



HEPATITIS C
SUPPORT PROJECT

www.hcvadvocate.org

HCV ADVOCATE

diciembre 2005 vol. 2, número 12

Para Vivir Positivamente. Sintiéndonos Bien

UNA PUBLICACIÓN MENSUAL DEL HEPATITIS C SUPPORT PROJECT

www.hcvadvocate.org

Conferencia AASLD de 2005: 1ª Parte

■ ■ ■
Liz Highleyman

La 56ª conferencia anual de la Asociación Estadounidense para el Estudio de las Enfermedades Hepáticas (AASLD) acaba de celebrarse este año, del 11 al 15 de noviembre, esta vez en San Francisco. La AASLD es la primera conferencia dedicada al hígado en los EE.UU., y en ella se presentan los datos más novedosos y destacados en relación a los trastornos hepáticos. Los artículos del presente número se centrarán en un reciente estudio epidemiológico sobre la hepatitis C de gran importancia, en los nuevos tratamientos experimentales y en la coinfección con el VIH/VHC. En la edición de enero de 2006 del HCV Advocate seguiremos informando sobre la conferencia AASLD.

¿A CUÁNTA GENTE AFECTA LA HEPATITIS C?

En general, suele afirmarse que en los EE.UU. cerca de 3,9 millones de personas están infectadas con el VHC, de las cuales 2,7 millones son portadoras crónicas. Este cálculo se basa en los datos de una encuesta destinada a hogares estadounidenses, llamada National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES).

Pero el Dr. Brian Edlin, del Colegio Médico Weill, adscrito a la Universidad de Cornell, presentó

unos resultados en la AASLD que sugieren que esta cifra subestima la cantidad real de población infectada (Resumen 65122).¹ El estudio NHANES no tiene en cuenta a varios grupos, algunos de los cuales presentan una tasa de hepatitis C más elevada que la de la población general:

- Población reclusa (cerca de dos millones, con una tasa de VHC calculada en torno al 32%)
- Personas sin hogar (más de 800.000; con una tasa de VHC del 35% aproximadamente)
- Pacientes ingresados en hospitales (cerca de 650.000; con una tasa de VHC del 17%)
- Residentes de hogares de ancianos (más de 1.600.000; con una tasa de VHC del 5%)
- Personal militar en activo (cerca de 1.400.000; con una tasa de VHC del 0,5%)

Edlin obtuvo sus cifras estadísticas en el Censo estadounidense, los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, el Despacho de Estadísticas del Sistema de Justicia y varios estudios publicados en la bibliografía médica. Después, multiplicó estas cantidades por la prevalencia estimada de VHC en cada grupo, haciendo promedios de las tasas observadas en distintos estudios.

En conjunto, el Dr. Edlin calculó que han contraído hepatitis C entre

EN ESTE NÚMERO

Consejos de salud:

Cómo cuidar a quienes nos cuidan.....3

Manifestaciones extrahepáticas:

Prurito.....8

800.000 y 1.200.000 personas más de las que se calculan normalmente, sumando un total de 5 millones. Si se emplean las tasas aceptadas de eliminación espontánea del virus (en torno al 25%), 3,4 millones de los infectados padecen hepatitis C en la actualidad. La frecuencia de infección por el VHC a escala nacional puede ser incluso más alta, sugiere Edlin, porque la cantidad de personas con un domicilio inestable o esporádico es mucho más elevada que la que la población indigente calculada en cualquier punto dado en que se realice una encuesta.

El Dr. Edlin concluyó que las encuestas destinadas a los hogares son “una fuente incompleta de información para los grupos marginados socialmente.” Es muy importante emplear las estimaciones más precisas, destacó el Dr. Edlin, ya que basar las proyecciones de salud pública en cifras oficiales que subestiman la cantidad real de infecciones “puede tener el efecto de restar importancia a la proporción de enfermedades hepáticas que observaremos en las próximas décadas”.

sigue en la pág 2

AASLD

viene de la pág 1

NOTICIAS SOBRE LA COINFECCIÓN CON EL VIH/VHC

Dado que al menos una tercera parte de la población infectada con el VIH también porta el VHC, y el 10% de los sujetos con hepatitis C o más también tienen el VIH, la coinfección es un tema cada vez más preocupante tanto para los hepatólogos como para los médicos especializados en el VIH.

Transmisión sexual

La transmisión del virus a través de las relaciones sexuales sigue siendo un asunto controvertido. Mark Danta, de Londres, y colaboradores presentaron datos que apuntan a que una serie de factores relacionados con la actividad sexual y el consumo de drogas han influido en un reciente brote de más de 200 casos de transmisión del VHC, aparentemente por vía sexual, entre hombres homosexuales VIH positivos en el Sudeste del Reino Unido (resumen 67040). Un análisis molecular de los genomas del VHC de los pacientes reveló varios complejos génicos bien diferenciados, lo que prueba que las fuentes de contagio fueron comunes. Además, los investigadores realizaron un estudio de casos y controles en el que 60 hombres homosexuales con el VIH y hepatitis C aguda (recién contraída) y 130 participantes VIH positivos/VHC negativos del grupo de control cumplieron cuestionarios sobre sus factores de riesgo durante los últimos 12 meses.

