

Conferencia DDW

3ª parte

■■■
Alan Franciscus, Redactor jefe

Este es el último informe sobre la Conferencia de Enfermedades Gastrointestinales celebrada en mayo de 2006. En este artículo me centraré en estudios misceláneos, como los conocimientos de los médicos sobre la hepatitis C, el tratamiento del VHC y la depresión, la progresión de la hepatitis C en la población asiática estadounidense y la persistencia de la elevada mortalidad a causa de las hepatopatías alcohólicas.

INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA EL MAP

En mi cobertura de la Conferencia DDW del año pasado (*HCV Advocate*, Junio de 2005), escribí sobre un estudio de J.K. Lim y cols., centrado en los conocimientos acerca del VHC por parte de los médicos, en el que participaron 251 residentes de medicina interna en los Estados Unidos. En dicho estudio, se constató que había grandes lagunas de conocimientos en muchas áreas del VHC entre los residentes de medicina interna. Por ejemplo, un porcentaje bajo de los residentes de medicina interna:

- Habían realizado la prueba de carga viral o RCP del VHC (36,7%)
- Habían realizado la prueba


para determinar el genotipo del VHC (36,7%)

- Habían vacunado a los pacientes contra el VHA (61,4%)
- Habían vacunado a los pacientes contra el VHB (36,7%)
- Habían hecho la prueba del VHC a personas con antecedentes de transfusiones de sangre (59,8%)
- Habían hecho la prueba del VHC a personas que esnifaban cocaína (26,7%)
- Habían hecho la prueba del VHC a personas que habían estado en la cárcel (21,5%)

Lo más preocupante es que el 20,3% de los residentes respondieron que habrían vacunado a sus pacientes con el VHC poniéndoles una vacuna para el VHC (que no existe). Resultó evidente que se necesitaba más formación educativa para mejorar el nivel de conocimientos sobre la hepatitis C entre estos profesionales médicos.

También se sabe que la gran mayoría de las personas infectadas con el virus de la hepatitis C todavía no han sido diagnosticadas, y que para mejorar el diagnóstico y tratamiento del VHC los médicos de atención primaria (MAP) nece-

EN ESTE NÚMERO



Consejos de salud:	
<i>Complementos dietéticos</i>	3
Estatinas: <i>¿Una nueva terapia para la hepatitis C?</i>	4
Extracto: <i>TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C POR PARTE DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA: PAUTAS DE MONITORIZACIÓN</i>	9

sitarán recibir apoyo con formación educativa sobre los factores de riesgo, las pruebas diagnósticas y el tratamiento de la enfermedad.

Una presentación con carteles de A. Daniel y cols. (resumen T1048), titulada “El Impacto Positivo de una Intervención Educativa Polifacética sobre los Conocimientos de los Médicos y la Práctica Real de los Médicos de Atención Primaria Respecto a la Hepatitis C”, presentada en la DDW de este año, puede servir como hoja de ruta para aumentar los conocimientos sobre el VHC entre los médicos de atención primaria. Los autores señalaron que los estudios previos han hallado que tan sólo el 1% de las nuevas consultas a MAP tenían documentado si se había preguntado por posibles riesgos de infección con el VHC, y sólo el 16% de las pruebas de detección del VHC estaban basadas en los

sigue en la pág 2

DDW

viene de la pág 1

factores de riesgo de infección.

Se administró a todos los médicos (30) una encuesta validada previa a la intervención y se realizaron análisis con diagramas (2.000 diagramas aleatorios) para evaluar las prácticas profesionales de base. La duración de la intervención fue de 8 semanas, y se utilizó material educativo, recordatorios gráficos, mensajes de correo electrónico semanales, 2 conferencias al mediodía, 1 informe matutino, 2 artículos de revistas e incentivos. En el grupo de control no se realizó ninguna intervención. Cuando finalizó el plazo de intervención, se volvió a encuestar a los médicos empleando la misma encuesta validada. En total, el 91% de los médicos cumplieron la encuesta, y de ellos el 56% eran mujeres y el 22% procedían de un centro docente.

La encuesta previa a la intervención reveló que los médicos del estudio tenían un bajo nivel de confianza profesional para tratar a los pacientes con el VHC. También se observó que una proporción notable de médicos mostraron lagunas de conocimientos en cuanto a los factores de riesgo del VHC, las pruebas disponibles y la eficacia del tratamiento: el 62% de los médicos no había hecho ningún diagnóstico de VHC en el año anterior, solamente el 56% declaró haber realizado la prueba del VHC a pacientes con comportamientos de alto riesgo y el 42% infravaloraba considerablemente la actual eficacia de los medicamentos contra el VHC. Por lo que se refiere a sus prácticas profesionales, únicamente se preguntó al 0,4% de los pacientes sobre factores de riesgo de VHC comunes, se reconoció al-

gún factor de riesgo en el 0,1% de los pacientes y se realizó la prueba del VHC a menos del 0,1% de los pacientes.

