



HEPATITIS C
SUPPORT PROJECT

www.hcvadvocate.org

HCV ADVOCATE

noviembre 2005 vol. 2, número 11

Para Vivir Positivamente. Sintiéndose Bien

UNA PUBLICACIÓN MENSUAL DEL HEPATITIS C SUPPORT PROJECT

www.hcvadvocate.org

Latinoamericanos y hepatitis C



Alan Franciscus, Redactor jefe

Se calcula que actualmente viven en los Estados Unidos alrededor de 40 millones de personas de origen latinoamericano. Para el año 2050, se cree que constituirán el 25% de la población estadounidense, lo cual convierte a los hispanos en el grupo minoritario más numeroso y con el crecimiento más rápido del país. La prevalencia de hepatitis C (VHC) entre este grupo está en torno al 2,1%, una proporción bastante más elevada que la de la población general (1,8%) y la de la población blanca no hispana (1,5%).

Los datos referentes a las diferencias en la progresión de la enfermedad por el VHC y al resultado del tratamiento en latinoamericanos frente a otras razas o grupos étnicos son escasos, y los pocos que existen resultan contradictorios. Esto se debe en gran medida a la falta de estudios clínicos prospectivos lo bastante amplios.

En la revista *American Journal of Gastroenterology* se publicaron los resultados de un ensayo clínico realizado por R.C. Cheung y colaboradores que puede arrojar cierta luz sobre las diferencias entre latinoamericanos y blancos no hispanos.

En este estudio, que se llevó a

cabo en 24 centros médicos de la Administración de Veteranos (VA) de los Estados Unidos, se inscribieron 421 latinoamericanos y 2.510 blancos VHC positivos sin experiencia terapéutica para participar en un estudio clínico prospectivo desde diciembre de 1999 hasta diciembre de 2000. El objetivo del ensayo era comparar la evolución natural de la progresión de la hepatitis C crónica y la respuesta de latinoamericanos y blancos al tratamiento contra el VHC.

Las características de ambos grupos de estudio eran similares en cuanto a la edad, factores socioeconómicos, duración de la infección por el VHC, consumo de alcohol y sexo (varones). Sin embargo, los latinoamericanos se habían expuesto en mayor proporción al virus de la hepatitis A (39,9% frente al 26,4%) y presentaban con más frecuencia coinfección con el VIH (20,4% frente al 3,9%). La información sobre factores de riesgo y raza/etnia la facilitaron los propios participantes. El consumo de drogas intravenosas fue el factor de riesgo más común en ambos grupos, aunque se observaron algunos casos más entre los hispanos que entre los blancos (63,9% frente al 59,0%). Los factores de riesgo menos



EN ESTE NÚMERO

Hepatitis C y tabaco.....3

La hepatitis C en veteranos estadounidenses.....4

Alerta de salud para los residentes de la Costa del Golfo.....6

Manifestaciones extrahepáticas: *Líquén plano*.....8

frecuentes entre latinoamericanos fueron el contacto sexual con consumidores de drogas intravenosas y otras formas de contacto directo con sangre (heridas por peleas, pinchazos con jeringas, operaciones quirúrgicas).

Se realizaron biopsias hepáticas al 30% de los sujetos de estudio, y se observó un grado de inflamación parecido entre ambos grupos. Sin embargo, en los pacientes hispanos se observaron menos casos de cirrosis (11% frente al 15,6%) y más casos de esteatosis (54,7% frente al 43,2%).

GRUPO TRATADO

Los criterios para recibir terapia antiviral se establecieron en las Pautas para el Tratamiento del VHC publicadas el 25 de febrero de 1999 por la Administración de Veteranos, las cuales a su vez tomaron como referencia las que divulgaron en el año 1997 los Institutos Nacionales de la Salud

sigue en la pág 2

LATINO

viene de la pág 1

de los EE.UU. (NIH). Se admitió a los participantes del estudio que no habían tomado medicamentos anti-VHC previamente y que tenían la enfermedad hepática compensada. Curiosamente, hubo una mayor proporción de latinoamericanos que cumplieron los criterios de tratamiento (43% frente al 37,8%) pero fueron menos los que llegaron a iniciar la terapia.

Finalmente, de entre los sujetos que se ajustaban a las pautas, recibieron tratamiento 88 latinoamericanos y 481 blancos. Las características de ambos grupos eran parecidas, con la excepción de que el grupo latinoamericano tenía más participantes con el genotipo 1, una carga viral más elevada y una concentración absoluta de neutrófilos más baja en el punto basal. Solamente el 3,5% de los hispanos tenían cirrosis (definida como fibrosis en etapa 4), frente al 16,8% de los blancos. Sin embargo, el porcentaje de pacientes con fibrosis avanzada y de grado y etapa media en la biopsia previa al tratamiento fue similar.