Los hombres con hepatitis C aguda consumían drogas intravenosas en una proporción más elevada (el 17% frente al 7%), pero la tasa era baja comparada con la de otros grupos de población infectados con el VHC. Los pacientes con infección

aguda por el VHC habían practicado en mayor número el coito anal pasivo o activo sin protección, fisting (inserción del puño en el ano), anilingus (contacto oral-anal), utilizaban juguetes eróticos y realizaban prácticas sadomasoquistas y sexo en grupo en mayor medida. Asimismo, los hombres coinfectados habían tenido encuentros con parejas en clubes de sexo o balnearios en una proporción más alta (cerca del 4% frente al 1%), o con hombres citados a través de Internet (el 49% frente al 8%); habían tenido más parejas sexuales en el último año (30 frente a 10); tenían antecedentes de enfermedades venéreas en mayor medida (el 92% frente al 78%); habían consumido drogas excitantes y habían mantenido relaciones sexuales bajo el efecto de las drogas con más frecuencia (el 92% frente al 62%); y habían compartido equipo para tomar drogas o habían esnifado drogas intranasales más veces (el 79% frente al 49%). Aunque todos estos factores estaban asociados a una tasa de VHC más elevada, Danta resaltó que era “difícil determinar con certeza” el grado en que cada uno de estos factores había contribuido a la coinfección. Para este grupo de población, recomendó insistir en campañas educativas sobre el sexo con protección y en medidas de seguridad para el consumo de drogas compartidas.

Curiosamente, en los EE.UU. no se han observado brotes de VHC transmitido por vía sexual como los de Londres y Brighton. Sriganayatri Bollepalli y colaboradores analizaron los factores de riesgo de infección por el VHC entre sujetos VIH positivos y negativos residentes en Arizona (resumen 65573). Hallaron que el único factor de riesgo que precedía la infección por el VHC entre hombres VIH positivos que tenían relaciones con otros hombres era el consumo de drogas intra-

venosas, y concluyeron que “[l]a transmisión sexual del VHC entre pacientes VIH [positivos] es sumamente rara”.

Progresión del VHC

Las investigaciones han demostrado que las enfermedades hepáticas progresan con más rapidez en sujetos coinfectados con el VIH/VHC, y varias presentaciones de la conferencia AASLD se centraron en este tema. Sampa Pal y colaboradores de Seattle hallaron que, aunque la multiplicación del VHC en el hígado está muy relacionada con la inflamación hepática, la aparición de fibrosis y la elevación de la ALAT, tener el VIH no parece acelerar la multiplicación del VHC (resumen 62708). Kathie Anne Walters y cols, también de Seattle, analizaron los patrones globales de expresión génica en muestras de biopsias hepáticas procedentes de 13 sujetos mono infectados con el VHC y 16 sujetos coinfectados con el VIH/VHC (resumen 66666). Observaron que los perfiles de expresión de genes no eran diferentes en ambos grupos, lo que sugiere “que aunque la progresión de la enfermedad hepática puede verse acelerada en presencia del VIH, el mecanismo real de daño hepático es similar” tanto en los pacientes coinfectados como en los mono infectados con el VHC.

Cristiana Almerighi y colaboradores del Reino Unido señalaron que la deficiente regulación inmunitaria asociada a la carencia de linfocitos T CD4 permitía a los linfocitos T CD8 provocar daños sin freno a los hepatocitos en pacientes coinfectados con el VIH/VHC (resumen 66254). Isabelle Dichamp y colaboradores de Francia (resumen 67351) señalaron que la concentración de VHC era más alta en los macrófagos (un tipo de glóbulo blanco del sistema inmu-

sigue en la pág 4

Consejos de Salud:

Cómo cuidar a quienes nos cuidan



Lucinda Porter, Enfermera titulada

El diagnóstico de infección por el virus de la hepatitis C (VHC) puede provocar un vuelco completo de la vida. Prácticamente nadie se queda indiferente ante esta situación. Cada uno tiene su propia historia que contar sobre su vida con el VHC. Algunas historias están llenas de esperanza y ánimo, mientras que otras son oscuras y dolorosas. Sin embargo, las personas infectadas con el VHC no son las únicas a quienes les cambia la vida tras el diagnóstico. También los familiares y amigos se ven afectados. Ellos también tienen su propia historia que contar.

Es muy fácil olvidarnos de que nuestra enfermedad es un proceso compartido por quienes nos rodean. Ya puede resultar bastante difícil tener el VHC, como para encima compartir esta carga con los demás. Contárselo a otras personas a menudo es muy doloroso. Sus reacciones pueden ser insoportables para nosotros. La ansiedad de nuestros seres queridos puede resultarnos más incómoda que la nuestra. El VHC puede crear lazos más estrechos, pero también puede provocar distanciamientos.

Los sentimientos de los pacientes acerca de su enfermedad suelen evolucionar con el tiempo. Las reacciones iniciales más comunes, como sorpresa, enfado, desesperación y negación, se transforman en actitudes que van desde el espíritu de superación a la depresión. Después de la primera explosión de sentimientos, algunas personas se ponen manos a la obra, buscan información y trazan un plan. Comienzan a actuar en lugar de reaccionar.

