



HEPATITIS C
SUPPORT PROJECT

www.hcvadvocate.org

HCV ADVOCATE

febrero 2006 vol. 3, número 2

Para Vivir Positivamente. Sintiéndose Bien

UNA PUBLICACIÓN MENSUAL DEL HEPATITIS C SUPPORT PROJECT

www.hcvadvocate.org

La carga futura del VHC



Alan Franciscus, Redactor jefe

Se han publicado tres artículos importantes acerca de la carga que va a suponer la hepatitis para los Estados Unidos en el futuro: “Estimating Future Hepatitis C Morbidity, Mortality, and Costs in the United States,” de J.B. Wong y cols. (2000); “Projecting Future Complications of Chronic Hepatitis C in the United States,” de G.L. Davis y cols. (2003); y el recién publicado “Trends in Health Care Resource Use for Hepatitis C Virus Infection in the United States,” de W.C. Grant y cols. (2005). Las implicaciones de la futura carga del VHC como enfermedad son importantes, porque los tres artículos documentan y advierten sobre la urgente necesidad de identificar, abordar y tratar a la población con el VHC para prevenir una inminente catástrofe médica y social que va a afectar a los Estados Unidos en un futuro próximo. Esta serie de artículos estará dedicada a reseñar las tres publicaciones mencionadas. La 1ª parte de la serie comentará las observaciones de J.B. Wong y colaboradores.

J.B. Wong y cols.¹ derivaron su proyección a partir de un modelo simulado por computadora que siguió la progresión de la enfermedad a lo largo del tiempo en un grupo escogido de pacientes. Se registraron como estados de salud los datos relativos a histología del hígado (salud), presencia o ausencia de carga viral del VHC, cirrosis descompensa-

da, carcinoma hepatocelular (CHC) o trasplante de hígado. Se anotó la progresión de estos estados a lo largo del tiempo, desde la etapa de hepatitis leve a hepatitis moderada hasta la etapa cirrótica, y se aplicaron estos datos al modelo de simulación por computadora.

En este modelo, para evaluar la probabilidad de progresión a estados más graves se emplearon las probabilidades derivadas de un análisis de la literatura médica disponible hasta entonces. Cuando no aparecía información en la bibliografía publicada, se utilizó en su lugar la opinión de expertos. Además, el modelo se ajustó para incluir los estados de salud de aquellos grupos con infección por hepatitis C conocida y no conocida. Los autores presupusieron que los pacientes que no sabían que estaban infectados no incurrían en ningún gasto médico hasta que se les diagnosticaba carcinoma hepatocelular (CHC) o cirrosis descompensada.

La cantidad de personas infectadas con el VHC para esa simulación por computadora se basó en la prevalencia del VHC observada en la encuesta NHANES III. Es importante recordar que esta encuesta no incluyó a determinados grupos de población de riesgo (internos de prisiones, personas sin hogar, pacientes ingresados en hospitales, enfermos internados en residencias y personal militar en activo). La exclusión

EN ESTE NÚMERO

Consejos de salud:

Vivir con la etiqueta del VHC.....3

Trasplante de hígado:

2ª parte.....5

Eficacia del tratamiento.....8

de estos grupos puede dar lugar a una infravaloración de la verdadera carga de atención sanitaria que requiere la población infectada por el VHC.

Se halló que en 1991 hubo 25.429 muertes a consecuencia de enfermedades hepáticas crónicas y cirrosis. De 1979 a 1988, del 36% al 41% de los fallecimientos ocurridos por enfermedades hepáticas crónicas fueron resultado de la hepatitis C, por lo que los autores calcularon que entre 9.154 y 10.426 muertes fueron consecuencia de la infección por el VHC. A fin de obtener un resultado a la baja, los autores aplicaron a su modelo la conservadora cifra de 8.000 fallecimientos por el VHC.

En su análisis incluyeron también factores como el carcinoma hepatocelular (CHC), el trasplante de hígado, el consumo de alcohol, la concentración persistentemente normal de enzimas hepáticas y el fallecimiento por otros motivos.

Como dato interesante, cabe señalar que los autores investigaron el consumo de alcohol sobre la progre-

sigue en la pág 2

CARGA FUTURA

viene de la pág 1

sión de la hepatitis C. Es bien sabido que el alcohol acelera la progresión de la enfermedad en los pacientes con hepatitis C. Basándose en varios factores, los autores estimaron que si se redujera el consumo de alcohol a 50 g/día, la probabilidad de progresión de la enfermedad disminuiría en un 15% al año.

La predicción de los gastos médicos se basó en el precio de los medicamentos, el costo de las pruebas de laboratorio, de las consultas médicas y las hospitalizaciones tomando el valor del dólar en 1995 y ajustándolo al valor del dólar en 1999 tomando como referencia el componente de atención sanitaria reflejado en el índice de precios al consumo. Además se incluyó un análisis aparte de los gastos indirectos derivados de discapacidades y fallecimientos.

