

LO+POSITIVO

JULIO/AGOSTO 1999 N° 10

PUBLICACIÓN GRATUITA SOBRE LA INFECCIÓN POR VIH



PARA QUÉ SIRVE UN CONGRESO (SOBRE EL SIDA)

ENTRE DOS AGUAS

ENTREVISTA CON FERNANDO MARÍN, MÉDICO Y ACTIVISTA

ANOTACIONES AL MARGEN

ACUPUNTURA

CAPITALISTAS CONTRA FUNCIONARIOS

PEQUEÑA HISTORIA DEL FÁRMACO

Y ADEMÁS...

MENS SANA IN CORPORE+, JARDÍN DE INFANCIA

¡A COMER!, LAS+POSITIVAS, EL SUR TAMBIÉN EXISTE, ANALIZANDO MIS ANÁLISIS



Farma

Soluciones
Integrales de Salud

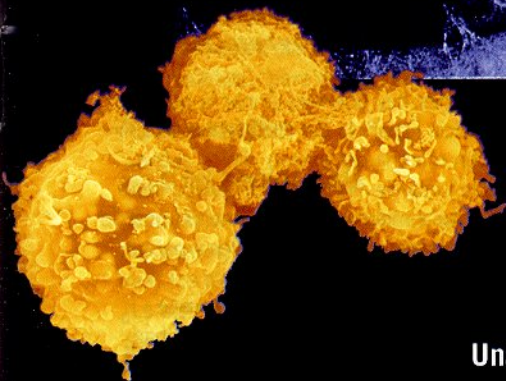
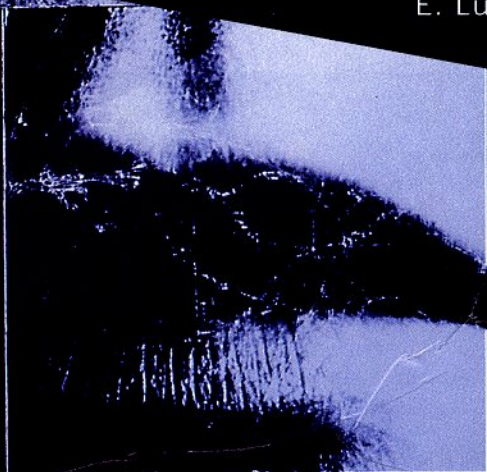
A large, stylized sun graphic with a central yellow circle and several overlapping, curved lines in orange, green, and blue, set against a background of a blue sky with white clouds. The sun is partially obscured by a green diagonal shape on the left and a blue diagonal shape on the bottom right.

**Trabajamos
por un mundo sin
VIH**



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

E. Ludwig



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

Una nueva opción potente y cómoda para cualquier terapia antirretroviral.



Boehringer
Ingelheim



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

El equipo de Lo+Positivo somos:

Rob Camp
Òscar G. Cortés
Jaume Fabrès
Ismael Sala Salas
Maite Suárez
Joan Tallada
M^a José Vázquez

En este número han colaborado:

Coordinadora Gay Lesbiana
Angela Sanz
Ismael Carrillo
Georgina Fabrès
Galletas La Polar
Emilio Ledesma

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

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

GTT

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

Redacción:

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

Imprime:

TESYS S.A.
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.



El pasado día 21 de mayo en Barcelona, el día Memorial de SIDA, con más tapices que nunca.

Editorial

No es que un Congreso (sobre el SIDA) como el que organiza SEISIDA no sirva para nada. Sirve, cuanto menos, para verse las caras, confrontar opiniones y hacer pasillos. Sirve, también, para pulsar el estado de la, llámémosla así, gestión del VIH en el Estado Español. En las páginas de este número de **Lo+Positivo** encontraréis múltiples referencias a lo dicho, lo visto y lo ignorado en el 5º Congreso de la Sociedad Española Interdisciplinaria sobre el SIDA celebrado el pasado mes de abril en Santiago de Compostela, entre las que abundan las de carácter crítico.

Cada quien puede tener sus razones para la insatisfacción o la frustración, pero quizá haya que ir más allá de este Congreso (y de cualesquiera otros que se celebren en nuestro país) y considerar no sólo qué se espera de este tipo de eventos sino también de qué manera logramos quienes asistimos influir en ellos. Desde luego, el grado de apertura de los responsables de SEISIDA hacia las inquietudes de la comunidad no es espectacular: sólo basta saber que, como si de una reserva étnica se tratara, las ONG no están presentes más que en los foros programados para ellas. Pero también es cierto que estos foros de ONG no se lucieron por su carácter innovador, dinámico o atrayente. Como muestra, ese foro sobre adhesión en el que, siguiendo la nefasta tendencia de todo el Congreso, no se invitó a hablar desde la mesa a ninguna persona + sobre su propia experiencia con las dichosas pastillas.

Sin embargo, la responsabilidad por la falta de voces directas de personas con VIH en todos los foros en los que se habla de ellas (y nos referimos incluso a los científicos) corresponde también a las administraciones públicas, que en su sempiterna política de pasividad no estimulan, ni organizan, ni avalan programas de formación continuados y consistentes para la comunidad de personas con VIH, tal que puedan literalmente irrumpir allí donde se habla y se decide sobre ellas. Quizá entonces Congresos como el de SEISIDA, que, todo hay que decirlo, no tiene comparación porque es el único que se celebra de este tipo, no puedan obviar la fuerza y la razón de quienes hasta ahora han sido mantenidas al margen.

En otro orden de cosas, y sin salir de las frustraciones, hay que mencionar la que nos ha brindado el Dr. Josep Torrent, director de la Agencia Española del Medicamento, al firmar la denegación de autorización para la puesta en marcha del ensayo clínico sobre dispensación controlada de heroína inyectable de la Junta de Andalucía. Un pliego lleno de farragosos argumentos burocráticos tira por tierra, al menos por el momento, una de las pocas medidas audaces planteadas para reducir los riesgos legales, sociales y para la salud de las personas que toman drogas inyectables. Una pena.

Otra pena, y también proviene de ese Ministerio de Sanidad donde nada parece moverse, es la tardanza inexplicable en la aprobación de nuevos fármacos que ya han recibido el visto bueno de la Agencia Europea. El dossier de Fortovase® (la nueva formulación de saquinavir) debe estar acumulando polvo en algún anaquel, mientras los usuarios de este inhibidor de la proteasa siguen esperando. ¿A qué se dedican los funcionarios que pagamos?

Secciones

6 La Verdad está aquí dentro

La sección más científica de la revista os presenta su lipolista, datos sobre resistencia, deficiencias vitamínicas, interacciones con Viagra® y muchas otras cosas para leer con calma.

14 Médicos y pacientes

Pequeña historia del fármaco. Reflexiones sobre las consecuencias de los precios de unos fármacos que pagamos entre tod@s.

30 Coinfección VIH/VHC

Ensalada de siglas.

32 Analizando mis análisis

Una nueva sección para saber algo más de nuestros análisis clínicos. ¿Qué significan? ¿Cómo interpretarlos? ¿Cómo los vivo?

36 ¡A comer!

Sabores de verano

38 Anotaciones al margen

La sección sobre terapias complementarias se ocupa de las posibilidades de la acupuntura.

39 Mens sana in corpore +

Ponte fuerte.

40 Un asunto de drogas

Os presentamos un estudio sobre un nuevo sustituto de la heroína aprobado por la Administración, el LAAM, que va a hacer compañía a la metadona. Un producto sin dosis diarias, bien valorado por sus usuari@s... pero mucho más caro.

41 Lo + negativo

45 El Sur también existe

En Chile, como en otros países latinoamericanos, el Estado es incapaz de proveer los tratamientos antirretrovirales. ¿La historia juzgará?

46 Una mujer sero +

Nadie va a hablar de nosotras.

48 Cibermapa

49 Glosario

Artículos

16 Para qué sirve un Congreso (sobre el SIDA)

Santiago de Compostela acogió el pasado mes de abril el 5º Congreso Nacional sobre el SIDA. Estuvimos allí para ofrecer os el balance de una reunión que hay que ver para creer.



33 El desorden de tu nombre

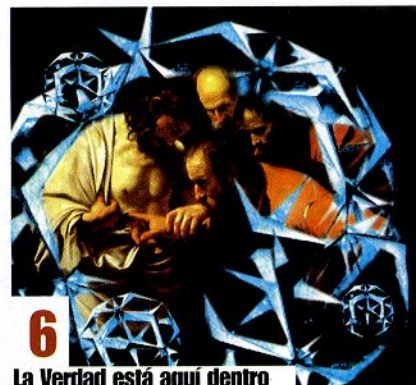
¿Por qué sería contraproducente un registro nominal de afectad@s por VIH? ¿Por qué defendemos un registro que garantice la confidencialidad? Estudios realizados en EE UU aportan datos para el debate.

28 Entre dos aguas

Entrevista con Fernando Marín, responsable médico durante tres años de una ONG de apoyo a seropositiv@s. Las polémicas opiniones de un profesional a caballo de la medicina y del activismo.

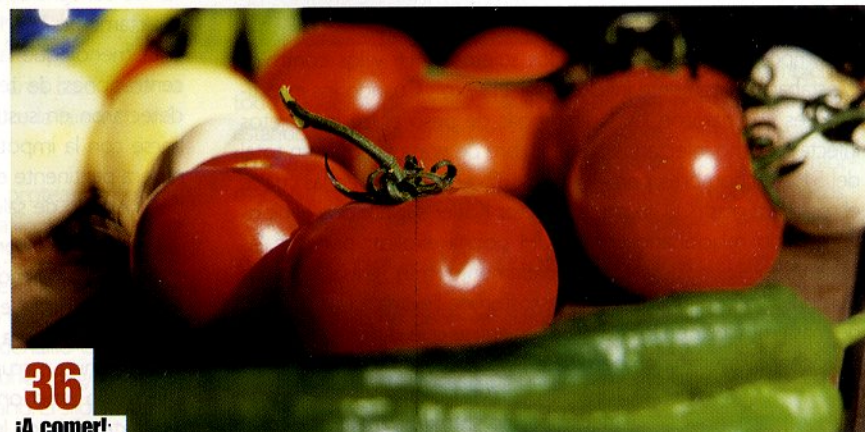
35 Dichosos los ojos

Las infecciones oportunistas siguen acechando y, entre ellas la retinitis por CMV. Estado de la cuestión, insistir en la necesidad de seguimiento y un nuevo fármaco a tener en cuenta.



38 Anotaciones al margen

6 La Verdad está aquí dentro



36 ¡A comer!

La Verdad

Los cambios en la composición corporal relacionados con el VIH varían según el sexo

8 de marzo de 1999, Reuters Health



A lo largo de la infección por VIH, la mujer pierde más grasa corporal que el hombre, según un equipo multicéntrico de investigadores. El doctor Donald P. Kotler y colaboradores, del San Luke's Roosevelt de la ciudad de Nueva York usaron un análisis típico (BIA) para evaluar la composición corporal de un total de 1.415 sujetos adultos. Los sujetos incluían una cohorte de hombres y mujeres blancos y afroamericanos y una cohorte de hombres y mujeres africanos. Un total de 279 sujetos eran VIH positivos y 1.136 servían como controles.

“Los correlatos más fuertes con la composición corporal eran peso y altura, seguidos de sexo, infección por VIH, edad, entorno y raza”. Las diferencias en la composición corporal entre los sujetos VIH+ y los controles “...estaban fuertemente influidas por el sexo”. Cuando los investigadores compararon las “...diferencias de peso entre los sujetos infectados y no infectados, la masa libre de grasa suponía un total del 51% en hombres, pero sólo un 18% en mujeres, en las cuales el resto era grasa”. El grupo del doctor Kotler sugiere que el hipogonadismo relacionado con el VIH podría explicar por qué las mujeres pierden desproporcionadamente más grasa que los hombres. La disminución de la testosterona llevaría a una pérdida de masa muscular en los hombres, mientras que la disminución de estrógenos resultaría en pérdida de grasa en las mujeres.

Am J Clin Nutr 1999, March
Medscape, Inc. <<http://hiv.medscape.com>>

Disfunción sexual con inhibidores de la proteasa

Martínez E, Collazos J, Mayo J, Blanco M S, Infectious Diseases, Hospital de Galdakao, Vizcaya, Spain (e-mail: collazos@hgda.osakidetza.net) Lancet 353:810-811, 1999

Una carta publicada en el número de 6 de marzo de The Lancet, recibida de un hospital español, informa sobre la disfunción sexual (DS) detectada en hombres y relacionada con el uso de IP. El equipo del Dr. Eduardo Martínez del Hospital de Galdakao, en Vizcaya, País Vasco, realizó el seguimiento de 14 jóvenes varones infectados por VIH (con una media de edad de 37,4 años, media de recuentos CD4 de 374 células y carga viral media por debajo de 200 copias/mm³) que sufrieron una disfunción sexual. Entre los síntomas se describen disfunciones eréctiles y, con menor frecuencia, incapacidad eyaculatoria y pérdida de libido. Ninguno de los pacientes había sufrido estos síntomas en el pasado, ni siquiera cuando su salud era más precaria o mientras recibían solamente combinaciones de inhibidores de la transcriptasa inversa nucleosídicos.

La mayoría de pacientes presentaba coinfección con VHC, aunque ninguno registró datos clínicos o bioquímicos de insuficiencia hepática. En el momento de la aparición de la DS todos los pacientes recibían terapia de combinación incluidos ITIN más IP durante un período medio de 9,4 meses (rango 2-20).

Con la excepción del uso de fármacos, no se apreció ninguna causa orgánica de impotencia masculina. Los autor@s consideraron que el uso de ketoconazol en algunos pacientes para mejorar las concentraciones en plasma de saquinavir no se relacionó directamente con la DS debido a la dosis de ketoconazol prescrita, menor que la dosis estándar; y a la ausencia de bajas concentraciones de testosterona. Otros cambios menores que se detectaron en sustancias endocrinas tampoco pudieron relacionarse con la impotencia. De igual modo, la DS asociada a SIDA no era pertinente en estos 14 hombres, ya que todos estaban en buen estado de salud para cuando desarrollaron los síntomas.

Los autor@s concluyen su carta afirmando: “...teniendo en cuenta que tratamos a unos 260 pacientes infectados por VIH con IP, la ocurrencia de un número tan alto de casos en 14 meses representa una alta incidencia comparado con la población general en el mismo grupo de edad. Resulta destacable que no se haya informado anteriormente sobre la disfunción sexual a pesar del uso extendido de los inhibidores de la proteasa.”

está aquí dentro

Datos sobre interacciones de sildenafil (Viagra®) con ritonavir y saquinavir

El pasado 21 de abril Pfizer Pharmaceuticals publicó los datos de dos estudios sobre interacciones entre su fármaco para tratar la impotencia sildenafil (Viagra®) con ritonavir; y entre sildenafil con saquinavir. Ya se había recomendado cautela en el uso concomitante de estos fármacos puesto que **todos utilizan las mismas vías de metabolización** (en particular CYP3A4). Entre los inhibidores de la proteasa del VIH disponibles en la actualidad ritonavir es el más potente y saquinavir el más moderado con respecto a CYP3A4.

La farmacocinética tanto de ritonavir como de saquinavir no se vieron afectadas por la coadministración de sildenafil. Sin embargo, la administración de los inhibidores de la proteasa afectó sustancialmente a la farmacocinética de sildenafil.

La coadministración de 1.200 mg tres veces al día de saquinavir (Fortovase®) y de 100mg de sildenafil en una sola dosis produjo un incremento del 140% de sildenafil en el Cmax y un incremento del 210% en el área bajo la curva (AUC). El sildenafil no tuvo ningún efecto sobre la farmacocinética de saquinavir.

La coadministración del inhibidor de la proteasa ritonavir (Norvir®) 500 mg dos veces al día con sildenafil, 100mg en una sola dosis produjo un incremento de 4 veces (300%) de sildenafil en el Cmax y un incremento de 11 veces (1.000%) en los niveles de sildenafil en plasma en el área bajo la curva (AUC). Al cabo de 24 horas los niveles en plasma de sildenafil eran aproximadamente de 200ng/mL, comparado con unos 5ng/mL registrados cuando sildenafil se administra en solitario. El sildenafil no tuvo ningún efecto sobre la farmacocinética de ritonavir.

Estos datos llevaron a la Agencia Europea de Evaluación del Medicamento a publicar un aviso previo a los cambios en el prospecto de sildenafil advirtiendo:

“Habiendo revisado estos resultados, se desaconseja finalmente la coadministración de sildenafil con ritonavir. No obstante, si se debe prescribir sildenafil a algún paciente en tratamiento con ritonavir, la dosificación máxima de sildenafil no debe exceder de 25mg en 48 horas.”

“Se recomienda a todos los facultativos al cargo de pacientes que reciben tratamiento concomitante con potentes inhibidores como saquinavir; otros inhibidores de la proteasa del VIH, eritromicina, ketoconazol o itraconazol, sigan las recomendaciones del producto en cuanto a la consideración de una dosis inicial de 25 mg de sildenafil.”

“Se recomienda también a todos aquéllos pacientes a quienes se haya prescrito sildenafil estando en tratamiento con otros inhibidores de la proteasa del VIH se pongan en contacto con sus facultativos para recibir información y consejo sobre el uso concomitante de ambos fármacos.”

Nitrato de amilo (poppers) y sildenafil

El sildenafil no debe ser combinado con inhalantes de nitrato (poppers) ni ningún otro tipo de nitratos. Su combinación puede causar una presión sanguínea peligrosamente baja de consecuencias fatales.

Ref: EMEA statement (CPMP/1148/99)



Los esteroides anabólicos son útiles de la pérdida de masa muscular

Eficacia de los esteroides anabólicos en el incremento de peso y fuerza de hombres

Alison Strawford y colaboradores, de la Universidad de California en Berkeley, informan de un ensayo doble ciego controlado con placebo con el esteroide anabólico oxandrolona para el tratamiento de hombres con pérdida de peso asociada a la infección por VIH y con niveles normales de testosterona. Sabemos que recuperar la masa corporal magra que se pierde durante la infección por VIH resulta una tarea difícil. De un total de 29 voluntarios que tomaron parte en el estudio, todos recibieron inyecciones de testosterona fisiológica con el fin de equilibrar los niveles intersujetos y realizaron ejercicios progresivos de resistencia (EPR) supervisados. Además, los sujetos recibían, bien oxandrolona en forma de pastillas, bien placebo. "En hombres VIH+ eugonadales (con niveles normales de testosterona) y una historia previa de pérdida de peso, la combinación de EPR con un andrógeno moderadamente suprafiológico (testosterona, una hormona con un efecto masculinizador) en un régimen que incluye un esteroide anabólico, oxandrolona, mostró aumentos significativamente mayores del tejido magro y de la fuerza muscular en comparación con el grupo que practicaba EPR y recibía tan solo las inyecciones de testosterona fisiológica", escriben los investigadores. "Quizá el hallazgo más notable de este estudio es que no eran necesarias dosis extremadamente altas de andrógenos para conseguir una interacción beneficiosa con EPR en hombres que experimentan pérdida de peso asociada al VIH".

JAMA 1999

Este estudio fue realizado con la colaboración de los *National Institutes of Health (NIH)*; *Bio-Technology General Corporation*, Iselin, NJ, (fabricantes de oxandrolona) y un consorcio deportivo constituido por la Asociación Atlética Colegiada Nacional, el Comité Olímpico de los Estados Unidos y la Liga Nacional de Fútbol.

Puedes encontrar los detalles del estudio en: http://www.ama-assn.org/scipubs/journals/archive/jama/vol_281/no_14/oc813111a.html

COMENTARIO

El análisis del total del estudio apoya la idea que oxandrolona resulta más eficaz cuando se usa con testosterona que cuando se usa sola. Dado que oxandrolona inhibe la producción de testosterona por parte del propio cuerpo, resulta importante contemplar un suplemento de dosis de reemplazo de testosterona con vistas a mantener una buena calidad de vida y el mejor efecto metabólico. Esto es cierto respecto a todos los esteroides anabólicos excepto oximetolona (Anadrol) ya que los esteroides anabólicos más comunes no aumentan los niveles de libido, de

energía, etc. La oximetolona es lo bastante potente de por sí como agente anabólico. Dado que tanto la oximetolona como la testosterona son andrógenos de alta potencia, su uso conjunto aumenta el riesgo de potenciales efectos secundarios.

Michael Mooney/Medibolics

<http://www.medibolics.com/lipodystrophy2.htm>



ENSAYO COMET

El ensayo COMET reclutó a 10 personas VIH+ con cargas virales de al menos 5.000 copias y con recuentos de CD4+ por encima de las 150 células. Nadie había tomado antirretrovirales con anterioridad ni había experimentado ninguna enfermedad oportunista definitoria de SIDA. Cada un@ tomó HAART durante 28 días o más antes de interrumpir su tratamiento. Al cabo de otros

en el tratamiento y de la fatiga

infectados por el VIH

28 días sin antirretrovirales, retomaron su tratamiento de combinación antirretroviral inicial.

La carga viral de los sujetos descendió durante la primera fase del tratamiento pero rebrotó con rapidez al interrumpir el mismo (entre 4 y 7 días después de la interrupción), según informa el equipo francés. Sin embargo, una vez reiniciada la terapia, la carga viral de los sujetos volvió a descender hasta niveles similares a los del primer descenso. Además, no se observaron signos de resistencia a los fármacos. Finalmente, al cabo de un año, todos los sujetos que habían continuado su terapia de combinación durante un tiempo mínimo de 4 meses mantenían su carga viral por debajo de las 200 copias.

Sobre la base de estos resultados, los investigadores concluyen que "la interrupción durante un mes de una terapia antirretroviral que está resultando eficaz no tiene un efecto perjudicial en la terapia, una vez reiniciada". Dicho esto, el equipo de investigadores franceses también advierte que estos resultados no significan que las "vacaciones del tratamiento" sean beneficiosas y que quizá una interrupción del tratamiento durante períodos más prolongados sí podría tener efectos negativos sobre los beneficios iniciales de la terapia.

COMENTARIO

Hay varios puntos por considerar cuando se trata de interpretar los resultados de este ensayo. En primer lugar, los datos indican que los pacientes tenían cargas virales por debajo de las 200 copias al cabo de un año, aunque la tecnología de que disponemos en nuestros días nos permite detectar cargas virales de 50 y hasta 20 copias. Por tanto, hubiera sido interesante estudiar si estas técnicas más sensibles hubieran detectado diferencias entre las cargas virales medidas antes de haber interrumpido la terapia y después de haberla reiniciado. Además, ninguno de estos pacientes había sufrido una enfermedad definitiva de SIDA y sus recuentos de CD4+ estaban por encima de las 150 células. Los resultados del estudio podrían variar si se tratara de pacientes con sistemas inmunológicos severamente comprometidos. Finalmente, ninguno de estos pacientes había tomado antirretrovirales con anterioridad, pero el efecto de las vacaciones del tratamiento en pacientes con experiencia previa con antirretrovirales podría no ser tan inocuo.

AIDS 1999;13:677-683.

Con la colaboración del Community AIDS Treatment Information Exchange, in Toronto. Para más información podéis visitar CATIE en la red: <http://www.catie.ca>

Tratamiento de las reacciones adversas cutáneas y hepáticas asociadas a Viramune®

Hepáticas

Debes interrumpir la nevirapina (Viramune®) cuando se vean anomalías moderadas o graves de la función hepática (excepcionalmente elevaciones de la GGT asintomáticas aisladas), hasta que las pruebas de la misma regresen a los valores basales. La administración de nevirapina puede entonces reiniciarse con 200 mg diarios. El aumento de la dosis diaria a 200 mg dos veces al día debe realizarse con precaución después de extremar la observación. Deberías interrumpir definitivamente [la toma de nevirapina] si ocurren estas anomalías moderadas o graves de la función hepática. Debido a que, ocasionalmente, se ha descrito hepatitis clínica con nevirapina en las primeras semanas después de iniciar el tratamiento, se recomienda encarecidamente la monitorización de la ALT (SGPT) y AST (SGOT) —marcadores de la función del hígado (ver glosario), especialmente durante los primeros seis meses de tratamiento con nevirapina.



Cutáneas

Debes interrumpir [la toma de Viramune®] si desarrollas una erupción (exantema) grave o acompañado de sintomatología general como fiebre, formación de vesículas, lesiones orales, conjuntivitis, hinchazón facial, hinchazón general, dolor muscular o en las articulaciones, malestar general o elevaciones graves en las pruebas de la función hepática.

La manifestación tóxica principal de la nevirapina es la erupción cutánea. Comunica de inmediato a tu médico su aparición. La mayoría de exantemas asociados a nevirapina aparecen dentro de las primeras seis semanas desde el inicio del tratamiento. Por lo tanto, debes ser monitorizado cuidadosamente, en relación con la aparición de exantema, durante este período. No procedas al escalado de dosis si aparece algún tipo de exantema durante el período inicial de dos semanas, hasta que éste se resuelva. Si presentas exantema grave o acompañado de sintomatología general (ver síntomas arriba), debes interrumpir la medicación y consultar al médico.

Ref: Boehringer-Ingelheim España

Nuevos datos sobre resistencia

La resistencia antirretroviral se ha identificado como el talón de Aquiles en el tratamiento del VIH. Hoy en día, la resistencia es una subespecialidad de la investigación en VIH y cada día se ofrece más información respecto al tema.

