embargo, informan que el SK no ha desaparecido, puesto que alrededor del 6% de las personas diagnosticadas con SIDA todavía tienen SK.

Las citologías pueden no ser muy precisas en la detección de lesiones anales precancerígenas de alto grado

10-05-2004

Puede que las citologías no tengan un valor pronóstico muy preciso en la detección de lesiones anales precancerígenas de alto grado que puedan desembocar en cáncer anal, según se desprende de un estudio estadounidense publicado en la edición de 15 de mayo de la revista *Clinical Infectious Diseases*, la cual está ya disponible en su versión electrónica. Recientemente se ha debatido mucho sobre la oportunidad de ofrecer citologías a hombres gay con infección anal por VPH, especialmente ahora que varios estudios han indicado no sólo que los hombres VIH+ presentan un mayor riesgo de padecer cáncer anal sino también que TARGA no parece reducir el riesgo. Estos hallazgos redundan en la importancia de un estricto monitoreo de personas con células anales anormales.

Se informa de cinco casos de aumento de pecho causado por efavirenz

19-05-2004

Se han detectado cinco casos de aumento de pecho (ginecomastia) en personas VIH positivas en cuyo tratamiento TARGA se incluía efavirenz (Sustiva™), según publica un equipo de doctores españoles en la edición de mayo de *The Breast Journal*.

doctorXpress

XI Conferencia sobre Retrovirus e Infecciones Oportunistas: La opinión de médicos españoles San Francisco (EE UU), 8-11 de febrero de 2004

Entrevistas por Xavier Franquet (gTt) y Marion Zibelli (gTt) a Pere Domingo (Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona), Lidia Ruiz (Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona) y María Pena (Hospital Son Dureta, Palma de Mallorca). Durante la undécima edición de la CROI, aprovechamos la presencia de varios especialistas del VIH españoles para recoger sus impresiones sobre la conferencia y preguntarles qué está ocurriendo en la práctica clínica por lo que hace a temas clave del encuentro.

doctorXpress: En la Conferencia se han presentado los resultados de estudios que muestran altas tasas de fracaso terapéutico y la emergencia de resistencias con terapias basadas únicamente en análogos de nucleósido, incluido el nucleótido tenofovir. En la práctica clínica, ¿qué está ocurriendo? ¿Tenéis personas que están tomando este tipo de terapias?

Pere Domingo: No, rotundamente no.

Lidia Ruiz: No, tampoco.

María Pena: Yo creo que en nuestro hospital hay muy pocos pacientes que están con tres análogos y los que están con tres análogos es porque no les quedaban otras alternativas, por razones de toxicidad o porque han desarrollado resistencias a los otros antirretrovirales. Entonces sí que tenemos algunos pero serán diez o doce, muy pocos.

doctorXpress: ¿Tenéis pacientes que estén tomando atazanavir en acceso expandido?

Pere Domingo: Sí.

Lidia Ruiz: Sí.

María Pena: Sí.

doctorXpress: ¿Qué uso le estáis dando a atazanavir en estos casos? ¿Potenciado? ¿No potenciado?

Pere Domingo: Nosotros, los que tenemos, la mayor parte son simplificaciones y lo damos sin potenciar.

Lidia Ruiz: Nosotros también. No potenciado.

María Pena: Se usa en la indicación de pacientes que desarrollan altos niveles de lípidos, y siempre potenciado.

doctorXpress: Y ¿cuál es el uso que haréis cuando se comercialice el fármaco? La Agencia Europea del Medicamento, de entrada, ha aprobado su uso sólo con ritonavir.

Pere Domingo: Lo mismo. Simplificaciones. No potenciado

Lidia Ruiz: Lo mismo.

María Pena: En principio será éste, potenciado. Si se vieran altos niveles de lípidos potenciado con ritonavir, entonces supongo que sería no potenciado.

doctorXpress: Unos días antes del inicio de la CROI, Gilead publicó los resultados a 144 semanas del estudio 903. ¿Creéis que son datos ya definitivos? ¿Creéis que tenofovir puede desplazar definitivamente a d4T en primera línea?

Pere Domingo: Probablemente con estos datos, sí.

Lidia Ruiz: Yo creo que sí.

María Pena: La verdad, no lo sé. Porque tenofovir es un buen fármaco y se está usando mucho pero no sé si desplazará a d4T.

doctorXpress: ¿Cuál es vuestra opinión sobre los estudios que ahora empiezan a realizarse sobre Kaletra en monoterapia y biterapia?

Pere Domingo: Demasiadas pastillas para una buena terapia tal y como están ahora las cosas. Pero dicen que se están preparando para tener dos pastillas cada 12 horas. Si consiguen reducir el número de pastillas de Kaletra, la cosa mejorará.

Lidia Ruiz: Sí, para la potencia, es interesante.

María Pena: La verdad es que no los conozco. No estamos llevando a cabo ningún estudio de este tipo y no creo que se vaya a entrar en estos estudios por el momento.

doctorXpress: ¿Cómo veis la eficacia a largo plazo de estas estrategias?

Pere Domingo: Esto está por ver.

Lidia Ruiz: A ver...

doctorXpress: ¿Lo veis como un tratamiento para periodos largos o para casos determinados en los que no haya otra posibilidad que mantener el paciente en Kaletra?

Lidia Ruiz: No, yo creo que puede ser para periodos largos también.

Pere Domingo: Yo también.

Lidia Ruiz: Es una terapia potente. Mientras el paciente tenga una carga viral indetectable, se puede mantener.

Pere Domingo: Los datos no son tan malos y puede ser, ¿por qué no? Es un terreno a explorar. Es un fármaco que lo permite. Con otros, no sería posible.

doctorXpress: ¿Cuál es vuestra opinión sobre la posibilidad de que aumente en Europa el precio de ritonavir? Como sabréis, en EE UU ha aumentado el 400%.

Pere Domingo: Esto creo que es inmoral, básicamente. No creo que puedan aumentarlo al menos de que haya una razón muy objetiva como para justificarlo.

Lidia Ruiz: ¿Cómo justifica la compañía el aumento?

doctorXpress: Ellos dicen que en el momento de comercializar el producto, hicieron los cálculos y establecieron el precio basándose en su uso terapéutico en una combinación pero no en su uso con dosis pequeñas. Y ahora quieren recuperar sus inversiones.

Pere Domingo: Exacto, esto es la impresión que da.

María Pena: Sí, me imagino que el precio de ritonavir ha subido porque se están utilizando dosis pequeñas. Se usa sobre todo como potenciador y se utiliza poquísimas en dosis terapéuticas.

doctorXpress: Sucede que al aumentar el precio de ritonavir, aumenta el de todos los inhibidores de la proteasa potenciados con ritonavir, salvo Kaletra porque ya lleva el potenciador dentro de su fórmula y la compañía no prevé aumentar su precio.

Pere Domingo: Es para impedir que les desplace otro fármaco. Obviamente les da mucho miedo atazanavir.



Dr. Pere Domingo

Dra. María Peña

Dra. Lidia Ruiz

doctorXpress: ¿Qué opináis sobre el precio de T-20? ¿Creéis que el precio pueda a ser un obstáculo para su uso?

Pere Domingo: Obstáculo desde luego que no.

Lidia Ruiz: El producto es caro, pero lo que ocurre es que la producción es muy difícil, o sea para llegar a producir T-20, se necesitan muchos pasos bioquímicos y es la razón que encarece este producto. Yo no sé si esto está justificado o no, lo que sí que sé es que esto se debe a la producción.

