



Desciende el CHC en Japón

—Alan Franciscus, Redactor jefe

Entre los países desarrollados, Japón tiene la incidencia más elevada de carcinoma hepatocelular (CHC), o cáncer de hígado, derivado de la hepatitis C, debido a la alta prevalencia de hepatitis C en dicho país, que se calcula en 2 millones de casos. La epidemia de VHC en Japón se produjo varias décadas antes que en otros países desarrollados, como los Estados Unidos. En los EE.UU., está previsto que la incidencia anual de cáncer de hígado derivado del VHC ascienda a 11.185 casos en 2010, a 13.183 en 2020 y a 13.390 en 2030, antes de empezar a descender en el año 2040 con 12.528 casos. La comprensión de los aumentos y descensos de cáncer de hígado en Japón nos ofrecerá un mapa de la futura incidencia de CHC en los Estados Unidos, aunque hay algunas diferencias importantes entre ambos países que influirán en el descenso global del CHC en los EE.UU. Aun así, los resultados del estudio sobre Japón son muy alentadores.

El tema que nos ocupa hoy es un artículo titulado “De-

clining Incidence of Hepatocellular Carcinoma in Osaka, Japan, from 1990 to 2003”, escrito por H. Tanaka y cols. y publicado en la revista *Annals of Internal Medicine*. Este artículo documenta el ascenso y el descenso del CHC derivado del VHC en un total de 63.862 pacientes diagnosticados entre 1981 y 2003, entre los cuales había 5.253 pacientes VHC positivos que habían sido diagnosticados con CHC entre 1990 y 2003 en 10 hospitales diferentes.

Los autores señalaron que, entre los años 1981 y 1987, la tasa de incidencia de CHC estandarizada por edades entre los hombres aumentó de 29,2 a 41,9 casos por cada 100.000 personas. La incidencia de casos entre 1988 y 1995 fue fluctuante, pero entre 1996 y 2003 se observó un descenso continuado, hasta 24,0 casos por cada 100.000 personas. En las mujeres, la incidencia de CHC estandarizada por edades entre 1981 y 1996 ascendió de 6,6 a 10,8 casos por cada 100.000 personas, y fue disminuyendo gradualmente hasta 7,3 casos por cada 100.000 personas en el año 2003.

IMPLICACIONES PARA LOS EE.UU.

Aunque en los próximos 20 ó 30 años deberíamos empezar a ver un cierto descenso de la incidencia de CHC, éste no será tan acusado como el observado en Japón. La principal diferencia entre los Estados Unidos y Japón es que éste último país tiene un sistema de atención sanitaria universal regulado estrictamente por el gobierno para controlar los gastos médicos. Eso significa que

hay más personas con acceso a pruebas, manejo y tratamiento médico que en los EE.UU. Además, en el año 2002, Japón estableció la administración generalizada de pruebas diagnósticas del VHC a escala nacional en las distintas comunidades, dirigida a personas de 40 a 70 años, es decir, el grupo etario con más riesgo de infectarse con el VHC. El diagnóstico,

manejo y tratamiento del VHC son factores importantes que explican el espectacular descenso del CHC en Japón. Por desgracia, estas estrategias preventivas no ha sido implementadas en los Estados Unidos.

Ann Intern med. 2008;148:820-826



EN ESTE NÚMERO

Tratamiento contra los genotipos 2 y 3 ¿Cuánto es suficiente?	2
Consejos de salud: Errores médicos	5
Cultivo celular del VHC	7

Tratamiento contra los genotipos 2 y 3 ¿Cuánto es suficiente?

—Liz Highleyman

A finales del pasado mes de junio, la Comisión Europea—que desempeña un papel autorizador semejante al de la Agencia del Medicamento de los EE.UU. (FDA)—dio luz verde a un ciclo terapéutico acortado de 16 semanas con interferón pegilado alfa-2a (Pegasys) más ribavirina para determinados pacientes con hepatitis C crónica portadores de los genotipos 2 ó 3 que por sus características presentan un buen pronóstico de respuesta terapéutica.

