



HEPATITIS C
SUPPORT PROJECT

www.hcvadvocate.org

HCV
ADVOCATE

enero 2006 vol. 3, número 1

Para Vivir Positivamente. Sintiéndose Bien

UNA PUBLICACIÓN MENSUAL DEL HEPATITIS C SUPPORT PROJECT

www.hcvadvocate.org

Conferencia AASLD de 2005: 2ª Parte



Alan Franciscus, Redactor jefe

La cobertura de *HCV Advocate* sobre la conferencia de la Asociación Estadounidense para el Estudio de las Enfermedades Hepáticas (AASLD) del 2005 continúa con información acerca de los tratamientos médicos actuales contra el VHC, los factores que influyen en la progresión de la enfermedad y la duración de la eficacia del tratamiento contra el virus.

OBESIDAD Y CHC

Cada vez aparecen más datos que confirman que la obesidad repercute negativamente en la progresión y el tratamiento de la hepatitis C. Ahora, además, existen indicios de que la obesidad puede reducir la supervivencia de los pacientes con cáncer de hígado. Conocer el modo en que la obesidad influye en la hepatitis C es otra herramienta valiosa para conservar la salud.

T. Mizuta y colaboradores estudiaron el efecto del índice de masa corporal (IMC) sobre la función hepática y la supervivencia de los pacientes con carcinoma hepatocelular (CHC) o cáncer de hígado (*resumen 63917*).

150 pacientes con hepatitis C fueron distribuidos en cuatro grupos cuando se les diagnosticó CHC:

- **Delgados** (IMC por debajo de 22), 57 pacientes
- **Normales** (IMC entre 22-25), 56 pacientes
- **Con sobrepeso** (IMC entre 25-28), 29 pacientes
- **Obesos** (IMC por encima de 28), 8 pacientes

Se analizaron las diferencias en cuanto a edad, sexo, consumo de alcohol, tabaquismo (cajetillas por año) y función hepática entre los cuatro grupos. No se apreciaron diferencias en cuanto a sexo, consumo de alcohol, tabaquismo (cajetillas por año) y función hepática entre los cuatro grupos. La única diferencia observada es que la edad del grupo de pacientes delgados era significativamente más avanzada que la de los otros grupos.

Los resultados mostraron que el IMC más alto es un factor pronóstico de anomalías en la función hepática, y que la supervivencia del grupo **obeso** es significativamente más baja que la de los otros grupos. Es interesante señalar que la concentración de ALAT resultó más baja y la función hepática fue mejor en el grupo **delgado** que en los grupos con peso normal, sobrepeso y obesidad.



EN ESTE NÚMERO

Consejos de salud: Tratar o no tratar.....	3
Trasplante de hígado.....	5

Los autores concluyeron que el “índice de masa corporal es el único factor claramente asociado a un pronóstico inicial malo en las primeras etapas de CHC”.

LA RVS REDUCE LA MORTALIDAD POR TRASTORNOS HEPÁTICOS Y LA INCIDENCIA DE CHC

Otro de los estudios evaluó el efecto del tratamiento con interferón sobre la progresión de la enfermedad por el VHC. S. Bruno y colaboradores presentaron datos de 23 centros italianos con pacientes que recibieron la monoterapia de interferón entre enero de 1992 y diciembre de 1997 para determinar si la eficacia del tratamiento, definida por la consecución de la RVS, reduce o previene la incidencia de carcinoma hepatocelular (CHC - cáncer de hígado) (*resumen 64191*). 1214 pacientes diagnosticados con cirrosis y tratados con la monoterapia de interferón fueron incluidos en la base de datos del estudio. De éstos, 199 pacientes alcanzaron la RVS (16,4%). Durante el plazo de seguimiento (92,5 ± 39,9 meses), 12 pacientes del grupo con RVS y 171 pacientes

sigue en la pág 2

AASLD

viene de la pág 1

pertenecientes al grupo sin respuesta terapéutica fueron diagnosticados con cáncer de hígado. Además, fallecieron 170 pacientes del grupo sin RVS frente a solo 11 sujetos del grupo con RVS. Los autores concluyeron que sus datos demuestran que la consecución de la RVS en pacientes con cirrosis está asociada de forma independiente a un menor riesgo de sufrir cáncer de hígado y a un aumento de la esperanza de vida. Los autores resaltaron también que “las mejores tasas de RVS asociadas a la terapia de interferón pegilado más ribavirina podrían ayudar a aumentar la supervivencia de los pacientes con el VHC”.