Pere Domingo: Sí, ciertamente se trata de una estructura molecular muy complicada.

Lidia Ruiz: Ahora, no sé lo fácil o difícil que es intentar que el uso no sea por vía subcutánea, pero tendrían que intentar mejorar este aspecto que por el momento es un poco complicado. Sé que hay pacientes que lo toleran bastante mal, no en sí porque tenga efectos tóxicos pero sí por la forma de administración. Otros lo toleran muy bien.

María Peña: No, yo creo que no. Es un medicamento carísimo pero se dará a los pacientes para los que resulta vital.

doctorXpress: En esta conferencia se ha presentado un estudio farmacocinético que muestra que atazanavir administrado junto a saquinavir + ritonavir resulta en aumentos de las concentraciones de saquinavir. ¿Cuál es vuestra opinión? ¿Pensáis que atazanavir se podría usar como potenciador?

Pere Domingo: No he visto el estudio y además creo que atazanavir tiene poca actividad sobre el citocromo P450 y no creo que pueda actuar como potenciador.

María Peña: Sí, he visto este estudio pero lo he visto por primera vez. Y me parecía que como se trata de atazanavir potenciado por ritonavir, era el ritonavir que potenciaba a los otros dos fármacos y no atazanavir por sí solo.

doctorXpress: Existe una creciente preocupación sobre el aumento de la mortalidad en las personas coinfectadas. En España no existe un registro de las muertes no asociadas al SIDA entre las personas con VIH. ¿Cuál es vuestra impresión? ¿Tenéis datos en vuestros hospitales de las muertes no asociadas al SIDA entre las personas con VIH?

Lidia Ruiz: Nosotros tenemos datos pero la verdad es que no están analizados. Registramos los datos, pero valdría la pena realizar un estudio, incluso multicéntrico, para ver realmente cuáles son las causas de muertes no asociadas al SIDA y si existe una relación con la coinfección. Por el momento no lo sabemos.

Pere Domingo: Nosotros lo registramos y la verdad es que de todos los fallecimientos, unos 23 al año, la mitad son por cirrosis en personas coinfectadas. El resto son condiciones malignas relacionadas o no con el VIH/SIDA.

María Peña: Me imagino que en mi hospital habrá un registro.

doctorXpress: Y en los casos de muertes por fallo hepático, ¿qué estáis viendo más: fallo hepático por toxicidad farmacológica o por evolución de la hepatitis?

Pere Domingo: Por hepatitis. Casos de cirrosis en fase terminal. Sin duda.

Lidia Ruiz: Sí.

María Peña: Por hepatitis.

doctorXpress: Hace ahora un año de la presentación del estudio 2NN en Boston. ¿Qué impacto han tenido estos resultados en vuestra práctica clínica? ¿Consideráis nevirapina equiparable a efavirenz?

Pere Domingo: No. Definitivamente. Si miras estadísticamente los grupos y cómo están, y tantas veces nos han repetido los intervalos de confianza. No se puede decir lo que se dice. No son iguales.

Lidia Ruiz: No. No son iguales.

Pere Domingo: La impresión que tengo en la práctica clínica diaria es que efavirenz es mucho más potente.

María Peña: Yo creo que nunca ha sido equiparable. No lo habíamos considerado antes de este estudio y por la práctica clínica parece efavirenz más potente.

doctorXpress: En vuestros centros, ¿usáis Control Terapéutico de Fármacos (TDM)? Y si lo usáis, ¿en qué casos?

Pere Domingo: No. Nosotros, no.

Lidia Ruiz: Nosotros estamos empezando a utilizarlo, mirando niveles e intentando ajustar la dosis pero es muy preliminar. Todavía hay pocos datos.

María Peña: No. Se hicieron durante un tiempo por un estudio pero se dejaron de hacer. En la práctica clínica no se realizan.

doctorXpress: ¿Qué estáis haciendo para el manejo de la neuropatía en el momento y qué opináis, si lo habéis visto, de la presentación del Dr. Simpson sobre el uso tópico de capsaicina?

Pere Domingo: Muy buena. A mí me gustó mucho. Es de lo mejor que he visto. ¿Qué estamos haciendo para manejar la neuropatía? Pues, retirar los fármacos y dar tratamientos con Neurontin®. Y también hemos utilizado capsaicina, pero no la presentación que tienen ellos de alta potencia sino dosis más pequeñas.

Lidia Ruiz: Sí, lo mismo.

María Peña: De momento el manejo de la neuropatía es un poco difícil. Se cambia el fármaco relacionado por ejemplo d4T, ddI, si es posible. Se tratan también los síntomas con neuropépticos. En cuanto a la conferencia tampoco dijo nada nuevo y tampoco ha presentado tratamientos que se han mostrado muy eficaces como la capsaicina que tiene muchos efectos secundarios.

doctorXpress: ¿Cuál es vuestra opinión sobre el estado de la investigación en el campo de los microbicidas y de las vacunas contra el SIDA?

Lidia Ruiz: De microbicidas no sabría decirte porque no estoy trabajando en este campo. En cuanto a vacunas, yo pienso que es un terreno muy complicado. En nuestro grupo estamos trabajando en este campo dentro de un equipo internacional, pero realmente los resultados no son prometedores. Es complicado trabajar en vacunas. La diversidad de subtipos y la variabilidad de la envoltura hace difícil la eficacia de una vacuna hoy por hoy, pero se está trabajando en ello.

Pere Domingo: Desde mi punto de vista la cosa va para largo.

María Peña: Supongo que se están haciendo cosas pero yo lo desconozco bastante todo esto.

doctorXpress es un proyecto informativo del Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt) que incluye artículos científicos y médicos con profundidad sobre ciencia básica y clínica del VIH, sus patologías asociadas y tratamientos. Recogen los estudios más recientes, abordan los encuentros y conferencias y hacen repases actualizados de áreas especializadas. Para recibir **doctorXpress** por correo electrónico y de forma gratuita puedes suscribirte en www.gtt-vih.org/BOLETIN.

En este mismo portal puedes consultar todos los números de **doctorXpress** publicados hasta la fecha.

Alianza *"Unión de personas, entidades o elementos que cooperan para alcanzar un fin común"*



Para afrontar los grandes retos es necesario sumar esfuerzos. Por eso Boehringer Ingelheim crea la Alianza, para mejorar el bienestar del paciente con VIH. Una iniciativa que abarca todas las perspectivas: Investigación, Formación, Actualidad, Solidaridad, Tratamiento y Novedades. Unas áreas que nacen desde la Alianza para ser una ayuda y un apoyo constantes en el VIH. Porque así, entre todos, podremos conseguir mejores resultados.



Alianza

Sumando Esfuerzos en VIH



Boehringer
Ingelheim

Virología

Criaturas en el olvido

La coinfección VIH y VHC en niñ@s apenas recibe atención

No existen apenas estudios de la eficacia del tratamiento anti-VHC en población infantil coinfectada con el VIH. El hecho de que en los países industrializados se hayan reducido drásticamente los casos de recién nacidos con VIH gracias a los tratamientos supone un obstáculo para reclutar suficientes participantes. Claro que nada impediría a las compañías hacerlo en países en desarrollo, pero entonces tendrían que comprometerse a proporcionar ambas terapias anti-VIH y anti-VHC a los participantes de por vida.

