

# LO + POSITIVO

Núm. 15 • Otoño 2000

PUBLICACIÓN GRATUITA SOBRE LA INFECCIÓN POR VIH

SIDA  STUDI

Associació de Servei i Documentació

# Fuera de la gran ciudad

interactua.net es una  
página web para  
personas que  
vivimos  
con VIH

inter **actua** .net

cada sábado a las 19 horas  
(hora peninsular española)

# Chat Positivo

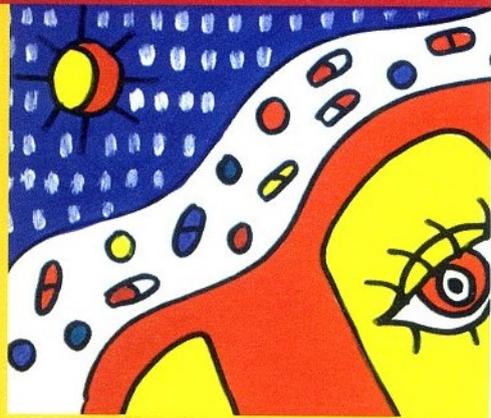
(sólo para personas diagnosticadas VIH+)

<http://www.interactua.net>  
[consultas@interactua.net](mailto:consultas@interactua.net)

telf. 934185000

**3 Editorial****OPINIÓ**

- 4 Hagan caso, señor@s**
- 5 Porque no se me nota**
- 6 Dinero y otros derechos**
- 7 Una cuestión de edad**
- 8 Ira frente a asertividad**
- 10 Querella**



- 11 Niñ@s en Durban**
- 12 Aislad@s**
- 13 Autopista a Barcelona**
- 14 Shakespeare no sabía...**
- 15 Nace puente latino**

**EN PERSONA**

- 17 Fuera de la gran ciudad**

**24****CUIDARSE**

- 28 ¡Abajo el colesterol!**
- 30 Metadona y ARV**
- 33 Vamos de paseo**

**CIENCIA**

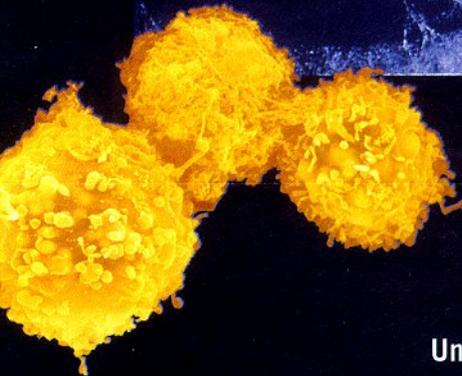
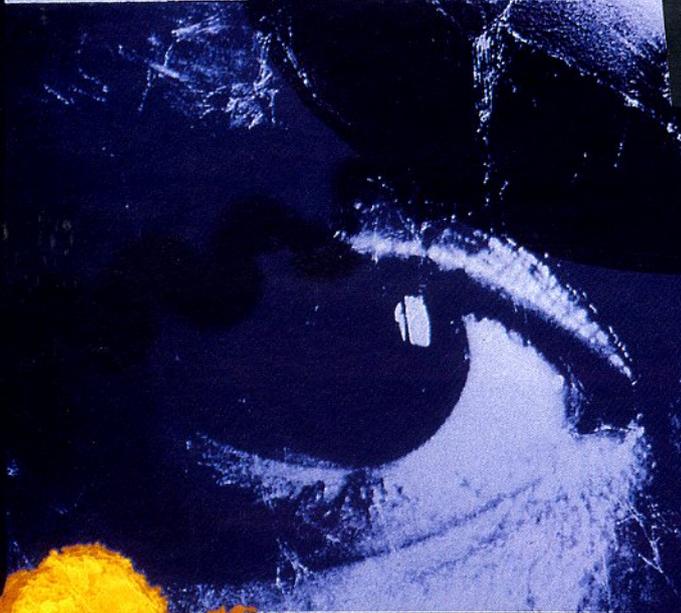
- 35 El informe**
- 37 VIH celtibérico**
- 38 Ensayos clínicos (Epílogo)**
- 40 Noticias**
- 42 Lo que está por venir**
- 44 Échale cara**
- 47 Entre médicos**
- 48 Glosario + Con Tacto**





"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:**

Georgina Fabrés  
Jaume Fabrés  
Xavier Franquet  
Ángela Sanz  
Maite Suárez  
Joan Tallada  
Josep M<sup>o</sup> Tomàs  
M.<sup>a</sup> José Vázquez

**En este número han colaborado:**

Eva Bellapart  
Juanse Hernández  
José Luis López  
William Mejías  
Moisés Morales  
Mercedes Moro  
Alejandro Noriega

**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 contenida tiene una validez de tres meses.

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

**GTT**

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

**Redacción:**

Carrer del Pi, 10, 1<sup>o</sup> 2.<sup>a</sup>  
08002 Barcelona.  
Tf: +34 933 020 411  
Fax: +34 933 173 832  
E-mail: [gtt@wanadoo.es](mailto:gtt@wanadoo.es)  
Web: [www.foro-vih.org/gtt.html](http://www.foro-vih.org/gtt.html)

**Preimpresión:**

Jesse & James Design, S.L.

**Imprime:**

CLM, S.L.  
Depósito Legal: B-40431-97

**Con el patrocinio de:**

**Boehringer Ingelheim**  
**Bristol-Myers Squibb**  
**Chiron Iberia**  
**GlaxoWellcome**  
**Merck Sharp & Dohme**  
**Productos Roche**  
**Gilead Sciences**

**En convenio con:**

• **Generalitat de Catalunya**  
Departament de Sanitat i Seguretat Social  
Programa de Drogodependències i SIDA

**Subvencionado por:**

• **Ministerio de Sanidad y Consumo**  
Plan Nacional sobre el SIDA  
• **Ajuntament de Barcelona**

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

# Mapa de carreteras

Quienes residimos en grandes ciudades españolas estamos acostumbrad@s a comparar lo que tenemos cerca con los mucho más numerosos recursos de que disponen las personas con VIH y sus organizaciones en otros países occidentales, caemos poco en la cuenta de la situación de las personas con VIH que viven en ciudades de menor tamaño o sencillamente en pueblos. Las diferencias entre un@s y otr@s existen en la calidad asistencial, los servicios de atención personal, la estabilidad o la diversidad de los espacios de relación, de las herramientas de comunicación y de los mecanismos de representación. Así como en las redes de facilitación para vivir el ser VIH<sup>+</sup>.

En nuestro reportaje central de este número no se hallan pruebas que indiquen una menor preparación o profesionalidad de los especialistas de municipios medianos y pequeños. Pero la consulta médica tiene tanto de conocimiento como de trato, y este último sí que aparece teñido de una indisimulada y hasta confesa moralidad, la misma que l@s profesionales comparten con el resto de su comunidad inmediata: ¿cómo afrontar dudas sobre prácticas y síntomas relacionados con la sexualidad de la persona VIH<sup>+</sup> ante un/a enfermer@ o un/a médico que manifiesta su desaprobación?

Se ha afirmado más de una vez que precisamente para paliar estas deficiencias aparecieron las ONG. Pero no basta con llegar mejor o peor donde las administraciones no lo hacen. Las asociaciones deberían servir también como vehículo de expresión y representación propia de las personas seropositivas, y ello sólo es posible si como primer paso se deja de percibir las como simples objetos de intervención para considerarlas sujetos de decisión, proporcionándoles un espacio autogestionado. O si ell@s se organizan y lo reclaman, claro.

La diferencia más llamativa, sin embargo, es la de las estrategias frente al estigma social. Gays seropositivos emigran a la gran ciudad, cuando pueden, huyendo del peso de una doble discriminación. Los que se quedan en sitios como Valladolid o Salamanca, como otros VIH<sup>+</sup>, no se saludan entre sí por la calle por miedo, ni saludan a profesionales con l@s que se cruzan, porque todo el mundo sabe a lo que se dedican y hacerlo sería signo de sospecha. No es que todo sea fácil en Madrid, Barcelona, Valencia o Sevilla, pero aquí el anonimato cotidiano y una cierta -aunque mejorable- red de apoyo puede facilitar las cosas.

La amenaza de la muerte cívica inhibe el desarrollo de la personalidad en libertad. Es importante no olvidarlo +

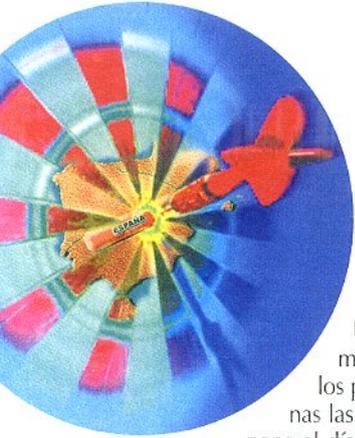
# No es un lujo

En Francia, los especialistas en VIH han empezado a dirigir a las personas seropositivas con lipoatrofia facial (pérdida de grasa en la cara) a sus colegas que tratan a quienes necesitan medicina estética después de un accidente. La intención es amortiguar esa pérdida en lo posible y mientras sea posible. Aunque con listas de espera largas, esto se hace dentro del sistema público de salud del país vecino.

Es verdad que no se conoce con total exactitud qué provoca ninguno de los síntomas que se asocian al término lipodistrofia. Los estudios son contradictorios y cada vez que se ha lanzado una hipótesis científica se le opone un caso real que la deja en entredicho. Pero esta confusión no debe ser óbice para que nos planteemos soluciones ante la persistencia y progresión de este fenómeno. Reivindiquemos el derecho a recuperar el aspecto físico querido, porque la propia imagen es parte esencial de la identidad.

La medicina estética se ha asociado habitualmente con la frivolidad y el lujo, pero plantear un debate sobre las ventajas e inconvenientes de su empleo para paliar los efectos de la lipoatrofia en la cara no lo es y el sistema público de salud español debería asumirlo +

# INFORME ONUSIDA 2000: NOS TOCA MUY DE CERCA (y el Plan no aparece)



El pasado mes de julio, coincidiendo con la XIII Conferencia Internacional del SIDA, se presentó en Durban, Sudáfrica, el segundo "Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA" de la agencia de las Naciones Unidas para el VIH/SIDA (ONUSIDA). El documento, en su mayoría dedicado a la situación en los países en desarrollo, analiza en 135 densas páginas las diversas claves de la extensión de la pandemia, pone al día la inmensidad de sus cifras mundiales y señala los tremendos desafíos preventivos y asistenciales que supondría cambiar el curso global de la enfermedad.

El informe de ONUSIDA también evalúa críticamente ciertos factores de la presencia y expansión del VIH en el mundo rico que nos siguen tocando muy de cerca y que siguen concentrándose principalmente entre las personas que usan drogas inyectables (UDVP) y sus parejas sexuales y entre los hombres que practican sexo con hombres (HSH).

Por lo que hace al colectivo gay, calificado en el informe de "ejemplo histórico" de energía y eficacia en su respuesta a la epidemia por VIH desde sus mismos albores, ONUSIDA constata que en su seno "aumenta el comportamiento de riesgo", como muestran los despegues de las tasas de infección por VIH entre hombres homosexuales registrados por algunos de los sistemas de vigilancia epidemiológica más sofisticados, como el de San Francisco, en Estados Unidos. Sea porque los tratamientos antirretrovirales han cambiado la percepción de riesgo ante el VIH, sea por un hartazgo del condón o sea porque muchos homosexuales jóvenes no se identifican con el discurso preventivo de generaciones precedentes, el informe considera que ya es hora de repensar los esfuerzos de prevención entre esta población y de que "los varones homosexuales jóvenes asuman la tarea de informar a sus compañeros, como hicieron hace casi dos décadas los pioneros de la educación sobre el SIDA".

En cuanto al VIH entre UDVP, el informe subraya que los comportamientos de riesgo continúan siendo habituales en lugares con muy elevadas tasas de prevalencia (España, entre otros, aparece repetidamente mencionada y más

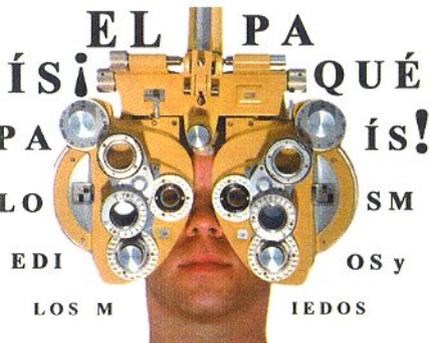
específicamente un estudio en Barcelona que encontró nada menos que un 51% de prevalencia de VIH entre UDVP), pero también nos recuerda que existen métodos preventivos que han probado su eficacia y positivo efecto acumulativo al implantarse entre los UDVP. Desde la educación sobre la transmisión del VIH hasta el fomento del preservativo, los intercambios de jeringuillas o el tratamiento farmacológico de la adicción, los programas denominados de "reducción de daños" han demostrado que funcionan tanto en las economías medias como en los países ricos, que la inversión que suponen se amortiza varias veces al compararla con el coste sanitario y social de las infecciones por VIH prevenidas y, por último, que no suponen un aumento del consumo de drogas inyectables.

Es posible que sea su 'alto coste político' lo que explica la problemática o deficiente implantación de tales medidas preventivas allí donde serían más necesarias, sugiere el informe (que omite cualquier análisis de la situación de la epidemia en prisiones). En todo caso, añade, está claro que es necesario intensificar el trabajo preventivo entre las poblaciones de UDVP "Sobre todo en los lugares donde el consumo de drogas intravenosas es un factor principal de la extensión del VIH. (...) Los esfuerzos de las ONG, que también en este caso pueden acceder mejor a las poblaciones marginales, han de aplaudirse, pero sobre todo ampliarse". ¿Le llegará a quien corresponde el eco de ONUSIDA en nuestro país?

Nos tememos que no, si tenemos en cuenta que la presentación y la difusión más amplia se hizo durante esta Conferencia y que en la misma (**¡Inexplicable, incomprensible, inexcusable!**) brilló por su ausencia, y mucho, el Plan Nacional sobre el SIDA del Ministerio de Sanidad español. Dicen que la Ministra Villalobos ha llegado con una tijeras muy afiladas para los presupuestos: ¡jacobaremos las ONG haciendo una recolecta para becar al Secretario del Plan para que pueda asistir a Conferencias y así no pasar vergüenza?

Ref: ONUSIDA. [www.unaids.org](http://www.unaids.org)

## HAGAN CASO, señor@s



Muy a nuestro pesar, volvemos a denunciar la gravedad de los errores 'informativos' en que incurrir los medios de comunicación al hablar de VIH/SIDA, y más cuando se meten en harinas epidemiológicas y empiezan a liarla con cifras de casos VIH y de casos SIDA.

descenso del SIDA a los nuevos fármacos y la prevención donde leemos que "desde 1981 el Ministerio de Sanidad y Consumo ha registrado un total acumulado de 58.091 afectados por el VIH". ¡Qué regalazo para la Ministra de Sanidad y qué equivocado está entonces el Informe VIH 2000 de ONUSIDA al calcular que, a finales de 1999 había entre 96.000 y 140.000 personas con VIH en España!

¿No será que esos 58.091 son casos acumulados de SIDA y no de VIH, señor@s periodistas?

El pasado 27 de septiembre el diario El País publica y firma en su página 32 un artículo titulado *Sanidad atribuye el*

Ref: El País. 27 de septiembre de 2000

TU OPINIÓN NOS IMPORTA Y ESTA SECCIÓN QUIERE REFLEJARLO. INTENTA ESCRIBIR EN UNAS 30 LÍNEAS LO QUE TE PREOCUPA, AFECTA O APASIONA. NUESTRAS SEÑAS APARECEN EN LA PÁGINA 3. ¡ESPERAMOS TU COLABORACIÓN!

# Porque no se me nota

**Estimad@s amig@s: soy Juany, diagnosticada seropositiva desde el año 83 y en tratamiento con diferentes antirretrovirales desde el 90. Como la mayoría de nosotr@s, mi calidad de vida, en cuanto a la sociedad se refiere, deja mucho que desear.**

Hace poco más de un año tuve un fracaso con la medicación que estaba tomando y empezó a aparecer en mi organismo todo tipo de cosas, como en otras ocasiones. A consecuencia de esto, mi incapacidad física y otros problemas personales, entré en depresión, con lo cual después de un tiempo decidí dejar cuanto tenía e irme a una comunidad terapéutica "religiosa" de ayuda a toxicóman@s (yo soy ex-toxicómana, o sea 'ex-UDVP' desde hace 10 años). De alguna manera, intenté encontrarme a mí misma y sacar nuevamente a flote esas ganas de vivir que siempre han estado conmigo. Busqué este lugar porque entre otras cosas me permitían tener conmigo a mis perros, que han sido mi más fiel compañía desde hace unos años.

Ya ha pasado algo más de un año desde que estoy aquí. Llevo seguimiento médico en el Hospital Dr. Negrín de la capital G.C, he sufrido numerosos herpes zóster, cándidas e incluso convulsiones con pérdida de consciencia. En estos momentos estoy siendo sometida a un nuevo estudio, POLDO, y a un nuevo tratamiento que por lo pronto no parece ir mal.

Y ahora que más o menos comienzo a recuperar mis capacidades físicas, me he casado y tras una larga búsqueda para encontrarme a mí misma, decido de nuevo luchar para establecerme fuera de "esta" comunidad. Para hacerlo sólo cuento con



una pensión no contributiva y el futuro trabajo que mi marido obtenga, con lo cual decido moverme y buscar alternativas. No sé por qué razón, un día se me ocurrió la brillante idea de acudir a la central de la ONCE, ya que no veo por un ojo y necesito alguna alternativa para, como he dicho anteriormente, establecerme. Una vez allí me delegan a la fundación ONCE y me exigen un 33% mínimo de minusvalía (yo tengo un 75%), me "someten" a un interrogatorio y después de rellenar unos cuestionarios me dicen que es prácticamente imposible que yo acceda a ningún trabajo o curso de los que ellos subvencionan porque no se me nota.

Como veis una ironía más de nuestro día a día.

Deseaba comunicarme con vosotros pues leo vuestra-nuestra revista siempre que sale y de algún modo, y si esto es posible, denunciar este hecho ante quien corresponda, siempre con la esperanza de que alguien escuche nuestros llamamientos y de una puñetera vez actúen en consecuencia ante nuestros problemas diarios, y que así los afectad@s, de una vez por todas, obtengamos el beneficio que nos corresponde, como a cualesquiera otras personas, de una vida digna, que ya es hora.

Deseo daros las gracias por la información que recibo a través de la revista y siempre que haya una "buena" razón os escribo, ¿vale?

Gracias por todo.

Un abrazo,

JUANY

# Falta de atención

**¡Hola compañer@s de Lo+Positivo! Os mando este correo electrónico para felicitaros por la revista que seguimos continuamente, puesto que nos llega con regularidad.**

Como representante de una asociación que trabaja con problemas de SIDA y con usuari@s de UDVP (Usuari@s de Drogas Vía Parenteral) que, como ya sabéis y por desgracia, ocupa el 80% en las estadísticas de transmisión de esta enfermedad, pienso que el nuestro es un colectivo que desgraciadamente se ha implicado poco en esta lucha. La prueba está en que será en la conferencia de Durban la primera vez que hemos estado representad@s oficialmente [se refiere a la asistencia de una persona UDVP de Barcelona].

Hace unos años aparecieron asociaciones y movimientos organizados de este colectivo, y es por lo que me dirijo a vosotros, porque pienso que en la revista se publican pocos artículos dirigidos a este colectivo de afectad@s y en la línea de reducción de daños. Ésta es la estrategia actual después de muchos años de practicar y trabajar sólo los programas libres de drogas, o sea la abstinencia, que el tiempo ha demostrado que

no era la línea de trabajo más eficaz posible y que sirviera a tod@s los afectad@s.

Los programas de metadona, entre otros, contemplan y sirven a una gran población de VIH+, que presentan una problemática social muy particular y una desestructuración social y familiar; pero en ellos los servicios sociales cuentan con muy pocos recursos y las ONG de usuari@s nos enfrentamos diariamente con más frustraciones que éxitos.

Terminando, me gustaría invitaros a publicar artículos en los cuales se refleje la realidad de este colectivo tan discriminado y olvidado, incluso muchas veces por l@s mism@s compañer@s afectad@s.

Aprovecho para mandaros un gran saludo y un fuerte abrazo.

JOSÉ CARBONELL VISCASILLAS

A.U.M.M.O.

Asociación de Usuarios en Mantenimiento con Metadona Organizados

TU  
OPINIÓN  
NOS  
IMPORTA

ESPERAMOS  
TU



O  
TU



5



# SOBRE DINERO y otros derechos



La Mesa Estatal de Minusvalías VIH es un grupo constituido por representantes de ONG de buena parte de España con el objetivo de defender los derechos a prestaciones por minusvalía de las personas VIH+. Su última reunión tuvo lugar en Madrid el pasado mes de septiembre y lo que sigue es un extracto de sus reivindicaciones.

La Mesa Estatal de Minusvalías VIH (MEM) se constituyó para defender a las personas afectadas de VIH/SIDA a raíz del endurecimiento de los criterios de valoración de la minusvalía por enfermedad recogidos en el Decreto regulatorio publicado en el BOE del 26 de enero de 2000.

La aplicación de este decreto priva de ayudas económicas y otros derechos a los afectados por VIH como consecuencia de sus restrictivos y discriminatorios criterios, que la MEM considera necesario renegociar con la Administración. En un documento elaborado a partir de la reunión comentada, la MEM pide la paralización del decreto y su adaptación a las circunstancias específicas de las personas VIH/SIDA, teniendo en cuenta que el VIH es una infección que compromete seriamente la calidad de vida. Consideramos la regulación planteada por el decreto insuficiente, contradictoria y restrictiva por, entre otros, los siguientes motivos:

1 Para acceder a los factores sociales complementarios hace falta llegar a un 25% de incapacidad, pero las restrictivas condiciones necesarias para sumar grados obstaculizan su aplicación.

2 Los factores psicológicos no están recogidos ni regulados específicamente en el apartado del VIH.

3 El Decreto regula los factores físicos de una forma alejada de la realidad, contradictoria y restrictiva:

✦ **Alejada de la realidad** porque define una situación inmunológica grave con el único criterio de poseer menos de 50 linfocitos CD4.

⊖ **Contradictoria**, porque aunque en cada categoría se considere un grado de discapacidad, casi en ningún caso se puede acceder a que sea tenida en cuenta, al tener que sumarle un mínimo de atenciones médicas hospitalarias o un ingreso hospitalario de un mes de duración.

Esto parece un contrasentido, teniendo en cuenta los esfuerzos que ha estado realizando la Administración para eliminar o reducir gastos hospitalarios mediante las hospitalizaciones a domicilio y la administración de tratamientos en las Unidades de VIH. Las enfermedades enumeradas en los criterios CDC de Atlanta como definitivas de Sida y que el Real Decreto cita como referencia tienen en su mayoría la posibilidad de ser tratadas en estas Unidades, donde nunca se está 24 horas seguidas.

⊗ **Restrictiva** porque:

- No permite combinar "porcentaje de discapacidad" atribuible al VIH con el de las "enfermedades índice".
- No considera los efectos secundarios de los fármacos.
- Ignora las necesidades de integración socio-laboral de los afectados.
- Pone en juego los derechos sociales derivados de una minusvalía.
- Excluye los síntomas inespecíficos ligados al uso de las drogas. Es, además, claramente discriminatorio cuando únicamente menciona la vía parenteral al hacer referencia a estos síntomas.
- Se diferencia al VIH de otras inmunodeficiencias, en perjuicio del VIH.
- Dadas las especiales condiciones de las personas presas y afectadas por el VIH/SIDA, la MEM reclama una acción específica sobre las carencias que este colectivo padece. La privación de libertad conlleva la pérdida de derechos como minusválidos, por lo que es necesario reconocer los derechos a prestaciones por el concepto de minusvalía y abonar en su caso las pensiones retenidas.

Reivindicamos la necesidad de valoraciones individuales que consideren todos los factores físicos, psicológicos y socio-laborales que comprometen seriamente la calidad de vida de las personas VIH+.

MESA ESTATAL DE MINUSVALÍAS  
23 Y 24 DE SEPTIEMBRE DE 2000 (COSLADA, MADRID)



# UNA cuestión de EDAD

**S**i hacemos un poco de historia veremos que hasta que se extendió el uso de los inhibidores de la proteasa, hace unos tres años, no tenía sentido hablar de edad refiriéndose a personas infectadas por el VIH ya que la esperanza de vida no era lo suficientemente elevada como para que ello supusiera una preocupación. Hoy en día, en el panorama del VIH se observan continuos cambios que deberían ser abordados antes de que llegaran a constituir un problema que pusiera en peligro a amplios sectores de la población.

Hay much@s que opinan que la edad está en el espíritu o que una tiene la edad que aparenta. Cuando hablamos de mujeres VIH+ tendríamos que empezar por definir en qué punto del camino empieza una a ser "mayor" y sobre todo qué significa ser "mayor".

Cuando se habla de la población general, este término se aplica a personas mayores de 65 años, pero está claro que la infección por VIH es un factor capaz de alterar de manera significativa el proceso vital habitual, haciendo que sea necesario incluir a personas que apenas cuentan con 50 años. Este grupo de población es cada día más numeroso debido sobre todo a que, por una parte, aumenta el número de mujeres que son diagnosticadas VIH+ a edad más avanzada (más de 45 años), y por otra, a que, tras la introducción de los nuevos tratamientos, estas mujeres viven más tiempo, lo cual provoca el aumento continuado del número de mujeres seropositivas de edades comprendidas entre 45 y 60 años o más.

