



HEPATITIS C  
SUPPORT PROJECT

www.hcvadvocate.org

HCV ADVOCATE

octubre 2005 vol. 2, número 10

Para Vivir Positivamente. Sintiéndose Bien

UNA PUBLICACIÓN MENSUAL DEL HEPATITIS C SUPPORT PROJECT

www.hcvadvocate.org

# Vacunación contra el VHA: *Qué se hace en la práctica*



Alan Franciscus, Redactor jefe

Las personas que viven con Hepatitis C (VHC) corren peligro de sufrir graves complicaciones si contraen otra enfermedad hepática como la hepatitis A (VHA). La infección con más de un virus de hepatitis se denomina sobreinfección, y puede llegar a causar insuficiencia hepática e incluso la muerte. Por este motivo, se recomienda a todas las personas con hepatitis C que se vacunen contra el VHA si no se han infectado todavía con este virus. Muchas agencias, entre ellas la Organización Mundial de la Salud (OMS), los Institutos Nacionales de la Salud en EE.UU. (NIH), la Administración de la Salud de los Veteranos de los EE.UU., la Asociación Estadounidense para el Estudio de las Enfermedades Hepáticas (AASLD), recomiendan la vacuna contra el VHA a sujetos VHC positivos. Sin embargo, a pesar de estas recomendaciones, se sabe poco de lo que se hace en la práctica con los pacientes VHC positivos.

Como señalamos anteriormente, la sobreinfección de hepatitis C más hepatitis A puede provocar graves trastornos e incluso resultar mortal. En un estudio realizado por Vento et al sobre adultos con hepatitis C crónica, se halló que el 41,2% de

los pacientes con sobreinfección por el VHA aguda sufrieron insuficiencia hepática aguda, y, por desgracia, el 35,3% fallecieron. Estas muertes podrían haberse evitado sólo con haber vacunado a los pacientes con hepatitis C frente al VHA.

Este artículo se centrará en un trabajo recién publicado en septiembre de 2005 por Shim et al en la revista *Hepatology*, titulado "Susceptibility to Hepatitis A in Patients with Chronic Liver Disease Due to Hepatitis C Virus Infection: Missed Opportunities for Vaccination" (Riesgo de contraer hepatitis A en los pacientes con hepatopatía crónica resultante de la infección por el virus de la hepatitis C: oportunidades de vacunación desaprovechadas).

En el estudio de Shim y cols, se revisaron las historias médicas de cada paciente en 2 grandes centros médicos de veteranos con sede en Nueva York y Brooklyn, ambos en el estado de Nueva York. Se hizo un seguimiento de enero a diciembre del año 2000 a aquellos sujetos (1.193) con un resultado positivo a la prueba de anticuerpos al VHC y a la del ARN del VHC (carga viral). Se recopilaron las características detalladas de cada paciente (edad, sexo, raza/etnia,

## EN ESTE NÚMERO

Transmisión del VHC de madre a hijo.....2

La gripe.....3

### Reseña bibliográfica:

*Living with Hepatitis C for Dummies (Vivir con Hepatitis C para tontos)*.....5

### Manifestaciones extrahepáticas:

*Porfiria Cutánea Tardía (PCT)*.....8

consumo activo o pasado de drogas intravenosas, si vivían sin hogar, relaciones sexuales con parejas del mismo sexo, antecedentes de enfermedades de transmisión sexual (STD), presencia de cirrosis y trastornos psiquiátricos activos). Se sumaron también los datos de las revisiones hasta el 30 de junio de 2002 y se compararon con las historias médicas electrónicas de cada paciente para determinar quién había recibido la vacuna anti-VHA. Los datos se validaron contrastándolos con la base de datos computarizada de la farmacia. Se consideró que había habido vacunación anti-VHA cuando el paciente había recibido al menos una de las dos dosis de vacuna necesarias para estar totalmente protegido.

En este amplio estudio retrospectivo se observó que 640 sujetos (el 53,6%) se habían sometido a la prueba del VHA, de los cuales 317 (49,5%) obtuvieron

sigue en la pág 4

# Transmisión del VHC de madre a hijo



Liz Highleyman

*Los especialistas en hepatitis C suelen tranquilizar a las mujeres VHC positivas asegurándoles que el riesgo de transmisión del virus a su hijo durante el embarazo o el parto es bastante bajo. Casi todas las investigaciones indican que el contagio perinatal o vertical sólo se produce el 5% de las veces. Sin embargo, tal como sucede con la transmisión sexual, la carga viral elevada y la coinfección con el VIH parecen aumentar la probabilidad de transmisión del VHC de madre a hijo. Para ambos tipos de transmisión, los últimos datos son contradictorios, y el tema sigue suscitando controversia.*

Numerosos investigadores han observado tasas de transmisión de madre a hijo que oscilan entre el 0% y el 10%. S.L. Thomas y colaboradores realizaron un análisis sistemático de los estudios sobre transmisión vertical del VHC tanto publicados como inéditos. Al evaluar los datos de 976 bebés en 28 estudios, hallaron que en 8 de los 12 estudios sobre madres con el VHC que no tenían el VIH la tasa de transmisión global fue inferior al 10%. Pero en casi todos los 7 estudios donde al menos la mitad de las madres estaban coinfectadas con el VHC/VIH, las tasas fueron más elevadas.

