

Viviendo con VIH: Enfrentando los Desafíos

En esta edición examinaremos las preocupaciones especiales de salud que enfrentan las personas que viven con el VIH – desde los cambios en el aspecto físico y los riesgos de salud asociados a la distribución anormal de las grasas, la anemia y la depresión en las mujeres que viven con el VIH, así como también consideraciones claves para una salud oral adecuada. Con dos artículos sobre el envejecimiento y el VIH, ACRIA continúa examinando el tratamiento en la creciente cantidad de personas adultas mayores que viven con el VIH. También tenemos un buen informe de la reciente Conferencia en Retrovirales e Infecciones Oportunistas (CROI) que incluye una actualización de la información sobre las nuevas drogas antiretrovirales en estudios clínicos y las que están por aprobarse por la FDA (Administración de Drogas y Comestibles, por sus siglas en inglés).

El Dr. Marshall Glesby, ex-director médico de ACRIA, discute a fondo las ideas actuales y el tratamiento para la distribución anormal de las grasas encontrada en personas con VIH. Este bien pensado artículo no sólo menciona las preocupaciones clínicas sino también el impacto

emocional de los cambios en la apariencia física. El Dr. Glesby recomienda una mayor investigación sobre la causa de éstos cambios y cual sería la mejor manera de prevenirlos. El Dr. Richard Havlik habla de los cambios comunes en los sistemas y órgano del cuerpo debido al envejecimiento y el impacto específico del VIH y su tratamiento. En un artículo relacionado, Andrew Shippy y el Dr. Jerry Erns examinan y discuten con más detalles la características y el manejo de varias enfermedades en personas adultas mayores que viven con el VIH. Estos artículos son parte de una serie de casi 10 publicaciones en diarios profesionales y presentaciones de la Investigación de ACRIA sobre Personas Mayores con VIH (ROAH, por sus siglas en Inglés) en conferencias y simposios. ACRIA pronto publicará un nuevo folleto educativo sobre personas mayores y el VIH, que será útil para adultos mayores que viven con el VIH y para sus proveedores.

Los artículos en esta edición plantean varios temas de importancia en el manejo del VIH a largo plazo y nos gustaría saber su opinión. Por favor envíenos un correo electrónico a info@acria.org

Daniel Tietz, Editor en Jefe

Contenidos

6 *Anemia y Depresión en Mujeres con VIH*

8 *Enfrentando la Fatiga*

10 *En Miras al Futuro: Nuevos Medicamentos*

13 *Mirando Al Sida En La Boca*

14 *La Interacción del Envejecimiento con el VIH*

16 *Preocupaciones de la Salud en Personas Mayores*

19 *Noticias en ACRIA*

primavera
2007

Tratamiento de los Cambios de Forma del Cuerpo

por Marshall J. Glesby, MD, PhD

Hace diez años, poco después de la aprobación de los inhibidores de la proteasa, los proveedores clínicos comenzaron a reportar cambios en la forma del cuerpo en personas VIH positivas. Los primeros informes de lo que llegaría a conocerse como la lipodistrofia, describía la pérdida de grasa en el rostro, los brazos, las piernas, y los glúteos, junto con aumento de grasas en el abdomen y a veces en el pecho y la parte posterior del cuello (joroba de búfalo). La pérdida de la grasa (lipoatrofia) era específicamente la grasa debajo de la piel, conocida como grasa subcutánea. En cambio, el aumento de la grasa en el abdomen tiende a ser alrededor de los órganos internos, conocidos como grasa visceral. Las personas frecuentemente presentaban también altos niveles de triglicéridos, colesterol y a veces de azúcar en la sangre o diabetes. Estos problemas despiertan la preocupación de riesgo de problemas al corazón en personas con lipodistrofia.

Diez años han pasado, y aún no entendemos claramente las causas subyacentes de estos cambios en la distribución de las grasas. Pero estudios minuciosos que comparan a las personas que viven con el VIH a las personas VIH negativas, han cambiado la forma de pensar sobre este tema. En estos estudios donde participaron hombres y mujeres, se encontró que aquellos con VIH presentaban menos grasa subcutánea en sus extremidades que aquellas personas sin VIH, pero no se comprobó que tuvieran mayor grasa visceral. De hecho, en estos estudios las personas infectadas con VIH que tenían lipoatrofia no presentaban un aumento de la grasa visceral cuando se les comparaba a aquellas personas sin lipoatrofia. Estos resultados sugieren que la lipoatrofia es una característica única en personas con VIH y es un proceso independiente a la acumulación de grasa. Mientras que las personas que viven con el VIH en estos estudios no parecían

(continúa en la página 3)

Editor en Jefe
Daniel Tietz

Editores
Mark Milano
Luis Scaccabarozzi

Editor Médico
Dr. Jerome A. Ernst

Editor Médico Asociado
Dr. Douglas Mendez

Asociada en Publicaciones
Laura Engle

Traductores
Rafael Madrid, *Editor*
Luis Scaccabarozzi
Gustavo Otto

Junta de Directores de ACRIA
Martha Nelson, *Presidente*
Dr. Donald Kotler, *Vice-Presidente*
Dr. Charles Franchino, *Secretario*
Mark J. Montgomery, *Tesorero*
Ross Bleckner
Marisa Cardinale
Francisco Costa
Abg.° Alphonso B. David
Vincent Wm. Gagliostro
Deborah Hughes
Leslie Klotz
Christopher Murray
Dr. Judith Rabkin
Sabel Rattazzi
Abg.° Vaughn C. Williams

En Memoria:
Dr. Barry Binkowitz
Gary Bonasorte
Giki Mason
David Seidner
George N. Stathakis

Director Médico
Dr. Jerome A. Ernst

ACRIA es una organización sin fines de lucro, cooperativa e independiente, que estudia nuevos tratamientos para el VIH-SIDA y enfermedades relacionadas y que además conduce un comprehensivo programa educativo de VIH. Copias gratuitas se ofrecen para agencias que ofrecen servicios a personas que viven con VIH/SIDA. Para más información, llame al 212-924-1934, anexo 129.

Copyright © 2007
AIDS Community Research Initiative of América. Todos los derechos reservados.
Material gratis. Prohibida su reproducción total o parcial para la venta. Reproducción permitida con reconocimiento de propiedad de ACRIA.

ACRIA
130 West 38th Street, 17th Floor
New York, NY 10018
Teléfono: (212) 924-3934
Fax: (212) 924-3936
Sitio de Internet: www.acria.org

Transacin (NGX-4010) para la Neuropatía Periférica

Personas con VIH que tienen neuropatía periférica usarían parches de Transacin (capsaicin) o dosis muy bajas en parches por 30 o 60 minutos al día por 3 meses. Los participantes deben tener 18 años o más y haber tenido dolor en ambos pies por lo menos por 2 meses.

TH9507

Personas entre la edad de 18-65 que tienen exceso de grasa abdominal tomarían TH9507 (una hormona de crecimiento investigativa), o un placebo por 26 semanas. Los dos grupos se intercambiarían por 26 semanas más.

Lauriad Para Las Aftas Orales (Thrush)

Personas con candidiásis oral tomarían Lauriad (miconazole) en tabletas una vez al día o clotrimazole 5 veces al día por 2 semanas. Los participantes deben de tener 18 años o más y estar estables en TARGA por lo menos por 2 meses.

Crofelemer Para La Diarrea

Personas mayores de 18 años que tienen diarrea persistente tomarían tabletas de Crofelemer o tabletas de placebo por 6 semanas. Luego todos tomarían Crofelemer por 5 meses más.

Avandia y Serostim

Personas con resistencia a la insulina tomarían Avandia (rosiglitazone) o Serostim (hormona del crecimiento), o ambas, por 6 meses para ver como afecta a la glucosa, a los niveles de insulina y a las formas del cuerpo.

KP-1461

Personas de 18 a 60 años que han estado tomando un NRTI, NNRTI, y PI, y han desarrollado resistencia o han parado de tomar la droga por otras razones, tomarían KP-1461 (un nuevo tipo de INTR) sin otro ARV por 4 meses.

SPRING: Aptivus en Razas Diversas

Personas mayores de 18 años y adultos (mitad blancos y la otra mitad no blancos; la mitad hombres y la otra mitad mujeres) quienes han tomado un NRTI, NNRTI, y PI (no Aptivus) y quienes tienen resistencia a por lo menos 2 IPs, tomarían una dosis media de Aptivus o recibirían un monitoreo terapéutico de la droga para encontrar la mejor dosis para ellos.

IMPACTO: Resistencia a Reyataz

Personas que han desarrollado resistencia a Reyataz harían una sola visita a nuestra oficina para tomarles una muestra de sangre y estudiar la mutación I50L.

TMC 125 Acceso Expandido

Personas de 18 años o más que tienen limitadas opciones de tratamiento y resistencia hacia NNRTIs aprobados, y que hayan tomado un NRTI, NNRTI y por lo menos 2 PI, pueden cualificar para un acceso temprano de este NNRTI experimental.

Maraviroc Acceso Expandido

Personas de 16 años o más que han tomado TARGA y que tienen pocas opciones de tratamiento podrían cualificar para un acceso temprano de este inhibidor CCR5.

Para más información de estas pruebas, contacte al Dr. Douglas Mendez al (212) 924-3934 ext. 126 o al Doctor Yuriy Akulov en la ext.124.

Nota del Editor

Todo el material presentado en *ACRIA Update* es solo para fines educativos y de información, sin intención de proveer consejería médica. Todas las decisiones personales acerca de tratamientos, terapias y sus alternativas, deben ser consultadas con su médico.

NRTI, NNRTI y PI son las abreviaciones en inglés de las medicinas contra el VIH. En español, comunmente se les conoce y abrevian como INTR, INNTR y IP, respectivamente.

Tratamiento de los Cambios de Forma del Cuerpo *(continúa de la primera página)*

tener acumulación anormal de grasa, sin embargo parece haber un sub-grupo de personas que presentan una acumulación anormal de grasa abdominal visceral con ó sin joroba de búfalo, aumento del tamaño de las mamas, y exceso de grasa en el cuello y en la parte superior del pecho. El cuadro sigue siendo algo confuso, pero es justo decir que el término lipodistrofia no describe en su totalidad todos los cambios en la grasa corporal y está siendo menos usado en la comunidad médica.

Al pensar en posibles tratamientos para los cambios de distribución de la grasa, lo mejor es pensar en lipoatrofia y acumulación de grasa como procesos separados que pueden ocurrir en un individuo. Pero primero vale la pena considerar el porqué queremos tratar estos cambios en las grasas. Entre las razones obvias usualmente están que las personas con distribución alterada de las grasas están preocupadas por los cambios en su apariencia, especialmente los que han perdido grasa en la cara. La autoestima puede verse afectada, y pueden sentir que su condición del VIH es visible para los demás.

Estas preocupaciones pueden hacer que algunas personas decidan dejar o saltar dosis de sus antiretrovirales o aún más, evitar iniciar la terapia del VIH cuando es necesario. Las personas que han perdido grasa significativamente en los glúteos pueden tener malestar al sentarse; las mujeres con aumento de sus bustos pueden desarrollar dolor de espalda. Otros con un aumento de grasa en el cuello pueden tener dificultad en mover la cabeza o con su postura. Además, los problemas metabólicos que acompañan a menudo los cambios de las grasas tienen potencial para aumentar el riesgo de diabetes y de enfermedades cardíacas. Tratar los cambios de grasa podría tener efectos favorables en los trastornos metabólicos y reducir el riesgo de estas complicaciones.

Tratamiento de lipoatrofia

Cambiando de Antiretrovirales

Numerosos estudios indican que el uso de Zerit o de Retrovir (AZT- también en Combivir y Trizivir) aumenta la probabilidad de desarrollar lipoatrofia. Otras drogas en esta clase (conocidos afectuosamente como “nukes”) - Eпивir, Ziagen, Viread - no parecen estar ligadas a la lipoatrofia. Es posible que usando un inhibidor de proteasa

(IP) con Zerit o Retrovir acelere la pérdida de grasa, pero esto no se ha comprobado. Aunque algunos estudios sugieren que los IPs podrían desempeñar un rol en lipoatrofia, la mayoría de los estudios que han estudiado el cambio de un IP a un medicamento diferente, tales como un “non-nuke” como Sustiva o Viramune, no han demostrado aumento de grasa.

“Las preocupaciones sobre los cambios corporales pueden llevar a que algunas personas dejen de tomar o salten dosis de los medicamentos antiretrovirales y aún más, evitar el inicio de la terapia cuando es necesario.”

ACTG 5142, un estudio presentado en la Conferencia de Retrovirales e Infecciones Oportunistas 2007(CROI), reportó algunos resultados sorprendentes, y cuestionan la creencia que IPs contribuyen a la lipoatrofia más que los inhibidores no nucleósidos (non-nukes). Un enfoque del estudio era ver si al evitar nukes bajaría las posibilidades de desarrollar lipoatrofia. Los participantes tomaron: Sustiva más dos nukes, o el IP Kaletra más dos nukes, o Sustiva y Kaletra sin ningún nuke. Después de 96 semanas, el 32% de la gente en Sustiva más dos nukes tenían una lipoatrofia significativa, comparada al 17% de aquellos que tomaron Kaletra más dos nukes y al 9% que tomaron

Sustiva y Kaletra solamente. Pero la lipoatrofia fue vista principalmente en aquellos que tomaban Zerit (el 42%) o Retrovir (el 27%) – con ninguna diferencia significativa en lipoatrofia entre aquellos que tomaban Viread y aquellos que no tomaban nukes.

Mientras que la elección del nuke era importante, en promedio, el doble de personas que tomaban Sustiva desarrollaban lipoatrofia en comparación a aquellos que toman Kaletra, sin importar que nuke tomaran. Pero los que tomaron Sustiva y Kaletra sin ningún nuke vieron sus lípidos de la sangre (colesterol y los triglicéridos) elevarse considerablemente más que éstos que tomaban nukes.