Aún así, este hecho no está teniendo la debida atención ni en cuanto a prevención ni en cuanto a la atención adecuada de las necesidades específicas de tratamiento.

## PREVENCIÓN

No es fácil encontrar datos sobre este grupo de mujeres, ya que es un colectivo doblemente invisible: primero por su condición de mujeres y luego por haber acabado su 'vida reproductora'.

Es una creencia muy extendida que a partir de una determinada edad (generalmente asociada con el fin del período fértil) las mujeres se convierten en seres asexuados y se considera que "no es probable que estén en riesgo frente al VIH". A pesar de que está comprobado que el envejecimiento provoca una

reducción de la lubricación vaginal así como adelgazamiento de las paredes vaginales –lo cual sitúa a las mujeres en una situación de mayor riesgo de adquirir el VIH– es muy poco probable que el médico de cabecera pregunte a estas mujeres si pueden estar en riesgo, ya que se da por terminada su actividad sexual, y las campañas y folletos de prevención están dedicados a poblaciones jóvenes en edad reproductora. Así pues, ¿qué mensaje de prevención reciben las mujeres de más de 45 años? Pues sencillamente que el VIH no es parte de su mundo.

## TRATAMIENTO

El control clínico de estas mujeres presenta lagunas importantes debido a que se han obviado factores que pueden influir en el curso de la enfermedad por VIH o en los beneficios de su tratamiento y que revierten en un cuidado médico poco adecuado y muchas veces por debajo de los estándares mínimos de nuestro entorno.

La doctora Greenblatt (investigadora en el WIHS –*Women Interagency HIV Study*– en California del Norte) afirma que la edad constituye un factor de riesgo de progresión de la enfermedad, a pesar de que no está del todo claro de qué manera influye: quizás sea debido a que con la edad las personas seropositivas son menos capaces de reemplazar las células T que ya han sido destruidas, como sugiere algún estudio.

Uno de los factores más ignorados por los investigadores es la incidencia de la menopausia en el proceso de la enfermedad. Por ejemplo,

- \* ¿qué ocurre con la osteopenia/osteoporosis común en mujeres perimenopáusicas añadida a la secundaria al tratamiento ARV?
- \* ¿cómo afecta la menopausia al sistema inmunológico?

También habría que apuntar la total ausencia de investigación relativa a la interacción de los antirretrovirales con otros medicamentos utilizados con frecuencia por mujeres en edad perimenopáusicas, sobre todo las terapias de reposición hormonal destinadas a disminuir los efectos del desequilibrio hormonal propio de la menopausia.

Tampoco hay que olvidar el estigma y el aislamiento con que estas mujeres viven su situación, que no hace sino empeorar sus posibilidades de recibir una atención de calidad. Debería alentarse la asistencia a un grupo de soporte, algo que no suelen plantearse por la escasez de recursos adecuados y en parte por que hablar de cuestiones como el VIH y la sexualidad sigue siendo algo que provoca ansiedad y culpa.

Estos son sólo algunos de los problemas que ya están afectando a un colectivo considerable de personas cuyo número no deja de ir en aumento. Una vez más, es preciso que recordemos que la calidad de vida no sólo es un privilegio de algun@s sino que debe ser un derecho de tod@s +



7



# IRA versus

**U**no de los sentimientos más frecuentes y que más complican la relación paciente-médico es la ira. Expresar enfado en una situación difícil o frustrante es normal. En el medio sanitario, sin embargo, rara vez es productivo.

enfrentamiento en situaciones de atención médica (o en otras situaciones) puedes considerar la posibilidad de pedir a alguien que te acompañe a la visita para ayudarte a mantener la calma. Pídele que te observe, y que te ayude a identificar qué cambios puedes hacer para facilitar la comunicación con l@s profesional@s sanitari@s.

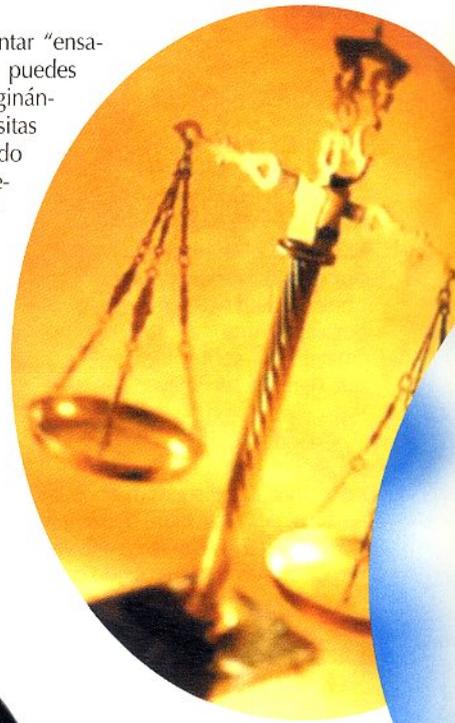
## NO TOQUES ESA MESA

Los sentimientos pueden expresarse de muchas maneras. Cómo manifestaremos exteriormente lo que sentimos dependerá de muchos factores, entre los que hay que destacar factores culturales y de educación. Si has pasado mucho tiempo en la cárcel o si has tenido que buscarte la vida en la calle, quizá hayas aprendido que tener un lenguaje de cuerpo amenazador es necesario para la supervivencia. Sin embargo, unos gestos que uno puede realizar de forma automática y sin darles la menor intención pueden resultar extremadamente inquietantes para la persona que tienes delante en una consulta médica. Gestos tan mínimos como cruzar las piernas al sentarse pueden poner tens@ al/a la profesional. En general, l@s médicos utilizan una mesa en la consulta como barrera física que l@s separa y protege del/de la paciente. En una situación tensa, evita "invadir" esa barrera poniendo las manos u otro objeto encima. Observa cuidadosamente los gestos y signos reveladores de lo que está pasando por la cabeza de la persona que tienes delante. Ten en cuenta que puede haber tenido experiencias muy difíciles en el pasado con otr@s pacientes, y puede trasladar ese temor a ti.

Tú sabes que tú eres una buena persona. Tu médico ni sabe eso, ni tiene por qué saberlo. Haz un esfuerzo por ir muy suave hasta que se establezca una relación de confianza (si es que llega a establecerse...). Much@s profesionales médicos tienen prejuicios... sociales, culturales, raciales, etc. La solución más eficaz a corto plazo es ser consciente de esos prejuicios y prevenir cualquier problema utilizando unos modales especialmente atentos y suaves. Intentar cambiar los valores y actitudes de tu médico es como intentar derribar un edificio a golpes de cabeza: probablemente, lo único que va a pasar es que te vas a hacer daño tú. La buena noticia es que se puede ser extremadamente asertiv@ y exigente con unos modales impecables. A la larga será una estrategia mucho más eficaz.

Cambiar tu lenguaje corporal no es algo que se pueda hacer de hoy para mañana. Si sueles tener problemas de

También puedes intentar "ensayar" la visita. Esto lo puedes hacer mentalmente, imaginándote detalladamente visitas anteriores y analizando qué cosas crees que necesitas cambiar, o escenificando realmente la situación con ayuda de otra persona.



Es muy importante que intentes también hacer (en tu visualización o tu escenificación) el papel de médico. Intenta entender qué le pasa por la cabeza a la persona que tienes delante. Es posible que sea físicamente diferente de ti, pero recuerda que es una persona con temores y necesidades esencialmente iguales a las tuyas.

Muchas de las personas que sienten mucha ira hacia su especialista llegaron a esa relación con expectativas poco realistas. Esperaban de su médico un rol paternalista y protector. Al no responder el profesional a esta expectativa, se sienten defraudad@s y enfadad@s. Sé realista y no permitas que problemas en otros ámbitos de tu vida afecten tu ecuanimidad.



# asertividad

La ira no suele producirse instantáneamente, sino más bien como un proceso gradual. De una leve irritación se va pasando a un cierto enfado, hasta que se llega a estar francamente furios@. Es importante que seas capaz de darte cuenta de que te estás enfadando cuando aún piensas con claridad y tienes un buen control de tu comportamiento. Una reacción airada no-reflexionada no será eficaz para cambiar tu relación con el/la médico. Probablemente sólo logres generar miedo y hostilidad.

Si hay un problema serio, toma notas de lo que sucedió, de forma detallada y concreta, incluyendo fecha y hora de cada suceso y recogiendo la documentación que pueda apoyar tus afirmaciones. Esto te permitirá recurrir a los mecanismos de protección del paciente con una base sólida. Espera a que te haya pasado el berrinche antes de decidir el curso de acción a tomar.

Si anticipas una visita difícil, asegúrate que estás relajad@. Esto puede reducir tu irritabilidad. Muchas de las técnicas de relajación más eficaces no son apropiadas para aplicarlas en una sala de espera de un hospital. Sin embargo, siempre puedes sentarte con la espalda recta, los pies puestos firmemente sobre el suelo, con las piernas separadas, y reposar los brazos en los reposabrazos (o sobre las rodillas, si no hay reposabrazos). Cierra los ojos y respira tranquila y profundamente, sin forzar el ritmo de respiración. Observa cada zona de tu cuerpo, verificando que tu musculatura está relajada. Visualiza que te encuentras en un entorno seguro y agradable.

No tengas miedo a recurrir a profesionales de la psicología para aprender técnicas de autocontrol o para mejorar tus habilidades de comunicación. Consultar con un/a psicólog@ o con un/a *counsellor* de una ONG no quiere decir que estés mal. Simplemente quiere decir que eres lo bastante inteligente como para identificar tus necesidades y utilizar los recursos disponibles para lograr tus objetivos.

En la gran mayoría de los casos, un poco de paciencia y persistencia pueden solucionar casi cualquier problema de relación entre paciente y médico. Excepcionalmente, puede ser necesario cambiarse de médico, o incluso tomar medidas para denunciar el comportamiento incorrecto del/la profesional. Pero en cualquier caso, una habilidad esencial será el saber distinguir entre asertividad y cabreo +



## ¡Necesitamos conocerte mejor!

Rellena, recorta (o fotocopia) y envíanos antes del 31/12/00 esta pequeña encuesta y entrarás en el sorteo de 25 suscripciones gratuitas por un año. Te mantendremos informad@ durante el 2001.

### 1-Sexo

- Hombre  Mujer  
 Transgénero

### 2-Edad

- Menor de 20  20-30  
 31-40  41-50  
 51-60  Mayor de 60

### 3-Estatus VIH

- VIH+  VIH-  
 Desconocido

### 4-¿Sabes cómo adquiriste el VIH?

- Sexo no seguro:  
 Hombre-hombre  
 Mujer-mujer  
 Hombre-mujer  
 Por compartir jeringuillas  
 Transfusión sanguínea  
 Accidente laboral

### 5-¿Tomas tratamiento antirretroviral?

- Sí  No

### 6-¿Tomas tratamientos complementarios o alternativos?

- Sí  No

### 7-¿En qué localidad/comunidad vives?

### 8-¿Dónde encontraste Lo+Positivo?

### 9-Valora Lo+Positivo de 1 a 10

- Contenido  
 Diseño  
 En general

### 10-¿Qué temas te han gustado más?

### 11-¿Qué temas te gustaría encontrar en los próximos números de Lo+Positivo?

Esta encuesta es anónima pero si quieres participar en el sorteo, manda también tus señas en un papel aparte a: GTT c/ del Pi, 10 1º 2ª 08002 Barcelona (España)



# QUERRELLA

## por el intercambio de jeringuillas en prisión

La presentación en Barcelona de una querrela contra responsables de Sanidad y Justicia de la Generalitat de Catalunya por la falta de programas de intercambio de jeringuillas en prisiones ha suscitado un cierto revuelo. Por su interés, os ofrecemos un resumen de la postura a favor de presentar la querrela, extraído de declaraciones y textos de l@s abogad@s que la han representado, Gemma Calvet y José Antonio; y en contra, una reflexión de Joan Tallada, de gTt.

a favor

en contra

### El cumplimiento del derecho a la salud

La querrela expone los casos de dos internos que en el momento de ingresar en prisión eran VIH- y al salir eran VIH+, como demuestran sus historias clínicas y analíticas. La principal dificultad era probar que la infección se había producido por vía endovenosa y no sexual, lo que se demuestra al tratarse en ambos casos de toxicómanos habituales que consumen en prisión. Estas dos personas se limitaron a autorizar el uso de sus casos en la querrela, en la que varias entidades e individuos acusan a un grupo de polític@s, administrativ@s y médicos de dos delitos: uno de discriminación y otro de lesiones imprudentes.

El delito de discriminación se basa en que un/a encargad@ públic@ no puede denegar un derecho a un/a ciudadan@ por motivos religiosos, éticos o políticos, etc.: se entiende que el mismo derecho a disponer de jeringuillas asiste a las personas en libertad y a l@s intern@s, porque es un derecho a la salud. El delito de lesiones imprudentes se fundamenta en que dichas lesiones (aquí, la transmisión del VIH) se han causado por imprudencia o negligencia de l@s responsables de la custodia.

Ésta y otras acciones jurídicas pretenden que la Administración autonómica, que en Catalunya tiene las competencias en este ámbito, implante en las cárceles catalanas programas de intercambio de jeringuillas (PIJ), algo que se rechaza aduciendo que su puesta en marcha precisaría la reforma del Código Penal y del reglamento penitenciario, ambos competencia del Gobierno central. La experiencia de otros centros españoles (Pamplona, Basauri y Martutene) demuestra que eso no es cierto.

El tratamiento penal de la drogodependencia en prisiones convierte en ciudadan@s de segunda clase a l@s pres@s que son UDVP y vulnera sus derechos a la vida y la integridad física y moral. Much@s de l@s muert@s de los últimos 20 años podrían estar viv@s de haber dispuesto de jeringuillas desinfectadas y much@s de l@s que aún están viv@s pero sufren los efectos del virus podrían ser personas sanas. La diferencia para ell@s está en que eran o son pres@s. Ante esta situación, en un Estado de derecho, ¿les corresponde a los tribunales de justicia pronunciarse? +

### Una estrategia contraproducente

Vaya por delante que soy totalmente partidario de los programas de intercambio de jeringuillas fuera y dentro de la cárcel. Tampoco tengo ninguna objeción con llevar a juicio a nadie, por importante que sea, cuando los hechos y los argumentos así nos lo pidan. Lo que no comparto son los razonamientos políticojurídicos que subyacen detrás de esta querrela.

De entrada, analicemos lo que l@s juristas llaman la carga de la prueba: ¿basta con decir que dos pres@s son habituales consumidor@s de drogas inyectables para que quede demostrado que ésa ha sido la forma de transmisión? En prisión se dan por lo menos dos prácticas más que suponen un alto riesgo de transmisión del VIH: el empleo compartido de material para tatuajes y las relaciones sexuales no protegidas. La abstinencia de lo primero quizá fuese fácilmente comprobable, pero de lo segundo, no. L@s usuari@s de drogas también tienen relaciones sexuales: otra cosa es que el contacto sexual entre internos masculinos sea un tema tabú, inefable. Mantener el silencio al respecto no contribuye a la prevención del VIH.

Pero lo que rechazo radicalmente es que se pretenda una total responsabilidad de la autoridad pública en la transmisión del VIH dentro de la prisión, presuponiendo que no la tiene fuera, donde sería exclusiva de la persona. Este argumento da a entender que si hay intercambio de jeringuillas en la calle, quien allí adquiere el VIH por vía intravenosa es porque no le da la gana protegerse: lo mismo se podría decir de las prisiones en las que hubiera estos intercambios. También de la transmisión por vía sexual cuando los condones son legales o incluso se regalan.

Llevamos ya casi dos décadas reclamando la implicación de todas las administraciones en la educación para la prevención del VIH ante toda la sociedad porque entendemos que es su obligación, y que cada nueva transmisión es también –aunque no sólo– su fracaso.

Rechazo que la disponibilidad de mecanismos de protección suponga una culpa individual de las transmisiones del VIH por prácticas no protegidas. La culpa no es una herramienta útil de prevención, sino parte inherente de la inhibición individual y colectiva ante la discriminación y el estigma. La culpa, en fin, destruye la autoestima personal y comunitaria necesaria para abordar el VIH +

10



# Niñ@s en Durban

**a**lgunos hechos: el 70% de las personas que viven con VIH en la actualidad (unos 20 millones) vive en el África Subsahariana sin acceso a tratamientos; 2 millones de personas fallecidas en este continente durante 1998; 12 millones de niñ@s african@s huérfan@s a causa del VIH.

... Y algunas palabras: "La mayor amenaza para el género humano" (Nelson Mandela); "El VIH está causando un holocausto entre la gente de color" (Winnie Madikizela-Mandela, activista sudafricana); "Se dice que aunque los antirretrovirales fueran gratuitos, no se podrían utilizar en según qué áreas. Médicos Sin Fronteras demuestra que sí es posible" (Dr. Eric Goemere – MSF).

Dispuesto a valorar lo que ha aportado la Conferencia del SIDA de Durban a la historia de esta pandemia nuestra, concluyo básicamente que, primero, poca cosa relevante en cuanto a avances científicos y de tratamiento y, segundo, una puesta de largo de la vergonzante, precaria e inhumana situación en que viven las personas con VIH en la mayor parte del planeta. Durban supuso una desesperada llamada a la solidaridad de los países ricos y famosos y de la comunidad VIH, porque conseguir vivir con el VIH de la mejor manera posible debería ser la meta en cualquier parte del mundo. Creo que es importante reivindicar el perdón de la deuda de los países pobres, establecer redes de comunicación y cooperación con sus activistas en VIH, impulsar proyectos de soporte (distribución de fármacos, por ejemplo), implicar a la industria farmacéutica, etc. Éstas y otras acciones deberían añadirse a los quehaceres de cualquier asociación o activista que se precie y anime de nuevo a las personas con VIH a entender que si te toca esta lotería te toca también la dicha de asumir una lucha política y social.

En cuanto a novedades científico-farmacológicas relevantes en el campo pediátrico, lo dicho, poca cosa. A saber:

● La presentación de los primeros datos sobre el uso de la formulación líquida del ABT-378/r (Kaletra<sup>®</sup>) en un grupo de 100 niñ@s de entre 6 meses y 12 años. El diseño del estudio dividió a los participantes en dos grupos, uno de 44 niñ@s naives a tratamientos y otro de 56 niñ@s pretratados pero naives a no-nucleósidos. En el grupo de los naives se añadieron d4t (Zerit<sup>®</sup>) y 3TC (Epivir<sup>®</sup>) a Kaletra, mientras que el régimen del grupo de niños pretratados se completó con uno o dos ITIN (sin especificar) y Nevirapina (Viramune<sup>®</sup>). Los resultados a 24 semanas

muestran que un 82% de niñ@s naives y un 66% de los pretratados se mantuvieron indetectables por debajo de 400 copias y de la incidencia de pocos efectos secundarios asociados a Kaletra. Por lo que hace al sabor, parece que no es gloria bendita pero que ningún/a niñ@ abandonó el estudio por este motivo. Si bien estos resultados resultan prometedores, me preocupa que junten niñ@s de edades tan diferentes y no hablen de variabilidad entre pacientes en cuanto a niveles de concentración de los fármacos en sangre.

● Presentación sobre el uso de Nelfinavir (Viracept<sup>®</sup>) junto con ddI (Videx<sup>®</sup>) y d4t (Zerit<sup>®</sup>) en niñ@s menores de 3 meses.

Datos recientes sugieren que los niños de entre 3 meses y 13 años de edad necesitan dosis de Nelfinavir entre 2 y 4 veces mayores que las equivalentes para adult@s y ahora este estudio sugiere que los menores de 3 meses requieren dosis mayores que las de los adultos o los niños de más edad e indica la existencia de una alta variabilidad del nivel de concentración de nelfinavir en sangre entre est@s pacientes. En este caso, ¿se puede saber a qué esperamos para incorporar en la práctica clínica el control sistemático de los niveles terapéuticos de fármacos (CTF)? El CTF sería particularmente importante en el caso de niñ@s nacidos con VIH que presentan altas cargas virales, un signo que se considera pronóstico de progresión a SIDA durante el primer año de vida. Estos niñ@s necesitan asegurar al máximo la eficacia del tratamiento que van a tomar y el CTF puede contribuir de manera significativa a conseguirlo.

● También se habló en Durban del desarrollo de niñ@s VIH- nacid@s de mujer VIH+. Un reciente estudio italiano comparó el desarrollo del sistema inmunológico de este grupo con el de niñ@s VIH- no expuest@s y concluye que hay un retraso en el desarrollo en los primer@s, además de ciertas respuestas inmunológicas que podrían sugerir que los niñ@s han estado expuestos al virus aunque no estén infectad@s. ¿Podría el estudio de esta respuesta inmunológica en niñ@s VIH- hijos de mujeres VIH+ conducirnos a algún tipo de tratamiento anti-VIH o quizás a una vacuna? +

NOTA: Entre las pocas respuestas críticas que he recibido destaca el comentario de que utilizo un lenguaje algo difícil. Yo intento ser más claro, pero vosotr@s, ¡hostia! (de buen rollo), ¡¡preguntad!!: [jmtomas@teleline.es](mailto:jmtomas@teleline.es) o a la dirección de Lo+Positivo.



YOLI  
R.

# Aislado@s

**Y**a de por sí, el manejo terapéutico de esta enfermedad es toda una aventura en cualquier lugar o con cualquier equipo, pero en una ciudad pequeña, como la mía, a veces las cosas se complican un poco más.

Nos situamos: pertenezco a la Comunidad Autónoma Canaria, en concreto a la provincia de Santa Cruz de Tenerife. Hago esta aclaración por la importancia que tiene en varios sentidos. La Comunidad se divide en dos provincias formadas por varias islas cada una: la provincia de Santa Cruz compuesta por Tenerife, La Palma, La Gomera y El Hierro y la de Las Palmas por Gran Canaria, Lanzarote y Fuerteventura.

Yo vivo en Tenerife, una de las dos Islas Mayores, a las otras cinco se las denomina Islas Menores y les aseguro que dicha consideración es trasladable a todos los ámbitos. Tal es el caso de la atención sanitaria en general. Consecuentemente, en lo que a atención VIH/SIDA se refiere, ya habrán podido concluir que no es lo mismo vivir en Tenerife o Gran Canaria que en La Palma o Fuerteventura, por ejemplo (doy por hecho que la diferencia entre vivir en Madrid o Barcelona, por un lado, y Tenerife o Gran Canaria, por otro, es evidente).

Profesionales y servicios especializados en VIH/SIDA puedes encontrar en las Islas Mayores. Del resto, por encontrar, cualquier cosa: por ejemplo un médico del Servicio de Medicina Interna del Hospital de La Palma quejándose a uno de los pacientes de su consulta de no recibir suficiente información. ¿Preocupante? Bueno, el historial de combinaciones de fármacos del chico en cuestión es de película de terror, y de la información sobre los efectos secundarios, qué les digo, mejor lo pasamos por alto. El nunca mejor dicho "afectado" decidió finalmente acudir a uno de los Hospitales de Tenerife. Recuerden: hay que tomar un avión.

La cuestión de lo tomas o lo tomas se extiende a todas las Islas Menores, en las que igualmente tendrás que tomar un avión si necesitas la ayuda de un Grupo de Soporte Emocional. Ahora ya se imaginan en qué Islas se pueden encontrar.

En fin, esto es lo que hay. Las ONG's tratamos de seguir cubriendo los huecos de la Administración, esta cantinela la conocemos todos, y se hace lo que se puede.

Sé con certeza que todas las Comunidades tenemos nuestras quejas y por esto me alegraré de recibir este número de Lo + Positivo, ya saben, mal de muchos ... Y es que aquí siempre nos hemos sentido un poco como "el último mono" del territorio nacional. Aquí todo llega un poquito más tarde, ya sean nuevos fármacos, tipos de pruebas, lo que sea.

En otro orden de cosas, y para complicarlo aún más, nuestro@s médicos casi siempre han sido bastante más conservador@s de lo deseable en todos los sentidos. Al menos, yo he tenido a menudo esa impresión.

Es posible que esto haya supuesto una ventaja en alguna situación, tal vez, aunque en general pareciera que su estrategia se redujera a observar los resultados de una combinación de fármacos administrados a pacientes en el resto de Comunidades para, tras comprobar su eficacia prescribirlos de manera estándar, cómo no, e indiscriminada a l@s suy@s. ¿Individualización? ¿Qué es eso?

En definitiva, quejas varias.

Masificación de las consultas, por citar. Me consta que también éste es un mal de muchos, lo que no sé es si en el resto de Comunidades te hacen las pruebas analíticas hoy y te dan cita para dentro de un mes y medio (o a los tres meses, si te pilla el verano por medio). Esto ocurre en uno de los Hospitales de Tenerife, por ejemplo, pero en el otro tardaron un poquito más en tener acceso a los tests de resistencias. O sea, la cosa se compensa.

Confidencialidad. Ésta es otra y no me voy a extender. Esto es como un pueblo y en los pueblos todo se sabe al final. Que si la enfermera es la hermana de fulanito o el médico residente iba contigo a la escuela. Hago este comentario muy a la ligera, pero estas tonterías pueden hacer que una persona VIH+ termine desplazándose (en avión) a cualquier isla.

Ventajas de las ciudades pequeñas en este sentido habrá algunas, pero éstas no me preocupan.

Repito, esto es lo que hay. ¿Alguien da más? +



12



En julio de 2002 se celebra en Barcelona la XIV Conferencia Internacional del SIDA. Desde ahora hasta esa importante cita, vamos a publicar regularmente artículos relacionados con este evento. Empezamos con un extracto de la traducción del inglés de la intervención del Coordinador Comunitario Local de BCN 2002 durante la pasada Conferencia Internacional, celebrada en julio en Durban (Sudáfrica).



# AUTOPISTA A BARCELONA

Amigos, amigas:

Hasta el momento pocas cosas han sido decididas por parte de los organizadores de la próxima Conferencia en relación con la participación de la Comunidad. Nosotros queremos que conozcáis, sin embargo, el compromiso de la Comunidad Local (CL) para con la XIV Conferencia Internacional del SIDA, que se celebra entre el 6 y 13 julio del 2002 en Barcelona, Cataluña, España. Este compromiso nace de nuestro propio sueño, es decir, de lo que nos gustaría ofrecer a la comunidad del VIH mundial, pero se encuentra limitado por nuestra posición en la estructura de toma de decisiones, donde tenemos que tratar y negociar con los organizadores de la Conferencia, lo cual incluye las ONG internacionales reconocidas como interlocutores oficiales por la Sociedad Internacional del SIDA (IAS).

Ahora os podemos hacer un breve resumen de los pasos que estamos dando hacia Barcelona 2002:

- Estamos, ante todo, aprendiendo de la experiencia. Hemos venido a Durban para formarnos opiniones motivadas sobre qué ha sido positivo, qué negativo y qué innovaciones son necesarias.
- Estamos discutiendo y definiendo los procesos de trabajo, o lo que es lo mismo, los modelos de participación comunitaria desde la perspectiva de la Comunidad Local: la CL tiene el compromiso de utilizar mecanismos horizontales de intercambio y aportación frente a estructuras piramidales.

El Programa Comunitario general será diseñado, imaginamos, para abordar los temas más candentes en todas las partes del globo, pero permitidme que os adelante las líneas de trabajo que desembocarán en el Programa Comunitario Local:

① Mostrar qué hace la CL: la Comunidad catalana y la española seleccionarán algunas de las iniciativas que llevan a cabo para afrontar los retos del VIH en nuestras sociedades. Ni las mejores, ni las más originales: sencillamente, las nuestras.

② Dar prioridad a la cooperación en dos áreas regionales:

## EL MEDITERRÁNEO

- ① Tenemos que amplificar los altavoces para que se oiga la voz de los usuari@s y ex-usuari@s de drogas, incluyendo la de aquell@s que se encuentran en prisión.
- ② Hay que prestar más atención a las poblaciones móviles y su relación con el VIH: desde el Norte de África a España y Francia y de los Balcanes a Italia.
- ③ Debemos sacar a la luz la epidemia oculta de la coinfección entre el VIH y la hepatitis C: en algunas grandes ciudades españolas, entre un 50 y un 70% de las personas seropositivas que utilizan los servicios de salud están coinfectadas con la hepatitis C.

## LATINOAMÉRICA

① En los países de habla hispana, los hombres gays y bisexuales y las personas transgénero están fuertemente discriminad@s y oprimid@s, lo que ha demostrado ser un co-factor de riesgo para la transmisión del VIH y para una esperanza y calidad de vida más pobres de los que son seropositiv@s. Sólo en México, 90 hombres son asesinados cada mes por el simple hecho de ser gays, bisexuales o VIH+.

② Como en otras partes del mundo, las mujeres latinoamericanas están minorizadas debido a una falta de capacitación, autoestima y recursos. Es nuestra obligación desafiar la cultura machista que bloquea la habilidad para negociar el sexo seguro y se ha convertido en un co-factor clave para la transmisión del VIH.

③ Junto con nuestros compañer@s de Latinoamérica hemos detectado la necesidad de desarrollar el activismo de tratamientos del VIH en sus países de origen. Entender los ensayos, cuál es una combinación terapéutica óptima o qué es la resistencia no es sólo una cuestión occidental: cuando las personas luchan por el acceso a tratamientos, quieren saber por qué están luchando.

Vamos a dedicar un cuidado especial a implementar sistemas activos de evaluación por parte de los usuarios del Programa Comunitario Local. Cuando los informes los redactan los responsables de diseñar y llevar a cabo los programas, habitualmente destacan los aspectos positivos de su propio trabajo. Escucharemos sobre todo a aquell@s para los que se pensó el programa de actividades.

Así pues, el PCL y nuestra contribución al Programa Comunitario general serán el resultado de este compromiso en cuanto a procedimientos, contenidos y evaluación. Una vez en Barcelona en el 2002, cada vez que veáis la marca Comunidad Local, os rogamos que comprobéis que estamos cumpliendo con nuestras obligaciones.

Para acabar, queremos anunciaros nuestro compromiso más importante y valioso, y que es un componente esencial de la marca CL en la XIV Conferencia. Lamentablemente, amigos y amigas de América Latina, no he podido dirigirme a vosotros en la lengua que tenemos en común, el castellano. Tened por cierto que cuando nos volvamos a encontrar en el 2002, lo haré. Muchas gracias a todos y a todas y nos vemos en Barcelona +

Joan Tallada  
Durban (Sudáfrica), 13 de julio de 2000



13



# Shakespeare no sabía cuántos eran



**También fuera de la gran ciudad se puede hacer cultura del VIH. En este ejemplo (y que cunda), dos personas implicadas en la puesta en escena de una obra de teatro estrenada este verano en Zamora nos acercan su experiencia.**

«Érase una vez que se era (y aún sigue siendo), un diminuto planeta que flotaba entre miles de planetas que, a su vez, flotaban entre miles de galaxias que flotaban en el espacio infinito...»

Así comienza *Shakespeare no sabía cuántos eran*, algo más que una obra de teatro, ya que supone el esfuerzo y la ilusión de voluntari@s procedentes de diferentes estilos artísticos, con ganas de provocar y de cambiar las cosas desde la belleza. Una obra original desde el principio al fin.

El objetivo: llegar a mucha gente, hablar de VIH/SIDA, ponernos en el pellejo de las personas que viven cerca de la situación. Al igual que este mundo es heterogéneo, así quería ser la obra y así queríamos que fuera el público que asistiera.

Un pequeño aviso... ¿cómo se llama la protagonista? No tiene nombre, ponle el tuyo, tú serás el/la protagonista. Partiremos de alguien que piensa que el SIDA no tiene nada que ver con él y que de repente se ve muy directamente relacionado con el SIDA. ¿Ahora te lo planteas?

- Piensa que te puede pasar a ti.
- No lo creo, chata [sacando un condón]; yo siempre uso esto.
- No sólo hay que usar esto, hay que SABER USAR esto. Además, tú qué te crees ¿qué todo el mundo al salir de casa se asegura de coger el móvil, los condones y las llaves? ¡ja!....., ¿sabes? Me atrevería a asegurar que nunca te has planteado que ahora mismo tu cuerpo podría ser portador del VIH. ¿Lo has hecho?...

(conversación inicial)

Preguntas y respuestas, un viaje por el mundo de los sueños que no está en otro lugar sino en nuestro interior.

«...¿Es ilusión, todo es sueño!  
Una pesadilla que me ataca durante el desvelo poniendo corazón frente a consciencia, razón y sinrazón batiéndose en duelo.  
Suplico al destino que no sea esta dolencia mas que rocío en el bosque de mis miedos; eco impertinente de algún presentimiento tonto o un enredo más, de ese tipo de enredos que tanto preocupan pero que al fin pasan tan pronto.»

(el desgarro interior de Sero)

Quizá en las grandes ciudades el SIDA social no se note apenas, pero nosotros no lo creemos así. Podemos vivir en el anonimato, pero ¿de qué sirve cuando se tiene todo el miedo del mundo dentro? En muchas ocasiones el anonimato puede ser la llave que nos abra la puerta hacia la libertad, pero en las ciudades pequeñas éste se convierte en el candado que nos cierra cada vez más. La clave no es ésa y así lo intentamos explicar en la obra; la clave está dentro de cada uno, es ahí donde hay que buscar.

Quiero terminar dando las gracias a todo el equipo por el trabajo duro que realizasteis, la obra es vuestra. Perdonadme por no citaros uno a uno, porque os lo merecéis, pero esta vez el protagonista tiene que ser Sero.

**Elena Rodríguez**  
Coordinadora del espectáculo

«*El teatro es la vida en directo*», pero ahora no es tiempo de explicar lo que es el teatro. Sólo quiero deciros lo que significa para mí hacerlo y como me he sentido representando esta obra.

Soy Alfonso, soy seropositivo desde hace tiempo. No es la primera vez que hago teatro, me propusieron participar en esta obra y estoy muy agradecido por ello. Somos muchas personas en el equipo, 30 por lo menos, y el único "sero", que se sepa, soy yo.

Sentí ansiedad por decir al grupo que era seropositivo, nos estábamos formando en SIDA y no podía mantenerme callado. Estábamos creando la obra, mi papel no era el de "Sero", pero sentía la necesidad de poner en boca de Cristina (que es quien lo interpretaba) las palabras de Sero, mis palabras, aunque la obra la escribiera María. Y me sentí aceptado, contento, aliviado y sobre todo libre. A partir de aquí todo fue motivo de alegría, motivación y creación.

Siempre que se hace una obra se dice que es la mejor, pero ésta no tiene color ni lo tendrá nunca por el tema que tratábamos, much@s me entenderéis perfectamente. Cuando se bajó el telón y pude saludar a toda mi gente, estaba flotando. Es una sensación que no puedo describir.

Sólo me gustaría decir, para terminar, que cuando leas esto te animes, no estés de bajón porque no merece la pena. Piénsalo, ¿por qué no vas a poder hacer cosas como una obra de teatro o una salida por ahí con mucha gente?; lo que quieras: no hay barreras.

**Alfonso López, actor**

14



# Nace Puente Latino

**E**n 1999, el Gobierno de Chile, un país que carece de sistema público de salud, cedió a las presiones de un grupo de activistas y estableció las primeras 125 terapias combinadas costeadas por el presupuesto estatal. Este grupo había sido impulsado y liderado por un hombre seropositivo que vivía en Santiago de Chile y que había podido dedicarse a ello gracias a que estaba recibiendo su propio tratamiento a través de un programa de donaciones de medicamentos a Latinoamérica desde EE UU. Este programa es una iniciativa de AID4AIDS (AID FOR AIDS, o Ayuda para el SIDA) de Nueva York, que envía a los países del Sur de América los antirretrovirales desechados en el Norte. Ahora, AID4AIDS ha llegado a un acuerdo con gTt para ampliar la recogida al territorio español.

En otoño de 1996, en la ciudad de Nueva York, comienza la idea del reciclaje de medicamentos, gracias al caso de una madre desesperada que, tras vender todo cuanto poseía, se trasladó hasta a esta ciudad con la intención de buscar ayuda, pues tanto su hijo como su nuera habían sido hospitalizados por neumonía como consecuencia de su avanzado estado de SIDA. En aquel momento, en el Hospital San Vicente de Nueva York trabajaba Jesús Aguais y éste, gracias a medicamentos que tenía recolectados de sus pacientes, pudo ayudar a esta señora. Esta experiencia le llevó a concluir que tal actividad, la debía llevar a mayor escala y fue lo que marcó el nacimiento de AID4AIDS.

Hoy, AID4AIDS es una organización sin ánimo de lucro que atiende a 240 personas en 16 países entre Latinoamérica, el Caribe y Asia, y que ha podido crear una red de recolección de medicamentos en Estados Unidos y Canadá utilizando Internet, prensa escrita y visitas directas a agencias que trabajan con personas con VIH/SIDA. A su vez, distribuye folletos informativos por correo a más de 500 organizaciones y, gracias al crecimiento del Programa, tiene oficinas en Venezuela y Perú, y en septiembre habrá abierto oficinas en Santiago de Chile y Santo Domingo (República Dominicana).

El punto de enlace con Latinoamérica y el Caribe es Venezuela. Los gastos de la oficina de Caracas son cubiertos por el Ayuntamiento, mientras que el Gobierno les concedió un permiso para recibir medicamentos desde el extranjero. Una vez allí, se redistribuyen por los países de la zona.

Los beneficiari@s de este programa de ayuda se eligen según parámetros clínicos y de laboratorio, que se obtienen tras cumplimentar un formulario de solicitud para el ingreso al programa. Los requisitos que se piden son: los datos del paciente y del médico, una prueba de anticuerpos de VIH+, historia médica, un recuento de CD4 de menos de 350 células/mm<sup>3</sup>, demostración de falta de recursos económicos propios suficientes, prueba de carga viral (no obligatoria) y copias de las recetas. Toda esta información es enviada por fax o correo y, una vez recibida, es procesada y confirmada por los diferentes representantes en Latinoamérica y el Caribe; si el medicamento prescrito está disponible, la persona ingresa en el llamado *Programa de Alcance con Latinoamérica*.

Una vez aceptad@s, se pide a los pacientes que se sometan a revisiones semestrales, que incluyan pruebas de recuento de CD4 y de carga viral, con el fin de mantener el seguimiento y control de la evolución y el desarrollo del tratamiento en cuestión. Asimismo, las revisiones permiten medir la eficacia del programa y contrarrestar la posible redistribución de medicamentos a personas que no pertenezcan al programa así como la posible venta de los fármacos donados.

AID4AIDS entiende que el reciclaje de medicamentos no supone una solución definitiva al problema, pero sí un gran esfuerzo que merece el apoyo de mucha gente, ya que un grano no

hace arena, pero muchos sí. Por ello, esta organización está trabajando continuamente y apoyando a aquell@s activistas que de una u otra forma quieren formar parte del proceso de cambio, pues desean ayudar a que en sus comunidades se produzca una transformación de conciencias que permita establecer reformas en las políticas referentes al SIDA aplicadas por los diferentes gobiernos de los países menos favorecidos, y en especial Latinoamérica.

gTt, la organización editora de Lo+Positivo, se incorpora a partir del 2 de noviembre de 2000 a este proyecto internacional con la intención de ejercer de puente de enlace entre España y Latinoamérica.

Para dar los medicamentos que ya no usas a **Puente Latino** sólo tienes que llamar al **933 171 685** (totalmente confidencial). MRW se encargará de efectuar la recogida donde y cuando nos digas, sin ningún cargo para ti.

Ser solidari@ sólo te cuesta una llamada.





# Fuera de la gran ciudad

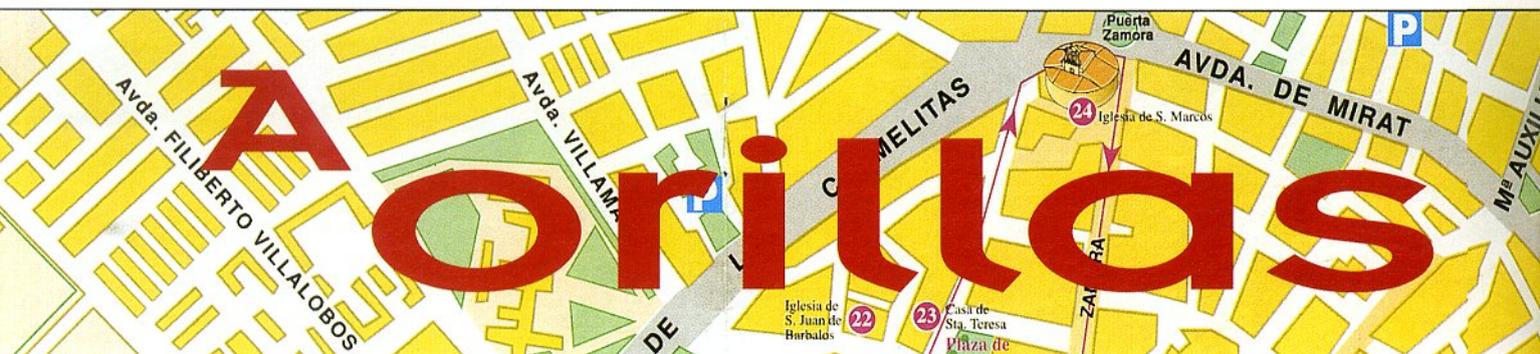
**H**abitualmente, cuando abordamos la situación del VIH en España y nos referimos a estándares de cuidados clínicos, a recursos asistenciales o a cualquier otro aspecto relacionado con la calidad de vida de las personas seropositivas, solemos, por defecto, reflejar la realidad que se observa en grandes ciudades como Barcelona, Madrid, Valencia, etc. Aunque eso no significa que en estas capitales se viva en el mejor de los mundos, sí sabemos que la concentración de recursos en estos grandes núcleos de población y la escasez de proyectos de ámbito estatal o de coordinación que se realizan desde ellos deja al descubierto, en muchas ocasiones, las

necesidades de otr@s seropositiv@s que han nacido o han elegido vivir en otros lugares de nuestra geografía. Esta vez Lo+Positivo ha querido acercarse a la realidad de las personas seropositivas que viven en ciudades medianas o pequeñas. Hemos recibido numerosas llamadas de diferentes puntos del país, pero por razones obvias no hemos podido satisfacer a tod@s aquell@s que de forma voluntaria se han ofrecido para dar su testimonio. Por ello, de antemano, agradecemos vuestra colaboración y esperamos que este reportaje resulte interesante para muchos de vosotr@s. Las dos ciudades protagonistas, en esta ocasión, son Valladolid y Salamanca +



17





**V**alladolid, con alrededor de cuatrocientos mil habitantes, es en la actualidad la capital administrativa de Castilla-León. Las personas VIH+ que allí viven disponen de asistencia sanitaria en dos centros públicos y de los servicios que ofrecen organizaciones como el Comité Ciudadano Anti-Sida, Proyecto Hombre o Cáritas. En las páginas siguientes, cuatro vallisoletanos seropositivos toman la palabra y, a través de un recorrido por sus experiencias personales, reflexionan sobre diferentes aspectos de la sociedad en la que viven, como la visibilidad de las personas VIH+, la relación entre iguales, los recursos disponibles o la calidad de la asistencia sanitaria. Además, os ofrezco el resultado de una pequeña investigación que, personalmente, realicé en el Hospital Clínico.

Paco es el más veterano de los cuatro. Recibió su diagnóstico VIH+ en 1983 y a sus cuarenta y tres años ha visto un poco de todo. Aunque es vallisoletano de nacimiento, pasó largas temporadas fuera de su ciudad debido a su profesión de soldador. En 1989 volvió definitivamente a Valladolid. «Al principio tuve muchas historias. Hubo gente que me aceptó bien, después otr@s me decían que sí a la cara, que no les importaba y después me enteraba que a mis espaldas decían no querer salir conmigo por ser una persona portadora, por haber estado en la cárcel y por drogadicto. Me evitaban y además se lo iban diciendo a otr@s. Fue muy jodido. Crees que vas bien con la gente y de pronto te ves rechazado de estas maneras. En aquel momento decidí quedarme en casa jugando con mi ordenador». Ahora, después de más de diez años, Paco trabaja como colaborador en Proyecto Hombre, una organización de ayuda a l@s

usuari@s y ex-usuari@s de drogas, facilitando grupos de ayuda mutua y dando charlas sobre VIH.

Julio supo que era seropositivo en 1992 tras ingresar en el hospital por una colitis ulcerosa. Hasta hace muy poco, la única persona que ha tenido conocimiento de ello ha sido su madre. «Ella quiso que no se lo dijera a mis hermanas y me pareció bien». En la actualidad Julio, con cuarenta y siete años cumplidos, está intentando impulsar una asociación de y para personas seropositivas pues según él: «No hay un espacio en Valladolid donde me sienta cómodo como seropositivo. En cualquier otra faceta de mi vida he encontrado un espacio, pero en ésta no existe ni en el ámbito oficial, ni en el particular, ni nada».

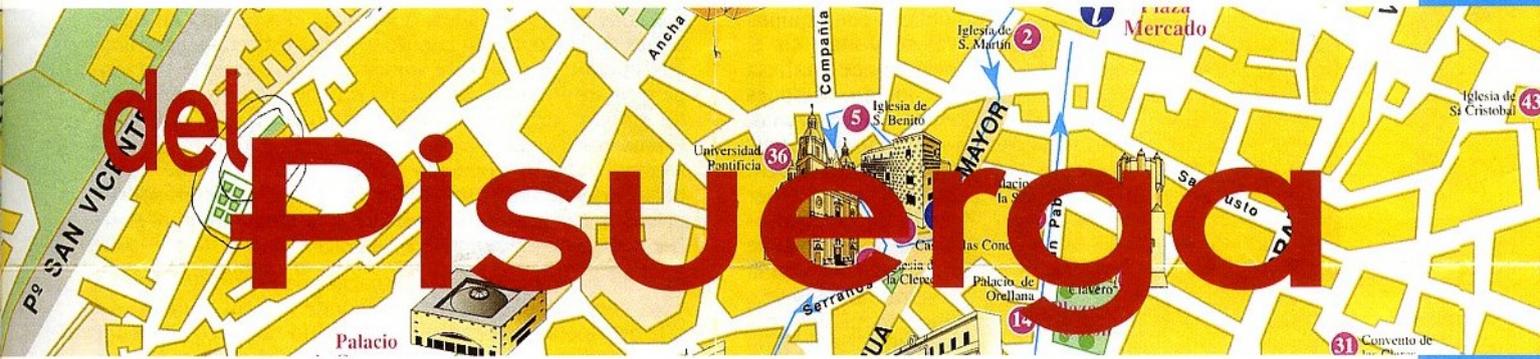
Juanjo parece haberse tomado las cosas con más calma: «Yo nunca me he preocupado de si miran o no; de si me conocen o no; de si saben o no saben. Me da igual, pero tampoco me he puesto nunca un cartel. La gente que no me ve con buenos ojos tiene un problema basado en su ignorancia y su propia mezquindad. Pero yo no voy a cambiar la sociedad, ni lo pretendo.» Y añade: «Me preocupo de mi y de mi enfermedad y no de lo que piensen los demás». Este vallisoletano de treinta y cinco años fue diagnosticado VIH+ hace once y, aunque confiesa haber tenido una vida muy ajetreada, dice estar viviendo un momento dulce: «Hace siete años salí de la cárcel y empecé a ir con una chica que hasta la fecha sigue conmigo». Ahora, con una pensión no contributiva, vive con su familia en una población de la periferia, «una zona bonita y tranquila», afirma.

Val tiene treinta y seis años, es homosexual y ha vivido siempre en Valladolid. Desde 1992 sabe que es seropositivo



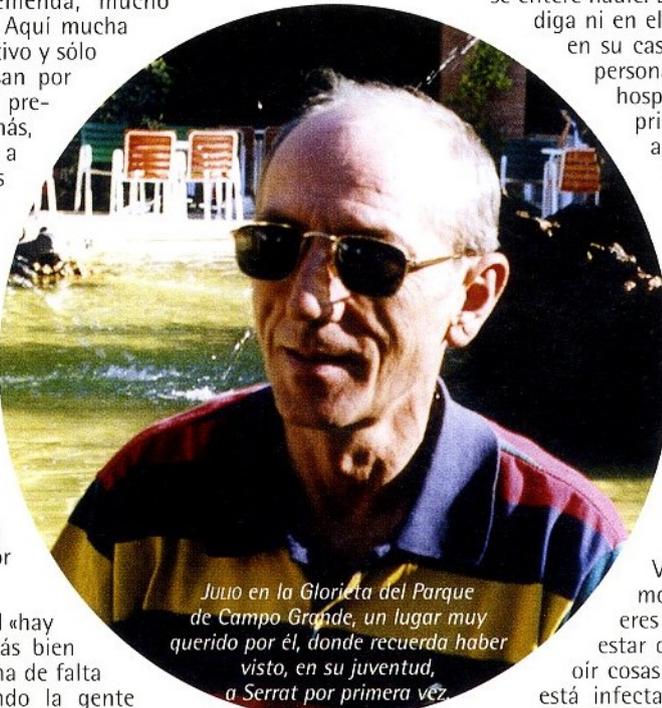
18





y durante los últimos ocho años ha contado con el apoyo de su familia y de un par de personas: su anterior pareja y una amiga, amb@s VIH+. Pero más allá, le ha sido difícil encontrar ayuda: «He pasado muchísimas depresiones solo». El año 2000, no obstante, está significando un paso más allá en su vida. Gracias a internet, ahora comparte su seropositividad con gente de otros lugares en el 'Chat Positivo' de ACTUA, espacio creado específicamente para personas VIH+. Este año Val, que ha pasado unos días de vacaciones cerca del mar invitado por uno de sus colegas internautas, ya no se siente solo sino todo lo contrario: «Gracias a esta iniciativa hemos montado nuestro propio grupo de autoapoyo».

Los cuatro han tenido trayectorias bien distintas, pero todos han experimentado la soledad, ya sea como opción o por obligación. Para Juanjo el problema es «una falta de comprensión tremenda, mucho miedo y mucha ignorancia. Aquí mucha gente sabe que soy seropositivo y sólo algunas personas se interesan por cómo estoy, las hay que ni preguntan, no les importa; es más, si pueden me ponen verde a mis espaldas. Con mis amigos de antes tampoco tengo relación, sólo eran amigos para irse a pinchar y de juergas, nada más. Lo de la amistad es muy relativo...Yo cuando tengo un problema voy al Comité Ciudadano, allí conozco a Isabel, M<sup>a</sup> Luisa, Alberto y Claudio. Así que de vez en cuando les voy a dar la paliza. Si no hubiera sido por ellos no sé qué habría sido de mí, pues cuando los conocí yo ya daba todo por perdido».



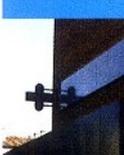
*Julio en la Glorietta del Parque de Campo Grande, un lugar muy querido por él, donde recuerda haber visto, en su juventud, a Serrat por primera vez*

Paco piensa que en su ciudad «hay una mentalidad pobre y más bien cerrada debido a un problema de falta de información; pero cuando la gente tiene acceso a ella, saben lo que hay y te aceptan, no te ponen trabas». De todas formas muestra su preocupación por las dificultades del momento: «Hoy en día hay una vuelta a ideas muy dictatoriales. Es algo muy extraño, pues las viejas ideas de derechas vuelven a salir: la religión, la familia, el patriarcado y todas esas historias que ya no tienen sentido; sobre todo de mano de la Iglesia Católica, que se mete en todo. Aquí tiene mucho poder: es una de las ciudades de Castilla con más iglesias, conventos, seminarios, etc.» A pesar de los inconvenientes, Paco se confiesa un enamorado de Valladolid: «Es una ciudad que me gusta para vivir.» Él se siente afortunado, pues a través de su trabajo en Proyecto Hombre ha conocido a dos personas que en este momento son sus amigos más cercanos. Con uno de ellos comparte casa: «Mi compañero de piso no es seropositivo y no tengo ningún problema con él. Nos repartimos las tareas de la casa por igual, comemos lo

mismo, utilizamos el mismo servicio; es decir, lo normal o lo que debería ser normal». Por otro lado, en el terreno afectivo y/o sexual las cosas no le han ido tan bien hasta la fecha: «Tuve dos novias y las dos murieron de sobredosis en mis brazos. Ahora tengo relaciones esporádicas. Si conozco a alguien, nos acostamos y luego no nos volvemos a ver. Tomo mis precauciones, no les digo que soy VIH+ y punto».

Julio, quizás el más inconformista de todos, mantiene que socialmente no han cambiado las cosas en muchos años y afirma con evidente enfado: «En Valladolid se vive una época de torquemadismo, pero mucho más subliminal. Aquí, como en muchas otras zonas de España, estamos pueblerinizados». Para Julio, parte de la responsabilidad es de l@s mism@s seropositiv@s: «L@s que estamos infectad@s estamos en la circunstancia de no querer saber ni nosotr@s mism@s lo que nos pasa y no queremos que se entere nadie. Es habitual que la gente no lo diga ni en el trabajo, ni a l@s amig@s, ni en su casa, y lo vivan solos. Ves a las personas acudir a la consulta del hospital como despavoridas, con prisa, desconfianza y miedo. Van al médico y no quieren saber nada más. Esta mentalidad nos perjudica y, en definitiva, l@s beneficiad@s de que nosotr@s no sepamos quiénes somos son la administración, l@s médicos, la industria, la sociedad y la economía en general».

Para Val, a quien visité mientras disfrutaba de sus vacaciones en la playa, los últimos años han sido un auténtico calvario. Se lamenta de que «en Valladolid hay un rollo malísimo y no puedes ir contando que eres seropositiv@. Así que hay que estar de tapadillo, pues es habitual oír cosas como 'cuidado con es@ que está infectad@'. Mis amigos se van de fiesta y se toman unos cubatas y yo no puedo tomarlos, ni puedo estar hasta las cinco de la mañana de marcha; o sea que tengo que cortarme de muchas cosas y tampoco puedo estar dando explicaciones continuamente; uno no sabe cómo van a caer, si bien o mal. Entonces me evito el trago de que caigan mal para conservar los amigos, aunque sea de tapada, pero me encuentro con una soledad muy grande. Aunque mi familia me apoya, no son demasiado conscientes de la gravedad del asunto, creen que es una enfermedad que está curada, normalizada, por culpa de todos los mensajes erróneos que dan ahora en televisión; es decir, piensan que si tomo bien los fármacos voy a morirme de otra cosa menos de esto y ya está». Cuando le pregunto sobre sus relaciones afectivas y/o sexuales, responde con contundencia: «No tengo, estoy cerrado desde que mi pareja me dejó en febrero del año pasado.»



## en persona

En Valladolid existen dos hospitales públicos con equipos especialistas en VIH. Paco, Julio y Val se visitan en el Hospital Clínico; Juanjo, en la Residencia, donde confiesa no tener ningún problema y encontrarse cómodo: «Después de sacarme sangre para los análisis, como estoy en ayunas, bajo al bar a comer algo y allí mismo me tomo mis pastillas. Sé que habrá alguien que se quede con la movida pero me importa tan poquito...». Se siente satisfecho por tener una buena relación con su médico, el doctor Bachiller, aunque admite que lo suyo le ha costado: «Al principio tuve problemas porque no me trataban bien; sobre todo con la enfermera, con quien tenía frecuentes peloterías. Una vez, estando ingresado, tuve una conversación con mi médico y a partir de entonces todo cambió. Ahora me tratan muy bien.» Y añade: «Con el resto del personal sanitario no tengo problemas, y eso que en los papeles que me dan para hacerme pruebas, como por ejemplo una radiografía, pone que soy VIH+».

A pesar del optimismo con el que ahora afronta su vida, Juanjo reconoce estar un tanto preocupado. Su recuento

nos conviene es trabajar». A pesar de ello respeta las decisiones de su doctor en cuanto a temas estrictamente clínicos, aunque dice sentirse «única y exclusivamente tratado, pero no informado». En más de una ocasión no ha obtenido ninguna explicación sobre las pruebas a las que se le estaba sometiendo, como cuando «vas a que te den las recetas y están cogiendo sangre para algo que están haciendo y te sacan seis tubos de sangre que ellos sabrán para qué los quieren. Seguro que será para algo muy positivo y muy necesario, pero no te dicen nada».

Al pedir su opinión sobre el espacio que el hospital destina a las personas seropositivas, responde con rotundidad: «La sala de espera de la consulta es un sitio tan poco acogedor que si hablas con alguien se entera todo el mundo. Así que allí nadie habla.» Lo cual es una lástima, a su parecer, pues considera que sería un lugar ideal para tener contacto con otras personas seropositivas. Se queja, además, de que «en la mesita que hay en la consulta encuentras revistas de familia cristiana. Yo no lo sé, pero se dice en Valladolid que l@s médicos del equipo simpatizan con el Opus Dei». Y



20



JUANJO en la Plaza Mayor de Valladolid.

de CD4 es muy bajo y no ha conseguido mantener su carga viral indetectable. «He tomado muchos fármacos y he tenido muchos efectos secundarios: cólicos nefríticos, diarreas, pancreatitis, etc. Ahora estoy con una polineuropatía, que por lo visto no se cura y encima también tengo síntomas de desnutrición». Sin embargo, se considera afortunado por haber sido una de las primeras personas en Valladolid en tener acceso a un test de resistencias. «En diciembre, cuando estuve ingresado, me hicieron una de estas pruebas porque ya no sabían qué darme. Tardaron mucho porque lo enviaron a Madrid: fueron tres meses de espera».

Julio, por su parte, se muestra mucho más crítico con su centro sanitario, el Hospital Clínico, y con los servicios que recibe. «Me siento totalmente desconectado de mi médico. Si le hablo de que estoy buscando trabajo, de que no encuentro y de toda la preocupación que eso supone, se me queda mirando y me responde que él siempre ha pensado que a nosotr@s, a las personas que estamos así, lo que más

añade: «Las revistas que a mí me interesan, como *Lo+Positivo* o *Jano*, las tienen metidas en una vitrina y si no se las pido, no me las ofrecen.» En 1992 estuvo ingresado en la planta undécima y este lugar tampoco le dejó un buen sabor de boca, sobre todo por la sensación de encierro que recuerda: «En esta planta, las entradas y salidas están controladas mediante una puerta bloqueada».

Val también quiere expresar abiertamente su desagrado por el espacio destinado a sala de espera: «Está en un lugar de paso, en una salida de ascensores», exclama, «y allí nadie habla, pues no sabes quién va a entrar por la puerta, así que la gente espera en silencio y ya está. Me gustaría que tuviéramos una sala de espera con más intimidad, donde la gente se sintiera a gusto», aunque su percepción no es muy optimista, pues, según él «las mismas personas seropositivas no hacen ningún esfuerzo para comunicarse entre sí, e incluso conociendo a alguien del hospital, a otr@ paciente como tú, no es frecuente saludarse en la calle».



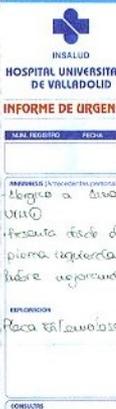
Clinicamente, Val se siente bien tratado, aunque desconoce si en su centro existe algún/a especialista en nutrición o algún tipo de ayuda psicológica para personas VIH+, porque nunca se ha planteado una consulta en ese sentido, pero tampoco se lo han ofrecido. «Cuando estás ingresado, te tratan, te dan el alta y adiós, hasta la próxima».

En los últimos años Val ha tenido que cambiar de terapia en bastantes ocasiones: «Unas seis o siete, ahora no me acuerdo». Lo que más le importa es conseguir mantener al virus indetectable en sangre, ya que hasta la fecha no ha sucedido y sus CD4 no llegan a cien, a pesar de lo cual se mantiene optimista respecto al futuro: «Espero que mi nueva terapia funcione».

Paco se siente a gusto en su hospital y se considera afortunado pues «tanto la Dra. Gilabert como el Dr. Del Pozo son muy buena gente. Llego a la consulta, me siento, les digo lo que hay y ellos también. Hablamos claramente, sin tapar nada». Paco, que está también infectado por el virus de la hepatitis C (VHC), dice sentirse participe de las decisiones que ellos toman sobre su tratamiento y se muestra orgulloso cuando cuenta que ha sido el primero en su centro en tener acceso a un test de resistencias: «Mis doctores después de haberme dado todos los fármacos posibles decidieron retirar mi última terapia (Crixivan, Epivir y Viramune) y realizar un test de resistencias. Llevo tres meses esperando los resultados mientras tanto estoy tomando dos fármacos: Videx y AZT. Me han planteado también el tratamiento del VHC pero de momento me da miedo». En general, Paco se siente satisfecho con los servicios que recibe en su hospital, aunque le costará olvidar las más de cuatro horas que tuvo que esperar en urgencias el día que acudió con un cólico nefrítico.

Llevado por la curiosidad y las ganas de contrastar la información que había recibido, pensé que sería bueno acercarse al menos hasta uno de los centros públicos, así que anduve una mañana de visita por el Hospital Clínico, que atiende a más de doscientas cuarenta personas VIH+.

Casualmente, gracias a la aparición de uno de esos episodios infecciosos recurrentes a los que, a nuestro pesar, much@s de l@s seropositiv@s estamos acostumbrad@s, tuve el pretexto para acercarme al servicio de urgencias. Con mi correspondiente tarjeta sanitaria en mano me dirigí al mostrador de recepción donde se tramitó mi admisión en calidad de viajero. Pasé a la sala de espera y en menos de diez minutos fui atendido por los médicos de puerta. El diagnóstico y su tratamiento fueron ratificados y el trato fue cálido y profesional. Tuve suerte.



Menos agradable fue cuando un guardia de seguridad del centro me increpó después de haber sacado fotografías de la fachada, argumentando que había incurrido en algo ilegal y desoyendo mis explicaciones acerca de la extrañeza que me producía el hecho de que se prohibiera tomar instantáneas desde la calle. Me negó el acceso hasta que él pudiera hablar con dirección y tras unos segundos de confusión, me identifiqué, se aclararon los hechos y pude conservar mi carrito en la cámara. No fue posible, sin embargo, librarme de la compañía de Pedro, el guardia que según órdenes de dirección debía vigilar mis pasos por el hospital. Con tal aguerrido escolta me dispuse a visitar la consulta VIH donde la enfermera que me recibió, sor Teresa, frustró mi intención de hablar con alguno de los médicos del equipo, argumentando que dos de los doctores estaban de vacaciones y el tercero, el Dr. Rodríguez, tenía mucho trabajo. Así que acepté mantener una breve conversación con ella, siempre bajo la atenta mirada de Pedro, en un despacho grande y luminoso, junto al pasillo o sala de espera. Obtuve la confirmación de que hay pacientes, aunque pocos, tomando biterapia, pero «la mayoría están con tres fármacos y algunos con cuatro», puntualizó sor Teresa, que en respuesta a mis preguntas confirmó que en el Clínico

Julio: «No hay un espacio en Valladolid donde me sienta cómodo como seropositivo. En cualquier otra faceta de mi vida he encontrado un espacio, pero en esta no existe ni en el ámbito oficial, ni en el particular, ni nada.»



## en persona

existe asistencia social específica para personas VIH+, aunque no sucede lo mismo con la ayuda psicológica o dietética (tras cursar la correspondiente interconsulta debe uno confiar en que el especialista tenga conocimientos sobre el VIH y sus tratamientos). Y a su parecer, los resultados de las pruebas de resistencia se demoran bastante «porque hay que enviarlas a un laboratorio de Valencia».

El Comité Ciudadano Anti-Sida de Valladolid, que comparte local con ACLAD (Asociación Castellano-Leonesa de Ayuda al Drogadicto), trabaja la prevención a través de programas de intercambio de jeringuillas en un centro de día, de campañas informativas puntuales, de charlas en escuelas, etc. Según cuenta Isabel, que ejerce como psicóloga en esta asociación, las cosas no son nada fáciles: «Para realizar las campañas de prevención, del uso del preservativo, sólo contamos con nuestros propios recursos y el trabajo de l@s voluntari@s. Es muy triste tener que ir a las escuelas con cuatro transparencias debajo del brazo». Al otro lado del prisma, el Comité Independiente Antisida de Valladolid da charlas también en colegios y realiza campañas de prevención en defensa del matrimonio, la fidelidad y la abstinencia sexual para las personas seropositivas. «Son un grupo de médicos que están muy interesados en difundir la idea de que el preservativo es poco seguro, lo que nos ha hecho el trabajo muy difícil porque se ha creado mucha confusión, incluso con el mismo nombre de la asociación», cuenta Isabel.

El Comité Ciudadano también ofrece apoyo psicológico y jurídico a las personas seropositivas, aunque en mi conversación con Val, éste lamentó la ausencia de un grupo abierto donde pueda sentirse cómodo cualquiera, pues cree que la relación con ACLAD determina unas políticas básicamente dirigidas a exUDVP. Según él: «Lo tienen todo junto y revuelto».

Julio cree que la labor del Comité Ciudadano es buena, pero no facilita que las personas seropositivas puedan mantener contacto entre sí y participar de forma más activa en la consecución de sus objetivos: «Les viene muy bien el estado actual de las cosas y que siga todo así, y que nosotros sigamos en esta diáspora, que existimos pero no existimos. Las personas VIH no están organizadas: por ejemplo, el día

**Juanjo:** «Yo nunca me he preocupado de si miran o no; de si me conocen o no; de si saben o no saben. Me da igual, pero tampoco me he puesto nunca un cartel. La gente que no me ve con buenos ojos tiene un problema basado en su ignorancia y su propia mezquindad. Pero yo no voy a cambiar la sociedad, ni lo pretendo.»

uno de diciembre van quince a la Plaza Mayor con la pancarta y de l@s quince, catorce son seronegativ@s». Para intentar cambiar esta realidad, Julio, desde hace un tiempo, ha decidido hablar con cuantas personas VIH+ estén a su alcance en Valladolid para sentar las bases de una

futura asociación para la defensa de los derechos de l@s seropositiv@s: «Deberíamos poder demostrar que somos personas normales que hemos tomado conciencia y nos preocupamos de nuestra situación, para lo cual necesitamos un organismo vivo creado por nosotr@s en el que podamos tener confianza, una asociación en la que tengamos más participación y menos tutela».

La estrategia de Julio consiste en identificar a personas seropositivas y facilitarles una hoja donde expone estas ideas e invita a la participación, lo cual no le está resultando nada fácil. «En el Comité Ciudadano me dejaron sacar algunas

copias de esta hoja, pero me dijeron que sus recursos eran limitados. Intenté colgar alguna en la consulta pero no fue posible. Fui advertido de que al colocarlo en un espacio público podía ser leído por personas que no fueran seropositivas y que luego quisieran acudir para enterarse de quiénes eran las personas VIH+ en Valladolid. ¡Qué mentalidad más diabólica! Aunque, tal y como es la gente aquí, quizás más de un@ piense igual. Finalmente, decidí hacerlo en la farmacia del hospital. Allí me pongo en un lugar desde donde veo el mostrador y así puedo identificar a las personas que recogen antirretrovirales, los conozco a casi tod@s. Entonces me dirijo a ell@s, me presento como seropositivo, compruebo que ell@s también los sean y les hablo de la idea de conocernos mejor, de agruparnos, de saber en qué situación estamos, qué problemas tenemos, etc ». A cambio, las respuestas que obtiene son del tipo «tengo prisa», «lo siento, pero estoy trabajando» o «es que no soy de aquí». Pero no parece desanimado, al menos todavía, y confía en que



*Paco en la Plaza de Santa Cruz, donde jugaba de pequeño y conoció a su primera novia.*

**Val:** «Me gustaría que tuviéramos una sala de espera con más intimidad, donde la gente se sintiera a gusto».



su perseverancia dará resultados: «Sé que pasa mucha gente y espero que alguien se dé cuenta de que la única salida que tenemos es unirnos, como todo el mundo».

Otro objetivo de Julio es conseguir la legalización del *cannabis* con fines terapéuticos. «A pesar de las opiniones favorables que se están implantando, en el Comité Ciudadano no me apoyan. Yo les he llevado un póster donde se explican todos los usos del cáñamo, pero como hay algunos que se sitúan en el contexto de la prohibición, ell@s no pueden estar de acuerdo, no pueden defender el uso terapéutico de la marihuana porque por otro lado están ayudando a la gente que quiere dejar las drogas.»

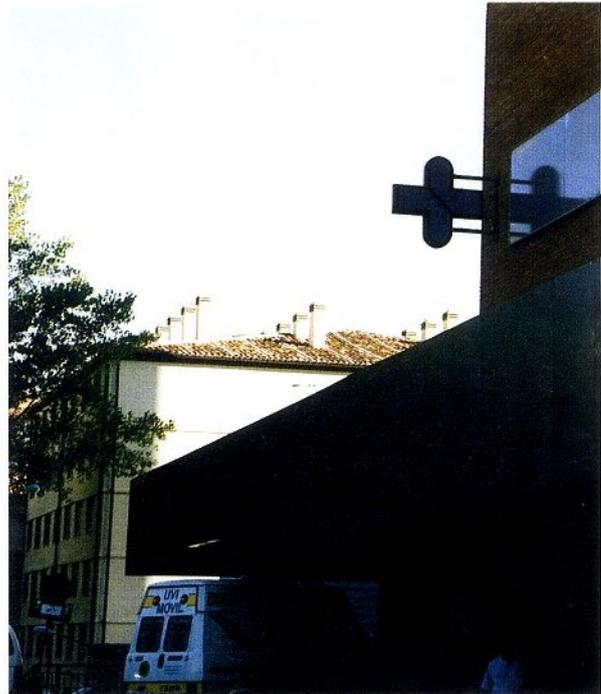
Val, en su búsqueda particular, también llamó a la puerta de la asociación Triángulo, el colectivo gay de Valladolid: «Un día hablé con una persona de esta organización y, bueno, tomamos un café y charlamos un rato, pero no me pareció receptivo a los problemas del SIDA. No hay activistas en el campo del VIH entre los gays de Valladolid, ell@s trabajan por la igualdad de derechos de l@s homosexuales y poco más. El VIH, a mi parecer, lo tocan un poco de refilón pero no es su objetivo».

Pero un día de enero Val descubrió el Chat Positivo de ACTUA: «Me enteré por casualidad y entré porque me apetecía. Empecé a sacar la cabeza y conocí a una persona de Barcelona que me ayudó mucho, me animó, me dijo que las cosas no serían tan graves, que no iban a ser tan oscuras como yo me las pintaba allí por Valladolid. Luego fui conociendo a más personas que para mí ahora son mis amig@s. Hablamos sobre muchas cosas, de cómo nos sentimos, de las 'depres', de las visitas al médico, de las analíticas, de tratamientos, de efectos secundarios, de lipodistrofia; pero también de informática, de cómo bajar programas de internet, etc. Nos apoyamos mucho. Cuando un@ está pasando un mal momento, lo intentamos animar, aunque sea con cuatro burradas». Val, movido por el deseo de comunicarse y gracias a sus conocimientos de informática, descubrió un sistema de mensajes instantáneos gracias al cual él y tres amigos del Chat, un vasco y dos catalanes, se encuentran cuando les apetece. «Casi cada noche, nos conectamos y estamos un par o tres de horas hablando. Eso sí, el miércoles y el sábado nos vamos todos al Chat Positivo de ACTUA». «También», añade Val, «hemos usado alguna vez la videoconferencia, pero de momento sólo es posible hacerlo dos personas simultáneamente y preferimos poder hablar en grupo».

Esta experiencia la describe como un paso muy importante: «Yo me he abierto mucho, antes estaba muy cerrado». Ahora se siente con fuerzas para dar un nuevo rumbo a su vida: «Entre mis expectativas está volver a hacer mi trabajo, auxiliar de clínica, y de ahí conseguir marcharme de Valladolid». Mientras tomamos un refresco en la playa, Val siente que está apurando sus últimas horas de vacaciones y se muestra un tanto triste: «Creo que cuando regrese hacia Castilla sentiré como si me cayera una losa encima. En este momento, con la pensión que cobro (una no contributiva de cuarenta mil pesetas) es imposible hacer nada. Por decir algo, te da justo para comprar tabaco e ir al cine una vez por semana. Lo que necesito es independizarme de mi familia e irme a vivir a otra parte».

Paco, que se siente feliz con su trabajo en Proyecto Hombre, comenta que todavía le queda bastante por hacer: «Cuando doy charlas sobre VIH a padres afectad@s, noto que hay mucha falta de información; estas personas están desconcertadas, rompen a llorar y me hacen preguntas sobre las vías de transmisión, si se puede contagiar a l@s demás por la saliva o si la muerte es inmediata». Por ello no duda en asegurar: «Mi futuro está aquí en Valladolid, totalmente. Yo aquí he conseguido una buena calidad de vida y mientras pueda seguiré así; si es un año, bien; si aguanto diez, pues de puta madre, ya que en este momento tengo muy poca confianza en los fármacos disponibles».

Julio, por su parte, va a seguir yendo a la farmacia del Hospital Clínico intentando convencer a otr@s seropositiv@s de su ciudad de la necesidad de crear una asociación de y para las personas VIH+, aunque reconoce



que no va a ser una tarea fácil: «Cuando seamos un@s cuant@s deberemos buscar ayuda económica de donde haga falta para tener unos mínimos; al menos, local y teléfono.»

Para Juanjo, en particular, las cosas parecen estar mejor que nunca, según él, gracias al apoyo de su familia con la que en el pasado tuvo problemas («les hice mucho daño»), a sus médicos, a las personas del Comité Antisida y a su actual pareja, ha podido emprender una nueva etapa en su vida. «Ahora», confiesa, «lo único que me da miedo es que una mañana me digan que ya no tienen fármacos para darme.» +

Paco: «Hoy en día hay una vuelta a ideas muy dictatoriales. Es algo muy extraño, pues las viejas ideas de derechas vuelven a salir: la religión, la familia, el patriarcado y todas esas historias que ya no tienen sentido; sobre todo de mano de la Iglesia Católica, que se mete en todo. Aquí tiene mucho poder: es una de las ciudades de Castilla con más iglesias, conventos, seminarios, etc».



DE LA CHA

23



# SANT



Tres reyes,  
tres deseos:  
buenos CD4,  
baja carga viral  
y pocos  
efectos adversos.



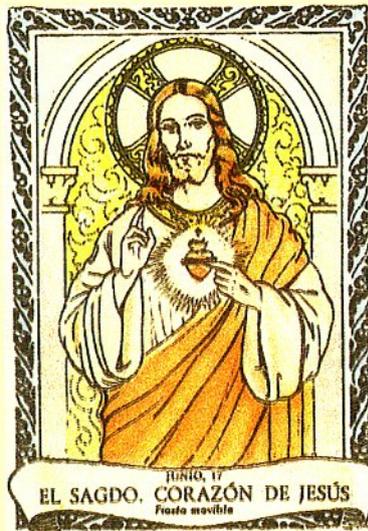
de la O... osteoporosis,  
osteopenia,  
osteonecrosis...  
en fin, ya sabes,  
encomiéndate  
hasta los huesos.



Con su perejil en mano,  
va a resultar vital  
para negociaciones  
colectivas  
y revisiones de  
pensiones.



Divina protectora  
de l@s transgéner@s  
positiv@s,  
dame fuerza, amor  
y hormonas.



Escucha, Corazón,  
ni colesterol  
ni triglicéridos.  
Dieta, ejercicio  
y vida san(t)a.



Para que siempre  
conserves la vista  
y a pocos días vista  
te retiren, ya,  
la profilaxis  
para CMV.

# OTAL+



**Patrona de la solidaridad internacional entre seropositiv@s y aclamada como protectora de Puente Latino.**



**Flechas, saetas y punzadas... Si la neuropatía te ata y te da lata... ¡Sebastián, desata!**



**Recuerda, Santa Rita, Rita, los CD4 que se dan no se quitan. Y piensa que no hay nada imposible.**



**Encomiéndate a él cuando acudas a cualquier centro sanitario, para que te traten bien. Porque tú lo vales.**



**Para mantener el tipo hasta ese ansiado día de la libertad. ¡Un saludo a tod@s l@s VIH+ que estáis pres@s!**



**Tomas... ¿Qué tomas? Pastillas. ¿Te las tomas todas y tomas todas las tomas?**

# EN EL CAMPO

**S**ALAMANCA es en la actualidad una ciudad compuesta por una importante población flotante, en su mayoría jóvenes. A sus ciento sesenta mil habitantes censados hay que sumar las más de cincuenta mil personas que pasan cada año para cursar estudios universitarios o aprender castellano. Iciar, Raysa y Luis son dos mujeres y un hombre seropositiv@s que han querido como lo viven en su ciudad. En esta ocasión han optado por mantenerse en el anonimato. A pesar de ser un lugar que rezuma sabiduría por su descomunal legado histórico-cultural y por su intensa actividad académica, en Salamanca el miedo al rechazo es algo todavía presente en el día a día de las personas VIH+.



26



Iciar supo que era VIH+ en 1986 y dice no haber tenido problemas en su entorno más próximo: "Se lo conté a mi familia y lo aceptaron con normalidad". En la actualidad está buscando trabajo, pues no dispone de recursos económicos suficientes para mantener a su hijo y a ella misma. Vive gracias a la ayuda de su familia y a una prestación que recibe por su hijo enfermo. Fuera del círculo más íntimo, las cosas no son fáciles para ella, le duele constatar que no se ha avanzado mucho en cuanto a la aceptación de las personas seropositivas: "Siento con dolor comprobar que la gente no ve con normalidad esta enfermedad, como otra cualquiera, y sufro cuando compruebo ese rechazo social que, a veces en el mismo hospital, notas por parte de otros enfermos". Y añade: "Hay una gran falta de información. Mucha gente pone una etiqueta al personal que tiene la enfermedad como si hubiera cometido algún pecado".

Luis ha optado por no decir que es VIH+ excepto en el caso de su familia y en el Comité, pues cree que en su entorno la

actitud dominante respecto al VIH es el rechazo. "En mi ciudad no lo sabe nadie", señala. En cambio, está convencido de que esta situación podría ser diferente en una población mayor pues, según él "en las ciudades grandes pasa más inadvertido". Tras recibir su diagnóstico, Luis encontró apoyo en las personas que conoció en el Comité Anti-Sida, al que se mantiene vinculado desde ese momento, hace ya siete años. "Participo en todas las actividades". Ahora vive de una pensión exigua (trabajaba por su cuenta) y de la ayuda de su familia.

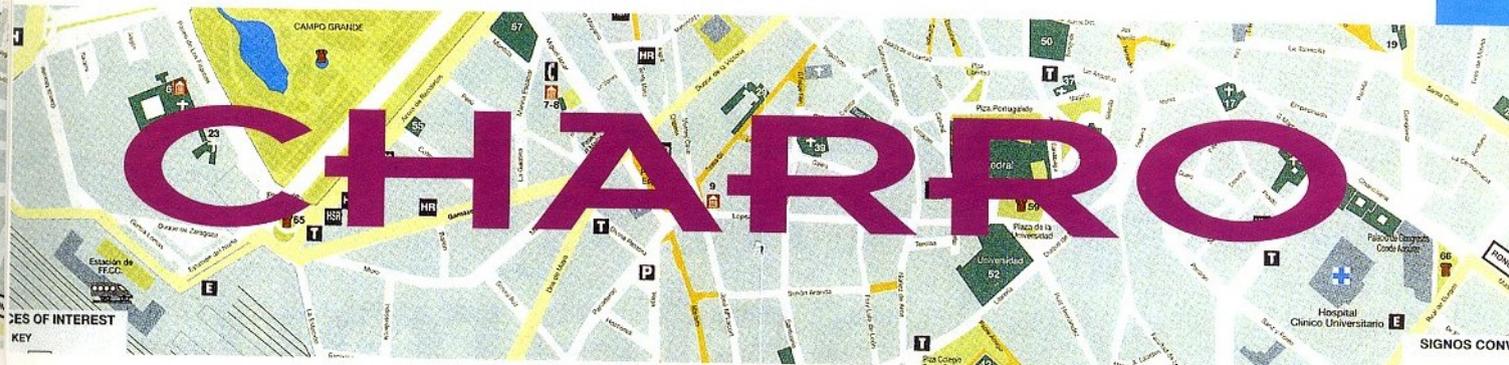
Raysa, cuyo nombre en este reportaje tampoco corresponde al real, trabaja como funcionaria y tiene muy claro que ser VIH+ no es algo que pueda manifestar libremente en su entorno laboral: "Sólo lo sabe un compañero absolutamente fiel. El trato con mucha gente no aconseja la difusión de esa realidad, por el rechazo natural que existe hacia ella." Además "se asocia como poco a mala vida, a gente rara de esa que anda tirada por las calles, que no tiene nada que ver con la gente normal", ironiza. Según Raysa, el solo hecho de conocer a una persona VIH+ atemoriza: "Incluso la buena gente que se ha enterado de mi contagio, me rehuyen en ciertas circunstancias, quizás inconscientemente".

En el Hospital Clínico Universitario se encuentra el equipo de médicos especialistas en VIH. El otro gran hospital, el Virgen de

**Iciar:** «Hay una falta de información. Mucha gente pone una etiqueta al personal que tiene la enfermedad como si hubiera cometido algún pecado.»



# CHARRRO



la Paz, no tiene unidad VIH y remite los enfermos al Clínico. Al menos eso es lo que me dijeron cuando, simulando una urgencia, manifesté que era seropositivo. "Si quieres esperarte te atenderemos, pero te aviso que a los VIH+ los enviamos al Clínico", me aclaró una amable enfermera. Así las cosas, nuestros tres protagonistas,

**Iciar, Raysa y Luis** deben obligatoria-

mente visitarse en el Hospital Clínico. Los tres aseguran mantener una buena relación con su médico. **Raysa** añade que "el Dr. Cordero es un ser humano excepcional. Nos vemos poco, hablamos poco, pero siento mucha cercanía".

A **Iciar**, quien no está del todo satisfecha con la atención que recibe, le gustaría obtener más información por parte de su médico sobre las medidas posibles a tener en cuenta para contrarrestar o eliminar los efectos secundarios que padece. Su terapia (Zerit, Viracept, Hivid) le produce vómitos e inflamación de las manos. Al respecto, se queja: "No recibo ninguna solución". Tampoco estaría mal, según ella, "un trato más personalizado". Por su parte, **Luis** parece conocer mejor los servicios que puede recibir en su hospital. En respuesta a mis preguntas asegura que en el Clínico es posible obtener asesoramiento en nutrición y ayuda psicológica, lo que desconocían **Iciar** y **Raysa**, a quienes nunca se les ha ofrecido esta posibilidad. A los tres les molestan las largas esperas tanto en la consulta como en urgencias. "A veces tienes que esperar mucho tiempo porque hay muchos enfermos", explica **Luis**. Y encima, según cuenta **Raysa**: "nadie habla, aunque lo conozcas de vista."

Ávido de obtener más información *in situ* me acerqué al Clínico. Entrando por la puerta principal, pregunté por la unidad VIH. "¿Cómo ha dicho? Aquí no hay de esto". Quizás no me habían entendido, así que formulé la pregunta de nuevo: "¿El servicio de enfermedades infecciosas, por favor?". Tampoco tuve éxito en esta ocasión. Finalmente, repasando el panel informativo deduje que las consultas VIH, como en otros hospitales, se sitúan en el servicio de medicina interna (usual cajón de sastre), no existiendo una unidad específica ni un espacio exclusivo en la sala de espera para personas seropositivas. Una vez de vuelta al mostrador, especifiqué mi demanda utilizando esta vez la palabra SIDA en lugar de VIH. "Ah sí, hay dos médicos del SIDA. Espérate que te diré sus nombres", reaccionó la administrativa. "Son el Dr. Luna y el Dr. Cordero, pero ahora no los vas a encontrar porque están de vacaciones." Prosiguiendo en mi simulación, me dirigí a las plantas que me fueron indicadas: la quinta y la sexta. Allí expliqué al personal de enfermería que necesitaba contactar con algún especialista en VIH, pues



estaba de paso por Salamanca y tenía un problema. Como respuesta obtuve un encogimiento de hombros y un: "lo siento, están de vacaciones". "¿Pero habrá alguien con quien pueda hablar?", insistí fingiendo desesperación. Nada, no obtuve más repuesta que la anterior. Triste pero cierto. Aunque lo realmente sorprendente de esta historia es que, posteriormente y en conversación con las personas del Comité Anti-Sida, supe que existe otro médico, del que me hablaron muy bien. Se trata del Dr. Aurelio Fuentes, un especialista "fantasma" del que no tienen constancia en el servicio de información del hospital donde trabaja.

Me interesó también saber; y para ello acudí al Comité Anti-Sida y a nuestros tres amigos, si existía algún grupo de personas seropositivas que se reunieran con cierta periodicidad. La respuesta fue negativa. **Raysa** cree que no lo hay porque en Salamanca "parece como si cada cual quisiera esconder sus problemas en la privacidad". **Luis** nos explica que hace un

tiempo había uno que se reunía semanalmente pero ya no. Esto mismo nos contaron María y Conchi, dos mujeres maduras con una amplia vivencia del VIH a sus espaldas (Conchi perdió a su hijo) que se ocupan de mantener vivo el Comité Anti-Sida. Según ellas, existe un alto grado de negación y vergüenza entre las personas VIH+ de Salamanca. Ambas son identificadas en esta ciudad como las mujeres del SIDA: "Aquí todo el mundo se conoce" explica María, "hasta tal punto que muchos de los usuarios de nuestra asociación evitan saludarnos por la calle para que nadie pueda relacionarlos con el VIH". Supe también que la desaparición del grupo de ayuda mutua vino en parte determinada por el cambio de ubicación del local del Comité. En los últimos años y coincidiendo con el

gobierno del Partido Popular en Salamanca, ha habido variaciones en la política municipal que han afectado a la propia supervivencia de la asociación. Anteriormente, disfrutaba de un local en el centro de la ciudad, junto a las catedrales, y de una línea telefónica, todo a cargo del Ayuntamiento. Ahora deben costearse sus propias llamadas y conformarse con un local en el Barrio Chino, una zona donde muchos usuarios no quieren acercarse por haber sido el escenario de episodios de su vida que desean olvidar. En este barrio, tradicionalmente uno de los más deprimidos de la ciudad, se encuentran numerosos puntos de venta de drogas. Así las cosas, el grupo ha sido momentáneamente cancelado y no existe ningún otro espacio donde las personas VIH+ puedan encontrarse con regularidad. Definitivamente, el miedo parece haberse apoderado de los seropositivos de esta ciudad. ¿Cuál será el siguiente paso? +

**Raysa:** «Parece como si cada cual quisiera esconder sus problemas en la privacidad.»



27



# ¡Abajo con el colesterol!



Una de las complicaciones metabólicas más comunes a la que nos enfrentamos muchas de las personas VIH+ que tomamos tratamiento antirretroviral es la hiperlipidemia, un aumento de la cantidad de grasas en sangre: colesterol y triglicéridos. En el número catorce de Lo+Positivo os informamos de las directrices específicas que ha publicado ACTG en Estados Unidos para su evaluación y control en la población VIH+. Cuando los niveles son muy altos recomiendan, aparte de las medidas básicas, una intervención farmacológica (tomar pastillas), pero no siempre es así. En muchas ocasiones es suficiente con seguir las recomendaciones básicas, que pasan por practicar algún tipo de ejercicio aeróbico de forma regular; reducir o dejar el consumo de tabaco y de alcohol; y tomar medidas dietéticas.

Las indicaciones que aquí os ofrecemos son relativas a un tipo de dieta pobre en grasas y colesterol. Son algunas pautas

para que quien necesite perder peso o rebajar los niveles de colesterol pueda elaborar su propia dieta.

Es conveniente recordar que a cada persona, según su actividad y su complexión, le puede convenir un ajuste a la alta o a la baja de las cantidades que os sugerimos; y que las personas con niveles altos de colesterol en sangre que, no obstante, quieran recuperar o aumentar su masa muscular, deberán adaptar estos consejos a una dieta rica en proteínas.

Las grasas, en sí mismas, son imprescindibles para la vida; son alimentos calóricos y de reserva, por lo que el objetivo de una buena dieta de reducción de grasa y colesterol no debe ser nunca suprimirlas por completo, sino adecuar su ingesta a las necesidades de cada uno. Encontramos grasas en los mismos alimentos (carne, leche, huevos, queso) y también las utilizamos en la preparación de éstos (aceites, mantequillas).

28

## Trucos para reducir el colesterol y perder peso:

● Es importante, en la medida de lo posible, que comas un mínimo de cuatro veces al día (desayuno, comida, merienda, cena).

● Intenta, si te es posible, reducir el consumo de huevos (cada huevo aporta unos 220 mg de colesterol) a dos semanales. Por ejemplo, haciendo tortillas de un solo huevo. Si necesitas proteínas, haz tortillas con una sola yema y varias claras.

● Para preparar tus comidas puedes usar alrededor de 50gr. de aceite al día (preferiblemente de oliva, a ser posible virgen de primera prensada, o vegetal de buena calidad: girasol, maíz, soja). Procura evitar las margarinas, mantecas o mantequillas.

● 100-150 gr. diarios de pan, cereales, preferibles sin grasa o azúcar añadidos, o arroz.

● Un vaso de leche (200 c.c.) al día puede ser suficiente pero en caso de necesitar un aporte alto de calcio es recomendable un producto láctico en cada comida, y en ese caso deberá ser desnatado.

● Si tomas té o café, es preferible que lo hagas sin azúcar.

● Puedes tomar mucha fruta (1 kg. al día) o zumos, repartiéndolo en las comidas. Es muy saludable en el desayuno. Resultan más adecuadas las que tengan un alto contenido en agua (manzana, pera, melón) y menos las muy calóricas como el plátano o la chirimoya. Las frutas, junto a los vegetales y las legumbres, son una fuente de vitaminas de primera mano y su aporte graso es mínimo.

● Las verduras también puedes tomarlas en cantidades apreciables (1/2 kg. al día repartido en dos tomas, comida y cena). Coliflor, espinacas, coles de bruselas, puerros,

alcachofas, espárragos, guisantes, judías verdes, repollo, champiñones, zanahorias, etc., pueden constituir excelentes primeros platos. Puedes servirlos rehogados, hervidos, con una salsa bechamel, en forma de crema, de panaché, de ensaladilla, o en una salsa de tomate ligera. También pueden resultar apetitosas en tortilla, como segundo plato.

● Intenta reducir los fiambres al máximo. En todo caso, el jamón (la parte magra) puede ser una buena opción. Por su sabor puede servir de condimento en algún plato que te resulte aburrido.

● Elige quesos frescos frente a los curados.

● Si tomas carne, escóglala preferiblemente magra: ternera sin grasa, pollo sin piel, etc. Prepárala a la plancha, asada o a la cazuela con una salsa ligera. Para acompañar son ideales los vegetales hervidos o al vapor, las ensaladas o el arroz blanco.

● Puedes comer también pescado blanco (merluza, rape, bacalao) a la plancha; frito y acompañado de una ensalada; a la cazuela con espárragos, pimientos, o guisantes; o en croquetas. El pescado azul es altamente recomendable, pues contiene un tipo de grasa necesaria para nuestro organismo. La sardina, el jurel, la trucha o el bonito son opciones nutritivas y a buen precio.

● Existen complementos dietéticos que pueden ayudarte a reducir las grasas en sangre, como las perlas de aceite de onagra o los comprimidos de extracto de alcachofera.

**Estos consejos no pretenden sustituir las indicaciones de tu nutricionista o del especialista en VIH. Ellos pueden ayudarte a confeccionar una dieta a tu medida en caso de que tengas dudas.**



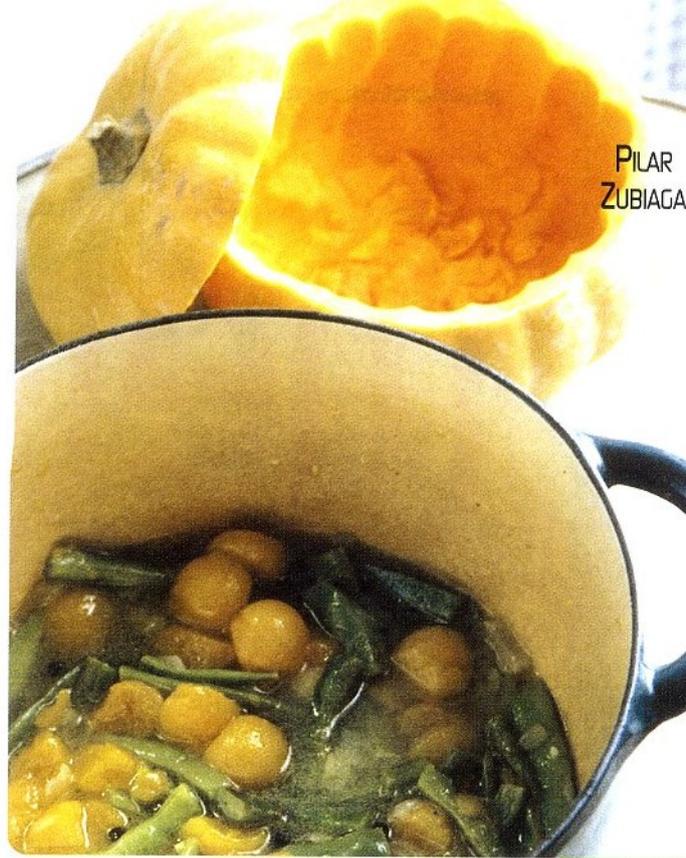
## JUDÍAS VERDES CON CALABAZA

(para 4 personas)

- ◆ 400 gr. de judías verdes
- ◆ 200 gr. de calabaza
- ◆ 1 cebolla
- ◆ 2 dientes de ajo
- ◆ 1 cucharadita de harina
- ◆ aceite de oliva (1ª presión en frío)
- ◆ sal y agua

### PREPARACIÓN

Después de haber limpiado las judías verdes, las partes en dos y luego las troceas. Las pones a cocer en una cacerola con agua, sal y un chorrito de aceite durante unos 12 minutos aproximadamente. Sería conveniente que quedarán 'al dente'. Mientras se van cocinando las judías, pela y trocea la calabaza. Antes habrás picado finamente la cebolla y los ajos, los pones en otra cazuela con un poquito de aceite y dejas que se hagan un poco. Seguidamente, le echas sal y lo tapas, para que la cebolla suelte el agua (de este modo se utiliza menos aceite para cocinar). A continuación echas la calabaza y dejas que se haga durante unos 4-5 minutos. Añades la cucharadita de harina y, por último, las judías verdes y un vaso de caldo de su cocción. Dejas que se haga todo junto durante unos pocos minutos y ya está ¡listo para comer!



## ATÚN O BONITO AL HORNO

(para 2 personas)

- ◆ 2 rodajas de atún
- ◆ 2 tomates
- ◆ 2 cebollas tiernas o secas
- ◆ 2 pimientos verdes
- ◆ 3 dientes de ajo
- ◆ sal
- ◆ un vaso de vino blanco seco
- ◆ caldo de pescado o agua
- ◆ aceite de oliva
- ◆ 3 cucharadas de tomate

### PREPARACIÓN

Una vez cortadas las verduras en juliana (pequeñas y finas), pon en una sartén un poco de aceite de oliva con los tres dientes de ajo y la cebolla. Cuando la cebolla esté un poco hecha le añades la sal y seguidamente lo tapas, para que suelte el agua. Cuando esté un poco dorada, le añades el resto de las verduras.

En la plancha, una vez salado, haz el atún vuelta y vuelta a fuego moderado (pinta la plancha con un poco de aceite de oliva).

Cuando veas que la verdura está hecha, puedes poner una parte en el fondo de una bandeja para horno junto con el atún y sobre éste el resto de la verdura y el vaso de vino.

Colócalo en el horno durante unos 10 minutos a fuego fuerte (si las rodajas son finas con unos 5 minutos bastará). Vigílalo para que no se quede seco. Puedes ir añadiendo agua o caldo. Cuando esté listo le podéis añadir salsa de tomate.

¡Ya sabéis, en la variación está el gusto! Hoy le pongo atún, mañana jurel, ¿con tomate, sin tomate? Pasado mañana, mi intuición me lo dirá.



Cocina: Antonio Pérez

Fotos: Eva Bellapart

## AGUACATES CON LIMÓN

(para 2 personas)

- ◆ 2 aguacates maduros
- ◆ el zumo de 1 limón
- ◆ 2 cucharadas de azúcar
- o el sustituto que uses
- ◆ canela

### PREPARACIÓN

Corta los aguacates por la mitad y vacía su pulpa en un bol. Reserva las cáscaras. Añade el azúcar y el zumo de limón en el bol. Mézclalo todo con un tenedor o con la batidora. Rellena las cáscaras con la mezcla.

Espolvorea con canela al gusto +



# metadona

**C**omo muchas otras sustancias, la metadona se metaboliza en el hígado a través de un conjunto de enzimas conocidas con el nombre de 3A4, pertenecientes al citocromo P450: se suelen expresar como CYP450 3A4. En menor medida, también se metaboliza por otras vías: CYP2D6, 2C9 y 2C19. Algunos de los fármacos antirretrovirales utilizan estas mismas vías para su eliminación. Así, cuando la metadona se toma

junto a éstos, especialmente inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósido (ITINN) e inhibidores de la proteasa (IP), pueden darse alteraciones en los niveles en sangre tanto de la metadona como de los antirretrovirales. En estos casos es necesario un ajuste de dosis. A continuación, os ofrecemos un gráfico que contempla los datos de que disponemos hasta la fecha sobre las interacciones observadas y los ajustes de dosis necesarios.

	CAMBIO DE DOSIS	COMENTARIOS
<b>AZT (Retrovir)</b>	Ninguno	Aumenta el área bajo la curva sobre un 40%. No es clínicamente significativo (4). Considerar un seguimiento del aumento de la toxicidad del AZT (2)
<b>ddl (Videx)</b>	Considerar un ↑ de dosis para ddl en comprimidos	La metadona causa una demora en la absorción de la tableta de ddl: desciende la Cmax en un 64% y el área bajo la curva entre 41 y 60%. No existen datos sobre otras formulaciones de ddl (2)
<b>ddC (Hivid)</b>	No hay datos	
<b>d4T (Zerit)</b>	Ninguno	Desciende la Cmax en un 39% y el área bajo la curva en un 18-27%. No es clínicamente significativo (2)
<b>3TC (Epivir)</b>	Ninguno	Ninguna interacción farmacológica prevista (4)
<b>Abacavir (Ziagen)</b>	Ninguno	Abacavir se metaboliza por dos vías principales: la gluconoril-transferasa (como el AZT) y la alcohol-deshidrogenasa. Considerar el seguimiento de la posible toxicidad de abacavir. Aumenta la aclaramiento de la metadona en un 22% (5)

30



**C**omo algunos ya sabéis, el pasado día 19 de julio de 2000, nuestro presidente y compañero en AEC-GRIS **Jesús Aguado Redondo**, falleció. Llevaba ya una temporada con ingresos continuos en el hospital, intentando superar una enfermedad que al final ha podido con él. Pero tenemos que recordar que los últimos cinco años estuvo luchando contra ella de todas las formas posibles, medicaciones nuevas que se le administraban cuando las anteriores ya no surtían efecto, alimentación lo más adecuada posible, no fumaba, etc. Pero lo que más le ayudó fueron las ganas de vivir y de trabajar que tenía. Durante estos últimos meses después de sufrir el primer coma hepático no dejó de trabajar nunca.

Tres días antes de morir vino al despacho y nos dijo que en una semana se reincorporaría a su puesto, estamos convencidos de que estas ganas de vivir son las que pese a su estado le han ayudado a llegar a vivir hasta el

19 de julio y esto nos tiene que servir a todos para continuar luchando y no desfallecer ante una enfermedad que estamos empezando a conocer.

Toda la asociación queremos agradecer a personas que como él, murieron con las botas puestas luchando contra la enfermedad y trabajando para asociaciones como la nuestra.



**Domingo, Joseph Franco, Pep Xandri y una interminable lista de nombres**

# antirretrovirales

<b>Nevirapina (Viramune)</b>	Considerar un ↑ de la dosis de metadona	Se ha informado de descensos en los niveles de metadona. Considerar un aumento de la dosis de metadona o un estrecho seguimiento de los síntomas de abstinencia (1)
<b>Efavirenz (Sustiva)</b>	Considerar un ↑ de la dosis de metadona	Se ha informado de descensos en los niveles de metadona de un 25-50%. Considerar un aumento de la dosis de metadona o un estrecho seguimiento de los síntomas de abstinencia (1)
<b>Ritonavir (Norvir)</b>	Considerar un ↑ de la dosis de metadona	Los resultados de los estudios de farmacocinética in vitro no coinciden con los realizados en personas, en las que la Cmax de metadona desciende sobre un 38% y el área bajo la curva en un 36%. Considerar un ↑ de la dosis o un seguimiento (2)
<b>Saquinavir (Invirase/ Fortovase)</b>	No existen datos	Los estudios in vitro no predicen ninguna interacción. No se dispone de datos recientes
<b>Indinavir (Crixivan)</b>	Probablemente ninguno	La metadona retrasa la absorción de indinavir sin un efecto significativo en el área bajo la curva de indinavir. Los estudios de farmacocinética in vitro indican aumentos en el área bajo la curva de la metadona del orden del 30% (2)
<b>Nelfinavir (Viracept)</b>	Considerar un ↑ de la dosis de metadona	Se ha informado de descensos en los niveles de metadona del 40-50% en 2 pacientes. Considerar un aumento de la dosis de metadona o un estrecho seguimiento de los síntomas de abstinencia (1) (5)
<b>Amprenavir (Agenerase)</b>	Considerar un ↑ de la dosis de metadona	Los estudios in vitro predicen un descenso del área bajo la curva de la metadona; realizar un seguimiento de los síntomas de abstinencia y considerar un aumento de la dosis de metadona en caso necesario (5)

(1) Informes de caso/resumen de datos (2) Estudio de farmacocinética (3) Estudio clínico  
(4) Información del fabricante (5) Opinión de un/a expert@

**REFERENCIA:**

<http://hiv.medscape.com/updates/quickguide>

31



ORDEN DE PAGO POR BANCO

NOMBRE .....  
BANCO O CAJA ..... LOCALIDAD .....  
DOMICILIO AGENCIA .....  
CÓDIGO C/ C (20 dígitos) .....

FIRMA

## BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN

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

NOMBRE .....  
DIRECCIÓN .....  
POBLACIÓN ..... PROVINCIA .....  
C. POSTAL ..... TEL. .... FAX .....

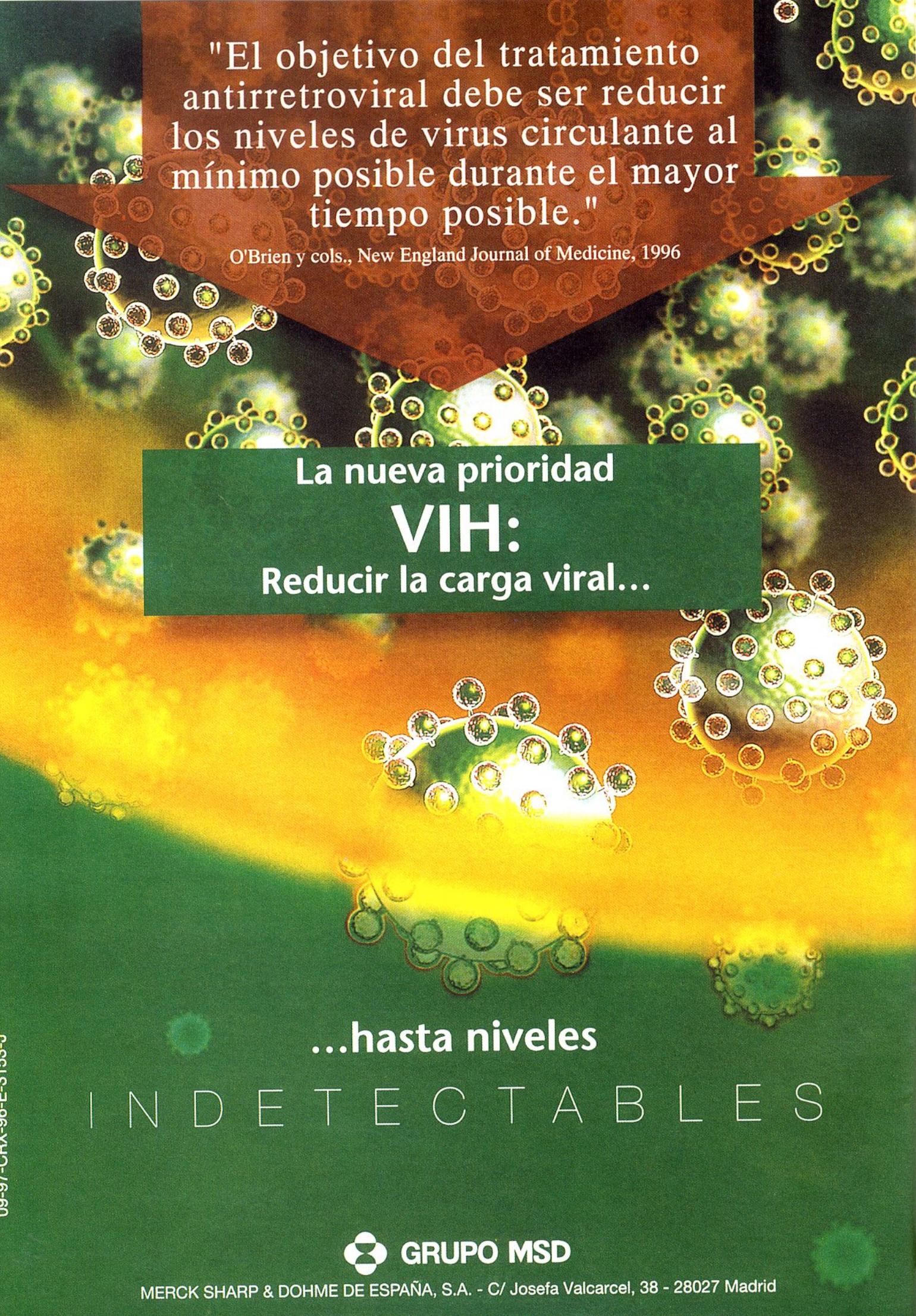
Autorizo una donación anual de:

2.500 pts  5.000 pts  pts

Forma de pago:

Talón nominativo adjunto  Giro postal  Por Banco

En el caso de pago por banco, rellena y envía también la Orden de Pago adjunta a:  
Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt) c/ del Pi, 10 1º 2º 08002 Barcelona (España)

The background of the advertisement features a dense field of HIV virus particles. These particles are depicted as spherical structures with a textured, bumpy surface, rendered in shades of green and yellow. They are scattered across the frame, with some appearing more prominent than others. The overall color palette is a mix of dark green, light green, and yellow, creating a scientific and somewhat abstract atmosphere.

"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

 **GRUPO MSD**

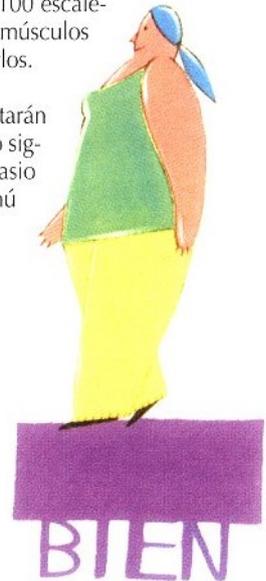
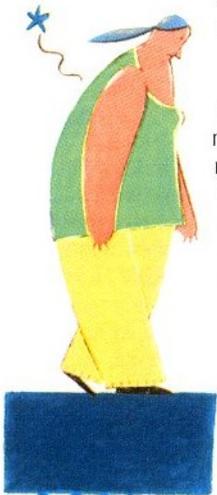
MERCK SHARP & DOHME DE ESPAÑA, S.A. - C/ Josefa Valcarcel, 38 - 28027 Madrid

# Vamos de paseo

Es difícil poner en duda las numerosas evidencias que indican que la práctica de algún tipo de ejercicio físico es beneficiosa para el organismo, y esto no es menos cierto en el caso de las personas que viven con la infección por VIH. Ahora bien, igual que cada persona tiene unas necesidades y unas capacidades físicas determinadas, también cada cual dispone de un determinado "capital" de tiempo, dinero y esfuerzo que está dispuest@ a invertir para satisfacerlos.

Los expert@s en el tema consideran que una forma física óptima se caracteriza básicamente por tres elementos: un cuerpo flexible, una buena capacidad cardiovascular y una musculatura con la fuerza y el volumen adecuados a nuestras características individuales (estatura, complexión, sexo, etc.). Si quieres mejorar alguno o todos estos aspectos de tu forma física, es importante que busques una relación realista entre los objetivos que desees alcanzar (subir 100 escaleras sin jadear, perder la barriga lipodistrófica, mejorar tu flexibilidad o modelar tus músculos serían algunos ejemplos) y los medios que puedes y quieres invertir para conseguirlos.

La inscripción en un gimnasio y el asesoramiento de un/a profesional resultarán imprescindibles, si te planteas cambios considerables en tu forma física, pero ello no significa que no haya nada que hacer si, por las razones que sean, la idea de un gimnasio no entra en tus planes. Con un poco de tiempo y un mucho de constancia, el menú de sugerencias que hoy te ofrecemos puede contribuir a mejorar cada uno de los elementos de tu forma física sin gastar un duro y casi, casi, sin salir de casa. En cualquier caso, recuerda ponerte ropa y calzado cómodos, empezar poco a poco y, sobre todo, ¡evita las lesiones haciendo los ejercicios correctamente!



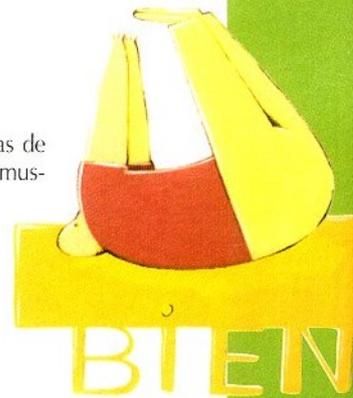
## CAPACIDAD CARDIOVASCULAR

Según los estudios más recientes, **media hora de paseo vigoroso cada día**, no sólo ofrece beneficios para la salud cardiovascular, sino que hasta parece disminuir el riesgo de trastornos emocionales de tipo depresivo. Cuando camines, usa zapatos cómodos y sin tacón, protégete del frío y la lluvia de los pies a la cabeza y mantén la columna erguida para evitar daños por malas posturas.



## FLEXIBILIDAD

**Tocar los pies con las manos** es un ejercicio clásico que has de hacer echad@ (posición supina), para conseguir flexibilizar la musculatura de la espalda, los glúteos y las piernas, evitando dañar la columna vertebral. Mantén el estiramiento durante 30 segundos, descansa y repite. Intenta hacerlo durante al menos 10 minutos diarios para empezar.



## FUERZA Y VOLUMEN MUSCULAR

Unos abdominales en la alfombra de la salita pueden ayudarte a quemar grasa de la barriga, sobre todo si lo combinas con algún ejercicio cardiovascular. Para evitar las lesiones lumbares, haz tus abdominales echad@ boca arriba, con las rodillas flexionadas y los glúteos contraídos. Después, eleva el tórax (¡no las piernas!) con los brazos detrás de la nuca y haz tres series de 50 repeticiones cada una con intervalos de descanso



# 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

# ¿Dónde vas con este informe?

**D**e un tiempo a esta parte, los equipos médicos que nos atienden cuentan con una nueva herramienta para diseñar nuestras futuras terapias: las pruebas de resistencia. Ciertamente la tecnología pone a nuestro servicio la posibilidad de obtener un mapa de las mutaciones que ha experimentado nuestro virus, con lo que, mediante una correcta interpretación, podemos saber a qué fármacos supuestamente somos resistentes. Si bien eso es así, quizás se han depositado demasiadas expectativas en los resultados que con la introducción de estas técnicas se iban a obtener. Por un lado ha sido un tema muy glamuroso dentro del colectivo científico y por otro, un anhelo "salvavidas" para muchas personas que viven con VIH que toman antirretrovirales.

En este momento sabemos que el diseño de nuevas terapias pasa además por una buena interpretación de nuestra historia de tratamientos; es decir, de la lectura en perspectiva de todos los fármacos anti-VIH que hemos tomado desde el principio. En este sentido, recientemente se han publicado resultados de dos estudios, el VIR3001 y el NARVAL [1], cuyos objetivos eran determinar si el uso de las pruebas de resistencia facilita la elección de una terapia que conlleve una mejor respuesta virológica (mayor descenso de la carga viral). Los resultados son contradictorios: mientras que en el primero se muestra un mayor beneficio cuando se usan los tests de resistencias, en el segundo no se observa una diferencia significativa en la respuesta virológica de las personas que tuvieron acceso a la prueba fenotípica (supuestamente, la más útil) en comparación con aquellas que contaron sólo con la interpretación de su historia de fármacos; sí se dieron diferencias, en cambio, con el grupo que se sometió a pruebas genotípicas. Un embrollo, vamos.

Ahí es donde pienso que nosotros tenemos mucho que hacer. Aquí tenéis la primera página de mi informe, donde se anotan en forma de listado cuatro tipos de datos que van a ser fundamentales para que cualquier especialista en VIH pueda evaluar mi situación actual y decidir actuaciones futuras. Son, de arriba a abajo: **Tratamiento Antirretroviral**, **Infecciones Oportunistas**, **Linfocitos** y **Carga Viral**. Es posible que tu informe tenga un diseño diferente por provenir de otro hospital, pero en definitiva debe

constar el mismo tipo de datos. Si nunca te han dado algo parecido es bueno que sepas que tienes derecho a obtener un informe actualizado cada vez que vas a tu médico, además de los resultados completos de las últimas analíticas. Esta documentación te va a ser muy útil, por ejemplo, cuando viajes o si decides cambiar de médico u hospital.

El primero de ellos, **Tratamiento Antirretroviral**, es la historia de tratamientos: la columna **MEDICAMENTOS** nos indica los fármacos que componen la terapia, la columna **INICIO** indica la fecha en que empezamos a tomarla y la columna **FINAL** nos dice el día en que dejamos esos medicamentos. En mi caso los datos que figuran no están completos y hasta la fecha no he conseguido una rectificación: mi primer tratamiento (AZT), como efectivamente señala más adelante el informe, empezó en febrero del 90 y no en enero del 91; entre junio del 93 y enero del 97, además de ddI, también estuve unos meses en biterapia con ddC+AZT, después permanecí sin tratamiento durante un número de semanas que ahora me es difícil de recordar, y finalmente el tercer trimestre del 96 empecé a tomar mi primer inhibidor de la proteasa, saquinavir, que efectivamente, y esta vez el informe sí que acierta, fue cambiado por indinavir, 3TC y d4T. Como ves, no se trata de una tontería sin importancia, pues en el listado se omiten fármacos que ya he tomado y ante los que quizás mi VIH ha desarrollado mutaciones que deberían tenerse en cuenta en el diseño de mis futuras terapias. O sea que ojo al parche, amig@, y a comprobar el informe, que es tuyo, tuyo y solamente tuyo +

[1] Dr.Fax nº 59, setiembre de 2000



## Hospital de Día d'Infeccions

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



13 jun 2000 16:51

Paciente: FRANQUET DOYA, FRANCISCO JAVIE  
N.S.S.:

Nº Historia:  
Médico Responsable:

### Tratamiento Antirretroviral:

INICIO	FINAL	MEDICAMENTOS	INICIO	FINAL	MEDICAMENTOS
1/01/91	1/06/93	AZT	1/06/93	15/01/97	DDI
15/01/97	22/02/00	D4T, 3TC, IND	22/02/00		3TC, D4T, RIT, IND

### Infecciones Oportunistas:

DESCRIPCION	FECHA	DESCRIPCION	FECHA
ZOSTER MULTIMETAMERICO	1/02/90	CYTOMEGALOVIRUS	2/05/95
CRYPTOSPORIDIUM	4/05/95	MYCOBACTERIUM AVIUM INTRACELLU	15/06/96

### Linfocitos:

FECHA	LINFO	%T4	T4	%T8	T8	FECHA	LINFO	%T4	T4	%T8	T8
24/05/00	1090	26,20	283	35,30	381	1/02/90	0	0,00	120	0,00	0
9/06/91	0	0,00	227	0,00	0	22/10/91	0	0,00	236	0,00	0
27/09/93	0	0,00	75	0,00	0	13/04/94	0	0,00	62	0,00	0
1/07/94	0	0,00	25	0,00	0	31/05/95	0	0,00	21	0,00	0
17/04/97	0	0,00	45	0,00	0	23/05/97	0	0,00	33	0,00	0
30/10/97	450	19,80	90	40,00	180	12/03/98	300	25,10	75	32,00	96
30/06/98	380	25,50	98	36,10	136	26/10/98	350	31,40	108	34,00	119
25/02/99	510	28,00	142	36,30	183	1/07/99	530	30,90	164	34,50	180
19/10/99	390	32,50	124	30,90	120	3/02/00	680	27,90	190	33,20	224

### Carga Viral:

FECHA	VALORCV	LOG	DIF	FECHA	VALORCV	LOG	DIF
29/05/97	35727	4,55	0,00	22/08/97	8838	3,94	-0,61
30/10/97	3473	3,54	-0,39	12/03/98	1858	3,26	-0,28
30/06/98	3351	3,52	0,26	26/10/98	1095	3,03	-0,49
28/08/98	296	2,47	0,72	3/02/00	2094	3,32	1,00





**aunando esfuerzos**



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

# denominación de origen

# VIH+ celtibérico

**Ú**ltimamente, las personas VIH+ somos "bombardeadas" con mensajes que hacen referencia a nuestra poca adhesión a los tratamientos antirretrovirales junto con insistentes arengas sobre nuestra calidad de vida. Suelen ser los datos o las opiniones de médicos, trabajador@s sociales, psicólog@s, representantes de empresas farmacéuticas...

Sin embargo, muy pocas veces somos las propias personas VIH+ que tomamos anti-retrovirales las que tratamos públicamente estos temas.

Lo que sigue es un resumen de mis reflexiones sobre tres importantes aspectos de la adhesión a los antirretrovirales y la calidad de vida: las propias Terapias Antirretrovirales (TAR), la relación médico-paciente y el sistema público de atención sanitaria.

En cuanto a las TAR, suele decirse que nuestra falta de adhesión a las mismas es el motivo de los fracasos terapéuticos. Lo que no se dice es, por ejemplo, que hay datos que indican que la adhesión terapéutica de las personas VIH+ es bastante mejor que la de personas con otras enfermedades crónicas, como la hipertensión y la diabetes, o que incluso con adhesiones casi perfectas muchos pacientes VIH+ no consiguen bajar su carga viral hasta la indetectabilidad.

Hay que tener en cuenta, por un lado, que cuanto más compleja sea la TAR, menor será la adhesión, por lo que conviene simplificar al máximo los regímenes manteniendo su potencia y tolerabilidad. Por otro lado, hay que valorar las costumbres y necesidades de cada persona a la hora de diseñar la estrategia a seguir, ya que considero que no se nos debe tratar de un modo homogéneo como si fuéramos productos con "Denominación de Origen Regulada". ¡Sí!, D.O. Regulada "VIH + Celtibérico", ¡tod@s en el mismo saco! Bromas aparte, sería una ayuda que las compañías farmacéuticas nos proporcionaran pastilleros cómodos de llevar que nos ayudaran a reconocer más fácilmente las dosis que necesitemos en un determinado momento.

En cuanto a la relación médico-paciente, creo que cuanto mayor sea nuestra confianza en nuestro@s facultativ@s, más fácil será la adhesión. Hay que individualizar los tratamientos y establecer una comunicación con el o la médico que nos permita participar en la confección de los mismos, de forma que la medicación encaje en nuestra rutina diaria y quede claro el régimen a seguir. Además, el o la médico debería informarnos antes de comenzar la terapia sobre los posibles efectos secundarios del

régimen en cuestión y de lo que debemos hacer si éstos aparecen, incluyendo información sobre cómo contactar con la consulta médica en caso de necesidad.

Una vez que estemos realmente informado@s y en disposición de comenzar la TAR, tenemos que conseguir que nuestro médico sea co-responsable de los resultados de la terapia, potenciando así la relación entre amb@s y, por ende, la adhesión.

Por lo que hace al sistema público de atención sanitaria, creo que éste debería facilitar la asistencia a los usuari@s (sobre todo en los primeros días de tratamiento), bien sea en los consultorios, a través del teléfono o con asistencia a domicilio, asesorando sobre los efectos secundarios e intentando hacer más comprensibles las TAR.



En este sentido, considero que el actual sistema de atención en las consultas de los hospitales no favorece una monitorización continuada, y ello por varias razones: por un lado, debería existir una red nacional de unidades de día de VIH (no los actuales "sidatorios"), con personal cualificado en distintas especialidades (nutricionistas, ginecolog@s, pediatras, psicolog@s, neurólog@s, traumatólog@s, etc.), que dominen su especialidad y las relaciones de ésta con el

VIH. Esto es aún más importante cuando se tiende a manejar el cuidado del VIH de un modo ambulatorio.

Además, esta red asistencial debería contar con las nuevas tecnologías de medición de parámetros que son fundamentales para el óptimo seguimiento de la infección por VIH (CD4+, resistencias, pruebas de carga viral ultrasensibles, etc.). En este contexto, resulta paradójico que se nos pida responsabilidad en el cumplimiento de los regímenes y al mismo tiempo no se respeten las pautas actuales de aplicación de los tests de resistencias, por ejemplo.

Por último, quiero llamar la atención sobre un par de características de nuestro sistema de atención sanitaria que aún se dan en algunos hospitales y que no contribuyen para nada a la adhesión terapéutica de las personas VIH+: la generalizada rotación de médicos, que impide a la persona VIH+ consolidar una relación de confianza y conocimiento mutuo con "su" médico y las rígidas limitaciones de la dispensación de fármacos en las farmacias hospitalarias.

Necesitamos atención individualizada de nuestro médico, por un lado, y farmacias hospitalarias con horarios de dispensación más amplios y flexibles, por otro, ya que las personas VIH+ también trabajamos. Si esto supone demasiado esfuerzo a la administración, que negocie con los colegios farmacéuticos la dispensación de los fármacos antirretrovirales en las farmacias convencionales.

Finalmente, quisiera resaltar que conseguir estos objetivos pasa necesariamente por la reivindicación de una mayor inversión de la administración del Estado en su política sanitaria en materia de VIH +



# Lo que **siempre** quisiste saber **sobre los ensayos clínicos**

## La investigación VIH en el mundo en desarrollo (Epílogo)

Esta serie de artículos sobre los ensayos clínicos (EC) ha descrito varios aspectos de la ciencia clínica que creemos relevantes para la comunidad VIH de nuestro entorno (ver números 12, 13 y 14 de *Lo+Positivo*).

Hoy concluimos la serie, de momento, con una reflexión básica sobre la investigación en VIH que se lleva a cabo en aquellos países de recursos sociosanitarios limitados o nulos donde vive la inmensa mayoría de personas VIH+ del planeta. Se trata de un ámbito científico en plena expansión y cuyas implicaciones éticas son objeto de un creciente debate entre las partes, avivado estos últimos meses por las modificaciones que la Asociación Mundial de Médicos se propone introducir en la "Declaración de Helsinki", el documento de referencia por excelencia sobre los principios éticos que han de regir la investigación médica con seres humanos.

La base de datos de la FDA (la agencia estadounidense para el control de los productos médicos) registraba en 1992 un total de 988 investigador@s foráneos en sus filas (o sea, científic@s tailandes@s, ugandes@s, caribeñ@s, etc. que trabajan en sus respectivos países con patrocinio de los EEUU). Seis años más tarde, en 1998, esta base de datos albergaba los nombres de 5.380 investigador@s no estadounidenses.

Las voces más optimistas destacan que se trata de un dato sin duda esperanzador: cada vez más investigación relevante en y para los lugares del mundo más afectados por la pandemia del VIH, cada vez más apoyo de los países ricos a tal proceso, cada vez más conocimientos y habilidades compartidos entre los experimentad@s investigador@s del mundo rico y sus colegas del mundo pobre o semi-pobre, deseos@s de explorar soluciones válidas para sus propios pacientes pero castrad@s por todo tipo de limitaciones económicas y científicas...

Los más crític@s, sin embargo, advierten que, de seguir las

tendencias actuales, se podría acabar dando carta de naturaleza a situaciones en las que "sujetos" especialmente vulnerables optan por participar en ensayos o estudios clínicos cuya validez ética es duramente cuestionada por muchos. Ya en 1997, los doctores Peter Lurie y Sidney Wolf<sup>1</sup>, de la organización Public Citizen's Health Group, afirmaban en el *New England Journal of Medicine* que "debemos proteger a los residentes de países empobrecidos (...) de una posible explotación en la investigación [en VIH]. De lo contrario, el desastroso estado de la sanidad en tales países puede usarse como justificación de estudios que nunca habrían superado los tribunales éticos de los países patrocinadores".

Conocemos ejemplos claros de este tipo de investigación "subética", dicen, incluso estando aún vigente la actual Declaración de Helsinki. Si la Asociación Mundial de Médicos (AMM) aprueba en su próxima asamblea general los cambios que se proponen a tal documento, en lugar de reforzar su cumplimiento, se lo rebajaría al nivel ético que ya caracteriza parte de la investigación VIH en el mundo en desarrollo.

### La Declaración de Helsinki: ¿Realmente Universal?

"En cualquier estudio médico, todos los pacientes, incluidos aquellos del grupo de control, si los hay, han de acceder al mejor método diagnóstico o terapéutico de probada eficacia", afirma la declaración de Helsinki aún en vigor. Entre las propuestas para su revisión consta un cambio de esta frase a primera vista casi mínimo: en lugar de "el mejor método..." leemos que "cualquier paciente [que participe en una investigación médica] ha de acceder a métodos profilácticos, diagnósticos y terapéuticos de probada eficacia". Se agradece la inclusión de "profilácticos", dicen Lurie y Wolfe en carta dirigida al doctor Delon Human, de la AMM, pero, ¿cuál es la distancia entre "el mejor método de probada eficacia" y "un método de probada eficacia"? ¿Es acaso la que va del uso de aspirina al de opiáceos para tratar un dolor extremo? ¿Es el uso de estreptomina en monoterapia para tratar TB, o el de una combinación doble de antirretrovirales cuando los estándares óptimos del mundo rico demandan triple terapia? ¿Es cualquier cosa que haya

<sup>1</sup> Drs. PETER LURIE, SIDNEY M. WOLFE, «Public Citizen's Research Group», *New England Journal of Medicine (NEJM) Sounding Board*, 18 de septiembre de 1997, vol. 337, núm. 12

<sup>2</sup> Drs. P. LURIE, S. M. WOLF, *Carta al doctor Delon Human*, 31 de julio de 2000.

demostrado alguna eficacia, por lejos que esté de los estándares óptimos de tratamiento?

Lurie y Wolfe<sup>2</sup> insisten en que semejante postulado permitiría la rampante implantación en la investigación clínica de estándares éticos “a medida” de las circunstancias o, en sus propias palabras, “la mejor terapia para los ricos, cualquier cosa que sea mejor que nada para los pobres.

### La “real politik” de los principios éticos

La mayor parte de los expertos convendría en que la pobreza, las enfermedades endémicas y los precarios sistemas sanitarios de muchos de los países más azotados por el VIH son poderosos obstáculos tanto para conducir ensayos clínicos en estos lugares como para identificar aquellos que podrían ser beneficiosos para sus habitantes. Es sencillo afirmar que no es ético investigar en poblaciones empobrecidas la eficacia de intervenciones concebidas para ser aplicadas en el mundo rico, pero, ¿qué pasa si una intervención dada sí se considera candidata para su futura aplicación a la población en estudio? ¿Estaría justificado entonces llevar a cabo investigaciones que compararan intervenciones prometedoras y económicamente accesibles con el estándar preventivo o terapéutico del lugar del estudio, incluso si éste resulta inferior al “mejor” estándar conocido?

La respuesta de los defensores de “una ética para todos” sería rotunda: un ensayo clínico que conlleve el uso de estándares que sabemos subóptimos es antiético, sean cuales sean las razones para ello. Para muchos otros científicos y expertos en salud pública, sin embargo, parece que la única respuesta realista sería un matizado “depende”.

### ¿De qué depende?: el ejemplo de los ensayos sobre transmisión perinatal

Un ejemplo ya histórico del laberinto ético de la investigación por VIH en el mundo en desarrollo comenzó hace seis años, cuando los resultados preliminares del ensayo ACTG 076 demostraron que un curso completo de AZT disminuía hasta en dos tercios la probabilidad de transmisión perinatal del VIH de madre a hijo, en comparación con sujetos control tratadas con placebo. El protocolo 076 fue pronto estándar de tratamiento para las embarazadas VIH+ del mundo rico, pero su coste (unas 140.000 ptas. por tratamiento) seguía siendo exorbitante para las economías del África subsahariana o del sudeste asiático, donde estaba y está la inmensa mayoría de mujeres VIH+ del planeta. La validación científica de regímenes de AZT igual de eficaces pero más simples de administrar y, por supuesto, más baratos, se convirtió así en una prioridad de la investigación internacional en VIH.

La discusión entre las partes sobre la agenda científica que mejor convenía a tal objetivo no estuvo exenta de controversias, pero lo cierto es que, en los años que siguieron, miles de mujeres de Costa de Marfil, Uganda, Tanzania, África del Sur, Malawi, Tailandia, Etiopía, Burkina Faso, Zimbawe, Kenia y la República Dominicana participaron en una docena larga de ensayos clínicos (en su mayoría patrocinados por los Centros para el control y prevención de enfermedades de EEUU, cono-

cidos como los CDC) que contaban con grupos control que recibían placebo. En la práctica, ello suponía privar a las mujeres que tras la randomización se asignaron al grupo control del “mejor tratamiento de eficacia comprobada” y ya estándar en el mundo rico, el 076. Finalmente y como se preveía, los regímenes más cortos de AZT también demostraron ser notablemente más eficaces que el placebo.

La polémica conducción de estos estudios puso en evidencia los aspectos más controvertidos de la investigación VIH en y para los países en desarrollo. No pocos científicos, quizá incluso llevados por un sentimiento de urgencia altruista, arguyeron que el modelo científico utilizado en estos estudios (prospectivos, randomizados y con control placebo) es el que puede ofrecer las respuestas menos ambiguas en el menor tiempo posible y que, dada la extrema gravedad de la crisis de salud pública en cuestión, ésa había de ser la prioridad ética de los investigadores. Algunos hasta añadían que, después de todo, el grupo placebo no sufría un riesgo mayor que el asociado a los estándares sociosanitarios locales. Los CDC estadounidenses (patrocinadores de la mayor parte de los ensayos) huyeron de la crudeza de tales razonamientos al argumentar, por un lado, que todos los ensayos patrocinados por los CDC han de superar un riguroso proceso de revisión ética, además de contar en todo momento con la aprobación y colaboración de los países anfitriones y, por otro, que la razón más poderosa para usar un ensayo con control placebo es que “proporciona respuestas definitivas sobre la seguridad y valor de una intervención en el mismo lugar donde se lleva a cabo el ensayo (...) Sin estas respuestas sobre si una intervención funciona, y en ese caso hasta qué punto, es imposible que un país decida razonablemente sobre la conveniencia y posibilidad económica de proveer tal intervención”<sup>3</sup>.



### Y más madera...

Los partidarios de una ética científica universal, incluso reconociendo que no hay respuestas únicas para todas las situaciones posibles, distan de estar convencidos, y ello por varias y complejas razones que aquí sólo podemos esbozar: Por un lado, advierten que los ensayos no deberían basarse en preguntas científicas equivocadas y de indeseables consecuencias éticas (en nuestro caso, no debería ser “¿es el régimen más corto y barato de AZT mejor que nada?”, sino “¿es el “régimen más corto de AZT equivalente al más largo y caro protocolo 076?”); por otro, mal podemos argumentar que el ensayo tal o cual cuenta con la plena colaboración del país anfitrión cuando sabemos que es muy posible que los científicos locales apoyen estudios antiéticos como quien prefiere el mal menor; finalmente, si antepone-mos los intereses de salud pública a los de la persona individual corremos el riesgo de considerar a los sujetos experimentales como medios para un fin, con lo que es posible que ni un riguroso proceso de consentimiento informado ni la aprobación de todos los comités éticos habidos y por haber pueda garantizar la óptima protección de los sujetos experimentales donde quiera que éstos se encuentren +

<sup>3</sup> Drs. H. VARNUS y D. SATCHER, CDC. NEJM, *Sounding Board*, 2 de octubre de 1997, vol. 337, Núm. 14.



# La EMEA impulsa la aprobación de fármacos

El Comité de Especialidades Farmacéuticas (CPMP, en sus siglas en inglés) de la Agencia Europea del Medicamento (EMA, en sus siglas en inglés) ha desarrollado un documento denominado "Puntos a considerar en la validación de una especialidad farmacéutica para el VIH", que está accesible en internet en la dirección abajo indicada.

Dicho documento es un borrador que describe una innovación europea para la aprobación condicionada y acelerada de un fármaco antirretroviral con estudios en fase III de tan sólo 16 semanas para personas en situación crítica por fallo virológico y sin o con muy pocas opciones terapéuticas. Normalmente, un fármaco necesita por lo menos 48 semanas en fase III para que sea aprobado comercialmente: en este nuevo caso de sólo 16 semanas se trataría de una Aprobación Acelerada y Condicionada que debería confirmarse a posteriori con los estudios clásicos a 48 semanas, pero que desde su otorgamiento pondría al alcance de personas en situación de rescate un medicamento experimental prometedor. También sería accesible a quienes quisieran utilizarlo por ser más cómodo (menos dosis) o mejor tolerado (menos efectos secundarios). La condición sería que en un plazo determinado, la compañía debería presentar los resultados completos a más largo plazo. En caso contrario, o si estos últimos resultados fueran menos favorables de lo esperado, se cancelaría la aprobación.

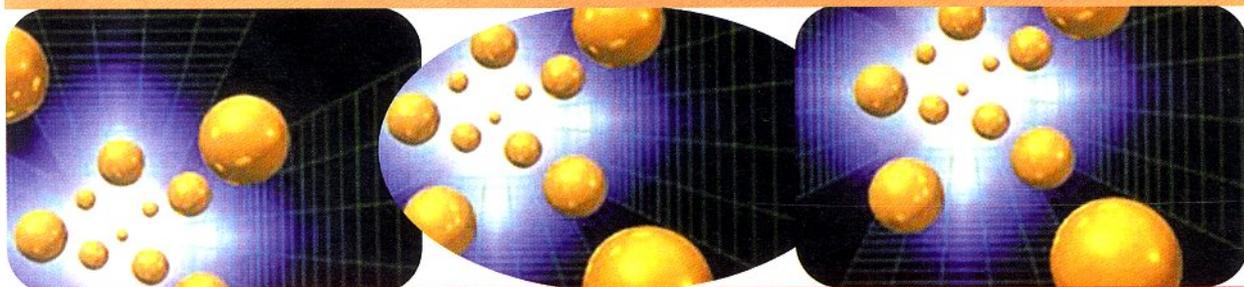
El documento borrador está abierto a sugerencias hasta finales de noviembre y, si no hay imprevistos, esta nueva figura podría ponerse en práctica a partir de enero del 2001.

Sin embargo, este sistema se quedaría en España en agua de borrajas si a su vez no se consigue acelerar la aprobación de fármacos en nuestro país. Hay que recordar que actualmente y por el sistema habitual, la aprobación de un medicamento en nuestro país suele tardar un mínimo de 3 meses (aunque a veces es más, incluso hasta más de un año) después del visto bueno de la EMEA, y el retraso se debe formalmente al tiempo que dicen que necesitan para negociar el precio del medicamento, entre otra burocracia. Mientras, quien lo necesita o lo quiere utilizar debe seguir esperando.

Básicamente, se trata de impulsar una nueva reglamentación que, para estos fármacos, acorte el tiempo máximo que la administración se da a sí misma para responder a estas peticiones de aprobación comercial condicionada y acelerada. También hace falta un compromiso político para no utilizar la solicitud de documentación adicional como una trampa para hacer correr los plazos desde cero cada vez +

#### REFERENCIA:

<http://www.eudra.org/humandocs/Humans/EWP.htm#Points%20to%20Consider>



## Nuevo aviso sobre abacavir e hipersensibilidad

GlaxoWellcome ha hecho público un aviso actualizado sobre su fármaco, sulfato de abacavir (Ziagen) a petición de y consensuado con la Agencia Europea del Medicamento (EMA): Algun@s pacientes que toman abacavir pueden experimentar reacciones de hipersensibilidad, entre las que se cuentan fiebre, exantema (rash), náusea, síntomas respiratorios (tos, pérdida de aliento, garganta ulcerosa), cansancio o malestar y síntomas gastrointestinales (náusea, vómitos, diarrea o dolor abdominal). Una vez que se interrumpe abacavir, los síntomas de la hipersensibilidad desaparecen rápidamente. Sin embargo, seguir tomando o reintroducir abacavir puede provocar síntomas más graves en el transcurso de horas, e incluso hipotensión potencialmente fatal y fallecimiento.

Informes recientes indican que se pueden dar reacciones graves o fatales en las horas siguientes a la reintroducción de abacavir en pacientes sin historia identificada o con síntomas no asociados a la hipersensibilidad. Las reacciones de hipersensibilidad graves o fatales se dieron a partir de la reintroducción, cuando se interrumpió por motivos no relacionados con los síntomas de hipersensibilidad. En ciertos casos, los síntomas asociados con la hipersensibilidad podían haber estado presentes antes de que el medicamento se

dejara de tomar (por ejemplo, problemas respiratorios agudos y repentinos, gastroenteritis o reacciones a otra medicación). En unos pocos casos, las reacciones de hipersensibilidad se dieron pasados días o semanas después de la reintroducción de abacavir.

Si se ha dejado de tomar abacavir por razones diferentes a los síntomas de hipersensibilidad y se está considerando la reiniciación de la terapia:

- Debe analizarse el motivo que produjo la interrupción para garantizar que el paciente no ha experimentado síntomas de reacción de hipersensibilidad. Si se sospecha que puede haber hipersensibilidad, NO debe reintroducirse.
- Si no se identifican síntomas asociados con la hipersensibilidad, el reinicio debe llevarse a cabo con precaución. Los pacientes deben ser conscientes de que puede darse una reacción de hipersensibilidad después de la reintroducción de abacavir, y que por ello sólo debe plantearse la reintroducción si el paciente cuenta con el acceso a la asistencia médica adecuada +

#### REFERENCIA:

Doctor Fax, núm. 59, [www.foro-vih.org/gtt.html](http://www.foro-vih.org/gtt.html)



## Cannabis inhibidores de la proteasa y apetito

Un equipo de investigadores de San Francisco presentó en Durban los resultados de un estudio randomizado y con control placebo (o sea, científicamente "fuerte") que mostraban que el uso de marihuana en personas VIH+ no se asociaba con aumentos de la carga viral, además de favorecer el apetito y la ganancia de peso. Los 67 participantes se distribuyeron entre un grupo que recibía cigarrillos de marihuana, otro que tomaba dronabinol (una formulación oral de cannabis) y un tercero que recibía un placebo oral. Al menos a corto plazo (21 días), los sujetos que usaban cannabis en forma de marihuana fumada o de pastillas de dronabinol experimentaron pequeños descensos de carga viral (aunque la heterogeneidad de la muestra y su pequeño tamaño hace difícil interpretar tales descensos, lo verdaderamente relevante es que la carga viral no subió) y aumentos en la ingesta de alimentos y de peso significativamente mayores en los grupos cannabis en comparación con el placebo (medianas de 3,5 kg de aumento en el grupo de marihuana fumada, de

3,1 kg en el dronabinol y de 1,3 kg en el placebo). Todos los participantes habían de estar en una combinación "estable" de antirretrovirales (si bien sólo la mitad de los sujetos tenían carga viral por debajo del límite de detección) y experiencia previa de uso de marihuana (pero no en los meses inmediatamente anteriores). Este estudio, pionero en su género, abunda en el papel de la marihuana como posible ayuda en procesos de pérdida de peso asociada a la infección por VIH, al tiempo que muestra ausencia de asociación entre el uso de cannabis y la carga viral. (Otra cosa es el potencial carcinógeno de los cigarrillos, incluidos los de marihuana, claro) +

### REFERENCIAS:

D. ABRAMS, R. LEISER y cols., *Short-term effects of Cannabinoids on HIV 1 Viral Load*, XIII Conferencia Internacional del Sida, Durban; 9-14 julio 2000, Abstract LpPeB 7053.  
*HIV-treatment bulletin*, vol. 1 núm. 5 agosto 2000.

## Horarios y comidas con ddi en cápsula entérica

La nueva formulación de ddi en cápsula de protección entérica (ddi-EC) va a estar disponible en España, si no se tuercen las cosas, antes de fin de año. Está nueva presentación fue pensada para reducir o eliminar los problemas gastrointestinales (GI) adversos (principalmente, diarrea) e intentar superar las restricciones dietéticas. Hay que recordar que actualmente, las tabletas de ddi deben tomarse una hora antes de las comidas y dos después (eso al margen de si se toma en dosis de dos veces al día o una vez al día, ya que ambas nos parecen equivalentes).

Datos presentados en la Conferencia ICAAC (Toronto, Canadá, septiembre 2000) a la comunidad han frustrado parcialmente esas expectativas. Todo parece apuntar, a falta de unas últimas pruebas de farmacocinética, a que

las restricciones dietéticas van a ser las mismas o muy parecidas. En cuanto a los problemas GI y en concreto la diarrea, los estudios no presentan ninguna mejoría remarkable. BMS argumenta que puede ser debido a que ddi-EC se administró junto con nelfinavir (Viracept), lo que puede distorsionar la interpretación. Pero si NFV es conocido por su propensión a la diarrea, ¿por qué se eligió este inhibidor para los ensayos clínicos de ddi-EC? Que sea el IP más empleado en EE UU no parece razón suficiente +

### REFERENCIAS:

*Doctor Fax*, núm. 59, [www.foro-vih.org/gtt.html](http://www.foro-vih.org/gtt.html)  
*HIV-iBase Treatment Bulletin*, núm. 6, [www.i-base.org.uk](http://www.i-base.org.uk)

## En defensa de nelfinavir

En el anterior número de Lo+Positivo publicamos una nota sobre la puesta en cuestión de nelfinavir, según un polémico artículo de Project Inform (PI) de San Francisco. En respuesta a dicho artículo, John Drake, director médico asociado de Productos Roche, empresa que comercializa nelfinavir fuera de EE UU, envió una carta en la que ofrece otros datos e interpretaciones con la intención de contradecir la idea de que este inhibidor de la proteasa es más flojo que otros.

En primer lugar, Drake refiere varios análisis de datos diferentes a los del artículo de PI que según él demuestran que NFV es cuánto menos igual de potente que otros IP: cuatro presentados el año pasado en la Conferencia de Lisboa (abstracts 205, 237, 595 y 1992), uno publicado en *AIDS* (*AIDS* 2000, 14: 157-161), y otro en la Conferencia sobre Retrovirus de este año (abstract 520). A continuación, Drake repasa los estudios mencionados por PI como desfavorables

para NFV (el EuroSIDA, el Combine y ACTG 364), de los que hace interpretaciones divergentes y saca conclusiones que cree que deben aliviar las "preocupaciones" sobre nelfinavir y poner dichos estudios en perspectiva:

«Un repaso a todos los estudios sobre nelfinavir no debería causar ningún tipo de preocupación. Algunos estudios publicados simultáneamente a los tres que habéis citado muestran resultados positivos (algunos sugieren la superioridad de nelfinavir). Los resultados publicados de EuroSIDA no muestran ningún problema con nelfinavir tanto en terapia de primera como de segunda línea. El ACTG 364 puede haber randomizado más pacientes resistentes a los nucleósidos en el brazo de nelfinavir y el COMBINE todavía no ha alcanzado su principal punto de medición.» +

### REFERENCIA:

*Doctor Fax*, núm. 58, [www.foro-vih.org/gtt.html](http://www.foro-vih.org/gtt.html)



# Lo que está por venir

## Los antirretrovirales que guardan cola para su aprobación

**A** pesar de que el número de fármacos anti-VIH disponibles en nuestro entorno no ha cesado de crecer en los últimos años, un número cada vez mayor de personas VIH+ precisa con urgencia de nuevos agentes que sean potentes, tolerables y, sobre todo, activos contra

cepas del VIH resistentes a la totalidad o a buena parte del arsenal actual. El listado que os ofrecemos a continuación recoge algunos de los antirretrovirales que se encuentran en fases más avanzadas de investigación (fases II o III: ver glosario), al tiempo que comenta brevemente sus potenciales limitaciones y virtudes.

### ITIN (Inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósido)

• Trizivir (AZT+3TC+abacavir): no es un fármaco nuevo, sino la nueva formulación "tres en uno" de Glaxo Wellcome que incluye en una sola pastilla sus tres análogos de nucleósido: AZT, 3TC y abacavir. La pastilla de Trizivir será de toma dos veces al día y, según GW España, su aprobación europea se prevé a finales de este año y la comercialización en España tres o cuatro meses más tarde, como de costumbre (aproximadamente en la primavera del 2001).

• Emtricitabina (FTC, Coviracil): desarrollado por la casa farmacéutica Triangle (ahora en sociedad con Abbott), este nuevo ITIN es un fármaco de una vez al día "en fase de desarrollo III en Europa y Estados Unidos", según Abbott España (que no especifica si hay centros españoles participando en ellos). Por lo demás, sabemos que su estructura química es muy similar a la del 3TC (aunque in vitro Coviracil parece entre 4 y 10 veces más potente), pero también se espera que presente su mismo perfil de resistencias (o sea, la dichosa mutación M184V), con lo que difícilmente será útil para personas que hayan tomado 3TC (Epivir). Al igual que 3TC, Coviracil también es activo contra el virus de la hepatitis B.

### ITINN (Inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósido)

• Emivirina (Coactinon): otro fármaco en desarrollo avanzado (fase III) de la

casa Triangle (también aquí en sociedad con Abbott) y del que, al igual que Coviracil, Abbott España se limita a señalar que "se encuentra en Fase III en Europa y Estados Unidos". La posible utilidad de este nuevo ITINN en personas VIH+ que ya hayan probado con los otros ITINN no queda clara a la luz de la información de que disponemos en la actualidad. De momento, los datos in vitro sugieren que emivirina no sería un fármaco eficaz en personas que ya tengan cepas VIH resistentes a los ITINN comúnmente utilizados en nuestro país (nevirapina y efavirenz). Además, la interacción negativa de emivirina con nelfinavir (que parece incluso mayor de lo que se creía y que podría repetirse con otros IP) es un problema por solucionar (quizá también con dosis "mini" de ritonavir) y que podría influir en las previsiones de desarrollo del fármaco.

• Capravirina (AG-1549): aunque aún está por determinar su posible dosis, seguridad y eficacia (fase I/II), este fármaco desarrollado por Auguron y Warner Lambert ha mostrado in vitro una eficacia al menos parcial contra cepas de VIH resistentes a los "viejos" ITINN (la resistencia de alto nivel a nevirapina o efavirenz sólo precisa de una mutación, la K103N, mientras que con capravirina habrían de acumularse dos o tres mutaciones diferentes para generar tal nivel de resistencia). Como sabemos que lo que sucede en el tubo de ensayo (in vitro) y en el organismo humano (in vivo) no siempre coincide, ni mucho menos, esperaremos a ver los resultados con capravirina en sus ensayos clínicos fase II y III.

### IP (Inhibidores de la proteasa)

• Lopinavir (ABT-378, Kaletra): este nuevo IP de los laboratorios Abbott, conocido como ABT-378, acaba de obtener la aprobación de la FDA en Estados Unidos para su uso en adultos y niños mayores de 6 meses infectados por el VIH. Kaletra ya se presentó el pasado junio a la EMEA (la agencia europea del medicamento) para su aprobación en este lado del Atlántico, que Abbott espera a finales de año y después habrá que contar los 3 meses mínimos que en España supone la negociación del precio. Se trata de un fármaco de toma dos veces al día (y sin restricciones dietéticas) que ha ofrecido hasta la fecha resultados antivirales potentes en personas naive y también en pacientes pretratados con otros IP. En su forma comercial (Kaletra), lopinavir aparece ya combinado en una



misma pastilla con dosis "mini" de ritonavir (Norvir), para elevar así su concentración en sangre, lo que parece estar relacionado con su sensibilidad a cepas resistentes a otros IP. Hasta el momento, los efectos secundarios más comunes de Kaletra han sido diarrea, náusea y debilidad muscular (astenia); se necesita más tiempo, como es de suponer, para conocer qué índice de lipodistrofia y de otros efectos secundarios a medio y largo plazo puede presentar. Respecto a su uso en nuestro entorno, Abbott España contabiliza hasta 50 centros hospitalarios españoles que están usando Kaletra en lo que califican de un "Programa de acceso precoz bajo el marco de un ensayo clínico".

- BMS 232: este nuevo IP, desarrollado por Bristol Myers Squibb, será de toma una vez al día y, según BMS, podría estar aprobado a finales del próximo año.

Estudios de fase II muestran una prometedora potencia antirretroviral, si bien ésta no parece asociarse a la dosis suministrada, algo que desde luego no facilita ni la elección de dosis ni la demostración de la asociación causal entre el uso de BMS-232 en combinación con otros agentes ARV y los resultados positivos obtenidos. Además, los datos sobre el perfil de resistencias de BMS 232 son contradictorios, por lo que su posible utilidad para personas resistentes a otros IP queda por dilucidar.

- Tipranavir (PNU-140690): este inhibidor de la proteasa (originalmente desarrollado por Pharmacia & Upjohn y recientemente adquirido por Boehringer-Ingelheim) es el primer IP no peptídico concebido hasta la fecha y los resultados disponibles in vitro sugieren que puede ser eficaz contra cepas resistentes a otros IP. Su principal problema es, de momento, el gran número de pastillas y su dosificación (tres veces al día). Si los intentos actuales de los investigadores de incrementar la potencia de tipranavir con una pequeña dosis de ritonavir dan resultado, este problema podría verse aliviado. También han de solucionar, con una formulación mejorada, la larga lista de interacciones con otros fármacos. Por lo que hace al perfil de resistencias, de nuevo habrá que esperar y ver.

## OTRAS FAMILIAS DE FÁRMACOS

### 1. IF (Inhibidores de la fusión)

- T-20: se trata de uno de los agentes que más ha dado

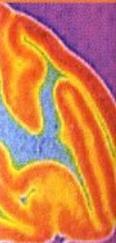


que hablar últimamente y es un descubrimiento de la firma biotecnológica Trimeris, que se asoció con Hoffman-LaRoche de cara a la producción y distribución del medicamento. Los inhibidores de la fusión son una familia completamente nueva de fármacos antirretrovirales que funcionan "pegándose" a una proteína crucial de la superficie del VIH, la gp41, impidiendo así que el virus se fusione con la célula sana y penetre en ella para después utilizarla como "fábrica" para su propia replicación. Dado que se trata de una forma de actividad contra el VIH absolutamente novedosa, la buena noticia sería que, potencialmente, cualquier persona VIH+, independientemente de su historia de tratamientos, podría beneficiarse del uso de T-20 (y los datos disponibles hasta la fecha en seres humanos así parecen indicarlo). Más problemático resulta saber que la particular estructura de T-20 (es un péptido de cadena química larguísima y bastante frágil) no permite su uso oral, por lo que, de momento, el fármaco existe únicamente en forma de inyecciones subcutáneas que han de ponerse dos veces al día. Por último, la producción de T-20 es todo un desafío

para la tecnología farmacéutica (más incluso de lo que en su día lo fueron los IP), dadas las inusuales características del compuesto. El tándem Roche-Trimeris ha anunciado recientemente que será la fábrica de Roche en Colorado, Estados Unidos, la que se encargará de la producción de T-20 a gran escala, asegurando que esperan poder fabricarlo por toneladas (Trimeris solo podía producirlo por kilos) y garantizar así un suministro adecuado del fármaco a todos sus potenciales clientes.

### ITINt (Inhibidores de la transcriptasa inversa nucleótidos)

- Tenofovir (PMPA): tenofovir (TFV) ha recogido el testigo antirretroviral de la compañía estadounidense Gilead Sciences, fabricante de ambos compuestos (tenofovir y adefovir), después de que a finales del pasado año la FDA (la agencia estadounidense que aprueba los fármacos) rechazara la solicitud de aprobación de adefovir, su ascendente químico, aduciendo su escasa potencia y el alto riesgo de toxicidad renal asociado a su uso. Tenofovir no supone una clase antirretroviral totalmente nueva (es un nucleótido que inhibe la transcriptasa inversa del VIH), pero muestra una prometedora potencia antiviral y podría tener "truco": funcionar incluso mejor en aquellas personas que hubieran tomado 3TC (Epivir) o Coviracil y que poseyeran la mutación M184V, ya que ésta parece contribuir a que el fármaco se "agarre" al VIH todavía con más fuerza. Por otra parte, según los datos obtenidos en sus estudios con monos, Gilead considera que la potencia de TFV podría ganarse una indicación específica para su uso profiláctico en caso de exposición accidental al VIH. Queda por explorar más a fondo hasta qué punto TFV provoca también toxicidad renal, si bien los datos generados hasta la fecha con seres humanos resultan alentadores en este sentido. Tenofovir está en plena Fase III de investigación y Gilead, que parece por fin interesada también en sus potenciales clientes europeos, podría beneficiarse de una aprobación condicional en nuestro continente. Por lo pronto, Gilead nos informa de que el estudio 903 (con pacientes naive) está reclutando pacientes en Barcelona (Hospital Germans Trias i Pujol "Can Ruti" y Hospital Vall d'Hebron), Madrid (Hospital Ramón y Cajal, Hospital Carlos III y Hospital 12 de Octubre) y Valencia (Hospital La Fe) +



# ¡Échale cara!

## Medicina estética y lipoatrofia facial

**C**ada vez hay más personas que se mueven para saber cómo recuperar en lo posible la cara que han perdido. Algunas se atreven a pasar por operaciones más o menos invasivas y otras buscan el máximo de información

para adquirir una cierta idea sobre ventajas y beneficios de las diferentes técnicas. Precisamente eso es lo que vamos a intentar a continuación, basándonos en las experiencias de dos médicos activistas: Hein Knapp, de Amberes (Bélgica) y Márcio Soares Serra, de Río de Janeiro (Brasil).

Para empezar, hay que aclarar que estamos hablando de medicina estética que no incluye cirugía plástica. La cirugía plástica es una intervención que modifica los tejidos, huesos y cartílagos del organismo; la medicina estética que se está utilizando para tratar la lipoatrofia facial (la pérdida de grasa subcutánea en la cara) consiste en la inyección debajo de la piel de algún producto o substancia que permita recuperar el aspecto anterior deseado. La diferencia en este caso estriba en qué es lo que se introduce, cómo se hace, cuánto dura y cuánto cuesta.

triángulo zigomato-naso-labial; le sigue la zona de las mejillas (orbicular) y la menos acusada es la subzigomática [véase foto].

Hein Knapp ha tratado a unas 32 personas con pérdida de grasa facial. Al 100% de ellas le intervino el triángulo zigomato-naso-labial, al 70% las mejillas y al 20% la zona subzigomática. Márcio Serra ha tratado a unas 60 personas para la recuperación de la bola de Bichat (en las mejillas). Cada uno utiliza su propia técnica.

durante 5 días aproximadamente. Ello es necesario, ya que la cantidad de grasa que se inyecta tiene que ser algo superior a la necesaria, pues el exceso es la proporción de adipocitos que no se adhieren, mueren y son eliminados del organismo. Esta técnica tiene la ventaja frente a otras de ausencia de rechazo y de presentar un riesgo muy bajo de infección o de daño al nervio facial. Su principal desventaja es que presenta un riesgo mayor de daño en las venas faciales durante los primeros cinco días. Otra limitación es que no es aplicable a la zona supra-zigomática (las sienes).

Su resultado es permanente siempre que se elimine la causa que provocó la desaparición de la grasa original. Algunas personas se someten a este tratamiento al tiempo que cambian su terapia antirretroviral, aunque no se conoce ningún estudio determinante sobre la eficacia de esta estrategia a largo plazo. En caso de un nuevo proceso lipoatrófico, se puede repetir la inyección aprovechando la grasa congelada.

El coste en la clínica de Hein Knapp en Amberes es de 250 euros por la primera vez (que incluye extracción y reimplante), y de 50 euros por cada nueva inyección de grasa.

### ¿De qué estamos hablando?

La lipoatrofia facial forma parte del complejo síndrome conocido como lipodistrofia, y consiste en una pérdida de grasa subcutánea en la cara. La grasa está formada por células llamadas adipocitos, que a su vez contienen receptores de dos tipos: alfa o beta. Los receptores alfa 1 son los predominantes en las células de la cara, los beta 1 en la grasa corporal superficial y los beta 2 en la grasa corporal profunda. Los receptores alfa son los responsables de la cohesión de los adipocitos y de la capacidad de las células de extraer y suministrar grasa de y a la sangre. Las células receptoras alfa se sujetan mejor como implantes debido a que poseen un sistema para adherirse a cada uno de los tejidos.

Esto es importante a la hora de decidir qué zona tratar y con qué. Porque no en toda la cara se pierde grasa con la misma intensidad. Habitualmente, la zona donde la pérdida es más visible es el

### El lipo-filling

Hein Knapp se decanta por el relleno con tejidos corporales extraídos de la propia persona según un método que denomina lipo-filling. El procedimiento es el siguiente:

Primero se detecta una zona del cuerpo donde haya suficiente grasa sobrante para extraer: usualmente, los "michelines" situados encima de las caderas. A continuación se aplica una anestesia superficial (en un área de 10x10 cm) y por medio de una aguja de 1,4 mm (de uso veterinario) se extrae la grasa (por ejemplo, de 10 a 15 cc). Una vez extraída, se le añade una solución de 1 ó 2 ml de NaCl para lavarla y se deja 5 minutos en gravedad para que la grasa se separe de la sangre y el agua. Lo siguiente es aplicar anestesia para el área facial y reintroducir parte de esa grasa con otra aguja del mismo tipo. El resto puede reservarse congelada para necesidades futuras.

Al acabar la intervención, la persona tendrá la cara hinchada y así seguirá

### El polimetilmetacrilato

Márcio Serra es un dermatólogo con consulta en Río de Janeiro (Brasil) que opta por los implantes de polimetilmetacrilato para tratar la lipoatrofia. Lo hace mediante la inyección de esta substancia junto con hidroxietilcelulosa y lidocaína.



A partir de los datos de 60 pacientes VIH+ con un seguimiento de 18 meses desde la intervención, Márcio afirma que estos implantes de metacrilato —una sustancia ajena al cuerpo— no presentan ninguna reacción alérgica ni parecen afectar los recuentos de CD4 ni la carga viral.

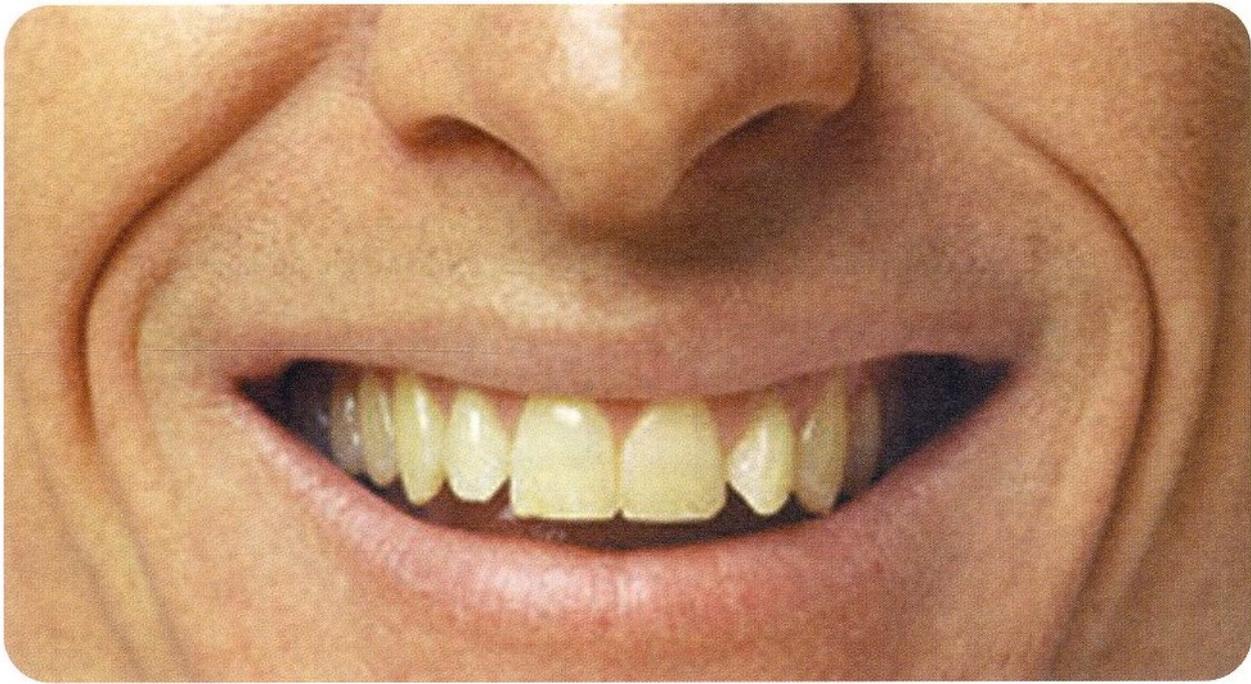
Los resultados son en principio definitivos, ya que la sustancia no se disuelve aunque persista la causa de la lipoatrofia. Ello hace que no sea necesario plantearse un posible cambio de tratamiento antirretroviral, como en los reimplantes de grasa corporal. Tiene el riesgo de requerir una nueva intervención para retirar el

Congreso sobre lipodistrofia celebrado en Marrakech (Marruecos) hace unos meses, se presentaron datos que avalaban la persistencia de los resultados hasta 10 meses. Se estima que su duración media es de unos 18 meses, al cabo de los cuales hay que rellenar el implante. Esta técnica está cubierta por la Seguridad Social en Francia para personas VIH+ que padezcan lipoatrofia asociada al tratamiento antirretroviral, aunque las listas de espera son muy largas. Su coste aproximado es de unos 1.000 euros para la primera intervención y de 400 para las siguientes.

El microtrasplante es otra variación

extendido su empleo gracias a la facilidad con que se inyecta. Esto se hace bajo la derma, la capa básica justo bajo la piel. Temporalmente, puede deformar algo la zona de aplicación, pero tiende a tomar un volumen normal. Sus principales inconvenientes son que no se utiliza para zonas grandes, sino para hacer desaparecer o suavizar las arrugas, requiere inyecciones frecuentes (más frecuentes cuanto más tiempo se lleve utilizándolo) y es caro: según la marca, de 130 a 200 euros por mililitro.

Entre los productos permanentes podemos mencionar el colágeno sintético, apenas alergénico, aunque provoca



metacrilato si la grasa facial reaparece, ya que podría derivar en un volumen excesivo y deforme de las mejillas.

Su coste aproximado en la consulta de Márcio es de 400 euros.

### Otras intervenciones

Además de las prácticas de Hein y de Márcio, existen otras opciones de las que no tenemos tanta información de primera mano, pero que os podemos reseñar.

La técnica de Coleman es muy parecida al lipo-filling ya descrito, pero se diferencia en que la extracción y reintroducción se llevan a cabo por medio de una aguja y un compresor que pueden dañar mucho los adipocitos. Además, la sustancia extraída pasa por un proceso de centrifugado, que también puede contribuir al deterioro celular. Debido a la baja calidad resultante, la cantidad que debe reimplantarse debe ser el doble de la necesaria, dado que aproximadamente la mitad será eliminada por el organismo al cabo de unos 10 días. Eso sí, durante esos 10 días, mejor no salir de casa. En un

del autoimplante, pero ahora lo que se hace es extraer (en este caso sí es cirugía) un trozo de grasa con sus arterias, venas y nervios incluidos. Después se realiza una incisión en el interior de la mucosa bucal donde se reinyecta. Requiere anestesia total y la operación dura dos horas. El fracaso, cuyo índice oscila entre el 5 y el 7%, suele deberse a la lisis ocasionada por una inadecuada oxigenación del implante. Suele ser el método utilizado para reparaciones faciales después de un accidente. Su coste es el más elevado: 3.000 euros.

### Otras sustancias

Finalmente, existen otros productos exógenos al cuerpo que se utilizan en la cirugía plástica y que podrían cuanto menos evaluarse para contrarrestar la lipoatrofia del VIH y sus tratamientos.

Los productos biodegradables no son permanentes porque, como su nombre indica, el cuerpo los va eliminando. El colágeno (suele ser colágeno bovino) es conocido desde hace 25 años y se ha

granulomatosis. Al inyectarse bajo la derma es reconocido como un cuerpo extraño y capturado por los glóbulos blancos que crean una capa a su alrededor. Después de 4 a 6 semanas, la reacción se completa, y entonces se puede ajustar el volumen quitando o poniendo capas. La persona lo nota al tocarse y su precio oscila entre los 200 y los 230 euros por ml.

También existe el Artecall, una mezcla de colágeno y de fibra de vidrio muy gruesa, y por lo mismo difícil de inyectar: cuesta de 300 a 350 euros por ml. La DMS o dimetilsilicona se ha empleado durante 20 años para cubrir agujas y prótesis; ahora también tiene una formulación soluble con un precio de 100 euros por ml. El Newfill, es un producto biodegradable muy novedoso hecho a base de ácido poliáctico y que hasta ahora sólo se comercializa en Francia.

Como veis, hay varias alternativas que pueden tenerse en cuenta. Lo importante es que haya voluntad política y médica para experimentarlas y aprobar su inclusión en la sanidad pública para tratar la lipoatrofia asociada con VIH+





Farma

***Soluciones***  
***Integrales de Salud***

**Trabajamos  
por un mundo sin  
VIH**

# Entre médicos anda el juego

## Primera reunión española de consenso sobre el manejo de las hepatitis crónicas víricas en pacientes con VIH

La Fundación FIT organizó el día 6 de octubre un encuentro en Madrid al que asistieron más de 100 especialistas en VIH y en Hepatología con la intención de discutir los aspectos clínicos más relevantes de la coinfección del VIH y de las Hepatitis víricas (en particular la C y la B, pero también se hizo referencia a la A y la Delta) y elaborar un primer borrador para consensuar las directrices de tratamiento de las personas que presentan ambas dolencias. Aunque aún puede sufrir modificaciones importantes, creemos interesante ofrecer esta propuesta preliminar en lo que hace a la coinfección con el VHC, ya que los comentarios que pueda suscitar influirán en las directrices oficiales sobre el mismo tema, cuya elaboración está prevista para dentro de pocos meses.

### La magnitud del problema

Los estudios epidemiológicos indican la persistencia de una prevalencia elevada del VHC en personas VIH+ en nuestro país, aunque difiere según el grupo poblacional. Éstos son los cálculos:

- 75/90% entre UDVP.
- 5/10% entre HSH.
- 100% entre Hemofílicos.
- 10% entre Heterosexuales.

A partir de estos porcentajes, los datos absolutos se establecen con una horquilla de entre 65.000 y 80.000 personas coinfectadas con ambos virus en nuestro país.

La incidencia (números nuevos de casos), sin embargo, tiende a la baja, algo que se asocia con la caída del número de personas con uso inseguro de drogas inyectables.

### Diagnóstico

- *Screening* universal a personas VIH+: todas las personas seropositivas testadas para VHC.
- La determinación del genotipo y de la carga viral del VHC sólo se hará en pacientes en los que se plantee tratamiento.
- El ARN del VHC (la carga viral o viremia de la hep. C) se cuantificará por UI/ml.

- La biopsia hepática no se llevará a cabo en hemofílicos ni en personas con cirrosis evidentes por marcadores clínicos; en el resto de pacientes, sería altamente recomendable, aunque no imprescindible para iniciar tratamiento (podría bastar la serología positiva y la persistencia de transaminasas elevadas).

El Dr. Juan Ignacio Esteban del Hospital Vall d'Hebron de Barcelona afirmó que a las personas con VIH que no se adhieren al tratamiento antirretroviral les niega el tratamiento para el VHC, diciéndoles: "Como no has querido tomar los ARV, ahora te vas a morir del hígado."

### Hepatotoxicidad del tratamiento antirretroviral para VIH (TARV)

- La tasa de ALT elevada por toxicidad del TARV se considera cuando  $>2$  log sobre niveles normales.
- De entre los ARV, los IP tienen más propensión (un 15%) a causar hepatotoxicidad, y de entre éstos, ritonavir (Norvir) parece el más tóxico, e indinavir (Crixivan) causa hiperbilirubinemia (aunque no parece tener trascendencia clínica); por su parte nevirapina (Viramune) alcanza dicha toxicidad en el 10-30% de quienes la toman. Se recomienda evitar ritonavir y nevirapina en coinfectados siempre que sea posible.
- No hubo consenso por ahora sobre qué nivel de transaminasas obligaría a suspender TARV.
- En este punto, el papel que juega la reconstitución inmune en la reactivación del VHC por destrucción masiva de hepatocitos y su confusión como hepatotoxicidad fue muy debatido. Este fenómeno parece circunscribirse a los 3 primeros meses de TARV en personas con  $<300$  CD4 y  $>10.000$  copias de CV basales.

### Tratamiento

#### a) Candidat@s

- Personas con ARN de VHC + (viremia detectable) y ALT elevadas: aunque se propuso una clasificación en cuatro tipos según recuento de CD4 y carga viral y una recomendación específica en cada tipo, este enfoque suscitó mucha discusión. Algunos clínicos creen que sólo el

recuento de CD4 debe servir de parámetro para indicar tratamiento, con independencia de la CV del VIH. Queda pendiente.

- Personas con ARN de VHC + y ALT normal: no hay información para hacer una indicación.
- Cirrosis compensada: considerar tratamiento.
- Cirrosis descompensada: no tratar.

#### b) Estrategia terapéutica

- Interferón alfa (IFN) y ribavirina (RBV); IFN sólo en pacientes con RBV contraindicada.
- Duración: 6 meses con genotipos 2 y 3. 1 año con genotipos 1 y 4.
- La posibilidad de que una misma persona tenga dos genotipos con replicación completa fue acogida con escepticismo.

#### c) Dosis óptima

- IFN: 3 millones de unidades (MU) 3 veces por semana (TIW) en inyecciones.
- RBV: la indicación oficial de 1.000/1.200 mg se considera excesiva; 800 mg podrían bastar, sobre todo en personas con peso  $\leq 60$  kilos.

#### d) Efectos secundarios

- Antes de iniciar tratamiento, descartar antecedentes psiquiátricos y evaluar riesgo de anemia.
- Queda por determinar qué hacer si hay una caída de CD4 durante el tratamiento.

### Manejo

- Diagnóstico y tratamiento de las descompensaciones.
- Abstinencia rigurosa de alcohol.
- *Screening* de hepatocarcinoma en cirróticos por ecografía y AFP.

### Interacciones medicamentos anti-VIH y anti-VHC

- Evitar AZT y d4T por problemas de antagonismo.
- Evitar efavirenz por problemas psiquiátricos.

#### REFERENCIA:

Doctor Fax, núm. 60,  
[www.foro-vih.org/gtt.html](http://www.foro-vih.org/gtt.html)



# GLOSARIO



## Fases de desarrollo de la investigación de nuevos fármacos:

**Preclínica:** describe aquellos estudios conducidos en el tubo de ensayo del laboratorio (in vitro) o en animales experimentales.

**Clínica:** una vez superada la fase preclínica, la investigación sobre un compuesto determinado se efectúa con seres humanos siguiendo varias fases consecutivas:

- **Fase I:** los ensayos de fase I prueban un compuesto en pocas personas, bien sean voluntarios negativos al VIH o bien en personas VIH+ que no toman otros fármacos. Los objetivos de esta fase son determinar si el compuesto es seguro de tomar y averiguar cual es la dosis máxima tolerable.
- **Fase II:** se refiere a ensayos que estudian en personas VIH+ si un tratamiento es efectivo contra el VIH midiendo los cambios de ciertos marcadores como la carga viral o el número de CD4. Además, los ensayos de fase II evalúan los riesgos asociados al compuesto en estudio (o sea, sus efectos secundarios).
- **Fase III:** los ensayos fase III prueban el tratamiento con grupos mucho mayores de personas, con el fin de evaluar el equilibrio entre los riesgos y los beneficios asociados al mismo.

- **Fase IV:** estos ensayos, también llamados de "post-marketing", evalúan la seguridad y eficacia de un tratamiento a largo plazo y una vez que éste ya ha obtenido aprobación para su comercialización.

**Genotipo:** Aspecto genético de un organismo individual.

**Granulomatosis:** Formación de múltiples granulomas, o sea, de pequeñas masas tumorales formadas por un tipo de tejido conocido como de granulación. Los procesos de granulomatosis pueden ser un efecto secundario de los implantes de colágeno sintético.

**Hipotensión:** Cuando hablamos de hipotensión nos referimos a una disminución del tono o de la tensión sanguínea (el prefijo hipo, viene del griego y significa "debajo de" o "escasez de"). El fenómeno contrario, el aumento de la tensión sanguínea, se denomina hipertensión..

**"Screening":** Término inglés derivado de "screen" que en un contexto médico significaría "hacer una exploración". Así, si decimos que la población de personas VIH+ precisa un "screening universal" del virus de la hepatitis C (VHC), queremos decir que todas las personas VIH+ han de ser "exploradas" para detectar si están coinfectadas con el VHC +

48



La muy solicitada y esperada nueva sección

## CONTACTO

Contactos entre personas seropositivas a través de  
**LO+POSITIVO** se inaugura ya.

Escribe un texto de hasta 30 palabras con tus preferencias y envíalo a:

## CONTACTO

gTt, c/ del Pi, 10, 1º 2ª 08002 Barcelona,  
o bien al correo electrónico [gtt@wanadoo.es](mailto:gtt@wanadoo.es).

En el próximo número informaremos de cómo contestar.

# LISTA DE MEDICAMENTOS

OTOÑO 2000

Esta hoja es útil para mantener un registro de los fármacos que estás tomando en la actualidad. Puedes usarla para anotar cualquier tratamiento que tomes, tanto si es prescripción médica o voluntad propia. Si enseñas este resumen a farmacéuticos y doctor@s cada vez que te visites podrás evitar interacciones nocivas para tu salud.

## Medicamentos anti-VIH

Marca los medicamentos anti-VIH que estás tomando en la actualidad

Crixivan (indinavir)		Sustiva (efavirenz)	
Epivir (lamivudina, 3TC)		Videx (didanosina, ddl)	
Fortovase (saquinavir cápsula blanda)		Viracept (nelfinavir)	
Hivid (zalcitabina, ddC)		Viramune (nevirapina)	
Invirase (saquinavir cápsula dura)		Zerit (estavudina, d4T)	
Norvir (ritonavir)		Ziagen (abacavir)	
Retrovir (zidovudina, AZT)			

## Otros medicamentos recetados con regularidad

Anota los otros medicamentos que tomes con regularidad, p.ej. Septrin, metadona, anticonceptivos orales:

Nombre del medicamento	Frecuencia	Cantidad

## Medicamentos sin receta médica

Anota aquellos medicamentos que tomes sin ser recetados:

Nombre del medicamento	Frecuencia	Cantidad

## Vitaminas, minerales, hierbas y suplementos

Anota los suplementos o terapias alternativas, p.ej. L-carnitina, anabólicos esteroides:

Nombre	Frecuencia	Cantidad

## Otros

Relaciona aquí los compuestos que hayas ingerido, como drogas recreacionales o parecidos. Puedes emplear un código que sólo tú (y tu médico) conozcas.

Atención: Se recomienda no tomar Hipérico (Hierba de San Juan) si se está en tratamiento antirretroviral.

Nombre	Frecuencia	Cantidad



# 2

**ALBACETE:** ALVAS 967508860 **ALICANTE:** COLECTIVO

GAYS-LESBIANAS 965132610 ACOSPA 965923939 CIPS 965240563

*Benidorm:* AMIGOS 966804444 **ALMERÍA:** C.C.ANTI-SIDA

950254192 **ASTURIAS:** *Gijón:* C.C. ANTI-SIDA 985338832 *Oviedo:*

XEGA 985224029 **BADAJOS:** PLATAFORMA DIVERSIDAD 924259358

**BIZKAIA:** *Bermeo:* TXO-HIESA 946179171 *Bilbo:* T-4 944221240

Hegoak: 944702100 **BARCELONA:** ACAS CATALUNYA 933170505

ACTUA 934185000 COORDINADORA GAI-LESBIANA 932980029 EL PUNT

AMB TACTE (CAS DE SANTS) 934901940 Ext.30 PROJECTE DELS NOMS 933182056

*Granollers:* AUMMO 938601415 *Sabadell:* ACTÚA VALLÈS 937271900 **BURGOS:**

C.C.ANTI-SIDA 947240277 **CÁDIZ:** A.ANTI-SIDA 666046393

*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 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 **GUIPÚZKOA:** *San Sebastián-Donosti:*

A.C.ANTI-SIDA 943472036 HARRI BELTZA OIARTZUN 943493544

*Mondragón-Arrasate:* HIES-BERRI 943792699 **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 FIT 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:** C.C.ANTI-SIDA 948212257 SARE 948177244

**PONTEVEDRA:** *Vilagarcía Arousa:* 986508901 **SALAMANCA:**

C.C.ANTI-SIDA 923219279 **SANTANDER:** A.C.CÁNTABRA ANTI-SIDA

942313232 **SEVILLA:** COLEGA 954563366 C.C.ANTI-SIDA

954371958 **TENERIFE:** UNAPRO 901512035 **VALENCIA:**

COL-LECTIU LAMBDA 963912084 AVACOS 963342027 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 ○