El riesgo de transmisión de madre a hijo del virus de la hepatitis C (VHC) es mayor cuando ésta está coinfectada con VHC y VIH. Concretamente, la tasa varía entre el 14% y el 17%, y no existe ningún método para prevenir la transmisión del VHC durante el parto. En cambio, la alimentación con leche materna parece no tener riesgo para los recién nacidos.

Los datos son muy limitados sobre la historia natural de la infección por VHC en la población infantil, aunque se ha observado que los niños con sólo VHC suelen ser asintomáticos y tener buena salud durante la infancia. Los beneficios a largo plazo del tratamiento del VHC en esta población no han sido establecidos y en la mayoría de los casos no se recomienda el tratamiento. Sin embargo, en los niños a partir de 3 años con hepatitis C crónica y que presentan enfermedad hepática compensada, la terapia indicada es una combinación individualizada de IFN- α y RBV, a condición de que no hayan sido previamente tratados con interferón alfa por separado.

El objetivo de esta terapia anti-VHC es conseguir una respuesta viral sostenida (RVS), esto es, que seis meses tras finalizar el tratamiento la prueba de carga viral del VHC (ARN de VHC) dé indetectable.

Precisamente hace poco que la Agencia para los Medicamentos y la Alimentación (FDA) de EE UU ha dado luz verde a la solución líquida de la ribavirina (RBV, nombre comercial Rebetol) para su combinación con inyecciones de interferón alfa-2b recombinante (IFN- α) para tratar la hepatitis C crónica en niños. Según el comunicado de la compañía fabricante Schering-Plough, se trata de la primera opción terapéutica para este grupo de pacientes.

La RBV oral es una versión de la RBV en pastillas que forma parte de la terapia estándar para la hepatitis C en adultos junto con el interferón pegilado.

En un estudio clínico de pacientes pediátricos no tratados previamente, la combinación de IFN- α y RBV alcanzó una RVS en el 46% del total de participantes, con una RVS del 36% en los niños con genotipo 1 y de un 81% en el genotipo 2 o 3, siempre según la nota de la casa farmacéutica. El índice de éxito en la práctica clínica puede ser inferior, como el 22% en una cohorte del Hospital madrileño Ramón y Cajal.

Estamos hablando, no obstante, de estudios en niños monoinfectados, es decir que sólo tienen el VHC, en el que la hepatitis es menos virulenta, y puede ser prácticamente asintomática: incluso un 33% de ellos aclaran el VHC antes de los 3 años de edad.

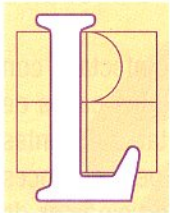


En todo caso, la recomendación de tratamiento es de una combinación individualizada, en la que la dosis de RBV se ajusta al peso corporal (15mg/kg diarios divididos en dosis matutinas y vespertinas) y de IFN- α según el tamaño del/la paciente medido por el área de la superficie corporal (3 MIU/m² tres veces a la semana). La duración aconsejada de la terapia es de 24 semanas para los pacientes pediátricos con genotipos 2 y 3, y de 48 para los que tienen el genotipo 1. En este último caso, hay que evaluar una posible interrupción del tratamiento si no se alcanza una respuesta virológica después de 24 semanas.

Según fuentes de Schering-Plough España, la solución oral de la RBV está pendiente de aprobación en Europa. Se espera que el Comité de Especialidades Farmacéuticas de la Agencia Europea del Medicamento (CPMP y EMEA, respectivamente, en sus siglas en inglés) emita una recomendación antes de junio de este año. Si es favorable, la Comisión Europea podría decidir la aprobación en el segundo semestre de 2004, con lo que la comercialización en España, tras la negociación de precio, no tendría lugar hasta el 2005.

Mientras, la RBV oral está disponible en España a través de un programa de uso compasivo: puedes consultar con el/la especialista que trate a tu hijo.

El desafío de los microbicidas rectales



La creencia según la cual las relaciones sexuales por vía anal son prácticas exclusivas de los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), además de lamentable es injustificada. Durante mucho tiempo, esta presunción es la que ha entorpecido los esfuerzos para desarrollar productos preventivos de uso rectal, debido al rechazo a hablar de la homosexualidad. Algunos grupos de científic@s que se interesan en la búsqueda de microbicidas para prevenir la infección por VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) por fin están tomando en cuenta la extrema necesidad de desarrollar productos que sean también eficaces en el caso de una exposición rectal a los virus.

Un microbicida es una sustancia (en forma de gel, por ejemplo) que aplicada tópicamente evitaría la transmisión del VIH en la zona de exposición al virus. Un microbicida rectal tendría esa función para el sexo anal.

Según datos de varios estudios estadounidenses, en ese país hay más parejas heterosexuales que practican el sexo anal que parejas homosexuales. En los países en desarrollo, si bien el número de personas que declaran tener sexo anal es muy bajo, se sospecha que estos resultados están sesgados por el tabú que significa hablar de sexo, y aún más de sexo anal, en estas regiones.

La urgencia de investigar más en microbicidas de uso rectal se justifica también por el hecho de que si se descubre un producto eficaz para uso vaginal en el curso de la década actual, se teme que las recomendaciones de uso no se respetarán y dicho producto se usará también por vía rectal por falta de otra alternativa. Sin embargo, las anatomías de la vagina y del recto difieren de manera extrema y el uso del producto en el recto podría fragilizar la mucosa y aumentar aún más el riesgo de infección por esta vía. Además se sabe que el recto es una cavidad mucho más larga que la vagina y la pregunta es hasta dónde tiene que llegar el producto para ofrecer una eficacia óptima.

La Conferencia sobre Microbicidas que se celebró en Londres, Reino Unido, el pasado mes de marzo ofreció un excelente satélite que puso en la mesa de manera clara el desafío que presenta el desarrollo de un microbicida de uso rectal. En realidad no es uno, sino que son varios los desafíos que se tendrán que superar en este campo.

El satélite se articuló a partir de los tres ejes fundamentales que se han de tomar en cuenta para establecer la agenda de I+D de este tipo de productos: conductas y epidemiología, ciencia básica y temas clínicos.

Conductas sexuales y epidemiología

Caracterizar con exactitud la prevalencia del sexo anal en las parejas heterosexuales así como el uso del preservativo durante estas conductas es crucial para poder determinar la relevancia de un microbicida rectal y saber a quién se dirigirá. Según estudios estadounidenses, el número de personas heterosexuales que practican sexo anal puede variar del 1% a nada menos que el 25% en función del modelo de entrevista utilizado (presencial, por teléfono, por correo escrito). Esto revela que las tasas de las que ahora disponemos podrían ser mucho más altas y se necesitan más estudios para conocer el impacto real de esta práctica en la población heterosexual. De la misma manera, se tiene que considerar este sesgo en el

mundo en desarrollo, además del hecho de que en algunas sociedades muy tradicionalistas, el sexo anal está favorecido por las mujeres con el fin de preservar la virginidad y evitar el embarazo.

La otra prioridad es determinar si existen grupos en situación de riesgo (edad, origen étnico, uso de drogas, comercio sexual, pareja estable, etc.) y elucidar las relaciones de poder y fuerza en el acto sexual.