1. Utilidad clínica de las pruebas de resistencia

El GART (siglas inglesas de "Pruebas Genotípicas de Resistencia Antirretroviral") es un ensayo prospectivo que compara la terapia estándar frente al tratamiento guiado por las pruebas de resistencias genotípicas (que identifica los codones del virus mutados). GART incluyó a 153 pacientes que habían experimentado fallo virológico (un aumento mayor de tres veces de la carga viral) en el contexto de un tratamiento triple. Las personas se distribuyeron al azar entre un grupo que accedería a las pruebas de resistencia (78) y otro que no (75). Para la mitad de los pacientes, el régimen basal con el que estaban experimentando el fallo virológico era el segundo en el que recibían un IP.

Los resultados fueron interpretados por un virólogo, aunque los médicos no estaban obligados a seguir su consejo.

Los resultados tras 12 semanas de seguimiento fueron:

	GART	NO-GART
CV	-1,17	-0,62
<500 copias	29%	17%

Los análisis mostraron que los pacientes en el grupo GART tenían más fármacos activos que en no-GART (lo que no es una sorpresa si tenemos en cuenta que esto es exactamente lo que se pretende con los análisis genotípicos).

Se efectuó un análisis para medir el efecto de la adherencia de los médicos a las recomendaciones de los virólogos. Los médicos que siguieron las recomendaciones de los virólogos en más del 80% de los pacientes vieron un descenso de la media de cargas virales de -1,4 log en el brazo GART frente a un -0,47 log en el brazo de control No-GART. Como contraste, los centros que siguieron el consejo de los virólogos en menos del 60% de los pacientes mostraron una media de descenso de cargas virales de -0,98 log en el brazo GART y del -0,74 log en el no-GART.

La conclusión principal del estudio fue que "... GART con consejo de expertos ... resultó superior a no-GART ... a corto plazo. La mayor reducción de la carga viral en el grupo GART se atribuye al mayor número de fármacos activos prescritos. El efecto de GART en la respuesta de carga viral podría estar subestimado si tenemos en cuenta que las sugerencias de tratamiento no fueron seguidas para todos los médicos".



2. Prevalencia de la resistencia primaria

Hay un creciente número de personas que no reciben tratamiento y tienen virus ya con mutaciones. Estas personas nunca han estado expuestas a fármacos, pero sus virus sí que lo han estado.

La vigilancia serológica de este fenómeno, resistencia primaria, es importante por razones de salud pública. Un porcentaje de más del 10% de resistencias primarias debería impulsar un cambio de las políticas de prescripción de antirretrovirales, al menos en aquellos lugares donde no se dispone de las pruebas de resistencia a fármacos. El fenómeno está ampliando sus límites y ahora afecta a las tres clases de fármacos principales.

En España, el estudio de vigilancia, el ERASE-2, mostró una población resistente de más del 60% (principalmente a AZT o Retrovir® y 3TC o Eпивir®). Para los seroconvertidos recientes, la resistencia a 3TC resultó la más común.

Resulta interesante observar que la clase farmacológica con mayor índice de resistencias resultó ser la de inhibidores de la transcriptasa inversa no nucleósidos (ITINN), con un porcentaje del 15% y el 23%, según las pruebas geno y fenotípicas respectivamente.

En otro estudio, un 28% de las muestras presentaba resistencias a algún fármaco; un 3% de los participantes mostraba resistencia primaria a ITIN, pero el porcentaje aumentaba hasta el 17% de

antirretroviral

Registro confidencial de personas infectadas por el VIH en España

Journal of the American Association 17.3.99, X.Bosch

resistencias a ITINN y el 13% de resistencias a inhibidores de la proteasa (2 personas con resistencia a los 4 IP).

3. Resistencias y nuevos fármacos

Los perfiles de resistencias a nuevos fármacos se han convertido en un punto de máximo interés, en particular ahora que las autoridades regulatorias los tienen muy en cuenta a la hora de decidir la rapidez con que un nuevo compuesto recibirá la aprobación.

Adefovir (Preveon®) es un análogo de nucleótido de Gilead Sciences actualmente en desarrollo. Aunque no es muy potente en sí mismo, es activo contra todas las cepas resistentes a ITIN contra las que se ha probado y podría también desplegar una actividad especial contra los virus con la mutación M184V.

Abacavir (Ziagen®) es un análogo de nucleósido ya disponible en los Estados Unidos. Su perfil de resistencias centra un importante volumen de investigación, dado que aunque comparte mutaciones de resistencia con la mayor parte de los nucleósidos (3TC, ddI o Videx®, ddC o Hivid®) y se ve afectado por las mutaciones que confieren resistencia al AZT, el hecho de que sus mutaciones se desarrollen de manera paulatina lo hace potencialmente activo para ciertos pacientes que ya se han expuesto a tratamiento con nucleósidos.

Efavirenz (Sustiva®), el último no nucleósido incorporado a la práctica clínica, muestra resistencia cruzada con toda la familia: nevirapina (Viramune®) y delavirdina (Rescriptor®).

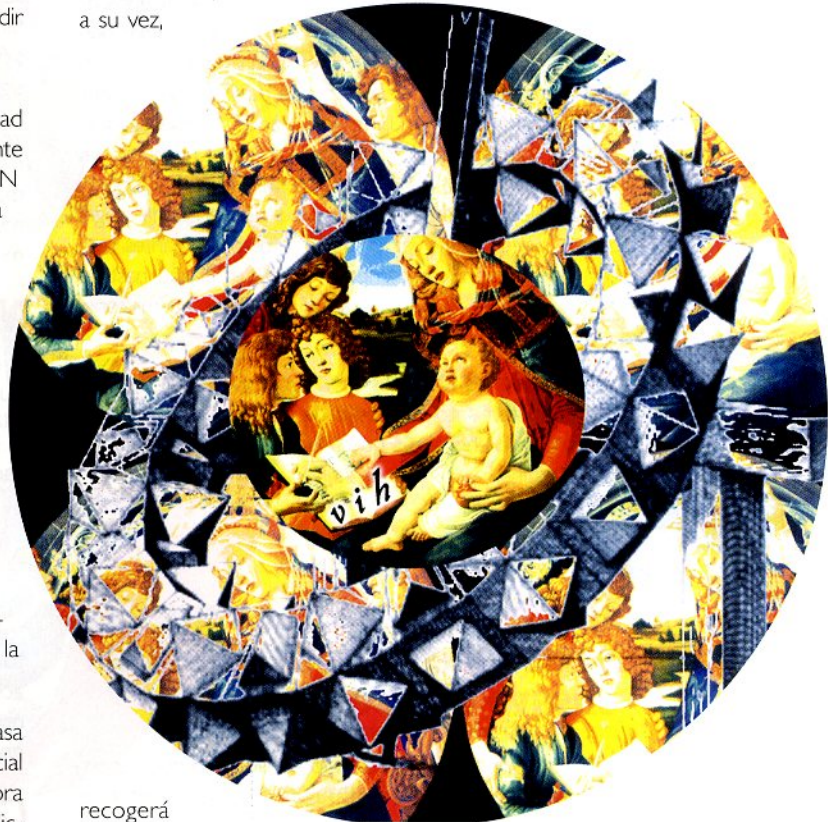
Amprenavir (Agenerase®) es un inhibidor de la proteasa que desarrolla Glaxo Wellcome. Aunque la investigación inicial sugería que no existía resistencia cruzada a los otros IP, ahora sabemos que las resistencias comunes a los otros IP son predictores de la resistencia a amprenavir:

ABT378 es un nuevo IP para formulación conjunta con bajas dosis de ritonavir (Norvir®). No disponemos de datos in vivo sobre sus resistencias, pero las pruebas in vitro señalan al menos dos caminos a la resistencia a través de mutaciones primarias. El perfil farmacocinético altamente favorable de este fármaco podrá jugar un importante papel protector contra la resistencia.

BMS 232, 632 es un IP que desarrolla Bristol-Myers Squibb. Este nuevo IP, potencialmente administrable una vez al día, acaba de entrar en la fase II (estudios clínicos de seguridad y toxicidad del fármaco). Los datos in vitro son escasos pero muestran resistencia cruzada parcial a otros inhibidores de la proteasa.

Emilio Ledesma

España se plantea adoptar un registro nacional sobre la vigilancia de los casos de VIH. El registro, llamado Sistema Nacional de Vigilancia de la Infección por VIH, no va a utilizar el sistema nominal de pacientes; en su lugar va a poner en práctica un sistema de código de 15 dígitos en el que se incluirá información epidemiológica y socioeconómica. El sistema, a su vez,



recogerá información sobre edad, sexo, posible vía de transmisión, grupo de riesgo, comportamiento sexual, estadio clínico, subtipo vírico, tipo de diagnóstico y tratamiento. Los médicos de atención primaria y los hospitales se encargarán de suministrar los registros médicos para el sistema, y el Ministerio de Sanidad fija para principios del 2000 la fecha del primer informe sobre los datos. A pesar de este sistema impulsado desde el ministerio, el Principado de Asturias, en el norte de España, piensa utilizar un sistema nominal. Los activistas del SIDA, a favor del sistema nacional de información codificada, expresaron su oposición al sistema nominal aplicado en Asturias. La región tiene un nivel de incidencia del VIH similar al del resto de España y sus razones para utilizar el sistema nominal se desconocen. Se calcula [oficialmente] que 125.000 personas viven con el VIH en España.

Deficiencias de vitaminas B12 y E asociadas con progresión a SIDA

Journal of the International Association of Physicians in AIDS Care, 10.06.96

Según un informe de la Universidad Johns Hopkins de los Estados Unidos y el Centro de Salud Infantil Janeway de Canadá, las deficiencias de vitaminas B12 y E pueden contribuir a una progresión más rápida de la enfermedad en personas con infección por VIH.

Los expertos en salud saben que los micronutrientes específicos son necesarios para el correcto funcionamiento del sistema inmunitario y que los niveles anormalmente bajos de algunos de éstos se han asociado con una evolución negativa en algunas personas infectadas por el VIH. Pero este histórico estudio de cohorte fue el primero en calcular el impacto de bajos niveles de vitaminas A, B6, B12, E y folato en un grupo grande. La investigadora Alice M. Tang informó que el análisis incluyó a 312 hombres gay que formaban parte de la cohorte del Multicenter AIDS Cohort Study (MACS) de Baltimore. Se realizó un muestreo de la sangre de la cohorte por primera vez en 1984 y los participantes recibieron seguimiento aproximadamente dos veces al año hasta el final de 1993, fecha en la que se realizó el análisis de micronutrientes.

Encontraron que los hombres con bajos niveles de vitamina B12 tenían un incremento del riesgo de progresión del 89% en comparación con los hombres que presentaban niveles normales de esta vitamina.



El aceite de pescado reduce las enfermedades coronarias en un ensayo clínico controlado

Una dosis baja de aceite de pescado (similar a lo que supondría comer pescado dos veces al día) mejoró modestamente el curso de la arteriosclerosis coronaria y pareció asociarse con una menor incidencia de problemas cardíacos, según un importante ensayo clínico europeo. Los voluntarios recibieron o bien un concentrado de aceite de pescado o bien un placebo "con una composición de ácidos grasos similar a la de una dieta europea media"; la dosis era de 6 gramos diarios durante tres meses, seguida de 3 gramos al día durante el resto del ensayo, que tuvo una duración total de 2 años y que contó con la participación de 223 pacientes diagnosticados con arteriosclerosis de la arteria coronaria.

A pesar de que existen cientos de estudios epidemiológicos, experimentales y con modelos animales que sugieren la importancia de los ácidos grasos omega-3 en la reducción de la arteriosclerosis, ha habido muy pocos estudios controlados y sus resultados han sido a menudo inconsistentes.

Aquellos que se encontraban en el nivel del cuartil más bajo de B12 presentaban un aumento de dos veces de su riesgo de progresión en comparación con los que estaban en el cuartil más alto. El riesgo aumentado era independiente del recuento de células CD4+, de la edad, de la albúmina en suero, del folato en suero, del uso de terapias antirretrovirales antes de la progresión a SIDA o del consumo de alcohol.

Los participantes del estudio que se encontraban en el cuartil más alto de dosis de vitamina E presentaban un descenso del 33% en su riesgo de progresión en comparación con aquellos en el cuartil más bajo. Tang observó que un suplemento de vitamina E ha demostrado que se incrementan los niveles circulantes del micronutriente, aunque se sabe menos sobre un régimen suplementario con vitamina B12. Los niveles bajos de vitamina A también se asociaron con un incremento del riesgo de progresión a SIDA, aunque tal asociación no resultó estadísticamente significativa.

Tang concluyó que esta asociación entre bajos niveles de vitaminas A, B12 y E y la progresión a SIDA debería estudiarse con mayor rigor para conseguir determinar si un régimen de suplementos vitamínicos podría reforzar el sistema inmunitario y mejorar la salud de las personas seropositivas.

Nota:

Quizás sea más fácil (y sano) tomar un complejo vitamínico que comprenda todas las vitaminas B, o un antioxidante (de las vitaminas A, B, y E con C) en una cápsula, en vez de tomar sólo la B12. Se trata de un estudio publicado hace un tiempo, pero cada día crece la importancia de las vitaminas.

Lo cierto es que el mecanismo de acción de este tratamiento potencial es en buena medida desconocido. Por ejemplo, el aceite de pescado parece, paradójicamente, incrementar los niveles de colesterol LDL (el "colesterol malo"), especialmente en pacientes con triglicéridos elevados.

Comentario

Este no era un estudio sobre VIH y por lo que sabemos todos los voluntarios eran VIH negativos. Hemos reflejado sus resultados porque el aceite de pescado podría ser beneficioso para pacientes con anomalías lipídicas provocadas por los tratamientos antirretrovirales o por el VIH en sí mismo. A medida que la información vaya siendo más completa, los expertos en nutrición podrán trabajar en la elaboración de pautas dietéticas.

REFERENCIAS

I. von Scahcky C, Angerer P, Kothny W, Theisen K, Mudra H. The effect of dietary omega-3 fatty acids on coronary atherosclerosis: un ensayo clínico randomizado, doble ciego y con control placebo. ANNALS OF INTERNAL MEDICINE. Abril 1999; volumen 130, páginas 554-562.



LipoListo

Fatiga/Ejercicio

En muchos casos, el ejercicio físico podría aliviar la fatiga. A veces casi tengo que obligarme a salir de casa y hacer algo, pero al final acabo sintiéndome mejor cuando lo hago.

Allan

Aquí tenéis la mejor forma de luchar contra la fatiga y de subir los niveles de endorfina: ejercicio, ejercicio y ejercicio.

Dennis

¡No olvides hacer ejercicio! El ejercicio físico puede aumentar los niveles de colesterol HDL (el colesterol "bueno"). Intenta combinar los ejercicios aeróbicos con los ejercicios de resistencia para conseguir beneficios cardíacos y aumentar tu masa celular corporal.

Tracy

Tengo altos niveles de azúcar en sangre. Voy a empezar a tomar metformina junto con insulina para intentar resolver la resistencia a la insulina y, espero, reducir el azúcar en sangre.

Anthony

¿Has intentado hacer ejercicio? Resulta sorprendente lo que una persona con niveles moderadamente altos de azúcar en sangre puede conseguir cuando empieza a practicar ejercicio. Un amigo diabético consiguió que su glucosa bajara de 320 a 135 tras 3 semanas en las que practicó 1 hora de ejercicios cardiovasculares y de resistencia 3 veces por semana. Por lo demás, mi amigo no cambió ningún otro aspecto de su tratamiento.

Nelson

En la mayoría de casos de regímenes que no contenían IP que se presentaron en Chicago se apreció una remisión parcial de los síntomas físicos; sin embargo, sólo una insignificante o inexistente mejora de los lípidos en sangre (y en el caso de Sustiva®, un empeoramiento a corto plazo).

Bob Munk

Hipertensión

Yo experimenté una alta presión sanguínea mientras estaba en tratamiento con Crixivan®, cambié a un régimen sin inhibidores de la proteasa con Viramune® y todo parecía ir bien hasta que unos ocho meses más tarde fui diagnosticado con hipertensión pulmonar y dilatación de la parte derecha del corazón. Se me recetó un bloqueador de los canales de calcio (Procardia XL) para tratar la hipertensión pulmonar y controlar también la hipertensión sistémica. Durante seis semanas suspendí todo tratamiento antirretroviral y lo retomé con la HAART Abacavir/3TC/Sustiva®. A las tres semanas la hipertensión ya estaba de vuelta a pesar de Procardia. El doctor sospechó de Sustiva®, de manera que ahora estoy con una combinación de 3 ITINN (3TC/d4T/Abacavir) y una dosis mayor de Procardia. Ahora, mi presión sanguínea se ha estabilizado. Por lo que os recomiendo que si tenéis problemas de hipertensión no paréis hasta que os examinen y os den tratamiento antes de que surjan otras complicaciones.

Héctor

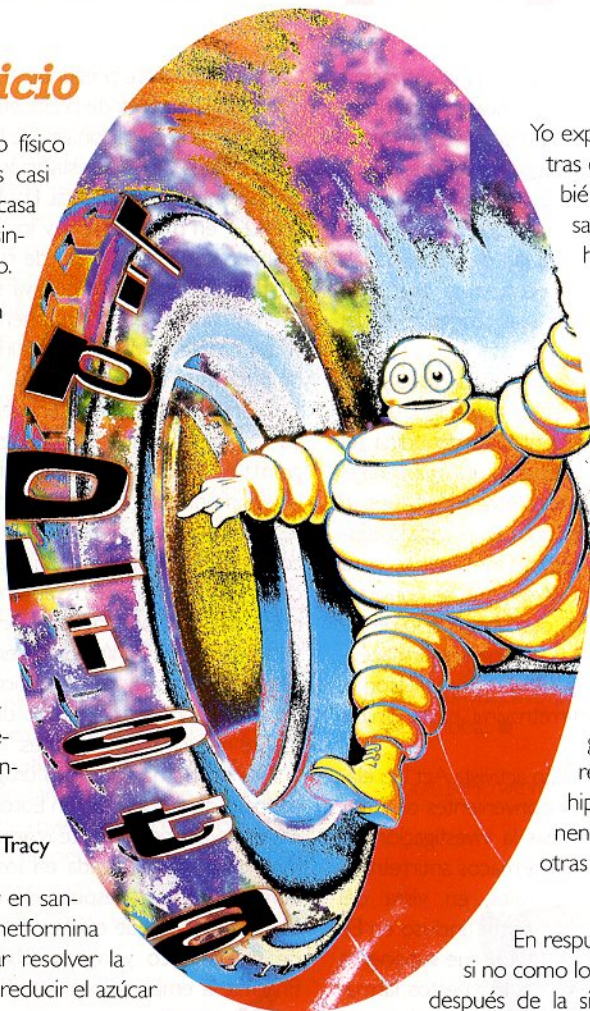
En respuesta a Héctor: Me he dado cuenta de que si no como lo suficiente en las "horas permitidas" lo pago después de la siguiente dosis de Crixivan®. Ayer por la noche me salté la cena y esta mañana lo estoy sufriendo. Suelo tener problemas con mi dosis del mediodía porque realmente no me gusta comer durante la mañana y te aconsejo que intentes al menos comer un buen plato de cereales. En mi experiencia, una manzana fresquita puede ayudar a despertar el apetito. ¡A cuidarse!

Scott

Neuropatía

Además de la vitamina B12, el ácido lipoico, la colina/inositol y la biotina pueden ser eficaces para prevenir o mejorar la neuropatía. Tang y colaboradores han mostrado la importancia crítica de la vitamina B12 para personas con VIH. Es barata y fácil de conseguir. Una inyección intramuscular cada mes o cada dos meses puede ser una excelente idea.

George M. Carter



Capitalistas contra f

pequeña historia

Nuestro actual gobierno opta por la privatización progresiva de las empresas públicas, privatización que podría extenderse a hospitales y otros recursos sanitarios. España goza (aún) de un sistema de salud público que garantiza un acceso (casi) universal a una sanidad más o menos potable. Sin embargo, si escarbamos bajo la superficie de una sanidad de corte socialdemócrata, descubriremos una dinámica económica que trasciende las fronteras del estado y responde a las crudas leyes del mercado.

Históricamente, los EE UU han sido el lugar de desarrollo y primer uso de los nuevos fármacos y tratamientos anti-VIH. Cuando Burroughs-Wellcome obtuvo la patente sobre la zidovudina (el famoso Retrovir®/AZT) se sentó un precedente que marcaría el futuro del desarrollo de nuevos fármacos antirretrovirales: aunque el dinero público jugó un papel importantísimo en el rápido desarrollo de ese fármaco, los beneficios exorbitantes serían para bolsillos privados. La fundación (benéfica) Wellcome se convirtió en sociedad anónima, y algunos inversores descubrieron lo rentable que podía ser el VIH/SIDA. Las distintas compañías farmacéuticas han ido explorando los límites de lo iniciado por Wellcome, elevando los precios de la terapia antirretroviral hasta límites inimaginables en los años ochenta.

A principios de los noventa, la organización activista Act Up elaboró un informe en el que evaluaba los inconvenientes de dejar

en manos privadas la investigación de nuevos fármacos antirretrovirales,

en vista del coste (incluso en EE UU) que suponen a la larga estos fármacos para el erario público. El informe Mac Clintock, como se llamaba, concluía que, aunque inicialmente se había considerado

el VIH como una afección minoritaria, la extensión epidémica de la infección cambiaba las cifras barajadas, con lo que dejar el desarrollo en manos privadas supone un coste extraordinario para los gobiernos implicados. El coste no sólo es económico, sino que también se sacrifica eficacia investigadora, dado que la selección de fármacos potenciales y ensayos clínicos responde a las prioridades de los planes de marketing de cada empresa, y no a la consideración de los beneficios para el paciente.

Sería interesante preguntarse qué fármacos estaríamos tomando hoy si la patente de la zidovudina hubiera ido a parar a manos de los Institutos Nacionales de la Salud de EE UU, y en la actualidad la iniciativa de investigación y desarrollo en VIH/SIDA fuera fundamentalmente pública. Posiblemente aún estaríamos tomando AZT en monoterapia y los obstáculos burocráticos hubieran acabado con el desarrollo de cualquier otro fármaco. Sin embargo, también es posible que ya se hubiera desarrollado un tratamiento curativo económicamente viable, y que el VIH/SIDA fuera ya un problema de salud secundario. Se trata, en cualquier caso, de pura especulación.

Cuando un fármaco se encuentra en las fases previas a su aprobación, algunos pacientes pueden acceder a él a través de un programa de acceso expandido o de uso compasivo. Históricamente, la reglamentación de EE UU permitía que se cobrara a los pacientes que utilizaran un fármaco en uso compasivo, pero para eso la compañía farmacéutica debía revelar las cifras del coste de fabricación. En los fármacos antirretrovirales, la diferencia entre el coste real de fabricación del fármaco y su precio de mercado es tal que las compañías prefieren regalarlo durante un tiempo a revelar su margen de beneficio. En la práctica, el uso compasivo implica el suministro gratuito del fármaco a un número relativamente reducido de pacientes.

Este hecho ha adquirido un giro irónico recientemente con el proceso de aprobación en Europa de Sustiva® (efavirenz), un fármaco excepcionalmente caro. Su aprobación se ha pasado muchos meses atascada en los despachos de la administración europea, mucho después de que fuera aprobada en EE UU. Nadie duda de que existan datos suficientes para probar la eficacia del fármaco y la sospecha generalizada es que si DuPont Pharma, la empresa propietaria del fármaco, hubiera comercializado Sustiva® con un precio más moderado, ya estaría en todas las farmacias de hospital desde hace tiempo. Cada mes que pasa sin que Sustiva® sea finalmente aprobado supone un gran ahorro para el bolsillo del contribuyente europeo y una gran pérdida para DuPont Pharma. La Comisión Europea y las administraciones de los estados miembros demuestran así que tienen sus estrategias para controlar el gasto farmacéutico. Cuando DuPont se ha dirigido a las ONG para buscar su apoyo en su particular pulso con la administración europea, se ha encontrado con que, aunque las personas afectadas queremos tener acceso a la máxima gama de opciones terapéuticas posible, nuestra simpatía por las compañías farmacéuticas se enfría al considerar las implicaciones para las arcas públicas.

Las personas afectadas por el VIH/SIDA vivimos con preocupación el crecimiento exponencial del gasto farmacéutico, pero la cosa toma tintes trágicos si se considera a nivel global. Los trata-



Funcionarios: del fármaco

mientos antirretrovirales realmente efectivos no son accesibles para la inmensa mayoría de las personas seropositivas de nuestro planeta. Los tratados internacionales contemplan una figura legal llamada compulsory licensing o licencia obligatoria. Se trata de que cuando un producto patentado es considerado de primera necesidad para un país, se puede decretar la licencia obligatoria, que autoriza la fabricación local, la comercialización a bajo precio, y el pago de un pequeño royalty al propietario de la patente. Este recurso fue utilizado recientemente en Tailandia, donde se fabricó fluconazol (utilizado por las personas VIH+ con problemas de candidiasis) por un coste 20 veces por debajo del precio del fármaco en el mercado internacional. El lobby farmacéutico estadounidense reaccionó con furia, logrando que su gobierno amenazara con sanciones comerciales a Tailandia si no modificaba de inmediato su legislación para hacer ilegal la licencia obligatoria. Tailandia tuvo que ceder a la presión y hoy en Tailandia el fluconazol es un fármaco inaccesible para la inmensa mayoría de las personas con VIH/SIDA.