La duración estándar de la terapia con interferón es de 24 semanas para los portadores de los genotipos 2 ó 3, y de 48 para los del genotipo 1, más difícil de tratar; el genotipo 4 no se ha estudiado tan a fondo, pero casi todos los expertos recomiendan 48 semanas de tratamiento. Para los pacientes coinfectados con el VIH/VHC siempre es recomendable el ciclo más largo, independientemente de su genotipo.

La posología estándar es de 180 mcg/semana de Pegasys o 1,5 mcg/kg/semana de interferón pegilado alfa-2b (PegIntron). La dosis de ribavirina que suele recomendarse—para prevenir recidivas tras finalizar el tratamiento—es de 800 mg/día en los portadores de los genotipos 2 ó 3, y de 1.000-1.400 mg/día (ajustada en función del peso corporal) para los pacientes con el genotipo 1.

Sin embargo, puesto que la politerapia es costosa y a menudo provoca molestos efectos secundarios, como depresión y anemia, los investigadores han explorado si los ciclos más cortos o las dosis

más bajas producen ventajas similares con menos inconvenientes.

FACTORES PRONÓSTICOS FAVORABLES DE RESPUESTA TERAPÉUTICA

En los últimos años, un conjunto de datos cada vez más grande ha clarificado los factores que pronostican una buena respuesta terapéutica. Algunos corresponden a características demográficas, tales como ser de sexo femenino y tener un origen étnico distinto al africano (los datos de respuesta comparada para los hispanos y asiáticos han sido poco concluyentes).

Las variaciones individuales en cuanto a la velocidad de la respuesta terapéutica también juegan un papel importante, ya que las personas que suprimen la carga viral (el ARN del VHC) a un nivel indetectable en la semana 4 (respuesta virológica rápida, o RVR) tienen muchas más probabilidades de mantener esa respuesta 6 meses después de haber finalizado el tratamiento (respuesta virológica sostenida, o RVS). Las últimas investigaciones indican que la respuesta durante la primera semana—e incluso desde el primer día—parece servir para pronosticar qué pacientes terminarán curándose.

Existen otros factores que están relacionados con el propio virus. El genotipo del VHC es uno de los factores más claros de respuesta favorable; los portadores de los genotipos 2 ó 3 tienen bastantes más probabilidades de lograr una RVS que los del genotipo 1. Las bajas

concentraciones de carga viral antes de iniciar el tratamiento también pronostican una mayor probabilidad de conseguir respuestas sostenidas a largo plazo.

La reciente autorización de la Comisión Europea permite acortar el tratamiento, de 24 a 16 semanas, en portadores de los genotipos 2 ó 3 que tienen una carga viral baja antes de comenzar la terapia y que muestran un ARN del VHC indetectable después de 4 semanas de politerapia. Cuando Roche, el fabricante de Pegasys, anunció la autorización, declaró que este cambio ofrecerá a un determinado grupo de pacientes las ventajas íntegras de la terapia reduciendo a la vez la exposición innecesaria al fármaco”. Este ciclo terapéutico acortado todavía no ha sido autorizado por la FDA en los EE.UU.

¿QUÉ MUESTRAN ESTAS INVESTIGACIONES?

La autorización europea se basó en datos procedentes de varios estudios que indican que los ciclos terapéuticos más cortos consiguen una elevada respuesta sostenida en los portadores de los genotipos 2 ó 3. Por ejemplo, en uno de los primeros ensayos, un estudio aleatorizado con 283 participantes italianos, Alessandra Mangia y cols. hallaron que en los pacientes tratados con 1,0 mcg/kg/semana de PegIntron más 1.000-1.200 mg/día de ribavirina, el ciclo de 12 semanas fue tan eficaz como el de 24 semanas (las tasas de

SIGUE EN LA PÁG 3

Genotipos 2 y 3

VIENE DE LA PÁG 2

RVS fueron del 77% y el 76% respectivamente), pero en el ciclo más corto hubo menos participantes con reacciones adversas que abandonaron el tratamiento por ese motivo.