TRATAMIENTO DEL VHC Y ESQUIZOFRENIA

Habitualmente, los pacientes VHC positivos con esquizofrenia no se consideran buenos candidatos al tratamiento, basándose en la creencia de que el tratamiento con interferón empeora los síntomas de la esquizofrenia. Hasta ahora no se han recopilado suficientes datos reales acerca del tratamiento anti-VHC en este grupo como para hacer recomendaciones sobre el mismo. Esta es una cuestión importante que exige una respuesta certera, porque el grupo integrado por sujetos esquizofrénicos presenta una tasa de infecciones por el VHC más alta que otros grupos.

M.S. Huckans y colaboradores del Centro Médico de Veteranos en Portland realizaron un estudio sobre pacientes VHC positivos con esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y toxicomanía (*resumen 64615*). En este estudio retrospectivo se analizaron los datos de 293.445 veteranos pertenecientes

al *Northwest Veterans Healthcare System*. En los tres grupos se compararon las tasas de respuesta terapéutica y de finalización del tratamiento:

- **Grupo 1** – 8.836 pacientes con antecedentes de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo (el 47% tenía además un problema de toxicomanía). De estos, el 59% se sometió a la prueba de anticuerpos al VHC.

- **Grupo 2** – 39.922 pacientes con un problema de toxicomanía y sin antecedentes de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo. De estos, el 63% se sometió a la prueba de anticuerpos al VHC.

- **Grupo 3** – 244.605 pacientes sin antecedentes de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo ni problemas de toxicomanía (grupo de control). De estos, el 30% se sometió a la prueba de anticuerpos al VHC.

Los resultados positivos a la prueba del VHC fueron: el 22% del grupo 1, el 27% del grupo 2 y el 5% del grupo 3. De entre los infectados con el VHC, el 11% del grupo 1, el 11% del grupo 2 y el 14% del grupo 3 fueron tratados con interferón.

Los resultados de este estudio hallaron que el grupo 1 (con esquizofrenia) finalizó el tratamiento de 24 semanas en un porcentaje significativamente más bajo que el grupo 3 de control (el 29% frente al 46% $p = 0,001$), pero el grupo 1 finalizó la terapia de 48 semanas con interferón en un porcentaje similar (el 13% frente al 15%, $p = 0,69$).

Según un análisis de intención de tratamiento, el grupo 1 alcanzó una tasa de RVS comparable a la del grupo 3 de control (el 25% frente al 30%, $p = 0,73$). Al comparar el grupo 2 (con un problema

de toxicomanía) y el grupo 3 (control) se observó que el primero finalizó en menor proporción que el segundo la terapia de 24 semanas (el 35% frente al 46%, $p = 0,001$) y la de 48 semanas (el 11% frente al 15%, $p = 0,03$). Sin embargo, según un análisis de intención de tratamiento, el grupo 2 alcanzó una tasa de RVS comparable a la del grupo 3 de control (el 24% frente al 30%, $p = 0,24$).

Los autores concluyeron que “[a] pesar de las diferencias en la tasa de finalización del tratamiento, los resultados indican que los sujetos con esquizofrenia y problemas de toxicomanía tienen tasas de RVS semejantes a las de los participantes del grupo de control. Por ello, se recomienda que estos grupos reciban tratamiento contra el VHC”. Los autores recomendaron además realizar estudios más específicos con estos grupos de alto riesgo sobre el impacto del interferón en los síntomas psiquiátricos.

WIN-R

En la conferencia AASLD se presentaron también los resultados del ensayo clínico que evalúa la dosis de ribavirina en función del peso junto con Peg-Intron (WIN-R). En este estudio, J. Jacobson y colaboradores ofrecieron los resultados de la ribavirina en dosis **fijas** (800/día) frente a dosis en función del **peso** (*resumen 72446*).

En conjunto, participaron en el estudio 225 centros y 4.913 pacientes. Todos los participantes recibieron Peg-Intron 1,5 $\mu\text{g}/\text{kg}$ por semana más ribavirina:

- 2.444 sujetos tomaron 800/día (dosis **fija**),
- 2.469 recibieron dosis en función del **peso**:

sigue en la pág 4

Consejos de Salud:

Tratar o no tratar, esa es la cuestión



Lucinda Porter, Enfermera titulada

Para quienes viven con la hepatitis C (VHC), la decisión de someterse a un tratamiento médico puede ser difícil de tomar. Para algunos, la cuestión no es “si”, sino “cuándo”. Otros son muy firmes en su postura de no tratarse. Sin embargo, para la mayoría, “tratar o no tratar” es un tema fundamental que merece ser sopesado detenidamente. “¿Debo hacer el tratamiento?” “¿Debo esperar?” “¿Cuándo debo comenzar?” Estas preguntas pueden darnos vueltas en la cabeza durante días, semanas e incluso años. En ocasiones, las dudas nos impiden vivir el presente y disfrutar de la vida. La indecisión puede ser una especie de parálisis. El objetivo de este artículo es abordar algunos elementos comunes que deben sopesarse para tomar decisiones relativas al tratamiento. En él damos por supuesto que está tomando esta decisión junto con su médico.