Después de la intervención de 8 semanas, se volvió a repartir la misma encuesta y los autores del estudio observaron una mejora muy acusada en cuanto a los conocimientos de los médicos a la hora de identificar factores de riesgo, a la confianza profesional para tratar el VHC y a la información objetiva sobre la eficacia del tratamiento actual ($p < 0,001$). En sus consultas, hicieron 5 veces más diagnósticos de hepatitis C durante el período de estudio (8 semanas) y el 80% de los médicos empezaron a realizar la prueba de detección del VHC, frente al 0,1% antes de la intervención.

Los autores concluyeron que su “intervención polifacética había influido en casi todos los aspectos de la formación de los médicos y había logrado mejoras importantes en la práctica profesional”. Entre las mejoras destacó el aumento de las pruebas de detección, de las analíticas y de los diagnósticos de nuevos casos de VHC.

TRATAMIENTO DEL VHC Y DEPRESIÓN

Es bien sabido que el interferón puede provocar depresión y otros trastornos de tipo psiquiátrico. Por este motivo, se ha excluido a algunos pacientes para recibir tratamiento por miedo a empeorar sus problemas psiquiátricos subyacentes. El estudio presentado en la DDW y titulado “Resultados Antivirales en Pacientes con Hepatitis C Crónica y Depresión Tratados con una Terapia Basada en Interferón Pegilado Alfa: Una Experiencia Multicéntrica”, de A. Knott y colaboradores (resumen T1816), ofrece una valiosa perspectiva sobre el efecto de la depre-

sión y el resultado del tratamiento anti-VHC. Se trata de un análisis retrospectivo de 91 pacientes con el VHC y trastornos depresivos procedentes de 4 Centros Médicos urbanos de Virginia (EE.UU.). El grupo evaluado estaba compuesto predominantemente por hombres (95,6%), de raza blanca (86,8%), con el genotipo 1 (63,7%), y cerca de la mitad tenían fibrosis en las etapas 3 o 4.

Se analizaron las historias clínicas de los 91 pacientes para comprobar su consumo de alcohol u otras drogas. El 22% de los pacientes estaban diagnosticados con problemas de alcohol y el 16% con trastornos por abuso de drogas. El 26% había tomado drogas recreativas en el año anterior.

El grado de depresión se evaluó mediante el Inventario Beck sobre la Depresión (BDI):

- Puntuación < 15 = depresión leve
- Puntuación 15-30 = depresión moderada
- Puntuación > 30 = depresión profunda

Cerca del 75% de los pacientes estaban diagnosticados con depresión en ese momento, el 47% tenía trastornos de ansiedad y el 16% presentaba otros trastornos psiquiátricos. En total, el 71,4% de los pacientes estaban tomando antidepresivos antes de comenzar el tratamiento contra el VHC, y el 9,9% empezaron a tomarlos durante el tratamiento.

24 pacientes abandonaron el tratamiento en poco tiempo: por problemas psiquiátricos (1%), abuso de las drogas (3%), incapacidad de tolerar los medicamentos (12%), reacciones adversas (2%),

sigue en la pág 6

Consejos de salud:

Complementos dietéticos



Lucinda Porter, Enfermera titulada

Vamos a empezar con el juego de “¿qué haría si...?” Si usted no se siente bien, está en el mejor momento para probar este juego. Si se encuentra bien ahora, trate de recordar algún momento en que se sintiera mal. ¿Qué haría si...alguien le dijera que se va a sentir mejor probando una de las cosas siguientes?: unas vitaminas o algún complemento dietético, un medicamento con receta, una dieta, un programa de ejercicio o irse más pronto a la cama. ¿Cuál de estas cosas escogería?

Si usted es como yo, habrá elegido las vitaminas o el complemento dietético. Mi inclinación natural es escoger el camino que me parece más fácil e indoloro. No me gusta tomar medicamentos, especialmente si el riesgo de efectos secundarios es elevado. La dieta y el ejercicio son incómodos. Llevo una vida muy ocupada y prefiero con creces tomar unas vitaminas que dormir bien por las noches.

Sin embargo, con la salud no se juega. Yo le he dicho cómo jugaría el juego, pero no es así como vivo la vida. La mayoría de las veces, tomo el camino más incómodo, aquél al que me resisto. La dieta, el ejercicio y el descanso por la noche ocupan el lugar más alto en mis prioridades. Las actividades recreativas, el control del estrés y las prácticas espirituales también están en lo más alto de mi lista.