El tratamiento constó de 3 millones de unidades de interferón (alfa-2b) tres veces a la semana más ribavirina (1.000 mg si pesaban < 75 kg y 1.200 mg para si pesaban > 75kg) cada día. Los pacientes con el genotipo 1 y 4 se trataron durante 48 semanas, mientras que los portadores de

los genotipos 2 y 3 se trataron 24 semanas. El tratamiento se interrumpía si los sujetos seguían teniendo el ARN del VHC (la carga viral) detectable al cabo de 24 semanas de terapia. Se siguieron las pautas estándar para reducir las dosis y suspender el tratamiento. Los resultados se analizaron según la intención de tratamiento (todos los pacientes contaron en los resultados finales). Véase la tabla siguiente.

La respuesta virológica sostenida (RVS) se definió como ARN del VHC indetectable (< 100 copies/ml) 24 semanas después de finalizar la terapia.

Curiosamente, en este estudio, la RVS entre los dos grupos con el genotipo 1 mostró pocas diferencias, pero fue mucho más baja entre los latinoamericanos que no portaban el genotipo 1. Los autores ofrecieron varios argumentos para explicar esta discrepancia, entre ellos que el genotipo 1 era más prevalente, que la carga viral era más elevada y que hubo una tasa de abandono del tratamiento más alta en el grupo de procedencia hispana.

Los autores concluyeron que, según su estudio “los latinoamericanos se infectaban más jóvenes, estaban coinfectados con el VIH en mayor proporción e iniciaban en menor medida el tratamiento aunque cumplían mejor los criterios y tendían a mostrar una RVS más baja. El origen étnico latinoamericano se asoció a un abandono

terapéutico más temprano, pero no fue un factor pronóstico independiente de la RVS”.

También es importante recordar que en este ensayo se empleó interferón no pegilado. Como hemos visto con otros grupos de población, las tasas de RVS son mucho más altas en los estudios clínicos que utilizan interferón pegilado más ribavirina. En la actualidad, se está preparando otro ensayo clínico para evaluar la eficacia e inocuidad de PEGASYS® más ribavirina en pacientes latinoamericanos sin experiencia terapéutica frente a sujetos blancos no hispanos con hepatitis C crónica portadores del genotipo 1. Se calcula que el plazo de tratamiento oscilará entre 3-12 meses y la cantidad de sujetos de estudio superará los 500 participantes. Para más información sobre este estudio visite nuestra página Web sobre ensayos clínicos <http://www.hcvadvocate.org/community/trials.asp> o a www.clinicaltrial.gov.

Bibliografía

Cheung, R.C. et al Chronic Hepatitis C In Latinos: Natural History, Treatment Eligibility, Acceptance, and Outcomes American Journal of Gastroenterology 2186-2193, 2005.



	Latinoamericanos (n=88)	Blancos (n=481)	valor p
Fin del tratamiento	27.5%	37.0%	0.079
RVS (global)	14.8%	22.5%	0.11
Genotipo 1	10.2%	14.6%	0.14
Genotipo no 1	17.7%	38.4%	0.055
Abandono temprano	39.8%	28.9%	0.043

Consejos de Salud:

Tabaco y hepatitis C



Lucinda Porter, Enfermera titulada

El tercer jueves de noviembre va a celebrarse un acontecimiento importante. No, no me refiero a la fiesta de los EE.UU., el Día de Acción de Gracias. Eso será el cuarto jueves del mes. Lo que se celebra el tercer jueves es el Gran Día Norteamericano Sin Humos, impulsado por la Sociedad contra el Cáncer de los EE.UU. (ACS). La ACS lleva desde el año 1977 lanzando una campaña para que los fumadores dejen el tabaco durante un día. El objetivo es que un día de abstinencia dé paso a toda una vida de libertad.

La libertad describe con precisión una de las ventajas que se logran después de dejar el tabaco. Es la libertad para dejar una vida dependiente de controlar un hábito que la mayoría de los fumadores desearían no tener. Yo sé lo que se siente. Durante la adolescencia fumaba de una a dos cajetillas diarias y no dejé de fumar hasta bien entrados los treinta. Dejar de fumar ha sido lo más difícil que he hecho nunca. En cuanto a logros alcanzados, está a la cabeza de mi lista, por delante de tener y criar un hijo, ir a la guardería, superar un año de tratamiento contra el VHC y finalizar una escalada en solitario hasta la cumbre del Monte Whitney.

Cuando dejé de fumar, me propuse no comportarme como una ex fumadora reformada intransigente. Creo que he cumplido mi promesa. Soy comprensiva ante la terrible y sobrecogedora naturaleza de esta adicción. Sin embargo, la comprensión no implica silencio, y si en este punto sigue leyéndome alguna persona fumadora, espero que se plantee dejar este hábito.

