

Noticias sobre la Conferencia DDW: 2ª Parte



Alan Franciscus, Redactor jefe

El último informe sobre la conferencia DDW de 2004 se centrará en algunas presentaciones interesantes que, entre otros temas, abordaron los patrones de práctica médica de los especialistas hepáticos en los Estados Unidos, el manejo de la anemia derivada del tratamiento y el efecto de la hormonoterapia reconstitutiva sobre el desenlace terapéutico.

PATRONES DE PRÁCTICA MÉDICA

Sean P. Hurley y colegas estudiaron los patrones de práctica médica de gastroenterólogos y hepatólogos para evaluar si los médicos siguen un método aceptable en el manejo y tratamiento de los efectos secundarios derivados de la terapia. En este estudio a escala nacional, 5.000 gastroenterólogos recibieron por correo una encuesta compuesta de 31 preguntas, que fue cumplimentada por el 17,8% de los médicos. Se halló que la mayoría de los facultativos siguen los métodos de actitud diagnóstico-terapéutica establecidos, pero todavía hay muchos que no lo hacen. En el 77% de los encuestados, el tratamiento preferente fue interferón pegilado más ribavirina, que es la opción estándar actual. El 75% de los encuestados siguen la regla de las 12 semanas y suspenden el

tratamiento médico si los pacientes no logran reducir la carga viral en 2 lococopias como mínimo.

Puntos Clave:

- En principio, el 45% de los médicos reducirían las dosis de los medicamentos anti-VHC para tratar los casos de fatiga intensa y citopenia (trastornos de la sangre).
- Se utilizaron factores de crecimiento para aliviar los efectos secundarios, pero las compañías de seguros limitaron el reembolso de los factores de crecimiento más del 50% de las veces en el 14% de los encuestados.
- El 12% recetaría fármacos para tratar los dolores musculares y articularios y la fatiga.
- El 13% recetaría antidepresivos a los pacientes antes de comenzar un tratamiento.
- La mayoría (74%) prescribiría ISRS para la depresión provocada por el interferón, lo cual coincide con el tratamiento preferente.

Como nota de interés, los investigadores observaron que los médicos que trabajaban en consultas muy numerosas se mostraron menos inclinados a reducir las dosis o interrumpir el tratamiento como medida de alivio de los efectos secundarios. Por último, los investigadores



EN ESTE NÚMERO

Consumidores de Drogas Intravenosas y Hepatitis C.....2

Consejos de Salud Salud Espiritual.....3

señalaron que, según su estudio, cuando los médicos reducían las dosis para compensar la fatiga y la citopenia era menos probable que los pacientes finalizaran la terapia.

ANEMIA PROVOCADA POR EL TRATAMIENTO

La ribavirina está asociada a un descenso de la hemoglobina (Hb) que puede hacer necesario el uso de terapias complementarias o la reducción de la dosis de ribavirina.

Anouk T. Dev y colegas presentaron los resultados de un estudio que pretendía determinar si el descenso de Hb es un factor pronóstico de respuesta virológica sostenida (RVS). En este estudio retrospectivo, los investigadores identificaron a 349 pacientes de dos bases de datos hospitalarias. Se obtuvieron las concentraciones de Hb antes del tratamiento y en las semanas 4 y 8. Ningún paciente del estudio disminuyó la dosis de ribavirina durante el plazo de 8 semanas.

Las características de los pacientes fueron: varones (75%), con el genotipo 1 (83%) y

sigue en la pág 4

Consumidores de Drogas Intravenosas y Hepatitis C



Liz Highleyman

Dado que la hepatitis C y B se contagian fácilmente mediante jeringas y parafernalia contaminada, las tasas de infección entre los consumidores de drogas intravenosas (CDI) son bastante elevadas. Varios estudios han determinado una prevalencia de hasta el 80-90% entre los CDI, y la incidencia (casos nuevos de infección) se calcula en el 10-30% por año. Aunque la incidencia de contagio ha descendido drásticamente entre los CDI desde la pasada década de los 80, la infección por el uso de drogas intravenosas sigue representando el 17% de los casos nuevos y cerca del 60% de los CDI están infectados con el VHB. Además, los CDI muestran tasas elevadas de coinfección por el VIH/VHC, VHB/VIH y VHC/VHB.

