

# LO + POSITIVO

PRIMAVERA 1999 N° 9

PUBLICACIÓN GRATUITA SOBRE LA INFECCIÓN POR VIH

**COMO GUSTÉIS**

¡A COMER!

**MENUDAS DOSIS**

JARDÍN DE INFANCIA

**INTERACCIONES CON  
TU PREFERIDA**

UN ASUNTO DE DROGAS

---

**¿QUIERO  
SER MAMÁ?**

**EL DERECHO A ELEGIR**

# Difícil.

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

# Fácil.



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

Consulta con tu médico.

Tiene buenas noticias para tí.

LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL  
MÁS EXPERIMENTADA,  
UTILIZADA DEL MODO MÁS SENCILLO

**GlaxoWellcome**  
EN PRIMERA LÍNEA DE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL



DuPont Pharma

A large graphic on a 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. Below the sun, there are several rows of smaller, stylized yellow birds in flight, each with a small sunburst above its head, creating a pattern of rising and flying motifs.

COMPROMETIDOS CON  
LA INVESTIGACIÓN EN  
CALIDAD DE VIDA EN

**VIH**

El equipo de Lo+Positivo somos:

Rob Camp  
Óscar G. Cortés  
Jaume Fabrés  
Ismael Sala Salas  
Maite Suárez  
Joan Tallada  
M<sup>o</sup> José Vázquez

En este número han colaborado:

Coordinadora Gay Lesbiana  
Alex Rendón  
Ismael Carrillo  
Georgina Fabrés  
Angela Sanz  
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<sup>o</sup> 2<sup>o</sup>. 08002 Barcelona.  
Tf: (93) 3020411  
Fax: (93) 4120083  
E-mail: [gtt@foro-vih.org](mailto: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  
Farmacia & 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:  
Eva, Laia y Elena.

## Editorial

La revista Medicina Clínica hizo públicos a principios de año datos relacionados con el proceso de consentimiento informado de los ensayos clínicos, proceso por el que los participantes deberían en principio comprender dónde se meten. Según esta revista, el 97% de los consentimientos informados necesitan estudios superiores para entenderlos y en casi un 100% las hojas de consentimiento adolecían de problemas de inteligibilidad, es decir, que casi siempre hay algo que no se entiende. La publicación señalaba otras cuantas deficiencias, como la ausencia de explicación de los posibles riesgos o de referencias a los clínicos involucrados.

Estos datos, junto con las propias experiencias recogidas por los usuarios participantes, nos llevan a pensar que quizá sea el momento no sólo de revisar a fondo cómo se presentan y/o traducen las hojas de consentimiento informado para ensayos clínicos, sino de abordar en su conjunto todo el procedimiento que conduce a la inclusión de pacientes en estos estudios. Además de preservar derechos, un proceso de consentimiento informado participativo reduciría el índice de abandonos de los ensayos antes del fin del periodo establecido.

Otro asunto en que el diálogo debe prevalecer sobre las decisiones unilaterales es el del sempiterno registro. Pongámonos al día: parecía que las autoridades sanitarias habían dado marcha atrás con lo del registro nominal, pero quizá fuese algo únicamente ilusorio. La frase más oída es la de "no haremos nada sin el consenso con las ONG". Frase que parece más destinada a marear la perdiz que a impulsar una política coherente y consensuada en este tema. El revuelo provocado por el registro nominal de Asturias es otro aviso para navegantes.

En cuanto al paisaje terapéutico del momento, esperamos que efavirenz (Sustiva) y abacavir (Ziagen) no tarden en ser aprobados para su comercialización en España. Ambos son fármacos que, como los otros, presentan ventajas e inconvenientes, pero que utilizados en una combinación y en una estrategia a medio plazo correctas pueden ser de buena utilidad. Abacavir, por ejemplo, exige un programa educativo desde la comunidad para médicos y usuarios que aborde los posibles casos de hipersensibilidad al fármaco. Por su lado efavirenz arrastra una considerable polémica por el hecho de que la casa que lo comercializa en España, DuPont Pharma, pretende establecer un precio de venta que los activistas de tratamientos consideramos desproporcionado al de los otros fármacos de su clase. Algo que además de retrasar la esperada aprobación, puede tener efecto dominó y afectar a los plazos de aprobación de otros instrumentos terapéuticos, como el nuevo nucleósido abacavir o las pruebas ultrasensibles de carga viral.

En fin, esperamos que saquéis provecho de este número 9, que os llega trufadito. Además de una entrevista que se aproxima a un tema casi tabú o minusvalorado hasta hace bien poco, el de la maternidad en mujeres con VIH, os hacemos una selección de noticias científicas de los últimos encuentros e incluimos las colaboraciones habituales. En páginas centrales, una sorpresa adhesiva, es decir, sobre la adhesión: de oca a oca, y tomo porque me toca.

El equipo de Lo+Positivo

## ARTÍCULOS



### 14 ¿QUIERO SER MAMÁ?

Un deseo de mujer.

### 24 LA EDAD DE ORO

Como ya sabréis, no es oro todo lo que reluce.

### 33 ¿LOS ANTIRRETROVIRALES EN LA FARMACIA DE LA ESQUINA?

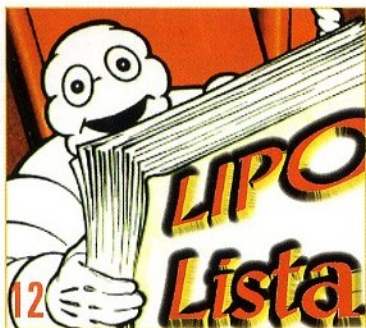
Háblame de ti, boticario.

### 34 CORAZÓN PARTÍO

Un motor que hay que desengrasar.

### 40 VIH/C: UN ASUNTO DELICADO

Mírate el hígado, cariño.



## SECCIONES

### 6 LA VERDAD ESTÁ AQUÍ DENTRO

Tu puzzle habitual y el debú de la LIPOLISTA.

### 28 ¡A COMER!

El pan y la sal.

### 31 MENS SANA IN CORPORE+

Ponte dur@.

### 32 UN ASUNTO DE DROGAS

Si te metes caña, al loro..

### 37 UNA MUJER SEROPOSITIVA

He vuelto a las andadas.

### 38 MÉDICOS Y PACIENTES

Antropología del médico contemporáneo.

### 39 JARDÍN DE INFANCIA

L@s niñ@s, primero.

### 41 EL SUR TAMBIÉN EXISTE

Una radiografía de El Salvador.

### 42 MÁS MADERA

Morir de injusticia.

### 43 LAS MÁS POSITIVAS

La investigación en VIH descubre a la mujer.

### 47 MAPA CIBERNÉTICO

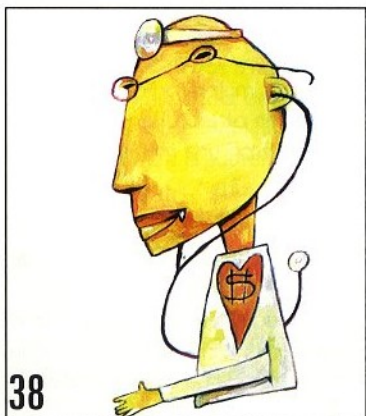
Direcciones de sitios en español, por si te falla el inglés.

### 48 GLOSARIO

Con un apéndice especial.

### 50 LO+NEGATIVO

Geografía de la ignominia.



# La Verdad está

## Interferón alfa-2b+Ribavirin para hepatitis C

*The Lancet, 31.10.1998, Thierry Poynard y cols.*

Un grupo internacional de investigadores informa de que el uso de ribavirin más interferón alfa-2b es aproximadamente dos veces más eficaz que el tratamiento con interferón solo. Los investigadores estudiaron los efectos de estos tratamientos en 832 pacientes mayores de 18 años con hepatitis C crónica (HVC). Encontraron que el 43% de 277 pacientes que recibían la terapia combinada durante 48 semanas mostraron una respuesta virológica sostenida, mientras que el 35% de los pacientes que tomaban la misma combinación durante 24 semanas mostraron esta misma respuesta. Tan sólo el 19% de los 278 pacientes que recibían únicamente interferón alfa-2b respondieron positivamente. Se encontraron otros factores asociados a la respuesta: carga viral por debajo de los 2 millones de copias por mL, edad de 40 años o menos, genotipo 2 ó 3 y sexo femenino. Los autores, al tiempo que califican sus hallazgos de "avance de gran importancia en el tratamiento de la infección de la hepatitis C", observan que el aumento en la respuesta debería, hipotéticamente, disminuir el riesgo de complicaciones, aunque esto debería confirmarse con estudios a largo plazo. 🍷

## Metadona en el embarazo

*New York Times, 7.01.99, Lynn M. Paltrow.*

En una carta al editor del *New York Times*, la directora de *National Advocates for Pregnant Women* (asociación nacional de los Estados Unidos para la defensa de las mujeres embarazadas) da la réplica a otra carta del 5 de enero aparecida en el *Times*, que sugería la aplicación de medidas de control de la natalidad entre mujeres en tratamiento con metadona. Paltrow observa que la terapia con metadona es el tratamiento de elección del panel nacional de expert@s para mujeres embarazadas que consumen heroína (UDVP), puesto que mejora los resultados tanto para la salud de la madre como del hijo. Además, las mujeres UDVP embarazadas se encuentran con otras barreras discriminatorias cuando buscan tratamiento: según la autora, algunos centros de tratamiento niegan o reducen las dosis de metadona para las mujeres embarazadas incluso sabiendo que retirar, en su caso, la heroína incrementa el riesgo de muerte fetal. "La solución no es la esterilización de las mujeres, sino servicios de tratamiento no punitivos y confidenciales", concluye Paltrow. 🍷



## Mejoría notable en la LMP durante HAART

*Reuters, 24.12.1998*

Investigador@s del hospital Gregorio Marañón en Madrid informaron en el último número de 1998 de la revista *AIDS* de que el tratamiento con terapia antirretroviral altamente activa (HAART, en sus siglas inglesas) resultaba eficaz para estabilizar la condición de pacientes con LMP asociada a SIDA. Los pacientes que recibieron un diagnóstico de LMP y que tomaban HAART vivieron una media de 545 días y los síntomas neurológicos mejoraron claramente en 6 pacientes y permanecieron estables en otros 6. Por su parte, los 13 pacientes del grupo de control vivieron una media de 60 días tras el diagnóstico de LMP.

Los 11 pacientes con HAART mostraron lesiones mejoradas en 10 casos y estables en 1, mientras que 6 de los 7 que inicialmente recibieron un resultado positivo de la prueba del virus JC (responsable de la LMP) no exhibieron evidencia de infección durante el tratamiento. Los investigadores sugieren que HAART podría ser un tratamiento eficaz para LMP y que mejora la calidad y cantidad de vida de las personas afectadas. 🍷

# aquí dentro



## El esfuerzo de lucha contra el SIDA trata de proteger a la comunidad

Las organizaciones anti SIDA de Wisconsin, en los Estados Unidos, tratan de proteger a la comunidad de aquellos individuos que continúan presentando conductas de riesgo a pesar de su infección por VIH con dos nuevas subvenciones del gobierno federal: una de las subvenciones, 4 millones de dólares para 5 años, será para Jeffrey Kelly, responsable del Centro para la Intervención en SIDA de la facultad de medicina de Wisconsin y la otra, de 350.000 dólares al año durante al menos 3 años y concedida por el *Center for Disease Control* (CDC), para la división del Estado de Wisconsin del programa de Salud en VIH/SIDA. Según James Vergeront, el médico que administrará la subvención del CDC, "el objetivo es aumentar la intensidad "de los esfuerzos de prevención para nuestros clientes VIH+ y, por tanto, disminuir la probabilidad de que continúen siendo una fuente de transmisión del VIH". El programa de Kelly consistirá en 15 sesiones de *counselling* (consejo asistido) por individuo, de las que las 5 primeras están diseñadas para mejorar su salud, las 5 segundas enfatizan la autoestima y las actitudes positivas y las 5 últimas se centran en las conductas de riesgo individuales y en entrenamiento para reducción de riesgos. 🍷

## Tolerancia y palatabilidad de didanosina – formulación pediátrica

*Estudio de G. Diego Miralles y colaboradores, Duke University Medical Center USA*

**Objetivo:** Determinar la tolerancia y palatabilidad de didanosina (ddl) en polvo (formulación pediátrica) en una población adulta de pacientes con infección VIH en comparación con las pastillas tamponadas de ddl.

**Métodos:** Se reclutaron un total de 20 personas VIH+ en las que el uso de ddl estaba clínicamente indicado en un ensayo randomizado cruzado que comparaba la tolerancia gastrointestinal de las tabletas tamponadas con la del polvo pediátrico suspendido en una solución antiácida. Las sujetos tomaron una de las dos formulaciones asignadas al azar durante 4 semanas y después fueron cruzadas al tratamiento alternativo. Las sujetos se evaluaron al entrar en el estudio y tras haber terminado cada uno de los tratamientos. La preferencia personal y los efectos adversos fueron evaluados mediante un cuestionario estandarizado.

**Resultados:** Las pacientes reclutadas completaron el estudio. Un total de 16 habían tenido experiencia previa con las tabletas tamponadas de ddl y todas informaron de cierto nivel de dificultad al tomar el fármaco, especialmente en relación con el sabor y el desarrollo de diarreas. Diez de estas 16 pacientes informaron de que tomar las pastillas de ddl afectaba su calidad de vida de forma negativa. Un total de 18 de las 20 pacientes (90%) en el estudio calificaron la formulación pediátrica de mejor (6) o mucho mejor (12) que las pastillas tamponadas. Las razones de esta preferencia incluían el mejor sabor y la mayor facilidad a la hora de tragar y ningun@ de estas 18 pacientes informaron de dificultades al tomar la formulación pediátrica. Por el contrario, 19 de 20 pacientes informaron de dificultades con las pastillas tamponadas durante el período del estudio, que incluían el sabor desagradable, problemas al tragarlas y diarreas.

**Conclusiones:** La adhesión a la toma de las pastillas tamponadas limita el uso de este fármaco. Este estudio muestra que la tolerancia y la palatabilidad de ddl puede ser considerablemente mejorada con el uso del polvo pediátrico e implica que la adhesión del paciente a la didanosina puede aumentar marcadamente con el uso de la formulación pediátrica. 🍷

# CARNITINA

George M. Carter

Los siguientes *abstracts* indican que el uso de carnitina en personas infectadas por el VIH puede tener cierto valor terapéutico. No conozco ningún ensayo clínico que estudie si la carnitina tiene algún efecto en la toxicidad producida por AZT o en la cardiomiopatía. Los limitados datos sugieren un importante papel de la carnitina como parte de un régimen global, pero es obvio que se necesitan más y mejores estudios. Los estudios que mencionamos que sugieren que la suplementación con carnitina puede ser una buena idea y no es dañina, aunque por sí sola, por supuesto, resulta inadecuada. Como suplemento resulta caro y, por tanto, sería conveniente poder incluirla en las prestaciones farmacéuticas de la Seguridad Social.



En el primer estudio, la carnitina ralentizó la tasa de apoptosis, incrementó ligeramente los niveles globales de VIH pero también aumentó los recuentos de CD4. Se puede sostener que la apoptosis de células infectadas es una buena idea, pero parece que también en las células no infectadas se produce este fenómeno de suicidio celular, lo que ya resulta problemático:

## El papel de la acetilcarnitina en la neuropatía relacionada con los nucleósidos

Famularo G. y colaboradores. *AIDS*, Feb 1997. University de L'Aquila, Italy.

**OBJETIVO:** Las personas que toman análogos de nucleósidos como didanosina (ddl), zalcitabina (ddC) y estavudina (d4T), los llamados fármacos en "d", pueden desarrollar una severa neuropatía periférica que limite las dosis tolerables de estos fármacos. La disfunción de la síntesis de ADN realizada por las mitocondrias [ver glosario] es crucial respecto al origen de esta patología aunque no se ha descartado la existencia de otros mecanismos. La disminución de la acetilcarnitina, que regula el metabolismo y la función de los nervios periféricos, podría contribuir a la neurotoxicidad de estos compuestos.

**MÉTODOS:** Medimos los niveles en suero de acetil y de la carnitina total en 12 sujetos con neuropatía axonal periférica desarrollada durante el tratamiento con diferentes regímenes de análogos de nucleósido neurotóxicos (ddl, ddC, d4T). Sujetos que no desarrollaron neuropatía periférica mientras tomaban ddl (n=10) o zidovudina (n=11) sirvieron como grupos de control. Como grupos adicionales de control, se contó con sujetos VIH negativos con neuropatías axonales o desmielinizantes autoinmunes (n=10) y con sujetos sanos (n=13).

**RESULTADOS:** Las personas que experimentaron neuropatía periférica axonal mientras estaban en tratamiento con ddl, ddC y d4T tenían los niveles de acetilcarnitina significativamente reducidos

en comparación con los grupos de control. No se observaron diferencias en los niveles de carnitina total entre los sujetos del estudio y los de los grupos de control.

**CONCLUSIONES:** Nuestros resultados demuestran que las personas que desarrollaron neuropatía periférica mientras estaban en tratamiento con ddl, ddC y d4T presentaban deficiencias de acetilcarnitina. Los niveles normales de carnitina total en el grupo en estudio parecen indicar que el defecto es específico y descartan problemas nutricionales relevantes coexistentes. El papel crítico de la acetilcarnitina para el metabolismo y la función de los nervios periféricos apoya la idea de que la deficiencia de acetilcarnitina encontrada en estas personas pueda contribuir a la neurotoxicidad de ddl, ddC y d4T.

## Evidencia in vitro de que la neurotoxicidad podría suprimirse con el uso de carnitina o acetil-carnitina

M.A. Virmani et al. *Pharmacol Res*, Dic 1995. Pomezia, Roma.

El mecanismo del aumento patológico de muerte celular en diversas enfermedades como la inmunodeficiencia por VIH se debe a mecanismos complejos y aún no del todo definidos relacionados con trastornos inmunológicos, virológicos o bioquímicos (merma energética, estrés oxidativo, aumento de la degradación de proteínas, etc.). Los efectos posiblemente protectores del compuesto L-carnitina se probaron en este tipo de neurotoxicidad y se vio que L-carnitina y su forma acetilada, la acetil-L-carnitina, pueden atenuar el daño celular. Estas observaciones parecen ofrecer cierto potencial terapéutico.



## La deficiencia de carnitina está presente en muchas personas+

M. Mintz. *Journal of Child Neurology* November 1995. University of Medicine and Dentistry of New Jersey.

Existe evidencia cada vez mayor de que ciertos subgrupos de pacientes VIH+ presentan deficiencias de carnitina. Las insuficiencias secundarias de carnitina en estas personas podrían resultar de deficiencias nutricionales, trastornos gastrointestinales, pérdidas renales o cambios metabólicos. Sin embargo, la toxicidad de los fármacos (en particular zidovudina) es una etiología importante y un problema mayor: La deficiencia de carnitina puede tener un impacto en el metabolismo energético y lipídico y producir disfunciones inmunitarias. Existen datos de laboratorio convincentes que muestran los efectos de mejora *in vitro* con la suplementación con L-carnitina en casos de miopatías inducidas por zidovudina y de disfunción linfocítica y están en marcha estudios que miden el impacto clínico de la suplementación con L-carnitina.



C De Simone, y cols. AIDS May 1994. Università L'Aquila, Italy.

**OBJETIVO:** La mayor parte de los pacientes tratados con zidovudina presentan niveles reducidos de carnitina en suero. Exploramos si era posible relacionar la inmunorreactividad de la persona que recibe zidovudina con el contenido de carnitina y si los niveles de carnitina podrían corregirse mediante la suplementación oral con L-carnitina.

**MÉTODOS:** Se reclutaron 20 hombres con SIDA avanzado y niveles normales de carnitina en suero. Los pacientes fueron designados al azar a un grupo que recibía o bien L-carnitina (6g/día) o bien placebo durante 2 semanas.

**RESULTADOS:** Las concentraciones de carnitina total de los pacientes con SIDA era más baja que en los individuos sanos en los grupos de control. Se encontró una tendencia significativa en los pacientes tratados con altas dosis de L-carnitina hacia la restauración de niveles intracelulares adecuados de carnitina y, además, al final del ensayo encontramos una reducción fuerte de los triglicéridos en suero en el grupo con L-carnitina en comparación con los niveles al inicio del estudio.

**CONCLUSIONES:** Nuestros datos indican que la deficiencia de carnitina sucede en pacientes que presentan SIDA avanzado, a pesar de las normales concentraciones en suero. El aumento en el contenido celular de carnitina mejoró considerablemente la respuesta proliferativa linfocitaria a la mitogénesis. Dado que la carnitina es un factor importante que contribuye a la función inmune de pacientes con SIDA avanzado, creemos que la suplementación con L-carnitina debería tener un papel como terapia suplementaria para adultos +.

Un lugar donde puedes conseguirla, si tu médico no puede prescribirtela:

**PWA Health Group, 150 West 26th Street, #201, New York, NY 10001. Tfno 212 255 0520 Fax 212 255 2080**  
**[Http://www.aidsinfonyc.org/pxahg/index.html](http://www.aidsinfonyc.org/pxahg/index.html)**

Se aceptan pedidos en inglés y en español, incluido envío por correo y servicio internacional. Publican también un boletín en español, *Notas de la clandestinidad*. Ofrecen un 30% de descuento para personas + 🍷

## Nevirapina para uso pediátrico

Reuters

La Food and Drug Administration (FDA) ha aprobado nevirapina, un inhibidor de la transcriptasa inversa no nucleósido (ITINN) para su uso en el tratamiento de niños. Nevirapina es el primer ITINN aprobado para uso pediátrico. Los ensayos clínicos han mostrado su eficacia a la hora de suprimir la carga viral del VIH-1 en niños y su buena tolerabilidad, aunque encontró que el 16% de ellos desarrollaron exantema (*rash*) asociado al uso del fármaco. 🍷



## Resistencias y su papel en el tratamiento de la emaciación asociada a SIDA

12 de febrero AIDS 1999, 13:231-239 (Reuters Health)

El entrenamiento progresivo con ejercicios de resistencias (EPR) podría incrementar y reforzar la masa corporal magra en los pacientes VIH+, al menos a corto plazo, según un informe aparecido en el número del 4 de febrero de la revista AIDS. Los investigadores opinan, por lo tanto, que EPR podría constituir una alternativa al tratamiento de la emaciación asociada a SIDA mediante fármacos anabólicos.

El doctor Ronenn Roubenoff y colaboradores, de la Universidad de Tufts en Boston, Massachusetts, llevaron a cabo un estudio preliminar en el que 24 pacientes VIH+ siguieron un tratamiento intensivo de EPR durante 8 semanas.

Todos los pacientes experimentaron "...aumentos significativos de la fuerza en los 4 ejercicios en que se midió", informan los investigadores. La media del aumento de la masa corporal magra fue de 1,75 kg, lo que se acompañó de un descenso de la grasa corporal. Por otra parte, no observaron cambios significativos en el peso o en el contenido mineral de los huesos.

De los 21 pacientes que volvieron a una consulta de seguimiento al cabo de 8 semanas de haber terminado su entrenamiento de EPR, 9 continuaban entrenándose y 12 no. Entre los que continuaron entrenando, se observó un aumento de 1,1 kg en la masa corporal magra mientras que la observada entre los que no continuaron fue de 0,28 kg.

El grupo del doctor Roubenoff también observó un aumento mayor de la masa corporal magra entre los 6 sujetos que presentaban emaciación asociada a SIDA en comparación con los sujetos sin emaciación. Los primeros también tenían un "...aumento del peso corporal y de la masa grasa a las 8 semanas que persistió al cabo de 16 semanas".

Los investigadores concluyen que EPR puede aumentar la fuerza y la masa magra así como reducir la masa grasa, en pacientes con infección por VIH. La capacidad de EPR de reducir la masa grasa puede ser especialmente importante dada la "...prevalencia creciente de obesidad abdominal y de redistribución anómala de la grasa" producida por algunos fármacos antirretrovirales.

El grupo del doctor Roubenoff está comparando en un estudio en marcha la eficacia de EPR con la de las terapias anabólicas y determinando si sería más conveniente incluir EPR como parte de los cuidados clínicos para pacientes VIH+. 🍷

la verdad está aquí dentro

# Lo último

Simon Collins,  
ATP

El Dr. Stefano Vella, profesor del Instituto Superior de Salud en Roma, inauguró la conferencia con un discurso sobre el estado de la cuestión en terapia antirretroviral para adultos. Tras el uso de una potente

terapia antirretroviral el VIH ha pasado de ser una infección inevitablemente fatal a otra con el potencial de ser controlable durante muchas décadas.

Sin embargo, los regímenes existentes se ven claramente limitados por su complejidad, su toxicidad a corto y largo plazo y a la resistencia cruzada entre fármacos de la misma clase. Vella recalcó se debe reconocer la importancia de una supresión viral <50 copias/ml en los tests ultrasensibles. Por debajo de este nivel hay poca evidencia de una evolución viral continuada y una posibilidad mayor de éxito a largo plazo. Dr. Vella trató dos estrategias menos estudiadas: la posibilidad de una potente supresión vírica con ITINN (citando la eficacia contrastada de efavirenz con cargas virales altas en el nivel basal y al potencial de combinaciones triples de análogos de nucleósido. Los regímenes con ITINN pueden retrasar el uso de IP e implican unas tomas más sencillas pero su eficacia a largo plazo tarda mucho en demostrarse, actúan sólo sobre un objetivo específico y limitan en gran medida la posibilidad de una segunda oportunidad con los fármacos de su clase debido a una alta resistencia cruzada.

