



HEPATITIS C
SUPPORT PROJECT

www.hcvadvocate.org

HCV ADVOCATE

marzo 2006 vol. 3, número 3

Para Vivir Positivamente. Sintiéndonos Bien

UNA PUBLICACIÓN MENSUAL DEL HEPATITIS C SUPPORT PROJECT

www.hcvadvocate.org

La carga futura del VHC: 2ª Parte



Alan Franciscus, Redactor jefe

En el último número del HCV Advocate (volumen 9, número 2) escribí sobre el primer estudio a gran escala dirigido a calcular la carga patológica de la hepatitis C en el futuro, un ensayo realizado por J. B. Wong y colaboradores que se publicó en el año 2000. En el artículo mencionado, se estimó que la carga futura de la hepatitis C desde 2010 hasta 2019 sería de 208.500 fallecimientos por el VIH, 10.700 millones de dólares en gastos médicos directos, 54.200 millones en gastos indirectos y 21.300 millones de dólares en gastos por discapacidades. En la 2ª parte de esta serie sobre la carga futura del VHC voy a resumir un estudio dirigido por G.L. Davis y colaboradores que realizó una proyección de la cantidad de casos de infección por el VHC, cirrosis e insuficiencia hepática derivadas de la hepatitis C que habrá desde el año 2020 hasta el 2040.

La cantidad de personas infectadas con hepatitis C para ese modelo se basó en el estudio de la 3ª Revisión Nacional sobre Salud y Nutrición (NHANES III). En dicho estudio, los autores emplearon un modelo matemático probado (el Modelo Markov) y lo modificaron para incluir las infecciones agudas por el VHC. Dado que una parte de la

población elimina espontáneamente el VHC por sí misma, los autores partieron de que el 79% de las personas infectadas inicialmente con el virus progresan hasta la infección crónica. A partir de ahí, se calculó la progresión de una etapa de la enfermedad a otra por años. En el modelo de simulación por computadora también se introdujeron los factores de mortalidad normal, ajustada según la edad, por todos los motivos o muertes por motivos no relacionados con el VHC.

Los autores se centraron en el pequeño grupo de pacientes que sufren cirrosis y complicaciones derivadas de la insuficiencia hepática, ya que este tipo de sujetos es el que más utiliza los recursos médicos. Se realizó un subanálisis para proyectar en su modelo el impacto del tratamiento. Se hizo la suposición de que solamente los pacientes que logran una respuesta virológica sostenida (RVS) consiguen mejoras en su histología hepática. Los autores partieron de una RVS del 50% basándose en los resultados de los ensayos clínicos sobre interferón más ribavirina. Además, admitieron que este estudio estaba intencionalmente sesgado para calcular a la baja las proyecciones de la carga del VHC en el futuro.



EN ESTE NÚMERO

Consejos de salud:

*El estigma social: Vivir con la etiqueta de los demás.....*3

Noticias relativas al VHC en la Conferencia sobre Retrovirus de 2006.....

5

Programas de asistencia a los pacientes.....

8

Manifestaciones extrahepáticas:

*El linfoma no hodgkiniano.....*9

RESULTADOS

El modelo de computadora calculó que todos los casos de cirrosis derivada del VHC aumentarían en un 25% en 2010, un 32% en 2020, un 36% en 2030 y un 38% en 2040. La descompensación hepática provocada por el VHC aumentaría considerablemente en los próximos 30 años: un 58% para el año 2010, un 106% para 2020 y un 124% para 2030, y a partir de ese punto empezaría a estabilizarse con el tiempo.

También aumentarían los fallecimientos estimados, llegando a unos 40.000 por año en 2040.

El impacto del tratamiento sobre la progresión de la enfermedad se calculó con el supuesto de que se trataría al 10%, 50% o 70% de todos los pacientes de VHC con cirrosis compensada. Se halló que la eficacia terapéutica haría descender la progresión de la enfermedad des-

sigue en la pág 2

CARGA FUTURA

viene de la pág 1

de la etapa de cirrosis compensada hasta la de cirrosis descompensada en un 5%, 24% y 34% respectivamente al cabo de 20 años. Los autores calcularon que el tratamiento de los pacientes con hepatitis C crónica moderada no tendría un gran impacto en los próximos 10 años, pero que al cabo de 20 años reduciría notablemente la carga de la enfermedad (un 11,0% tras 10 años, un 31,9% tras 20 años y un 58,5% dentro de 40 años). Se calculó que el tratamiento de los pacientes con la ALAT normal tendría poco impacto (reducción del 2,0% en 10 años; del 6,7% dentro de 40 años).