Por desgracia, los CDI se han visto excluidos de casi todos los estudios sobre la hepatitis C y B, por lo que existen pocos datos sobre la historia natural de estas enfermedades y sobre la eficacia del tratamiento en este grupo de población.

Hasta hace poco tiempo, muchos expertos pensaban que los CDI no eran buenos candidatos para recibir tratamiento contra la hepatitis vírica. En particular, se creía que los CDI no cumplirían bien la terapia, eran más propensos a sufrir efectos secundarios de tipo psiquiátrico derivados del interferón, y que si el tratamiento tenía éxito corrían un gran riesgo de reinfectarse a causa de su

consumo continuado de drogas.

Las pautas de consenso publicadas en 1997 por los Institutos Nacionales de la Salud (NIH) de los EE.UU. desaconsejaban la terapia anti-VHC para los CDI hasta que no se abstuvieran de tomar drogas y alcohol durante seis meses como mínimo.

Sin embargo, dado que los CDI constituyen una gran proporción de los pacientes con el VHC, los expertos cada vez reconocen más la necesidad de encontrar nuevos métodos para tratar a este grupo de población. Las últimas pautas de consenso de los NIH, revisadas en 2002, recomendaron que «cuando exista consumo activo de drogas intravenosas se considere el tratamiento caso por caso, y el consumo activo de drogas intravenosas en sí mismo no debe usarse como argumento para negar la terapia antirretroviral a estos pacientes». Es más, «se ha demostrado que el tratamiento con metadona reduce las conductas de riesgo que pueden propagar la infección por el VHC y no es una contraindicación para el tratamiento anti-VHC».

Los pocos estudios realizados muestran que los CDI y los pacientes tratados con metadona pueden beneficiarse del tratamiento anti-VHC. Brian Edlin, de Cornell, presentó un repaso de estos datos en la reunión de consenso sobre el

tratamiento de la hepatitis C celebrada por los NIH en junio de 2002.

Un estudio dirigido por Markus Backmund y colegas (publicado en la edición de julio de 2001 de la revista *Hepatology*) analizó a 50 adictos a la heroína inyectada que estaban iniciando un programa de desintoxicación de opiáceos y seguían una monoterapia de interferón estándar o bien una politerapia de interferón más ribavirina. La tasa global de RVS fue del 36% (26% para el genotipo 1; 48% para los genotipos 2 ó 3), comparable a la observada en los no consumidores tratados con este régimen. Los pacientes que reincidieron en el consumo de drogas durante el estudio (80%) tuvieron la opción de seguir un programa de mantenimiento con metadona o dihidrocodeína (aceptado por el 30%) y se les permitió continuar el tratamiento anti-VHC. Las tasas de RVS fueron del 24% en los pacientes que recayeron y que no reanudaron el programa de desintoxicación, del 53% en aquellos que recayeron y comenzaron una terapia de mantenimiento de opiáceos, y del 40% en quienes no volvieron a tomar drogas (la diferencia no es estadísticamente significativa). Los autores concluyeron que «los drogadictos con infección crónica

sigue en la pág 6

Consejos de Salud

Salud Espiritual



Lucinda Porter, Enfermera titulada

El origen de la palabra inglesa para salud («health») se remonta al inglés antiguo, donde significaba integridad («wholeness»). El diccionario Merriam-Webster define la salud como «la condición de bienestar en cuerpo, mente y espíritu». De igual modo, en español la palabra salud incluye desde su origen el sentido de bienestar espiritual. Casi todos tenemos una idea general de cómo cultivar el bienestar del cuerpo y la mente. Sabemos que debemos comer bien, hacer ejercicio, abstenernos de consumir sustancias tóxicas, practicar técnicas de reducción del estrés, etc.

Pero por lo que toca a la salud espiritual, muchos hacemos poco o nada. Esto es especialmente cierto en quienes asocian la espiritualidad a una experiencia religiosa incómoda o negativa.