PRONÓSTICOS

Los autores pronosticaron que habría unas 181.300 muertes a consecuencia del VHC entre el año 2010 y el 2019, con otros 27.200 fallecimientos por el CHC resultante de la infección por el VHC. Los gastos médicos directos para el período comprendido entre el año 2010 y el 2019 serían de \$10.700 millones.

Se realizó un análisis aparte para calcular el umbral máximo de la futura carga de la enfermedad. El modelo se realizó con la presuposición de que los pacientes con concentraciones normales de transaminasas progresarían a una tasa más elevada de lo que se creía en ese momento, y que la mitad de la población con el VHC consumía más de 50 g/día de alcohol. Basándose en esas suposiciones, los autores estimaron que se producirían 225.800 muertes derivadas del VHC con otros 34.990

fallecimientos por CHC resultante de la infección por el VHC, y que los gastos médicos alcanzarían los \$14.100 millones durante la década mencionada.

Se realizó otro análisis para calcular el umbral mínimo de la carga de la enfermedad. Excluyendo otras causas de fallecimiento no relacionadas con el VHC que pudieran surgir de las complicaciones de la vía de transmisión (consumo de drogas intravenosas y transfusiones), se calculó que habría al menos 105.700 muertes por el VHC y otros 17.700 fallecimientos por CHC resultante de la infección por el VHC. Los gastos médicos directos en este análisis superarían los \$6.700 millones en el período comprendido entre el año 2010 y el 2019.

Se calculó que los gastos indirectos relacionados con el VHC alcanzarían los \$54.200 millones en costos sociales por la muerte prematura de pacientes menores de 65 años, mientras que el gasto por discapacidades resultantes de la cirrosis descompensada serían de \$21.300 millones.

Los autores concluyeron que las muertes derivadas del VHC seguirán aumentando en los próximos 10 a 20 años, y que sus resultados “confirmaban que la hepatitis C puede ser un gigante que empieza a despertar”. Además, afirmaron que “existe una cierta urgencia para actuar ya, puesto que la hepatitis C a menudo cursa de forma asintomática hasta que aparece la cirrosis, momento en el cual el tratamiento es menos eficaz”.

EN DEFINITIVA:

La carga de cuidados médicos que exigirá la infección por el VHC entre 2010 y 2019 será (cálculo medio):

- Muertes derivadas del VHC = 208.500
- Gastos médicos directos = \$54.200 millones.

- Gastos indirectos = \$10.700 millones
- Gastos por discapacidades = \$21.300 millones

Factores que podrían acrecentar la carga de la enfermedad en el futuro:

- Los 800.000 a 1,2 millones de pacientes más no incluidos en la encuesta NHANES III ni en el estudio reseñado.
- Los gastos médicos adicionales en medicamentos contra el VHC, análisis de laboratorio y trasplantes de hígado (gastos del trasplante y posteriores al mismo).
- La escasez de hígados donados, lo que aumentaría el gasto médico para tratar a los pacientes que sufran cirrosis descompensada.

Factores que podrían reducir esta futura carga:

- Identificación y tratamiento de aquellos (más del 70%) que no saben que están infectados con el VHC.
- Tratamiento médico de todas las personas con el VHC para educarles sobre cambios beneficiosos en su estilo de vida (reducir el consumo de alcohol, nutrición adecuada y ejercicio) y para proporcionarles la medicación necesaria.
- Mejores tasas de respuesta con la politerapia de interferón pegilado más ribavirina.

La 2ª parte de esta serie reseñará la publicación de G.L. Davis y colaboradores “Project Future Complications of Chronic Hepatitis C in the United States.”

Bibliografía:

¹John B. Wong, MD, Geraldine M. McQuillan, PhD, John G. McHutchison, MD, and Thierry Poynard, MD. “Estimating Future Hepatitis C Morbidity, Mortality, and Costs in the United States.” *American Journal of Public Health*. 2000; 90, No. 10, 1562-1569.



Consejos de Salud:

Vivir con la etiqueta del VHC



Lucinda Porter, Enfermera titulada

Vivimos en una sociedad que da mucha importancia a las etiquetas. La ropa, los complementos deportivos, las mochilas e incluso nuestras gafas llevan algún tipo de etiqueta. ¿Pero que sucede cuando es *usted* quien lleva la etiqueta? ¿Qué diría si le preguntaran, “¿Quién es usted?” Piense un momento para contestar a esta pregunta. Haga una lista de todas las cosas que es usted. Podría responder, “Soy una madre o un padre; un hijo o una hija; una hermana o hermano; un cónyuge, una pareja, o un amigo; budista, hindú, metodista, judío; programador de computadoras; carpintero; dentista; paciente de hepatitis C. Si se ha etiquetado como paciente de hepatitis C, este artículo está escrito para usted.