Los autores señalaron que “[l]a identificación y el tratamiento de una proporción más grande de pacientes infectados, la educación sobre la importancia de abstenerse del alcohol (el factor de riesgo que más contribuye a la progresión de la enfermedad) y el desarrollo de terapias mejor toleradas pueden ayudar a conseguir un impacto más significativo en la morbilidad que presenta esta enfermedad”. Asimismo, los autores indicaron que los gastos iniciales de detectar y tratar a los pacientes compensarían con creces el futuro costo de tratar las complicaciones derivadas de la cirrosis descompensada, que llegará según los cálculos a más de 1.000 millones de dólares al año.

Los autores concluyeron que “está claro el mensaje de que se necesita un enfoque enérgico y proactivo para, en primer lugar, identificar, educar y tratar a los pacientes con la infección por el VHC y en segundo lugar, aumentar los recursos para realizar trasplantes”.

1 Gary L. Davis, James E. Albricht, Suzanne F. Cook, and Daniel M. Rosenberg. “Projecting Future Complications of Chronic Hepatitis C in the United States” *Liver Transplantation*, Vol 9, No 4 (April), 2003, pp 331-338

Cuadro 1. Prevalencia de la Infección Crónica con Hepatitis C, y Complicaciones en Cuatro Intervalos de 1 Década.

	2000	2010	2020	2030	2040
Infección por el VHC:	2.940.678	2.870.391	2.681.556	2.433.709	2.177.089
Cirrosis	472.1033	720.807	858.788	879.747	828.134
Cirrosis descompensada	65.294	103.117	134.743	146.408	142.732
Carcinoma Hepatocelular	7.271	11.185	13.183	13.390	12.528
Muerte por Trastornos Hepáticos	13.000	27.732	36.483	39.875	39.064

Cuadro 2. Proporción de Descompensación Hepática Derivada del Tratamiento Desglosada por Subgrupos de Pacientes

Grupo tratado	2010	2020	2030	2040
Cirrosis (excluyendo los casos con complicaciones)	54.5%	26.8%	14.9%	9.1%
Hepatitis C crónica moderada	33.5%	37.7%	32.1%	25.7%
Hepatitis C crónica mínima o leve	11.0%	31.9%	48.0%	58.5%
ALAT en suero persistentemente normal	2.0%	3.5%	5.0%	6.7%



Consejos de Salud:

El estigma social: Vivir con las etiquetas de los demás



Lucinda Porter, Enfermera titulada

En el último número de la revista Hepatitis, los redactores realizaron una encuesta informal por Internet sobre el estigma social y la hepatitis vírica. (Enero de 2006, Vol. 8, N° 1, p. 53) El artículo arrojó resultados tanto positivos como negativos. Primero, damos las buenas noticias: El 42% de los participantes afirmaron que no habían afrontado ningún estigma social por vivir con la hepatitis B (VHB) o la hepatitis C (VHC). Ahora viene lo malo: El 20% indicó que había sufrido discriminación laboral a causa del VHB o el VHC; el 13% padeció estigma social por su hepatitis, y el 13% se había sentido alienado de familiares y amigos debido a la hepatitis vírica. Lo más destacable de estos resultados es que el 8% de los encuestados aseguraron que los profesionales médicos se habían negado a atenderlos por su infección con el VHB o el VHC.

Según el Diccionario Oxford, la definición de estigma es, “una marca de desgracia o mala fama asociada a una circunstancia, cualidad o persona concreta”. La etimología griega y latina de la palabra estigma es “marca, etiqueta o tatuaje”. El diccionario Encarta define el estigma como “signo de falta de aceptación social: la vergüenza o desgracia vinculada a algo que se considera socialmente inaceptable”. Las acepciones del Merriam-Webster incluyen “marca de vergüenza o descrédito; marca o característica identificadora; signo diagnóstico específico de una enfermedad”.