No espero que la salud me venga embotellada en un frasco. Miro a los complementos dietéticos con el mismo respeto que a los fármacos. Consulto con el médico. Cumpló con mi parte de la tarea. Comprendo los riesgos y beneficios potenciales. Los tomo cuando los necesito. Me alegro de que existan los complementos dietéticos.

Los pacientes me preguntan a menudo qué es lo que tomo. La respuesta es complicada, pues depende de muchos factores. En el artículo de este mes, explicaré algunas pautas que sigo a la hora de elegir un complemento de vitaminas o minerales. Tenga en cuenta que estas son mis pautas, y no necesariamente las que se proponen en el *HCV Advocate*. Mi objetivo no es dar consejos concretos, sino estimular formas de pensar en su salud, y ofrecerle herramientas que le permitan tomar decisiones bien fundamentadas. Yo no soy una

experta en el tema. Consulte siempre con su médico y con otros especialistas antes de probar nuevos fármacos o complementos dietéticos.

Comience por los expertos: Hable con su médico sobre los complementos dietéticos. Si su médico no sabe mucho del tema, pídale que le remita a un especialista. Incluso si su médico no sabe mucho del tema, siempre que tenga voluntad o una actitud abierta puede colaborar para aprender junto con usted. Nadie debe infravalorarle o dejar de tomarle en serio por su interés en esto.

Informe a su médico sobre todo lo que esté tomando: Algunos complementos presentan interacciones con ciertos fármacos o con otros complementos. Por ejemplo, los pacientes que estén tomando Coumadin (warfarina) u otros anticoagulantes deben evitar la vitamina K a no ser que se les indique lo contrario. Internet ofrece recursos para comprobar las interacciones entre los distintos compuestos. La sección de Recursos, al final del artículo, incluye sitios con esta información.

Busque información de calidad: Yo estoy suscrita a varias publicaciones. Mi favorita es la Nutrition Action Health Letter. Si puede permitírselo, esta organización merece apoyo económico. Puede acceder a algunas partes de la revista por Internet y en la biblioteca pública.

Yo respaldo a servicios y organizaciones que promueven la investigación y buenas prácticas industriales. Por ejemplo, ConsumerLab.com ofrece realizar pruebas de laboratorio independientes para los complementos dietéticos. Los fabricantes pueden enviar voluntariamente sus productos. Los productos que cumplan o superen determinados niveles reciben el sello de aprobación de ConsumerLab para incluirlo en su etiqueta. Antes de comprar un complemento dietético, compruebo la lista de ConsumerLab.

Conozca lo que va a comprar: Adquiera productos que se sometan voluntariamente a las normativas. Los complementos que tratan de cumplir los niveles de calidad demuestran que los fabricantes están haciendo

sigue en la pág 8

Estatinas: ¿Una nueva terapia para la hepatitis C?



Liz Highleyman

La publicación este verano de un estudio que muestra que las estatinas inhiben la multiplicación del virus de la hepatitis C (VHC) en ensayos de laboratorio ha suscitado un gran entusiasmo entre las personas VHC positivas y sus médicos. ¿Qué son las estatinas? ¿Representan realmente una nueva esperanza para las personas con el VHC?

¿QUÉ SON LAS ESTATINAS?

Las estatinas, conocidas también como inhibidores de la reductasa de la coenzima A 3-hidroxi-3-metilglutaril (CoA-HMG) están aprobadas para el tratamiento de la hipercolesteremia (colesterol elevado). El colesterol transportado por las lipoproteínas de baja densidad (LDL) contribuye a la aterosclerosis (endurecimiento de las arterias), y la elevación del colesterol LDL está asociada a un mayor riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares. Existe otro tipo de colesterol, el transportado por las lipoproteínas de alta densidad (HDL), que ejerce un efecto protector porque acarrea las grasas para eliminarlas del organismo.

Las estatinas funcionan inhibiendo una enzima necesaria para la producción de colesterol en el hígado. Además de reducir el colesterol LDL, estos fármacos disminuyen en parte los triglicéridos y elevan el colesterol HDL.

Los fármacos con estatinas

que están aprobados actualmente son:

- atorvastatina (Lipitor)
- fluvastatina (Lescol)
- lovastatina (Mevacor)
- pravastatina (Pravachol)
- simvastatina (Zocor)

Con la creciente incidencia de la obesidad y los trastornos metabólicos derivados de la misma – tanto en las personas con el VHC como en la población general – las estatinas se han convertido en uno de los medicamentos más recetados en la actualidad.