En el gran ensayo internacional ACCELERATE, Mitchell Shiffman y cols. evaluaron la eficacia y seguridad de 16 ó 24 semanas de Pegasys 180 mcg/semana más ribavirina 800 mg/día en 1.469 portadores de los genotipos 2 ó 3. En conjunto, el estudio no pudo demostrar que el ciclo de 16 semanas no fuera inferior al ciclo más largo. La RVS fue del 62% frente al 70%, respectivamente, y las tasas de recidivas entre quienes lograron una respuesta al final del tratamiento fueron del 31% frente al 18% respectivamente. Sin embargo, entre los participantes con una carga viral baja antes del tratamiento (400.000 UI/ml o menos), la RVS fue comparable en los dos grupos con distintos ciclos (del 82% frente al 81%). Y en los pacientes con el ARN del VHC indetectable en la semana 4, las RVS fueron también estadísticamente similares (del 79% frente al 85%).

Si el ciclo de 16 semanas es adecuado para determinados pacientes, ¿qué pasaría si probáramos con ciclos aún más cortos? En el estudio escandinavo North-C, Olav Dalgard y cols. evaluaron el ciclo de 14 semanas frente al de 24 semanas de PegIntron 1,5 mcg/kg/semana más ribavirina 800-1.400 mg/día en 298 portadores de los genotipos 2 ó 3 sin experiencia terapéutica previa que habían alcanzado una RVR en la semana 4. Según se publicó en la edición de enero de 2008 de la revista *Hepatology*, en un análisis de intención de tratamiento, la RVS fue del 81% y el 91% respectivamente. “No podemos declarar oficialmente que el ciclo de 14 semanas no sea

inferior al de 24 semanas”, concluyeron los investigadores. “Sin embargo, la RVS al cabo de 14 semanas de tratamiento es elevada y, aunque los ciclos más largos puedan conseguir una RVS ligeramente mejor, creemos que el ahorro económico y la reducción de efectos secundarios justifican tratar durante sólo 14 semanas a los portadores de los genotipos 2 ó 3 que han mostrado una RVR”.

En otro reciente estudio escandinavo, descrito en la edición de junio de la revista *Hepatology*, Martin Lagging y cols. distribuyeron aleatoriamente a 382 portadores de los genotipos 2 ó 3 para recibir Pegasys 180 mcg/semana más ribavirina 800 mg/día durante 12 ó 24 semanas. En conjunto, el ciclo de 12 semanas fue inferior al de 24, con tasas de RVS del 59% y del 78%, respectivamente. Pero los ciclos más cortos sí fueron adecuados para los participantes menores de 40 años—especialmente si tenían el ARN del VHC indetectable el día 29—y para los más mayores que tenían indetectable la carga viral el día 7 y el día 29. El ciclo de 12 semanas de interferón pegilado más ribavirina “es inferior en conjunto” al de 24 semanas, concluyeron los investigadores, pero “puede ser útil para algunos pacientes que logran eliminar el virus con rapidez”.

Hidenori Toyoda y colegas de Taiwán acortaron aún más el tratamiento, distribuyendo aleatoriamente a 32 portadores del genotipo 2 para recibir interferón pegilado más ribavirina durante 8 ó 24 semanas. Sólo el 33% de los participantes en el grupo de 8 semanas alcanzó la RVS, frente al 82% en el grupo con el ciclo terapéutico estándar. Los investigadores concluyeron que el ciclo de 8 semanas “produjo un incremento de

la tasa de recidivas, lo que indica que deben evitarse los ciclos que estén por debajo de 12 semanas”.

Algunos estudios sugieren que el efecto de la duración del tratamiento puede ser distinto entre el genotipo 2 y el 3. Michael von Wagner y cols. de Alemania analizaron a 153 portadores de los genotipos 2 ó 3 con Pegasys 180 mcg/semana más ribavirina 800-1.200 mg/día; los participantes que lograron una concentración de ARN del VHC por debajo de 600 UI/ml en la semana 4 fueron distribuidos aleatoriamente para recibir tratamiento durante 16 ó 24 semanas. Las tasas de RVS globales fueron parecidas: del 82% en el grupo tratado durante 16 semanas y del 80% en el de 24 semanas. Sin embargo, entre los portadores del genotipo 3, aquéllos con una carga viral elevada antes de iniciar el tratamiento (más de 800.000 UI/ml) lograron en menor proporción la RVS que quienes tenían la carga viral más baja (el 59% frente al 85%, respectivamente). Los investigadores concluyeron que, aunque el ciclo de 16 semanas es suficiente para los portadores del genotipo 2, los pacientes con el genotipo 3 y una carga viral elevada al comenzar el tratamiento pueden necesitar un ciclo más largo.