Un reciente artículo de la Red Pediátrica Europea contra el Virus de la Hepatitis C sugiere que la transmisión vertical del VHC puede ser más común de lo que

se pensaba. J. Mok et al realizaron un estudio prospectivo de 54 niños infectados con el VHC que se habían sometido a la prueba de RCP para detectar el ARN del VHC a los 3 días de su nacimiento. 17 niños (31%) mostraron ARN del VHC detectable en esa primera prueba. Entre los 37 bebés con un resultado negativo a la prueba de ARN del VHC en los 3 primeros días, 27 obtuvieron un resultado positivo cuando se les hizo la prueba otra vez a los 3 meses, y otros 9 mostraron un resultado positivo en la siguiente prueba después de los 3 meses. Estos datos, según los autores, “sugieren que al menos una tercera parte de los niños infectados [con el VHC] y hasta la mitad de ellos adquirieron la infección en el útero”. No obstante, este estudio era pequeño, por lo que es necesario investigar más para verificar sus resultados.

Como señalamos anteriormente, parece haber dos factores que aumentan el riesgo de transmisión del VHC de madre a hijo: una carga viral elevada y la coinfección con el VIH. Los estudios indican que la transmisión es más probable cuando la carga viral de la madre está por encima de 1.000.000 copias, y es muy poco común cuando tienen el ARN del VHC indetectable. En los estudios evaluados por Thomas, sólo se registraron ocho casos de transmisión entre las madres con el ARN del VHC indetectable.

Entre las mujeres coinfectadas con el VIH/VHC, algunos estudios han detectado tasas de transmisión vertical entre el 15 y el 40%. Un metanálisis de B.L. Pappalardo et al sobre 1.010 bebés procedentes de nueve estudios reveló que el riesgo global de transmisión vertical del VHC era 3,5 veces más elevado entre los bebés de madres coinfectadas que entre los hijos de madres monoinfectadas con el VHC. Cuando se consideró sólo a las mujeres con el VHC detectable, las madres coinfectadas seguían transmitiendo el virus a sus hijos en una proporción 2,2 veces más alta. Sin embargo, no todos los datos respaldan esta conclusión. En el estudio de Mok, los bebés que tuvieron un resultado negativo a la prueba de ARN del VHC realizada en los tres primeros días eran hijos de madres coinfectadas en una proporción más grande pero que no llegó a alcanzar importancia estadística. Además, D. Conte et al señalaron que la coinfección con el VIH no estaba asociada a una tasa de transmisión del VHC más elevada.

Aparte de la carga viral del VHC y de la coinfección con el VIH/VHC, no se han podido vincular otros factores de riesgo con la transmisión perinatal del VHC de forma contundente. Por ejemplo, el equipo de Mok halló que las mujeres con el genotipo 1 del VHC transmitían en mayor proporción el

sigue en la pág 7

# Consejos de Salud:

## La gripe



Lucinda Porter, Enfermera titulada

*Uno de los mayores desastres de la historia no fue una guerra, un huracán, un terremoto ni un tsunami. Fue la pandemia de gripe de los años 1918-19. Se denomina pandemia porque se extendió por todo el mundo; de hecho, afectó al 20-25% de la población mundial. Esta gripe, que en inglés se conoce como "Spanish flu" sin ninguna base científica, causó la muerte de 25 a 50 millones de personas en todo el mundo. En un solo año, murieron más personas que durante los 4 años de la peste bubónica que hubo en el siglo XIV. Sólo en los Estados Unidos, fallecieron 675.000 personas. Esto supone 10 veces más muertes que las de la población estadounidense en la 1ª Guerra Mundial.*

Los funcionarios de salud pública están lanzando la advertencia de que el mundo corre riesgo de sufrir otra pandemia. La vacunación es una de las mejores defensas contra las enfermedades y epidemias. Al contrario de lo que divulgan los falsos mitos populares, la vacuna no causa la enfermedad. Lo que hace es protegernos.

