



Traducido y adaptado al español por Francisco González y Luis David Merino.

Bienvenido a Sudáfrica

Unas palabras de WISE

Al volar temprano en la mañana hacia Durban, Sudáfrica, uno puede apreciar a través de las ventanillas del avión, como el paisaje en tonos rosados se funde con el azul profundo del Océano Índico. Los dos colores no se entremezclan, sino que se tocan suavemente. El oleaje de crestas blancas lame y se choca contra la playa, forjando un terreno intermedio entre la tierra firme y el mar. Es una escena hermosa, que evoca una de las soleadas playas del sur de California. Desde lo alto, uno se siente como si fuera a unas vacaciones. No existen señales de ninguna catástrofe que sean visibles desde la ventanilla del avión. Pero una vez en tierra, la epidemia del SIDA en Sudáfrica es claramente una catástrofe.

Las estadísticas no muestran el sufrimiento

Con cerca de un 20% de la población viviendo con el SIDA, Sudáfrica es uno de los países que cuenta con el mayor número de personas seropositivas en el mundo. En algunas áreas de este país, una de cada tres mujeres es seropositiva. Se estima que en solo seis años, uno de cada dos adolescentes con edades por debajo de los quince años estará infectado con el VIH.

Pero las estadísticas no muestran el sufrimiento. Es fácil que las cifras pierdan su significado real. Sin embargo, una vez que se toca tierra en Sudáfrica, se comienza a entender el verdadero significado de las cifras y se aprende sobre las vidas que estas cifras tratan de representar, aunque nunca realmente lo lleguen a lograr.

Las cifras representan familias, no solo un hijo, una hija o uno de los padres, sino familias enteras, muchas comprendiendo a dos y tres generaciones. Una mujer lo expresó sencillamente así: soy mujer y madre. Tengo el SIDA. También soy huérfana como lo serán mis hijos. ¿Qué sucederá a los hijos de las mujeres en África cuando ellas mueran? ¿Quién se hará cargo de ellos? ¿Quién cuidará de nosotras que también somos hijas?

La epidemia entre las mujeres

En Sudáfrica, así como en muchos otros lugares del mundo, las mujeres han sido particularmente afectadas por el VIH. Los estratos sociales bajos, la pobreza, la violencia, el silencio y los propios cuerpos de las mujeres, las hace más vulnerables. De hecho, muchas alegan que el VIH/SIDA ha resaltado la desigualdad que existe entre los sexos de una manera más profunda que cualquier otro asunto o enfermedad en la historia de la humanidad.

Para la mayoría de las mujeres en Sudáfrica, hay pocas o ningunas esperanzas de tratamiento. El dinero y la política están entre los factores decisivos y la mayoría de las mujeres sudafricanas simplemente carecen de poder económico y político. Por supuesto, muchos hombres sudafricanos también carecen de dichos poderes. Pero para las familias con limitado acceso a los medicamentos que se enfrentan a la decisión de a quién tratar o a quién salvar, la respuesta por lo general es: al padre, al esposo o al hijo.

Similarmente, en los estratos más pobres donde el acceso a los tratamientos es escaso, los avances en la prevención de la transmisión de madre a hijo, benefician al bebé y no a la mujer a cargo del mismo. Así, este ciclo catastrófico continuará hasta el momento en que todos decidamos romperlo juntos.

Una mujer lo expresó sencillamente así: soy mujer y madre. Tengo el SIDA. También soy huérfana como lo serán mis hijos.

continúa, página 2

PROJECT



Información.
Inspiración y
Defensa de la Gente
con HIV/AIDS

205 13th Street, #2001
San Francisco, CA 94103
TEL 415.558.8669
FAX 415.558.0684
HOTLINE 800.822.7422
EMAIL
SUPPORT@projectinform.org
WEBSITE
www.projectinform.org

contenido

Bienvenido a Sudáfrica	1
Poder y prevención	2-3
Instantáneas en Durban	4
Embarazo	5
Las mujeres y el progreso de la enfermedad	6-7
La interrupción estructurada del tratamiento: en breve	8

Rompamos el silencio

La Conferencia Internacional del SIDA duró seis días. Su lema central fue muy acertadamente: "rompamos el silencio". En cada sesión de la conferencia, sin importar cuál fuera el tema, los asistentes rompieron el silencio sobre los asuntos relacionados con quiénes tienen acceso a los tratamientos para el VIH y quiénes no, y por qué.

La evaluación más profunda de este dilema fue hecha por el juez sudafricano, seropositivo al VIH, Edwin Cameron, quien declaró: en medio de la pobreza de África, estoy frente a ustedes porque estoy en capacidad de comprar salud y vigor. Estoy aquí porque puedo pagar por la vida misma.