La triple combinación de nucleósidos en primera línea puede presentar beneficios estratégicos a largo plazo que contrarrestan el ataque a un sólo objetivo al dejar dos familias de fármacos para la terapia de rescate. No obstante, debe imperar la cautela cuando se considere el tipo de resistencia que se observa en pacientes cuya terapia con análogos de nucleósido fracasa y qué combinación de las subsiguientes clases de fármacos se use si el virus emergente presenta una resistencia múltiple a los nucleósidos. Las diferencias en los resultados entre regímenes a largo plazo, incluidas las restricciones en opciones posteriores y la actividad en el tejido linfóide central no estarán claras hasta que se presenten los resultados de dos ensayos estratégicos, el INITIO en Europa y el ACTG 384 en Estados Unidos. Hasta entonces los facultativos deberán hilar muy fino.

Por otro lado, existe la evidencia de que podríamos estar confiando demasiado en unos regímenes cuya potencia pueda no ser suficiente:

• sólo entre el 50 y el 80% de los pacientes consiguen una supresión viral por debajo de los límites de detección.

• se tiene la evidencia de que en algunos pacientes sigue la replicación viral en los tejidos linfáticos a pesar de una supresión total en plasma.

• el resultado de los tests incluyen a menudo blips, factores de riesgo; y

• evidencia del avance de la carga vírica,

• son alguno de los factores por los que sea necesario aumentar la potencia de los regímenes.

Si la rapidez de la eliminación viral es un indicador del mantenimiento de la supresión, cuanto más potente sea el régimen, más rápida será la supresión viral y más tiempo durará el régimen. Esto está siendo estudiado en el ACTG 388 donde se compara una combinación triple con dos brazos cuádruples.

La variabilidad de cada paciente en la farmacocinética del fármaco, donde cada paciente metaboliza el fármaco de manera distinta, puede ser una causa de fácil remedio por la que los pacientes no consiguen una supresión completa. Puede seguir existiendo una replicación residual del VIH a pesar de su eliminación total en plasma, cuando menos en compartimentos como el SNC y en el tracto genital de hombres y mujeres, es decir lugares donde es difícil que ciertos fármacos penetren.

El Dr. Vella destacó que la resistencia -más que ser una causa del fracaso en sí misma- es, a menudo, una consecuencia de una inadecuada adhesión al tratamiento, una inadecuada farmacocinética del fármaco y una inadecuada actividad del fármaco. Fue muy reconfortante oír en una presentación de este nivel que "...la medición de los niveles terapéuticos de fármacos debería ser un requisito indispensable". ¡Que tomen nota las directrices de estándares de tratamiento!

El Dr. Vella reconoció también la importancia de los enfoques individuales dependiendo de la situación de cada paciente. A cualquier persona cuya primera terapia esté fracasando, un cambio rápido de terapia puede minimizar el desarrollo de resistencias y maximizar la respuesta de la siguiente terapia de rescate. Para aquellos pacientes con menores opciones se debería tomar una perspectiva más conservadora (esperar a una confirmación del rebote de la carga viral o del descenso de células CD4), en particular, el intervalo entre el escape viral y el fracaso clínico puede variar significativamente entre cada persona.

La observación de estas recomendaciones que determinan las razones individuales de cada fracaso es esencial antes de prescribir la siguiente combinación de fármacos. Sin contar aún con los resultados de los ensayos de terapias de segunda y tercera línea, sigue siendo muy importante identificar los predictores de la respuesta de la terapia de rescate -especialmente las pruebas de resistencia-

# en terapia antirretroviral

para poder comprender las razones del fracaso y dar un poco de luz en la elección del régimen siguiente. Después de sólo tres meses, la diferencia en el estudio Viradapt fue asombrosa: tanto las pruebas genotípicas como las fenotípicas nos proporcionan información solamente sobre las variantes predominantes, ignorando las mutaciones archivadas de los tratamientos previos que puedan persistir en niveles bajos. La sensibilidad al fármaco no puede predecir el éxito pero su ausencia puede predecir fracaso.

Entre los ejemplos que se ofrecieron para ilustrar la necesidad de una mejor aplicación de los fármacos actuales cabe destacar lo siguiente:

Ⓜ Ritonavir/indinavir ha llevado a una combinación de proteasa más tolerable -dos veces al día sin restricciones de dieta y a una reducción del riesgo de efectos secundarios.

Ⓜ Hidroxiurea inhibe la reductasa ribonucleótida, potencia la actividad antiviral de los dideonucleósidos y presenta un riesgo mínimo de resistencia. Puede que desempeñe también un papel muy importante en la conservación de las respuestas específicas al VIH-1 en circunstancias parecidas al del tan debatido 'paciente de Berlín'.

El éxito en el futuro dependerá también de la actividad de los nuevos fármacos contra los virus resistentes al ser de grupos estructurales distintos o de una mejor tolerabilidad, lo que permitirá una adhesión más fácil.

El Dr. Vella se fijó finalmente en el papel del sistema inmunológico como un fármaco más nuestro y en la cuestión de cómo puede contribuir mejor al control de la infección por VIH.

Los resultados de Ho y otros muestran evidencias de una respuesta sostenida contra el VIH después de una HAART potente, lo que en algunos casos podría contribuir a contener la replicación del VIH después del cese de la terapia. Vella subrayó la importancia de investigar el mantenimiento, potenciación e inducción de las respuestas específicas al VIH y la activación de los reservorios de infección latente que en la actualidad limitan todos los tipos de tratamiento HAART. Las estimaciones de erradicación se sitúan hoy en día en 23 años de máxima supresión viral, pero con más optimismo, este reservorio sigue siendo pequeño y puede contener virus sensible a los fármacos. Ello justifica la idea de activar o eliminar este reservorio manteniendo esto entre los objetivos a alcanzar (aunque no sea con los regímenes disponibles en la actualidad).

Para acabar surgió la habitual lista de deseos de más y mejores fármacos en la investigación sobre terapias de base inmunológica y erradicación. Esto a su vez fue moderado con importantes recomendaciones prácticas para probablemente utilizar regímenes más potentes y para incluir pruebas de sensibilidad farmacológica y control de los niveles del fármaco como parte estándar del control de la infección del VIH. 🍷



## La TB afecta la eficacia de los IP y ITINN

Las pautas actualizadas para el tratamiento de la tuberculosis en adultos y niños infectados por el VIH indican que "... es de gran importancia evitar el uso de rifampin junto con el de IP o ITINN" dado que rifampin puede "... afectar seriamente la eficacia de estas terapias antirretrovirales".

Ya no se recomienda que los pacientes VIH+ dejen de tomar los IP mientras realizan su tratamiento anti-TB sino que los responsables del CDC recomiendan el uso de rifabutina en lugar del de rifampin para la TB en pacientes infectados por el VIH.

Además, los médicos deberían ofrecer terapia directamente observada para minimizar los posibles efectos secundarios y la emergencia de resistencia a los fármacos, dice el CDC.

Un régimen novedoso es el de curso breve profiláctico para TB, que podría ofrecerse a los pacientes VIH: "Recientes estudios han comprobado que un período de 2 meses de tratamiento con varios fármacos para prevenir la TB es una buena alternativa al año largo de tratamiento con isoniazida que suele prescribirse para personas infectadas por el VIH y la TB", continuaba el informe.

Las pautas también subrayan la importancia de la terapia profiláctica y de las pruebas de TB para prevenir el desarrollo de una infección activa en individuos VIH+.

(Fast Fax)

## Colesterol

Es posible hacer varias cosas para mejorar los problemas de colesterol. Algunas de ellas incluyen:

- 1- Reemplazar las grasas saturadas (leche entera, manteca, mantequilla) por grasas de productos lácteos descremados y aceite de oliva o canola. Evitar también las grasas hidrogenadas tipo margarina, obtenidas tras un proceso de solidificación y usar siempre aceite de oliva en su lugar.
- 2- Comer carne magra, pollo sin piel y pescado.
- 3- Añadir fibra a la dieta en forma de pan integral y cereales, legumbres, harina de avena o cereal de avena integral, fruta y verdura.
- 4- Hacer ejercicio.
- 5- Dejar de fumar.
- 6- Tomar los fármacos para reducir el colesterol siguiendo las indicaciones facultativas.

Sharon Ann Meyer, Counselor VIH

## Ritonavir y posible disfunción renal

Aunque indinavir (Crixivan) es el inhibidor de la proteasa que se asocia con más fuerza con problemas renales, un informe francés sugiere que ritonavir (Norvir), también podría causar disfunción renal.

En una carta que aparece en el número de agosto de *Clinical Drug Investigation*, el doctor G. Deray del grupo hospitalario de la Pitié-Salpêtrière en París, presenta hallazgos que sugieren la existencia de un vínculo entre ritonavir y los problemas de riñón.

Este doctor revisó los datos de 87 personas VIH+ que recibían ritonavir y encontró que aproximadamente un 14% tenían niveles elevados de creatina en sangre, lo que sugiere la posibilidad de daño renal. De media, un 50% de las personas afectadas desarrollaron niveles elevados de creatina tras 6 meses de tratamiento con ritonavir. Aunque la conexión entre ritonavir y disfunción renal todavía no está confirmada, el Dr. Deray sugiere que es necesario mantener bajo observación la función renal de los pacientes que usan ritonavir, de forma que el posible daño sea detectado antes de que éste sea serio.

## Gallant sugiere menos ddl para la neuropatía

He hablado con el Doctor Joel Gallant recientemente, tras una temporada de problemas con neuropatía que me impulsaron a dar varios pasos: primero, disminuí mi toma de Lipitor de 20 a 10 mg por día, lo que resultó ser de cierta ayuda. Después, y dado que tomo una dosis baja de d4T (15 mg dos veces al día), mi doctor estuvo de acuerdo en que probara abacavir, un fármaco cuya penetración en el SNC me resulta atractiva. Puesto que mis niveles de carga viral son aún indetectables, creo que sólo necesito cambiar un fármaco de mi régimen.

Pero la sugerencia del doctor Gallant ha sido la más sorprendente para mí: disminuir la dosis de 400mg de ddl a 300 mg al día. Mi pregunta fue ¿incluso si lo tomo sólo una vez al día?, a lo que respondió que sí, añadiendo que es lo que la mayor parte de los europeos hacen y que los resultados que obtienen son tan buenos como los nuestros.

Bob Emmitt

## Carbamazepina (neuropatías)

Carbamazepina (Tegretol) es un fármaco usado principalmente para epilepsia; otro antiepiléptico que se usa con éxito para neuropatías asociadas al VIH es gabapentina (Neurontin).

Thomas Kakuda, Universidad de Minnesota

Acabo de leer que carbamazepina está contraindicado si tomas delavirdina, saquinavir o nelfinavir, así como que su uso con indinavir y ritonavir ha de ser controlado de cerca. Esto es así porque carbamazepina es un fuerte inductor de CYP3a4. Las concentraciones en sangre de ITINN e IP podrían verse disminuidas con este fármaco, haciéndolos inefectivos. He encontrado esta información en la página de Internet en español <[www.proues.es/ttmsida](http://www.proues.es/ttmsida)>

¡Cuidaos mucho!

Luis

En relación con mitriptilina (Elavil) otra posibilidad es nortriptilina (Aventil, Pamelor).. Sé que estos dos fármacos se prescriben actualmente para demencia y depresión así como para neuropatía. El hecho de que Drug Facts diga que Aventil se asocia con arritmias cardíacas es suficiente para que le haya cogido cierto pánico a ambos fármacos (la amitriptilina se metaboliza en nortriptilina). Otro fármaco anticonvulsivante, Neurontin, se prescribe con frecuencia para las neuropatías y con éste aún no he oído nada de efectos secundarios. ¿Es demasiado nuevo?

Bob Emmitt

Dado que Tegretol me producía somnolencia y a veces mareos que me ponían la cabeza como una peonza, empecé a tratar la neuropatía con L-carnitina (Carnitor) y acupuntura (¡mi compañero está entrenado en el tema agujas!). Con este nuevo programa de tratamiento, mis síntomas se han reducido más o menos de igual forma. También he oído decir a algunos colegas que Neurontin les funciona muy bien para controlar la neuropatía. Que conste que yo también me pegué un susto cuando me dijeron que me iban a tratar con un fármaco anticonvulsivante.

Rob desde Toronto

Carnitor es una marca comercial de L-carnitina y puedes encontrar información sobre esta marca concreta en Sigma-Tau Pharmaceuticals\* <<http://194.243.141.200/na/>>.

También puedes encontrar L-carnitina "en bruto" a través de Personal Support Vitamins & Health Foods <http://www.pinkpage.com/ps/>. La marca Jarros cuesta 50 dólares por 750g de carnitina farmacéutica de grado I (1/4 de una cucharadita contiene aproximadamente 1g del aminoácido L-Glutamina).

Llevo usando Carnitor casi un año a razón de unos 5 gramos diarios y creo (aunque esto es subjetivo por mi parte) que su uso, junto con el de ácido alfaipoico o tiótico que añadí más tarde, ha contribuido a mejorar mi neuropatía periférica. Cuidaos y hasta la vista

Tom

## Neuropatías

¡Hola! he visto el mensaje sobre imanes para los pies que alivian la neuropatía y aunque no lo he probado todavía tengo algunos otros trucos que me han ayudado un montón: mis pies necesitaban masajes constantemente, así que compré unas sandalias de acupresión y la estimulación constante me ayuda a recuperar la sensibilidad que estaba perdiendo. Por otra parte, con la reflexología estimulas la línea nerviosa completa hasta la cabeza al trabajar con los pies. Pero lo mejor ha sido el fármaco Pail. Reconozco que los primeros días me sentía zumbado, pero desde la primera noche, el dolor había desaparecido y el síndrome de "las piernas inquietas" también. Sigo usando de vez en cuando el vibrador cuando, particularmente en invierno, me duelen los pies y a veces los unto con gel mentolado: todas estas técnicas merecen un intento, créeme.

Nate

Tegretol (Carbamazepina) tiene también un impacto negativo en la absorción y acelera la degradación de los IP en el hígado. Su uso con crixivan está contraindicado. Cualquiera que tome un IP y Tegretol ha de estar alerta ante la necesidad de ajustar dosis.

RH Dachis

## Lipo

### La lipodistrofia: ¿Se está investigando lo suficiente?

El doctor Roubenoff conduce un estudio sobre ejercicio físico en la comunidad que incluye un grupo de pacientes con lipodistrofia. Además, tenemos varios estudios a punto de comenzar que investigarán las causas de la lipodistrofia y sus tratamientos potenciales. Por desgracia, el proceso de entrega y aceptación de estudios y de obtención de fondos lleva su tiempo y siempre es lento para quienes necesitan respuestas más bien pronto que tarde. Por lo pronto, me gustaría animar a todas las personas afectadas por lipodistrofia a hacer ejercicio físico, en particular pesas (ejercicios de resistencia), puesto que, si te encuentras físicamente capaz de hacerlo, es el ejercicio que ha mostrado resultados positivos en casi todas las personas VIH+ que hemos observado aquí. Es importante trabajar con un/a profesional que sepa dirigirte en tus progresos y trabajar el aumento muscular. Y, por supuesto, la dieta forma parte fundamental de un programa que mantenga tu cuerpo fuerte y permita a tus músculos crecer. Para más información, diríjete a nuestra website (nueva y aún en desarrollo) <[www.tufts.edu/med/research/nutrition\\_HIV/MAIN.htm](http://www.tufts.edu/med/research/nutrition_HIV/MAIN.htm)>

Esta página incluye el texto de otros números de nuestro boletín sobre VIH y nutrición (Nutrition for Healthy Living).

Stephanie Powers, RD, Tufts University School of Medicine

### La lipodistrofia consiste en una redistribución anómala de la grasa corporal

Algunas personas que toman terapia antirretroviral anti-VIH, incluidas muchas que usan inhibidores de la proteasa, experimentan una pérdida de la grasa en piernas y brazos al tiempo que ven aumentar su volumen abdominal de grasa. Otras han desarrollado depósitos de grasa en la parte posterior del cuello (morrillo) y serias arrugas faciales.

Algunas mujeres informan de cambios similares así como del aumento del tamaño de su busto. Además, se han encontrado vínculos entre este síndrome y aparición de diabetes y de enfermedad cardíaca severa. La *AIDS Wasting Foundation* es una organización sin ánimo de lucro cuya misión es promover el conocimiento del síndrome de emaciación asociado al SIDA y apoyar los esfuerzos dirigidos a prevenirlo y tratarlo. La fundación ofrece información sobre emaciación a médicos, pacientes y familias implicadas, apoya la investigación científica orientada a combatir la emaciación y defiende políticas públicas que atiendan adecuadamente las necesidades del gran número de personas que se encuentran en riesgo de padecerla.

Más información: 00.1.212.481.2460, e-mail: <[aidswasting@earthlink.net](mailto:aidswasting@earthlink.net)>.



## Diarrea y arroz blanco

Sufrí una terrible diarrea durante más de tres meses y eso fue prácticamente lo único que pude comer en todo ese tiempo. Una amiga japonesa se hartó de verme cada vez más flaco y comenzó a hacerme una especie de papilla que, según ella, es lo que usan en Japón como remedio para el estómago.

Si tienes diarrea, es mejor que lo uses blanco, pero puedes comerlo integral cuando tu estómago esté en condiciones.

Pones el arroz en una cazuela con el doble volumen de agua o caldo y tras llegar al punto de ebullición lo dejas cocer lentamente durante al menos 20 o 30 minutos, añadiendo líquido si lo necesita. Has de removerlo constantemente, hasta que el arroz se ponga gelatinoso, lo que facilita su digestión, y puedes añadirle un poquito de salsa de soja o de sal. Mi japonesa también le pone algunos ajos tiernos para darle sabor; pero justo lo mínimo. También puedes añadir lentamente a la papilla 1 ó 2 huevos (depende de tus necesidades proteínicas) bien batidos, lo que le dará un aspecto cremoso y denso. Si no te lo acabas todo de una sentada, siempre puedes recalentarlo en el microondas (pero no en el fuego directo). Está muy bueno y es extraordinariamente bueno también para tu estómago. Personalmente, creo que me salvó la vida cuando me estaba consumiendo y se trataba de papilla o traqueotomía.

Recuerdos a tod@s en esta lista tan valiosa, incluid@s tod@s lo@s que contribuyen a ella.

Les



**È QU  
ser ma**

**EI**



MAQUILLAJE Y PELUQUERÍA: ÁLEX RENDÓN

# Quiero más?

derecho a elegir

por Maite Suárez

**D**urante aquellos años que precedieron a los primeros éxitos terapéuticos de los cócteles antirretrovirales, las mujeres infectadas por el VIH, en su mayoría jóvenes y sexualmente activas, participaban de la incertidumbre vital real o presentida sobre la posibilidad de engendrar nuevas vidas.

El considerable riesgo de transmisión vertical del VIH entonces asociado a una gestación seropositiva, junto con las propias características de la infección en nuestro país, hizo que durante años un embarazo VIH+ fuera despachado de consultas médicas y esquinas del laberinto asistencial con propuestas más o menos enérgicas, culpabilizadoras o apocalípticas para su interrupción terapéutica. Si la mujer podía concebir pero todavía estaba a tiempo de evitarlo, el dictamen médico y la extrema inseguridad vital asociada al SIDA, convertía la idea de un posible embarazo en una aventura impensable y la de la maternidad gozosa en una pérdida más (en ocasiones la peor de ellas), de las muchas producidas por el VIH entre las mujeres infectadas. Para muchas seropositivas, la punta de lanza de los estudios sobre transmisión vertical, el ACTG 076 (ver glosario) significó en su día el principio de un avance, desde entonces imparable, en la reducción de la incidencia de transmisiones verticales, pero hubieron de producirse cambios más radicales para que el embarazo VIH+ se considerara como una cosa de dos. A partir de 1996, el acceso a nuevos tratamientos y el optimismo ante el alargamiento y mejora de las vidas de muchas personas que viven con el VIH en el mundo desarrollado generan más y más casos de mujeres que, al encontrarse saludables y fuertes vuelven a, o se plantean por vez primera, la posibilidad de ser madres.

**Eva, Laia y Elena** son un trío de vanguardia y en nuestra entrevista se abren sin tapujos a la visibilidad como personas seropositivas y como mujeres que se plantean la maternidad biológica. Con diferentes grados de temores, estrategias de acción y ritmos vitales, ellas nos cuentan sus historias entre el deseo y la confusión; entre la simple realidad del instinto y los complejos contornos de una evaluación de riesgos, entre el derecho individual y la presión social.

El **Dr Rafael de la Torre** ha sido parte y actor de cientos de historias similares, aunque siempre únicos, de mujeres seropositivas. El ha bregado con VIH y embarazo durante años con todos los recursos que ciencia y oficio le han ido proporcionando, pero su ojo clínico también es crítico y, en el fondo, humano. Quizá la relación terapéutica de "Rafa" con sus pacientes (podría ser cualquiera de nuestras protagonistas) sea el reflejo positivo de una realidad científica, sanitaria y social cada vez más libre de los obstáculos que bloquean ese paso añadido a la "normalidad" que una maternidad sana supone para muchas mujeres VIH+.

# EVA

Esta mujer pequeña y sutilmente sólida se fue de su pequeño pueblo malagueño a los 20 años. Desde 1991 reside en la hermosa Mallorca y trabaja en una asociación anti-SIDA de la isla, ALAS. Eva vive en pareja desde hace más de 3 años, en lo que califica como "una convivencia en toda regla con una persona que también es seropositiva y además es una mujer, aunque esto no siempre ha sido así y prefiero no encasillarme en una opción sexual".

Para hablar de maternidad seropositiva, Eva pasa primero por un repaso a su salud y un recuerdo casi cariñoso a su ginecólogo: "Durante todos estos años nunca he tenido problemas graves con el VIH; tomo una triple desde hace 9 meses y me va bien: VIH indetectable y más de 400 CD4 que siguen creciendo. Lo único que he tenido, ya ves, son problemas ginecológicos, como tantas mujeres VIH+. Mi ginecólogo actual me conquistó por completo desde el primer momento: con 27 años me diagnosticó una lesión por VPH [Virus del Papiloma Humano] y recuerdo como si fuera hoy cómo, después de darme todo tipo de explicaciones al respecto, este hombre va y me dice que 'antes de extirpar nada, hemos de tener cuidado, porque tú eres muy joven y puedes tener hijos'... ¡Me dejó encantada, porque hasta entonces lo que me había encontrado eran médicos y ginecólogos que, sin que tú ni siquiera sacaras 'el tema', acababan diciéndote más o menos claro que te olvidarías de la maternidad, que ni lo soñarás!

"A mí me encantan los niños, siempre he sentido que yo quería tener un hijo (además niño, no niña) y aquello era como condenarte para siempre. Cuando ví que este ginecólogo no hacía eso me quedé con él sin dudarlo. Aun así, mi papiloma me afectó mucho emocionalmente, se me movieron muchas cosas y pasé por un período depresivo al hilo de esta historia: supongo que tocó mi parte femenina: la matriz, el útero... Mis entrañas, vamos ¡Y con todas esas mujeres seropositivas a mi alrededor a las que les iban extirpando el útero! ¡Puff!, fue muy duro, ese miedo a que te pase también a ti, a que te vacíen... Entre eso y todos los años que ya llevaba vividos con el VIH, rodeada de gente que se moría sin parar y con el fantasma de que pronto se acabaría todo... La verdad es que tampoco estaba el patio como para pensar en tener hijos", resume Eva.

Pero la historia sigue y los cambios se avecinan: "Recuerdo los primeros resultados del estudio 076 sobre prevención de la transmisión perinatal con AZT... ¡Aquello era espectacular en relación con lo que había en el momento, que era básicamente nada! Ahí yo

creo que muchísimas mujeres VIH+ empezamos a recuperar un poco esa ilusión de que, joder, después de todo, ¡quizá fuera posible tener hij@s san@s!".

