



HEPATITIS C  
SUPPORT PROJECT

www.hcvadvocate.org

HCV ADVOCATE

febrero 2005 vol. 2, número 2

Para Vivir Positivamente. Sintiéndose Bien

UNA PUBLICACIÓN MENSUAL DEL HEPATITIS C SUPPORT PROJECT

www.hcvadvocate.org

# Carcinoma Hepatocelular: Factores de Riesgo y Predicción



Liz Highleyman


*El carcinoma hepatocelular (CHC), un tipo de cáncer de hígado, es una de las posibles consecuencias a largo plazo de la hepatitis B ó C. El suplemento de noviembre de 2004 de la revista Gastroenterology dedicó el número completo a repasar el estado actual de conocimientos sobre esta enfermedad.*

El CHC se desarrolla durante las últimas etapas de la enfermedad hepática—después de 2-4 décadas normalmente—en sujetos con lesiones de hígado muy extensas. En la reunión de la Asociación Estadounidense para el Estudio de las Enfermedades Hepáticas (AASLD) celebrada el año pasado, investigadores de la Red de Cáncer Hepático señalaron que más de la mitad de casos de cáncer de hígado contabilizados en los Estados Unidos están vinculados a la hepatitis C. Según un artículo de Hashem El-Serag publicado en el suplemento de *Gastroenterology* mencionado, la incidencia de CHC en los EE.UU., tras ajustar el factor de la edad, se ha duplicado en las dos últimas décadas, ahora que las personas infectadas hace años han llegado a etapas más avanzadas de la enfermedad. Pero es posible que con un tratamiento efectivo de la hepatitis C crónica—junto con el hábito ge-

neralizado de la vacunación contra la hepatitis B—esta tendencia pueda empezar a invertirse a partir de ahora.

El CHC no sólo está relacionado con la hepatitis vírica crónica, sino también con otras formas de enfermedad hepática como la cirrosis alcohólica (cicatrices en el hígado) y la hemocromatosis (enfermedad por saturación de hierro). Los expertos creen que la inflamación y regeneración de los hepatocitos dañados puede provocar con el paso del tiempo la proliferación celular incontrolada que caracteriza al cáncer. En un estudio de donantes de sangre japoneses realizado por Hideo Tanaka y colaboradores (publicado en la revista *International Journal of Cancer* del 20 de diciembre de 2004), el riesgo de CHC se vinculó a la elevación del ALAT, un signo de inflamación hepática. En sujetos con hepatitis C crónica, el CHC casi siempre se produce en pacientes con cirrosis. En sujetos con hepatitis B crónica, la integración del ADN del virus en el genoma de los hepatocitos anfitriones también puede favorecer la multiplicación de células anómalas, y un pequeño número de pacientes sufren cáncer de hígado incluso sin cirrosis.

Solamente un pequeño porcen-



**EN ESTE NÚMERO**

**Grupo de Apoyo, 5ª Parte.....2**

**Consejos de Salud  
Aspiraciones, Ocupaciones  
y VHC.....3**

taje de las personas con hepatitis crónica B ó C terminan padeciendo CHC (el 5% aproximadamente de los sujetos con cirrosis por el VHC). Por desgracia, es difícil predecir quién va a entrar en este grupo, aunque hay varios factores claramente asociados a un mayor riesgo de cáncer hepático.

Es bien sabido que la edad avanzada incrementa la probabilidad de sufrir cáncer de hígado, el cual se produce con más frecuencia a partir de los 50 años. La tasa de CHC es 2-4 veces más alta en hombres que en mujeres. En el estudio del Dr. Tanaka, por ejemplo, la incidencia acumulativa de CHC en más de ocho años de seguimiento en una cohorte de 1.927 sujetos VHC positivos fue del 21,6% en los hombres frente al 8,7% en las mujeres. Los afroamericanos y los hispanoamericanos parecen más propensos a sufrir cáncer de hígado que los blancos, y la tasa entre los asiáticos es particularmente alta debido a la elevada frecuencia de hepatitis B crónica en este grupo de población.

sigue en la pág 4

# Grupo de Apoyo Parte 5



Alan Franciscus, Redactor jefe

## EJEMPLO DE FORMATO DE GRUPO DE APOYO

Lo que sigue es un ejemplo de formato para una sesión en grupo:

El grupo de apoyo se reúne el primer y tercer lunes de cada mes en horario de 7:00-8:30 de la tarde.