♦ ♦ ♦

A sólo cinco cuadras de distancia de allí, en un oscuro salón del teatro de Durban, un grupo local de mujeres seropositivas, quienes no pudieron pagar la entrada a la conferencia, asisten cada día a una reunión satélite denominada "Ununbano LoMama" (mujeres trabajando juntas). En contra de la amenaza de violencia y abandono que se cernía contra ellas,

**Marcha de la
campana de
acción de
tratamiento (TAC)
sobre el acceso
al tratamiento
para el VIH,
julio de 2000.**
Durban,
Sudáfrica



también resolvieron romper el silencio que rodeaba a sus vidas.

♦ ♦ ♦

Ellas contaron historias sobre cómo tuvieron que enterrar a muchos de sus hijos sin entender nunca el porqué. Expresaron su rabia contra sus compañeros hombres y contra el sistema político existente, especialmente durante la época de la segregación racial (apartheid); por los años de abuso y negligencia. Además, expresaron su temor a una muerte inminente.

Poco a poco, las mujeres desbarataron los mitos que llevaron a su propio rechazo de los hospitales, clínicas y hogares. Hicieron preguntas difíciles sobre el VIH, lo que es, cómo pararlo y por qué mata a las personas. Pero la pregunta más difícil que formularon y que aún resuena en las mentes de todos los que asistieron a estas largas y complicadas sesiones fue la siguiente: continuarán el gobierno, los medios de comunicación, los activistas y científicos de todas partes del mundo que se reunieron en Durban escuchando y apoyando a estas mujeres, que tan valientemente rompieron su silencio?

¿Continuaremos haciéndolo?

Angela García

Angela García

Project WISE/Defensoría e información sobre el tratamiento para las mujeres

El poder y la prevención

Para los países pobres que no pueden sufragar los costos del tratamiento contra el VIH, la prevención sigue siendo la mejor arma para combatir la enfermedad. Sin embargo, existen muchas barreras para la gente, y en particular para las mujeres, que tratan de prevenir la transmisión del VIH y de otras enfermedades transmitidas sexualmente.

No sólo son las mujeres biológicamente más susceptibles de contraer el VIH, sino que deben afrontar las barreras que les impiden el acceso y uso de los métodos de prevención disponibles. El reconocimiento de las limitaciones relativas al sexo para la prevención del VIH, ha llevado a la exigencia de métodos de protección que puedan ser controlados e iniciados por las mujeres mismas. A continuación damos una actualización sobre dos avances dentro de este campo.

El condón femenino ¿Farsa o realidad?

En los últimos años, se ha dado mucha atención a los condones femeninos. En teoría, este condón le permite a la mujer ejercer un mayor control, al protegerse a sí misma y/o a sus parejas de la transmisión del VIH y otras enfermedades transmitidas sexualmente (en vez de usar el condón masculino). El interrogante que se plantea es si el condón femenino realmente funciona como se pretende. Aparentemente, la respuesta depende de a quién se le haga la pregunta.

Algunos informes provenientes de Brasil, Tailandia, Sudáfrica y Zimbabwe muestran una aceptación general entre las mujeres (incluyendo a las mujeres seropositivas) de los condones femeninos. Ellas sugieren que cuando se combinan con una buena información sobre cómo usarlos correctamente, existe una buena probabilidad de que el condón sea incluido como parte de la actividad sexual de la mujer, ofreciendo un método a iniciativa de ella para prevenir el embarazo y la transmisión de las enfermedades venéreas y el VIH.

continúa, página 3

El poder y la prevención, *continúa*

“ Necesitamos aprender a protegernos a nosotras mismas y a nuestras familias. Necesitamos poder hacer esto y no ponemos en peligro.”

Eka, Sudáfrica



El costo de los condones femeninos resulta prohibitivo para muchas mujeres en los países pobres (cuestan diez veces más de lo que cuesta un condón masculino). Esto plantea muchos interrogantes sobre si las mujeres pobres van a tener acceso a ellos.

La seguridad y efectividad de usar varias veces el mismo condón también está siendo examinada. Debido a que el condón femenino está hecho de poliuretano y es bastante fuerte, algunos investigadores creen que la reutilización puede ser posible. El principal problema es el de hallar un método seguro para limpiarlo y almacenarlo después de cada uso.

Se recomienda utilizar un condón nuevo cada vez, aunque algunos expertos

coinciden en afirmar que reutilizarlo es mejor que dejar de usarlo.

Pero no todo el mundo está a favor del uso de este condón. Fuera de su costo, sus críticos alegan que su visibilidad y ruidosidad requiere la aprobación del compañero masculino. Desafortunadamente, en las sesiones se dedicó poca atención al papel que juega el hombre en el uso de los condones femeninos.

Observaciones previas en los Estados Unidos y Canadá sugerían que las parejas heterosexuales que podían negociar la práctica del sexo seguro, por lo general preferían el condón masculino. Debido a que el condón femenino es tan obvio, no es muy probable que las mujeres puedan negociar la práctica del sexo seguro en sus relaciones con el uso de dicho condón.