LAS ESTATINAS Y EL VHC

En la edición de julio de 2006 de la revista *Hepatology*, M. Ikeda y cols. publicaron un estudio donde se muestra que determinadas estatinas fueron activas contra el VHC en citocultivos de VHC en el laboratorio. Dado que es difícil conservar el VHC *in vitro*, los autores crearon un sistema de multiplicación del ARN del VHC, o “replicón,” para evaluar la actividad de estos fármacos contra el VHC.

Los investigadores hallaron que la fluvastatina fue la que mostró una actividad más pronunciada contra el VHC. La atorvastatina y la simvastatina ejercieron una actividad intermedia, mientras que la lovastatina demostró una actividad débil contra el virus. Una de las estatinas, la

pravastatina, no mostró ninguna actividad contra el VHC *in vitro*.

Además, los autores observaron que, cuando se administraban las estatinas junto con interferón alfa, todas ellas salvo la pravastatina ejercían un efecto inhibitor del VHC aún más pronunciado. En el caso de la fluvastatina, el efecto pareció sinérgico, lo que significa que el efecto combinado de ambos medicamentos es más fuerte que la suma de los dos fármacos por separado.

Los investigadores concluyeron que las estatinas “quizás podrían ser útiles como nuevos reactivos contra el VHC en politerapia con interferón”. Señalaron que la combinación de fluvastatina más interferón pareció más activa contra el VHC que el tratamiento estándar actual de interferón pegilado más ribavirina.

¿CÓMO INHIBEN LAS ESTATINAS EL VHC?

No se comprende bien el mecanismo por el que las estatinas logran inhibir el VHC. Puesto que todas las estatinas actúan como inhibidoras de la reductasa de la CoA-HMG, el hecho de que algunas de ellas demostraran poca o ninguna actividad contra el VHC sugiere que el efecto antiviral se debe a otro mecanismo.

Además, las estatinas no destruyeron a los hepatocitos anfitriones, lo que indica que la

sigue en la pág 5

Estatinas

viene de la pág 4

actividad antiviral tampoco se produjo por citotoxicidad. Los investigadores sugirieron que “las estatinas tienen la capacidad de inhibir la multiplicación del ARN del VHC mediante un mecanismo antiviral específico”.

Dado que la actividad antiviral de las estatinas se anuló cuando se añadió a los cultivos mevalonato o geranilgeraniol (dos compuestos que participan en la vía de biosíntesis de la reductasa de la CoA-HMG), los autores sugirieron que la inhibición de dichas proteínas podría de algún modo interferir en la multiplicación del VHC.

TOXICIDAD DE LAS ESTATINAS

Aunque las estatinas se recetan con mucha frecuencia, no están libres de efectos secundarios y riesgos. Uno de ellos es su potencial de toxicidad hepática (hepatotoxicidad). Aunque no se ha investigado a fondo el efecto de las estatinas sobre la población con hepatitis C, a menudo sucede que los fármacos que provocan hepatotoxicidad lo hacen aún en mayor medida entre pacientes con enfermedades hepáticas preexistentes.

Sin embargo, un reciente estudio reveló que las estatinas no parecen aumentar el riesgo de hepatotoxicidad entre los pacientes con hepatitis C. S. Khorashadi y cols. evaluaron la incidencia de toxicidad hepática en 166 pacientes VHC positivos tratados con estatinas, 332 participantes VHC positivos que no tomaron estatinas y 332 sujetos VHC negativos que tomaron esos fármacos. Observaron que, entre los pacientes VHC positivos, el uso de estatinas

estaba asociado a elevaciones bioquímicas del hígado de leves a moderadas más acusadas que las del grupo que no tomó estatinas (el 23 % frente al 13 %, respectivamente), pero también a una incidencia más baja de elevaciones bruscas de las enzimas hepáticas (el 1 % frente al 7 %).

Entre los pacientes tratados con estatinas, las elevaciones leves o moderadas en los sujetos que tenían el VHC fueron similares a las de los sujetos sin el VHC (el 23 % frente al 16 %, respectivamente). Ambos grupos mostraron también tasas parecidas de elevaciones bruscas y de abandono del tratamiento por hepatotoxicidad. Los autores concluyeron que “[l]a terapia con estatinas no se asoció a un riesgo más alto de hepatotoxicidad grave en pacientes con hepatitis C crónica y pareció segura”.

Para las personas coinfectadas con el VIH/VHC, otra preocupación añadida es el potencial de interacciones medicamentosas entre las estatinas y los antirretrovirales, en particular los inhibidores de la proteasa, que podrían alterar las concentraciones de fármaco en el organismo.