Finalmente, se tendrán que usar los datos recopilados para poner en marcha las acciones necesarias para evitar que, como en el caso de los microbicidas vaginales, nos exponamos al fenómeno de la migración del preservativo, es decir, que se crea que el uso del microbicida excluye el del condón, cuando no es así, entre otras cosas porque puede que el producto no sea eficaz en un 100%.

Ciencia básica

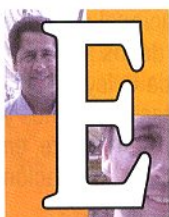
El primer paso para superar el desafío que plantea la ciencia básica del desarrollo de un microbicida rectal, consiste en estudiar más con detalle los posibles mecanismos de infección por esta vía. Por ejemplo, la presencia de semen migrado hasta muy adentro del colon sigmoideo exige que se optimice la formulación del producto para que la impermeabilidad (de la pared que forma el microbicida para evitar la transmisión) sea eficaz en todo el conducto rectal. Los factores que aumentan el riesgo de transmisión tendrán también que definirse más adecuadamente: algunos estudios llevados a cabo en EE UU muestran que los efectos de un producto de este tipo podrían ser más duraderos en la vagina (30 días) que en el recto (10 días como máximo). Finalmente, no hay que olvidar estudiar qué pasa en presencia de heces.

Aspectos clínicos

Una de las cuestiones más delicadas es la seguridad, o dicho de otra manera que el producto microbicida no tenga efectos perniciosos para la salud. Tenemos el caso del nonoxinol-9, un espermicida añadido a los preservativos que se ha publicitado como protector frente al VIH, y en realidad se ha descubierto que es justo lo contrario: irrita las mucosas y por ello facilita la transmisión viral. También tenemos que garantizar que el microbicida no causa problemas en personas con VIH, incluso aunque no esté indicado para ellas, puesto que puede haber alguna que lo utilice sin saber que ya está infectada, por ejemplo. Los estudios preclínicos (en laboratorio y con animales) y clínicos (en humanos) deberían asimismo permitir que se identifique la mucosa más vulnerable en el canal del recto y cómo protegerla, y de qué forma se puede optimizar la formulación del producto: que no irrite pese a su aplicación diaria, entre otras cosas.

Vacunas preventivas contra el SIDA

Lo que se cocina en nuestra casa



En la Unidad de VIH/SIDA del Hospital Clínic, un equipo reducido coordinado por el Dr. Joan Joseph trabaja sobre una bacteria atenuada para producir antígenos del VIH con el fin de inducir una respuesta específica contra el virus. LO+POSITIVO ha decidido hablar con el Dr. Joseph, promotor y coordinador de un estudio preclínico de una posible vacuna preventiva contra el SIDA en Cataluña, para que nos explicara lo que allí se está cocinando.

Para más información, puedes contactar con el Dr. Joan Joseph a: JJOSEPH@clinic.ub.es

LO+POSITIVO: ¿En este momento, en qué etapa del desarrollo está la vacuna en la que estáis investigando?

Dr. Joan Joseph: Estamos desarrollando una vacuna preventiva frente al VIH-1 basada en *Mycobacterium Bovis* Bacillus Calmette-Guerin (BCG) recombinante y nos encontramos en la fase preclínica, con estudios en laboratorio de ingeniería genética y evaluación *in vivo* de la respuesta inmune específica frente al VIH. En nuestros primeros resultados preliminares experimentales *in vivo*, detectamos una tenue respuesta inmune celular frente al VIH. Para mejorar esta respuesta, estamos diseñando nuevas cepas recombinantes y diferentes inmunógenos. También pensamos utilizar otros vectores víricos que en combinación con BCG podrían reforzar la respuesta inicial.

LO+POSITIVO: ¿Cuál es vuestro candidato como posible vacuna frente al VIH-1?

Dr. Joan Joseph: Nuestro candidato se basa en BCG recombinante, que sería un candidato atractivo y prometedor como vacuna contra el VIH: i) ya se ha usado en millones de personas como vacuna contra la tuberculosis y ha demostrado ser segura; ii) su producción es barata; iii) es una bacteria atenuada que persiste de forma inocua en el organismo pudiendo inducir inmunidad celular duradera. Las proteínas dianas que utilizamos como inmunógenos, son las proteínas reguladoras de la replicación del virus y proteínas estructurales conservadas del VIH.

LO+POSITIVO: ¿Existe el riesgo de que la preinmunidad frente a BCG afecte la respuesta inmune frente al VIH inducida con vuestro vector?

Dr. Joan Joseph: Solo hay dos artículos publicados revisando el efecto de la preinmunización con BCG a nivel experimental y ambos son contradictorios.

LO+POSITIVO: ¿Cuál es el modelo animal que usáis?

Dr. Joan Joseph: De momento nosotros estamos realizando estudios de inmunogenicidad utilizando un modelo animal murino.

LO+POSITIVO: ¿Los estudios de inmunogenicidad se llevan a cabo exclusivamente en el Hospital Clínic?

Dr. Joan Joseph: Este trabajo de investigación es realizado por el grupo de Estudio y Desarrollo de Vacunas frente al VIH de la Unidad de Estudio del SIDA del Hospital Clínic, dirigida por el Dr JM Gatell. Además, es importante resaltar que se trata de un estudio colaborativo entre el Hospital Clínic y el laboratorio de inmunopatología del Instituto de Salud Carlos III de Madrid, dirigido por el Dr. José Alcamí. También está colaborando el Dr. Tomas Hanke de la Universidad de Oxford. Estos dos grupos están colaborando en el desarrollo de vectores víricos atenuados recombinantes.

LO+POSITIVO: ¿Os estáis preparando ya para las posibles fases clínicas?, y ¿de qué manera?

Dr. Joan Joseph: Por el momento, no. Nos encontramos en una fase preclínica y experimental. Si en un futuro los resultados experimentales son favorables y prometedores, nos podríamos plantear la

interacción con diferentes Centros Sanitarios y ONG para la identificación y reclutamiento de individuos seronegativos con alto riesgo de infección por el VIH, para el desarrollo de futuros ensayos clínicos de eficacia de vacuna frente al VIH. Todo ello ya se está haciendo hace años a nivel internacional donde muchas ONG están sensibilizadas con la epidemia de SIDA y colaborando activamente en el desarrollo de este tipo de cohorte.

LO+POSITIVO: ¿Y por lo que hace a financiación para continuar estos estudios?

Dr. Joan Joseph: Este proyecto de investigación ha sido inicialmente financiado por la Fundación para la Investigación y Prevención del SIDA en España (FIPSE), pero estamos pendientes de otras subvenciones públicas y/o privadas para seguir con esta línea de investigación.

No existe de momento a nivel nacional, ni a nivel del gobierno autónomo de Cataluña un programa de I+D de vacunas del SIDA como el ANRS en Francia. Afortunadamente, parece que se va a establecer a nivel nacional un convenio de colaboración con los Institutos Nacionales de la Salud de EE UU para la investigación de vacunas frente al VIH.

LO+POSITIVO: Y en tu opinión, ¿cómo se está preparando la comunidad para los ensayos en humanos?

Dr. Joan Joseph: A mi parecer la comunidad en general, la población con riesgo de infección por el VIH y muchas ONG están sensibilizadas con la necesidad de estudio y desarrollo de vacunas frente al VIH pero muchas veces no saben cómo colaborar activamente en estos estudios preparativos de ensayos clínicos. En este sentido, es primordial y de mucha utilidad el trabajo realizado desde los Centros de Salud y el trabajo que efectuáis en colaboración con la Iniciativa Internacional por una Vacuna contra el SIDA (IAVI) para educar y sensibilizar a la sociedad. A pesar de ello creo que las ONG se tendrían que involucrar más activamente en estos estudios preparativos y contactar con los Centros de Salud que estén realizando algún estudio preparativo.