Estos resultados muestran lo contrario a un estudio anterior que encontró índices más altos de lipoatrofia en los pacientes que tomaban el IP Viracept comparados a Sustiva. Tomados juntos, estos resultados indican que puede ser la combinación particular de drogas más importante que la clase a la que pertenecen. El impacto de los resultados del ACTG 5142 en las recomendaciones de primera línea del tratamiento siguen por verse – será interesante encontrar exactamente que combinaciones tienen menos oportunidad de causar lipoatrofia sin reaugmentar los lípidos en la sangre. Y por supuesto, que regímenes trabajan lo mejor posible: 89% de personas que tomaban Sustiva tenían cargas virales debajo de 50, comparado al 77% de aquellos en Kaletra – otro sorprendente resultado.

A consecuencia de algunas de estas observaciones, investigadores han visto los efectos del cambio de drogas del VIH que se relacionan a la lipoatrofia con otras drogas. En la mayor parte de estos estudios la gente que cambia de Zerit o de Retrovir a Ziagen o a Viread tenían leves aumentos de grasa en sus brazos y piernas comparadas a la gente que permanecían en su terapia original. Mientras que los investigadores reportaron estos aumentos usando ecografías especiales, los pacientes no siempre notaron cambios en su aspecto. Muchos de estos estudios duraron un año o menos, entonces es posible que a medida que pase el tiempo las personas que cambiaron de la droga problemática aumentarán una cantidad significativa de grasa para tener una diferencia visible.

(continúa en la próxima página)

Tratamiento de los Cambios de Forma del Cuerpo *(continúa de la página anterior)*

Desafortunadamente cambiar antiretrovirales no es una opción para todos. Es extremadamente importante considerar individualmente la historia de tratamiento del VIH y si el o ella tiene resistencia a ciertas drogas (o probable resistencia) antes de hacer el cambio. Si no, hay riesgo de replicación viral.

Glitazonas

La insulina es una hormona elaborada en el páncreas para bajar el azúcar de la sangre, especialmente después de comer. Muchas personas con lipoatrofia sufren de resistencia de la insulina, y esto significa que el páncreas necesita producir más insulina de lo normal para mantener el azúcar en la sangre bajo control.

Las Glitazonas se utilizan para tratar la diabetes – actúan para controlar los azúcares de la sangre mejorando la acción de la insulina en el cuerpo. Un gran estudio australiano con Avandia en personas con VIH, no demostró ningún efecto beneficioso sobre la grasa de las extremidades. Sin embargo, un estudio más pequeño que incluyó solamente a gente que tenía lipoatrofia y resistencia de insulina, mostró un sutil aumento de grasa en las extremidades. Un estudio reciente de una droga similar, Actos, también mostró aumentos moderados de grasa de las extremidades comparada al placebo. Lo notorio fue que la gente que continuó tomando Zerit no se benefició de Actos. Todavía no está claro si Avandia o Actos tendrán un rol en el tratamiento de la lipoatrofia.

Uridina

Estudios de laboratorios sugieren que la uridina, un componente nucleósido natural, podría evitar que las células grasas sean dañadas por Zerit y otros nukes. NucleomaxX es un suplemento dietético derivado de la caña de azúcar que es rico en uridina. Los resultados iniciales de un pequeño estudio de NucleomaxX en personas tomando Zerit o Retrovir mostraron leves aumentos de grasa en las extremidades con el suplemento. Basado en la manera en que se piensa que la uridina funciona, es posible que sólo logre funcionar en personas tomando Zerit o Retrovir. Un estudio más amplio de NucleomaxX actualmente está en proceso.

Cirugía Plástica

La lipoatrofia en el rostro puede ser ayudada por inyecciones de sustancias llamadas “rellenos” por dermatólogos, cirujanos plásticos u otros clínicos con entrenamiento apropiado. Estos rellenos vienen en dos variedades principales: temporal y permanente. Como implica el nombre, rellenos temporales requieren múltiples inyecciones a intervalos regulares, en cuanto a rellenos permanentes suponen ser un arreglo a largo plazo. Mientras que el permanente puede sonar mejor, pueden haber desventajas a este tipo de rellenos- la proporción de grasa en la cara puede

“La lipoatrofia en el rostro puede ser ayudada por inyecciones de sustancias llamadas ‘rellenos.’ Los implantes de mejillas son otra opción que han dado buenos resultados.”

cambiar con el tiempo debido a la continua pérdida o ganancia de ella debido a otras intervenciones. Esto a veces da resultados indeseados como exceso de piel con tendencia a colgar.

Una revisión comprensiva de rellenos faciales va mas allá del propósito de este artículo. En resumen, existen dos tipos de rellenos temporales aprobados para la lipoatrofia facial: Sculptra y Radiessse. No hay estudios que comparen estos dos tratamientos. Implantes de mejillas (pedazos duros de silicona u otras sustancias) son otra opción que han dado

buenos resultados en personas con desgaste facial.

Tratamiento de la Acumulación de Grasas

Ejercicio

Han habido unos cuantos estudios del efecto de ejercicio aeróbico y entrenamiento de pesas en la acumulación de grasas en personas con VIH. Estas intervenciones llevaron a disminuciones leves de la grasa central en muchos participantes y también mejorías en problemas metabólicos como triglicéridos y colesterol elevados. Personas con acumulación de grasa ciertamente deben ejercitar por el beneficio a la salud en general si lo pueden hacer, pero esto no necesariamente puede arreglar el exceso de grasas.

Cambiando Antiretrovirales

Estudios tempranos sugirieron que los IPs pueden causar o contribuir a la acumulación de grasa. Mientras que esto todavía no está claro, un número de estudios ha observado el efecto del cambio de IPs a otros medicamentos tales como Sustiva, Viramune, o Ziagen. En general, personas que cambiaron de un IP no tuvieron cambios mayores en grasa central (abdominal) comparada con aquellas personas que permanecieron tomando IPs. Estudios que cambian de Zerit o Retrovir a otras drogas mencionadas anteriormente, tuvieron resultados prometedores con la acumulación de grasa en las extremidades, pero no han tenido resultados favorables con la grasa central.

Glucophage

Glucophage, otra droga usada para tratar la diabetes, ha sido estudiada como una terapia potencial para la acumulación de grasas, especialmente en personas con resistencia a la insulina. Un pequeño estudio que usó una baja dosis de glucophage en personas con acumulación de grasa y resistencia a la insulina asociada al VIH mostró una leve pérdida de la grasa central y una leve disminución de peso en general. Un estudio de seguimiento que usó una dosis más alta adicional a un programa de ejercicio supervisado también demostró disminución leve de la grasa central. Un estudio de Glucophage en

personas sin resistencia a insulina fue presentado en la CROI 2006, sin embargo, no mostró efectos beneficiosos. De hecho, en este estudio y en varios otros, las personas que recibieron Glucophage tuvieron cierto empeoramiento de la lipoatrofia. En general, las personas con lipoatrofia significativa además de acumulación de grasa, deberían evitar Glucophage.

Puede ser razonable usar Glucophage en personas con acumulación de grasa que tienen diabetes ó lo que es llamado tolerancia a la glucosa. La tolerancia a la glucosa se refiere a tener un nivel más alto del azúcar normal en la sangre al final de 2 horas de la prueba oral de tolerancia a la glucosa. Originalmente los investigadores estaban preocupados en que ambos, el Glucophage y los nukes pudiesen causar acidosis láctica (acumulación severa de ácido en el cuerpo). Este no ha sido un problema en los pequeños estudios en personas con VIH hasta la fecha.

Serostim

La hormona del crecimiento humano recombinante Serostim está aprobada para el tratamiento de desgaste relacionado al SIDA. Los investigadores han observado principalmente que además de ganar peso en fibra (incluyendo musculatura), personas que toman hormona de crecimiento usualmente pierden grasa. Estas observaciones, así como informes de personas cuyas jorobas de búfalo se redujeron mientras recibían la hormona de crecimiento, motivaron muchos estudios de Serostim en personas que sufrían de acumulación de grasas asociada al VIH.

Estos estudios, incluyendo uno hecho en ACRIA conjuntamente con un grupo de investigación del Dr. Donald Kotler en St. Luke's-Roosevelt, sugirieron que las inyecciones de Serostim pueden causar algunas reducciones selectivas en la grasa visceral, acompañada a veces por pérdidas leves de grasa subcutánea. Los estudios de seguimiento que comparaban la hormona de crecimiento al placebo han confirmado estos resultados, y el FDA, está revisando actualmente sus resultados para determinar si el Serostim debe ser aprobado para el tratamiento de la acumulación de grasas asociada con el VIH. La mayoría de los estudios de la hormona del crecimiento han

usado dosis cerca de diez veces más altas a lo que el cuerpo produce normalmente. En estas dosis, los efectos secundarios son usuales pero a menudo manejables al reducir la dosis.

Los efectos secundarios más comunes incluyen la retención de líquidos, hinchazón, dolores musculares y de las articulaciones. La hormona del crecimiento también puede causar niveles altos de azúcar en la sangre y diabetes. A consecuencia de esto, los principales estudios de la hormona del crecimiento han excluido a personas que tienen niveles altos de azúcar o deterioro de la tolerancia a la glucosa. También, una vez que se deja de usar Serostim, parte de la grasa que fue perdida tiende a reaparecer en el curso de algunos meses. No se sabe si hay algo que se pueda hacer para prevenir este regreso de grasas o si la droga puede ser usada con seguridad solo cuando las grasas se acumulan.

Puesto que la hormona del crecimiento puede elevar el azúcar en la sangre y también dar lugar a pérdida leve de la grasa subcutánea, se ha despertado el interés en ver si se puede combinar con seguridad con Glitazona, que podría prevenir estos problemas.. ACRIA planea participar en un estudio financiado por los Institutos Nacionales de Salud para probar esta estrategia en personas que sufren de acumulación de grasa asociada al VIH que tienen evidencia de resistencia a la insulina pero sin diabetes.

TH9507

TH9507 es un factor de liberación sintético de la hormona de crecimiento. Tal como la hormona del crecimiento, es inyectada debajo de la piel. El factor de liberación causa que la glándula pituitaria en el cerebro produzca la hormona de crecimiento, imitando la producción normal. Esta puede estar reducida en personas con acumulación de grasas asociada al VIH y podría ser una opción atractiva.

Hasta la fecha, TH9507 ha llevado a una reducción promedio de grasa visceral del 15%. Ha sido generalmente bien tolerada y notablemente no llevó a la elevación de azúcar en la sangre hasta en personas con tolerancia deteriorada de glucosa al inicio del estudio. ACRIA participó en un estudio reciente de TH9507 y también será sitio

investigativo para el estudio clínico confirmativo requerido por el FDA.

Leptin

Leptin es una sustancia parecida a las hormonas, que actúa en el cerebro afectando el apetito y el metabolismo. Una forma sintética de leptin, leptin humano recombinante, ha sido estudiada en un grupo pequeño de personas con lipoatrofia asociada al VIH en quienes se encontró bajos niveles de leptin en la sangre. En un estudio muy pequeño de ocho personas, inyecciones de leptin dadas dos veces al día nos llevaron a una reducción significativa en grasa visceral y a mejoras en el colesterol y la resistencia de la insulina. Los estudios hasta la fecha son muy preliminares y se espera que sean seguidos por estudios mayores.

Cirugía

La liposucción no es una opción segura de tratamiento ya que la acumulación de grasa abdominal es grasa visceral que se encuentra profundamente rodeando los órganos. La cirugía plástica, incluyendo la liposucción, a veces se puede usar para remover la grasa del cuello, como la joroba de búfalo. Mientras que generalmente son seguras, la joroba de búfalo vuelve a salir después de un tiempo. Las compañías de seguro pagarían a veces por remover la grasa del cuello, especialmente si su presencia causa problemas funcionales, tales como dificultades en el movimiento del cuello o el apnea del sueño (problemas respiratorios al dormir).

Conclusiones

Es importante pensar acerca de la lipoatrofia y la acumulación de grasas como procesos independientes que pueden existir simultáneamente en un individuo. Hay varios enfoques prometedores que están siendo estudiados para cada una de estas condiciones, pero nuestra mejor esperanza es que el uso de nuevas terapias de VIH podrían prevenir el desarrollo en particular de la lipoatrofia. La única manera para que nosotros podamos tener un mejor entendimiento y tratar estas condiciones es a través del desarrollo de más estudios clínicos.

Marshall Glesby es Profesor Asociado de Medicina y Salud Publica en Weill Cornell Medical College, Co-Director de la Unidad de Estudios Clínicos de VIH de Cornell, y Director Clínico del Centro de Educación y Adiestramiento de New York y New Jersey.

Anemia y Depresión en Mujeres con VIH

por Kim-Monique Johnson, MSW

“Las mujeres son como las mulas de carga del mundo”

Zora Neale Hurston

Las mujeres llevan una carga pesada en cuanto a vivir con VIH. La pobreza y el acceso al cuidado médico están entre los factores predominantes que como resultado causan una salud precaria en las mujeres que viven con VIH. El Estudio de Utilización de Servicio y Costo del VIH (HCSUS, por sus siglas en Inglés), un estudio nacional de personas con VIH que reciben asistencia médica regular, encontró que mujeres con VIH viven en una pobreza desproporcional. Cerca del 64% de mujeres en el estudio tenían ingresos anuales por debajo de \$10.000, comparado al 41% de hombres. Al mismo tiempo, muchas de estas mujeres eran también las principales proveedoras de cuidados de niños menores de 18 años. Llevando a que posterguen sus cuidados médicos debido a problemas de transporte, el estar demasiado enfermas, o el tener que cuidar a otros son razones comunes por las cuales las mujeres retrasan sus tratamientos en comparación a los hombres.

