



HEPATITIS C  
SUPPORT PROJECT

www.hcvadvocate.org

HCV  
ADVOCATE

abril 2006 vol. 3, número 4

Para Vivir Positivamente. Sintiéndose Bien

UNA PUBLICACIÓN MENSUAL DEL HEPATITIS C SUPPORT PROJECT

www.hcvadvocate.org

# La carga futura del VHC: 3ª Parte



Alan Franciscus, Redactor jefe

En los dos artículos anteriores sobre la carga futura de la hepatitis C abordé el tema de la estimación de gastos y muertes que se atribuirán a dicha enfermedad. El tercer y último artículo de esta serie es un análisis de un reciente estudio que evalúa los gastos por hospitalizaciones debidas al VHC, días de ingreso en el hospital, honorarios y consultas médicas de 1992 a 2001, y que valida las estimaciones sobre la carga futura del VHC señaladas en los estudios previos.

“Trends in Health Care Resource Use for Hepatitis C Infection in the United States” (“Tendencias en cuanto al uso de recursos del sistema sanitario a causa de la infección por hepatitis C en los Estados Unidos”), de W.C. Grant y colaboradores (2005) analizaron los datos de pacientes hospitalizados adscritos al Proyecto de Gastos y Utilización del Sistema Sanitario (HCUP), datos de pacientes externos adscritos a la Revisión Nacional sobre Asistencia Médica Ambulatoria en los EE.UU. (NAMCS) y datos farmacológicos procedentes de la Auditoría de Recetas Verispan (VSPA).

Los autores examinaron el reciente aumento de recursos del sistema sanitario entre los pacien-

tes con hepatitis C por edades, según los ingresos hospitalarios, los datos de pacientes externos y la información sobre las recetas de medicamentos a lo largo de 8 años (1994-2001).

## TENDENCIAS EN CUANTO A INGRESOS HOSPITALARIOS

Los criterios para determinar las tendencias hospitalarias en cuanto a ingresos por problemas hepáticos según los datos del HCUP fueron los siguientes:

- Diagnóstico principal de infección por el VHC o una enfermedad hepática causada por el consumo de alcohol
- Diagnóstico de cirrosis, hipertensión portal, consecuencias (secuelas) de cualquier enfermedad hepática, encefalopatía (enfermedad cerebral) por hepatitis, ascitis (acumulación de líquidos en la zona abdominal), síndrome hepatorenal (insuficiencia renal con enfermedad hepática), carcinoma hepatocelular (cáncer de hígado) o bien carcinoma hepatocelular junto con colangiocarcinoma (tumores en las vías biliares) o,
- Trasplante hepático.



## EN ESTE NÚMERO

### Consejos de salud:

*Abril loco: Una forma inteligente de vivir.....*3

*El estrés y el hígado.....*4

**Una nueva mirada a la transmisión del VHC por vía sexual: Análisis de los últimos estudios realizados.....**5

*Nota: Se presupuso que existía una valoración a la baja o una clasificación incorrecta de la hepatitis C, por lo que se utilizaron algunos de los criterios mencionados, pero se ajustaron y verificaron los datos mediante los criterios empleados por Kim et al.*

## TENDENCIAS EN CUANTO A LOS PACIENTES EXTERNOS

Los criterios para determinar las tendencias de los pacientes externos con HCV fueron las consultas médicas motivadas por alguno de los tres criterios mencionados, partiendo de los datos de la NAMCS recopilados entre 1996 – 2002.

## TENDENCIAS EN CUANTO A FÁRMACOS O RECETAS MÉDICAS

Los gastos totales en recetas para el tratamiento de interferón más ribavirina entre 1998 – 2000 se obtuvieron de la Auditoría de Recetas Verispan, que ofrece datos sobre

sigue en la pág 2

## CARGA FUTURA

viene de la pág 1

los pagos por recetas efectuados en todo el país y recopilados en más de 35.000 farmacias de los Estados Unidos. La información sobre esas recetas solamente indica el nombre del fármaco, pero no para qué enfermedad se hizo la prescripción. En este análisis solamente se consideraron los gastos de la politerapia de interferón más ribavirina. La combinación de interferón más ribavirina solamente se emplea para tratar la hepatitis C, mientras que la monoterapia de interferón sirve para muchas otras enfermedades. Así, en teoría, los resultados de los gastos por recetas médicas de ese análisis podrían ser más bajos de lo que fueron en realidad.