LO+POSITIVO: Cuéntanos un poco cómo nació la iniciativa.

Dr. Joan Joseph: Yo soy médico de formación y me dedico principalmente a la investigación clínica e investigación básica aplicada a la medicina. Empecé en EE UU en la Facultad de Medicina Albert Einstein de Nueva York, estudiando factores de virulencia de *Mycobacterium tuberculosis*. Posteriormente me trasladé a trabajar al departamento de Enfermedades Infecciosas e Inmunología de la Universidad de Salud Pública de Harvard, en Boston, donde empecé este ambicioso y apasionante trabajo sobre vacunas contra el VIH/SIDA basadas en BCG recombinante.

LO+POSITIVO: Pues, te felicitamos por esta iniciativa y os deseamos mucha suerte y éxito.

Dr. Joan Joseph: Muchas gracias por vuestro interés y tiempo.

Sanidad penitenciaria: una asignatura pendiente



En el BOE nº 128 del 29 de mayo de 2003 se publicó la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud que en su disposición adicional sexta contempla la transferencia a las Comunidades Autónomas de los servicios e instituciones sanitarias dependientes de Instituciones Penitenciarias. Tras la entrada en vigor de la ley, el proceso se debe realizar en un plazo de 18 meses. Ante el vencimiento de término y para debatir estas cuestiones y otras relativas a la salud y los derechos de las personas privadas de libertad tuvo lugar en Benidorm, Alicante, en febrero de este año el III Encuentro de Prisiones 'Derecho, Salud y VIH' organizado por AVACOS, la Asociación Valenciana Contra el SIDA.

Un poco de historia

La publicación de la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (BOE nº 128, 29/05/03) supone la culminación de la reordenación del sistema sanitario español y su descentralización, puesto que su aplicación más inmediata es la transferencia de las competencias sanitarias a todas las Comunidades Autónomas. Este proceso de transferencia de los servicios sanitarios gestionados por el INSALUD se inició con el gobierno de UCD en 1981 con la Comunidad Autónoma de Cataluña; a continuación, durante el gobierno del PSOE, asumieron las competencias en sanidad Andalucía, Valencia, Euskadi, Navarra, Galicia y Canarias. Y por último, durante el mandato del PP, se han llevado a cabo las transferencias a las diez CCAA restantes lo que supone un Sistema Nacional de Salud completamente descentralizado y con autonomía de gestión en las diecisiete CCAA [1].

¿Qué sucede en el ámbito penitenciario y en concreto con la sanidad? Cataluña era la única comunidad autónoma que tenía transferida la gestión de las instituciones penitenciarias (a la Secretaría de Servicios Penitenciarios, Rehabilitación y Justicia

Juvenil del Departamento de Justicia). Para el resto de las CCAA el órgano competente es la Dirección General de Instituciones Penitenciarias del Ministerio de Interior. En ambos casos, existe un órgano administrativo (Programa Sanitario y Subdirección General de Sanidad Penitenciaria) que se encarga de la tutela del derecho a la salud de la población reclusa.

Con la Ley de y Calidad del Sistema Nacional de Salud, en su disposición adicional sexta: "Los servicios sanitarios dependientes de Instituciones Penitenciarias serán transferidos a las comunidades autónomas para su plena integración en los correspondientes servicios autonómicos de salud. A tal efecto, en el plazo de 18 meses desde la entrada en vigor de esta ley y mediante el correspondiente real decreto, se procederá a la integración de los servicios sanitarios penitenciarios en el Sistema Nacional de Salud, conforme al sistema de traspasos establecido por los estatutos de autonomía".

¿Qué está pasando con la salud de l@s reclus@s?

Durante el III Encuentro de Prisiones, celebrado en Benidorm, tuvimos la oportunidad de conocer a través de los protagonistas que intervienen directamente en los centros penitenciarios desde diversos ámbitos cuál es la situación sanitaria de las personas privadas de libertad y en qué consiste cuáles son los retos de la Ley de Cohesión y Calidad. Así, algunas ponencias fueron pronunciadas por especialistas en derecho penal, otras por médicos de centros penitenciarios, y un bloque no menos importante fue protagonizado por las ONG

que trabajan dentro de los centros penitenciarios llevando a cabo programas de distinta índole, como por ejemplo, el programa de mediación en salud en el ámbito penitenciario.

Tod@s l@s participantes desde sus diferentes ámbitos de acción coincidieron en que en nuestras prisiones existe una carencia de programas efectivos de prevención y control de enfermedades, las

cuales, y entre ellas el SIDA y la tuberculosis en un lugar destacado, a menudo se agravan dentro de los centros penitenciarios, no sólo por su elevada prevalencia sino también por el hacinamiento y la falta de medidas higiénicas adecuadas. Y en parte esto se explica por la casi inexistencia de unos servicios de salud de calidad con personal y medios adecuados que puedan ofrecer un servicio sanitario de calidad a la población reclusa.

A la hora de buscar una explicación a ésta sanidad "de segunda", tod@s l@s ponentes del encuentro coincidieron en que en los centros penitenciarios se da prioridad al reglamento frente a la sanidad. En otras palabras, los servicios sanitarios de las prisiones dependen del director del centro, por consiguiente al primar la custodia de los reclusos sobre su asistencia sanitaria, todas las intervenciones de salud están supeditadas al régimen del centro. Como consecuencia de ello, el servicio médico nunca puede ser autónomo.



El Dr. Vicente Martín, presidente de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (SESP), en repetidas ocasiones ha manifestado esta idea: "En casi todos los países la asistencia a los presos corresponde no al organismo encargado de prestar asistencia sanitaria y promocionar la salud, sino al encargado de la custodia y guarda, con todo lo que ello puede suponer de inadecuado en muchos casos y de ineficiente en otros". [2]

En opinión del presidente de la SESP, que el medio penitenciario no sea capaz de mejorar el estado de salud de las personas que ingresan en prisión o minimizar el riesgo de empeorarlo supone una doble injusticia; por un lado, la falta de equidad: al recluso se le niega en prisión el acceso a una asistencia sanitaria integral, del mismo modo que antes de ingresar en ella el sistema de salud fue incapaz de ofrecerle una eficaz prevención y promoción de su salud. Por otro lado, con este desamparo sanitario al recluso se le impone "una pena accesoria a la privación de libertad cuyo resultado es un mayor deterioro de un ya depauperado estado de salud". Un sentimiento si realmente tenemos en cuenta cuál es el deber de la Administración respecto a las personas privadas de libertad: velar por su derecho a la vida, su integridad física y su protección y promoción de la salud.

¿Y por qué es necesaria una sanidad penitenciaria eficaz, de calidad y equiparable al sistema de salud que se ofrece al resto de la población? Además del argumento que acabamos de mencionar según el cual estar preso no es sinónimo de una privación de los derechos fundamentales de las personas, podemos esgrimir, tal y como apunta en su artículo el Dr. Vicente Martín, razones de salud pública. La sociedad y las prisiones no viven ajenas la una de las otras y los problemas de salud en las prisiones pueden repercutir claramente en la sociedad.