Otros dos estudios recientes evaluaron las dosis reducidas de interferón pegilado o ribavirina. Como se describió el 28 de mayo de 2008 en la edición adelantada por Internet de la revista *Journal of Viral Hepatitis*, Ola Weiland y cols. analizaron a 100 portadores de los genotipos 2 ó 3 tratados con una dosis baja de Pegasys, 135 mcg/semana, más ribavirina 11 mg/kg/día durante 24 semanas. Al cabo de 4 semanas, el

SIGUE EN LA PÁG 4

Genotipos 2 y 3

VIENE DE LA PÁG 3

70% había alcanzado una RVR, y el 85% terminó logrando la respuesta sostenida. Los investigadores concluyeron que la dosis más baja de interferón pegilado “fue suficiente para tratar a las personas con hepatitis C crónica que tienen los genotipos 2 ó 3” y que además “puede reducir el costo de la terapia”.

En otro estudio relacionado con el anterior, que se publicó en la edición de junio de 2008 de la revista *Hepatology*, Peter Ferenci y cols., del Grupo Austriaco para el Estudio de la Hepatitis, evaluaron la eficacia y tolerabilidad de la mitad de la dosis de ribavirina entre portadores de los genotipos 2 ó 3. Un total de 282 participantes sin experiencia terapéutica previa fueron distribuidos aleatoriamente para recibir 400 u 800 mg/día de ribavirina en dosis fijas más 180 mcg/semana de Pegasys durante 24 semanas. Las tasas de RVS fueron similares en el grupo con la dosis reducida y estándar, del 64% y el 69% respectivamente. Sin embargo, aunque las tasas fueron comparables entre los portadores del genotipo 3 (del 64% frente al 68%), hubo una mayor disparidad entre los pacientes con el genotipo 2 (del 56% frente al 78%).

Si los ciclos más cortos y las dosis más bajas son adecuados para los pacientes con una respuesta rápida, ¿podría ser útil una terapia más intensa para las personas con una respuesta inicial lenta? En la reunión de 2007 de la Asociación Europea para el Estudio del Hígado (EASL), Bernard Willems y cols. presentaron un análisis retrospectivo que demostró que los portadores de los genotipos 2 ó 3 que no habían logrado una RVR en la semana 4 tenían muchas más probabilidades de alcanzar la RVS si eran tratados durante 48 semanas en lugar de 24,

y si recibían 1.000-1.200 mg/día de ribavirina en función del peso corporal en lugar de 800 mg/día. Los participantes tratados durante 24 semanas con la dosis más baja de ribavirina mostraron una tasa de RVS del 67%, frente al 76% de quienes recibieron la terapia más larga con la dosis más alta; sin embargo, entre los pacientes con una respuesta rápida, ni la mayor duración del tratamiento ni las dosis más altas de ribavirina otorgaron ningún beneficio. Las investigaciones en este campo siguen adelante, entre otras con el nuevo ensayo clínico de Roche, NCORE, que evaluará una politerapia de 48 semanas para los portadores de los genotipos 2 ó 3 sin RVR (www.clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00623428).

BENEFICIOSOS PARA ALGUNOS, PERO CON PRECAUCIONES

La autorización europea del tratamiento acortado para determinados pacientes infectados con los genotipos 2 ó 3 del VHC representa un paso adelante en el campo de las terapias individualizadas guiadas por la respuesta del paciente. Aun así, no debemos olvidar que el acortamiento de las terapias y la reducción de las dosis medicamentosas (por un motivo distinto al de controlar los efectos secundarios) no están libres de riesgos, y no deben hacerse de forma rutinaria. Esta estrategia solamente resulta apropiada para pacientes bien seleccionados que muestren una gran probabilidad de conseguir la respuesta sostenida. Aunque los tratamientos menos intensivos son tentadores, las reducciones indiscriminadas pueden provocar una supresión inadecuada del VHC

o rebrotes víricos, lo que podría permitir el avance de la enfermedad hepática y podría requerir más ciclos terapéuticos en el futuro.