El potencial de la licencia obligatoria es enorme, dado que permitiría fabricar una amplia gama de fármacos antirretrovirales en países del tercer mundo que no tienen acceso a ellos al precio normal de mercado. Es importante destacar que la licencia obligatoria no supone ninguna pérdida para la compañía propietaria de la patente: los países donde se utilizaría son demasiado pobres para comprar esos fármacos, y en cambio sí supone un pequeño ingreso de dinero en concepto de royalties. La licencia obligatoria es la única esperanza de millones de personas en zonas como el África subsahariana de tener acceso a un tratamiento antirretroviral eficaz. Por lo que parece, sin embargo, las farmacéuticas usarán todo su poder para conservar su libertad de fijar los precios de sus fármacos —por abusivos que sean— aunque el resultado sean millones de muertes evitables.

La relación entre administraciones públicas e iniciativa privada en la historia del VIH/SIDA ha sido de constante conflicto. El debate sobre la licencia obligatoria plantea de nuevo el dilema del papel de los gobiernos como reguladores en una economía de libre mercado. ¿Hasta dónde tendrán que llegar los precios de los fármacos antirre-

trovirales para que se consideren obviamente inaceptables y los gobiernos se sientan obligados a intervenir? No es lícito aplicar las leyes de la oferta y la demanda cuando la demanda no es tal, sino necesidad desesperada. A medida que la urgencia de las personas seropositivas por tener acceso a nuevos antirretrovirales sea menor al haber una mayor paleta de opciones terapéuticas disponibles, quizá veremos más situaciones como la que se ha producido en Europa con la aprobación de Sustiva®, donde la administración pospone (o incluso restringe) la comercialización de un fármaco debido únicamente a su precio. En cualquier caso, todo parece indicar que replantear la relación entre sector público y privado en el terreno de los fármacos, creando un nuevo equilibrio de poder más favorable a los gobiernos, podría ser muy productivo para la salud global. ■

GUILLERMO VALVERDE

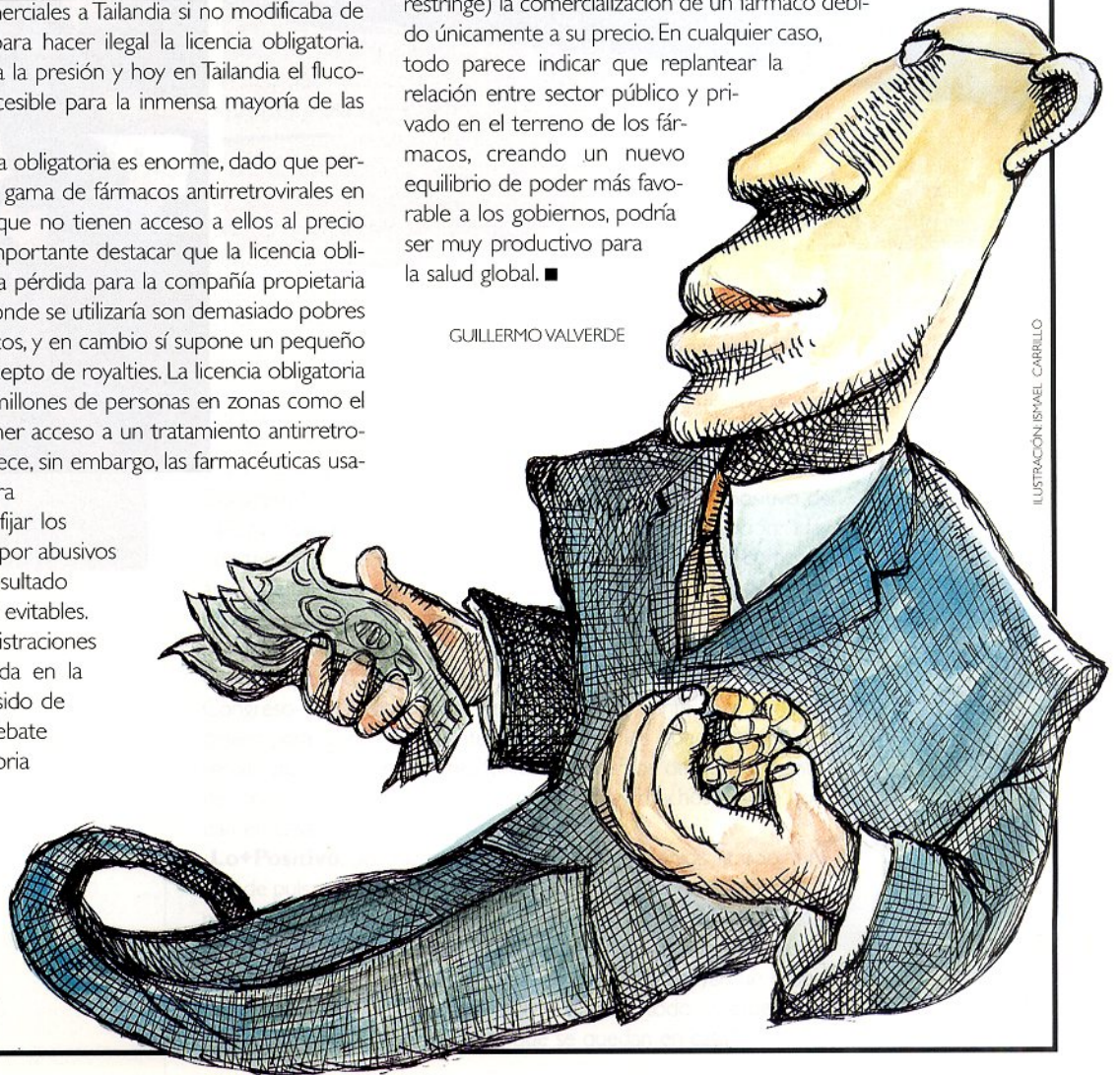


ILUSTRACIÓN ISMAEL CARRILLO

PARA QUÉ SIRVE UN CONGRESO (SOBRE EL SIDA)

MAITE SUÁREZ



FOTOGRAFÍAS: ISMAEL SALA SALAS





Ayer, en la tele oímos en las noticias que había 1.300 'especialistas' en la conferencia del SIDA de Santiago de Compostela. Juanma y yo nos quedamos mirando como diciendo ¿y nosotros qué? ¿también estamos incluidos en esos 1.300 'especialistas'? ¿"Quiénes somos"? El que habla es

Toño, de Ponferrada como su compañero Juanma, presidente y vicepresidente seropositivos, respectivamente, de la asociación antiSIDA Caracol de Ponferrada. Ésas son algunas de las muchas preguntas que cualquier miembro de la comunidad o, más directamente, cualquier persona VIH+ puede hacerse a propósito de un Congreso como el de Santiago. Los médicos, los vendedores de fármacos (médicos o no) y los funcionarios públicos están acostumbrados, casi hartos, a asistir a citas de este tipo. Pero una persona VIH+ o l@s que colaboran en una ONG que trabaja en el VIH/SIDA, ¿Para qué estamos aquí? ¿Qué podemos sacar en claro? Evidentemente, muchos intereses económicos, científicos y políticos se entrecruzan en una reunión así, sobrevolando a veces los problemas reales de la epidemia y de sus afectad@s. Hemos intentado conocer qué piensan l@s que no son ni médic@s (o al menos sólo médic@s) ni vendedores ni funcionari@s sobre el Congreso y sobre el papel actual de las ONG al respecto. Además, hemos intentado conocer varias opiniones sobre dos temas que nos parecen esenciales en nuestro país, el de **la visibilidad de las personas VIH+** y el de la escasa preocupación científica y política por afrontar un trabajo realista y efectivo en el campo de la relación del VIH/SIDA con l@s usuari@s de droga.

Para conocer el paisaje humano que podemos encontrarnos en un Congreso Nacional sobre el SIDA, Ángel (activista seropositivo de Málaga) nos facilita con trazo grueso su acertada descripción: "Hay que tener en cuenta que aquí hay dos mundos, el de las compañías, la ciencia y los clínicos por un lado, y el de las ONG, por otro. Muchas personas no pueden venir porque sus asociaciones no se pueden permitir los gastos de viaje y estancia. Las dos becas de inscripción por ONG que concede SEISIDA -organizadora del Congreso- están muy bien, pero luego hay gente que consigue dinero para lo demás y gente que no. Para l@s que estamos aquí, resulta positivo tener la oportunidad de vernos de nuevo, mantener contactos o crear otros nuevos, pero hay muchos que se quedan en casa".

Lo+Positivo, por razones evidentes, sólo ha tenido la oportunidad de pulsar la opinión de aquéll@s que han podido llegar; la mayoría en el marco de una u otra ONG y casi nunca como activistas independientes o seropositiv@s a secas, hasta Santiago. Pero esperamos que estas opiniones, a pesar de todo, constituyan un espejo bastante fiel de lo que fue el Congreso. Y, sobre todo, un espejo con interés para la mayoría, "para los que se quedan en casa".



PRIMERAS IMPRESIONES

Juan viene de Huesca, donde es un trabajador social, seronegativo, de la ONG Cruz Blanca. Éste es su primer macrocongreso VIH: "Me estoy dando de bruces con un reflejo bastante 'light' de lo que es la pandemia en este país, con una forma poco sincera de plantear los verdaderos problemas: que la prevención sigue fallando, que en las prisiones se producen nuevas infecciones cada día, que la metadona circula cada vez más en el mercado negro porque se hacen intervenciones puramente dispensatorias..."

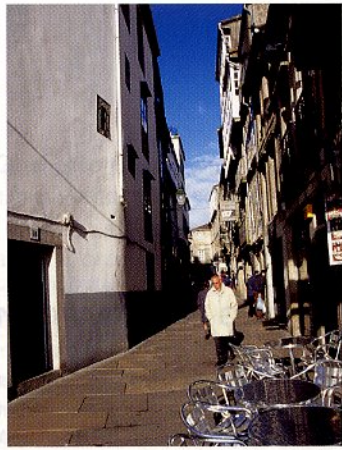
De nuevo hablamos con Juanma y Toño, de Ponferrada. Toño se hubiera vuelto a casa desde el primer día: "Esto es demasiado formal y todo suena a comercio. Yo creo que a nivel humano un congreso como éste no tiene utilidad para nosotr@s como personas seropositivas. Quizá el debate de los foros de las ONG esté más relacionado con lo que hacemos pero en general el papel de las personas VIH+ es muy escaso, demasiado". "Yo me encuentro más en familia en los foros de las ONG", dice Juanma "y algunos me resultan pedagógicos. Ha habido una presentación sobre prevención en adolescentes que nos ha gustado mucho, por ejemplo. Hemos pensado que quizá nosotr@s podríamos hacer algo parecido". Toño puntualiza: "Yo no digo que la gente de las farmacéuticas no sean seres humanos y que l@s de las ONG no tengan sus cosas, pero la industria te trata bien porque sabe que eres necesario desde el punto de vista económico. Sin nosotr@s, l@s seropositiv@s, ell@s no estarían aquí, ¿no? Yo he hablado con los de Crixivan® y ellos no reconocen los efectos secundarios, por ejemplo. Luego, en las sesiones científicas, de lo que hay en inglés no me he enterado de nada porque la traducción simultánea era malísima y no había manera. Ya no pienso ir a nada en inglés, se acabó. Aún así nos llevamos todo el material sobre fármacos que podemos, para nosotr@s y para la gente de la asociación".

Nando y Araceli son miembros voluntarios de la plataforma NATC (terapias naturales, alternativas, tradicionales y complementarias) y de sus ONG de Vilagarcía, y Pamplona respectivamente. Para Nando, éste es su primer congreso y le recuerda a la feria de muestras de su pueblo: "Siento que tod@s vienen a comerse su parte del pastel y que yo mismo como seropositivo y las personas a las que represento son ese pastel", dice. Antes que nada, Nando quiere "denunciar la completa ausencia en este foro de cualquier tipo de referencia a las terapias no farmacológicas de las que muchas personas seropositivas hacemos uso. La misma NATC quiso presentar en el Congreso un trabajo que no fue aceptado por los organizadores. En general, me parece que el papel de las ONG está muy limitado".

Fernando es médico y trabaja para una ONG de Madrid, Apoyo Positivo; una combinación interesante y casi nunca ganadora por nuestros pagos. En el ecuador del evento, Fernando nos ofrece su 'pronóstico reservado': "¿Este congreso en concreto? Uno más en la línea continuista de la Sociedad Española del SIDA, SEISIDA, de autopromoción de l@s profesionales cercan@s a la asociación y de ignorar los problemas que de verdad nos preocupan. Cuando toca a las ONG, ves que las ponencias no pasan un filtro, no se seleccionan a partir de una amplia consulta. Les resulta más cómodo llamar a los de siempre, que si FASE, que si Cruz Roja... Nadie tiene soluciones ideales, pero hay cosas que no son de recibo: foros de debate donde no se debate nada, sino que cada uno viene a contar su película, que ya nos la sabemos, que es la de siempre, trasnochada." A pesar de todo, Fernando no deja de pensar 'en positivo': "Es cierto que un congreso de este tipo siempre significa en mayor o menor medida aprender: algun@s son gente muy buena y se pueden escuchar cosas interesantes en las sesiones científicas. Otras personas están haciendo un trabajo muy digno y aquí puedes tener la ocasión de saberlo, de renovar contactos, de ver gente que normalmente no ves, de tomar el pulso al mundo del VIH en este país..."

Santiago viene de la Fundación Triángulo, en Madrid, una ONG que lleva a cabo su trabajo de prevención y educación para la salud "con una ideología alternativa basada en la lucha por los derechos de gays y lesbianas". Es seronegativo y asiste por vez primera a un macrocongreso; sus palabras son cautas y optimistas: "En general mi impresión es bastante buena, aunque hasta cierto punto. Algunas presentaciones me han parecido repetitivas o faltas de rigor y nos han estado vendiendo la metadona como la panacea, cuando yo creo que el funcionamiento de los programas de mantenimiento está siendo muy parcial y no está evitando nuevas infecciones. También echo de menos más cosas sobre la situación sociojurídica de l@s VIH+ y sobre mujeres y me gustaría haber tenido sesiones de trabajo más prácticas".

En un pasillo próximo nos encontramos con Peio, Cherra y Alberto, de la Comisión AntiSIDA de Álava. Trabajan en pisos de acogida para ex-presidarios y personas sin techo, la mayoría VIH+. Cherra repasa el Congreso con escepticismo: "Hacía tiempo que no quería venir a un encuentro de estos grandes, pero ya ves, he vuelto a caer", comenta. "Esto es mucha galería, mucho laboratorio, mucho dinero y migajas para las ONG, para que no ladremos. Cierto que siempre sacas algo, hablas con gente, recuperas contactos y eso es bueno, pero no creo que eso suponga un beneficio



Esto es demasiado formal y todo suena a comercio. Yo creo que a nivel humano un congreso como éste no tiene utilidad para nosotr@s como personas seropositivas

directo para la gente con la que yo trabajo. Nosotr@s en el piso estuvimos mirando el programa y prácticamente no encontramos nada sobre prisiones"

Maria José colabora activamente con varias ONG de Barcelona y llegó a SEISIDA con ganas de sacarle jugo, como activista del VIH y mujer seropositiva que es: "Mis expectativas cuando vengo a un encuentro de este tipo, que se precia de interdisciplinar, son las de coherencia en lo que aprenda y de cierta 're-unión' y debate entre los distintos sectores implicados, incluida la comunidad. Mi impresión general, sin embargo, confirma lo que ya me temía a la vista del programa: una gran mayoría de profesionales sanitarios y técnicos de la administración resolviéndonos la vida a las personas VIH+ con métodos de trabajo de patrocinio y no de acercamiento real, muy poca coherencia en las presentaciones e imposibilidad de adherirse a una línea de trabajo. Tristemente, lo más definido han sido los simposios de la industria, que se han concentrado en lo suyo, que es hablar de fármacos y de tratamientos. Además, por lo que yo he visto, también se han llevado la palma en términos de asistencia, que ha sido errática y pobre en muchas otras salas. En general se ha mezclado todo lo divino y lo humano y al final el congreso no ha tenido ni la mitad de la calidad que se puede esperar de un encuentro de este tipo. Creo que más bien ha servido para perpetuar la costumbre de hacer congresos".

SEÑORES, ESTO NO NOS SIRVE

De nuevo es Juan (Cruz Blanca, Huesca) quien nos habla: "En fin, el programa que ofrecen los foros de las ONG me parece decepcionante y el científico tampoco me resulta muy útil, con la excepción de las ideas principales y generales. Al final lo que busco es la gente que trabaja con la seropositividad desde perspectivas no institucionales, personas con las que pueda compartir ciertas maneras de abordar los problemas aunque estemos geográficamente lejos. La idea de que no estamos sol@s, vamos. Darse direcciones, intercambiar información. A nosotr@s, lo que más nos beneficia como asociación de venir a un congreso como éste es, sin duda, lo que ocurre en los pasillos".

Julio es *counsellor* en la Coordinadora Gai i Lesbiana de Barcelona y le pillamos en los últimos momentos del Congreso: "No podría decir que todo haya sido negativo porque sería mentira. Ciertos aspectos científicos y de los programas paralelos han sido interesantes, aunque es difícil valorar en estos momentos su utilidad para mi trabajo. Por otra parte, los contenidos del programa están muy desconectados de los problemas reales del país. No ha habido prácticamente nada sobre mujeres, prisiones e incluso la problemática homosexual en torno al VIH no se ha visto reflejada en ningún sitio. He visto mucha repetición tecnicista y poca penetración real y tampoco he visto en ningún momento a personas seropositivas hablando como tales, ni siquiera en los foros de las ONG."

Marino, médico de atención primaria de Zamora y voluntario seronegativo del Comité antiSIDA, declara por su parte cómo "me sorprende y decepciona que las mesas que podían tratar temas más candentes (como la mesa redonda sobre técnicas de registro y vigilancia epidemiológica) de una forma directa y clara, se dediquen a presentaciones tecnicistas alejadas de la actualidad del asunto". A pesar de todo, resume sus intenciones de congresista de forma constructiva: "Cierto que esto es en muy buena medida un gran montaje comercial y que desde un punto de vista científico tampoco hay novedades importantes que no se hayan sabido desde Chicago, pero yo estoy aquí con la intención de ser un poco

esponja, de contactar con otras personas que estén trabajando en temas que a mí me preocupan."

Ángel, es la única persona de Andalucía con la que hablamos. Él es un seropositivo veterano de virus y congresos y viene a éste a lo que viene: "Yo trabajo principalmente temas de tratamientos y estoy aquí para refrescar mis contactos y ver a ciertas personas: en dos días, hago lo que tengo que hacer y me vuelvo a Málaga. Éste es mi tercer Congreso Nacional y sé más o menos lo que hay: desde un punto de vista científico no merece la pena, los ponentes estrella se llevan una pasta por decir lo que han dicho en la conferencia de Chicago y poco más."

Fernando (Apoyo Positivo, Madrid) confiesa que "mis perspectivas han cambiado, ya no es mi primer congreso y sé un poco lo que puedo esperar: básicamente que mejore la formación de l@s profesionales que trabajamos en esto, pero más la formación no biológica, la que atiende a la persona y no sólo al virus. La realidad es que de vuelta a casa, much@s están con su arsenal de pastillas y con sus 15 minutos trimestrales con su médico y quizá con muchos problemas y circunstancias que hay que valorar. Creo que la gente se va enterando de esto, aunque es una lucha a largo plazo. Lo mejor son los pasillos, porque ahí es donde te das cuenta de que hay gente que sigue trabajando para conseguir que se haga justicia en este tema. Eso es lo que me ayuda a mantener la ilusión, porque lo otro, desde luego, no".

Marisa es VIH+ y ex-usuaria de heroína. Desde hace un año trabaja para UniverSIDA, una ONG madrileña que se dedica a la prevención a través del intercambio de jeringuillas (PIJ) y de la inserción de mensajes sobre el uso del preservativo en las secciones de relax de varios medios de prensa: "Es la primera vez que estoy en una cosa tan grande", dice Marisa, "aunque en Madrid he ido a cosillas de un día y así... Creo que me voy a ir de aquí tal y como vine, y aunque pensaba que iba a aprender cosas y a volver a casa más 'puesta', me doy cuenta de que lo que hago en mi trabajo diario en Madrid es lo que me enseña más. Toda la pompa y la macroorganización de este encuentro no me vale".

Alberto, de la Comisión AntiSIDA de Álava, opina que "aquí el bacalao lo cortan la industria y los clínicos, eso está claro. Yo también me preguntaba esta misma mañana de qué les sirve a l@s chaval@s del piso que yo esté en un congreso así. La percepción que yo tengo de las necesidades de una persona infectada es muy distinta de la que mucha gente tiene aquí. La inmensa mayoría de la población VIH+ que conozco tiene muchos problemas, llevan lo de los tratamientos fatal, sus médicos no les explican nada, tienen temas básicos sin resolver: de supervivencia, o legales, o de drogodependencias, en fin... Eso es lo que yo conozco y aquí no lo veo reflejado." Peio, que abunda en las observaciones de su compañero, se muestra no obstante más pragmático: "Yo intento usar este tipo de macrocongresos de forma selectiva. Veo algunas cosas, las que me parecen más interesantes, y el resto del tiempo hago pasillos, hablo con gente de otras ONG, me entero de lo que están haciendo, de sus problemas cotidianos. De vuelta a casa, intento diseminar la información que consigo de forma práctica, pero es cierto que los aspectos sociales más sangrantes del VIH, que son los que nosotr@s más vivimos cada día, no están en este congreso".

Maria José, de Barcelona, denuncia por su parte que "desde luego, como mujer y como mujer seropositiva, no he visto mis necesidades reflejadas en los contenidos del programa, pero pienso hacer llegar mi opinión a SEISIDA y si se tiene en cuenta, pues mejor. Este encuentro pone de manifiesto que en España aún necesitamos

mucho activismo por parte de las ONG de la comunidad y por parte de las propias personas VIH+".

LAS ONG EN CAMPO MINADO

Las ONG participaron, no sólo pero sí mayoritariamente, a través de los foros paralelos, que intentaban atender a los aspectos más humanos o sociales del VIH/SIDA. Sobre ellos y sobre el papel de l@s activist@s y de las ONG en este tipo de saraos.

Cristina viene de la asociación antiSIDA de Lugo, donde su trabajo se centra en buena medida en mujeres y VIH. Es seropositiva y fue 'la invitada de la comunidad' en la sesión inaugural del Congreso. "En la sesión inaugural hablé de mujeres seropositivas y de nuestras necesidades porque creo que ese es uno de los temas más ignorados, pero es cierto que hay muchos otros de los que tampoco se habla y que estos congresos tan magníficos no reflejan la realidad del VIH tal y como es. Siempre aprendes algo práctico que puede ser positivo para tu trabajo, aunque yo, la verdad, no me llevo muchas ideas. Lo que me llevo son cantidad de libros y folletos informativos de fármacos, eso sí". Le resulta positivo venir y ver a gente de otras ONG, aunque reconoce que "el papel de las ONG en SEISIDA es secundario y se ha conquistado con calzador".

"Aquí son la industria y los médicos los que tienen un buen escenario para sus productos respectivos", es Juan quien interviene otra vez. "Nosotr@s somos espantapájar@s. Los mismos foros de debate de ONG no parecen haber sido realmente seleccionados con un criterio plural, las ponencias parecen como de encargo y lo que se salga de la línea suave de la organización no tiene espacio: no hay disidencia ni crítica. Y luego ves la mesa que han puesto en el congreso para material de ONG, allá en un rincón, en una zona sin señalizar y como abandonado, con los papeles más bien tirados. Desde luego, no es una buena imagen para la 'comunidad' de este país. Las propias personas seropositivas no están en ningún sitio, no están representadas ni siquiera dentro de los foros de ONG, donde en una sesión sobre adhesión a antirretrovirales ¡te encuentras con que no hay ninguna persona VIH+ en la mesa! Las asociaciones están imitando las maneras institucionales, actuando como subcontratistas de las administraciones o de las compañías farmacéuticas, cuando son los socios de una organización los que deberían participar para conseguir un equilibrio de actuación en las ONG".

Miriam es del propio Santiago y éste no es su primer congreso. Es seropositiva y lleva casi tantos años viviendo con el virus como colaborando con distintas ONG de la región: "Este encuentro demuestra que sigue habiendo mucho que hacer; muchas distancias por salvar. Me llamó la atención que en el foro de adhesión organizado por las ONG la gente se preguntara cómo hacer para que los médicos se enteraran de lo que se estaba hablando en esa habitación, mientras que por el otro lado me encuentro con personas de las ONG que no muestran interés por los temas científicos y que dicen que eso no va con ellas: la separación entre ambos mundos viene de lejos y se sigue viendo. Este tipo de encuentros debería servir para acortar esas distancias, pero no es así".