Según el diccionario *Merriam-Webster*, la palabra “decidir” procede de un verbo del latín que significa “cortar”. La propia naturaleza de la decisión implica cortar o sacar una opción de entre las demás alternativas. Si elige un camino, no puede ir por el otro. Los primeros versos del poema de Robert Frost, “El Camino No Tomado” captan el peso de tomar una decisión:

*Dos caminos divergían en un bosque amarillo,
Y apenado de no poder tomarlos ambos...*

La toma de decisiones es un proceso. La parte más importante de este proceso es llegar a decidirse. Tomar una mala decisión a veces es mejor que no tomar ninguna. La indecisión tiene sus consecuencias. No decidirse ya es una decisión. Pero es que además es una decisión tomada con un sentimiento de impotencia. Puede haber ocasiones en que posponer una decisión es lo mejor que se puede hacer. Son embargo, a menudo dejar las cosas para mañana hace más daño que bien.

El proceso de tomar decisiones consta de seis pasos. Lo ilustramos aquí con un breve ejemplo: Suponga que su médico le ha recomendado iniciar un

tratamiento contra el VHC y que usted presenta una progresión moderada de la enfermedad. Su doctor le dice que la decisión depende de usted. Y usted se encuentra barajando un montón de pensamientos de todo tipo. Se pregunta cómo va a poder tomar una decisión tan importante.

1) *Identifique la decisión* – Por ejemplo, “¿Debo probar el tratamiento para el VHC y, si lo hago, cuándo debería empezar?” Asegúrese de que la decisión prioritaria es esa exactamente. Es posible que tenga otro problema de salud más importante, como cáncer, depresión profunda o alcoholismo. Quizás tenga algún pariente enfermo que necesita su atención en estos momentos.

2) *Identifique las distintas opciones* – Escríbalas todas, incluso las que en principio rechaza. Ejemplos: a) comenzar el tratamiento, b) no iniciar el tratamiento, c) recibir una segunda opinión médica antes de decidirse d) esperar hasta que aparezca algún tratamiento nuevo.

3) *Recopilar información* – Antes de poder tomar una decisión correcta, es necesario contar con información suficiente. Trate de obtener datos fiables. Pídale a su médico que le sugiera buenas fuentes de información. Su biblioteca pública puede tener información sobre temas de salud. Los grupos de apoyo también pueden ser útiles. Un buen modo de conocer experiencias reales es hablar directamente con otros pacientes. Trate de escuchar muchas historias diferentes en lugar de unas pocas. Si solamente habla con alguien a quien le fue bien el tratamiento o con alguien que lo pasó muy mal, no tendrá una perspectiva completa. Las salas de chat no suelen ser fuentes de información fiables porque tienden a atraer a personas que necesitan un lugar para hablar de sus problemas. Los pacientes que no han sufrido con el tratamiento no suelen estar motivados para acudir a las salas de chat.

Pídale a su médico que le indique qué posibili-

AASLD

viene de la pág 2

- o < 65 kg–800 mg/día
- o 65 a < 85 kg–1000 mg/día
- o 85 a < 105 kg–1200 mg/día
- o 105-125 kg–1400 mg/día

Este estudio fue aleatorizado, y la duración del tratamiento para los pacientes con el genotipo 1 fue de 48 semanas, mientras que los portadores del genotipo 2 o 3 recibieron 24 o 48 semanas.

Todos los pacientes que tomaron una dosis de fármaco como mínimo fueron incluidos en el análisis de intención de tratamiento.

La respuesta virológica sostenida total (RVS) fue del 44% para el grupo con dosis en función del **peso** frente al 41% para el grupo que recibió la dosis **fija**. Si lo desglosamos en genotipos, la RVS del genotipo 1 fue del 34% (según **peso**) frente al 29% (**fija**). Para el genotipo 1, la RVS con una carga viral alta fue del 32% (según **peso**) frente al 27% (**fija**).

Los resultados de RVS para los genotipos 2 y 3 fueron del 60% (según **peso**) frente al 58% (**fija**) con 48 semanas de tratamiento, y del 68% (según **peso**) frente al 65% (**fija**) con 24 semanas de tratamiento. En consecuencia, los autores concluyeron que tratar a los pacientes con el genotipo 2 y 3 durante 24 semanas es tan eficaz como hacerlo durante 48 semanas.

Se observaron reacciones adversas intensas (efectos secundarios) en el 11% (según **peso**) frente al 12% (**fija**), con más casos de anemia (hemoglobina por debajo de 10 g/dl) en el grupo que recibió dosis en función del **peso** (el 46% frente al 32%). La tasa de abandono terapéutico a causa de los efectos secundarios fue similar en

ambos grupos (del 15% frente al 14%).