### Inicio de la Sesión (los primeros 45 minutos)

Lo primero en cada comienzo: cada miembro del grupo debe saludar y hacer una presentación por turnos. Los miembros suelen hablar de algún tema importante o pueden contarse cómo les va.

Esto permite que todos los participantes hablen y es una parte importante de la reunión para establecer la unidad del grupo. La conversación debe ser de 2-3 minutos por persona, pero no debe prolongarse más de 5 minutos. Durante esta presentación, los miembros pueden pedir más tiempo para hablar de temas o problemas que desearían comentar con todo el grupo. Esta charla por turnos no debe interrumpirse con preguntas ni comentarios.

El director del grupo puede también introducir alguna pregunta en esta presentación inicial, como:

“Cuando se presenten, describan cómo se sienten” (Procure que los participantes no digan solamente “Bien” u otras descripciones simplistas).

“Cuando se presenten, mencionen algo que les haga sentirse bien o de lo que estén agradecidos” (eso ayuda a que los miembros comiencen con un

comentario positivo en lugar de uno negativo. También puede usarse para despedirse. También puede hacerse así durante la despedida).

### Sección Educativa o de Tema Específico (35 minutos)

La segunda parte de la sesión es ideal para discutir una amplia variedad de temas. Es conveniente charlar sobre todos ellos y pedir al grupo que establezca prioridades y decida qué temas van a tratarse en cada reunión. Puede incluso organizar una sesión educativa con alguna persona especializada en el tema de interés.

### Despedida

Es esencial que cada participante pueda despedirse personalmente en cada sesión. Dedique 5-10 minutos al final de la reunión para la despedida. Este es el momento en que los miembros expresan unas palabras o pensamientos finales. Debe dejarse hablar a cada uno sin interrupciones.

El final de la reunión sirve para que los miembros terminen con una sensación positiva sobre la unidad del grupo y con esperanzas para el futuro. Muchos grupos realizan un ritual de despedida para crear este sentimiento de unidad y esperanza común. La despedida puede consistir en recitar una plegaria, una meditación o un poema, o bien en estrecharse las manos en silencio. Pida a los participantes que compartan los rezos o poemas que

a ellos les resulten de ayuda.

### Ejemplos:

- *Oración por la serenidad:*

Señor, concédeme la serenidad de aceptar las cosas que no puedo cambiar,

Valor para cambiar las cosas que sí puedo cambiar,

Y sabiduría para saber distinguir entre ambas.

- *Meditación silenciosa:*

Todos los miembros forman un círculo y se dicen para sus adentros:

Que Yo Esté Bien (tomando aire)

Que Los Demás Estén Bien (echando aire)

- *Repítanlo una vez más*

## ESTRATEGIAS PARA SITUACIONES DIFÍCILES

Cada grupo de apoyo es único. Los miembros de cada grupo aportan una amplia variedad de temas y emociones al conjunto según sus diferentes personalidades y puntos de vista.

A veces, las personalidades y puntos de vista particulares chocan con el director y con otros participantes. El director del grupo deberá ayudar a resolver los problemas que puedan surgir durante la sesión. Trate de no preocuparse demasiado por los problemas potenciales; por lo general hay pocos conflictos y la mayoría de los que aparecen en las reuniones pueden evitarse o superarse remitiéndose a las

sigue en la pág 5

# Consejos de Salud: *Aspiraciones, Ocupaciones y VHC*



Lucinda Porter, Enfermera titulada

*Hace poco he recibido un mensaje de una lectora que sueña con hacerse enfermera. Y confiesa “He tenido miedo de que a la hora de darme trabajo no me contraten por mi diagnóstico de VHC (virus de la hepatitis C)”. La lectora nos pregunta si este miedo tiene una base real o es infundado.*

Esta pregunta se enfoca desde muchos aspectos. De una parte, está el lado práctico: ¿puede trabajar la gente que es VHC positiva en el campo de la salud? ¿Presentan los trabajadores con el VHC algún riesgo para sus pacientes? Si es así, ¿hay métodos para prevenir o reducir este riesgo? ¿Están obligados los empleados VHC positivos a revelar su seroestado? ¿Existe alguna consideración ética sobre este aspecto? ¿Cómo afrontar el estigma que en ocasiones conlleva el VHC? Y por último, ¿hay motivos para que el VHC interfiera en los sueños y esperanzas de los pacientes?