Algunas mujeres informan sobre problemas de dolor cervical relacionados con el uso continuo del condón femenino. Los proponentes y educadores coinciden en que con el tiempo y una buena educación, las mujeres aprenderán mejor a insertar el condón correctamente, lo que hará que las quejas sobre dolores e incomodidades disminuyan significativamente.

Microbicidas

Un método de control y de iniciativa de las mujeres, que parece ser potencialmente más realista, pueden ser los microbicidas. Estas sustancias (gel, crema, esponja, aros

o enjuagues vaginales que eliminan los patógenos) están siendo estudiados para ver si pueden reducir la transmisión de enfermedades venéreas cuando son aplicados en la vagina o el recto. Los microbicidas pueden prevenir las enfermedades de transmisión sexual, incluyendo al VIH, pero no prevenir el embarazo.

El efecto de los microbicidas actúa sobre ambos miembros de la pareja, previniendo así la transmisión de enfermedades al igual que los métodos de barrera. Los microbicidas son por lo general económicos y pueden ser utilizados sin tener que depender demasiado de la cooperación del compañero sexual. Existe incluso la posibilidad de usar un enjuague bucal microbicida para la práctica del sexo oral. Parece buena idea ¿verdad?

El problema es que el desarrollo de los microbicidas ha sido lento, parcialmente debido a que el interés en ellos por parte del público general es bajo. De tal manera, que mientras que varios productos están siendo investigados, sólo tres se encuentran en las etapas finales de estudio.

Se acaba de determinar que una sustancia que parecía muy promisoriosa (el nonoxinol-9) en realidad aumenta la probabilidad de transmisión sexual de enfermedades. Los investigadores y defensores de los microbicidas concuerdan en que esta noticia es un retroceso, pero siguen alentando con la promesa de investigar otras alternativas. Entre ellas están las terapias específicas basadas en la inhibición de la entrada del VIH cuando se usan en la piel.

Conclusión sobre poder y prevención

Hace mucho tiempo que deberían existir los dispositivos de prevención del VIH y las enfermedades de transmisión sexual (incluyendo los que permiten el embarazo) controlados por las mujeres, ya que estos son absolutamente necesarios para salvar las vidas de centenares de mujeres en todo el mundo. Aunque existe un inmenso interés en los condones femeninos, no está claro lo que se debe hacer para que este interés se convierta de hecho en un factor de protección.

Los microbicidas pueden ser una mejor alternativa, pero por ahora esto es sólo una teoría y no una realidad. Se requiere más dinero y más investigación al respecto. Muchos investigadores opinan que con la suficiente inversión (incluyendo la de las compañías farmacéuticas) y la debida presión política, se podría desarrollar un microbicida dentro de los próximos cinco años. Para que esto suceda, se debe realizar una labor de activismo a nivel global, que asegure un verdadero compromiso para invertir en la investigación de los microbicidas.

Sin embargo, debemos ser realistas. En los últimos 20 años, los investigadores de las vacunas repetidamente se han fijado plazos de 5 a 10 años sin haber logrado el éxito. Además, la investigación sobre los microbicidas enfrenta algunos problemas similares a los que afrontan los investigadores de las vacunas. Debemos permanecer concentrados en el objetivo a lograr: encontrar hoy día, por cualquier medio que sea necesario, una forma de prevención que sea controlada por las mujeres.

Instantáneas de Durban

Muchos de los asuntos científicos y sobre tratamientos discutidos en Durban y en las siguientes páginas, son en la actualidad irrelevantes clínicamente para la mayoría de las mujeres seropositivas en el mundo. Los niveles cada vez más altos de defensoría e investigación sobre los asuntos relacionados con las mujeres están comenzando a cerrar esta brecha. Pero todavía queda mucho por hacer para que dichas investigaciones puedan beneficiar a todas las mujeres. Esto requiere un cambio económico y social, así como un verdadero compromiso por parte de los investigadores, los políticos, la industria, los defensores y las personas seropositivas por igual.

El virus del papiloma humano

El virus del papiloma humano (VPH) se transmite por vía sexual y causa las verrugas genitales. Está vinculado al desarrollo de cierta condición precancerosa cervical y anal (llamada displasia) así como al cáncer

mismo. Los estudios muestran que en comparación con las mujeres seronegativas al VIH, las mujeres seropositivas, particularmente aquellas con recuentos bajos de células CD4+, tienen con mayor frecuencia y severidad displasia causada por el VPH. Varios estudios presentados en Durban confirmaron estos descubrimientos, resaltando la necesidad de realizar exámenes ginecológicos regulares con el fin de detectar cualquier problema de displasia causada por el VPH y poder tratar los síntomas tempranos de un cáncer cervical.