El CDC reporta que las mujeres significativamente tienen mayor probabilidad a morir de SIDA en comparación a los hombres porque empiezan los tratamientos tardíamente, si es que lo hacen. Después de que la terapia antiretroviral de gran actividad (TARGA) se hizo disponible en 1996, la disminución de muertes relacionadas con el SIDA fue de 44% en hombres, pero solamente 35% en mujeres. Más de diez años después, éstas diferencias dramáticas han disminuido, pero los índices de sobrevivencia en las mujeres después de que se les diagnostica con SIDA sigue siendo ligeramente más baja que en los hombres. El CDC reporta que en los primeros dos años después de diagnosticar SIDA, las mujeres en E.E.U.U. viven tanto como los hombres, pero alrededor del tercer año el índice de sobrevivencia baja un 2% comparado al índice de sobrevivencia en los hombres.

Según Punkin Clay Stephens, Profesor Asistente en Epidemiología y Bioestadísticas en la Escuela de Salud Pública de SUNY Albany, la verdadera diferencia ocurre antes del diagnóstico de SIDA. “Una vez en tratamiento, mujeres y hombres responden igualmente a la medicación. La cuestión es lo que sucede temprano en la infección del VIH, antes que una persona reciba los cuidados médicos”.

Aquí radica la disparidad. El CDC reporta que el 59% de hombres progresan a un diagnóstico de SIDA después de un año de ser diagnosticados con VIH, comparado al 64% de las mujeres (según datos del 2004 en 33 estados que tienen el sistema de reporte confidencial de nombres para reportar ambos, VIH y SIDA). Los factores socioeconómicos desempeñan un rol importante en el acceso a cuidados para mujeres con el VIH – la pobreza, abuso de sustancias, o la violencia dirigida a las mujeres se asocian con el retraso del tratamiento y posiblemente con la progresión de la enfermedad.

Además de los factores mencionados anteriormente, ¿Cuáles son los factores biológicos o las condiciones de enfermedad que ponen a las mujeres en mayor riesgo para la progresión de la enfermedad y la mortalidad? Dos condiciones, anemia y depresión crónica, han recibido recientemente la tan necesitada atención de los investigadores.

Mujeres, VIH, y Anemia

La anemia ha sido a menudo asociada con la enfermedad del VIH. Un estudio de 31.000 personas con el VIH, realizado antes de la llegada de TARGA, encontró índices de anemia severa desde un 3%

de personas con infección asintomática de VIH hasta un 37% en personas diagnosticadas con SIDA. A pesar de su prevalencia entre mujeres VIH positivas, es a menudo no reconocida y tratada. Si se deja sin tratar, la anemia se asocia a la progresión del VIH y al riesgo aumentado de muerte.

Afortunadamente, el índice de anemia grave relacionada con muerte ha disminuido desde la llegada de TARGA. Sin embargo, la anemia moderada todavía afecta aproximadamente al 30% de personas que usan TARGA. Investigadores en el Centro Médico de Beth Israel en Nueva York y el Centro Clínico y Epidemiológico de Investigación en Atlanta examinaron la anemia y la enfermedad del VIH. En el estudio de 4.183 pacientes que recibían asistencia médica, las mujeres tuvieron un riesgo mayor de 80% en comparación con los hombres. Además, el riesgo de anemia fue de 2.6 veces para los pacientes afro-americanos comparados con pacientes blancos.

“Estoy enferma y cansada de estar enferma y cansada”

Fannie Lou Hamer, activista de derechos civiles

¿Que es la Anemia?

Anemia es una disminución de células rojas en la sangre que puede ocurrir cuando el cuerpo produce muy pocas o pierde demasiadas. Tan importante como el conteo de las células rojas en la sangre, también lo son los niveles de hemoglobina, que debe ser monitoreado. La hemoglobina es importante porque las células rojas de la sangre la usan para llevar oxígeno desde los pulmones al resto del cuerpo, proporcionando energía y fuerza. Cuando los niveles de la hemoglobina están bajos, también ocurre anemia.

Los síntomas de la anemia incluyen fatiga extrema, mareos o desmayos, sensación de frío, dificultades respiratorias, y depresión. En relación con el VIH, la anemia se asocia a una carga viral más alta y a conteos bajos de CD4. Para una mujer que enfrenta anemia y VIH, no es difícil imaginar el impacto y su funcionamiento diario, su calidad de vida, y su capacidad no sólo de recibir el tratamiento, sino además de permanecer en él.

Entre los factores relacionados a la anemia en personas con VIH están:

- Ser Mujer
- Ser Africano-Americano
- Tener un conteo de CD4 bajo
- Tener una carga viral alta
- Estar tomando Retrovir (AZT)

Recientes estudios demuestran que el mantener niveles normales de hemoglobina en mujeres está relacionado a la adherencia al tratamiento y al mantener una carga viral indetectable después de seis meses. En algunos casos, los niveles de la hemoglobina puede llegar a ser un indicador útil para predecir la progresión de la enfermedad así como el conteo de CD4 y la carga viral.

Opciones de Tratamiento

Dr. Keith Rawlings, Presidente de Integrated Minority Network, Inc. en Dallas, recomienda las siguientes estrategias para el manejo de la anemia en personas con VIH:

- Monitorear los niveles de hemoglobina y conteo de glóbulos rojos
- Monitorear el funcionamiento físico y de la calidad de vida regularmente
- Determinar las causas tratables de anemia
- Iniciar terapia apropiada

La clave para el tratamiento correctivo está relacionada a la causa. Mujeres que experimentan un sangrado menstrual abundante podrían tener un mayor riesgo de anemia y considerar opciones de tratamiento ginecológico para disminuir el sangrado. ¿Es la anemia causada por enfermedad avanzada del VIH, haciendo necesario TARGA, o es la anemia en realidad causada por TARGA? La respuesta a esta pregunta puede significar comenzar una nueva droga, tal como eritropoietina (Epogen or Procrit), o abandonar el uso de una droga que pueda causar anemia, tal como es Retrovir (AZT). Cambios en la dieta, como aumentar comidas ricas en hierro, vitamina B-12, y ácido fólico, también puede ayudar.

Mujeres, VIH y Depresión

Datos del Estudio Interagencial del VIH en Mujeres (Women's Interagency HIV Study, WIHS, por sus siglas en Inglés) fueron analizados para considerar la relación entre la depresión crónica, la progresión del VIH, y la mortalidad. Entre 1994 y 2001, 1,716 mujeres con VIH de Brooklyn, Bronx, Chicago, Los Angeles, San Francisco, y Washington D.C. fueron entrevistadas y se administraron pruebas de sangre, como parte de una investigación publicada en el 2004 en el *American Journal of Public Health*. Los investigadores fueron cuidadosos en controlar otros factores que pudiesen ser asociados con la muerte, como conteos de CD4 y cargas virales, terapia antiretroviral, y el uso de drogas tales como cocaína y heroína.

El estudio encontró que las mujeres con depresión crónica y el VIH tenían casi dos veces más probabilidad de morir por causas relacionadas al SIDA, comparada a mujeres VIH positivas que no lidiaban con depresión crónica, aún teniendo un control de los conteos de los CD4. En 2002, otro estudio del Boletín Americano de Psiquiatría sugirió que, como la anemia, la depresión crónica puede ser una condición física y no sólo un problema de salud mental. Los investigadores examinaron la depresión, carga viral, y el sistema inmune en mujeres con VIH y encontraron una conexión entre la depresión, la carga viral incrementada, y niveles bajos de células asesinas naturales.

Según la Dra. Judith Rabkin, investigadora de psicología clínica en la Universidad de Columbia, la depresión se manifiesta en la mujer de manera similar a la anemia:

- Entre el 5 y 20% de personas con VIH también tienen depresión mayor.
- Las mujeres que viven con VIH tienen más probabilidad de sufrir de depresión que los hombres.
- La depresión clínica ha sido constantemente asociada a una adherencia más pobre a los medicamentos.

Otro estudio de HCSUS publicado en Agosto del 2001 en los *Archives of General Psychiatry*, encontró que casi la mitad de más de 2,800 personas estudiadas experimentaron alguna forma de desorden psiquiátrico, señalando la necesidad de cuidados médicos específicos de salud mental para las mujeres, que son más vulnerables a tales condiciones. El Dr. Eric Bing, autor del informe HCSUS, observa que múltiples síntomas del VIH son señales importantes para que los proveedores de salud examinen la

depresión. La infección del VIH por sí misma no es un indicador de depresión; es una asociación compleja, no causa, llevando a proveedores a considerar otros factores tales como pobreza, violencia, y abuso de sustancias, para determinar riesgo y el tratamiento para las mujeres.

Opciones De Tratamiento

Un tratamiento sensible y apropiado de la salud mental a través del transcurso de la enfermedad del VIH ha mostrado disminuir a la mitad el índice de mortalidad de mujeres VIH positivas con depresión crónica.

Psicoterapia individual o de grupo podría ayudar con los síntomas depresivos y proporcionar la ayuda necesaria. Ejercitar, aun cuando sea difícil debido a la fatiga, podría proporcionar un empuje y se han ligado al mejoramiento en el humor y la energía. Los antidepresivos deben ser cuidadosamente seleccionados para no interferir con los efectos de los antiretrovirales como Norvir. Los proveedores usan comúnmente una clase de antidepresivos tales como Paxil, Zoloft, y Celexa para el tratamiento de la depresión en el VIH.

Conclusion

El Identificar condiciones co-morbidas en mujeres que viven con el VIH es crítico para tratar las diferencias del nivel de sobrevivencia de las mujeres en comparación con los hombres. Cuando ambas condiciones, anemia y depresión crónica, son tratadas llevan a mejorar la calidad de vida y los niveles de sobrevivencia en mujeres con VIH.

Según recientes estudios de la CDC con más de 19.500 pacientes con VIH en diez ciudades en los E.E.U.U, las mujeres eran levemente menos probables que los hombres a recibir las prescripciones para los tratamientos más eficaces para la infección del VIH. Las mujeres tienen una probabilidad de morir de un 33% en comparación a los hombres debido a

tratamientos tardíos, el identificar las condiciones co-morbidas tratables que pueden retardar la progresión de la enfermedad y el riesgo de muerte es crítico para la supervivencia de las mujeres.

Similarmente, tratar la depresión crónica también conduce a aumentar la calidad de vida y la capacidad de adherencia al tratamiento. Las mujeres necesitan proveedores que puedan ayudar a separar los síntomas del VIH, de la anemia, de la depresión, y de los efectos secundarios de medicamentos del VIH. El monitoreo constante y adecuado conducirá a una detección temprana. El diagnóstico y tratamiento temprano se asocia a una disminución en la progresión y en la mortalidad. La anemia y la depresión son comunes en las mujeres con VIH. Ambos son tratables, y pueden llevar a aumentar la energía, una mejor capacidad de funcionamiento, y a una mejor calidad de vida en general. Las mujeres, que llevan a menudo el peso del mundo en sus hombros, necesitan saber que la ayuda está disponible no sólo para aliviar aquel peso, sino además para ayudarlas a vivir saludables y por más tiempo.

Kim Monique Johnson es Consultora de Cuidados Médicos y de Salud y vice-directora del Grupo de Planeamiento de Prevención de NY.

“Las mujeres con depresión crónica y el VIH tenían casi dos veces mas probabilidad de morir por causas relacionadas al SIDA comparada a mujeres VIH positivas que no lidiaban con depresión crónica...”

Enfrentando la Fatiga

por Judith Rabkin, PhD

La fatiga no es una “enfermedad” en sí misma. Sin embargo, cuando la fatiga es persistente y severa, (sentirse cansado todo el tiempo, carencia de fuerza para actividades, tener muy poca energía para hacer las cosas) puede interrumpir su vida, interfiriendo con las actividades diarias; el poder socializar, o cumplir con sus objetivos diarios, tales como volver al trabajo, inscribirse en la escuela, o dicho de otra forma, mejorar sus circunstancias de vida.

No hay una definición o medida estándar de fatiga. El estar cansado todo el tiempo puede incluir componentes psicológicos (tales como depresión) y componentes físicos (agotarse al subir las escaleras). Es diferente a la apatía, que es la pérdida del deseo de hacer cualquier cosa, y de dormir demasiado, que se define simplemente como un aumento en el tiempo del sueño. Las palabras comunes para describir la fatiga incluyen la falta de energía, somnolencia, cansancio, agotamiento, e incapacidad de lograr un buen descanso, en ausencia del insomnio de la noche, o de no ser capaz de mantener una actividad deseada. Todo el mundo experimenta fatiga en algún momento. Viene a convertirse en un problema que requiere tratamiento cuando ocurre con frecuencia, por periodos sostenidos, e interfiere con las actividades diarias. La fatiga ocurre en relación a múltiples condiciones relacionadas al SIDA y también a medicamentos, pero también puede aparecer sin explicación alguna.

Fatiga y VIH

Los estudios de investigación de nuestro grupo y otros han demostrado que la fatiga es un problema común y significativo para un gran número de personas que viven con VIH, y puede ser debido al virus, a los medicamentos, a problemas asociados de salud o a tratamientos médicos. En varias encuestas, hasta el 40% de personas VIH positivas reportan fatiga, aunque no es siempre persistente o incapacitante.

Cuando es persistente, la fatiga puede interferir con muchas actividades. A menudo, las actividades físicas (tales como el ejercicio) se reducen, al igual que las actividades sociales, contribuyendo al aislamiento social y a pocas oportunidades para participar de eventos agradables. Las personas con fatiga pueden no tener la

energía para visitar amigos, o pueden cancelar actividades planeadas porque están muy cansadas para salir.