Bibliografía

Dalgard, O. et al. Pegylated interferon alfa-2b and ribavirin for 14 versus 24 weeks in patients with hepatitis C virus genotype 2 or 3 and rapid virological response. *Hepatology* 47(1): 35-42. January 2008.

Lagging, M. et al. Randomized comparison of 12 or 24 weeks of peginterferon alpha-2a and ribavirin in chronic hepatitis C virus genotype 2/3 infection. *Hepatology* 47(6): 1837-1845. June 2008.

Mangia, A. et al. Peginterferon alfa-2b and ribavirin for 12 vs. 24 weeks in HCV genotype 2 or 3. *New England Journal of Medicine* 352(25): 2609-2617. June 23, 2005.

Shiffman, M.L. et al. Peginterferon alfa-2a and ribavirin for 16 or 24 weeks in HCV genotype 2 or 3. *New England Journal of Medicine* 357(2): 124-134. July 12, 2007.

Toyoda, H. et al. Eight-week regimen of antiviral combination therapy with peginterferon and ribavirin for patients with chronic hepatitis C with hepatitis C virus genotype 2 and a rapid virological response. *Liver International*. April 1, 2008 (publicación electrónica previa a la impreza).

Von Wagner, M. et al. Peginterferon-alpha-2a (40KD) and ribavirin for 16 or 24 weeks in patients with genotype 2 or 3 chronic hepatitis C. *Gastroenterology* 129(2): 522-527. August 2005.

Willems, B. et al. Should treatment with peginterferon plus ribavirin be intensified in patients with HCV genotype 2/3 without a rapid virological response? 42nd Annual Meeting of the European Association for the Study of the Liver. April 11-15, 2007. Barcelona, Spain.



CONSEJOS DE SALUD

ERRORES MÉDICOS

—Lucinda Porter, RN

Henry,¹ un hombre de 50 años con hepatitis C crónica, acudió a la consulta de un conocido hepatólogo. Este especialista le aseguró que tenía cirrosis y que necesitaba tratarse de inmediato. Henry y su familia se asustaron, pensando que iba a morir pronto.

Henry se unió a un grupo de apoyo para el VHC. Allí explicó que el Dr. X estaba convencido de que tenía cirrosis y que no quería realizarle una biopsia de hígado para no aumentar las complicaciones derivadas del procedimiento. El Dr. X insistió en la necesidad de someterle a un tratamiento para el VHC y Henry acató el criterio médico.

Durante 18 meses, Henry siguió una politerapia contra el VHC. Como la mayoría de los pacientes, sufrió molestos efectos secundarios. Estaba sumamente fatigado, deprimido y sin apetito, así que perdió mucho peso. Todo le dolía y no podía trabajar. Pero más que nada, Henry estaba asustado. Sin embargo, nunca tiró la toalla y cumplió al pie de la letra las órdenes del médico. Si la valentía es la capacidad de resistir la adversidad ante el miedo, Henry fue más valiente que nadie.

Al final, uno de los efectos secundarios fue tan fuerte que tuvo que ser hospitalizado. Después de casi dos años de haber diagnosticado al paciente con cirrosis, el Dr. X remitió a Henry a una evaluación para someterle a un trasplante de hígado. El médico encargado de los trasplantes opinó que Henry no tenía cirrosis. Los dos médicos discutieron hasta que finalmente Henry se sometió a

una biopsia de hígado.

Y aquí saltó la sorpresa: Henry no tenía cirrosis. De hecho, su hígado estaba en perfectas condiciones. Aunque recibió la noticia con alegría, lógicamente se sintió enojado. Había pensado durante 18 meses que iba a morir. Durante esos 18 meses, tuvo que soportar un duro tratamiento. Podría pensarse que el tratamiento le había sanado el hígado, pero sus médicos no lo plantearon así. En resumen, el primer médico cometió un error.