La palabra «espíritu» procede del latín *spirare*, que significa «respirar». Como sabemos, la respiración es esencial para la vida. Si dejamos de respirar, dejamos de vivir. Para quienes mantienen prácticas espirituales, este aspecto de su vida puede ser tan esencial como respirar. Y quienes no siguen ninguna disciplina espiritual pueden sentirse «fuera de sí», o tener una sensación de vacío.

La meditación y la oración son los puntos esenciales de la salud espiritual. Un modo de describir la diferencia entre ambas es que orar consiste en pedir o dirigirse a alguien, mientras que meditar es escuchar. La meditación puede ser seglar o religiosa. Los ateos pueden practicar la

meditación. La oración, por otra parte, suele asociarse a la creencia en algún tipo de poder divino.

Los pacientes de todos los credos pueden recurrir a la oración para sobrellevar una enfermedad crónica. Los efectos de la oración se han estudiado en los principales hospitales de los Estados Unidos. Los Institutos Nacionales de la Salud de los EE.UU. ha concedido una beca para estudiar los efectos de la oración sobre el cáncer y el sida. Tanto en los centros religiosos como en los

laicos se ofrece a los pacientes la posibilidad de practicar rezos terapéuticos o curativos. *Alcohólicos Anónimos* y otros programas de 12 pasos incluyen oraciones, como el Rezo de la Serenidad, durante sus reuniones.

La práctica de la oración es algo profundamente personal. No existe un modo correcto, equivocado ni único a la hora de rezar. Cada persona escoge a quién rezar. Algunos se sienten incómodos con la palabra «Dios» y prefieren usar «Alto Poder» u otra palabra significativa para ellos. Las oraciones pueden

ser largas o breves. Se ha dicho que, bajo ciertas condiciones, los rezos más cortos son «Ayuda» y «Gracias».

La meditación es un concepto muy amplio y puede abarcar una gran variedad de enfoques. Algunas personas meditan para aliviar el estrés y otras como parte de su práctica espiritual. En general, la meditación es una herramienta para

Debido a su efecto positivo, la meditación se utiliza como una herramienta para sobrellevar las enfermedades crónicas, como por ejemplo la hepatitis C

Ddw*viene de la pág 1*

caucásicos (66%). El 62% recibió interferón pegilado más ribavirina y el 38% tomó interferón estándar más ribavirina.

Los autores señalaron que en el 32% de los pacientes se observó un descenso de Hb de 3g/dl o más durante las 8 primeras semanas. Pero también se halló que el descenso de Hb durante las 8 primeras semanas de politerapia no es un factor pronóstico de RVS. Es necesario realizar más estudios para evaluar si el mantenimiento más prolongado de los niveles iniciales de Hb influye en la respuesta terapéutica, tanto en la primera respuesta como en la respuesta virológica sostenida.

En otra presentación se abordó el empleo de la epoetina a largo plazo. En este estudio, dirigido por Paul Packros y colegas, 185 pacientes que presentaron anemia durante el tratamiento fueron distribuidos al azar para recibir epoetina una vez a la semana (93 pacientes) o bien un placebo (92 pacientes) durante las 8 primeras semanas que duró la fase doblemente oculta del estudio. Una vez que se completó dicha fase, todos los pacientes recibieron epoetina durante el resto del tratamiento. Las características de los pacientes eran similares en los dos grupos.

Los autores hallaron que el 84% del conjunto global de pacientes de este estudio soportó la dosis inicial de epoetina, y que el fármaco fue bien tolerado y se mantuvo durante el ciclo completo de terapia anti-VHC. Asimismo, se observó que el empleo de epoetina no influyó negativamente en la eliminación del VHC. Los autores también hicieron hincapié en que se

necesitan más estudios para determinar si las dosis más elevadas de ribavirina con epoetina aumentan la tasa de respuesta virológica sostenida.