Al igual que el VPH cervical, el VPH anal y la displasia son comunes en mujeres seropositivas. De hecho, en un estudio reciente, se comprobó que el VPH anal es más común que el VPH cervical en las mujeres seropositivas al VIH que en las seronegativas. Entre las mujeres seropositivas, otros factores de riesgo del VPH anal son los recuentos bajos de CD4+, la presencia de VPH cervical, la escasa edad y la raza blanca o caucásica.

Debido a que el VPH está vinculado a un mayor riesgo de displasia anal, que es

Se comprobó que el VPH anal es más común que el VPH cervical en las mujeres seropositivas al VIH que en las seronegativas.

un precursor del cáncer anal, estos resultados pueden indicar un mayor riesgo de desarrollar dicho cáncer. Más aun, esto realza la importancia de exámenes anales regulares para detectar una posible displasia. Este procedimiento no se está llevando a cabo rutinariamente en la actualidad ni en mujeres ni en hombres.

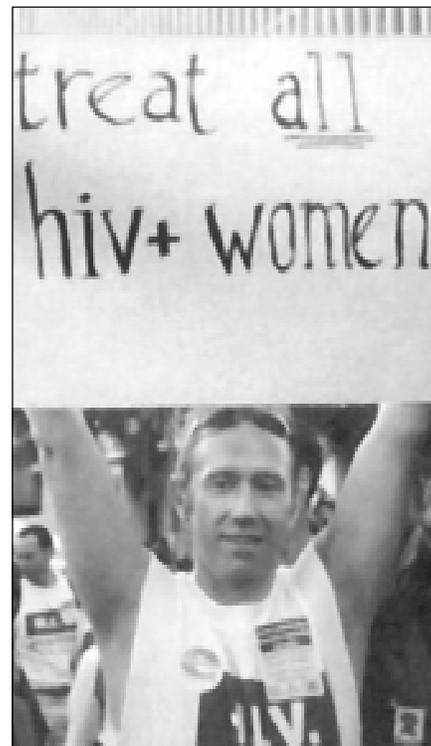
Al igual que la prueba de Papanicolaou cervical, algunos investigadores y activistas de la salud argumentan que incluir un Papanicolaou anal en los chequeos rutinarios de salud, podría detectar la displasia en las etapas tempranas y prevenir su progreso al cáncer.

Lipodistrofia

Ha habido numerosas presentaciones sobre la lipodistrofia (el término general para describir la distribución de grasa y los cambios en los niveles de ciertas sustancias como el colesterol). Lo que es exactamente la lipodistrofia, cuáles son sus causas y qué tratamientos admite, está todavía poco claro. Lo que sí está claro es que la lipodistrofia es una causa real de inquietud para muchas personas. Uno de los hallazgos de un estudio realizado a este respecto fue que la lipodistrofia es un motivo cada vez más común por el que los pacientes deciden abandonar, demorar o cambiar su terapia.

Varios estudios intentaron determinar los factores de riesgo para la lipodistrofia. Algunos de ellos hallaron una relación entre el uso de d4T (estavudina, Zerit) y la pérdida de grasa, así como entre el uso de inhibidores de la proteasa—especialmente ritonavir (Novir) e indinavir (Crixivan)—y el aumento de grasa. La edad avanzada y el sexo del paciente pueden ser también factores importantes. Varios estudios han mostrado que las mujeres son más propensas al aumento de grasa, mientras que los hombres son más propensos a la pérdida de grasa. Otros factores son el grado de desarrollo de la infección por VIH, la duración de la enfermedad y la duración de la terapia previa contra el VIH. Desafortunadamente, muchos de estos estudios continúan utilizando diferentes definiciones y métodos de medición, lo cual dificulta las comparaciones entre ellos, así como la extracción de conclusiones. Este campo sigue estando plagado de contradicciones y fenómenos inexplicados.

Un recordatorio vital "de la marcha TAC



Mujeres VIH+ y VHC+ durante el embarazo

Muchas mujeres seropositivas al VIH también tienen el virus de la hepatitis C (VHC). El efecto de vivir con ambos virus al mismo tiempo durante el embarazo, sobre la transmisión de la madre al recién nacido es un nuevo campo de investigación. Algunos estudios sugieren que la coinfección está relacionada con un mayor riesgo de transmisión del VHC. Sin embargo, se necesitan más estudios para determinar si esto es realmente así.

Un estudio llevado a cabo en Europa con 509 mujeres infectadas con ambos virus investigó los efectos del tipo de parto y la alimentación del bebé en el riesgo de transmisión de la hepatitis C. Las mujeres que dieron a luz mediante cesárea transmitieron el virus al recién nacido con mucha menos frecuencia que las madres que tuvieron partos vaginales. Aunque sólo 13 mujeres amamantaron a su bebé, la lactancia mostró una relación muy clara con la transmisión del VHC en comparación con otros métodos de alimentación. De manera similar, los bebés que resultaron ser VIH positivos también mostraron mayor probabilidad de ser VHC positivos, en comparación con aquellos que no estaban infectados por el VIH.