Hij@s san@s de mujeres sanas, continua Eva "porque por entonces todo empezó a moverse superrápido en cuanto al VIH y su tratamiento: los inhibidores de la proteasa, los nuevos cócteles, las cargas virales, el éxito de las terapias con fármacos, el virus "bajo control", el cambio en la esperanza de vida, la supuesta cronificación... Esa famosa *normalización* de la vida de muchas personas VIH tiene que ver conmigo y con la idea de ser madre, porque vamos a ver", enumera Eva, "hoy por hoy, yo tengo un trabajo relativamente estable que además me gusta; podría criar a un hijo, con modestia y sin grandes caprichos, pero podría; clínicamente estoy perfecta y parece que voy a seguir estándolo y voy a cumplir 31 años, una edad estupenda para ser madre... ¿Entonces?". Entonces vienen las mil y una vueltas a todas las circunstancias que prefiguran su 'normalidad' vital: "Ser madre para mí es una gran responsabilidad, no es como comprarte un coche o algo por el estilo. Por lo que respecta al VIH, yo me siento muy optimista sobre mi salud porque nunca he estado enferma, enferma, y si he llegado hasta aquí creo que puedo tirar con un embarazo. Soy consciente de lo que significa tomar decisiones respecto a tratamientos en una situación que ya sin el VIH resulta muy especial y me considero bien informada: yo lo tendría todo atado y bien atado: me cuidaría mucho, comería muy bien, pediría una baja si hiciera falta, haría seguimientos médicos continuados... En fin, creo que puedo controlar el hecho físico de llegar a parir con márgenes de riesgo muy pequeños, tanto para el niño como para mí, pero lo que me preocupa es todo lo que viene después, porque un bebé es un bebé, pero cuando te das cuenta tiene 15 años ¡y entretanto, qué!", se pregunta Eva como plantearte: ¡Me voy a poner enferma en unos años? ¿Le va a pasar algo al niño? ¿Podré verlo crecer? Ahí ya se me dispara el miedo, se me va la olla y empiezo a plantearme cantidad de cosas: por un lado que yo, apoyo familiar; no tengo; por otro, mi pareja y yo hemos hablado con bastante detalle de tener un hijo (¡en nuestra última 'fantasía' hasta nos hemos puesto de acuerdo en quién querríamos que donara el semen!) y de tenerlo sería yo, por la edad [Eva es 6 años más joven que su compañera] y por la historia clínica de cada una. Pero es que resulta que mi pareja es una mujer y también es seropositiva y ahí se me duplican todos los miedos: 2 mujeres + 2 VIH suponen para mí 2 futu-





ros inciertos... ¿Y si nos pasa algo a las dos?. Creo que en las parejas en que un@ de los miembros está completamente san@, sin VIH ni nada, existe un factor de seguridad extra que yo no tengo: eso de que uno de los dos siempre puede tirar para delante, en el peor de los casos...".

Eva sigue desenredando trabajosamente lo que ella llama su "confusión" respecto al tema maternidad VIH+ y entra en el círculo de 'lo social': "Pienso también en la posible fragilidad social de este niño: yo soy una persona seropositiva que da la cara como tal y conozco casos en Mallorca de niñas seropositivas o hijas de madres VIH+ que no han podido ser escolarizadas o que han sufrido muchos problemas de discriminación en la escuela o en el barrio. En este sentido yo, ni puedo dar marcha atrás, ni la daría: va en contra de mis principios. Por lo tanto, ese niño tendría que aceptar esta parte de mí, aceptar que soy VIH+, que puedo enfermar...".

"Y sé por mi experiencia en el mundo VIH que trabajarte eso con tu hijo puede ser una 'movida' de las gordas! Entonces me pongo pesimista y me digo: ¿vale la pena traer otra vida al mundo, sabiendo que puede sufrir discriminación o soledad y hasta quedarse huérfano?" El triunfalismo sobre la reducción de las transmisiones tiene la parte buena de animar a muchas mujeres a abrir puertas a algo que estaba cerrado a cal y canto para nosotras, pero para mí la decisión de ser madre sigue siendo algo muy complejo que intento ver como la tripa de una embarazada: globalmente. La verdad es que a veces pienso: "Sí, ya... Soy una mujer normal, pero vaya... Tampoco totalmente normal: he tenido que trabajarme el VIH conmigo misma, con la familia, con mi medio social, con mi pareja, y tendré que trabajármelo con mi hijo... ¡Puffffff!".

Eva explica que aún no haya llegado a plantear su caso específico a su médico, aunque está segura de que podría contar con su soporte: "Durante años, lo 'normal' para las mujeres VIH+ embarazadas era la recomendación de aborto más o menos impuesta y, aunque a mí no me ha pasado, sé de muchas que se sintieron etiquetadas y hasta criminalizadas: o eras puta o eras yonqui y en cualquiera de los casos, mejor sin hijos", explica Eva, "pero la clase médica cada vez ve más razonable que una mujer seropositiva quiera ser madre biológica y que reciba toda la información y ayuda que necesite para ello. Personalmente, creo que este soporte va bastante más allá del embarazo y el parto y que habría de extenderse desde el entorno médico al medio social e institucional. Yo, como mujer sin más, he aprendido a sentirme fuerte y a gritar si hace falta para

reclamar lo que quiero, pero como mujer VIH+ me siento dependiente de los médicos, del sistema sanitario, de los avances farmacológicos, de la ciencia... Frente a la idea de un embarazo VIH+ me siento más frágil todavía y reclamo todavía más cuidados. Las personas que no entienden que esto es perfectamente lícito, que dicen que encima de la pasta que estamos costando al erario público sólo faltaba que queramos tener hijos y recibir apoyo extra para ello, no se enteran, porque es responsabilidad de la sociedad ofreceremos lo que necesitamos, también si queremos tener hijos. Muchas de nosotras somos mujeres que nos hemos infectado muy jóvenes y nos ha pillado un momento de cambio positivo en el curso de la epidemia: dentro de 5 años, ya verás, ¡seremos legión las madres VIH+! El medio sanitario y social ha de prepararse y generar una infraestructura que nos permita llevar a cabo nuestros planes y las mujeres VIH+ hemos de exigir lo que necesitamos día a día, sin bajar la guardia".

De vuelta a lo individual, Eva resume su presente: "Es cierto que por un lado siento que le estoy dando largas, que me lo estoy pensando mucho, pero también que en la vida todo tiene su momento, y que el mío para ser madre llegará cuando tenga que llegar. El dichoso reloj biológico empieza a recordarme que está ahí, pero creo que aún me da para varios años, que puedo tomarme mi tiempo. Entretanto, intento ser optimista y pensar que, realmente, cada día sabemos más del VIH, que el futuro será aún mejor; con más y más soluciones para vivir con el virus 'normalmente', pero arrastro también este sentimiento de que me falta algo, de que me queda algo por hacer...".

Quizá no por mucho tiempo, a juzgar por la ilusión de futuro que Eva nos regala para concluir: "Yo sí que me veo con mi niño: no sé si dentro de un año o de dos, pero creo que un día tendré mi 'maletita' preparada con todo lo que necesito, habré trabajado lo bastante con mis miedos y sentiré que es el momento de correr esa aventura increíble que debe suponer el ser madre. Y creo además que toda mi historia como mujer seropositiva me ayudará a educar a mi hijo de una forma mejor; a enseñarle el respeto y el amor a la vida como cualquier madre, supongo, pero aún más: después de tantos obstáculos, de tantas pérdidas y tantos miedos, sentiré más energía para aprovechar el tiempo con él y para darle esas ganas de vivir; de sentir; de exprimir cada minuto como si fuera de oro... Vaya, esa sensación de urgencia por la vida que nos ha dado a tant@s el VIH". □



# LAIJA

"Creo que soy una de las pioneras de esta historia del VIH: tengo 37 años y conozco mi seropositividad desde el 85, o sea, un montón de tiempo", dice Laia con una risa suave y casi tímida. "En todo este tiempo han pasado muchas cosas en mi vida y en mi vida como seropositiva, pero lo que contrasta más después de años y años de negrura y de historias de muerte, es que a raíz de los nuevos fármacos muchas personas VIH+ estamos viviendo un proceso de vuelta a la vida que, en mi caso, ha coincidido también con un cambio radical en mi propia historia, cuando hace unos dos años el destino me hizo un regalo precioso y conocí a un chico que estaba solo, y con su hijo adoptivo de 8 meses. Sé que es una historia un tanto atípica por muchos lados" continúa, "pero lo cierto es que nos encontramos y nos enamoramos los tres y decidimos unir nuestras vidas". Laia explica con alegría los detalles del suceso: "Ellos vivían primero fuera de España, en Bruselas [la familia reside ahora en Sevilla] y claro, para nosotros se trataba no sólo de nuestra historia como pareja, sino de que yo fuera la madre del niño o no, y eso no era algo que yo pudiera estar pensándomelo hasta que el chaval hiciera la mili, era más algo como: 'o soy su madre o no lo soy'. Y dije que sí y a partir de entonces pasé a ser la madre de Mario y la compañera de Marcelino", resume.

"Fue fantástico, el hecho de ser madre", cuenta Laia con emoción, "yo me considero muy maternal y siempre he sentido que tengo ese instinto, aunque no creo que sea igual para todas las mujeres y he hablado con algunas que no lo sienten tanto o que no lo sienten, pero yo sí. Hasta entonces, renunciar a la maternidad por el hecho de ser seropositiva, era una de las pérdidas más grandes que yo había sufrido a consecuencia del VIH", afirma.

"Antes de conocer a mi compañero y a mi hijo" reflexiona Laia, "había dos razones principales por las que yo tenía claro que no podía tener hij@s: por una parte, la posibilidad de infectar al niñ@ y que ese niñ@ pudiera enfermar y morir; y por otra la posibilidad de que yo me muriera al cabo de poco tiempo, o sea, que la madre del niñ@ se muriera. Claro, yo pensaba que no tenía derecho a hacerle algo así a un niñ@ y al plantearme ser la madre de Mario vi que tenía que afrontar estos temas".

Laia puso maternidad y VIH bajo escrutinio y empezó a abrir una puerta detrás de otra: "En ese momento [1996/7], la percepción de la infección por VIH ya estaba en pleno cambio: las expectativas de vida eran mucho mejores y mi historia individual con los

fármacos apoyaba mi optimismo: yo era virgen a los antirretrovirales y me había mantenido bastante bien sin ellos durante muchos años, asumiendo mis propios riesgos y controlándome mucho. Sabía también, de todas formas, que era una cuestión de tiempo y en ese sentido creo que estar con Mario y sentirme responsable de cara a él fue un poco como el empujón definitivo para que yo empezara un tratamiento", admite Laia. "También es cierto que sé que tengo un virus poco virulento y que me quedan muchas combinaciones disponibles si las necesitara. Además, después de tantos años yo he ido conociendo mi cuerpo cada vez mejor y 'estudiando' cómo es mi virus y cómo influye en él; lo llevo bastante bien y creo que voy a seguir llevándolo bien. Una vez considerados todos estos argumentos, la idea de que yo pudiera morirme ya no tenía lugar y por lo tanto, decidí que tenía derecho a ser la madre de Mario y que iba a serlo", explica Laia. A partir de ese momento, la onda se expande con fuerza: "Para estar con mi pareja y ser madre, doy la vuelta a mi vida por completo y después de más de cinco años prácticamente dedicada al mundo del SIDA, trabajando para diferentes organizaciones y relacionándome casi en exclusiva con personas seropositivas, me veo inmersa en un mundo muy distinto, en el de la familia, la maternidad, la guardería... En poco tiempo, todos estos cambios tan fuertes me llevan a plantearme que por qué yo no podía dar un paso más y ser también madre biológica".

Un año lleva Laia desde entonces a vueltas con la idea: "Yo empiezo a explorar esta opción y a buscar información y me doy cuenta de que el otro punto que me preocupaba, el de contagiar al niño y que este enferme y muera también ha cambiado mucho y para mejor. Los famosos porcentajes de éxito en la reducción de la transmisión perinatal son muy relativos y hay que ver cómo está cada mujer, pero en mi caso concreto y con todos mis datos virológicos y clínicos en la mano, veo que puedo conseguir un riesgo de transmisión mínimo". Y parece que esto no sólo lo cree ella: "Lo he hablado ya con varios médicos y ninguno me ha tirado para atrás, aunque sí he visto una cierta posición de distancia un poco ansiosa, una especie de 'lavarse las manos', de decir: 'vale, es tu decisión, no la mía, que quede claro'. Ellos están ahí para recomendar lo que sea mejor desde un punto de vista médico, profesional, pero no para decirte 'hazlo' o 'no lo hagas'. La decisión en sí es cosa tuya, y los riesgos que asumes los asumes tú", afirma



Laia: "Cuento con mi especialista VIH y ya estoy en contacto con el médico que lleva en Sevilla la mayor parte de casos de embarazos de mujeres seropositivas: él sí que me pintó un cuadro bastante optimista. Lo único que me ha dicho es que si lo hago, que lo haga ya, porque tengo 37 años y la fertilidad disminuye con la edad. Lo bueno es que ahora sé que puedo contar con este médico y que si lo decidiéramos se haría de la mejor forma posible y en un proceso en el que mi médico VIH, el obstetra y el ginecólogo trabajarían juntos y conmigo". En este sentido, Laia reconoce que tal proceso no hubiera sido posible hace algunos años y habla de cambios pero también de obstáculos: "Creo que en la propia comunidad VIH y en el mundo sanitario que rodea al VIH sí que somos conscientes del cambio que está experimentando el tema de las mujeres seropositivas que son o quieren ser madres, pero me temo que en la sociedad en general, sea por desconocimiento o por prejuicios, ese cambio aún no ha empezado". Al hilo de lo social, Laia comenta que "algunas personas que me son próximas sí conocen mis planes y en general su reacción ha sido buena y me he sentido apoyada, incluso si no me han dicho nada y simplemente me han escuchado: claro que, en su mayoría, estas personas tienen unos conocimientos respecto al VIH superiores a los de la media, eso es cierto".

El tema de la visibilidad también ha experimentado cambios importantes en la vida de Laia: "Durante mis años en Barcelona, el VIH era algo muy abierto y formaba parte cotidiana de mi vida, pero ahora, con la excepción de una mujer de mi nuevo círculo con la que decidí crear un vínculo de complicidad y que conoce mi historia, el virus no está presente en lo que me rodea: mi familia es VIH-, las personas que encuentro en la guardería, las mujeres... Las niñas como Mario tienen herman@s y las mujeres se quedan embarazadas como si fuera lo más normal del mundo (que en realidad lo es). Cuando alguna me pregunta 'Qué, ¿para cuando la parejita?' O '¿porqué no te animas mujer? ¡Si se te ven las ganas!', yo pienso: '¡joder, pues claro que tengo ganas' y lo llevo mal; es como una especie de 'presión social' que me frustra".

La historia de Laia no sería completa sin la parte que toca a su compañero: "Cuando le conocí, mi pareja ya había tomado la decisión de adoptar y ya era padre de Mario. Por mi parte, yo aún no había abierto la puerta de la maternidad biológica y en un principio

no nos lo planteábamos: si acaso pensábamos que era posible adoptar otro niño. Al cabo de dos años, resulta que yo ya tengo esta puerta abierta de par en par y siento que entra mucha luz por ella, pero él no lo tiene tan trabajado y no acaba de verlo claro: él tiene miedo sobre todo de ese pequeño riesgo de que el niño sea seropositivo. Creo que está tratando de incorporar en sí mismo el hecho de que yo ahora desee un hijo biológico con él, lo que significa que él también puede ser padre biológico conmigo y que necesita más tiempo. Tenemos claro que nos gusta mucho ser padres, que queremos aumentar la familia: lo que no sabemos todavía es el cómo", dice Laia sonriendo. "Muchas veces," continúa, "me asalta el miedo y pienso que quizá no llegue a ser una realidad el que yo tenga un hijo biológico, pero siento que en todo caso es muy importante que me haya abierto a considerar esta opción y que me esté ilusionando con ella, incluso si no llega a suceder porque al final no sea posible. Veo que el VIH sigue teniendo tanto peso, tanto estigma... Creo que [las personas VIH+] tenemos que otorgarnos de nuevo muchos derechos que nos hemos quitado o que nos han quitado y la maternidad es uno de ellos", insiste Laia.

"Sí que creo que haber vivido con el VIH hace que pueda dar a mis hijos mucho más que si no hubiera sido así. El hecho de estar cerca del dolor, del miedo, de la muerte, te permite apreciar la esencia de las cosas mucho más, y esto lo transmites en general y por supuesto a tus hijos... Yo no cometeré el error de esconder la muerte a mi hijo y me da rabia que sea un tema tan tabú, que se esconde a las niñas y a todos. El otro día se murió un pececito en casa y aproveché para hablar con Mario de ello, con normalidad, de forma positiva, como algo que forma parte de la vida", explica Laia.

"Además" concluye, "yo soy de una generación de 'supervivientes' del VIH que después de haber vivido a 5 años vista, que era lo que daban los médicos, y de haberte preparado para aceptar la muerte y todo eso, resulta que estamos aquí para quedarnos y que a veces nos preguntamos ¿y ahora qué? ¿Vuelvo a la Universidad? Te encuentras con casi 40 años, ves a la gente de tu edad, situados, y no sabes muy bien como recolocarte. ¡Casi como vivir el duelo del duelo! Para much@s esto es algo muy difícil de trabajar y en este sentido estoy segura de que tener un hijo es una ayuda porque te devuelve la perspectiva vital: tener un hijo te alarga la vida". □



# ELENA

Elena es, con 27 años, la benjamina de este trío de mujeres y conoció su diagnóstico VIH+ hace tan sólo dos: "Yo había tenido una relación de tres años con un chico y aunque sabía que tenía problemas de salud, él nunca quiso contarme lo que era. Al año de haber roto supe que había muerto y cuando su familia me dijo que había sido una leucemia, a mí, por supuesto, ni se me ocurrió ponerlo en duda: al fin y al cabo, como quién dice, yo ni siquiera había salido del cascarón".

Pasa el tiempo, Elena inicia una nueva relación sentimental con Sergio, su actual compañero, estudia estética, trabaja y va creciendo hacia la vida adulta hasta que a principios del año 97 empieza a perder peso, siente una fatiga creciente e inexplicable y comienza a sufrir todo tipo de trastornos gastrointestinales: "Durante meses me hicieron infinidad de pruebas sin resultado y sin que a nadie se le ocurriera que podía ser una infección por VIH, ya ves... A mi doctora de cabecera no le gustaba lo que veía y un día decidió ingresarme; me hicieron una serología completa y, finalmente, cantó el VIH". Elena cuenta cómo los médicos le lanzaron todo tipo de cuestiones relativas a su biografía hasta que uno de ellos le preguntó el nombre completo de aquel novio suyo que había muerto de leucemia: el nombre figuraba en el registro de muertos por SIDA del año 92: "Durante algún tiempo sentí mucha rabia hacia aquella persona, mucha impotencia... Cuando me lo trabajé y decidí que yo no iba a sentir todo aquello hacia alguien a quien había querido tanto, dejé también de tener aquellas pesadillas tremendas en las que alguien me decía que me iba a morir", recuerda.

Elena llegó entonces al hospital Clínico de Barcelona con un diagnóstico VIH, medio millón de carga viral, 50 CD4 y una condición física y emocional muy frágil: "Cuando el primer médico que tomó mi caso VIH+ me dijo sin más ni más que no me quedara embarazada sentí que de repente mis proyectos se iban a la basura: yo ya llevaba 4 años viviendo en pareja y aunque Sergio siempre decía que ni hablar de niños, que él no quería traer hijos a una sociedad tan mierda como esta, yo siempre había pensado que algún día sería madre, que si seguíamos juntos cuando yo fuera llegando a los 30, nuestra relación ya estaría madura y, como en la mayor parte de las parejas, la cosa se habría asentado, él habría evolucionado y tendría ya también el deseo de ser padre. Aquello fue realmente como una patada en el culo", sentencia Elena, "porque sientes que

es una ilusión que se te va, que la pierdes, aunque no como si me la estuvieran quitando, sino más bien como algo de sentido común, puesto que en las condiciones en que me encontraba yo no hubiera podido tirar adelante con un embarazo. Hoy por hoy, aunque me siento físicamente estupenda, yo soy la primera que no se siente lo bastante segura como para pensar en tener un hijo".

Elena reconoce que en su día recibió una inoculación de miedo y que aún no se la ha quitado de encima: "Para mí el asunto de la maternidad se ha convertido en un miedo y, de momento, puede más ese miedo que el deseo de ser madre. Conozco a varias mujeres VIH+ con hijos san@s y a otras que se lo están pensando y a mí esto me da una envidia buena y un deseo de que todo les vaya muy bien, pero yo necesito tomarme mi tiempo".

Elena, desde luego, bien puede tomárselo: "El VIH es algo muy reciente para mí, apenas han pasado 2 años desde mi diagnóstico y ha sido una época muy dura en muchos aspectos. Ahora es cuando siento que estoy empezando de nuevo a aceptar mi nueva vida: por una parte, estoy reincorporándome al trabajo, al mundo activo. Por otra, mi pareja y yo también lo hemos tenido bastante crudo en los últimos tiempos: el diagnóstico, la crisis de mi salud, adaptarnos al uso del preservativo... Tuvimos mucha suerte, porque antes de saber lo de mi VIH la única precaución que tomábamos era la marcha atrás y ni Sergio se contagió ni yo me quedé embarazada por accidente. Ahora el preservativo forma parte de nuestra 'normalidad' y sabemos que esto es lo que hay, aunque a veces ha sido muy difícil y todavía de vez en cuando provoca sus más y sus menos, porque ni a él le gusta, ni a mí tampoco... Pero seguiremos usándolo de momento porque soy joven, tengo reloj biológico para rato y en los próximos años las cosas en el mundo del VIH van a ver cada vez más y más avances. Yo quiero y puedo esperar a esos avances".

Ella ha oído algún repique de campanas, pero la vence el escepticismo: "Es cierto que a partir del momento en que se vio que yo no toleraba el AZT he cerrado de alguna forma la puerta a la información sobre este tema y que no sé mucho más de los otros tratamientos o posibilidades que se están utilizando ahora. Últimamente, he oído hablar bastante del éxito de la triterapia durante el embarazo, pero también de que sigue habiendo riesgos, tanto para ti como para el niño". Elena reflexiona con más detalle: "Yo he tenido que cambiar varias veces de combinación, no por fallo debido



a resistencias, sino por los efectos secundarios de los fármacos, que han sido bastante severos. En todo caso, estoy mejor ahora, porque yo empecé con 16 pastillas diarias y ahora sólo tomo 6: me siento muy bien, con el virus indetectable y las defensas para arriba, igual que la moral: los fármacos combaten al virus y yo hago el resto, porque yo soy una persona optimista y siempre lo he sido. Entonces, egoístamente quizá, ahora que estoy tan bien yo me pregunto: ¿Y quién me dice a mí que yo no voy a tener rebrotes de carga viral durante el embarazo? ¿Y si tengo que cambiar mi tratamiento durante la gestación? ¿Y si sufro efectos adversos? ¿Y si tengo a mi hij@ pero me quedo hecha unos añicos? Quizá sea egoísta", insiste, "pero yo quiero ver crecer a mi hijo y estar fuerte y bien para verlo. Para mí no es suficiente que se resuelva la transmisión, porque si el bebé va a estar perfectamente pero después tú vas a salir en una caja de zapatos, pues tampoco me interesa". Y Elena remacha su desconfianza: "Es que luego vuelvo a pensar en el niño y me doy cuenta que aún sabiendo que los riesgos de transmisión están controlándose cada vez más, yo es como que no me lo acabo de creer, como que necesito ver muchos más casos, muchos bebés sanos y muchos niños que no enferman, que se crían bien".

Elena admite que no ha buscado respuestas a sus dudas más allá de su propia experiencia: "Tengo muchas preguntas que no he llegado a plantear a las personas que podrían darme respuestas con más conocimiento de causa, a los médicos, pero esto también es una cuestión de tiempo, de que yo me vea más preparada para hacerlo y de buscar el momento oportuno. En la última visita con mi ginecólogo fue él mismo quien me preguntó si quería tener hijos, supongo que fue de cara a informarme, a hablar de ello si yo quería... Cuando yo le dije que de momento no, creo que a él le pareció muy bien mi respuesta y no me preguntó nada más. Sé que es un tema pendiente, algo que quiero comentar con calma cuando llegue el momento, pero no tengo prisa: quizá en una de las próximas visitas sienta que quiero hacerlo...", fantasea.

Elena, sea por lo reciente de su diagnóstico VIH o por su historia sin más, parece hablar por boca de una joven generación de mujeres VIH: "Nadie me ha limitado nunca el tema de la maternidad más allá de lo que yo misma me lo limito ni me he encontrado con actitudes de rechazo con las pocas personas con las que he hablado de ello. Por otro lado, doy por hecho que si lo planteara a mi médi-

co él me escucharía y daría su opinión como profesional y sin juzgarme, por supuesto". Elena, además, lleva este par de años trabajando una visibilidad VIH de la que se siente muy satisfecha: "Con mis amigos mi nivel de apertura es total y en mi vida en general a medida que me he ido abriendo, las reacciones han sido cada vez más positivas, algunas de ellas experiencias muy valiosas. Es cierto también que en según qué cosas me apoyo más en las mujeres VIH+ que he conocido porque siento que pueden entenderme mejor".