Tener una enfermedad puede ser más fácil que amar a alguien que la padece. Cuando estamos enfermos, nuestra atención se concentra en recuperarnos. En contraste, cuando somos testigos de la enfermedad de alguien querido, puede dominarnos la sensación de desesperanza e impotencia. Nuestros seres queridos no saben muy bien cómo actuar cuando nos ven enfermos. Ellos no son los pacientes. Están fuera del centro de atención. No tienen ningún control sobre su ser querido ni sobre el VHC. Sin embargo, se

ven muy afectados por la situación.

Cuando trabajé como asistente de parto, hice ciertas observaciones que pueden ayudarme a ilustrar este argumento. Durante el proceso de parto, la madre normalmente se centra en el trabajo extenuante que le ha tocado. Sin embargo, mientras tanto su pareja puede estar desmoronándose. Es doloroso ser testigo del sufrimiento de otra persona. La reacción de sentirse inútiles y desvalidos es muy común. Por este motivo, las parejas buscan desesperadamente la forma de ayudar, en especial si pueden aliviar el dolor de la parturienta. Pueden tratar de reconfortar a la mujer o acariciarla, y es posible que esto no sea lo que ella desea. Muchas mujeres gritan a su pareja durante el parto. Pero cuando la pareja comprende lo que desea la madre y le orienta para conseguirlo, desaparecen los conflictos.

La hepatitis C no es tan dolorosa ni intensa como dar a luz, pero el concepto sigue siendo válido para este caso. Podemos sentirnos mucho mejor si buscamos la colaboración de nuestros cuidadores. En este artículo, el término “cuidador” se refiere a cualquier persona próxima a nosotros que nos ayude a manejar nuestra vida y nuestra salud. A menudo, esta misión recae sobre la pareja, pero también puede tratarse de un padre o una madre, de algún hijo o alguna amistad. El cuidador es probablemente la persona más afectada por nuestra enfermedad.

Los cuidadores pueden estar preparados para prestar cuidados profesionales o no profesionales. Los cuidadores profesionales suelen ser enfermeros, asistentes a domicilio y trabajadores de ese estilo. Los pacientes normales con el VHC no suelen necesitar los servicios de un cuidador profesional a no ser que la enfermedad haya alcanzado una etapa avanzada. El papel fundamental del cuidador puede manifestarse durante el tratamiento contra el VHC. Aunque no es estrictamente necesario contar con un cuidador durante el tratamiento, las personas que viven con

AASLD

viene de la pág 2

nitario) en pacientes coinfectados que en sujetos infectados solamente con el VHC. Las personas coinfectadas también mostraron una mayor activación del FN kappa-B y de la proteína activadora 1, dos factores que influyen en la producción de las citocinas (mensajeros químicos que regulan la función inmunológica). En contraste, Rachel Baden y colaboradores de Boston no hallaron ninguna diferencia en cuanto a la actividad de los linfocitos citolíticos naturales entre los pacientes coinfectados y los mono infectados con el VHC (resumen 65574). Tras analizar muestras de tejido hepático procedentes de 30 sujetos coinfectados y 15 con el VHC solamente, Rajalakshmi Iyer y colaboradores de Chicago observaron que los pacientes coinfectados mostraban menos inflamación del hígado en su conjunto, pero presentaban una activación más intensa de las células estrelladas perisinusoidales, un tipo de hepatocito que desempeña una función esencial en la aparición de fibrosis (resumen 67514). El equipo de Danta analizó las respuestas específicas del VHC y las concentraciones de citocinas en un grupo integrado por 18 sujetos VIH positivos y 13 VIH negativos con infección aguda por el VHC (resumen 66233). Los pacientes coinfectados mostraron una respuesta de los linfocitos T CD4 a los antígenos del VHC significativamente más baja, en especial al antígeno NS3-5; además, tenían una concentración de IL-2 también más baja. Los investigadores concluyeron que, cuando se tiene el VIH, “se acumulan muchas respuestas no específicas, lo cual puede llevar a la incapacidad de controlar el VHC en la fase aguda de la infección”.

Es probable que este vínculo tan

bien documentado entre la coinfección y el avance de la enfermedad hepática no sea aplicable a los sujetos con el VIH bien controlado, gracias a la eficacia del tratamiento antirretroviral. Sumita Verma, de Los Angeles, y colaboradores analizaron los datos de 85 pacientes coinfectados y 296 mono infectados con el VHC (resumen 62205). Los pacientes que seguían un tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), tanto si eran VIH negativos como si eran VIH positivos, se encontraban en una etapa de fibrosis similar (3,1 frente a 3,4), un grado necroinflamatorio semejante, una tasa de progresión a cirrosis y una prevalencia de cirrosis parecida (del 33% frente al 41%), y un plazo de tiempo medio hasta la aparición de cirrosis semejante (27,4 años frente a 25,1). En contraste, los pacientes VIH positivos que no recibieron tratamiento o sólo tomaron inhibidores nucleósidos de la transcriptasa inversa (INTI), y aquellos que empezaron tomando INTI y continuaron con la TARGA después de 1996 llegaron a una etapa de la enfermedad significativamente más avanzada, un grado de fibrosis más alto (4,6 y 4,3, respectivamente), progresaron con más rapidez a fibrosis y mostraron una mayor prevalencia de cirrosis (68% y 60%). La probabilidad de padecer cirrosis al cabo de 25 años fue del 16% entre los sujetos VIH negativos, en comparación con el 24% de los pacientes VIH positivos que tomaban la TARGA, el 38% de quienes cambiaron de INTI a TARGA, y el 72% de aquellos que recibieron solamente INTI o no siguieron ningún tratamiento. Los investigadores concluyeron que los pacientes coinfectados que reciben la TARGA poco después del diagnóstico de VIH “presentan un grado de gravedad de la infección con el VHC comparable a la de los sujetos mono infectados”.

