

LO + POSITIVO

INVIERNO 1998/99 N° 8

PUBLICACIÓN GRATUITA SOBRE LA INFECCIÓN POR VIH



Neuronas al borde

Neuropatías periféricas

Tómatelo con calma

Sugerencias contra el estrés

La salud encarcelada

El VIH en las prisiones españolas

¿Dónde está tu cólera?

El Sur también existe

Tú eres única

Tratamientos y embarazo

Así somos

Hombres, gays y seropositivos

Estamos demostrando que pensar en positivo ayuda a combatir las enfermedades.

El primer paso en el logro de cualquier objetivo, es la convicción de que puede alcanzarse. Nosotros estamos convencidos de que hay solución para las enfermedades que aún hoy son "incurables", y trabajamos duro y rápido para encontrarla. En Pharmacia & Upjohn esta convicción la compartimos los más de 30.000 colaboradores de la compañía en todo el mundo.

En el camino estamos desarrollando mejores tratamientos para enfermedades como el cáncer, el glaucoma, el SIDA y sus enfermedades oportunistas, el Parkinson, la depresión, la incontinencia urinaria o los trastornos del crecimiento.

Creer que hay una solución es el primer paso para encontrarla.

Compartiendo esta convicción también usted puede sumarse a la lucha. Esta es la fuerza del pensamiento positivo. Y esta es la fuerza de Pharmacia & Upjohn.

Pharmacia & Upjohn, S.A.
Ctra. de Rubí, 90-100
08190 San Cugat del Vallès

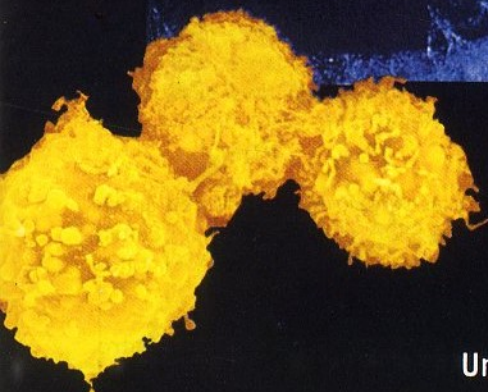
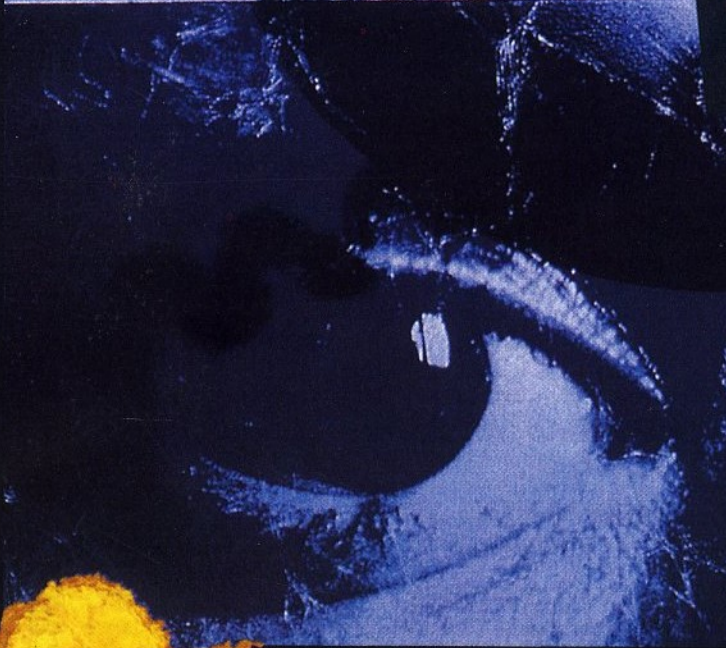


Pharmacia
& Upjohn



"NO POR EL PENSAMIENTO, SINO
POR LOS SENTIDOS, NOS LLEGA TODO
CONOCIMIENTO DECISIVO"

E. Ludwig



El primer inhibidor de la Transcriptasa Inversa
no análogo de los Nucleósidos.

Una nueva opción potente y cómoda para cualquier terapia antirretroviral.



Boehringer
Ingelheim 

<http://www.boehringer-ingelheim.es>

El equipo de Lo+Positivo somos:

Rob Camp
Jaume Fabrés
Ismael Sala Salas
Maite Suárez
Joan Tallada
M^a José Vázquez

En este número han colaborado:

Coordinadora Gay Lesbiana
Laura Asturias
Ismael Carrillo
Georgina Fabrés
Ester H. Sahuquillo
Emilio Ledesma
Montserrat Moliner
Galletas La Polar

Lo+Positivo es una publicación del Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (GTT), una asociación sin ánimo de lucro que trabaja para mejorar el acceso a la información sobre tratamientos del VIH y el SIDA. La información científica aquí contenida tiene una validez de 3 meses.

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

GTT

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

Redacción:

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

Imprime:

ARKAB Gràfiques
Depósito Legal: B-40431-97

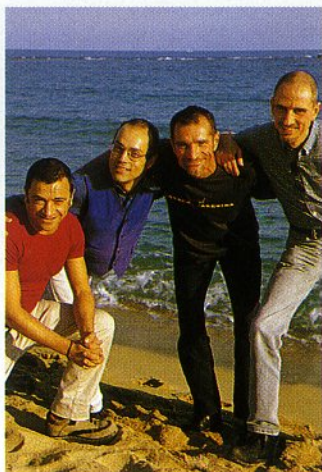
Con el patrocinio de:

Bristol-Myers Squibb
Glaxo Wellcome
Merck Sharp and Dohme
Productos Roche
Boehringer Ingelheim
Pharmacia & Upjohn
DuPont Pharma
Fundación Levi-Strauss

En convenio con:

Generalitat de Catalunya
Departament de Sanitat i Seguritat Social
Programa de Drogodependències i SIDA

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



De izquierda a derecha:
Luís, Walter, Paco y Xavier.

Editorial

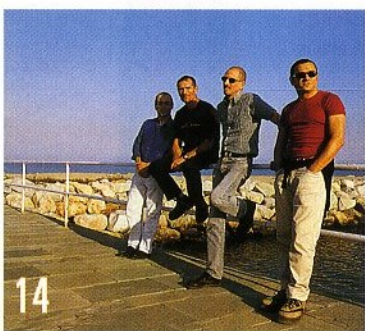
Todavía con la resaca del frenesí activista del 1^o de diciembre os ofrecemos una entrega más de esta publicación sin par. Novedades, lo que se dice novedades, no hay gran cosa, aunque hay, eso sí, temas "viejos" que vamos a reiterar por mucho que os puedan aburrir: seguimos sin conocer, y ya estamos superando los 6 meses, para cuándo nuevas cápsulas de ritonavir (Norvir), por lo que la formulación líquida, con un altísimo contenido en alcohol que está provocando abandonos en personas con problemas hepáticos, continúa como única opción; y recordar, una vez más, que el estándar para comenzar el tratamiento con indinavir es de 3 veces al día, y no de 2, aunque las personas que siguen indetectables con este último régimen deben consultar su situación particular con el médico.

Pero no todo son contrariedades. Nos llegan noticias del uso de polaramine, o alternativamente, prednisona, para evitar el rash de nevirapina y de aspirina o antiinflamatorios para paliar los efectos secundarios de interleuquina-2. Algo más a añadir a la lista de preguntas para tu próxima visita al médico, que también puede incluir cómo acceder a abacavir o Forotovase (saquinavir en cápsula blanda) como medicación extranjera.

De entre la ensalada de temas de este número, os destacamos dos nuevas secciones intermitentes: una dedicada al VIH pediátrico o infantil y otra a las voces del Sur; además, hierros permanentemente candentes como la situación en cárceles o de polémica actualidad como el Registro de casos de VIH -¿nominal o codificado?

Por cierto, que nuestras autoridades sanitarias se dan mucha prisa en anunciar a bombo y platillo el descenso de casos de SIDA declarado, pero ocultan el incremento de la incidencia estimada de nuevas infecciones del VIH. Otra vez más, algo falla en las políticas de prevención.

El plato fuerte, como es nuestra costumbre, es la entrevista. Estos cuatro hombres gays seropositivos dan la cara sin intentar representar a nadie más que a sí mismos pero de alguna forma reflejando, desde sus particulares vivencias, cómo está el patio. Y el patio está abarrotado.



ARTÍCULOS

14 ASÍ SOMOS

Son gay y son seropositivos: reales como la vida misma.

24 NEURONAS AL BORDE DE UN ATAQUE DE NERVIOS

Las neuropatías periféricas me ponen muy sensible, Pepa.

39 EL SUR TAMBIÉN EXISTE

Otras voces, otros ámbitos.

SECCIONES

6 LA VERDAD ESTÁ AQUÍ DENTRO

¿Tratamientos de talla única para tod@s? Incluye la famosa CrixList.

28 ¡A COMER!

Colores comestibles.

30 ANOTACIONES AL MARGEN

Despójate del estrés.

32 CASTIGAR O SANAR

Una radiografía oficial del VIH en las cárceles.

36 MÁS MADERA

Sabor a mí.

37 LAS+POSITIVAS

Voy a ser mamá, o no.

38 MENS SANA IN CORPORE+

Estás como nunca.

41 JARDÍN DE INFANCIA

El comienzo de una nueva serie.

43 UNA MUJER SEROPOSITIVA

Una hamburguesa decisiva.

45 MÉDICOS Y PACIENTES

Dime lo que sabes y te diré cómo tratarte.

47 MAPA CIBERNÉTICO

Para no perderse.

48 OPIN@

Es lo que hay.

49 VARIETÉS

Más sobre el registro y unas notas sobre Norvir.

50 LO+NEGATIVO

Una radiografía alternativa del VIH en las cárceles.

La Verdad está



Nuevos datos apuntan a la combinación letal de TB y VIH

La investigadora del CDC (*Centers for Disease Control* de los Estados Unidos), Dra. Mary Reichler, examina las implicaciones de la infección por VIH no sólo en la prevención de la TB sino para el adecuado diagnóstico y tratamiento de la enfermedad activa. Reichler examina la ocurrencia de TB pulmonar y extrapulmonar en individuos que eran VIH en comparación con personas no infectad@s y encuentra patrones muy distintos de manifestación de la enfermedad. La TB extrapulmonar sucede cuando la enfermedad se extiende a áreas fuera de los pulmones, sobre todo los ganglios linfáticos.

Los hallazgos indican que las personas VIH+ tienen muchas más probabilidades de presentar tanto la forma pulmonar como la extrapulmonar de TB que las VIH-.

Las pacientes con TB extrapulmonar también presentan más probabilidades de presentar cepas de TB resistentes. Estos hallazgos subrayan la urgente necesidad de que las médicas que tratan TB conozcan el estatus VIH de sus pacientes y las implicaciones que ello supone para el tratamiento. □

Un antibiótico barato demuestra ser eficaz entre personas con TB y VIH

Un estudio conjunto del CDC y el Ministerio de Sanidad de Costa de Marfil ha encontrado la primera evidencia de que Septrin puede reducir significativamente la tasa de muertes entre pacientes VIH infectad@s por tuberculosis.

En la 12 Conferencia Mundial en Ginebra la Dra. Madeleine Sassan-Morokro presentó nuevos datos que demuestran una reducción de la mortalidad del 44-48% en las hospitalizaciones entre personas VIH+ infectadas de TB que toman Septrin. Estos hallazgos ofrecen una opción realista para ayudar a reducir las abrumadoras tasas de mortalidad asociada al VIH en el mundo en desarrollo, donde se producen más del 90% de las nuevas infecciones.

A pesar de que Septrin es estándar de tratamiento en los países del Norte para la prevención de la pulmonía por *Pneumocystis carinii* (PCP), la PCP es rara en África, por lo que el fármaco no suele usarse allí. Hasta ahora, no se sabía si Bactrín podría prevenir las causas más comunes de muerte entre las personas con TB y VIH en naciones africanas.

Se estudiaron las pacientes infectad@s por VIH y por TB porque presentan una alta tasa de mortalidad, incluso si estaban curad@s de TB, que muy posiblemente es debida al igual que la toxoplasmosis, la salmonelosis, la neumonía, neumococos y/o bacteremia. Este estudio se llevó a cabo para determinar si estas enfermedades pueden prevenirse con Septrin.

Para realizar el estudio, se inició la toma del fármaco un mes antes de empezar el tratamiento anti TB estándar; para distinguir los efectos secundarios de un fármaco y de otro. Los resultados presentados demuestran que el antibiótico es seguro y eficaz en la prevención de estas enfermedades, y la mayor eficacia se dio entre las personas con el VIH más avanzado.

El equipo de investigación es de la opinión que esta terapia preventiva significará una diferencia ente los pacientes infectados por el VIH y la TB en África y otros lugares del mundo en desarrollo. □



aquí dentro

Anomalías metabólicas y uso de inhibidores de la proteasa

The Lancet (5 septiembre 98); Esteban Martínez, José Gatell

Los investigadores Esteban Martínez y José Gatell del Hospital Clínico de Barcelona responden a un artículo en *The Lancet* sobre el papel de los inhibidores de la proteasa en el metabolismo lipídico. Los autores apuntan que los inhibidores de la proteasa no son específicos y por tanto podrían alterar proteínas, incluida la insulina y sus substratos. Los fármacos podrían causar una reducción del catabolismo hepático de la insulina que conduciría a una hiperinsulinemia y un consecuente aumento de grasa. Esto produciría resistencia a la insulina, lo cual significaría un aumento en plasma de los ácidos grasos libres y un aumento de la síntesis de triglicéridos en el hígado. También se seguiría el aumento en la producción de la glucosa hepática, lo que induciría una hipersecreción de insulina. Esta sobreestimulación resultaría en la emergencia de una diabetes mellitus tipo 2. Los autores observan que la pérdida progresiva de la grasa subcutánea, que llevaría al desarrollo de lipodistrofia, podría deberse a la inhibición del efecto antilipolítico de la insulina una vez que se ha desarrollado resistencia a la misma. □

Metadona + AZT

Reuters Health Information services (20 agosto 98)

Una investigación llevada a cabo en Estados Unidos muestra que los pacientes que reciben tratamiento simultáneo con metadona y zidovudina (AZT) podrían estar en riesgo de exponerse a altos niveles de esta última. El informe publicado el mes de agosto en el *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, encontró que el tratamiento crónico con metadona aumentaba los niveles de zidovudina en 8 pacientes VIH+ que recibían zidovudina. Los pacientes podrían correr el riesgo de sufrir efectos secundarios como consecuencia de este aumento de nivel y los investigadores sugieren que se realicen más estudios para examinar las interacciones entre zidovudina y opioides y determinar si otras sustancias como la cocaína, el alcohol y la nicotina tienen efectos similares. □



Francia sigue presionando para conseguir un fondo global para el SIDA

Reuters, Jonathan Birt, Ginebra, Suiza

Francia ha dado un nuevo empujón a su controvertida campaña para establecer un fondo global que provea al mundo en desarrollo con fármacos anti SIDA al anunciar la implantación de una serie de proyectos piloto.

El ministro de sanidad francés, Bernard Kouchner, dijo en la pasada conferencia mundial del SIDA de Ginebra que los proyectos, destinados a la prevención de la transmisión del virus de madre a hijo, empezarán en los próximos meses de este año en el distrito sudafricano de Soweto, en Costa de Marfil, Congo, Uganda, Vietnam y Camboya.

El proyecto, que cuenta con el apoyo de Francia, Bélgica y Austria así como con la cooperación del programa ONUSIDA, ofrecerá también continuidad de tratamiento y seguimiento para la madre.

La organización francesa *Medecins du Monde* ha expresado su frustración ante la ausencia de un apoyo activo al fondo, y afirma que es imposible ver cómo se iban a tender puentes entre los países ricos y los pobres "cuando no parece haber una voluntad política de financiar los programas necesarios".

Pero los críticos de los planes del primer ministro francés dicen que éstos van en contra de las estrategias adoptadas por ONUSIDA y la OMS. ONUSIDA ha iniciado la provisión de fármacos antirretrovirales en algunos pocos países como Uganda y Vietnam, pero no recomiendan su uso extensivo. □

Cambios en la carga viral tras la prueba de la tuberculina

F. García y cols. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome and Human Retrovirology (JAIDS)*, Agosto, 1998

La revista *JAIDS* publica una carta respecto a los aumentos de la carga viral como resultado de la prueba de la tuberculina en la piel (TST, en sus siglas inglesas).

Individuos infectados por el VIH, asintomáticos y con cargas virales de menos de 5.000 copias se sometieron a la prueba TST para la tuberculosis usando derivativo de proteína purificada (PDP) mediante el método Mantoux. Tanto en las personas positivas al TST como en las negativas al mismo, la carga viral aumentó y no volvió a los niveles basales hasta pasados una media de 6 meses.

García y colaboradores (1998) apuntan que: "En 3 de 4 pacientes positivos al TST y en 2 de 4 negativos al TST, la carga viral aumentó por encima de medio log." y "la estimulación con PPD puede afectar las mediciones de la carga viral y debería tenerse en cuenta antes de tomar decisiones basadas en la carga viral en pacientes con VIH-1." □

La lipodistrofia asociada a los inhibidores de la proteasa

A. Veny y cols. *Hospital universitario "Germans Trias i Pujol", Badalona*

El objetivo de este estudio era determinar la prevalencia de lipodistrofia y el riesgo acumulado de su aparición en una muestra de pacientes VIH. Se seleccionaron los pacientes que llevaban al menos 6 meses con una terapia que contuviera inhibidores de la proteasa. La información recogida incluye: tipo de inhibidor de la proteasa, tiempo de tratamiento con cada inhibidor; carga viral y recuentos de CD4, desarrollo de lipodistrofia y tiempo de desarrollo. La lipodistrofia se definía a partir de un examen físico que incluía el estudio de la presencia anormal de grasa en la zona dorsocervical, en el abdomen, glándulas salivares, mamas, cara y/o cuello, así como la pérdida de grasa en las extremidades, las nalgas o la cara.

De los 422 pacientes explorados, un total de 158 recibían inhibidores de la proteasa desde hacía al menos 6 meses, y en ese grupo se investigó la presencia de lipodistrofia. Entre las características de la lipodistrofia resaltamos 4 casos con alargamiento bilateral de parótidas. La media de recuentos de CD4 era de 402 y la media de carga viral de 200 copias. Entre los 158 pacientes, 104 se trataban con indinavir; 44 con ritonavir; 38 con saquinavir y 21 con ritonavir+saquinavir; 11 con nelfinavir y 4 pacientes recibían otras combinaciones de inhibidores de la proteasa. El tiempo total de exposición a los inhibidores de la proteasa fue de 71,7 días por paciente.

Pacientes diagnosticados con lipodistrofia

ritonavir	saquinavir	indinavir	ritonavir+saquinavir
8/44 (18,2%)	8/38 (21%)	27/104 (26%)	4/21 (19%)

Probabilidad de desarrollar lipodistrofia

6 meses	12 meses	18 meses	24 meses	30 meses
3,2%	10,7%	29,1%	62,53%	75%

Al estratificar según el inhibidor de la proteasa administrado, no se encontraron diferencias en el riesgo acumulativo de lipodistrofia. Abandonar el uso de inhibidores de la proteasa podría, en algunos casos, normalizar la distribución anormal de la grasa corporal. Son necesarios estudios prospectivos controlados si queremos definir cuáles son los regímenes terapéuticos alternativos que puedan ofrecer similares beneficios virológicos a pacientes con lipodistrofia y para saber si ésta puede ser reversible. □

Evaluar con rapidez los fármacos en niños

NIH, NCI (Institutos Nacionales de la Salud y de Cancer, EE.UU)

En el número de octubre de la revista *AIDS*, informan de un importante primer paso en la aceleración del proceso de evaluación de la eficacia de los fármacos en niños. En un estudio con ritonavir que contaba con 41 niños seropositivos, los científicos encontraron que mediante la aplicación de una combinación de pruebas con mayor rapidez de lo que actualmente es considerado como estándar; podían predecir de manera fiable si un fármaco va a ser efectivo o no a la semana de haber iniciado la terapia. Sus predicciones fueron correctas en casi 9 de cada 10 niños. "La esencia de nuestro análisis es que sólo una combinación que refleje la función del sistema inmune, el nivel de replicación viral y la farmacología de los antirretrovirales contiene la suficiente información como para pronosticar con solidez la eficacia a largo plazo de un tratamiento a partir de mediciones a corto plazo," dice Dimiter Dimitrov, científico del Instituto Nacional del Cáncer de EE.UU.

Este análisis debería aplicarse a combinaciones de fármacos, a pesar de que el estudio evaluó la eficacia terapéutica de un único fármaco. De hecho, cuando un total de 39 niños del estudio iniciaron más tarde una terapia de combinación con 3 fármacos (ritonavir, zidovudina y didanosina), los colaboradores usaron el modelo para predecir correctamente los resultados en un 80% de los niños.

Este análisis también podría tener implicaciones potenciales para adultos VIH+. "Obviamente existen diferencias importantes entre niños y adultos," dice el líder del estudio. "Pero nuestros resultados muestran algunas similitudes entre los mismos en cuanto a la tasa de desaparición del virus, uno de los parámetros clave del análisis."

El nuevo análisis va más allá del estándar: mediante el uso de niveles de CD4 y de la carga viral anteriores al tratamiento, concentración del fármaco en plasma al cabo de una semana de tratamiento y la carga viral después del inicio, se puede predecir la concentración de VIH en sangre a los 3 meses de iniciada la terapia, una medida que está relacionada con el desarrollo de SIDA y muerte.

Los científicos vieron que habían predicho correctamente la respuesta a largo plazo en 36 casos de 41. "Estos resultados son muy esperanzadores," dijo Dimitrov, "pero representan un primer paso y es necesario probarlos de nuevo con más pacientes y en otros contextos".

COMENTARIOS del Dr. Fax:

La integración de datos farmacocinéticos y virológicos entre los marcadores de respuesta nos podría ayudar sobre todo en dos áreas muy específicas:

- ❶ La evaluación de la potencia de nuevos fármacos.
- ❷ La selección de la terapia en cualquier individuo, sin necesidad de esperar 4 meses o más a ver si se consigue alcanzar la indetectabilidad.

La monitorización exhaustiva de la carga vírica en los primeros días, así como la monitorización farmacocinética son procedimientos caros además de ser muy incómodos para el/la paciente. Sin embargo, si se confirma que permiten predecir la respuesta a largo plazo con una eficacia similar a la de este estudio, la balanza coste-beneficio quizá se incline a favor de su uso habitual. □

Nueva combinación más asequible

CDCHIV/STD/TB Prevention News Update

En una carta al editor de *The Lancet*, dos médicos hacen un llamamiento por la consecución de terapias antirretrovirales menos caras en los países en vías de desarrollo.

Sugieren que una combinación de hidroxiurea, didanosina y cloroquina puede ser un régimen razonable.

Además de los efectos anti-VIH de estos fármacos, la cloroquina puede ser muy útil contra infecciones oportunistas como el *Mycobacterium tuberculosis*.

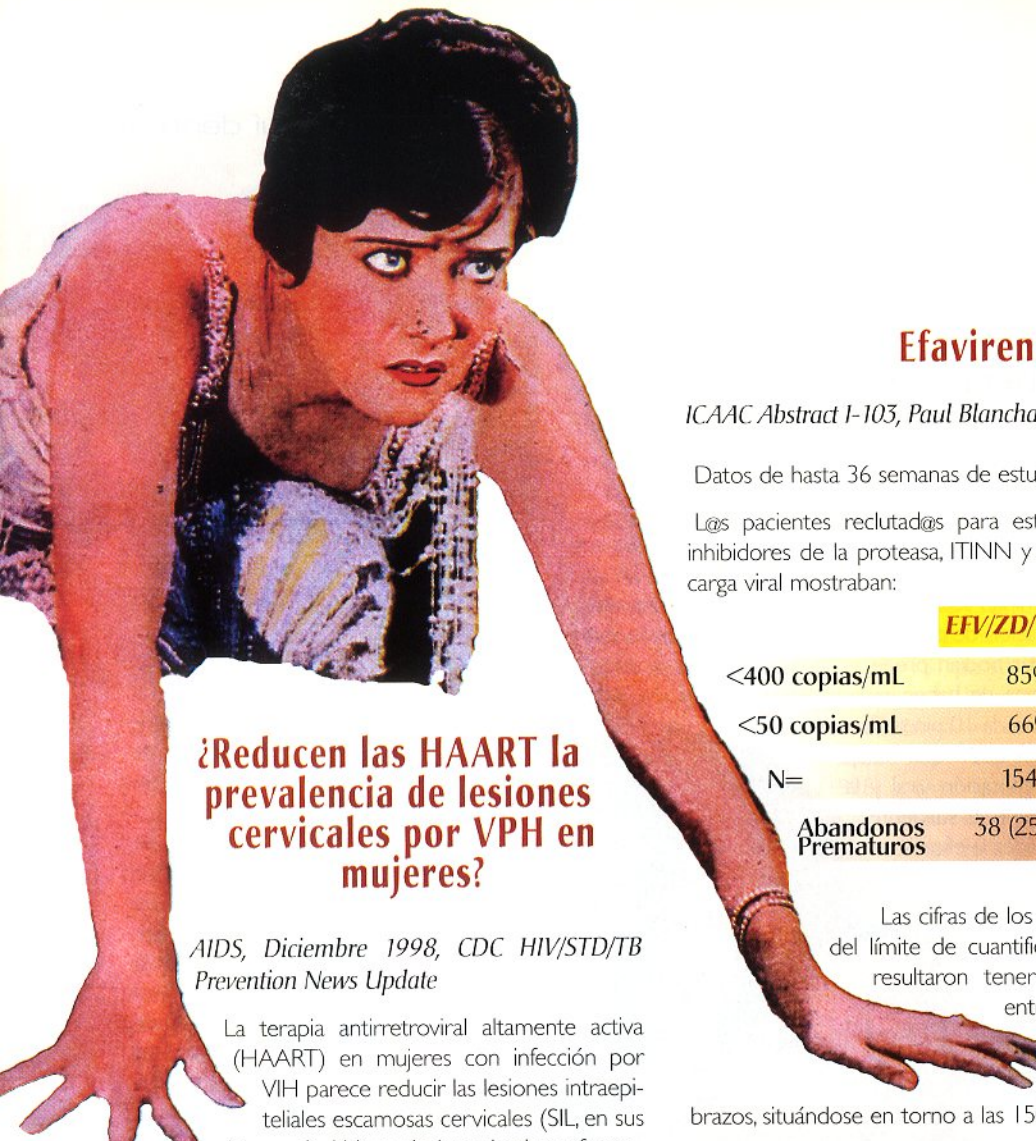
Ambos examinaron los efectos del fármaco *in vitro* y constataron que el régimen reducía el antígeno p24 y la actividad de la transcriptasa inversa. Afirmar que estos resultados merecen un estudio más detallado.