La fatiga es una razón común para dejar el trabajo y pedir beneficios sociales, también como la inhabilidad o desinterés de volver al trabajo aún cuando la salud esté estable.

“La fatiga es un problema común y significativo para un gran número de personas con VIH, y puede ser debido al virus, a los medicamentos, problemas asociados de salud o a tratamientos médicos.”

Junto con otros problemas, la fatiga puede interferir con la adherencia a los medicamentos del VIH, incluyendo perderse las dosis por dormirse antes de tomar los medicamentos o permanecer dormido cuando hay una dosis programada. La fatiga también puede interferir con la concentración, la memoria, y la habilidad de retener la atención, la cual puede entorpecer el aprendizaje. En general, la fatiga persistente en el VIH es común y puede ser inhabilitante

Causas Médicas

La fatiga puede ser causada por condiciones médicas específicas, incluyendo insomnio no tratado, anemia, niveles bajos de testosterona, o deficiencias de la tiroides. Tiene sentido identificar y tratar estas

condiciones directamente antes de tratar los síntomas de la fatiga. Se pueden hacer pruebas de sangre rutinarias para comprobar si existen tales problemas. La fatiga también puede ser el resultado de las drogas usadas para tratar el VIH u otras condiciones. Algunos psicofármacos (Remeron por ejemplo) pueden causar fatiga. La hepatitis C por sí misma causa a menudo fatiga y es una de las reacciones adversas principales y frecuentes al tratamiento de hepatitis (alfa interferón / ribavirina). Algunos estudios han demostrado una relación entre la fatiga, una carga viral alta de VIH y un conteo bajo de las células CD4, mientras que otros no han demostrado tal relación.

Fatiga y Depresión

Las personas que están deprimidas a menudo se quejan de falta de energía, carencia de vitalidad, o sentirse cansado todo el tiempo. De hecho, la fatiga es uno de los síntomas usados para diagnosticar la depresión. Además, la fatiga también puede ser asociada con problemas con la concentración y el poder enfocarse, que es otro criterio usado para identificar la depresión. También puede haber una conexión opuesta: cuando la fatiga restringe la participación en acontecimientos agradables, reduce actividades sociales y conduce a días largos y solitarios en casa, entonces el humor deprimido es una consecuencia muy probable.

Sin embargo, como ambas, depresión y fatiga son bastante comunes en las personas con el VIH, pueden co-existir, aunque una no sea la causa de la otra. Es más, una puede ocurrir sin presencia de la otra. Algunas personas dicen que siempre se sienten cansadas, pero no han estado deprimidas. Algunos pacientes con depresión no reportan fatiga. Las dos condiciones pueden ocurrir juntas o por separado. Si ambas están presentes, y la depresión es moderada o severa, es mejor tratar la depresión primero, con el principio de que es preferible tratar la causa del problema en vez de su manifestación. Si sigue habiendo fatiga, puede tratarse posteriormente.

Tratamiento para la Fatiga

Varios enfoques de tratamiento han sido usados para tratar la fatiga en el contexto de la infección con el VIH. Un método es

utilizar las hormonas esteroides tales como testosterona o DHEA. Los estudios, incluyendo aquellos de nuestro grupo, han demostrado que, entre hombres, las inyecciones de la testosterona tienen un efecto positivo en el nivel de energía y vitalidad. La testosterona inyectada no es recomendada comúnmente, debido a la disponibilidad y a la mayor conveniencia de las preparaciones en gel. La testosterona en gel no ha sido evaluada sistemáticamente con respecto a los efectos en la fatiga en hombres VIH positivos, aunque a menudo vemos a pacientes buscando tratamiento para la fatiga que ya han usado testosterona en gel sin haber tenido los efectos deseados. Es más, la testosterona no es apropiada para hombres con problemas de próstata o con problemas de desorden bipolar (cambios en humor en extremos), y no está aprobada para el uso en mujeres.

Los resultados de DHEA son menos consistentes; algunos pacientes lo han encontrado de gran ayuda para la fatiga pero otros no, en estudios que hemos conducido. Sin embargo, el DHEA tiene algunos efectos secundarios, se vende sin prescripción (esto significa que el seguro médico no cubre el costo aunque es relativamente barato), y vendido a una dosis mas altas a veces puede ser provechoso, por lo menos para algunas personas, para la depresión leve y también para personas que tengan baja energía. DHEA aumenta los niveles de testosterona en la mujer pero no en hombres

La otra clase principal de medicamento usada para tratar la fatiga en personas con VIH incluye estimulantes como Dexedrina, Ritalina, y Cylert. En un estudio comparando la Ritalina, Cylert, y un placebo, se observó que ambas drogas eran más efectivas que el placebo – pero en general, la mayoría de los participantes en los estudios no demostraron una mejoría significativa con ninguno de ellos.

A los principios de los 90 (antes de que la terapia combinada del VIH estuviera disponible), nuestro grupo condujo un pequeño estudio de Dexedrina en personas con conteos de CD4 por debajo de 50 y encontró un efecto positivo en la energía así como en el humor. Sin embargo, muchos proveedores de salud son reacios a prescribir estas sustancias controladas por

preocupaciones sobre la dependencia fisiológica y psicológica, y generalmente no son apropiadas para pacientes con historial de adicción. Estimulantes tanto como esteroides no son indicados para aquellos con desorden bipolar (maniaco-depresivo) puesto a que pueden causar episodios maniacos.

En los últimos años, un nuevo medicamento estimulante conocido como Provigil, ha

“Cuando la fatiga restringe la participación en acontecimientos agradables, reduce actividades sociales y conduce a días largos y solitarios en casa, entonces el humor deprimido es una consecuencia muy probable.”

sido puesto al mercado. No se entiende completamente como funciona en el cerebro, pero es distinto a otros estimulantes y no muestra evidencia de potencial para la adicción. De hecho, se ha utilizado con una cierta evidencia preliminar exitosa para el tratamiento de la adicción a la cocaína. Provigil está aprobado para el tratamiento de la narcolepsia (una condición donde una persona se duerme repentinamente e involuntariamente durante el día), apnea del sueño, o desorden del sueño debidos a cambios de turno asociados al trabajo. Su uso para tratar la fatiga en el VIH esta así “sin aprobación final” y una mayor investigación es necesaria para determinar a su eficacia para personas VIH positivas con fatiga.

Condujimos un estudio preliminar con 30 hombres y mujeres VIH positivas con fatiga persistente que tomaban medicamentos para el VIH. En este estudio exploratorio, la mayoría de los participantes encontraron Provigil beneficioso, aunque los resultados no fueron imparciales puesto que este fue un estudio pequeño y ambos, doctores y pacientes, sabían que estaban tomando el producto. Los efectos secundarios fueron poco frecuentes, pero cuando ocurrían incluían sensación de sentirse ansiosos, nerviosos, o con dolor de cabeza – diferente a cuando uno toma demasiado café o cafeína. Estos efectos secundarios se descontinuaban al segundo día, y podían ser controlados bajando la dosis. Ninguno de los pacientes descontinuaron el medicamento debido a los efectos secundarios. Monitoreamos los conteos de CD4 y la carga viral, y no encontramos ningún cambio, proporcionando una cierta evidencia que no hay interacciones dañinas con los medicamentos de VIH. Al final de 12 semanas de prueba, cinco pacientes comenzaron a trabajar otra vez, dos aumentaron sus horas de trabajo, y dos se enlistaron en programas de vocación profesional.

Ahora estamos conduciendo un estudio mas grande usando un placebo control en personas con el VIH que tienen fatiga persistente que interfiere en su vida diaria. Esperamos aprender más sobre los índices de respuesta al medicamento, quienes parecen beneficiarse con este tratamiento, la duración de los efectos, y si es provechoso para los problemas con la memoria y la atención. También estamos conduciendo estudios para asegurarnos que Provigil es seguro y eficaz usado conjuntamente con medicamentos contra el VIH.

En conclusión, la fatiga puede ser “verdadera” y puede representar un problema significativo. No es solamente tener “flojera” o “no tratar lo suficiente”, especialmente si está a menudo demasiado cansado para ir a lugares o hacer cosas. El tratamiento puede ayudar, las opciones están disponibles, y la calidad de vida puede mejorar.

Judith Rabkin es Investigadora de Psicología Clínica en la Universidad de Columbia.

En Miras al Futuro: Nuevos Medicamentos

por Donna M. Kaminski

Al avanzar en mi formación como médico, encuentro que el manejo del VIH sigue siendo complicado, requiriendo de un aumento en el entendimiento de la enfermedad y un conjunto de instrumentos necesarios para su entendimiento. Muchos recursos son necesarios tomar en cuenta al decidir sobre un régimen de tratamiento, incluyendo la información sobre cuando comenzar, con que comenzar, efectos secundarios, y como y cuando utilizar los resultados de la prueba de resistencia (que continúan cautivándose con sus cajas de color verde brillante y rojas). Estos instrumentos, combinados con un arsenal de más de 20 medicamentos de VIH, nos han ayudado a optimizar regímenes de tratamiento. Aún con todo esto, la resistencia a las medicinas contra el VIH continúa limitando las opciones de tratamiento. La necesidad de un mayor arsenal de medicamentos del VIH sigue siendo grande – suerte para nosotros, parece ser que tenemos candidatos prometedores en el horizonte.

Muchos medicamentos para el VIH aprobados hasta la fecha han tomado una buena idea y otros nos han dado más de lo mismo. Primero vinieron los inhibidores de la transcriptasa reversa (también se les refiere como “nukes” y los “non-nukes”), que bloquean la capacidad del VIH de convertir su ARN a ADN. Luego vinieron los inhibidores de la proteasa, que ampliaron nuestras opciones de tratamiento porque trabajan en un punto diferente en el ciclo de vida del VIH. Muchos más inhibidores de la proteasa siguieron, pero todos funcionan en más o menos la misma forma. Un inhibidor de fusión siguió en el 2003. En general, las 20 drogas aprobadas hasta la fecha trabajan sobre tres de los pasos del ciclo de vida del VIH.

Para muchos pacientes que tienen experiencia en tratamientos, la resistencia puede todavía limitar las opciones de tratamiento. Necesitamos nuevos medicamentos de VIH que funcionen de manera diferente, que afecten un punto diferente del ciclo de vida del VIH y que funcionen sobre el virus que se ha hecho resistente a múltiples drogas y que además puedan ser seguros y tolerables.

La 14va Conferencia sobre Retrovirales e Infecciones Oportunistas (CROI, por sus siglas en inglés) en Los Angeles, Febrero 25 al 28 del 2007, incluyó más de 1.000 presentaciones en posters, presentaciones orales, y abstractos. De éstos, algunos de los más prometedores parecían una sopa de letras y números: MK-0518, GS-9137, TMC-278, y UK-427857. Con excepción del TMC-278, estas drogas funcionan en nuevos pasos en el ciclo de vida del VIH, y pueden ser opciones importantes para las personas que viven con el VIH que son resistentes a los medicamentos existentes.

Las Primeras dos drogas, MK-0518 y GS-9137, son las primeras de una nueva clase de medicamentos para el VIH que afectan la enzima integrasa, bloqueando con eficiencia que el VIH introduzca su material genético en el ADN de la célula huésped. El UK-427857 (Maraviroc) también funciona de manera diferente a los medicamentos aprobados para tratar el VIH, ya que actúa en uno de los correceptores de las células CD4, bloqueando la posibilidad de que el VIH ingrese la célula. Al interferir en nuevos pasos en el ciclo de vida del VIH, estas dro-

gas pueden trabajar cuando no lo hacen los medicamentos actualmente aprobados para el VIH. La cuarta droga discutida en la conferencia, TMC-278, funciona de manera similar a los medicamentos ya disponibles (Sustiva y Viramune), pero puede tener menos efectos secundarios y puede ser tan eficaz como Sustiva, una de las drogas más potentes contra el VIH.

Este artículo revisará datos actuales sobre estos cuatro medicamentos “candidatos” y ver la dirección que están tomando.

MK-0518

MK-0518, recientemente bautizado como Isentress (raltegravir), ha demostrado ser potente en personas con resistencia a muchos medicamentos para el VIH. En dos estudios mundiales de Fase III (BENCHMRK 1 y 2), un total de 700 personas que han tomado medicamentos contra el VIH por alrededor de 10 años, fueron asignados al azar para recibir 400 mg de MK-0518 o placebo dos veces al día, junto con una combinación individualizada de las medicinas contra el VIH. Los participantes en ambos estudios tenían cargas virales sobre 30.000 y conteos de CD4 por debajo de 200. El estudio se seguirá por 3 años, pero los primeros resultados de cuatro a seis meses fueron reportados en CROI.

Después de cuatro meses, los resultados mostraron que más del doble de aquellos tomando MK-0518 tenían cargas virales por debajo de 50 copias, en comparación a aquellos que tomaban placebo: 61% en comparación a un 33% - resultados excelentes en este grupo con resistencia alta. Los conteos de CD4 también se elevaron, en una proporción de más de dos veces en personas tomando MK-0518.

Aquellos tomando Fuzeon y Prezista por primera vez vieron los beneficios más grandes del MK-0518. De estos, un impresionante 98% tuvieron una carga viral debajo de 400 a los cuatro meses, en comparación al 87% de esos tomando placebo. Cuando los participantes solamente tomaron uno de los dos (Fuzeon o Prezista), el 90% tuvo carga viral debajo los 400 copias, en comparación al 63% con placebo. Como ha sido mostrado en muchos otros estudios, los mejores resultados ocurren cuando una nueva droga de VIH es combinada con otra droga altamente activa.

Más buenas noticias: después de seis meses, 61% de las personas tomando MK-0518 que eran resistentes a todas las drogas aprobadas consiguieron bajar sus cargas virales por debajo de 400 copias en cuatro meses, comparados al 5% de personas que no tomaban MK-0518. Estos resultados son significativos, pocos medicamentos presentados en CROI mostraron ser tan efectivos en personas con resistencia múltiple a las drogas.