Por desgracia, la hepatitis C conlleva realmente un estigma. Creo que eso se debe a tres motivos. El primero, es que el VHC es potencialmente contagioso. Aunque no se transmite con facilidad, la gente sigue temiendo a quienes sufren la enfermedad y se cierra frente a ellos. Mi vecina impidió a su hija adolescente

que visitara a mi familia cuando se enteró de que yo tenía el VHC. El miedo y la ignorancia han costado a algunos pacientes su empleo, sus amistades y sus matrimonios. Los besos y abrazos desaparecen. Se terminan las relaciones sexuales o dejan incluso de intentarse. En casos extremos, incluso los matrimonios entran en crisis.

Otro estigma del VHC tiene que ver con un problema más general. A algunas personas no les gusta estar cerca de “los enfermos”. El tipo de enfermedad en sí no es muy importante. No hace falta que sea contagiosa ni que se manifieste con síntomas obvios. Me imagino que ese tipo de reacción procede del

miedo. Hay gente que siente temor ante las enfermedades y la muerte, y se cierra ante quienes padecen alguna dolencia. También pueden tener miedo de que la persona que les importa acabe falleciendo, así que rechazan al enfermo antes de tener que enfrentarse a la pérdida.

Otro estigma vinculado con la hepatitis C es que la gente la asocia al consumo de drogas intravenosas. En ocasiones, las personas que no están bien informadas suponen que todos los pacientes con hepatitis C se han inyectado drogas, a pesar de que la hepatitis C puede contraerse de muchos otros modos. Nuestra sociedad no siente compasión ni entiende el consumo de drogas intravenosas. Aquellos que nunca se han inyectado drogas no desean llevar esa etiqueta. A los que sí se han inyectado les atormenta su pasado. Los consumidores activos de drogas intravenosas llevan el peso de cargar con dos situaciones estigmatizadas: su adicción y la hepatitis C1.

Es trágico observar este ostracismo tan innecesario y evitable. Las personas que luchan para vivir con una enfermedad crónica necesitan más apoyo, no menos. Para algunos, el aislamiento resulta más

“Ya es hora de buscar soluciones en vez de problemas. Una buena forma de empezar es dejar de lado la discriminación.”

VIVIR

viene de la pág 3

difícil de llevar que el propio virus. Ser testigo de esta discriminación es algo desgarrador, en especial cuando los pacientes reciben el diagnóstico y necesitan más apoyo que nunca.

En la televisión, la publicidad habla abiertamente de la disfunción eréctil, pero la hepatitis C sigue metida en el armario. Eso es así a pesar de que se estima que la mortalidad por el VHC va a triplicarse en los próximos 10 años. Eso dice muy poco sobre nuestras prioridades.

Mi opinión es la siguiente: el modo en que se ha adquirido el VHC no es asunto de nadie; el hecho de que alguien tenga el VHC es asunto de todos. El VHC es un problema social que exige una respuesta social. Ya es hora de buscar soluciones en vez de problemas. Una buena forma de empezar es dejar de lado la discriminación.

¿Qué podemos hacer nosotros? Para empezar, empiece consigo mismo. ¿Se pone usted etiquetas? ¿Espera que le discriminen? ¿Teme que otros le rechacen de algún modo? ¿Tiene sus propios temores acerca de su infección con el VHC? Si es así, exprese sus sentimientos. El mejor lugar para abrir sus sentimientos es un grupo de apoyo de VHC. Descubra cómo viven otras personas con el VHC.

¿Cree usted que merece tener el VHC como consecuencia de su conducta en el presente o el pasado? Si lo cree, hay algo que debo decirle: nadie merece tener el VHC. No importa cómo haya adquirido el virus. Este virus no es un castigo ni una consecuencia natural de una mala conducta; es un resultado desafortunado pero no intencional. El sentimiento de

culpa y remordimiento no va a mejorar su salud y puede tener un efecto negativo. Si ve que está lidiando con emociones negativas, consulte con su médico. Es posible que necesite asesoramiento psicológico. Nota importante: Si tiene pensamientos suicidas o piensa en hacerse daño a sí mismo/a o a otras personas, busque ayuda profesional de inmediato.