COMENTARIOS del Dr. Fax:

La infección por VIH cabalga a sus anchas por los países en vías de desarrollo, diezmando la población en edad productiva. El precio de los antirretrovirales es desorbitado aquí, e inmoral allí. Quizá el dinero de más que la industria farmacéutica está haciendo al ver imprevisiblemente ampliado tanto el tamaño como la duración del mercado (menos mortalidad y un tratamiento más agresivo y precoz), podría ser distribuido a partes iguales entre los países del sur; en forma de fármacos y herramientas de control de eficacia de los tratamientos, y en sus departamentos de investigación y desarrollo.

Mientras tanto, algunos laboratorios intentan poner en el mercado fármacos a precios aún más desorbitantes que los de sus predecesores de clase... □





¿Reducen las HAART la prevalencia de lesiones cervicales por VPH en mujeres?

AIDS, Diciembre 1998, CDC HIV/STD/TB Prevention News Update

La terapia antirretroviral altamente activa (HAART) en mujeres con infección por VIH parece reducir las lesiones intraepiteliales escamosas cervicales (SIL, en sus siglas en inglés), según investigadores franceses. Esto sucede sin que desaparezcan los papilomavirus humanos oncogénicos (VPH).

En un estudio francés, se evaluaron los efectos de HAART en 49 mujeres VIH+. "La eficacia global de la combinación de tres fármacos para la infección por VIH se reflejó en el incremento de células CD4 de 62 y un descenso de 1,3 log copias en la carga viral" informan los investigadores.

Las participantes fueron examinadas una media de 5 meses tras haber iniciado un régimen antirretroviral de combinación triple que incluía un IP. Se observó un descenso en la prevalencia de SIL, de un 69% a un 53%, junto con una tendencia a la reducción del grado de severidad del SIL.

"De entre las 13 mujeres que inicialmente presentaban un grado alto de SIL, la conversión a un grado más bajo sucedió en 2 mujeres y una regresión total a la normalidad en una mujer." De 21 pacientes que inicialmente presentaban bajo grado de SIL, 9 mujeres presentaron citologías normales durante el seguimiento.

Sin embargo, la infección por VPH persistió en la mayor parte de los casos. En base a estos hallazgos, la Dra. Heard y su grupo creen que se necesitan más estudios que garanticen "...una regresión clínica sustancial de las lesiones intraepiteliales y un mayor entendimiento de la historia natural del VIH en mujeres." □

Efavirenz (Sustiva®)

ICAAC Abstract I-103, Paul Blanchard

Datos de hasta 36 semanas de estudio abierto 006: EFV+ZDV+3TC.

Los pacientes reclutados para este estudio debían ser naive a todos los inhibidores de la proteasa, ITINN y al 3TC. Los datos a las 36 semanas de la carga viral mostraban:

	EFV/ZD/3TC	IND/ZDV/3TC	IND/EFV
<400 copias/mL	85%	65%	65%
<50 copias/mL	66%	50%	52%
N=	154	148	148
Abandonos Prematuros	38 (25%)	61 (41%)	45 (30%)

Las cifras de los sujetos que consiguieron llegar por debajo del límite de cuantificación tanto de 50 como de 400 copias resultaron tener diferencias estadísticamente significativas entre los brazos triples.

La media de los cambios en recuentos de CD4 a las 36 semanas fue similar en los tres brazos, situándose en torno a las 150 células.

COMENTARIOS del Dr. Fax:

Uno de los principales temores en relación con los muy favorables (para EFV) resultados a 24 semanas presentados en la Conferencia Mundial de Ginebra era el mayor riesgo de fracaso a medio-largo plazo de las combinaciones con EFV frente a las de IDV por la menor "barrera genética" de EFV (una sola mutación puede conferir resistencia) frente a IDV (es necesario acumular varias mutaciones para que se muestre resistencia elevada). Este riesgo aún no ha desaparecido (sigamos observando), pero al comparar los resultados a 24 semanas con los resultados a 36 semanas, esto es lo que ocurre (comparación de los dos brazos de triterapia, %<50 copias):

	24 semanas (Ginebra)	36 semanas (ICAAC)
AZT/3TC+EFV	61,7	66
AZT/3TC+IDV	48,8	50

Recordemos, no obstante, que este estudio fue diseñado para demostrar diferencias entre los tres brazos de tratamiento, y hasta la fecha *no hay diferencias estadísticamente significativas globales*, sino en una no muy ortodoxa comparación cara a cara de dos de los tres brazos.

Otros puntos oscuros como el exceso de toxicidad menor y el tipo de cápsulas de AZT e IDV empleadas, así como la naturaleza abierta del estudio, no permiten deducir nada más allá de una aparente equivalencia de ambas triterapias.

Pronto (Retroconferencia de Chicago, 1999) podremos ver otro estudio de comparación directa no-nucleósido frente a IP frente a un tercer nucleósido, el estudio Atlantic (d4T+ddl+nevirapina ó d4T+ddl+IDV ó d4T+ddl+3TC), cuyos resultados más preliminares indicaban también equivalencia de los tres regímenes. □

Las interacciones con Viagra

Adaptado de un artículo en *PI Perspective*, Septiembre de 1998

El nitrato de sildenafil (Viagra®), el fármaco recientemente aprobado en Europa para las disfunciones eréctiles (impotencia) no debería usarse en conjunción con cualquier otro tipo de nitrato, incluyendo *poppers* y ciertos fármacos usados para disminuir la presión sanguínea elevada. Sildenafil puede aumentar los efectos hipotensores (bajada de la presión sanguínea) de los nitratos, lo que puede ser fatal. Los inhibidores de la proteasa y delavirdina (Rescriptor®) posiblemente aumenten los niveles de sildenafil, mientras que nevirapina (Viramune®) y efavirenz (Sustiva®) posiblemente los disminuyan. Las personas que toman o bien un inhibidor de la proteasa o delavirdina y piensan tomar sildenafil deberían considerar el uso de una dosis de 25 mg, puesto que una dosis mayor podría incrementar la efectividad de sildenafil y la incidencia de efectos secundarios.

Otros fármacos usados comúnmente por las personas con VIH también podrían afectar los niveles de sildenafil. Ketoconazol e itraconazol tienen posibilidades de aumentar bastante los niveles de sildenafil, mientras que rifampicina y rifabutina podrían disminuir tales niveles en sangre. Aún no tenemos información sobre estas últimas interacciones. □

Para evitar el rash de nevirapina

Simon Collins, ATP, ICAAC Abstract 1-64a

Nevirapina es un ITINN usado tanto como fármaco de primera línea como en terapias de rescate. Uno de sus efectos secundarios puede ser el *rash* en hasta un 20% de los casos, *rash* que llega a ser severo y que conduce a la interrupción del uso de nevirapina en aproximadamente un 5% de los casos.

La seriedad de esta reacción de hipersensibilidad hace que reutilizar nevirapina tras un *rash* pueda ser peligroso. Tras haber notado que los pacientes que usaban prednisona, un corticoesteroide, no presentaban este problema, un estudio en Texas trató de descubrir si se trataba únicamente de una coincidencia. De un total de 155 pacientes, 83 recibieron 40-50 mg de prednisona al día durante los 14 días de inducción con nevirapina. En este grupo tan sólo una persona presentó *rash*, y éste fue lo bastante leve como para permitir la continuación de su uso. De los 72 pacientes que no recibían prednisona, 10 desarrollaron *rash* lo bastante serio como para provocar la interrupción del tratamiento con nevirapina. Aunque se trata de un estudio pequeño y no controlado, cualquier persona que empiece su tratamiento con nevirapina debería hablar con su doctor sobre esta posibilidad.

COMENTARIOS del Dr. Fax:

Es necesario un estudio controlado, ¡ya! y la difusión de estos resultados a pacientes por parte de Boehringer-Ingelheim (productores de nevirapina), cuanto antes. En el hospital Can Ruti de Badalona, se usa Polaramine durante los primeros días, y parece tener buen efecto, también, en evitar el *rash*. □



¿Videx simplificado?

Jefferson County Commission, Birmingham (Alabama, EE.UU.)

Según datos preliminares del ICAAC de septiembre en San Diego (EE.UU.) y anunciados definitivamente en el IV Congreso Internacional sobre Terapia del VIH de noviembre en Glasgow (Escocia), Videx (ddl, didanosina) podría pasar a administrarse una vez al día.

En un estudio llevado a cabo en el Hospital Cooper Green de Birmingham (Alabama, EE.UU.) con 87 pacientes naive, 43 recibieron 200 mg de ddl dos veces al día, y 44 recibieron 400 mg una vez al día. En ambos casos también recibieron d4T (Zerit), otro fármaco de la compañía BMS. A las 16 semanas de terapia, ambos brazos presentaron datos similares: una reducción de la carga viral de 1,5 log y un incremento en las células CD4 de 140. No se aportaron datos sobre efectos secundarios comparados entre los dos brazos.

Otros dos estudios, uno en la Universidad de Bari (Italia) y otro en el Hospital Chelsea & Westminster (Londres) están analizando la viabilidad de esta dosificación. Será necesario esperar hasta su finalización para obtener suficientes datos virológicos, inmunológicos y de efectos adversos como para consolidar la posibilidad de ddl una vez al día. □

Advertencia: la dosificación de indinavir es tres veces al día

Adaptado del comunicado de prensa de Merck & Co., Inc

Merck & Co. anunció el 18 de Septiembre que se ha detenido la investigación de los regímenes con dosificación de dos veces al día de su inhibidor de la proteasa indinavir (Crixivan®) en combinación con inhibidores de la transcriptasa inversa.

Merck recomienda que los pacientes en los brazos de dosificación dos veces al día del estudio 060 sean transferidos a un régimen con la dosificación aprobada (800 mg cada ocho horas) para asegurar que reciben la terapia óptima. Merck continuará estudiando la dosificación de dos veces al día de indinavir en combinación con otros inhibidores de la proteasa.

La decisión de interrumpir totalmente el estudio 060 está basada en los datos de un análisis que demostró que la dosificación de tres veces al día era más efectiva que la de dos veces al día en la reducción de la carga viral por debajo de los niveles de detección en pacientes que iniciaban terapia. En la semana 24, el 91% de los pacientes en el régimen aprobado había conseguido niveles de detección por debajo de 400 copias/ml, comparado con el 64% de pacientes en el régimen de doble dosificación.

La tabla siguiente muestra el análisis de la carga viral en las semanas 16 y 24:

Proporción (%) de pacientes con carga viral < 400 copias	Indinavir 800mg cada 8 horas	Indinavir 1200mg cada 12 horas
	16 semanas (n=287)	78%
24 semanas (n=87)	91%	64%

Otros estudios que Merck está llevando a cabo en la actualidad para evaluar la actividad antirretroviral de la dosificación dos veces al día de indinavir combinada con otros inhibidores de la proteasa dosificados dos veces al día, en este caso nelfinavir y ritonavir, continúan.

COMENTARIOS del Dr Fax:

Esperemos que la rápida reacción de Merck (quien ya se ha reunido con un grupo de activistas en Lisboa en el seno de un *European Community Advisory Board*) para explicar los pormenores, sirva para que **NADIE INICIE IDV** dos veces al día en un régimen con IDV como el único IP.

Respecto a las combinaciones con IDV junto con otro inhibidor de la proteasa, otros estudios -nos dirán. ¿Y qué hacer con los que están tolerando bien el régimen con IDV dos veces al día y además con carga vírica indetectable? Merck debería proponer unas recomendaciones más claras para esta población. □



Comparación de dosificación BID y TID de nelfinavir

ICAAC Abstract 1-216,
Paul Blanchard

En el ICAAC, se presentaron los resultados en interín a las 48 semanas, comparando la dosificación dos veces al día (BID) con la de tres veces al día (TID) de nelfinavir en combinación con

d4T/3TC en 223 pacientes naive a los fármacos en estudio. La media basal de los recuentos de CD4 era de 254 células en el brazo TID y de 273 células en el BID.

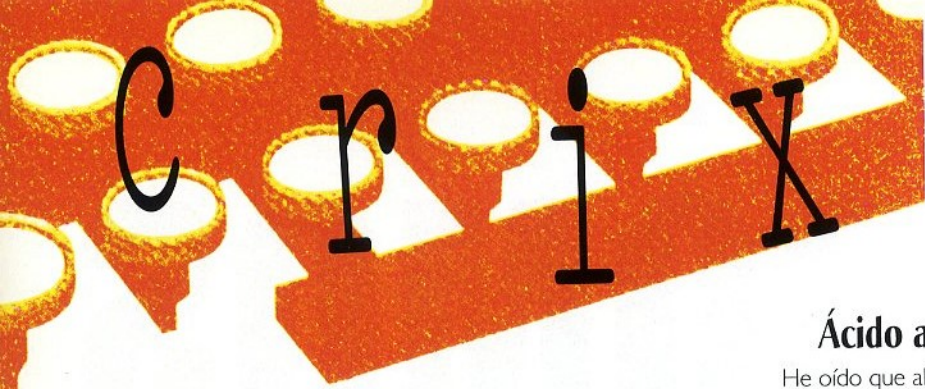
El diseño del estudio emplea dosis BID de nelfinavir de 1250 mg, comparado con la dosis estándar de 750 mg TID.

Un análisis a las 48 semanas (165 en BID, 59 en TID) reveló que la dosificación de ambos regímenes parecía equivalente, con supresión viral por debajo de las 400 copias en aproximadamente el 80% de los pacientes y de menos de 50 copias en al menos un 68%. Los aumentos en los recuentos de CD4 también resultaron similares situándose alrededor de las 150 células para ambas dosificaciones. La diarrea es el efecto adverso principal. El grupo concluye: "...la alta tasa de respuesta junto con la excelente durabilidad y la baja incidencia de efectos adversos justifican la continuación de este estudio".

COMENTARIOS del Dr Fax:

Este análisis no permite hacerse una idea de la eficacia real de un fármaco, ya que sólo analiza el resultado de aquellos participantes en el estudio que no han tenido que dejar el fármaco, dejando fuera a los que sufren toxicidad o a los que son cambiados de tratamiento por falta de eficacia.

Los resultados, aparentemente, siguen apoyando el uso de nelfinavir como único inhibidor de la proteasa en régimen BID. □



List

Depresión y hierba de San Juan

P: Soy una persona con SIDA y leucoencefalopatía multifocal progresiva (LMP) desde hace 2 años y estoy muy deprimido. He probado a utilizar los inhibidores selectivos de la captación de la serotonina (SSRI) con escaso éxito. Recientemente he empezado con la hierba de San Juan y la diferencia que noto es enorme. ¿Alguien ha experimentado un cambio tan espectacular?

Rixard

R: Sí, yo también he sufrido depresiones durante años, y aunque en cierto sentido también puedo decir que SSRI funcionaba, siempre era a cambio de efectos secundarios del tipo "atontamiento emocional". Empecé con la hierba de San Juan hace unos 15 meses, ya que a pesar de ser un escéptico total pensé que no tenía nada que perder. Tras un mes de tomarlo me sorprendieron los efectos que empezaba a sentir. Desde entonces no he dejado de tomarlo y mi depresión se ha mantenido estable y bajo control todo este tiempo.

Albert

Triglicéridos altos

Hola Ted:

Tus niveles de triglicéridos (1.000) son francamente altos. Aunque la "hipertrigliceridemia severa" se define con niveles por encima de 700 (el límite superior es de 200), he visto a médicos con experiencia en VIH ignorar elevaciones de triglicéridos asociados al uso de Viracept (nelfinavir) de hasta ¡¡3.000!! Su actitud es algo así como "tienes suerte si vives lo bastante como para tener problemas cardiovasculares", con lo que deberías estar content@ de mantener el VIH bajo control y olvidarte del aumento de lípidos (colesterol, triglicéridos). Esta actitud es un serio error y NO PUEDES CONTINUAR CON SEMEJANTES TRIGLICERIDOS SIN TRATAR... Tanto la hipertrigliceridemia como la hipercolesterolemia son condiciones susceptibles de ser tratadas con, por ejemplo, fármacos estatín. (En España se emplea gemfibrocilo, Lopid®).

Además de los documentados efectos cardiovasculares de esta situación en personas con VIH (carta reciente en *The Lancet*), los efectos a corto plazo de la hipertrigliceridemia severa (por encima de 700) también han sido documentados en la literatura científica. Cuando la elevación llega a estos niveles, los lípidos espesan la sangre, haciéndola más viscosa y pegajosa, lo que interfiere con su habilidad para llevar oxígeno al cerebro. Esta falta de oxígeno en el cerebro puede ocasionar diversos síntomas cognitivos y psicológicos (lentitud mental, letargo, depresión, despistes, pobre concentración, etc.). Parece bien documentado que los adultos ancianos que padecen demencia muestran signos de mejoría cuando se trata la trigliceridemia. También está bien documentado que las personas con hipertrigliceridemia familiar (una condición genética no asociada con el uso de fármacos) muestran una mejoría de sus síntomas depresivos cuando reciben tratamiento con fármacos estatín. No me explico por qué @s médicos que tratan a pacientes VIH no usan esta información. ¡Educa a tu médico y pon tus niveles de triglicéridos bajo control!

Buena suerte,
JR

Ácido alfalipoico para la neuropatía

He oído que algunas personas están resolviendo su polineuropatía con ácido alfalipoico (ya estoy tomando Neurontin/gabapentina, 2400 mg/día). ¿Cuáles son las dosis recomendadas?

TIA

Tomo ácido alfalipoico (ALA) desde que leí un artículo en *Alternative Medicine Review* (Vol 2 nº3, 1997), que cita un estudio alemán para tratar la neuropatía diabética y que explica que ALA es un antioxidante. La dosis del estudio era de 600 mg/día durante 2 semanas, y después 300/día como mantenimiento. Lo tomé y eliminé completamente el dolor que tenía. Al cabo de 9 meses, sigo sin dolores. Espero que funcione igual de bien para ti.

Ken Eppich

Crixivan y agua

Buenos días...

Últimamente he visto varias preguntas en la lista relativas al Crixivan y a la prevención de los cristales y piedras del riñón. Merck dice que uno debería beber al menos 1,5 litros de agua diarias cuando se está tomando Crixivan. @s médicos suelen recomendar que se beba "mucho" agua.

Por desgracia, lo que no dicen es "qué" entienden por agua. La mayor parte de nosotr@s pensamos que mientras bebamos cantidad de "líquidos" ya estamos bebiendo suficiente agua. Pues bien, hay dos casos en los que esto simplemente NO ES VERDAD.

Cuando se trata tanto de hidratar como de eliminar toxinas, ya sean de los medicamentos o sean enzimas, etc., del sistema, decir agua significa exactamente agua. Lo que quiere decir que las bebidas con cafeína o carbonatadas no cuentan en el "registro de agua".

Las bebidas que contienen cafeína o las carbonatadas no funcionan cuando se trata de limpiar el sistema o hidratar tu organismo. El alcohol también es perjudicial para el proceso de hidratación porque en realidad lo que hace es deshidratarte; la cerveza tampoco se salva, y encima es tanto alcohólica como carbonatada, con lo que se convierte en una trampa doble.

Las bebidas con sabor a zumos de frutas pero que son básicamente agua en un 95% son una alternativa si estás tomando Crixivan o si estás intentando desintoxicar tu sistema. Sé lo que digo y hablo por propia experiencia. No tenía ni idea de nada de esto hasta hace algunos años... Entonces yo ya tenía 53 años y en una conversación con un amigo médico, le comenté que estaba bebiendo montones de 7-UP "diet" para eliminar la amilasa (una enzima segregada por el páncreas en grandes cantidades en los ataques de pancreatitis). Mi amigo me preguntó si en todos esos años nadie me había explicado nunca que las bebidas carbonatadas no servían para limpiar el organismo... Me sentí bastante sorprendido, y cuando cambié al agua sin más empecé a notar la MEJORA EN 24 HORAS. Después de un par de días podía decir que si 1,5 litros está muy bien, 3 están todavía mejor. Eso es lo que yo trato de beber cada día, y me ha ayudado a mantener la pancreatitis aguda crónica recurrente controlada casi totalmente, gracias a la rápida eliminación de la amilasa. Algo parecido puedo decir con el Crixivan...

Gracias
Marty

ASÍ SOMOS

por Maite Suárez



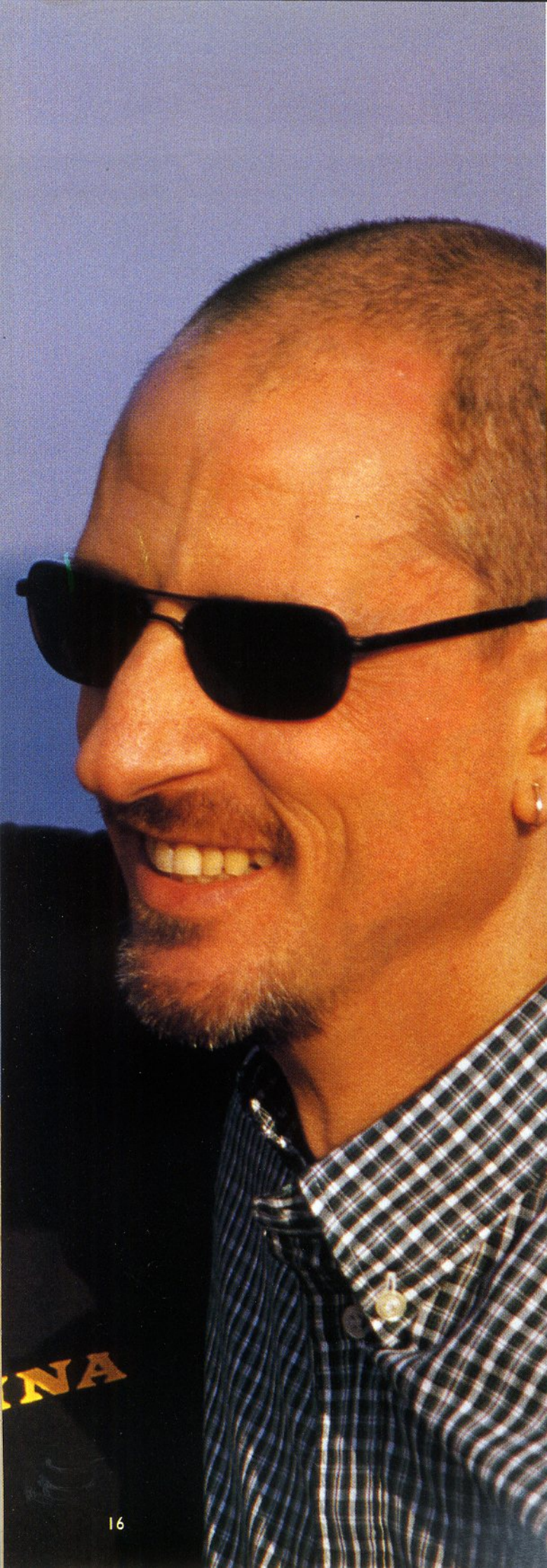
Aunque pueda sorprender, los tratamientos antirretrovirales tienen a veces paradójicos efectos secundarios digamos "sociales". Antes de la generalización de las terapias combinadas, con frecuencia la infección por VIH acababa manifestándose con toda su crudeza, y ello hacía inevitable lo que algun@s llamarían una confesión con más o menos ingredientes (el SIDA propiamente, la homosexualidad, el uso de drogas inyectables, vete tú a saber) y otr@s denominarían asumir la visibilidad. Ahora, los fármacos, aunque con numerosas pegadas, pueden llegar a permitir una vuelta a o permanencia en la "normalidad", mal entendida como la ocultación del estatus serológico y quizá de otros aspectos personales.