Con respecto a los efectos secundarios, las personas que tomaron MK-0518 reportaron efectos secundarios similares a aquellos que tomaron placebo. Los efectos secundarios más comunes fueron: diarrea, dolor de cabeza y náusea. Cerca de 12% en ambos grupos reportaron efectos secundarios serios. Los investigadores concluyeron al final de cuatro meses del uso de MK-0518 que sus efectos secundarios fueron generalmente bien tolerados.

En resumen, el MK-0518 parece disminuir significativamente la carga viral y aumenta los conteos de CD4 en personas con un largo historial de tratamientos al VIH, y puede trabajar bien hasta en personas con resistencia a otros medicamentos contra el VIH. Como se esperaba, trabaja mejor cuando se combina con otras drogas activas (como Fuzeon y Prezista), y generalmente parece ser bien tolerada. En general, el MK-0518 parece ser un medicamento con futuro que puede ser aprobada por el FDA antes de fin de año. Para las personas que necesiten este medicamento lo antes posible, ahora es posible bajo un programa de acceso temprano. Los médicos pueden llamar al 877-327-6751 para información de cómo enrolar a sus pacientes.

GS-9137

En un estudio pequeño, Gilead 0105 estudió el uso de varias dosis de otro inhibidor intergrasa, GS-0105 (elvitegravir). En este estudio, 278 personas que tenían una carga viral promedio de 36.000 y alrededor de 10 mutaciones de proteasa en sus virus tomaron una dosis de 20 mg, 50 mg, o 125 mg de GS-9137 dos veces al día con una pequeña dosis de Norvir o un inhibidor de proteasa que incluyó Norvir. Todos también tomaron por lo menos dos nucleosidos análogos (NRTIs) con o sin Fuzeon. El 26% de los participantes en el estudio usaron Fuzeon por primera vez. Después de dos meses, muchos de los que tomaron la dosis de 20 mg tuvieron menos diferencias en su carga viral que aquellos que tomaron dosis mayores, entonces la prueba eliminó la dosis de 20 mg y la cambió por la de 125 mg. (Sus datos no fueron incluidos en el reporte; solo los que iniciaron el estudio con una dosis de 50 mg y de 125 mg fueron seguidos.)

Después de cuatro meses, el 38% de aquellos en una dosis de 50 mg y 40% de aquellos con una dosis de 125 mg dieron cargas virales por debajo de 50 copias, comparados al 30% de aquellos en placebo. Estos resultados, no tan impresionantes como esos vistos en el estudio del MK-0518, quizás hayan sido por las restricciones al uso de otros medicamentos contra el VIH, en este estudio. Los no-nukes no fueron permitidos, por ejemplo, era casi como decir que un número de personas con un virus resistente estaban en una monoterapia virtual. Como ha sido el caso de muchas drogas, GS-9137 trabaja mejor cuando es tomada con por lo menos un medicamento activo contra el VIH. Las personas tomando la dosis de 125 mg que tomaron por lo menos un medicamento activo, vieron bajar su carga viral en 2.1 logaritmos. Aquellos que no tomaron ningún otro medicamento activo vieron una baja de solo 0.7 logs. Entonces el tener un sólo medicamento anti-retroviral activo adicional puede ser la gran diferencia cuando se usa GS-9137.

Los que tomaron GS-9137 también vieron aumentar sus conteos de CD4. Después de cuatro meses, personas que tomaron dosis de 50mg y 125mg vieron aumentar sus conteos de CD4 por 52 y 61 respectivamente, comparado a 28 células en éstos tomando únicamente drogas aprobadas. Los efectos secundarios fueron similares en ambos grupos. Entre el 1% y el 3% de los grupos dejaron de tomar GS-9137 debido a sus efectos secundarios. También se observó valores similares de efectos secundarios moderados a severos, grado 3 y 4 y resultados de laboratorios anormales.

Gilead Sciences seguirá hacia adelante con una dosis de 150mg de GS-9137 en un estudio clínico más grande de fase III, y esperan ver resultados semejantes a aquellos observados en el estudio que usó una dosis de 125mg.

“El MK-0518 parece disminuir significativamente la carga viral y aumenta los conteos de CD4 en personas con un largo historial de tratamientos al VIH, y puede trabajar bien hasta en personas con resistencia a otros medicamentos contra el VIH.”

Maraviroc

El VIH utiliza uno de dos co-receptores, R5 o X4, para ingresar a la célula CD4. En la infección temprana, el VIH prefiere R5, pero más adelante puede cambiar al receptor X4. El Maraviroc funciona bloqueando el receptor R5. (Esto es diferente de Fuzeon, que evita que el VIH se fusione con la pared de la célula CD4 después de que se engancha a un receptor). Maraviroc por lo tanto ofrece la gran posibilidad de usar otro blanco para bloquear el ingreso del VIH a la célula.

En los estudios MOTIVATE 1 y 2, 1.076 personas que vivían con VIH en Europa, Australia, y Norte América tomaron 300mg de Maraviroc una o dos veces al día, o tomaron un placebo. Ambos grupos también tomaron por lo menos otros tres medicamentos individualmente optimizados contra el VIH. (las personas que tomaron Rescriptor o un inhibidor de proteasa con excepción de Aptivus tomaron 150 mg una o dos veces al día). Las personas en ambos estudios habían tomado previamente medicamentos contra el VIH y tenían cargas virales sobre 50.000 y un CD4

por debajo de 200. Las personas fueron monitoreados por un año y se reportaron los resultados de los primeros seis meses:

Casi el doble de las personas que tomaba Maraviroc tuvieron cargas virales por debajo de 50 comparados a aquellos que tomaron placebo con las drogas aprobadas: 41-48% de aquellos tomando Maraviroc tuvieron cargas virales debajo de 50, comparada a solamente el 21-25% de éstos tomando placebo. Conteos de CD4 aumentan de 102-112 en aquellos tomando Maraviroc, comparado a un aumento de 52-56 en aquellos que usaron placebo.

Entre el 84% y el 89% de todos los pacientes experimentaron por lo menos un efecto secundario leve, y hasta el 91% reportaron experimentar algún efecto secundario. No hubo una diferencia significativa en los efectos secundarios experimentados entre aquellos

(continúa en la próxima página)

En Miras al Futuro *(continúa de la página anterior)*

que tomaban Maraviroc y los que tomaban el placebo. En MOTIVATE 1, cuatro personas en cada uno de los grupos usando dosis de Maraviroc fallecieron, comparados a ninguno de éstos en el grupo del placebo. En MOTIVATE 2, una persona en el grupo placebo, dos en el una vez al día, y una en el dos veces diarias fallecieron. De acuerdo a los investigadores, las muertes no fueron relacionadas a los medicamentos que tomaron.

Es interesante notar que en ambos estudios, las personas que comenzaron con cargas virales superiores a 100.000 les fue tan bien como los que tuvieron cargas por debajo de los 100.000. Esta es buena noticia para aquellas personas que no pueden conseguir que sus cargas virales caigan por debajo de 100.000 en su régimen actual. Para aquellos que tienen resistencia a muchas drogas del VIH, la dosis de dos veces al día parecía funcionar mejor para reducir la carga viral comparándolo a la dosis de una vez al día. El 29% de éstos con alto nivel de resistencia alcanzaron cargas virales debajo de 400 copias al tomar la droga dos veces al día, comparado al 18% del grupo de la dosis de una vez al día y al 3% en el grupo placebo. Esto nos da a entender que Maraviroc parece funcionar mejor cuando se toma con por lo menos un antiretroviral al cual el VIH no es resistente. Una dosis oficial no ha sido decidida, pero estos resultados tendrán que ser evaluados en contraste con la simplicidad y conveniencia de la también efectiva dosis de una vez al día.

Una preocupación con Maraviroc es no saber si el usar una droga activa en el receptor R5 provoque un cambio al uso del receptor X4. En este estudio, 31 pacientes en el grupo de una dosis al día y 32 pacientes en el grupo de dos dosis, cambiaron al uso del receptor X4, lo que significa que podrían ser menos aptos a responder en el futuro a un inhibidor del receptor R5. El Monogram Trofile Assay ayuda a pacientes y doctores a identificar que tipo de receptores usa el VIH en cada individuo, y será útil al decidir empezar o continuar Maraviroc.

TMC-278

TMC-278, también conocido como rilpivirina. Es un nuevo non-nuke, diseñado en la misma clase de Sustiva y Viramune. En el estudio que Tibotec presentó en CROI, 90 personas que nunca antes habían tomado medicamentos de VIH tomaron 25mg, 75mg, ó 150mg de TMC-278, o la dosis estándar de Sustiva. Todos también tomaron Truvada o Combivir. En promedio, los participantes tuvieron cargas virales alrededor de 70.000 y un promedio de conteos de CD4 de 200. Cerca de un tercio de las personas en este estudios eran mujeres.

Después de un año, pareciera que el TMC-278 puede que sea tan efectivo como Sustiva. Esto fue lo que vimos: 81%, 80%,

77%, en aquellos usando dosis de 25mg, 75mg, y 125mg, de TMC-278 respectivamente vieron sus cargas virales caer por debajo de 50. Esto es comparable al 81% de aquellos tomando Sustiva. Los participantes vieron sus conteos de CD4 aumentar 125-145. Son necesarios estudios clínicos más grandes para ver que tan bien funciona el TMC-278 en varias poblaciones, pero estos resultados iniciales son prometedores.

TMC-278 puede tener menos efectos secundarios que Sustiva, como muestran hasta este momento los resultados de estos estudios. Similar número de personas experimentaron náusea (18% y 20%), menos personas experimentaron efectos en el sistema nervioso central (mareos, sueños anormales, vértigo) y picazón. En general, el 33% de las personas en TMC-278 experimentaron efectos del SNC comparados al 53% de aquellos usando Sustiva, mientras 8% de éstos en TMC-278 experimentaron picazón comparado al 19% de aquellos usando Sustiva. Además, TMC-278 puede tener menos efecto en los lípidos, o las grasas en sangre que Sustiva. En este estudio, las personas que usaron TMC-278, tuvieron un aumento en su colesterol total de 5mg, comparado a 31mg en el grupo de Sustiva. El colesterol "malo" LDL no aumentó en aquellos usando TMC-278, comparado a un aumento de 16mg en aquellos usando Sustiva.

Más estudios necesitarán hacerse con TMC-278 antes de que podamos tener

completo conocimiento de cómo TMC-278 trabajará en poblaciones más grandes, como también en aquellos que han usado antiretrovirales, etc. Tibotec esta programando hacer estudios clínicos usando dosis de 75mg con personas que nunca antes han tomado medicamentos contra el VIH.

Conclusión

Como se ven las cosas, tenemos algunas nuevas posibilidades de medicamentos en el horizonte. Maraviroc y MK-0518 están más adelantados en su desarrollo, y posiblemente ambas sean consideradas para aprobación por el FDA en los meses siguientes. Si son aprobadas, estarían probablemente disponibles durante los próximos meses. GS-9137 está más retasado en su desarrollo, pero esta enfocándose hacia estudios más grandes para mostrar sus resultados. TMC-278 también se esta moviendo hacia estudios clínicos más grandes, y podría también ayudar a expandir nuestro arsenal de medicamentos contra el VIH, con el beneficio de menos efectos secundarios. En total, lo que suena como sopa de letras, va a poder proveer los sabores apropiados que necesitamos para alcanzar los desafíos que enfrentamos en el tratamiento del VIH.

Donna M. Kaminski fue sub-directora asociada de Educación sobre tratamientos de ACRÍA, y es actualmente estudiante del segundo año de medicina.

“En ambos estudios de Maraviroc, las personas que empezaron con cargas virales por encima de 100,000, tuvieron resultados tan alentadores como los que tuvieron cargas virales por debajo de 100,000.”

Mirando Al Sida En La Boca

por Charles Dorato, DDS

Siendo dentista general en Manhattan – específicamente en el Greenwich Village – por 35 años, he visto lo peor de la epidemia del SIDA y, si se puede aplicar tal palabra, lo mejor. En los 70s y a principios de los 80s, el SIDA era una entidad poco conocida con consecuencias calamitosas. La mayoría hicimos nuestro trabajo, pero fueron épocas difíciles. El VIH era territorio que nosotros los dentistas nunca habíamos explorado. Aprendimos mucho e hicimos lo que pudimos. Algunos de nosotros insistimos en no arrancar la dignidad de el semblante de aquellas personas que viven con el VIH y no negarles de un cuidado básico dental, muchos otros no deseaban ni siquiera que estos pacientes estuvieran en sus salas de espera.

Los primeros años estuvieron llenos de plena tristeza: las familias de muchos hombres gay virtualmente negaban su existencia y los mandaban lejos, muchos a la ciudad de Nueva York, a veces incluso les pagaban los gastos para que se mantuvieran invisibles. Me acuerdo de un muchacho de 21 años de la parte superior este de Manhattan, cuyos padres no querían que fuera al dentista familiar porque tendría que decirle que era VIH positivo, y no querían que el dentista supiera que tenían un hijo gay. Igualmente, un viejo italiano – que por muchos años no quería saber nada de su hijo gay – finalmente lo vi llevándolo en brazos, subiendo las escaleras de mi oficina durante sus últimos años, sin importarle lo que pensarán los demás.

Mis años como dentista me han enseñado que la boca es generalmente una de las primeras partes del cuerpo en mostrar signos de ciertas enfermedades: diabetes, estrés, alergia, etc. Pero lo mas difícil era tener que informar a un paciente que eran anomalías asociadas al SIDA, aftas (thrush), Sarcoma de Kaposi, herpes oral avanzado, etc. En ese entonces, esto era una sentencia de muerte, y como dentista, no estaba preparado a dar ese tipo de información. Mi información fue recibida a menudo con resentimiento: ¿que sabe usted? ¡Usted es solo un dentista! Ocasionalmente había histeria, como una gran parte de la comunidad gay sabía lo suficiente sobre la enfermedad sabiendo que y como preguntar, me miraban

implorando que fuera otro signo en vez de lo peor.