Un comentario final para reflexionar: hay otra definición de estigma que no hemos mencionado. En botánica, el estigma es la parte de la planta donde las abejas depositan el polen. El estigma contiene la solución fragante y dulce que atrae a las abejas. Es el sitio donde se produce la fertilización. Para los portadores del VHC, puede ser el lugar donde la vergüenza florece para convertirse en esperanza. Ya es hora de sacar a la hepatitis C del armario para que vea la luz del sol.

1Para más información sobre el doble estigma asociado al consumo de drogas intravenosas y el VHC, recomendamos "Stigma: Hepatitis C and Drug Abuse," de Janetta Astone-Twerell, Ph. D. Shiela M. Strauss, Ph.D. y Corrine Munoz-Plaza, M.PH. Este artículo puede consultarse en la sección "Medical Writers' Circle" de nuestro sitio Web www.hcvadvocate.org.

Copyright, marzo de 2006, Hepatitis C Support Project/ HCV Advocate www.hcvadvocate.org
- Reservados todos los derechos.

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

© 2006Hepatitis C Support Project



Noticias relativas al VHC en la Conferencia sobre Retrovirus de 2006



Liz Highleyman

Aunque la Conferencia sobre Retrovirus e Infecciones Oportunistas de este año, celebrada del 6 al 9 de febrero en Denver, no reveló ningún dato innovador sobre la hepatitis o la coinfección, cerca de 70 presentaciones abordaron varios aspectos de este tema. Para consultar los resúmenes de las conferencias y la difusión por Internet de las presentaciones orales, visite el sitio Web de la conferencia, www.retroconference.org/2006.

Nada más empezar la conferencia, Takaji Wakita, de Japón (resumen 15) explicó un nuevo método para cultivar el VHC en el laboratorio. Este método ofrece “una poderosa herramienta con la que puede estudiarse el ciclo de vida del virus,” concluyó, en comparación con los modelos existentes de réplicas que producen partículas similares al virus real que no son infecciosas. En un simposio celebrado el miércoles, T. Jake Liang, de los Institutos Nacionales de la Salud en los EE.UU. (resumen 170) presentó un repaso del VHC, su impacto en el hígado y la respuesta inmunitaria del organismo. Stuart Ray, del Johns Hopkins (resumen 171) analizó los desafíos que presenta actualmente el tratamiento de la coinfección por el VIH/VHC. Además, Ann Kwong, de Vertex Pharmaceuticals (resumen 172), revisó el desarrollo de las nuevas

terapias que atacan el VHC, como los inhibidores de la proteasa VX-950 y SCH 5030304, mientras que Daria Hazuda, de Merck (resumen 173) prosiguió con una discusión sobre los inhibidores de la polimerasa del VHC.

TRATAMIENTO DEL VHC

Manel Crespo y colaboradores de Barcelona (resumen 81) presentaron los resultados de un estudio sobre el tratamiento de pacientes VIH positivos con los genotipos 2/3 del VHC. En este análisis retrospectivo, evaluaron los datos de 42 sujetos (41 con el genotipo 3; 1 con el genotipo 2) tratados con interferón convencional o bien con interferón pegilado (Peg-Intron) más ribavirina durante 24 semanas. Las tasas de respuesta virológica sostenida (RVS) fueron del 43% con el interferón convencional y del 71% con Peg-Intron. Las tasas al final del tratamiento y las de RVS fueron más altas entre los pacientes que habían logrado una carga viral del VHC indetectable a las cuatro semanas, y además las tasas de recidivas fueron más bajas (del 46% frente al 5%). Estos resultados sugieren que para la mayoría de las personas VIH positivas con los genotipos 2 ó 3 del VHC es suficiente con 24 semanas de tratamiento con interferón pegilado/ribavirina, y que la respuesta virológica rápida (RVR) en la semana 4 puede servir para

pronosticar el resultado final. Eso está en contradicción con algunas investigaciones anteriores y con las últimas pautas que sugieren que los pacientes coinfectados se beneficiarían de un tratamiento más largo.