Las etiquetas nos definen. Les dicen a los demás quienes somos. Nos hablan de nuestros valores y creencias. Algunas etiquetas describen nuestras relaciones e identifican a la gente importante en nuestra vida. Otras describen lo que hacemos, nuestros trabajos o aficiones. Declarar nuestras preferencias religiosas da información sobre nuestras creencias espirituales. Sin embargo, ser paciente de hepatitis C es bastante distinto a ser padre o enfermera. Decir, “Soy paciente de hepatitis C” nos define a nosotros. Dice, “Estoy enfermo”. Nos ata a una situación de enfermedad en lugar de a una situación de salud.

Es fácil identificarse con una enfermedad. La hepatitis C (VHC) a veces es algo que lo ocupa todo. En ocasiones está en primer plano; otras veces queda al fondo. Pero en cualquier caso, siempre está ahí. Sin embargo, vivir con el VHC no es lo mismo que ser un paciente de hepatitis C.

A algunos de ustedes esto les puede parecer una

distinción demasiado sutil para ser importante; pero antes de descartar la idea, pruebe a hacer este experimento. Si se imagina o describe a sí mismo como paciente de hepatitis C, trate de sustituir este concepto con palabras e imágenes más poderosas. Imagínese con un espíritu fuerte y calmado. Dígase a sí mismo, “Estoy viviendo con la hepatitis C, pero soy mucho más que eso”. ¿Qué sensación le produce si lo compara con “Soy paciente de hepatitis C”?

Hay un lado positivo en el hecho de identificarse con una enfermedad. No podemos superar algo si antes no lo hemos aceptado. Una parte importante de superar el problema es reconocerlo, valorarlo y reconocer su significado. En su libro *El hombre en busca de sentido*, Viktor Frankl señala, “a menudo, a las personas con una enfermedad grave no se les concede la oportunidad de sufrir con valentía, y conservar así cierta dignidad”. Continúa afirmando que cuando decimos a los enfermos que se animen y sean optimistas, les hacemos sentir avergonzados por su dolor e infelicidad.

Frankl está cualificado de sobra para hablar de la búsqueda de sentido por parte de los seres humanos. Sus contribuciones a la psicoterapia moderna se forjaron durante sus experiencias como superviviente del Holocausto. Frankl pasó tres años en campos de concentración nazis, entre ellos el de Auschwitz. Los nazis asesinaron a su familia. Frankl soportó más sufrimientos que la mayoría de nosotros. Pero no permitió que el dolor, la tortura o el duelo por todo lo que había perdido interfirieran en su propósito de llevar una vida llena de compasión e integridad.

El problema aparece cuando se cruza la línea entre encontrar el sentido de la enfermedad y dejar que la enfermedad nos defina. ¿Qué significa para usted tener el VHC? ¿Significa una vida llena de fatigas?

“Quizás el VHC es una llamada de aviso, que le motive para hacer cambios en la vida que le den un vigor renovado.”

VIVIR

viene de la pág 3

¿Perder oportunidades? Quizás el VHC es una llamada de aviso, que le motive para hacer cambios en la vida que le den un vigor renovado. A lo mejor es usted capaz de apreciar más el valor de la vida gracias al VHC.

Uno de los principios budistas es que nuestra energía va detrás de nuestra atención. Si nos centramos en que estamos enfermos, nuestra energía irá hacia la enfermedad, que pasa así a invadirlo todo, robando sentido y alegría a nuestra vida. Todo nuestro ser se define entonces en torno a esa enfermedad.

Si esto le suena cierto, plántese un cambio de actitud. Trate de vivir en el lado positivo de la vida en lugar de permanecer en la parte negativa. El optimismo no es empeñarse en creer sin base real lo que uno desea. Si un terremoto está sacudiendo el mundo, es una insensatez actuar como si no pasara nada. Lo sensato es protegerse a sí mismo y proteger a los demás, y tratar de evitar en lo posible los daños. Una vez que ha desaparecido el temblor, hay que valorar los daños y hacer un plan para recuperarse. El optimista mira lo que ha quedado en pie y hace planes en torno a eso. El pesimista observa lo que ha perdido y, al centrarse en ello, vive sumergido en la pérdida y el dolor.

He aquí algunos consejos para cultivar una actitud sana:

- Sea sincero y realista. No cree su actitud pensando que las cosas son peores o mejores de lo que en realidad son.
- Asegúrese de que conoce los hechos con objetividad. Busque

información fiable y precisa sobre el VHC. Algunos creen que la infección por el VHC es una sentencia de muerte automática. Pero esto no es verdad. La mayoría de las personas VHC positivas mueren *con* el VHC, no *de* VHC.