¿Y Sergio, ese renegado de la paternidad al que Elena describe como "un corazón de oro y lo mejor que me ha pasado en la vida"? "Mi pareja y yo hablamos de ello, aunque quizá no todo lo que debiéramos, porque él se pone rotundo y sigue diciendo que el mundo es un desastre y que no quiere traer un hij@ a un sitio semejante. Pero lo cierto es que, por ejemplo, cuando una de mis amigas que tiene hij@s nos visita, él se desvive jugando con ell@s, no se despega de su lado. O sea" deduce Elena, "que l@s niñ@s le gustan, pero ahora creo que él usa un poco eso de que la sociedad es una mierda y tal para distraerme y distraerse a sí mismo de la idea, porque no tiene claro los riesgos para mí o para la criatura, y un poco como que prefiere olvidarse de ello y que yo piense que él no está interesado en ser padre. Pase lo que pase, pienso que si nunca tuviéramos un hij@ eso no sería un problema, porque nos queremos lo suficiente como para poder estar sin hij@s o con ell@s", dice Elena, quien, por lo demás, no tiene ninguna duda sobre su instinto maternal: "Sigue ahí y no lo mata ni el VIH ni nada; se expresa con la pareja, con mi familia, con l@s hij@s de mis amigas, con todos aquellos hacia quien manifiesto amor y necesidad de cuidar y de proteger... ¡He soñado tantas veces que estoy embarazada a raíz de mi diagnóstico!", confiesa Elena. "En el momento en que estoy soñando me veo feliz y contenta, sin miedos. No tengo cargo de conciencia, ni temores, ni nada: sólo sé que me siento muy bien. Los miedos me atacan cuando me despierto y al cabo de un rato hay algo que me dice, 'espera, todavía no es el momento, espera'. Quizá me lleve el 'espera' para siempre pero tampoco voy a malgastar energías en algo que no tengo que decidir ahora" razona. "Ahora bien" dice Elena con ojos de determinación, "si un día yo me decido a tener un hij@, ése sería mi deseo y estoy segura de que nadie me lo quitaría, porque si llego a ese punto es porque estoy preparada para continuar y si digo que sí, pues será que sí". □



# OJO CLÍNICO

**R**afael de la Torre, Rafa, es internista del Hospital Maternal de la Fe de Valencia desde hace 20 años y posee más de 13 de intensa experiencia clínica con el VIH. Su servicio cuenta con la mayor casuística de mujeres VIH+ embarazadas de todo el país y ha atendido unos 500 casos de embarazos seropositivos hasta el día de hoy.

**Lo+Positivo: ¿Puedes hacer un poco de historia de tu experiencia en el campo del embarazo VIH+?**

**Dr. Rafael de la Torre:** Tres años antes del famoso 076 nosotros ya estábamos usando zidovudina oral en el momento del parto y a partir del 93/94 vimos que estábamos en el buen camino: teníamos tasas de transmisión del 20% antes del AZT y con el AZT bajó al 8%. A partir del 94 conseguimos bajar la tasa de transmisión al 2% gracias al uso de terapias triples en una época en la que estas apenas se estaban introduciendo para su uso en adultos: nosotros pedíamos la medicación por uso compasivo pero ocultábamos que fuera para una mujer embarazada. Hablamos de tiempos en los que las terapias eran aún dobles o incluso de un sólo medicamento, y sólo quizá alguna mujer, desde luego no embarazada, empezaba a recibir algún inhibidor. Desde ese momento y viendo que nuestros resultados eran muy positivos, hemos seguido usando terapia HAART e incluso Mega-HAART para mujeres embarazadas, teniendo siempre cuidado de evitar fármacos cuyos efectos teratogénicos sean probados o dudosos. Desde hace 3 años, nuestra tasa de transmisiones es del 0% y ello independientemente de que se practique o no la cesárea electiva.

**Lo+Pos: ¿Cuál es tu recomendación en este sentido?**

**Dr. R. de la Torre:** La cesárea es un tema que provoca mucha ansiedad entre las mujeres, pero lo único que está demostrado es su efecto preventivo en estudios con diseño tipo 076. Ahí sí que se vio la diferencia entre parto vaginal y cesárea electiva, pero lo que no hay todavía es una demostración bien fundamentada de que esta diferencia se mantenga cuando damos terapias de combinación y monitorización adecuada durante todo el embarazo; nosotros no recomendaríamos la cesárea en este caso.

**Lo+Pos: En ausencia de unas pautas oficiales para el uso de antirretrovirales en mujeres VIH+ embarazadas ¿Qué criterios sigues en tu práctica clínica?**

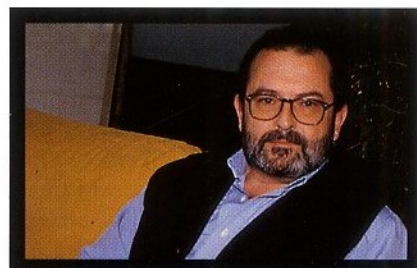
**Dr. R. de la Torre:** Se publicarán pautas europeas en el Lancet próximamente, pero de cualquier forma, no olvidemos que cada

mujer es un caso, que cualquier embarazo VIH+ ha de ser controlado muy de cerca y que el objetivo es conseguir una carga viral indetectable o tan baja como sea posible con un tratamiento que sea eficaz, seguro y tolerable tanto para la mujer como para el niño.

Para una mujer naïve a los tratamientos, con más de 500 CD4 y una carga viral indetectable o por debajo de las 5.000 copias, yo recomendaría o el curso completo de AZT preparto e intraparto (desde la 14ª semana de la gestación o lo mismo pero incluyendo la combinación triple), y postparto para el bebé con sólo AZT.

En el caso de una mujer naïve que podría beneficiarse de un tratamiento dado su deterioro virológico e inmunológico, la terapia anti-retroviral tendría el doble objetivo de mejorar el estado de la madre y evitar la transmisión y se plantearía como una terapia combinada triple y normalmente a partir de la 14ª semana de gestación. Evitaríamos efavirenz, hidroxiurea e indinavir de momento y con una carga viral por encima de las 30.000 copias creo que intentaría incluir un IP. Se podría sustituir el IP por nevirapina (delavirdina implica todavía todo el papeleo de medicación extranjera y el retraso puede ser de meses). Hay que conseguir que la carga viral sea indetectable, bien con la pauta inicial o con una que vayas modificando con agilidad, porque ten en cuenta que los controles analíticos y de carga viral se realizarían durante un embarazo con tanta frecuencia como fuera necesaria, dependiendo del estado de la paciente.

Si se trata de mujeres que ya están medicándose antes del embarazo hay que estudiar caso por caso con toda la información posible en nuestras manos. Si la mujer ya está embarazada de algunas semanas, hay que decidir si suprimes lo que esté tomando hasta la 14ª semana o si lo mantienes: ninguna de estas dos posibilidades devora a la otra, pero si se quita algún fármaco hay que quitar todos, por completo. Si la pauta que ya lleve la mujer contiene alguno de los fármacos no recomendados, habría que estudiar qué alternativa es la mejor en términos de tolerancia, resistencias y eficacia virológica. En todo caso el éxito terapéutico es un concepto relativo y si bien está claro que la carga viral es un concepto clave en la transmisión, queda por dilucidar los porqués de que algunas mujeres con cargas virales muy altas no lleguen a transmitir el virus a su hijo y viceversa. Lo que sí parece claro en el 076, por ejemplo, es que las mujeres con una alta carga viral y que no transmitían el VIH a sus bebés eran las que habían hecho el curso con AZT, y no las del grupo placebo.



Desde hace un año y medio estamos haciendo ensayos genotípicos del ADN en los casos en los que creemos conveniente estudiar más a fondo las resistencias y hacer, principalmente, un traje a medida de la mujer y del niño. En todo caso, el período de 6 semanas de profilaxis para el recién nacido se mantiene y para ello solemos elegir los dos nucleósidos que creemos pueden ser más eficaces.

**Lo+Pos: ¿Cuáles son las consecuencias de una mono o biterapia con nucleósidos durante el embarazo en una mujer naïve a los tratamientos?**

**Dr. R. de la Torre:** Es cierto que se han documentado casos en los que las indicaciones de mono o biterapia pueden tener implicaciones negativas para el futuro de tratamientos de la mujer y que corres riesgos de aparición de resistencias. De todas formas, esto cada vez se ve menos, porque la mayor parte de las mujeres están tomando tratamientos de combinación triples.

**Lo+Pos: ¿Cómo explicas a tus pacientes todo esto y qué otro tipo de 'resistencias' sueles encontrar?**

**Dr. R. de la Torre:** Todas las mujeres que me he encontrado que tenían reticencias a tomar tratamientos han cambiado de opinión si se han quedado embarazadas y han decidido que es muy diferente un riesgo de transmisión del 20% a uno que se acerque a cero: toman lo que haya que tomar por proteger al niño y si ven que también ha sido bueno para ellas siguen tomándolo después porque quieren ver crecer a su hijo y estar fuertes para ello. Hoy día es rarísimo que una mujer VIH+ venga solicitando una interrupción del embarazo, algo que hasta hace un puñado de años era lo normal: ahora vienen con la idea de que hay tratamientos, de que pueden ser madres sin correr tantos riesgos y de que quieren dejarse convencer. Mi obligación es explicarles lo que hay en relación con su caso particular y darles mi apoyo en lo que decidan sin intentar dirigirlos por un lado u otro y siempre dejando claro que a pesar de que en estos momentos estamos teniendo un éxito total, en medicina nunca se puede estar seguro al 100%. La situación ideal es que la mujer planifique su embarazo, pero si se lo encuentra por accidente y, después de haberlo valorado, ella decide tirar para adelante, yo voy a poner todo de mi parte para que todo salga bien y necesito que ella haga lo mismo y cumpla lo que pautemos.

**Lo+Pos: Sí, pero las mujeres tienen miedo de meter fármacos en su cuerpo por sí mismas y por el bebé,**

**alucinan cuando ven todos esos prospectos de fármacos prohibidos en el embarazo...**

**Dr. R. de la Torre:** Creo yo que, aunque parezca mentira, las mujeres embarazadas toleran los fármacos mejor que las que no lo están, quizá en parte por el efecto psicológico, su deseo de que todo vaya bien y quizá también porque la farmacocinética de los antirretrovirales (la forma en que los fármacos se procesan en el cuerpo una vez ingeridos) es diferente en las embarazadas, entre otras cosas por el aumento de la capacidad de limpieza del hígado. Respecto a la posible futura teratogenicidad, ya llevamos varios años controlando a nuestros niños y no encontramos en ellos ni mutaciones genéticas ni efectos oncológicos, que es lo que se teme encontrar. Necesitamos continuar alerta durante los próximos años. El futuro de la práctica clínica en embarazos VIH+ pasa por el uso de estudios individuales de resistencias genotípicas y de la farmacocinética de la mujer; estudios funcionales de linfocitos madre/hijo y de cepas virales maternas. Sigue siendo un ámbito de difícil estudio: los comités éticos de evaluación de cada hospital te ponen muchas trabas y encima, si quieres hacer un estudio serio desde un punto de vista científico, eso supone mucho dinero y no entra en sus prioridades, no vende. Esto lo ves a nivel asistencial, cuando una mujer VIH embarazada pasa de las manos del internista, a quién el SIDA no le interesa, a las de un infectólogo que de SIDA y embarazo no tiene ni idea ni le importa y vuelta a empezar y a mordernos la cola. Un embarazo VIH+ ha de ser monitorizado muy de cerca por un internista o infectólogo con experiencia y a quién le guste el tema y un obstetra que no vea a una mujer VIH+ como una leprosa, algo que hasta hace unos años ocurría con mucha frecuencia.

Yo estoy en el ojo del huracán y me considero un currante de a pie, me pateo el hospital cada día de arriba abajo y mi experiencia surge de ese día a día. Cuando una mujer VIH+ me dice que quiere tener un hijo siento una gran responsabilidad como médico y, como padre que soy, comprendo perfectamente ese deseo. Si me pregunta y me vuelve a preguntar: "Pero Rafa, ¿saldrá todo bien?" yo tengo que decirle "bonica, eso es lo que quiero yo" y trabajar con su caso usando mi ojo clínico y mi experiencia y conocimientos de años y no unos porcentajes o unas estadísticas sin mucho sentido para una mujer VIH+ que lo que quiere es tener y criar un hijo. ■

# La edad de oro

La primera mañana de la 6ª Conferencia de Retrovirus en Chicago hubo la presentación de un "importante" estudio de ONU-SIDA relacionado con la transmisión vertical en África. El estudio Petra de ONUSIDA fue presentado por el Dr. Joseph Saba. El Petra fue un estudio de tres regímenes a corto plazo de AZT/3TC en mujeres embarazadas. En el sentido más estricto, se trata de hecho de un ensayo estratégico, planteando una cuestión de la vida real en busca de resultados de la vida real. Los tres tipos de régimen y sus resultados se detallan en la tabla siguiente:

semana 36 hasta el parto*	8,6%
durante el parto*	10,8%
placebo	17,2%

\* ambos grupos de AZT/3TC continuaron el tratamiento dado a la madre con otro de una semana directamente al recién nacido.

La importancia del estudio desde el punto de vista económico es que el tratamiento es de 5 semanas, o incluso de tan sólo una semana para al bebé, lo cual es mucho menor que el mismo tratamiento a la madre durante todo el tiempo, según se remarcó. Por supuesto, esto puede llevar a un@ a la conclusión de que la madre es sólo un vehículo para proteger algo más sagrado, la vida de ella no es parte de la ecuación, y el descenso del índice de transmisión es lo único que importa. ONUSIDA tiene otra visión del tema, por la que entiende que la madre comienza a tomar tratamiento "para salvar a su bebé" lo que podría llevarle a empezar a pensar sobre la importancia de su propia vida. El porqué este tema tan importante (¿se entiende esto en su justa medida?) sólo pueda abordarse por medio de la venta de antirretrovirales es un poco preocupante, pero así es como lo ve ONUSIDA.

En ningún caso quiero dar la impresión de imaginar a ONUSIDA como un organismo torpe y engorroso, al igual que cualquier multinacional que diseña, ejecuta e interpre-

ta sus propios ensayos. Todo el mundo está muy satisfecho con estos resultados. El problema aparece cuando se intenta pensar en la aplicación de estos resultados o sonsacar cualquier cosa mínimamente aplicable.

Si lo complicamos un poco más, ahora ha aparecido la posibilidad de que justo AZT/3TC puedan estar implicados en defectos de nacimiento que hasta ahora no conocíamos. En el estudio ANRS 075 presentado en Chicago, los doctores Blanche y Delfraissy aportan datos que muestran que 3/40 niños nacidos de madres que habían tomado AZT/3TC podrían padecer defectos mitocondriales eventualmente fatales. La ANRS francesa investiga ahora su base de datos al completo, con unas 4.000 madres, y han detectado 30 posibles casos relacionados (parecidos). Hasta ahora no se ha llegado a ninguna conclusión, y no la habrá hasta que se realice una investigación seria, aunque el misterio (y el estigma) continúa.

El tercer aspecto complicado sobre cortos periodos de AZT/3TC para embarazadas es que en el mismo estudio se ha observado que de las madres que habían tomado AZT/3TC durante 12 semanas, en torno al 70% presentaron resistencia a 3TC (¡lo largo de sólo 12 semanas de tratamiento!). Se podría argüir evidentemente que quién va a administrar una combinación doble. Nos remitimos a los estudios mencionados más arriba, entre otros muchos. (Chicago, Abs 266.)

Otros aspectos sobre resistencia indican, aunque en absoluto de modo conclusivo, y algo tentador: que quizá no todos los fracasos de AZT/3TC/IDV se deban a la resistencia a IDV. Se ha observado que un gran porcentaje de quienes lo habían dejado tenían la mutación 184 (3TC) pero aún eran sensibles a IDV. Si se llega a que las pruebas de resistencia estén bien integradas en el sistema de salud, podrían ser útiles como guía para determinar con rapidez si lo que de verdad se necesita es una intensificación o cuanto menos determinar que componentes (¡si no todos!) deberían cambiarse de dicho régimen. (Chicago, LBI2 y Abs 492.)

## Nuevos agentes antivirales para poblaciones naive

Esta sesión casi de publiportaje fue, al menos, un vehículo para mostrarnos algunos de los fármacos más nuevos, todavía no disponibles pero prometedores.

Auguron presentó un inhibidor de la proteasa (de la segunda generación, expresamente diseñado para sortear las resistencias debidas a los IP ya existentes) y un no nucleósido. La diferencia (al menos eso esperan ell@s) es que sus nuevos fármacos no serían susceptibles a las resistencias que sí comparten otros fármacos de las mismas clases. En todo caso, se trata de datos *in vitro* y la verdad habrá de verse en los ensayos clínicos con poblaciones pretratadas.

DuPont también dio a conocer dos nuevos productos (no nucleósidos) que tampoco comparten resistencias en el mismo punto débil. Su presentación estuvo tan orientada a la venta que, al menos durante un momento de la misma, la ponente se refirió a "las potentes terapias existentes actualmente en el mercado" y mostró una diapositiva con una perfecta cara de póker AZT/3TC/Sustiva como el estándar de cuidados: ¡O no!, ella no lo dijo: fui yo el que lo dedujo, al igual que otras 2.000 personas en la sala, que no pudieron evitar reírse bastante alto. En otro momento, quizá no oí bien y estoy deseando que se me corrija, pero si es cierto que esta persona afirmó que "la cepa salvaje del virus viene definida por la historia farmacológica de la persona", he de pedir a DuPont que, por favor, no vaya por ese camino. Un comentario bastante brusco de la audiencia, afirmando que el análisis de la definición de los perfiles de resistencia no era precisamente muy riguroso dejó claro lo que aún les queda por conseguir:

Abbott, por su parte, presentó su nuevo IP, el ABT 378. El futuro de este fármaco será su uso conjunto en una cápsula con Ritonavir, porque incrementa los niveles de este último de forma óptima. El estudio *in vivo* que presentaron era con personas *naï-*



ves y los resultados preliminares tienen buena pinta, aunque los efectos colaterales, que figuraban como bien tolerados (por los doctores, se supone), no resultaban infrecuentes: un 38% presentaron diarrea y un 21% vómitos. A las 24 semanas no se observaron anomalías metabólicas (colesterol, triglicéridos, etc.), aunque los cambios importantes no suelen verse tan pronto, también es cierto que su definición de "cifra alta" resultaba un tanto elevada: 300 para el colesterol y 1.500 para los triglicéridos. Por otra parte, estas mediciones no se hicieron en ayunas, con lo que sus resultados no sólo no son comparables con los de otros estudios, sino que tampoco nos ofrecen una cifra a partir de la cual podamos decir que los números eran altos, bajos o simplemente intermedios.

Un nuevo nucleósido de Triangle, el FTC, se comparó con 3TC en un estudio de farmacocinética de dos semanas y la dosis elegida resultó ser la de 200 mg. Obviamente, un estudio tan corto no puede estudiar los efectos secundarios, pero sí mostró que la carga viral puede descender hasta límites de indetectabilidad en un período de entre 3 y 5 días, lo que significa que un estudio de farmacocinética bien llevado podría durar poco tiempo, sin poner la persona a riesgo de resistencias.

Abacavir se presentó en dos ocasiones. Primero, el estudio de la Dra. Fischl de 48 semanas con personas naive: AZT/3TC frente AZT/3TC/ABC. A las 16 semanas se vio que la triple era mejor que la doble (¡sorpresa, sorpresa!), lo que significa que quien quiso pudo añadir ABC a su régimen. El hecho de que al final todo el mundo estuviera tomando la triple revienta los datos (¡abierto o no?) de 48 semanas, aunque al principio quienes tenían una carga viral más baja respondieron mejor (bajaron del límite de detección antes y mantuvieron la indetectabilidad). Tanto el efecto de náusea como el dolor de cabeza y la fatiga resultaron de alta frecuencia. La hipersensibilidad (que incluye todos los síntomas anteriores más posiblemente el exantema) fue del 2%. Quienes padecieron hipersensibilidad no deberán volver a usar el fármaco.

El otro estudio de Abacavir era de un grupo de Frankfurt y comparaba AZT/3TC/Indinavir con AZT/3TC/ABC. Los resultados de ambos grupos fueron muy similares en términos de descenso de la carga viral por debajo del límite de detección y de aumento de los recuentos de células CD4. En esta ocasión encontramos un 5% de casos de hipersensibilidad y

también más fiebre en la población pretratada. En ambos estudios la discontinuación fue MUY ALTA, de alrededor del 30%.

El estudio Atlantic también llegó hasta nuestra puerta, aunque con intenciones menos comerciales (un fastidio para todas las compañías farmacéuticas implicadas). El Atlantic tiene 3 brazos (ddl/d4T/3TC; ddl/d4T/IND; ddl/d4T/NVP), la nevirapina y el ddl eran de toma "una vez al día". Todos los grupos obtuvieron resultados muy similares: entre el 80 y el 90% por debajo del límite de detección y 3TC ligeramente inferior cuando el análisis alcanzaba el límite ultrasensible de 50 copias.

## Otras noticias

### El beneficio del cambio de un inhibidor de la proteasa (IP) por Nevirapina (NVP) en pacientes que toman HAART y sufren lipodistrofia (LD)

#### 1 Lidia Ruiz y colegas, Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona

El objetivo del estudio era evaluar el cambio de un IP por NVP en pacientes pretratados con HAART que presentan carga viral suprimida de forma duradera. Las candidatas tenían que haber tomado la misma combinación durante al menos 9 meses y haber mantenido la indetectabilidad de su carga viral al menos 6 meses. Las pacientes se randomizaron a d4T+ddl+NVP o a d4T+3TC+IIP y fueron evaluadas cada 4 semanas para controlar los posibles rebrotes de carga viral. Cada 3 meses se determinaron los recuentos de CD4, la prueba DEXA, los triglicéridos (TG), el colesterol, la glucemia en ayunas, la impedancia bioeléctrica (BIA) y otros cambios antropométricos. Las personas que tomaron NVP recibieron antihistamínicos para prevenir el exantema. Completaron las 12 semanas 21 de 60 pacientes (11 con NVP y 10 con IP); en nadie se observó evidencia de exantema. Los niveles de carga viral se mantuvieron por debajo de las 400 en ambos grupos durante el seguimiento. Además, las 17 de 21 pacientes que presentaban carga viral por debajo de 50 en la medición basal la mantuvieron a lo largo de las 12 semanas del estudio. Los recuentos de CD4 no experimentaron cambios significativos en ningún grupo.

A la semana 12, los pacientes en HAART con lipodistrofia y carga viral indetectable que cambiaron a ddl+d4T+NVP mantuvieron la supresión viral, redujeron sus niveles de colesterol significativamente, los triglicéridos disminuyeron (no significativamente) y mejoraron su calidad de vida y su propia percepción de los cambios de lipodistrofia. A las 24 semanas, todos los pacientes con la excepción de una persona mantienen la indetectabilidad de la carga viral y la autopercepción de los cambios corporales sigue siendo positiva.

#### 2 E. Martínez y colegas, Hospital Clínico de Barcelona. Abs 670.

Para evaluar el efecto de cambiar de un IP a Nevirapina en las anomalías metabólicas de pacientes con lipodistrofia, así como en sus cargas virales y recuentos de CD4, 23 pacientes con menos de 200 copias y tratados con 2 ITIN y al menos 1 IP decidieron cambiar de régimen a la vista de los cambios que estaban experimentando en la distribución corporal de la grasa. El IP se reemplazó por NVP y cada 3 meses se efectuaron exámenes físicos, mediciones del colesterol en ayunas, de los triglicéridos, la glucosa, la insulina, los CD4 y la carga viral. La percepción de cambios en la distribución de la grasa se registró tras un período medio de 12 meses de tratamiento con IP. Un total de 18 pacientes presentaban obesidad central (16 también lipodistrofia periférica) y 5 pacientes presentaban sólo LD periférica. La carga viral se había suprimido una media de 9 meses antes de la eliminación del IP. La media del seguimiento desde el cambio a NVP ha sido de 7 meses. Al cabo de 6 meses de haber retirado el IP se observaron mejoras significativas en los índices medidos en ayunas de colesterol (21%), triglicéridos (56%), glucosa (16%) y resistencia a la insulina (46%), al tiempo que los recuentos de CD4 permanecían sin cambios (401) y una persona experimentó un rebrote de la carga viral. Un total de 21 pacientes (91%) informaron de mejoras parciales en la distribución corporal de la grasa (particularmente en lo que respecta a la emaciación grasa periférica), aunque ninguno de ellos manifestó haber llegado a estar "igual que antes".

Las anomalías metabólicas podrían ser reversibles al menos en parte y la supresión viral podría mantenerse a medio plazo cuando se sustituye un IP por NVP. ■

ROB CAMP



3 casillas  
**Retrócede**  
 22  
 ¿Qué bienes en cuenta de un condón?

Una buena charla con tu facultativa te pone las pilas.  
 21  
 Tira otra vez.

me toca  
 20  
 porque tomo

19

18  
 17  
 16  
 15  
 14  
 13  
 12  
 11  
 10  
 9  
 8  
 7  
 6  
 5  
 4  
 3  
 2  
 1

51  
 La Inmaculada Decretum

50

49  
 Te engatusan para hacerlo sin condón. Vas a la #45 a por ellos.  
 48  
 47  
 46  
 45  
 44  
 43  
 42  
 41  
 40  
 39  
 38  
 37  
 36  
 35  
 34  
 33  
 32  
 31  
 30  
 29  
 28  
 27  
 26  
 25  
 24  
 23  
 22  
 21  
 20  
 19  
 18  
 17  
 16  
 15  
 14  
 13  
 12  
 11  
 10  
 9  
 8  
 7  
 6  
 5  
 4  
 3  
 2  
 1

16  
 15  
 14  
 13  
 12  
 11  
 10  
 9  
 8  
 7  
 6  
 5  
 4  
 3  
 2  
 1

Se puede usar como un juego, pero es sobre todo un estímulo a la adhesión. Situat@s en la casilla de salida y pertrechad@s con cubilete, dado y ficha, intentad llegar al final siguiendo las reglas del clásico juego de la oca (¡sin trampas!) para conseguir la indetectabilidad.