Llevar una triple vida (ser heterosexual normal una parte del día, gay sano en el ambiente y seropositivo sólo con los íntimos y/o el grupo de apoyo) podría entenderse como una opción si la visibilidad, tanto la doble como peor la triple, no acarreará fuertes riesgos personales y sociales. En este sentido, una vez más hay que lamentar, pero esto sí que no nos sorprende, la falta de políticas públicas activas, entre ellas las de empleo, de apoyo a gays seropositivos.



Cierto es que el SIDA se ha hecho notar en los usos y costumbres de la llamada comunidad homosexual española, pero resulta difícil saber hasta qué punto. En nuestra entrevista, estos chicos valientes (y éste no es un adjetivo gratuito para el caso) son reflejo de la pluralidad muchas veces ignorada de los gays con VIH, pero también de la inexistencia o insuficiencia, según los casos, de los esfuerzos colectivos (de la sociedad en su conjunto, pero también de la comunidad homosexual, si comunidad es) por encarar la pandemia: cada uno de estos cuatro hombres ha transitado hasta su realidad actual como ha podido y sabido.

Son, pues, cuatro hombres gays seropositivos que dan la cara, en un ejemplo que nos gustaría que cundiese. Sin duda, se adelantan a su tiempo y constituyen la avanzadilla de la lucha cotidiana por esa visibilidad plena que redundaría en beneficio de los homosexuales, de l@s seropositiv@s y de tod@s. Quizá sería hora de reflexionar y apostar, como ellos, por actitudes individuales y colectivas que hagan de dicha visibilidad una opción de cada un@, pero una opción real.



“Ninguno de mis amigos í

Xavier

"Yo antes del VIH, cuando llovía, me ponía de mala leche y decía '¡qué asco de día!'. Ahora me pongo contento, porque llueve y yo estoy aquí para verlo. Estoy contento de estar enfermo y mi manera de pensar, de vivir y de ver las cosas ha cambiado por completo. Ahora es como si tuviera dos años y estuviera viviendo otra vez".

Dos años hace que Xavier se salvó de un reventón de su salud, que al año de su diagnóstico VIH amenazaba con llevarle al otro barrio en brazos de una *Carinii* y una *toxoplasmosis cerebral* "que aún hace que me encalle un poco al hablar, aunque en catalán se nota menos". La vuelta de la muerte supuso para Xavier un nuevo punto de partida: "Yo estuve a las puertas de la muerte, pero al final resulta que he vuelto a nacer, que la vida me ha dado una segunda oportunidad. Ahora no tengo trabajo (Xavier era un comercial autónomo y el SIDA hizo que su empresa 'prescindiera de sus servicios'), pero con mis ahorros y una no contributiva, voy tirando. No tengo que dar cuentas a nadie, y hago cosas que antes no me atrevía a hacer; desde ponerme un pendiente hasta irme yo solo de vacaciones a Praga", resume con determinación. Pasar todo el día en plena calle detrás de una caseta de la Coordinadora Gay, o hablar para **Lo+Positivo**, según Xavier, "es otro paso hacia delante. Lo hago para mí, para quitarme yo pesos de encima. Si además mi experiencia sirve de algo a otra persona, pues mejor."

A Xavier le gusta ir al grano y ventila con laconismo el capítulo biográfico: "Nací en Barcelona y siempre he vivido aquí. Mi vida ha sido completamente normal: infancia normal, escuela normal, mili, trabajo... Todo completamente normal", remacha. "Siempre supe que a mí me gustaban los chicos", continúa Xavier; "pero trauma, lo que se dice trauma, nunca he tenido por ello. Eso sí, yo me ocultaba. Hay que tener en cuenta que tengo 40 años, y que hace 25, cuando yo empecé mi vida sexual, este país vivía una dictadura, y había que esconderse, o iban a por tí con la famosa ley de 'vagos y maleantes' en la mano."

Xavier admite sin regateos que las cosas han cambiado mucho en este sentido, aunque reste bastante por hacer en cuanto a la visibilidad social de las relaciones homosexuales: "Es que hace 25 años lo que tu y yo estamos haciendo ahora, hablar del VIH y de mi sexualidad en un lugar público y para una revista, habría sido impensable. Claro que sigue faltando ese dar la cara en la calle, pero es que eso es muy difícil y hemos de ser muchos homosexuales los que lo hagamos, por que si no, no sirve de nada. Es difícil ser el primero en atreverse. Yo en este sentido no me lo curro, es decir, que a lo más que llego en la calle, por ejemplo, es a dar un beso en la mejilla."

"¿Por qué ha de ser tan importante con quién se acueste cada quisque? Yo soy una persona normal, a la que le gustan los del mismo sexo, y ya está. No dices 'hola, soy fulanita y soy heterosexual', ¿no?"

Xavier no había empezado a sacar su homosexualidad del armario hasta bien entrado en la treintena, y eso con un puñado de íntimos. Su madre murió "sabiéndolo", pero sin haberlo hablado nunca con su hijo. "Con mi hermano y mi padre estuvo claro que

Intimos es seropositivo, aunque nunca se sabe"

lo sabían a partir del SIDA y de que casi me muero", cuenta Xavier: "Mi padre, con el que nunca me he llevado demasiado bien, estuvo a mi lado todo el tiempo, cuidándome sin descanso. Una vez que me he recuperado y que soy yo otra vez y ya no necesito que me cuiden como a un niño, volvemos a tener el mismo tipo de relación que antes del VIH. Hay amor y cariño, que eso siempre lo ha habido y lo habrá, pero nuestros caracteres son incompatibles".

Por otra parte, la relación con l@s amig@s de toda la vida, entre los que hay "tanto homos como heteros, a partes iguales", tampoco ha cambiado para Xavier: "No ha habido deserciones ni alejamientos a causa del VIH. Mis amig@s, amig@s", recalca, "han estado y siguen estando ahí, y siempre me han ofrecido su apoyo y su atención. Mi enfermedad siempre ha sido un tema abierto: ell@s me preguntan cómo lo llevo, y yo les voy explicando, sin más. Que yo sepa, ningún@ de ell@s es seropositivo, aunque nunca se sabe...", observa Xavier:

Si amigos y familia permanecieron firmes ante el terremoto VIH, la pareja, sin embargo, "fue lo que falló". Tras una relación de 5 años, "la más larga y fuerte que he tenido", y en plena tormenta del SIDA, su novio rompe la relación. Xavier reconoce que "las pasó muy mal", y que "yo he seguido enamorado de él, aunque él ya no lo esté de mí... hace algunas semanas he decidido no verle, a ver si así puedo rehacer mi vida en ese sentido. De momento sólo estoy en ello". Con la misma tranquilidad concisa con que ha resumido lo que su familia y amigos han sido y son antes y después del VIH, Xavier pasa por el accidentado terreno del sexo y los afectos: "Claro que me gustaría encontrar una persona especial. Pero si vas por la vida obsesionado, no encontrarás a nadie. Esas cosas suceden, si es que suceden, cuando menos te lo esperas; quizá cuando estás buscando sexo, que eso sí lo busco, quizá no..."

De la 'comunidad gay' al 'ambiente' del sexo al VIH: "Cuando fui mejorando física y emocionalmente empecé a ir al grupo de gays positivos de la 'Coordi', que me ha servido sobre todo para comparar; para ver que puedo estar mejor que muchos. Recomendaría a un gay seropositivo que fuera a un grupo de pares sólo cuando tuviera ciertas cosas asumidas, para no sentirse como un pato en un garaje. Yo tuve que asumir mi homosexualidad y mi seropositividad en distintas fases de mi vida, y ambas cosas han tenido su miga, aunque el VIH es lo más difícil", reconoce.

Hoy en día, Xavier participa activamente de varias actividades de la 'Coordi', pero la satisfacción que transpira al comentarlo no le impide algún subrayado muy personal: "Ayudo en varias cosas: la merienda de los miércoles, el grupo de trabajo sobre derechos de homosexuales... Me siento activo y me parece importante la reivindicación y la visibilidad, pero no me veo parte de eso que muchos creen que es una 'comunidad gay', como si fuéramos diferentes al resto de la gente... Yo lo que veo es que somos un grupo muy variopinto de personas, con distintos caracteres, intereses, creencias, opiniones, colores, culturas y lo que tú quieras. Eso sí, nos une un gusto común por las personas del mismo sexo; eso es todo. También las personas que disfrutan con el fútbol van juntas a los partidos, o las que practican golf o van mucho al cine... A mí la gente me interesa o no me interesa por sus valores humanos, no por sus tendencias sexuales. Si eres una buena persona lo serás te acuestes con quien te acuestes, y viceversa", concluye.

Xavier admite la importancia del movimiento gay en la lucha an-

ti VIH, pero no sin puntualizar que "es cierto que en este país los homosexuales se han organizado para trabajar contra el VIH, pero no todos son solidarios y los que hacen algo es porque el VIH les ha tocado más o menos cerca. La mayoría sigue espantándolo lo más lejos que puede, y en el ambiente el VIH es tabú: si sacas el tema te expones a que se escapen de ti horrorizados. "Sí, continúa, "a mí me ha pasado, y lo he vivido mal, pero al mismo tiempo lo entiendo, porque yo también conozco ese pavor: La gente sigue con miedo a saber".

Xavier cuenta, con desparpajo y sentido del humor, que el VIH no ha afectado su capacidad de seducción: "Yo sigo ligando igual que siempre, o sea, mal. Lo que ha cambiado es que ahora practico el sexo con condón. Claro que cada vez se practica sexo más seguro, pero aún te encuentras de todo... A mí me han llegado a quitar el condón cuando ya lo tenía puesto, por ejemplo. Yo sólo hablo de mi VIH si viene a cuento, pero desde luego que no me voy con un tío y le suelto que soy seropositivo a la primera de cambio, porque así no habría manera". Aunque le interesa el ambiente "para buscar sexo", reconoce que por lo demás no es lo suyo, que sólo sale de vez en cuando, y no por costumbre: "Eso de que todos tengamos que estar monísimos y estupendos, que sea todo de fachada, no me interesa, no es lo mío... En el mundo de la noche hetero, el físico también es lo más importante, sólo que en el escaparate gay hay hombres, y en el otro más bien mujeres, aunque los hombres hetero también se preocupan cada vez más de su físico".

La noche puede no ser lo suyo, pero de día a Xavier no le queda tiempo para aburrirse: "No paro: me levanto pronto, voy al gimnasio, a alguno de los médicos (VIH, oftalmólogo, cabecera) o a las dos cosas, como hoy. Trabajo dos horas en el gimnasio, con lo que necesito dormir bien porque si no no puedo levantar las pesas y mi instructor me echa la bronca. Él sabe perfectamente lo que hay, trabaja en conjunción con mi médico y mi dietista, y el gimnasio es parte de mi programa de salud. Luego voy a casa, desayuno y descanso. El resto del día, me ocupo del piso, visito a mi hermano, voy a la 'Coordi', a acupuntura y si cuadra hago algo por la noche: que si cine, que si teatro, una cena con amigos..." La vida cotidiana saca de inmediato a colación la salud, y Xavier explica satisfecho que "tengo una médico con la que me entiendo bien, tomo una triple con indinavir, estoy indetectable y en buena situación clínica. Mi vida es ordenada, y las tomas no son un problema, pero lo peor son los efectos secundarios: la náusea del crixi y la neuropatía del zert", subraya Xavier. "La acupuntura", dice, "ha sido una gran ayuda: de casi no poder moverme a tener 'sólo' los dedos un poco agarrotados. Lo que no tengo es lipodistrofia, aunque sé de mucha gente que lo está pasando fatal con eso, y hasta llegan al extremo de dejar los fármacos porque no soportan verse tan cambiados. Yo estoy flaco como siempre, pero cuido mi dieta y tomo suplementos vitamínicos".

En su día, Xavier descubrió que morir se "era fácil cuando estás tan agotado, tan débil que la muerte es como un descanso natural". Ahora, a los dos años de edad, disfruta de su segunda vida sin planear más allá de una excursión a Monserrat la próxima semana: "Vivo el día a día con intensidad y me siento satisfecho. No me interesa el dinero ni volver a trabajar; mi vida ahora me satisface mucho más y no voy a dejar para el año que viene lo que pueda hacer hoy, mañana o pasado".

"El mundo gay no da precisamente facilidades para estar enfermo -y enfermo significa VIH-, no

Luis

Luis llegó a Barcelona en 1984 con 990 dólares en el bolsillo "que me duraron muchísimo, porque yo siempre he sido muy hormiguita", el teléfono de contacto de un compatriota y 24 añitos ya notables en pérdidas y conquistas. En Argentina había conseguido, contra viento y marea, tener un trabajo estable, un bonito apartamento y una variopinta 'tribu' de amigos entre los que vivir su sexualidad con holgura y honrar la dinámica de grupos: "Recuerdo aquellas enormes comidas de domingo, a la italiana, con montones de amigos, algunos de ellos amantes míos, comiendo y hablando, hablando de todo durante horas y horas: ¡hacíamos puro psicodrama!", rememora con fruición. Luis va destapando su historia con incontenible exhuberancia verbal: "A veces siento que en realidad estoy en Barcelona porque soy prisionero del Can Ruti (su hospital de seguimiento) y pienso que me gustaría marchar a vivir a Londres, por ejemplo, mañana mismo, pero lo cierto es que Barcelona me encanta como ciudad, y me he quedado por elección, porque lo decidí como he decidido tantas cosas en mi vida desde que me quedé prácticamente sólo a los 14 años".

De padres actores de origen burgués e ilustrado, Luis recuerda que, a pesar de moverse en un círculo amplio, abierto y bohemio "donde había muchos homosexuales", su padre siempre demostró hostilidad al intuir las preferencias de su hijo: "Siempre me han gustado los hombres y fui muy precoz y promiscuo. Tuve mi primer amante a los 11 años, y mi padre siempre me vio venir, a pesar de que nunca he tenido pluma", se explica. Él mismo se recuerda como un chaval ensimismado y autónomo que ve cómo la vida va imponiendo sus etapas: Luis trabaja, "en tantos sitios que me cuesta ponerlos en orden", recorre en bicicleta 17 kilómetros diarios durante tres años para hacerse bachiller, se emancipa definitivamente; "ya era mayor de edad cuando supe por terceros que mi madre había muerto, nunca he sabido dónde está enterrada". Vive su sexualidad entre compañías femeninas de compromiso, "tuve muchísimas novias y me acosté con alguna de ellas", e historias homosexuales "en paralelo y discretamente, pero vividas a fondo, sin represiones".

Luis ya había tenido sus primeros amantes estables y empezaba a sentir que la previsible vida de Rosario "se me quedaba pequeña", cuando una modesta e inesperada herencia y la insistencia de Mónica, que entonces vivía en Madrid, acaban por empujarle a hacer las maletas y venirse a España. El año en la capital muestra primero a un Luis tierno, un poco como de pueblo, "me perdía por Madrid, era como un laberinto. Y en Barcelona viví años como muy locos, muy intensos", cuenta a borbotones. "Yo nunca he sido parte del ambiente en el sentido de que en eso, como en otras cosas, siempre me ha gustado moverme a mi aire, a menudo sólo, un poco por los bordes...", explica, "pero pillé la época en que abrieron el Martins, (una disco gay en Barcelona) yo era 'mono', salía mucho, me dejaba invitar... Me acosté con todos, con todos", continúa Luis. "Empecé una relación fuerte de varios años. Fue una época no sé si dorada, pero desde luego única".

Luis llega a describir con brocha dura aquellos tiempos: "Recuerdo llegar a la disco con mi novio, los dos monísimos y muy machitos, alimentando las fantasías del personal, que al vernos se

moría por saber cómo nos lo hacíamos, de qué íbamos... Claro, los dos empezamos a tener el ego muy crecido, seguíamos el juego, y todo el mundo nos invitaba a rayas, nos ponía copas, de todo", cuenta con viveza. "Empezamos a meter gente en nuestra cama primero de uno en uno, luego de dos en dos, después tres y luego", con gesto casi de indiferencia, "luego ya los que sean, porque ya es follar por deporte, por vicio, y seguir metiéndote rayas y pudrir al máximo la relación con esa persona, hasta que alguno de esos terceros llega a ser más importante, o a colgarse de uno de los dos, y al final se va todo a la mierda", resume.

Luis quema esta etapa de su vida: "Yo experimento las cosas con rapidez y hasta el fondo, y si tengo que llorar lloro hasta que no me quedan lágrimas". En un puñado de años ha terminado con la nocturnidad desbocada, con su relación y se encuentra con un diagnóstico VIH en el bolsillo. Luis asegura que "en esa relación fueron vicio, sexo y coca juntos los que desbarataron todo, pero yo soy monógamo, y mientras estoy con una pareja estoy sólo con ella. Mis novios, novios", continúa, "siempre han conocido mi VIH, y nunca ha sido un motivo de rechazo. Con los ligues ocasionales no solía decirlo, y me protegía sin más, pero cuando ha ocurrido tampoco ha habido rechazo, quizá porque yo dejo claro que no me coloco en el papel de víctima".

"Yo sabía lo que el VIH significaba pero hasta el 95 no hago realmente caso, porque mi situación clínica era buena y no aconsejaban medicarme. En cierto modo", reconoce, "no saqué la cabeza hasta que no hubo más remedio. Sólo hablaba del VIH con los íntimos, y no mucho. Yo mismo lo ignoré hasta que falló mi salud y vino lo duro de verdad".

Del 95 hasta hace poco más de un año, Luis ha pasado su propio calvario de ingresos, pruebas interminables y estériles, malas noticias y otras aún peores: de una TB y una trombosis inguinal "en la pierna izquierda, la maldita" a una *toxó cerebral* y un gran *Kaposi* extendido por la pierna torturada. Con las defensas casi a cero, física y emocionalmente deshecho, Luis se ve luchando contra la toxo y poco después con quimio y radioterapias sucesivas para el Kaposi, que resultaron eficaces pero abrasadoras: "Es lo peor de todo esto", afirma Luis; "mi pierna ha hecho que no reconozca mi cuerpo, que me sienta como un lisiado, un fenómeno de feria con una pierna elefantiásica... claro que en algún momento te preguntan: ¿Cómo es que me está pasando todo esto? ¿Tan putón he sido? ¿Estoy limpiando mi Karma?", exclama. "Ese buscar explicaciones, esa culpa, era algo nuevo para mí".

Por otro lado, "con la crisis de salud, mis amigos de siempre hacen piña a mi alrededor, y es maravilloso sentir su apoyo pero, cuando estoy enfermo, tengo que aceptar que hagan y deshagan en mi cocina, en mi casa, en mis espacios de dominio, y me resulta durísimo. He aprendido a pedir, a no molestarme por cosas que antes me molestaban, a ser más paciente, incluso luché por no aferrarme a lo material, a mis pequeños objetos, mis fetiches."

Aunque ha descubierto que bailar es bueno "para la pierna", también dice que sale poco de marcha y que el ambiente le va menos que nunca: "El mundo gay no da precisamente facilidades para estar enfermo -y enfermo significa VIH-, no es tan solidario, ni siquiera entre los propios seropositivos. Lo suyo es hacer que no pasa nada y todos estamos estupendos, llenos de salud y perfectos de arriba a abajo. La gente no sale por ahí a ver o hablar del

habilidades para estar es tan solidario"

VIH, a no ser que des con uno que te cuente todo el cáncer de su tío, porque cree que es lo adecuado en tu caso... Con eso también me he vuelto más tolerante, más paciente, porque no quieren hacer daño, aunque metan la pata."

Ahora, con 37 años "uno no sabe si también es la madurez que da la edad", Luis describe una vida tranquila: "Empiezo por ventilar la casa y dejar que entre el sol: me gustan mis mañanas. Cuido mucho mis plantas (tiene un vergel) y me encanta ir al mercado, pasearme por los puestos, impregnarme con los olores y los colores, aprender cosas sobre la comida, que es muy importante para mí". Tras el almuerzo, que "tomo en la terraza si el tiempo lo permite," y la siesta, Luis dedica algún tiempo a sus imprecisas actividades, entre el trueque creador y el hábil reciclaje: "Tengo que buscarme la vida como siempre, porque una no contributiva obviamente no basta para mantenerme y mantener mi hogar, que es lo más importante que tengo y lo que tanto me preocupa conservar".

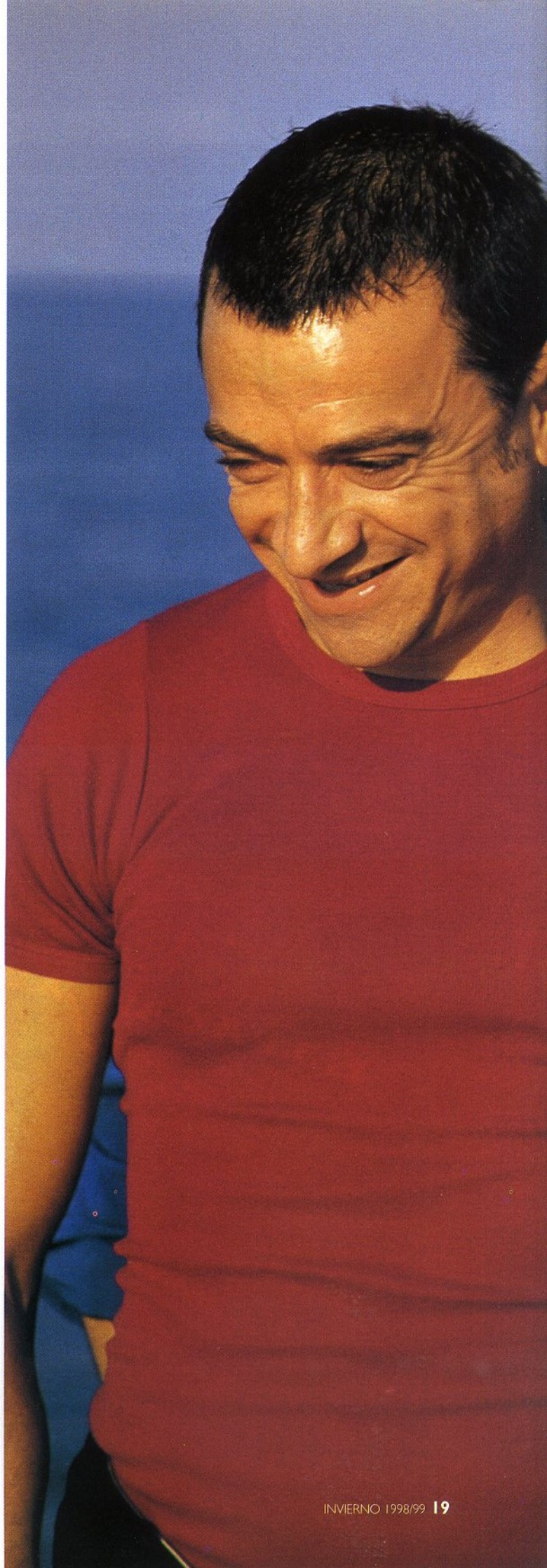
La noche trae la compañía de algún amigo, una copa o cena tranquila y, los viernes, la reunión de seropositivos: "Claro que buscas la comparación con los otros, por consuelo o por estímulo, pero además siempre sacas cosas, respuestas, información con la que luego has de hacer algo, porque lo de tirarte a ver la tele tragando esteroides no te va a poner como los cachas que vienen a dar la charla al grupo, por ejemplo".