Tratamiento del VHC

El tratamiento de la hepatitis C durante la infección aguda es bastante eficaz, y esto es así tanto para los sujetos mono infectados con el VHC como para los coinfectados. Stephanie Dominguez y colaboradores de Francia señalaron que, en un grupo de hombres homosexuales VIH positivos con infección aguda por el VHC, 10 de 14 (el 71%) que finalizaron correctamente un ciclo de 24 semanas con interferón pegilado (Pegasys) más ribavirina lograron la RVS (resumen 67281). En un análisis provisional de datos procedentes de una gran cohorte de sujetos VIH positivos con hepatitis C aguda en Alemania, Martin Vogel y cols. observaron unas tasas de respuesta terapéutica del 59% (genotipos 1 o 4) y del 63% (genotipos 2 o 3) tras 24 semanas de monoterapia con interferón pegilado (resumen 63895). Dado que no tomaron ribavirina, todavía queda por saber cuántos alcanzarán la RVS. En otro estudio, Danta y colaboradores compararon un grupo de sujetos VIH positivos con hepatitis C aguda que recibieron tratamiento inmediato con interferón pegilado (Peg-Intron) más ribavirina frente a otro grupo que inició una monoterapia de interferón pegilado (Pegasys o Peg-Intron) y añadió ribavirina solamente si el virus seguía siendo detectable al cabo de 12 semanas (resumen 67086). Hallaron que quienes tomaron ribavirina desde el principio mostraron una respuesta virológica significativamente mejor que quienes la tomaron más adelante (RVS del 63% frente al 23%), un fenómeno que no se ha observado en sujetos VIH negativos con hepatitis C aguda.

Después de analizar a pacientes que no habían respondido a tratamientos previos, Carroll Leevy y

sigue en la pág 5

AASLD

viene de la pág 4

colaboradores observaron que los sujetos coinfectados con el VHC/VIH que no habían obtenido buenos resultados con la terapia de interferón pegilado más ribavirina obtenían una mejor respuesta si volvían a tratarse con interferón de consenso una vez al día (resumen 67610). En un estudio sobre 61 pacientes coinfectados resistentes al tratamiento y sin respuesta terapéutica previa (el 93 % con el genotipo 1; el 53 % afroamericanos), el retratamiento durante 72 semanas con interferón de consenso más ribavirina en función del peso produjo una RVS del 30 %.

Maribel Rodríguez Torres y colaboradores de Puerto Rico confirmaron que – igual que sucede con los sujetos mono infectados con el VHC – los pacientes coinfectados mejoran con la terapia de interferón aunque no alcancen la RVS (resumen 67731). Los investigadores analizaron muestras comparadas de biopsias procedentes de 73 sujetos que o bien se habían tratado con interferón (pegilado o convencional, con o sin ribavirina) o no habían recibido tratamiento alguno. Los pacientes que habían tomado interferón pegilado (Pegasys) mostraron un descenso significativo del grado de fibrosis entre las dos biopsias (-0,4 con la monoterapia de Pegasys; -1,4 con Pegasys más ribavirina). (Sorprendentemente, los pacientes tratados con interferón convencional, con o sin ribavirina, experimentaron una progresión más rápida de la fibrosis que quienes no siguieron ningún tratamiento). “Estos resultados respaldan la idea de que la terapia contra el VHC es beneficiosa aun cuando la RVS sea inferior a la que consiguen los pacientes mono infectados con el VHC, y sugieren que la

terapia de mantenimiento también podría ser beneficiosa” concluyeron los investigadores.

NUEVOS TRATAMIENTOS PARA LA HEPATITIS C

La terapia estándar actual contra la hepatitis C se basa en el interferón, una citocina inyectable que estimula la respuesta inmunitaria. Pero varios tratamientos potenciales en el futuro funcionan atacando directamente al virus (consulte el ciclo de vida del VHC y las nuevas dianas de los fármacos experimentales en el número de junio de 2005 del HCV Advocate). En la AASLD se presentaron datos relativos a tres de estos compuestos orales: un análogo de nucleósido, la valopicitabina (NM283); y dos inhibidores de la proteasa, SCH503034 y VX-950.

Valopicitabina

Christopher O'Brien, de la Universidad de Miami, presentó los primeros resultados de un ensayo clínico en Fase IIb con valopicitabina, un inhibidor de la polimerasa del VHC que está desarrollando la compañía Idenix Pharmaceuticals (abstract 63186). El estudio admitió a 190 pacientes distribuidos aleatoriamente para recibir alguna de las siguientes combinaciones: 800 mg de valopicitabina sola; valopicitabina más interferón pegilado alfa-2a (Pegasys) en dosis de 400 mg, dosis escalonadas de 400 a 800 mg, o bien 800 mg una vez al día); o Pegasys más ribavirina. La mayor parte de los sujetos eran blancos (51-76 %), el 10-23 % asiáticos, el 10-23 % eran originarios de Oriente Medio o la India; menos del 2 % eran afroamericanos. Todos eran portadores del genotipo 1 y no habían respondido al interferón pegilado más ribavirina tras 12 semanas de tratamiento (se excluyó a quienes habían recaído tras una terapia eficaz).