Araceli (Plataforma NATC, Pamplona) opina que "quizá la falta de presencia de la actividad de las asociaciones sea un signo de nuestras propias carencias: las ONG no parecen dispuestas a embarcarse en el esfuerzo que supone una presencia real en este tipo de foros. A NATC, por ejemplo, le han rechazado una presentación,

vale. Pues quizá necesitamos plantearla de nuevo, hacer un trabajo más serio y volverlo a intentar, ¿no? Pero claro, esto supone más tiempo, más medios, lo que significa a su vez pedir dinero y por tanto venderse de alguna manera al 'circo comercial' que estamos criticando. ¡Ya tenemos la pescadilla que se muerde la cola!", concluye. Ella, que se confiesa más o menos conocedora de este tipo de saraos, comenta: "Este es mi primer Congreso Nacional pero no mi primer macrocongreso y estas cosas son así: se trata de vender, de engrasar la máquina... Pero creo que es mejor que las ONG estemos aquí que quedarnos en casa, porque aquí está una gran mayoría de la gente que trabaja en VIH en este país y hay que venir. Por otro lado, yo me he considerado casi obligada a estar en SEISIDA 99 y echar un vistazo porque en el 2000 nos toca a nosotr@s en Pamplona y me parece importante aprender cómo funciona este congreso y cual será nuestro papel como ONG 'anfitriona' el próximo año."

Cuando habla del papel de las ONG en un congreso de este tipo, Santiago (Fundación Triángulo, Madrid) es modesto y pragmático: "Es cierto que nuestro papel puede ser secundario, pero depende de nosotr@s aprovechar la oportunidad que se nos da de abrir la boca, de participar; de decir lo que sabemos desde nuestra experiencia directa, de saber cuál es el nombre y la cara de la gente que sale en las estadísticas. El papel de las ONG no está nada definido, parecemos el pariente pobre y las que acaban participando siempre son las mismas, las grandes. Pero somos nosotr@s los que debemos intentar que se nos escuche, sin complejos ni miedos, que para eso tenemos el derecho a la palabra". Santiago dice sentir, en cualquier caso, cierta esperanza "entre comillas" y llevarse del Congreso "una idea positiva porque parece que la situación mejora en cuanto a 'cantidad de vida' y que ahora debemos preocuparnos por los aspectos que atañen a su 'calidad'. La famosa cronicidad está en boca de todo el mundo, con lo que algo debe haber: Lo que necesitamos es incidir en la necesidad de denunciar aquellos casos en que criterios presupuestarios están privando a ciertas personas VIH+ del acceso a la atención sociosanitaria adecuada".

Fueron vari@s los entrevistad@s que lamentaron sonoramente la falta de coherencia, debate y participación plural en el macroencuentro. Kati, responsable seronegativa de Stop Sida en la Coordinadora Gai i Lesbiana de Barcelona nos ofreció con gracejo su particular versión de los hechos: "A mí este Congreso me hace pensar en una pasarela de moda: los diseñadores son siempre l@s mism@s; te mezclan en la misma pasarela un 'pret à porter' más o menos llevable y bien hecho con la ropa más imposible, la que nadie puede usar en la práctica o la que está hecha de cualquier manera; l@s invitadas al desfile también son l@s de siempre: Fase, Cruz Roja, FIT... que intentan presentarse a la manera de l@s científic@s o de las administraciones, lo que en principio podría estar bien pero que en realidad se queda en emulación pobre e irrelevante: parece que las ONG también nos hemos quedado *in vitro* y que el SIDA ya es un tema completamente médico y no social. ¿Representa esto el trabajo no gubernamental en VIH de este país? No lo sé. Un macrocongreso como éste debería servir para que muchas personas que están haciendo cosas relevantes tengan la oportunidad de exponerlas y debatirlas con un público amplio, para que a través de la experiencia de l@s otr@s se aprendan en vivo y en directo cosas aplicables de vuelta a casa... ¡Para muchas cosas podría servir un congreso! En la moda, a veces algun@s diseñadores se rebelan y organizan una pasarela paralela por su cuenta. Quizá sea el momento de intentar algo parecido, o bien de dialogar constructivamente



El papel de las ONG no está nada definido, parecemos el pariente pobre y las que acaban participando siempre son las mismas, las grandes

con SEISIDA si es que queremos intentar hacer las cosas mejor". El problema, por otro lado, según Kati es que "la supuesta 'comunidad VIH' está en boca de tod@s porque es una palabra que sirve para entendernos, pero en realidad en este país eso no existe".

VISIBILIDAD Y CONFIDENCIALIDAD

Inmaculada, es, como Marino, de Zamora y, como él, médico de atención primaria en su vida profesional ("lo que da un poco de cosa en un sitio como éste, donde lo que prima es el especialista"), y también voluntaria (seronegativa) del comité antiSIDA en su tiempo libre. Con ell@s resurgen los comentarios sobre la ausencia de participación y visibilidad de las propias personas seropositivas en el Congreso... y en Zamora: "Nosotr@s vemos que la gente va viniendo por la asociación, pero no quiere comprometerse públicamente" dice Marino. "Incluso el grupo de autoayuda", añade Inma, "tiene problemas para que vaya la gente, están mosquead@s y frustrad@s porque van muy poc@s. Sabemos que hay personas que se tratan en el Hospital Clínico de Salamanca, y no porque obtengan ventajas terapéuticas, sino por no ir a la planta de infecciosas del hospital en Zamora, donde todo el mundo lo acaba sabiendo, porque en la práctica no hay confidencialidad", remacha Inma.

En Huesca también saben de esto. Y en Lugo, y en Ponferrada... El turismo terapéutico del VIH no consiste tanto en ir en pos de un fármaco que tu propio hospital no proporciona, sino de la 'seguridad social' del anonimato: De Lugo para A Coruña, a León desde Ponferrada, a Barcelona desde muchos sitios... ¿Normalización o nominalización del VIH? Juan habla de los 'pirulos rojos' que hasta el año 95 orlaron los historiales médicos de l@s seropositiv@s del hospital de Huesca y de como hasta la Administración les ha llegado a decir, en torno al tema de la nominalidad del futuro registro de nuevas infecciones, que "todo el mundo sabe que existen listas ilegales con nombres y apellidos. Entonces: ¿Por qué os oponéis, si lo que queremos es dar un marco legal a lo que ya está hecho?". Ya ves. Y luego ves que aquí en el Congreso, en la mesa sobre técnicas de registro y vigilancia epidemiológica se censura la participación de la sala con el argumento de que esto es un congreso científico".

Miriam, de Santiago, es una buena conocedora del mundo VIH en su entorno. No tiene problemas de visibilidad, pero para much@s es un tema aún sin resolver: "Sabemos que hay personas que se van a A Coruña a tratarse porque Santiago es pequeño y todo el mundo se conoce. Resulta increíble que a estas alturas sigamos con esto, o con gente que se opone a que se abra un centro para personas seropositivas al lado de su casa por miedo al contagio. La supuesta normalización del VIH es lenta y mucha gente sigue pensando que el VIH no tiene nada que ver con sus vidas".

Juanma y Toño cuentan que en Ponferrada lo tienen "fatal" en lo más básico, un local fijo y en condiciones para la asociación: "Teníamos uno casi apalabrado y al final no nos lo quisieron alquilar ¡porque estaba al lado de un colegio y podíamos contagiar a l@s niñ@s! Lo denunciarnos a los medios de comunicación pero no lo hemos tirado para adelante legalmente porque no tenemos abogados, ni dinero y es mucho jaleo. Ahora llevamos ya dos plantones seguidos con otra persona: quizá se ha enterado para lo que es el local y también se ha arrepentido. Nosotros dos apostamos por la visibilidad y no somos l@s únic@s, pero tal y como están las cosas desde luego no es fácil".

APUNTES DE UNA CLAUSURA

Hemos sobrevivido al quinto y último día del congreso. Una agotada masa humana se congrega en la ceremonia de clausura. La mesa de notables de la presidencia se despide del público con una cadena de discursos y presentando un vídeo turístico sobre Pamplona (sede de la próxima reunión de SEISIDA) antes de dar paso al ilustrísimo invitado Dr. David Ho, que se muestra educado y sonríe abiertamente ante la visión panorámica de los espárragos y los sanfermines. Julio (Coordinadora Gai i Lesbiana, Barcelona) nos comenta a la salida, con indignada sorpresa, que "la ceremonia de clausura ha sido tan triunfalista que daba vergüenza. Que el presidente de SEISIDA se atreva a decir, sin un punto de autocrítica, que están seguros de que tod@s hemos vistas cubiertas nuestras expectativas al 100% me parece de una prepotencia increíble".

Apuramos lo que queda de Congreso. De sala en sala, los moderadores de las últimas mesas redondas se hacen cargo de la escasísima convocatoria. Oímos y vemos a Francisco Parras, responsable del Plan Nacional sobre el SIDA decir a 20 personas perdidas en la enorme sala que alberga una de las últimas sesiones del Congreso que "ha sido mucho trabajo, muchas horas y es difícil aguantar hasta el final. Somos como l@s últim@s de Filipinas". La sesión, por otro lado, albergaba la única presentación oral larga de un trabajo realizado en prisiones.

En una sala contigua se congrega un número aún inferior de fieles para asistir a otra de las últimas mesas redondas, donde un buen hombre explicaba, con transparencias hechas a mano, que entrar en Internet era como tener un teléfono con muchas líneas y que conectarse no era tan difícil como puede parecer. Menos mal.

En el aeropuerto, una voz anónima comentaba con su grupo: "Estoy completamente agotada. Desde luego, ir de congresos es mucho peor que trabajar". Pues eso. ■



Santiago: uso de drogas EL VIAJE A NINGUNA PARTE

Maite Suárez

Hemos recogido algunas opiniones sobre el interés que podía tener el congreso de Santiago para las personas más directamente implicadas en el trabajo a pie de obra en el campo VIH/SIDA y drogodependencias. Vosotr@s mism@s podéis juzgar.

Marisa, dentro de la ONG Universida, ha aprendido a manejar como nadie los complicados y obsoletos programas informáticos de la asociación pero sobre todo, como "agente de salud", se dedica al intercambio de jeringuillas en La Celsa, en Madrid, diariamente y de lunes a viernes. "Llevo todas las jeringuillas que puedo: 300, 400, 600, depende de las que tenga; cada día veo a 100 y pico usuarios, entre los que hay docenas de ilegales VIH+ que no reciben tratamientos, otros que llevan lo del VIH como pueden, a trompicones con la medicación, con los seguimientos, sin recibir atención especial para nada... Yo me pregunto por qué a un chaval que va a un CAS y elige un programa libre de drogas se le lleva a un piso de acogida y se le proporciona seguimiento y atención psicosocial durante dos años, pero si elige un programa de reducción de riesgos, se le mete en una lista de espera para un programa de metadona y cuando ya ha entrado se le empieza a proporcionar la sustancia. Ni se le da atención social, ni seguimiento, ni nada. ¿Por qué? La verdad es que lo que estoy viendo en este congreso no me vale en la realidad que vivo en La Celsa cada día".

Jaime, psicólogo y parte del equipo de UniverSIDA, interviene pausadamente: "Estar aquí me muestra hasta qué punto l@s técnic@s seguimos apareciendo como 'l@s list@s' y alimentando el desastre: más infecciones, más tráfico, más consumo, más exclusión... El lenguaje que se utiliza sigue siendo el de decir a la gente lo que necesita y resulta que la primera necesidad de la población que nosotr@s atendemos en Madrid es 'ponerse'. Pero en el Plan Nacional sobre Drogas es tabú hablar de soluciones distintas a las que llevan aplicando durante años sin éxito. Hablar de la inadaptación social de las personas que consumen drogas ilegales es perverso porque ell@s están adaptados a sus propias necesidades: conseguir la dosis, poder comer y dormir. Ésas son las prioridades para muchos y su forma de conseguir las supone su propio modelo de

adaptación. No conozco trabajo más sacrificado que el de yonqui, que no conoce fiestas, ni días libres ni nada y que tiene que trabajar haga frío o calor; sea lunes o domingo. Somos l@s técnicas l@s que hemos de escuchar a l@s usuari@s de drogas y no al revés, porque no somos nosotr@s los que decidiremos los cambios, si es que va a haberlos, sino la propia persona". Cuenta Jaime que el PIJ (Programa de Intercambio de Jeringuillas) está creciendo hasta la hipertrofia -se superan los 8.000 usuarios para un equipo de 6 personas-. No obstante, la implicación directa en el programa de gente como Marisa -ex-usuaria de heroína y seropositiva- supone el ejemplo de un cambio de estilo al que la gente responde volviendo: "Yo estoy quemado, sin tiempo para nada, sólo para contar casos y seguir contando... No podemos evaluar; ni describir qué hacemos, ni demostrar que podría haber mejores maneras de trabajar los problemas... El próximo lunes volveré al curro con bastante material de las farmacéuticas, muchos bolígrafos y con alguna intervención interesante, pero poca cosa más".

Fernando, de Apoyo Positivo de Madrid, nos comenta atónito como ha asistido a una intervención sobre metadona, "en la que se decía que en las unidades de VIH no te dan tratamiento hasta que no te metes en un programa, que a l@s yonquis hay que darles metadona para tranquilizarlos... El discurso de una persona técnica y éticamente por completo fuera del mundo de las drogas, alguien que viene de lo peor de los años 80. ¿Cómo se puede dar cabida a semejante discurso paternalista y moralizador a estas alturas en un encuentro de este tipo? Claro que esto es reflejo del lamentable trabajo que se está haciendo en el tema de drogodependencias en muchos lugares, como en la Comunidad de Madrid, que es la que mejor conozco. Las restricciones presupuestarias hacen que las concesiones se den a quien ofrezca el programa más barato. No hay psiquiatras, no hay psicólogos, no hay talleres, ni seguimiento, ni nada. Las consecuencias de esta situación están siendo tremendas en general para las personas que lo sufren y para la epidemia del VIH como tal". ■

Santiago GUÍA PARA PEREGRIN@S

Joan Tallada

Los textos están salpicados de referencias a diversos aspectos organizativos y del programa del Congreso, por lo que hemos creído útil describir en la medida de lo posible en qué consiste dicho evento y cómo está estructurado.

El Congreso cuenta con sesiones divididas por programas:

Programa científico

- Mesas redondas: varios ponentes exponen diferentes puntos de vista sobre un mismo tema relacionado con el VIH/SIDA (científico, epidemiológico, preventivo, social, jurídico, laboral), aunque a veces la relación entre éstos cuesta de vislumbrar: L@s ponentes son presentad@s por moderador@s que además dirigirán la discusión abierta al final, si es que la hay.
- Comunicaciones orales: varias personas, cada una en nombre del correspondiente equipo investigador, presenta por orden y durante un corto espacio de tiempo el estudio que estén llevando o hayan llevado a cabo.
- Presentaciones en panel (pósters): en unas salas más o menos acondicionadas para el caso, cada uno de los equipos cuyos trabajos hayan sido aceptados cuelgan en tablores un póster en el que exponen los detalles, los datos, los resultados y las conclusiones de aquéllos.

Programas paralelos

- Talleres de trabajo: francamente, viene a ser lo mismo que una mesa redonda, pero que cuenta con la colaboración de alguna institución.
- Foros de ONG: más de lo mismo, pero organizado por una o varias ONG.
- Simposios satélites: sesiones científicas centradas en un aspecto concreto de los tratamientos antirretrovirales que son patrocinadas por compañías farmacéuticas (una compañía por simposio, por supuesto).

Varias de las sesiones de cada tipo se desarrollan de forma simultánea, por lo que l@s asistentes deben elegir en dónde prefieren estar. Sin embargo, las sesiones de inauguración y de clausura y los plenarios diarios no tienen competencia, es decir, no hay nada más que escoger.

A este Congreso asistieron investigadores, médic@s, en ciertos casos sus acompañantes, enfermer@s, trabajadores sociales, representantes de administraciones públicas, miembros de ONG, personas con VIH, representantes de laboratorios farmacéuticos y un@s cuant@s periodist@s.

El espacio, además de las salas para las sesiones, disponía de un área para la exhibición comercial e institucional (es decir, para los stands de laboratorios y de algunos organismos públicos), las mencionadas y escasamente visitadas zonas para colgar pósters y un rincón escondido en el que se colocó una larga y desangelada mesa para que las ONG mostraran su material. Poca cosa más. ■



Otras personas están haciendo un trabajo muy digno y aquí puedes tener la ocasión de saberlo, de renovar contactos, de ver gente que normalmente no ves, de tomar el pulso al mundo del VIH en este país

Santiago

ALGO PARA RECORDAR

Joan Tallada

La Sociedad Española Interdisciplinaria del SIDA publica los abstracts (resúmenes) de los trabajos presentados en el Congreso en dos volúmenes, el segundo de los cuales es un suplemento dedicado a las presentaciones orales (CPO) y las comunicaciones en panel (CP). Por desgracia, SEISIDA no mantiene un sitio en internet por lo que quien quiera tener acceso a ellos debe buscar las publicaciones en asociaciones o bibliotecas especializadas.

Aquí os seleccionamos y comentamos 5 de los abstracts del suplemento que tienen interés por diferentes razones.

Tuberculosis

CP7-4 Tratamiento observado directamente de la tuberculosis en UDVP. Metadona más tuberculostáticos.
Priego et al. Hospital General de Alicante y Centro de dispensación de metadona de Dènia (Alicante)

Estudio retrospectivo sobre la administración tanto de metadona como de terapia para la tuberculosis en régimen de Tratamiento Directamente Observado (TDO). Es decir, que la persona toma esas sustancias delante de personal especializado que verifica las tomas. El estudio, no nos ha de extrañar, reporta un buen grado de cumplimiento, algo común a todas las estrategias de tratamiento TDO.

Ahora bien, falta conocer muchos elementos que podrían enturbiar una visión simplista de la problemática de la tuberculosis. En primer lugar, nada se nos dice sobre la coadministración de terapia antirretroviral (HAART), ni cómo se abordaron las posibles interacciones entre dicha terapia y los tuberculostáticos, entre la terapia y la metadona, y entre los tuberculostáticos y la metadona. Ni, esto se complica cada vez más, cómo influyen las disfunciones hepáticas (problemas en el hígado) en la farmacocinética de dichas sustancias, sobre todo si tenemos en cuenta que el 25% de los participantes presentaba coinfección por el virus de la hepatitis C con datos que indicaban hepatopatía crónica. Hay que ir hacia pautas individualizadas no sólo de fármacos, sino también de las dosis de éstos, para que sean realmente eficaces.

Adherencia y metadona

CP1-15 Facilitación de la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes en PMM mediante monitorización de los niveles plasmáticos de metadona.

Sánchez et al. Instituto de Santiago. Facultad de Medicina. Santiago

PMM significa Programa de Mantenimiento con Metadona. Se trata de analizar el grado de adhesión de las personas en este programa, sabiendo que seguían diferentes tratamientos antirretrovirales, y además conocer la farmacocinética de la metadona.

Los resultados son elocuentes: "se obtienen modificaciones importantes de los niveles de metadona en plasma, aun para iguales dosis de metadona, en los que influyen de forma determinante los distintos protocolos de tratamiento antirretroviral empleados".

Reciclaje de fármacos

CP8-5 Reciclaje de fármacos antirretrovirales según el patrón de resistencias genotípicas

Pérez Olmeda et al. Varios centros hospitalarios

La toma de fármacos puede, por diferentes razones, provocar la aparición de mutaciones de resistencia a dichos medicamentos en el virus. Sin embargo, al dejar de tomar esos fármacos, por interrupción o por sustitución de la terapia, puede ser que las pruebas de detección de resistencia dejen de registrar dichas mutaciones.

Basándose en esta hipótesis y en los datos obtenidos en su estudio, los autores concluyen que "en unos pocos sujetos que se encontraban bajo HAART y que respondieron bien al tratamiento, se observó una reversión de la proporción de virus resistentes a sensibles. Éste hallazgo permite contemplar el reciclaje de fármacos en pacientes pretratados".

Una conclusión precipitada, cuanto menos, ya que no queda claro si y de qué manera la memoria de las mutaciones de resistencia se conserva en el ADN proviral, algo que no parece haberse estudiado en este análisis. Destacados científicos creen que lo que sabemos del comportamiento y las características del virus sin la presencia de un fármaco que se dejó de tomar no nos permite aventurar una recuperación de la susceptibilidad sin más.

Mutaciones en pacientes naive

CP8-15 Prevalencia de mutaciones asociadas a resistencias a los antirretrovirales en pacientes naive

Gómez-Cano et al. Varios centros hospitalarios

En dos tandas de 75 pacientes cada una de recogida de muestras de sangre, realizadas en 1993 y 1997, la cantidad relativa de personas que acuden por primera vez a que les prescriban tratamiento y que es muy posible que hayan sido infectadas a partir de cepas mutadas se sitúa en torno a 12 de cada 100 personas.

Sin embargo, la tendencia en Occidente es al crecimiento de este porcentaje, por lo que quizá debemos esperar que ocurra lo mismo aquí. Ello a su vez nos conduce a reflexionar sobre el sentido y eficacia de las campañas de prevención primaria (cuando existen) y sobre la necesidad de una discusión sobre el valor actual de separar a quienes toman tratamiento entre individuos naive e individuos pretratados.

Facilitar la adhesión

CP6-7 Cumplimiento de la terapia antirretroviral

Román Cereto et al. Hospital "Carlos Haya". Málaga

De un total de 266 pacientes evaluados, hubo falta de adhesión en 58 (el 21,8%). Los factores que se asociaron con falta de adhesión al tratamiento fue el nivel socioeconómico más desfavorecido y uso de drogas inyectables. No hubo asociación significativa con la edad, el sexo, el estado inmunológico ni la pauta terapéutica empleada.

Las conclusiones son que "hay una tasa alta de no adhesión al tratamiento en su entorno, que se asocia a factores socioculturales [yo añadiría 'y económicos', ¿no?], sin que influya la pauta terapéutica empleada". ■

«Es verdad, mi hijo come mejor cuando toma el jarabe después del postre.»

Raúl, 38 años, padre de un niño seropositivo

«Hace dos meses cambié mi tratamiento. En seguida, sufrí unas diarreas insoportables. Hablé con amig@s seopositiv@s y con mi médico. Me recetó un medicamento específico, que sólo tomo de vez en cuando, y cambié la hora de toma de uno de los medicamentos. Mis diarreas han desaparecido prácticamente.»

Joan, Alicante, 41 años



«Cuando empecé el tratamiento, decidí que iba a modificar lo menos posible mi estilo de vida. Me gusta salir, pasear, en fin, no me gusta estar encerrada en mi casa. Desde entonces, mis mejores aliados son los pasilleros. Los tengo de todo tipo y forma. Son mi pasaporte para salir de casa.»

Cristina, Málaga, 36 años

«A los ocho o nueve meses de empezar el tratamiento, y a pesar de que mi carga viral era ya indetectable, sentía la necesidad de dejarlo. Hablé entonces con mi médico y, después, con mi pareja. Finalmente, superé lo que sólo fue un pequeño bajón.»

Benjamín, 27 años,
Barcelona

si decides tomar tratamiento antirretroviral consulta, pregunta, comprueba, valora y decide



grupo de trabajo sobre tratamientos del VIH



«El primer tratamiento me provocaba tantas molestias que no podía hacer mi trabajo habitual, hacer encuestas por las casas. Llamé por teléfono a mi médico y no me hizo mucho caso. Dejé la medicación casi al completo. En la visita siguiente, mi carga viral estaba por las nubes. Mi médico se avino a cambiarme el tratamiento. Ahora estoy indetectable.»

Concha, 40 años, Madrid

«Al principio de mi tratamiento, si estaba en una cena con amigos, iba hasta el lavabo para tomarme mis pastillas. Pero ahora, me las tomo cuando toca y a la vista de quien toque: en casa con amigos, en una cena en el restaurante ¡y hasta en la discoteca!»

Gustavo, 35 años, con carga indetectable, en tratamiento desde año y medio



«En el hospital, me propusieron incluirme en un ensayo clínico con un nuevo medicamento. Suponía, de hecho, más visitas suplementarias al médico. Tengo una hija pequeña y prefiero dedicarle todo el tiempo que pueda a ella. No dí mi consentimiento para entrar en el ensayo.»

María Rosa, 37 años, Almería, con carga viral indetectable

Fernando Marín, médico y activista

ENTRE DOS AGUAS

Estamos acostumbrad@s a tratar con l@s médicos en las consultas de los hospitales pero mucho menos a verl@s trabajando en el marco de una ONG y, aun menos, en una ONG dedicada al VIH/SIDA. Fernando Marín Olalla es una excepción. Médico de 35 años, ha trabajado tres años en la ONG *Apoyo Positivo*, como responsable médico. *Apoyo Positivo*, que opera en el ámbito de la Comunidad de Madrid, surgió de la iniciativa de un grupo de profesionales en contacto directo con personas afectadas por el VIH/SIDA y centra sus labores de apoyo en las áreas psicosocial, de cuidados paliativos e infantil. Fernando Marín deja ahora esta organización y, aparentemente, el mundo del VIH/SIDA para dedicarse a un trabajo más específico en el campo de los cuidados paliativos. Antes de que se nos "escape", pues, hemos querido conocer las opiniones de un profesional sobre su propio trabajo como médico en una ONG y un montón de cuestiones más. Opiniones que, como veréis, en tanto que críticas son especialmente interesantes.