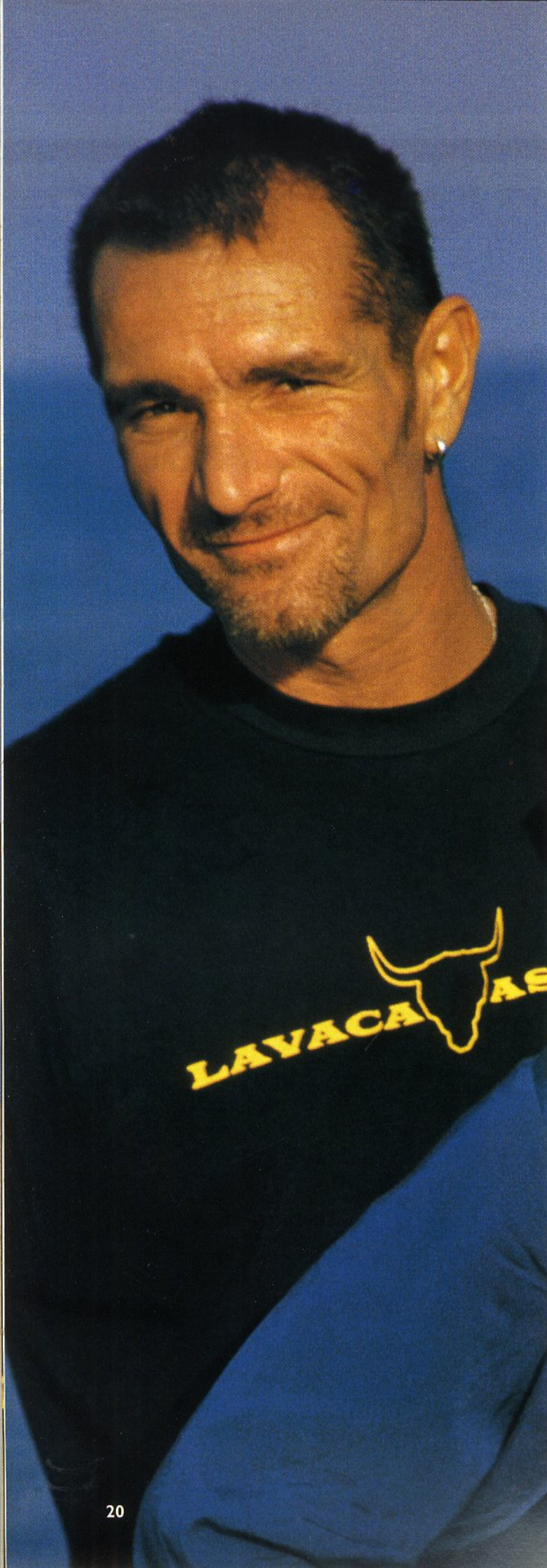
La noche del viernes termina de copas, quizá discoteca... Asegura que "me falta sexo, ligo menos," o como recuerda el comentario una amiga: "Tú ligas igual, lo que pasa es que cada vez eres más exigente" o decide que "lo que busco es una mirada, y no la encuentro". El sexo, en todo caso, es "mucho más seguro que antes, pero los cuartos oscuros no están llenos de condones, y sé por experiencia que el deseo, la búsqueda del placer casa mal con el control, incluso después del VIH o precisamente por él".

Ahora ya está prácticamente "limpia", pero Luis llegó a tener una mancha Kaposi en plena nariz que "me afectó muchísimo, parece mentira lo que puede hacer una mancha en tu nariz, lo mal que puedes llegar a sentirte por eso", dice. "En el mercado las mujeres me preguntaban ¿qué te ha pasado? y yo, de tanto decir 'me he caído', llegué casi a creerme que era de una caída".

Luis toma una combinación de 5 fármacos: "Yo ya he tomado de todo" dice con un gesto de barrido. "Lo mío va contra reloj y pronto voy a cambiar de régimen y tomar dos fármacos de los más recientes". Dice llevarlo bien con las tomas porque su vida es muy ordenada, y aunque se siente físicamente "bastante bien", cuenta que tiene "las peores análisis que conozco, las peores". De momento, se lleva, sin más, con su última y reciente doctora, pero tiene palabras de elogio sin fin para su farmacéutico y enfermeras, valiosísimos intermediarios que le llaman "el abanderado" porque siempre está buscando cosas y preguntando de todo: "Lo último es la glutamina, que me está ayudando mucho con mi estado general", nos dice.

"La verdad, aunque suene como un predicador, es que me siento más lleno de amor que nunca, y disfruto como un renacido de los pequeños detalles de la existencia. Me gustaría pedir a la gente que disfruten de la vida, que sólo hay una y que "saquen cosas del armario", que sienta bien, que a mí me ha funcionado y me sigue funcionando... En fin, mira: Yo tengo muchos problemas, pero siento la vida mejor que nunca".





“No quiero estar obsesionado con todos los sitios y están todos”

Paco

Paco tiene la mirada brillante y la voz suave pero intensa cuando empieza a hablar. Se explica de su familia: “En realidad yo era el niño mimado y siempre me rodearon de cosas masticadas. Hasta los trabajos que fui teniendo me los conseguía la familia”. Paco nunca habló claramente de su sexualidad en casa, “menos una vez, que en plan mala hostia y harto de que me soltaran lo de ‘a ver cuándo te echas una novia y te casas’ les grité que yo no me iba a casar; que a mí me gustaban los tíos, que me dejaran en paz...”. Aún se estremece con rebeldía al recordarlo: “Nunca más se habló de ello, pero yo creo que su idea era que me casara de todas formas y por lo menos cubriera el expediente. Después ya haría lo que fuera de tapadillo, ¿sabes?”

Paco recuerda conflictos menos encubiertos: “En la escuela me llamaban mariquita, y de más nano me daba de hostias con ellos, para demostrar que podía ser mariquita pero también daba hostias. Yo tenía miraditas y tonterías con chavales, pero no llegaron a ir más allá hasta que no fui a la mili. Intentaba disimular; hacerme el machito con las tías, pero yo sabía que no quería follármelas”. Aun así, cuenta que “siempre quise saber lo que era acostarse con una tía, pero no lo ‘conseguí’ hasta los 26 años. La chavala era supermaja; hablábamos de todo, yo le contaba que me gustaban los tíos y tal, estaba muy a gusto con ella y llegué a desearla. Hasta repetimos un par de veces más y conservamos cierta amistad.”

Aunque la mili le dio la oportunidad de una cierta iniciación homosexual, “Salí de allí como herido, desorientado, sin saber muy bien quién era ni qué pasaba con mi vida. No podía llevar una vida normal y claro que mi sexualidad tenía mucho que ver con todo esto”. Sigue: “Empecé a ir con una gente que se metía caballo y tal. Ahora sé que la heroína significaba evitar el dolor de currarme lo que soy y cómo soy, y también una especie de rebeldía hacia mis padres, como si les dijera, ‘mirad, mis cojones aquí, que puedo ser tan gamberro como los machitos del barrio, y meterme en historias’. Parece una ironía, pero queriendo escapar de ese dolor; sufría cada vez más.”

Entre el deterioro progresivo de sus relaciones familiares y sociales, algunos trabajos ocasionales, períodos en blanco, meses de ‘limpieza’ y otros de ‘reenganche’, transcurren una docena larga de años. Hubo cárcel y Paco llegó a conocer “casi todos los calabozos de Valencia”.

La heroína acompañó a Paco en varias estancias de su vida, incluido el sexo: “Puede que si te metes un pico tengas erecciones algo menos potentes o que hagas un sexo menos ‘sexual’, pero es falso que los toxicómanos no tengan una vida sexual. Yo muchas veces me metía un pico para irme a ligar tíos debajo del río, y el caballo me hacía sentir bien, machito, que controlaba...”

Su diagnóstico VIH le llegó hacia el 1988, tras una de sus visitas a un “vampiro” de Valencia, donde acudía a vender su sangre en busca de dinero rápido: “Recuerdo salir de allí y que el enfermero, que me había seguido hasta la calle, va y me grita de acera a acera: ‘¡Eh, ten cuidado, no vayas a vender tu sangre otra vez, que tiene el SIDA!’ o algo por el estilo. Recuerdo que me quedé flipado, pensando ‘pero qué cojones dice este tío’, porque aunque yo sabía los riesgos que corría, siempre había tenido al SIDA en la trastienda de la cabeza. Es una época que recuerdo con dificultad, con lapsus.” Cuando el miedo se hizo fuerte, Paco habló a su familia del diag-

do con las pastillas, joder. Hay gente que se las lleva a o el rato pendientes. Yo eso no puedo, me niego"

nóstico: "Siempre he tenido su apoyo, siempre hemos sido como una piña. Recuerdo que decírselo fue algo muy duro, mucho". Paco resume: "Fue un gran disgusto; sólo de recordarlo me pongo fatal".

En el par de años que siguen, Paco desarrolla un herpes zóster, se queda físicamente "hecho polvo" y sobrevive entre los paquetes de mantenimiento de sus hermanas y una picaresca radical y desesperada: "Llegé a ir de casa en casa con la chica con la que pasé esos dos últimos años, pidiendo dinero para el SIDA con unas huchas desfondadas y unos lacitos rojos que nos currábamos... Joder, me acuerdo que decíamos que éramos de Avacos (Asociación valenciana contra el SIDA) o hasta trataba descaradamente de darles pena y les decía que tenía el SIDA, que no tenía para comer, lo que fuera... Fíjate, usando la enfermedad para pagarme la dosis".

Hasta que la madre, que era ya veterana conocedora de grupos de apoyo para familias de toxicómanos, le dio un ultimátum: "a Proyecto Hombre o a la calle". Y Paco pasó su último mono en casa y cruzó el umbral de PH Valencia: "Yo no sabía lo que significaba la palabra disciplina, el orden, la limpieza, trabajar por lo que comes y trabajarte a ti mismo, conocerte, saber lo que te gusta de ti y lo que no. Aprender a cuidarte, a ser el que eres y aceptarte y quererte tal cual. Había otros chavales gays, para los que la heroína también había significado en cierto sentido una forma de esconder tu sexualidad, y también gente seropositiva; pero lo que allí teníamos en común era haber estado enganchados; creo que por primera vez sentía que era uno más".

Paco habla de su total alejamiento de cualquier forma de abuso de sustancias... "Tu sexualidad, fuera la que fuera" explica Paco, "era algo de lo que podías sentirte orgulloso y soltarlo en una reunión, si querías, y estaba muy bien y tal, pero allí eso no era lo importante. La seropositividad era un tema que había que controlar; yo seguía mis analíticas y consultas en el hospital y me iba medicando. Allí no había subgrupos de soporte mutuo para gays o para seropositivos, es que no había grupos", recalca. "Todo eso", continúa, "me lo dieron los 4 años en Proyecto y cuando miro para atrás me siento orgulloso de haber llegado hasta aquí: casi 4 años desde que salí del centro y viviendo sin 'meterme'".

A Paco le llena de satisfacción saber que su madre, muerta hace dos años ya viuda, pudo ver la recuperación de su hijo y disfrutar sus últimos años a su lado: "Además, yo me estaba sacando el título de auxiliar geriátrico y eso también me ayudó a ver a mi madre más como una persona mayor, a ser más paciente, a discutir menos con ella".

Aunque no va a grupos de apoyo "porque yo ya me he currado muchas historias de mí mismo y no me gusta parecer el listillo de los grupos", sí que ha hecho nuevos amigos en las asociaciones. "los colegas de la droga no son amigos, te venderían por un pico, y tú a ellos", ha asistido a talleres de sexo seguro entre hombres, y se pasa por el Lambda a recoger condones o a tomar algo con algún "amiguete". Le gusta recalcar que colabora económicamente en lo que puede con un par de ONG, porque "a mí me han ayudado y siento que es justo que yo corresponda". Asegura sentirse parte de un colectivo homosexual, aunque "el ambiente, la noche de los locales gay, no me gusta. Yo me resisto a que me digan la pinta que se supone que tiene que tener un gay. Me resisto a llevar camisetas ajustadas y a poner un gimnasio en mi vida. Yo quiero ser yo mismo y no parecerme a nadie. Puedo ir de disco una noche", matiza, "y soltar todo el plumerío y pasármelo de puta madre, pero no es mi vida".

Paco lleva unos meses "de vacaciones", tras una buena temporada de trabajar como limpiacristales: "Lo más tiradillo, pero que es lo que hago bien", y de haber cuidado de un anciano durante una temporada, hasta que un día el hijo liquidó cuentas con Paco y le pidió que no volviera: "Y el viejo estaba de puta madre conmigo. Yo me las apañaba para sacarle a diario a tomar el sol, con la silla y todo. Le leía el periódico, le llevaba a ver las estatuas y le leía lo que ponían... El tío estaba feliz conmigo".

Paco vive con gran angustia el tema laboral: "Dejé los cristales porque no soporto la ansiedad de ocultar mi VIH y tener que apañármelas para ir a los análisis y las visitas. La médico me dijo que aceptaba verme cada seis meses en vez de cada tres pero que era bajo mi responsabilidad y yo dije que sí, porque lo de andar buscando excusas y tal es que lo vivo fatal, fatal". Insiste en el "pánico" que le dan las palabras "buscar trabajo". Un conocido, también VIH+, podría ayudarle a entrar en su empresa de limpiezas.

Conoce el rechazo por triplicado a su homosexualidad, su VIH y su toxicomanía, pero afirma que el último ha sido el más duro: "Todavía hoy, como llevo tatuajes y tal, las marujas se aprietan el bolso en el mercado cuando me acerco. Es que me dan ganas de levantárselo, por bobas", y se ríe suavemente.

Paco vive sólo en el piso familiar, aunque su reciente 'noviete', Manuel, pasa varios días a la semana con él. Entre tanto, se ocupa de la casa, reposa y come bien para intentar recuperar algunos kilos, visita y es visitado por sus hermanas o algún amigo, ve la tele y disfruta de la compañía de Manuel. Además, se ha ganado por Valencia el sobrenombre de 'Paco Patines' gracias a su afición a este deporte: "Siempre te encuentras con alguien y charlas un rato, patinas acompañado... Me gusta que los patines me permitan relacionarme, me viene bien".

A Paco le gusta cuidarse pero reconoce también que "el tema del VIH no lo gusta asumido. El virus es una lucha de todos los días y nadie se acostumbra a vivir con él. Quien te diga lo contrario miente, tía, miente". Sigue una terapia triple y lo lleva mal: "A veces se me olvidan las tomas o se me pasan. Yo es que no quiero estar obsesionado con las pastillas, joder. Hay gente que se las lleva a todos los sitios y están todo el rato pendientes. Yo eso no puedo, tía, me niego".

La cura del VIH es el único deseo que califica de 'ilusión' como tal, puesto que conseguir un curro, vivir con Manuel y hasta "tener un nano, que es algo que me gustaría mogollón", son cosas que "pueden costar más o menos, pero que sí están en mis manos. Pero la cura... Eso no está en mis manos y eso sí que sería mi verdadera ilusión".

Manuel también patina, trabaja en serigrafía y es 'superimportante' para Paco: "El no es VIH+, pero desde el primer momento estuvo claro que no le cortaba que yo lo fuera. A mí me encanta follar con él, y encima me cuida mogollón, es supertierno y gracioso y me da mucha caña, es muy inteligente". Cuenta Paco que el otro día buscó una historia 'de coche' con un tío que "me dio mucho morbo, aunque ni siquiera se me levantó, porque estaba sobre todo pensando en Manuel". Paco acabó contándole la aventurilla y Manuel "estuvo resentido algunos días, intentó hacerme algo de daño y tal y yo acabé prometiéndole que por él, porque le quiero, hasta dejaría mis historias de morbo. Eso para mí es mucho, tía, porque a mí el morbo siempre me ha podido. Pensaba yo el otro día que es curioso, porque Manuel es la única persona que me ha regalado flores en mi vida, la única, y, fíjate, es un tío".

“Yo ya me tomo las pastillas en cualquier sitio no estará a mi lado”

Walter

Walter inicia nuestra conversación mientras se apresura a ingerir con cierto retraso la primera toma del día: una combinación triple más ganciclovir de mantenimiento para el CMV. Al explicar su situación clínica actual, -"carga viral por debajo de 50 y CD4 no muy altos pero subiendo discretamente"-, Walter denota control e información, como quien ha llegado a hacer del VIH parte de su cultura general: "Cuando me diagnosticaron yo estaba en pareja, y hasta entonces habíamos actuado como si no estuviéramos infectados. Nos hicimos la prueba juntos en diciembre del 90, pero sólo a mí me dio positivo. Durante un par de años más me mantuve, hasta que empezaron a caer los CD4 y me ofrecieron AZT, que tomé poco y mal durante algún tiempo. Recuerdo que en mis tres primeras visitas me vieron tres médicos diferentes y en esos años peregriné por 3 hospitales de Madrid". La relación con su pareja apenas había logrado restablecerse "en un sentido afectivo y sexual" desde que Walter fuera diagnosticado y sobrevive unos dos años más, salpicada de conflictos. Por otra parte, la madre de Walter, que vivía y trabajaba en Galicia, es diagnosticada con un cáncer avanzado y muere al año escaso en Uruguay, tierra natal de ambos.

Demasiadas pérdidas para Walter; que reconoce que no volvió a 'ponerse las pilas' hasta el 95, cuando ante un cuadro de fiebres, diarreas y pérdida de peso muy serio, decide volver a prestar atención a su salud: "Por esa época yo había empezado mi relación con la persona con la que he estado hasta hace tres meses, un médico que me ayudó a moverme y entrar en un protocolo en el hospital Carlos III (Madrid). El CMV y el sarcoma que he sufrido en los ojos se me descubre después. Empecé a tomarme mi salud en serio, toda mi situación estaba mejorando: vivía con esta persona, empecé a trabajar; encontré un médico con el que me entendía... Mi mejor adhesión a los tratamientos, el decidir que quería cuidarme, son consecuencias de esos cambios positivos".

Cuando Walter tiene 19 años, madre e hijo cruzan el océano y se vienen a vivir a España, instalándose en principio en Madrid, donde ya se encontraba parte de la familia. Atrás quedan los años de estreno social y sexual -"el primero tenía 30 y pico años, suelen gustarme los hombres más mayores que yo"- y el modo casi rocambolesco en que tuvo que poner su homosexualidad sobre el tapete justo antes de venirse a España: "Me detuvieron en una redada policial en un local de ambiente de Montevideo. En cuestión de horas tengo que decir a mi madre, primero, que soy homosexual y, segundo, que me tiene que ayudar a obtener mi certificado de penales porque si no, no salimos del país".

Su madre "siempre lo había intuido y aceptado" y nunca se metió en su vida: "Quería mi estabilidad, mi felicidad y lo que más le afectaba eran mis rupturas de pareja. Durante todos los años en que ella vivió en Galicia y yo en Madrid nos llamábamos prácticamente a diario. No quiero parecer más moderno de lo que soy", continúa Walter; "pero en mi experiencia, las familias acaban por aceptarlo y a veces las más sencillas son las que reaccionan con más naturalidad. Claro que hay casos tremendos y sólo cada uno sabe lo que tiene en casa, pero quizá la doble vida nace más de la propia culpa y el propio miedo. Yo siempre he vivido mi sexualidad abiertamente y cada vez más".

Una apertura sexual que últimamente es ya casi inseparable para Walter de la del VIH: "Sé a lo que me arriesgo, pero la gente que

me interesa realmente ya ha pasado todas las pruebas. Yo ya me tomo las pastillas en cualquier sitio y si a alguien le molesta, no estará a mi lado. No he perdido amigos por el VIH, pero sí me ha ayudado a hacer una criba". Ya de la arena de lo público: "El mundo gay es muy heterogéneo y no todos estamos cachas, llevamos camisetas de tirantes y tenemos una cuenta corriente saneada. Yo no me reconozco en el estereotipo 'me mato en el gimnasio todos los días', que me parece muy 'yanqui', pero tampoco lo rechazo, aunque yo me identifique más con la gente más normalita o con el travesti, depende". En todo caso, "no soy uno de esos detractores del ambiente. Yo salgo cuando me apetece y un local no me interesa sólo porque sea gay sino porque me guste la música o el sitio o la comida."

Walter recientemente ganó por aclamación un concurso amateur de strip-tease, en el que competía con un par de Mister Cachas. El público era el jurado, y parece que también ellos se identificaban más con el físico y el sexy más de andar por casa de Walter: "incluso tenía más crixipanza que ahora".

"El que no lo vea es porque no quiere, porque estamos por todos los lados, y más en las grandes ciudades: películas, libros, restaurantes, bares, tiendas... Yo mismo trabajo regularmente para una empresa de servicios de limpieza doméstica para casas gay". Si el VIH ha contribuido a cierta 'normalización' de lo gay en lo social, sus efectos entre los propios homosexuales van por otros derroteros: "Yo nunca me he identificado con los estereotipos culpabilizadores sobre los homosexuales, que si la obsesión por el sexo, la perversión de las costumbres y todo eso. Nunca me ha gustado oír cosas como 'es que yo he sido muy promiscuo', cuando alguien habla de su diagnóstico: yo me he acostado con mucha gente y si de algo me arrepiento es de no haber puesto los medios para protegerme, no de haber estado con ellos".

En su experiencia, si en un contexto de ligue en el ambiente alguien te dice: 'Es que tú conoces a mucha gente' puede estar diciéndote que: 'Es que tú te has acostado con mucha gente', y de ahí al disimulo, al "parecer para ser", hay un paso que Walter se niega a dar: "Yo, desde luego, andar con oscurantismos a mis 37 años, no. Yo saludo a quien quiero y me acuesto con quien quiero y con quien puedo, claro". Esto no impide a Walter ver un cuadro global menos iluminado: "Hay muy poca gente que dé la cara. Ciertamente el VIH ha dado la fuerza al colectivo gay para decir, ¡Eh, señor@s, que estamos aquí y necesitamos esto y esto!, y en ese sentido ha favorecido la visibilidad, pero "si te ven delgado, demacrado, enfermo -y enfermo significa VIH-, ya no 'quedas bien', estarás fuera de sitio".

Walter apunta a la responsabilidad de los propios gays seropositivos a la hora de salir del ocultamiento VIH: "Yo cada vez 'lo suelto' con más facilidad. El otro día encontré a un conocido por la calle y yo iba con prisa porque tenía reunión de gays positivos en COGAM... ¡Pues se lo solté todo, sin más, y él, que no sabía nada ni se lo esperaba, se quedó a cuadros! Lo último que he hecho ha sido poner un anuncio en la prensa gay diciendo que me gustaría conocer a 'hombre seropositivo activo entre 30 y 40 años para tener relaciones', aunque la persona de la que creo que estoy enamorándome no apareció por el anuncio, ya ves. Quiero hombres VIH+, porque ya en mi última relación tomamos muchas, muchísimas precauciones, quizá demasiadas, y no quiero volver a escuchar lo mucho que alguien se arriesga por estar conmigo".

Walter quiere que un grano enrojecido o una boquera en la co-

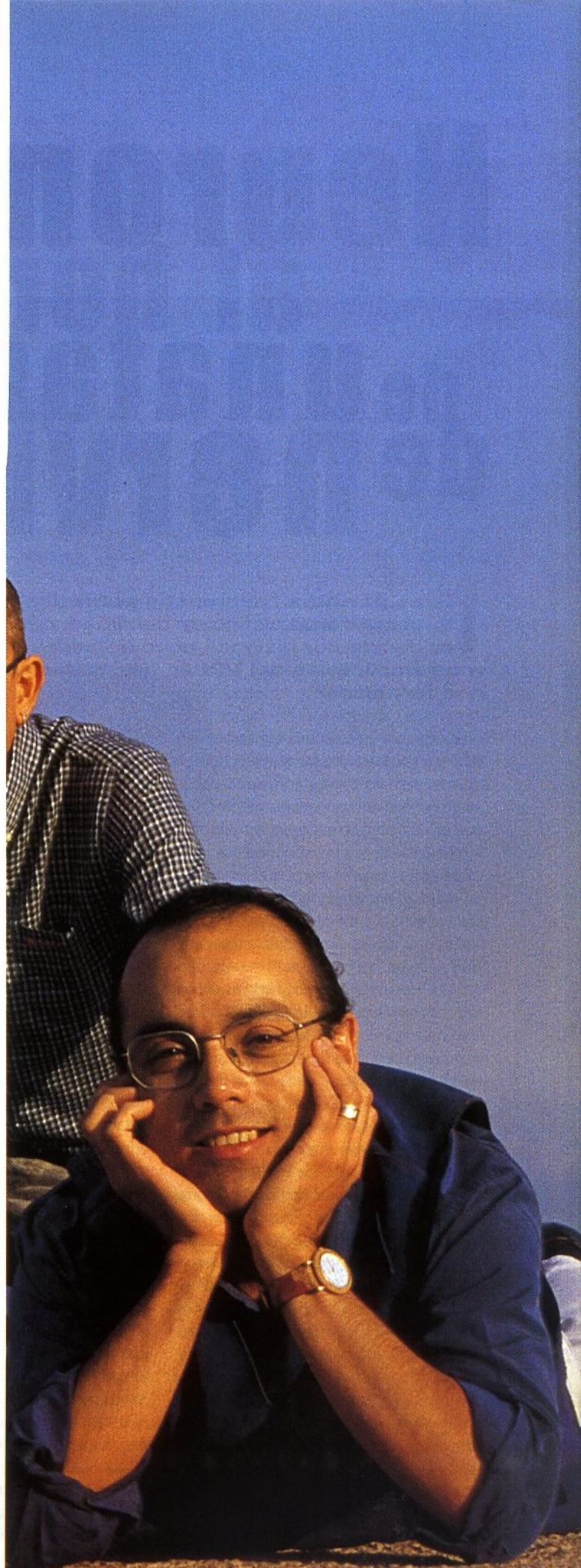
y si a alguien le molesta,

misura de su boca no sean un problema: "Quiero que un beso sea un beso de verdad, y que un abrazo sea un abrazo", resume. "Estar con alguien seropositivo, poner juntos el despertador para la toma, como yo he hecho las noches que he pasado con esta persona, es, al menos, mucho más relajado. Y poder practicar sexo sin agobios, hacerlo seguro pero sin obsesiones, sin axfisiarte con eso".

