



# Sida: fàrmacs per a allargar la vida

**Malgrat les esperances, encara no hi ha cap fàrmac efectiu contra la sida. Però sí que hi ha substàncies que poden allargar la vida dels**



**malalts o millorar-ne la qualitat de vida. Tanmateix, quan i com administrar aquests medicaments, encara no és prou clar.**



Quan fa uns anys es va descobrir que una substància anomenada AZT (zidovudina) semblava efectiva contra el virus VIH que causa la sida, els llargs terminis d'experimentació que porten fins a la comercialització d'un fàrmac es varen escurçar. En una malaltia poc coneguda, que cada vegada s'estenia més i que no tenia remei, calia accelerar els passos perquè els qui en patien obtinguessin, si no el guariment, almenys una medicina que n'alleugerís els símptomes. Han pas-

sat anys i ara l'AZT no és l'únic medicament utilitzat contra la sida, però continuem sense tenir-ne cap contra la síndrome. Aquests fàrmacs (ddI, ddC, 3TC, D4T) serveixen per a allargar la vida dels malalts i per a donar-los una millor qualitat de vida, per a reduir les infeccions oportunistes i per a mantenir un nivell general millor durant més temps. Però malauradament la sida continua essent una malaltia inguarible.

D'estudis clínics sobre la sida, se'n fan tants que sovint les opinions majoritàries sembla que canviïn. Però els experts demanen de diferenciar clarament allò que són teràpies experimentals d'allò que són pràctiques que ja es poden aplicar als malalts en l'atenció primària. Els mitjans de comunicació es fan ressò sovint de dades que poden variar la imatge sobre un cert medicament o sobre l'eficàcia d'algun fàrmac. Però no sempre aquestes dades són prou concloents.

El problema de la sida és que la distància entre fase experimental i tractament generalitzat és molt curta. Com va passar amb l'AZT, quan un tractament sembla que funcioni són molts els metges temptats de començar a provar-lo en uns pacients que, altrament, tampoc no tenen cap remei. Cal harmonitzar l'experimentació clínica amb el tractament diari dels malalts o la prevenció entre els seropositius –persones que porten el virus, però que encara no han desenvolupat la malaltia.

El problema, doncs, està a si esperar el llarg procés que porta a dades prou segures sobre un fàrmac concret i la forma d'administrar-lo o a si provar-lo en alguns pacients sense tenir la certesa que funcionarà. Encara més: les proves clíniques se solen efectuar amb la substància investigada i un placebo –substància innòcua que no té cap efecte en la malaltia–. Com que ni metge ni pacient no saben qui rep el placebo i qui el fàrmac, s'elimina el factor psicològic que podria alterar la percepció dels resultats. Però, és ètic d'administrar placebo a un malalt de sida? Potser seria més lògic de fer comparacions d'alguns tractaments amb els fàrmacs ja coneguts, per a no deixar el malalt sense cap substància que pogués millorar el seu estat.

**Còctel de medicaments.** En aquests moments hi ha diverses tendències sobre el trac-

## La vacuna, educació sanitària

Molta gent espera llegir als mitjans de comunicació que s'hagi trobat un remei contra la sida o, millor encara, que s'hagi descobert la vacuna que la pot prevenir. Molts mitjans esperen de poder oferir algun dia aquest titular. Mentrestant, miren que no els passi per alt res que hi apunti. Per això, sovint surten dades i comentaris sobre tractaments que semblen efectius, sobre fàrmacs que desperten grans esperances, sobre avenços en la recerca d'una vacuna.

Però, malgrat això, encara no disposem de cap fàrmac, i és improbable que abans del segle vinent hi hagi cap vacuna. I mentre dediquem una atenció especial a aquest tema, potser deixem de banda la millor vacuna existent contra la síndrome: la prevenció de les conductes de risc.

Si bé no hi ha tractament contra la sida, el coneixement exacte de les vies de transmissió –sang, esperma i líquids vaginals, llet materna– permet d'incidir en la forma de prevenir la infecció –utilitzar preservatiu, no compartir xeringues, no tenir fills o no donar el pit, si la dona és seropositiva–. Però aquestes recomanacions, aparentment senzilles, no sempre són seguides per la població. En alguns casos, per manca de mitjans o d'informació; en uns altres, per una tradició cultural o un ambient social que no ajuda a implantar-ne la pràctica; en certs grups, potser perquè el missatge és difícil de transmetre o d'acceptar.