Por inquietante que pueda sonar, la gente con el VHC sí puede trabajar en el campo de la salud. Esto incluye a doctores, cirujanos, enfermeras y flebotomistas. Los pacientes sin el VHC pueden sentirse molestos, pero para comprenderlo es preciso explorar de cerca esta situación. El término nosocomial se aplica a las infecciones que los pacientes adquieren en los centros médicos. La fuente de la infección puede proceder tanto de equipos como de personas. Todos los centros de salud están obligados a seguir normas muy estrictas para prevenir las infecciones nosocomiales. Estas normas sirven para proteger tanto a los pacientes como al personal del centro. Las precauciones obligatorias están estandarizadas. Los Centros de Control y Prevención de Epidemiologías (CDC) reconocen que “la transmisión nosocomial del VHC es posible si las técnicas de control de infecciones o los métodos de desinfección son inadecuados y si se comparte equipo contaminado entre los pacientes. Aunque en otros países se han constatado casos de transmisión nosocomial del VHC, esta vía de infección rara vez se ha producido en los Estados Unidos, excepto en centros de hemodiálisis continua”. El riesgo de infección de los pacientes hemodializados procede de otros pacientes y

del uso compartido de equipo médico contaminado. No existe ningún caso documentado en los Estados Unidos de pacientes que hayan adquirido el VHC directamente del personal que trabajaba en centros de hemodiálisis.

Un dato importante y curioso es que la prevalencia de infección por el VHC entre los profesionales médicos es la misma que la de la población general (1,8%). Esta cifra incluye a todo el personal de la salud, incluso a los cirujanos. Este hecho respalda la noción de que las precauciones para evitar infecciones funcionan y muy bien, por cierto. Dado que todo el personal está obligado a seguir las mismas normas, los trabajadores que tienen el VHC previenen la transmisión del virus cuando las cumplen.

Los CDC no hacen recomendaciones para restringir el acceso de personal médico VHC positivo. No es necesario revelar el diagnóstico de VHC para poder trabajar en el campo de la salud. Se considera ilegal discriminar a los empleados teniendo en cuenta únicamente su seroestado respecto al VHC. Para los profesionales de la salud que deben exponerse a sangre infectada con el VHC, los CDC no especifican ninguna precaución excepto “abstenerse de donar sangre, plasma, órganos, tejidos o semen” durante el período de seguimiento. No es necesario modificar las responsabilidades relativas al cuidado de los pacientes.

Todo esto es alentador, pero no absuelve a los empleados VHC positivos de la responsabilidad o las consideraciones éticas. Es esencial cumplir las precauciones estándar meticulosamente y en todo momento, y esto es obligatorio para todos los miembros del personal médico. En definitiva, es responsabilidad médica y moral de todos los profesionales de la salud proteger a sus pacientes de cualquier peligro.

El tema del estigma social es mucho más difícil de afrontar. Los estigmas están vinculados a la ignorancia y el miedo, que son dos problemas sociales profundamente arraigados. El VHC está estigmatizado por una serie de razones. Existe el temor del contagio, aunque

## CARCINOMA

viene de la pág 1

De acuerdo con un análisis firmado por Timothy Morgan y colaboradores, el abuso prolongado del alcohol (más de 80 gramos diarios durante 10 años) quintuplica el riesgo de CHC, aunque los estudios sugieren que el consumo ligero o moderado no está relacionado con un aumento significativo de cáncer de hígado. Otras toxinas hepáticas, como el humo del tabaco y las aflatoxinas contenidas en los cereales mohosos, también pueden incrementar el riesgo de CHC.

Según señalaron Stephen Caldwell y colaboradores, las investigaciones apuntan cada vez más al vínculo entre el CHC y la resistencia insulínica, la diabetes y la obesidad. Por ejemplo, en un estudio de Marie-Claude Rousseau y colaboradores presentado en la 3ª Reunión Anual de Investigación de Obstáculos para la Prevención del Cáncer (Frontiers in Cancer Prevention Research) celebrada el pasado octubre, las personas con diabetes muestran un riesgo 3-4 veces más alto de sufrir cáncer de hígado. Esto probablemente se debe a que el exceso de grasa y glucosa en la sangre está vinculado a la esteatosis (hígado graso), la cual a su vez está relacionada con una progresión más rápida a fibrosis. En palabras de Mimi Yu y Jian-Min Yuan, “Teniendo en cuenta la actual epidemia de obesidad y diabetes en los Estados Unidos, este factor de riesgo será cada vez más notable”. (Curiosamente, y en contraste con esta hipótesis, el equipo del Dr. Tanaka halló que el CHC era *menos* frecuente en sujetos con el colesterol alto).