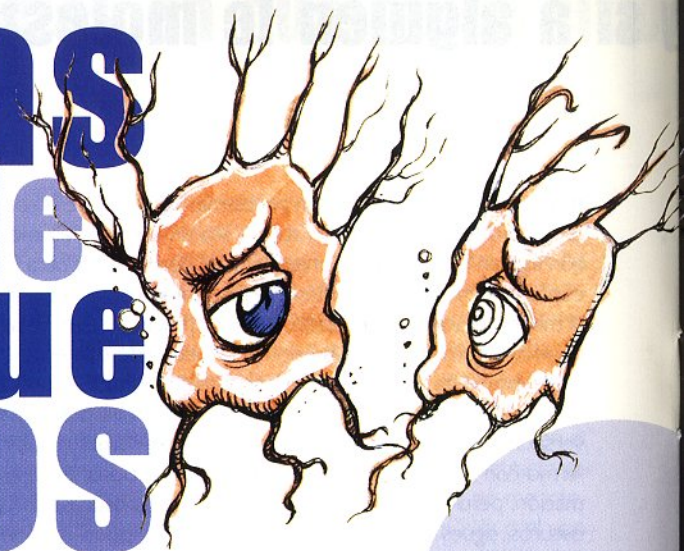
Hablamos de límites, de apariencias, del binomio sexo y control: "Claro que se practica más sexo seguro que antes, pero no es universal: lo de juzgar la salud por el aspecto, ese 'cómo vas a estar enfermo con la buena pinta que tienes', sigue funcionando. Hay información, pero quizá tú no la quieres usar. En las saunas, los cuartos oscuros, sigues encontrando gente que no se pone condón hasta que no se lo 'recuerdas'. Y no se habla de ello, tampoco entre los propios seropositivos... Yo he practicado sexo sin condón con mi pareja actual, y ambos sabemos que las reinfecciones pueden ser importantes. Claro, yo ahora debo plantearme qué voy a hacer con esto en futuras ocasiones, porque puede que las haya... En todo caso, las cosas se hablan y se negocian, y cada uno toma sus decisiones y asume la responsabilidad de lo que hace". Walter reconoce que no ha hablado de esto con la gente de su grupo de apoyo y no duda de que sería un tema muy controvertido. De hecho, cuando en una reciente sesión el grupo trabajó con un caso hipotético del tipo 'sexo sin condón entre hombre VIH+ y hombre VIH-, ambos sabiendo lo que hay', Walter asegura que "me quedé solo" defendiendo la libertad de cada uno para responsabilizarse de sus propios riesgos. Walter intenta explicarse aún más a fondo: "Fíjate, mi madre se dedicó a la prostitución durante sus años en España, por qué no decirlo. Eso me ha hecho aprender que no por lo que hagas eres necesariamente malo o bueno. Me enseñó a no juzgar a las personas sin más, a sopesar muy mucho antes de opinar".

Cuando habla de su grupo de apoyo, se confiesa personalmente casi 'enganchado': "Cada persona tiene una historia y, dependiendo de como esté, de su edad, de sus necesidades, puede que haya que ir muy despacito, que el grupo tenga que esperar... Yo, desde el primer momento, me sentí muy bien en el grupo de autoapoyo del COGAM, como si hubiera estado allí toda la vida. Es cierto que me ha servido para comparar, para ver que siempre hay personas que lo tienen mucho más crudo, otras que están mejor y muchas que van haciendo, cada una con sus historias, sus dificultades... Yo he visto casos muy notables, de gente que poco a poco va superando cosas, abriéndose, aceptándose más. También es verdad que los grupos para gays VIH+ son también una forma de ligar y, de hecho, en el de Madrid ya se han formado varias parejas..."

Walter asegura que **Lo+Positivo** no podía haberle pillado en mejor momento y quiere recalcarlo, "Hace algún tiempo quizá no podría haber hablado de esta forma. A mí el VIH me ha enriquecido, me ha madurado a base de retos, de pruebas. En lo privado ya tenía resuelto el tema de la normalización y hacer mi historia pública, dar mi foto, es como decir, ¡hala, ya está, una cosa más!, un paso importante que yo siento que quiero dar y que, modestamente, me gustaría que pudiera ayudar a otras personas con sus propias historias." Al igual que la criba del VIH le ha ayudado "a saber qué es lo que quiero y lo que no, a separar la paja del grano, a decir que no", entre esos años y estos virus, Walter dice sentirse con ganas de trabajarse una "historia de amor" en condiciones y con el VIH de montera. Por lo pronto, confirma tranquilamente que en sus fantasías le gusta verse "despertando cada mañana junto a la persona que quiera, es decir... espero que sea la que quiero". ■



Neuronas al borde de un ataque de nervios



Las palabras "neuropatía periférica" y "polineuropatía" se utilizan para describir el síndrome clínico de debilidad, pérdida sensitiva y alteración de los reflejos producido por lesiones poco definidas de los nervios periféricos. Puede aparecer como complicación del VIH en casi todas sus etapas o como efecto secundario de algunos fármacos.

En los primeros momentos de la infección (seroconversión) ya se describen en algunos pero no es muy corriente, aunque sabemos que es uno de los instantes en que el virus ataca directamente al cerebro al rebasar la barrera hematoencefálica, y hace así de él un santuario al que raramente los medicamentos pueden acceder. Dolencias como la mononeuritis se pueden presentar en este estadio aunque la recuperación suele ser buena. La mononeuritis provoca déficits sensitivos y/o motores de los nervios craneales, espinales o autonómicos. Sin embargo, sí que es frecuente el desarrollo de neuropatías desmielinizantes (trastorno que destruye la vaina de mielina de los nervios, que es una sustancia blanquecina, compuesta sobre todo de grasa, que permite la transmisión entre las diferentes partes del cerebro) en la fase latente, que se tratan con corticosteroides (hormonas sintéticas que influyen y dirigen los procesos más importantes del organismo) como la prednisona, inmunoglobulinas o bien mediante plasmaféresis. Éste es el proceso por el cual se extrae al seropositivo@ sangre de la cual se "limpia" el plasma al mismo tiempo que se le restablecen sus elementos celulares naturales y se reinfundona (se le hace una transfusión a la persona positiva de su mismo plasma) una vez enriquecido y estabilizado.

La neuropatía más frecuente en seropositivos@ al VIH suele ser, en cambio, una forma distal (periférica) predominantemente sensitiva y axonal (relativo a la parte de la célula nerviosa que conduce los impulsos

que vienen de la neurona), que produce alteraciones sensitivas y motoras y se manifiesta por dolores, hormigueos, sensación de quemazón en las piernas y pies dando paso a una ausencia de reflejos en la zona. No es, en realidad, la presencia del VIH la causante de esta dolencia sino sus efectos, como la caquexia o pérdida aguda de peso y la intoxicación derivada de la toma de algún medicamento para combatirlo. El tratamiento es sintomático con antidepresivos tricíclicos o, si el dolor tiene un componente de tic, carbamazepina o difenilhidantoína.

Aparecen síntomas como diarreas persistentes, dificultad para controlar la sudoración por parte del cuerpo, dificultad para tragar, etc. en personas que se hallen en un estado avanzado de la enfermedad por el VIH. Entonces, es preciso vigilar el corazón para controlar la presión y la frecuencia de los latidos.

Con relación a las neuropatías de origen tóxico se relacionan especialmente con la didanosina (ddl), la estavudina (d4T) y la zalcitabina (ddC). El ddl es un buen antirretroviral pero, por desgracia, uno de sus principales efectos secundarios es la neuropatía tóxica que se desarrolla con entumecimientos, hormigueos y sensación dolorosa de pinchazos en piernas y pies y, a la vez, una baja respuesta a los estímulos exteriores. Esta dolencia se manifiesta en relación directa con las dosis que se toman y, de forma usual, aparece cuando se ingieren dosis "altas" de ddl. En cuanto se retira el medicamento, la remisión de síntomas es lenta pero constante.

Con la zalcitabina ocurre idéntico proceso. En cuanto cesa el tratamiento, la situación tiende a mejorar.

Asimismo se sabe que hay muchos otros fármacos que pueden producir neuropatía periférica como la isoniacida, cloramfenicol, disopiramida, estreptomina, etambutol, etc.

No existe prevención para este tipo de trastornos aunque nos pueden ayudar los complejos vitamínicos con B6, B12, y alimentos que las contengan.

En definitiva, en la infección por el VIH, debemos considerar las dolencias neurológicas como trastornos comunes y complicados de tratar. El virus no sólo ataca a los CD4 sino que, asimismo, se rebela contra las neuronas. Existen dos tipos de enfermedades neuromusculares según se deban al propio virus y a reacciones del sistema inmunitario o sean causadas por infecciones oportunistas y/o neoplasias (proceso en el que crecen células nuevas, pero anormales, que pueden ser benignas o malignas) que puedan aparecer como acompañantes de la propia infección. Un tercer grupo, igualmente a tener en cuenta, serían las patologías derivadas de los medicamentos que se utilizan para contraatacar el virus.

Saber para poder decidir: ■

SUSANNA SALILLAS

Bibliografía: 1. *Peripheral Neuropathy*, 3rd edition, WB Saunders Co, Ch. 73, *Peripheral Neuropathies in HIV*, DR Cornblath et al. 2. *AIDS, Etiology, diagnosis, treatment and prevention*, 4th edition, VT DeVita, Jr et al. Lippincot-Raven. 3. *Terapéutica en Neurología*, 2º de, Salvat, BCN, 1984. 4. *Tratado en Neurología*, LP Rowland, 3º de, Merrit, BCN, 1987.



Debido a que no existen tratamientos específicos para combatir la neuropatía periférica, se suelen administrar antidepresivos y analgésicos para paliar el dolor. A la espera de nuevos estudios que mejoren los síntomas de esta dolencia, podemos recurrir a estos simples remedios:

- ▶ Remojar los pies en agua fría.
- ▶ Dar cortos pero frecuentes paseos para estimular la circulación y ejercitar nuestros músculos.
- ▶ Ayudarnos de la acupuntura para paliar el dolor.
- ▶ Ayudarse de un aparato gimnástico para colgarnos de él. Con la inversión estimulamos y alargamos todos los nervios de la espina dorsal.
- ▶ No usar ropa ajustada (pantalones y calcetines) y evitar, por encima de todo, los calcetines tipo media que no permiten el riego correcto hacia los pies).
- ▶ Dormir en cama dura, ya que los colchones blandos hacen que nuestro cuerpo tome mala postura lo cual repercute en un aumento del dolor.
- ▶ Si es necesario, ayudarse de un bastón o de una muleta o salir en compañía de alguien hasta que uno se sienta más recuperado.
- ▶ Calzar zapatos holgados y flexibles.
- ▶ Tomar complejos multivitamínicos en los que se incluya B1, B6 y B12 y, por supuesto, adecuar nuestra nutrición con alimentos que las contengan (carnes, pescados, etc.).
- ▶ Remojar las manos en agua tibia salada realizando pequeños ejercicios para tonificar las articulaciones.

Aunque prácticamente no ha habido investigación sobre el uso de terapias nutricionales para las neuropatías asociadas al VIH, sí que ha habido un número discreto de estudios sobre su uso para las neuropatías asociadas a la diabetes. Puesto que parece posible que al menos algunos de los mecanismos del daño nervioso sean similares en ambas enfermedades (inflamación y daño oxidativo nervioso junto con deficiencias de vitaminas del grupo B), existen razones para creer que las terapias que han mostrado ser útiles para la diabetes también podrían serlo para, al menos, algunas de las personas que viven con el VIH y desarrollan neuropatía. Muchas personas que viven con el VIH han comentado que han conseguido eliminar la neuropatía gracias a la combinación de las terapias nutricionales que aquí discutimos.

Así, destacaría la importancia de la terapia con vitaminas del grupo B y con otros nutrientes, especialmente la acetil-L-carnitina, el ácido gamma linoléico, el magnesio y el cromo. Personalmente, consideraría incluir aquellos ingredientes que han mostrado ser eficaces en la reconstrucción de la vaina mielínica alrededor de los nervios y/o mejorar el funcionamiento nervioso, como colina, inositol, ácido gamma linoléico, B6, B12, niacina, tiamina, biotina, ácido fólico y magnesio.

La biotina, la colina, el inositol y la tiamina son vitaminas del grupo B que han probado ser útiles para tratar las neuropatías periféricas y autonómicas asociadas a la diabetes y que podrían ayudar también en las neuropatías relacionadas con el VIH. En un estudio de la Universidad de Atenas, se mostró que el uso regular y a largo plazo de biotina en diabéticos era muy eficaz tanto para la mejora de la conducción nerviosa como para el alivio del dolor.⁽¹⁾ La mejora de la conducción nerviosa sucedió pronto; tanto como de 4 a 8 semanas tras el inicio de la terapia. En este estudio, la biotina era administrada diariamente vía intramuscular durante 6 semanas; después 3 veces a la semana intramuscular durante 6 semanas y después tomada vía oral durante un período

de hasta dos años. Existen varias razones por las que las personas VIH+ pueden presentar déficits de biotina y por tanto, estar potencialmente en riesgo de sufrir un problema similar. Se ha sugerido que aquellos con síntomas de neuropatía podrían intentarlo vía oral, junto con las otras vitaminas del grupo B que han sido consideradas útiles para mejorar la condición nerviosa.

La deficiencia de vitamina B12 es una causa conocida de neuropatía, por lo que esta vitamina, junto con su compañero el ácido fólico, debería, sin duda, ser introducida en cualquier programa que pretendiera la eliminación de este síntoma. Los síntomas típicos asociados a la neuropatía periférica relativa a la deficiencia de vitamina B12 incluyen el tipo de dolores de piernas y pies que muchos pacientes VIH conocen tan bien. Las deficiencias de vitamina B6 también son conocidas por producir tanto un síndrome del túnel del carpo (acompañado de insensibilidad, cosquilleo y dolor en muñecas y manos) y la degeneración de los nervios periféricos puede ser responsable de algunos de los problemas relacionados con la neuropatía periférica.

Colina e inositol también parecen muy importantes en la combinación de vitaminas que se necesitan para la resolución de la neuropatía. La neuropatía diabética es conocida por su asociación con la reducción de los niveles de mio-inositol en los nervios y tejidos. Los niveles disminuidos de mio-inositol parecen producir un descenso en la actividad de la bomba de sodio-potasio que a su vez produce cambios en la permeabilidad de los nervios al sodio. Tanto las dietas ricas en inositol como la suplementación con inositol han mejorado de forma estadísticamente significativa la neuropatía diabética. Los investigadores de la Universidad de Alabama hallaron una mejora estadísticamente significativa en la función nerviosa de diabéticos que recibían una dieta rica en inositol. En tal dieta se incluían alimentos con alto contenido en inositol como cantalupo (especie de melón de carne naranja), cacahuetes, pomelos y granos integrales. ■

Información de la web, de CrixList y de Medibolics.

¿Te cuesta tomar los fármacos para el VIH?
No es sólo a ti . . .

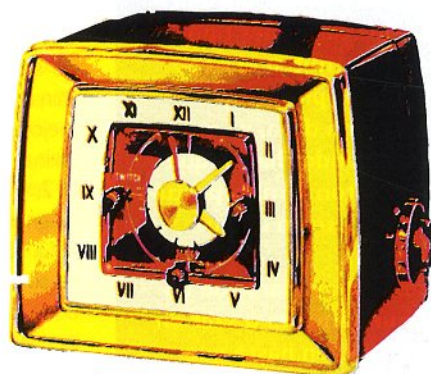
vivir CON tratamientos

Laia, 24, diagnosticada hace 3 años
"El farmacéutico me dio un pastillero con compartimentos para todas mis píldoras diarias. Ahora, de un vistazo sé si he tomado toda mi dosis o no."

Xerardo, al empezar tratamiento
"Compré un reloj con alarma de esos baratos y lo programé para la dosis de la tarde que siempre olvido."

horarios

Susana, 28, en triterapia
"Siempre olvidaba la última dosis del día, empecé a ponerla al lado de los líquidos de las lentillas. Ahora es automático"



Josemari, de Madrid
"En todo este tiempo que llevo en casa, me acuerdo de las pastillas por la tele: cuando empieza el culebrón me toca la dosis."

Adaptación al español



de una campaña de:



The Terrence Higgins Trust



national aids manual

Andrés y Jordi, pareja y positivos desde hace 5 años
"Un profesional nos ayudó a establecer un buen horario; los dos tomamos pastillas diferentes y lo tenemos todo por escrito."

Zoraida, a punto de empezar una triterapia
"He aprendido mucho sobre tratamientos y sólo hablando con otras personas que ya los toman."

Carlos, con un nuevo tratamiento
"El doctor me explicó muy poco y la información técnica es muy compleja; así que llamé a una asociación y conseguí que me sacaran de dudas."

Iñaki, 44, con carga viral indetectable
"Uno de los tratamientos debe ingerirse con algo de comida. Si no tengo hambre me tomo un buen batido."

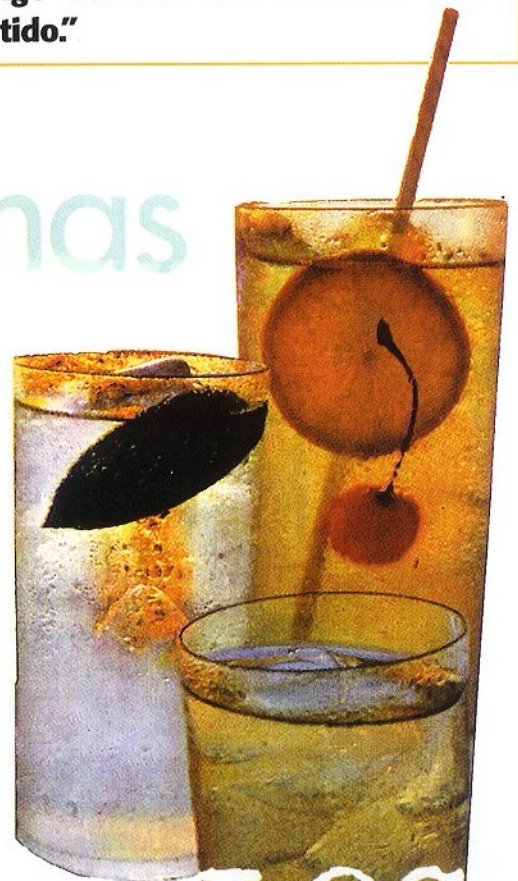
Carmen, de Granada, vive con el VIH desde hace años
"Llegué a creer que la náusea sería algo inevitable pero el doctor me recetó algo que funciona."

Paloma, 36, en tratamiento y trabajando
"A veces, tras las pastillas siento unas ganas tremendas de vomitar, así que siempre llevo otra dosis en el bolso. Mejor eso que un viaje de vuelta a casa."

consultas

tomas

NO es vivir PARA LOS tratamientos



CO CO

cialmente en casos de ronquera y catarro crónico producidos por el tabaco. La cebolla también es un potente bactericida, combate el insomnio y la jaqueca.

Suele decirse que la cebolla va bien para la circulación, y de hecho contiene allicina, una sustancia fluidificante de la sangre. La cebolla, en suma, puede ser considerada como un 'alimento medicamento'. ¡Recuerda; todos los días una cebolla cruda o cocida!

Y de tercero seitán, un producto vegetal que puede sustituir a la carne y que se obtiene a partir del gluten de trigo, la proteína de este cereal. El seitán es muy rico en proteínas, aporta gran cantidad de sales minerales, es reconstituyente, antianémico y recomendable para diabéticos por su escaso contenido en hidratos de carbono. El seitán resulta ideal para niños y para mujeres embarazadas.

Puedes cocinarlo, estofarlo con verduras o echarlo en trocitos en la sopa... En fin, puedes usarlo como si fuera carne, ¡atrévete a probarlo, ya sabes que para cocinar también tiene que entrar en juego vuestra imaginación!

Que os aproveche y que disfrutéis con lo que coméis! ■

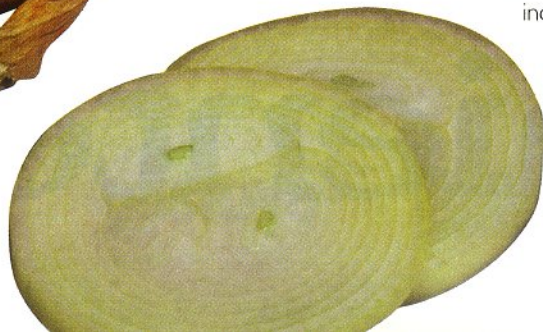
PILAR ZUBIAGA

y además diurética; zanahoria, rica en betacarotenos (provitamina A), en minerales y oligoelementos y antianémica. La zanahoria se puede tomar en zumos en caso de diarreas. El tomate es rico en vitaminas y muy rico en potasio; los rábanos estimulan las glándulas digestivas y estimulan el apetito y la expectoración en casos de tos seca. Por su parte, los piñones son ricos en grasas, magnesio, hierro y fósforo y son útiles, en general, para estados carenciales.

La ensalada se aliña con un buen aceite de oliva, que contiene provitamina A y vitamina E, que es un buen antioxidante. Por la mayor parte de sus ingredientes, de carácter laxante, esta ensalada no resulta recomendable si sufres diarreas.

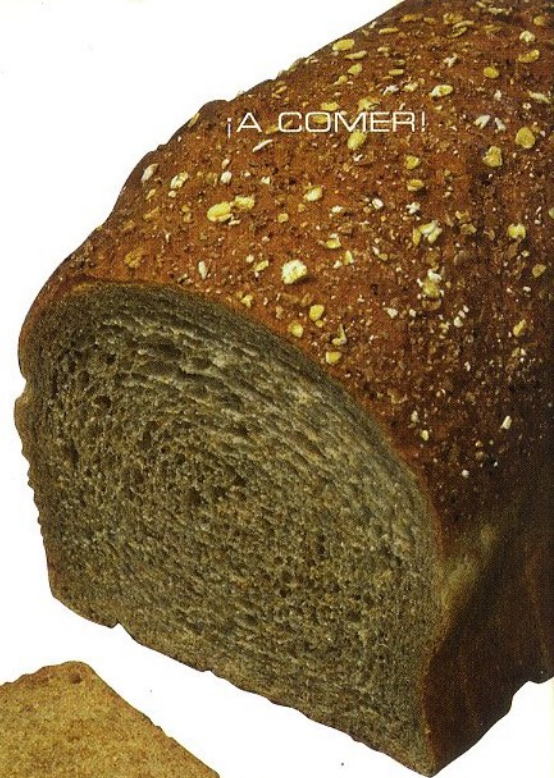
Nuestro segundo plato tiene como base la cebolla, y será un buen comienzo para el invierno, porque la cebolla es rica en azufre, muy indicado en casos de trastornos de las vías respiratorias y un potente desinfectante y antiinflamatorio, espe-

Empezamos el menú de hoy con una ensalada roja. Recordad que, sea del color que sea, hay que comer ensalada con la comida y con la cena. La que hoy te presentamos lleva remolacha, que es laxante y muy rica en hierro; col lombarda, también laxante



COLORES MESTIBLES

¡A COMER!



Ensalada roja

Preparación: Después de lavar bien las hortalizas, se corta la col en tiras finas y se ponen en una fuente amplia. La remolacha y las zanahorias ralladas se colocan formando varios montoncitos alrededor de la col. En el centro pondremos los tomates cortados en rodajas y los rabanitos enteros. Se esparcen por encima las aceitunas y el puñado de piñones y se rocía con aceite de oliva.

Sugerencias: Una variante de esta ensalada podría ser con apio y manzana.

Cebolla gratinada

Preparación: En la olla se saltean las cebollas finamente cortadas, se añade el agua y se sazona, cociéndolo hasta que la cebolla adquiera un color dorado (entre 30 y 40 minutos).

Si se quiere que la cebolla no se note, se pasa por la batidora. Entonces se vierte en boles o platos individuales que puedan ir al horno y se coloca en cada plato una rebanada de pan integral tostado frotada con ajo crudo. Lo cubrimos completamente con queso rallado y gratinamos. Una vez dorado, servimos en el acto.

Escalopas de seitán

Preparación: Cogemos la bola de seitán y la cortamos en rodajas que ponemos en un plato con salsa de soja, primero por un lado y luego por el otro, durante diez minutos. Después las ponemos en un escurridor y las salamos ligeramente.

Se pasan las rodajas por la harina de maíz, después por huevo batido y por último por pan rallado. Entonces pasamos a freírlos con aceite de oliva caliente (¡pero que no eche humo!).

Sugerencias: Puedes acompañarlo con una patata cocida o al horno o con un pimiento rojo asado, ¡eso queda a tu gusto!