No creo que haga falta mencionar que el tabaco y la salud no combinan bien. El tabaco provoca la muerte de una de cada diez personas a escala mundial. Existen pruebas de que fumar potencia la inflamación causada por el VHC. Casi medio millón de personas mueren cada año en los EE.UU. a consecuencia del tabaco. Esto supone medio millón de muertes que podrían evitarse. Si lo comparamos con las 8.000 a 12.000 muertes derivadas de la infección por el VHC, se hace claro

por qué la dependencia del tabaco es un problema tan grave. Hay más personas que mueren por ser fumadores pasivos (35.000) que a consecuencia del VHC.

La libertad y la salud son sólo dos de las ventajas que se disfrutan después de dejar el tabaco. También es un ahorro para el bolsillo y nos permite convertirnos en buenos modelos para nuestros hijos. El sentimiento de culpa de poder dañar los pulmones de nuestros seres queridos con el humo de segunda mano es una pesada carga que desaparece cuando se deja de fumar. La marginación social y tener que pasar frío en la calle para fumar es otro incentivo para animarse a dejarlo.

A pesar de todas estas buenas razones para abandonarlo, la gente sigue fumando. Eso sucede porque es algo que resulta difícil. El síndrome de abstinencia es muy desagradable. Algunos aseguran que fumar les ayuda a sobrellevar el estrés. Otros han tenido problemas para dejarlo en otras ocasiones. Además, los fumadores tienen miedo de engordar. Existen muchos argumentos que demuestran los fallos de estos motivos. Por ejemplo, el promedio de aumento de peso no llega a diez libras. ¿Son los dientes amarillos y el envejecimiento prematuro más atractivos que un aumento temporal de peso? Existen métodos para evitar o reducir al mínimo esta tendencia a engordar. Además, un cuerpo vivo y bien nutrido tiene mucho mejor aspecto que un esqueleto delgado pero muerto.

Al igual que con las drogas y el alcohol, se puede buscar apoyo para superar la dependencia del tabaco. Hay muchos recursos gratuitos que ayudan a superarla (véase Recursos). Medicare cubre los programas para dejar de fumar en algunos casos. Muchas compañías de seguros cubren el tratamiento necesario. Hay muchos libros, grupos, servicios telefónicos y apoyo por internet. La acupuntura, la acupresión, la hipnosis, la biorregulación, los masajes y las técnicas de control del estrés también pueden ser útiles.

Los expertos coinciden en que la forma más eficaz de lograrlo es emplear varios métodos al mismo

sigue en la pág 6

La hepatitis C en veteranos estadounidenses



Liz Highleyman

La hepatitis C es más común entre los veteranos del ejército —especialmente en quienes sirvieron durante la guerra del Vietnam— que en la población general. De hecho, los centros médicos de veteranos (VAMC) atienden a más pacientes con hepatitis C que ningún otro sistema de salud del país.

Hace algún tiempo, se descartaba a muchos veteranos para recibir tratamiento contra la hepatitis C por tener trastornos psiquiátricos coexistentes o consumir drogas. Hoy en día, la atención médica interdisciplinar, la mejora de los tratamientos disponibles contra el VHC y el control adecuado de los efectos secundarios permiten asegurar el éxito terapéutico para muchos pacientes.

PREVALENCIA DEL VHC:

No se conoce con exactitud la tasa exacta de infección por el VHC entre los veteranos de guerra. Algunas de las primeras encuestas realizadas por la VA hallaron una frecuencia del 8-10%, cerca de cinco veces más alta que la tasa del 1,8% observada en la población general mediante la Encuesta Nacional de Evaluación sobre Salud y Nutrición de los EE.UU. (NHANES).

El análisis de los datos obtenidos el Día de Vigilancia Nacional de la Hepatitis C (impulsado por la VA) en marzo de 1999 – durante el cual se tomaron muestras de sangre en todos los centros médicos de la VA y se realizó la prueba del VHC a más de 26.000 pacientes – revelaron una

seroprevalencia del 6,6% (Roselle 2002). En un reciente estudio de colaboración entre los centros de la VA que incluyó a 1.300 pacientes de 20 VAMC, se halló una prevalencia del 5,4% (Dominitz 2005).

Pero si sólo se incluye a los pacientes de los VAMC las cifras están sesgadas, ya que los centros médicos sirven para atender enfermos y la VA cuenta con una cantidad desproporcionada de veteranos con bajos ingresos y sin seguro médico. La tasa real de hepatitis C entre las personas que han servido en el ejército es mucho más baja: de tan sólo el 1,7% según la NHANES. Se calcula que la prevalencia de VHC entre los miembros en servicio activo es menor del 1%.

Pero no todos los veteranos son iguales. Las tasas de prevalencia varían según la región, alcanzando el 35% en el VAMC de Palo Alto, California (Cheung 2000). Cerca del 40% de los veteranos indigentes están infectados con el VHC (Cheung 2002), y entre los veteranos VIH positivos, se calcula que el 40% están coinfectados con el VHC.