Al cabo de 12 semanas, los

pacientes que tomaban las dos dosis más altas de la politerapia con valopicitabina lograron una mayor supresión del ARN del VHC. La carga viral descendió en 0,78 logocopias entre el grupo de valopicitabina, 1,92 logocopias en el de Pegasys/ribavirina; y 2,22 logocopias, 2,51 logocopias y 2,77 logocopias, respectivamente, en los grupos de politerapia con valopicitabina que tomaron dosis de 400 mg, 400-800 mg y 800 mg. Los porcentajes correspondientes que alcanzaron una rápida respuesta virológica (reducción de al menos 2 logocopias en la semana 12) fueron del 5 %, 41 %, 54 %, 71 % y 63 %. En los grupos de politerapia con valopicitabina en dosis de 400-800 y 800 mg, el 21 % alcanzaron un descenso de al menos 4 logocopias en el ARN del VHC. En general, la valopicitabina fue segura y bien tolerada y no presentó toxicidades que obligaran a reducir las dosis. No se observaron casos de resistencia entre los participantes durante seis meses. Según O'Brien, “Estos resultados son alentadores, en particular para los muchos pacientes resistentes al tratamiento que necesitan urgentemente nuevas opciones terapéuticas”.

SCH503034

Stefan Zeuzem, de Homburg (Alemania), presentó un estudio en Fase Ib sobre el SCH503034, un inhibidor de la proteasa de la serina NS3, de Schering-Plough (resumen 67484). En este ensayo clínico internacional, 61 pacientes fueron distribuidos aleatoriamente a un ciclo terapéutico de 14 días con placebo o bien un tratamiento con cuatro dosis diferentes de SCH503034: 100, 200 o 400 mg dos veces al día (BID) o 400 mg tres veces al día (TID). Todos eran portadores del genotipo 1 y no habían respondido a la terapia

sigue en la pág 7

CÓMO CUIDAR

viene de la pág 3

los pacientes durante esta etapa pueden encontrarse haciendo ese papel casi sin proponérselo.

Las personas que nos atienden corren un elevado riesgo de sufrir problemas de salud. Según la Alianza de Cuidadores Familiares, estas personas tienen más riesgo de padecer problemas mentales y físicos que las personas que no cuidan a nadie. Experimentan depresión, dolor, soledad, sensación de aislamiento y abandono, sentimientos de pérdida o duelo y tristeza. También sienten miedo, a lo desconocido, a la muerte y a los cambios. Los cuidadores pueden sentirse inseguros de su capacidad para ofrecer una ayuda adecuada. Se preocupan por la seguridad de su futuro, el riesgo de contraer la enfermedad ellos mismos, o de quedarse solos en el cuidado de los hijos. La probabilidad de que esto le suceda a un paciente infectado con el VHC es baja. Sin embargo, es normal sentirse así y pensar que eso pueda suceder.

La ex-Primera Dama Rosalyn Carter dijo, “Hay cuatro tipos de personas en el mundo: las que han cuidado a los demás, las que están cuidando a otros actualmente, las que cuidarán en el futuro y las que van a necesitar cuidadores en algún momento.” Prestar cuidados es una parte esencial de la atención médica. Es importante preocuparnos por la salud de nuestros cuidadores. Como pacientes, debemos hacernos responsables de quienes nos cuidan.

1. Mantenga informado a su cuidador. Nada puede ser más frustrante que caminar a ciegas.

Invite a su cuidador a acompañarle a sus consultas médicas si ambos lo desean así.

2. Sea sincero con su cuidador. Por ejemplo, si no desea que le acompañen a sus consultas, hable del tema directamente.

3. Dele un papel en su enfermedad. Su cuidador se sentirá menos angustiado y más capaz si se ve como un compañero en lugar de como un figurante. Además de ir con usted a las consultas médicas, puede acompañarle a un grupo de apoyo, buscar información por Internet, ir con usted a caminar, o resolverle alguna tarea que a usted no le apetezca.

4. Escuche a su cuidador. En ocasiones, los familiares se sienten solos porque piensan que sería una carga para los pacientes hablar sobre sus propios sentimientos y problemas. Invíteles a hablar de lo que sienten.

5. Sea sensible ante las necesidades de su cuidador. El hecho de tener el VHC no nos da permiso para ser insensibles. Es posible que la persona que le cuida necesite un fin de semana o una noche libre. Si no puede concederle algo así, al menos anímele a satisfacer sus necesidades, pasando una tarde por su cuenta o con una compañía agradable.

6. Muéstrelle su aprecio. Pocas cosas causan más impacto que expresar nuestra gratitud. Un simple “gracias” no cuesta nada y suele ser bien recibido.

7. Anímele a prestar atención a su propia salud. Los datos estadísticos sobre la morbimortalidad de los cuidadores son alarmantes. Dígale que no quiere que pase a formar parte de estas estadísticas.