DE CARA AL FUTURO

La población VHC positiva ya ha empezado a preguntar si las estatinas podrían emplearse como tratamiento de la hepatitis C. Las investigaciones sobre esta clase de antivirales se encuentran todavía en la etapa preclínica, y todavía falta algún tiempo para realizar ensayos clínicos con seres humanos que demuestren si las estatinas son eficaces para esta indicación. Sin embargo, en los Estados Unidos, los médicos pueden recetar medicamentos al margen de las indicaciones para las cuales se aprobaron los medi-

camentos.

Los últimos datos sugieren que, en un futuro, las estatinas podrían ser un componente de la politerapia para la hepatitis C crónica, y que la hepatotoxicidad que causan estos medicamentos en sujetos con el VHC parece aceptablemente baja. Mientras esperamos los resultados de estudios más profundos, los pacientes VHC positivos que ya estén tomando estatinas para reducir el colesterol podrían estar obteniendo otra ventaja adicional e inesperada.

Bibliografía

Ikeda, M. et al. Different anti-HCV profiles of statins and their potential for combination therapy with interferon. *Hepatology* 44(1): 117-125. Julio de 2006.

Khorashadi, S. et al. Incidence of statin hepatotoxicity in patients with hepatitis C. *Clinical Gastroenterology & Hepatology* 4(7): 902-907. Julio de 2006.



DDW

viene de la pág 2

razones médicas (1%), y el 4% por múltiples motivos.

Los autores señalaron que una puntuación en el BDI ≥ 20 (antes del tratamiento), y el hecho de haber tomado drogas en los 12 meses previos a la fecha de inicio de la terapia estaban asociados a un abandono prematuro del tratamiento contra el VHC. Curiosamente, también se observó que cuando la biopsia determinaba una etapa ≥ 2 de fibrosis, la probabilidad de abandonos rápidos era menor, lo que puede ser indicativo de que la gravedad de la enfermedad por el VHC sirvió de acicate para seguir tomando el tratamiento. Se obtuvieron datos sobre la respuesta terapéutica de 72 pacientes. Al cabo de 24 semanas, 27 pacientes (37%) habían logrado una respuesta virológica sostenida, y 17 no habían respondido a la terapia.

Los autores concluyeron que “los pacientes con trastornos depresivos estables y una puntuación basal según el BDI < 20 pueden ser tratados eficazmente con una terapia que contenga interferón”. Además, los autores señalaron que hubo pocos pacientes que abandonaran el tratamiento por incumplimiento terapéutico derivado de problemas psiquiátricos o abuso de las drogas.

ASIÁTICOS ESTADOUNIDENSES

Se calcula que aproximadamente 180 millones de personas en todo el mundo están infectadas con el virus de la hepatitis C. En algunas zonas del mundo, el factor de riesgo más importante para contraer esta enfermedad es la falta de garantías de los procedimientos médicos. Por ejemplo, el país

con una prevalencia más alta de VHC es Egipto, donde se calcula que entre el 10-13% de la población está infectada y que el 7,8%, o 5,3 millones de egipcios, tienen hepatitis C crónica. Esta elevada prevalencia en Egipto es resultado de la inadecuada esterilización de las jeringas de vidrio reutilizables que se usan para tratar una parasitosis llamada esquistosomiasis. (*Hepatitis C in Egypt*, MWC Agosto de 2006).

Debido a la inseguridad de las prácticas médicas en otras áreas del mundo, las personas procedentes de esos países que emigran a los Estados Unidos tienen una prevalencia más alta de VHC que la población estadounidense general, y esto incluye a los inmigrantes originarios de Asia. La epidemia de hepatitis C comenzó antes en Asia que en los Estados Unidos, por lo que los inmigrantes procedentes de Asia normalmente llevan más tiempo infectados que la población general estadounidense. Por ello, el estudio de la población asiática inmigrante nos dará una idea de la futura carga de la enfermedad en los Estados Unidos.

J.T. Chen y colaboradores, del Centro Hepático de los Institutos de Investigación Médica Huntington, expusieron una presentación con carteles titulada “Importancia Creciente de la Hepatitis C Crónica en los Asiáticos Estadounidenses” (Resumen S1039). Se realizó un estudio retrospectivo de pacientes con el VHC de origen asiático en el Centro Hepático de los Institutos de Investigación Huntington. Se revisaron varios aspectos de los expedientes médicos, entre ellos los resultados de radiografías y los registros de enfermedades. Los criterios de inclusión fueron ser de origen asiático (según la definición de la Oficina del Censo de los EE.UU.) y tener un diagnóstico de

hepatitis C.