Estos hallazgos sugieren una posible interacción entre el VIH y el VHC que puede aumentar el riesgo de transmisión de la madre al bebé. Se necesita más investigación para determinar la naturaleza de esta interacción y los posibles riesgos de la coinfección sobre el avance de la enfermedad, tanto en la madre como en el recién nacido.

Transmisión de la madre al recién nacido

La prevención de la transmisión de la madre al recién nacido fue uno de los temas principales de la conferencia. Los resultados de varios estudios sugieren que incluso las terapias de muy corta duración con nevirapina (Viramune) o AZT (Retrovir, zidovudina), o bien con AZT y 3TC (Eпивir, lamivudina: la combinación de AZT+3TC es Combivir), logran reducir el índice de transmisión en un 50% aproximadamente. Con mejor acceso a la terapia, es posible reducir significativamente la transmisión vertical en países con escasez de recursos.

El factor crítico para prevenir la transmisión del VIH de la madre al bebé sigue siendo la lactancia (amamantamiento), que constituye una necesidad para muchas mujeres en el mundo. Dos estudios realizados a este respecto muestran una disminución en la eficacia de la terapia de corta duración contra el VIH para reducir las transmisiones durante la lactancia.

En el período comprendido entre los 12 y los 18 meses después del nacimiento, el índice de transmisión en la lactancia aumentó del 24% al 30%. Por lo tanto, las estrategias para reducir la transmisión del VIH deben abordar los factores sociales y económicos relacionados con la lactancia, como por ejemplo la alimentación infantil.

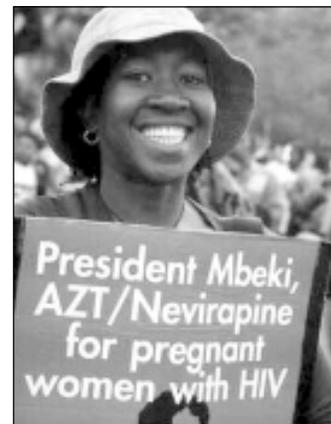
Se están llevando a cabo varios estudios sobre nuevos métodos para una lactancia sin peligro. Los resultados iniciales de uno de dichos estudios parecen indicar que la leche materna en combinación con otro tipo de alimentos (como jugos, agua, etc.) tiene un riesgo de transmisión más alto que la leche materna por sí sola. También vale la pena notar que no hubo diferencia entre el índice de transmisión en mujeres que alimentan a los bebés exclusivamente con su propia leche y aquellas que los alimentan exclusivamente con fórmula. Son necesarios más estudios para determinar las causas de estos sorprendentes resultados.

Abandonos y cambios de tratamiento

Entre las personas que están recibiendo terapia contra el VIH, existe una tendencia cada vez más frecuente de abandonar o cambiar la terapia. Las causas de estos cambios—de un régimen de terapia antirretroviral de alta potencia (HAART) a un régimen no HAART—y abandonos de las terapias suelen estar relacionadas con los efectos secundarios, la fatiga del tratamiento, la fase de la infección por VIH en que se encuentra el paciente, y factores relativos a su estilo de vida.

Un estudio a gran escala realizado con más de 1,000 mujeres mostró que, después de tres años con un régimen de terapia antirretroviral de alta actividad (HAART), el 20% de ellas cambió a un régimen menos intensivo, y el 17% abandonó completamente la terapia. Las mujeres con una carga viral baja y un recuento alto de células CD4+ mostraron la misma tendencia a reducir o abandonar la terapia que las mujeres una carga viral alta y un recuento bajo de células CD4+. Esto parece indicar que la respuesta al tratamiento no es necesariamente el motivo por el que los pacientes abandonan o cambian sus terapias. Se necesitan más estudios de investigación para comprender mejor los efectos de la reducción o el abandono de la terapia en este grupo de mujeres.

Sean cuáles sean los motivos que usted tenga para cambiar o abandonar la terapia, siempre es buena idea consultar con el médico antes de hacerlo.



Activistas expresando sus reivindicaciones durante la marcha TAC

El progreso de la enfermedad en las mujeres

Los primeros estudios sobre el VIH se concentraban sobre todo en la investigación de la enfermedad en los hombres. Los estudios actuales señalan que existen diferencias metabólicas entre los hombres y las mujeres en lo relativo al mantenimiento de los niveles de medicamentos, así como en los efectos secundarios. Algunos estudios señalan que las mujeres tienen cargas virales más bajas que los hombres. Existen también diferencias potenciales en la progresión de la enfermedad entre hombres y mujeres. Estas diferencias pueden estar influenciadas por factores como la edad, la raza y el nivel de acceso al tratamiento. A continuación se muestran los resúmenes de algunos informes publicados acerca de las diferencias entre los sexos en la progresión del VIH y los tratamientos específicos para las mujeres.

La carga viral en las mujeres: ¿Qué es? ¿Qué significa?