- Céntrese en el presente. No empeore las cosas imaginándose un futuro plagado de dolores, discapacidades o pérdidas.
- Acepte su situación, pero no se identifique demasiado con ella. El VHC puede ser una parte de su vida, pero eso no significa que tenga que controlarla por completo.
- Mantenga la perspectiva. Centre su atención en cosas que le proporcionen paz, alegría, risa y sentido.
- Tenga cuidado con las palabras que utiliza. Si se oye hablar de forma negativa, sustitúyalo por frases positivas. Dígase, “Encontraré un modo de vivir con el VHC” en lugar de “el VHC está arruinándome la vida”.
- Trate de relajarse. Tranquilícese diciéndose que los momentos difíciles pasarán.
- Visualice la salud, no la enfermedad. La visualización es una herramienta poderosa para lograr la transformación personal.
- Practique la gratitud. Acostúmbrase a encontrar cosas por las que está agradecido.
- Aprenda a distinguir entre lo que puede controlar y lo que escapa de su control. Hay cosas que no puede controlar, como el hecho de que tiene el VHC. Sin embargo, hay otras cosas que puede controlar, como su actitud y lo que usted se puede decir a sí mismo acerca de tener el VHC.
- Aprenda sobre el VHC. Pre-

gúntese qué es lo que ha puede enseñarle el VHC en relación a la vida.

- Busque apoyo. Tratar con otras personas que están lidiando con los mismos problemas puede darle ánimos y esperanza. Mire si hay algún grupo de apoyo para el VHC en su localidad.
- Ayude a los demás. Cuando nos abrimos, probablemente no hay nada que funcione mejor que ayudar a otros que están luchando con los mismos problemas.

En su libro *Cuidar el cuerpo, cuidar la mente*, Joan Borysenko señala: “La adversidad es el crisol en el que se forja el espíritu”. Otra expresión similar es: “Lo que no nos mata nos hace más fuertes”. La hepatitis C es una invitación para apreciar como un tesoro cada día de la vida, para vivir sin miedo y con plenitud. Es la oportunidad para cambiar de etiqueta.

Próximo mes: “El estigma social: Vivir con las etiquetas de los demás”



Trasplante de hígado

2ª Parte



Liz Highleyman

En el último número del HCV Advocate abordamos la escasez de hígados donados para trasplantes y las nuevas técnicas disponibles para paliar esta escasez, tales como los trasplantes de hígado seccionado y de órganos de donantes vivos. Este artículo evalúa la recurrencia de la infección por el VHC en personas con hepatitis C que se han sometido a un trasplante.

Un gran número de investigaciones han demostrado que en los trasplantados de hígado con hepatitis C crónica que no reciben tratamiento, el VHC casi siempre vuelve a infectar el nuevo órgano en unas semanas, a veces en tan solo 24 horas. Algunos estudios – aunque no todos – sugieren que los pacientes con hepatitis C están peor después del trasplante que los receptores que no tenían el VHC. Por ejemplo, tal como se señaló en la edición del 27 de junio de 2004 de la revista *Transplantation*, el Dr. Ergun Velidedeoglu y colaboradores analizaron a más de 13.000 pacientes registrados en la base de datos de *United Network for Organ Sharing (UNOS)*, de los cuales el 57% tenía hepatitis C. Hallaron que la supervivencia a los cinco años era del 74,6% entre los pacientes VHC positivos, frente al 83,5% entre quienes no tenían el VHC. De hecho, la insuficiencia hepática provocada por la recurrencia

de la hepatitis C es una de las primeras causas de muerte entre los trasplantados.

Algunos expertos van tan lejos que incluso afirman que la recurrencia de la infección después del trasplante es “universal,” pero en este caso los datos también son heterogéneos. Es evidente que muchos pacientes que logran la respuesta virológica sostenida (RVS) antes del trasplante con un tratamiento de interferón siguen sufriendo recidivas virales. Esto indica que en el cuerpo permanece una pequeña concentración de material genético del VHC que “siembra” el órgano nuevo, aun cuando sea indetectable mediante los métodos estándar. Por ejemplo, tal como se publicó en la edición de enero de 2006 en *Journal of Hepatology*, Martina Gerotto y colaboradores hallaron que 26 de 208 pacientes de hepatitis C (el 12,5%) que habían logrado repetidamente una carga viral del VHC indetectable al final del tratamiento según la prueba de la reacción en cadena de la polimerasa (RCP) seguían teniendo ARN del VHC residual que era detectable con otro método más sensible, el de la amplificación mediada por la transcripción (AMT).