Se evaluaron 254 expedientes médicos. El período medio de seguimiento fue de 62,4 meses $\pm 54,2$ SD (desviación estándar); el 53,1% eran hombres y la edad media en la primera consulta fue de 57,3 años $\pm 13,5$ SD. De los 208 pacientes que se hicieron la prueba del genotipo del VHC, el 63,9% eran portadores del genotipo 1, el 18,3% tenían el genotipo 2, el 2,9% el genotipo 3, el 0,5% el genotipo 4, el 11,5% el genotipo 6 y el 2,9% el genotipo 7.

La distribución de grupos étnicos fue la siguiente: chinos (60,6%); vietnamitas (10,2%); coreanos (10,2%); japoneses (9,5%); filipinos (2,4%); indonesios (1,2%); indios (0,08%); otras etnias (de Burma, Mongolia, Pakistán, Tailandia) (1,5%) y etnias mixtas (3,5%). El modo de transmisión de todos los grupos fue: inyecciones médicas contaminadas (51%), transfusiones de sangre (41%), consumo de drogas por vía intravenosa (4%); pinchazos ocupacionales (2%), tatuajes (1%) y de origen desconocido (1%).

Un total de 129 pacientes recibieron tratamiento con interferón (monoterapia de interferón, interferón más ribavirina, monoterapia de interferón pegilado, e interferón pegilado más ribavirina). 17 pacientes todavía están bajo tratamiento. La tasa global de respuesta virológica sostenida fue del 52,8%; para el genotipo 1, del 32,2% (19 de 59 pacientes); genotipo 2, 76,5% (13 de 17 pacientes); genotipo 3, 100% (4 de 4 pacientes); genotipo 4, 100% (1 de 1 paciente); genotipo 6, 69,2% (9 de 13 pacientes) y genotipo 7, 100% (1 de 1 paciente).

Los expedientes mostraron que, de los 254 pacientes, 51 fallecieron

sigue en la pág 7

DDW

viene de la pág 6

durante el período de seguimiento. De las 51 muertes que se produjeron durante el período de seguimiento, el 82,4% fueron debidas a CHC o cáncer de hígado; el 7,8%, a cirrosis, y el 9,8% a complicaciones no relacionadas con su enfermedad hepática.

Los autores concluyeron que, en su centro, “para el 51% de los asiáticos estadounidenses con hepatitis C crónica, el único factor de riesgo en cuanto al modo de transmisión era haber recibido inyecciones contaminadas” y que “en nuestros pacientes de origen asiático con hepatitis C crónica era frecuente la aparición de CHC”.

MUERTES POR ABUSO DEL ALCOHOL

La creencia de que la hepatopatía alcohólica está disminuyendo en los EE.UU. está muy extendida. Sin embargo, una presentación con carteles expuesta en la DDW puede dar una idea más precisa de los fallecimientos producidos por esta enfermedad, el impacto del VHC y las consecuencias de tener hepatopatía alcohólica y hepatitis C. La ponencia “Persistencia de la Elevada Mortalidad por Hepatopatía Alcohólica a Pesar de la Epidemia de Hepatitis C”, de W. Kim

y cols. (resumen M1921), analizó todas las actas de defunción entre 1980 y 1998. El análisis identificó los fallecimientos por hepatopatía alcohólica y hepatitis C. También se incluyeron los casos de muerte por hepatopatía alcohólica en personas con hepatitis. En total, para el período comprendido entre 1980 y 1998, hubo 186.081 fallecimientos causados por hepatopatía alcohólica. Asimismo, 1.721 de los fallecidos con hepatopatía alcohólica y 195 con hepatitis alcohólica tenían también un diagnóstico de VHC (vea la Tabla 1). La hepatopatía alcohólica mostró una tendencia ligeramente descendente a lo largo del tiempo (p = 0,01). Es interesante señalar que a finales de los 90 se produjo un rápido aumento de las muertes por VHC.

Los autores concluyeron que “[a]unque la mortalidad por el VHC ha aumentado con rapidez, la hepatopatía alcohólica continúa siendo una de las causas principales de los fallecimientos por enfermedades hepáticas”. Además, los autores señalaron que “a pesar de los cambios en el consumo de alcohol en los EE.UU., la incidencia de hepatitis alcohólica ha permanecido casi inalterada durante los años 80 y 90”, y que “el alcohol sigue siendo la primera causa de muerte por enfermedades hepáticas en los EE.UU.”