CAPRI: Calidad asistencial en prisiones

En el año 2002 se publicaron bajo los auspicios de la SESP los resultados del estudio CAPRI [3] que tuvo como finalidad identificar y priorizar problemas de calidad asistencial en las prisiones españolas. Una serie de grupos de trabajo compuestos por médicos y enfermeros de prisiones (67 profesionales de 57 prisiones españolas) consensuó una lista de los problemas de calidad de la sanidad penitenciaria y las oportunidades para mejorarla.

A continuación os reproducimos la lista de oportunidades de mejora en la calidad asistencial en las prisiones españolas elaborada por los médicos. Aparecen divididas en dos grupos: diez referidas a elementos estructurales y diez más dependientes de procesos. Los ítems están ordenados por la frecuencia con los que fueron seleccionados por los grupos de trabajo.

- Problemas de calidad u oportunidades de mejoras globales en relación con la estructura:
 - Prioridad de lo disciplinario frente a lo sanitario (415 puntos).
 - Escasez y desmotivación del personal sanitario (385 puntos).
 - Descoordinación con el sistema nacional de salud (320 puntos).
 - Déficit de medios materiales (238 puntos)
 - Exceso de número de guardias y carga asistencia (232 puntos).
 - Consultas e instalaciones sanitarias poco adecuadas (187 puntos).
 - Falta de formación continuada y problemas en la investigación (170 puntos).
 - Déficit de protocolos clínicos consensuados (137 puntos).
 - Escasa colaboración del personal no sanitario (66 puntos).
- Problemas de calidad u oportunidades de mejora globales en relación con los procesos:
 - Inadecuado seguimiento a los pacientes con TBC y VIH/SIDA (322 puntos).
 - Cumplimentación insuficiente de los registros consensuados clínicos (300 puntos).
 - Escaso compromiso de la enfermería en patologías prevalentes (299 puntos).
 - Escasez de consultas programadas y excesiva burocratización (244 puntos).
 - Características de la relación médico-paciente en el medio penitenciario (231 puntos).
 - Insuficiente cumplimentación de los protocolos existentes (212 puntos).
 - Demora excesiva de consultas, intervenciones y resultados en hospitales (209 puntos).
 - Poca intervención en programas de promoción y educación para la salud (134 puntos)
 - Ausencia de trabajo en equipo y unificación de criterios clínicos (112 puntos)
 - Dificultades en la aplicación de los programas de mantenimiento con metadona (49 puntos).

¿Qué se espera de la Ley de Cohesión y Calidad?

Con la integración de la sanidad penitenciaria al Sistema Nacional de Salud, ésta pasará a depender de los organismos encargados de la asistencia, promoción y protección de la salud de la población general: las Consejerías de Sanidad de las Comunidades Autónomas. Sólo a las autoridades sanitarias les compete velar por todas las cuestiones relativas a la salud de la población con independencia de si una persona está libre o privada de libertad. Es, a nuestro modo de ver, la única forma de garantizar a la población reclusa un sistema de salud de calidad y el único modo posible de vencer las desigualdades y las deficiencias entre el sistema de salud general y la sanidad penitenciaria.

[1] L. Bohigas, "La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud", *Gac Sanit* 2003; 17(4):316-18.

[2] Vicente Martín, "Tribuna Sanitaria: Las prisiones y la salud pública", *El País*, 8/06/04.

[3] CAPRI: Calidad asistencial en prisiones. Documento de consenso, Scientific Communication Management, Madrid, 2002.

Puede consultarse el documento íntegro en internet en: www.sesp.es/sep/capri/index.html

Un resumen del estudio también se puede obtener en: Grupo de Trabajo CAPRI, "Informe CAPRI sobre la calidad de la asistencia sanitaria en centros penitenciarios españoles", *Rev Esp Sanid Penit* 2003; 5: 38-48.

Ponte condón

Nacho Vidal

Sexo, VIH y cintas de vídeo (porno)



Para empezar, a quienes no seáis forofos de Crónicas Marcianas o productos similares os tengo que aclarar que Nacho es un actor porno nacido en Barcelona y criado en Valencia que ha saltado del gueto de su profesión al famoso catódico nocturno gracias a: 1) sus atributos físicos, y 2) le han publicado un libro de memorias que se vende como rosquillas.

Hechas las presentaciones, ahora ya puedo confesaros mi secreto: en esos momentos de autoerotismo en los que la fantasía juega y se expande, a Nacho Vidal le tengo reservado un lugar preeminente desde que supe de su existencia y de sus imponentes, digamos, recursos. Mejor dicho, desde que lo vi en plena acción. Los motivos de tan oscura pasión me los reservo, porque hasta mi exhibicionismo tiene un límite. Sé que lo mío no es un óptimo modelo a seguir, pero qué queréis: hace años que decidí que las activistas no teníamos por qué llevar vidas ejemplares: para eso ya están las santas.

Ahora Nacho, mi Nacho, me ha puesto en un dilema moral para el que además de no tener tiempo, no sé cómo resolver.

Todo empezó cuando la industria estadounidense del entretenimiento para adultos, tal y como llaman allí al porno de toda la vida, decidió poner en cuarentena la subsección heterosexual. Como lo oís. A mí lo de cuarentena me sonó a galeras del siglo XVI inmovilizadas por un brote de peste bubónica, pero no: en realidad este término añejo se ha utilizado para describir el parón de rodajes de películas de porno entre machos y hembras motivado por la detección de varios casos de actores con VIH, empezando por el veterano Darren James. Los californianos magnates del Valle de San Fernando, enriquecidos a costa de nuestras ansias más inconfesables, no vieron mejor manera de afrontar el asunto que decir: ¡corten!

¿Que cómo supieron que hasta cinco actores de los varios centenares habían adquirido el VIH? Fácil: les hacen la prueba cada quince días, y el papelito oficial con el resultado se grapa justo al lado de la foto del/la interfecto. O sea, que es necesario ser "Mister Limpio" o "Miss Limpia" para que te dejen trabajar delante de la cámara.

¿Que por qué te obligan a estar "limpio"? Fácil: la industria del sexo heterosexual tiene alergia al condón. No sólo no aparece prácticamente por ningún lado, sino que además las eyaculaciones en la

boca (¿te acuerdas de la última vez que saboreaste semen?), afirman los jerifaltes del negocio, son condición sine qua non para el éxito del filme. De hecho, Christian Mann, de Video Team, asegura que cuando hace escasos años quiso imponer el uso de preservativo en las secuencias, casi se arruina. ¡Qué lástima me da!