La gripe, que en muchos lugares se conoce también como la "flu", afecta a un promedio del 5% al 20% de la población de los EE.UU. Según los Centros para el Control de las Enfermedades (CDC), cada año se hospitaliza a más de 200.000 pacientes por este motivo, y cerca de 36.000 fallecen a consecuencia de complicaciones derivadas de esta enfermedad. Los bebés, niños de corta edad, personas mayores y enfermos con ciertas dolencias son los que corren más peligro de sufrir complicaciones graves.

El mejor modo de prevenir el contagio de la gripe a los demás es no contraerla. Y el mejor modo de evitar la gripe es vacunarse. Por desgracia, es posible que este año volvamos a tener escasez de provisiones de vacuna. Todavía no se conoce el impacto del huracán Katrina sobre el suministro de vacunas. Nosotros podemos hacer nuestra parte averiguando si debemos vacunarnos o no contra la gripe y actuando en consecuencia.

El plazo de vacunación antigripal se abre en octubre. Los CDC recomiendan dejar paso en primer lugar a las personas con más riesgo. Si no hay escasez de vacunas, el plazo se abrirá para todo el mundo a partir del 24 de

octubre de 2005. Los grupos que tienen prioridad son:

- Personas de 65 años en adelante
- Pacientes ingresados en residencias de enfermos y ancianos
- Niños con edades comprendidas entre 6 y 23 meses
- Niños de 6 meses a 18 años que reciban tratamiento permanente con aspirina
- Embarazadas
- Personal sanitario que preste servicios directos a los pacientes
- Personas que vivan o cuiden a niños menores de 6 meses
- Sujetos entre 2-64 años con enfermedades crónicas como asma u otros problemas pulmonares crónicos, enfermedades de corazón o riñones, cáncer, diabetes, anemia drepanocítica, VIH u otras enfermedades que causen inmunodepresión y requieran el uso de corticosteroides, y trastornos neuromusculares (como la esclerosis múltiple, el mal de Alzheimer y las lesiones de la médula espinal)

En esta lista no se incluye a los sujetos con hepatitis C crónica (VHC) y cirrosis ni a quienes siguen tratamiento contra el VHC. La infección por el VHC no da derecho automáticamente a vacunarse. Si tiene complicaciones derivadas del VHC o está esperando a recibir un trasplante de hígado, es posible que el médico le recomiende vacunarse pronto.

Pero el tratamiento del VHC tampoco da derecho automáticamente a vacunarse contra la gripe. Algunos expertos incluso creen que los pacientes corren menos riesgo de contraer la gripe durante el tratamiento contra el VHC porque el interferón estimula el sistema inmunitario. Otros piensan que sucede lo contrario, porque el interferón reduce la concentración de leucocitos. Los pacientes

## VHA

viene de la pág 1

un resultado negativo a anticuerpos frente al VHA o bien corrían riesgo de infectarse con el VHA (es decir, eran candidatos idóneos para la vacunación).

Sólo 94 personas, o el 7,9% de los 1.193 pacientes, recibieron una o más dosis de la vacuna contra el VHA, de los cuales 85 (o el 26,8%) pertenecían al grupo de los 317 pacientes que corrían riesgo de infectarse con el VHA.

De los 94 pacientes que se vacunaron, 45 recibieron sólo una dosis de la vacuna; 41 recibieron dos dosis y 8 recibieron tres dosis o más (de las dos dosis necesarias para estar protegidos). Tres sujetos en el grupo no vacunado, pero que se habían hecho la prueba y resultaron VHA negativos, adquirieron la infección por el VHA posteriormente y uno de ellos falleció por insuficiencia hepática.

Dado que el estudio sólo se llevó a cabo en un Centro de Veteranos con pacientes varones en su mayoría, los autores señalaron que las conclusiones de este estudio quizás no puedan reproducirse en otros centros médicos o en mujeres. Sin embargo, también se señaló que el estudio tenía la fuerza de contar con una gran cantidad de pacientes infectados por el VHC, disponibilidad de datos de seguimiento de larga duración y empleo de distintas bases de datos, como el sistema electrónico de historias médicas y la información computarizada de la farmacia.

Los autores concluyeron que “a pesar de las recomendaciones divulgadas para vacunar contra el VHA a los pacientes con infección crónica por el VHC, hallamos que

las tasas de pruebas de detección del VHA y de vacunaciones son bajas en la práctica clínica”. Los autores señalaron también que deben resolverse los obstáculos frente a la vacunación tanto por parte de los médicos como de los pacientes, dado el elevado riesgo de insuficiencia hepática aguda por infección con el VHA en personas con una enfermedad hepática crónica como el VHC.