Lo+Pos: Si te parece, para empezar, cuéntanos tu experiencia en *Apoyo Positivo*...

Dr. Fernando Marín: Yo empecé hace tres años a trabajar en *Apoyo Positivo*, principalmente dedicado al área de cuidados paliativos en el ámbito domiciliario. Era el año 1996 y todavía la cifra de muertes a causa del SIDA era altísima. Nosotr@s atendimos a unas 80 personas, la mayoría de las cuales morían en su domicilio, (67 de 80). Nuestro objetivo era conseguir una muerte serena, sin dolor, apoyando a la gente a que se quedara en casa, preparándol@s. Y también apoyando a la familia. Luego, con el cambio en la situación de la enfermedad, surgieron otro tipo de tareas: asesoramiento en general, sobre tratamientos y, en definitiva, de promoción de la salud. Se ampliaban los temas y venía la gente con multitud de demandas nuevas. Yo llevaba el área médica: formación de voluntari@s, consulta médica de la organización, y del programa de apoyo domiciliario, entre otras cosas.

Lo+Pos: ¿Qué aporta un médico que trabaja en una ONG que no aporte un médico del hospital, desde el punto de vista del paciente?

F. M.: Por lo pronto cambia el modelo de relación, que es mucho más "horizontal". Se facilita el contacto con el/la paciente. Es un médico sin protocolo, que te escucha, con un trato más directo. El médico del hospital está inmerso en una estructura compleja, sin tiempo para atender a l@s

pacientes, con unas listas de espera impresionantes y una sala de espera con gente presionándole. En la ONG se facilita el contacto con el/la paciente, que es lo que espera éste cuando acude a una ONG. Es decir, una situación diferente: un médico que no tenga prisa, sin protocolo, sin la bata blanca y a quien, por ejemplo, no haya que llamarle de usted. Un trato de tú a tú entre médico y paciente. Por otro lado, el médico puede aportar un plus de calidad al trabajo que realiza la ONG.

Hay que tener en cuenta que el/la paciente no tiene tiempo de consultar sus dudas con el médico del hospital. Acude a la ONG con una demanda suplementaria de información. Quizá la información que allí se le dé sea esencialmente la misma, pero tenemos más tiempo para responder a todas sus preguntas. Recuerdo que l@s pacientes que atendía en *Apoyo Positivo*, muchas veces, estaban allí porque no se habían enterado de lo que había dicho su médico.

Lo+Pos: ¿Por qué crees que en este país, donde, por otro lado, hay poc@s médicos trabajando en ONG, l@s médicos todavía recelan tanto del trabajo de las ONG cuando, en el fondo, hay bastantes intereses comunes?

F.M.: Indudablemente que hay intereses comunes, pero este es el país de l@s funcionari@s y de las estructuras cuadrículadas. O trabajas en la Seguridad Social o no trabajas. Ella es la que forma, la que sabe hacer

las cosas y todo lo demás es marginal. Ahora con el auge de la medicina privada, las cosas se verán de otra forma. pero hasta ahora ha sido así. El trabajo del médico de una ONG está considerado de segunda categoría. Y es normal, entonces, que haya pocos médicos motivados para trabajar en una ONG que, por otro lado, tienen poca capacidad económica. Trabajar en una ONG se considera un poco al margen, se creen que eres un misionero o se pone en entredicho la calidad. Se considera que debes ser más "buena persona" que un buen profesional.

Lo+Pos: Eso en cuanto a la escasa presencia de médicos en las ONG, pero ¿en cuánto al recelo del médico del sistema sanitario respecto a éstas?

F.M.: El médico, por principio, recela de cualquier persona. En un servicio médico recela de su jefe, éste de su pupilo, de su compañero, etc. El trabajo en equipo no existe. Es una evidencia que el médico prefiriera trabajar por libre. No hay líneas comunes, intercambio de puntos de vista. Así pasa que depende de con quién te toque en el hospital tu atención puede variar; cuando no debería ser así. Pues imagínate si la intervención proviene de un médico de fuera del sistema hospitalario: lo pueden llegar a vivir como una agresión. Pero eso ocurre hasta con los médicos de atención primaria y los especialistas. No les gusta que les sugieran nada ni de dentro ni de fuera del sistema sanitario.

Lo+Pos: En otros países de Europa los activistas de tratamientos y los médicos también tienen mejor relación y más estrecha que en España. ¿Es una cuestión cultural o simplemente corporativa?

F.M.: Como ya hemos comentado, hay muy pocos médicos de ONG en España. Y, en general, las relaciones de los médicos del sistema sanitario con las ONG, con el movimiento ciudadano en general es de desconocimiento absoluto, muy mala. Han oído campanas sobre lo que hacen, pero no saben de qué se trata. La mayoría de médicos están en una vorágine biologicista (el último estudio o protocolo, etc.).

Y en cuanto a los que pretenden ser interdisciplinarios y se reúnen en sociedades científicas, como SEISIDA, poco a poco te vas dando cuenta de que están ahí por una simple cuestión de promoción personal pura y dura. En sus reuniones y congresos se relacionan de forma despótica y autoritaria con las ONG y con los grupos que trabajan en la calle. Así puedes darte cuenta de cómo son. La interdisciplinariedad es una farsa. Los médicos se relacionan poco con todo lo que está fuera. No conocen la utilidad del movimiento ciudadano para que las personas vivan mejor; y todo lo que sale de su consulta entra dentro del campo del "trabajo social".

Lo+Pos: ¿Han quedado obsoletos los proyectos o modelos de las ONG que se siguen utilizando?

F.M.: Primero hay que decir que el movimiento ciudadano antiSIDA y las ONG que lo conforman es modélico. No existe en ningún otro sector de la sociedad ni, sobre

todo, de la salud: gente que se mueva por mejorar su vida, muchas veces de forma altruista. Pero también tiene defectos: las ONG se mueven entre ser una empresa de servicios o grupos reivindicativos. El equilibrio es difícil. Si optas por una empresa de servicios, tendrás clientes en vez de socios, deberás ser políticamente correcto, no deberás enfrentarte a las administraciones que te subvencionan, etc. En el otro campo, estás obligado a ser duro con los que causan multitud de situaciones concretas que podrían evitarse con políticas adecuadas, y tu deber será denunciarlo.

El trabajo del médico de una ONG está considerado de segunda categoría.

...Se creen que eres un misionero o se pone en entredicho la calidad

Por otro lado, las ONG en general en España son malas. Te encuentras ONG que tienen prejuicios

todavía a la hora de contratar gente, piensan que todo el trabajo debe ser voluntario cuando eso es imposible. Existen otras que no tienen selección de personal, que se convierten en grupos de amigos que se contratan entre ellos. En este sentido, está pendiente el control de calidad de los programas de las ONG que no es lo mismo que el control de dinero, que ya se hace.

Finalmente, creo que el tipo de ONG asistencialista está en crisis y sólo es propio de modelos religiosos (casas de acogida/beneficencia, etc.) Eso, en realidad, no tiene nada que ver con la promoción activa de la salud. Están obsoletas las ONG que no tratan de que las personas, poco a poco, cambien y se impliquen en su salud. Además, las ONG deben ser grupos mucho más abiertos, y deben contar especialmente con la promoción de las personas seropositivas, algo que tampoco hacen. Aunque en España no existe el prototipo de gay blanco, abogado, de California, con contactos y



con un alto nivel de ingresos... y seropositivo, debemos procurar que sean los propios seropositivos los que capitaneen las ONG. Por otro lado, las ONG deben trabajar con las personas que el sistema sanitario coloca en los márgenes: con problemas de estabilidad psicológica, relacionados con el uso de drogas, etc.

Lo+Pos: Me gustaría preguntarte por el papel de los otros agentes implicados en el mundo VIH/SIDA...

F.M.: Alguien definió SIDA como las siglas de Sexo, Inyección, Discriminación, Autocomplacencia. Pues bien el sistema sanitario es el de la autocomplacencia. Un sistema público de sanidad que se resquebraja por todas partes y hay que decirlo, las personas VIH+ van a sufrir directamente ese resquebrajamiento. Se da una deficiente atención al enfermo: el sistema va a marchas forzadas, apostando sólo por la industria, la compra de medicamentos. Todo lo demás que hay que hacer, y mucho de lo cual se conoce, no se hace. Los profesionales esperan a que todo reviente por algún lado. La prevalencia (el número de personas seropositivas) aumenta y las consultas están cada vez más saturadas, pero no aumenta ni el tiempo del que disponen los profesionales ni las personas que se dedican a la enfermedad. Resultado lógico, se espacian las citas. Eso repercute en el estrés del personal, que trabaja mal. Un médico me decía hace poco: "Yo ya no sé lo que digo y a quién se lo digo". El sistema de atención primaria no está conectado con los servicios de enfermedades infecciosas y estos a su vez con los otros servicios hospitalarios. El trabajo social se dedica sólo a los que están mal o muy mal pero no a la gran mayoría, que también necesitan ayuda. Mientras los sanitarios se ven obligados a prestar una atención mediocre, la administración sólo se preocupa de hacer sus cuentas. ■

ÓSCAR G. CORTÉS

ENSALADA

En el 5º Congreso Nacional sobre el Sida de Santiago de Compostela, la empresa Schering-Ploug, que tanto comercializa interferón alfa solo como estudia su combinación con la substancia en experimentación ribavarina, montó un simposio satélite bajo el título "La Hepatitis C en la infección por VIH". Os ofrecemos algunos datos con comentarios de los allí presentados, más una apostilla final.

Pero antes de entrar de lleno en materia, no podemos dejar de señalar; a fuerza de ponemos pesad@s, la escasa atención que se presta al papel del hígado en la infección por VIH en general, y a la incidencia de la coinfección VIH-VHC en particular. En otro simposio, éste ya unas semanas después en Málaga, patrocinado por Pharmacia&Upjohn, el Dr. Fernando Lozano, del Hospital Virgen de Valme de Sevilla, hablaba de una tasa de personas infectadas con ambos virus, de entre las que visitan su centro, de cerca del 90%. Y a nadie le da un pasmo, ni siquiera se le tuerce el gesto.

Pero a lo que íbamos. Quizá la intervención más destacada del simposio de Santiago fue la del Dr. Vicente Soriano, del Hospital Carlos III de Madrid, en la que presentó datos sobre el protocolo en marcha para comprobar la eficacia de la combinación de

interferón (IFN, 3 MU cada 3 semanas) y ribavarina (RBV, 600 mg BID) para el tratamiento de la hepatitis C. Del total de participantes, 2/3 presentaron algún tipo de respuesta al tratamiento, aunque los datos no presentan significación estadística (no pueden, estrictamente, extrapolarse a la población diana), y el otro tercio debió abandonar a causa de efectos secundarios. Entre éstos destacan la anemia, ideas de suicidio, ansiedad, insomnio y malestar general. El Dr. Soriano indicó que, conocidos los mecanismos de acción de IFN y RBV, su toma está contraindicada con AZT y d4T, por lo que el/la especialista en VIH debe valorar combinaciones alternativas en conjunción con el/la hepatólogo@. En respuesta a preguntas del público, afirmó que no se habían detectado interacciones con metadona y que a penas existen datos y/o experiencia en el tratamiento de la coinfección VIH-VHC pediátrica, aunque si se hacen paralelismos con lo sabido respecto a niños con VHC pero VIH-, la respuesta puede ser buena si la infección no ha tenido carácter perinatal (durante el parto).

El resto de los/las ponentes (Drs. Esteban-Mur, Castro, García Samaniego y Rodríguez-Rosado) hicieron un repaso a lo que se conoce sobre el virus de la hepatitis C (ver número 9 de Lo+Positivo), que todavía no es mucho, y sólo en ciertos momentos se centraron en la coinfección. Vale la pena, en este sentido,

La vida...



de

rescatar un par
de observaciones

de la Dra. Ángeles Castro, del Juan

Canalejo de A Coruña. La primera se refiere a un estudio de caso en el que se comprobó de nuevo la escasa eficacia del interferón en una persona con inmunodepresión severa (muy bajo recuento de CD4). La segunda apunta a la cada vez menos infrecuente triple infección, en este caso de VIH-VHC-VHB, en la que se detecta, en relación a las personas VIH-, una viremia basal del VHC más alta (un factor de peor pronóstico), pero no del VHB.

Comentario aparte merece la afirmación que se repitió en boca de varios ponentes de que si bien queda demostrada la influencia del VIH sobre la evolución de la hepatitis C (un menor recuento de CD4, como sabemos, es indicador de peor progresión del VHC), no parece serlo al revés: es decir, que el VHC parece no tener influencia sobre la evolución de la infección por VIH. Sin embargo, queremos resaltar que un hígado con sus funciones comprometidas supone un problema para una persona con VIH, entre otras cosas porque puede provocar una alta variabilidad farmacocinética en la absorción de antirretrovirales (ver abstracts CP04-5 y CP04-7 de la Publicación Oficial de la SEISIDA, vol. 10, supl. 1, abril 1999) y otros fármacos para infecciones oportunistas, además de la metadona. Una cuestión que a su vez va ligada a los

sigLAS

índices

de fracaso virológico (una mala absorción puede conllevar un defecto o un exceso de fármaco en el organismo, lo que en un efecto dominó puede en el primer caso conducir a la aparición de mutaciones de resistencia o en el segundo al abandono por toxicidad), que casi siempre quiere endosarse a la falta de adhesión de la persona que sigue el tratamiento o a su poco aguante de los efectos secundarios -¿o les tenemos que llamar ahora "daños colaterales"?-

En cualquier caso, y saliendo ya del simposio, la prescripción de IFN y RBV para personas con VHC no concita unanimidad entre los especialistas. El ejemplar del 15 de abril del *The New England Journal of Medicine* (Vol. 340, nº 15) incluye un variado cruce epistolar entre especialistas y autoridades sanitarias de EEUU en el que algunos de los primeros ponen en cuestión el balance coste (en términos económicos y de efectos adversos) - beneficio de esta combinación, que allí se comercializa bajo el nombre de Rebetron®. Para quien le interese, aquí tenéis la página de internet donde se reproduce la versión original inglesa:

<http://www.nejm.org/content/1999/0340/0015/1207.asp>

Joan Tallada

...continúa

tratamientos



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

cómo pudiste hacerme

[1] [Tratamiento antirretroviral] Me recuerda la fecha en la cual empecé a tomar la medicación antirretroviral y mi tratamiento actual (Nevirapina/Viramune®, ddi/Videx® y d4T/Zerit®). En mi caso es el único tratamiento que he tomado y lo mantengo porque ha ido bien en cuanto al descenso de mi carga viral y me ha permitido un pequeño remonte de mis células CD4 y CD8. No he interrumpido nunca el tratamiento, aunque últimamente no me faltan ganas.



Hospital de Dia d'Infeccions

Villarroel, 170 - 08036 Barcelona. Tel.: 93 227 55 74

09 abr 1999 13:03

Paciente: CORTES OLIVER OSCAR
N.S.S.: 00/000

Nº Historia: 00000
Médico Responsable: Dr.

Tratamiento Antirretroviral:

INICIO	FINAL	MEDICAMENTOS	INICIO	FINAL	MEDICAMENTOS
22-12-1998		NEV, DDI, D4T			

Infecciones Oportunistas:

DESCRIPCION	FECHA	DESCRIPCION	FECHA

Linfocitos:

FECHA	LINFO	%T4	T4	%T8	T8	FECHA	LINFO	%T4	T4	%T8	T8
24-11-1997	1240	16,60	210	49,60	620	03-12-1997	1350	15,40	202	43,40	580
22-12-1997	1540	17,70	277	48,40	739	09-01-1998	1740	21,70	382	47,70	835
12-02-1998	1100	25,20	275	45,10	495	25-03-1998	1120	23,10	257	43,20	481
19-06-1998	1820	24,70	455	40,80	746	23-09-1998	1370	23,00	315	43,10	589
18-12-1998	1180	28,60	342	42,92	507						

Carga Viral:

FECHA	VALORCV	LOG	DIF	FECHA	VALORCV	LOG	DIF
24-11-1997	67509	4,82	0,00	03-12-1997	14297	4,15	-0,67
12-12-1997	59084	4,77	2,47	22-12-1997	38408	4,58	0,42
22-12-1997	39864	4,60	2,30	09-01-1998	9551	3,98	-0,60
12-02-1998	2827	3,45	-0,52	12-02-1998	313	2,49	-0,96
25-03-1998	465	2,66	0,16	19-06-1998	199	2,29	-0,36
19-06-1998	49	1,69	-0,60	23-09-1998	199	2,29	0,59
23-09-1998	49	1,69	-0,60	18-12-1998	199	2,29	0,59

Próximos Controles:

FECHA	HORA
16-06-1999	10:30

[2] [Infecciones oportunistas] Pues bien, de momento, casilla vacía.

[4] [Carga viral] Refleja la cantidad de ARN del VIH que se encuentra en la sangre, pero no dice nada del que está en las otras partes del cuerpo. La carga viral era el "factor predictivo"

[3] [Linfocitos] Ahí está todo mi historial, desde mis primeros análisis (antes de tomar medicación y tan pronto como me enteré de mi seropositividad) y hasta los últimos. Me ha costado mucho desentrañar el significado exacto de estas cifras y aun mi médico se limita a decirme que todo va bien. Cómo podéis ver se cuentan dos tipos de células del sistema inmunitario: los linfocitos T4 y T8. Tan o más importante como el valor absoluto de ambos lo es el porcentaje y la proporción. Yo he pasado de tener un porcentaje de T4 cercano al 15% a tenerlo cercano al 30%. Y su número absoluto también ha mejorado, aunque sé que es una cifra variable. En todo caso, tiendo a relativizar progresivamente la importancia de estos valores siempre que me mantenga estable. En cuanto a los T8, preguntad a vuestro médico y tan pronto como sepáis con certeza cómo interpretar estos datos... ¡me lo contáis!

estrella cuando entré en este mundo. Dar fuerte y rápido se decía. Y destruía el valor; también predictivo, de las anteriores cifras de CD4 y CD8. Pues bien, a juzgar por los números, mi medicación, que no incluye un inhibidor de la proteasa por decisión propia y consejo médico, parece haber funcionado lenta pero seguramente. Podréis comprobar que tengo diferentes resultados en la misma fecha de análisis. Por lo que se ve, en mi caso, cuando se ha comprobado una carga viral "indetectable" de menos de 200 copias ARN/ml, se ha hecho un test ultrasensible que ha dejado mi "indetectabilidad" en menos de 50 copias. También en este caso las cifras relativas, es decir, la diferencia logarítmica entre análisis y análisis, pueden llegar a tener más importancia que el número total de copias de virus que circulan en la sangre. Y, en todo caso, tengo claro que no va a ser un valor "fetiché" en ningún momento.

esto a mí

Desde que soy seropositivo, unos papeles que hasta entonces me eran prácticamente desconocidos han pasado a engrosar el montón de otros papeles que hay en casa. Son mis análisis clínicos. Lo más parecido a ellos, se me ocurre, son las papeletas de evaluación de mi época de estudiante de secundaria. Cuando voy a recogerlos siento una angustia parecida a cuando debía entregar las notas, cada pocos meses, a mis padres. Ahora no hay a quién entregar la papeleta, ni se evalúan mis conocimientos, mi "actitud" (¿os acordáis?) o mi capacidad de peloteo con los profes. Ahora se trata de evaluar algo que ocurre en el interior de mi cuerpo, de unas cifras prácticamente incomprensibles y de unas materias que, de momento, no van a variar cada curso sino que me van a acompañar durante mucho tiempo. Ah, y además no se pueden falsificar.

Pues bien, nadie me ha enseñado ni me ha explicado cómo interpretar esos análisis, ni qué significa cada cosa. ¡Y eso que son una buena cantidad de páginas! Mi médico se limita, en cada examen, a aprobarme o suspenderme. Y es todo mi estilo de vida el que se ve sometido a prueba. Si me he tomado bien o mal la medicación, si como lo adecuado, si he reposado lo suficiente, si no me he pasado demasiado, etc. Y al mismo tiempo me doy perfecta cuenta de que en esas cifras y conceptos se esconde lo que está pasando en mi cuerpo y lo que va a ser de mi salud. Es verdad que ahí no se refleja para nada la otra mitad de la realidad de mi enfermedad: eso que los médicos llaman "efectos secundarios" y que a mí me pueden parecer principales. Ésos son, como mucho, una nota al margen en la hoja que me pasa el médico.

Esta sección, que espero ir construyendo poco a poco con vosotros, pretende desentrañar el significado real de esos conceptos y su valor; que tenemos que relativizar y poner en relación con la percepción de nuestra propia salud y de nuestra calidad de vida.

Desde el primer momento, mis analíticas se han reflejado en dos documentos diferenciados. En el primero, el que podéis ver reproducido en la página anterior; figuran, además de la descripción de mi tratamiento, las infecciones oportunistas que (no) he tenido hasta ahora, y todo el historial de mis exámenes (con el recuento de CD4+ y CD8+, lo que los mortales, llamamos "las defensas", y, cómo no, el nivel de carga viral). Y la fecha de mi próximo control, claro.

El segundo documento recoge los análisis de bioquímica clínica (sangre y orina) y de hematología (hemograma y fórmula leucocitaria). Pero todo esto lo dejaremos para sucesivas entregas de este culebrón clínico.

Oscar G. Cortés

EL DESORDEN DE TU NOMBRE A vueltas con el registro

Aunque hay un amplio consenso entre autoridades sanitarias y miembros de ONG en la necesidad de conocer la verdadera extensión de la infección por VIH en España a través de un sistema de recogida de datos, existe también una fuerte discrepancia cuando de optar por un modelo de registro u otro se trata.

Así, los técnicos, a los que da un no sé qué hablar de registro y se sienten más cómodos en la aparente asepsia de la expresión "Sistema de Vigilancia Epidemiológica", argumentan que una recogida de información basada en el nombre y apellido de la persona infectada (sistema nominal o confidencial) es la única forma que permite evitar duplicaciones que distorsionen la fiabilidad de los datos finales. En contra, los activistas defienden que un sistema no anónimo no garantiza posibles rupturas de la confidencialidad, con la subsecuente posible discriminación, y que eso puede desalentar a muchas personas a hacerse la prueba, por lo que la distorsión podría ser incluso más acentuada. Como alternativa prefieren y



ILUSTRACIÓN: ISMAEL CARRILLO

proponen que la obtención de datos se haga a través de un identificador personal único (sistema codificado).

La cuestión es: si se articulase aquí un sistema nominal, ¿qué porcentaje de personas sería reticente a hacerse la prueba al saber que sus nombres pasarían a engrosar una lista centralizada? ¿Qué porcentaje de personas que desearan hacerse la prueba retrasarían su realización, por lo que también se retrasaría un eventual diagnóstico VIH+? ¿Qué porcentaje de personas se trasvasaría de los centros confidenciales a los anónimos, incrementando la desviación estadística? ¿Cómo variarían esos porcentajes si dichas personas supiesen que les van a solicitar detalles sobre, entre otras cuestiones, su conducta sexual, que también serían archivados?

Se podría optar por un sistema codificado que no generara desconfianza entre los posibles usuarios, y si de reducción de desviaciones en los datos se trata, considerar el sistema de identificador personal único desarrollado por la Health Resources Service Administration estadounidense que ha demostrado tener una tasa de duplicación de tan solo entre el 0,02 y 0,04. ¿O no es suficiente para nuestros queridos epidemiólogos? ■

Joan Tallada

Ref. *Maintaining Anonymous AIDS Testing*, Boston Globe Online



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.



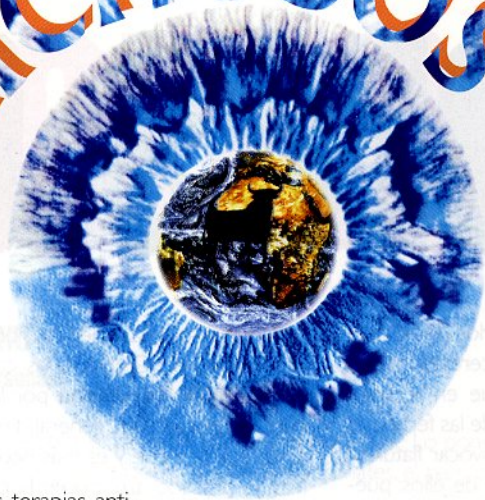
Déjanos ponértelo un poco más fácil. GlaxoWellcome ha conseguido poner a tu disposición un nuevo producto que une en un solo comprimido los dos fármacos más relevantes de la terapia anti-VIH. Disminuyendo el número de tomas de medicamento. Haciéndotelo más fácil.

Consulta con tu médico.
Tiene buenas noticias para tí.