Según las investigaciones realizadas hasta la fecha, la evolución natural del VHC y el pronóstico de recidivas después del trasplante continúan sin determinar, ya que los estudios han

ofrecido datos contradictorios. En un foro sobre el trasplante de hígado y la hepatitis C, publicado en la revista *Journal of Hepatology* en abril de 2005, el Dr. Greg Everson describió tres patrones de recurrencia. Mientras que una pequeña proporción de pacientes sufren hepatitis colestásica grave, las infecciones recurrentes con el VHC casi siempre se vuelven crónicas y evolucionan de forma similar a la observada en los pacientes no trasplantados, aunque con mayor rapidez y con una concentración de carga viral más alta. Everson calculó que el 25% aproximadamente de los trasplantados presentan cirrosis en el hígado injertado al cabo de 5-10 años (en contraste con los 10-40 años que tarda en aparecer en los pacientes no trasplantados). Diversos estudios han revelado una serie de factores relacionados con la progresión rápida de la fibrosis, entre ellos el genotipo 1 (especialmente el 1b) o 4 del VHC, la raza o procedencia étnica no blanca, la edad del donante y el receptor, y el tiempo de isquemia (el período sin oxígeno desde la extracción del órgano al donante y su inserción en el receptor); sorprendentemente, ser de sexo femenino también se ha vinculado a una progresión más rápida; esto resulta extraño porque, entre los pacientes no trasplantados, las mujeres suelen responder me-

sigue en la pág 6

TRASPLANTE

viene de la pág 5

mejor que los hombres.

Se piensa que la progresión acelerada de la enfermedad por el VHC es resultado de la bajada de defensas que provocan los inmunosupresores empleados para evitar el rechazo del órgano. Algunos estudios han mostrado que la administración de corticosteroides en grandes dosis (en bolo) para tratar el rechazo agudo puede agudizar la gravedad de la dolencia. De forma parecida, otras investigaciones sugieren que puede ser beneficioso evitar completamente los corticosteroides. Pero por otra parte, también existen indicios de que una reducción rápida de las dosis de corticosteroides puede empeorar la progresión de la enfermedad por el VHC. Los datos sobre los riesgos y ventajas de otros tipos de inmunosupresores, como el mofetil micofenolato y la azatioprina, tampoco ofrecen resultados homogéneos. Por ello, de momento, la determinación del mejor método sigue estando abierta al debate. Según Everson, es probable que sea “la interrelación entre el sistema inmunológico y el virus”, junto con los factores genéticos del receptor y la calidad del injerto de hígado, lo que influye en los resultados finales del trasplante. Las últimas experiencias han demostrado que los trasplantados VIH positivos presentan una supervivencia semejante a la de los VIH negativos, siempre que tengan bien controlado el VIH (lo ideal es que sea indetectable) y relativamente intacto el sistema inmunitario

(con una concentración de CD4 de al menos 200 linfocitos/mm³); sin embargo, los pacientes coinfectados con el VIH y el VHC obtienen peores resultados que las personas con el VIH que reciben un trasplante de hígado por otros motivos.

La buena noticia es que algunos trasplantados muestran una progresión mínima de la enfermedad hepática varios años después de la intervención. Determinados sujetos no vuelven a experimentar recidivas ni lesiones en el hígado nuevo incluso pasados 10 años. Dado que la hepatitis C suele avanzar muy lentamente, aun si la fibrosis progresa a

“A medida que vaya mejorando el tratamiento contra la hepatitis C cada vez habrá más sujetos VHC positivos que erradiquen definitivamente el virus antes o inmediatamente después del trasplante.”

velocidad moderada o acelerada en los hígados originales o trasplantados, esto puede conceder a los receptores de 10 a 20 años o más de función hepática buena y en consecuencia, proporcionarles una mejor calidad de vida.

Aunque los datos acerca de la ubicuidad de las recidivas después del trasplante parecen ofrecer un pronóstico sombrío, existen pruebas sólidas de que cuanto más baja sea la carga viral en el momento del trasplante, menos probabilidades de recidivas hay, y menos tendencia a llegar a un punto de gravedad y de progresión rápida si vuelve a aparecer el virus. En algunos

estudios, más de la mitad de los pacientes con el VHC que lograron una RVS mediante el tratamiento con interferón antes del trasplante no sufrieron recidivas. Pero lo normal es que las personas incluidas en la lista de espera para trasplantes estén bastante enfermas, y que tengan problemas para tolerar los efectos secundarios del interferón o la ribavirina. En cuanto al debate sobre si debe tratarse a los pacientes de hepatitis C que están en lista de espera, Everson señaló que, aunque la tolerabilidad del tratamiento sigue siendo un problema serio, merece la pena hacerlo porque este tratamiento previo al

trasplante previene las recidivas posteriores al mismo en el 25% de los casos. E incluso si la terapia no puede erradicar el virus, aún así puede prevenir la progresión de la fibrosis.