En marzo de 1999, WISE Words publicó un informe acerca de las diferencias de

carga viral entre los sexos, observadas en los participantes de un estudio sobre la relación entre el SIDA y el uso de drogas ilícitas por vía intravenosa. El estudio mostró que los niveles de VIH en las mujeres eran aproximadamente un 50% más bajos que los de los hombres que tenían niveles similares de células CD4+. Esto parece indicar que una mujer con la mitad de la carga viral de un hombre

tienen la misma probabilidad de desarrollar el SIDA.

Estos hallazgos sugieren que tal vez las pautas de tratamiento deban ser diferentes para las mujeres. Sin embargo, el estudio no incluyó información acerca de los niveles iniciales de carga viral, lo cual es un indicador importante de la progresión de la enfermedad. Los expertos están de acuerdo en que, por el momento, no parece aconsejable cambiar las pautas de las terapias según en el sexo del paciente.

En Durban se presentó un análisis de actualización del estudio sobre la relación entre el progreso del VIH y el uso de drogas ilícitas por vía intravenosa. Esta vez se incluyeron solamente aquellos voluntarios de quienes se tenía una muestra de sangre tomada, como máximo, 12 meses después de dar positivo en la prueba del VIH (seroconversión) y un mínimo de tres muestras tomadas posteriormente a dicha muestra.

En el estudio participaron 202 voluntarios (46 mujeres y 156 hombres). El tiempo transcurrido entre la seroconversión y la primera medición de la carga viral fue similar (4.3 meses y 4.1 meses respectivamente) y menos del 5% de los voluntarios recibieron terapia antirretroviral de alta actividad (HAART).

Al igual que ocurrió en el análisis de 1998 sobre este estudio, las diferencias en la carga viral volvieron a manifestarse: los hombres tenían cargas virales más altas que las mujeres. El estudio comparó la carga viral inicial de los voluntarios con su progreso hacia el SIDA, y los resultados mostraron que la predictabilidad a partir de la carga viral inicial no era clara en mujeres con un nivel inferior a las 20,000 copias,

pero era más clara por encima de este nivel.

No se observaron diferencias en el recuento inicial de células CD4+ entre los voluntarios que desarrollaron SIDA y aquellos que no lo hicieron. Tampoco se observaron diferencias entre ambos sexos en el tiempo de desarrollo del SIDA.

El estudio llevado a cabo en el año 2000 sobre la relación entre el SIDA y el uso de drogas ilícitas por vía intravenosa sugiere que la carga viral parece ser más baja en las mujeres que en los hombres en la primera fase de la infección por VIH. Asimismo, niveles similares de carga viral en hombres y mujeres después de la seroconversión no presentan el mismo riesgo de desarrollo de SIDA.

Los investigadores recomiendan reconsiderar las pautas de tratamiento en las terapias iniciales contra el VIH en las mujeres, habiendo concluido que en ellas parece apropiado comenzar la terapia con niveles de carga viral más bajos que en los hombres. Sin embargo, si las diferencias en la carga viral entre hombres y mujeres son de corta duración (más evidentes solamente en los primeros años de la infección por VIH), resulta poco claro si el comienzo de la terapia a niveles más bajos de carga viral es realmente necesario. Mientras el significado de estas diferencias en la carga viral no haya sido bien entendido, tal vez sea más prudente vigilar de cerca el nivel de células CD4+ en las mujeres al comienzo de la enfermedad.

Está claro que la decisión de comenzar una terapia contra el VIH debe tener en cuenta otros factores además de los

Para mayor información, lea las estrategias de terapia contra el VIH, disponibles a través de la línea telefónica gratuita de ayuda de Project Inform. Si desea leer un debate sobre la carga viral, solicite el Número 3 de WISE Words.

ALIVE 2000:

Carga viral basal y progresión hacia el SIDA

TABLA 1	Sexo	Carga viral basal (copias/mL)		
		Promedio total	Promedio de progresión al SIDA	Ausencia de progresión al SIDA
	Mujeres	15,103	17,149 (n=15)	12,043 (n=31)
	Hombres	50,766	77,822 (n=29)	40,634 (n=127)

niveles de carga viral. Entre dichos factores se encuentran los siguientes: cómo se siente usted con respecto a la idea de comenzar la terapia, la comprensión de sus riesgos y beneficios, el recuento de células CD4+ y el ritmo de disminución de células CD4+, y si usted está dispuesto a seguir las exigencias—a veces difíciles—de la adherencia o cumplimiento de las pautas de la terapia.

El efecto de la edad

El número de mujeres mayores de 50 años que tienen VIH es mayor que nunca. Puesto que la capacidad del cuerpo para combatir las infecciones y enfermedades disminuye con la edad, no resulta sorprendente que se comiencen a plantear ciertas cuestiones que afectan exclusivamente a las mujeres de edad madura, como por ejemplo el efecto de la menopausia sobre el VIH.