La potenciación de la eficacia de la epoetina alfa fue el objetivo de un estudio retrospectivo dirigido por Aijaz Ahmed y colegas. En este estudio, se analizaron los expedientes médicos consecutivos de 56 pacientes con el VHC que habían tomado ribavirina a dosis ajustadas según el peso corporal y peginterferón alfa-2a o peginterferón alfa-2b. Los pacientes fueron identificados durante un plazo de 12 meses, entre el 1/6/02 y el 1/6/03 en un consultorio adjunto a un hospital universitario. Se excluyó a los pacientes con anemia preexistente, con menos de 50.000 plaquetas o con cirrosis descompensada. Se hicieron análisis de sangre en el punto inicial, y a partir de entonces se realizó un hemograma completo cada semana durante las 12 primeras semanas. La aparición de anemia se definió como un descenso de la hemoglobina a menos de 12 g/dl, o como una disminución de más de 3 g/dl, o de más de 2 g/dl acompañada de fatiga intensa. Los pacientes con anemia de nueva aparición recibieron epoetina alfa 40.000 unidades/semana hasta 2 semanas después de recuperar el nivel de hemoglobina que tenían al iniciar el tratamiento. A los pacientes tratados con 40.000 unidades/semana que sufrieron anemia intensa (10-11 g/dl) se les aumentó la dosis a 60.000 unidades/semana hasta que su concentración de hemoglobina llegó al punto inicial.

Cuatro de los 56 pacientes fueron excluidos del estudio debido a su incumplimiento de las 12 semanas de terapia. De los 52

pacientes restantes, 34 cumplieron el requisito de anemia provocada por el tratamiento. 30 de los 34 sujetos fueron tratados con epoetina, de los cuales el 90% recibió 40.000 unidades/semana y el 10% necesitó la dosis más elevada de 60.000 unidades/semana. El 7% tuvo que tomar complementos de sulfato de hierro (por anemia ferropénica). Al 12% se le redujo la dosis porque no cumplía los criterios para recibir epoetina con el seguro médico. Un 7% adicional tuvo que disminuir la dosis de 200 mg de ribavirina debido a demoras en la autorización del seguro médico y en el suministro del fármaco.

Los autores hallaron que el paciente medio sufrió anemia durante la primera etapa de 12 semanas. Como se esperaba, el tratamiento de epoetina no causó complicaciones durante el período de estudio.

Los autores concluyeron que la identificación precoz de la anemia provocada por el tratamiento puede prevenir la necesidad de reducir las dosis de ribavirina, lo cual aumentaría el porcentaje de pacientes que cumplen la terapia anti-VHC y por lo tanto incrementaría las probabilidades de lograr un buen resultado terapéutico.

Los autores hicieron las siguientes recomendaciones, que a su juicio son cruciales para mejorar la eficacia de la epoetina:

- Hemogramas completos cada semana
- Para los pacientes diagnosticados con anemia, estudios de folato y hierro.
- Para los pacientes diagnosticados con anemia, repetir los hemogramas completos cada semana para seguir los progresos

sigue en la pág 5

Ddw*viene de la pág 4*

de la epoetina alfa e identificar a quienes necesiten dosis más elevadas de epoetina

- Sulfato férrico para quienes presenten escasez de hierro en las pruebas realizadas
- Pólizas de seguro que incluyan el uso de epoetina alfa
- Familiaridad por parte del personal de enfermería con el empleo de la epoetina alfa, con sus criterios de administración en pacientes que tengan anemia provocada por ribavirina y peginterferón, y conocimiento del proceso de solicitud de autorización de epoetina alfa a los seguros médicos.

**ESTROGENOTERAPIA
RESTITUTIVA**

Se ha sugerido que las mujeres (en especial las premenopáusicas) responden a los tratamientos con interferón mejor que los hombres. La razón sería que el estrógeno podría mejorar el desenlace terapéutico gracias a sus propiedades inmunomoduladoras. A fin de poner a prueba esta hipótesis, Matthew J. Hepburn y colegas analizaron con un criterio retrospectivo los datos de cinco estudios multicéntricos sobre tratamientos. Todas las pacientes incluidas en los análisis fueron tratadas previamente con dosis de ribavirina ajustadas según el peso corporal más interferón estándar o pegilado. Se revisaron las listas de medicación de todas las mujeres mayores de 45 años para determinar si la administración de los estrógenos era por vía oral o transdérmica. Se comparó a las mujeres mayores de 45 años que seguían una estrogenoterapia restitutiva (ETR) con las que no

seguían una ETR. El análisis evaluó a 179 mujeres mayores de 45 años. Las características de las pacientes eran similares en ambos grupos.