## RESULTADOS

Las hospitalizaciones (días de ingreso en el hospital, cargos totales y muertes) fueron aumentando cada año a razón de más de un 20% cada año. Se halló que los incrementos porcentuales más altos afectaron a los pacientes en la cuarta o quinta década de vida, que pasaron más tiempo en el hospital, incurrieron en más gastos y murieron en mayor proporción que los pacientes de otros grupos etarios. En el período comprendido entre 1994 y 2001, el porcentaje de días de ingreso hospitalario por trastornos hepáticos aumentó del siguiente modo:

- En pacientes de 40 a 49 años, del 32,3% al 37,6%.
- En pacientes de 50 a 59 años, del 17% al 30,1%.

Al compararlos con las estancias hospitalarias por cualquier motivo, los ingresos por trastornos hepáticos derivados del VHC en todos los grupos etarios en el año 2001

cuadruplicaron los de 1994 (371 frente a 98 por cada 100.000). En el año 2001, las hospitalizaciones por el VHC costaron \$427 **por cada \$100.000 en gastos a escala nacional** por todos los ingresos hospitalarios, con respecto a \$145 en 1994. La mayor parte de ese incremento se atribuyó a pacientes en su cuarta y quinta década de vida.

En un análisis del subgrupo de pacientes con coinfección por el VIH y el VHC, se observó que hubo casi 3 veces más pacientes con el VIH hospitalizados por trastornos hepáticos en 2001 que en 1994. Además, los pacientes coinfectados representaron el 44,9% de las hospitalizaciones por problemas hepáticos en el año 2001, con respecto al 9,1% en 1994.

Por lo que se refiere a los ingresos y gastos hospitalarios por el VIH, los pacientes con el VIH y hepatitis C experimentaron 7,5 veces más hospitalizaciones e incurrieron en 2,9 veces más gastos en 2001 que en 1994. La carga del VIH sigue siendo más alta que la del VHC: desde 1994 hasta 2001, los ingresos por el VIH fueron 3,4 veces más numerosos que los producidos por el VHC. El total de gastos de los pacientes hospitalizados por el VIH fue 2,9 veces más alto que los gastos de los pacientes ingresados por el VHC.

## CONSULTAS MÉDICAS

La cantidad de visitas al médico también aumentó en un promedio del 36% cada año, según los datos de la NAMCS recopilados durante 9 años. En el período comprendido entre 1996 y 2002, el promedio variable cada 3 años de consultas médicas aumentó en 1 millón de visitas, ascendiendo de 449.800 en 1996 a 1,49 millones en 2002. El incremento más grande afectó a los pacientes entre 40-59 años.

## FÁRMACOS CON RECETA

Según los datos de la VSPA, entre 1998 y 2001 se gastaron \$352,5 millones en 372.000 recetas de interferón más ribavirina. **Por cada \$100.000 gastados en prescripciones nuevas**, el gasto de la politerapia ascendió de \$78 en 1998 a \$259 en 2000.

Los datos de este estudio confirman que la carga futura de la enfermedad probablemente igualará o incluso superará las estimaciones realizadas por los estudios de la parte 1 y 2 de esta serie. En los estudios anteriores, se calculó que la cantidad de personas que llegaría a la etapa grave de la enfermedad hepática se iba a cuadruplicar como mínimo desde 1990 hasta 2015. Los autores de este estudio hallaron un incremento de 3 a 4 veces entre 1994 - 2001, y afirmaron que “[p]ara el año 2015, las infecciones crónicas pueden provocar una cantidad mucho mayor de complicaciones de lo que se había previsto”.

Los autores concluyeron que “[e]n todos los Estados Unidos, los profesionales de la salud están utilizando una enorme cantidad de recursos para tratar el VHC”.