Los médicos son humanos. Ellos también cometen errores. Esto sucede con todos los médicos, incluso con los mejores. Las enfermeras, los farmacéuticos, los cirujanos...nadie está libre de equivocarse. El Instituto para la Mejora de la Atención Médica calcula que en los EE.UU. se producen anualmente 15 millones de incidentes de daños médicos durante los ingresos hospitalarios. Esta cifra no incluye los errores que se cometen fuera de los hospitales ni los que no ocasionan daños mensurables.

El *Instituto de Medicina* de los EE.UU. estima que los fallecimientos provocados por errores médicos oscilan entre 44.000 y 98.000 al año. Algunas fuentes calculan que la mortalidad supera los 200.000 casos. Eso sitúa a los errores médicos entre las 10 primeras causas de muerte. Esta dudosa distinción supera con creces la cantidad de muertes derivadas del VHC.

Los errores médicos son evitables. Hospitales y grupos médicos llevan tiempo impulsando campañas

de prevención para resolver este problema. Sin embargo, no hay mejor garantía que estar informados y ser proactivos en los asuntos de salud. Tanto si el problema es la hepatitis C como si hablamos de errores médicos, necesitamos hacer todo lo posible para protegernos. La buena noticia es que nosotros podemos hacer muchas cosas.

Empiece por hablar abiertamente. Sea su propio defensor. No deje que el miedo le impida hacer preguntas. Usted ha pagado por la consulta y usted es el consumidor. Pida que le aclaren sus dudas o que le den más información si no entiende algo bien.

Eso no siempre es fácil, especialmente si se encuentra mal de salud. Pídale a un familiar o amigo que sea su defensor, en particular si se encuentra enfermo, bajo el efecto de determinados medicamentos o sometido a anestesia. Pídale que tome notas. Algunos pacientes graban sus consultas médicas.

Ser firme no significa ser maleducado. El dicho de que se cazan más moscas con miel que con hiel es cierto incluso en temas de salud. Los médicos y las enfermeras trabajan mucho y en condiciones estresantes, así que comportarse con amabilidad juega a su favor.

Una buena medida preventiva es buscar una segunda opinión. Hágalo en caso de intervención quirúrgica, ante problemas de salud importantes y cada vez que tenga dudas sobre la atención médica que esté reci-

SIGUE EN LA PÁG 6

Errores médicos

VIENE DE LA PÁG 5

biendo. La mayoría de los médicos aceptan bien las segundas opiniones. Desconfíe de un médico que le desanime para dar este paso.

Uno de los motivos por los que Henry no pidió una segunda opinión es que el Dr. X parecía muy seguro del diagnóstico. Sin embargo, la confianza del médico en sí mismo no significa que sea competente. Sólo porque alguien parezca seguro no significa que tenga razón.

Los errores con la medicación son los más comunes. Suelen ser evitables y puede serle útil seguir estos pasos:

- Mantenga copias escritas sobre sus alergias, los fármacos con y sin receta y los suplementos que esté tomando. Lleve una copia en la cartera. Dé una copia a cada médico que le atienda y otra al hospital cuando vayan a ingresarle. Guarde otra copia junto a su cama de hospital.
- Si puede elegir hospital, escoja uno que utilice un sistema dispensador de fármacos computarizado o con código de barras.
- No tome ningún medicamento que no le resulte familiar sin haberlo verificado previamente con el farmacéutico. Si se lo da una enfermera, pregúntele qué es ese fármaco y por qué debe tomarlo. Pida a la enfermera que vuelva a comprobar los medicamentos sobre los que tiene dudas.
- Haga una copia de su receta antes de entregarla en la farmacia. Recoja todas sus recetas en la misma farmacia.
- Compruebe las interacciones medicamentosas de todos los suplementos y de los fármacos con y sin receta en www.drugs.com/drug_interactions.html

Estas son otras sugerencias para reducir al mínimo el riesgo de exponerse a errores médicos:

- Complete sus Voluntades Anticipadas (*Advance Directives*) para notificar sus deseos si cae gravemente enfermo. Designe a una persona para que tome decisiones médicas en su nombre si usted no puede tomarlas.
- Guarde registros y notas. Por ejemplo, si está hospitalizado, escriba los nombres del personal médico, los fármacos y la hora en que los toma y toda la información pertinente.
- Sepa quién va a realizarse las intervenciones quirúrgicas. Si la operación va a llevarse a cabo en un hospital universitario, pregunte si el cirujano va a ser un estudiante en el período de residencia. Los residentes rotan de ciclo en julio, así que pregunte cuánto tiempo llevan haciendo estas intervenciones. Si va a someterse a una intervención programada, es mejor elegir el mes de junio que el de julio.
- Investigue las puntuaciones de su médico y del hospital. (*Consulte la sección Recursos*)
- Asegúrese de que el personal médico se lava las manos antes de examinarle y lleva guantes durante los procedimientos.
- Tenga especial cuidado con la atención médica recibida durante la noche. Es entonces cuando se producen más errores.

Aunque esto pueda parecerle frívolo, un buen modo de protegerse es salir del hospital en cuanto se sienta lo bastante fuerte. Este paso debe tomarse de forma segura y con supervisión médica. Si le permiten salir de la cama, no dude en levan-

tarse. Camine por los pasillos tan pronto como sea seguro.

Es difícil pensar bien con el estómago vacío. Si la comida del hospital no es de su agrado, pídale a las personas que le visitan que le traigan alimentos nutritivos. Primero debe comprobar si el médico ha ordenado que siga una dieta restringida, para comer sólo los alimentos que se ajusten a esas restricciones.

La mejor protección frente a los errores médicos es evitar las enfermedades. Como es natural, esto resulta imposible, pero sí tenemos cierto control sobre nuestra salud. Ya conoce la lista de siempre: lávese las manos, haga ejercicio, coma bien, lleve puesto el cinturón de seguridad, manténgase al día con las vacunas, etc. Como suele decirse, “más vale prevenir que curar” o, en palabras de Benjamin Franklin, “una gota de prevención siempre es mejor que un kilo de curación”. No podemos ser perfectos, pero no está de más intentarlo al menos. Ni siquiera Franklin siguió su propio consejo al pie de la letra. Salir a volar una cometa en medio de una tormenta, como hizo él, no me parece muy seguro, la verdad.

¹El nombre y los detalles identificados se han modificado para respetar la privacidad de los aludidos

Recursos

- Agency for Healthcare Research and Quality: *Twenty Tips to Help Prevent Medical Errors* (En español, *Veinte recomendaciones para ayudar a prevenir los errores médicos*). www.ahrq.gov/research/costix.htm. En español, www.ahrq.gov/consumer/20recom.htm

- Angie's List – Incluye puntuaciones sobre el personal médico. www.angieslist.com/AngiesList

- HealthGrades – Proporciona información útil sobre médicos y hospitales,

SIGUE EN LA PÁG 7

Errores

VIENE DE LA PÁG 6

pero cobra una tarifa por consultar informes detallados. www.healthgrades.com

- Institute for Healthcare Improvement

– Esta organización está dedicada a mejorar la atención sanitaria. www.ihl.org

- IPRO – Pinche en la pestaña “Consumer” para consultar todo tipo de información relativa a los consumidores de atención médica. <http://providers.ipro.org>

- National Guideline Clearinghouse

– Proporciona resúmenes de muchos procedimientos médicos. www.guideline.gov/resources/guideline_index.aspx

- National Patient Safety Foundation

– Presenta información general relacionada con la seguridad del paciente. www.npsf.org

- The Joint Commission – Esta organización acredita y certifica a más de 15.000 centros de salud; ofrece información sobre los distintos centros. www.qualitycheck.org

- U.S. Department of Health and Human Services – Información limitada pero útil acerca de los hospitales. www.hospitalcompare.hhs.gov

- U.S. Living Will Registry – Este sitio Web está dedicado al tema de las voluntades anticipadas y ofrece enlaces a otros contenidos útiles. www.uslivingwillregistry.com