También se observó que el grupo que tomó las dosis en función del **peso** mostró una tasa de recidivas más baja (el 15% frente al 19%).

Un total de 1.808 pacientes no finalizaron el tratamiento, y 327 sujetos que habían respondido positivamente al final de la terapia se perdieron durante el plazo de seguimiento. Para el análisis de intención de tratamiento se consideró que este tipo de pacientes había experimentado fracaso terapéutico.

Los autores concluyeron que “[l]a dosis de ribavirina en función del **peso** produce una RVS significativamente más alta que la dosis **fija**, en especial con los portadores del genotipo 1, que son los más difíciles de tratar (34% frente al 23%).”

Una vez que los datos sean evaluados por los comités de expertos y publicados en revistas médicas especializadas, se divulgará información más detallada sobre el ensayo clínico WIN-R.

DURABILIDAD DE LA RVS

Una de las cuestiones de mayor importancia en cuanto al resultado del tratamiento para el VHC es si la respuesta virológica sostenida (ARN del VHC negativo durante el tratamiento y en los seis meses posteriores) es realmente duradera. M.G. Swain y colaboradores de la Universidad de Calgary, Canadá, presentaron (*resumen 62232*) los datos de seguimiento de un estudio internacional que sigue actualmente en marcha sobre pacientes tratados con Pegasys en monoterapia o en politerapia con Copegus (ribavirina).

Hasta la fecha, se cuenta con datos de 901 pacientes que alcanzaron la RVS. En el estudio se ad-

mitió a participantes con hepatitis C crónica, a sujetos con la ALAT normal y a personas coinfectadas con el VIH y el VHC.

Se observó que, en total, 894 sujetos (el 99,2%) siguieron siendo seronegativos en cuanto al VHC. Además, **todos** los pacientes que fueron tratados durante 48 semanas con Pegasys más Copegus (ribavirina-1000 o 1200 mg/día) siguieron con un resultado negativo al VHC, incluso aquéllos coinfectados con el VIH/VHC y con la ALAT “normal”.

Los autores concluyeron que “[l]a RVS que se obtiene con el peginterferón alfa-2a (40KD) (Pegasys) por sí solo o junto con ribavirina es duradera hasta un máximo de 5 años tras concluir la terapia”. En estos momentos, los autores están investigando si los 7 pacientes que volvieron a mostrar un resultado positivo al ARN del VHC recayeron realmente o bien se reinfectaron después de concluir el tratamiento.

RESPUESTA VIROLÓGICA RÁPIDA

Después de 12 semanas de tratamiento con interferón pegilado más ribavirina, un descenso de 2 logocopias en la carga viral o la eliminación del VHC pueden ayudar a pronosticar si el tratamiento será eficaz o no. La regla de las 12 semanas ha sido una valiosa herramienta para ayudar a los pacientes y a sus médicos a decidir si debe continuarse o no la terapia según los resultados obtenidos. Otro factor pronóstico potencial es tomar como referencia los parámetros de carga viral en un punto anterior de la terapia.

En la conferencia AASLD, D. Jensen y colaboradores presentaron los datos de un amplio estudio retrospectivo sobre portadores

sigue en la pág 6

Trasplante de hígado



Liz Highleyman

tratamientos, muchas personas con hepatitis C terminan sufriendo cirrosis y cáncer de hígado. Cuando la enfermedad avanza hasta el punto en que el hígado no puede desempeñar sus importantes funciones (hepatopatía terminal o ESLD), el trasplante de hígado suele ser la única alternativa. Tanto en los Estados Unidos como en Europa, la hepatitis C es el motivo más común para realizar un trasplante de hígado. Aunque todavía queda mucho por saber sobre el trasplante de hígado, la situación actual tiene elementos buenos y malos.

La *buena noticia* es que la tasa de supervivencia tras un trasplante de hígado ha aumentado de forma constante en las últimas décadas gracias a las nuevas técnicas quirúrgicas, a la mayor experiencia con el tratamiento médico posterior a la intervención y a la aparición de fármacos inmunosupresores más eficaces. La supervivencia un año después del trasplante ha ascendido desde el 30% en los años 70 hasta el 85-90% en nuestros días, y la supervivencia al cabo de cinco años es del 75-80%.

La *mala noticia* es que hay una enorme escasez de donantes de hígado que va empeorando con el tiempo. En la actualidad, hay más de 17.000 personas en la lista de espera de la *United Network for Organ Sharing* (UNOS); en el año 2004, se llevaron a cabo 6.000 trasplantes de hígado. Debido a esta discrepancia entre la oferta y la demanda, cerca del

10% de los pacientes fallecen cada año en la lista de espera.