Los autores observaron que no hubo diferencias en cuanto al desenlace terapéutico con o sin ETR, excepto en que la respuesta en las pacientes tratadas con interferón pegilado fue más elevada en el grupo que no siguió una ETR. Los autores concluyeron que la ETR parece ejercer muy poco impacto en la respuesta al tratamiento anti-VIH y que debe de haber otra causa que explique la mayor tasa de respuesta terapéutica entre las mujeres premenopáusicas.

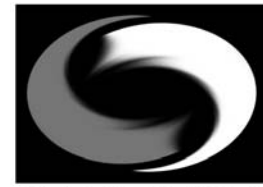
Sin embargo, los autores también reconocieron que el diseño de su estudio estuvo condicionado por varias limitaciones:

- No se vigiló el cumplimiento de la ETR
- No se controlaron otros factores que podrían influir en la respuesta al tratamiento
- Los datos se recopilaron mezclando los resultados de los distintos ensayos
- La definición de mujeres premenopáusicas (mayores de 45 años) es imprecisa.

La "Guía para comprender la hepatitis C", un exhaustivo informe realizado por el HCSP, está ahora disponible en español.

Puede acceder a ejemplares listos para imprimir en el sitio Web del Hepatitis C Support Project: www.hcvadvocate.org. Si no dispone de una computadora, envíenos por fax su solicitud al 877-203-3580, o escríbanos al PO Box 427037, San Francisco, CA 94142-7037.

Incluya su dirección de envío; válido únicamente para solicitudes en los EE.UU.

**HEPATITIS C
SUPPORT PROJECT**

Director ejecutivo
Redactor jefe
Publicaciones del HCSP

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.

© 2004
Hepatitis C Support Project

DROGAS

viene de la pág 2

por el VHC pueden recibir un tratamiento eficaz con interferón alfa-2a y ribavirina si son supervisados de cerca por médicos especialistas en hepatología y adicciones».

Diana Sylvestre, del programa OASIS de Oakland halló que, entre 66 pacientes de metadona tratados con interferón estándar más ribavirina, la tasa de RVS global fue del 29%. Los pacientes diagnosticados con algún trastorno psiquiátrico (cerca de dos tercios) mostraron una RVS más baja que los pacientes sin problemas psiquiátricos (el 24% frente al 35%). Durante el tratamiento anti-VHC, una quinta parte de los participantes reconoció que bebía alcohol y un tercio admitió que consumía drogas. Aquellos que no tomaron drogas durante el tratamiento contra la hepatitis presentaron una RVS del 32%, frente al 29% entre quienes las tomaron en raras ocasiones, el 33% en quienes las usaron de forma intermitente y ninguna de entre los que tomaron drogas a diario. «La recaída en el consumo de drogas durante el tratamiento anti-VHC no debería dar lugar a un abandono de la terapia», concluyó Sylvestre, «sino a una intervención más rápida e intensa antes de que el consumo se haga habitual».

En la edición de julio de 2004 de la revista *Hepatology*, Stefan Mauss y colegas publicaron los datos de un estudio de 100 sujetos con el VHC, de los cuales 50 llevaban al menos seis meses

con el mantenimiento de metadona y los 50 restantes no habían usado drogas recreativas ni sustitutos de opiáceos durante cinco años como mínimo; cerca del 60% en ambos grupos tenía el genotipo 1 del VHC. Todos fueron tratados con Peg-Intron más ribavirina. Durante las ocho primeras semanas de terapia, los pacientes que tomaban metadona solicitaron la interrupción del tratamiento anti-VHC o lo

Cuando exista consumo activo de drogas intravenosas debe considerarse el tratamiento caso por caso, y el consumo activo en sí mismo no debe usarse como argumento para negar la terapia antirretroviral a estos pacientes

abandonaron por incumplimiento en una proporción cinco veces mayor que el otro grupo (22% frente al 4%). Sin embargo, pasadas ocho semanas, las tasas de abandono fueron similares en ambos grupos (10% frente al 8%). Al final del período de seguimiento, las tasas de RVS fueron del 42% en el grupo de metadona y del 56% en el grupo que no consumía sustitutos (dado que hubo pocos pacientes que finalizaran el ciclo terapéutico completo, esta diferencia no es estadísticamente significativa). Los investigadores concluyeron que el tratamiento anti-VHC es

«razonablemente seguro y suficientemente eficaz» en los pacientes que toman metadona de mantenimiento.