Si el tratamiento previo al trasplante es la primera línea de defensa, comen-

zar la terapia inmediatamente después del mismo – una especie de profilaxis tras la exposición – también puede ayudar a prevenir la recaída al inhibir la rápida multiplicación viral que se produce en las horas y días siguientes a la intervención. Aunque las tasas de RVS después del trasplante son más bajas que las de los pacientes no trasplantados – en gran medida por su incapacidad de tolerar la terapia – en torno al 25% logran un nivel indetectable del ARN del VHC a largo plazo. También en este caso el interferón puede frenar los daños hepá-

sigue en la pág 7

TRASPLANTE

viene de la pág 6

ticos aun si la carga viral sigue siendo detectable. Sin embargo, como explicaron los doctores Isabelle Morard y Francesco Negro en el foro de la revista *Journal of Hepatology*, la progresión de la enfermedad después del trasplante varía enormemente entre unos pacientes y otros, y no está claro que la terapia preventiva inmediata – que sometería a algunos pacientes innecesariamente a los efectos secundarios – sea preferible a esperar hasta que se constate que el nuevo hígado está sufriendo daños. (Para más información sobre el tratamiento de la hepatitis C después del trasplante, consulte el número de septiembre de 2004 del *HCV Advocate*.)

Además del tratamiento contra la hepatitis C, la selección del órgano y las técnicas de trasplante también pueden mejorar los resultados. Dado que los pacientes con el VHC presentan un mayor riesgo de tener malos resultados después del trasplante, la situación podría mejorar si recibieran el hígado de donantes más jóvenes. Como indicaron los doctores Yasuhiko Sugawar, y Masatoshi Makuuchi en el foro de la *Journal of Hepatology*, algunas investigaciones apuntan a que los pacientes con el VHC sufren una recidiva viral más rápida y una progresión más acusada de la enfermedad tras recibir órganos de donantes vivos, en lugar de órganos de cadáver. No se conocen todavía los motivos de este fenómeno, pero puede estar relacionado con la multiplicación más veloz del VHC cuando la sección de hígado de un donante vivo se empieza a regenerar en

el receptor. Por otra parte, las tasas de éxito con trasplantes de donantes vivos han mejorado en los últimos años, y la aparente desventaja observada en los estudios anteriores podrían atribuirse a la falta de experiencia con la técnica.

A medida que vaya mejorando el tratamiento contra la hepatitis C – que en condiciones ideales se irá haciendo más tolerable y eficaz a la hora de suprimir el virus – cada vez habrá más sujetos VHC positivos que erradiquen definitivamente el virus antes o inmediatamente después del trasplante, lo cual reduciría el riesgo de que el VHC invada el órgano nuevo.

Bibliografía:

Berenguer, M. What determines the natural history of recurrent hepatitis C after liver transplantation? *Journal of Hepatology* 42(4): 448-456. April 2005.

Everson, G. Should we treat patients with chronic hepatitis C on the waiting list? *Journal of Hepatology* 42(4): 456-462. April 2005.

Gerotto, M. et al. Hepatitis C minimal residual viremia (MRV) detected by TMA at the end of Peg-IFN plus ribavirin therapy predicts post-treatment relapse. *Journal of Hepatology* 44(1): 83-87. January 2006.

Morard, I. and Negro F. How should we treat recurrent hepatitis C after liver transplantation? *Journal of Hepatology* 42(4): 462-468. April 2005.

Sugawary, Y. and Makuuchi M. Should living donor liver transplantation be offered to patients with hepatitis C virus cirrhosis? *Journal of Hepatology* 42(4): 472-475. April 2005.

Velidedeoglu, E. et al. Factors differentially correlated with the outcome of liver transplantation in HCV + and HCV- recipients. *Transplantation* 77(12): 1834-1842. June 2004.



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.

© 2006Hepatitis C Support Project



Eficacia del tratamiento



Alan Franciscus, Redactor jefe

En este artículo voy a describir con brevedad mis experiencias con el tratamiento y mis impresiones generales sobre lo que significa (para mí) estar libre del virus de la hepatitis C. Para empezar, yo no recomiendo el tratamiento a todo el mundo. No todos deben recibir tratamiento, ni la terapia es para cualquiera. La decisión de tratarse debe tomarse después de haber recopilado toda la información posible y de haber sopesado los pros y los contras en cada caso. Nadie debería precipitarse a empezarlo porque yo u otra persona hayamos conseguido buenos resultados. La decisión final debe tomarla usted junto con su médico. A continuación expongo mis ideas, experiencias e impresiones, pero como dice el refrán “eso no tiene que ir a misa”.