Las tasas de hepatitis C también varían enormemente según el período de servicio militar cumplido. En el estudio de Dominitz, la tasa de infección por el VHC entre veteranos que habían servido en la Guerra del Vietnam fue del 11,5%, casi el doble que la tasa general. Varios estudios han hallado que el 60-70% de todos

los veteranos con el VHC sirvieron durante esta guerra (frente al 4-8% durante la Guerra de Corea, y más baja aún en otros períodos). Gran parte de esta diferencia depende de la edad: alrededor del 40-60% de los veteranos VHC positivos tienen entre 40 y 50 años. Junto con su mayor riesgo de infectarse, los sujetos de este grupo empiezan a manifestar en torno a esta década los síntomas de la progresión de la enfermedad.

FACTORES DE RIESGO

Son varios los factores que contribuyen a una prevalencia más elevada de VHC entre los veteranos. En situaciones bélicas, es común exponerse a la sangre y recibir transfusiones hemáticas. El uso de instrumental médico con más de un paciente (como las pistolas de aire empleadas para hacer vacunaciones colectivas) facilita la transmisión del virus. Hasta el año 1992, no se analizaban las reservas de sangre para detectar el VHC, y hasta la llegada del sida no se adoptaron las precauciones universales establecidas actualmente.

Además, la vida militar en sí misma aumenta los factores de riesgo. En ocasiones los soldados comparten artículos de higiene personal como las cuchillas de afeitar; muchos se hacen tatuajes y algunos frecuentan prostitutas. Es bien sabido que los soldados que sirvieron en Vietnam consumían muchísimas drogas duras. En una encuesta de principios de los años 70, el 10-15% de los militares reconocieron que consumieron heroína durante la guerra del Vietnam, pero sólo el 5-10% se la inyectaba (el resto la fumaba). En el estudio de Dominitz, el 78% de los veteranos con el VHC afirmaron haberse inyectado drogas

sigue en la pág 5

VETERANOS

viene de la pág 4

intravenosas o haberse sometido a una transfusión de sangre. Después de ajustar el factor de consumo de drogas intravenosas, tener un tatuaje o haber estado en la cárcel también fueron factores que aumentaban el riesgo de infección. En otro estudio, el consumo de drogas intravenosas, las transfusiones, los tatuajes, el trabajo médico en entornos bélicos, el encarcelamiento, las relaciones sexuales con múltiples parejas del sexo opuesto y las relaciones con prostitutas resultaron factores independientes de riesgo de infección con el VHC (Briggs 2001).

Aunque Briggs halló que los médicos de guerra corrían más riesgo de contagio, casi todos los estudios indican que los factores de riesgo por combates o específicamente militares no están claramente vinculados a la hepatitis C. En el estudio de Dominitz, por ejemplo, las exposiciones derivadas de la vida militar no mostraron relación con la infección por el VHC tras ajustar los factores demográficos y de estilo de vida, lo que llevó a los autores a concluir que la elevada tasa de infección entre veteranos más bien refleja “más exposición a los factores de riesgo tradicionales”.

La vía de infección es un asunto importante para los veteranos, ya que la VA no suele cubrir el tratamiento por afecciones que no se consideren “conectadas con el servicio militar”. Dado que es difícil demostrar cómo se produjo la infección, los activistas están presionando a la VA para conceder la presunción de contagio relacionado con el servicio militar a todos los veteranos VHC positivos.

OBSTÁCULOS AL TRATAMIENTO

La enfermedad hepática tiende a ser más grave entre los veteranos infectados con el VHC, en parte porque suelen ser mayores que la población general VHC positiva. Un estudio halló que casi la mitad de los veteranos con el VHC que se sometieron a biopsias en el VAMC de St. Louis presentaron fibrosis avanzada (etapas 3-4) o cirrosis (Cawthorne 2002). Asimismo, los veteranos en su conjunto parecen no responder igual de bien al tratamiento contra el VHC, ya que son varones, afroamericanos y mayores en cantidad desproporcionada, y llevan mucho más tiempo infectados, lo cual son factores asociados a una peor respuesta.

Además de los factores biológicos que pueden reducir la eficacia de los tratamientos con interferón, los trastornos psiquiátricos y el consumo de drogas o alcohol también pueden dificultar el cumplimiento terapéutico. Distintos estudios han mostrado que los veteranos tienen tasas más altas de consumo de drogas, depresión y otras enfermedades mentales; en particular, los veteranos de guerra sufren con frecuencia el síndrome de estrés postraumático (SEP). De hecho, las evaluaciones más exhaustivas para determinar la salud mental pueden revelar otros problemas psiquiátricos que no estaban documentados en la historia médica del paciente (Lehman y Cheung, 2002).