De este estudio se desprende claramente que es necesario educar y concienciar mejor sobre los riesgos de la sobreinfección aguda por el VHA a los pacientes con hepatitis C crónica. Además, la posibilidad de que la sobreinfección por el VHA provoque graves complicaciones es otra buena razón para aumentar la conciencia pública y las pruebas de detección del VHC, a fin de que los sujetos que corren riesgo de sobreinfección por el VHA sean identificados a tiempo y reciban la atención médica adecuada.

### HEPATITIS A – RESUMEN BÁSICO

La hepatitis A (VHA) se transmite mediante el contacto con alimentos y agua contaminados con las heces de alguien infectado por el VHA. El virus de la hepatitis A se introduce en el cuerpo cuando se ingieren las heces de una persona infectada. También puede transmitirse a través de contacto sexual (anal/oral), por cambiar pañales y, aunque no es una vía común, por consumo de drogas intravenosas.

Los sujetos o grupos en peligro de contraer y transmitir la enfermedad son los empleados de centros de día y residencias de enfermos o ancianos. Los turistas internacionales también corren riesgo de infectarse con el VHA si viajan a países sin buenas infraestructuras de saneamiento

o plantas depuradoras de agua. También se han observado brotes infecciosos en restaurantes donde no se siguen las prácticas higiénicas establecidas (lavarse bien las manos) y se contaminan los alimentos y el agua.

Para prevenir la transmisión del VHA, tanto los adultos como los niños deben lavarse bien las manos, en especial después de ir al baño o de cambiar pañales. Las personas con el VHA activo no deben preparar comida para otras personas. Limpie la sangre o los líquidos corporales derramados con una solución de cloro a una concentración de 10:1 (10 partes de agua con 1 parte de cloro). Lleve guantes si va a tocar sangre, secreciones corporales, cortes o heridas. No comparta cuchillas de afeitar, cepillos de dientes ni jeringas. Practique relaciones sexuales con protección, usando condones de látex o barreras de plástico o látex para el sexo oral/anal.

Los síntomas de la infección por el VHA son semejantes a los de la gripe (fiebre, fatiga, náuseas, vómitos, falta de apetito y malestar general), ictericia (que se manifiesta con color amarillento en la piel y el blanco de los ojos), aclaración de las heces y oscurecimiento de la orina. Muchas personas, en especial los niños, no presentan ningún síntoma.

Cuando se produce la infección por el VHA, el sistema inmunitario se encarga de eliminar el virus y el sujeto afectado queda inmunizado frente a nuevas infecciones por el VHA. Por ello, las personas que ya han estado infectadas con el VHA no necesitan vacunarse, ya que su organismo tiene anticuerpos protectores contra ese virus. Por

sigue en la pág 5

## VHA

viene de la pág 4

lo general, el VHA no provoca complicaciones graves excepto en sujetos con problemas de hígado preexistentes, como hepatitis B o C, los cuales sí pueden sufrir serias consecuencias como una insuficiencia hepática aguda e incluso la muerte.

La vacuna para el VHA se considera segura y eficaz. Se administra mediante inyección en dos dosis, separadas entre sí por un plazo de 6 a 12 meses. Casi todos los expertos coinciden en que la vacuna del VHA confiere protección contra la hepatitis A durante 10 años o más. Las vacunas contra el VHA son fabricadas por Glaxo-SmithKline (Havrix) y Merck & Co. (Vaqta). También existe una vacuna mixta contra el VHA y el VHB llamada Twinrix de la marca Glaxo-SmithKline.

Para obtener más información sobre el VHA, consulte la Hoja Informativa del HCSP – *Hepatitis A: Lo que Necesita Saber*.

**Bibliografía:**

Michael Shim, Inessa Khaykis, James Park y Edmund J. Bini. *Susceptibility to Hepatitis A in Patients With Chronic Liver Disease*



## Reseña bibliográfica: *Living with Hepatitis C for Dummies (Vivir con Hepatitis C para tontos)*

Lucinda Porter, Enfermera titulada, CCRC

Existen muchos libros buenos sobre la hepatitis C. Aunque ya hay muchos, siempre pensé que la hepatitis C era un tema excelente para incluirla en la serie de “Libros para tontos”. Por lo visto, la editorial *Wiley Publishing* pensó lo mismo.

*Living with Hepatitis C for Dummies*, de la Dra. Nina L. Paul, PhD, tiene el mismo aspecto que los otros libros de esta serie, y viene con su característica portada negra y amarilla. La autora es investigadora médica y tiene un estilo de redacción fácil de comprender. Este libro es informativo, detallado y muy ameno. La Dra. Paul cubre todos los aspectos del VHC, desde las pruebas diagnósticas hasta el tratamiento y las vías de transmisión. Su descripción sobre el virus de la hepatitis C y el sistema inmunitario está muy lograda. *Living with Hepatitis C* dedica capítulos al trasplante del hígado, a la formación de un equipo de apoyo médico y a las medicinas complementarias y alternativas.