Otra cuestión es saber si el riesgo de avance de la enfermedad y muerte es mayor en este grupo que en las mujeres más jóvenes. Los primeros estudios realizados con hombres mostraron que, al menos en ausencia de tratamiento, la edad afectaba el ritmo de avance de la enfermedad. Un estudio realizado por WIHS evaluó los efectos de la edad sobre el avance del VIH, con resultados bastante sorprendentes.

El estudio WIHS dividió a 2,065 mujeres en cuatro grupos según sus edades, de la manera siguiente: menos de 30 años, 30 a 39 años, 40 a 49 años, y 50 años o más. Excluyendo aquellas participantes que tenían SIDA al comenzar el estudio, los investigadores analizaron el efecto de la edad en el progreso de la enfermedad hacia el SIDA y la muerte. Otros factores como el recuento de células CD4+ y el uso de terapia antirretroviral

de alta actividad (HAART) también fueron tenidos en cuenta.

Aunque, en general, las mujeres mayores de 50 años mostraron más riesgo de avance de la enfermedad, el uso de la terapia contra el VIH parece haber disminuido considerablemente ese riesgo. De hecho, las mujeres mayores de 50 años que usaron terapia antirretroviral de alta actividad (HAART) mostraron la probabilidad más baja de desarrollar SIDA. Por razones aún no comprendidas, las mujeres mayores parecieron beneficiarse de la terapia más aun que las jóvenes. Asimismo, de manera sorprendente, a las mujeres mayores con recuentos de células CD4+ inferiores a 300 les fue, en general, mucho mejor que a las jóvenes con recuentos similares.

Estas parecen ser buenas noticias para las mujeres mayores de 50 años, pero son motivo de perplejidad para las más jóvenes. Los investigadores han notado que ciertos factores no relacionados con el VIH, como la violencia y la drogadicción, pueden haber influenciado negativamente los resultados obtenidos entre las participantes más jóvenes en este estudio. Otros factores tales como el grado de adherencia (el cumplimiento de las dosis y la frecuencia indicadas) y la determinación o voluntad de seguir con la terapia también pueden haber afectado el resultado. Aunque estos datos son ciertamente alentadores para las mujeres mayores de 50 años, se necesitan más estudios de investigación para explicar mejor el efecto de la edad en el avance de la infección por VIH.

Anemia, terapia antirretroviral de alta actividad (HAART) y supervivencia

La anemia se define como un nivel

anormalmente bajo de glóbulos rojos en la sangre (los glóbulos rojos son las células que transportan el oxígeno por todo el cuerpo). El cansancio suele ser uno de los primeros síntomas de la anemia.

La anemia es común en personas con VIH, y es particularmente frecuente en las personas que se encuentran en las últimas etapas de la enfermedad y con niveles más bajos de células CD4+, así como entre las personas de raza negra y aquellas que usan ciertas terapias como AZT (zidovudina, Retrovir). WISE Words ha aconsejado repetidamente a las mujeres que se hagan periódicamente análisis de sangre para comprobar si tienen anemia, ya que este problema puede ser especialmente común en las mujeres, y sus efectos podrían incluir un avance más rápido de la enfermedad, según se confirmó en un estudio llevado a cabo recientemente por WIHS.

Las buenas noticias son que el mismo estudio muestra también que la terapia antirretroviral de alta potencia (HAART) durante 18 meses está significativamente relacionada con la eliminación de la anemia en las mujeres. Es probable que el efecto protector de esta terapia sea debido a la mejoría que produce en el sistema inmunitario, según se infiere de los aumentos observados en los recuentos de células CD4+.

Aunque existen otras maneras de controlar la anemia, las mujeres anémicas que estén considerando iniciar un tratamiento contra el VIH pueden sentirse alentadas por estos resultados. Pero se necesita cautela a la hora de elegir la terapia adecuada, ya que ciertos medicamentos que normalmente forman parte del régimen HAART, como el ritonavir (Norvir), aumentan el riesgo de anemia en las mujeres.

Datos esenciales sobre el avance de la enfermedad en las mujeres

La decisión acerca de cuándo comenzar una terapia se basa en muchos factores. Gracias al reciente aumento en el número de mujeres que participan en los estudios, estamos comenzando a aprender más acerca de las diferencias entre los sexos en relación con estos factores, así como la manera en que el sexo y la edad afectan el avance de la enfermedad. Sin embargo, los estudios actuales no han llegado todavía a conclusiones definitivas, y se necesitan más estudios para seguir investigando estos factores. Promover estos estudios debe ser parte esencial del activismo político de las mujeres en la lucha contra el SIDA.

Interrupciones del tratamiento estructuradas: en breve

Recientemente, los investigadores y las personas VIH positivas han mostrado mucho interés por las llamadas "interrupciones del tratamiento estructuradas" (STI en inglés).