VIH y La Salud Oral

Problemas de salud oral que normalmente son de menor importancia, pueden ser mas graves cuando el sistema inmune esta comprometido. Hagámosle frente, cuando ocurren problemas orales, el dolor es un hecho común, y los pacientes con VIH no necesitan de esta distracción y molestias adicionales. Pienso que se pueden usar problemas orales como un indicador de que

“Un viejo italiano – que por muchos años no quería saber nada de su hijo gay – finalmente lo vi llevándolo en brazos, subiendo las escaleras de mi oficina durante sus últimos años, sin importarle lo que pensarán los demás.”

no se está manteniendo buen cuidado de la salud – como un sistema de alerta temprana– por decir.

Desde un punto de vista de salud dental, la sequedad en la boca es probablemente uno de los problemas más comunes en las personas con VIH. Puede ser causada por las medicinas del VIH como Crixivan, y Videx, o por el mismo VIH. Y otras medicinas como alfa interferon, los antidepresivos, medicinas para la presión arterial, antihistamínicos, etc. también pueden causar la sequedad en la boca.

La saliva es una gran barrera y limpiadora – se deshace de bacterias y ácidos formados por los alimentos que pueden causar gingivitis seria o enfermedad de las encías. Realmente, la boca es la parte más sucia del cuerpo, con el contenido más alto de bacteria. Y lo último que desea una persona inmunocomprometida es que ingrese más bacteria en su cuerpo a través de encías sangrientas. Una de las maneras más rápidas de que cualquier cosa puede entrar en el cuerpo es a través de las membranas mucosas. Y poca saliva aumenta el riesgo de caries, que rápidamente pueden crecer y convertirse en abscesos, así que los chequeos regulares son esenciales para cualquier persona con sequedad de la boca.

Desafortunadamente, no existen realmente muchos buenos medicamentos para promover la salivación. El mantener la boca hidratada y usar enjuagues con fluoruro para evitar cariarse es lo que mejor puedo recomendar. Existen enjuagues bucales y productos artificiales de saliva que se pueden usar. Utilícelos, o use caramelos sin azúcar para estimular la producción de saliva. Haga que su dentista se familiarice con los tejidos en su boca para que usted pueda estar atento a cualquier cambio o cualquier lesión extraña.

Aftas

Candidiasis oral, llamado aftas (thrush), es también común en las personas con VIH, y aparecen de muchas maneras distintas. Usualmente las personas con aftas notan manchas blancas en la lengua u otras partes de la boca. También pueden tener sensación de ardor o dolor, y los alimentos pueden saber extraños, haciéndose difícil comer. La candidiasis puede también ocurrir en las esquinas de la boca y ser confundidas con labios partidos. Otros tipos pueden aparecer en el paladar y ser rojos en vez de blancos.

Sin importar como se presentan, las aftas deben ser tratadas con prontitud. La gente puede usar pastillas tales como Mycellex, o píldoras como Diflucan. Sin importar el tratamiento que use, es esencial tomar toda la dosis recetada, aunque parezca que las aftas hayan desaparecido, ya que pueden aparecer cepas resistentes que pueden llegar a tomar mas tiempo de tratar. Las personas

(continúa en la página 18)

La Interacción del Envejecimiento con el VIH

por Richard Havlik, MD

Al ir envejeciendo, hay varios cambios naturales en el cuerpo que usualmente resultan en vulnerabilidades fisiológicas y condiciones médicas como también en un aumento de riesgo a condiciones y enfermedades. Para las personas con el VIH, a esta complejidad se suman los efectos ocultos del virus mismo o la acción de las mismas medicinas usadas para controlar el VIH y otras usadas para prevenir complicaciones. No es siempre posible determinar la simple causa por un problema específico en cada individuo, y múltiples factores probablemente interactúan para influenciar el resultado. En este artículo discutiré los efectos comunes del proceso de envejecimiento, los efectos conocidos del virus, y los resultados de ciertos tratamientos de VIH. Afortunadamente, en muchos casos es posible dirigir estas co-morbilidades en maneras beneficiosas.

El Sistema Inmune

Envejecimiento: Temprano en la vida, la glándula del timo – que es la que produce CD4 y otras células inmunes- empieza a encogerse, y los números de éstas disminuyen al nosotros envejecer.

VIH: El virus ataca las células CD4, y su reducido número hace a personas con VIH más vulnerables a infecciones, especialmente a las personas mayores. Entonces el proceso normal es acelerado y resulta en inmunosenescencia, o un envejecimiento prematuro del sistema inmune.

Tratamiento: Combinaciones de medicamentos de VIH conocidos como TARGA (terapia anti-retroviral de gran actividad, HARRT por sus siglas en inglés) puede reducir, pero no eliminar el daño continuo a las células CD4. Algunas veces, los pacientes mayores no restauran sus conteos de CD4 a un nivel más alto o tan rápido como los pacientes jóvenes.

Forma del Cuerpo

Envejecimiento: Hay una gradual pérdida de músculos (masa muscular) con el envejecimiento. Es inevitable (por ejemplo, el tomar más tiempo para completar una carrera de larga distancia en corredores), pero el desuso como resultado de una vida sedentaria también contribuye. En adición,

hay una redistribución de grasas con mayor acumulación en el área del estomago, especialmente en los hombres.

Este es el resultado de grasas depositándose alrededor de los órganos abdominales, no bajo la piel. Hay alguna pérdida de grasa bajo la piel en la cara y extremidades.

VIH: Aunque al comienzo de la enfermedad había un desgaste asociado al VIH, con la aparición de tratamientos de se evitó que el tejido muscular se viera

“TARGA puede reducir, pero no eliminar el daño continuo a las células CD4. Algunas veces, los pacientes mayores no restauran sus conteos de CD4 a un nivel más alto o tan rápido como los pacientes jóvenes.”

afectado directamente. Desuso e inhabilidad parecen ser los más responsables. A veces el efecto de neuropatía periférica (daño de los nervios en las manos y pies) pueden imitar problemas musculares al caminar. TARGA se ha ligado también a los cambios en la forma del cuerpo. (ver el artículo en pagina 1)

Tratamiento: Regímenes de TARGA más recientes, por lo menos en países desarrollados, han substituido aquellos que producen cambios corporales no deseados, pero el cambiar los medicamentos quizá no logre producir cambios en la forma del cuerpo. Aún cuando estas drogas se evitan

al inicio de la terapia, todavía hay otros factores contribuyentes. Recientemente ha habido aumento de uso de productos que pueden ser inyectados bajo la piel de la cara para remplazar la pérdida de células de grasa.

Los huesos

Envejecimiento: Pérdida de huesos, especialmente para la mujer durante y después de la menopausia, es muy común y puede ocurrir en hombres mayores.

VIH: Hay algunos reportes de aceleración de pérdida de huesos en personas con VIH, y estudios en curso están utilizando sofisticadas medidas para determinar que tan frecuentemente ocurren.

Tratamiento: Tabletas de calcio además de dietas con alto contenido en calcio han sido recomendadas. En caso de mayor pérdida de huesos (osteoporosis), hay medicamentos que pueden ser tomados unas pocas veces o incluso una vez al mes para retroceder esta condición.

El hígado

Envejecimiento: Porque generalmente las células del hígado rejuvenecen por si solas, el efecto adverso de envejecimiento en este órgano es mínimo. Lo que mas comúnmente causa daño al hígado es el abuso crónico de alcohol o Tylenol (acetaminofeno o paracetamol).

VIH: Aunque el virus puede estar presente en las células del hígado, el mayor daño es por una coinfección común con hepatitis, especialmente hepatitis C. Medicamentos del VIH también pueden llevar a problemas con el hígado, particularmente Viramune (en mujeres con conteos de CD4 altos) y Aptivus.

Tratamiento: Aparte de recomendar no ingerir alcohol o drogas, es posible tratar hepatitis con drogas disponibles o previniendo la hepatitis A y B con vacunación. Cambiar los medicamentos contra el VIH puede ser necesario en algunos casos.

Los riñones

Envejecimiento: Los riñones son los órganos principales de detoxificación, y usualmente operan adecuadamente hasta

edades más avanzadas. Los problemas más reportados con las funciones de los riñones son complicaciones debidas a otras condiciones, como es la presión arterial alta, la diabetes, o infecciones recurrentes del tracto urinario.

VIH: El VIH se ha asociado con un tipo específico de enfermedad en los riñones conocida como nefropatía asociada al VIH. Aunque esta condición no es relativamente común, parece ser más frecuente en Afro Americanos que en otros grupos.

Tratamiento: TARGA ha resultado en algunas mejoras en la función de los riñones. Viread ha sido relacionada con leves pérdidas de funciones de los riñones y debe ser evitada en personas con problemas renales.

La presión arterial

Envejecimiento: Es común ver un aumento en la presión arterial en personas mayores debido al endurecimiento de las arterias. Esto es más evidente con la presión sistólica de la sangre (valor superior cuando es reportado), el cual aumenta el riesgo cardiovascular. La presión arterial Diastólica (los números inferiores) pueden llegar a estabilizarse con la edad, pero pueden ocurrir elevaciones, llevándolo a un diagnóstico de presión alta (hipertensión). El aumento de peso y consumo de sal a través del tiempo son también factores de riesgo.

VIH: es controversial si es que es el VIH que afecta la presión arterial, pero los medicamentos del VIH pueden aumentar los lípidos de la sangre (vea abajo), llevando a la hipertensión.

Tratamiento: Pautas para el tratamiento de hipertensión han sido establecidas, y bajando la presión arterial, ambas sistólicas y diastólicas, se han descubierto que disminuyen el riesgo de ataques al corazón y el derrame cerebral. La mayoría de drogas para la presión pueden ser usadas por personas tomando medicamentos del VIH, aunque la clase llamada bloqueadores de calcio pueden ser problemáticos con ciertos inhibidores de proteasa.

Los lípidos (Grasas en la Sangre)

Envejecimiento: Tiende a haber un aumento en el colesterol, incluyendo la lipoproteína de baja densidad (LDL), o colesterol

“malo”, en personas mayores de 40. Esta alza puede representar el efecto acumulativo de una dieta con alto contenido graso en un individuo genéticamente vulnerable. La lipoproteína de alta densidad (HDL), o “buen” colesterol, es más estable. Ambos tienen un efecto en el riesgo de un ataque al corazón. Triglicéridos son la otra gran clase de lípidos, pero el riesgo asociado a un ataque al corazón es menos definido.

VIH: En personas que han progresado a SIDA, el colesterol total y el LDL tienden a ser más bajos. Exitosos regímenes de TARGA usualmente restauran los niveles de lípidos. Sin embargo, algunos inhibidores de la proteasa han mostrado elevar el colesterol y triglicéridos, posiblemente llevando a la hipertensión.

Tratamiento: Muchos expertos recomiendan continuar el uso del régimen de TARGA, pero agregando una droga estatina como Pravachol. Ciertas otras estatinas interactúan con los inhibidores de proteasa y deben ser evitadas. Otra clase de drogas llamadas fibratos, pueden ser necesarias si los triglicéridos se mantienen sustancialmente elevados. Cambiando al uso de otro inhibidor de proteasa o a un inhibidor de la transcriptasa reversa no-nucleósido son otras alternativas. Como con la presión arterial, existen pautas para bajar el colesterol y tienen sentido aplicarlas en personas que viven con el VIH.

El azúcar en la sangre

Envejecimiento: Al envejecer, hay una tendencia a haber problemas en la forma en que el azúcar es usada por el cuerpo, porque la insulina necesaria para su metabolismo es menos efectiva. Esto puede llevar a la diabetes, especialmente en personas obesas o los que tienen una historia familiar de diabetes. En otros individuos es identificada solamente con el uso de una prueba especial (prueba de tolerancia a la glucosa) y puede no ser un problema mayor. Si esta anomalía de glucosa es añadida a la obesidad, la hipertensión, los triglicéridos altos, y un HDL bajo, se le refiere como un “síndrome metabólico”.

VIH: Se ha asociado el tratamiento con inhibidores de la proteasa con la intolerancia a la glucosa. Tal tratamiento podría llevar a una tendencia hacia el síndrome metabólico.

Tratamiento: Si es posible, un cambio en el régimen debiera ser considerado. Con un régimen TARGA exitoso, es mejor continuar la terapia e intentar controlar la intolerancia a la glucosa con reducción de peso, ejercicio, y cambios en la dieta. Dicha estrategia también mejoraría las anomalías de la presión arterial y los lípidos. También hay medicamentos que son muy efectivos en controlar el azúcar en la sangre.

Las condiciones del corazón

Envejecimiento: En países desarrollados, la frecuencia de arterosclerosis (endurecimiento de las arterias) e infarto del miocardio (ataque al corazón) aumenta con la edad. Esto parece ser debido al efecto acumulativo del estilo de vida y los factores genéticos presentes, más que cambios irreversibles relacionados con la edad. Aparte de hipertensión, lípidos anormales en la sangre, y diabetes, el fumar es un fuerte pre-determinante de la enfermedad cardiovascular y de cáncer.

VIH: Reportes recientes sugieren que puede haber un aumento en la frecuencia de ataques al corazón en personas con VIH. Aunque inicialmente se pensó que esto era más bien el resultado del efecto de TARGA en los factores de riesgo cardiovascular, recientemente ha sido sugerido que el virus mismo podría tener un efecto negativo directo en la frecuencia de enfermedades cardiovasculares.