- Vitals – Proporciona información sobre los médicos, aunque las secciones con las puntuaciones de los pacientes no son necesariamente fiables. <http://vitals.com>

Cultivo celular del VHC

—Alan Franciscus, Redactor jefe

Hasta ahora, el único cultivo celular disponible para tratar el virus de la hepatitis C ha sido el sistema Huh-6, derivado de las células del carcinoma hepatocelular (cáncer de hígado). Este citocultivo tiene un uso limitado, ya que sólo puede infectarse con VHC sintetizado o clonado, y su proporción de suero infeccioso es inferior al 15%. Además, la concentración de virus cultivado empieza a decaer a los 8 días, y solamente puede proliferar en células tumorales del hígado. Debido a las limitadas aplicaciones del citocultivo actual, todavía no hemos podido comprender el ciclo de vida completo del VHC y qué es lo que destruye al virus, y a su vez eso ha limitado el desarrollo de nuevos compuestos para tratar la hepatitis C.

Esta era la situación hasta ahora; sin embargo, la Dra. Martina Buck, una investigadora de la Facultad de Medicina de San Diego (Universidad de California), ha logrado desarrollar el primer cultivo celular procedente de hepatocitos humanos naturales;

la novedad es que este citocultivo permite la infección directa con los genotipos 1, 2, 3 y 4 obtenidos de la sangre de pacientes infectados con el VHC.

“Este es el primer sistema modelo eficiente y con resultados uniformes capaz de desarrollar VHC”, declaró la Dra. Buck. “Existe la necesidad de crear nuevos tratamientos y conseguir una posible vacuna contra el VHC. Ahora tenemos un sistema modelo que servirá de soporte para el trabajo de los investigadores de este campo” (PLoS ONE, publicado por Internet el 15 de julio de 2008).

El desarrollo de un citocultivo natural que puedan emplear los científicos revolucionará el campo de la investigación del VHC, ayudándonos a comprender el ciclo vital completo del virus, el efecto del VHC sobre los hepatocitos y qué compuestos pueden eliminarlo. Pero el mayor avance será que por fin podremos desarrollar nuevos medicamentos eficaces para tratar la hepatitis C.

Vote por la salud

El sitio Web de la National Coalition on Healthcare informa de lo siguiente: “Los estudios calculan que la cantidad de fallecimientos entre adultos sin seguro médico con edades entre 25 y 64 años ronda los 18.000 al año. Esta cifra supera la cantidad de muertes por diabetes (17.500) dentro del mismo grupo de edad”. (Fuente: Institute of Medicine, Insuring America’s Health - Principles and Recommendations, The National Academies Press, 2004.)

La salud ha pasado a ser un asunto político. ¿Conoce usted las reformas del sistema de salud propuestas por John McCain y Barack Obama?

www.johnmccain.com/Informing/Issues/19ba2f1c-c03f-4ac2-8cd5-5cf2edb527cf.htm

www.barackobama.com/issues/healthcare

www.nbc.org/facts/coverage.shtml

Donación de órganos y tejidos: Delaware y Nueva Jersey

Hay una canción infantil que pregunta, “¿Qué hizo Delaware?” La respuesta es, “Se puso su Nuevo Jersey”. Ahora, los residentes de ambos estados pueden ponerse sonrisas nuevas, ya que pueden registrarse como donantes de hígado y tejido. Hacerlo es fácil. Los residentes de Delaware pueden hacerse donantes a través del Departamento de Vehículos Motorizados de su estado, o bien por Internet en www.donatelife-de.org. Los residentes de Nueva Jersey también pueden hacerlo a través del Departamento de Vehículos Motorizados de su estado, o por Internet en www.donatelifenj.org



HEPATITIS C
SUPPORT PROJECT

Director ejecutivo
Redactor jefe
Publicaciones del HSCP
Alan Franciscus
alanfranciscus@hcvadvocate.org

Director editorial, Webmaster
C.D. Mazoff, PhD
cdmazoff@hcvadvocate.org

Autores contribuyentes
Liz Highleyman
Lucinda K. Porter, Enfermera

Diseño
Leslie Hoex
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.

© 2008 Hepatitis C Support Project