Esperamos que esta serie de artículos haya mostrado claramente que los efectos de la carga de la hepatitis C van en aumento, y que la carga de la enfermedad y los gastos derivados de la misma en el futuro seguirán aumentando según los cálculos de los estudios realizados. Lo preocupante es la posibilidad de que este aumento se produzca mucho antes de lo esperado.

## Bibliografía

“Trends in Health Care Resource Use for Hepatitis C Infection in the United States,” por W.C. Grant y colaboradores. *Hepatology* 2005; vol 42 no 6:1406-1413



# Consejos de Salud:

## *Abril loco: Una forma inteligente de vivir*



Lucinda Porter, Enfermera titulada

Cuando era pequeña, me encantaba la fiesta del 1 de abril. Me pasaba semanas pensando cómo enredar a mis padres en alguna de mis bromas. Por supuesto, ellos iban muy por delante de mí, y al finalizar el día siempre era yo la inocente que sufría la broma. Por suerte, no me importaba ser el blanco de una buena inocentada.

Un niño normal se ríe unas 400 veces al día. En comparación, un adulto normal sólo se ríe aproximadamente 25 veces al día. Este dato me da ganas de llorar, o de leer a Dave Barry o de ver las reposiciones en televisión de Carol Burnett. Para mí, la risa es la esencia de la salud física, emocional y espiritual. El humor es la cuerda que me impide desmoronarme. Siempre encuentro alguna forma de inyectar humor a casi cualquier situación.

Las ventajas potenciales de la risa están muy bien investigadas. Este es mi noveno artículo sobre Abril Loco, el día de las bromas celebrado el 1 de abril, y preferiría hacerles reír a contarles la información que existe en favor de la risa. Si necesitamos datos que nos recomienden reírnos más a menudo, es que tenemos un serio problema. Pero para aquellos de ustedes que sean devoradores impenitentes de datos, al final de este artículo he añadido algunas direcciones de Internet donde pueden adentrarse en más detalles.

Y a quienes aprecien la risa, les gustará saber que existe una práctica llamada Yoga de la Risa. Este tipo de yoga, que tiene su origen en la India, considera la risa una disciplina y no sólo un placer. El Dr. Madan y Madhuri Kataria crearon el Yoga de la Risa hace unos diez años y en el presente hay centros de risoterapia en todo el mundo. Se pueden tomar cursos de formación para convertirse en instructor certificado de Yoga de la Risa.

Su sitio Web se toma la risa muy en serio. Tan en serio, que incluso hace la siguiente advertencia: *“Todo lo que se hace en exceso puede convertirse en algo perjudicial. No se puede reír muy poco, pero tampoco se debe reír demasiado, ya que el cuerpo experimentaría*

*un destrés (sic).”* Me imagino que esa palabra sea un error ortográfico o de traducción, y que el autor quería decir *distrés* (o sufrimiento) en lugar de *destrés*. Vaya, pues la principal razón por la que me río es para desestresarme. Además, me cuesta creer esa afirmación de que uno no se pueda reír demasiado.

La advertencia del Yoga de la Risa continúa con el argumento de que reírse demasiado puede ser peligroso, en especial para las personas mayores (vejesterios como yo). Bueno, puede parecer que soy cerrada de mollera, pero no me puedo imaginar pasarme todos mis años de viejita sin reírme un montón. Entre la pérdida de agudeza visual, de cabeza, de llaves, de energía, de silueta y de sexo, me tengo que agarrar a la risa como a un salvavidas. Además, morirse de risa me parece una forma estupenda de morir.

Estoy convencida de que el humor me ayuda a sobrellevar todos los desafíos de la vida, en particular la hepatitis C (VHC). El VHC no fue un asunto de risa cuando me lo diagnosticaron, pero con el paso del tiempo me ha llegado a dar algunos momentos divertidos. Eso me pasa sobre todo cuando participo en un grupo de VHC con otras personas que también tienen el virus. Reírse con otras personas es compartir una vivencia comunal. Es como compartir un momento íntimo o una buena comida. La risa levanta los ánimos y durante un breve tiempo deja en suspenso la crudeza de la realidad. Nos recuerda que estamos todos en el mismo barco.