Existe un procedimiento ya implantado para asegurar que los candidatos más adecuados reciban los hígados disponibles procedentes de cadáveres. En el año 2002, la lista UNOS adoptó un nuevo sistema llamado MELD (modelo para la hepatopatía terminal) que se sirve de tres resultados de analíticas – bilirrubina, creatinina y tiempo de la protrombina. Anteriormente, a los candidatos se les asignaba un estado según sus síntomas de descompensación, como ascitis, varices sangrantes, picazón, problemas de coagulación o encefalopatía. El sistema MELD está diseñado para dar prioridad a los pacientes que necesiten un hígado urgentemente, en lugar de a los que llevan más tiempo en la lista de espera. Según un estudio publicado en enero de 2004 en la revista *Liver Transplantation*, la cantidad de trasplantes de hígado ha aumentado un 10% y la mortalidad de los pacientes en lista de espera se ha reducido en un 4% después de haber instaurado el modelo MELD.

Pero el nuevo sistema de asignaciones sigue suscitando controversia, ya que tiende a dar prioridad a los pacientes que muestran causas específicas para su enfermedad hepática (en especial si padecen cáncer de hígado) y no tiene en cuenta otros factores que podrían merecer más consideración para determinar la auténtica necesidad de los candidatos.

Por ello, los investigadores están estudiando otros parámetros para asignar órganos. T.I. Huo y colegas, por ejemplo, publicaron en la edición de junio de 2005 de *Journal of Hepatology* que los cambios en la clasificación MELD a lo largo del tiempo pueden ser un factor pronóstico más exacto para predecir el riesgo de mortalidad que la clasificación según MELD en un punto temporal aislado.

Teniendo en cuenta la escasez de donantes de hígado, se han ideado nuevos métodos para aumentar el suministro, tales como seccionar el órgano y hacer trasplantes con donantes vivos. El hígado es el único órgano del cuerpo que puede regenerarse por sí mismo. Por ello, el hígado de un cadáver puede dividirse en dos y trasplantarse a dos receptores, para que cada pieza se regenere hasta convertirse en un órgano completo. Los trasplantes de hígados seccionados dan mejor resultado cuando se utiliza el lóbulo derecho, más grande, para un adulto, y el lóbulo izquierdo, más pequeño, para un niño. En algunos casos, los hígados seccionados pueden servir para dos adultos, dependiendo del tamaño de donante y receptor. En el futuro, la intervención con hígados seccionados podría hacerse más común si los investigadores encuentran el modo de acelerar la regeneración del órgano.

En un trasplante con hígado de donante vivo, se toma una parte del hígado del donante, que suele ser pariente del receptor (aunque, a diferencia de lo que sucede con otros órganos, no es necesario que haya una gran coincidencia genética entre ambos). Este tipo de intervención, que comenzó a finales de los 80, se ha

sigue en la pág 7

CÓMO CUIDAR

viene de la pág 3

dades tiene de responder favorablemente a la terapia. Esto debe hacerlo de forma individualizada, teniendo en cuenta los factores que le afectan a usted concretamente. Averigüe cuáles son los riesgos y beneficios potenciales. Asegúrese de mencionar sus principales preocupaciones. En ocasiones, lo que más tememos es lo menos probable o lo menos importante.

4) *Evaluar las opciones* – La decisión final es suya, pero buscar consejo es un buen modo de comprender el tema con perspectiva. A veces otras personas pueden ver aspectos que a nosotros se nos escapan. Naturalmente, el consejo de su médico es esencial. Quizás las opiniones de algunos de sus familiares y amigos son muy valiosas para usted. ¿Hay gente que le haya dado buenos consejos en el pasado? Si es así, pídale su opinión.

Un modo de evaluar sus opciones es elaborar una lista por escrito. Anote todas las opciones en una columna. Escriba los argumentos a favor y en contra junto a cada opción. Clasifique estas opciones, con una escala de 0 a 5, en función del grado de importancia. Hacer este ejercicio por escrito puede ser todo lo que necesita para ayudarle a tomar una decisión. Puede sumar todas las puntuaciones y comprobar si aparece alguna opción bien clara.

Otro modo de decidirse es preguntarse, ¿de qué opción se arrepentiría menos? Si se imagina el futuro, ¿qué opción se arrepentiría más de haber elegido o no haber elegido?

5) *Tome una decisión* – Si cree que ya tiene bastante información, puede que esté listo para tomar

una decisión. Para algunos, esto es algo sencillo y directo. Pero para otros, este paso es el más difícil. Cuando se sienten indecisos, algunos encuentran útil el consejo de su médico. Puede hacerle la siguiente pregunta, “Si usted estuviera en mi lugar, ¿qué haría?” Esta estrategia está bien, pero recuerde que es usted quien debe tomar la decisión final, no su médico.

Si tiene alguna fe espiritual o religiosa, puede recurrir a ella para sopesar su decisión. Pase algún tiempo solo y reflexione sobre su decisión. Aunque le cause temor, ¿le parece que es lo mejor?

6) *Trace un plan y llévelo a cabo* – Una vez que se haya decidido, confíe en su intuición.

El compromiso de seguir adelante es la clave del éxito. Comprométase con su plan y consigo mismo. Visualice su éxito.

Felicítase por haber tomado una decisión. Esto en sí ya constituye un éxito. Quizás su decisión sea como el final del poema de Robert Frost, “The Road Not Taken”.

Dos caminos divergían en un bosque amarillo, y yo tomé el menos transitado, y eso es lo que marcó la diferencia.

Para consultar más información sobre este tema, busque la próxima *HCV Decision Guide* en el sitio Web de *The Advocate* — www.hcvadvocate.org

AASLD

viene de la pág 4

del genotipo 1 para averiguar si los resultados de quienes habían logrado una Respuesta Viroológica Rápida (RVR) en la semana 4 (*resumen 65969*) servían para pronosticar la RVS y si la duración del tratamiento de quienes lograban la RVR podía reducirse de 48 a 24 semanas sin poner en peligro su eficacia.

En este estudio de pacientes tratados con Pegasys más Copegus, se ofrecieron y analizaron datos de 729 sujetos con el genotipo 1. De estos, 146 mostraron una RVR – definida como un ARN del VHC (carga viral) por debajo de 50 UI/ml al cabo de 4 semanas de tratamiento – y recibieron posteriormente un ciclo de 24 semanas. De éstos, 51 pacientes (el 24%) alcanzaron la RVR. Se halló que el 89% de los pacientes que habían logrado la RVR y fueron tratados durante 24 semanas alcanzaron la RVS, en contraste con el 19% de quienes no habían conseguido la RVR. El único factor significativo asociado independientemente a la RVS fue una carga viral (ARN del VHC) baja en el punto basal.

Los autores concluyeron que “[l]a RVR en la semana 4 de tratamiento es el mejor factor pronóstico aislado para predecir una RVS” y que “[e]l uso de los resultados de RVR para decidir la duración del tratamiento en portadores del genotipo 1 es atractivo y debería confirmarse mediante estudios prospectivos”.



TRASPLANTE

viene de la pág 5

realizado hasta la fecha en miles de pacientes, y representa cerca del 5% de todos los trasplantes de hígado. Aunque los trasplantes con donantes vivos podrían aumentar drásticamente el suministro de órganos, la operación no está exenta de riesgos para los donantes. Un estudio publicado el 27 de febrero de 2003 en la revista *New England Journal of Medicine* halló que 65 de 449 donantes (el 14,5%) experimentaron al menos una complicación, como derrame biliar, infecciones y hemorragia excesiva. En el año 2002, un donante vivo del Hospital Monte Sinaí de Nueva York falleció a consecuencia de una infección tras haber donado una sección de hígado a su hermano, pero este caso es poco común. En ocasiones, para circunstancias muy particulares, se puede realizar una intervención “en dominó”, por la cual un paciente recibe el hígado sano de un donante y su hígado enfermo se trasplanta a otro receptor.

En la edición de enero de 2006 de la revista *Journal of Hepatology*, Mylene Sebagh y colaboradores compararon los resultados entre trasplantes con hígado seccionado, donante vivo e intervenciones en dominó realizadas en un solo centro francés. Observaron que la tasa de rechazos agudos y crónicos fue semejante en los tres grupos, pero los rechazos agudos fueron más numerosos en el grupo que recibió secciones de hígado. El grupo que recibió secciones de hígado también sufrió más complicaciones biliares (40% en el grupo con sección de hígado, 26% en el de donantes vivos, 8% en el de donantes fallecidos),

posiblemente porque los conductos biliares están más dañados cuando el hígado se divide en dos secciones. En general, la tasa de supervivencia en los trasplantes de hígado seccionado y de donantes vivos es similar a la de órganos de cadáver, pero algunos indicios sugieren que los pacientes con hepatitis C tienen peores resultados con órganos de donante vivo (*este tema se abordará en el próximo número*).

También se ha propuesto emplear hígados “no tan óptimos” para aumentar el suministro, con órganos de sujetos de avanzada edad. Pero esta alternativa es muy arriesgada. En la edición de marzo de 2005 de la revista *Archives of Surgery*, Derek Moore y colaboradores hallaron que los tres factores más importantes que influyen en la supervivencia tras el trasplante y en la calidad de vida eran la edad del donante, el grado de urgencia del receptor de la lista UNOS y el tiempo de isquemia en frío (la cantidad de tiempo que se conserva el hígado en hielo sin suministro de oxígeno una vez que se ha extraído del donante). La supervivencia del injerto al cabo de cinco años fue del 72% con un donante menor de 60 años y del 35% con un donante mayor de 60 años. En otro estudio, se observó que sólo el 14% de los pacientes VHC positivos que recibieron hígados de donantes menores de 30 años sufrieron cirrosis recurrentes tras el trasplante, en contraste con el 45% de quienes tuvieron donantes entre 31-59 años y con el 52% de aquéllos que recibieron órganos de donantes mayores de 59 años.

Una excepción a la norma del hígado óptimo podría aplicarse a los sujetos infectados con el VIH o el VHC. En la actualidad, no se

aceptan los hígados de sujetos VHC positivos o VIH negativos para hacer trasplantes; de hecho, ni siquiera se aceptan los de grupos de “alto riesgo” como los hombres homosexuales sin el VIH. Los estudios sugieren que los pacientes con el VHC que reciben hígados infectados con el VHC no obtienen peores resultados que aquéllos que reciben órganos no infectados por el VHC. Desde la implantación de la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA), numerosos estudios han demostrado que los sujetos con el VIH y enfermedad por el VIH bien controlada (i.e., carga viral del VIH indetectable o baja, linfocitos CD4 por encima de 200 y sin infecciones oportunistas) presentan una tasa de supervivencia tras el trasplante parecida a la de los sujetos VIH negativos. Hasta la fecha se han realizado docenas de trasplantes a pacientes VIH positivos, y las demandas interpuestas han obligado a los seguros a cubrir este tipo de operaciones para ellos. Los pacientes coinfectados con el VIH y el VHC tienden a experimentar una progresión más rápida de la enfermedad hepática que los sujetos VIH negativos y (según se afirma en el número de noviembre de 2005 de *Liver Transplantation*) las personas infectadas con el VIH tienen más probabilidades de fallecer en la lista de espera de hígados, aun si su enfermedad hepática o por el VIH no es más grave que la de los demás pacientes. Algunos expertos creen que los sujetos coinfectados deberían tener prioridad para ser trasplantados, pero esta decisión es complicada debido a la escasez de órganos disponibles. El uso de hígados proceden-

sigue en la pág 8

TRASPLANTE

viene de la pág 7

tes de donantes con el VIH o en situaciones de alto riesgo puede ser una solución parcial para este grupo de población.

Las 17.000 personas que están actualmente esperando un hígado supera en 3.000 sujetos a la tasa de 1993. Se espera que esta cantidad aumente a medida que la gente infectada desde hace décadas con el VHC llegue a la etapa terminal de la enfermedad o sea diagnosticada con cáncer de hígado. Desde un punto de vista social, la enorme escasez de órganos ha impulsado la demanda de hacer cambios en las normativas, como el sistema de “consentimiento supuesto” – instaurado ya en algunos países europeos – por el cual se considera donante potencial a todo el mundo a no ser que indiquen explícitamente lo contrario. En cuanto a los trasplantes con órganos procedentes de donantes vivos, es fundamental asegurarse de que los donantes van a tomar una decisión voluntaria y con conocimiento de causa sin presiones económicas ni de ningún tipo.

Los trasplantados que estaban infectados con el VHC deben afrontar un desafío adicional: el virus casi siempre termina infectando el hígado donado y puede provocar un nuevo ciclo de progresión a fibrosis. Las recidivas de VHC tras el trasplante serán tema de discusión en la próxima edición del *HCV Advocate*.

Bibliografía:

Brown, R. et al. A survey of liver transplantation from living adult donors in the United States. *New England Journal of Medicine*

348(9): 818-825. February 27, 2003.

D’Amico G. Developing concepts on MELD: delta and cutoffs. *Journal of Hepatology* 42(6): 790-792. June 2005.

Freeman, R.B. et al. United Network for organ sharing organ procurement and transplantation network liver and transplantation committee: Results of the first year of the new liver allocation plan. *Liver Transplantation* 10(1): 7-15. January 2004.

Huo, T.I. et al. Evaluation of the increase in model for end-stage liver disease (MELD) score over time as a prognostic predictor in patients with advanced liver cirrhosis: risk factor analysis and comparison with initial MELD and Child-Turcotte-Pugh score. *Journal of Hepatology* 42(6): 826-832. June 2005.

Moore, D. et al. Impact of donor, technical, and recipient risk factors on survival and quality of life after liver transplantation. *Archives of Surgery* 140(3): 273-277. March 2005.

Ragni, M. et al. Pretransplant survival is shorter in HIV-positive than HIV-negative subjects with end-stage liver disease. *Liver Transplantation* 11(11): 1425-1430. November 2005.