El punto más fuerte del libro es “Living a Good Life with Hep C.” La autora ofrece sugerencias concretas sobre nutrición, sueño, apoyo, ejercicio, relaciones, trabajo y otros aspectos importantes para conseguir el bienestar. A lo largo del libro utiliza con frecuencia apartados de consejos, tablas y diagramas. Aborda el tema de los grupos especiales de población con hepatitis C, como los niños, los veteranos del ejército y los presos, si bien con brevedad. El capítulo dedicado a los familiares y amigos desborda sabiduría.

Su punto débil es el control de los efectos secundarios derivados del tratamiento. Habría preferido encontrarme con un capítulo sobre el control de los efectos secundarios en lugar de con el de diez consejos para ir de vacaciones con hepatitis C. Además, si había una buena explicación de la fibrosis portal, periportal y en puente, no la encontré por ninguna parte. También habría sido útil incluir un glosario al final, pero lo normal en los libros “para tontos” es no poner glosarios.

Las virtudes de este libro superan con mucho sus pequeños defectos. Aunque *Living with Hepatitis C for Dummies* es un libro interesante para todo el mundo, resulta perfecto para los lectores que no conozcan nada del tema. Lo recomiendo a todas las personas que necesiten una introducción general al mundo del VHC.

*Living with Hepatitis C for Dummies*

Nina L. Paul, PhD

Wiley Publishing, Inc. 2005

292 páginas

\$16.99 U.S.



## FATIGA

viene de la pág 3

sí pueden vacunarse durante el tratamiento, pero no se sabe si debería concedérseles prioridad. El tratamiento puede ser un momento idóneo para vacunarse contra la gripe, ya que es cierto que el interferón estimula la respuesta inmunitaria.

Los grupos que no deben vacunarse son:

- Personas con una fuerte alergia a los huevos de pollo
- Quienes hayan tenido una fuerte reacción a la vacuna antigripal en el pasado
- Sujetos que en ocasiones anteriores hayan padecido el síndrome de Guillain-Barré (SGB) en las seis semanas siguientes a la vacuna antigripal.
- Niños menores de 6 meses
- Personas con una enfermedad moderada o grave que curse con fiebre. Este grupo puede vacunarse una vez que remitan los síntomas.

Existen dos tipos de vacunas. La vacuna estándar es una inyección que contiene virus inerte o desactivado. Su único “efecto secundario” es un poco de dolor o enrojecimiento en el punto de inyección. El otro tipo es un vaporizador nasal que contiene virus vivo pero debilitado. Este vaporizador no está sujeto a criterios de prioridad y puede administrarse a sujetos sanos entre 5 y 49 años de edad y a mujeres que no estén embarazadas. A diferencia de la inyección, el vaporizador sí puede ocasionar síntomas leves de tipo gripal. Ambas vacunas confieren su efecto protector frente a la gripe unas 2 semanas después de administrarse.

A veces, la gente padece un simple resfriado y dice “tengo la gripe”. Este error es muy común.

Aunque ambos están causados por virus, la gripe es más fuerte que el catarro. Los CDC especifican los siguientes síntomas como característicos de la gripe:

- Fiebre (suele ser alta)
- Dolores de cabeza
- Fatiga extrema
- Tos seca
- Dolor de garganta
- Congestión o mucosidad nasal
- Dolores musculares
- Problemas digestivos como náuseas, vómitos y diarrea

La gripe se transmite de persona a persona, normalmente a través de las toses y los estornudos. Un buen modo de contraer la gripe es tocarse la nariz, los ojos o la boca después de haber tocado algo contaminado con el virus. Los adultos sanos pueden contagiar la gripe antes de mostrar ningún síntoma y en los 5 primeros días después de caer enfermos. Esto significa que uno puede contagiar la gripe sin saber siquiera que la tiene.