Voy a terminar con un chiste. Si le parece gracioso, cuéntelo por ahí. Contar chistes es tan divertido como escucharlos. P: ¿Qué pone en el epitafio de un hipocóndriaco? R. “Veis, ya os dije que estaba enfermo”.

### Recursos

- <http://science.howstuffworks.com/laughter6.htm>
- [www.helpguide.org/life/humor\\_laughter\\_health.htm](http://www.helpguide.org/life/humor_laughter_health.htm)
- [www.laughteryoga.org](http://www.laughteryoga.org)



# El estrés y el hígado



Alan Franciscus, Redactor jefe

Es un hecho establecido que el estrés puede ejercer un impacto negativo sobre la mente y el cuerpo. Las personas con hepatitis C a menudo comentan que tras un período de estrés sufren una “recaída” y se agudizan sus síntomas, especialmente el cansancio. Curiosamente, existe una cantidad ingente de información sobre el efecto del estrés en las enfermedades hepáticas. Este artículo se centrará en los datos de un reciente artículo titulado “Does Stress Exacerbate Liver Disease?” (“¿Empeora el estrés la enfermedad hepática?”, redactado por Y. Chida y colaboradores, y arroja luz sobre el impacto del estrés sobre las enfermedades hepáticas, planteando algunas cuestiones muy interesantes.

En el citado artículo se discuten las razones hipotéticas o previamente conocidas que explican el efecto del estrés sobre las enfermedades hepáticas, tales como:

- El ‘miedo’ y la ‘ansiedad’ inducidos por sugestión hipnótica reducen significativamente la circulación sanguínea en el hígado (Hirose et al.)

- En personas con hepatitis B crónica, se ha establecido una destacada correlación positiva entre el grado de depresión y la concentración de alanina-aminotransferasa o ALAT (Fukudo et al.)

- En personas con hepatitis C crónica, las escalas de personalidad tipo I (Grossarth-Maticek) se han asociado a una mayor gravedad de la enfermedad hepática, incluso después de ajustar los factores de edad, sexo, nivel de estudios, tabaquismo,

consumo de alcohol y duración de la enfermedad (Nagano et al.)

- Los pacientes con rasgos de personalidad ‘sumisos’, ‘relativamente controlados’ y ‘con una actitud indiferente’ antes del trasplante de hígado son más propensos a sufrir un rechazo agudo del órgano trasplantado (Hildebrandt et al.)

- Los estudios con modelos animales sanos (roedores) han hallado que el estrés desencadenado por pruebas de restricción física y descargas eléctricas en los pies elevan ligeramente la concentración de ALAT (Fernandez et al, Chida et al.)

Los autores continuaron con la descripción de los posibles vínculos entre el estrés y los trastornos hepáticos que pueden influir en las lesiones del hígado:

- La liberación de glucocorticoides (cortisol en seres humanos, corticosterona en roedores) controla la homeostasia (estado regulado o saludable) de todos los órganos. En los ratones pretratados con corticosterona, se ha hallado “un notable empeoramiento de las lesiones hepáticas”.

- Durante los períodos de estrés, los linfocitos citolíticos se extienden por el hígado y en algunos casos contribuyen a la destrucción de hepatocitos y a la agudización de la enfermedad.

- En la parte del cerebro que controla el hígado, se ha observado que el estrés reduce la circulación de la sangre y puede provocar o desencadenar daños hepáticos.

- El estrés puede ejercer un efecto doble (de potenciación o reducción) sobre el proceso inflamatorio que se produce en el hígado.

- Cuando se estimula un determinado nervio (vago) que va del cerebro al hígado mediante terapia antiestrés (hipnosis, meditación, acupuntura) se atenúa o reduce el efecto negativo del estrés sobre el hígado.

Los autores concluyeron que aunque no se comprenden por completo todas las interacciones entre el estrés y el hígado, parece que el estrés ocasiona un impacto negativo sobre la progresión de las enfermedades hepáticas. Además, señalaron que es necesario identificar el vínculo entre los trastornos hepáticos y el estrés para que “los médicos y los demás profesionales de la salud puedan tratar la hepatopatía ayudando a los pacientes a aprender técnicas de relajación y estrategias para sobrellevar mejor su problema”.