Tabla 1:

	Hepatopatía alcohólica	Hepatitis Alcohólica	Hepatitis C
Cantidad	186.081	19.127	18.951
Edad al fallecer	54,7 ± 12,6	56,9 ± 15,8	50,1 ± 12,8
Hombres	73,0 %	68,5 %	60,5 %
Cáncer de hígado	1,4 %	0,4 %	10,7 %



**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

Diseño
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

CONSEJOS

viene de la pág 3

esfuerzos reales para mejorar sus productos. Hay una gran variedad de insignias, denominaciones de calidad y “sellos de aprobación”. Entre ellas destacan la Farmacopea Estadounidense (United States Pharmacopoeia, USP), NF, NSF y ConsumerLab.com (CL). También han establecido niveles de calidad la Comisión Alemana E, el Compendio Británico de Compuestos Herbales, la Organización Mundial de la Salud, la Farmacopea Estadounidense de Compuestos Herbales, la Asociación Estadounidense de Productos Herbales y otros organismos. Los productos que han seguido las GMP - “buenas prácticas de fabricación” - sugieren que han hecho más esfuerzos en el proceso de fabricación. (En Canadá, GMP significa “buen proceso de fabricación”).

Obtenga los complementos a través de los alimentos: Nuestro organismo utiliza las vitaminas y minerales procedentes de los alimentos que consumimos. Una buena nutrición es la base de las vitaminas y minerales que necesitamos. No tome complementos dietéticos como sustituto de una nutrición correcta.

Tomar más cantidad no mejora el efecto del producto: De hecho, algunas vitaminas en dosis elevadas pueden resultar nocivas. En concreto, debe evitar el exceso de vitamina A. No consuma más de 4000 Unidades Internacionales (UI) al día de retinol (una forma de vitamina A) ni más de 15.000 UI de betacaroteno (otra forma de vitamina A). Para más seguridad, no sobrepase las 100 UI de vitamina E. Las mujeres no deben tomar más de 8 mg de zinc al día, y los hombres no más de 11 mg. Evite el exceso de vitamina B-3 (niacina) y no supere los 100 mg de vitamina B-6. Consuma menos

de 350 mg de fósforo y magnesio y menos de 23 gramos de zinc.

Menos cantidad puede no ser suficiente: Escoja un compuesto multivitamínico que contenga la cantidad diaria mínima recomendada (DV). Busque uno con al menos 50 mcg de selenio y como mínimo 10 mcg de vitamina K (50 mcg para hombres y mujeres con menos de 50 años).

Complemento de multivitaminas y multiminerales: A no ser que su médico le indique lo contrario, escoja multivitaminas sin hierro o con bajo contenido en hierro. Las versiones “Senior” o “over 50” (para personas mayores) de casi todas las marcas principales tienen poco o ningún hierro. Elija un compuesto que contenga como mínimo el 100% de la cantidad diaria recomendada (DV) de vitamina B-1 (tiamina), B-2 (riboflavina), B-3 (niacina), B-6, B-9 (ácido fólico), B-12, C, D y E. Los mejores incluyen al menos 10 mcg de vitamina K, 35 mcg de cromo y no menos de 11 mg ni más de 23 mg de zinc.

Hierro: Los pacientes con problemas hepáticos no deben tomar complementos con hierro sin antes consultar con el médico. La dosis adecuada de hierro depende de muchos factores, entre ellos del sexo, la dieta y el historial médico.

Calcio y magnesio: La dosis recomendada de calcio depende de factores personales como la edad, el sexo y el historial médico. Las dosis óptimas de magnesio están a partir de 100 mg; no supere los 350 mg. El calcio y el magnesio son voluminosos, por lo que es mejor tomarlos por separado y no dentro del compuesto multivitamínico.

Recursos

Center for Science in the public Interest www.cspinet.org Este grupo de presión política sin ánimo de lucro es líder en el campo de la

nutrición y la seguridad alimentaria. Publican la *Nutrition Action Health Letter*.

The Cochrane Collaboration www.cochrane.org Reseñas independientes y fiables de los estudios médicos.

ConsumerLab.com www.consumerlab.com Pruebas independientes y fiables de complementos dietéticos que se envían voluntariamente para su análisis. Ofrecen información gratuita en parte, pero hay que pagar una cuota de afiliación para acceder a los recursos completos de este sitio Web.

Drugs.com www.drugs.com Una de las muchas funciones interesantes de este sitio Web es la herramienta de interacciones medicamentosas. Puede utilizarla para comprobar las interacciones potenciales entre los fármacos y los complementos dietéticos.

Clínica Mayo www.mayoclinic.com

Memorial Sloan-Kettering Cancer Center www.mskcc.org/mskcc/html/11570.cfm

National Institutes of Health Office of Dietary Supplements (Oficina de Complementos Dietéticos de los Institutos Nacionales de la Salud, EE.UU.) www.ods.od.nih.gov/Health_Information/Health_Information.aspx

Supplement Quality www.supplementquality.com Información sobre la seguridad de los compuestos y para comprender las etiquetas de los productos.