Se pueden tomar algunas medidas para protegerse de contraer la gripe y de contagiarla a los demás:

- Mantenga las distancias con otros enfermos
- Si tiene la gripe, evite el contacto cercano con los demás
- Si está enfermo, quédese en casa y no vaya al trabajo, a la escuela ni a otros lugares públicos
- Tápese la boca con un pañuelo cuando tosa o estornude
- Si no tiene pañuelos a mano, vuelva la cabeza y tosa en la parte superior de la manga
- Deseche correctamente los pañuelos usados
- Si tiene la gripe, lávese las manos antes de tocar alimentos u

objetos que puedan emplear otras personas

- Si no tiene gripe, lávese las manos después de tocar objetos de uso público
- Limpie los objetos de uso público como teléfonos, teclados y grifos
- Si no dispone de agua y jabón, utilice toallitas higiénicas para lavarse las manos
- Manténgase sano practicando buenos hábitos de sueño, dieta y ejercicio

Si no tiene gripe, descanse bien e ingiera líquidos en abundancia. Para bajar la fiebre, manténgase fresco pero no frío. Resulta útil tomar paracetamol, retirar capas de abrigo en la cama y la ropa y darse baños tibios. Llame a su médico si no puede controlar los síntomas y padece fiebre, vómitos o diarrea. Puesto que existe el riesgo de contagio, llame a la consulta para que su médico decida si tiene que ir usted en persona.

Existen medicamentos antivirales que pueden reducir la gravedad de la gripe. Son eficaces si se toman en las primeras 48 horas. Llame al médico en cuanto note los primeros síntomas gripales y pregúntele si los antivirales son adecuados en su caso.

Averigüe cuál es su riesgo de contraer la gripe. Si le recomiendan vacunarse, hágalo. Si no corre peligro, espere hasta que quienes lo necesitan se hayan vacunado primero. Si quedan suficientes vacunas, es posible que pueda vacunarse más tarde durante el invierno. Tanto si se vacuna como si no, no olvide que debe cuidarse bien.

Para más información: [www.cdc.gov/flu](http://www.cdc.gov/flu)



## TRANSMISIÓN

viene de la pág 2

virus, pero el equipo de Conte no.

Todavía no se conoce con exactitud el modo y el momento en que el VHC se transmite durante el embarazo o el parto. J. Rakela et al descubrieron que el VHC puede transmitirse de madre a hijo mediante células mononucleares de la sangre periférica (CMSP) infectadas con el VHC, aunque ésta no parece ser la única vía de transmisión. El equipo de Mok sugirió que es posible que haya más de un mecanismo implicado. Presentaron la hipótesis de que los bebés de este estudio que tenían detectable el ARN del VHC a los tres días de nacer probablemente se infectaron en el útero, mientras que los que tuvieron un resultado negativo al nacer pero positivo más de tres meses después, se infectaron probablemente durante el parto.

Algunos estudios sugieren que la cesárea programada puede reducir el riesgo de transmisión perinatal del VHC. Por ejemplo, en un estudio de D.M. Gibb et al, ninguno de los 31 bebés nacidos mediante cesárea programada contrajeron hepatitis C, frente al 5,9% de los 54 bebés nacidos por cesárea de emergencia y al 7,7% de los 339 bebés que nacieron por parto vaginal. Sin embargo, en los estudios dirigidos por Mok y Conte, no parece que la cesárea proteja a los bebés del virus. Dado que no está claro si las ventajas compensan los posibles riesgos, casi todos los expertos (entre ellos los Centros Estadounidenses para el Control y la Prevención de Enfermedades y el Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos) desaconsejan la cesárea como práctica habitual en mujeres con el VHC.

Las investigaciones sobre la transmisión perinatal del VHC deben interpretarse con precaución.

En particular, los estudios que utilizan la prueba de anticuerpos al VHC en bebés no pueden compararse sin más con los que emplean la técnica de la RCP para determinar el ARN del VHC. En primer lugar, los recién nacidos portan todavía los anticuerpos de sus madres, y puede que no estén infectados en realidad; la recomendación normal es esperar 12-18 meses para hacer la prueba. Por otra parte, en el estudio de Rakela sólo la mitad de los bebés (7 de 13) con ARN del VHC detectable mostraron presencia de anticuerpos al cumplir el año. Por lo tanto, los estudios de transmisión perinatal que solamente se fijan en los anticuerpos al poco tiempo del parto pueden estar sobreestimando o infravalorando las verdaderas tasas de infección.