Es importante que las personas que viven con la hepatitis C sepan todo esto para mantener la mente, el cuerpo y el hígado sanos. Es interesante señalar que la emoción vinculada al hígado según la medicina tradicional china es la ira. El estrés, la depresión y el enojo pueden ir de la mano. Existen muchas estrategias para mejorar el estrés, como la meditación, el yoga, la oración y la acupuntura, por citar solo algunas. Los grupos de apoyo para personas con hepatitis C también pueden ser útiles porque permiten hablar de los complejos aspectos que rodean a las enfermedades crónicas como la hepatitis C. Lo fundamental es que aprender a controlar el estrés debe ser una prioridad para todas las personas que viven con la hepatitis C.

## Bibliografía:

“Does Stress Exacerbate Liver Disease?” Yoichi Chida, Nobuyuki Sudo y Chiharu Kubo. *Journal of Gastroenterology and Hepatology* 20 (2006) 202-208



# Una nueva mirada a la transmisión del VHC por vía sexual:

## *Análisis de los últimos estudios realizados*



Liz Highleyman

La actividad sexual siempre se ha considerado una vía poco frecuente de transmisión del virus de la hepatitis C (VHC). Sin embargo, en los últimos años, la aparición de casos agrupados de VHC transmitido por vía sexual – principalmente entre hombres homosexuales VIH positivos – ha arrojado dudas sobre esta suposición.

### **TRANSMISIÓN ENTRE PAREJAS MONÓGAMAS**

Casi todos los estudios indican que la transmisión del VHC por vía sexual es muy poco común entre parejas monógamas y estables VIH negativas, con una tasa que oscila entre el 0%-3%. Según se publica en el número de mayo de 2004 de la revista *American Journal of Gastroenterology*, por ejemplo, Carmen Vandelli y colaboradores evaluaron a 895 sujetos VHC negativos que mantenían relaciones sexuales monógamas con parejas VHC positivas. A lo largo de 10 años de seguimiento, solamente se produjeron tres nuevas infecciones por el VHC, lo que supone una incidencia de 0,37 por cada 1.000 personas-años (PA). Los autores concluyeron que “el riesgo de transmisión sexual del VHC entre parejas monógamas heterosexuales

es sumamente bajo e incluso inexistente”. En la misma línea, V. Tahan y colaboradores publicaron en la edición de abril de 2005 de *American Journal of Gastroenterology* que ninguno de los 216 sujetos VHC negativos con parejas VHC positivas del sexo opuesto se infectó durante un promedio de seguimiento de unos tres años.

### **TRANSMISIÓN ENTRE HOMBRES HOMOSEXUALES VIH POSITIVOS**

Pero esa situación es diferente en el caso de los sujetos VIH positivos. En la 13ª Conferencia sobre Retrovirus e Infecciones Oportunistas (CROI) celebrada en febrero, dos equipos de investigación presentaron los últimos datos sobre casos agrupados de infección con el VHC entre hombres homosexuales en Inglaterra y Holanda, al tiempo que un equipo francés presentó datos sobre varios casos de infección por el VHC aparentemente por vía sexual entre mujeres heterosexuales.

Desde 2002, se han registrado más de 200 casos de hepatitis C aguda entre hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH) en Londres y Brighton (Reino Unido). Mark Danta, del Hospital Royal Free de

Londres ofreció los últimos datos sobre una cohorte de 111 hombres VIH positivos diagnosticados con el VHC entre octubre de 2002 y agosto de 2005 (resumen 86 de la CROI). Los hombres que contrajeron hepatitis C habían tenido tres veces más parejas sexuales en el año anterior (30 frente a 10) que los que siguieron siendo VHC negativos. Otros factores de riesgo significativos fueron el coito anal sin protección tanto activo como pasivo, la práctica del *fisting* (inserción del puño en el ano), el uso de juguetes eróticos, el sexo en grupo y la actividad sexual bajo el efecto de las drogas (92% frente al 62%). Lo que es más, estos factores parecen interactuar entre sí: los sujetos que participaron en tres o cuatro de dichas prácticas con sexo en grupo tienen 23 veces más riesgo de infectarse con el VHC. Asimismo, los hombres que adquirieron el VHC tuvieron en mayor proporción encuentros sexuales en clubes de sexo o balnearios, o con parejas conocidas a través de Internet, y la mayoría (92%) tenía enfermedades de transmisión sexual (ETS) concurrentes. “Los factores sexuales de alto riesgo y que conllevan heridas en las mucosas están significativamente