Mentre es parla tant de progressos, lents però esperançadors, en tractaments i vacunes, perdem de vista recerques potser ara com ara molt més importants: de quina forma canvien o no els hàbits dels grups de risc, com incideix la propaganda en el comportament de les persones que més fàcilment poden transmetre el virus o bé contagiar-se'n.

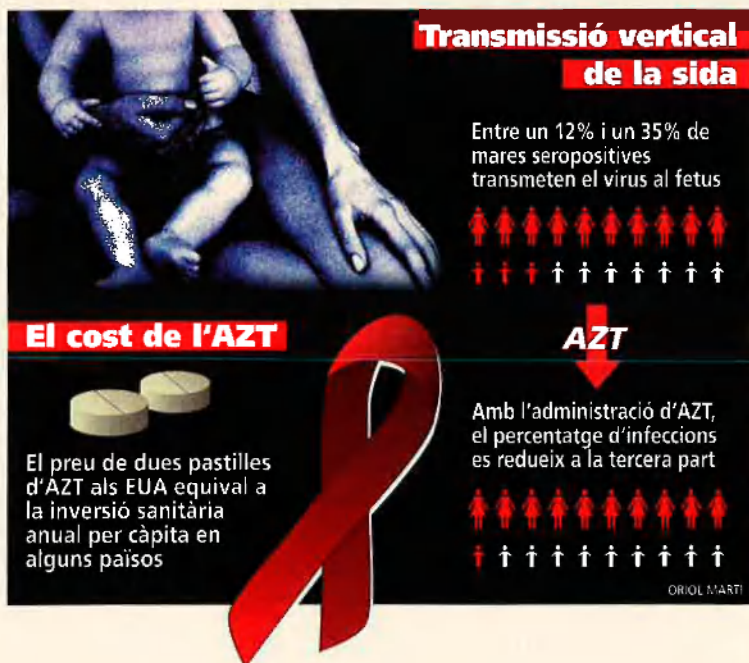
Potser aquests temes no són tan cridaners per als mitjans. Ni tampoc produeixen grans beneficis a les companyies farmacèutiques. Però per a aturar la sida són, malauradament, l'únic remei. I per això es mereixerien més atenció.

X. D.

tament de la sida i sobre què cal administrar als seropositius. Una cosa sí que s'accepta: no es poden fer assaigs indiscriminats. Cal separar el que són proves clíniques del tractament quotidià d'un malalt. I si es fan proves, cal avisar sempre el malalt i obtenir el seu consentiment.

Un altre punt important són els efectes secundaris dels fàrmacs. L'AZT i els altres medicaments poden tenir conseqüències col·laterals, si el tractament és perllongat o si s'administren en dosis altes. En cada cas cal avaluar aquests efectes i la relació entre risc i benefici a l'hora de donar el fàrmac al malalt.

Un tercer problema és la variabilitat del virus. Quan s'administra un fàrmac concret, el virus demostra que és capaç de mutar per adoptar formes que el fan resistent a aquest fàrmac. Per això una administració



## La quarantena cubana

“A Raidel Burgos, el varen anar a buscar un dia al seu poble i se’l varen endur per tota la seva vida”. Això explicava el mes d’octubre passat el *Herald Tribune*, en un article sobre la lluita contra la sida a Cuba. Burgos no és cap dissident del règim de Castro, sinó una de les persones a qui van detectar, en un test, que era portador del virus de la sida.

L’article del *Herald Tribune* exposava d’una forma sensacionalista l’actuació adoptada a l’illa del Carib amb els seropositius. Però el diari americà va amb uns quants anys de retard. Segons el rotatiu, Burgos i els seus companys han perdut la llibertat per sempre, perquè la sida no té remei i es moriran entre les parets de l’edifici on han estat confinats.

La imatge era certa fa uns tres o quatre anys, quan aquesta campanya, la duïen a terme les autoritats policíiques. Però quan aquestes actuacions passaren a dependre de sanitat, tot va canviar. Ara ja no tanquen aquests individus, com es feia amb certs malalts en altres èpoques de la història. El règim dels sanatoris no és completament tancat i els individus tenen tallers de treball i suport psicològic, reben educació sobre la sida i la forma com han d’actuar i poden viure amb la família als apartament que els han destinat. Quan els responsables consideren que ja s’han conscienciat prou sobre la sida i que tindran uns hàbits allunyats de les conductes de risc els fan tornar a la comunitat. A més, els portadors i malalts es troben en unes condicions millors que no pas la majoria de la població cubana. Tenen una alimentació més completa i variada, bon allotjament i millor atenció sanitària. Els falta la llibertat, sí, però és en aquest confinament que s’ha basat una part de la política preventiva cubana sobre la sida.