40  
 Seguro que haces sexo, pero ¿Haces sexo seguro?

41  
 ¿Defectos secundarios?  
 Vuelve a la # 37

43  
 42  
 41  
 40  
 39  
 38  
 37  
 36  
 35  
 34  
 33  
 32  
 31  
 30  
 29  
 28  
 27  
 26  
 25  
 24  
 23  
 22  
 21  
 20  
 19  
 18  
 17  
 16  
 15  
 14  
 13  
 12  
 11  
 10  
 9  
 8  
 7  
 6  
 5  
 4  
 3  
 2  
 1

11  
 10  
 9  
 8  
 7  
 6  
 5  
 4  
 3  
 2  
 1

4  
 3  
 2  
 1

HORARIOS  
 5  
 ¿Cuesta acostumbrarse?

6  
 5  
 4  
 3  
 2  
 1

7  
 6  
 5  
 4  
 3  
 2  
 1

9  
 8  
 7  
 6  
 5  
 4  
 3  
 2  
 1

## Hummus

- ▶ 1 taza de garbanzos crudos o un bote de garbanzos cocidos
- ▶ 4 cucharadas de zumo de limón
- ▶ 2 cucharadas de aceite de oliva
- ▶ 2 dientes de ajo
- ▶ se le puede añadir 2 cucharadas de tahin y 2 cucharaditas de comino molido
- ▶ una pizca de pimentón dulce como adorno
- ▶ 2 cucharadas de agua adicionales

## Pinchitos

- ▶ Un trocito de cebolla
- ▶ Un corazón de alcachofa
- ▶ 2 champiñones pequeños
- ▶ Un trocito de berenjena
- ▶ Un trocito de pimiento rojo o verde
- ▶ Un trocito de calabacín
- ▶ 1 ó 2 tomates pequeños
- ▶ Aceite de oliva al gusto
- ▶ Tomillo molido
- ▶ Una ramita de romero fresco
- ▶ Sal
- ▶ Carne de ternera, cordero o pollo, la que tengáis en la nevera.

## Tallarines Primavera

- ▶ 65 gr. de espárragos trigueros (verdes)
- ▶ 30 gr. de mantequilla
- ▶ 2 cucharadas soperas de cebolla bien picada
- ▶ 2 cucharadas de apio bien picado
- ▶ 30 gr. de zanahorias cortadas a cuadraditos
- ▶ 30 gr. de calabacín cortado a cuadraditos
- ▶ 2 cucharadas de pimiento rojo pelado y cortado a dados
- ▶ Sal y pimienta negra
- ▶ 125 ml. de crema de leche
- ▶ 15 gr. de queso parmesano rallado
- ▶ 1 cucharada de perejil picado

# Como

## Opciones para llevarse al estómago

### Hummus/Paté de garbanzos

Este plato está dedicado a las mujeres de **Apoyo Positivo** que vinieron a hacernos una visita a **ActuaDona**, probaron el plato, les gustó y aquí lo tienen explicadito para hacerlo.

**Nota:** El hummus se puede comer con trocitos de carne de cordero, ternera o pollo. También se puede comer solo, con pan de pita (pan libanés) o pan ligeramente tostado.

**1** Poner los garbanzos en un recipiente con agua y dejarlos en remojo durante 4 horas o durante toda la noche. Escurrirlos, ponerlos en una cazuela con agua fresca y llevarlos a ebullición, dejarlos hervir a fuego lento durante 1 hora sin tapar.

**2** Pon los garbanzos en una trituradora o en un minipimer, junto con el zumo de limón, el aceite, los ajos partidos, el agua y la sal y batirlos durante 30 segundos, hasta conseguir una pasta fina.

**3** Pon el hummus en un cuenco o bol, espolvorearlo por encima con un poco de pimentón dulce ¡Ya lo puedes servir!

### Pinchitos de carne con vegetales o de vegetales

La carne tiene que estar cortada a trozos gordos, según con las verduras o hortalizas que queramos acompañarla, y que hay verduras que se hacen a la parrilla unas antes que otras, por ejemplo; el pimiento y la cebolla.

Para los que hagáis los pinchitos con carne, primero ponéis la verdura u hortaliza que más os guste, que más os apetezca y seguidamente pincháis un trozo de carne y así sucesivamente. Hasta que no nos quede más sitio en el pincho. Los que lo coman solamente con verduras que las ensarten según los colores por ejemplo.

En un mortero aparte pondremos un poco de tomillo fresco y sal, lo machacaremos y añadiremos un poco de aceite de oliva.

Ponemos los pinchos a la plancha o a la brasa. Media hora a fuego lento. Con la ramita de romero fresco, iremos untando la mezcla que hemos hecho previamente en el mortero y al mismo tiempo que untamos al pinchito le vamos dando la vuelta.

Así hasta que se acaben de hacer. Como veis los platos se pueden hacer a gusto del/la consumidor@, **con o sin carne.**

### Tallarines Primavera

Pelar y quitar la parte verde a los espárragos (la parte más dura). Hervirlos hasta que estén tiernos y cortarlos a trocitos. Derretir la mantequilla con sal en una sartén a fuego lento, poner la cebolla y saltearlo hasta que esté bien dorado, seguidamente añadir el apio y la zanahoria, saltearlo durante 5 minutos, agregar el calabacín, el pimiento rojo y continuar salteando a fuego lento hasta que las verduras estén tiernas (que conserven el color). Añadir la sal y pimienta. Añadir los espárragos a las otras verduras y saltear aprox. 1 m. y por último añadir la crema de leche. Todo esto se tendrá que ir removiendo hasta que se haya reducido a la mitad, y entonces lo retiramos del fuego.

Cuando la pasta esté cocida al dente, calentar la salsa y mezclarla bien con la pasta. Servirlo inmediatamente espolvoreando el queso y el perejil por encima de la pasta.

**La pasta:** Hay que cocerla con abundante agua hirviendo con sal y aceite para evitar que la pasta se pegue. Si utilizamos pasta integral tener presente que necesita más tiempo de cocción (unos 20 m., más o menos). Mientras se esté haciendo la pasta podéis probarla y sacarla del fuego cuando esté a vuestro gusto.

# gustéís

**L**os garbanzos son de la familia de las legumbres, que poseen muchas proteínas, muchas, y son muy nutritivos, contienen sales minerales (calcio, hierro, magnesio), vitaminas y abundantes hidratos de carbono.

Para que las legumbres no nos sean difíciles de digerir y no nos causen esa sensación de pesadez en el estómago, se recomienda no comerlas como plato único, sino como acompañamiento de verduras y cereales. Hay que comerlas, pero en cantidades moderadas. A la hora de ponerlas al fuego, que sea con el agua más o menos fría y sobre todo cocinarlas a fuego lento. Cuando nos las pongamos en la boca, las tenemos que masticar bien, ya que de este modo facilitamos la digestión.

Se recomienda comer legumbres dos veces por semana en invierno y una vez por semana en verano, pero ya sabéis, en cantidades moderadas. Si las coméis con cereales, que haya menos cantidad de legumbres que cereal o al revés, nunca en partes iguales.

En esta receta de hummus hay otro alimento muy importante que es el sésamo. El sésamo es una semilla muy pequeña, pero muy grande por su valor energético. Desde los tiempos antiguos, se ha considerado un alimento exquisito y muy energético. De ahí

viene la fórmula mágica de **Ábrete, sésamo** que tanto hemos oído en el cuento de Alibabá y los 40 ladrones: se decía porque al sésamo se le atribuían propiedades favorables a la memoria y a la claridad mental y actualmente se ha comprobado que el grano de sésamo es un alimento específico para el sistema nervioso. Come las semillas de sésamo crudas o ligeramente tostadas.

El sésamo lo podemos encontrar en el mercado en forma de **gomasio**: es una mezcla de sésamo con sal marina, se suele utilizar como condimento. Cuidado de no excederos mucho con el gomasio, ya que el plato puede quedar salado. También lo podemos encontrar en forma de **tahin**: es una pasta de sésamo. Se puede utilizar como condimento o simplemente para untar con pan.

De las verduras hemos hablado en otros números. Como sabéis, tienen un bajo valor energético, pero poseen otras propiedades que son muy beneficiosas para nuestro organismo, contienen grandes cantidades de betacarotenos (provitamina A), Vitamina C, sales minerales y una elevada proporción de fibra, o sea ¡cuidado para l@s que tengáis diarreas! También se recomienda no comer o reducir al mínimo su consumo a las personas que tengan deficiencias nutritivas, mala digestión y con edemas generalizados.

Por último un buen plato de pasta, que en este caso son tallarines pero lo podéis hacer con el tipo de pasta que tengáis en la despensa de vuestra casa. La pasta es un alimento nutritivo y calórico, se puede acompañar de diferentes salsas y se pueden hacer sopas, guisos e incluso hasta ensaladas.

La pasta está hecha de cereal de trigo, este cereal posee sales minerales, numerosos oligoelementos y vitaminas indispensables para nuestro organismo (del grupo B, D, E, K). Para que conserven todas estas cualidades deberían estar hechas con el 100% de sémola de trigo duro. La pasta hecha de harina integrales posee mayor valor nutritivo, ya que contiene todas las partes constituyentes del grano de cereal.

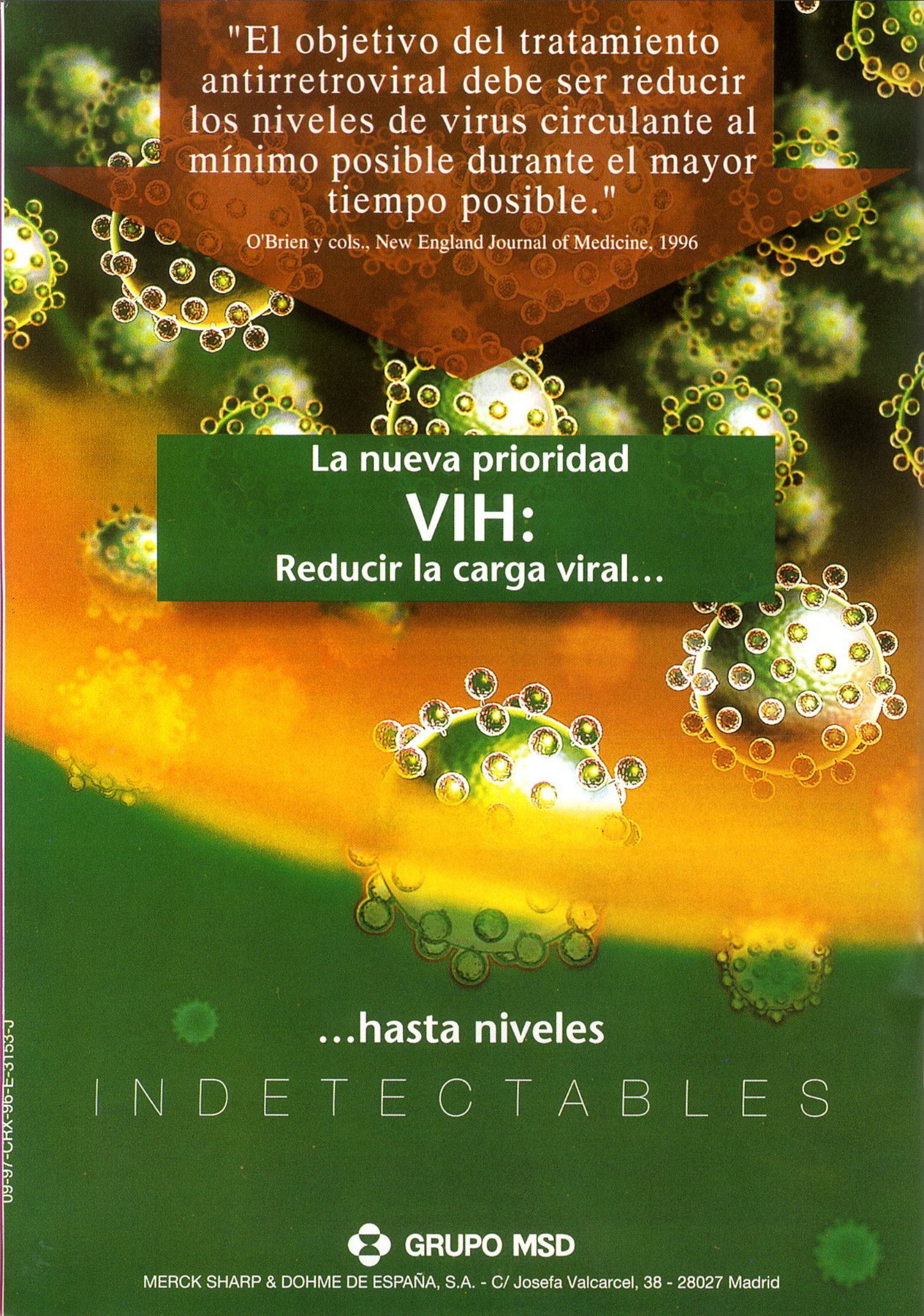
Como ya sabéis: **¡Imaginación al poder en la cocina!** Las recetas os dan una idea de cómo cocinar un alimento, pero vosotr@s tenéis que poner un poco de imaginación. Tenéis que jugar con la cocina, como si fueráis químico@s, ahora pongo un poquito de aquí y quito un poquito de allá, pongo carne, no la pongo, y así vais probando hasta que la mezcla te salga tan buena como para chuparse los dedos. ■

¡QUE OS APROVECHE!

PILAR ZUBIAGA



Hummus acompañado de nachos y taquitos de queso manchego  
¡Un buen pica pica!



"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

# Cuerpos Sudados

¡Hola amigos! Aquí estamos otra vez para continuar con los comentarios y sugerencias para el entrenamiento en el culturismo. Una cosa que quiero destacar aquí es la idea de que las pesas son tanto para chica como chico. Aunque lo normal es ver chicos en las salas de pesas, cada día se ven más mujeres. En cualquier caso, deberías hablar con el entrenador las primeras veces para acostumbraros.

**A**demás de un medido y controlado entrenamiento, es importante el descanso y la nutrición. Es fundamental el consumo de proteínas (especialmente en los seropositivos, ya que necesitamos una mayor ingesta de las mismas), además de carbohidratos, verduras, cereales, legumbres, frutas frescas y frutos secos. También, se puede complementar la dieta con vitaminas y minerales (conseguibles en farmacias), teniendo en cuenta el cambiar de marca una vez terminado el frasco para variar las proporciones de esas vitaminas y minerales y no acostumbrar al organismo. Si queréis un poco de energizante, prefiero en todo caso el Guaraná en polvo, un producto procedente del Brasil (se consigue en herboristerías y tiendas de dietética) que tiene un efecto como la cafeína concentrada; su energía se consume durante el entreno y no produce alteraciones nerviosas. Se puede tomar una dosis de una cucharadilla de café con agua o zumo antes del entreno. También es importante cada 3 o 4 meses tomar vitaminas y algún mineral de forma separada, como por ejemplo vitamina A+E, B+C, hierro y zinc.

También tenemos los complementos nutricionales, como las proteínas y carbohidratos en polvo para hacer batidos con leche o zumos de frutas, y que se consiguen en cualquier tienda de nutrición deportiva. Aconsejo una proporción del 70% de proteínas y 30% de carbohidratos, y si llevan incorporada L-Glutamina y L-Carnitina mejor, ya que ayudará al desarrollo de la masa muscular. La única salvedad es que estos productos son de difícil digestión, por tanto tened cuidado quienes tengáis problemas de estómago o digestivos.

En el artículo pasado presenté una tabla de entreno para pectorales. En esta ocasión continuaremos con el entreno de hombros y tríceps.

## Hombros/Deltoides

Sólo menciono 4 series, pero puedes hacer una 5ª para relajarte después del ejercicio.

**1 Press tras nuca con barra**  
Un banco/pared a 90°, 4 series decrecientes en repeticiones (12-10-8-6) y aumento en el peso.

**2 Aperturas de pie con mancuernas (delante y/o a los lados)**  
Desde las caderas hasta la altura de los hombros. Las mismas repeticiones que el anterior.

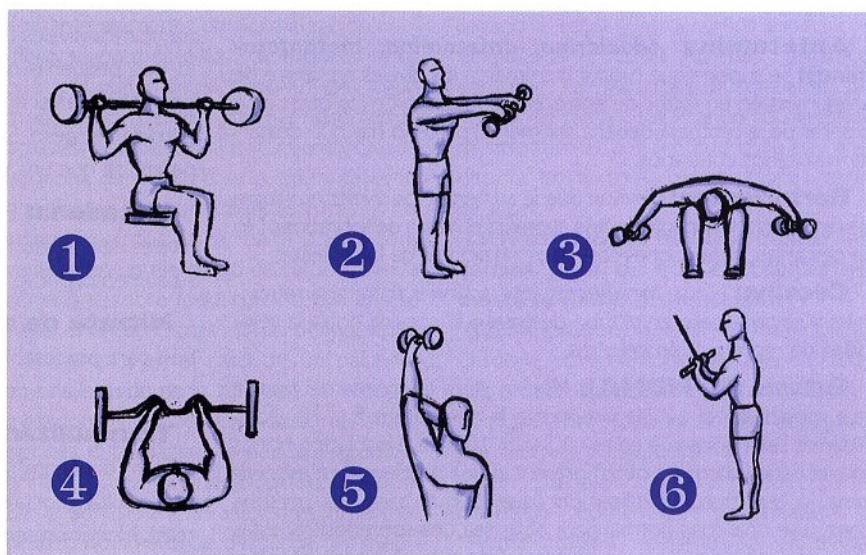
**3 Pájaros (Mariposas) con mancuernas**  
En banco plano con el torso apoyado en las rodillas y elevando las mancuernas desde el suelo hasta la extensión máxima de los brazos. Repeticiones ídem anteriores.

## Tríceps

**4 Press francés con barra Z**  
En banco plano, con los codos lo más juntos posible. Repeticiones de 12-10-8-6 con peso ascendente. ¡Los codos no se mueven!

**5 Extensiones tras nuca con mancuerna**  
Con brazos alternados, sentado en banco plano y llevando la mancuerna desde la nuca a la extensión máxima del brazo. Repeticiones ídem anterior.

**6 Jalones de polea de pie**  
Desde el pecho hasta las caderas extendiendo al máximo los brazos, con los codos pegados al cuerpo. Las mismas repeticiones anteriores.



Bueno, espero que os sean de utilidad estos comentarios, y cada uno ya sabe que podrá adaptarlos a su periodicidad de entreno y posibilidades físicas. Ya sabéis que hay que tomarlo con calma y perseverancia para obtener resultados que no sean contrarios a los que pretendemos conseguir, es decir, más salud, aumento de peso y masa muscular y una buena forma física. Por ahora me despido hasta una próxima ocasión. ■

ROBERTO ORLANDO

# antirretrovirales + drogas recreativas: combinaciones explosivas

**P**ara que la mayoría de drogas surtan su efecto y no te maten, deben ser metabolizadas por el hígado o los riñones. Los recursos de estos órganos son limitados y cuentan con un número determinado de componentes químicos para llevar a cabo la tarea. Es por ello que ciertos productos, ya sean fármacos anti-VIH o drogas recreativas, pueden afectar la actuación de otros; el efecto se conoce como interacciones, y alguna de ella puede ser grave.

No se ha investigado demasiado sobre estas interacciones y, recordemos que para la mayoría de organismos gubernamentales el eslogan "simplemente di NO" parece aplicar certeramente a todas sus actuaciones sobre el tema. Puede considerarse más adecuado no tomar drogas ilegales si te estás tratando con antirretrovirales, pero más bien por falta de información que por el hecho de ser 'ilegales'.

**Alcohol:** Videx (ddl) puede incrementar el riesgo de pancreatitis, de manera que si tomas Videx, controla la cantidad de alcohol que consumes.

No se han descrito interacciones entre el consumo moderado de alcohol y otros fármacos anti-VIH; sin embargo sí se sabe que su uso crónico y excesivo es perjudicial para el hígado. Ello supone un riesgo ya que se daña el canal por el que se metabolizan la mayoría de fármacos y hace que se acumule en nuestro organismo una mayor cantidad de fármaco sin metabolizar, lo que puede producir sobredosis y efectos secundarios más graves. El alcohol puede causar deshidratación, por lo que es recomendable beber mucha agua.

**Anfetamina (dextrodina, anfetamina, metanfetamina):** Se supone que Norvir incrementa los niveles en sangre de anfetamina en un factor de entre 2-3. El impacto de los otros inhibidores de la proteasa debería ser menor, pero no hay que descartar resultados contrarios.

**Barbitúricos:** Crixivan puede aumentar los niveles en sangre de fenobarbital (Luminal), lo que aumenta el riesgo de sobredosis. No se descartan interacciones con otros inhibidores de la proteasa.

**Cocaína:** No se han descrito interacciones entre antirretrovirales y cocaína, pero en el tubo de ensayo la cocaína dobla la velocidad de reproducción del virus.

**Éxtasis (X, MDMA):** Norvir altera la enzima del hígado que metaboliza el éxtasis y aumenta la dosis entre 5 y 10 veces. Además se conoce que entre un 3 y un 10% de la población blanca (no se tienen datos de otras) presentan una deficiencia en esta enzima, lo que puede explicar por qué lo que para una persona constituye una dosis normal para otras sea una sobredosis. Si estás tomando inhibidores de la proteasa [ritonavir (Norvir), nelfinavir (Viracept), indinavir (Crixivan), saquinavir (Fortovase)] o inhibidores de la transcriptasa inversa no-nucleósidos [nevirapina (Viramune), delavirdina (Rescriptor) o efavirenz (Sustiva)] el consumo de éxtasis puede ser de alto riesgo.

De entre estos fármacos, Norvir y Rescriptor parecen ser los más peligrosos. Se ha descrito un caso de muerte producido tras la combinación de una dosis normal de éxtasis y la ingestión de Norvir. Si tomas éxtasis con un inhibidor de la proteasa, espera el máximo de tiempo posible a tomar el éxtasis tras la ingestión del inhibidor y procura tener alguien contigo que sepa lo que has tomado por si hay complicaciones. Estudios recientes han demostrado también que el éxtasis trastorna la producción de serotonina, por lo que debe evitarse si se tienen antecedentes personales o familiares de desórdenes de ansiedad o depresión.

**Heroína:** Norvir parece reducir los niveles de heroína en un 50%. Sin embargo, se conocen efectos opuestos de esta droga y los inhibidores de la proteasa. La heroína sintética (fentanyl, alpha-metil-fentanyl) es muy potente en dosis mínimas y puede ser mortal en combinación con otra droga.

**Ketamina:** En combinación con Norvir, la ketamina puede producir una inflamación aguda del hígado que desemboca en ictericia. Un experto neoyorquino ha registrado dos casos, ambos remitieron en pocas semanas. Pero cualquier sustancia que perjudique el hígado puede ser perniciosa para personas VIH+.

**LSD (Ácido):** No se han descrito interacciones.

**Marihuana:** Los inhibidores de la proteasa pueden incrementar los niveles THC (el ingrediente activo de la marihuana) por lo que pequeñas dosis pueden ponernos muy ciegos. Lo mismo ocurre con la versión sintética (Marinol) que se emplea en caso de pérdida de peso. Su interacción con antirretrovirales no entraña peligro ya que una sobredosis de THC es casi imposible.

**Metadona:** En vivo, algunos antirretrovirales disminuyen los niveles de metadona en sangre cuando in vitro todo apuntaba hacia su aumento, por lo que se recomienda prudencia.

**Nitrato de amilo (Poppers):** El hígado emplea el glutatión para procesar el nitrato de amilo y la supervivencia se asocia con un nivel alto de glutatión.

**Tranquilizantes:** Los tranquilizantes Halcion (triazolam), Valium (diazepam), Ambien (zopidem) y Versed (midazolam) pueden resultar mortales si se combinan con los inhibidores de la proteasa. Norvir presenta un mayor efecto negativo. Ingeridos en grandes dosis, los tranquilizantes pueden provocar dificultades respiratorias. Ativan (lorazepam), Serax (oxazepam) y Restoril (temazepam) son más seguros con Norvir; y puede que incluso atenúe el efecto de los primeros. ○

**Otras interacciones no listadas aquí pueden resultar mortales. Ciertas drogas pueden estar cortadas o manipuladas con otras sustancias que pueden interactuar con los mismos fármacos y su potencia puede recorrer un espectro muy amplio. Con una total ausencia de documentación al respecto, es aconsejable evitar en la medida de lo posible todo tipo de interacciones.**



# ¿LOS ANTIRRETROVIRALES EN LA FARMACIA DE LA ESQUINA?



**R**afael Borràs es responsable de las áreas de VIH/SIDA y de drogodependencias (¿cómo no?) del colegio de farmacéuticos de Barcelona. Los farmacéuticos aspiran a tener un papel más activo en la dispensación de la medicación antirretroviral y en el seguimiento de la adhesión. Hasta ahora, en España, el papel del farmacéutico "de barrio" o "comunitario" ha sido casi inexistente, a diferencia de lo que ocurre en otros países, incluso muy cercanos como Francia, donde existe la doble dispensación de la medicación: en la farmacia hospitalaria y en la comunitaria. A propósito de éste y otros temas hemos hablado con Rafael Borràs Vives, farmacéutico y responsable, desde 1997, de las Áreas -diferenciadas, como se encarga de especificar él mismo- de drogodependencias y de VIH/SIDA en el Colegio de Farmacéuticos de la provincia de Barcelona.