Además, no se sabe qué significado tiene en los bebés un ARN del VHC detectable. Los bebés tienen más facilidad para eliminar

sigue en la pág 8

### REGISTRO DE DONANTES DE SANGRE, ÓRGANOS Y TEJIDOS

El huracán Katrina ha cambiado nuestro país. Las consecuencias devastadoras en Luisiana, Alabama, Misisipi y Florida son enormes, y continúan aumentando ahora que estas comunidades se enfrentan a esta catástrofe. Muchos hemos donado dinero y tiempo para dar respuesta a estas necesidades. Ahora más que nunca, por favor, añada donaciones de sangre, tejido y órganos a sus contribuciones. Quizá no pueda donar sangre si tiene el VHC, pero sí puede animar a otros a que lo hagan. Existen restricciones para la donación de sangre que aplican a determinadas personas próximas a sujetos con el VHC. Sin embargo, todos nosotros, jóvenes y mayores, con o sin hepatitis C, podemos solicitar que nuestros órganos y tejidos sean utilizados cuando fallezcamos. El uso de órganos se decide caso por caso en el momento de la defunción. Hable con sus familiares y amigos sobre su deseo de ser donante. Averigüe cuál es la normativa que rige en su estado. Para obtener información general acerca de la ley estadounidense, visite [www.organdonor.gov/opo.htm](http://www.organdonor.gov/opo.htm). La Agencia de Obtención de Órganos de Luisiana ha tenido que cambiar de sede a causa del huracán. Para consultar información actualizada, visite [www.lopa.org](http://www.lopa.org)

HCSP envía desde aquí sus condolencias y la esperanza de una pronta recuperación a amigos, colegas y residentes de la Costa del Golfo.

## TRANSMISIÓN

viene de la pág 7

espontáneamente el VHC que los adultos, pero no se ha determinado con exactitud la probabilidad de que esto ocurra; varios estudios han constatado tasas de eliminación vírica que oscilan entre el 20% y el 75%. En un estudio de 28 bebés de madres infectadas con el VHC, S. Della Bella et al hallaron que 20 (71%) mostraban indicios de actividad específica contra el VHC por parte de los linfocitos CD4, y los investigadores sugirieron que eso podría explicar la baja tasa de transmisión observada.

Hasta la fecha, se han llevado a cabo pocas investigaciones sobre la evolución natural de la hepatitis C en sujetos con infección vertical. En uno de estos estudios, el equipo de la Red Pediátrica Europea contra el Virus de la Hepatitis C siguió de forma prospectiva a 266 niños con VHC adquirido por vía vertical (de los cuales el 10% también tenían el VIH) desde el nacimiento hasta los 16 años (seguimiento promedio en torno a cuatro años). Alrededor de una cuarta parte de ellos parecían haber eliminado el VHC (indicado con dos resultados negativos a la prueba de RCP, ALAT normal y ausencia de signos clínicos) a una edad mediana de 15 meses. La mitad presentaba infección crónica asintomática y la tercera parte tenían la infección crónica activa (ARN del VHC detectable). El único signo clínico de enfermedad hepática fue la hepatomegalia (hígado dilatado), que se observó en el 10% de los niños. Aunque este estudio “confirmó la baja prevalencia de signos y síntomas clínicos de hepatitis C entre los niños infectados a través de sus madres en los primeros 10-15 años de vida” siguen siendo

preocupantes las consecuencias a largo plazo de la infección crónica por el VHC, especialmente a la luz del reciente estudio publicado por R. D’Souza et al, el cual halló que el 71% de los pacientes asiáticos infectados con el VHC durante más de 60 años padecen cirrosis.

La reducción de la carga viral del VHC disminuye claramente el riesgo de transmisión de madre a hijo, pero el tratamiento estándar con interferón pegilado más ribavirina está contraindicado en mujeres embarazadas porque la ribavirina causa defectos congénitos. En el futuro, es posible que los medicamentos contra el VHC sean más inocuos para las mujeres embarazadas y sus fetos, y que puedan emplearse –al igual que la terapia contra el VIH– para reducir el riesgo de transmisión perinatal. Hasta entonces, las mujeres con el VHC deben hablar sobre sus factores particulares de riesgo con el médico si están embarazadas o desean tener hijos.

### Bibliografía:

Conte, D. et al. Prevalence and clinical course of chronic hepatitis C virus (HCV) infection and rate of HCV vertical transmission in a cohort of 15,250 pregnant women. *Hepatology* 31(3): 751-5, March 2000.

Della Bella, S. et al. Hepatitis C virus-specific reactivity of CD4 + lymphocytes in children born from HCV-infected women. *J Hepatology* 43(3):394-402, September 2005.

D’Souza, R. et al. Prevalence of hepatitis C-related cirrhosis in elderly Asian patients infected in childhood. *J Clin Gastroenterol & Hepatology* 3(9): 910-917, September 2005.

European Paediatric Hepatitis C Virus Network. Three broad modalities in the natural history of vertically acquired hepatitis C virus infection. *Clin Infect Dis* 41(1): 45-51, July 2005.

Gibb, D.M. et al. Mother-to-child

transmission of hepatitis C virus: evidence for preventable peripartum transmission. *Lancet* 356(9233): 904-907, September 9, 2000.