El doctor Jordi Casabona, coordinador del Pla Sanitari de la Sida de la Generalitat de Catalunya, va tenir l’oportunitat de visitar els sanatoris de SIDA de Cuba i d’interactuar amb els responsables del control d’aquesta malaltia a l’illa. Segons Casabona cal diferenciar els mètodes de vigilància epidemiològica, per a conèixer l’estat de l’epidèmia en un país, de les intervencions preventives. “Molts països, especialment algunes de les ex-repúbliques soviètiques, a voltes han barrejat totes dues coses i han intentat d’identificació el major nombre possible de persones seropositives, pensant que això evitaria la propagació de la infecció. A Cuba, pel fet d’haver estat fins fa poc un país geogràficament i políticament aïllat, els cribratges en massa de determinats sectors de la població (adolescents, soldats...) han estat possibles, i fins a un cert punt vàlids, per a conèixer l’extensió de la infecció. En tot cas, com que, els turistes o els altres visitants de curta durada, no els examinen, a termini mitjà aquesta política no és eficaç”. Provar de posar fronteres administratives al virus no sembla útil, i és precisament per aquest motiu que l’Organització Mundial de la Salut desaconsella el cribratge immigratori, que molts països –alguns d’ells occidentals– continuen fent. Segons el doctor Casabona, les polítiques de recerca de casos són econòmicament i logísticament difícils de mantenir. “L’educació sanitària, cal fer-la a la població en general. Crec, que els cubans han entès aquests aspectes, i ara tendeixen a considerar els sanatoris com a una intervenció mèdica i educativa, on el grau de llibertat dels pacients depèn del nivell de comprensió de la seva malaltia”. Quant a les condicions de vida dels sanatoris, Casabona destaca que superen les de la mitjana de població general, “de tal manera que algunes persones, que desconeixen el que realment és la sida, han provat d’infectar-se’n per poder-hi ingressar”. Un intent desesperat de superar les conseqüències de l’embargament i del pericària economia cubana.

JORDI CASABONA



Sanatori cubà. Per malalts de sida.

massa primerenca del fàrmac pot dur a uns canvis del virus que faci inútil aquesta substància. Quan només es podia utilitzar l’AZT, el problema era molt important. Ara, sense deixar de ser-ho, quan el virus es torna resistent a un fàrmac hi ha la possibilitat d’administrar-ne un altre.

Però una tendència cada vegada més estesa és d’administrar còctels de fàrmacs. Així, no s’administren només AZT, ddI, ddC o 3TC, sinó una combinació de dos o més d’aquests medicaments. Aquesta teràpia combinada comença quan el malalt arriba a uns certs nivells de limfòcits CD4 –cèl·lules del sistema immunitari que serveixen d’indicador sobre l’estat de la infecció i la progressió de la malaltia. En una persona sana, el nivell és de 750. Quan baixen de 500, la recomanació és de tractar-lo amb un fàrmac –usualment, AZT–. Si el pacient baixa dels 250, hom sol prescriure-li una teràpia combinada. La barreja de fàrmacs pot variar segons l’evolució de la malaltia.

Alguns metges són partidaris d’atacar el virus com més aviat millor, i de forma intensa. Així, recomanen de no esperar a un nivell baix de CD4 abans d’administrar fàrmacs. Sembla que un atac en estadis inicials dona més possibilitats d’evitar l’aparició de la malaltia en seropositius, o la seva progressió ràpida en malalts. Però la variabilitat del virus també suscita el temor que uns atacs massa precoços no deixin després el malalt sense armes contra la infecció. De totes maneres, cal analitzar cada cas i deixar que el metge decideixi el que és millor.

**Prevenir la infecció del fetus.** Un dels casos en què hi ha més consens, quant a la utilització d’AZT com a preventiu, és en la transmissió vertical –de la mare al fetus–. Aquesta via de transmissió del virus afecta del 15% al 40% dels nens nascuts de mare seropositiva o malalta de sida. Alguns estudis demostren que l’administració d’AZT evita, en un gran percentatge, la transmissió vertical. Al 1991 es va fer una prova, segons l’anomenat protocol 076, als Estats Units i França. Els resultats obligaren a dur a terme proves més extenses i al 1994 va aparèixer un estudi segons el qual la transmissió es reduïa d’una forma important. Concretament, mentre un grup de mares no tractades va transmetre en un 25,5% el virus al fill, en el cas de les que reberen AZT només hi va haver un 8,3% d’infeccions. És a dir, que es reduïen aproximadament a la tercera part.