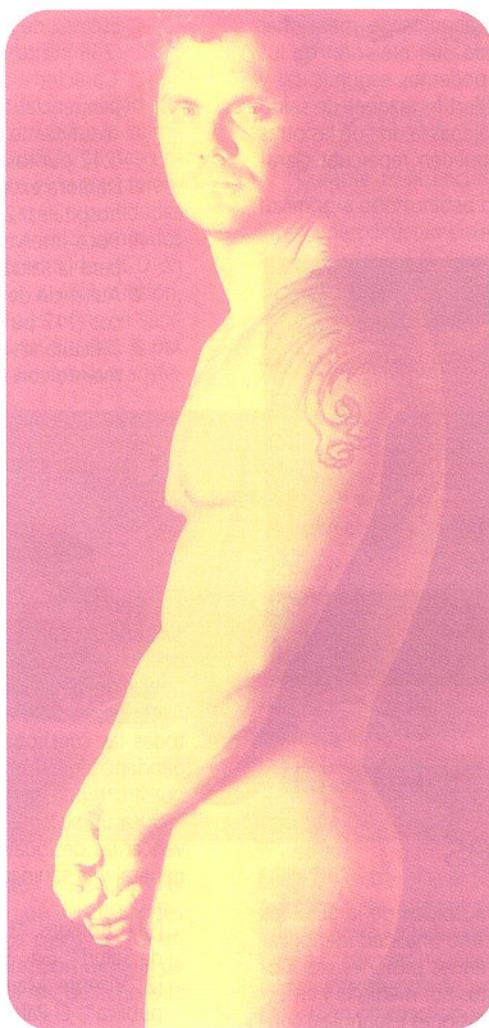
Por eso mismo, cuando las autoridades sanitarias, en otro brote, pero esta vez de lucidez, tantearon que el látex fuera de uso obligatorio, las compañías, que manejan más de 10.000 millones de dólares al año, amenazaron con irse, y al asunto se le dio carpetazo. Eso es lo que vale hoy día la ley y el orden: estáis advertidas, queridas.

Hace poco, la moratoria se levantó y chicos y chicas han vuelto al tajo. "La comunidad está a salvo," dicen que dijo Sharon Mitchell, una ex estrella porno que ahora se entretiene con la Fundación para la Salud de la Industria para Adultos de EE UU. Pero, ¿de qué comunidad está hablando? Ya me ha caído mal la Sharon ésta: ¡que no me la encuentre por la calle Serrano!

Pero quien me dejó boquiabierto y con la respiración contenida fue Nachito. Los medios corrieron –es un decir– a preguntarle qué opinaba de todo este asunto de pruebas obligatorias, asquito al preservativo y terminología propia de la Inquisición, y el muchacho se soltó con algunas perlas. En el diario La Vanguardia, por ejemplo, apareció el 24 de abril diciendo: "Han montado tanto revuelo para desviar la atención de la guerra de Irak. Cuando hubo otros contagios no paralizaron nada". Y yo me pregunto: ¿no será al revés, querido Nacho, y eres tú el que trae a colación la guerra de Irak para esconder sus miserias? ¿No será que eres muy dotado para el sexo pero poco para la valentía de asumir que lo haces sin condón –tal como se puede comprobar en tus vídeos, por mucho que insistas en lo contrario– porque vende más?

Con todo el alboroto, de rebote me he enterado de que en Francia Canal Plus no admite películas donde se penetre a pelo. Ahora mi dilema es si utilizo esta excusa para exigir que nos pongamos por fin la parabólica en la comunidad o sigo con el placer vicario de visionar calientes contactos corporales sin barreras cuyos fluidos, al fin y al cabo, no van a traspasar la pantalla.

Estoy que no duermo: ¿qué me aconsejáis?



en la

web

AIDSmeds.com/español

Bienvenid@ a AIDSmeds.com/español, una fuente integral y actualizada de información sobre tratamientos para personas que viven con VIH o SIDA.

AIDSmeds.com se dedica a brindar la información necesaria para que las personas que viven con VIH puedan tomar decisiones sobre tratamiento. El fundador del sitio de internet y varios de los escritores somos personas que viven con VIH y conocemos por experiencia propia los desafíos a los que nos enfrentamos al aprender cómo combatir contra el virus. Al ofrecer información actualizada y completa, pero no complicada, AIDSmeds.com busca ayudar a aquell@s que recién empiezan, así como a l@s que hace mucho tiempo que se enfrentan a este desafío, y queremos continuar siendo una importante fuente de información en los años por venir.

Asociación de soporte a las personas con problemas de drogas www.asaupam.net

Militancia: entendemos que nuestro papel no sólo es atender o asistir, sino intervenir para que las estructuras que favorecen el inicio o el mantenimiento de los problemas, cambien.

Apuesta por lo local: por mucho que participemos en iniciativas de ámbito catalán o estatal, nuestra vocación pasa por el trabajo en primera línea en la tierra en la que hemos nacido. Nuestra madre es Santa Coloma de Gramenet y nuestro padre Badalona. Aunque duerman en habitaciones separadas, son ciudades y realidades que se quieren y se comparten.

Trabajo conjunto: Intervenimos conjuntamente y en equipo con las administraciones públicas –locales, provincial y autonómica– y con la comunidad. Porque tanto ASAUPAM - AUPA'M como los entes públicos, estamos al servicio de lo mismo: el bienestar de ciudadanas y ciudadanos.

ONUSIDA www.onusida.org

El sitio de ONUSIDA, organismo conjunto de Naciones Unidas para el SIDA, contiene una gran cantidad de documentos y material sobre los más diversos aspectos relacionados con el VIH/SIDA en el mundo. Aunque no es fácil su uso para quien no sepa inglés, hay que fijarse donde diga "Spanish" o "En Español" para las versiones en castellano.

¡Suscríbete a EATN en español!

La revista *European AIDS Treatment News* (EATN) es publicada por el grupo paneuropeo de tratamientos del SIDA EATG. Su contenido cubre las diversas áreas de los tratamientos del VIH, con especial hincapié en la realidad europea y una constante atención a los asuntos relacionados con el acceso a tratamientos en los países en desarrollo, siempre desde una perspectiva activista.

EATN se publica en inglés y en ruso en formato impreso y pdf, y en varios otros idiomas, entre ellos el español, sólo en formato pdf. Para recibir EATN en español sólo tienes que ir a http://eatg.org/mailman/listinfo/eatn-spanish_eatg.org; al lado de donde dice "View this page in", seleccionar "Spanish (Spain)" y pinchar entonces en "View this page in". Las instrucciones para completar la suscripción aparecerán en castellano.

CanalSIDA se muda a CanalSolidario

El portal de internet www.canalsida.org está en proceso de mudanza hacia el www.canalsolidario.org. Aunque la primera dirección sigue activa, la idea es ir paulatinamente integrándola en la segunda. De hecho, ya se dispone de una dirección alternativa donde se presentan los nuevos contenidos integrados en colaboración con Red2002: <http://es.oneworld.net/article/archive/6323>.

Propuestas de lectura:

Tema del mes: Campañas de prevención de vih/sida con jóvenes.

Editorial: Sobre la adhesión al tratamiento.

Asociación Civil Impacta Salud y Comunicación www.impactaperu.org

Impacta es una institución peruana sin fines de lucro y una organización no gubernamental dedicada a la investigación científica.

Las líneas de investigación y desarrollo que ocupan su quehacer están relacionadas con las ciencias de la salud, la educación, el desarrollo social y los derechos humanos, siendo su ámbito de aplicación nacional e internacional, especialmente el campo del VIH/SIDA.

Impacta ofrece servicios a la comunidad científica, a la población objeto de estudio y a la comunidad en general a través de Proyectos, Estudios, información en su Centro de Documentación, Conferencias, Talleres e intervenciones directas con la comunidad.

Revoltillo de webs:

National Women's Health Information Center.
Preguntas frecuentes acerca de la Infección del VIH y el SIDA.
<http://www.4woman.gov/faq/Spanish/aids.htm>

Campaña de la agrupación Global Unions sobre VIH/SIDA.
Sindicatos contra el SIDA.

<http://www.global-unions.org/displaydocument.asp?DocType=PressRelease&Index=991210416&Language=ES>

Red del Sistema de las Naciones Unidas sobre desarrollo rural y seguridad alimentaria.