8. Busque ayuda. Las enfermedades crónicas pueden dañar incluso las relaciones más sólidas. Esto es particularmente cierto durante el tratamiento contra el VHC. El asesoramiento psicológico puede ayudar a parejas y familias a superar los tiempos difíciles.

9. Cuide a quien le cuida. Anímele a asistir a un grupo de apoyo y a adoptar buenos hábitos de cuidado personal.

10. Cuídese bien usted. Eso es fundamental. Nunca se sabe cuándo le van a llamar a usted para que cuide de otra persona. Además, sus familiares y amigos quieren tenerle cerca durante mucho tiempo.

- Family Caregiver Alliance – www.caregiver.org
- National Alliance for Caregiving – www.caregiving.org
- National Family Caregivers Association – www.thefamilycaregiver.org
- Rosalynn Carter Institute for Caregiving – <http://rci.gsw.edu>



AASLD

viene de la pág 5

previa de interferón y ribavirina (un descenso de menos de 2 logocopias en el ARN del VHC al cabo de 12 semanas). La reducción más grande de la carga viral del VHC correspondió al grupo que tomaba 400 mg TID; el 60% de los pacientes de este grupo lograron una reducción máxima del VHC de más de 2 logocopias (todos consiguieron como mínimo un descenso de 1 logocopia), en comparación con el 18%, 17% y 8%, respectivamente, de quienes tomaron las dosis de 400 mg, 200 mg y 100 mg BID. En los pacientes que mostraron un descenso de la carga viral también se observó una reducción de la ALAT. Aparentemente, el SCH503034 fue seguro y bien tolerado, y no produjo ninguna reacción adversa fuerte. Es importante señalar que, en los estudios con animales y seres humanos realizados hasta la fecha, los investigadores no han detectado la toxicidad cardíaca que hundió a BILN-206, un inhibidor de la proteasa fallido que desarrolló hace algún tiempo Boehringer Ingelheim. Un paciente mostró la mutación V170A, que en los estudios de laboratorio se ha vinculado a la aparición de resistencia frente a SCH503034.

Zeuzem presentó además los datos de un pequeño estudio clínico que demostró que el SCH503034 presenta una actividad prometedora en pacientes que no han respondido a tratamientos previos cuando se combina con interferón pegilado alfa-2b (Peg-Intron) (resumen 67627). En este ensayo clínico con grupos cruzados y rótulos a la vista, todos los participantes siguieron una monoterapia de 200 o 400 mg de SCH503034 durante siete días, Peg-Intron otros 14 días y SCH503034 más Peg-Intron otros 14 días, pero

en diferente orden (i.e., cada grupo de pacientes comenzó con un régimen y después fue cambiando a los demás). El descenso medio del ARN del VHC fue de más de 2 logocopias en los dos grupos con la politerapia de SCH503034 en dosis de 200 mg and 400 mg; 4 de 10 sujetos que tomaron la dosis de 400 mg alcanzaron una carga viral indetectable. Según Zeuzem, la politerapia fue capaz de conseguir un descenso acumulativo del ARN del VHC. En estos momentos se está llevando a cabo la Fase II de estudio, de mayor duración, para evaluar la politerapia de SCH503034/Peg-Intron.

VX-950

Henk Reesink, de Amsterdam, ofreció los resultados de la Fase Ib de estudio de otro inhibidor de la proteasa del VHC, el VX-950 en dosis escalonadas, de Vertex Pharmaceuticals (resumen 62580). Este ensayo incluyó a 36 portadores del genotipo 1 del VHC (en su mayor parte sin respuesta terapéutica previa, pero también algunos que nunca habían recibido tratamiento). Los pacientes recibieron placebo o bien una suspensión oral de VX-950 en monoterapia, con dosis de 450 o 750 mg TID o 1250 mg BID durante 14 días. Todos los pacientes que tomaron VX-950 experimentaron un descenso de la carga viral de al menos 2 logocopias con respecto al punto inicial; la mayor parte (26 de 28) lograron una reducción máxima del ARN del VHC de 3 logocopias como mínimo, y 4 pacientes alcanzaron un descenso de más de 5 logocopias. La dosis de 750 mg TID fue la que obtuvo las concentraciones mínimas más notables (nivel más bajo antes de recibir la siguiente dosis) y el descenso más acusado del ARN del VHC: 4,4 logocopias, o una reducción de 25.000 veces; 4 pacientes lograron que su carga viral fuera indetectable al final del trata-

miento. VX-950 pareció funcionar igual de bien con los pacientes sin respuesta terapéutica previa que en los que nunca habían recibido tratamiento. La ALAT también descendió en todos los grupos con todas las dosis. No se produjeron reacciones adversas graves ni abandono del tratamiento, ni hubo que reducir las dosis. En este caso, tampoco se observó ninguna toxicidad cardíaca. En un estudio complementario sobre la resistencia, los investigadores detectaron diversas variantes víricas que presentaban menos sensibilidad ante el VX-950, con mutaciones en las posiciones 36, 54, 155 y 156; la mutación A156V/T mostró una resistencia de alto nivel (resumen 72562).