No totes les dones embarassades i seropositives s’han de sotmetre al tractament, però sí que hi ha la recomanació que, segons els nivells de CD4, prenguin AZT en les dosis prescrites. Però aquesta forma d’aturar la

transmissió vertical encara es podrà ajustar més quan se sàpiga en quin moment de l'embaràs la mare transmet el VIH al fetus. Així s'acotarà el període en què cal que la mare prengui AZT i se sabrà fins i tot si s'ha d'administrar el fàrmac al nen quan neix.

Una campanya llançada als Estats Units mostra uns cartells que diuen, amb un nen al fons: "Pitjor que perdre un nen per sida només hi ha saber que això no hauria d'haver passat". Així crida l'atenció sobre l'existència d'aquesta forma de tallar la transmissió vertical, perquè milers de dones seropositives no segueixen la recomanació. Però el problema no són només les dones de països rics que no volen prendre AZT, sinó les dones de països pobres que no en poden prendre.

Efectivament, a l'Àfrica i al sud-est asiàtic la sida s'estén a gran velocitat. Però els manquen mitjans per a poder-se administrar un fàrmac tan car com l'AZT. Als Estats Units un parell de pastilles d'AZT valen dos dòlars, que, en alguns països, és la inversió sanitària anual per càpita. Amb xifres així, és dubtós que la prevenció de la transmissió vertical en aquests països es pugui basar en un tractament a base d'AZT.

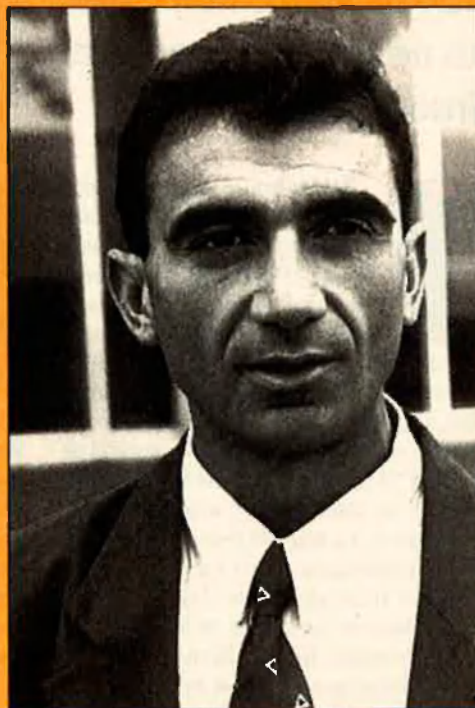
Mentre la negociació política intenta que els pacients d'aquests països puguin rebre el fàrmac a un cost més baix, la recerca s'esforça a trobar una forma menys costosa d'aplicar el protocol 076. Però als països subdesenvolupats la transmissió vertical no és pas l'única via important de contagi entre mare i fill. L'Organització Mundial de la Salut (OMS) recomana que les dones seropositives no donin el pit als fills. Però també recomana, als països on la desnutrició o la deshidratació són un greu perill, que fins i tot les mares portadores criïn els nadons. En aquests països l'accés a llet preparada és molt més difícil que no pas als països desenvolupats. Per tant, no sols és el preu de l'AZT allò que impedeix de prevenir la sida infantil.

D'una altra banda, alguns dels efectes secundaris que ocasiona l'AZT, com ara ho és l'anèmia, són un problema important en aquests països. Una acció preventiva amb el fàrmac podria estendre algun d'aquests problemes sanitaris.

De la recerca sobre la forma d'aturar el virus, n'ha sorgit una esperança en forma d'una substància molt més accessible: la vitamina A. Així pretenen realitzar una prova a Malaui basant-se en l'observació que les dones deficientes en vitamina A transmeten el VIH als fills en un percentatge més alt. Per comptes d'un fàrmac car com l'AZT, els suplementes amb vitamina A podrien ser una forma més senzilla de tallar una via de transmissió que als països sense gaires mitjans sanitaris és particularment important. **Xavier Duran**



QUIN TEMPS FA?



**«En aquesta predicció  
jugo sobre segur.  
Us divertireu amb  
la meteorologia»**