No es de sorprender que los sujetos que presentan varios factores de riesgo—por ejemplo, hepatitis vírica más abuso del alcohol—tengan

más riesgo de sufrir cáncer de hígado. En el estudio del Dr. Tanaka, los participantes coinfectados con el VHC/VHB mostraron una incidencia de CHC del 12%, frente al 3% de quienes tenían solo el VHC y al 2% de quienes tenían solo el VHB. Aunque existen pocos datos hasta la fecha, los pacientes coinfectados con hepatitis vírica crónica y VIH también podrían correr un mayor riesgo de sufrir CHC.

El cáncer de hígado es difícil de detectar durante las primeras etapas, que es cuando sería más fácil de tratar, debido a que causa pocos síntomas. Para cuando el paciente presenta síntomas clínicos, la enfermedad está avanzada y el plazo de supervivencia se calcula en meses. Los investigadores siguen buscando buenos métodos no invasivos para detectar el CHC a tiempo. El método de referencia estándar para detectar células displásicas (anómalas) o cancerosas es la biopsia, pero para muchos pacientes no es práctico someterse a biopsias cada cierto tiempo. A menudo la alfa-fetoproteína (AFP) aparece elevada en las analíticas cuando existe CHC, pero también puede estar dentro de los márgenes normales en presencia de pequeños tumores, y además la AFP puede estar alta a consecuencia de otras afecciones, por lo que esta prueba no es muy fiable. Las ecografías también pueden detectar tumores en el hígado, pero son muy costosas y su precisión depende de la habilidad del técnico. Los investigadores están buscando varios biomarcadores potenciales para el CHC. Un estudio de Valérie Paradis y colaboradores publicado en la edición de enero de 2005 de la revista *Hepatology* afirmó que existe un algoritmo basado en seis proteínas cuya concentración varía en los pacientes cirróticos dependiendo de si tienen cáncer o no y que fue capaz de diagnosticar correctamente el

CHC en un 90% de los casos.

Algunos expertos defienden el método de la AFP con o sin ecografía para detectar el cáncer de hígado en pacientes que presenten factores de riesgo, pero los estudios realizados hasta la fecha no han demostrado que las pruebas de cribaje reduzcan la mortalidad. “[N]o existen pruebas definitivas de que la vigilancia [del CHC] mejore el desenlace de los pacientes”, señala Adrian DiBisceglie en el suplemento de *Gastroenterology*. “No obstante, la determinación seriada de los niveles de AFP en suero y la ecografía hepática se han convertido en prácticas habituales, a pesar de la falta de indicios de su beneficio global”.

El tratamiento del cáncer de hígado puede ser la resección del tumor (extirpación quirúrgica), la inyección percutánea de etanol (inyección de alcohol etílico en el tumor) y la quimioembolización arterial a través de catéter (inyección de fármacos en el torrente sanguíneo del tumor). Por desgracia, el CHC es difícil de tratar y las tasas de supervivencia son bajas. En los casos avanzados, la única opción puede ser el trasplante de hígado.

Por ello, una de las vías más esperanzadoras para reducir la mortalidad por cáncer de hígado sería prevenir o tratar la hepatitis vírica y controlar las lesiones que puede ocasionar a largo plazo. En el caso de la hepatitis B, esto puede conseguirse con la generalización de la vacuna. Para quienes ya estén infectados, el tratamiento puede reducir la tasa de cáncer de hígado. Por ejemplo, en un estudio clínico controlado de 651 asiáticos con cirrosis derivada del VHB, sólo el 3,9% de los pacientes tratados con lamivudina llegaron a sufrir CHC, en contraste con el 7,4% en el grupo de placebo. Según un tra-