Basándose en datos del estudio APRICOT, Douglas Dieterich y colaboradores (resumen 856) señalaron que la respuesta virológica rápida a las cuatro semanas también era un factor pronóstico de la RVS en los pacientes coinfectados con el genotipo 1. Entre 176 pacientes con el genotipo 1 tratados con interferón pegilado (Pegasys) más ribavirina, el 75-83% de quienes obtuvieron una RVR lograron posteriormente la RVS, independientemente de si habían empezado con una carga viral alta o baja. Los estudios anteriores han demostrado que la ausencia de respuesta virológica temprana (RVT) a las 12 semanas podría usarse como criterio límite para detener la terapia; pero los dos estudios mencionados sugieren que este límite podría retraerse a un punto anterior, ahorrando a los pacientes los efectos secundarios y gastos del tratamiento adicional que probablemente no será capaz de producir una respuesta sostenida.

En otro estudio realizado por Alison Uriel y colegas (resumen 854), también se mostró que la prolongación de la terapia no

sigue en la página 6

RETROVIRUS

viene de la pág 5

está asociada a una tasa más alta de RVS. En ese ensayo clínico multicéntrico, 177 participantes coinfectados (el 80% con el genotipo 1) recibieron inicialmente Peg-Intron/ribavirina durante 24 semanas. Los 61 pacientes que tuvieron indetectable el ARN del VHC a la semana 24 fueron distribuidos aleatoriamente para recibir tratamiento durante 24 semanas más (ciclo estándar) o 48 semanas más (ciclo prolongado); la RVS fue del 50% y el 54%, respectivamente. Sin embargo, más de la mitad de los 61 participantes no finalizaron el tratamiento debido a los efectos secundarios o por su negativa a continuar la terapia después de 24 semanas, lo que llevó a los investigadores a la conclusión de que “el tratamiento (...) más largo puede no ser factible para muchos pacientes infectados con el VIH”.

Para los pacientes coinfectados también se ha sugerido que sería beneficioso administrar el tratamiento en dosis más altas. Sin embargo, T. Ruys y colaboradores (resumen 852) señalaron que la terapia de inducción a dosis altas con Peg-Intron (3 mcg/kg/semana durante cuatro semanas, 2 mcg/kg/semana durante cuatro semanas y a partir de entonces 1,5 mcg/kg/semana durante 40 semanas) más ribavirina no pareció más eficaz que la dosis estándar de Peg-Intron (1,5 mcg/kg/semana durante 48 semanas) más ribavirina. En ese estudio piloto de 23 participantes coinfectados (10 con el genotipo 1; 10 con el genotipo 3; 3 con el genotipo 4), el 38% de los pacientes en el grupo de inducción lograron la RVS, frente al 35% de

los sujetos en el grupo con dosis estándar. Casi una tercera parte de los pacientes en el grupo de inducción con dosis altas tuvieron que abandonar el tratamiento por la aparición de efectos secundarios de tipo neuropsiquiátrico, frente a ninguno de los sujetos del grupo con dosis estándar.

No se sabe con certeza el motivo de que la respuesta al interferón en los sujetos coinfectados con el VIH/VHC fuera peor que en los participantes mono infectados con el VHC. Algunos investigadores han conjeturado que la diferencia se debe al estado inmunitario del organismo. Sin embargo, en un estudio de Susan Hopkins y colaboradores (resumen 860), la concentración nadir (la más baja que se haya tenido) de linfocitos CD4 no fue un factor pronóstico de la respuesta al interferón pegilado más ribavirina. Este análisis retrospectivo incluyó a 124 pacientes coinfectados (cerca de la mitad portadores del genotipo 1) en Londres y Dublín. Las concentraciones medianas de CD4 en el punto basal y nadir fueron de 440 y 208 linfocitos, respectivamente; cerca del 60% estaban siguiendo la TARGA. La RVS fue alcanzada por el 25% de los portadores del genotipo 1 y por el 75% de quienes no tenían el genotipo 1. En un análisis multifactorial, el genotipo fue el único factor pronóstico de respuesta sostenida con importancia estadística; en cambio, la concentración nadir de CD4 no tuvo ningún efecto significativo.