Según Reesink, VX-950 produjo “la respuesta más rápida y drástica” observada hasta la fecha con un solo fármaco. Basándose en un análisis de cinética vírica, sugirió que este medicamento puede lograr que el VHC se vuelva indetectable en aproximadamente 12 semanas, un plazo considerablemente más corto que los 48 días que necesita el tratamiento estándar para el genotipo 1. El 11 de noviembre, Vertex presentó su solicitud de nuevo fármaco en fase de investigación a la Agencia Estadounidense del Medicamento (FDA). En Europa se está llevando a cabo un estudio en Fase Ib sobre una nueva fórmula en comprimidos de VX-950 más interferón, y para el próximo año está previsto realizar otro estudio más largo sobre una politerapia que contiene VX-950.

Aunque estos tres compuestos experimentales parecen prometedores, es demasiado pronto para decir si finalmente podrán lograr una respuesta virológica sostenida. Ante la carencia de una vacuna eficaz contra la hepatitis C, muchos expertos creen que los antivirales – y quizás

sigue en la pág 9

Manifestaciones extrahepáticas: *Prurito (Picazón)*



CD Mazoff, PhD, Director editoria

El prurito es uno de los síntomas más comunes que afectan a los sujetos con hepatitis C (15%), pero se da con más frecuencia entre los pacientes con la enfermedad hepática avanzada y cirrosis. El prurito es una comezón que puede estar localizada en una parte concreta del cuerpo, como los pies y las manos, pero que también puede causar una picazón general por todo el cuerpo. Algunos incluso aseguran que sienten como si les picaran los órganos internos. El prurito puede deberse a una elevación de la bilirrubina, a algún trastorno autoinmunitario, a la sequedad cutánea o a un efecto secundario del tratamiento. El uso de lociones hidratantes, baños o cremas de avena, antihistamínicos y pomadas con corticoides u opiáceos puede aliviar el picor.

Los expertos creen que el prurito de los pacientes con enfermedades hepáticas es producto de la acumulación de toxinas (como la bilirrubina) que el hígado no es capaz de metabolizar o filtrar adecuadamente. Una de las funciones del hígado es la producción de bilis, que ayuda a digerir las grasas. La coléctasis, o bloqueo del flujo de bilis a través del hígado, puede provocar una acumulación de ácidos biliares y bilirrubina en la sangre. La elevación de la bilirrubina causa ictericia (que se manifiesta con un color amarillento en la piel y el blanco de los ojos), y el prurito es común cuando se padece ictericia. Algunos trastornos extrahepáticos (fuera del hígado) asociados al VHC, como las enfermedades autoinmunitarias, también

pueden provocar picazón. Lo más común es que los picores producidos por la sequedad cutánea sean un efecto secundario del tratamiento con interferón y ribavirina; este no es el mismo tipo de prurito causado por el daño hepático avanzado.

Los síntomas del prurito oscilan de un picor leve a una picazón tan intensa que interfiere en la vida cotidiana. A menudo el prurito empeora por la noche y puede impedir el sueño. El picor no desaparece al rasarse con las uñas. Por ello, algunas personas se provocan infecciones y lesiones en la piel rascándose con objetos afilados.

Algunos medicamentos sirven para aliviar la comezón. En ocasiones los antihistamínicos, como la difenhidramina (Benadryl) o la hidroxicina (Atarax), alivian los síntomas y permiten dormir. Si el prurito es consecuencia de la coléctasis, la colestiramina (Questran) y el colestipol (Colestid) pueden ser eficaces. Estos medicamentos son aglutinantes de los ácidos biliares que se adhieren a éstos en la sangre y facilitan su eliminación del organismo. También pueden interferir en la absorción de otros fármacos, por lo que éstos deberán tomarse dos horas antes o después de ingerir los aglutinantes de los ácidos biliares. Algunos estudios han mostrado que los antagonistas de los opiáceos, como la naloxona (Narcan), naltrexona (Revia) y nalmefena (Revex)– que se utilizan para bloquear los efectos de los opiáceos– también pueden aliviar la comezón intensa. La rifampina, el fenobarbital (Luminal), el ondansetrón (Zofran) y el ursodiol (Actigall) también son

eficaces, y en la actualidad se están investigando varios otros medicamentos. Un reciente estudio presentado en la AASLD 2005 (“Effects of Sertraline on Pruritus in Cholestatic Liver Disease: A Randomized Double Blind Placebo Controlled Crossover Study”) demostró que Zoloft (sertralina), un antidepresivo que suele recetarse a los pacientes con hepatitis C, también ayuda a reducir los picores causados por la coléctasis. “La sertralina mejoró significativamente la percepción del picor por parte de los pacientes, con una reducción del 30% frente al empeoramiento de la comezón en un 24% por parte de los sujetos que tomaron placebo”.

Entre los tratamientos experimentales para el prurito, destaca la plasmaféresis (el plasma sanguíneo se extrae, se filtra y vuelve a introducirse en el organismo) y la fototerapia con luz ultravioleta (UV). La única solución para la picazón intensa de los pacientes en etapas avanzadas de la enfermedad hepática es el trasplante de hígado. No obstante, en la mayoría de las personas con hepatitis C menos avanzada, basta con seguir una serie de medidas prácticas y emplear alguno de los medicamentos disponibles para solucionar el picor.