**Lo+Pos:** ¿Cuál ha sido el papel, hasta el día de hoy, de los farmacéuticos no hospitalarios en el tratamiento contra el HIV/SIDA?

**R.B.:** Podría definirse como de "reducción de daños" y de ayuda en la prevención. En cuanto a lo primero, se ha colaborado en los programas de intercambio de jeringuillas y cabe destacar que existe ya un programa en el que participan 500 farmacias de más de 52 municipios. Los farmacéuticos estamos colaborando también en los programas de mantenimiento con metadona a través de los cuales intentamos incidir en el cumplimiento por parte de los pacientes de su tratamiento antirretroviral y anti TB.

En el tema de prevención, periódicamente, en nuestro Colegio de Barcelona se realizan campañas y la disposición de todos los colegiados es excelente para continuar realizándolas.

**Lo+Pos:** Un papel ciertamente secundario, podría decirse...

**R.B.:** El problema radica en la imposibilidad actual, en España, de dispensar tratamientos antirretrovirales en la farmacia comunitaria. Se está dando incluso el contrasentido de que existen planes piloto de seguimiento del cumplimiento por parte de oficinas y farmacéuticas cuando la dispensación es únicamente hospitalaria.

**Lo+Pos:** ¿Qué ganaríamos todos, y en primer lugar los pacientes, si los tratamientos pudieran conseguirse también en la farmacia de tu ciudad o barrio y no sólo en los hospitales?

**R.B.:** En primer lugar, creo que existe un factor psicológico: el hecho de acudir una

menor cantidad de ocasiones al hospital y, en todo caso, evitar aquellas en que únicamente se acude a recoger la medicación, debería ser un factor de distensión para el/la paciente que, además, ganaría en accesibilidad. De alguna forma, la farmacia podría convertirse en un elemento normalizador. A mí me sorprende que, al mismo tiempo que desde el punto de vista científico se ha avanzado ya tanto en la lucha contra el VIH/SIDA, desde el punto de vista de la normalización social aún se ha avanzado tan poco. En este sentido, repito, la farmacia puede ser un importante elemento de normalización.

Pero, seguramente, lo más importante es que conseguiríamos mejorar de algún modo uno de los grandes problemas actuales: la adhesión al tratamiento. Desde la oficina de farmacia se pueden detectar con mayor inmediatez los errores y los incumplimientos. La farmacia puede convertirse en un elemento de refuerzo en la adhesión -sobre todo, cuando falla en ese papel el entorno más íntimo del paciente. Por ejemplo, en el caso de un paciente que ya acude a la farmacia a recoger metadona y ha de venir cada mañana a por ella, el farmacéutico puede asegurar la primera toma y tiene la opción de reforzar la adhesión a las siguientes. El farmacéutico no sólo debe despachar un medicamento, sino que tiene una responsabilidad sobre aquello que dispensa. El farmacéutico, pues, puede llegar a ser clave en la educación sanitaria, es decir, en que el paciente automatice el consejo y la prescripción farmacológica.

Por otra parte, el seguimiento, por ejemplo, de las reacciones adversas de los me-

dicamentos, al menos en una primera instancia, podría mejorarse si se realizara también desde la oficina de farmacia.

**Lo+Pos:** Y, los farmacéuticos, ¿estarían lo suficientemente preparados para lidiar con los cada vez más complejos tratamientos?

**R.B.:** Si tenemos en cuenta la buena predisposición con que se han realizado las campañas de prevención, incluida la de este año referente a la adhesión, creo que eso no resultaría un problema. En nuestro Colegio, tan sólo en el pasado año, además de algunos cursos paralelos, hemos llevado a cabo cuatro cursos específicos dirigidos al VIH/SIDA. Además, contamos con que las farmacias hospitalarias de hecho se están implicando progresivamente, aunque con lentitud todo hay que decirlo, en la toma de decisiones terapéuticas.

**Lo+Pos:** ¿Dónde hay que buscar las causas, pues, de que en España no exista la doble dispensación?

**R.B.:** Básicamente, y así se nos ha dicho desde la Administración sanitaria, en razones económicas. Cuando hemos propuesto algún plan piloto se nos ha denegado por motivos presupuestarios.

Y en este punto, tan faltos de espacio nosotros como de sensibilidad la "Administración", dejamos la entrevista aunque, sin duda, volveremos pronto sobre el tema del papel de los farmacéuticos tradicionales y de las farmacias de toda la vida en la dispensación y la adhesión de los tratamientos antirretrovirales, es decir, en nuestra calidad de vida. ■

ÓSCAR G. CORTÉS

E I

tratamiento del VIH con las nue-

vas combinaciones antirretrovirales vive tiempos marcados por la

problemática coexistencia de muchas personas VIH+ que toman HAART (Terapia Antirretroviral Altamente Activa) con los nuevos efectos secundarios de tales combinaciones de fármacos. Sin haber tenido apenas tiempo para estudiarlos a fondo, ahora debemos afrontar los impactos desagradables que la toma diaria de ciertos medicamentos tiene en nuestras vidas. Por ejemplo, sabemos que la redistribución anómala de la grasa corporal y los cambios metabólicos asociados a los inhibidores de la proteasa (IP) son cada vez más frecuentes y parece también que estos cambios metabólicos pueden suponer un riesgo aumentado de enfermedad cardíaca. ¿Tienen todos estos cambios una causa única? ¿Cuáles son sus consecuencias a largo plazo? ¿Cómo podemos prevenir o tratar estos efectos adversos? Se trata de un puzzle enrevesado que aún está lejos de ser resuelto.

Las anomalías en el metabolismo de los lípidos y la redistribución de la grasa corporal parecen afectar en mayor o menor medida a la gran mayoría de personas seropositivas que toman inhibidores de la proteasa (IP) durante al menos un año. Los cambios metabólicos observados señalan, por un lado, el aumento de los niveles de lípidos en sangre que se asocia con riesgo aumentado de enfermedad coronaria (colesterol LDL, considerado como el colesterol "malo", y triglicéridos); por otro lado, el trastorno de la tolerancia a la glucosa que puede conducir a la resistencia a la insulina y, por último, la diabetes mellitus. En lo que respecta a los cambios físicos observados, éstos van desde la acumulación de grasa en las paredes intraabdominales (la panza proteásica), en la parte posterior del cuello (el morrillo) o alrededor del mismo, hasta la pérdida de grasa en brazos y piernas (las venas marcadas podrían ser consecuencia de ello) o la emaciación de cara y trasero. La caída del cabello, la sequedad de la piel y labios o los trastornos en el crecimiento de las uñas también son algunos de los cambios observados con frecuencia variable en las personas que toman IP (aunque algunos informes clínicos describen cambios metabólicos y de distribución de la grasa corporal en personas VIH+ que nunca han tomado IP).

Aunque la asociación de todos o varios de estos efectos suele conocerse como síndrome de lipodistrofia, éste dista de estar bien definido y los informes al respecto suelen mezclar los cambios físicos (y dentro de éstos la emaciación por un lado y la redistribución de la grasa corporal por otro) y los metabólicos, impidiendo la identificación de patrones claros de descripción y diferenciación de casos.

Si se trata de buscar las causas de estos trastornos de los lípidos sanguíneos y de la grasa corporal, la cosa se complica aún más: mientras algunos autor@s hablan de un efecto directo de los inhibidores de la proteasa en las proteínas que se encargan de la movilización y almacenamiento de grasa en el cuerpo, otros consideran que estos cambios son debidos al propio VIH y su acción progresiva en el cuerpo humano o hablan sin más de causas inexplicables.

Por lo demás, la posible relación entre los cambios físicos y los del metabolismo lipídico también está por clarificar: ¿Es la panza proteásica, por ejemplo, una consecuencia de los trastornos metabólicos o se trata de efectos secundarios completamente separados? En todo caso, ¿qué consecuencias conllevarán a largo plazo estos efectos secundarios sobre los que los científic@s no acaban de ponerse de acuerdo?

Incluso si los efectos secundarios de los fármacos fueran únicamente estéticos, éso ya es más que suficiente para muchas personas, que sufren un gran impacto emocional al ver su figura corporal alterada, a veces dramáticamente. Si además la lipodistrofia puede ser acompañante de condiciones tan serias como la hiperlipidemia (altos niveles de lípidos en sangre), la hiperglucemia (altos niveles de azúcar en sangre) y la diabetes, o ponemos en situación de riesgo aumentado de problemas cardíacos, resulta lógico que indagemos sobre las posibles soluciones a estos problemas.

CO rallo n

En ningún caso insinuamos que se deba abandonar la medicación sin más ni más y tampoco queremos exagerar los aspectos negativos de las nuevas combinaciones sino, bien al contrario, ser conscientes de lo que tomamos para nuestra infección por VIH, los posibles efectos adversos de esos fármacos y lo que podríamos hacer para paliarlos o evitarlos y así disfrutar de un bienestar que nos permita llevar una vida más normalizada.

Hoy por hoy, el ejercicio físico, la dieta y el uso de ciertos fármacos son las intervenciones más comunes cuando se trata de evitar o revertir estos efectos, aunque el beneficio de cada una de ellas es variable, quizá cuestionable y, en todo caso, todavía poco estudiado. Cambiar de IP o dejar del todo los inhibidores (en el caso de un primer tratamiento no empezar con ellos) son otras opciones, aunque cualquier cambio ha de ser cuidadosamente evaluado antes de lanzarse a ello.

¿Cómo se observa internamente el exceso de grasas? La sangre se espesa, los glóbulos rojos se hacen más densos y más numerosos. La viscosidad se incrementa con la grasa que se acumula en las arterias. Las arterias pierden flexibilidad y se endurecen. Las estatinas forman una familia de fármacos caracterizados por ser de prescripción "una vez al día"; son coenzimas que "disuelven" las grasas para que puedan ser eliminadas por el hígado; suelen ser bien toleradas y presentan mínima toxicidad hepática.

Señalemos por otra parte que los esteroides anabolizantes, que muchas personas VIH+ utilizan para combatir la caquexia, el cansancio, la anemia o los estados deficitarios de tipo hormonal, habrían de ser utilizados con prevención y no sobredosificados si estamos utilizando IPs. La testosterona a dosis altas, junto con algún otro esteroide, puede disparar el hematocrito (la fracción de la sangre que corresponde a los glóbulos rojos), lo que supone un riesgo adicional. Los anabolizantes provocan hipertensión, arritmia e isquemias en el miocardio. Además, debilitan las paredes de los ventrículos. Los esteroides modulan la transcripción, la translación y la función de las enzimas y, así, alteran la patología celular y la fisiología del corazón más allá de cuando un@ cesa de tomarlos. Además incrementan la actividad de la lipasa que controla los triglicéridos en el hígado, aumentan el riesgo de arteriosclerosis y reducen los niveles de HDL (lipoproteína de alta densidad, tipo de colesterol "bueno") que es una defensa natural de autoregulación del cuerpo a fin de evitar este tipo de lesiones.

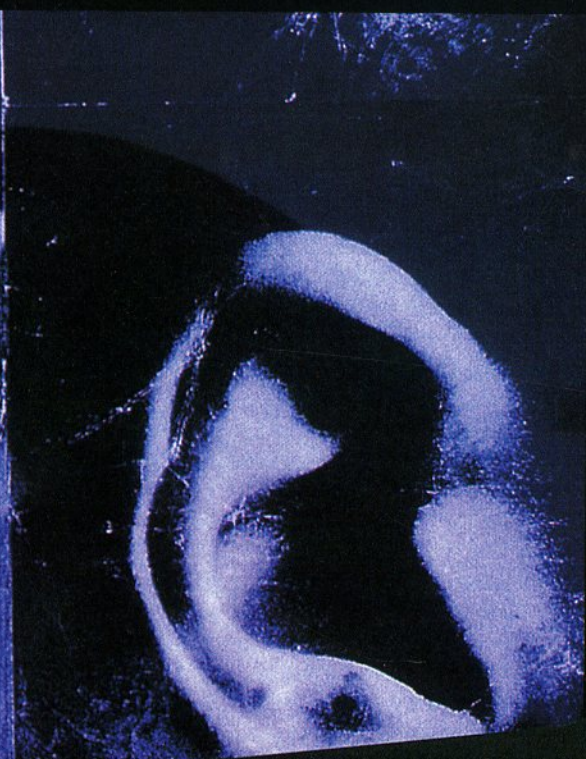
Una dieta adecuada (¡habla con tu médico si crees que necesitas la ayuda de un/a nutricionista!) y un buen programa de ejercicios físicos (de nuevo busca ayuda en un/a monitor que sepa lo que hay) pueden resultarte beneficiosos. Asimismo, el control del azúcar y de la presión sanguínea, olvidarse del tabaco y del abuso del alcohol, son buenas ideas para aquell@s seropositiv@s que puedan presentar problemas cardíacos o que quizás ya los tienen. Las estatinas por sí mismas no hacen milagros, pero pueden contribuir a proteger el corazón de los lípidos. La vitamina E utilizada como suplemento junto otros antioxidantes puede ayudar a eliminar el colesterol en sangre.

En todo caso, lo que queremos dejar claro es que necesitamos que se lleven a cabo más y más investigaciones clarificadoras sobre los medicamentos que tomamos y los riesgos que corremos al hacerlo, porque las "combos" funcionan, pero parece que algunos IP producen una acumulación exagerada de triglicéridos y lípidos en nuestra sangre y nuestro cuerpo. Aparte del sufrimiento psicológico que ello puede suponer, corremos el riesgo de padecer algún achaque en el corazón por la viscosidad que adquiere nuestra sangre. Hábitos sanos, comidas naturales y conocer mejor los fármacos que tomamos nos ofrecerán una mejor calidad de vida.

Si la información que recibimos sobre los fármacos que tomamos no nos convence, siempre podemos volver a preguntar a nuestro@s doctor@s: ser persistente y tenaz, incluso ser un/una "plomo" o el "terror de los médicos" puede merecer la pena si lo que queremos es estar realmente convencid@s de que estamos eligiendo la mejor opción posible para nuestra vida y nuestra salud.

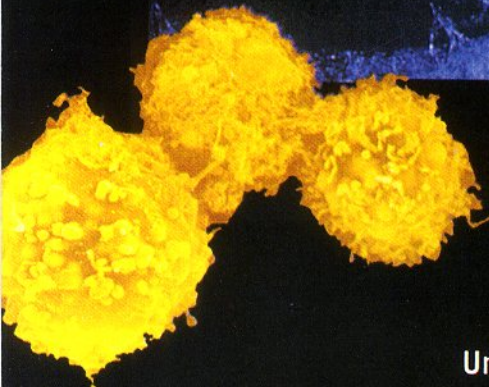
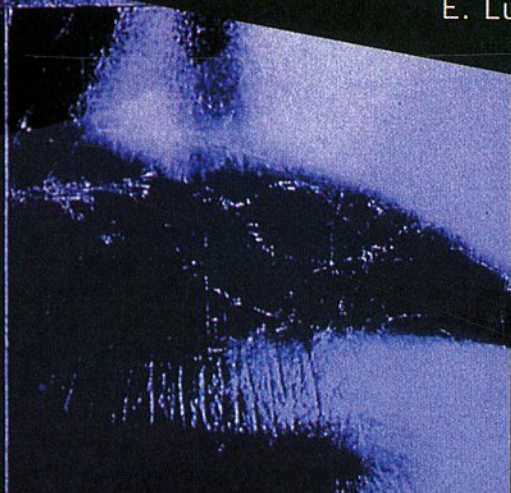
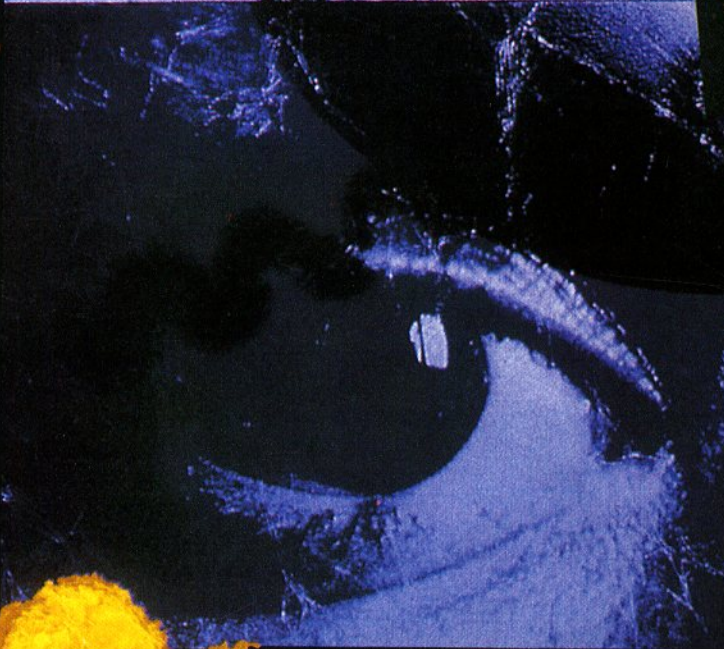
Susanna Salillas

partito



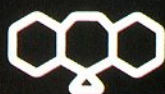
"NO POR EL PENSAMIENTO, SINO  
POR LOS SENTIDOS, NOS LLEGA TODO  
CONOCIMIENTO DECISIVO"

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>

# NO ME CAMBIO POR NADIE

**E**n el número anterior os decía que me estaba tomando un respiro de la medicación, un descanso. En la última analítica, la carga viral se ha disparado, los T4 han bajado y yo estoy de vuelta al mundo de los fármacos. En este artículo no quiero hablar de las medicaciones. No sé vosotr@s pero yo estoy harta de que parezca que todo gira en torno a si tomo esto o lo otro.

Mi vida con el VIH no se reduce a elegir un tratamiento adecuado que me proporcione unos resultados óptimos.

El otro día estaba cenando en casa de unas amigas. Después de una cena exquisita nos pusimos a jugar. El juego consistía en hacer preguntas sobre cosas que querías saber de las participantes. Alguien me preguntó ¿por quién de las presentes cambiaría mi vida? y ¿por qué? ¡joder, qué pregunta más difícil! Lo primero que me salió es que yo no la cambiaba por la de nadie. Pero el juego obligaba a elegir así que decidí que cambiaba mi condición de seropositividad por cualquiera de las chicas que allí estaban.

Luego, en casa pensaba que no, que yo no me cambio por nadie, que el hecho de tener VIH ha contribuido y contribuye de forma decisiva a ser quien soy.

He tenido que mirar muy dentro de mí y cambiar muchas cosas para tener la vida que tengo, que es la que yo he elegido y la que además me sienta bien. Es un proceso constante, pero es lo que yo quiero. Es difícil cambiarte por alguien si te gusta lo que tienes y quien eres.

A veces me detengo y observo cómo vive la gente, el ritmo que llevan. Corren por la calle, por el metro, pasan a tu lado a una velocidad vertiginosa, tanta que un golpe de aire te sacude la cara o alguien tropieza contigo porque ni tan siquiera te ha visto, no tienen tiempo, van corriendo a todos lados, deprisa al trabajo porque llegan tarde, rápido a la vuelta para llegar pronto a casa

y aprovechar el tiempo. Creo que el personal se está volviendo loco.

Yo he elegido otro ritmo. El VIH me ha hecho darle otro ritmo a mi vida, tomarme las cosas con tranquilidad, aprender a no dar excesiva importancia a cosas que no la tengan. Me gusta tener tiempo para mí, a veces para no hacer nada y mirar el techo de casa, otras para hacer lo que me gusta y no tener prisa. Odio hacer las cosas corriendo.

Aprender a estar conmigo misma, a tolerarme y a aguantarme no ha sido fácil. Yo vengo, como la mayoría de la gente, del mundo laboral; ése tan loco que te priva del tiempo y en el que el valor que tienes está en función de lo que haces o a dónde llegas dentro de la empresa. Ese en el que tienes que estar compitiendo todo el tiempo. Era una chica muy ocupada.

Cuando decidí dejar todo eso y me encontré conmigo y el tiempo libre, al principio no sabía qué hacer; no soportaba pasar las horas sola, recurría constantemente al teléfono. No sabía estar conmigo. Con el tiempo voy conociéndome, tratándome cada vez mejor tanto físicamente como emocionalmente. Ahora mis problemas ya no son existenciales, han pasado a ser cotidianos, a tratar de estar lo más tranquila que pueda en la vida.

El VIH me ha hecho hacer las paces con el mundo, a no estar peleada con todo y contra todo; estar peleando y luchando todo el tiempo era agotador.

Ya no tengo que demostrar grandes cosas a nadie, soy lo que soy y cada día me acepto más. Cada día puedo ver lo que es importante para mí y qué no lo es. Y eso me gusta.

Por todas estas cosas no me cambiaría por nadie.

¡Cuidaos y hasta otra! ■



MILI GARCÍA

# TRABAJO DE CAMPO

**H**ace unas semanas asistí a la presentación de un estudio sobre la adherencia a los tratamientos antirretrovirales, financiado por la compañía farmacéutica X y realizado por un prestigioso gabinete de estudios sociológicos. El objetivo de este estudio es identificar ciertas tipologías de paciente y elaborar estrategias de intervención para mejorar su adherencia. El estudio pretende identificar cinco tipologías representativas (a ojos del estamento médico) de los pacientes seropositivos (indigente, yonki, puta, maricón... eso sí, expresado en un lenguaje más políticamente correcto...) y asignar un antropólogo a la observación de una persona representativa de cada una de estas tipologías, en vivo y en directo, durante unas semanas. En privado, pregunté a un representante de la compañía X si no sería útil asignar a uno de los antropólogos la tarea de seguir a un especialista y observar cómo sus costumbres, ideología y estilo de vida podían estar afectando su relación con el paciente y la adherencia resultante. Respuesta: ya se nos había ocurrido, pero, dado que nuestro cliente final son los especialistas, no podemos arriesgarnos a hacer un estudio cuyos resultados puedan ofenderlos.

La jerarquía médica está regida por el "peer review": es decir, se considera que sólo los médicos pueden valorar o decidir sobre el trabajo de otros médicos. Los especialistas que logran atrincherarse en esta jerarquía trabajan dentro de una estructura que, al menos en España, no admite participación alguna de pacientes o comunidad. Aunque la administración puede presionar a los especialistas para contener el gasto farmacológico, en última instancia serán ellos quienes determinarán el éxito o fracaso de un antirretroviral y las compañías farmacéuticas lo saben muy bien. No es legal retribuir a un médico por prescribir un fármaco o por fomentar su aprobación. Sí pueden, en cambio, compensarlo generosamente por formar parte de

un panel de expertos en un estudio que no hará otra cosa que confirmar sus prejuicios.

Dado que las compañías farmacéuticas no pueden hacerlo, el gabinete sociológico del que hablabamos al principio de esta columna ha decidido hacer la investigación necesaria para aportar las piezas que nos faltan para resolver el enigma de la escasa adherencia de los pacientes seropositivos.



Durante meses, nuestro equipo de antropólogos ha seguido una muestra representativa de especialistas en VIH por hospitales, clubes de golf, y salas de espera de clase preferente de los aeropuertos del mundo. Tras un exhaustivo análisis randomizado-clusterizado, hemos extraído las siguientes tipologías caracteriológicas, representativas del grupo diana "especialistas en VIH/SIDA españoles":

--Arribista con mala conciencia: en sus tiem-

pos mozos colaboró activamente con partidos de la izquierda y creyó en una sanidad pública de calidad. Hoy, su consulta privada es una mina de oro, en parte gracias a las combinaciones antirretrovirales de ultimísima generación que tan fácilmente se obtienen allí (pagados por la sanidad pública, por supuesto...). Su clientela reúne más glamour que varios números del ¡Hola! juntos.

--Arribista a secas: de extracción humilde y difícil trayectoria, el día más feliz de su vida fue cuando lo aceptaron como socio en su club de golf. Cada vez que sale en los medios de comunicación, disfruta pensando que lo verá un profesor de la carrera que lo suspendió. Su ascenso en la jerarquía médica es imparable.

--El eterno asociado: ha visto más pacientes que hormigas hay en un parque, pero sabe que se jubilará cobrando un sueldo modesto. Hace años que ha dejado de leer las publicaciones científicas, y ha olvidado el poco inglés que sabía. Cualquiera día de estos te recetará Invirase como único inhibidor de la proteasa y te dirá que "¿aquí quién es el médico, tú o yo?".

--La mujer invisible: mira a los ojos a sus pacientes y les ve. Sorprendentemente, cuando va a un congreso, ella se vuelve invisible e inaudible. Lo mismo sucede cuando queda vacante una plaza deseable. Sabe que, aunque sus pacientes la quieren, cuando tienen una situación crítica van a la consulta privada de un colega varón.

Bromas aparte, está claro que los pacientes y las organizaciones comunitarias tenemos la opción de ser críticos o complacientes. Podemos observar y decir lo que pensamos (aún a riesgo de equivocarnos) o podemos callar y apuntarnos al carro, perpetuando una manera de entender la sanidad en la que el paciente es víctima pasiva, en vez de [usuario/cliente/ciudadadan@activo](mailto:usuario/cliente/ciudadadan@activo). La opción es tuya.