Uno de los objetivos potenciales de estas interrupciones del tratamiento estructuradas es mejorar la respuesta del sistema inmunitario del paciente para que pueda controlar la reproducción viral con tratamientos menos agresivos o incluso sin tratamiento de ningún tipo. Otro de los objetivos potenciales es reemplazar un virus resistente a los medicamentos con otro no resistente, restaurando así la sensibilidad de la persona a los medicamentos que habían resultado ineficaces debido al desarrollo de resistencia. Asimismo, estas interrupciones estructuradas pueden proporcionar un período de reposo, tanto físico como psicológico, a las personas que muestran fatiga a causa del tratamiento o efectos secundarios graves.

Una ligera variante de las interrupciones del tratamiento estructuradas es la llamada "terapia intermitente estructurada" (SIT en inglés), la cual está siendo también objeto de investigación. El propósito de esta terapia es determinar si sería posible controlar el VIH utilizando

medicamentos contra el VIH a intervalos regulares, en vez de hacerlo todos los días, pero manteniendo el control de la carga viral. Si se logra esto sin causar daño, podría reducirse en gran medida el costo del tratamiento y tal vez incluso el riesgo de algunos efectos secundarios.

Se han divulgado recientemente los resultados iniciales de algunos estudios a pequeña escala sobre la terapia intermitente estructurada (SIT) y sobre la interrupción de tratamiento estructurada (STI). Estos resultados han sido en general poco concluyentes, pero algunos parecen alentadores. Los resultados iniciales de uno de estos estudios muestran que la mayoría de las personas en un ciclo de 7 días de terapia contra el VIH, y 7 días sin terapia, fueron capaces de mantener sus niveles de VIH por debajo del umbral de detección con las pruebas de carga viral actualmente utilizadas. Se están llevando a cabo varios otros estudios para determinar cómo la terapia intermitente estructurada y la

interrupción de tratamiento estructurada podrían ser utilizadas en una estrategia de tratamiento de largo plazo.

Project Inform será uno de los patrocinadores de un taller sobre la interrupción de tratamiento estructurada, que tendrá lugar en el mes de octubre de 2000 con el fin de identificar posibles defectos en los estudios de investigación y la manera en que podrían corregirse. El Foro para la Colaboración en la Investigación sobre el VIH (FCHR en inglés), la Fundación para la Investigación Inmunológica y sobre el SIDA (FAIR en inglés) y el Grupo de Acción de Tratamiento (TAG en inglés) serán también patrocinadores de este evento. Manténgase al tanto.



Para más información sobre STI y SIT, llame a la línea telefónica gratuita de ayuda de Project Inform sobre el VIH/SIDA y solicite las publicaciones *PI Perspective*, Número 31 o *Interrupciones de Tratamiento Estructuradas*.

WISE Words © 2000 Project Inform, San Francisco. WISE Words se publica tres veces al año. Si desea recibir WISE Words en su domicilio, solicítela enviando un mensaje a support@projectinform.org o llamando a la línea telefónica gratuita de ayuda de Project Inform al 1-800-822-7422. • Todas las publicaciones de Project Inform pueden reimprimirse y distribuirse sin autorización previa. No obstante, las reimpressiones no podrán contener alteraciones respecto al texto original y deberán incluir la siguiente información: "De Project Inform. Para mayor información, llame a la línea nacional de información sobre el VIH/SIDA, al 800-822-7422 o visite nuestro sitio web en www.projectinform.org". Si desea obtener permiso para alterar cualquier publicación de Project Inform antes de reimprimirla, llámenos al 415-558-8669.

¡SÍ, DESEO AYUDAR A PROJECT INFORM! NUESTRA LISTA DE SUSCRIPTORES ES CONFIDENCIAL.

- WISE WORDS**
Boletín informativo por, para y acerca de las mujeres, publicado tres veces al año.
- WISE WORDS EN ESPAÑOL**
- PI PERSPECTIVE**
Revista acerca de las últimas investigaciones sobre el VIH, publicada tres veces al año.
- PAQUETE INTRODUCTORIO**
Información básica sobre tratamientos para el VIH, a fin de ayudarle a tomar una decisión.
- INTRO PACKET EN ESPAÑOL**
- TAN ALERT**
Boletín de la red de defensoría básica.

INFORMACIÓN SOBRE DONANTES

- Les adjunto mi donación de \$_____ para ayudar a Project Inform.
- No puedo ayudarles con una donación en este momento, pero quisiera recibir las publicaciones gratuitas marcadas a la izquierda.
- Por favor borren mi nombre de la lista de suscriptores.

INFORMACIÓN SOBRE LA DIRECCIÓN

Nombre _____

Dirección _____ Esta es una nueva dirección.

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Fax _____ Email _____ WWRD _____

Project Inform 205 13th Street, Suite 2001 San Francisco, CA 94103-2461 TEL 415.558.8669 FAX 415.558.0684