CONSEJOS PARA COMPATIR LA SEQUEDAZ CUTÁNEA Y LA PICAZÓN:

- Evite el jabón. Utilice un limpiador sin detergente como Cetaphil o un producto similar
- Frótese la zona, o aplíquela presión o vibración en lugar de rascarse. Un buen objeto para “rascarse” es un cubito de hielo
- Beba agua en abundancia u otros líquidos ligeros para mantener hidratado todo el cuerpo
- Aplíquese crema hidratante

sigue en la pág 9

PRURITO

viene de la pág 8

después de la ducha o el baño y antes de secarse totalmente con la toalla

- Las cremas tienen un poder hidratante superior a las lociones
- Aplíquese la crema hidratante dos veces al día como mínimo. Vaseline Intensive Care, Aveeno, Eucerin, and Lubriderm son buenas opciones hidratantes
- Use solamente productos de cuidado personal sin perfume y artículos de baño suaves
- Evite las duchas y los baños demasiado calientes
- Tome un baño de avena para aliviar la picazón y relajarse
- Pruebe a bañarse con bicarbonato o extractos de aceite sin perfume
- Aplíquese bolsas de hielo (envueltas en una toalla) sobre la piel
- Siempre que sea posible, lleve prendas sueltas confeccionadas con tejidos naturales que permitan la transpiración
- Protéjase del sol mediante cremas con pantalla solar
- Proteja los labios con barras de cacao que incorporen protector solar
- Descanse mucho
- Mantenga la casa ventilada y con una temperatura entre 60 y 70 grados Fahrenheit (entre 16 y 21°C)

Algunas partes de este artículo han sido extraídas del artículo escrito por Liz Highleyman (“Pruritus: Dealing with that Itch,” *HCV Advocate*, Marzo de 2003) y del trabajo de Lucinda Porter y Alan Franciscus (*A Guide to Hepatitis C Treatment Side Effect Management*, HCSP Publications, 2005).



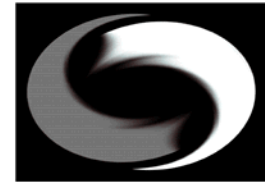
AASLD

viene de la pág 7

en formulaciones completamente orales – son la tendencia que se impondrá en el futuro. En un simposio realizado vía satélite el pasado 14 de noviembre, el especialista en VIH Paul Volberding y varios otros expertos en hepatitis víricas debatieron sobre lo que pueden aprender los hepatólogos acerca de la investigación del VIH. Tanto el VHC como el VIH experimentan mutaciones con rapidez, por lo que probablemente se necesitan tratamientos con varios fármacos al mismo tiempo para evitar la resistencia medicamentosa. Aunque los investigadores del VHC tienen la desventaja de que el ciclo vital del virus y los nuevos fármacos no pueden estudiarse bien mediante cultivos de laboratorio, los pacientes con hepatitis C cuentan con una gran ventaja: El VHC potencialmente puede curarse en cuestión de unos meses o un par de años, lo cual calma la preocupación por los efectos secundarios a largo plazo como la lipodistrofia y el aumento de trastornos cardiovasculares. “Este es el comienzo de una larga y emocionante historia”, afirmó el virólogo Jean-Michel Pawlotsky. “Realmente estamos asistiendo al inicio de una nueva era”.

La 2ª parte del informe sobre la AASLD se centrará en los datos presentados sobre el tratamiento contra el VHC y la progresión de la enfermedad.

¹La convención para numerar los resúmenes utilizada aquí se ajusta al sistema de numeración de la propia conferencia AASLD de 2005; es asimismo el protocolo que hemos seguido en nuestro sitio Web, en www.hcvadvocate.org.



**HEPATITIS C
SUPPORT PROJECT**

**Director ejecutivo
Redactor jefe
Publicaciones del HSCP**

Alan Franciscus
alanfranciscus@hcvadvocate.org

Director editorial, Webmaster

C.D. Mazoff, PhD
cdmazoff@hcvadvocate.org

Autores contribuyentes

Liz Highleyman
Lucinda K. Porter, Enfermera, CCRC

Diseño y producción

Paula Fener
Blue Kangaroo Design
blueroodesign@aol.com

Traducción

Clara Maltrás

Información de contacto

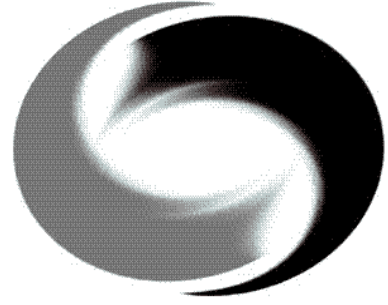
Hepatitis C Support Project
PO Box 427037
San Francisco, CA 94142-7037

HCV Advocate ofrece información sobre distintas formas de intervención a fin de servir a nuestra comunidad. Cuando damos información sobre cualquier tipo de medicación, tratamiento, terapia o dieta no estamos promoviendo ni recomendando su uso, sino simplemente informando bajo la premisa de que la mejor decisión es la que se toma con conocimiento.

Se autoriza y se alienta a la reproducción de este documento siempre que se reconozca la autoría del Hepatitis C Support Project.

© 2005
Hepatitis C Support Project

Para Vivir Positivamente. Sintiéndose Bien.



www.hcvadvocate.org

HCSP

P.O. Box 427037
San Francisco, CA
94142-7037