Un análisis retrospectivo de más de 33.800 veteranos VHC positivos hospitalizados entre 1992 y 1999 reveló que el 86,4% presentaba al menos un trastorno psiquiátrico o un problema de adicción: depresión (45,6%), SEP (26,4%), psicosis (22,3%), trastorno bipolar (15,5) y ansiedad (44,6%). Sin

embargo, tras ajustar los factores de consumo de alcohol (72,9%) y de abuso de drogas duras (64,1%), los investigadores hallaron que los trastornos psiquiátricos no estaban independientemente relacionados con el VHC, lo cual les llevó a concluir que las tasas aparentemente elevadas de enfermedades mentales entre los veteranos VHC positivos “se explican principalmente por su mayor frecuencia de consumo de alcohol y drogas” (El-Serag 2002).

CÓMO SUPERAR LOS OBSTÁCULOS

Hasta hace poco, los pacientes que presentaban problemas mentales y abuso de drogas se excluían de los ensayos clínicos sobre el VHC y se descartaban para recibir tratamiento. Por ejemplo, en un reciente estudio de más de 4.000 portadores del VHC adscritos a 24 VAMC, el 60-70% se consideraron no aptos por factores como un consumo activo de drogas, alguna enfermedad mental o problemas médicos coexistentes (Bini 2005).

Sin embargo, las últimas investigaciones sugieren que muchos de estos pacientes responderían bien al tratamiento. Por ejemplo, algunos pequeños estudios muestran que los consumidores de drogas intravenosas (CDI) que siguen programas de mantenimiento con metadona pueden obtener tasas de respuesta aceptables, aun en caso de que recaigan en el consumo de drogas ocasionalmente. Por este motivo, las actuales pautas de consenso de los Institutos Nacionales de la Salud (NIH) de los EE.UU. (2002) recomiendan considerar para el tratamiento a todos los portadores del VHC caso por caso, sin excluir a ningún grupo

sigue en la pág 7

TABACO

viene de la pág 3

tiempo. Entre ellos destacan la medicación con y sin receta y los programas de asesoramiento y de apoyo. Los estudios demuestran que los pacientes que buscan ayuda exterior tienen más probabilidades de dejarlo para siempre que quienes lo intentan solos.

Es posible deshacerse uno mismo, y de hecho mucha gente lo consigue. Tanto si lo hace solo como si busca apoyo, lo que cuenta es que sea una decisión personal, y la palabra importante aquí es “decisión”. ¿Le ha quitado la capacidad adictiva del tabaco su libertad para elegir la salud en lugar del humo? Si está preparado para reclamar su libertad frente a los cigarrillos, le sugiero que haga un plan para dejarlos. Los recursos que se ofrecen al final de este artículo pueden ayudarle a formular un plan. Suele decirse que “fracasar en trazar un plan es planificar el fracaso”. Trace su plan, cúmplalo y aumentará sus probabilidades de éxito. Si su plan no funciona, cámbielo por otro. No se rinda nunca. Un fumador normal necesita de cinco a siete intentos antes de dejar el tabaco para siempre.

Cada vez que se fuma un cigarrillo se pierden siete minutos de vida. Haga las cuentas. La vida ya es bastante corta. Anote la fecha en el calendario. El próximo Gran Día Norteamericano sin Humos se celebra el 17 de noviembre.

RECURSOS

Para obtener más recursos e información, consulte la sección de Hojas Informativas HCV and Wellness - www.hcvadvocate.org

• **American Cancer Society** (ACS) - www.cancer.org Número gratuito: 1-800-227-2345; Un

sitio Web práctico y sencillo para quienes desean ayuda con su adicción al tabaco. Un buen modo de empezar es escribir “guide to quitting smoking” en el recuadro de búsquedas.

• **American Lung Association** (ALA) - www.lungusa.org Número gratuito 1-800-586-4872; Pulse en “tobacco control” para obtener información sobre el tabaco.

ALA cuenta con un programa por internet para deshacerse denominado “Freedom from Smoking”, que viene complementado con mucha información y herramientas útiles.

• **National Institutes of Health’s (NIH) MedlinePlus** - www.nlm.nih.gov/medlineplus/smokingcessation.html y www.nlm.nih.gov/medlineplus/smoking.html. Número de pago 1-301-496-4000; Medline es un servicio de los NIH y de la Biblioteca Nacional de Medicina (NLM). Estas direcciones remiten a una cantidad ingente de información sobre el tabaco y el hábito de fumar, centrada principalmente en cómo dejarlo. También de los NIH - www.quitsmoking.com/clearingair.htm

• **SmokeFree.Gov** - www.smokefree.gov National Network of Tobacco Cessation Quitlines; Número Gratuito 1-800-QUITNOW (1-800-784-8669) TTY (teléfono para sordos) 1-800-332-8615; Una red nacional de agencias del gobierno estadounidense que ofrecen asistencia por teléfono y mensajería instantánea para ayudar a superar la dependencia del tabaco. Pida el número gratuito de su estado o Canadá para llamar a la línea de ayuda contra el tabaco.