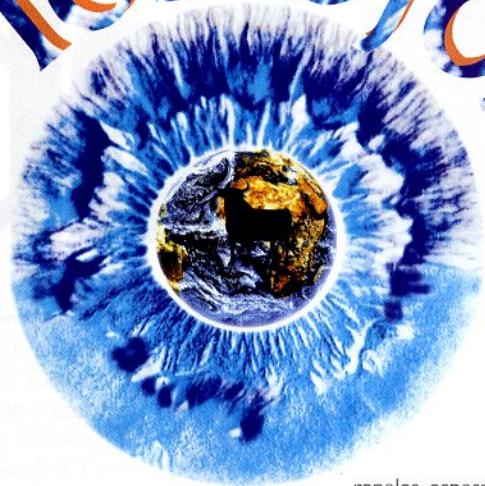
LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL
MÁS EXPERIMENTADA,
UTILIZADA DEL MODO MÁS SENCILLO

GlaxoWellcome
EN PRIMERA LÍNEA DE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL

dichosos



los ojos



Las terapias anti-retrovirales (como mínimo) triples han provocado la drástica disminución de las infecciones oportunistas. Y, entre ellas, la infección por citomegalovirus (CMV). Debemos celebrar que el CMV, que dejaba sin visión a no pocas seropositivas, haya remitido de forma tan espectacular:

El CMV es un virus de la familia del herpes. Se transmite por fluidos corporales o transfusiones. Puede afectarnos en cualquier etapa de nuestras vidas y, de hecho, muchos de nosotros lo tenemos en estado latente, pero si nuestro sistema inmunológico funciona correctamente puede pasar desapercibido sin producir efecto alguno. Pero si estamos afectados por el VIH, debemos estar alerta ante cualquier síntoma porque este virus no sólo puede mermar el sentido de la vista, sino que puede provocar hepatitis, disfunciones en el tracto gastrointestinal, en los pulmones, molestias neurológicas y neuropatía periférica y puede ser eventualmente fatal.

Una de las afecciones más usuales provocadas por el CMV es la retinitis por CMV, que presenta los siguientes síntomas: en una primera fase, manchas negras que parpadean ante los ojos, como estrellitas, pérdida de visión periférica, es decir visión en forma de túnel y visión borrosa. Todo ello, acompañado algunas veces de dolor en la parte posterior del ojo. En una segunda fase, se forman manchas sanguinolentas en la superficie del ojo y se forma pus en el propio tejido de la retina. Si tenemos alguna de estas molestias debemos acudir rápidamente al especialista porque este virus se extiende con gran rapidez y puede dañar por completo la retina y, si no es tratado desde el inicio, desde allí progresar hacia otras zonas del ojo destruyéndolas por completo.

La retina es una membrana sensitiva que discurre en la parte profunda de la superficie del ojo. Las células nerviosas de la retina (los conos y los bastoncitos) convierten la luz en impulsos eléctricos que viajan desde el nervio óptico hasta el cerebro. La retinitis, pues, es la inflamación de la retina y el CMV infecta esa capa y destruye su tejido, dando lugar a una pérdida parcial o total de la visión. Cuando el nivel de CD4+ es menor de 100 puede aparecer este virus, hallándose primero en el borde de la retina para, posteriormente, desplazarse poco a poco hacia el centro de ella.

El tratamiento se basaba hasta 1996 en los fármacos **foscarnet** y **ganciclovir** intravenosos. Detenían la progresión pero con efectos secundarios muy severos tales como deterioro de las funciones

renales, espasmos musculares, caída de los niveles de linfocitos, interferencia en la producción de plaquetas, etc. En 1996 apareció **cidofovir**, que presenta una ventaja: sólo debe administrarse una o dos veces por semana (al contrario de los anteriores medicamentos que requieren ser inyectados una o dos veces al día. Su tratamiento consiste en 5 mg por kilo de peso por vía intravenosa (aunque la dosis exacta la dicta el médico en función del estado de la persona). El cidofovir se inserta en la cadena del virus, ocupando el lugar de un nucleótido y detiene la reproducción del virus. La retina empieza a desinflamarse y la enfermedad remite. Tiene efectos secundarios severos, como descompensación de la presión ocular (uveítis) y también puede provocar problemas renales, por lo que requiere un estrecho seguimiento.

notas sobre retinitis por CMV

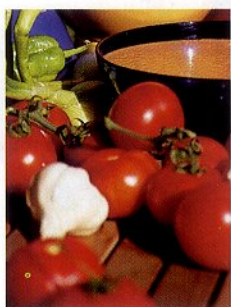
El CMV persiste en el tiempo y requiere un largo tratamiento para evitar recaídas indeseables (en lenguaje médico, recidivas). La terapia suele aplicarse en dos fases. En la primera, se administran dosis diarias intravenosas de ganciclovir o foscarnet (o una vez a la semana, cidofovir) durante dos o tres semanas. El propósito de esta terapia de inducción es parar la progresión de la enfermedad y prevenir la ceguera. La segunda fase consiste en una terapia de mantenimiento que puede realizarse con dosis diarias de ganciclovir o foscarnet, dosis bisemanales de cidofovir u otro tipo de tratamiento, como implantes de ganciclovir, para prevenir o retardar la reactivación de la replicación viral.

Estudios recientes señalan que las personas tratadas largo tiempo con ganciclovir no responden bien al tratamiento con cidofovir. En todo caso, es nuestro médico quien debe indicarnos las pautas a seguir y nosotros debemos estar atentos a su efectividad. No dudemos en expresar nuestras dudas u observaciones.

Es interesante la prevención en personas con bajos niveles de defensas y que nunca han sufrido CMV antes. Si te hallas en esta situación, consulta a tu doctor sobre una posible profilaxis.

Aunque el cidofovir es una terapia prometedora (más sencilla y cómoda que las otras), se da la paradoja que no puede ser estudiada como se deseaba en los ensayos clínicos porque ahora es difícil encontrar suficientes personas aquejadas por CMV para que los ensayos sean significativos. Esta situación podría provocar problemas a largo plazo como el de no tener datos sobre futuras resistencias o posibles mutaciones del CMV. ●

Susanna Salillas



Sabores de

Ya estamos en verano y os he preparado unas recetas refrescantes, recién salidas de la nevera. Primero un gazpacho bien fresquito. En verano hay que comer más ensaladas, frutas y beber más agua. La verdura tiene un 90% de agua y el tomate, además, es rico en vitaminas y en minerales, sobre todo potasio. El pimiento también contiene potasio y vitaminas C y A (recordad que el pimiento rojo es más digestivo que el verde). ¡Ojo! Las personas que padezcan del riñón no deben excederse en los alimentos con mucho potasio. El ajo es el vegetal con más propiedades curativas, útil para trastornos digestivos, circulatorios y respiratorios.

El siguiente plato está elaborado con cereales, tan necesarios en nuestra dieta diaria. Los cereales -su nombre proviene del nombre de la diosa romana, Ceres- nos suministran todos los nutrientes necesarios para nuestro organismo: hidratos de carbono, proteínas, grasas y sustancias vitales como vitaminas, ácidos grasos esenciales, sales minerales, oligoelementos, enzimas y fibra en una proporción ideal para el organismo.

¡Atención! No es muy aconsejable comer cereales solos ya que puede provo-

car acidez; mejor acompañarlos de hortalizas o frutas. Cuando comáis cereales debéis masticarlos muy bien porque en la saliva empieza la descomposición de las féculas. Si no lo hacéis así, pueden provocar flatulencias. Y, finalmente, no abuséis de ellos: pueden producir sobrepeso.

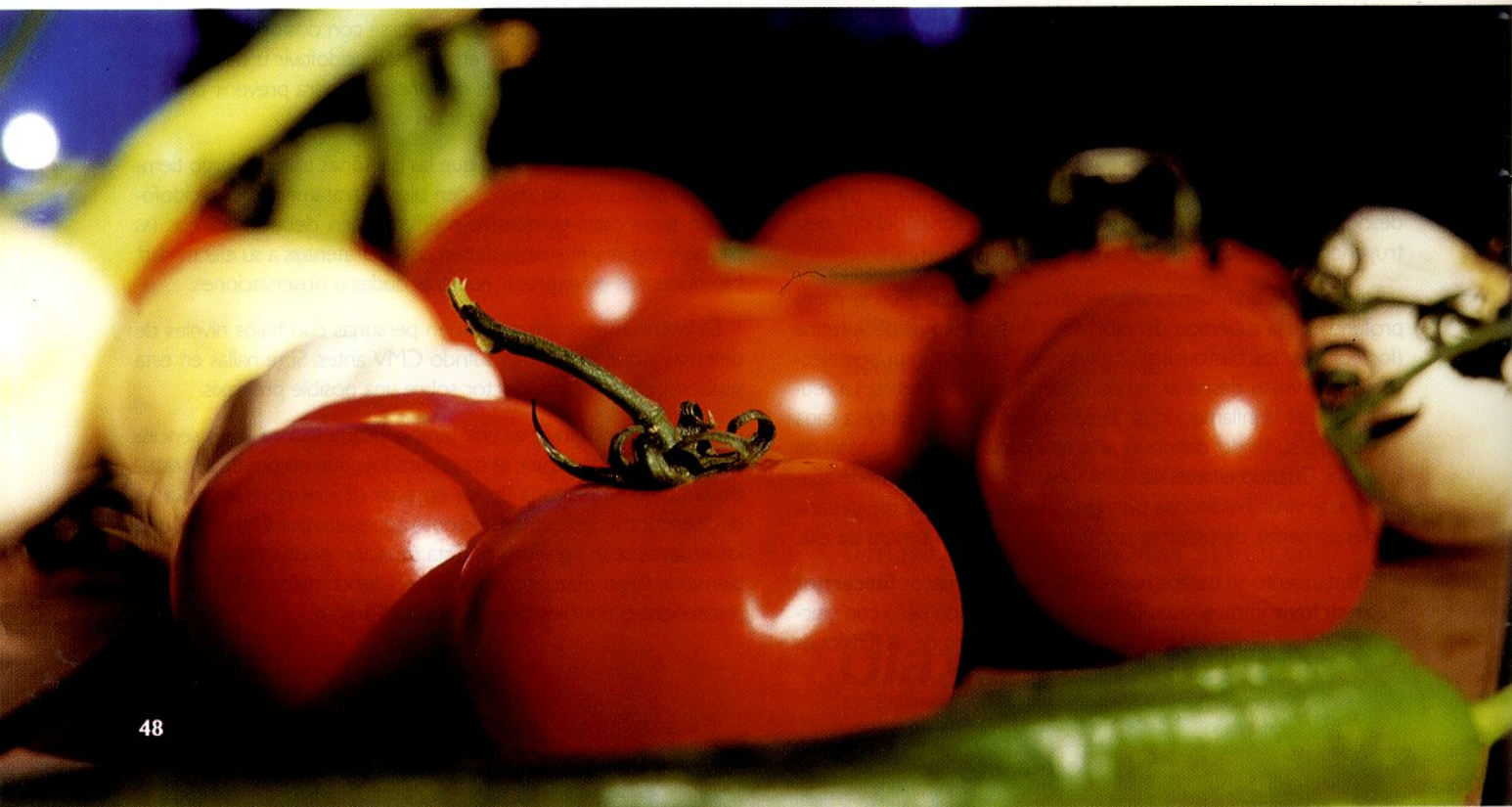
El cuscús y el bulgur provienen del trigo, que contiene todos los minerales necesarios, muchos oligoelementos, vitaminas del complejo B y las vitaminas D, K y PP. El cereal no refinado, el integral, conserva plenamente estas propiedades mientras que el refinado pierde gran cantidad de nutrientes. El cuscús, típico del norte de África, se elabora a partir de la sémola de trigo duro. El cuscús integral es pues un buen alimento ya que conserva toda su proteína y el germen.

El cuscús es un plato ideal para el verano porque no provoca sed. Pero con sed o sin sed, no olvidemos tomar 1 litro de agua diario como mínimo. El bulgur procede de Turquía o Armenia. Es un trigo machacado y precocido a baja temperatura con agua de manantial y secado al sol. Debido a esta precocción a menos de 40° resulta una de las mejores maneras de comer trigo. Por último, el comino es una especia diurética que estimula la digestión.

Y por si todavía tenéis hambre, sardinas en escabeche (¡Gracias a las compañeras de **ACTUA Barcelona** por la sugerencia!). El pescado, en general, tiene menos grasa que la carne y es más rico en proteínas. El pescado azul posee la cualidad de rebajar el colesterol que nos sobra en la sangre, o sea que este plato nos irá muy bien para prevenir problemas cardiovasculares. La sardina es rica en vitamina D. La mejor manera de comer el pescado es hervido a fuego lento. Nuestra receta pide un hervor, aderezado con clavo y laurel. El clavo es antiséptico y antioxidante, estimula el apetito y la digestión y previene los gases intestinales. El laurel, por su lado, estimula el apetito.

Espero que mis recetas también os estimulen el apetito y a investigar en la cocina, a jugar con los alimentos, con los colores de las verduras, las frutas, los cereales etc. Yo os doy la receta base y vosotr@s la modificáis según vuestro gusto. ¿Le pongo pepinillos o no? ¿Le pongo una especia o la otra? Porque, en definitiva, tú eres el/la maestr@ y el/la mag@ de tu cocina. ¡BUEN PROVECHO! ■

PILAR ZUBIAGA



Verano

GAZPACHO

(para 4 personas)

Se corta la cebolla, el pimiento y el pepino a trozos. Lo ponemos en la batidora y lo batimos un poco, a continuación añadimos los tomates, el pan, los ajos, el vinagre y el aceite de oliva. Hasta que quede bien triturado.

Cuando tengamos la mezcla hecha, iremos añadiendo agua fría para diluirla, hasta que quede a nuestro gusto, más o menos espesa. Por último lo sazonamos con sal y pimienta. Si queremos que el gazpacho nos quede muy líquido lo pasaremos por un colador o por un chino, así no nos quedará ningún resto de partículas que nos impidan tomar el gazpacho bebido.

A continuación lo enfriaremos en la nevera.

Es preferible consumirlo en el plazo de 24 h. ya que se puede acidificar mucho y llegar a resultar incomible.

Una variación más refrescante del gazpacho: A los ingredientes del gazpacho normal les añadimos 3 o 4 cogollos de hierbabuena, una rama de albahaca fresca, una pizca de pimentón, una pizca de curry y por último un chorrito de tamarí. Se sirve bien frío con unas hojitas de hierbabuena por encima.

ENSALADA DE TABULÉ

(DE CUSCÚS O DE TRIGO BULGUR)

(para 6 personas)

Haremos el cuscús al vapor: en una olla con agua colocar encima un colador de rejilla (metálico) y dentro del colador poner el cereal. Poner la olla al fuego y cuando el cuscús se haya inflado ¡lo probaremos! y si vemos que está al dente (ni muy duro, ni muy blando), lo retiraremos del fuego. Ponemos el cereal en un cuenco o bandeja honda y le añadiremos el resto de ingredientes ¡MENOS LOS TOMATES HECHOS PURÉ!

Si no queremos encender el fuego para cocinar, porque hace mucho calor o simplemente porque no nos apetece, pondremos el cuscús en un bol grande o bandeja honda, seguidamente le añadiremos los tomates en puré y le iremos añadiendo los demás ingredientes. Si lo hacemos de esta manera, tenemos que hacer la ensalada 6 horas antes de comerla, sin olvidarnos de removerla cada hora.

Si lo usamos de trigo bulgur, lo pone en remojo durante 10 min. Escurrirlo y exprimir el agua restante presionando el trigo contra una cuchara en un tamiz o en un colador de rejilla. A continuación, lo colocaremos en una bandeja, le añadiremos los productos indicados en la receta y lo removeremos muy bien para que todo quede bien mezclado.

Ponla en la nevera, ya que esta ensalada se come bastante fresquita.

Para darle un toque más exótico podemos añadirle un poquito de comino.

ESCABECHE DE SARDINAS O BOQUERONES

(para 4 personas)

Doramos los ajos en una sartén con aceite. Una vez dorados, los retiramos del fuego y, cuando se temple el aceite, añadiremos el pimentón, los clavos, el laurel, el vinagre y el agua. Por último, echamos las sardinas o los boquerones crudos, enteros, limpios y sin cabeza. Todo esto lo ponemos al fuego y le damos un ligero hervor. Lo dejamos enfriar, a la nevera y ya tenemos el plato hecho para un par de días.

Gaspacho

- ♦ 1 pimiento verde
- ♦ y/o un trozo de pimiento rojo
- ♦ 1 pepino
- ♦ Una cebolla grande
- ♦ 1 Kg. de tomates maduros pelados
- ♦ 2 dientes de ajo
- ♦ 60 g. de pan duro
- ♦ 2 cucharadas de aceite de oliva
- ♦ 2 cucharadas de vinagre
- ♦ Un poquito de sal
- ♦ Un poquito de pimienta

Tabulé

- ♦ 500 g. de cuscús o una taza de trigo bulgur
- ♦ 3 o 4 tomates rojos muy jugosos, pelados y hechos puré
- ♦ 3 tomates más o menos verdes
- ♦ 4 cebolletas picadas o 1 si es grande
- ♦ 2 cucharadas de zumo de limón (o más, si te gusta más ácido)
- ♦ 1 cucharada de aceite de oliva
- ♦ 1 cucharadita de pimienta negra
- ♦ media taza de perejil picado
- ♦ Una pizca de sal
- ♦ comino (optativo)

Escabeche

- ♦ 3/4 a 1 Kg. de sardinas o boquerones
- ♦ 2 dientes de ajo
- ♦ 1 cucharada de pimentón
- ♦ Unos clavos (a tu gusto)
- ♦ Una hoja de laurel
- ♦ Un vasito de vinagre
- ♦ Un vaso de agua
- ♦ Aceite
- ♦ Sal

AGUJAS CONTRA EL DOLOR

Una introducción a la acupuntura



¿Puede ayudarte la acupuntura?

Una serie de estudios controlados muestran que la acupuntura podría aportar alivio sintomático a la náusea y al dolor postoperatorio o

inducido por quimioterapia. Existe asimismo evidencia, aunque menos concluyente, de que podría ayudar en otras situaciones dolorosas. Un panel de expertos de los Institutos de Salud de los Estados Unidos calificó la acupuntura como "una aceptable parte de un programa de tratamiento comprensivo".

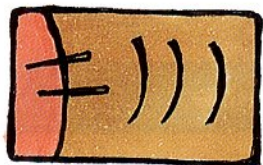


Cómo funciona la acupuntura

La acupuntura implica la estimulación de puntos anatómicos específicos del cuerpo, normalmente mediante la introducción de agujas

muy finas y estériles en la piel. Estos puntos, que se encuentran en líneas llamadas "meridianos", podrían estimularse también con calor, presión, fricción o impulsos electromagnéticos. La antigua teoría china mantiene que la aplicación de las agujas en estos puntos de la piel ayuda a restaurar el flujo energético normal. Cuando este flujo se ve trastornado porque los hábitos de salud sean pobres o por otras circunstancias, se puede producir dolor o enfermedad.

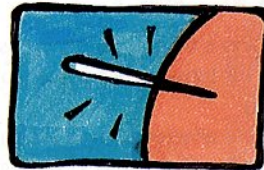
Los estudios occidentales han sugerido que la introducción de agujas en los puntos de acupuntura ayuda a liberar ciertos neurotransmisores químicos en el cuerpo, incluidas las endorfinas que ayudan a reducir el dolor y la inflamación.



Qué puedes esperar de la acupuntura

Dado que la acupuntura trata a la persona como un todo y no necesariamente la condición o síntoma concreto, su aplicación supone

llevar a cabo una evaluación del paciente, lo cual implica recoger información sobre la historia familiar de enfermedad y salud así como la propia historia del paciente. Con frecuencia también se exploran temas más sutiles relativos a la salud, como achaques menores en el pasado o preferencias personales como colores, comidas o estaciones del año. Un acupuntor suele prestar una atención especial a tu pulso o al aspecto de la lengua y antes de decidir un curso de tratamiento recogerá un montón de información diversa.



¿Es dolorosa la acupuntura?

Aunque la idea de introducir en la piel agujas (milímetros pero también centímetros) pueda sugerir dolor, las agujas que se usan en acupuntura

son diferentes a las que conocemos: son sólidas, suelen estar hechas de acero inoxidable y sumamente flexibles. Además, no tienen un borde cortante, como suele ocurrir con las agujas normales en la práctica médica.

Aunque depende de la técnica utilizada por cada acupuntor, las agujas suelen producir una sensación entre eléctrica y molesta en el punto de inserción de las agujas. A veces, la sensación viaja a través del canal meridiano, que no está necesariamente definido por nervios o músculos.



Desventajas

En algunos casos, podrían aparecer algunos hematomas o cierta irritación en el lugar del pinchazo. A veces, la aplicación directa de moxa, una hierba que utilizan muchos acupuntores para producir un calor curativo, puede ocasionar quemaduras menores. No existe riesgo de contraer hepatitis y prácticamente tampoco riesgo de infección a través de las agujas, siempre que se sigan los estándares de cuidado (esterilización o, normalmente, el uso de agujas desechables).

Suelen ser necesarias de entre 4 a 5 sesiones en serie para empezar a experimentar cierto beneficio. Si no se produce cambio alguno durante esta serie de sesiones, la acupuntura podría no ser el tratamiento adecuado. Cuando se trata de problemas como la neuropatía, se necesitan al menos 3 meses para sentir los primeros resultados.

Suelen ser necesarias de entre 4 a 5 sesiones en serie para empezar a experimentar cierto beneficio. Si no se produce cambio alguno durante esta serie de sesiones, la acupuntura podría no ser el tratamiento adecuado. Cuando se trata de problemas como la neuropatía, se necesitan al menos 3 meses para sentir los primeros resultados.



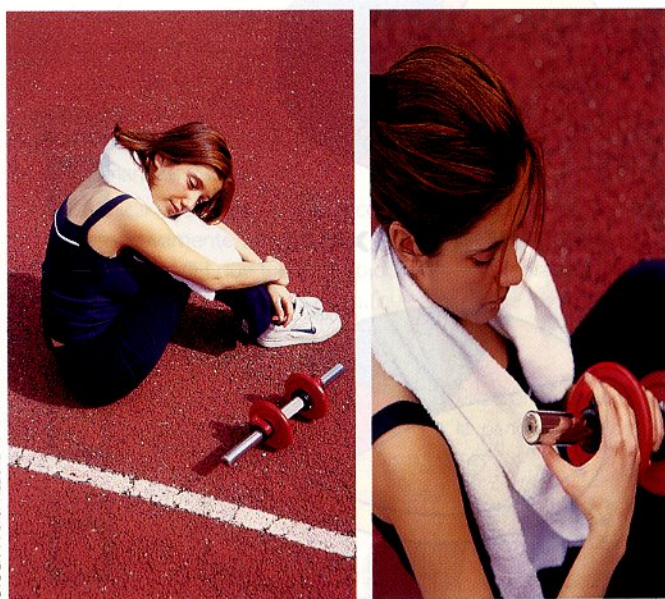
Ventajas

La acupuntura, que puede tener éxito en la reducción del dolor o la hinchazón, tiene bastantes menos efectos secundarios que la mayor parte de los fármacos. El objetivo de la acupuntura es restablecer el equilibrio normal y de esta forma facilitar la habilidad natural del cuerpo para curarse a sí mismo. ■

DRA MARY JO FISHBURN,
PROFESORA DE MEDICINA FISIOLÓGICA Y REHABILITACIÓN, ACUPUNTORA Y
MIEMBRO DE LA ACADEMIA AMERICANA DE ACUPUNTURA MÉDICA.
© JOHNS HOPKINS UNIVERSITY, 1999.

Ponte fuerte

Aunque, como ya sabéis, esta sección se dirige tanto a ellas como a ellos, me gustaría hacer unos comentarios especialmente dirigidos a las mujeres. Si queréis tener un cuerpo modelado, fibrado, firme pero sin un exceso de musculación os recomiendo que hagáis los mismos ejercicios que los indicados para los hombres pero con menos peso y más repeticiones (20-15-10-8) y los combinéis con otros deportes aeróbicos. Ello os permitirá, si así lo queréis, no desarrollar tanta masa muscular, ya que no a todas las chicas les agrada tener un aspecto demasiado "culturista".



FOTOGRAFÍAS: ISMAEL SALAS / MODELO: MARÍA LLANES

A tod@s os vuelvo a insistir en la necesidad de ser perseverantes en los entrenamientos (un mínimo de 3 veces por semana), en la dieta equilibrada y en un buen descanso; nada de estrés. Si un día habéis tenido mucha marcha, exceso de comidas grasas y alcohol y además habéis trasnochado, es preferible que al día siguiente descanséis del gimnasio para dar tiempo al organismo a reponerse y desintoxicarse. Hoy os ofreceré unos ejercicios básicos para espalda, bíceps y piernas: Si queréis, podéis repartir los ejercicios de cuádriceps con otro grupo muscular; como pectorales, femorales y gemelos con, por ejemplo, hombros y tríceps. ¡Ah! Y no os olvidéis hacer una media horita de cintura y abdominales cada día. Bueno, espero que saquéis buen provecho de estas sugerencias, y recordad que podéis variar periódicamente las rutinas, siempre consultando con vuestro monitor. ■

ROBERTO ORLANDO

Piernas

CUÁDRICEPS

- **Prensa o sentadillas con barra**
Series de 12, 10, 8 y 6 repeticiones.
- **Hack (Máquina semivertical)**
Series iguales a las anteriores.
- **Leg extensión en máquina**
Series iguales a las anteriores.

FEMORALES

- **Contracciones en máquina tumbado boca abajo**
Series de 12, 10, 8 y 6 repeticiones.

GEMELOS

- **En máquina de pie o sentado**
Series de 12, 10, 8 y 6 repeticiones.