Tratamiento: Esta observación puede sugerir que una terapia óptima con TARGA es la mejor manera para minimizar los riesgos de ataque al corazón, tanto como el continuar controlando los factores de riesgo de ataques al corazón donde sea posible.

Conclusión

Desde que la infección del VIH se ha hecho más controlable con el régimen de TARGA y las expectativas de vida de personas con VIH han aumentado, el tema de controlar las co-morbilidades del envejecimiento se ha hecho mucho más importantes. El tratamiento acertado debiera llevar a una vida más larga y a un envejecimiento exitoso para personas con VIH.

Richard Havlik es médico epidemiólogo y en el pasado asociado con el Instituto Nacional en Envejecimiento.

Preocupaciones de la Salud en Personas Mayores

por Andrew Shippy and Jerome Ernst, MD

Aunque, desde el principio de la epidemia en EE.UU., por lo menos 10% de las personas con SIDA han sido personas sobre la edad de 50, nuestra política social y de salud generalmente ha tenido la tendencia de descuidar esta población. Ahora la proporción de personas que viven con el VIH que son mayores está aumentando; en algunas ciudades, 25% ó más tienen sobre los 50 años. La discriminación dirigida hacia grupos de personas de edad y los estereotipos contribuyen a la creencia, entre el público general y entre los proveedores de salud, que personas mayores no están en riesgo de infección con el VIH.

La población del VIH es usualmente descrita usando solamente medidas de salud: tales como visitas al consultorio, pruebas de laboratorio, tratamientos recibidos, visitas medicas versus cuidados hospitalarios, etc. El panorama de salud presentado por ACRIA en el Estudio de Personas Mayores con VIH (*Research on Older Adults with HIV*, ROAH, por sus siglas en inglés) estudio de 1.000 participantes sobre la edad de 50 años. Los participantes de ROAH clasificaron su estado de salud actual usando una escala de 0 a 10, los números más altos indicando un mejor estado de salud. Los resultados de los participantes fluctuaron de 1 al 10, con un promedio de 6.8, levemente sobre el punto medio de la escala. Esto indica que muchos consideran su salud total ser por lo menos mediocre o buena. De muchas maneras esta medida es como preguntar, “¿Cómo te sientes hoy?” La respuesta de los participantes de ROAH es, “No Mal” o “Bastante Bien”. Dado el inmenso desafío de que estos individuos enfrentan para manejar el VIH adicional a sus actividades de vida diaria, esto sugiere que ha habido cierto éxito en proveer cuidado, servicios, y fondos de dinero.

Los participantes en ROAH han estado viviendo con VIH por un promedio 12.6 años. El rango en fecha de diagnóstico del VIH de 3 meses a 26 años. Un poco mas de la mitad (51%), tienen un diagnóstico de SIDA, mientras que el 13% actualmente tienen los niveles de CD4 debajo de 200. El éxito extraordinario del tratamiento de antiretrovirales es evidente en los resultados

de ROAH. Consistente con los cuidados estándar del estado de Nueva York, la mayoría (88%) visitan sus proveedores de salud cada 3 a 4 meses. Cerca del 85% están actualmente usando medicamentos para VIH. Muchos pacientes (76%) reciben cuidados en hospitales públicos, en clínicas, o en organizaciones comunitarias para el VIH. No hay diferencias aparentes en el acceso de tratamiento entre los más importantes grupos étnicos y raciales o entre hombres y mujeres.

“La discriminación dirigida hacia grupos de personas de edad y los estereotipos contribuyen a la creencia, entre el público general y entre los proveedores de salud, que personas mayores no están en riesgo de infección con el VIH.”

Envejeciendo Con VIH

Las personas que viven con el VIH están ahora viviendo lo suficiente como para experimentar la enfermedad como algo crónico. A medida que envejecen, encontrarán otros desafíos de riesgos de salud del proceso natural de envejecimiento, toxicidad de las drogas, y otras enfermedades y condiciones. El VIH por si solo no define el estatus de salud de estos individuos. Sin las infecciones oportunistas asociadas al VIH y el colapso del sistema inmune, hay una necesidad de enfocarse en necesidades de salud no asociadas al VIH. Como las personas con el VIH están viviendo mas tiempo, ellos y sus proveedores de salud se verán desafiados

con por lo menos uno o más procesos de la enfermedad.

Muchas enfermedades que son comunes en las personas mayores de los 50 años imitan o hacen un paralelo con los síntomas del VIH, usualmente resultan en que personas mayores son mal diagnosticados y el VIH es pasado por alto. Por ejemplo, la neuropatía diabética se parece a la neuropatía presentada en el VIH, y la demencia multifocal se parece a la demencia en el VIH. Las complicaciones debidas a otras malas elecciones de salud pueden afectar el curso del VIH en personas mayores. Personas con mas de 50 años, cuando reciben su diagnóstico de VIH son generalmente diagnosticados tarde en el curso de la infección del VIH. Esto puede resultar en un diagnóstico de SIDA como diagnóstico inicial.

ROAH ha encontrado muchos temas importantes que necesitan ser considerados y serán examinados en un seguimiento investigativo de ROAH. La mayoría de los participantes (91.4%) reportaron por lo menos una co-morbilidad, y 77% tuvo dos ó mas. Las co-morbididades más comunes fueron depresión (52%), artritis (31%), hepatitis (31%), neuropatía (30%), e hipertensión (27%). Muchos medicamentos comúnmente tomados por personas mayores – tranquilizantes, agentes ansiolíticos, drogas para tratar la enfermedad del Parkinson, hipertensión, enfermedad del corazón, artritis reumatoide, y dolor – pueden empeorar la depresión.

Presión Arterial Alta

Hipertensión, o presión arterial alta, es una condición común que es más frecuente al envejecer. Cerca de 2/3 de personas sobre 60 serán afectadas por ella; dejarla sin tratar puede llevar a un aumento en la incidencia de derrame cerebral, ataques al corazón, fallas al corazón, y muerte. Cuando es tratada, la incidencia de estas complicaciones puede disminuirse mucho.

La presión arterial necesita ser controlada regularmente al envejecer. Una presión de 120/80 es usualmente considerada normal; presión continuamente sobre 135/85 usualmente necesitan ser tratadas. Varias medidas son usualmente

necesarias para verificar el diagnóstico ya que la presión normalmente sube durante la consulta médica debido a estrés de ver al doctor (hipertensión del delantal blanco).

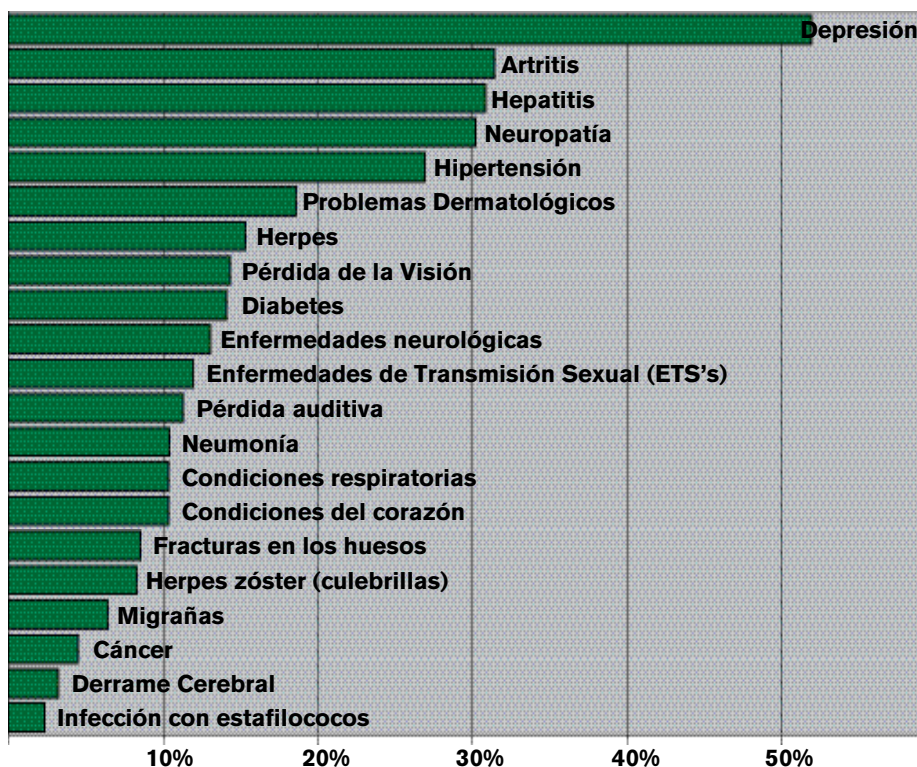
Las personas con presión arterial alta necesitan vivir una vida mas sana, que generalmente requiere perder peso, dejar de fumar, moderar el consumo de alcohol (un par de copas de vino tinto puede ser beneficioso), ejercitar por lo menos tres o cuatro veces a la semana por lo menos 30 minutos cada vez, y monitorear los niveles de lípidos en la sangre como el colesterol y los triglicéridos. La reducción de estrés, disminuir el consumo de sal (sodio), aumentar el consumo de frutas y verduras, y bajar el consumo de grasas en la dieta son también beneficiosos. Muchas de estas intervenciones pueden reducir la hipertensión y también el riesgo de enfermedades del corazón. Los medicamentos pueden ayudar cuando estos métodos fallan.

Colesterol Alto

Usualmente los lípidos, o las grasas, aumentan en la sangre a medida que envejecemos y son otro factor de riesgo para enfermedades del corazón y derrame cerebral. El Colesterol es un lípido encontrado en nuestros cuerpos; el colesterol bueno es llamado lipoproteína de alta densidad, o HDL, y el malo es llamado lipoproteína de baja densidad, o LDL. El HDL ayuda a remover el colesterol del cuerpo mientras que el LDL ayuda a depositarlo en las paredes de los vasos sanguíneos, entonces la meta es queremos que el HDL esté más alto y el LDL más bajo. Mientras más bajo es el nivel de LDL, más bajo el riesgo de enfermedad del corazón, especialmente en aquellos que ya tienen enfermedad del corazón. Entonces, la mayoría de los doctores están urgiendo a sus pacientes a bajar su LDL y subir su HDL lo más posible.

Una dieta baja en grasa es una manera de hacer esto. También como aumentar el consumo de omega-3 ácido graso (encontrado en aceite de algunos pescados-especialmente salmón- y nueces). Las Estatinas son drogas que pueden ser efectivas para lograr esto, pero desafortunadamente muchas de ellas interactúan con las medicinas del VIH. Su medico puede ayudarle a elegir la medicina que tenga menos probabilidad de

Problemas de Salud reportados por los participantes de ROAH



interacción. El ejercitar y dejar de fumar también puede bajar el LDL.

Diabetes

La diabetes está aumentando en incidencia en este país, incluyendo a las personas con VIH. El riesgo de diabetes aumenta más al aumentar el peso de la persona. También aumenta al tomar ciertos medicamentos de VIH, especialmente inhibidores de la proteasa. La Diabetes tipo 2, el tipo que usualmente afecta a adultos, está claramente ligada al peso corporal, la edad, y la genética (viniendo de una familia con diabetes aumenta el riesgo).

La diabetes es manejada con la reducción de peso, cambiando la dieta, algunas veces, medicamentos orales (inyecciones de insulina son raramente necesarias en adultos con diabetes que se inicia durante la adultez). A menudo, la simple reducción de peso es suficiente para normalizar el azúcar en la sangre de una persona. Complicaciones de diabetes incluyen enfermedades vasculares, tales como enfermedades del corazón y derrame cerebral, y daño a los vasos de los riñones, y a la retina de los ojos.

Compromiso vascular puede llevar a la amputación de los miembros inferiores debidos a la gangrena. Las complicaciones vasculares aumentan en aquellos que fuman. La neuropatía diabética es también una complicación de la diabetes y usualmente es difícil de diferenciar de neuropatía del VIH.

Cánceres

Hay muchas otras enfermedades que se observan con frecuencia al envejecer. El cáncer de los senos en las mujeres (muy raro en hombres), es uno de ellos, pero ningún aumento de riesgo definitivo ha sido mostrado en mujeres con VIH. La mayoría de las mujeres deberían hacerse mamogramas después de los 40, y de acuerdo a las últimas pautas a aquellas en alto riesgo se les ofrece MRIs (imagen de resonancia magnética). Las personas tienen un riesgo mayor si han tenido cáncer en uno de los senos ó tienen historial familiar de la enfermedad. Pruebas genéticas son disponibles para aquellos que poseen un alto historial familiar.

Cáncer de la próstata es el cáncer más común entre los hombres, pero no se

(continúa en la página 18)

Mirando Al Sida En La Boca *(continúa de la página 13)*

con aftas recurrentes deben tener medicamentos para su uso inmediato y aprender a reconocer los signos para poder reiniciar el tratamiento sin tener que esperar su próxima cita. Cuando las aftas se extienden hacia el esófago nos indica un diagnóstico de SIDA, ya que es una condición seria.

Llagas Ulceradas (Canker Sores)

Las Llagas ulceradas (úlceras aftosas) es algo que muchas personas han tenido alguna vez en sus vidas, tengan o no VIH. Pero en personas con VIH, pueden ser lentas de curar, y pueden crecer bastante grandes. No son contagiosas y sus causas son desconocidas.

Si no curan por sí solas, pueden crecer en tamaño y causar mucho dolor. Pueden llevar a dificultades al comer y que el tragar o pasar alimentos se haga peligroso. Entonces, mientras que las personas con un sistema inmunológico normal pueden esperar que estas úlceras se curen por sí solas, las personas con un conteo de CD4 bajo, deben tener tratamiento no importando que tan pequeñas sean. Hay pomadas disponibles, como Kenalog o Lidex, o un enjuague de dexametasona que se puede usar. Prednisona o thalidomida en

píldoras están también disponibles para casos más avanzados.