Acceso al folleto gratuito Clearing the Air: Quit Smoking Today (www.smokefree.gov/pubs/clearing_the_air.pdf)

ALERTA DE SALUD PARA LOS RESIDENTES DE LA COSTA DEL GOLFO

Aunque la estación de huracanes casi ha terminado, las personas que viven en la Costa del Golfo o se encuentran allí en labores de ayuda humanitaria siguen expuestos a peligros de salud. En lo más alto de la lista figuran las enfermedades infecciosas, en particular la gripe. Otra infección importante es la causada por *Vibrio vulnificus*, una bacteria que vive en aguas salobres.

Vibrio vulnificus puede provocar graves problemas de salud, y es especialmente preocupante si se padecen problemas de hígado. Para prevenir la infección, trate de cubrir los cortes, quemaduras, heridas o grietas y no exponer la piel al agua marina. Además, debe evitar la ingestión de agua marina y los mariscos crudos o poco hechos, como las ostras, las almejas y los mejillones.

Vibrio vulnificus produce infecciones en las heridas, septicemia y trastornos digestivos. Los síntomas que delatan la infección de una herida son rojez, inflamación y dolor en la zona afectada. También pueden aparecer ampollas llenas de líquido. Si no se trata con rapidez, puede ser necesario amputar el miembro afectado y terminar siendo mortal. Los síntomas de la septicemia son escalofríos, fiebre, náuseas, vómitos y diarrea. También puede provocar lesiones en la piel. Si no se trata con rapidez, puede resultar mortal.

Por suerte, *Vibrio vulnificus* es menos abundante en las estaciones de invierno y primavera. Sin embargo, si usted vive en la Costa del Golfo o desempeña allí labores humanitarias y cree que se ha expuesto a este microorganismo, busque ayuda de inmediato. Es fundamental conseguir atención médica lo antes posible.

Para obtener más información sobre la vibriosis, consulte el artículo Seguridad con los mariscos, publicado en la edición de julio de 2005 del HCV Advocate.



VETERANOS

viene de la pág 5

de forma automática.

El control de los efectos secundarios es esencial para ayudar a los pacientes a finalizar con éxito la terapia contra la hepatitis C. Muchos pacientes que toman interferón se deprimen, mientras que otros sufren ansiedad o insomnio; el riesgo aumenta si ya tenían enfermedades mentales preexistentes o si consumían drogas antes de la terapia. En un pequeño estudio, el 68% de los pacientes diagnosticados con trastornos psiquiátricos preexistentes experimentaron “reacciones adversas graves que requirieron intervenciones o la suspensión de la terapia”, frente al 29% de quienes no tenían enfermedades mentales conocidas previamente (Ho 2001). Pero esto no tiene por qué ser un obstáculo insalvable: investigaciones recientes

demuestran que los antidepresivos (que suelen ser ISRS) pueden aliviar la depresión durante el tratamiento con interferón, e incluso prevenirla si se toman antes de comenzar el tratamiento contra el VHC.

La clave para que el tratamiento de la hepatitis C sea eficaz es hacer una evaluación completa antes de comenzar y hacer seguimientos continuados durante el mismo. Siempre que sea posible, los veteranos con el VHC deben recibir atención médica integral con un equipo interdisciplinario que incluya hepatólogos, expertos en salud mental y especialistas en adicciones. Este enfoque colaborador permite a los profesionales afrontar con rapidez los problemas en cuanto surjan, ayudando así a los pacientes a lograr los mejores resultados con su tratamiento.

Artículos del *Medical Writers Circle*:

Hepatitis C in the Veteran Population (Ramsey Cheung): [http://www.hcvadvocate.org/hcsp/articles/cheung-](http://www.hcvadvocate.org/hcsp/articles/cheung-1.html)

[1.html](http://www.hcvadvocate.org/hcsp/articles/cheung-1.html)

Managing the HCV Veteran (Samuel Ho): <http://www.hcvadvocate.org/hcsp/articles/Ho-1.html>

Hepatitis C in Vietnam Era Veterans (Bradford Waters): <http://www.hcvadvocate.org/hcsp/articles/vietvet.html>

Recursos:

Departamento de veteranos:
Prestaciones y servicios médicos:
http://www.va.gov/health_benefits

Programa Nacional contra la Hepatitis C en Veteranos: <http://hepatitis.va.gov>

Bibliografía:

Bini, EJ, et al. Prospective multicenter study of eligibility for antiviral therapy among 4,084 U.S. veterans with chronic hepatitis C virus infection. *Am J Gastroenterol* 100(8): 1772-9, 2005.