sigue en la pág 5

## CARCINOMA

viene de la **pág 4**

bajo realizado por T. Jake Liang y Theo Heller, los pequeños estudios prospectivos y los grandes análisis retrospectivos sugieren que el tratamiento contra la hepatitis C basado en interferón produce una incidencia más baja de CHC. En un estudio europeo de B. Veldt y colaboradores publicado en la edición de octubre de 2004 de *Gut*, entre una cohorte de 286 pacientes con hepatitis C que lograron una respuesta virológica sostenida a la monoterapia con interferón, ninguno terminó teniendo CHC en los más de cuatro años de seguimiento, y la tasa global de supervivencia fue comparable a la de la población general. El tratamiento establecido actualmente (interferón pegilado más ribavirina) probablemente reduzca la incidencia de CHC de forma aún más notable. Por último, algunas investigaciones señalan que incluso si el tratamiento de la hepatitis no logra una respuesta virológica sostenida, aun así es capaz de ralentizar e incluso invertir la progresión de la enfermedad hepática.

En conclusión, el CHC puede terminar siendo uno de los tipos de cáncer más prevenibles. “[L]os métodos de prevención del CHC deben centrarse en erradicar la infección por el VHC, que es la causante de la inflamación y la fibrosis”, afirma Jenny Heathcote en el número especial de la revista *Gastroenterology*, “y en tratar o reducir los riesgos modificables, a través de la vacunación contra la hepatitis B, la reducción del consumo de alcohol, la flebotomía por saturación de hierro, el control del peso y la prevención de la diabetes”.



## GRUPO

viene de la **pág 2**

normas básicas que se han establecido y desarrollando estrategias por adelantado.

### Miembros del Grupo de Apoyo

Dado que las normas básicas (que se abordarán en la parte 6) habrán sido adoptadas por todos los participantes en el grupo, casi todos los problemas pueden resolverse remitiéndose a dichas normas. Es importante recordar que todos los miembros son responsables de mantener la armonía del grupo, no sólo el director.

A nadie le gusta tener un careo directo con el director o con otro participante del grupo. Si debe interrumpir o interpelar a un miembro, trate de usar una voz calmada y tranquilizadora con una actitud que no resulte amenazante. Trate siempre de tranquilizarle con un comentario positivo cuando tenga que hacer interrupciones o volver a encauzar el grupo.

### Problemas Comunes

#### • *Alguien llega tarde por sistema a la reunión*

▪ Haga patente que el participante ha llegado tarde y recuérdale que es responsable de llegar a tiempo. Por supuesto siempre hay situaciones que pueden impedir llegar a la hora en ocasiones, así que tenga cuidado de no mostrarse demasiado rígido.

♦ “Me he fijado en que has llegado tarde a las dos últimas reuniones...¿puedo ayudar en algo para que llegues a tiempo?”

#### • *Alguien habla demasiado rato durante la presentación inicial*

▪ Recuerde al participante las normas básicas: hay un tiempo

límite para que pueda hablar todo el mundo

♦ “Parece que necesitas más tiempo durante la sesión...¿hay algún tema con el que necesites ayuda del grupo después de esta presentación?”

#### • *Alguien monopoliza la conversación*

Una buena estrategia antes de que esto suceda es discutir los peligros de que una sola persona monopolice la conversación durante toda la reunión e incluirlo en las normas para el grupo.

▪ Si el participante está monopolizando la sesión, divagando o ramificando el tema y desviándose demasiado del tema inicial:

♦ Llévelo de nuevo a los puntos principales haciendo un resumen de los aspectos clave y pidiendo a los otros miembros del grupo que expresen sus comentarios.

♦ Interrumpa al participante: “Estás hablando de cosas muy interesantes. ¿Alguien más tiene algún comentario que hacer o desea contarnos cómo se siente en relación a este tema?”

♦ Evite el contacto visual directo con la persona que habla todo el tiempo; es más difícil monopolizar una conversación si el director del grupo no muestra una disposición muy activa.

#### • *Alguien hace comentarios o preguntas con frecuencia que van dirigidas solamente al moderador*

▪ Mire hacia otro lado  
▪ Pásele las preguntas al grupo  
▪ Después de la reunión, hable aparte con esa persona para que dirija sus comentarios o preguntas a todo el grupo

sigue en la **pág 6**

**GRUPO**

viene de la pág 5

**• Momentos de silencio**

▪ Los momentos de silencio pueden ser una señal positiva de que los participantes están cómodos unos con otros. También pueden significar que la gente está digiriendo información o tratando de asimilar sus sentimientos. Si el silencio dura demasiado, pregunte al grupo “¿tiene alguien alguna opinión o comentario sobre lo que acabamos de hablar?”. También puede pasar al tema siguiente sin más.