Se centra en países en desarrollo.

http://www.rdfs.net/themes/hiv_es.htm

La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA.

Es un documento en pdf de 2002 de dos investigadoras mexicanas.

<http://bvs.insp.mx/componen/svirtual/investinsp/art27002.pdf>

La prevención del VIH/ETS y los hombres jóvenes que tienen relaciones sexuales con hombres.

Una perspectiva estadounidense.

http://www.advocatesforyouth.org/publications/iag/ymsm_span.htm

VIHVIR-Huesca

Esta Asociación se gestó a principios de este año, siendo oficialmente creada el día 23 de Abril 2004, día de San Jorge, patrón de Aragón.

Nació básicamente como grupo de apoyo mutuo, entre personas interesadas también en profundizar en el conocimiento y activismo en los tratamientos del VIH.

Aunque la sede oficial está en la población de Sabiánigo, casi podríamos definirla como asociación móvil, ya que normalmente los miembros se reúnen un día a la semana en una localidad diferente, sus integrantes viven en diferentes núcleos de la provincia principalmente de la zona pirenaica.

En dichas reuniones básicamente se habla de las opciones terapéuticas ante el VIH, abordándose también la actualidad general del movimiento AntiSida en todas sus facetas.

Uno de sus próximos proyectos es el establecer relaciones con asociaciones del departamento de los Pirineos Atlánticos en Francia, por su proximidad geográfica.

Se puede contactar con ellos a través de la dirección de correo electrónico: vihvir@terra.es o en el tfno 676099749 (Juan Carlos)

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 **ALICANTE:** CIPS 965240563 DECIDE-T 600968210 *Benidorm:* AMIGOS 966804444 **ALMERÍA:** COLEGA 950276540 **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 GAIS POSITIVS 932980029 GTT 932080845 P.A.I.T 934240400 PROYECTE DELS NOMS 933182056 RED2002 932080685 SIDA-STUDI 932681484 *Granollers:* AUMMO 615681422 *Sabadell:* ACTUA VALLÉS 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 *Arcos de la Frontera:* GIRASOL 956717063 **CÁCERES:** C.C.ANTI-SIDA 927227613 **CASTELLÓN:** A.C.CONTRA EL SIDA (CASDA) 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 COLEGA 958263853 **GUIPÚZKOA:** *San Sebastián-Donosti:* A.C.ANTI-SIDA 943290722 *HARRI BELTZA OIARTZUN* 943493544 *Mondragón-Arrasate:* HIES-BERRI

943792699 **HUELVA:** COLEGA 959284955 **HUESCA:** Vihvir 676099749 **JAÉN:** COLEGA 953271284 **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 982263098 **MADRID:** APOYO POSITIVO 913581444 COGAM GAYINFORM 915230070 COLEGA 915211174 FIT 915912019 SERPOSITIVAS 917987714 UNIVERSIDA 913143233 **MÁLAGA:** A.C.ANTI-SIDA 952650596 COLEGA 952223964 **MURCIA:** C.C.ANTI-SIDA 968298831 FUNDACIÓN CONTRA EL SIDA 968904001 *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 COLEGA *Morón:* 637169671 *Federación Andaluza Colegas:* 902118982 **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 605921206 *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

Si quieres actualizar los datos o incluir una organización nueva, manda un fax al 932 070 063 o un correo a contact@gtt-vih.org

Ref: 325

Chico gay, VIH+, asintomático, alto, masculino, atlético, fuerte, 38 años y normal en todos los sentidos. Me gustaría conocer a "personas" de Barcelona, normalitos, gente sencilla y sin malos rollos.

Ref: 326

33 años, VIH+, asintomática, residente en A Coruña, simpática y culta. Busco chico afín en la zona para amistad y posible relación estable. Absténganse malos rollos.

Ref: 327

Si tienes más de 50 años y te encuentras solo en Barcelona, "piensa en mí". Si tienes que dar algo que nadie sabe y eres homosexual positivo, también "piensa en mí".

Ref: 328

Chico gay, VIH+, busco amigo que sepa valorar, las pequeñas cosas. Me gusta leer, el mar, etc. Busco amistad y comprensión, lo demás, surge... Alicante y cercanías.

Ref: 329

"Nunca dejaré de amarte...". Jesús 39 años, VIH+. Deseo conocer chica dulce, cariñosa y romántica, para dar amor incondicionalmente. Zona Cataluña.

Ref: 330

Manuel, 43 años, VIH+, asintomático. Guerrero en una realidad aparte. Busco guerrera valiente para compartir sin miedo el camino del corazón. No importa de donde seas. Seré tu aliado.

Ref: 331

Hola, me llamo Rubén, tengo 26 años, VIH+, soy de BCN, soy Sagitario y me gustaría escribirme con alguna chica que quiera compartir la soledad que tengo en mi vida. Soy tímido y noble.

Ref: 332

Chico Gay de 29 años, sin amigos, busco chico para compartir momentos de nuestras vidas y ser buenos amigos. Gente seria y tranquila. Barcelona.

Ref: 333

Hola, me llamo Manuel, tengo 40 años, ex-toxicómano, VIH+, VHC+ y sin síntomas. Soy sincero, cariñoso, me gusta el cine, pasear. Me gustaría encontrar amiga y si es posible compañera, para pasar el tiempo juntos y compartir contigo lo bueno y lo malo, pues no me gusta estar solo.

Ref: 334

Soy Kevin, 42 años, VIH+ indetectable, 1,72m, 70 Kg. Quisiera volver a enamorarme y sentir que me aman, me gustaría encontrar un hombre de 42 a 50 años, activo, bueno y que se sienta solo como yo.

Todos los contactos publicados hasta la fecha pueden consultarse en www.gtt-vih.org en la sección **ConTacto** de cada número de **LO+POSITIVO**

Ref: 335

Me llamo Fernando, tengo 37 años, VIH+. Estoy empezando una nueva vida en Madrid y me gustaría conocer chicas para salir y que me enseñen la ciudad. Soy bastante activo, me gusta el cine y la música. Me encuentro solo y necesitaría una mano para volver a comenzar.



Consultas sobre tratamientos

9 3 4 5 8 2 6 4 1

Presenciales en nuestra sede c/Sardenya, 259 3º 4ª

MARTES Y VIERNES de 16 a 20h

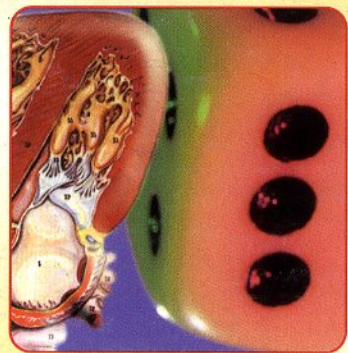
por correo electrónico a consultas@gtt-vih.org

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>

VAX

Nueva sección en la que encontrarás información actualizada sobre la investigación y el desarrollo de vacunas contra el SIDA.
www.gtt-vih.org/AL%20DETALLE/vacunas/indice/



anfar
Global Link
Treatment Insider

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>

infovihal

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

doctorXpress

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



namm
en español

Actualizaciones diarias con las últimas novedades seleccionadas del portal de NAM www.aidsmap.com
<http://www.gtt-vih.org/AL%20DETALLE/NAM/indice/>

LOPOSITIVO

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



www.gtt-vih.org