Briggs, ME, et al. Prevalence and risk factors for hepatitis C virus infection at an urban Veterans Administration medical center. *Hepatology* 34: 1200-1205, 2001.

sigue en la pág 9

REGISTRO DE DONANTES TEXAS

Existe escasez de órganos para trasplantes en los Estados Unidos, especialmente entre las minorías raciales. Las tasas de donación de órganos en los grupos minoritarios son más bajas, al tiempo que su necesidad de órganos es más alta. El trasplante de órganos depende de la coincidencia genética, por lo que los sujetos que comparten orígenes étnicos tienen más probabilidades de ser compatibles orgánicamente. Esto significa que, en proporción, las minorías raciales tienen listas de espera más largas para recibir un trasplante, y más probabilidades de morir durante la espera.

¿Sabía usted que los extranjeros no residentes legalmente pueden dar y recibir órganos? El *Anatomical Gift Educational Program* (AGEP) es un programa estatal mantenido por el Departamento de Servicios de Salud en el Estado de Texas. La normativa legal de Texas es parecida a la de otros estados. El detalle más importante es informar de su deseo a sus parientes cercanos y sus seres queridos. Comuníquese a sus médicos que desea ser donante de órganos. El estado de Texas proporciona una tarjeta de donante, y se puede adherir una pegatina de donante a la licencia de manejar. La dirección Web para el registro de Texas es www.dshs.state.tx.us/agep

Para más información, diríjase a:
Anatomical Gift Educational Program
Texas Department of State Health Services
1100 West 49th Street
Mail Code 1938; Department ID G31000
Austin, Texas 78756
Teléfono: (512) 458-7150
1-800-222-3986 Número gratuito

Manifestaciones extrahepáticas: *Líquen Plano*



Alan Franciscus, Redactor jefe

El líquen plano es un trastorno de la piel bastante común que puede durar meses o años y afecta a cerca del 1 o 2% de la población estadounidense. Normalmente aparece entre los 30 y 70 años de vida y es ligeramente más común en mujeres que en hombres. Se desconoce el origen exacto del líquen plano, pero parece que se desencadena por estrés, reacciones alérgicas a ciertos medicamentos e infecciones víricas como la hepatitis C. Los estudios realizados han revelado una prevalencia del VHC en sujetos con líquen plano entre el 3,5% y el 60%. Por este motivo, se recomienda que los pacientes con líquen plano (en especial si tienen elevadas las enzimas hepáticas) se hagan la prueba del VHC.

El líquen plano suele afectar a la piel, las uñas, la vulva, el pene y a las membranas mucosas, incluso las de la boca. Se manifiesta en forma de granitos brillantes morados o escamosos de relieve plano que causan picor. No existe ninguna cura para el líquen plano, pero el tratamiento sí es eficaz en el alivio de los síntomas (el picor de las lesiones) y mejora el aspecto de las erupciones.

PIEL

El líquen plano afecta principalmente a la epidermis. Los granitos pueden aparecer en cualquier superficie, pero se encuentran con más frecuencia en la parte interna de las muñecas y los tobillos, la parte

inferior de las piernas, la espalda y la zona genital. En los casos más notables, los sarpullidos son muy dolorosos y producen mucho picor. Cuando se curan las lesiones a veces la piel queda decolorada. Este efecto a veces se mitiga con el tiempo. El tratamiento consiste en esteroides de uso tópico y antihistamínicos para aliviar el picor. Los casos más graves pueden requerir corticosteroides orales como la cortisona o la prednisona. En ocasiones, es necesario tratar estos casos con fotoquimioterapia y medicamentos con receta para ayudar a controlar y aliviar los síntomas. Otras estrategias para reducir los síntomas son los baños de avena (Aveeno) y las cremas tópicas para el prurito.

BOCA

El líquen plano de la boca suele afectar a las encías, la lengua y la cara interna de las mejillas. Tiene el aspecto de rayas blancas interconectadas que recuerdan a la planta del líquen y reciben este nombre, pero el líquen plano no tiene ninguna relación con la planta. Los casos graves se manifiestan con llagas y úlceras muy dolorosas en la boca. Los casos muy graves de líquen plano en la boca aumentan ligeramente el riesgo de padecer cáncer oral. Por este motivo, es importante controlar la enfermedad con medicamentos y una buena higiene oral.

Cuando el líquen plano aparece en la boca, suele ser el dentista el que lo detecta. El diagnóstico puede confirmarse mediante una biopsia. Es común hallar candidosis bucal junto al líquen plano, o que ésta se

desencadene a consecuencia de los esteroides tópicos que se usan para tratar el líquen. El tratamiento de la candidosis a veces mejora los síntomas del líquen plano oral.