Derechos de autor, septiembre de 2006, Lucinda Porter, Enfermera Titulada, y 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 a la autora y se mencione al Hepatitis C Support Project.



Extracto: TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C POR PARTE DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA: PAUTAS DE MONITORIZACIÓN



David H. Winston, M.D., F.A.C.P.
Director of Gastroenterology & Hepatology
CIGNA HealthCare of Arizona, Sun City
and Donna C. Winston, PhD, N.P.
Medical Research Consultant

(Nota: Como respuesta al bajo nivel de conocimientos sobre el VHC entre muchos profesionales de atención primaria, en 2006 el HCSP decidió publicar las siguientes pautas para contribuir a educar y apoyar a los médicos de atención primaria. Además, el HCSP desea animar a las personas que viven con hepatitis C a leer y estudiar esta Guía. En la era actual de programas de salud concertados, es especialmente importante que los afectados por la hepatitis C aprendan todo lo posible acerca de su enfermedad para poder recibir los mejores cuidados médicos. El texto completo de la Guía puede consultarse en nuestro sitio Web: www.hcvadvocate.org

– Alan Franciscus, Redactor jefe)

INTRODUCCIÓN

La hepatitis C es un problema de salud a escala global. Según la Organización Mundial de la Salud, en el mundo hay más de 170 millones de personas infectadas con el virus de la hepatitis C (VHC). Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) calculan que, en los Estados Unidos, cerca de 4 millones de personas están infectadas con el VHC, de las cuales 2,7 millones tienen infección crónica y 10.000-12.000 fallecen al año a consecuencia de ésta. Casi todos los pacientes con el VHC crónico están todavía sin diagnosticar, y es posible

que la cifra de sujetos diagnosticados no supere el 30 %. Se espera que la mayor parte de la población infectada con el VHC acuda a buscar atención médica en la próxima década, lo que supondría que para el año 2015 los casos diagnosticados serían el cuádruple.³ Se prevé que entre 2010-2019 habrá que desembolsar \$11.000 millones en gastos médicos directos y \$75.000 millones en gastos indirectos (provocados por discapacidades prematuras y mortalidad) a consecuencia del VHC.

Casi toda la morbilidad relacionada con el VHC se debe a complicaciones derivadas de la cirrosis descompensada. Si a fecha de hoy pudiera lograrse la identificación y el tratamiento de todas las personas VHC positivas con cirrosis compensada, dentro de 20 años la cantidad de casos de cirrosis descompensada se habría reducido en aproximadamente un tercio. Para alcanzar este objetivo, el médico de atención primaria (MAP) debe participar más activamente en el diagnóstico y tratamiento del VHC. Y si tenemos en cuenta que la mayoría de los sujetos con el VHC son asintomáticos y no saben que portan el virus, debería ser el MAP, como primer profesional de la salud, quien identificara a los pacientes que corren riesgo de infectarse y les hiciera la prueba de detección del VHC. A partir de ese punto, el MAP podría iniciar el proceso de evaluación y remisión al gastroenterólogo o hepatólogo de los pacientes con el VHC, para que reciban tratamiento antes de que el problema desembogue en cirrosis. Sin embargo,

tres estudios recientes han revelado que en el entorno de la consulta de atención primaria no se diagnostican los casos suficientes de VHC ni se remite a los pacientes al especialista, y que rara vez se lleva a cabo la prueba de detección a partir de factores identificados por el médico de cabecera.⁶⁻⁸ Además, resulta esencial que los MAP conozcan los efectos secundarios del tratamiento para poder controlarlos cuando atiendan a sus pacientes tanto en consultas de rutina como de urgencias.

Las ponencias sobre el VHC destinadas a los MAP que hemos realizado por todo el país nos han convencido de que existe la necesidad de que los médicos de cabecera cuenten con unas pautas sobre el VHC bien establecidas. El propósito de esta guía es precisamente proporcionar dichas pautas de tratamiento anti-VHC a los MAP. Estas pautas no pretenden reemplazar a las reseñas y directrices exhaustivas dirigidas a los especialistas. En su lugar, están concebidas para ayudar al MAP a comprender la patogénesis, el curso natural de la enfermedad, la evaluación y la terapia del VHC de forma sencilla, concisa y clara para que pueda atender mejor a sus pacientes con hepatitis C.

Para consultar la Guía, haga clic en Recursos en español y después desplácese hacia abajo hasta TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C POR PARTE DEL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA: PAUTAS DE MONITORIZACIÓN, que es el primer artículo de la página



Para Vivir Positivamente. Sintiéndose Bien.



www.hcvadvocate.org

HCSP

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