En 1994 empecé a sentir los síntomas de la hepatitis C – cansancio moderado y a veces intenso, síntomas similares a los de la gripe – pero no sabía el motivo. Me sometí a muchos análisis durante dos años y nadie podía explicar la causa médica de mi fatiga ni de los demás síntomas. Esto fue muy frustrante, porque llegué a pensar que tenía alguna enfermedad rara que nadie conocía. Nunca olvidaré el día en que fui a consulta con mi nuevo médico de atención primaria. Después de explicarle mis síntomas, él solicitó una analítica completa que incluía la prueba de anticuerpos a la hepatitis C. Yo nunca había oído hablar de la hepatitis C, pero por suerte él sí. Una semana después recibí los resultados: tenía hepatitis

C. Como se pueden imaginar, me disgusté mucho, pero en cierto modo fue un alivio descubrir que era lo que estaba provocándome tanto cansancio.

Alrededor de 3 meses después del diagnóstico, decidí probar un tratamiento con la monoterapia de interferón no pegilado (3 inyecciones a la semana). Estuve tratándome durante un año, pero no logré una RVS. De hecho, durante ese tiempo la carga viral nunca llegó a un nivel indetectable. Para rematar, la terapia me provocó muchos efectos secundarios. La primera noche que la tomé tuve intensos escalofríos y fiebre. Pasado un tiempo, las reacciones adversas físicas, como los síntomas gripales, empezaron a disminuir un poco, al menos hasta el punto en que podía soportarlas. Sin embargo, los efectos secundarios de tipo psicológico (como el enojo y la depresión) fueron empeorando poco a poco. Después de tres meses, se decidió que comenzara un tratamiento con antidepresivos. Además, empecé a practicar la meditación con regularidad y, entre este hábito y los antidepresivos, pude sentirme mejor y fui capaz de finalizar el tratamiento.

Cuando miro hacia atrás, pienso que me habría gustado estar más informado sobre las probabilidades de éxito de la monoterapia, ya que de saberlo no creo que la hubiera seguido. Los datos relativos al tratamiento en aquella época mostraban que sólo tenía un 9% de probabilidades de alcanzar la RVS. Sin embargo, aunque no logré erradicar el virus, el tratamiento sí mitigó la fatiga, al menos durante un tiempo.

Pero al final, el cansancio volvió otra vez, así que en 1999 decidí probar con interferón no pegilado otra vez, esta vez en dosis elevadas y cada día. Al principio, experimenté una reducción drástica del ARN del VHC (carga viral), pero transcurridos 10 meses el virus reapareció, por lo que dejé la terapia. Esta vez también mi nivel de energía mejoró espectacularmente, pero al cabo de dos años regresó ese cansancio tan extremo, junto con aturdimiento, falta de concentración, dificultades de memoria y otros síntomas muy molestos. Para mi sorpresa, los efectos secundarios con esta dosis diaria tan alta no fueron mucho peores que cuando lo había tomado tres veces por semana. Creo que esto pudo ser así por lo que había aprendido la primera vez para controlarlos. Además, antes de comenzar la terapia había estado tomando ya antidepresivos durante un par de meses.

En el año 2002, decidí que quería probar la politerapia de interferón pegilado más ribavirina. Comencé a finales de año y mi carga viral empezó a descender, aunque no con la rapidez que esperaba. Al cabo de 3 meses, logré una reducción de 2 logocopias en el ARN del VHC, lo que significa que iba bien encaminado. Al llegar a los 9 meses de tratamiento, comencé a investigar acerca de la duración de la terapia en personas que tenían unas características similares a las mías: una edad madura, el genotipo 1, la carga viral elevada y una larga temporada desde el momento de la infección. Casi todos los datos sugerían que debería seguir tratándome durante más tiempo. Tras consultar con mi médico, decidimos prolongar el tratamiento de 48 a 72 semanas.

Los efectos secundarios de la politerapia de interferón pegilado

EFICACIA

viene de la pág 8

más ribavirina fueron mucho más llevaderos que los que sentí con las dos monoterapias anteriores. De hecho, a la mañana siguiente de la primera inyección me sentía tan bien ¡que dudé si me había tomado los medicamentos o no! Esto fue cambiando poco a poco, y para el tercer mes las reacciones adversas habían empeorado, pero fui capaz de controlarlas bastante bien. Los resultados de las analíticas fueron en general buenos durante el ciclo terapéutico, salvo en un aspecto, y es que tuve anemia. Tengo MUCHÍSIMA suerte de contar con un seguro médico que cubría todos los medicamentos que necesité, incluso la eritropoyetina (EPO). La EPO hizo maravillas con la anemia y la fatiga resultante, y me permitió finalizar el tratamiento.