Espalda

- **Jalón de polea tras nuca sentado (en máquina)**
4 Series de 12, 10, 8 y 6 repeticiones.
- **Remo con barra de pie al pecho o con máquina**
4 Series iguales a las anteriores.
- **Jalones de polea horizontales**
4 Series iguales a las anteriores.

Para l@s que lleváis tiempo entrenando y tenéis suficientemente fuertes los bíceps, podéis incluir:

- **Dominadas en barra colgante con el pecho hacia adelante**
De 4 a 6 series con las repeticiones que podáis.

Bíceps

- **Curl de barra recta de pie**
4 Series de 12, 10, 8 y 6 repeticiones.
- **Curl alternado con mancuernas en banco inclinado**
4 Series iguales a las anteriores.
- **Curl sentado con mancuernas, brazo alternado**
4 Series iguales a las anteriores.
- **Curl con barra z en banco Scott**
4 Series iguales a las anteriores.
- **(Opcional)**
Jalón de polea de pie alternado desde la cadera hasta el pecho, con el codo pegado al cuerpo
4 Series iguales a las anteriores.

laam un nuevo sustituto de la heroína

La administración española acaba de aprobar un nuevo producto de sustitución de la heroína llamado LAAM. En los estudios controlados en España con esta sustancia, la mayoría de usuarios valoran muy positivamente los cambios producidos desde el inicio del tratamiento en su estado de salud y en su calidad de vida. El LAAM, eso sí, provoca efectos secundarios similares a otros agonistas opiáceos, aunque parece que con el tiempo la mayor parte de los mismos se reduce. Lo que tiene LAAM que no tiene la metadona es una cierta libertad de uso, al no requerir dosis diarias.

El estudio presentado en Santiago por el gobierno de Canarias mostró que el LAAM puede ser una opción para mucha gente: la valoración por parte de los usuarios de los distintos factores relativos a su calidad de vida era altamente positiva y mejora con el tratamiento. En su contra está el precio, situado casi 3 veces por encima de la metadona. Si una persona puede disponer de las dosis de metadona que necesita para una semana, hay poca diferencia entre ésta y el LAAM, salvo el precio.

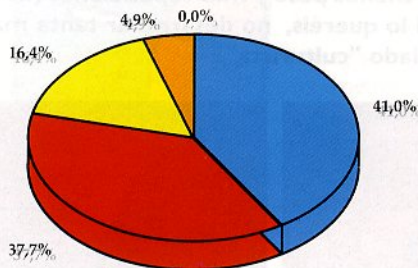
Los efectos más importantes al principio del tratamiento son el estreñimiento, el síndrome de abstinencia, la ansiedad y el insomnio. A los 90 días, se mantienen como efectos importantes, con una incidencia superior al 15%, la ansiedad, la anorexia, el estreñimiento, el insomnio, y la hipersomnía. El síndrome de la abstinencia bajó de un 30% al inicio del programa a un 9,4% 90 días más tarde. Aumentan su incidencia a lo largo del tratamiento la eyaculación retardada, la impotencia, la pérdida de peso y la hipersomnía.

Se consigue:

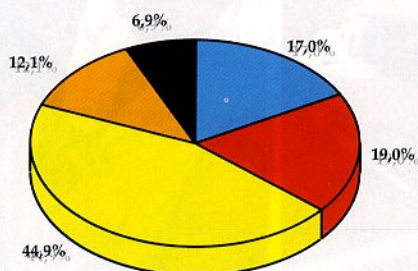
- 1 Un mayor grado de normalización en la vida diaria de los usuarios del programa al no tener que acudir diariamente a recibir la metadona.
- 2 Periodos de abstinencia mayores respecto a la droga consumida (heroína, crack o cocaína) que con la metadona.
- 3 Los efectos secundarios son los mismos que producen otros agonistas opiáceos, aunque ligeramente más potentes al tratarse de una molécula más fuerte. ●

VALORACIÓN DE LOS PACIENTES A LOS 90 DÍAS DE INICIAR EL TRATAMIENTO

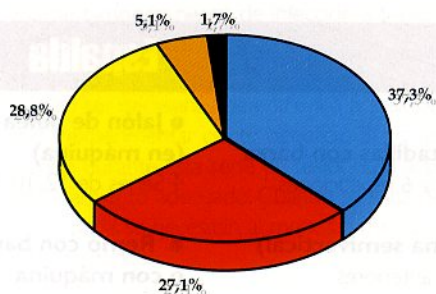
COMODIDAD



ACTIVIDAD SEXUAL



ACTIVIDAD LABORAL



Estudios piloto con heroína y morfina orales en Barcelona

El próximo setiembre, una vez obtenida la completa aprobación de las autoridades competentes, darán comienzo en el Hospital de San Pau de Barcelona dos estudios comparativos que utilizarán heroína y morfina orales para el mantenimiento de "...heroinómanos en activo que hayan fracasado previamente en programas de mantenimiento con metadona, tengan capacidad de conceder consentimiento informado y vivan cerca del hospital de referencia".

Los estudios intentan reclutar, conjuntamente, a 160 personas y según Eduard Rius, consejero de Sanidad de la Generalitat, "...hemos tenido en cuenta las dificultades de los ensayos suizos [lo cual] permitirá que los resultados tengan una solidez científica mayor".

Las principales variables en estudio serán la permanencia en el tratamiento, el consumo simultáneo de otras sustancias adictivas y los cambios en las conductas de riesgo. ●

lo+negativo

Se pasaron de la raya

Los Drs. De la Rosa y colaborador@s, de los hospitales Virgen del Rocío y Virgen del Valme, de Sevilla, llevaron a cabo un estudio (abstract CP4-10 en el Suplemento del Volumen I del programa oficial del 5º Congreso de SEISIDA) en el que se evaluaban la posible eficacia y la seguridad de dosis altas de antimoniales para el tratamiento de la leishmaniasis visceral, una infección oportunista del VIH que suele contagiarse por el contacto con animales.

A modo de introducción se nos dice que en 1993 la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendó eliminar la dosis tope de 850 mg al día de antimoniales para el tratamiento de la leishmaniasis visceral.

Para verificar el alcance de esta recomendación, el equipo analizó retrospectivamente 20 episodios de leishmaniasis visceral en 19 pacientes con VIH que fueron tratados con antimoniales a una dosis de 20 mg por Kg de peso al día (que a partir de los 43 kilos supera el tope de 850 mg que existía antes de 1993), durante 28 días.

Los resultados hablan por sí mismos: "(...) Fallecieron 2 pacientes durante el tratamiento, y se consideró a la pancreatitis por antimoniales como contribuyente a estas muertes".

¿Por qué la OMS no se dedica a otra cosa?

¿Todo sobre el VIH? o Almodóvar se equivoca

Será casualidad que una monja católica además de quedarse embarazada se contagie del VIH después de su relación con un travesti. Será casualidad que el embarazo de esta mujer seropositiva sea diagnosticado de alto riesgo. Será casualidad que la mujer en cuestión muera en el parto. Será casualidad que el fruto de ese pecado se salve de la infección (¡maldición?). Será casualidad que alguien pueda establecer un encadenamiento entre estos acontecimientos.

Lo que no es casualidad es la delirante utilización del concepto de negativización de nacidos de madre VIH+ en la última película de Almodóvar; a saber:

Tod@s l@s nacid@s de madre VIH+ nacen con anticuerpos frente al VIH. No tod@s l@s nacid@s de madre VIH+ nacen con el virus. La negativización, o mejor dicho seroconversión, se da en quell@s niñ@s que no han sido infectad@s por el virus y que pierden los anticuerpos frente al VIH entre el décimo y el vigésimo cuarto mes de vida. O sea, que la negativización tiene que ver con la pérdida de anticuerpos y nunca con la desaparición del virus.

Además, por si alguien se ha sumido en la confusión o se ha hecho ideas falsas al respecto, aquí os referimos un estudio del Dr. Chaves y colaboradores del Hospital Juan Canalejo de A

Coruña (abstract CPI-3 del 5º Congreso de SEISIDA). Se

analizaron 37 embarazos de 32 mujeres desde 1988 a junio de 1998, y en ellos no se

detectó aumento de patología, ni propia ni asociada. Es decir, no por ser VIH+ las mujeres tienen más tendencia a embarazos de riesgo.

L@s recién nacid@s tenían el siguiente seroestatus: el 27% seronegativos (los de todas las mujeres tratadas con AZT), el 24,5% seropositivos (de los cuales se negativizaron el 57% al año), y un 48,5% restante del que no se tienen datos. A raíz de estos datos; las conclusiones son claras: "no se encontró que el VIH empeorara el curso del embarazo, tipo de parto, [y] peso de los fetos (...)".

Colombia: el doctor ya tiene quien le escriba

Gracias a la acción de las personas que viven con VIH y sus defensor@s, Colombia cuenta con una de los niveles de prestaciones en VIH/SIDA más avanzados de América Latina. Las empresas aseguradoras están obligadas a suministrar el 100% del tratamiento que el paciente requiera, gracias a una legislación en la que se contemplan derechos y deberes de pacientes y equipos de salud.

Pero ahora el gobierno de Andrés Pastrana ha congelado el presupuesto del programa de SIDA del Ministerio de Salud, lo que deja en letra muerta los decretos de ley que amparaban el derecho al tratamiento y el propio texto de la Constitución colombiana.

Según los representantes de la Fundación Vivir Mejor, de Cali, no se trata de un problema económico, sino de falta de voluntad política, y para argumentarlo se remiten a las declaraciones del Secretario de Salud del Departamento del Valle del Cauca, Dr. Omar Toro González, en las que afirma: "Con SIDA ya se hizo todo lo que se debería hacer".

La Fundación Vivir Mejor hace una llamada a la solidaridad internacional y pide el envío de notas de protesta dirigidas a las siguientes personas:

Presidente de la República: Dr. Andrés Pastrana Arango:
pastrana@presidencia.gov.co

Ministro de Salud: Dr. Virgilio Galvis Ramírez:
wmaster@minsalud.gov.co

Secretario Departamental de Salud: Dr. Omar Toro Glez.:
promocio@cali.minsalud.gov.co

Defensor del Pueblo: Dr. José Fernando Castro Caicedo:
dppueblo@colnodo.org.co

Con copia para la Fundación: oswrada@emcali.net.co



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

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

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

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

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

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



Pharmacia
& Upjohn

La Mujer Invisible



El reciente Congreso de SEISIDA (Santiago de Compostela, abril de 1998) me ha servido para ver con claridad la actitud generalizada de la comunidad científica ante la situación de la mujer frente a la epidemia de VIH/SIDA: prácticamente no existe tal actitud.

Me parece muy curioso que "El Correo Gallego" publicara el mismo día de inicio del Congreso un artículo, yo diría que un toque de atención, sobre el aumento del número de infecciones en mujeres, diferenciando perfectamente entre las cifras globales de casos de SIDA, que muestran un descenso, y las cifras aproximadas de nuevas infecciones desglosadas por género, que mostraban mayor ascenso entre las mujeres.

Por otra parte, en la ceremonia inaugural, la presidenta del Comité Ciudadano Antisida de Lugo, Cristina Rodil, hizo alusión a la situación de precariedad de la mujer, lo que me hizo concebir esperanzas de que a lo mejor se había despertado el tigre dormido.

Pero no. Después de revisar de arriba abajo todas las ponencias y comunicaciones del Congreso en busca de datos relativos a la mujer sólo he podido rescatar una ponencia brillante en cuanto a contenido: "Género y VIH/SIDA: vulnerabilidad epidemiológica". Por desgracia, creo que nadie llegó a oírla del todo debido a la timidez (?) con que fue expuesta por su autora, M^a Teresa Samper:

Esta presentación fue un ejemplo de hacia dónde hay que mirar si queremos conocer la realidad del VIH/SIDA y de cómo hay que levantar la vista de las páginas que contienen cifras y más cifras aisladas para empezar a colocar al lado razones, motivos, realidades, explicaciones... y muchas otras cosas que hacen que los números cobren vida y tengan un sentido a la hora de poner en marcha acciones preventivas que valgan la pena.

Empieza la Sra. Samper citando un comunicado de prensa de ONUSIDA que no puedo por menos que reproducir: **"Cada una de estas nuevas infecciones representa un fracaso de la prevención: nuestro fracaso colectivo"**, ya que considero que es un tema que las autoridades españolas deberían plantearse. Dejar de buscar excusas para dirigirse al meollo de la cuestión y ver en qué está fallando la prevención.

Según la Sra. Samper; uno de los fallos a tener en cuenta es que se parte de datos exclusivamente epidemiológicos y que éstos no son suficientes para establecer medidas preventivas adecuadas. Y así se cuestiona si los posibles éxitos de prevención de los que alardean las autoridades no son más bien éxitos debidos a las capacidades y habilidades sociales de determinadas personas o grupos.

Sus motivaciones para hablar de "género y sida" se encuentran, en primer lugar, en las últimas tendencias de los datos a hablar sobre todo de mujeres. En julio de 1997, el CDC (*Centers for Disease Control*, o Centros para el Control de las Enfermedades,

organismo estadounidense de Salud Pública) informó que "aunque la mortalidad por SIDA ha bajado en un 22% entre los hombres, sólo lo ha hecho en un 7% entre las mujeres". ¿Qué está pasando?

En segundo lugar aclara que no utiliza el término género sólo para realizar una simple separación de los datos por sexo sino para intentar obtener una visión global de lo que ocurre y echar una mirada a la desigual posición de poder que ocupan hombres y mujeres y a las consecuencias de esa desigualdad en la expansión de la transmisión. Señala que los últimos datos apuntan a que la epidemia ha quedado reducida a mujeres, a pobres y a países en vías de desarrollo, es decir, a las más débiles de las jerarquías sociales, y para argumentar su tesis señala dos puntos.

El primero de ellos es el hecho de que las relaciones heterosexuales sean consideradas una vía de transmisión secundaria, debido a lo cual se presta poca atención a la que constituye la principal vía de transmisión para las mujeres. "Más de las cuatro quintas partes de todas las mujeres infectadas contraen el virus a través de un compañero sexual (transmisión heterosexual)." **La mayoría de estas mujeres se ha infectado a través de su única pareja**, con lo cual se puede considerar que para muchas mujeres, que tienen escaso control sobre las medidas de protección, **el solo hecho de estar casada es un factor de riesgo.**

Pero no olvidemos que sólo la tan traída y llevada "promiscuidad" (o, como mucho, la monogamia seriada) se ha considerado como factor de riesgo en la transmisión sexual. Por lo tanto, la mayor parte de las mujeres queda fuera del campo de visión en cuanto a prevención. Sencillamente no existen.

El segundo se refiere a los fallos en las campañas de prevención, ya que se desatiende a las mujeres por presuponer que corren poco riesgo o se las carga con la responsabilidad de protegerse con métodos sobre los que, si no hay diálogo con la pareja, tienen poco o ningún control, como el preservativo. En este sentido, apunta que se ha pasado por alto el papel que el hombre debe desempeñar en la prevención de la transmisión heterosexual, ya que se ha centrado la responsabilidad en las mujeres sin prestar atención a las conductas de sus parejas masculinas.

Creo que esta ponencia pone de manifiesto algunos de los motivos por los que fallan las (escasas) medidas de prevención que de vez en cuando se ponen en marcha. Quizás evitando tópicos y prejuicios, y mirando la realidad cara a cara fuera más fácil atajar el problema de forma más eficaz.

M^a José Vázquez

Ref: Samper Gras, M^a T. Género y VIH/SIDA: vulnerabilidad epidemiológica. MR7.4 Publicación Oficial de la Sociedad Española Interdisciplinaria del SIDA (SEISIDA), Volumen 10, número 4, Abril 1999



la casa por barrer

Demasiados intereses enfrentados: polític@s a la defensiva, compañías farmacéuticas promocionando sus fármacos, un amplio sector del colectivo médico empeñado en conservar esa actitud despótica del "todo para el/la infectad@ pero sin preguntarle al/la infectad@", la lucha de algunas ONG por sobrevivir; la iglesia católica tratando a los médicos como redentores de "es@s que se han apartado del camino" en un acto celebrado en la catedral de Santiago (¿dentro del programa oficial de un Congreso científico!). Todo esto en un 5º Congreso Nacional sobre el SIDA (Santiago de Compostela, abril de 1999) que quiso tocarlo todo y acabó sin profundizar en nada y sin reflejar la realidad de la infección por VIH/SIDA a día de hoy en esta España que va a la cabeza de Europa en lo que a casos de SIDA se refiere. Son ambiciones personales o colectivas que, aunque hasta cierto punto legítimas, enturbiaron lo esencial que, a mi modo de ver, hubiera sido analizar "lo que hay, los medios con los que contamos y a partir de ahí cómo enfocamos el futuro".

En medio de todo esto, dos ponencias y dos presentaciones en panel fueron todo lo que sobre pautas de tratamiento de la infección por VIH en pediatría se presentó en Santiago. Creo importante citar que l@s pediatras tienen una agenda propia de encuentros. A la espera de datos más fiables sobre farmacocinética, la lectura y el análisis de estas presentaciones nos aproxima al cariz que debería tomar el manejo de la infección por VIH en pediatría. La primera ponencia se limitó a presentar; una vez más, las directrices recomendadas oficialmente en pediatría que, si bien contemplan las características clínicas, inmunológicas y virológicas de la infección en la infancia en cuanto a tratamiento antirretroviral se refiere, luego le superponen la experiencia previa en adult@s. Pues bien, ¿no quedó claramente cuestionada esta línea de actuación tras los estudios presentados en la VI conferencia de Chicago? (ver Lo+positivo nº 9) ¿No es hora de introducir otros parámetros que corrijan estos puntos oscuros? También se expuso el alto índice de fracaso terapéutico en estas edades, apuntando como causa más común la baja adherencia. En este apartado, habría que dilucidar qué porcentaje de fracasos se deben a la aparición prematura de resistencias a causa de una incorrecta dosificación.

A modo de conclusión se resaltó la importancia de la introducción de nuevos fármacos más potentes ante la rapidez con la que una gran parte de est@s jóvenes pacientes los suelen "quemar". Sin quitar relieve a esta reivindicación, me pregunto si por ahora no será más importante saber manejar de forma más óptima los fármacos actuales.

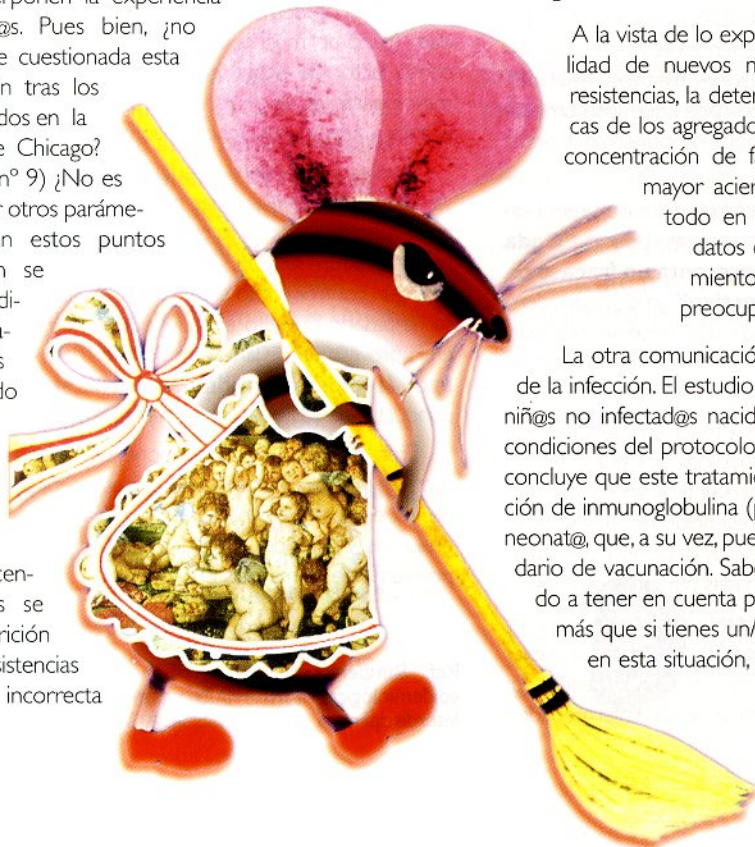
La segunda ponencia expuso la importancia que pueden tener los estudios de resistencias genotípicas para lograr una mayor efectividad en los regímenes pautados. Cuestionaba abiertamente la utilización de la experiencia previa en adult@s como línea de actuación. Y sugería la necesidad de incluir las analíticas de resistencias como parámetro basal y/o de seguimiento que permita adecuar mejor los tratamientos. El objetivo sería el de evitar alcanzar cargas víricas elevadas con el consiguiente peligro de desarrollar resistencias a los fármacos disponibles.

Pasando a las presentaciones, la primera de ellas sugería que las características biológicas de los aislados virales (capacidad destructora del virus) tienen mayor valor predictivo de progresión a muerte que la carga viral en niñ@s menores de 12 meses no tratad@s con antirretrovirales. Aunque una carga viral mayor de 5 log (por encima de 100.000 copias) también tiene un alto valor predictivo de progresión a muerte. Ante esta exposición me asaltan unas cuestiones: ¿En aquell@s niñ@s con un virus de baja capacidad destructora y con un perfil clínico, inmunológico y virológico que lo aconsejara, podría retrasarse el inicio del tratamiento antirretroviral? ¿La determinación de las características biológicas de los aislados virales podría indicar el tipo de antirretroviral a prescribir? ¿Qué valor podría tener la determinación de las características biológicas de los aislados virales a la hora de elegir el tratamiento?

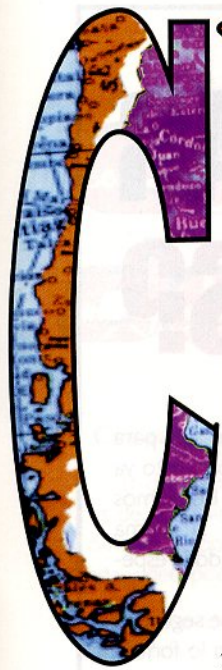
A la vista de lo expuesto, podemos creer que la disponibilidad de nuevos marcadores diagnósticos (estudios de resistencias, la determinación de las características biológicas de los agregados virales, la monitorización del nivel de concentración de fármaco en sangre) nos llevaría a un mayor acierto en los regímenes pautados. Sobre todo en neonat@s en l@s que la ausencia de datos en cuanto a la efectividad de los tratamientos prescritos en la actualidad son más preocupantes.

La otra comunicación que se presentó se aleja del manejo de la infección. El estudio evalúa los posibles efectos del AZT en niñ@s no infectad@s nacid@s de madres VIH+ tratad@s bajo las condiciones del protocolo ACTG 076 (ver Lo+Positivo nº 9). Se concluye que este tratamiento disminuye la dinámica de producción de inmunoglobulina (para entendernos, anticuerpos) en el/la neonat@, que, a su vez, puede tener implicación clínica en el calendario de vacunación. Sabemos que este dato se está empezando a tener en cuenta por algunos pediatras pero no estará de más que si tienes un/a pequeñ@ a tu cargo o en tu entorno en esta situación, consultes con su médico.

Josep Maria Tomàs
jmtomas@interactua.net



Chile: NO bastan las buenas RELACIONES



En Chile, como en otros países de América Latina, no existe un sistema de salud público universal equiparable a los de la mayoría de los países europeos occidentales. Por ello los tratamientos antirretrovirales dependen o bien de la economía personal o bien, como en el caso de este país andino, de conseguir formar parte del número limitado de combinaciones que paga el Estado según un sistema de lotería. Rodrigo Pascal, presidente de Vivo Positivo, principal organización chilena, nos da los detalles de la situación.

Hace únicamente dos años, a comienzos de 1997, la Administración chilena distribuía en todo el país sólo 600 tratamientos antirretrovirales compuestos por biterapias compuestas por AZT (Retrovir®) y 3TC (Epivir®). Así decía satisfacer el 80% de las necesidades de tratamientos en Chile. Por aquellas fechas, el grupo de Personas que Viven con VIH (PVVIH) ya denunciábamos la insuficiencia del acceso a los tratamientos y nuestra discrepancia con las cifras oficiales de personas con VIH/SIDA. También nos mostramos en desacuerdo con el tipo de tratamientos ya que eran claramente subóptimos y no cumplían las recomendaciones sanitarias internacionales. Poco después, Chile entró, junto a otros tres países, a participar en el Proyecto Piloto de Acceso a Tratamientos de ONUSIDA, con lo que podía esperarse una mejora de la situación. Pues bien, poco y nada se ha avanzado desde entonces. Después de casi dos años de inicio de las conversaciones con los responsables institucionales, lo único que podemos decir es que nos hemos pasado meses y meses en reuniones del Comité Asesor y sus comisiones, redactando documentos sobre el marco ético en el que debemos movernos, hablando sobre los protocolos clínicos, etc., sin que ninguno de ellos se encuentre terminado, y ello no por falta de aportes, trabajo y esfuerzo de las personas que viven con VIH (PVVIH) chilenas.