**• El participante callado**

▪ No pasa nada si alguien desea quedarse sentado sin participar. Si cree que alguien quiere hablar pero le embarga la timidez, puede hacer contacto visual directo con esta persona. Compruebe si su lenguaje corporal indica que quiere participar en la discusión. También puede preguntarle: “¿hay algo que desee compartir sobre esta discusión?” “Está bien si no quiere hacer comentarios, pero ¿tiene alguna opinión sobre lo que hemos tratado?”

**• Información incorrecta**

▪ No se gana nada con interpelar de forma directa o agresiva a un miembro cuando da información incorrecta. En su lugar, trate de hablar con un tono tranquilo y suave:

♦ “Hmm...eso no es lo que yo he oído o escuchado. A lo mejor podemos hablar de ello después de la reunión”. También puede decir (con un tono agradable) “Yo he oído otra cosa, podemos hablar después de la sesión para investigar este tema y compartirlo con el grupo más adelante”.

**• Humor – oportuno o inoportuno**

▪ El humor es una herramienta maravillosa para romper el hielo cuando la conversación se sobrecarga demasiado con emociones intensas. Sin embargo, también puede interferir para que los miembros acepten sus emociones, y puede cortar una discusión que era importante. Pruebe con estas estrategias:

♦ Ignore el comentario gracioso y siga adelante.

♦ Diga algo como, “eso ha sido muy divertido, pero creo que tenemos que ceñirnos a nuestro tema”.

♦ Si una persona continúa intercalando bromas inoportunas, diga, “Esto es importante y tenemos que concentrarnos de verdad para profundizar en este tema”.

**• Enfado**

▪ El enfado es una parte necesaria de los grupos de apoyo, especialmente para quienes sufren una enfermedad potencialmente mortal. No obstante, es importante descargar el enfado de forma que no resulte amenazante y que no vaya dirigido contra nadie del grupo. Cuando el participante termina de expresar su enojo verbalmente, debe ser capaz de seguir adelante. Sin embargo, el enfado prolongado puede sabotear una sesión en grupo, haciendo que los demás consideren el grupo como un entorno poco seguro. Si el enfado continúa dominando el ambiente, pruebe con estos métodos

♦ Reconozca los sentimientos que expresa el participante

♦ “Has expresado emociones bastante intensas. ¿Qué le sugiere esto a los demás miembros?”

♦ Pida un momento de descanso para que usted y los otros

participantes puedan superar esos momentos de ira.

♦ “Veo que estás muy disgustado. Vamos a descansar un par de minutos antes de seguir con la discusión”.

♦ Acepte el sentimiento de esa persona y hágale saber que todo el mundo desea ayudarle.

♦ Si el participante se enoja demasiado, pídale que salga un momento y trate de carmarle.

♦ Trate de cambiar de tema, pero asegúrese de prestar atención poco después al participante y comprobar que se ha calmado un poco.

**• Lloros**

▪ Llorar es una parte esencial del duelo. Si alguien empieza a llorar, tranquilícele diciéndole que sus sentimientos son normales. Si no puede seguir hablando, continúe con el siguiente tema o pida a otros miembros que participen. Asegúrese de ocuparse de esta persona cuando haya terminado de llorar y pregúntele si desea seguir hablando sobre el tema.

**• Conversaciones aparte**

▪ Las charlas entre dos participantes fuera de la discusión principal son muy molestas para el grupo y hacen sentir a los demás miembros como si les estuvieran dejando al margen de una conversación personal en lugar de crear una atmósfera de compartir información y sentimientos. El mejor consejo es recordar las normas básicas al principio de la sesión y hacerlas cumplir cuando sea necesario. El director del grupo debe detener la discusión un momento para señalar este punto o interrumpir a los miembros y preguntarles si quieren compartir su conversación.



## CONSEJOS

viene de la pág 3

en la mayor parte de las situaciones cotidianas pocos nos exponemos a conductas de riesgo. La asociación del VHC al consumo de drogas intravenosas y esnifadas también refuerza el estigma social del VHC. Es interesante para mí cuántas personas se avergüenzan de tener el VHC independientemente del origen de la infección. Para los portadores del VHC, es común describirse como “sucios” o “contaminados”. Los prejuicios son dañinos para todos nosotros, porque dividen en lugar de unir.