Si quieres compartir tu experiencia como paciente, manda un mensaje a [medicosypacientes@interactua.net](mailto:medicosypacientes@interactua.net). ■

GUILLERMO VALVERDE

# menudas dosis

**E**n nuestro artículo de hoy os ofrecemos un resumen comentado de algunas presentaciones de la reciente retroconferencia de Chicago sobre la infección por VIH en edades pediátricas.

Varios trabajos dados a conocer en la conferencia se centraron en presentaciones farmacológicas de los antirretrovirales adaptadas a las necesidades de las personas VIH+ en edad pediátrica, entre ellos, un estudio sobre la farmacocinética (la forma en que un fármaco es metabolizado por el organismo) de la formulación en suspensión de efavirenz (EFV), que muestra una biodisponibilidad del 62% en niños VIH+ frente al 83% observado en adultos VIH-. Entre las posibles causas de este bajo nivel de biodisponibilidad, el estudio menciona la falta de cumplimiento (en general, mayor en niños) o su inadecuada dosificación.

Por otro lado, el desarrollo de una presentación en jarabe de indinavir (IND), el inhibidor de la proteasa de Merck, parece haber conseguido un producto de sabor aceptable (¿?) y cuya bioequivalencia sería equiparable a la de las cápsulas.

También el nuevo Inhibidor de la Proteasa de Glaxo, Amprenavir (AMP) parece garantizar su viabilidad en edad pediátrica, según un estudio cuyos resultados indican que tanto las cápsulas como su formulación líquida resultan igualmente seguras y eficaces.

La importancia de contar con presentaciones útiles en pediatría radica en la necesidad imperiosa de ofrecer soluciones a problemas tan vitales para los niños VIH+ como el ajuste de dosis o la incapacidad de los menores de cuatro años para tragar pastillas. Sabemos que es común utilizar las dosis estándar de antirretrovirales en adultos como guía para determinar las de los niños, pero las diferencias a la baja obtenidas en diferentes estudios como el anteriormente citado sobre EFV-suspensión u otro presentado sobre farmacocinética de ritonavir (Norvir) en niños menores de dos años, evidencian la poca exactitud de este criterio y apoyan la necesidad de emprender estudios específicos para determinar dosificaciones en edad pediátrica.

Al hilo de este tema, recordemos que saquinavir (SQV) es el único antirretroviral que no cuenta con formulación pediátrica, ni comercializada ni experimental, en ninguna de sus dos versiones (cápsula dura o blanda). Aunque su uso esté totalmente desaconsejado dada su baja potencia antirretroviral, la posibilidad de aumentar ésta mediante el uso de otros IP (ritonavir es el caso más conocido), justificaría la existencia de una presentación útil en pediatría del fármaco de Roche.

La eficacia y tolerabilidad de las combinaciones de antirretrovirales en edad pediátrica también recibieron una atención específica en Chicago a través de varios estudios sobre terapias HAART, tanto de primera elección como de rescate. Algunos de estos trabajos se centraron en el estudio de la actividad de los inhibidores de la proteasa (IP) en niños, entre ellos indinavir, ritonavir, nelfinavir y amprenavir.

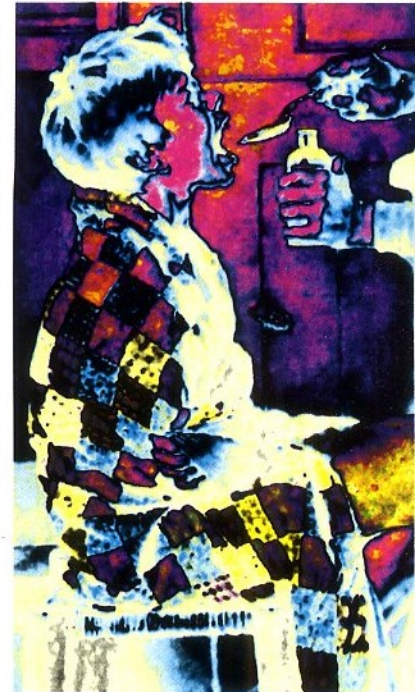
En general, estos estudios parecen indicar que si bien la tolerancia a los IP es comparable a la de los adultos, no ocurre así con

su eficacia. El porcentaje de niños naives a tratamientos que consiguen reducir la carga viral (CV) por debajo de 400 copias es significativamente menor y la respuesta es aún peor en el caso de los pretratados. Las causas podrían ser varias: las elevadas CV que suelen tener los menores de 4 años, la poca definición y gran variabilidad de las enzimas hepáticas encargadas de la metabolización de los fármacos, la más rápida eliminación de éstos, el elevado porcentaje de fracaso debido al pobre cumplimiento que se da en los niños... En cualquier caso, tanto un estudio con IND como otro con RTV sugieren la posibilidad de que dado el bajo nivel en plasma de estos fármacos en niños, una elevación de las dosis podría conseguir mejores resultados. En este sentido, sabemos que está en marcha un estudio con dosis más altas de RTV cuyos resultados podrían resultar clarificadores.

Por otra parte, la notable recuperación inmunológica observada en algunos niños con cargas virales detectables (asociada en buena medida a la mayor actividad de la glándula timo en estas edades), invita a preguntarse si un tratamiento que permita una buena recuperación del sistema inmunológico, incluso con detectabilidad viral, podría considerarse un éxito (al menos relativo).

Una aproximación más agresiva sería el MegaHAART, es decir, la administración de cuatro, cinco o más fármacos para conseguir la indetectabilidad. En este caso, las dudas más que razonables sobre la actividad de los antirretrovirales en la infancia junto con el elevado número de fracasos asociados a la pobre adherencia, podrían limitar el precio que estamos dispuestos a pagar para conseguir tal indetectabilidad.

En cualquier caso, que a estas alturas se presenten trabajos "novedosos" sobre eficacia y dosificación de los IP en niños, o el hecho de que una institución como la DHHS americana denuncie que no puede actualizar sus difundidas directrices para el tratamiento antirretroviral en pediatría al mismo tiempo que las de los adultos, evidencia el retraso con que los adelantos en la lucha frente al VIH llegan a este sector de infectados y el gran vacío existente en el campo pediátrico. Debemos exigir a las compañías farmacéuticas el desarrollo paralelo de ensayos clínicos para niños y adultos al tiempo que nos felicitamos de los positivos ejemplos observados en Chicago, como el desarrollo de EFV-suspensión o los estudios de viabilidad de AMP en edad pediátrica con presentaciones adaptadas, sin olvidar que todavía falta mucho por hacer para que los niños dejen de ser atendidos de manera subóptima.



# VIIH / VHC = Un asunto delicado

**L**a hepatitis viral es otra enfermedad conocida desde tiempos muy antiguos. Hipócrates describió hace más de 2.000 años esta enfermedad infecciosa y han sido numerosas las epidemias desde entonces. Fue durante la Segunda Guerra Mundial cuando se lograron definir dos tipos de hepatitis; una de periodo de incubación corto y otra de periodo largo. Estos dos tipos de hepatitis se denominaron A y B respectivamente. Actualmente, el término hepatitis vírica se usa habitualmente para referirse a un conjunto de enfermedades similares, causadas por diversos virus y que provoca diferentes grados de inflamación en el hígado. Estos virus han sido ordenados alfabéticamente a medida que se conocían, pero hubo que esperar a 1988 (hace tan solo 10 años), para descubrir el virus causante de la hepatitis no-A no-B, y que a partir de ese momento se denominó virus de la hepatitis C (VHC). Desde entonces han ido apareciendo los virus Delta, E, F y G, de los que se conoce muy poco. Pero no sólo los virus de la hepatitis pueden afectar al hígado. También han sido descritos otros virus que pueden causar otras enfermedades semejantes a una hepatitis. Son los virus de Epstein-Barr, Varicela-Zoster, Citomegalovirus y el virus del Herpes simple. En este artículo comentaremos la hepatitis C.

## HEPATITIS C

La infección por VHC afecta al 1 - 2% de la población según áreas geográficas. Pero la prevalencia de infección por VHC en los UDPV oscila entre el 75% y el 90%. Si tenemos en cuenta que en España la población UDPV representa el 60% de la población con SIDA, comprenderemos el motivo de que la co-infección VHC-VIH sea tan elevada y de que casi podamos hablar de infección VIH/C. Su importancia es trascendental ya que representa una causa muy frecuente de mortalidad en personas VIH+. Es sabido que la inmunosupresión provocada por el VIH acelera la progresión de la enfermedad hepática, pero también se ha confirmado que el VHC actúa como un factor de progresión en la infección por VIH. El VHC y el VIH comparten muchas características. Ambos son virus ARN y ambos tienen una gran capacidad de mutación, lo que posibilita una capacidad para adaptarse y para escapar al sistema inmune y a los fármacos. Nuestro organismo intenta controlar el VHC mediante las células defensivas que son precisamente las que destruye el VIH, por lo que en pacientes afectados por VIH, el VHC se comporta de forma mucho más agresiva.

### ¿Cómo se transmite?

Las vías de transmisión son casi idénticas en ambos virus. La principal vía de contagio es la vía parenteral, seguida del contacto sexual y la transmisión madre-hijo. Pero a diferencia del VIH, hay alrededor de un 40%

de pacientes que no han podido encuadrarse en ninguna de estas vías, no existiendo ningún factor de riesgo para la adquisición del VHC. Algo que se ha denominado "hepatitis adquiridas en la comunidad".

### ¿Qué daños produce?

Las lesiones producidas por la hepatitis C aguda consisten en degeneración y muerte de células del hígado (hepatocitos). En el caso de la hepatitis C crónica puede conducir al desarrollo de cirrosis y de un carcinoma hepático. Esto sucede en alrededor del 20% de las personas con su sistema inmune intacto. En personas con inmunosupresión los efectos son peores, aunque las cifras varían mucho.

### ¿Se debe iniciar un tratamiento anti-VHC si hay infección VIH?

Sí, categóricamente. La terapia HAART, a pesar de sus dificultades y del duro esfuerzo que significa, supone una mejora substancial para cualquier persona seropositiva. Debido al aumento de CD4, se mejora las respuestas frente a otras infecciones, entre las que se incluye la hepatitis C. Otro motivo para tratar la hepatitis es la toxicidad hepática que presenta el tratamiento HAART. Es muy importante tener un hígado en buenas condiciones y facilitar la tolerancia a los fármacos anti-VIH. Y no se puede tener un hígado en condiciones en presencia del VHC. Por eso, la última Conferencia de Consenso de los Institutos Nacionales de Salud de EEUU es

muy taxativa: no se debe excluir de la terapia anti-VHC a los pacientes VIH positivos con hepatitis crónica C sin inmunodeficiencia avanzada (CD4 < 500).

### Tratamientos

En el momento actual el interferón alfa (IFN) el único medicamento aprobado para el tratamiento de la hepatitis C. Se obtiene una respuesta sostenida en alrededor del 20% de los casos tras suspender la medicación. Una respuesta transitoria, mejora y recaída después de dejar el tratamiento, en alrededor del 30% de los casos. Y lamentablemente en un 50% persiste la infección o se produce un "breakthrough": una respuesta inicial y posterior recaída aún siguiendo el tratamiento.

Pero existe una gran esperanza. La tendencia actual es llegar a conseguir una combinación de fármacos que pueda acorralar al VHC. Algo así como una terapia HAART. La ribavirina y amantadina combinadas con interferón provocan una respuesta sostenida en un 50% de casos según los últimos estudios. En este momento están en marcha diversos estudios que valoran la eficacia y seguridad de la terapia doble y triple anti-VHC. Esta situación recuerda a la terapia anti-VIH hace pocos años. La disponibilidad de nuevos antirretrovirales permitió entonces conocer que su uso en combinación simultánea producía un beneficio mayor que en monoterapia. Todo ello apunta a que el futuro es sin duda también una combinación anti-VHC.

Susanna Salillas



# TODO POR HACER

**D**urante una visita de una semana a San Salvador, capital de El Salvador, pude comprobar que las personas con VIH/SIDA siguen afrontando temores, discriminación y la amenaza permanente de una muerte próxima. Los fármacos antirretrovirales sólo están al alcance de quienes puedan comprarlos personalmente. Una terapia combinada triple tiene un coste de unos 700 dólares al mes en un país en el que la renta por cápita es todavía inferior a 300 dólares al mes. El Instituto Salvadoreño de Seguro Social (ISSS), que da cobertura al 20% de una población total de seis millones de habitantes, sólo proporciona en la actualidad AZT a las personas con VIH.

El 80% de la población afectada por el VIH carece de seguro médico y sólo recibe asistencia médica esporádica que no incluye ni AZT ni muchos de los medicamentos necesarios para tratar infecciones oportunistas.

Hasta octubre de 1998 se han diagnosticado 2.455 casos de SIDA en El Salvador: El 75% son varones y el 25% mujeres. En la capital San Salvador, que es la única ciudad grande del país, se concentran unos 1.600 casos.

Según las estadísticas oficiales, el 77% de los casos corresponden a prácticas heterosexuales y sólo el 12% a individuos gays o bisexuales. Sin embargo, la mayoría de los hombres gay con VIH con los que hablé me señalaron que habían informado falsamente a sus médicos que eran heterosexuales para evitar una discriminación aún mayor.

Juan Carlos, de 27 años, me comentó: "Sé que mi médico odia a los gays e incluso le he oído decir que son los culpables de la expansión del SIDA aquí. Le dije que me había infectado con una prostituta, y por lo menos me trata mejor que a algunas personas de las que sabe que son gays".

Un creciente movimiento de pacientes tanto asegurados como no asegurados intenta cambiar las cosas, y la ONG Atlacatl ha contratado un despacho de abogados para presentar una apelación al Tribunal Supremo para denunciar la actitud del ISSS de no proporcionar medicamentos antirretrovirales. Los abogados se han comprometido a presentar la apelación a mediados de abril.

Odir Miranda, presidente de Atlacatl, la Asociación de personas que viven con SIDA de El Salvador, ha hecho pública su condición de seropositivo, al tiempo que dirige este grupo orientado a conseguir el acceso a tratamientos. Odir está afiliado al ISSS, al que pagó su contribución durante casi 8 años mientras trabajaba, por lo que ahora se muestra crítico y amargado por el tratamiento que le dan. "Pagué una parte de mi salario al ISSS durante todos estos años para tener asistencia médica, y ahora son reacios a cumplir su obligación para conmigo, en buena medida porque los que tenemos SIDA son considerados como prescindibles para la sociedad. Valemos menos porque supuestamente somos mala gente por haber contraído el SIDA", dijo. Odir también señaló que cada mes mueren 1 ó 2 miembros de la asociación.

La Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos de El Salvador publicó una informe el 8 de febrero de este año en el que afirmaba que el ISSS es el responsable de proporcionar tratamiento adecuado, incluyendo la medicación antirretroviral, a sus asegurados que tengan VIH/SIDA. Sin embargo, el propio adjunto a la Procuraduría, Marcos Valladares, tuvo que reconocer que esta directriz no es legalmente vinculante. "Hemos notificado al ISSS nuestra decisión y les hemos pedido una respuesta. Vamos a seguir trabajando en este caso". Por su lado, Odir Miranda espera que este informe pueda contribuir a ganar la apelación en el Tribunal Supremo.

Durante mi visita también tuve la oportunidad de conocer a varios médicos salvadoreños que apoyan por completo a los grupos que luchan por el acceso a los medicamentos en el país. Por muy increíble que parezca, los doctores aseguran que no pueden hacer declaraciones públicas ya que el ISSS ha hecho amenazas veladas de que sus puestos de trabajo pueden estar en peligro por dichas actividades.

También me reuní con el Dr. Rolando Cedillos, que dirige el departamento de VIH/SIDA en el Hospital Rosales de la capital. Se mostró muy franco y me indicó que muchos de los fármacos necesarios para tratar infecciones oportunistas no están disponibles. No se dispone de medicamentos para la toxoplasmosis ni de pentamidina para la neumonía. Tampoco se practican pruebas de recuento de CD4 ni de carga viral.

Richard Stern

# Trasplantes Vitales



Jordi Riba, médico y portador del VIH desde 1985, fue una de las primeras personas en España que hizo pública su condición de seropositivo. Jordi, infatigable luchador y activista, fundó diversas asociaciones antiSIDA y desarrolló los primeros programas de asistencia y apoyo a los afectados por el VIH en nuestro país.

Jordi estaba coinfectado con el VIH y el Virus de la Hepatitis C (VHC). Durante un viaje que realizó a los Estados Unidos a finales de 1997, Jordi cayó enfermo y fue ingresado en el Hospital Universitario de San Francisco, donde le diagnosticaron una cirrosis hepática debida a un estado muy avanzado -patología para la cual el único tratamiento posible es el trasplante de hígado, tal como le indicaron en los EEUU-.

De regreso en España, Jordi contactó con la unidad de trasplantes del Hospital Clínico de Barcelona, donde un informe médico confirmó la necesidad urgente de trasplante, pero el mismo informe indicaba la imposibilidad de practicárselo debido a los criterios de la Organización Nacional de Trasplantes (ONT), que excluyen de manera absoluta a los portadores del VIH -independientemente de su situación clínica- de cualquier programa de trasplantes. Una vez más, Jordi, entonces ya muy debilitado por su enfermedad, se puso a trabajar y en 1998 fundó la Asociación para el Trasplante de Organos a Seropositiv@s (ATOS), con la finalidad de promover y facilitar los trasplantes a personas seropositivas en igualdad de condiciones que el resto de la población.

Lamentablemente, después de una batalla legal de más de 14 meses, Jordi falleció el pasado 16 de enero. No a consecuencia del SIDA, sino por haberle sido denegado el trasplante de hígado por su condición de portador del VIH.

La Hepatitis C presenta una alta prevalencia en las personas VIH+, situándose alrededor del 65% los casos detectados en los hospitales de referencia. Por otra parte, la transmisión de ambos virus es especialmente frecuente entre aquellas personas que comparten jeringuillas (entre los usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP), la incidencia de la coinfección se estima hasta del 95%). La transmisión por vía sexual del VHC es menos común, pero se cree que puede ser más elevada en las personas infectadas por el VIH.

Al principio de la infección por VHC, las personas no manifiestan síntomas, al igual que ocurre con el VIH, pero los

estudios indican que el VHC puede causar, en un 20% de los casos, inflamaciones y fibrosis hepáticas que pueden progresar a cirrosis e incluso hepatocarcinomas (cánceres de hígado) y, finalmente, a un fallo hepático. Aunque la hepatitis C puede tardar en desarrollarse entre 20 y 30 años, este período puede ser inferior a 10 años en el caso de las personas coinfectadas por el VIH.

Desde junio de 1998, ATOS ha logrado que las autoridades sanitarias, así como los clínicos (infectólogos, hepatólogos y cirujanos) hayan considerado la posibilidad de poner en marcha un estudio piloto que permita trasplantar también a los portadores del VIH. Hasta la fecha el camino no ha sido fácil, ya que a pesar del alto índice de donantes en nuestro país, los hígados continúan escaseando. Además, apenas existe información sobre las interacciones entre los fármacos y las complicaciones relacionadas con el VIH que se puedan originar después de la intervención, dado que el paciente debe recibir durante un largo tiempo un tratamiento inmunosupresor para evitar el rechazo del órgano recibido.

Después de anunciar en repetidas ocasiones la puesta en marcha del estudio piloto, la ONT mantuvo el pasado día 3 de febrero una reunión en Madrid con representantes de las 20 unidades de trasplante existentes en el Estado español, para consensuar un protocolo que permita poner fin a la clara discriminación a la que se ven sometidos los VIH+, discriminación que atenta contra los derechos constitucionales de igualdad en la atención sanitaria. Una vez más, diversos equipos médicos incumplieron los compromisos adquiridos públicamente, con la consecuente obstaculización en el avance hacia el esperado estudio piloto. Pero en ATOS esperamos que el protocolo se lleve finalmente a cabo. En tal caso, la inmunosupresión se realizará con tres fármacos: ciclosporina, azatioprina y prednisona. Un estudio presentado en la Conferencia Mundial de Vancouver indica que la utilización de estos agentes no incrementa la carga viral del VIH.

Finalmente, creemos necesario que las personas que se encuentren en situaciones similares a las de Jordi Riba se pongan en contacto con los hepatólogos de los hospitales de sus áreas de residencia, ya que el estudio piloto será de carácter multicéntrico y podrán participar en él todos aquellos centros que dispongan de unidades de trasplante hepático y que lo soliciten. Por otro lado, los afectados también pueden solicitar una evaluación de su caso -tal como venimos haciendo desde ATOS- al Ministerio de Sanidad y Consumo y/o a las Consejerías de Sanidad de aquellas Comunidades Autónomas que tengan transferidas las competencias sanitarias.

Michael Meulbroek / Ferran Pujol

ATOS (Asociación para el Trasplante de Órganos a Seropositivos) Tel: 93 318 20 56 e-mail: atos@ols.es

# Viva la diferencia



**e**chando un vistazo a la última Conferencia de Retrovirus de Chicago sorprende el aumento de la presencia de las comunicaciones dedicadas a la mujer. Y no hablo de las que se refieren a la transmisión vertical, ya que es evidente que el papel reproductor de las mujeres ya había sido tenido en cuenta y se estudia de manera específica, sino a las que se refieren a las mujeres como seres humanos del género femenino. Y cuando digo sorprende no es porque su número sea excesivo (ni siquiera se puede decir que es proporcionalmente representativo) sino porque por fin parece que empieza a contemplarse la necesidad de tener en cuenta en un contexto clínico ciertas diferencias que no pueden seguir siendo pasadas por alto.

El número de abstracts dedicados a estudiar temas relacionados con la mujer se acercó a los sesenta, de los que casi la mitad se centra en el aparato genital de la mujer (presencia de ARN del VIH en el tracto genital, prevalencia de lesiones cervicovaginales en mujeres VIH+, influencia del VIH en la duración del ciclo menstrual...), aproximadamente un 40% abordaba el problema de la transmisión vertical y el resto eran estudios que incluían tanto hombres como mujeres y en los cuales aparecían pistas de posibles diferencias en función del género.

Creo que todas nosotras tenemos claro que hay algunas cosas que nos diferencian. Muchos medicamentos nos resultan más difíciles de tomar, otras veces se trata de que el efecto que nos hacen durante la ovulación o durante la regla es mucho más intolerable que en otros días del mes.

En fin, eso lo sabíamos nosotras, pero los médicos necesitan estudios y era necesario que empezaran a hacerse esos estudios.

Cuando los investigadores se plantean la realización de un ensayo clínico proponen un determinado protocolo que sustente sus hipótesis de trabajo, y en función de los parámetros que se incluyan en ese protocolo, así serán los datos que se obtengan. Es decir, que si no se tiene en cuenta a la variación hormonal cíclica (por poner un ejemplo muy básico) no es probable que este parámetro se incluya en el diseño del ensayo clínico y por tanto, incluso si aparecieran datos significativos, no es probable que éstos fueran tenidos en cuenta.

En principio, como los investigadores elaboran los protocolos de sus estudios en función de la biología masculina exclusivamente, los datos que se obtienen no conceden ningún factor diferencial en función del género. De esa forma, se supone que las mujeres tenemos la misma línea de progresión de la enfermedad que los hombres, se nos dan los mismos tratamientos, a las mismas dosis, se nos hacen las mismas determinaciones de laboratorio y se nos asegura que estamos bien si todos esos datos coinciden con los datos estándar que se conocen (claro está, estándar para los hombres).

Pero tras mucho esfuerzo e insistencia, por fin se empieza a ver un poco de claridad en el camino. Se empiezan a realizar ensayos que ayudan a comprobar, y digo comprobar porque se apoyan en datos determinados en un entorno de investigación clínica, que es posible que sí existan diferencias. Diferencias que a lo mejor no son galácticas, ni tienen por qué serlo para ser tenidas en cuenta, pero que pueden suponer pequeños (¡y grandes!) cambios de actitud terapéutica que equivaldrían a un gran paso adelante en la manera en que las mujeres vivimos con el VIH.

Teniendo en cuenta que estos estudios están apenas en sus comienzos y que todavía no hay datos suficientes para establecer un estándar femenino, vemos por ejemplo cómo en algunos de los abstracts presentados en Chicago se empieza a vislumbrar la necesidad de establecer estudios que determinen el alcance y la relevancia de las diferencias en función del género, así como determinadas características exclusivamente femeninas, que no tienen ningún elemento que permita compararlas con el patrón masculino y que deben ser exploradas en sí mismas.

En este sentido, en el abstract 223 se presenta un estudio (*Variation in Genital Tract Shedding of HIV RNA with the Menstrual Cycle*) cuyos datos preliminares sugieren que puede haber una diferencia en la concentración de ARN vírico en el tracto genital a lo largo del ciclo menstrual, demostrándose concentraciones menores en la fase folicular.

En cuanto al establecimiento de diferencias en función del género, el abstract nº 274 (*Gender Differences in Quantitative HIV-1 RNA Levels*) realiza un estudio comparativo a partir de dos estudios previos de determinación de carga viral en hombres (el MACS, con 1511 participantes), y en mujeres (el WIHS, con 1262 participantes) y llega a la conclusión de que, con poblaciones celulares superiores a 200 CD4, las mujeres tienen cargas virales inferiores a los hombres. Esta conclusión lleva a los autores a sugerir la posibilidad de que sea preciso modificar la recomendación de tratamiento para las mujeres en función de la carga viral, para lo cual sería necesaria la realización de más estudios en este sentido.