Existen precedentes, según lo observado con otras enfermedades (como el VIH) de cumplimiento correcto de la terapia por parte de algunos CDI, en especial si reciben supervisión y apoyo suficientes. Los CDI presentan tasas más elevadas de problemas psiquiátricos, entre ellos depresión, trastorno bipolar y ansiedad. Algunos estudios han revelado que las personas con antecedentes psiquiátricos son más propensas a sufrir depresión a consecuencia del interferón, pero esto no siempre es así, y a menudo puede tratarse si llega a suceder. Se debe examinar a todos los portadores del VHC, tanto si son CDI como si no, para determinar si padecen depresión antes de comenzar a tomar

interferón y durante el tratamiento, y deben prescribirse antidepresivos si es necesario.

Por otra parte, las investigaciones sugieren que la reinfección con el VHC parece ser baja en los CDI. En el estudio de Backmund, no se detectaron reinfecciones durante el período de seguimiento entre los 10 pacientes con RVS que reanudaron el consumo de drogas inyectadas. Otro estudio dirigido por Olav Dalgard y colegas analizó los desenlaces, cinco años después de finalizar el tratamiento, de 27 CDI noruegos

sigue en la pág 8

ESPIRITUAL

viene de la pág 3

ayudar a calmar la mente al tiempo que se agudiza la conciencia y se obtiene una sensación de bienestar. En ocasiones, la meditación se describe como la práctica de la conciencia lúcida o vivir en el presente. Debido a este efecto positivo, la meditación se utiliza como una herramienta para sobrellevar las enfermedades crónicas, como por ejemplo la hepatitis C.

La meditación es fácil de aprender, aunque no necesariamente fácil de practicar. Aquí ofrecemos algunas sugerencias para ayudarle a iniciarse:

Practique con regularidad, pero empiece poco a poco – En principio, puede comenzar con 5 minutos al día e ir aumentando gradualmente a 15-30 minutos. Para algunas personas lo mejor es meditar con más frecuencia pero durante intervalos cortos.

Aparte tiempo para meditar – Escoja una hora habitual para hacerlo. Meditar por la mañana tiene la ventaja añadida de establecer un tono relajante para el resto del día.

Lleve ropa cómoda – Póngase prendas sueltas y confortables. Asegúrese de que la temperatura del ambiente también es adecuada.

Lugar – Escoja un entorno tranquilo y relajado. Puede sentarse en una silla cómoda o en el suelo sobre un cojín. También puede echarse si es capaz de evitar la tentación de dormirse.

Otra alternativa es la meditación mientras camina.

Posición – Puede sentarse en una silla cómoda con el respaldo recto con las manos sobre las piernas y con los pies suavemente apoyados en el suelo. O quizás prefiera sentarse con las piernas cruzadas en el suelo, en una silla o sobre un cojín. El confort es esencial. En este sentido, la meditación sirve para aliviar los problemas de salud, no para crearlos.

Evite distracciones – La distracción y la resistencia forman parte de la meditación en la misma medida que la respiración. La mente sigue pensando, los oídos siguen oyendo y el cuerpo continúa percibiendo sensaciones. Es perfectamente aceptable tener pensamientos y percibir sonidos. El truco es no dejar que esto predomine ni aparte su atención del acto de respirar. Un modo de superar las distracciones es reconocerlas e incorporarlas a su conciencia. Por ejemplo, si empieza a pensar en una tarea o un plan pendiente, trate de decirse «pensar» y vuelva a centrar su atención suavemente al acto de respirar.