PROGRESIÓN Y FIBROSIS

Como noticia alentadora, Pablo Barreiro y colaboradores de Madrid (resumen 859) afirmaron que el tratamiento eficaz contra la hepatitis C puede invertir los daños hepáticos en los sujetos

coinfectados con el VIH/VHC. En su estudio, formado por 112 participantes (70% con el genotipo 1; 44 con RVS; 68 que no habían respondido al tratamiento o habían recaído posteriormente), se observó con menos frecuencia fibrosis moderada o avanzada (etapas F3-F4) entre quienes obtuvieron una respuesta sostenida. Asimismo, el grado de fibrosis fue descendiendo con el tiempo una vez finalizado el tratamiento contra la hepatitis C. Varios estudios anteriores ya han demostrado que los pacientes con mono infección por el VHC que logran la RVS experimentan una regresión de la fibrosis hepática, y es tranquilizador saber que eso también puede suceder en los sujetos coinfectados, aunque los investigadores puntualizaron que “parece que se necesitan largos períodos de tiempo para que se manifieste este efecto beneficioso”.

El estudio de Barreiro ofreció indicios de que la prueba de elastometría no invasiva FibroScan es útil tanto para los pacientes coinfectados como para los mono infectados con el VHC. Mark Sulkowski y colaboradores (resumen 867) también expusieron los resultados de una herramienta de medición – el Índice de Fibrosis Johns Hopkins – compuesta por determinaciones analíticas (seroalbúmina, ASAT y concentración de plaquetas) y por los antecedentes de consumo de alcohol, y que fue capaz de pronosticar con precisión la fibrosis en pacientes coinfectados. Además, Huda Al-Morhi y colaboradores de Montreal (resumen 869) utilizaron el índice no invasivo APRI para evaluar la fibrosis en 162 pacientes coinfectados. En un

sigue en la pág 7

RETROVIRUS

viene de la pág 6

análisis multifactorial, los antecedentes de consumo de alcohol en cualquier cantidad se vincularon con un grado más avanzado de fibrosis, pero no los antecedentes de consumo de drogas intravenosas o el hábito de fumar tabaco o marihuana. La concentración de CD4 más elevada se asoció a un grado menos avanzado de fibrosis, pero el tratamiento TARGA no produjo ningún efecto significativo.

TRATAMIENTO DEL VIH

Las investigaciones siguen ofreciendo datos contradictorios acerca del tratamiento del VIH en los sujetos coinfectados con el VHC. Renato Maserati y colaboradores (resumen 846) analizaron a 201 pacientes coinfectados y 684 monoinfectados con el VIH pertenecientes a la Cohorte MASTER, que tomaban la TARGA y habían mantenido la carga viral del VIH indetectable durante 12 meses como mínimo. En contraste con algunos estudios anteriores, los investigadores observaron que el hecho de tener el VHC no parecía frenar la recuperación del nivel de linfocitos CD4. Sin embargo, la presencia de los genotipos 2 o 3 del VHC sí se asoció a una peor recuperación de los CD4 comparada con la de los genotipos 1 o 4. Marina Núñez y colaboradores de Madrid (resumen 847) presentaron resultados que muestran que la coinfección con el VIH/VHC está asociada a una apóptosis (muerte celular programada) más elevada de los linfocitos T, lo cual podría explicar la mayor lentitud para recuperar el nivel de CD4 después de empezar a recibir la TARGA.

Algunos medicamentos anti-retrovirales que se utilizan para tratar el VIH, en particular los inhibidores de la proteasa, se han vinculado al aumento del colesterol y los triglicéridos. Jack Stapleton y colaboradores (resumen 878) evaluaron a 1440 participantes VIH positivos (de los cuales 161, o el 11 % tenían el VHC) que habían empezado a recibir la TARGA por primera vez en el estudio ACTG 5001 (ALLRT). La concentración de esos lípidos en la sangre se fue elevando cada vez más, tanto en los sujetos monoinfectados con el VIH como en los coinfectados. En contraste con otros estudios previos, la concentración de colesterol en ayunas fue similar en ambos grupos al cabo de 48 semanas. Sin embargo, una proporción mayor de pacientes monoinfectados con el VIH tuvieron que tomar medicamentos para reducir los lípidos (el 4 % frente a ninguno del segundo grupo). En otro estudio de 415 sujetos monoinfectados con el VIH y 307 coinfectados con el VIH/VHC (el 13 % con el genotipo 3), G. Lapadula y colaboradores (resumen 877) hallaron que los pacientes coinfectados experimentaban con menos frecuencia subidas del colesterol y los triglicéridos mientras seguían la TARGA, pero que este efecto estaba originado por los portadores del genotipo 3 del VHC.