El abstract 682 (*Gender differences in Nevirapine Rash*) expone un estudio retrospectivo para determinar la incidencia de efectos secundarios importantes en función del género. Aunque los autores subrayan que se trata de un estudio pequeño (una muestra que incluyó a 264 personas, el 32% de las cuales son mujeres y el 68% hombres), concluyen que los efectos adversos de la Nevirapina son significativamente más frecuentes en mujeres. Según los autores, estos resultados ponen de manifiesto la importancia de tener en cuenta en lo sucesivo las diferencias de género cuando se realicen evaluaciones de nuevos fármacos antirretrovirales.

Creo que es en esa línea por donde tienen que moverse las investigaciones. No dando por sentado que existe un solo modelo de biología humana y que toda la investigación clínica tiene que darse dentro de ese modelo. Existen diferencias de género, grandes y pequeñas, tan importantes las unas como las otras, y deben ser contempladas todas ellas para que todas obtengamos un buen estándar de cuidados así como para permitir la elaboración de estrategias de prevención eficaces.

M<sup>a</sup> José Vázquez

¿Qué te cuentas?



Los días 15 y 16 de enero de este año se celebró en el Palacio de Congresos el I Congreso de les Dones de Barcelona con el lema "La ciutat que les dones volem". Con este lema se pretendía redefinir un modelo de ciudad que responda de manera más concreta a los deseos y las necesidades de las mujeres, desde aspectos puramente arquitectónicos hasta aquellos conceptos de salud que las implicadas consideran que deberían ser modificados.

Por desgracia, he notado una total ausencia de cualquier referencia, genérica o específica, al VIH, ni en cuanto a prevención ni en cuanto a tratamiento, nada. Una total invisibilidad del tema en las ponencias del Congreso.

Y esto me lleva a comentar una de las acciones más visibles llevadas a cabo durante el evento por varias mujeres (según me dijeron, pertenecientes al programa Dona de Actua - Asociación personas que vivimos con el VIH). Una acción tanto o más eficaz que cualquier discurso sobre la actual situación de invisibilidad de las mujeres seropositivas en una ciudad que, como Barcelona, cuenta con el dudoso privilegio de contarse entre las primeras de Europa en cuanto a número de mujeres VIH+.

Y a eso estaba dirigida la acción reivindicativa: a la entrada al recinto del Palacio, cinco mujeres vestidas con mono de trabajo (según su propia aclaración, estaban trabajando en la construcción de una ciudad mejor) entregaban a cada

asistente al Congreso una pegatina en la que aparecían las siglas VIH+ junto con una octavilla en la que explicaban la situación de invisibilidad de la mujer seropositiva y solicitaban que cada cual se colocara la pegatina en un lugar visible de forma que, según me explicaron, por un día tod@s las asistentes hicieran pública su condición de seropositiv@s, verdadera o simbólica.

Creo que esta acción no sólo puso de manifiesto la invisibilidad de las mujeres VIH+ sino también el vacío existente en un espacio realizado por y para mujeres, además de otro vacío posterior que se produjo en los medios de comunicación, que comentaron la presencia del alcalde y algún que otro incidente, pero pasaron por alto una visión tan estremecedora como ver a cerca de 2.000 personas llevando en su pecho el reconocimiento de la existencia del VIH (incluido el alcalde, como podéis ver en la foto). ¿No podríamos hacer entre tod@s que esa visibilidad fuera posible en la vida real?



Lola Mento

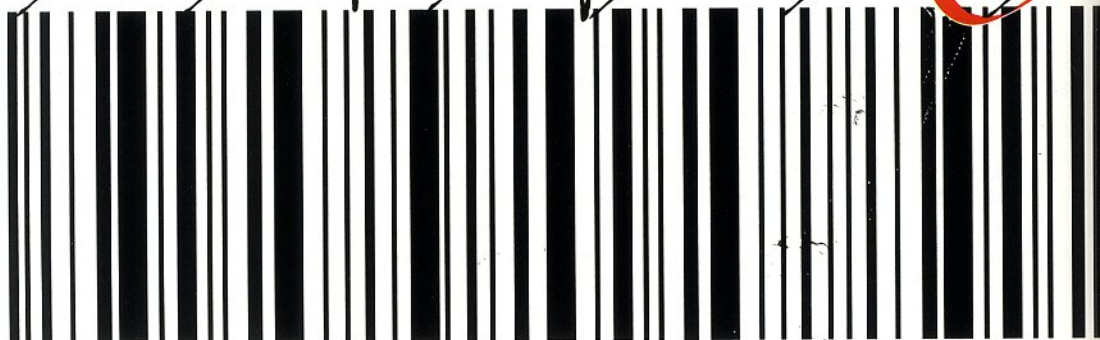
## La vida...

nacimiento  
colegio

primera  
relación

facultad

trabajo



0

7

15

24

30

33

Cádiz, 6 de  
Febrero de  
1999

No soy seropositivo, pero si soy afectado. Estoy enamorado y vivo con una persona VIH+ desde hace dos años. Él colabora con una pequeña y pobre asociación ("Cádiz Positiva") de nuestra ciudad; naturalmente yo no (al menos no hasta ahora).

Me cuesta mucho trabajo hablar con él sobre el VIH, sobre como se siente o qué piensa. El hace como si no le importase: toma fielmente su tratamiento, en su trabajo (enseñanza) saben que es positivo y en general parece que lo vive con normalidad. Pero yo sé que no es así. No puede ser así, en casa tiene largos momentos de silencio y cambia de carácter con facilidad, en demasiadas ocasiones, está triste. Muy triste.

Yo no sé como ayudarlo. El pacto de silencio implícito que tenemos en el tema VIH no creo que nos guste a ninguno de los dos. Yo no sé como preguntarle y no creo que el sepa como responderme. Siempre hay en casa revistas y folletos que tratan estos asuntos (yo creo que él los trae para que yo los lea), pero yo ni las toco; nunca encuentro tiempo y en alguna ocasión he llegado a pensar que es mejor no saber nada.

Paradójicamente, en algunas ocasiones he llegado a tener celos del VIH- ¿Es esto posible?- siento cómo si le dedicase a esta cuestión más tiempo que a mi mismo, a nuestra relación.

Ahora estoy pensando que ambos necesitamos ayuda, que por separado nuestros fantasmas van a seguir creciendo y que las distancias entre nosotros cada vez van a ser mayores.

Esta carta no es

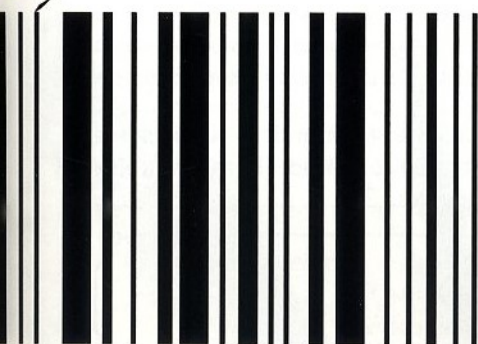
para pedir consejo. Es para daros las gracias. Después de ver vuestra revista desde hace tiempo en casa y no leer ningún número, hoy por fin he abierto una, la nº 8 y me la he leído enterita. No he solucionado mi problema, pero al menos he dado un paso, el paso de entender (intentarlo). Puede que la crisis se mantenga, pero al menos yo voy a intentar entender algunos de mis miedos y os aseguro que si la revista no me la trae mi pareja me pasaré por Cádiz Positiva a por ella.

Gracias de nuevo.

Juan

*...continúa*

*tratamiento*



33

65

70



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





# 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

# Ciber@d@W

Un montón de **nueva información** acaba de llegar al sitio de la web de NATAP

<http://www.natap.org>

Los contenidos incluyen:

●IL-2; Erradicación; restauración inmune. ●Los últimos datos relacionados con fármacos, incluidos los nuevos como amprenavir, adefovir, abacavir, efavirenz, indinavir+ritonavir. ●Definir, tratar y prevenir el fallo farmacológico. ●La transmisión de virus resistentes. ●Remune. ●Pruebas de resistencias. ●Reservorios virales. ●Hidroxiurea. ●Adherencia y resistencia. ●Mejorar la relación médico-paciente.

Además, puedes encontrar dos tablas de **sugerencias dietéticas** para mejorar el sabor de Norvir líquido y varios artículos adicionales sobre **farmacología**, reducción de la **transmisión vertical** mediante la sección cesárea + AZT, FddA (un nuevo nucleósido), cereales de avena integrales, diarrea y mucho, mucho más.

Un buen sitio de la red para **personas recientemente diagnosticadas** es

<http://www.aegis.com/topics/davone/>

Además, en <http://www.ama-assn.org/aps/amahg.htm> puedes encontrar un médico para contestar preguntas. Por otra parte, una de las cosas que debería hacer una persona que acaba de saber que es VIH-positiva es determinar si se encuentra en un estado de riesgo nutricional aumentado. El estatus nutricional tiene un gran efecto en el sistema inmunitario y en cómo las terapias farmacológicas son utilizadas por el cuerpo. Para saber más sobre **nutrición** puedes consultar los enlaces específicos sobre el tema en

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

Para encontrar un o una nutricionista, habla con tu especialista VIH.

**E-mail:** <[sharon@hivresources.com](mailto:sharon@hivresources.com)>

<http://www.hivsources.com>

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

<http://www.gate.net/samover/index.html>

El **programa de tratamiento de VIH/SIDA** de la Universidad de Michigan tiene un nuevo sitio lleno de recursos y enlaces para cuidadores y pacientes.

Puedes verlo en <http://www.med.umich.edu/hiv aids>

Para hacerte miembro de **LIPIDLIST**, envía un e-mail (dejando la línea *subject* en blanco) a <[listproc@critpath.org](mailto:listproc@critpath.org)> El mensaje ha de ser: subscribe

**lipidlist** + tu nombre + tu apellido.

**HIV Treatment LIVE!** es una serie de **teleconferencias interactivas** para personas VIH+ y sus cuidadores.

Puedes escuchar el debate del panel y hacer **comentarios** y **preguntas** usando cualquier teléfono de botones. Las preguntas dirigidas al panel también pueden enviarse por e-mail antes de las conferencias o en vivo durante los programas.

Su e-mail es <[ronbakersf@aol.com](mailto:ronbakersf@aol.com)> Además, 24 horas después de cada teleconferencia, puedes "descargar" una **transcripción corregida** de cada teleconferencia en su página web <http://www.HIVTreatmentLive.com> en los 10 días siguientes a cada conferencia en vivo. Para notificar cualquier cambio de dirección o para añadirte o quitarte de la lista de correo electrónico sólo tienes que seguir las instrucciones al respecto que encontrarás en <[list@HIVTreatmentLive.com](mailto:list@HIVTreatmentLive.com)>

Una de las direcciones más **completas** que hay: <http://www.aegis.com> con una parte importante **en castellano**.

Otro con apartado **en castellano**: <http://www.projinf.org>

¿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 2º  
08002 Barcelona

Responde, nos ayuda a mejorar

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

5.000 pts

\_\_\_\_\_ pts

Apellidos:

Localidad:

Código postal:

Teléfono:

Banco o Caja:

Dirección:

Nº de cuenta (20 dígitos)

Fecha:

Agencia:

Código y población:

Firma

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

# Orfosa rio y

## Maternidad

**Ensayo ACTG 076 (Aids Clinical Trials Group 076):** El pionero de los ensayos clínicos sobre transmisión vertical, iniciado en 1991 y que presentó sus resultados preliminares a principios de 1994. Se llevó a cabo en Francia y en los Estados Unidos. El protocolo del ensayo consistió en asignar al azar a las mujeres (embarazadas de entre 14 y 34 semanas, clínicamente estables y con más de 200 CD4) a un grupo placebo o a un grupo que recibiría AZT en monoterapia durante la gestación, en infusiones durante el parto y en jarabe para el bebé durante sus primeras 6 semanas de vida. Los resultados del ensayo demostraron que las mujeres que siguieron el curso completo con AZT presentaban un riesgo hasta dos tercios más bajo de las del placebo de transmitir el VIH al bebé.

**Transmisión perinatal (transmisión vertical):** La transmisión del VIH de la madre al niño. Puede producirse en tres momentos: durante la gestación, durante el parto o durante la lactancia.

**Cesárea electiva:** La que es programada para ser efectuada en la 38 semana o antes, si comienzan las labores del parto.

**Teratogenicidad:** La capacidad de producir defectos en el feto en desarrollo, distinta de la mutagenicidad, que resulta en mutaciones genéticas en espermatozoides, óvulos u otras células. La teratogenicidad es un efecto colateral potencial de muchos fármacos, por ejemplo, la taleidomida,

**Resistencias genotípicas:** La aparición de resistencias a los fármacos anti-VIH es uno de los principales obstáculos para el éxito de los antiretrovirales. Al cabo de un tiempo y cómo respuesta al tratamiento el VIH sufre una o varias mutaciones genéticas y produce cepas de virus que son resistentes a los compuestos que se utilizan para combatirlo. La resistencia genotípica es la que se encuentra al buscar tales mutaciones en la composición genética del virus.

**Poblaciones linfocitarias:** Los grupos de células sanguíneas blancas que residen y maduran en los órganos linfáticos y que son responsables de la respuesta inmunológica adquirida. Los tipos principales de linfocitos son las células T y las células B.



# glosario

**Apoptosis:** Un tipo de suicidio celular provocado por la estimulación de determinados receptores en la superficie de la célula. Es un proceso metabólico dirigido por las enzimas celulares en las que los cromosomas de la célula y después la célula en sí misma, se parten en trozos. En el sistema inmunitario, la apoptosis es un proceso que elimina las células innecesarias. Algun@s investigador@s creen que la apoptosis accidental puede ser la forma en que las células CD4 resultan mermadas en la enfermedad porVIH, más que por ser directamente eliminadas por el VIH.

**Arritmia cardiaca:** El corazón es un músculo que se contrae y dilata rítmicamente a través de un impulso nervioso. El impulso se tiene que transmitir de forma coordinada. Sería como el tam-tam de los barcos de remo. Los remeros introducen la pala en agua coordinadamente siguiendo el ritmo. En una arritmia unos introducen la pala mientras otros la están levantando por lo que el barco (corazón) avanza a trompicones.

**Cardiomiopatía:** Es una alteración del músculo cardíaco. Normalmente es provocado por placas de grasa en las arterias que riegan este músculo que impiden el paso de nutrientes y oxígeno.

**Carmazepina:** En España también se comercializa con el nombre de Tegretol. Es un antiepiléptico. También se utiliza para la neuralgia del trigémino (nervio) y para el dolor del miembro fantasma (personas a las que se les ha apuntado una pierna o un brazo y sienten que les duelen porque las terminaciones nerviosas emiten señales como si siguiera existiendo). Limita las altas descargas nerviosas que producen las neuronas durante la epilepsia. Tiene pocos efectos secundarios en contraste con el fenobarbital.

**Enfermedad desmelizante autoinmune:** Es una enfermedad grave. Las neuronas están recubiertas de una membrana especial que las protege que se llama mielina. Algunas personas reconocen esa capa como un cuerpo extraño y desarrollan anticuerpos contra ella destruyéndola.

**Estudio/ensayo randomizado:** Un ensayo randomizado es aquel en el que los participantes son asignados al azar a un tratamiento que puede ser la medicación en estudio, una medicación estándar o un placebo. La randomización minimiza las diferencias entre grupos al distribuir por igual personas con determinadas características entre todos los grupos (brazos) del estudio.

**Gabapentina:** Es un precursor del neurotransmisor llamado gaba. Este es un inhibidor del impulso nervioso. Sólo se utiliza en hospitales.

**L-Carnitina:** Una sustancia que transporta los triglicéridos hacia las mitocondrias, que sería en una célula las fábricas de energía. La Carnitina no entra por la Seguridad Social. Es el Carnicor. En la prisión sí que se utiliza. Los internos tienen acceso gratuito a todos los medicamentos tanto si entran como si no en la SS.

**L-Glutamina:** Un aminoácido que se comercializa en muchas fórmulas para aumentar el apetito. Algunos autores indican que aumenta el metabolismo de los ácidos grasos.

**Lipitor (Lipavil, Lipil, Lipofen, Lipodel, Liposit):** Se utiliza contra los niveles altos de triglicéridos; es un fibrato. Los fibratos son unas sustancias (fenofibrato, clofibrato, etofibrato), que disminuyen mucho los niveles de triglicéridos en sangre. Entran por el seguro. En España se comercializa como Neo Atromid, Afloyan, Lipovas, Liparison, Secalip, Arterium, Bratenol (comercializados por varios laboratorios).

**Merma energética:** Pérdida de energía de nuestro organismo debido a diversos factores: alimenticios, infecciosos, etc.

**Mitocondrias:** Órgano ovalado de las células que se ocupa de la producción de energía mediante la oxidación. Son los "pulmones" de la célula.

**Mitosis:** La división de la célula para dar dos células hijas, en las que se reparte la cadena doble de ADN de los cromosomas.

**Nortriptilina y Amitriptilina:** Son antidepresivos tricíclicos. Son los antidepresivos clásicos, anteriores a los ISSR (inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina como el Prozac), y tiene más efectos secundarios que éstos, (sedación, problemas cardiovasculares).

Amitriptilina se comercializa como Mutabase, Nobritol F, (están asociados a un antipsicótico), a palo seco es el Triptizol. Nortriptilina se comercializa como Martimil, Paxtibi

**Suero:** Líquido que tiene las mismas características físicas y químicas que nuestro plasma sanguíneo.

**Vitamina B12 y derivados:** En los libros de farmacología aparece que no es útil sola o combinada con otros preparados, para el tratamiento de las neuropatías, esclerosis o hepatitis víricas. No obstante se utilizan porque su falta provoca crisis de espasmos y musculares.

# LO+NEGATIVO

## Historia universal de la infamia

Gugu Dlamini, una voluntaria VIH+ que trabajaba por el respeto y la no discriminación de las personas con VIH fue golpeada hasta su muerte en diciembre pasado. Los atacantes fueron sus propios convecinos, quienes la acusaban de traer vergüenza y mala reputación a la comunidad por revelar que era VIH+ durante su intervención en varios programas de radio y televisión el pasado día 1 de diciembre.

Sudáfrica tiene el crecimiento más rápido de la epidemia del SIDA de acuerdo con los últimos informe del Programa de Naciones Unidas para el SIDA: en la actualidad son 3 millones los sudafricanos que viven con VIH. KwaZulu-Natal, donde vivía Gugu Dlamini, es la provincia más golpeada por esta epidemia: se calcula que más del 30% de los adultos se encuentran infectados. Se cree que la misma proporción de personas con VIH participaron en la turba que acabó con la vida de Gugu.

La revista médica *The Lancet* publica en su número del 13 de febrero una editorial «una respuesta positiva al VIH perinatal» que invita a la reflexión.

Tras describir el abismo de prevención y tratamientos que separa el VIH del mundo rico y el del pobre, la editorial pasa revista a algunos estudios recientes sobre transmisión vertical en varios países en desarrollo que están obteniendo resultados similares al pionero ACTG 076 gracias a cursos antirretrovirales aún más simplificados, breves y baratos. El protocolo PETRA de ONUSIDA, por ejemplo, obtuvo un porcentaje de transmisiones de «tan solo un 10,8%» usando AZT/3TC durante intrapartum más una semana a continuación (madre e hij@).

Por su parte, el Proyecto Piloto para la Prevención de la Transmisión Madre-Hij@ (MCTC) promovido por la ONU y un consorcio de agencias gubernamentales y no gubernamentales está embarcado en un programa multinacional para la atención del VIH perinatal en varios países en desarrollo entre los que se cuentan Vietnam, Honduras y otros 9 países africanos. La compañía farmacéutica Glaxo Wellcome se ha comprometido con el MCTC a través de varias iniciativas de soporte: AZT gratis para un total de 23.000 mujeres, la promesa de continuar ofreciendo el fármaco a mujeres seropositivas embarazadas una vez finalice el proyecto a un precio un 75% más bajo y la más reciente extensión de esta rebaja para aquellos que preferan comprar a unas 7.500 pesetas por tratamiento el régimen utilizado en el PETRA.

## Registro de personas con VIH:

### suma y sigue

En relación con la pretensión de la comunidad autónoma de Asturias de crear un registro nominal de personas con VIH, un gran número de representantes de ONG de toda España y algún que otro político han firmado el siguiente texto propuesto por el Comité Ciudadano AntiSIDA de Asturias:

«Rechazo la elaboración de un censo nominal de persona con VIH, tal y como se publica en el BOPA [Boletín Oficial del Principado de Asturias], con fecha de 23 de enero de 1999, del Principado de Asturias, manifestando mi apoyo para contribuir a la eliminación de dicha resolución.»

Esperemos que se den por enterados, allí y en todas partes.

## Mala memoria

No cabe duda de que los países pobres (la ONU incluída) necesitan avales poderosos en sus esfuerzos para evitar el número de casos VIH perinatales y la iniciativa de Glaxo se cuenta sin duda en tal categoría. *The Lancet* piropea tal esfuerzo empresarial al tiempo que se pregunta con lógica insidiosa y retadora qué impide entonces a Glaxo y a sus colegas y competidores aplicar reducciones en sus fármacos no sólo para mujeres embarazadas sino para la inmensa mayoría de personas VIH+ en el mundo que no pueden permitirse comprarlos e incluso para los que van pudiendo. ¡Bravo!

Pero hasta ahí llega *The Lancet* y un@ se queda con el mal sabor de la utopía ingenua en la boca y varias preguntas más: ¿Cómo se calificaría un porcentaje de transmisiones del 10,8% en nuestro entorno desarrollado dónde el 0% ya es una realidad en varios lugares..? ¿Es la transmisión perinatal del VIH+ en el mundo del Sur un puro suceso sin contexto y simplemente con evitarlo nos despertaremos aliviados de la pesadilla? ¿Cuántas de estas mujeres han elegido de forma consciente y proactiva la maternidad? ¿Alguien se atreve a mencionar a las propias mujeres VIH+ como tales y a su derecho a ver crecer a unos hijos cuya salud sí puede comprarse por 50 dólares y sólo un fallo de cada 10? ¿Es definitivamente ridículo hablar de estándar de cuidados fuera de nuestras fortalezas económicas del Norte? ¿Quién va a cuidar a los huérfanos del SIDA?

# 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.

Crear 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

**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:** C.C.Anti-SIDA 947240277 **Cádiz:** A.Anti-SIDA 956252981 Algeciras: C.C.Anti-SIDA 956634828 La Línea: C.C.Anti-SIDA 956176090 **Cáceres:** C.C.Anti-SIDA 927227613 **Castellón:** Centro de Información y Prevención del SIDA 964239922 A.C.contra el SIDA 964213106 **Córdoba:** COLEGA 957485917 Convihda

**SANTIFICARÁS  
LAS FIESTAS**



Meditaré por Montjuïc  
Me purificaré en la sauna  
Ejercitaré el espíritu con mi novio en el sofá  
Me reclinaré en un cuarto oscuro  
Me flagelaré en un leather  
Y si dios quiere... follaré.  
Con condón

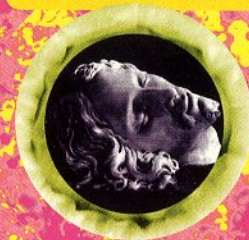
D.O.G. Montjuïc

957430392 Prevención y Solidaridad del SIDA 957430392 **Girona:** ACAS 972219282 **Granada:** NOS 958200602 C.C. Anti-SIDA 958521352 **Gran Canarias:** Amigos contra el SIDA 928764849 AIDAS 928291684 **A Coruña:** C. C.Anti-SIDA 981226167 Santiago de Compostela: C.C. Anti-SIDA 981573401 **León:** C.C. Anti-SIDA 987235634 Ponferrada: Asociación Caracol 987402551 **Logroño:** C.C. Anti-SIDA 941255550 **Lugo:** C.C. Anti-SIDA 982244560 **Madrid:** Apoyo Positivo 913581444 COGAM 915224517 FASE 900111000 FIT 913513682 Unión Española de Enfermos de SIDA 914040105 **Málaga:** A.C.Anti-SIDA 952601780 COLEGA 952217199 **Mallorca:** Ben Amics 971723058 ALAS 971715566 **Murcia:** C.C.Anti-SIDA 968298831 Cartagena: C.C.Anti-SIDA 968521841 **Ourense:** C.C. Anti-SIDA

988233000 **Palencia:** C.C. Anti-SIDA 979749451 **Pamplona:** C.C. Anti-SIDA 948212257 **Pontevedra:** Vilagarcía Arousa: 986508901 **Salamanca:** C.C.Anti-SIDA 923123002 **Donostia:** A.C. Anti-SIDA 943472036 Harri Beltza Oiartzun 943493544 **Santander:** A.C. Cantabria Anti-SIDA 942313232 **Sevilla:** COLEGA 954563366 C.C.Anti-SIDA 954371958 **Tenerife:** UNAPRO 922259654 **Valencia:** Col·lectiu Lambda 963912084 AVACOS 963800737 C.C.Anti-SIDA Comunidad Valenciana 963676911 Gandia: Servicio Información y Ayuda al Infechado 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 \*

De 18h a 22h todos los días

900 601 601



gl stop sida  
coordinadora gai-lesbiana

www.pangea.org/org/cgl  
Email: stopsida@pangea.org  
Núm. cta.: 2100-3296-16-2200132868