El alcohol, el tabaco, las comidas picantes, la menta, la canela, los alimentos de sabores cítricos y las situaciones de estrés activan los síntomas y por ello deben evitarse si es posible. El tratamiento del líquen plano oral consiste en emplear esteroides de uso tópico y en controlar los factores desencadenantes. Se recomienda acudir al dentista con regularidad para controlar los cambios en el tejido de la boca. Los síntomas mejoran lavándose los dientes y manteniendo una buena higiene bucal.

CABELLO

El líquen plano también puede aparecer en el cuero cabelludo y causar inflamación y cicatrices permanentes en los folículos pilosos que provoquen calvicie irreversible. Para prevenir daños permanentes, es preciso tomar lo antes posible esteroides orales y esteroides por vía tópica junto con los medicamentos que se receten.

UÑAS

El líquen plano también puede afectar a las uñas, causando daños en la raíz ungueal. Las uñas pueden estriarse, romperse, volverse frágiles e incluso caerse. En los casos graves, la caída de las uñas puede dar lugar a daños permanentes en la raíz ungueal.

Para más información en la Web:

The Texas A & M University System—Baylor College of Dentistry (Facultad de Odontología)

<http://www.tambcd.edu/lichen>



VETERANOS

viene de la pág 7

Cawthorne, CH, et al. Limited success of HCV antiviral therapy in United States veterans. *Am J Gastroenterol* 97: 149-155, 2002.

Cheung, RC. Epidemiology of hepatitis C infection in American Veterans. *Am J Gastroenterol* 95: 740-747, 2000.

Cheung, RC, et al. Viral hepatitis and other infectious diseases in a homeless population. *J Clin Gastroenterol* 34: 476-80, 2002.

Dominitz, JA, et al. Elevated prevalence of hepatitis C infection in users of United States Veterans Medical Centers. *Hepatology* 41: 88-96, 2005.

El-Serag, HB, et al. Psychiatric disorders among veterans with hepatitis C infection. *Gastroenterol* 123: 476-482, 2002.

Ho, SB, et al. Influence of psychiatric diagnoses on interferon-alpha treatment for chronic hepatitis C in a veteran population. *Am J Gastroenterol* 96: 157-164, 2001.

Lehman, CL, and Cheung, RC. Depression, anxiety, post-traumatic stress, and alcohol-related problems among veterans with chronic hepatitis C. *Am J Gastroenterol* 97: 2640-2646, 2002.

Roselle, GA, et al. National Hepatitis C Surveillance Day in the Veterans Health Administration of the Department of Veterans Affairs. *Military Med* 167: 756-759, 2002.

Veterans Health Administration. Management of Psychiatric and Substance Use Disorders in Patients With Hepatitis C: A Reference for Hepatitis C Care Providers. 2005. <http://hepatitis.va.gov/vahep?page=tp03-gd-01>



GUÍAS DEL HCSP

El *Hepatitis C Support Project* ha publicado varios documentos en nuestra serie de "Guías". Las Guías pueden consultarse en nuestro sitio Web www.hcvadvocate.org

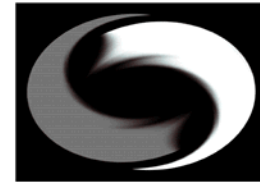
Guía para comprender el VHC – ofrece un repaso sencillo pero completo de la hepatitis C, abordando temas como la transmisión/prevenición, progresión de la enfermedad, síntomas, herramientas diagnósticas, tratamiento integral de la enfermedad e información sobre la medicación existente contra el VHC. (Disponible en inglés y español).

Tratamiento de la hepatitis C por parte del médico de atención primaria: Pautas de monitorización. Esta guía proporciona al médico la información necesaria para identificar y tratar a sus pacientes VHC positivos. (Disponible en inglés y español).

A Guide to Hepatitis and Disability es uno de los documentos más exhaustivos para preparar y solicitar subvenciones de la seguridad social por discapacidad. También incluye información adicional sobre los seguros privados por discapacidad y otros seguros médicos privados.

A Guide to Hepatitis C Treatment Side Effect Management proporciona información acerca de los efectos secundarios del tratamiento del VHC y consejos sencillos para controlarlos.

Estas guías pueden descargarse y están listas para imprimir. Se autoriza y se alienta a su reproducción siempre que se reconozca la autoría del *Hepatitis C Support Project*.

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

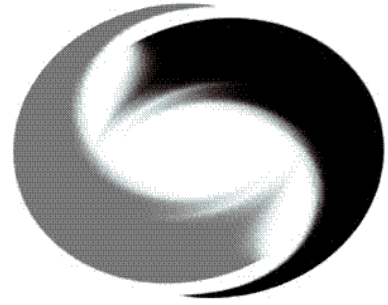
Hepatitis C Support Project
PO Box 427037
San Francisco, CA 94142-7037

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