Ensalada Roja

- (para 4 personas)
- ♦ 2 remolachas
- ♦ 1/4 de col lombarda
- ♦ 5 o 6 rabanitos
- ♦ 2 tomates
- ♦ 2 zanahorias
- ♦ 12 aceitunas negras
- ♦ algunos piñones
- ♦ aceite de oliva

Cebolla Gratinada

- (para 4 persona)
- ♦ 12 cebollas
- ♦ 1 l. de agua (o más, al gusto)
- ♦ 2 dientes de ajo
- ♦ una rebanada de pan tostado
- ♦ 100 gr de queso emmental
- ♦ sal
- ♦ nuez moscada, laurel, tomillo
- ♦ pimiento

Escalopas de Seitán

- (para 4 personas)
- ♦ seitán
- ♦ 1 huevo
- ♦ pan rallado
- ♦ Harina de maíz (mejor si es integral)
- ♦ sal
- ♦ salsa de soja

Tómatelo con

Se sabe que un poco de estrés es beneficioso para el cuerpo y para el sistema inmunológico: añade interés a la vida. Sin embargo, cuando se padece demasiado estrés, los resultados pueden ser de irritabilidad, cansancio, dolor muscular y muchos otros problemas. Controlar el estrés derivado de la vida cotidiana, a menudo magnificado por el hecho de tener el VIH u otra enfermedad crónica, es una batalla continua.

Mantener la calma requiere equilibrio: en la dieta, entre trabajo y ocio, y en la visión de vida. Mediante la inclusión de ciertas plantas en la rutina diaria se puede encontrar ese equilibrio necesario y al mismo tiempo la ayuda requerida para mantenerse en calma y libre de estrés.

Por tanto, no permitas que el estrés te quite lo mejor de ti mism@. Las tres plantas que estudiamos a continuación pueden ser útiles a la hora de reducir el estrés y aumentar la alegría vital.

Ginseng Siberiano (*Eleutherococcus senticosus*)

Qué: Es una planta que ayuda al cuerpo a adaptarse al estrés, ya sea debido a una enfermedad, al ruido y el calor excesivos o incluso al trabajo físico intenso.

Cómo: El ginseng siberiano funciona de diversas maneras: activando las glándulas suprarrenales, mejorando la función inmunológica y protegiendo el cuerpo de las toxinas.

Dónde: Se sabe que mejora la calidad del trabajo y aumenta la concentración.

Dosis: El ginseng siberiano se presenta en cápsulas, tintura e incluso en forma de té. Se han de tomar 100 mg de un extracto estándar tres veces al día. Para otras presentaciones, consultar el prospecto.

Efectos secundarios: Prácticamente no se han observado cuando se toman dosis moderadas del producto estándar. A dosis más altas puede provocar insomnio, irritabilidad, diarrea, erupciones o ansiedad.

Precauciones: El ginseng siberiano potencia el efecto de los antibióticos y el hexobarbital, y puede elevar la digoxina a niveles tóxicos en sangre.

Kava (*Piper methysticum*)

Qué: Es una raíz procedente de Australia que disminuye el estrés y la ansiedad cotidianos.

Cómo: Todavía está en investigación.

Dónde: Algunos estudios demuestran un descenso significativo de todos los tipos de estrés medido en función de los problemas interpersonales, la competitividad, los estresantes cognitivos, las presiones ambientales y otros factores estresantes.

Dosis: Las directrices de dosificación vienen en el prospecto.

Efectos secundarios: No se han apreciado efectos secundarios, adicción o tolerancia a la dosis.

Precauciones: Las personas que estén tomando fármacos prescritos deberán consultar a su médico antes de tomar kava. Las investigaciones han indicado que potencia los efectos negativos del alcohol y puede interactuar con la medicación psicotrópica. Las personas afectadas por la enfermedad de Parkinson no deben tomarla ya que actúa como relajante muscular.

Manzanilla Alemana (*Matricaria recutita*)

Qué: Flores diminutas semejantes a margaritas que contienen compuestos que no sólo son calmantes y sedantes sino que ayudan a aliviar el dolor físico, reducir y curar las heridas inflamadas y relajar los espasmos musculares.

Cómo: Los extractos líquidos de esta planta contienen elementos como la apigenina que bloquean y activan los mismos receptores celulares que los fármacos tranquilizantes denominados benzodiazepinas, como el aion, protegiendo el cuerpo de las toxinas.

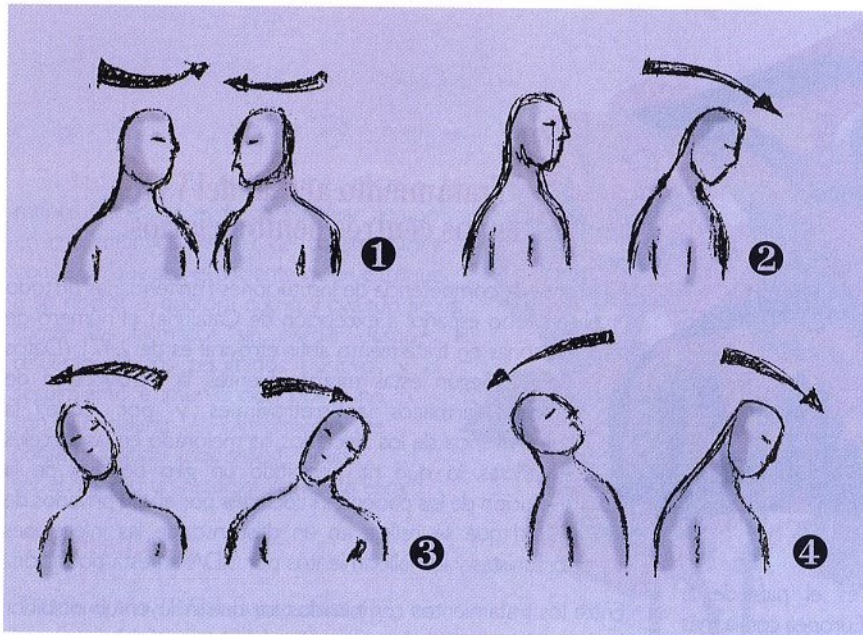
Dónde: Calma el estrés diario, el malestar intestinal y es un remedio ideal para dormir.

Dosis: La manzanilla se presenta en forma de tintura, cápsulas y té. Hay que tomar media cucharadita de tintura tres veces al día y seguir las instrucciones del prospecto para las cápsulas y el té.

Efectos secundarios: Hasta el momento no se conoce ninguno.

Precauciones: Algunos herbolarios aconsejan precaución en el uso de esta planta durante el embarazo. Para que sea completamente segura hay que evitar utilizarla durante el embarazo a menos que la mujer esté siendo tratada por un profesional experto tanto en medicina botánica como en obstetricia.

calma



MOVIMIENTOS DE CUELLO

1 Mov. No

Girando la cabeza como si dijéramos "no". Lo más lento posible y mínimo 10 veces.

2 Mov. Sí

Flexión y extensión del cuello. Cabeza arriba, cabeza abajo (mínimo 10 veces). Haciendo lo más lento posible.

3 Lateral

Flexionar la cabeza lateralmente, dejándola caer lentamente hacia un hombro y luego, muy lento, hacia el otro hombro (mínimo 10 veces).

4 Rotación

Rotar la cabeza dejándola caer hacia abajo, subiendo por el hombro hacia detrás y volviendo por el otro hombro a la posición inicial (5 veces mínimo, en ambas direcciones).

Descansar dejando caer la cabeza por su propio peso.

Estos ejercicios hay que realizarlos con la espalda bien recta. Son muy interesantes porque estimulan el timo y favorecen la formación de defensas.

DE YOGA PARA LOS MÁS DEBILITADOS.
ANA AZNAR, ZARAGOZA

ELECTHIV

(Proyecto de la UE, y llevado a cabo por Italia, España, Francia, Inglaterra, Bélgica, Alemania y Portugal)

Algunos resultados estadísticos

El 48,1% de las personas diagnosticadas vih+ en España usa o considera usar terapias NATC (Naturales, Alternativas, Tradicionales, Complementarias). En cuanto a qué terapias usan o consideran usar vemos que un 27% vitaminas y minerales, un 35% nutrición, un 24% relajación y técnicas mentales, un 11,8% homeopatía, un 9,9% masaje, etc

Este 48,1% valora en un 5,8 sobre 9 la eficacia de estas terapias.

Del total de usuarios de terapias NATC obtenemos los resultados de que un 77,9% ha notado mejorías en algunas condiciones clínicas y un 59,5% cree que funcionan bien para patologías relacionadas con el vih/sida. Sólo un 54,1% informan a su médico "convencional" que están usando estas terapias.

Reproduciríamos la estadística entera, pero por problemas de espacio no podemos hacerlo; si estáis interesados en conocer más resultados, poneros en contacto con esta sección y os informaremos de dónde y cuándo se van a presentar estos resultados a las ONGs, la prensa, la administración, etc. o bien os haremos llegar la estadística completa.

Para acabar incluimos un cuadro que muestra la modalidad de uso de estas terapias a nivel europeo:

	Complementario	Alternativo	Convencional	No
Total (n=2882)	30,5%	12,6%	40,7%	16,2%
Asintomat. (n=1483)	23,6%	17,9%	33,5%	24,9%
Sintomático (n=769)	35,9%	8,6%	48,2%	7,3%
Sida (n=584)	41,4%	3,3%	49,5%	4,8%

Para información sobre el próximo encuentro de NATC que se celebrará en la Comunidad Autónoma del País Valencià en la primavera de 1999, puedes ponerte en contacto con Araceli (Coordinadora de la Plataforma) arbeato@alerce.es o con esta sección de la revista. ■

XEVI FLORES
natcsp@lix.intercom.es

LA SALUD



España es el país de la Unión Europea con la más alta tasa de incidencia de SIDA en prisiones, que en 1997 se estima en 9,5 casos por cada 1000 intern@s (sólo SIDA, no todas las infecciones por VIH). Desde el año 1989 hasta junio de 1998 se han notificado desde los centros penitenciarios 4.243 casos de SIDA (8,5% del total nacional).

El II Congreso Nacional de Sanidad Penitenciaria y las II Jornadas de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria se desarrollaron entre los días 5 y 7 de noviembre en Barcelona. Alrededor del 50% de las ponencias y todos los simposios giraron en torno al VIH. Lo que sigue es el resumen de unas jornadas organizadas por y para profesionales de la sanidad penitenciaria y no atiende al punto de vista de la persona VIH+ en prisión ni incide en las tremendas carencias sociosanitarias que, a nuestro juicio, aún hacen de la salud encarcelada uno de los grandes agujeros negros de la geografía del VIH en nuestro país. En la página 50 podrás encontrar, si lo deseas, más información sobre VIH en prisiones, esta vez desde el prisma de "Lo+Negativo".

Aspectos generales

Lo primero que encontramos al considerar algunas cifras, es una importante diferencia sociodemográfica entre la población reclusa y la población general. Según datos facilitados por la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria, en 1997 l@s usuari@s de drogas inyectadas (UDI) suponían el 90,3% de todos los casos diagnosticados de SIDA declarados en prisión, mientras que en la población en su conjunto (datos del 31 de marzo de 1998), l@s UDI constituyen un 62,1% del total. Así mismo, debemos recordar que el 90% de la población reclusa es masculina. El 54% de reclusos son usuarios de drogas y un tercio de los mismos consumen al menos una vez al día. No obstante, se ha detectado un cambio en la vía de uso de la heroína, principalmente, y desde el año 1997 su forma más frecuente de consumo es la fumada.

Tratamiento actual del VIH en los centros penitenciarios:

En el área de competencia de Instituciones Penitenciarias (IP, todo el territorio español a excepción de Cataluña), el número de personas en tratamiento antirretroviral es de 2.471 (Datos de IP). Según estas mismas fuentes, la introducción de nuevos fármacos antirretrovirales y por ende, la supervivencia de los afectados, ha mejorado en las cárceles españolas, lo que ha permitido un giro positivo de la evolución de l@s pacientes infectad@s por el VIH privados de libertad que se refleja en un descenso de las infecciones oportunistas y los fallecimientos por SIDA en esta población.

Entre los tratamientos combinados, los que incluyen un inhibidor de la proteasa son, de nuevo según datos oficiales, los más utilizados. En enero del 90 eran un 56,8% frente al 31% en julio de 1997. Las combinaciones más utilizadas son 3TC+d4T+Indinavir (19,8%) seguido por 3TC+d4T (13,1%), AZT+ddl (10,4%) y AZT+3TC+ Indinavir (8,9%).

No obstante se sigue utilizando la monoterapia en un 2,7% de los infectad@s por VIH, sobre todo en los casos de mujeres embarazadas tratadas con AZT. Hace tan sólo 4 años, el 100% de la población recibía monoterapia.

El esquema de tratamiento anti-VIH que, en teoría, podríamos llamar estándar en las prisiones de nuestro país sería, para un/a paciente con <500 CD4/ml y/o >5-10.000 copias de VIH/ml, con 2 inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósido (ITIN) + 1 inhibidor de la proteasa (IP) ó nevirapina (NVP). Los ITIN serían AZT o d4T combinados con 3TC o ddl o ddC y los IP indinavir o ritonavir combinados con saquinavir o nelfinavir.

En caso de fracaso se cambiaría todo el tratamiento y se valoraría la posibilidad de 2 ITIN + 1IP + NVP o 2 IP.

Cárcel y adhesión

Aunque se haya incrementado considerablemente el número de pacientes con tratamiento antirretroviral debido en parte a una mejor aceptación de los nuevos fármacos entre las personas VIH+ en prisión, l@s profesionales identifican la adhesión a los tratamientos como un gran problema.

Las medidas más eficaces que se apuntaron durante el congreso estuvieron enfocadas, sobre todo, a intentar que el uso de tratamientos farmacológicos que, en principio, es de por vida, resulte más fácil para l@s pacientes. Unificar dosis es una buena idea y resultaría interesante lograr una monodosis de ddl, introducir AZT+3TC (Combivir) y efavirenz (un ITNN) que se administrará una sola vez al día.

ENCARCELADA

En todo caso, la medida más eficaz, y la menos respetada, es la de emplear tiempo en comentar los detalles del tratamiento y conseguir que sea el paciente quién explique a su doctor o doctora cómo y cuándo se va a tomar los fármacos, sin olvidar después el refuerzo de los resultados positivos y el seguimiento e intervención por si no lo son. Considerar el ofrecimiento de consejo asistido (*counselling*) puede ser así mismo un recurso altamente eficaz.

Tuberculosis

Desde el año 1993, la tuberculosis (TB) es la enfermedad que con mayor frecuencia llevó al diagnóstico de SIDA. En 1996, la tasa de enfermedad en las prisiones españolas fue 47 veces superior a la de la población general, correspondiendo a una tasa de 13,7/1000 personas ingresadas (datos de la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria). Esta tasa tan alta está condicionada fundamentalmente por las características de riesgo de la población penitenciaria. El mecanismo de transmisión es por vía aérea y al tratarse de instituciones cerradas se eleva el riesgo de infección, pues la recirculación del aire y la ausencia de ventanas facilitan la transmisión de patógenos aéreos.

Según el programa de control y prevención de la tuberculosis en vigencia, cuando una persona ingresa en prisión se le realiza la prueba de la tuberculina y en función de los resultados se le hace una radiografía de tórax y se lleva a cabo un estudio microbiológico. A los infectados se les ofrece quimioprofilaxis con isoniacida. La estrategia utilizada es la administración del tratamiento directamente observado (TDO), que consiste en que un profesional sanitario comprueba mediante observación directa la ingestión de todas las tomas del tratamiento.



El problema aparece cuando la persona cumple condenas cortas y entra y sale de la prisión reiteradamente, con lo que la mayor parte de las veces suspende la medicación cuando está en libertad. Muchos de estos enfermos reingresan en prisión, lo que supone volver a comenzar el estudio y establecer una nueva pauta de tratamiento. De esta manera, entramos en un círculo vicioso, con enfermos que entran y salen de prisión, que no se curan, que transmiten la enfermedad a otros y que probablemente generarán problemas de resistencia a los fármacos. Habría que establecer mecanismos que permitieran un seguimiento de los casos fuera y dentro de las prisiones, una continuidad del tratamiento. Los principales factores de incumplimiento del tratamiento antituberculoso son variados. En cuanto a la enfermedad, los más importantes son la carencia de síntomas, que hace que los internos no perciban su gravedad y, desde un punto de vista social, el carácter estigmatizante de la infección tuberculosa puede provocar el rechazo familiar y la autonegación del propio paciente.

Las propias características del tratamiento, por otra parte, también contribuyen al incumplimiento: se usan varios fármacos, la duración es prolongada y la pauta estricta y se produce cierta interacción entre algunos antirretrovirales con antituberculosos. Otros problemas añadidos serían la mala comunicación entre médicos y pacientes, la falta de tiempo en la consulta, el lenguaje inadecuado, la información deficiente y ciertas actitudes paternalistas por parte de los médicos.

A modo de conclusión, quedó claro que la tuberculosis en prisiones y su impacto en la comunidad es un complejo problema de salud pública ante el cual se necesita una buena coordinación entre los servicios intra y extra penitenciarios.

Hepatitis

Las infecciones virales más importantes en el medio penitenciario son el VIH, el virus de la hepatitis B (VHB) y el de la hepatitis C (VHC), siendo la frecuencia de estos dos últimos muy elevada ya que supera la mitad de la población penitenciaria. La prevalencia real de las infecciones producidas por estos tres virus simultáneamente en un mismo individuo no es bien conocida pero sí sabemos que al mejorar la calidad de vida y la supervivencia por VIH, la infección por VHC cobrará cada vez mayor importancia. Una hepatitis crónica crea alteraciones del metabolismo de los antirretrovirales, tuberculostáticos, metadona, etc. Por eso es importante tratar la hepatitis C, ya que para los pacientes VIH, es esencial facilitar la tolerancia de la terapia anti-VIH.

En este momento, el interferón alfa (IFN) es el único medicamento aprobado en España contra el VHC junto a la ribavirina y la amantidina que, combinados con IFN, logran tasas de respuesta de un 50%. Sería una triple anti-VHC.

Antirretrovirales, psicofármacos y metadona

Los fármacos antirretrovirales pueden interaccionar con la medicación psicotrópica, muy utilizada por los facultativos para tratar de paliar los casos de abstinencia de opiáceos entre una población con un alto porcentaje de politoxicomanías. Norvir tal vez sea al que presenta más problemas, ya que no debe administrarse junto al clorazapato, (Tranxilium), diazepam (Valium), flurazepam (Dormodor) y varios más.



Ilustraciones: Montserrat Moliner

El alprazolam, nombre comercial Tranquimazin, combinado con IP en un estudio clínico no sólo no aumentaba el psicofármaco a dosis tóxicas sino que sucedía lo contrario, disminuía en un 12%.

Se sabe muy poco de las interacciones entre antirretrovirales y la metadona. Lo que sí se sabe es que hay diferencias entre las experiencias *in vivo* e *in vitro*. AZT y metadona, según se ha observado en un pequeño número de personas, hace que el nivel de AZT en plasma aumente en un 50%. Las medidas a tomar serían la realización de controles hematológicos en previsión de una posible anemia. Parece ser que no hay problemas con ritonavir, indinavir, o saquinavir. El Dr. Ventura Ferrer del Centro Penitenciario de

La vida...

nacimiento
colegio

primera
relación
facultad

trabajo





Orense, informó que la combinación de nevirapina con metadona en dos reclusos que tomaban metadona les produjo síndrome de abstinencia aún aumentando la dosis de metadona, aunque esto podría muy bien, en su opinión, ser un efecto idiosincrásico. En todo caso, un/a paciente que tomara IP y metadona habría de ser evaluad@ y seguid@ de cerca.

Sanidad Penitenciaria: ¿Integración?

La ponencia de Rafael Calvo, el secretario de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria, fue la más aplaudida de todas. Ante una sala de Congresos abarrotada y en una mesa de ponentes junto a altos cargos de la Sanidad Penitenciaria, Rafael Calvo expuso los problemas a los que se enfrenta cualquier profesional sanitario en un centro.

Considera que la única vía posible para conseguir la modernización y normalización completa de la sanidad penitenciaria es su integración en el Sistema Nacional de Salud o en los Sistemas Autonómicos. Cualquier médico de una cárcel depende jerárquicamente del sistema penitenciario, Ministerio del Interior; Departamento de Justicia de la Generalitat, etc., y sus decisiones muchas veces no atienden a motivos exclusivamente médicos. En estos momentos es 'alegal' el desempeño de funciones como la firma de bajas laborales en talleres

productivos o informes para incapacidades laborales por parte de los equipos de atención primaria de los centros penitenciarios. Estas tareas deben ser realizadas por facultativos del Sistema de Salud. La aplicación de programas de salud comunitarios queda interrumpida al entrar o salir de prisión por pasar a depender de otra administración sanitaria. A esto habría que añadir la escasez de recursos humanos que se traduce en saturación de guardias, acumulación de funciones, no cobertura de ausencias por bajas laborales o por vacaciones etc.

Podríamos resumir las conclusiones a las que se llegaron entre las diferentes mesas de ponencias de la siguiente forma:

- ① El alto índice de personas ingresadas en prisión que refieren consumo de drogas inyectadas determina la elevada prevalencia de la infección por VIH/SIDA en las prisiones españolas. Los comportamientos de riesgo como compartir jeringuillas o mantener relaciones sexuales sin protección implican la necesidad de reforzar la prevención en los centros penitenciarios.
- ② No obstante, la prevalencia del SIDA ha disminuido en las personas ingresadas en prisión.
- ③ Los nuevos fármacos han aumentado la supervivencia de los afectados.
- ④ Desde el año 1993, la tuberculosis es la enfermedad que más frecuentemente llevó al diagnóstico de SIDA.
- ⑤ Las acciones más eficaces y contundentes para frenar el avance del SIDA son la prevención y la educación, tanto dentro como fuera de la prisión.
Y esto es todo, amig@s...

Fernando G. Ballesteros

...continúa

tratamiento



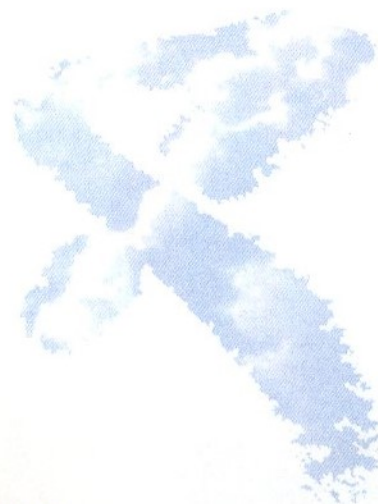
33

65

70



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



piensa en Hivid... cuando
sufras, ...cuando llores
también piensa en
Zerit...



...si
ahora
dejas Crix te
arrepentirás,
de haberle
puesto fin a
un año de
Trí....

hoy
sé más que ayer, ...qué
diferencia..., la vida
me ha enseñado a
distinguir
Viramune de
Norvir

siento
en el alma unas
ganas inmensas de
Epivir, ...tú me haces
falta... y juré no
decírtelo jamás



¡Porque tú

las más positivas

eres única!

Embarazo,VIH y tratamientos

La última Conferencia Mundial del SIDA en Ginebra reflejó un cambio significativo en la manera en que la comunidad científica contempla la posibilidad del embarazo en mujeres VIH+. Allí se presentaron los resultados de varios estudios sobre la transmisión madre-hijo (transmisión vertical) del VIH durante el embarazo, el parto y la lactancia.

El estudio principal, el ACTG 076, incluía la administración de AZT a la madre a partir del 4º mes de embarazo y durante el parto, y al bebé durante sus 6 primeras semanas de vida. La tasa de transmisión vertical, cuando el régimen de AZT se siguió al completo, llegó a reducirse hasta un 2,8%.

Si a esto se añadía la programación de una cesárea, el índice de transmisiones se aproximaba al 0%.

Tanto los medios de comunicación como la "madre" del AZT, Glaxo Wellcome, se lanzaron a proclamas de éxito en la prevención de la transmisión vertical desde un punto de vista que parecía indicar: "lo hemos resuelto, los inocentes ya no se contagiarán del virus maldito". Se olvidaron de mencionar, sin embargo, que un embarazo es cosa de dos y que evitar los problemas para una de las partes (el feto) no significa que el conjunto esté resuelto. Además, ni siquiera está claro que prevenir la transmisión del VIH al feto garantice la ausencia de efectos adversos a largo plazo en la salud de los futuros niños.

Este triunfalismo, en todo caso, ha inflado las expectativas de muchas mujeres VIH+, que ven a su alcance la posibilidad de un embarazo sin riesgo para su hijo y, a partir de aquí, empiezan a formularse una serie de preguntas que no siempre tienen fácil respuesta. De hecho, la tienen muy difícil, si es que la tienen.

Si contemplamos a la mujer como lo que es, una persona, la entendemos no tan sólo como el receptáculo de una nueva vida a la que hay que preservar de todo mal a toda costa, sino también como una vida a preservar en sí misma. Como tal, creemos que la mujer tiene derecho a conocer los hechos que le permitan tomar decisiones informadas sobre todos los temas que afecten a su vida en general y a su salud en particular.