sigue en la pág 6

## SEXUAL

viene de la pág 5

asociados a la reciente transmisión del VHC”, concluyó Danta.

Roel Coutinho y Thijs van de Laar presentaron un estudio retrospectivo sobre la transmisión sexual del VHC entre 1.836 hombres homosexuales VIH positivos y negativos procedentes del Estudio de Cohortes de Amsterdam (resumen 87 de la CROI). Desde el año 2000, se ha detectado un total de 29 casos de infección aguda por el VHC en Amsterdam, todos excepto uno entre hombres VIH positivos. La incidencia después del año 2000 entre hombres con el VIH fue de 0,87 por cada 100 PA, lo que supone un aumento de 10 veces con respecto a la tasa previa al año 2000. El grupo más grande de casos afectó a portadores del genotipo 4, que es poco frecuente en Europa. Al igual que Danta, los investigadores holandeses hallaron que entre los 20 hombres encuestados acerca de sus prácticas sexuales y el consumo de drogas, la infección por el VHC se asoció al *fisting* (practicado por el 50%) y a ETS que cursan con úlceras genitales (como la sífilis, el herpes simplex genital o el linfogranuloma venéreo, que afectaba al 65% de los sujetos). Los investigadores concluyeron que “la infección por el VIH o las lesiones en la mucosa provocadas por prácticas sexuales extremas y ETS concurrentes pueden facilitar la transmisión del VHC por vía sexual”.

### DATOS PROCEDENTES DE NORTEAMÉRICA

También se han detectado grupos de casos de VHC

aparentemente transmitidos por vía sexual entre HSH en Francia pero, curiosamente, no ha sido así en Norteamérica. En la edición de marzo de 2005 de la revista *American Journal of Public Health*, M. Alary y colaboradores señalaron que en una cohorte de 1.085 HSH en Montreal, solamente se detectó una nueva infección por el VHC durante ocho meses de seguimiento (en un hombre que compartía jeringas), a pesar de que el 63% afirmó que practicaba el sexo anal sin protección. Después de controlar el consumo de drogas intravenosas, los investigadores concluyeron que la conducta sexual no estaba significativamente vinculada a la infección por el VHC (aunque no se trataba de una cohorte VIH positiva). En los EE.UU., Sriganayatri Bollepalli y colaboradores hallaron que el único factor de riesgo significativamente asociado a la infección por el VHC entre HSH VIH positivos de Arizona era el consumo de drogas intravenosas, y concluyeron que “[l]a transmisión sexual del VHC entre pacientes VIH [positivos] es sumamente rara” (56ª AASLD de 2005; resumen 65573).

Pero sí se conocen algunos casos de ese tipo. En la revista *Journal of AIDS* publicada el 1 de enero de 2006, Annie Luetkemeyer y colaboradores presentaron una serie de nueve casos de infección aguda por el VHC en hombres VIH positivos atendidos en la Universidad de California en San Francisco. El único factor de riesgo declarado por seis de ellos fue el sexo con hombres, otros dos afirmaron mantener relaciones sexuales con mujeres y tres tenían ETS concurrentes. Los autores

sugirieron que “la actividad sexual entre HSH y las infecciones de transmisión sexual pueden desempeñar un papel importante en la transmisión del VHC en los pacientes con el VIH”.