Una de las estrategias que puse en práctica fue un buen sistema de apoyo mucho antes de iniciar la terapia. Me apoyé mucho en mis amigos y familiares para superar el mal trago. Controlamos las reacciones adversas afrontándolas con decisión, buscando soluciones desde el principio para que no fueran a peor. También me siento muy afortunado por lo mucho que disfruto trabajando para el *Hepatitis C Support Project*. Esta labor fue de gran ayuda para distraerme de los efectos secundarios. Pero no se equivoquen: nada de esto fue un paseo, ya que estaba tratando de dirigir una organización sin ánimo de lucro. Viajé intensivamente durante este período y recorrí cerca de 100.000 millas por el aire. Pero al final conseguí terminar el tratamiento, y eso fue algo que me compensó con creces.

Ya ha pasado más de un año desde que completé la terapia, y

sigo siendo negativo al virus de la hepatitis C. Esto no ha sido totalmente inesperado pero, como le sucede a la mayoría de la gente que se trata hoy en día, tampoco era algo seguro. Desde que recibí la buena noticia, he pensado mucho sobre lo que significa para mí haber recibido un tratamiento eficaz y estar libre del virus.

Para empezar, el hecho de saber que el virus ya no estaba en mi organismo fue algo fantástico. Desearía que toda la gente que tiene hepatitis C pudiera experimentar esa sensación de haber combatido al VHC. Aunque llevó un tiempo, los efectos secundarios del tratamiento empezaron a mitigarse y luego desaparecieron, y comencé a sentirme mejor. Los síntomas de hepatitis C que llevaba sufriendo tanto tiempo también se fueron desvaneciendo. Poco a poco, recuperé la energía. De hecho, tengo ahora más energía que hace 10 años, y casi todos los síntomas gripales de la infección han desaparecido. Pero lo mejor de todo es que he vuelto a tener lucidez mental y siento una serenidad general que no había experimentado en años. Eso marca una gran diferencia respecto al modo en que me sentía antes de la terapia.

Después de recibir un tratamiento eficaz, surgen muchas preguntas. Una de las cosas que más pregunta la gente es si pueden tomar alcohol otra vez. Para mí, en este tema no había duda alguna. Me estoy rehabilitando de mi hábito de beber, así no tengo ninguna alternativa más que no probarlo. Por desgracia, no existen datos sobre si se puede tomar alcohol después de haber logrado una RVS. Hasta que no aparezcan datos significativos sobre este tema, la recomendación general es abstenerse del alcohol.

Otro asunto de preocupación es la sangre. ¿Debo taparme las heridas o tomar precauciones si hay sangre?

Definitivamente, sí. Siempre hay que ser precavidos en presencia de sangre, tanto si es suya como si es de otra persona.

Sentirse infeccioso es probablemente una de las emociones más fuertes que abruma a las personas con hepatitis C, en especial después de recibir el diagnóstico. Antes estaba tan preocupado cuando me salía sangre que me ponía casi histérico sin ninguna necesidad. Ahora sigo creyendo que hay que cumplir las medidas de seguridad necesarias en presencia de sangre, y yo mismo las pongo en práctica. Pero existe una gran diferencia entre seguir las medidas de seguridad normales y saber que la sangre de uno está infectada y puede infectar a otra persona.

¿Siento que voy a vivir más tiempo ahora que no tengo hepatitis C? Sí creo que voy a vivir más tiempo, pero lo más importante es que no tendré que sufrir la fatiga extrema ni los demás síntomas de la hepatitis C. Para mí, la pérdida en calidad de vida y el sufrimiento eran peores que la idea de morir de hepatitis C.

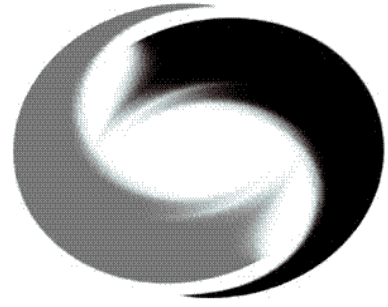
Mi consejo para toda persona que se esté planteando un tratamiento es que investigue sobre los fármacos disponibles contra la hepatitis C. Si decide iniciar la terapia, organice una red de apoyo personal y médico con bastante antelación. Otra estrategia que me ayudó fue encontrar actividades agradables que me distrajeran de los efectos secundarios. Con toda seguridad, el mejor consejo que puedo dar es que hay que afrontar el tratamiento día a día y paso a paso.

“Pero recordemos, no podemos esperar a que los demás cuenten nuestra historia. Debemos permanecer visibles, hablar alto y claro y mantenernos unidos”.

– Yvette Sangster y Ed Kramer



Para Vivir Positivamente. Sintiéndose Bien.



www.hcvadvocate.org

HCSP

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