Roland M et al. 1- to 3-year outcomes in HIV-infected liver and kidney transplant recipients. 12th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Boston, February 22-25, 2005. Abstract 953.

Sebagh, K. et al. Cadaveric full-size liver transplantation and the graft alternatives in adults: A comparative study from a single center. *Journal of Hepatology* 44(1): 118-25. January 2006.

GUÍAS DEL HCSP

El *Hepatitis C Support Project* ha publicado varios documentos en nuestra serie de “Guías”. Las Guías pueden consultarse en nuestro sitio Web www.hcvadvocate.org

Guía para comprender el VHC – ofrece un repaso sencillo pero completo de la hepatitis C, abordando temas como la transmisión/prevenición, progresión de la enfermedad, síntomas, herramientas diagnósticas, tratamiento integral de la enfermedad e información sobre la medicación existente contra el VHC. (Disponible en inglés y español).

Tratamiento de la hepatitis C por parte del médico de atención primaria: Pautas de monitorización. Esta guía proporciona al médico la información necesaria para identificar y tratar a sus pacientes VHC positivos. (Disponible en inglés y español).

A Guide to Hepatitis and Disability es uno de los documentos más exhaustivos para preparar y solicitar subvenciones de la seguridad social por discapacidad. También incluye información adicional sobre los seguros privados por discapacidad y otros seguros médicos privados.

A Guide to Hepatitis C Treatment Side Effect Management proporciona información acerca de los efectos secundarios del tratamiento del VHC y consejos sencillos para controlarlos.

Estas guías pueden descargarse y están listas para imprimir. Se autoriza y se alienta a su reproducción siempre que se reconozca la autoría del *Hepatitis C Support Project*.



Serie de Hojas Informativas del HCSP

Subsidios y pensiones de discapacidad por VHC

- American with Disabilities Act (en inglés)
- Cómo conseguir subsidios de discapacidad

Herramientas diagnósticas del VHC

- Pruebas diagnósticas
- Genotype and Quasispecies (en inglés)
- Grading and Staging a Liver Biopsy (en inglés)

Las pruebas de Carga Viral del VHC

- Biopsia hepática
- Cómo interpretar los resultados de una analítica: Guía básica

Progresión de la Enfermedad por el VHC

- Cirrosis
- Fibrosis (en inglés)

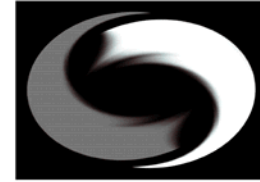
Transmisión y Prevención del VHC

- Overview (en inglés)
- Mother-to-Child Transmission (en inglés)
- Occupational Exposure (en inglés)
- Personal Care (en inglés)
- Transmisión sexual del VHC

Tratamiento del VHC– Tratamiento de los efectos secundarios

- Cómo manejar los efectos secundarios
- Tratamiento de los Efectos Secundarios: Higiene dental
- Tratamiento de los Efectos Secundarios: Diarrea
- Tratamiento de los Efectos Secundarios: Caída del cabello
- Tratamiento de los Efectos Secundarios: Dolores de cabeza
- Tratamiento de los Efectos Secundarios: Reacciones en el punto de inyección
- Tratamiento de los Efectos Secundarios: Cómo mantener una actitud positiva
- Tratamiento de los Efectos Secundarios: Náuseas
- Tratamiento de los Efectos Secundarios: Erupciones cutáneas
- Tratamiento de los Efectos Secundarios: Pérdida de peso

- Acute Hepatitis C (en inglés)
- ¿Se necesitan defensores de intereses y activistas para la hepatitis C!
- Introducción sobre el hígado
- Breve historia de la hepatitis C
- A Simple Guide to Reading an Abstract (en inglés)
- Depresión
- Hepatitis C: Cómo revelar la noticia
- Finding a Support Group (en inglés)
- Hepatitis C: Puntos básicos
- Hierbas medicinales y hepatitis C:
- HIV/HCV Coinfection: What You Need to Know (en inglés)
- Interferon (en inglés)
- Vivir con hepatitis C
- Nutrition (en inglés)
- Preguntas que debe hacer a su médico
- La prueba ha salido positiva: ¿y ahora qué?



**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

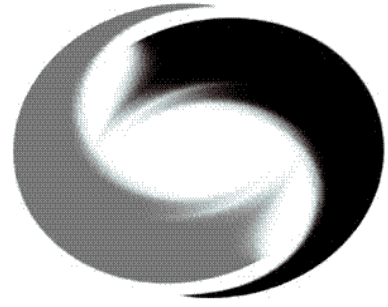
Hepatitis C Support Project
PO Box 427037
San Francisco, CA 94142-7037

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.

© 2006 Hepatitis C Support Project

Para Vivir Positivamente. Sintiéndose Bien.



www.hcvadvocate.org

HCSP

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