### ¿Y QUÉ SUCEDE CON LAS MUJERES QUE TIENEN EL VIH?

Una de las novedades de la conferencia sobre retrovirus celebrada este año fue la ponencia sobre infecciones agudas por el VHC entre mujeres heterosexuales VIH positivas. J. Ghosn y colaboradores analizaron los datos de 402 pacientes recientemente infectados con el VIH, procedentes de la Cohorte Francesa PRIMO (resumen 843). Detectaron hepatitis C aguda en dos mujeres y tres hombres, lo que supone una incidencia de 3,56 por cada 1000 PA (7,81 por cada 1000 PA entre las mujeres; 2,61 por 1000 PA entre los hombres). Al igual que en Amsterdam, la incidencia de hepatitis C aguda aumentó a partir del año 2000, desde 1,81 por cada 1000 PA antes de enero de 2002 hasta 4,9 por cada 1000 PA después de esa fecha (los cinco casos de infección por el VHC excepto uno se detectaron a partir del año 2002). Puesto que ninguno de los cinco declaró “factores de riesgo clásicos” como el consumo de drogas intravenosas o las transfusiones de sangre, los investigadores concluyeron que “[e]l único factor de riesgo identificado para infectarse con el VHC era el sexo sin protección” y sugirieron que “las mujeres también corren riesgo de infectarse con el VHC por vía sexual”.

Los resultados de Ghosn se

sigue en la pág 7

## SEXUAL

viene de la pág 6

contraponen a los del Estudio de Interagencias sobre las Mujeres y el VIH en los EE.UU. (WIHS), publicado en la edición del 15 de noviembre de 2003 de la revista *Clinical Infectious Diseases*, los cuales no muestran indicios de transmisión del VHC por vía sexual en su cohorte de 2.059 mujeres VIH positivas y 569 VIH negativas HIV. Por otra parte, como se publicó el 1 de mayo de 2003 en la revista *Journal of Infectious Diseases*, los datos del Estudio de Investigaciones Epidemiológicas sobre el VIH (HERS), que evalúa a 871 mujeres VIH positivas y 439 VIH negativas sugieren que el 10,5% de las mujeres coinfectadas con el VHC solamente cumplían el factor de riesgo de las prácticas sexuales (algunas también tenían herpes simplex genital).

### MEJOR PREVENIR QUE LAMENTAR

Otros dos estudios recientes indican que la transmisión del VHC por vía sexual es biológicamente posible, ya que el VHC está presente en el semen y en el flujo genital femenino. Como se publicó el 4 de noviembre de 2005 en la revista *AIDS*, Aureliea Briat y colaboradores de París analizaron la concentración de ARN del VHC en el semen de 82 hombres coinfectados con el VIH/VHC y 38 hombres monoinfectados con el VHC. Detectaron material genético del VHC en el líquido seminal de los hombres coinfectados con más frecuencia que en el de los hombres con el VHC solamente (38% frente al 18%). De forma similar, según lo publicado el 1 de

noviembre de 2005 en la revista *Journal of Infectious Diseases*, M.J. Nowicki y colaboradores determinaron la concentración de ARN del VHC en el flujo cervicovaginal de 58 mujeres monoinfectadas con el VHC que formaban parte del estudio WIHS. Se detectó ARN del VHC en el flujo genital del 29% de las mujeres coinfectadas, pero no se detectó en ninguna de las mujeres que solo portaban el VHC.

Aunque los estudios han obtenido resultados contradictorios, hay cada vez más indicios de que la transmisión del VHC por vía sexual puede ser más común de lo que se pensaba, y que parece haber ido en aumento en los últimos años. Hasta que no aparezcan más datos, es prudente que las personas con alguno de los factores de riesgo observados en esos estudios (es decir, ser VIH positivos, tener múltiples parejas sexuales, practicar el *fisting* o padecer ETS) mantengan relaciones sexuales con protección y empleen condones y guantes de látex.



**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

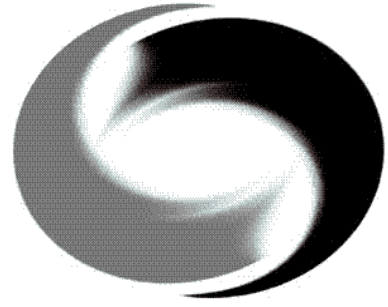
**Información de contacto**  
Hepatitis C Support Project  
PO Box 427037  
San Francisco, CA 94142-7037

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.

© 2006 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