Mok, J. et al. When does mother to child transmission of hepatitis C virus occur? *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 90(2): F156-160, March 2005. Also: *Obstet Gynecol Surv* 60(9): 572-574, September 2005.

Pappalardo, B.L. et al. Effect of maternal HIV co-infection on vertical transmission of hepatitis C virus (HCV): a meta-analysis. XIV International AIDS Conference, Barcelona, July 7-12, 2002. Abstract C7503.

Rakela, J. et al. Perinatal transmission of HCV from HCV/HIV coinfecting mothers to infants: likely role of extrahepatic replication and delayed/absent seroconversion in children. 54th AASLD Meeting, Boston, October 24-28, 2003. Abstract 397.

Thomas, S.L. et al. A review of hepatitis C virus (HCV) vertical transmission: risks of transmission to infants born to mothers with and without HCV viraemia or human immunodeficiency virus infection. *Intl J Epidemiol* 27 (1): 108-117, February 1998.



# Manifestaciones extrahepáticas:

## *Porfiria Cutánea Tardía (PCT)*



Alan Franciscus, Redactor jefe

La porfiria cutánea tardía (PCT) es uno de los tipos más comunes de la porfiria, una enfermedad causada por la deficiencia de una enzima denominada descarboxilasa uroporfirinógena (UROD). La menor actividad de la UROD provoca una producción y acumulación excesivas de la proteína uroporfirinógena en la sangre y la orina. Esto da lugar a una producción anómala de hemo, un compuesto presente en todos los tejidos orgánicos y en especial en el hígado y los glóbulos rojos.

La PCT puede originarse o bien desencadenarse por la hemocromatosis (acumulación de hierro en el hígado), abuso del alcohol, consumo de estrógenos, hepatitis C y otras infecciones víricas. La deficiencia de UROD hereditaria está detrás del 20% de los casos de PCT.

### SÍNTOMAS

Los síntomas de la PCT se limitan casi exclusivamente a la piel. Provoca lesiones o ampollas cutáneas que se extienden sobre todo por las manos, antebrazos, la nuca y cara y las áreas expuestas al sol. La piel puede enrojecerse, formar ampollas y pelarse tras la exposición al sol o un pequeño golpe. Además, la PCT puede oscurecer o aclarar la epidermis, aumentar el vello facial, causar cicatrices, alopecia (calvicie), engrosar la piel, provocar picores y acelerar el envejecimiento de la piel. En los casos más graves puede depositarse calcio en la piel y causar úlceras que no se curan.

Las enzimas que indican la función hepática pueden ser anómalas en las analíticas, aunque normalmente sólo están un poco elevadas. Debe realizarse una biopsia hepática para determinar las reservas de hierro y comprobar los daños que está causando la PCT.

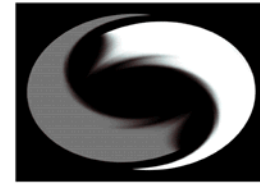
### DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se establece por la presencia de lesiones cutáneas mediante una exploración física, acompañado del análisis de la UROD en muestras de sangre, orina y heces.

### TRATAMIENTO

Los signos y síntomas de la PCT pueden controlarse, pero no existe una cura. El tratamiento consiste en evitar el sol, el alcohol, los estrógenos y los alimentos ricos en hierro. La extracción de hierro a corto plazo mediante una flebotomía (extracción de sangre) suele ser la primera línea de tratamiento, y mejora los signos y síntomas de la PCT. Las flebotomías dejan de practicarse cuando las reservas de hierro y de porfirinas en la sangre vuelven al nivel normal, pero si regresan los signos y síntomas puede ser necesario hacer más flebotomías. También se emplean fármacos contra el paludismo, como la cloroquina, para tratar esta enfermedad.

Además, se ha observado que el tratamiento de la enfermedad subyacente (la hepatitis C) con interferón más ribavirina mejora las lesiones cutáneas y la concentración de UROD en la orina.



**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

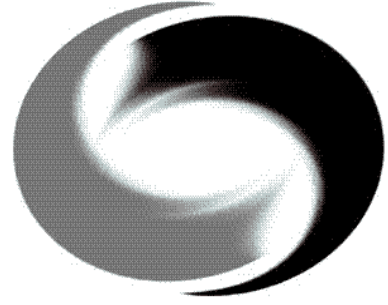
HCV Advocate ofrece información sobre distintas formas de intervención a fin de servir a nuestra comunidad. Cuando damos información sobre cualquier tipo de medicación, tratamiento, terapia o dieta no estamos promoviendo ni recomendando su uso, sino simplemente informando bajo la premisa de que la mejor 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](http://www.hcvadvocate.org)

**HCSP**

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