En otro orden de cosas, aunque no menos importante, siempre que ha sido oportuno hemos manifestado nuestra preocupación por el problema de la aparición de resistencias a corto y medio plazo, y por la inexistencia de métodos de seguimiento adecuados (en ese momento no se llevaban a cabo exámenes de carga viral). El principal argumento gubernamental para justificar esta situación era que los recursos disponibles se distribuían entre prevención y tratamientos. Cabe destacar, sin embargo, que en Chile durante el año 98 no se han realizado campañas de prevención en los medios de comunicación y que según la información oficial, para el año 99 tampoco se han previsto. No creemos que sea necesario hacer ningún comentario al respecto.

A marzo de 1999 la cifra de tratamientos distribuidos por el Estado era de 750 biterapias, con acceso limitado a los exámenes de recuento de CD4 y cargas virales. Hay que mencionar que un número creciente de pacientes está creando resistencia a estas biterapias y existe una gran dificultad para el cambio (que no sería más que cambio a otra biterapia), lo cual estaría contemplado dentro del plan estatal pero que en la práctica no es operacional y tampoco soluciona el problema, puesto que sabemos que se requiere de un cambio de los dos fármacos iniciales y la incorporación de un tercero. La realidad en que se encuentran las PVVIH que han desarrollado resistencias es que los médicos suspenden los tratamientos y prescriben triterapias que los pacientes deben conseguir por sus propios medios. "¡A la calle, señoras!", es la frase que se escucha después de haber recibido temporalmente un tratamiento ineficaz y que deja en una situación de salud aun más vulnerable. Con cuánta angustia llegan estas personas a nuestras oficinas. Esta situación, ¿estaba prevista por Conasida, el organismo chileno oficial responsable del tema, como una respuesta al problema de los tratamientos? ¿Cuánto tiempo más hay que esperar para iniciar una distribución de triterapias?

Por otro lado, entre diciembre de 1998 y el 20 de abril de 1999 no se hicieron cargas virales ni exámenes de CD4 porque no se habían firmado los convenios con los laboratorios que realizan estos exámenes en Chile.

En marzo de 1997, cuando ingresé para ser atendido en el Hospital Público Dr. Sótero del Río, de la Zona Sur Oriente de Santiago, el número de pacientes diagnosticados con VIH/SIDA y que se atendían en dicho centro era de alrededor de 250. Hoy en día el número supera las 600 personas y las cifras oficiales sobre la cobertura de tratamientos en nuestro país ha variado del 80% a alrededor del 70%.

Hemos estado en procesos de negociación, reuniones, diálogos en forma civilizada desde los inicios de nuestra organización, Vivo Positivo, a principios del año 97 hasta la fecha, con todas las dificultades internas en torno a los problemas inmediatos de asistencia y la necesidad de establecer una planificación a largo plazo, en el contexto de nuestro trabajo en conjunto con el Estado. Pero se hace inevitable poner de manifiesto la realidad histórica de nuestro país, en el cual la impunidad y la institucionalización de la mentira son manifestaciones de algunos de los problemas endémicos que nos aquejan como sociedad.

Rodrigo Pascal
Asociación VIVO POSITIVO,
Coordinadora de quienes viven y trabajan con VIH/SIDA

¿NADIE VA A HABLAR DE NOSOTRAS?

Recuerdo la primera visita a mi médico de VIH. Lo primero que hizo fue darme toda una charla informativa sobre tratamientos (en aquella época únicamente existían AZT, ddC y ddl) y prevención.

Cuando le escuchaba hablar sobre prácticas sexuales y sexo seguro, sobre cómo tenía que protegerme yo y cómo debía proteger a mi compañero, empecé a sentirme incómoda. Aquel señor estaba dando por sentado cuál era mi opción sexual sin ni tan siquiera preguntarme nada directamente. No se le ocurrió pensar, como tampoco lo habría hecho la mayoría de la clase médica, que mis relaciones sexuales eran y son con mujeres y no con hombres. Todo hay que decirlo, me informó de prácticas sexuales seguras entre hombres, entre mujeres y hombres pero no entre mujeres.

El caso es que conforme le escuchaba iba sintiéndome cada vez más incómoda y nerviosa. Me preguntaba: ¿le digo a este señor que soy lesbiana, que a mí me interesa saber cómo practicar de forma segura un cunnilingus y no cómo poner un condón a un pene? Como información estaba bien saberlo, pero, la verdad, a mí me preocupaban otras cosas.

Yo soy como soy y finalmente acabé preguntando todas las dudas que tenía. Pero muchas veces pienso en cuántas lesbianas habrán estado en una situación parecida y no habrán podido aclarar las dudas que tenían porque su médico ya ha "decidido" las prácticas sexuales que mantiene o más sencillamente por miedo o vergüenza a hablar directamente de ello. En aquella primera visita, me molestó profundamente que no se tuviera en cuenta mi opción sexual, que ésta se diera por supuesta y que ni tan siquiera se me preguntara sobre el tema. Algo así como si las lesbianas no existiéramos o no pudiéramos estar también infectadas por el VIH. Pero todo esto no es de extrañar pues desde el principio de la infección por VIH/SIDA la visibilidad de la mujer, tanto en el campo de la pre-

vención como en el de los estudios clínicos específicos para nosotras, ha sido prácticamente nula. Suerte que todo esto ya está cambiando. Y el colectivo médico, después de los últimos resultados de estudios clínicos obtenidos en la última Conferencia de Chicago, ya no puede seguir obviando la especificidad de la mujer en la infección por VIH/SIDA.

De todas maneras, hay otro grupo de mujeres que seguimos siendo invisibles cuando se habla de VIH. Ese grupo lo formamos las lesbianas VIH+. Nadie o casi nadie habla de nosotras, como si eso del VIH no fuera también con nosotras. Ya sabemos de qué manera funciona este mundo, si no hablas de ello parece que no existes. Este artículo está dedicado a nosotras: las lesbianas seropositivas.

Pues bien chicas, ¡no estamos solas! Las lesbianas seropositivas también existimos y también tenemos nuestras propias necesidades. Este artículo es una invitación a todas las lesbianas VIH+, para que nos demos a conocer, para ponernos en contacto entre nosotras y para conseguir romper el aislamiento en el que creo que vivimos muchas de nosotras.

Llevo años queriendo conocer a otras mujeres con la misma opción sexual que yo y que sean seropositivas. Hay días en que me siento bastante sola y en que me gustaría compartir con otras lesbianas cómo viven con el VIH, qué cosas les preocupan, qué cosas no y si son las mismas cosas que a mí.

Ya sé que es difícil y que cuesta trabajo dar el primer paso y darse a conocer. También sé que junto al miedo al rechazo a causa del VIH se puede unir el miedo al rechazo por ser lesbiana.

Tenemos que empezar a romper esos miedos, así que ¡a animarse! Estoy segura de que si nos conocemos podremos aprender unas de otras y mejorar así nuestra calidad de vida. Puede enriquecernos mucho compartir nuestras experiencias y eso nos puede ayudar a no sentirnos tan solas y empezar así a romper la invisibilidad de la lesbiana VIH+.

Siempre he pensado que el aislamiento es una de las peores cosas que le pueden ocurrir a cualquier grupo de personas que tienen que hacer frente a un problema común.

En fin chicas, ¡que estoy deseando conoceros!

Las lesbianas que estéis interesadas podéis dejar un mensaje en la siguiente dirección electrónica:

mgarcia@interactua.net Os contestaré.

Y las lesbianas que estéis interesadas en que nos conozcamos ya y que viváis o paséis por Barcelona de vez en cuando, claro está, podéis encontrarme todos los jueves en ACTUA Barcelona a partir de las seis de la tarde. Preguntad por Mili.

¡Espero conoceros muy pronto!

¡Cuidaos! ■

MILI GARCÍA



ILUSTRACIÓN: ISMAEL CARRILLO

¿Qué te cuentas?

el precio de mi vida

Compañer@s de Lo+Positivo:

Hay cuestiones que resultan realmente inquietantes. Me comentaban que había médicos de la opinión que ofrecer el nuevo tratamiento de fármacos para las personas tóxicómanas seropositivas en activo tendría que ser suprimido. Me sentí alterada, escandalizada y decepcionada.

Creo que todas las personas tienen el mismo derecho a acceder al tratamiento; la responsabilidad de tomar adecuadamente la medicación está en cada uno de nosotr@s. ¿Cómo se puede sugerir el eliminar la oportunidad de combatir a un enemigo tan poderoso? En esta guerra que hemos iniciado por la supervivencia estamos tod@s invitad@s a participar. No creo que se pueda decir que concierne solamente a determinados "círculos de personas". No, no lo creo.

¿Quién tiene el poder de negar la única arma que tenemos para combatir el SIDA? Las personas que se atreven a tener estos criterios tan radicales tendrían que profundizar en su interior e intentar encontrar actitudes de humanidad, utilizándolas por medio de posibilidades que tienen para ayudar, no para discriminar.

Expongo este tema desde el dolor y la rabia que me produce saber que existen algunos profesionales del mundo de la medicina que se cuestionan el poder ofrecer la única solución que tenemos en estos momentos a nuestro alcance. Si viesen los resultados positivos que se están obteniendo en prisión, si viesen la cantidad de mujeres que han pasado a tener la carga viral indetectable y los únicos T4 y T8 normales, si viesen las mujeres que estaban preparando el testamento de sus hijos y hoy en día están organizando su futuro con nuevas ilusiones; mujeres que han dejado de consumir drogas gracias a que la triple combinación les ha dado una nueva esperanza de vida; si realmente viesen el problema desde el interior y valorasen más los casos positivos que existen, creo que no llegarían a determinaciones tan espeluznantes como decidir a quién se le debe suministrar esta medicación.

Considero inhumano que en otros países y lugares no se estén beneficiando todas las personas seropositivas debido al coste de la misma. Este aspecto y otros resultan mucho más importantes, hay energías que se malgastan en hacer este tipo de comentarios crueles, si estuviesen bien enfocados ayudarían a muchas personas en el mundo a combatir su enfermedad. Las sociedades mundiales flotan sobre el valor económico de las cosas, y me planteo: ¿quién pone precio a mi vida? Me duele entender que hay personas que quieren condicionarla al precio de un medicamento. Por otro lado, me resulta aliviador saber que hay muchos profesionales que no son de esta opinión y ofrecen su apoyo a todas las personas afectadas por el virus.

Aquí hay mujeres que han cometido varios delitos. ¿No sería un delito igualmente penado por el código penal el impedir dar una medicación con lo que se está invitando a la muerte?

Ésta es una enfermedad que no tiene en cuenta a la clase social que se pertenece, ni llama a la puerta y pregunta cómo te llamas, sólo le interesa si eres un ser humano y te late el corazón: en este grupo entramos tod@s. Tú y tod@s. Tod@s queremos seguir adelante con muchas ganas de vivir y que llegará un momento en que esta lucha tendrá un fin porque se habrá encontrado una solución, y entonces, quizá, sonriamos tod@s junt@s con suspiros de alivio y gritos de victoria.

I.G.

Centro Penitenciario de Mujeres de BCN

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

Nombre:

Apellidos:

Dirección:

Localidad:

Código postal:

Teléfono:

Autorizo una donación anual de:

2.000 pts

5.000 pts

_____ pts

Banco o Caja:

Agencia:

Dirección:

Código y población:

Nº de cuenta (20 dígitos)

Fecha:

Firma

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

¿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?

¿Qué te gustaría encontrar en el
próximo número de Lo+Positivo?

Enróllate y envíanos esta breve
encuesta a

gTt

C/ Pi, 10 1º 2ª
08002 Barcelona

Responde, nos ayuda a mejorar

interactua.net es una página de información y soporte dirigida a las personas VIH+ que se actualiza diariamente con las últimas noticias, de lunes a viernes. Puedes participar en las discusiones abiertas sobre distintos temas en los foros interactivos de la cafetería, o

interactua.net

informarte de las actividades de la asociación Actúa, de Barcelona. La página **interactua.net** crece cada día en contenido y usuari@s. Entre los servicios que se están poniendo en marcha están las páginas personales y los grupos de soporte virtuales a través de

<http://interactua.net>

IRC. Si estás interesad@ en estos servicios, o en cualquier información, puedes mandar un mensaje a grups@interactua.net (grupos virtuales y páginas personales) o info@interactua.net (consultas en general).



www.ctv.es/users/fpardo/home.html

Una de las
páginas más
completas:

El ejemplo más reciente
de una enfermedad nueva
es el SIDA, causado por el
VIH, cuyo primer caso se
detectó en 1981. Hace 15
años. En el año 2000
podrías estar infectado con
el VIH/SIDA alrededor de
26,6 millones de
personas.
Infórmate sobre la salud en
el mundo 1998:
OCT, Ginebra 1998

Preguntas Iniciales
Así no se Transmite
Los virus del SIDA
Comportamientos de Riesgo
Detección del Virus
Quién y Dónde
Seropositivos
Prevención
El Sida en Cifras España
Derechos del VIH+
Sida Enfermedad
Manifestaciones Clínicas
Infecciones Oportunistas
Tratamiento Antirretroviral
Noticias de Actualidad
Hojas informativas
Enlaces
Direcciones
Contenido
Correo
Nuevo en el Sitio

gTt es una asociación sin ánimo de lucro que
trabaja para mejorar el acceso a la
información sobre tratamientos del VIH.

Visítanos en la web:

www.foro-vih.org/gtt.html,

aquí encontrarás todos los
números anteriores de

Lo+Positivo.

Además, podrás consultar

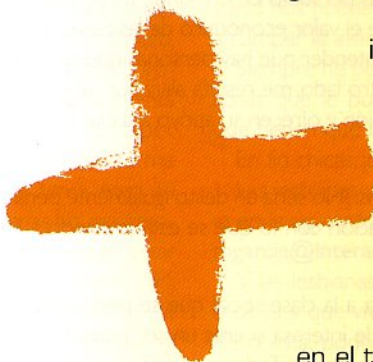
los textos de los **Doctor Fax**, boletín
quincenal sobre las últimas novedades

en el tratamiento del VIH y sus enfermedades
oportunistas (desde el nº9 de septiembre

de 1997 hasta el nº44 de junio de 1999). También tienes la

posibilidad de enviarnos un mensaje a

gtt@foro-vih.org



Glosario

Aceite de colza: Un tipo de aceite desnaturalizado que se hizo muy (tristemente) famoso debido a una intoxicación masiva que se produjo en España, principalmente en la zona del centro (Madrid y alrededores) hace unos 16-18 años. Fue consecuencia de la venta de aceite no apto para el consumo que se vendió a granel (sin controles de calidad) y que produjo bastantes muertes, así como graves secuelas en las personas que lo consumieron.

ADN proviral: Partícula que contiene la información genética necesaria para la replicación de los virus. Se encuentra en el interior de las células CD4 hasta que se transforma en ADN vírico y sale de la célula ya convertida en virus activo.

BIA, Prueba (Análisis de impedancia bioeléctrica): Se trata de una prueba que utiliza los impulsos nerviosos de los tejidos vivos para determinar el metabolismo basal en los músculos (tono muscular) y en determinados órganos, como el hígado o el riñón. Varía en función del objeto de estudio pero en VIH se utiliza primordialmente para medir la cantidad de masa magra corporal.

Células con memoria: Células del sistema inmunológico que tienen la capacidad de "recordar" la estructura de los virus con los que han entrado en contacto y que, ante un nuevo encuentro, ponen en marcha la producción de los sistemas de defensa.

Estatinas: Las estatinas, o inhibidores de la coenzima hidroximetil-glutaril, son fármacos que se utilizan para reducir los niveles de colesterol. Se han empleado también en la lipodistrofia, aunque todavía no está demostrado que resulten eficaces. Además, como casi todas las estatinas se metabolizan a través del citocromo P450 pueden resultar más tóxicas al utilizarlas junto con IP.

Farmacocinética: Es una parte de la farmacología que se ocupa de estudiar cómo se desarrolla el proceso de los fármacos en el cuerpo, picos de concentración en plasma, interacciones y vía de eliminación.

Función hepática (ALT [SGPT], AST [SGOT], GGT): Estas siglas se refieren a enzimas que suelen determinarse en suero al hacer un análisis de sangre. Cuando sus valores son elevados reflejan problemas en el funcionamiento del hígado. La SGPT corresponde a Transaminasa glutamicopirúvica (AST= aspartato-aminotransferasa). La SGOT corresponde a las siglas en inglés de Transaminasa glutamicooxalacética en suero; también se llama alanina-aminotransferasa (ALT). Y la GGT se refiere a la gamma-Glutamiltranspeptidasa (glutamilttransferasa), que es el mejor indicador de afectación del hígado en la analítica.

Interferón alfa: El interferón es una proteína que se produce en respuesta a ciertos estímulos, como puede ser un virus,

una molécula de ARN o algunas bacterias. Desempeña un papel importante en los mecanismos de defensa inespecíficos antivíricos y es específico para cada especie animal. El interferón alfa sintético se utiliza en infecciones del hígado, principalmente la hepatitis C.

Rash, exantema, erupción: Enrojecimiento o prominencias de la piel o ambas cosas a la vez que pueden aparecer ante una sustancia (intoxicación, alergia). Pueden producirse con o sin fiebre.

Resistencia: Capacidad que tienen algunos virus (como el VIH) de resistir el efecto del tratamiento y continuar desarrollándose. La resistencia se produce debido a la facilidad que tienen para mutar (cambiar su genoma), y adaptarse así a vivir y replicarse en presencia del fármaco o fármacos a los que se hacen resistentes.

Resistencia genotípicas y fenotípicas, Pruebas de: La técnica más habitual de **prueba genotípica** del VIH es la secuenciación de partes concretas del genoma del virus con el fin de estudiar sus variaciones (mutaciones) genéticas. Dado que ciertas mutaciones se asocian a ciertos fármacos, podemos identificar aquéllos a los que el virus es resistente. Las pruebas genotípicas se realizan a partir de una muestra de sangre. Las **pruebas fenotípicas** (más sofisticadas y, de momento, más costosas) se realizan sobre muestras de virus aislados y cultivados en laboratorio en presencia de determinados fármacos anti-VIH. El crecimiento del virus, si se produce, mostrará el nivel de resistencia de ese virus al fármaco en cuestión.

Vacaciones del tratamiento (drug holidays): Es el período de tiempo en que se deja de tomar los fármacos en un tratamiento de larga duración o crónico. Esta interrupción del tratamiento puede referirse al abandono del tratamiento, por cansancio o debido a los efectos secundarios, o por indicación médica en determinados casos (últimamente se está intentado una terapia de "pulsión" que consiste en hacer vacaciones de tratamiento de manera intermitente y controlada).

Vesícula: Se trata de una vejiga formada por una elevación de la piel, generalmente llena de líquido.

Vitamina B: Existen varias vitaminas B, entre las que cabe destacar la B6 (adamina) por su papel en el metabolismo de las proteínas y de los ácidos grasos; la B8 (biotina); las B10 y 11 (ácido fólico), cuyos derivados intervienen en la síntesis de ácidos nucleicos y en la formación de metionina; o la B12 (cianocobalamina), que actúa transformando ácido fólico en folínico y en la producción de células sanguíneas y nerviosas sanas. En general, conviene que las personas seropositivas refuercen su aporte de vitaminas B, sobre todo la B6 y la B12. ♦

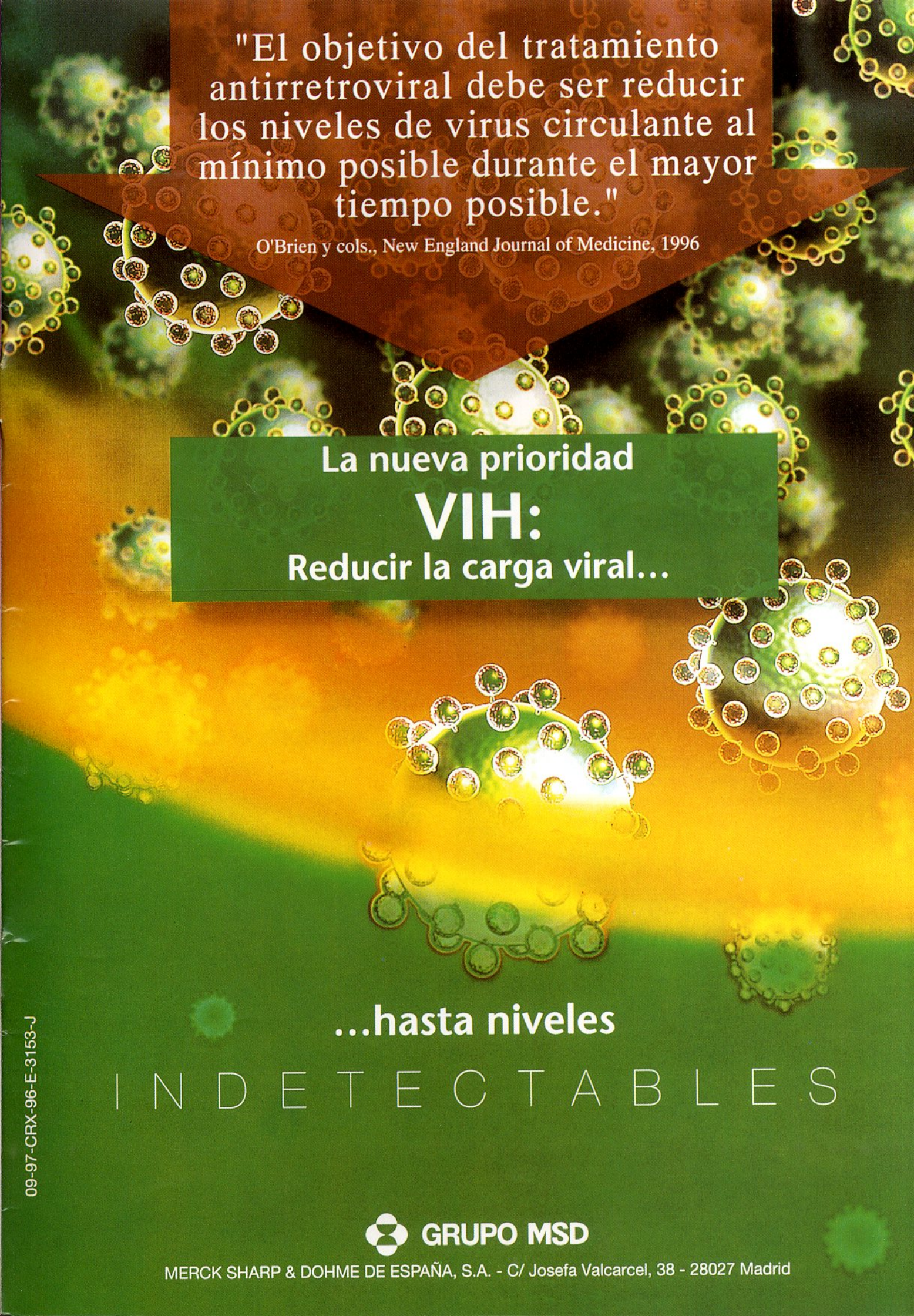


DuPont Pharma



COMPROMETIDOS CON
LA INVESTIGACIÓN EN
CALIDAD DE VIDA EN

VIH

The background of the advertisement is a detailed, artistic representation of HIV particles. These particles are depicted as spherical structures with a textured, bumpy surface, resembling a crown of thorns or a cluster of small spheres. They are scattered across the frame, with some appearing in sharp focus and others blurred, creating a sense of depth. The color palette is dominated by warm, golden-yellow and green tones, giving the image a scientific yet somewhat ethereal appearance.

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

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

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

...hasta niveles

INDETECTABLES

09-97-CRX-96-E-3153-J

 **GRUPO MSD**

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



Los frutos más exquisitos de la temporada



Prevención y Solidaridad del SIDA **957430392** **A**

Coruña: C. C. Anti-SIDA 981226167 **Santiago de**

Compostela: C.C. Anti-SIDA **981573401** **Girona:**

ACAS **972219282** **Granada:** NOS **958200602** C.C.

Anti-SIDA **958521352** **Las Palmas de Gran**

Canaria: Amigos contra el SIDA **928764849**

AIDAS **928291684** **León:** C.C. Anti-SIDA **987235634**

Ponferrada: Asociación Caracol **987402551**

Logroño: C.C. Anti-SIDA **941255550** **Lugo:** C.C.

Anti-SIDA **982244560** **Madrid:** Apoyo Positivo

913581444 COGAM GayInform **915230070** FASE

900111000 FTT **913513682** **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:**

Consumir preferentemente con... muchas ganas

Cada día de 18 a 22h

900 601 601



gl **stop sida**
coordinadora gai-lesbiana

www.pangea.org/org/cgl
Email: stopsida@pangea.org
Nº Cta.: 2100-3296-16-2200132868

Albacete: Alvas **967508860** **Alicante:** Colectivo Gays-Lesbianas **965132610** ACOSPA **965923939**
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 **957430392**

Más frescos y siempre a punto en su envase

C.C. Anti-SIDA **948212257** SARE **948177244**
Pontevedra: *Vilagarcía Arousa:* **986508901**
Salamanca: C.C. Anti-SIDA **923123002** **San Sebastián-Donosti:** 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/la Infectad@ **962877371**
Valladolid: C.C. Anti-SIDA **983358948** **Vitoria-Gasteiz:** GAYTASUNA **945257766** Comisión Ciudadana Anti-SIDA **945257766** **ZAMORA:** C.C. Anti-SIDA **980534382** **ZARAGOZA:** C.C. Anti-SIDA **976438135** LYGA **976395577** OM-SIDA **976370197***