CÓMO MEDITAR

Existen muchos tipos de meditación y es posible que desee experimentar con varias técnicas antes de decidirse por un estilo concreto. Es algo que puede aprenderse personalmente o a través de un maestro. Algunos centros de meditación ofrecen clases en distintas disciplinas, tales como la meditación lúcida, trascendental o Zen. También pueden utilizarse libros o cintas de casete para instruirse. He aquí unas sencillas técnicas para probar:

- Respirar – cierre los ojos y concéntrese en la respiración. Sienta su respiración mientras el aire entra y sale de los pulmones. Puede contar cada inspiración hasta cuatro y repetir el ciclo otra vez. Trate de relajarse mientras respira y experimenta cómo se deshace el estrés.
- Vela – Encienda una vela en un lugar oscuro y sin corrientes de aire y colóquela a la altura de los ojos. Mire la llama y concéntrese en su propia respiración. En poco tiempo sentirá la mente relajada y tranquila. **Nota:** *No debe practicar este método si sufre migrañas o ataques epilépticos.*
- Meditación de Bondad Amorosa – Relájese y concéntrese en su respiración. Mientras inspira, diga «Que yo esté bien». Mientras expira, diga «Que los demás estén bien».
- Cántico – Puede repetir un *mantra* para cantarlo mientras medita. Los practicantes de la meditación trascendental emplean una palabra (*mantra*) cuando se inician en esta práctica. Otros dicen simplemente «OM» o «paz» durante la meditación. Los cristianos y los fieles de otras religiones contemplativas utilizan palabras significativas. Trate de sentarse cómodamente y repita una palabra o un sonido. Sienta la vibración mientras expira. Prolónguela todo el tiempo posible. Si la mantiene, pronto se sentirá relajado y tranquilo.

Estas son tan solo algunas técnicas de entre las muchas formas de meditar. Pruébelas...no tiene nada que perder, excepto el estrés y la tensión.

sigue en la pág 9

DROGAS

viene de la pág 6

que habían mostrado una RVS a la terapia anti-VHC. Aunque nueve de ellos reanudaron el consumo de drogas, sólo uno de ellos se re infectó otra vez.

Dado que la adicción es un problema crónico y recurrente, todos los CDI en activo y los pacientes en programas de desintoxicación o de mantenimiento con metadona deben recibir asesoramiento sobre el modo de prevenir el contagio y la reinfección con el virus de la hepatitis, consistente en no compartir jeringas ni parafernalia para inyectarse y, en caso de compartir, limpiar bien el equipo con lejía (aunque no se ha demostrado que la lejía elimine el VHC o el VHB de las jeringas). Las investigaciones demuestran que ambos virus pueden transmitirse a través de las cucharas, los filtros de algodón e incluso mediante el agua para aclarar las jeringas o mezclar la droga. Además, todos los CDI deberían vacunarse contra la hepatitis A y B si todavía no han estado expuestos a estos virus.

Los pacientes que se están rehabilitando de su problema con las drogas afrontan el desafío especial de utilizar interferón, ya que este fármaco se administra mediante inyección. Para algunas personas, el acto de preparar e inyectar el medicamento aviva su deseo de consumir drogas. Sin

embargo, tanto las jeringas preparadas de Pegasys (Roche) como la preparación Peg-Intron Redipen (Schering), que se mezcla y administra sin una jeringa, pueden ayudar a reducir la asociación entre las drogas inyectadas y la administración del medicamento.

Para que los CDI logren el mejor resultado, Edlin recomienda establecer un ambiente de respeto mutuo entre médico y paciente, que incluya a los pacientes a la hora de tomar decisiones y les eduque sobre su

La recaída en el consumo de drogas durante el tratamiento anti-VHC no debería dar lugar a un abandono de la terapia, sino a una intervención

situación médica, las propuestas terapéuticas y los efectos secundarios. Según el panel de consenso de los NIH, los CDI con el VHC deben ser tratados por un equipo interdisciplinar que incluya a hepatólogos y especialistas en adicciones. Además, debe ofrecerse a todos los CDI la opción de seguir un programa de desintoxicación. El mantenimiento con opiáceos puede ayudarles a mantener la estabilidad y, dado que requiere frecuentes consultas médicas, permite observar el tratamiento directamente y ofrecer apoyo para cumplirlo adecuadamente, además de facilitar el alivio de los efectos secundarios.