El tema es muy complejo y no pretendemos ser exhaustivos (sería imposible), pero sí mostrar de forma breve y sencilla las principales situaciones posibles:

Mujer naive a los tratamientos y en buen estado inmunológico y clínico

El embarazo puede ser una opción segura respecto a la transmisión vertical en base a los estudios realizados, siempre que la mujer empezara un régimen con AZT que incluyera los pasos descritos al principio del artículo. La mujer ha de tener en cuenta, en cualquier caso, que una vez introducido un tratamiento antirretroviral habrá de seguir tomando decisiones relativas a su tratamiento después del parto, puesto que la monoterapia no es una opción de tratamiento a medio-largo plazo y la recomendación estándar sería la de continuar con HAART.

Cuando el estado clínico y/o inmunológico de la mujer naive presenta cierto deterioro hay que tener en cuenta el riesgo añadido que un embarazo supone para su salud.

Mujer en tratamiento HAART

Las cosas se complican en este caso, ya que hay tres factores a tener en cuenta que, además, pueden interactuar entre sí: tratamiento HAART/monoterapia, introducción o no de AZT y estado inmunológico de la mujer.

Respecto a la primera variable, HAART frente a monoterapia, sabemos que la monoterapia, incluso con AZT, es una opción subóptima de tratamiento tanto para la madre como para el feto. Si la mujer ha sido tratada con HAART, no es probable que la monoterapia mantenga la carga viral en los niveles necesarios para prevenir el riesgo de transmisión del VIH. Si la mujer decide continuar con su HAART, algo cada vez más recomendado por los clínicos, debemos tener en cuenta que en algunos estudios realizados con HAART se han detectado problemas relativos a partos prematuros (aun así, en menor número que en mujeres VIH+ no tratadas) y algunas anomalías fetales no mortales.

En cualquier caso, el limitado alcance de los estudios en tiempo y en casos aún no ha permitido determinar si estos resultados son debidos a los efectos secundarios de los fármacos, al VIH o al propio embarazo.

El segundo factor, introducción o no del AZT, va en función de la historia individual de la mujer con este fármaco (intolerancia y resistencias), aunque la tendencia actual es la de incluirlo si la historia de la mujer lo permite.

El estado inmunológico de la mujer, por último, es un factor que interactúa permanentemente con la toma de decisiones respecto a tratamientos y embarazo. El principio general es que a mayor deterioro inmunológico, mayor riesgo para la salud de la mujer:

Somos conscientes de la imposibilidad de recoger en esta página todos los aspectos relativos a la salud de la mujer VIH+ embarazada y por ello creemos que lo más importante es que ante la idea de tener un hijo busques el asesoramiento adecuado a tu caso particular porque tú eres única!

M.J. Vázquez



ME CHIFLAN LOS MÚSCULOS

Como aficionado al culturismo no competitivo desde los dieciséis años y después de haber transitado por infinidad de gimnasios y haber intercambiado opiniones con sus respectivos monitores, quisiera compartir con vosotr@s todos estos años de experiencia. Desde el año 1991 he intentado readaptar la forma de entrenamiento a mi seroestatus, que como todos sabemos necesita de actividad física controlada, buena alimentación y descanso, ya que el músculo crece cuando reposamos. Todo ello no está alejado de los principios básicos del culturismo, que más que deporte es una disciplina que requiere perseverancia, alimentación equilibrada, vida sana y el necesario reposo para recuperar el gasto energético.

Olvidémonos de obtener resultados espectaculares a corto plazo, pues ello requiere un esfuerzo supergrande y una dedicación casi profesional. Aunque, eso sí, podemos empezar nuestro programa. Los entrenamientos deben ser cortos, máximo una hora u hora y media para los que ya tienen experiencia en el entrenamiento.

(Yo evito los ejercicios aeróbicos, salvo para precalentamiento, pues el exceso de los mismos conduce a un mayor gasto de energías que mi cuerpo no puede reponer sin arriesgarme a perder peso.)

Como nuestro objetivo es aumentar peso en masa muscular y no en grasas, los ejercicios deben hacerse con un peso que no nos agote en la primera etapa del entrenamiento, permitiéndonos llegar al final del entrenamiento sin extenuarnos. Las series deben ser con pesos que se puedan controlar tanto a la subida como a la bajada y con suficiente descanso entre cada serie (entre 1 y 5 minutos).

En el presente artículo sólo os daré un ejemplo de entrenamiento de la zona pectoral. Se trata en lo posible de realizar 4 ó 5 ejercicios del grupo de los músculos grandes y de 3 a 4 en los pequeños. Para entendernos mejor: los grupos musculares grandes son pecho, espalda y piernas y los pequeños son hombros, bíceps y tríceps; en este caso, el pectoral es un músculo grande, por lo que aconsejo los ejercicios siguientes:

1 press de banca

Banco plano con barra situada encima (press de banca), cuatro series descendientes de 12, 10, 8 y 6 repeticiones (según se va descendiendo en la cantidad de repeticiones se va ascendiendo en la cantidad de peso).

2 banco inclinado con barra

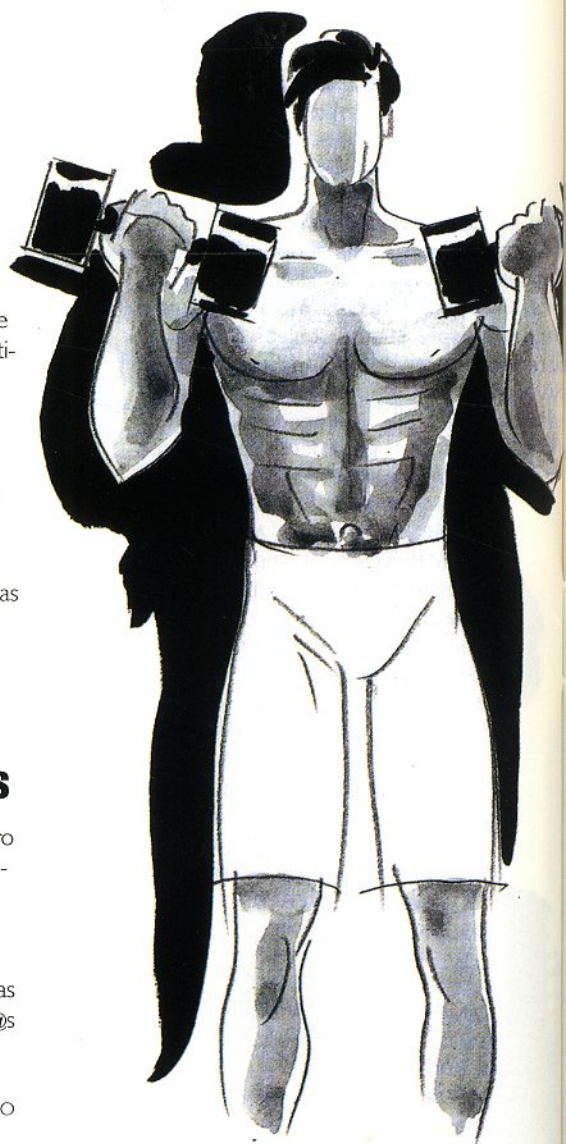
Cuatro series descendientes iguales a las anteriores.

3 banco plano con mancuernas

Cuatro series iguales a las anteriores, pero con pesas de mano, (este ejercicio es primordial para expandir la caja torácica), abriendo y cerrando los brazos (estilo mariposa).

Esperando que os sean de utilidad estas orientaciones ¡Me despido de vosotr@s hasta una próxima ocasión! ■

ROBERTO ORLANDO



¿Dónde está tu cólera?

Mientras miles de personas fallecen a causa del SIDA en el mundo en desarrollo, sus herman@s en Europa y Norteamérica están recibiendo medicamentos y pueden ahora pensar en la vida. Los medicamentos sí funcionan. He observado evidencias extraordinarias de esto en Costa Rica, en la Asociación Triángulo Rosa de servicios relacionados con el SIDA.

El año pasado, una docena de mis clientes y amig@s murió. Este año, tras la decisión de la Corte Suprema de Costa Rica, que ordenó al gobierno proveer medicamentos antirretrovirales a todas las personas con 350 o menos células CD4, no ha fallecido ninguna de las aproximadamente 25 personas que viven con SIDA con quienes tengo contacto. En años anteriores, muchas de estas personas tuvieron múltiples hospitalizaciones, pero este año pocas han debido hospitalizarse. Los medicamentos sí funcionan; quizás no para toda la gente, pero están funcionando bien en Costa Rica.

Una crítica común acerca de la reacción del mundo ante el genocidio de Hitler fue: "¿Cómo es posible que la gente se cruzara de brazos sabiendo que esto estaba ocurriendo y que no hiciera más para prevenirlo?" Las autoridades eclesiásticas pudieron haber ayudado a escapar a miles. Sin embargo, no lo hicieron. Aunque no soy experto en el Holocausto, sé que 50 años después apuntamos con el dedo de la complicidad a la gente que no era nazi ni alemana, pero que simplemente permaneció inmóvil o neutral.

Creo que dentro de 50 años, la gente estará planteando las mismas preguntas acerca del VIH/SIDA. ¿Cómo fue posible que tantas personas con recursos e inteligencia se sentaran pasivamente y observaran a sus herman@s morir debido a la falta de medicamentos que se sabe que pueden prevenir las muertes?

Lo que eleva el costo de los medicamentos es el sistema económico internacional y la estructura farmacéutica, de manera que las compañías puedan recuperar lo que son los costos de las investigaciones que llevaron a cabo para desarrollar los medicamentos.

Parece que los activistas norteamericanos dijeron: Denos nuestros medicamentos a precios que puedan ser cubiertos por nuestras compañías de seguros y una vez que estemos bien, no haremos tanta bulla.

el sur también existe

Se argumenta que los países pobres tienen muchos problemas médicos y sociales: malaria, cólera, disentería, desnutrición... y que no existen los recursos para solucionar todo esto. Es cierto. Pero ninguna de estas otras enfermedades está tan íntimamente vinculada a un movimiento social como lo está el SIDA. Pero parece que el activismo se ha desacelerado, y las personas que viven con VIH/SIDA en el mundo en desarrollo ni siquiera saben o comprenden qué era ACT UP.

Sé que el problema es que las personas que podrían sentir cólera en Nueva York, en Londres, en Vancouver o Madrid, no miran a sus herman@s que innecesariamente están muriendo a causa del SIDA en el Sur. Están demasiado lejos. Si estuvieran en Centroamérica o en Zaire o en la India, sentirían cólera y se lanzarían de nuevo a las calles.

La única posibilidad de cambio en la desesperada situación que aqueja a las personas que viven con el VIH en los países pobres tendría que venir de un activismo renovado que salga a las calles en los países en desarrollo. Tendría que venir también del diseño y la ejecución de estrategias para forzar cambios en las políticas económicas internacionales y en los acuerdos que permiten a las compañías privadas, que tienen en sus manos medicamentos que salvan vidas, rehusar a dar estos medicamentos a personas que los necesitan a menos que ellas tengan el dinero para adquirirlos. Las pastillas están simplemente esperando a que llegue alguien con dinero.

¿Dónde está ONUSIDA en todo esto?
¿Dónde están los activistas? ¿Qué dirá la historia dentro de 50 años acerca de esta increíble brecha que se ha abierto entre la atención médica y quienes, silenciosamente, se cruzan de brazos?

Viajo 120 millas desde San José, Costa Rica, y cruzo la frontera hacia Nicaragua. No veo una diferencia real. El pasto es igualmente verde. ¿Qué es una frontera, después de todo?

Sin embargo, en Nicaragua, Sergio Navas, fundador de un grupo llamado «Gente Positiva», no puede obtener ningún medicamento para él mismo ni para las personas en su grupo, quienes mueren una a una, mes tras mes. Hay 250 personas viviendo con SIDA en Nicaragua. ¿Cuánto costaría salvar todas esas vidas? Más o menos lo que cuesta metro y medio de un avión bombardero.

Las compañías no donarán estos medicamentos sin presión. La presión debe ocurrir en el Norte, en el mundo desarrollado. La presión no debería terminar sino hasta que todas las personas que viven con VIH/SIDA tengan un acceso equitativo a cuidados y tratamientos.

Ése sería un movimiento digno de recordar dentro de 50 años.

Richard Stern
rastern@sol.racsaco.co

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

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

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

...hasta niveles

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

 **GRUPO MSD**

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



l@s niñ@s de tus ojos



Basta con consultar el informe de ONUSIDA de 1998 para conocer algunas cifras que reflejan el impacto que el VIH ha tenido en la vida de millones de niños y niñas de todo el mundo desde el principio de la epidemia: casi 3 millones de niños muertos a consecuencia del VIH, 1 millón largo de niñ@s seropositiv@s en el

mundo (más de la mitad infectad@s durante el año 1997), 8 millones de huérfan@s del SIDA... La inmensa mayoría de estos niñ@s ha muerto por o vive con el VIH en países en desarrollo, donde la epidemia está haciendo estragos en esta población ya de por sí vulnerable. En nuestro entorno desarrollado la situación respecto al VIH y los niñ@s es, comparativamente, de privilegio, pero no por ello deja de presentar deficiencias, algunas de ellas vitales, que no podemos ignorar.

Incluimos dentro de la definición de SIDA Pediátrico a tod@s los infectad@s por el VIH menores de 15 años. En nuestro país, el SIDA pediátrico ocupa el primer lugar de Europa en número total de casos. El informe oficial sobre las características epidemiológicas de los casos diagnosticados de SIDA en 1997 revela una incidencia en descenso (del 1,2% sobre el total de casos en 1995 pasamos al 0,8% en 1997), hecho sin duda atribuible a los avances en prevención de la transmisión vertical (ver artículo ¡Porque tú eres única!) y a la acción de los tratamientos antirretrovirales. No tenemos datos reales sobre el número de infectad@s por el VIH en España, si bien ONUSIDA estima un total de entre 600 y 800 infecciones en niñ@s nacid@s sólo durante el año 1997, una cifra que se acerca al número total de casos declarados en edad pediátrica desde el principio de la epidemia.

La inmadurez del sistema inmunitario de l@s recién nacid@s y de l@s lactant@s y el hecho de que l@s niñ@s estén en crecimiento, son las variables principales que diferenciarán la infección por VIH pediátrica de la adulta. Es así que nos vemos en la necesidad de evaluar diferentes grupos de edad: recién nacid@s, lactantes, preescolares, niñ@s en edad escolar, pre y adolescentes.

Por lo que respecta a la historia natural de la infección, un 20% de l@s nacid@s infectad@s presenta una evolución rápida con corto período de incubación y progresión a SIDA durante el primer año de vida. El 80% restante presenta una progresión más lenta, siendo la edad media de diagnóstico de SIDA de 3 años. El patrón de enfermedades diagnósticas de SIDA es muy diferente al de los adultos, destacando por su frecuencia las infecciones bacterianas múltiples (39,5%), Neumonitis intersticial linfóide (19,4%) y la Neumonía por *Pneumocistis Carinii* (19,2%).

En cuanto a los marcadores inmunológicos y virológicos utilizados para evaluar el estado de la infección, encontramos que ni los ni-

veles de células T CD4 ni la carga viral tienen, a iguales valores numéricos, el mismo valor diagnóstico o predictivo que en l@s individuos en edad adulta.

Los importantes avances en el tratamiento antirretroviral están consiguiendo frenar el desarrollo de la infección y mejorar la calidad de vida también en l@s niñ@s, aunque con grandes deficiencias. La aplicación del tratamiento antirretroviral en niñ@s es, en buena medida, una adaptación de la experiencia previa en adult@s y no atiende a las características que la infección tiene en la infancia. Hay un gran vacío de ensayos clínicos con niñ@s que viene determinado por varias y complejas razones: L@s niñ@s representan tan sólo el 2% del total de casos declarados en países desarrollados, una porción del mercado no lo bastante apetecible para las compañías farmacéuticas en términos de rentabilidad; los ensayos clínicos exigen la evaluación de los diferentes grupos de edad; el diseño de estos ensayos es particularmente complejo y la reclutación de niñ@s participantes presenta múltiples dificultades relacionadas con l@s propi@s niñ@s y su entorno familiar, educativo y social, además de que las cuestiones éticas que surgen cuando se trata de evaluar fármacos con niñ@s son particularmente complejas.

En la práctica, muchos de los antirretrovirales no tienen presentaciones pediátricas y sólo están disponibles en comprimidos o cápsulas que dificultan su administración en niñ@s pequeñ@s. El sabor de los preparados bebibles es, en general, desagradable y los efectos secundarios (sobre todo de tipo gastrointestinal) también se dejan notar. Así las cosas, nos podemos imaginar lo poco atractivo que resulta para un/a niñ@, sobre todo l@s más pequeñ@s, tomarse su medicación. En la infancia no existe la percepción de enfermedad tal y como la entendemos en la edad adulta, y l@s niñ@s pueden vivir su tratamiento como una agresión cuyos posibles efectos beneficiosos no llegan a entender. Todo ello, junto con el hecho de que la adhesión a las pautas terapéuticas dependerá de l@s adult@s responsables, que a menudo carecen del apoyo adecuado para el cuidado del niño o de la niña e incluso para el suyo propio, nos lleva a altas tasas de incumplimiento y fracaso del tratamiento. Esta situación será aún más preocupante al no poder usarse muchos de los nuevos fármacos debido a la ausencia de datos sobre su viabilidad pediátrica.

El tema no se agota aquí, ni mucho menos, pero quizá ya es suficiente para reflexionar un poco y ver que si bien estamos ganando terreno en la lucha frente al VIH, este avance no llega de igual manera a tod@s l@s infectad@s y esto es, si cabe, especialmente escandaloso en el caso de la infancia: ell@s no tienen voz y se supone que sus defensores son l@s adult@s. ●

J.M. Tomás



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

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

GlaxoWellcome

SOLUCIONES PARA LA VIDA

en SIDA

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

La decisión de Milí

Hay cosas que parecen no cambiar, como los nervios que se pasan antes de tomar una decisión importante. Luego, una vez tomada, llevarla a cabo es más sencillo. Siempre es igual: ¿será lo mejor para mí? ¿estaré equivocándome? Con el VIH muchas veces no sabes, siempre aparece el miedo a que la salud pueda empeorar.

Hace meses, desde principios del verano, que voy acariciando la idea de dejar la medicación durante un tiempo, tomarme un descanso, darle un respiro a mi cuerpo y a la cabeza. Estoy indetectable desde hace dos años, mis defensas están altas y he cumplido las pautas de medicación estrictamente durante estos dos años. Puede que suba la carga viral y que bajen las defensas, es un riesgo que asumo. El VIH me ha enseñado que las decisiones son válidas durante un tiempo. Que estando bien controlada por mi médico siempre puedo retomar la medicación, ésta u otra.

Durante estos dos años he hecho un gran esfuerzo adaptando mi vida a los horarios de las pastillas, un esfuerzo que me ha dejado agotada.

¡Sé que es un buen momento para tomar un respiro!

Así que la otra tarde a las 8, cuando tenía que tomar la medicación, estaba en casa, tenía hambre, sólo pensaba en unas hamburguesas vegetales que había en la nevera; quería comérmelas con su cebollica y su rodajita de tomate. Me levanté de un salto, fui directa a la mesilla, cogí todos los botes de pastillas y los guardé fuera del alcance de la vista. Me dirigí a la cocina, preparé la hamburguesa y me la comí con todo el placer del mundo. Pocas veces he disfrutado tanto de una simple hamburguesa.

¡Se acabó la medicación durante un tiempo!

¿Una simple hamburguesa? ¡Pues sí, comérmela una simple hamburguesa cuando me apetece!

Cada toma de los últimos meses se me hacía un mundo y cuando, por ejemplo, tenía algún cólico nefrítico (he tenido varios) y el médico suspendía la medicación durante unos días, yo me sentía la chica más feliz del mundo porque no tenía que tomarla y ya estaba deseando que viniera otro cólico para librarme de tomarla. Esto sí que es muy fuerte, desear tener cualquier cosa para dejar de ingerir los fármacos.

¡Ya no eran formas de tomar la medicación!

Los efectos secundarios de este cóctel me han afectado mucho, sobre todo aceptar los cambios físicos que me han producido: el verme la cara cada día más y más chupada, las piernas, el culo y los brazos más delgados, la barriga a punto de estallar de lo hinchada que estaba, el mirarte al espejo y no reconocerte. Es muy duro y a días difícil de llevar.

Ahora quiero recuperar cosas que había perdido, cosas tan sencillas como comer cuando tienes hambre, beber cuando tienes sed, despertarte cuando abres los ojos y no cuando suena el despertador y, quién sabe, quizás volver a tener unos pequeños mofletes en las mejillas y en el culo, perder la barriga. Recuperar un poco el cuerpo que tenía antes de empezar este tratamiento.

Estas cosas pueden parecer tonterías, pero son muy importantes y se aprecian mucho cuando no las has tenido durante un tiempo.

Estoy encantada de haber tomado esta decisión, convencida de que este descanso va a aumentar mi calidad de vida, que mi cuerpo, mis riñones, mi hígado, mi páncreas... y sobre todo mi cabecita lo van a agradecer con creces. Siento un gran alivio y placer de hacer una vida como la mayoría de la gente.

Cuando tuve que comunicarle a mi médico que había dejado de tomar la medica-

ción, pues él tiene que saberlo, me daba un poco de miedo. Cuando le explicaba lo cansada que estaba y

le contaba lo de la hamburguesa,

él asentía

con la cabeza.

Dijo que lo entendía

y que, aunque terapé-

úticamente

no era lo

correcto,

yo había

hecho un

gran esfuerzo

durante estos

años y que no

sabía si él lo

hubiera podido

aguantar; que a mí me

había funcionado tan bien y

durante tanto tiempo por-

que lo había hecho correc-

tamente. Ambos estamos

de acuerdo en que si se

hacen estos tratamientos hay

que hacerlos bien.

Muchas veces sólo sé quejar-

me de los efectos secundarios del

tratamiento, de las molestias que

causan a mi vida o de las cosas a las

que tengo que renunciar y me olvido

de que este tratamiento me ha dado

una esperanza de vida que antes no

tenía. Me olvido de que hace dos años físicamente

estaba muy cansada, que sólo

podía hacer una cosa al día, en cambio,

ahora casi tengo una vida como cualquier

otra persona.

¡Cuidaos y hasta otra! ■



MILI GARCÍA



TU VISIÓN

La retinitis por CMV es una infección de la retina originada por el citomegalovirus (CMV). Esta enfermedad no afecta a todas las personas VIH positivas o con SIDA, pero el riesgo de desarrollar retinitis por CMV aumenta de forma muy importante cuando disminuye el recuento de células CD4. Los pacientes que reciban tratamiento conservarán su visión. Por el contrario, la retinitis por CMV no tratada puede originar ceguera y, por tanto, la instauración precoz de tratamiento médico es esencial.

PREVISIÓN

Realiza un control regular de tu visión. Efectúa un control de cada ojo de forma independiente, con el otro cubierto. Si observas cualquier pérdida de visión, especialmente un incremento de partículas flotantes (pequeñas manchas de color negro), consulta a tu médico inmediatamente. El médico te realizará una determinación ocular para valorar si tienes o no cualquier lesión, empleando probablemente gotas para dilatar en primer lugar la pupila. Solicita asesoramiento respecto a cómo realizar en tu domicilio controles sencillos de la visión, así como en lo relativo a todos los tratamientos comercializados.

Al mantener un control regular de tu visión, puedes ayudar a que tu médico te ayude. Piensa en tu visión y efectúa los controles.



Productos Roche, S.A.
Ctra. de Carabanchel a la de Andalucía, s/n
28025 Madrid

INFORMACIÓN es PODER

Es imposible participar activamente en las decisiones de tratamiento, estableciendo un debate constructivo con tu especialista, si no tienes la información y el vocabulario necesarios para comprender los complejos factores que condicionan esas decisiones y para expresar tus puntos de vista en un lenguaje que tu médico comprenda y escuche. Di "tomarse estas pastillas es un coñazo" y tu médico asentirá con una sonrisita condescendiente, mientras renueva tu prescripción de Crixivan cada ocho horas y Videx cada doce. Di "el régimen prescrito tiene un impacto inaceptable sobre mi calidad de vida... ¿existe la posibilidad de considerar otra opción?" y, de repente, te escucha. Cualquier médico sabe perfectamente lo que significa "ser un coñazo". El problema no es de pérdida auditiva, sino que las decisiones del especialista medio están regidas por dos factores: exceso de trabajo, y miedo a meter la pata. Traducir "estas pastillas son un coñazo" a un lenguaje que se parezca al de los textos que utiliza el médico como referencia es demasiado laborioso para él/ella. Es posible que, intuitivamente, tu especialista esté convencido de que utilizar otra combinación es una opción preferible a largo plazo para ti. En su fuero interno, sin embargo, ya se está preguntando cómo puede justificar esa decisión ante colegas y superiores. Si no dispone de la información necesaria para fundamentar sólidamente su decisión (ni del tiempo para buscarla) seguramente prescribirá "en serie", recurriendo constantemente a las combinaciones que mejor conoce. Cuando sigue habiendo especialistas en este país que aún prescriben triples combinaciones con Inivrase como único inhibidor de la proteasa (*horror!*), es evidente que la inercia informativa de algunos médicos puede llegar a ser una amenaza para la salud de sus pacientes.