Una de las historias más destacadas en la conferencia de este año fue un informe de Kenneth Lichtenstein y colaboradores que sugiere que el inicio más temprano de la TARGA entre sujetos monoinfectados con el VIH está asociado a mejores resultados terapéuticos y menos reacciones adversas. Laure Valerio y colaboradores (resumen 891) presenta-

ron indicios de que el inicio más temprano de la TARGA también beneficia a los pacientes coinfectados. Mediante un modelo matemático, el equipo de Valerio calculó que una cohorte de sujetos coinfectados con una edad media de 37 años que comenzara a recibir la TARGA por primera vez con un nivel de CD4 entre 200-350 tenía una esperanza de vida proyectada de 13,21 años (suponiendo que el tratamiento antirretroviral siguiera siendo eficaz durante 10 años). Sin embargo, la esperanza de vida aumentaba a 14,48 años si la TARGA se iniciaba con 350-500 linfocitos CD4, lo que llevó a los investigadores a concluir que “El comienzo más temprano de la TARGA probablemente aumentaría la esperanza de vida en los pacientes coinfectados por el VIH/VHC en 1,27 años como mínimo”.



Programas de asistencia a los pacientes



Alan Franciscus, Redactor jefe

Muchos estadounidenses no tienen seguro médico ni cobertura para los medicamentos con receta. A fin de ofrecer fármacos gratuitos o a bajo precio para los pacientes, la industria farmacéutica creó hace algún tiempo los programas de asistencia a los pacientes. Aparte de esos servicios, algunas compañías farmacéuticas trabajan con los pacientes para ver si la prescripción de su fármaco está cubierta por el seguro médico o por otros planes de medicamentos.

La *Partnership for Prescription Assistance* se lanzó en 2005 para ofrecer un acceso centralizado de asistencia a los pacientes que necesitan ayuda para la cobertura de medicamentos con receta. En ella participan organizaciones farmacéuticas, locales y nacionales para agrupar en un solo centro a más de 475 programas de asistencia al paciente tanto públicos como privados.

La *Partnership for Prescription Assistance* se fundó porque muchos estadounidenses no saben que cumplen los requisitos para recibir medicamentos gratuitos o a precios reducidos. La idea detrás de esta creación de un recurso centralizado es que facilita a los pacientes la búsqueda de programas de asistencia. El objetivo o la misión de la *Partnership for Prescription Assistance* es potenciar el

conocimiento de los programas de asistencia al paciente y ayudar a la gente a acceder a dichos programas.

Para averiguar si usted cumple los requisitos de algún programa de asistencia, visite el sitio Web de la *Partnership for Prescription Assistance*: <https://www.pparx.org> o llame al 1-888-477-2669 (número gratuito) para conocer más detalles.

Para acelerar el proceso, tenga a mano la siguiente información:

- Edad
- Estado donde reside y código postal
- Ingresos brutos anuales en la unidad familiar
- Número de personas que viven en su hogar
- Marca de los medicamentos que está tomando o le han recetado (Pegasys/Copegus – Roche; PegIntron/Rebetol – Schering)
- Tipo de seguro médico o cobertura de fármacos con receta (si lo tiene)
- Nombre e información de contacto del médico que le ha recetado o le va a recetar la medicación.

El personal que le atenderá está especialmente preparado para portarse con amabilidad y delicadeza amables ante los particulares problemas que presentan los asuntos económicos y la propia enfermedad. Toda

la información aportada es estrictamente confidencial.

Si se determina que usted cumple los requisitos para un programa concreto, le pedirán que llene una solicitud. Para la mayoría de la gente, este proceso es estresante por muchos motivos, por lo que le recomendamos que busque a un cuidador, trabajador social, asesor de beneficios, profesional médico o amigo para ayudarle a realizar los trámites iniciales y llenar bien la solicitud. Una vez que haya presentado su información de paciente, la solicitud deberá ser enviada a su médico para que también la complete.