Por último, es preciso hacer más investigaciones sobre el curso de la progresión de la enfermedad por el VHC y su tratamiento óptimo en los CDI. Dado que este grupo representa a la mayoría de los infectados por el VHC, Edlin hace hincapié en que «el control de la hepatitis C en la población estadounidense, por lo tanto, requiere desarrollar, poner a prueba e implementar estrategias eficaces de prevención y tratamiento para las personas que se inyectan drogas».

Bibliografía:

- Backmund, M. et al. Treatment of hepatitis C infection in injection drug users. *Hepatology* 34:188-93. Julio de 2001.
- Dalgard, O. et al. Treatment of chronic hepatitis C in injecting drug users: 5 years' follow-up. *Eur Addict Res* 8:45-9. 2002.
- Edlin, B. Prevention and treatment of hepatitis C in injection drug users. *Hepatology* 36(5 Suppl. 1): S210-9. Noviembre de 2002.
- Mauss, S. et al. A prospective controlled study of interferon-based therapy of chronic hepatitis C in patients on methadone maintenance. *Hepatology* 40 (1): 120-124. July 2004
- Sylvestre, D.L. Treating hepatitis C in methadone maintenance patients: an interim analysis. *Drug Alcohol Depend* 67:117-123. 2002
- Sylvestre, D.L. Treatment of HCV in the Methadone Patient (<http://www.hcvadvocate.org/hcsp/articles/Sylvestre-1.html>)



ESPIRITUAL

viene de la pág 7

La Oración de la Serenidad

«Señor, concédeme la serenidad de aceptar lo que no puedo cambiar, el valor de cambiar lo que sí puedo cambiar y la sabiduría para reconocer la diferencia».

Recursos

- *Kitchen Table Wisdom*, por Rachel Naomi Remen
- *A Path with Heart*, por Jack Kornfield
- *Start Where You Are*, por Pema Chodron
- *Soul Food*, por Jack Kornfield y Christina Feldman
- *Stillness Speaks*, por Eckhart Tolle
- *The Miracle of Mindfulness*, por Thich Nhat Hanh
- *Wherever You Go There You Are*, por Jon Kabat-Zinn
- *Zen Mind, Beginner's Mind*, por Shunryu Suzuki
- Técnicas de meditación www.tecnicasdemeditacion.com
- The Transcendental Meditation Center - www.tm.org
- Vipassana Meditation - www.dhamma.org
- World Wide Online Meditation Center - www.meditationcenter.com
- Zen - www.do-not-zzz.com

©Agosto de 2004 Lucinda Porter, Enfermera titulada, y el Hepatitis C Support Project / HCV Advocate www.hcvadvocate.org – Reservados todos los derechos.

Se permite y alienta a la reproducción de este documento siempre que se reconozca a los autores y al Hepatitis C Support Project



RECURSOS EN ESPAÑOL

Las siguientes hojas informativas están disponibles para descargarlas desde nuestro sitio, en <http://www.hcvadvocate.org>.

Hojas informativas

Una serie de hojas informativas escritas por expertos en el campo de la enfermedad hepática

- VHC Conceptos Básicos
- Cómo interpretar los resultados de una alalítica: guía básica
- Cómo manejar los efectos secundarios del tratamiento para el VHC
- La prueba ha salido positivo ¿Y ahora qué?
- Introducción sobre el hígado
- Hierbas y Hepatitis C
- Transmisión Sexual de la Hepatitis C: LO QUE NECESITA SABER
- Cómo Conseguir los Subsidios de Discapacidad por el VHC Concedidos por la Seguridad Social
- Guía Para Comprender la Hepatitis C
- Vivir con Hepatitis C: CÓMO

MANEJAR LOS SÍNTOMAS COMUNES

- Hepatitis C: Cómo Revelar la Noticia
- Hepatitis B: Lo que Necesita Saber
- Prevención de la Transmisión del VHC EN CENTROS DE CUIDADO PERSONAL
- Hepatitis A: Lo que Necesita Saber

Datos Sencillos sobre la C

- ¿Qué es la ALAT?
- Prueba de Anticuerpos de la Hepatitis C
- Biopsia Hepática
- Genotipo de la Hepatitis C
- El Hígado
- Carga Viral de la Hepatitis C



Para Vivir Positivamente. Sintiéndose Bien.



www.hcvadvocate.org

HCSP

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