El abismo entre médicos y pacientes es cultural y formativo, pero también psicológico. Creo que, en el momento del primer contacto, muchos especialistas clasifican al paciente en una de dos categorías: A: persona con quien coincidiré algún día en una cena en casa de unos amigos y B: persona que algún día me atraxará por la calle. Observa el lenguaje corporal de tu especialista, y sabrás enseguida en cuál de esas dos categorías has sido clasificado. ¿Sonrisa, con-

tacto visual, postura que favorece la empatía, o todo lo contrario? ¿Cree tu médico que intentar explicarte los motivos de sus decisiones será una enorme pérdida de tiempo? La responsabilidad de vencer los obstáculos que dificultan la comunicación entre médicos y pacientes debería caer principalmente del lado de los facultativos. En la práctica, sin embargo, topamos con la dificultad que supone intentar educar un colectivo que cree saberlo todo.

Actualmente, para ser capaz de tomar decisiones bien informadas, es necesario disponer de una cantidad ingente de información. Las personas seropositivas que no



mos profesionales de la salud - pero queremos estar seguros de que nuestra estrategia de tratamiento es siempre la mejor posible- nos enfrentamos al reto de acceder a (y asimilar) la información suficiente para poder entablar un diálogo productivo con nuestro médico. Nos hemos distinguido por ser un colectivo especialmente activo. El uso de Internet como vehículo de información sobre la salud está alcanzando todas las enfermedades y problemas de salud, modificando por momentos la relación médico-paciente.

Un paciente que dedique una hora diaria a leer los artículos de Medscape www.medscape.com, Aegis www.aegis.com y otras páginas Web dedicadas a la salud, buscando aquellos materiales que sean directamente relevantes a su caso concreto llegará a la consulta del médico con

una cantidad de información que (al menos por su mero volumen) superará en mucho lo que su especialista podrá jamás almacenar en sus neuronas. En el momento que el/la paciente se convierte en proveedor activo de información, **la relación de poder entre médico y paciente se ve fundamentalmente alterada.**

A partir de ahora la asociación ACTUA de Barcelona pondrá en marcha un servicio de información y apoyo en Internet para las personas VIH+ castellanoparlantes (y, más adelante, catalanoparlantes) llamado InterActúa <http://interactua.net>. Quiero aprovechar para solicitar las ideas y aportaciones de los lectores de **Lo+Positivo**. Podéis enviar links, sugerencias, comentarios, informaciones y demás a aportaciones@interactua.net. También podéis contactar conmigo en gvalverde@interactua.net. Podemos asegurar que leemos todo lo que nos llega.

Este es el primer artículo que escribo tras haber abandonado los inhibidores de la proteasa por una combinación menos agresiva y más fácil de tomar (Viramune, Videx y Zenit). Quiero felicitar públicamente a Boehringer-Ingelheim por el envasado del Viramune (un blíster con perforaciones que permiten llevar encima la dosis para uno o más días de forma discreta y cómoda sin comprometer las condiciones de higiene y conservación de los comprimidos). La vida de las personas que toman Crixivan seña algo más fácil si MSD se decidiera a utilizar un envasado de este tipo. ¿O es que su margen de beneficios no permite desarrollar un envasado más práctico? (Detéctese el sarcasmo... Viramune se distingue precisamente por tener un precio menos disparatado que otras opciones comparables). Creo que es hora de que las personas VIH+ dejemos claro a las compañías farmacéuticas que, a medida que dispongamos de más opciones de tratamiento, vamos a integrar en nuestras decisiones de tratamiento factores como el envasado o el precio. Por mucho que en España no paguemos directamente nuestros antirretrovirales, el coste que supongan para el bolsillo público antirretrovirales como Sustiva será un factor importante a la hora de decidir integrarlos o no en nuestros tratamientos. ■

GUILLERMO VALVERDE



DuPont Pharma

A large graphic on a dark purple background. It features a bright yellow sun with rays rising over a horizon line, with a long, thin yellow arc extending from the sun across the width of the page. Above and below this central graphic are rows of smaller, stylized yellow birds in flight, each with a small sunburst on its back.

COMPROMETIDOS CON
LA INVESTIGACIÓN EN
CALIDAD DE VIDA EN

VIH

CiberMapa

Las siguientes direcciones son de grupos de noticias en inglés:

alt.personals.hiv-positive
gay-net.aids
hiv.aidsweekly
sci.med.aids
soc.support.aids-hiv+

bionet.molbio.hiv
hiv.aids.issues
misc.health.aids
soc.motss

misc.health.aids, **sci.med.aids** y **soc.support.adis-hiv+** son posiblemente los más accesibles, porque están entre la jerarquía de los "grandes 7", aunque hay un cierto nivel de intercomunicación entre estos grupos.

Información de la mayoría de publicaciones sobre tratamientos, con índices actualizados, también en español:

<http://www.aac.org/> bajo el icono de Tratamiento del VIH.

También hay grupos en lengua no inglesa, como **it.medicina.aids** y **es.charla.enfermedad.sida**

GENTEPOZ es una lista de discusión en Internet para compartir apoyo emocional e información médica para personas con VIH/SIDA. Es un grupo de APOYO MUTUO. También hay grupos en lengua no inglesa, como

it.medicina.aids y **es.charla.enfermedad.sida**

Puedes suscribirte a cualquiera de las dos listas:

GentePoz (que le permite recibir todos los mensajes enviados a la lista durante el día)...o

GentePoz-Digest (mediante la cual recibes sólo un compendio de los mensajes y que se envía a los suscriptores una vez al día)

Para suscribirte envía un mensaje así:

To: **Lists@Web-Depot.COM**

Subject: (vacío)

Mensaje: subscribe GentePoz o a GentePoz-digest

Carlos Vertis

Owner-GentePoz@Web-Depot.COM

Administrador Lista GentePoz (inglés o español)

<http://www.web-depot.com/mailling-lists>

Un sitio con información relevante en el tema prisiones es:

<http://hivinsite.ucsf.edu/akb/1997/01pris/index.html>

Encontraréis información sobre candidiasis y otras manifestaciones bucales en:

<http://www.aegis.com/topics/oi/candida.html>

Hay una foto 'Candida' increíble, ¡busca Nadiuska!

Mejora de la calidad de vida a través de los servicios nutricionales:

sharon@hivresources.com
<http://www.hivresources.com>

Recuerda que puedes consultar los números anteriores de **Lo+Positivo** en internet:

<http://www.foro-vih.org/gtt.html>

Actualización del sitio sobre mujeres, **Women's Place**, con información exhaustiva sobre VIH y SIDA para mujeres, niñas, cuidadores y personas afectadas y multitud de enlaces a muchos recursos específicos para mujeres:

<http://www.geocities.com/HotSprings/Villa/2998>

¿Cómo has conocido la revista?

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

Selección de temas:

Contenidos:

Diseño:

En general:

Desde tu punto de vista, ¿qué temas faltan?

¿Y qué temas sobran?

¿Qué sección o artículo te ha interesado más?

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

Recorta y envíanos esta breve encuesta a

gTt

C/ Pi, 10 1º 2ª
08002 Barcelona

Responde, nos ayuda a mejorar

tallers, 72
08001 barcelona
telfax: 933 024 146

prêt à porter



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

Nombre:

Dirección:

Autorizo una donación anual de:

2.000 pts

a beneficio del Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt), titular de Lo+Positivo.

Banco o Caja:

Dirección:

Nº de cuenta (20 dígitos)

Fecha:

Apellidos:

Localidad:

Agencia:

Código y población:

Firma

Código postal:

5.000 pts

Teléfono:

_____ pts

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

¿Qué te cuentas?

OPINO@

El día 18 de octubre ocurrió algo grave en la prisión de Badajoz. Cualquier desatención médica lo es, independientemente de las consecuencias, pero en este caso, las consecuencias fueron las de un aborto.

Me encontraba embarazada de siete semanas, cuando el día de los hechos que aquí denunciamos, empecé a sentirme mal, estaba manchando, unas manchas que indicaban una amenaza de aborto. En esos momentos, chapada en mi celda, y debido a que en esta prisión no disponemos de los obligados timbres de emergencia, avisé a mis compañeras del patio para que informasen a la funcionaria y, ésta llamase al médico. Así lo hizo. Era domingo y la médico de guardia se negó a venir al módulo a pesar de encontrarse en la prisión, se limitó a transmitirme el recado por la funcionaria de que me quedase en cama. Así lo hice ante su negativa en venir: Al día siguiente, lo único que había cambiado era el médico, el cual, y debido a que seguía manchando me realizó una salida urgente al Hospital donde se me informó de una amenaza de aborto, lo cual se produjo el día siguiente sin que ya se pudiese hacer nada.

¿Se podía haber evitado si hubiese sido atendida ese mismo día? Tal vez nunca se sepa, pero independientemente de las consecuencias, no recibí asistencia médica cuando la precisaba, cometiéndose una negligencia médica.

Desde la prisión de Badajoz, reivindicamos el derecho a una asistencia médica digna.

Mª José Baños Andújar-Suso Cela Seoane
Prisión de Badajoz

Sitges, 25 de Julio de 1998

Saludos a la redacción y colaboradores de **Lo+Positivo**; hola compañer@s.

Soy seropositivo hace 14 años, llevo dos años con triterapia (Crixivan, 3TC, d4T). Tras padecer múltiples depresiones (y las que me quedan), mis constantes son óptimas y no he tenido síntomas adversos a no ser por lo hinchado que me encontraba los primeros meses de la medicación. También siento apatía y malestar en las articulaciones, por lo demás, me encuentro feliz (si es la palabra). En octubre del año pasado estaba en 13000 copias, en mayo de este año bajó a < 500, fantástico ¿no os parece?

Me digo que tengo que responsabilizarme día a día, (pues la vida solitaria no es agradable, de verdad, compañer@s). Pienso que la libertad es algo maravilloso, pero no cuando hay que pagar por ella el precio de la soledad, ¿no os parece compañer@s?

Referente a lo que leí en vuestra revista sobre la cantidad de líquido que tenemos que tomar; los que estamos con Crixivan, estoy de acuerdo que es una barbaridad tener que tomar los dos litros diarios aunque me esfuerzo.

Gracias de antemano, un fuerte abrazo y os animo a que sigáis con la revista, es muy grato saber que tenemos un medio de difusión donde desfogar todas nuestras neuras, ha sido toda una sorpresa conocer vuestra revista.

Nota: Yo estoy de colaborador en META-MORFOSIS (revista para usuari@s).

Chiao!!!

Ramón Valls

¿A mí que me registren?

Volviendo a la polvoreda que levantó el tema del registro de casos de VIH, parece, sólo parece, que sí será codificado, tanto en el territorio del Insalud como en el de las Comunidades Autónomas con competencias sanitarias transferidas. Ello en su mayor parte gracias a la presión de las ONG, que en el encuentro de la Fundación FIT celebrado en junio del 98 en Valencia, aprobaron un documento del que entresacamos algunos párrafos:

"II. El objetivo final de un registro no debe ser otro que el de conocer la incidencia del VIH para permitir la planificación eficaz de la prevención y asistencia, por lo que la nominalidad es un aspecto del que se debe prescindir.

III. Los mecanismos que permitan definir el contingente de personas con VIH, a nuestro juicio, deberían garantizar el anonimato y necesariamente respetar la información relativa a la intimidad.

(...) Es de prever un mayor rechazo [a hacerse la prueba] si la prueba de detección supone identificarse."

Mención aparte merece el caso de Catalunya, donde las autoridades sanitarias, a través del CEESCAT, el organismo de seguimiento epidemiológico, siguen sin abandonar con rotundidad la opción de un registro nominal y ello a pesar del rechazo, esta vez sí, rotundo de prácticamente todas las ONG catalanas. **No hay que bajar la guardia.**

NORVIR® [RITONAVIR] TABLA DE CONVERSIÓN DE DOSIS

DOSIS DIARIA	NORVIR® CÁPSULAS 100mg	NORVIR® SOLUCIÓN ORAL 80 mg/ml			
		VASO DOSIFICADOR	CUCHARITA		
600mg 2 veces al día		7,5ml		ó	
		2 veces al día			
400mg 2 veces al día		5ml		ó	
		2 veces al día			

Trucos para ritonavir líquido

Los niños son los principales consumidores de ritonavir líquido y han ido apareciendo algunos trucos para que no se atraganten o escupan el líquido de sabor horripilante:

- ☺ Chupar un cubito de hielo o un polo antes de tomar el fármaco. Esto insensibiliza las papilas gustativas y sorteja la reacción.
- ☺ Comerse una cucharada de crema de chocolate (como Nocilla) o de mantequilla de cacahuete antes e inmediatamente después de ritonavir.
- ☺ Comer cosas muy saladas -cacahuetes, almendras saladas, patatas fritas tipo chips, olivas, anchoas, etc.- antes e inmediatamente después de ritonavir.

La idea es saturar las papilas gustativas con un sabor fuerte y cubrirlas de tal manera que se minimice el sabor de ritonavir. Por el contrario, mezclarlo con otras cosas como helados, etc., no siempre funciona, ya que en tal caso es ritonavir el que puede quedar como sabor predominante.

Se puede intentar utilizar una pajita para sorber el líquido directamente hasta el fondo de la garganta, una vez que se ha mezclado ritonavir con algún producto a base de leche, por ejemplo Cola Cao o Nesquik.

Seguramente, en el caso de las personas que a pesar de todo no toleran el sabor, productos tópicos con anestesia local como es Strepsils podrían ser útiles para insensibilizar previamente las papilas gustativas

Y además...

El líquido de ritonavir se presenta con un vaso dosificador que viene marcado para indicar la cantidad de líquido que debe tomarse según las dos dosificaciones más habituales. Este vaso es lo que se debe utilizar para medir una dosis. Hay que tener en cuenta que para la medición, el vaso debe colocarse sobre una superficie plana a la altura de la vista, y entonces llenar el vaso con Norvir líquido hasta la línea que marca la dosis apropiada. Antes de verter el líquido, debe agitarse.

Inmediatamente después de tomar la dosis, el vaso dosificador debe lavarse con jabón y agua caliente. Este vaso no puede meterse en el lavavajillas.

Laboratorios Abbott
(www.norvir.com)

Adaptado de "Search for a Cure"

Pena de muerte... Muerte de pena...

ENLACE, La Federación Andaluza de Drogodependencias y SIDA, ha lanzado coincidiendo con el 1 de diciembre una campaña por los derechos de las personas con VIH/SIDA que se encuentran privadas de libertad bajo el terminante lema SIDA+CÁRCEL = PENA DE MUERTE. En su informe de prensa, Enlace denuncia las razones que hacen de la legislación penitenciaria española (según much@s expert@s una de las más progresistas del mundo mundial), una quimera de papel imposible de aplicar en la realidad.

Según Enlace, de las aproximadamente 45.000 personas presas en España, un 75% tiene relación con drogodependencias y tratan de sobrevivir al "círculo de marginación que supone el trinomio SIDA, drogas ilegales y cárcel, del que es responsable la política hipócrita y discriminatoria del Estado". Como muestra de hipocresía, el informe menciona la ausencia de programas de intercambio de jeringuillas en las cárceles argumentando que éstas son "objetos prohibidos", al tiempo que proporcionan lejía para desinfectarlas.

En cuanto a la discriminación, Enlace denuncia la violación sistemática del derecho a la salud de l@s pres@s, garantizado por la Carta Magna para tod@s l@s ciudadan@s y por la Ley Orgánica General Penitenciaria que, sobre el papel, propone un trato para las personas enfermas privadas de libertad en condiciones de igualdad con la población general.

A lo largo de una docena de páginas, el informe pasa revista a las deficiencias estructurales y administrativas que caracterizan al sistema sanitario penitenciario y llega incluso a proponer que l@s reclus@s sean atendid@s directamente desde la red sanitaria pública. Y es que, según Enlace, en las cárceles hay 55 camas por cada 1.000 pres@s, los equipos de atención primaria designados a cada centro son insuficientes en cantidad y calidad, escasea en particular los especialistas en el tratamiento del VIH.

Además, las carencias de los programas de metadona en el exterior se ven sencillamente extremadas en prisión, con largas listas de espera (incluso para l@s recién ingresad@s que ya estuvieran en uno externo) para acceder a un servicio que apenas va más allá del mero suministro de la sustancia, dado que la educación y el soporte continuo a l@s pres@s en temas de prevención, salud, VIH y tratamientos brilla por su ausencia.

De forma análoga, los tratamientos antirretrovirales también pueden verse repentinamente interrumpidos por las salidas/entradas de l@s reclus@s en prisión. Los estándares clínicos una vez 'dentro' aparecerán afectados por la escasez de personal sanitario, por la lentitud y morosidad con que se gestionan las necesarias derivaciones de visitas, pruebas y diagnósticos a y desde los hospitales de la red pública y la falta de recursos, por la ausencia de soporte a la adhesión que se traduce en altas tasas de automedicación, incumplimiento y subsiguiente fracaso terapéutico e incluso por las restricciones presupuestarias del gasto farmacológico en prisiones, que limitan de forma discriminatoria las opciones terapéuticas de estas personas VIH+. □



ACTG (AIDS Clinical Trials Group / Grupo de Ensayos Clínicos del SIDA): una red de centros médicos en EE.UU. e Italia en los que se llevan a cabo ensayos clínicos financiados con fondos federales para probar la seguridad y eficacia de los tratamientos experimentales para la infección por VIH y sus complicaciones. Estos estudios se denominan con el acrónimo ACTG más su número correspondiente: p.e. ACTG 323.

Amilasa: una enzima dividida en fragmentos de almidón secretada por glándulas salivares y el páncreas para ayudar a la digestión de los alimentos. Un incremento de los niveles séricos de amilasas puede indicar pancreatitis.

AUC (Area Under the Curve / Área Bajo la Curva): una medida de la exposición o del efecto totales, definida a partir de la representación en un gráfico del cambio de una variable crítica a lo largo de un periodo de tiempo, calculando el área entre la curva descrita y el eje horizontal (que representa el tiempo transcurrido desde el inicio del estudio). Los niveles sanguíneos de un fármaco y de la carga viral durante el tratamiento son dos parámetros que se cuantifican frecuentemente por el AUC.

Brazo de control: el grupo de participantes en un estudio clínico que recibe tratamiento estándar o placebo, y con el que se compara a quienes recibe el tratamiento a evaluar.

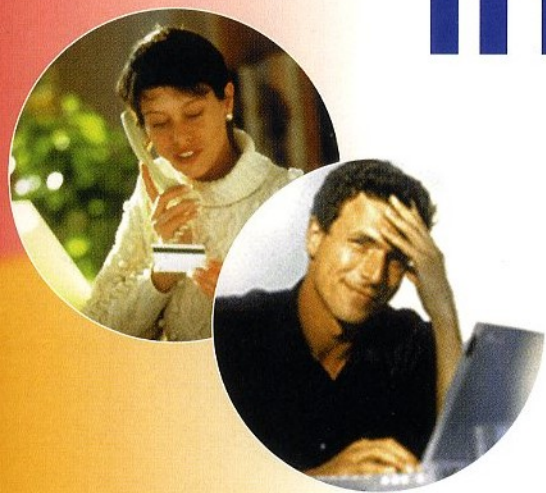
CCR5: una estructura proteínica de siete asas que aparece normalmente en la superficie de determinadas células del sistema inmunitario, y que actúa como el sitio receptor de las quimiocinas. La CCR5 es el segundo receptor que necesita el VIH para unirse a y entrar en una célula. El otro receptor es el CD4.

Codón: una subunidad genética de tres nucleótidos que determina qué aminoácido se encuentra en un punto en una cadena proteínica. Las mutaciones en codones específicos del VIH se asocian con cambios en la secuencia de aminoácidos de las proteínas y enzimas del VIH. Dichas mutaciones ayudan a que el VIH evite los efectos de los fármacos antivirales o de las respuestas inmunitarias específicas.

Cohorte: un grupo de individuos con algunas características comunes que es el sujeto de estudio en la epidemiología o curso natural de una enfermedad.

Nivel o línea basal: el punto temporal inicial en un ensayo clínico o en un régimen de tratamientos, justo antes de que alguien empiece a tomar el tratamiento en cuestión. En este punto de referencia, se registran valores mensurables tales como el recuento de CD4 y la carga viral. La seguridad y la eficacia de un fármaco se determinan con frecuencia a partir del seguimiento de los cambios desde los valores basales. □

Tú también eres importante



Por esto **ArcusLiberti**, agencia financiera del **Grupo Deutsche Bank**, te ofrece un servicio de banca telefónica para personas con **nuevos estilos de vida**: solter@s, parejas de hecho, separad@s...

Visa e Internet gratuitos:

Con la **Cuenta Nómina Arcus**, **Visa**, **ServiRed** e **Internet** gratuitos para ti. Y además **sin comisiones**.

Préstamos Arcus:

Hipotecas Arcus: al 4,5% desde 5.604 pts por millón. Infórmate.

Préstamo Personal Arcus: desde el 5,5% de interés nominal. Rápido y sencillo.

Seguros:

Seguro de Hogar Arcus, de Vehículos Arcus...

Ahorro/inversión:

Fondos de Inversión Arcus, planes de Pensión, de Jubilación y Ahorro.

Solidaridad:

El 20% de los beneficios bancarios se dedicarán a **programas solidarios** y ONGs, **sin ningún coste para ti**.

20%

901 209 209

www.arcusliberti.com

Llama o conecta con nuestra web. Tendrás al **Grupo Deutsche Bank**, y a **ArcusLiberti** trabajando para ti.

Albacete: Alvas 967508860 Alicante: Colectivo Gays-Lesbianas 965209769 ACOSPA 96592393 Benidorm: AMIGOS 966804444 Almería: C.C.Anti-SIDA 950254192 Asturias: Gijón: C.C. Anti-SIDA 985338832 Oviedo: XEGA 985224029 Badajoz: Plataforma Diversidad 924259358 Bilbo: T-4 944221240 Barcelona: Actua 934185000 Coordinadora Gai-Lesbiana 933097997 ACAS Catalunya 933170505 Projecte dels Noms 933182056 Sabadell: Actua Vallès 937271900 Burgos: 947240277 Cádiz: A.Anti-SIDA 956252981 Algeciras: C.C.Anti-SIDA

C.C.Anti-SIDA

Línea: C.C.Anti-SIDA

C. C. Anti-SIDA

Centro de

Prevención del SIDA

el SIDA 964213106

957485917 Convivida

y Solidaridad del

Girona: ACAS

NOS 958200602 C.C.

Gran Canarias:

928764849 AIDAS

C. C.Anti-SIDA

de Compostela: C.C.

León: C.C. Anti-SIDA

Ponferrada:

9 8 7 4 0 2 5 5 1

SIDA 941255550

982244560 Madrid:

913581444 COGAM

900111000 FIT

Española de

914040105 Málaga:

952601780 COLEGA

Ben Amics

971715566 Murcia:

9 6 8 2 9 8 8 3 1

SIDA 968521841

SIDA 988233000

SIDA 979749451

SIDA 948212257

Vilagarcía Arousa:

C.C.Anti-SIDA



**En España,
cada 50
minutos**

**una persona
se infecta con
el VIH**

FUENTE: ONUSIDA. COMUNICADO DE PRENSA 1º DE DICIEMBRE 1998

923123002 Donostia: A.C. Anti-SIDA 943472036 Harri Beltza Oiartzun Santander: A.C. Cantabria Anti-SIDA 942313232 Sevilla: COLEGA 954563366 SIDA 954371958 Tenerife: UNAPRO 922259654 Valencia: Collectiu Lambda 963912084 AVACOS 963800737 C.C.Anti-SIDA Comunidad Valenciana 963676911 Gandia: Servicio Información y Ayuda al Infectado 962877371 Valladolid: C.C. Anti-SIDA 983358948 Gasteiz: GAYTASUNA 945257766 Comisión Ciudadana Anti-SIDA 945257766 Zamora: C.C. Anti-SIDA 980670620 Zaragoza: C.C. Anti-SIDA 976438135 LYGA 976395577 OM-SIDA 976370197 *

956634828 La

956176090 Cáceres:

927227613 Castellón:

Información y

964239922 A.C.contra

Córdoba: COLEGA

957430392 Prevención

SIDA 957430392

972219282 Granada:

Anti-SIDA 958521352

Amigos contra el SIDA

928291684 A Coruña:

981226167 Santiago

Anti-SIDA 981573401

9 8 7 2 3 5 6 3 4

Asociación Caracol

Logroño: C.C. Anti-

Lugo: C.C. Anti-SIDA

Apoyo Positivo

915224517 FASE

913513682 Unión

Enfermos de SIDA

A. C. Anti-SIDA

952217199 Mallorca:

971723058 ALAS

C. C. Anti-SIDA

Cartagena: C.C.Anti-

Ourense: C.C. Anti-

Palencia: C.C. Anti-

Pamplona: C.C. Anti-

Pontevedra:

986508901 Salamanca:

9 4 3 4 9 3 5 4 4

C.C.Anti-