También puede comunicarse directamente con las compañías farmacéuticas que ofrecen programas de asistencia al paciente:

- Roche – Pegasys más Copegus (ribavirina): Pegassist Patient Assistance Foundation – 1-877-734-2797
- Schering – PegIntron más Rebetol (ribavirina): Commitment to Care – 1-800-521-7157



Manifestaciones extrahepáticas: *El linfoma no hodgkiniano (LNH)*



Alan Franciscus, Redactor jefe

Antes de comenzar, debo señalar que el LNH es poco frecuente en los sujetos con hepatitis C. Además, casi todos los estudios muestran que la aparición de LNH en las personas con hepatitis C normalmente se produce después de vivir con la infección muchos años.

La designación “linfoma no hodgkiniano” engloba a una gran variedad de carcinomas de los glóbulos blancos que afectan a los tejidos linfoides. No se comprende por completo el origen exacto de estos carcinomas, pero se cree que se deben a la alteración o depresión del sistema inmunitario. Otras afecciones y medicamentos que se han relacionado con el LNH son la infección por el VIH, los fármacos inmunosupresores, las dolencias reumáticas y la hepatitis C.

El sistema linfático es un sistema circulatorio que capta glóbulos blancos de las venas, los hace circular por todo el cuerpo y los devuelve al torrente circulatorio. Una vez que el fluido linfático regresa al riego sanguíneo, los riñones se encargan de eliminar los productos residuales. Los órganos linfáticos están constituidos por el bazo, las amígdalas, el apéndice y el timo. Además, las glándulas linfáticas también se encuentran en determinados depósitos situados en los intestinos. El sistema linfático transporta glóbulos blancos que ayudan a combatir las infecciones.

El linfoma aparece cuando los glóbulos blancos se dividen continuamente sin pausa, lo cual impide su maduración. Este proceso puede ocasionar una producción excesiva de glóbulos inmaduros que proliferan en torno a los glóbulos blancos, plaquetas y glóbulos rojos que están maduros.

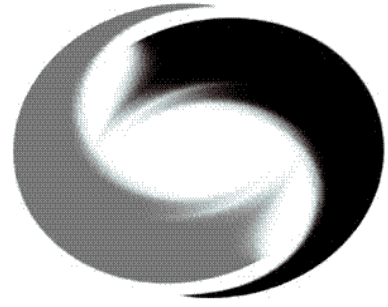
No se comprende bien de qué forma la infección por el VHC provoca LNH. Se han formulado teorías que sugieren que el factor causal podría ser el virus, o que la constante estimulación del sistema inmunológico por parte de la hepatitis C da lugar al LNH. Sin embargo, sí sabemos que la incidencia de LNH es más elevada en los sujetos con hepatitis C que en la población general.

Un estudio sueco muy amplio, donde se evaluó a 27.150 personas infectadas con el VHC, halló que la incidencia de LNH fue de casi el doble en sujetos con hepatitis C que llevaban más de 15 años infectadas. Otros estudios han encontrado un riesgo similar o más elevado de sufrir LNH entre pacientes infectados con el VHC. También se ha demostrado que fumar cigarrillos eleva el riesgo de padecer LNH, aunque no se tenga hepatitis C. En el año 2005, un estudio italiano vinculó el tabaquismo con la aparición de LNH. El mismo estudio reveló que los sujetos con hepatitis C que fuman mucho corren 4 veces más riesgo de tener LNH.

En la población general, el tratamiento del LNH es la quimioterapia. Pero en el caso de los sujetos con el VHC, al igual que con muchas otras manifestaciones extrahepáticas derivadas del VHC, el tratamiento también consiste en tratar la enfermedad subyacente: la hepatitis C. De hecho, algunos estudios han hallado que el interferón con o sin ribavirina logra la remisión del LNH, especialmente en los pacientes que consiguen una RVS. Sin embargo, la remisión de la enfermedad con el tratamiento de interferón solamente se produjo en el grupo que tenía hepatitis C. Esto refuerza aún más la relación entre el VHC y el LNH.



Para Vivir Positivamente. Sintiéndose Bien.



www.hcvadvocate.org

HCSP

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