Debido a este temor al contagio, yo no recomendaría al personal médico revelar su infección por el VHC, excepto cuando ello pueda beneficiar a sus pacientes. Por ejemplo, puede ser buena idea si se trabaja con pacientes VHC positivos. Sin embargo, no sería adecuado dar esa información si se trabaja en una unidad neonatal. Asimismo, si incumple alguna precaución para el control de infecciones y cree que ha puesto en peligro a alguno de sus pacientes, es absolutamente obligatorio seguir el método establecido por su centro de trabajo para estos casos. Esto no admite matices. Aunque pueda dolerle mucho saber que podría haber infectado a otra persona, recuerde que la tasa de transmisión por pinchazos de jeringas es baja y que la infección aguda por el VHC puede resolverse eficazmente si se sigue el tratamiento apropiado.

En cuanto a los sueños, el diagnóstico de VHC no es lo que ninguno de nosotros habíamos planeado en la vida. Tener una enfermedad crónica, en especial cuando es potencialmente contagiosa, puede servir para bajarnos de la nube. El VHC nos recuerda nuestra propia mortalidad. Quienes deben tratar

con los síntomas de la infección, el tratamiento y los efectos secundarios de la medicación antivírica pueden sentirse como si sus aspiraciones hubieran sido aplastadas por una apisonadora. Sin embargo, en ocasiones el VHC puede ser un acicate para vivir más allá de nuestros sueños y llevar una vida que supere nuestra imaginación. Por ello, a la mujer que me escribió le digo esto: “Pues sí, puedes ser enfermera. De hecho, puede que seas mejor enfermera gracias a que tienes el VHC. A veces, quienes están heridos son los que mejor saben curar”.

### Notas

<sup>1</sup>Recomendaciones de los CDC para la Prevención y el Control del Virus de la Hepatitis C y de Enfermedades Crónicas Derivadas del VHC (Recomendaciones e Informes de MMWR, 16 de octubre de 1998/47 (RR19;1-39) [CDC Recommendations for Prevention and Control of Hepatitis C Virus (HCV) Infection and HCV-Related Chronic Disease (MMWR Recommendations and Reports October 16, 1998/47 (RR19;1-39)]

<sup>2</sup>CDC: Pautas Actualizadas del Servicio de Sanidad Pública de los EE.UU. para el Tratamiento de la Exposición Ocupacional al VHB, VHC y VIH y Recomendaciones de Profilaxis tras la Exposición (Recomendaciones e Informes de MMWR, 29 de junio de 2001/50 (RR11);1-42 [CDC: Updated U.S. Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposures to HBV, HCV, and HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis (MMWR Recommendations and Reports June 29, 2001/50 (RR11);1-42)]

*Derechos de autor, febrero de 2005  
Lucinda Porter, Enfermera Titulada y el  
Hepatitis C Support Project / HCV Advocate  
www.hcvadvocate.org – Reservados  
todos los derechos.*

*Se permite y alienta la reproducción  
de ese artículo siempre que se reconozca  
a la autora y al Hepatitis C Support  
Project*



**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

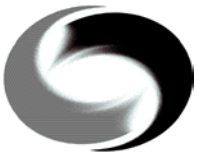
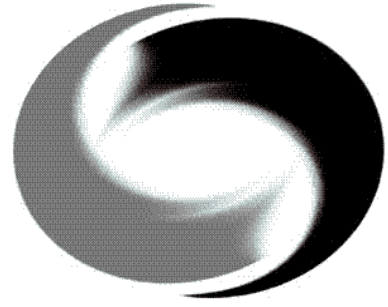
HCV Advocate ofrece información sobre distintas formas de intervención a fin de servir a nuestra comunidad. Cuando damos información sobre cualquier tipo de medicación, tratamiento, terapia o dieta no estamos promoviendo ni recomendando su uso, sino simplemente informando bajo la premisa de que la mejor 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.

© 2005  
Hepatitis C Support Project



Para Vivir Positivamente. Sintiéndose Bien.



[www.hcvadvocate.org](http://www.hcvadvocate.org)

**HCSP**

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