Herpes

El herpes oral es causado por un virus conocido como VHS-1. Este es el virus que causa úlceras alrededor de la boca (diferente de VHS-2 que causa ampollas en los genitales). Las erupciones de herpes usualmente se curan en un par de semanas sin tratamiento, en personas con un sistema inmunológico normal

Pero una vez más, en personas con VIH, las lesiones pueden ser más grandes y más dolorosas, y pueden llevar a infecciones secundarias e interferir con la habilidad de poder comer. Personas con conteos bajos de CD4 deben considerar antivirales como Famvir, Valtrex, o Zovirax. Habiendo pomadas disponibles, no trabajan tan bien como los medicamentos sistémicos.

Gingivitis

GUAN (gingivitis ulcerativa aguda necrotizante, ANUG por sus siglas en inglés), es una apariencia dolorosa, inflamada y/o agujereada de las encías, en la misma categoría de la infección de Vincent (boca partida). Es usualmente causada por estrés- algo que personas con enfermedad

crónica deben lidiar, así que el ciclo se hace perpetuo. A menudo el único recurso es mantener la boca tan limpia como sea posible, tratar los síntomas con un enjuague bucal antimicrobico y/o con medicinas para el dolor.

Los cuidados de la salud oral en su casa son de lo más importante. Es posible ir al dentista todas las semanas para limpieza, pero si no lo hace regularmente delante del espejo, Ud. está buscando que surjan problemas. Cepillese, use hilo dental, haga limpiezas frecuentes – estas cosas simples ofrecen la posibilidad de mantener una calidad de vida decente. El concepto de mantenimiento es clave y primordial.

Ha sido un privilegio cuidar de personas con VIH desde el principio de esta epidemia mundial. Difícil por momentos, pero muy recompensador. Cada paciente merece atención especial, no importando sentimientos y agendas personales. Para comenzar, los dentistas nunca deben olvidar los motivos por los cuales todos estamos en esta profesión – sanar al enfermo.

Charles Dorato es dentista en Greenwich Village, New York.

Preocupaciones de la Salud en Personas Mayores *(continúa de la página 17)*

conoce un aumento de riesgo en personas con VIH. Muchos de los hombres con cáncer a la próstata tienen un bajo grado de la enfermedad y morirán de otra enfermedad. El mayor problema hoy en día es determinar quien desarrollará un cáncer agresivo, y quien no. Este cáncer es más común en hombres mayores, en hombres con un historial familiar de la enfermedad, y en hombres Afro-Americanos.

Actualmente, una prueba de sangre – la prueba PSA (antígeno específico de la próstata)- es usada para detectar el cáncer a la próstata, también con un examen digital del recto. La prueba de sangre es muy sensible, de hecho algunos hombres con bajos niveles de PSA pueden tener la

enfermedad cuando no todos con niveles altos la tienen. Niveles altos usualmente indican la necesidad de una biopsia de la próstata con aguja, que puede ser seguida por cirugía, terapia de droga, radioterapia, crioterapia, o alguna combinación, dependiendo de los resultados. Los hombres deben estar bien informados antes de que realizarse pruebas de detección de cáncer a la próstata, dado las dificultades para interpretar la prueba del PSA y las complicaciones de la cirugía a la próstata, la cual puede incluir impotencia y/o dificultades urinarias.

Conclusión

El envejecer tiene sus riesgos. Algunos de estos riesgos aumentan en personas con la enfermedad de VIH; algunos no; y para

otros, no hay mucha evidencia para saberlo. Las medidas de buena salud y cuidados preventivos son recomendados para personas VIH negativas y también deben ser seguidas por aquellas que son VIH positivas. Al avanzar en el tiempo y mientras haya más personas con VIH, podremos ver diferentes frecuencias de las enfermedades debidas al envejecimiento, o se podrán expresar de manera diferente en personas con VIH. Solamente el tiempo lo dirá.

Andrew Shippy es Investigador Científico en ACRIA

Jerome Ernst es Director Médico en ACRIA.

Programa para Adultos Mayores

El compromiso de ACRIA para expandir servicios para adultos mayores con VIH ha tomado una vuelta práctica, gracias a una generosa concesión de la fundación M·A·C. Estamos contentos en anunciar la formación del Proyecto SEE (Senior Education and Empowerment, por su nombre en inglés) - en asociación con el Consejo sobre Centros de Servicio para Ancianos(CSCS), el cual representa en Nueva York 265 centros de servicios y otras organizaciones que proveen servicio para ancianos.

La meta del Proyecto SEE es de facilitar el acceso a servicios y apoyo a centros de ancianos, disminuir la dependencia en organizaciones de SIDA para proveer de cuidados para personas mayores VIH positivas, y proveer educación e información de prevención de VIH. La meta es de romper con los estereotipos y el estigma relacionados al VIH y entre el personal y los clientes. El proyecto SEE tiene como objetivo producir un cambio cultural en los centros de ancianos de Nueva York con respeto al VIH.

El Programa de Educación de ACRIA (HHLF, por sus siglas en inglés) trabajará con los CSCS para llevar nuestro programa de educación, incluyendo asistencia técnica y publicaciones a los centros de ancianos de Nueva York. Los educadores proveerán entrenamientos intensivos en todos los aspectos del VIH-transmisión, prevención, tratamiento y cuidados. Proveeremos asistencia técnica continua a los centros y a su personal para que puedan integrar el VIH dentro de los servicios que actualmente proveen.

Nuestra publicación ha reportado anteriormente sobre el *Estudios de Adultos Mayores Viviendo con VIH* (ROAH, por sus siglas en inglés). Este estudio ha generado interés, resultando en una colaboración con Gay Men's Health Crisis (GMHC), el Consejo de la Ciudad de Nueva York, y otras agencias para desarrollar nuevos programas para ésta población creciente.

El Proyecto SEE es el primer fruto de estos esfuerzos gracias a M·A·C AIDS y al Consejo de Servicios para Envejecientes (CSCS, por sus siglas en inglés)

Actuales Resultados de los Investigadores

Miembros del Departamento de Investigación de ACRIA continúan presentando los resultados de sus *Estudios en Adultos Mayores con VIH* (ROAH, por sus siglas en inglés), el primer estudio comprehensivo conducido con adultos VIH positivos sobre la edad de 50 años.

El Dr. Stephen Karpiak, hizo una presentación sobre los resultados generales de ROAH en NDRI en Febrero. También presentó para el Consejo de Servicios para Envejecientes sobre el Proyecto SEE auspiciado por M·A·C AIDS Fund.

Andrew Shippy habló acerca de ROAH en marzo en un simposio en Pennsylvania, enfocándose en la depresión, estigma y redes sociales. La conferencia fue patrocinada por la escuela de medicina de la Universidad John Hopkins.

Nuevo Personal de ACRIA

Les damos la bienvenida a nuestros nuevos colaboradores:

Mervin Otero, Coordinador de Reclutamiento de Estudios Clínicos, es el nuevo reclutador de las pruebas clínicas de ACRIA, responsable por reeducar a posibles participantes, manejadores de casos, y proveedores sobre el enrolamiento en pruebas clínicas. El Sr. Otero ha trabajado durante quince años en servicios del VIH/SIDA, el ha estado envuelto con el desarrollo de VIH/SIDA educación y programas de asesamiento para hombre encarcelados en el Departamento Correccional del Estado de Nueva York.

Rafael Madrid, es el nuevo Coordinador del Programa de Asistencia Técnica de la ciudad de Nueva York, sucesor de Carlos Santiago. El Sr. Madrid posee un titulo de psicólogo en su país, Chile, desde donde ha trabajado en el campo del VIH. Ha tenido experiencia como Manejador de Casos en Aid for AIDS y como educador de salud en el Hospital Católico Saint Vincents en Manhattan.

Benjamín Bashein, es el nuevo Director de Desarrollo, trayendo consigo 10 años de experiencia en administrar programas para obtener fondos en diferentes organizaciones sin fines de lucro. Entre las organizaciones con las cuales el ha trabajado están Grand Street Settlement, Doctors of the World, y Amnesty Internacional.

Liza Kelly-Rossini, Maestría en Ciencia en Enfermería, Maestría en Administración Pública y Enfermera Especialista en Cuidados para personas con VIH/SIDA inició una posición en ACRIA como Administradora de los Estudios Clínicos. Liza Nelly-Rossini posee experiencia extensa, habiendo trabajado como enfermera practicante y enfermera investigativa en el Centro Médico de la Universidad de Columbia, la Escuela de Medicina de Weill de la Universidad de Cornell, la Universidad de Rockefeller, El Grupo Polari, El Grupo de Enfermedades Infecciosas del Sur de Westchester. También sirvió como enfermera de relaciones comunitarias y enfermera practicante en el Centro Médico de Beth Israel, ha servido en diferentes posiciones relacionadas a enfermería por 30 años.

Esteban Perla es nuestro nuevo Coordinador de Asuntos de Regulación, viene a ACRIA de AIDS Services in Asian Communities en Filadelfia, donde trabajó como Administrador de Casos. También tiene experiencia como profesor de Biología en escuelas secundarias y como profesor asistente en el curso de laboratorio de biología general de la Universidad de Bucknell. También trabajó como Encargado de Recreaciones en el Parque Nacional de Wolf Trap. Nativo de Filipinas, el Sr. Perla también ha vivido en Indonesia y Egipto.

Gustavo Otto trae consigo experiencia variada en su nuevo rol como Coordinador Administrativo en el Programa Educativo de ACRIA. Tiene experiencia como traductor, y ha trabajado en diferentes posiciones en la industria privada, y su propio negocio. El Sr. Otto también posee experiencia como diseñador de espacios comerciales y vitrinas, y como masajista terapeuta licenciado. El Sr. Otto es nativo de Chile.

generosas contribuciones

Las siguientes personas, corporaciones y organizaciones ofrecieron contribuciones significativas entre Diciembre 21 del 2006 y Marzo 30 del 2007 en apoyo de nuestros esfuerzos investigativos y educativos:

Boehringer Ingelheim
Pharmaceuticals
The Elton John AIDS Foundation
GlaxoSmithKline
Kern McNeil International
Mizuho USA Foundation, Inc.
New York State Dept. of Health
AIDS Institute
Paul Rykoff Coleman Foundation
Pfizer Foundation
Volunteer Program
RMF Foundation
Schechter & Brucker, P.C.
The Long Island
Community Foundation
The Olive Bridge Fund
UPS Capital Insurance Agency
Gail Alcalay and Mark Goldstein
Doris Ammann
Michael J. Atmore
Sara D. Back

Joseph P. Barri
Kim Bates
Michael Beatty
Alexander Beck
Dr. Kenneth Berger
Arlene and Jerry Binkowitz
Mark B. Black
Shirley and Max Boman
Watson F. Bosler
Jeffrey J. Bright
Larry T. Broughton
Alexis Bryan
Don Buchanan
Richard Buckheit and
David W. Bell
William Byrnes
Marisa Cardinale
Rita and Michael Carey
Amy Chan
Thomas Cherry
Kendell J. Cronstrom

Scott Damron
Grazia D'Annunzio
Anthony J. De Mare
Anthony Depersia
Alan Dlugash
Randall G. Drain
Glenn Dranoff
Frederick and Isabel Eberstadt
Melanie Ecung
Dennis W. Emerling and
Glenn D. Bundy
Jamison Ernest
Gerald and Reba Faigeles
and Mrs. Mitchell Fleiss
John-Andrew L. Forde and
Alvaro Martinez-Fonts
Gabiella Forte Glantz
Eric Freeman
David J. Gale
Claudia L. Ganz
Paula E. Garzon
James Gilday
Raul Godoy
Dr. Kay E. Goldberg
Mark E. Goldberg
Caryl Goldsmith
Karen and Charles Goss
Michael L. Gowin
Paul D. Green
Jeffrey B. Green
Gary Greener

David Gross
Fredric Hanson
Pam Hassenfelt
Robert Herzenberg
Donald A. Insley
Jerry Jacobs
Simon Katz
Gary M. Killingsworth
Paul Kimball
Charles Klein
Irwin Krieger
Peter Charles Lanthier
Winston Lapham
Harison T. Lefrak
Jean-Pierre and Rachel Lehmann
Annie Leibovitz
Dean T. Lewallen
Paul J. Lobello
Jennifer J. Mach
Anthony Marzani and
Harry Schroder
Stephen Matchett
Dan C. Matherly
Alison Mazzola
Edward R. McCay
Patrick McMullen
John Montgomery
Alain Montour
Henry and Rose Moskowitz
William R. Nye, Ph.D.
Frances M. Parisi

Jay R. Paul
Evan Pazol
George L. Peabody
Richard Pleak
Mark S. Quigley
David Quinn
Maurice Reder and John Nieman
Clifford Richner
David C. Rick
Kenneth Rosenbaum
Brian G. Roskam and Mike Werb
Hal R. Rubenstein
Mrs. Lily Safra
Roger E. Schechter
Eric Schumacher
David Shinder
Samuel J. Silling
Bonnie J. Slotnick
Joette Spinelli
Petter Stange
Leon Sussman and
Jonathan Green
Richard S. Swenson
Jeffrey S. Tauber
Dan Tietz
Ann N. Tsubota
Dr. W. Mark Warfel
Lorin A. Wiseman
Aurelio R. Zaino
Christian Zimmermann
and Richard Kielar

AIDS COMMUNITY RESEARCH INITIATIVE OF AMERICA



230 West 38th Street, 17th Floor
New York, N.Y. 10018
T 212 924-3934 F 212 924-3936
www.acria.org

Change Service Requested

NON-PROFIT ORG.
U.S. POSTAGE PAID
Red Bank, NJ
Permit No. 556

ACRIA Update is sponsored in part by an
unrestricted educational grant from:

