

(Obra en progreso. Se buscan voluntarios. Comuníquense con jking@hepcbc.ca)

Cuando una persona se infecta con la hepatitis C, el virus frecuentemente reside en él durante décadas. Es difícil de detectarlo ya que da pocas señales cuando entra al cuerpo y empieza a atacar el hígado. Más del 80% de la gente que tiene hepatitis C no son conscientes de ello.

El virus ha llegado a proporciones epidémicas, infectando a más de 4 millones de estadounidenses y a 170 millones de personas en el mundo. La hepatitis C es una de las causas de la cirrosis y del cáncer del hígado, y es la causa número uno de los trasplantes hepáticos en los Estados Unidos.

Puede tomar décadas para que aparezcan síntomas como ictericia, fatiga, orina oscura, dolor abdominal, pérdida del apetito y náuseas, y para entonces, el hígado se encuentra muy dañado. Cuando está fallando el hígado, la única esperanza es, frecuentemente, un trasplante hepático. Es importante la detección temprana, para permitir el tratamiento antes de que se produzca demasiado daño.

Entre los de mayor riesgo de contraer la hepatitis c son: hemofílicos, usuarios de drogas intravenosas, pacientes de diálisis, presentes o pasados, pacientes de transfusión o trasplante, trabajadores del campo de la salud, y los que participan en actividades sexuales de alto riesgo. El CDC (Centro para Controlar las Enfermedades) estima que en Estados Unidos la hepatitis C es responsable por ocho a diez mil muertes por año. Esa cantidad podría aumentar a lo triple durante la próxima década.

Fuente: Ortho-Clinical Diagnostics; Johnson & Johnson, 28 septiembre 2001 y la personal de la Clínica Mayo, 22 julio 2005.

HepCBC-HEPV-L LAS PREGUNTAS MÁS FRECUENTES DE HEPV-L SOBRE LA HEPATITIS C, Versión 7 Diciembre 2006

(Pulsa aquí para bajar archivos)

Estas FAQ están dedicadas a la memoria de David H. Kehrer, LTC John Heintz (Peter) y su esposa Patricia, Daniel Bodiford, Dr. Horst Irmeler, Jude Saucier, Capt. Kevin Donnelly, Ron Thiel, "Uncle" Dave Lang, Guy Thisdelle, "Apache" Pat Davis & Frank Darlington.

Muchísimas gracias a los traductores voluntarios de Argentina, España, México y Canadá: Gabriela Lodeiro, Pilar, Luis Yassir, Juan Manuel, Fernando, María Elena, Maria Anabel, AnaMaria, Zory y Alba.

PARTE 0: ADMINISTRIVIA

0.01 Introducción

0.02 Exención de responsabilidad

PARTE I: NOCIONES BASICAS

I.0.1 ¿Qué es la hepatitis?

I.0.2 ¿Cuáles son los diferentes tipos de hepatitis?

I.0.3 ¿Qué pasa en el cuerpo?

I.0.4 ¿Cuál es el periodo de incubación?

I.0.5 Normalmente, ¿cómo empieza la hepatitis C?

I.0.6 ¿Cuál es la función del hígado?

I.0.7 El virus hepatitis C (VHC)

I.0.7a ¿Cuándo se descubrió la hepatitis C?

I.0.8 ¿Quién contrae la hepatitis?

I.0.9 ¿Cómo se transmite?

I.0.9a ¿Cómo NO Se Transmite?

I.1.0 VHC y Transfusiones

I.1.1 VHC y el Uso de Drogas Intravenosas

- I.1.2 VHC e Inmunoglobulina Intravenosa
- I.1.3 Transferencia Neonatal del VHC
- I.1.4 Otros Medios de Transmisión del VHC
- I.1.4a Transmisión Sexual
- I.1.4b Contagio en el Lugar de Trabajo (Profesionales de la Salud)
- I.1.4c Cepillos de Dientes/Rasuradoras/Cortaúñas
- I.1.4d Hemodiálisis
- I.1.5 Modos de Transmisión Altamente Especulativos
- I.1.5a Lágrimas, Saliva, Orina, Otros Secreciones Corporales
- I.1.5b Rasguños de los Gatos
- I.1.5c Los Mosquitos
- I.1.5d Procedimientos Médicos Alternativos
- I.1.5e Transmisión en el Hogar
- I.1.5f Causas Disconocidas
- I.1.5g ¿El VHC es algo como el HIV?
- I.1.6 Prevención
- I.1.6a ¿Cuándo y Por Cuánto Tiempo se Contagia?
- I.1.6b ¿Cómo Se Puede Evitar La Diseminación del VHC?
- I.1.6c Limpiando la Sangre
- I.1.6d Qué Hacer En Caso de Una Picadura de Jeringa Accidental
- I.1.7 ¿A quién le debo contar?
- I.1.8 ¿Se puede contraer la hepatitis más de una vez?

PARTE II: ASUNTOS MEDICOS

- II.0.1 ¿Cómo puedo encontrar buen tratamiento médico para la hepatitis?
- II.0.2 Los Gastroenterólogos y los Hepatólogos
- II.1.0 ¿Cómo se diagnostica?
- II.1.1 Las Pruebas de Anticuerpos
- II.1.2 ¿Qué es una PCR?
- II.1.2a ¿Qué es un genotipo?
- II.1.3 ¿Podría salir equivocada una prueba?
- II.2.0 La Biopsia
- II.2.0a ¿Qué es una biopsia del hígado?
- II.2.0b ¿Cuáles son los peligros de una biopsia hepática?
- II.2.0c ¿Dolerá?
- II.2.1 Crónico Activo y Crónico Persistente
- II.2.2 ¿Cuáles son los principales síntomas de la hepatitis C?
- II.2.2a La Fatiga
- II.2.2b Dolor en el cuadrante superior derecho (Dolor en el costado)
- II.2.2c Pérdida de la Libido
- II.2.2d Palmas rojas
- II.2.2e La Nausea
- II.2.2f La Encefalopatía (niebla/turbación mental)
- II.2.2g Comezón, Picor
- II.2.2h Problemas de Visión
- II.2.2i Vértigos/Mareos
- II.3.0 ¡No está todo en tu cabeza!
- II.3.1 ¿Cómo evoluciona la enfermedad?
- II.4.0 ¿Qué otros problemas médicos están relacionados con el VHC?
- II.4.0a Crioglobulinemia
- II.4.0b Problemas de tiroides y autoinmunes
- II.4.0c Síntomas Parecidos a la Artritis Reumatoide
- II.4.0d Fibromyalgia

- [II.4.0e](#) Manifestaciones Dermatológicas
- [II.4.0f](#) Porfirias
- [II.4.0g](#) Lichen Plano
- [II.5.0](#) Ciclos y Fases Agudas
- [II.6.0](#) ¿Me debería vacunar contra los otros tipos de hepatitis?
- [II.7.0](#) El VHC y los problemas concernientes a las mujeres
- [II.7.1](#) ¿Cómo afecta al embarazo el VHC?
- [II.8.0](#) ¿Cómo afecta a los niños el VHC?
- [II.9.0](#) ¿Cuáles son los diferentes indicaciones clínicas?
- [II.9.1](#) Las Enzimas Hepáticas Elevadas
- [II.9.1a](#) Los Niveles Elevadas de Alpha-Fetoproteína
- [II.9.2](#) Ictericia
- [II.9.3](#) Aumento del Tamaño del Hígado/Bazo
- [II.9.4](#) Manchas aracnoformes (Nevus en araña o arañas vasculares)
- [II.9.5](#) Ascitis
- [II.9.6](#) Hipertensión Portal/Varices
- [II.9.7](#) Encefalopatía Hepática
- [II.9.8](#) La Cirrosis
- [II.9.9](#) La Hepatitis Fulminante
- [II.9.10](#) El VHC, ¿Aumenta la probabilidad de cáncer?
- [II.10.0](#) ¿Cuántos somos?

PARTE III: EL TRATAMIENTO (Medicina Convencional)

- [III.1.0](#) Interferones
- [III.1.1](#) Monoterapia de Interferón
- [III.1.1a](#) Intron A
- [III.1.1b](#) ¿Cuándo no se recomienda el tratamiento con el Interferón?
- [III.1.1c](#) Interferón “Breakthrough” (Recidiva o Escape) y “No-respuesta”
- [III.1.1d](#) Consensus Interferón
- [III.1.1e](#) Alferon
- [III.1.1f](#) Multifерón
- [III.1.1g](#) Veldona Oral IFN-Alpha
- [III.1.1h](#) IFN Omega (Biomed 510)
- [III.1.1i](#) Albuferón
- [III.1.1j](#) Interferón Gamma
- [III.1.1k](#) Interferón Medusa
- [III.1.1l](#) Omega DUROS®
- [III.1.2](#) Interferón Pegilado
- [III.1.2a](#) Intron A Pegilado (peg-Intron A)
- [III.1.2b](#) Peginterferón Alfa-2^a (Pegasys)
- [III.1.3](#) Combinaciones de Interferón
- [III.1.3a](#) Interferón y Ribavirina combinados (Rebetron)
- [III.1.3b](#) IFN Pegilado y Viramidina
- [III.1.3c](#) Interferón y la Terapia de Reductora de Hierro
- [III.1.3d](#) Interferón y Timosina
- [III.1.3e](#) Interferón y GM-CSF - Combinados
- [III.1.3f](#) Interferón y NAC
- [III.1.3g](#) Interferón y Amantadina
- [III.1.3h](#) IFN y Acido Ursodeoxicólico (Actigall)
- [III.1.3i](#) IFN y VX-497
- [III.1.4](#) Distinta Dosificación
- [III.1.4a](#) Mega Dosificación
- [III.1.4b](#) Dosis de Mantenimiento

- III.1.4c Dosis de Inducción
- III.1.4d Tratamiento Prolongado
- III.2.0 INTERLEUKINAS
- III.2.1 Interleukina-10
- III.2.2 Interleukina-12
- III.3.0 TERAPIAS BASADAS SOBRE PROTEINA DE VHC
- III.3.1 Inhibidores de Proteasa
- III.3.2 Inhibidores de Polymerase
- III.3.3 Inhibidores de Helicasa
- III.3.4 Terápia Genética Interferón Alpha
- III.3.5 Terápia de Ribozimas
- III.3.6 Inhibidores IRES
- III.3.7 Terápia basada en Antisens
- III.3.8 Terápias basada en RNAi
- III.4.0 VACUNAS
- III.4.1 Anticuerpo VHC
- III.4.2 InnoVac-C
- III.4.3 XTL-6865 (antes HepeX-C)
- III.4.4 Vacuna Chiron
- III.4.5 Chimigen
- III.4.6 Vacuna VIDO
- III.5.0 OTRAS TERAPIAS
- III.5.1 Análogos de Nucleosidas
- III.5.2 Alinia
- III.5.3 Actilon
- III.5.4 Virostat
- III.5.5 NCX-1000
- III.5.6 MBI-3253 (celgosivir)
- III.6.0 EL TRASPLANTE
- III.7.0 OTROS

PARTE IV. TRATAMIENTO (Medicina Alternativa)

- IV.0.0 Interacciones conocidas entre las hierbas y las drogas
- IV.0.1 La Acupuntura
- IV.0.2 La Quiropractica
- IV.0.3 Curación de energía
- IV.0.4 Reflexología
- IV.0.5 La Homeopatía
- IV.0.6 Reticulosa
- IV.0.7 La Medicina Tradicional China (MTC)
- IV.0.8 La terapia de ozono
- IV.1.0 Los tratamientos herbales y vitamínicos
- IV.1.1 El Té de Kombucha
- IV.1.2 El Reishi/Los hongos Shitake
- IV.1.3 El Diente de León (Amargón o Taraxacum Officinale)
- IV.1.4 Cardo de Leche (El Silimarin)
- IV.1.5 La Alcachofa o Alcaucil
- IV.1.6 La Raíz de Regaliz
- IV.1.7 La Espirulina
- IV.1.8 El Ajo
- IV.1.9 Factores Tímicos
- IV.1.10 La Vitamina C
- IV.1.11 La Vitamina B12

IV.1.12 La Vitamina E

IV.1.13 Propulsores de Interferón Natural

IV.1.14 Otras Hierbas o Vitaminas

IV.1.15 El Agua

IV.2.0 El Ejercicio

IV.3.0 El Manejo del Estrés

IV.4.0 La Actitud Positiva

IV.5.0 Tai Chi/Chi Kung/Yoga/Meditación

IV.6.0 Otras Formas de Mantener la Salud

PARTE V. LA NUTRICION

V.1.0 ¿Qué hacer para tener una dieta nutritiva?

V.1.1 Alimentos a Evitar

V.2.0 Alimentación y Cirrosis

V.3.0 Café, Té, Cafeína y Otros Estimulantes

V.4.0 La Sal

PARTE VI: LAS DROGAS Y EL ALCOHOL

VI.1.0 El Alcohol

VI.2.0 El Tabaco

VI.3.0 La Marihuana

VI.3.1 La Cocaína

VI.4.0 ¿Cuáles son los efectos de las drogas recreativas?

VI.4.1 Precauciones con el Uso de Drogas Intravenosas

VI.4.2 La Limpieza del Equipo de Inyección

VI.4.3 La Metadona

PARTE VII: ¿CÓMO PUEDE AFECTAR MI VIDA EMOCIONAL EL VHC?

VII.1.0 ¿Cómo se relaciona la depresión con la hepatitis?

VII.1.1 Los Cambios de los Estados de Ánimo

VII.1.2 Conviviendo con una Enfermedad Crónica

VII.1.2a Aceptándolo

VII.1.3 Conviviendo con un Bajo Nivel de Energía

VII.1.4 La Irritabilidad

VII.1.5 ¿Cómo puede afectar mi vida sexual el VHC?

VII.1.6 ¿Cómo puedo ayudar a un amigo con Hepatitis C?

VII.1.6a ¿Qué NO debería decir?

VII.1.6b ¿Qué debería decir?

PARTE VIII: VIVIENDO CON EL VHC

VIII.1.0 Los Problemas Cotidianos creados por el VHC

PARTE IX: CONVIVIENDO CON LA TERAPIA DE INTERFERON

IX 1.0 Sugerencias generales de Schering

IX 2.0 ¿De qué forma actúa el Interferón?

IX 2.1 ¿Qué debería obtener con el Interferón?

IX 2.2 La Experiencia Clínica

IX 2.3 ¿Seré capaz de continuar trabajando?

IX 2.4 ¿Cómo puedo saber si esta actuando el Interferón?

IX 3.0 Los Efectos Colaterales

IX.3.0a La Nausea

IX.3.0b La Caída del Pelo

IX.3.0c La Fatiga

[IX 3.0d](#) Problemas de la Boca

[IX 3.0e](#) Infecciones

[IX.4.0](#) La Importancia del Agua

[IX 5.0](#) Almacenamiento

[IX 5.0a](#) Viajando con el Interferón

[IX.6.0](#) El Horario de las Inyecciones

[IX.7.0](#) Apuntes sobre Inyecciones

[IX.7.0a](#) Inject-Ease

[IX 7.0b](#) Los Moretones y las Cantidades de Sustancias Diluyentes

[IX 7.0c](#) El Tamaño de la Aguja

[IX 8.0](#) ¡Auxilio! ¡Creo que me topé con una vena!

[IX 9.0](#) ¿Qué hacer cuando uno no puede pagar el Interferón?

[IX 10.0](#) El VHC con Cirrosis, Tratada con Interferón

PARTE X: ¿HACIA DONDE VAMOS AHORA?

[X.1.0](#) El Prognóstico a Largo Plazo (¿Voy a morir?)

[X.2.0](#) Los Últimos Estudios, Pruebas, Nuevas Drogas

PARTE XI: EL EMPLEO Y LA INCAPACIDAD

[XI.1.0](#) La Seguridad Social: Los beneficios del trabajo y/o de incapacidades

[XI.1.1](#) ¿Cómo debo abordar los problemas laborales?

[XI.1.2](#) Los problemas para conseguir los beneficios de incapacidad

[XI.1.3](#) ¿Cómo puedo pedir el SSI/SSDI?

[XI.1.4](#) Ganando su Petición para Seguro Social: 15 Errores que no debe cometer

[XI.1.5](#) Haciendo la aplicación para beneficios de discapacidad en la Columbia Británica.

PARTE XII: INFORMACION IMPORTANTE

[XII.1.0](#) ¿Qué otra cosa es importante saber sobre el VHC?

[XII.1.1](#) Los Recursos de información sobre el VHC

[XII.1.2](#) Nacional (EE.UU.)

[XII.1.3](#) Canadá

[XII.1.3a](#) Australia / Nueva Zelanda

[XII.1.3b](#) Inglaterra / Escocia

[XII.1.3c](#) Alemania / Austria

[XII.1.3.d](#) Argentina

[XII.1.3.e](#) Brasil

[XII.1.3.f](#) Chile

[XII.1.3.g](#) EE.UU. (Grupos en español)

[XII.1.3.h](#) España:

[XII.1.3.i](#) Uruguay

[XII.1.4](#) Recursos sobre el VHC en Internet o Usenet

[XII.1.4.a](#) Información en Internet en español

[XII.1.5](#) Bibliografía recomendada

[XII.1.6](#) Boletines, revistas y videos

[XII.1.7](#) Asociaciones locales (EE.UU.) y grupos de apoyo

[XII 1.7a](#) EE.UU.

APENDICE A: Donde puedo conseguir la versión más reciente de los FAQ

APENDICE B: Abreviaciones comunes y términos médicos

APENDICE C: Algunos websites recomendados de la World Wide Web (WWW)

APENDICE D: Una lista de médicos Canadienses especializados en tratamiento del VHC

APENDICE E: Historia de la seguridad de la sangre. Seguimiento del registro

APENDICE F: El Doble Desafío de la Co-Infección del VHC/HIV

PARTE 0: ADMINISTRIVIA

Asunto: Part 0: Administrivia

Asunto: 0.00 Propiedad Registrada

Las FAQ V7 (Las preguntas más frecuentes sobre la hepatitis C) de Peppermint Patti son propiedad registrada 1996-2006 por Dr. C.D. Mazoff, PhD., Patricia Jonson, y Joan King de parte de HepCBC, la lista HepCAN, y el servidor de listas HEPV-L del Internet. Se cede permiso para re-distribuir o citar este documento con tal que incluya una mención para HEPV-L y HepCBC, la dirección para contacto de CLOTHO@BELLATLANTIC.NET, JKING@HEPCBC.CA o HEPVL-REQUEST@MAELSTROM.STJOHNS.EDU, el número de versión y fecha de las FAQ, y por lo menos dos lugares de los cuales se puede conseguir una versión actualizada de estas FAQ (vea Apéndice A). Para cualquier otro uso, se debe solicitar permiso por escrito de Joan King (jking@hepcbc.ca), o Patricia Johnson (clotho@bellatlantic.net).

Este es un documento en progreso permanente. Por favor, haznos comentarios para ayudarnos a mejorarlo. Por favor, envía tus sugerencias para adiciones, correcciones y cambios privadamente a los autores: Patricia Johnson (clotho@bellatlantic.net), o a Joan King (jking@hepcbc.ca). Si Ud. quiere que su contribución sea anónima, favor de decirlo.

HEPV-L es un servidor de listas dedicado a la gente con hepatitis crónica y otras enfermedades hepáticas. Su dirección es HEPV-L@MAELSTROM.STJOHNS.EDU Se puede comunicar con HepCBC aquí: www.hepcbc.ca.

Para suscribirse, mande un mensaje a: LISTSERV@MAELSTROM.STJOHNS.EDU y en el cuerpo del mensaje, en la primera línea, escriba: SUB HEPV-L NOMBRE APELLIDO (sustituya su nombre por el nombre y apellido) Si tiene cualquier pregunta, o algún problema para suscribirse o salir de la lista, comuníquese con alguno de los dueños de la lista: HEPVL-REQUEST@MAELSTROM.STJOHNS.EDU

HepCBC (<http://www.hepcbc.ca/>) es una sociedad de organizaciones independientes en la Columbia Británica, Canadá y otros lugares, dedicada a la educación y prevención de la hepatitis C. Es el hogar de hepc.bull y la lista HepCAN (<http://groups.yahoo.com/group/hepcan/messages>), una red en línea de información y apoyo canadiense, hermana de HEPV-L.

INTRODUCCIÓN

Este documento contesta las preguntas más frecuentes (FAQ) sobre la hepatitis C (VHC), su tratamiento, y las complicaciones relacionadas. Hemos hecho el mayor esfuerzo para conseguir la información más actualizada y precisa.

Esta FAQ actualizada (FAQ v7) refleja el carácter internacional de la comunidad de la hepatitis C. Aunque el hogar de la lista HEPV-L está en los EE.UU., muchos de sus miembros vienen de otras partes del globo. Patricia Johnson (Peppermint Patti), la autora original de la FAQ pidió a David Mazoff (Squeeky), del HCV Advocate en San Francisco, si él podría asumir el arduo trabajo de revisar y actualizar la FAQ. David vive en Canadá, así que esta versión tiene bastante información para los canadienses. Para hacer más accesible la FAQ a los de otros países, información relacionada específicamente a Canadá se ha colocado en apéndices al final del documento.

Gracias a una beca de la Sociedad de Servicios Legales de la Columbia Británica, esta edición ya incluye información sobre Beneficios para Incapacidad para los residents de BC. Ojalá que esta sección aumente para incluir a todo Canadá. El lector también notará que no hay lista de médicos en los EE.UU., comparable a la lista de médicos canadienses en el Apéndice D. Quien quiera recopilar esta lista es bienvenido para hacerlo. Favor de comunicarse con los autores de la FAQ.

Estas FAQ no son completamente detalladas, y habrá futuras FAQ que describirán otros tipos de hepatitis (viral - A,B,C,D,G, autoinmune, tóxica) y desórdenes hepáticos y complicaciones relacionadas, tanto como tratamientos, recursos electrónicos y otros temas especializadas en el futuro próximo. Estas FAQ nuevas se encontrarán probablemente cerca de donde Ud. ha encontrado éstas.

0.02 RECTIFICACIONES

La información presentada en este documento fue escrita y desarrollada por pacientes y miembros de la lista de correo electrónico HEPV-L. Representa un catálogo informal de sabiduría acumulada por personas que no son, generalmente, profesionales médicos. Mientras se desarrolla más esta obra, esperamos incluir referencias y citas que documentarán más los datos que aquí se presentan. Mucha de la información contenida en estas FAQ fue recopilada de las experiencias y opiniones variadas y personales que han aparecido en las listas HEPV-L y HepCAN, y de investigación original publicada en hepc.bull. A pesar de lo útil que pueda resultar esta información, no se debe considerar como consejo médico, ni sustituto del consejo médico. Y como siempre, no olvide usar su sentido común. Es importante que cualquier persona que tenga, o que piense que tiene hepatitis consulte a un profesional titulado con experiencia en enfermedades del hígado y desórdenes sistémicos.

Nuestro agradecimiento a los muchos que contribuyeron a esta nueva versión oficial de las FAQ. Abajo, en ningún orden especial:

Alan Franciscus (HCV Advocate), Brad Kane (HepCBC), Andi Thomas (Hep-C-Alert), Anne Karim, Bruce Bennett, Bryce Brogan, Paul Harvey, Cindy Torchin, David Lang† (HEP Seattle), Frank Smith, Paul Harvey,

Joe Shaw, Joan King (HepCBC), Kathryn Morse, Eileen Caldwell-Martin (FHCQ), Ken Benjamin, Kevin, Kunga Palmo (USHA), Sue White (Mid Island HepC), Capt. Kevin Donnelly†, Bruce Devenne (HepCNS), Leslie Gibbenhuck (Children's Liver Alliance), Marjorie Harris (HepCure), Darlene Morrow (HepC VSG), Lucinda Porter, Pat Buchanan (LiverHope), **Peppermint Patti,** Sara Amber (HEP Seattle), Scott Warren (aka Reezer), C.D. Mazoff, aka squeeky (HepCBC), Rivaud (Hepv-l), Sheree Martin (Hep B List), Sybil, Smilin' Sandi, Marie Stern, Brian D. Klein (HAAC), John & Matti Kirk, Rick Crane, y a nuestras mamás por hacernos posibles.

PARTE I: NOCIONES BASICAS

I.0.1 ¿QUÉ ES LA HEPATITIS?

La hepatitis es una inflamación del hígado. Es un síntoma de diversos tipos de enfermedades y condiciones. Los venenos, virus, bacteria(s), parásitos, los procesos de autoinmunidad, y las drogas pueden todos causar la hepatitis.

La hepatitis A, hepatitis B y hepatitis C son formas de la hepatitis viral. Aunque sus nombres suenan parecidos, la verdad es que son virus muy distintos, que causan diferentes síntomas y requieren diferentes tratamientos. Otros virus que causan la hepatitis son la hepatitis D, E, y G; estos son menos comunes, y fueron descubiertos más recientemente que la hepatitis A, B y C.

Formas de hepatitis no-virales pueden ser causadas por agentes tóxicos o procesos de auto inmunidad. La enfermedad auto inmune se produce cuando el cuerpo se ataca a si mismo, tratándose como si fuera un invasor extranjero. La hepatitis tóxica es un deterioro de las células hepáticas causada por sustancias químicas, alcohol, drogas y compuestos industriales, o sea, inflamación del hígado debido al envenenamiento. El abuso de alcohol es una de las causas más comunes del daño tóxico al hígado.

I.0.2 ¿CUÁLES SON LOS DIFERENTES TIPOS DE HEPATITIS?

Los diferentes tipos de hepatitis VIRAL son:

A	(antes llamada hepatitis infecciosa)
B	(hepatitis (l) suero)
C	(antes llamado No-A, No-B)
D	(hepatitis delta)
E	(un virus transmitido por las heces de una persona infectada)
G	(un virus transmitido mediante los productos de sangre infectados)
Criptogénica (o No- A, B, C, D, E, G)	

Más virus de hepatitis están siendo descubiertos, pero pueden ser menos comunes. Otros virus, como el de la fiebre amarilla, virus de Epstein-Barr, citomegalovirus, así como también los parásitos y las bacterias, pueden causar hepatitis como efecto secundario.

Otros tipos de hepatitis No-viral son:

Autoinmune (el cuerpo atacando sus propios tejidos)

Enfermedad de Wilson, un desorden genético que causa una acumulación excesiva de cobre en el hígado o el cerebro)

Hemocromatosis, un desorden genético que causa una acumulación excesiva de hierro en el torrente sanguíneo

La inducida por drogas, sustancias químicas y alcoholismo.

I.0.3 ¿QUÉ SUCEDE EN EL CUERPO?

Las diferentes infecciones que causan la hepatitis entran al cuerpo de distintas maneras. Los virus de hepatitis A y E entran primero a los intestinos, mientras los virus de las hepatitis B, C, D y G entran a la sangre. Todas las formas de hepatitis viral se propagan en el hígado y se multiplican dentro de las células hepáticas.

Los virus de hepatitis A y E prosperan en condiciones de falta de higiene. Existe una vacuna contra la hepatitis A. La hepatitis A se cura sola, pero puede ser fatal en los niños, los ancianos o los enfermos crónicos. La hepatitis E también se cura por sí sola, pero representa un serio peligro para las embarazadas.

Cuando pasan por el hígado los virus de hepatitis B, C, D, y G, entran a las células hepáticas y el cuerpo ataca al virus, lo que causa inflamación del hígado. En la infección de hepatitis B, normalmente el hígado se restablece por sí solo, dejando anticuerpos, que son proteínas producidas por el cuerpo como parte de su defensa contra el virus. Si tienes solamente los anticuerpos contra alguna enfermedad, es evidencia que hubo infección, pero que el cuerpo la derrotó).

Estudios recientes muestran que la hepatitis B puede recaer muchos años después en los individuos que supuestamente han eliminado el virus. Es muy parecido al “síndrome post-polio”. Hasta el 90% de los infectados con hepatitis B eliminarán el virus. Existe una vacuna.

No existe vacuna contra la hepatitis C. En la mayoría de los casos cuando alguien contrae el virus de la hepatitis C, el sistema inmune no derrota al virus. La infección entonces se hace crónica. La mayoría de la gente infectada no sabe que tiene el virus. Por lo tanto algunas personas no presentan síntomas y en otras, los síntomas pueden tardar un promedio de 13 años para desarrollarse. Algunas personas pueden tener la hepatitis C por 20 años o más antes de saberlo. La manera en que la hepatitis C afecta a las personas es diferente en la mayoría de los casos. Algunas son afectadas levemente, pero otras son afectadas gravemente.


Hasta donde sabemos, de 100 personas contraen hepatitis C:

15-20 personas (tendrán una infección aguda) y lo eliminarán dentro de 2-6 meses (muy parecido a como eliminamos un virus de influenza)

80-85 tendrán una infección crónica. Esta infección no se quita sin tratamiento.

De los afectados con infecciones crónicas:

 60 personas tendrán una infección a largo plazo que puede o no causar problemas moderados.

 20-25 personas progresarán y presentarán un serio daño al hígado.

De estas personas que progresan a tener daño serio:

10 permanecerán estables

15 progresarán y tendrán graves daños al hígado. Incluso algunas personas pueden desarrollar cáncer hepático. Según un artículo en Gut 2000;47:131-136, el índice de progresión en 5 años indica que el cáncer hepatocelular es de 13.4% y el índice de progresión a muerte es de 15.3%.

I.0.4 ¿CUÁL ES EL PERIODO DE INCUBACIÓN?

El periodo de incubación (la cantidad de tiempo que pasa entre la infección y el desarrollo de síntomas) varía entre los diferentes virus de hepatitis. Las síntomas de la hepatitis A y E pueden desarrollar sólo dos semanas después del contagio, pero normalmente aparecen después de cuatro semanas. Para la hepatitis B y C, normalmente toma mucho más tiempo. El periodo de incubación promedio es dos a tres meses para la hepatitis B. En experimentos con chimpancés, la hepatitis D se desarrolló de dos a diez semanas después de adquirir la infección.

Después de adquirida la infección original, el RNA de la VHC se puede detectar en la sangre de 1 a 3 semanas. En de un promedio de 50 días (de 15 a 150 días), virtualmente todos los pacientes desarrollan daños en las células hepáticas, mostrado por una elevación de las alanino aminotransferasas (ALT--una enzima que se escapa de las células dañadas hacia el torrente sanguíneo). La mayoría de los pacientes no tiene síntomas ni presentan ictericia (la parte blanca de los ojos se ve amarillenta). Solamente del 25 al 35 por ciento desarrollarían síntomas como malestar general, debilidad, anorexia, o ictericia (la parte blanca del ojo se ve amarilla). El fallo fulminante del hígado [progreso repentino] después de la infección con VHC ha sido reportado pero es una circunstancia rara. Los anticuerpos del VHC (anti-VHC) se vuelven detectables casi invariablemente durante el curso de la enfermedad. El anti-VHC se puede detectar en un 50 a 70 por ciento de los pacientes cuando empiezan con los síntomas y en aproximadamente el 90 por ciento de pacientes en 3 meses después del inicio de la infección. La infección con VHC se cura espontáneamente en el 15 por ciento de los casos. La cura se caracteriza por la desaparición del RNA del VHC en la sangre y la normalización de las enzimas hepáticas - National Institutes of Health Statement on Hepatitis C 1997

1.0.5 NORMALMENTE, ¿CÓMO EMPIEZA LA HEPATITIS C?

Las personas reaccionan al VHC de diferente manera. Para algunos pacientes, la enfermedad comienza repentinamente, como si se hubiera enfermado con gripe. Esta gripe, sin embargo, no parece quitarse por completo. Para muchos otros pacientes, la enfermedad aparece gradualmente durante un período largo de tiempo. Con frecuencia, los bebés y los niños no tienen síntoma alguno.

Otros síntomas pueden estar también presentes, pero serán distintos dependiendo de cada paciente. Estos incluyen: fatiga, fiebre de pocos grados, dolores de cabeza, dolor leve de garganta, pérdida de apetito, náuseas, vómitos, sensibilidad a la luz y articulaciones rígidas o dolorosas.

Mucha gente padece de un dolor en el costado derecho, encima del área del hígado.

La orina puede volverse color pardo oscuro, y las heces pueden ser pálidas. En las infecciones agudas severas, alguna gente puede presentar ictericia, entonces la piel y el blanco de los ojos llegan a ser amarillentos.

El grado de severidad puede diferir ampliamente entre los pacientes, y también varía a través del tiempo para el mismo paciente. La severidad puede variar entre una fatiga inusual que sigue a los momentos de estrés, hasta estar postrado en la cama, completamente incapacitado. Los síntomas tienen una tendencia a aumentar y disminuir con el paso del tiempo.

1.0.6 ¿CUÁL ES LA FUNCIÓN DEL HÍGADO?

El hígado:

* Almacena las reservas de hierro, al igual que las vitaminas y los minerales* Desintoxica de los químicos venenosos, incluyendo el alcohol, cerveza, vino, drogas recetadas y de venta libre así como también sustancias ilegales. Actúa como un filtro para convertirlas en sustancias que puedan ser utilizadas o excretadas por el cuerpo

* Convierte los alimentos que comemos en energía almacenada y químicos necesarios para la vida y el

crecimiento

- * Fabrica la sangre
- * Fabrica proteínas nuevas
- * Hace factores coagulantes para ayudar a que la sangre coagule
- * Quita venenos del aire, gases, humo y químicos que nosotros respiramos.
- * Fabrica y administra los productos químicos importantes que el cuerpo utiliza. Uno de estos es la bilis, una sustancia verdosa - amarillenta esencial para la digestión de las grasas en el intestino delgado.

1.0.7 LA HEPATITIS C (VHC)

La Hepatitis C es un tipo de hepatitis causada por un virus de ARN de la familia Flaviviridae, que tiene como objetivo el hígado. El VHC causa la mayoría de los casos de hepatitis anteriormente llamados hepatitis no-A no-B y es responsable por 150.000 a 250.000 casos nuevos de hepatitis cada año, en Estados Unidos.

El virus, que típicamente tiene un periodo de incubación de seis a nueve meses, presenta síntomas tales como: fatiga, náuseas, pérdida del apetito, orina oscura e ictericia; y si se deja sin tratar, puede culminar en el fallo del hígado, cáncer hepático y muerte. El VHC provoca una multitud de desórdenes autoinmunes y otras varias enfermedades, tales como diabetes, linfoma no-Hodgkin, complicaciones de la retina y tiroiditis. Según un reporte reciente de un comité patrocinado por los National Institutes of Health, casi cuatro millones de personas en los EE.UU. están infectados con el VHC. El reporte también notó que el tratamiento de la enfermedad con las drogas actuales es decepcionante y estimó que el número de muertes en los EE.UU. a causa del VHC se triplicará en los próximos 10 a 20 años.

1.0.7A ¿CUÁNDO SE DESCUBRIÓ LA HEPATITIS C?

En 1987, Michael Houghton y sus colegas de la Corporación Chiron en California descubrieron parte del material genético del VHC usando tecnología molecular recombinante. Este descubrimiento permitió el desarrollo de pruebas para detectar anticuerpos específicos. La primera prueba de inmunoensayo enzimático (EIA, Enzyme Immunoassay, en inglés) ofrecido en 1989 utilizó solamente una única proteína recombinante para detectar los anticuerpos, y produjo una proporción significativa de falsos positivos y falsos negativos. Una prueba de anticuerpos que podría ser utilizado para aumentar la seguridad del aprovisionamiento de sangre, órganos y tejidos fue disponible a partir del 1990. A mediados de 1995 el virus de la hepatitis C fue visto por primera vez por científicos con la asistencia de un microscopio electrónico. Es una hebra sencilla lineal - de virus ARN (ácido ribonucleico) con una medida de 40-50 nanómetros.

Está cubierta con una envoltura lipídica y encapsulada con peplómeros glicoproteicos o "spikes".

Según Bruce Devenne de Hepatitis Nova Scotia, los gobiernos y las comunidades médicas sabían de la hepatitis C mucho antes de 1987, y pudo haberse hecho mucho para prevenir miles de muertes. Pero no lo hicieron. Considera la contaminación de esas personas en Irlanda y Francia con sangre infectada con VHC, y donde los casos jurídicos claramente demostraron culpabilidad criminal de parte de los comerciantes de sangre y los gobiernos. Considera también la historia de la seguridad de la sangre en Canadá, y el escándalo actual de la Pista de Sangre de Arkansas. (Vea apéndice E, abajo).

1.0.8 ¿QUIÉN CONTRAE LA HEPATITIS?

Debe hacerse la prueba de la hepatitis C si ha:

- recibido una transfusión de sangre o productos relacionados con sangre, antes de que se introdujeran las pruebas específicas de detección (1986 en USA, 1990 en Canadá)

- compartido equipo de inyectar drogas
- hecho tatuajes o piercing (agujeros corporales)
- sido lesionado con agujas o jeringas, o realizado procedimientos médicos especializados

Las personas con pruebas de funcionamiento hepático anormales sin causa aparente también se beneficiarían haciendo una prueba para anticuerpos del virus de la hepatitis C. Nosotros (HepCBC) recomendamos que cualquier persona que haya tenido procedimientos odontológicos mayores donde hubo la presencia de sangre, o haya recibido servicios de belleza en manos y pies se someta a estas pruebas. Los estudios recientes (Minerva Urol Nefrol. 2005 Sep; 57(3):175-97) muestran que las personas que reciben hemodiálisis todavía tienen riesgo, como también algunos pacientes curados de cáncer.

La hepatitis C ocasiona entre 150.000 y 250.000 casos nuevos de infección crónica en los Estados Unidos cada año. Los hemofílicos y los usuarios de drogas tienen el mayor riesgo, pero cualquier persona, no importa ni su condición, ni su edad, ni sus circunstancias, está con riesgo de adquirir el virus de la hepatitis C. Los investigadores han encontrado que muchas personas infectadas ni siquiera lo saben. Entre 20 y 40 por ciento de los pacientes en los hospitales urbanos están infectados, así como el 80 por ciento de los usuarios de drogas intravenosas

.---

I.0.9 ¿CÓMO SE TRANSMITE?

“Tranquilo...tienes bichos...pero no son tan malos como lo que estás imaginando.” -Cindy Torhcin: cindytorhcin@cpcug.org Dueña de la lista de servidores HEPV-L ---

La mayoría de la gente con hepatitis C la contrajo por medio de una transfusión de sangre o al recibir productos (plasma, etc.) contaminados con hepatitis C, o por compartir jeringas infectadas con hepatitis C con los que usan drogas intravenosas. Antes de 1990, oficialmente hablando, no se podía detectar el VHC (vea Apéndice E: "La historia de seguridad de la sangre", abajo). Gracias a las pruebas con métodos modernos muy sensibles, el riesgo de adquirir la hepatitis C en una transfusión de sangre ya es menor al 1%. Las otras personas que adquieren la hepatitis C incluyen los trabajadores en el campo de la salud y los que trabajan en los laboratorios que pueden recibir una herida con agujas o instrumentos contaminados, gente que recibe tratamientos médicos/dentales, los que reciben hemodiálisis, los que se hacen piercing (agujeros corporales), los que comparten aparatos de rasurar, cepillos de dientes, o la gente que se ha tatuado con equipos mal esterilizados. Las madres infectadas pueden pasar el virus al feto en el útero; las estadísticas para la transmisión de madre al hijo son entre el 5 y 10%. Puede ocurrir más fácilmente si la madre está infectada también con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que causa el SIDA (Síndrome de inmunodeficiencia adquirida)---una transmisión del 16%.

Los casos de hepatitis C sin evidencia de contagio por medio de transfusión, accidentes con agujas o al compartir jeringas se llaman "esporádicos". No se sabe como se infectaron estos individuos . Ya en 1956 el Manual Merck decía que la hepatitis no-A/no-B podría diseminarse por el uso de las jeringas de vidrio y otros aparatos corrientes en aquellos tiempos usados para hacer pruebas y hacer vacunaciones en masa.

El cuarenta por ciento de todos los casos de la hepatitis C fueron contraídos por medios no conocidos por gente que no pertenece a ningún grupo de riesgo.

Lo que significa esto es que todos tenemos el riesgo de contraer la hepatitis C.

El virus está en la sangre de una persona infectada.

La hepatitis C se puede contraer al usar algo contaminado con sangre infectada, tal como:

Afeitadoras, cortaúñas o tijeras

Cepillos de dientes y otros utensilios dentales

tatuajes o agujas para hacer hoyitos para aretes.

jeringas para drogas intravenosas y otros implementos (algodones, cucharas, etc)

Tampones o toallas sanitarias

El virus debe entrar al cuerpo por medio de la piel o membranas mucosas.

I.0.9A ¿CÓMO NO SE TRANSMITE?

1. NO se disemina por el aire.
2. NO se contagia por:
 - a. estornudar ni toser
 - b. tomarse de las manos
 - c. besarse
 - d. compartir el mismo baño
 - e. comer alimentos preparados por alguien con el VHC
 - f. abrazar a un niño
 - g. nadar en la misma piscina

I.1.0 VHC Y TRANSFUSIONES

Cualquiera que haya recibido una transfusión de sangre o productos de sangre antes de 1992 se lo considera en un grupo de alto riesgo. El riesgo de infección por transfusión hoy en día es 0.12%. Los bancos de sangre comenzaron a seleccionar donantes para buscar ciertos indicios de riesgo ya en 1986, pero aun así la sangre contaminó a los pacientes. En mayo de 1990, empezaron a utilizar pruebas de detección para la hepatitis C, y se piensa que el riesgo es menos de uno en 3.300 unidades de sangre, o 0.12% para el destinatario típico de una transfusión. Un recipiente típico es él que no tiene otras condiciones que le harían más susceptible al virus (como la infección con SIDA)- California at Berkeley Wellness Letter, May 1993. (Vea Apéndice E: "Historia de la seguridad de la sangre", abajo).

El VHC adquirido por transfusión de sangre tiende a ser más severo que el adquirido mediante otros modos de transmisión.

I.1.1 VHC Y EL USO DE DROGAS INTRAVENOSAS

Los investigadores del Johns Hopkins Hospital informan que los usuarios de drogas intravenosas tienen alto riesgo de contraer hepatitis B y C, y que muchos contraen la hepatitis durante el primer año de usar drogas intravenosas.

El Dr. David Vlahov y sus colegas estudiaron 716 voluntarios quienes se habían inyectado por seis años o menos. El setenta y siete por ciento de ellos se infectaron con VHC y el 65.7% se infectaron con VHB. Aproximadamente el 20% eran positivos para el VIH. La hepatitis C era más frecuente entre los que declararon haber usado drogas intravenosas durante menos de cuatro meses que entre los que informaron haberse inyectado drogas durante 9 a 12 meses. - Am J Pub Health 1996;86:642-646.

Estudios recientes en la Columbia Británica (1999) muestran que el 90% de la población masculina en las prisiones está infectada con el VHC.

I.1.2 VHC Y LA INMUNOGLOBULINA INTRAVENOSA

Los lotes contaminados de Gammagard y Polygam, drogas usadas en la terapia intravenosa de inmunoglobulina, pueden haber ocasionado que millares de personas a través de los EE.UU., principalmente niños, hayan contraído el virus de la hepatitis C. El Gammagard se usa primariamente para fortalecer el sistema inmune del paciente. Muchas mujeres en Irlanda se infectaron después del parto mediante el uso de Factor D contaminado.

Las pacientes que recibieron terapia con inmunoglobulina con Gammagard deberían comunicarse con sus doctores inmediatamente para que les hagan pruebas del funcionamiento del hígado.

I.1.3 TRANSMISIÓN NEONATAL DEL VHC

Lo siguiente viene del folleto de HepCBC, "El VHC y el embarazo". La información fue aprobada por el BCCDC.

Reduciendo el riesgo de transmisión durante y después del embarazo

Una mujer viviendo con la hepatitis C que desea embarazarse puede tener cierta ansiedad sobre la salud de su bebé. El riesgo de transmitir el virus al bebé es del 5-10%, y más alta en las personas que también tienen VIH. Si la madre también tiene SIDA, el riesgo puede aumentar hasta el 36%. El riesgo puede ser aún más grande en las madres que están infectadas con ambos virus, el VHC y el VHB.

La transmisión puede pasar al bebé, antes o durante el nacimiento. En las partes del mundo con normas más bajas de salud general, la transmisión de una mujer con hepatitis C a su bebé es más probable. La mayoría de los doctores y parteras serán atentos y apoyarán a una mujer con hepatitis C que quiera concebir un niño. Oficialmente no hay oposición al embarazo de la mujer con hepatitis C.

La carga viral y la transmisión de madre a hijo

La carga viral es la cantidad de virus de la hepatitis C en la sangre. Si una mujer con hepatitis C tiene una carga viral baja (menos de 1 millón de copias/ml), es menos probable que el virus pase a su bebé que si ella tiene una carga viral alta. Sin embargo, aunque la carga viral fuera muy baja, todavía hay riesgo de que se transmita el virus de la hepatitis C.

Dado el riesgo bajo de transmisión de madre a hijo no existe suficiente información actualmente sobre el uso de la cesárea para reducir el riesgo de transmisión. Sin embargo, es posible que si una mujer tiene un caso agudo de hepatitis C, habría más riesgo que se infectara su bebé.

La lactancia

No se sabe todavía si la leche materna de una madre con hepatitis C contiene suficiente virus para infectar a un bebé durante la lactancia. Generalmente, a las mujeres con hepatitis C no se les desaconseja el amamantamiento, a no ser que los pezones de la madre estén rajados y presenten sangrado. Ningún estudio ha documentado la transmisión de hepatitis C a los infantes por medio de la lactancia.

Los niños con hepatitis C (Vea también II.8.0 ¿Cómo afecta el VHC a los niños?)

En los niños, la infección viral es normalmente leve, aunque los niños menores de 8 años pueden enfermarse bastante con el VHC.

Es menos probable que los niños tengan síntomas de infección con la hepatitis C que los adultos, y por eso pueden transmitir el virus sin saberlo.

Parece que la hepatitis C no afecta al crecimiento del niño.

Todos los niños, con o sin la hepatitis C, deben recibir educación sobre la higiene correcta.

Los niños y la enfermedad del hígado avanzada

La hepatitis crónica eventualmente causa cirrosis o cáncer. Sin embargo, puede tomar de 10 a 20 años o más antes de que aparezca la cirrosis. El cáncer del hígado raras veces ocurre en los niños.

El tratamiento en los niños

Existen pocos estudios sobre el uso de interferon (IFN) en los niños con VHC crónico. Un estudio reciente sugiere que la terapia con IFN puede beneficiar a los niños con VHC crónico y, en la actualidad, los niños pueden responder mejor que los adultos, posiblemente porque han sido infectados por menos tiempo y tienen una enfermedad menos virulenta. El interferón se utiliza solamente en pruebas clínicas ahora en Canadá. Otra droga, llamada ribavirina, se está utilizando en combinación con el IFN en adultos y puede ser recomendado para niños en el futuro.

Todavía hay muchas preguntas sobre hepatitis C en los niños. Se necesitan más estudios para aprender más sobre como progresa esta enfermedad y sobre diferentes tratamientos.

Conversando con los trabajadores en el campo de la salud

Los médicos y las parteras pueden ser atentos y apoyar a una mujer con hepatitis C que desea un niño. Puede ser muy difícil que una mujer con hepatitis C le diga a sus médicos que está embarazada o quiere estarlo, si sospecha que intentarán hacerle cambiar de idea. Los médicos con experiencia de trabajo con mujeres portadoras son probablemente los mejores informados y los que tienen la actitud más positiva.

I.1.4 OTROS MEDIOS DE TRANSMISIÓN DEL VHC

Como la hepatitis B, la hepatitis C se contagia por medio del contacto con la sangre de una persona infectada, por una transfusión de sangre o compartir jeringas, por ejemplo. No hay evidencia de que el virus de la hepatitis C sea transmitido por medio del contacto casual, por alimentos, o por toser o estornudar.

I.1.4a TRANSMISIÓN SEXUAL

El riesgo de la transmisión sexual del virus de hepatitis C no ha sido investigado completamente pero parece ser mínimo. Algunos estudios han mostrado la ausencia de riesgo para infectar a un compañero sexual con la hepatitis C; otros han mostrado un riesgo muy bajo. The Centers for Disease Control (CDC) de Estados Unidos, tanto como el CDC de la Columbia Británica, no recomiendan ningún cambio en las costumbres sexuales para los que tienen una relación a largo plazo con una sola persona. Sin embargo, los que tienen una infección aguda, además de parejas sexuales múltiples, pueden tener un riesgo mayor y deberían usar profilácticos para reducir el riesgo de adquirir o transmitir la hepatitis C, así como también otras infecciones que se transmiten por vía sexual. El riesgo aumenta si el compañero/a VHC-positivo/a tiene comprometido su sistema inmune porque el nivel del virus en la sangre puede ser mayor en esos casos. El sexo durante el período menstrual debería evitarse, debido al contacto con sangre en ese momento. Hay también alguna especulación sobre la posibilidad de transmisión junto con el virus del herpes por medio de las lesiones genitales.

La razón por la cual muchos estudios dicen “parejas sexuales múltiples” cuando se refieren al riesgo de la transmisión sexual del VHC es que la gente con parejas sexuales múltiples tienen mayor riesgo de contraer otras enfermedades transmisibles sexualmente que pueden causar heridas abiertas y lesiones. Y con esas heridas y lesiones, uno tiene mayor riesgo para el contacto con sangre. También se piensa que el virus de la hepatitis C puede ser “llevado en la espalda” del virus de herpes, y si una persona tiene herpes, tiene mucho más riesgo de contraer o transmitir el virus.

Según un reporte en los Archives of Internal Medicine, la transmisión sexual del VHC ocurre en aproximadamente el 1% de las parejas con riesgo, y muestra que la profilaxis con inmunoglobulina protege a las parejas sexuales.

La transmisión del virus “...ocurrió solamente en las parejas de los pacientes infectados con VHC con infección activa del hígado,” los investigadores reportan. Y añaden un descubrimiento intrigante: que los pacientes que se infectaron durante el estudio eran de mayor edad y tenían relaciones más largas con sus parejas comparados con los que no se infectaron. - Arch Intern Med 1997;157:1537-1544

Un reporte de Health Canada, “Hepatitis C Prevention and Control: A Public Health Consensus,” June 1999, p.6, recomienda que:

Las personas con parejas múltiples deben practicar sexo más seguro.

Las parejas estables no necesitan cambiar sus prácticas sexuales si uno de ellos descubre que tiene la hepatitis C.

Un estudio reciente en The Lancet, 356:9223:42-43 (Junio 2000) detectó el virus de la hepatitis C en el semen de los hombres infectados. Los doctores concluyeron que “la presencia de ARN-VHC en semen es un argumento fuerte a favor de la transmisión sexual de los hombres a las mujeres.” Sin embargo, las cargas virales de VHC detectadas en el semen eran bajas, lo que sugiere que el riesgo de la transmisión sexual es probablemente también bajo.

I.1.4b CONTAGIO EN EL LUGAR DE TRABAJO (TRABAJADORES EN EL CAMPO DE LA SALUD)

La opinión general es que el VHC es una amenaza mayor para los trabajadores de la salud que el VIH. El riesgo de infección con el virus de hepatitis C (VHC) de estos empleados a causa de un pinchazo con aguja es 20 a 40 veces mayor que el riesgo de la infección con VIH, según los datos presentados en la Conferencia Internacional sobre Las Enfermedades Infecciosas Emergentes, patrocinada por US Centers for Disease Control and Prevention and the American Society for Microbiology (julio 2000).

El contagio laboral de VHC es posible en cualquier ocupación donde exista el contacto con sangre posiblemente infectada, (es decir, enfermeras y flebotomistas por pinchazos con agujas, los técnicos médicos de emergencia, y los bomberos por medio de sangre en los lugares de accidentes, etc.) El riesgo de infección con VHC después de un accidente con una aguja con sangre infectada con VHC puede alcanzar el 10%. Sin embargo, el riesgo de transmisión ocupacional en los trabajadores de salud pública, es mucho menor con el VHC que con el VHB.

Actualmente se recomienda que los proveedores de salud privados y públicos se eduquen sobre el riesgo y, especialmente, que todos los que tratan a pacientes infectados sean examinados para la hepatitis C.

I.1.4c CEPILLOS DE DIENTES/RASURADORAS/CORTAÚÑAS

Es posible que los cepillos de dientes, las afeitadoras, cortaúñas, pinzas y similares artículos de cuidado personal tengan contacto con la sangre infectada. Por lo tanto, no es recomendable compartir estos objetos. Últimamente hubo preocupación sobre el reparto de afeitadoras eléctricas en un hospital de veteranos. Un estudio en la revista *Hepatology* mostró que el 19% de los veteranos examinados en un hospital VA (de veteranos) en San Francisco estaban infectados con el VHC.

I.1.4d HEMODIÁLISIS

La infección con hepatitis C es común en las unidades de hemodiálisis, según un informe del Dr. Brian J.G. Pereira de la Universidad Tufts en la edición del 25 de enero, 1996 de *Family Practice News*.

El Dr. Pereira señala datos de ocho estudios que indican una tasa de infección del 16% en aproximadamente 2.500 pacientes de diálisis sin una historia de transfusión de sangre - una tasa "apreciablemente más alta" que la observada en la población general.

Los estudios recientes recomiendan pruebas regulares para VHB y VHC entre los pacientes de hemodiálisis. Aunque son raras, infecciones nuevas con la hepatitis viral fueron detectadas entre los pacientes con pruebas de ALT normales (Harvey S. Bartnof, MD, (www.hivandhepatitis.com, el 9 de julio 2000). Los informes a la Digestive Disease Week 2000 convocada en San Diego, California entre el 21-24 de mayo de 2000 revela que en un estudio de 51 pacientes con CRF (fallo renal crónico), 42 tenían una ALT normal y diez de ellos (24%) tenía VHC ARN detectable. Entre los nueve pacientes restantes con una ALT elevada, cinco de ellos (56%) tenía VHC ARN detectable.

I.1.5 MODOS DE TRANSMISIÓN ALTAMENTE ESPECULATIVOS

Los modos de transmisión siguientes se consideran altamente especulativos, o bien porque no se han hecho estudios, o porque los estudios no han producido resultados concluyentes, o porque hay alguna razón científica para creer que no sea un modo de transmisión, pero no existe un estudio concluyente para descartarlo.

I.1.5a LÁGRIMAS, SALIVA, ORINA Y OTRAS SECRECIONES CORPORALES

Las secreciones corporales de 14 pacientes con hepatitis C crónica fueron analizadas para la presencia de ARN de hepatitis C viral usando la PCR (reacción en cadena de la polimerasa). El genoma viral de la hepatitis C no se detectó en ninguna muestra de saliva ni esperma, aunque sí se encontraron los anticuerpos del virus. (*J Med Virol* 1998 May;55(1):24-27) Estos hallazgos sugieren que las secreciones corporales de pacientes con hepatitis C crónica sólo raras veces, o nunca, están contaminadas con el virus de hepatitis C. Otro estudio (*J Med Virol* 1998 Apr;54(4):271-275) sin embargo, reveló la presencia del propio virus, y llevó a los científicos a preguntarse si podría vivir el virus en las mismas glándulas

salivales ("Predominance of HCV type 2a in saliva from intravenous drug users". University of Glasgow Dental School, Scotland).

Un estudio muy reciente en Francia descubrió la presencia del VHC ARN en el semen de los hombres infectados con VHC. Los investigadores tuvieron que inventar una prueba especial para detectar el virus. Las pruebas de PCR ordinarias no son suficientes para descubrir la cantidad pequeña de partículas del VHC en el semen. Los doctores advierten que, aunque el riesgo de transmisión es bajo porque la carga viral en el semen es baja, el riesgo de transmisión sexual de los hombres a las mujeres, no obstante, es posible. (Lancet 356: 9223:42-43, julio 2000).

Estudios previos han dado resultados conflictivos sobre la presencia del ARN del virus de hepatitis C en la saliva. En este estudio, 23 (67%) de 37 pacientes mostraron resultados positivos por ARN del virus de hepatitis C en la saliva, usando la reacción en cadena de la polimerasa. Una proporción ligeramente mayor tuvieron un origen esporádico, más que parenteral, de la hepatitis C crónica. Estos resultados nos dan una base biológica para que la saliva sea una fuente posible de la infección con el virus de hepatitis C, pero no necesariamente implican transmisión por esta ruta. - "Detection of VHC-RNA in saliva of patients with chronic hepatitis C", P. Couzigou, L. Richard, F. Dumas, L. Shouler & H. Fleury, Gue 34: S59-60 (1993)

Concluimos que el ARN del VHC está presente en la saliva de aproximadamente la mitad de pacientes con hepatitis aguda y crónica, y la presencia del ARN del VHC correlaciona con la viremia de VHC. La eficacia de transmisión de VHC es baja entre cónyuges. - "Hepatitis C virus ARN in saliva of patients with posttransfusion hepatitis and low efficiency of transmission among spouses", J. T. Wang, T. H. Wang, J. C. Sheu, J. T. Lin & D. S. Chen, Department of Internal Medicine, National Taiwan Universtiy Hospital, Taipei, Republic of China.

Para el 20 a 40% de pacientes crónicamente infectados con el virus de hepatitis C (VHC), el modo de transmisión es todavía desconocido. Demostramos que las lágrimas contienen material que transporta ARN del VHC con las propiedades del virus infeccioso, y concluimos que la infección por medio de una mancha con lágrimas puede jugar un papel en la transmisión con VHC. - "Tear fluid of hepatitis C virus carriers could be infectious", H. H. Feucht, B. Zollner, M. Schroter, H. Altrogge & R. Laufs, J Clin Microbiol 33: 2202-2203 (1995)

I.1.5b RASGUÑOS DE LOS GATOS

No se sabe si el virus de la hepatitis C puede transmitirse vía las garras del gato en el caso que el animal arañe a una persona e inmediatamente arañe a otra.

I.1.5c LOS MOSQUITOS

Los investigadores han determinado que el virus de la hepatitis C no se transmite por medio de los mosquitos. No hay evidencia epidemiológica o física sobre que el mosquito sea portador y los experimentos para ver cualquier reproducción del VHC en las células del mosquito han fracasado.

Hay dos maneras en que los mosquitos pueden transmitir las enfermedades a los humanos.

Hay "transmisión mecánica," en la cual una cantidad pequeña de sangre puede estar presente sobre el probóscide (tubo succionador) del mosquito. Este tipo de transmisión no ocurre con las enfermedades serias humanas tales como el VHC, VHB o VIH.

La segunda manera en que los mosquitos transmiten enfermedades se llama la "transmisión biológica". Los estudios muestran que los mosquitos pueden tragar los virus en su medio intestinal, pero una vez allí, el virus muere y es digerido de la misma manera que nosotros digerimos la comida descomponiéndola usando ácidos.

I.1.5d PROCEDIMIENTOS MÉDICOS ALTERNATIVOS

Los procedimientos médicos alternativos que incluyen prácticas invasivas, particularmente aquellos que tienen lugar fuera de centros médicos, (como la acupuntura por ejemplo), o el enriquecimiento con ozono de la sangre autóloga, pueden transmitir el virus de la hepatitis C. (Referencia: Transmission of Hepatitis C by Ozone Enrichment of Autologous Blood," Lancet, 1996;347:541).

Un análisis transversal de seropositividad para la hepatitis C en Japón encontró un mayor riesgo de hepatitis asociado con la acupuntura (BMJ 2000;320:513, 19 febrero).

I.1.5e TRANSMISIÓN EN EL HOGAR

La transmisión de la hepatitis C en el hogar es rara. Puede ocurrir cuando se produce contacto de sangre con sangre. Esto podría implicar que la sangre de una persona infectada entre en contacto con una herida abierta de alguien, o en un grado inferior, el compartir las hojas de afeitar, los cepillos de dientes y otros accesorios de higiene personal cortantes. Es recomendable limpiar los derramamientos de la sangre con toallas de papel e hipoclorito de sodio (conocido como cloro casero, lejía o lavandina) y guardar las maquinillas de afeitar y los cepillos de dientes aparte de los que pertenecen a otros miembros de la familia. Limpiar una superficie con alcohol isopropílico y dejarla secarse al aire libre también matará al virus. (Vea I.1.6c Limpiando la Sangre)

Uno no puede pasar el virus a otro con abrazar, tocar, estornudar, toser, o compartir los alimentos, platos o baños.

I.1.5f CAUSAS DESCONOCIDAS

Un porcentaje de individuos infectados del VHC no pertenece a ninguno de los grupos de riesgo reconocido hasta el momento. Se piensa que algunos de esos casos pudieron haber estado expuestos por el uso de drogas inyectadas o por compartir utensilios para la cocaína años atrás y que no se acuerdan o no están dispuestos a declararlo. Es también posible que muchas personas fueron infectadas a principios de los años '50 durante programas de la vacunación masiva en escuelas y campos. También, los programas para los pobres utilizaron a menudo medidas de reducción de gastos que incluyeron el reciclaje de los dispositivos médicos (jeringuillas, agujas) que deberían haber sido tirados a la basura. Además, los productos de la sangre se han utilizado en la fabricación de muchas vacunas y en los años '50 y '60, estos productos no fueron examinados para el VHC.

I.1.5g ¿EL VHC ES ALGO COMO EL VIH?

Ambos, el VIH y el VHC son virus del ARN. Es decir, los dos usan ARN para portar su código genético en vez de usar DNA como algunos virus. El VHC es más parecido a VIH que algunas otras formas de hepatitis, pero pertenecen a dos familias totalmente distintas. Tienen estrategias totalmente diferentes para la replicación y para la supervivencia.

El VIH es un retrovirus, y una vez que el virus está dentro de una célula humana se copia al ADN, emigra al núcleo de la célula y se integra en el genoma del anfitrión y después se replica cada vez que la célula copia su propio ADN. Retro significa que el virus cambia de nuevo a un virus del ADN una vez que está dentro de la célula. Otros retrovirus son los virus de HTLV así como algunos tipos de leucemia.

VHC es un flavivirus. Está relacionado con los virus de la fiebre amarilla y del dengue. Se replica produciendo filamentos positivos y negativos del ARN y no hace el ADN ni se integra en el genoma del anfitrión.

Hay muchas otras diferencias entre las estructuras y las envolturas de los dos virus, pero el punto principal es que el VIH y el VHC NO son para nada parecidos - excepto en que ambos confunden completamente al sistema inmune y en que no se conoce curación. (Véase "El peligro doble: El manual de la co-infección con VIH/VHC", que hemos añadido a la versión impresa de estas FAQ). Vea también el apéndice F: "El desafío doble de la co-infección con VIH/VHC".

I.1.6 PREVENCIÓN

Prevención: Evitar riesgos. Al parecer la vacunas de gammaglobulina (que se supone ya son seguras) no funcionan después de un pinchazo accidental con una aguja. No existen vacunas para el VHC. Desde el inicio de las pruebas de VHC en los suministros de sangre, el riesgo de ser infectados con el virus por transfusión ha disminuido del 10% (1970) a menos del 1%-"Prevention, Diagnosis, and Management of Viral Hepatitis", AMA

I.1.6a ¿CUÁNDO Y POR CUÁNTO TIEMPO SE CONTAGIA?

Entre el ochenta y cinco y el noventa por ciento de todos los portadores del VHC quedarán infectados de por vida, o hasta que se encuentre una cura. Todos los portadores del VHC pueden transmitir la enfermedad a otros vía su sangre. La enfermedad puede aparecer en forma aguda, seguida después por una recuperación, pero en la mayoría de los casos se vuelve crónica y causa síntomas durante años.

I.1.6b ¿CÓMO SE PUEDE EVITAR EL CONTAGIO DEL VHC?

Las personas infectadas con el virus de la hepatitis C deberían estar conscientes de que su sangre y, tal vez, otros fluidos corporales podrían ser potencialmente infecciosos, aún cuando la persona infectada no tenga síntomas. Se deben tomar todas las precauciones para evitar que la sangre infectada no entre en contacto con la sangre de otras personas. Por eso es muy importante no compartir cepillos de dientes, rasuradoras, cortaúñas, etc. Las personas infectadas no deben donar sangre, plasma, ni semen, y deberían informar a sus dentistas y doctores para que tomen las medidas necesarias.

I.1.6c LIMPIANDO LA SANGRE

Una concentración de hipoclorito de sodio (conocido como cloro casero, lejía o lavandina) al 10% (remojar durante 30 minutos) debe usarse sobre todas las superficies contaminadas. No hay prueba que esto MATA todo, pero usted no puede meter al mundo en una autoclave. Hay también desinfectantes químicos que contienen fenoles y otros ingredientes muy caros, pero para el uso en el hogar, el cloro es lo mejor que tenemos. El cloro puede ser MUY MUY corrosivo en algunas superficies... así que tenga cuidado.

La compañía Pure H2O Bio-Technologies Inc. está trabajando actualmente sobre un nuevo líquido contra los gérmenes que mata bacterias y algunos virus, incluso el de la hepatitis C.

Tomado de hepc.bull Dec 1999, Issue 18.

“LOS DERRAMIENTOS DE SANGRE: ¿UD. SABE CÓMO LIMPIAR CORRECTAMENTE UN DERRAMAMIENTO DE SANGRE O FLUIDO CORPORAL? ESTE ARTICULO LE ENSEÑARA CÓMO.” Por Mark Bigham, MD, FRCPC, British Columbia Centre for Disease Control

El virus de la hepatitis C (VHC) se transmite principalmente por el contacto con la sangre contaminada con VHC. La infección con VHC generalmente no se asocia con el contacto con otros fluidos del cuerpo, como la saliva, orina, excrementos o vómito, pero si la sangre contaminada con VHC está presente en

éstos u otros fluidos del cuerpo, entonces el riesgo de infección será mayor. Por consiguiente, es importante tratar como potencialmente infeccioso cualquier contaminación medioambiental de sangre o fluido del cuerpo. Los principios simples de limpiar y desinfectar, eficaces contra VHC, también son muy eficaces contra otros micro-organismos.

Los virus sólo pueden reproducirse dentro de las células y el VHC no sobrevivirá por mucho tiempo fuera del cuerpo humano –normalmente no más de unas horas. La supervivencia de VHC en el ambiente está limitada por factores tales como la baja temperatura y la sequedad. El VHC también se mata fácilmente por los productos de la casa normales, como hipoclorito de sodio (cloro casero, lejía o lavandina) al 5%, de uso doméstico, o alcohol isopropílico al 70%.

Si tú encuentras un derramamiento de sangre o fluido del cuerpo, el principio más importante para controlar la infección es evitar el contacto directo. Esto se logra fácil y eficazmente usando guantes de goma—de preferencia descartables, de vinilo, o simplemente los guantes de goma caseros. La basura, como los vidrios rotos, debe recogerse primero. Intenta no manipular los vidrios rotos que podrían romper los guantes. Pueden usarse los pedazos de un cartón duro o un periódico doblado para recoger el vidrio. Al desechar el vidrio roto, envuélvelo en un periódico antes de tirarlo en la bolsa de basura, para proteger a los basureros municipales de cortarse al manejar la bolsa.

Luego, limpia la sangre visible o fluido del cuerpo con agua corriente y toallas de papel. El agua diluirá el derramamiento, reduciendo la posibilidad de infección, y facilitará la limpieza. Limpiando el derramamiento visible también quitará la materia orgánica que pueda reducir la efectividad de los desinfectantes. La toalla de papel usada puede ponerse en una bolsa plástica (usa dos bolsas si las toallas están muy mojadas y gotean) y desechar en la basura normal de la casa.

Un desinfectante debe usarse entonces. El cloro común de uso doméstico al 5,25% (hipoclorito de sodio, también conocido como lejía o lavandina) es un desinfectante ideal—es barato; tiene baja toxicidad y normalmente no irrita la piel; trabaja con rapidez; y no sólo es muy eficaz contra VHC, sino también contra otros virus portados por la sangre (por ejemplo, VIH, virus de hepatitis B), bacterias y hongos. Puede diluirse con el agua para hacer una solución de cloro de 1:10 a 1:100. La solución diluida debe prepararse en el momento, porque el cloro degrada con el tiempo cuando está expuesto al aire o la luz. Puede aplicarse a la superficie con una toalla y dejarse secar al aire, o verter sobre el área afectada y entonces limpiar con toallas del papel desechables después de 10 minutos. Un desinfectante eficaz alternativo para el uso en las telas de colores o los tejidos es alcohol isopropílico al 70%, sin diluir, aplicado de la misma manera como fue descrito para el cloro.

Luego te puedes quitar los guantes con cuidado y tirarlos en la basura normal de la casa, junto con las toallas de papel usadas. Los guantes no desechables se pueden enjuagar en agua y sumergirse en el desinfectante o puede limpiarse con él, y dejar que se sequen al aire. Finalmente, no te olvides de lavar tus manos.

I.1.6d QUÉ HACER EN CASO DE ACCIDENTE CON UNA AGUJA INFECTADA?

Porque no hay ningún anticuerpo neutralizante eficaz ni vacuna por prevenir la transmisión con el virus de hepatitis C (VHC), el VHC puede transmitirse a (trabajadores sanitarios) profesionales de la salud a través de pinchazos accidentales con agujas. En un estudio reportado en la revista *Clinical Infectious Diseases*, después del comienzo clínico de hepatitis aguda, se trataron a dos trabajadores (sanitarios) del área de la salud, que habían sufrido pinchazos accidentales, con interferón (la dosis total, semejante a 300 megaunidades). Ninguno de los individuos desarrolló hepatitis crónica. Este hallazgo sugiere la posibilidad de que el tratamiento con interferón en dosis bajas después de un pinchazo accidental pueda ser beneficioso, incluso cuando se empieza después del comienzo clínico de la hepatitis. - “Early Therapy with Interferon for Acute Hepatitis C Acquired Through a Needlestick.” *Clinical Infectious Diseases*, Mayo 1997;24(5):992-994.

Otro estudio más reciente mostró una respuesta del 100% sostenida por 2 años con la monoterapia con interferón alpha para la hepatitis C aguda. En un estudio pequeño con siete pacientes, tratamiento con dosis alta durante un año (5 millones diariamente por 12 semanas, seguido 3 MIU 3 veces semanalmente

durante 40 semanas. Esto representa una dosis de interferón alpha total de 780 MIU). El resultado fue que todos los siete pacientes con la infección de VHC aguda tratados (100%) obtuvieron una respuesta virológica sostenida dos años después de completar la terapia. Por contraste, sólo dos de diez (20%) de aquéllos con la hepatitis crónica en el grupo de control del estudio lograron una respuesta virológica sostenida. La diferencia fue estadísticamente significativa (Digestive Disease Week 2000).

Un trabajador de la salud fue tratado exitosamente con terapia a corto plazo de IFN alpha más ribavirina por 3 meses. (Acta Gastroenterol Belg. 2005 Jan-Mar;68(1):104-6.)

I.1.7 ¿A QUIÉN LE DEBO CONTAR?

Si tú tienes hepatitis C, no tienes ninguna obligación legal de decírselo a otros. Sin embargo, la ley puede cambiar. Por ahora, depende de tí decidir si quieres contarle sobre tu infección con hepatitis C a alguien o no. Algunas personas, (y desgraciadamente algunos trabajadores profesionales en el campo de la salud, también) pueden tener actitudes críticas o miedos innecesariamente exagerados de infectarse. Las personas deben considerar cuidadosamente a quienes informan, a la luz de una posible discriminación. Cómo las personas han contraído el virus no importa. Aquéllos que tienen el virus de la hepatitis C están protegidos por las leyes antidiscriminatorias.

En recientes casos donde los pacientes han sido infectados por médicos se ha planteado el asunto ético de si a los médicos infectados debe prohibírseles el hacer procedimientos invasivos. Hasta ahora nada se ha hecho a este respecto (Milbank Q 1999;77(4):511-29) Infected physicians and invasive procedures: national policy and legal reality; Rev Med Virol 2000 Mar;10(2):75-78 Surgeons who test positive for hepatitis C should be transferred to low risk duties). Los cirujanos infectados con la hepatitis C en Alemania están permitidos hacer cirugía con la aprobación de un comité de expertos que toma en cuenta la situación individual, tal como el cargo viral. (Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2004 Apr;47(4):369-78.)

I.1.8 ¿SE PUEDE CONTRAER LA HEPATITIS MÁS DE UNA VEZ?

Una vez que te recuperas totalmente de una hepatitis A o B, no la puedes contraer nuevamente, aunque en algunas personas la condición se vuelve crónica y puede durar toda la vida. Sin embargo, como existen por lo menos cinco virus diferentes que causan la hepatitis, podrías contraer una de las otras (pero no la D si eres inmune a la B). Estar infectado con B y C al mismo tiempo podría causar un caso mucho más severo y peligroso de hepatitis. Una persona que se ha recuperado de hepatitis viral podría también desarrollar hepatitis nuevamente debido a otras causas, como por alcohol y drogas.

Si tú has tenido hepatitis C y has erradicado el virus, sí puedes infectarte de nuevo, o te puedes infectar con mas que un genotipo. Debido a que hay muchos genotipos diferentes de hepatitis C y porque el virus sufre mutaciones muy rápidas, la inmunidad natural no se desarrolla. Estudios con chimpancés han indicado que después de la resolución de una infección de hepatitis aguda, el exponerles nuevamente con la misma cepa de VHC causa una reinfección.

PARTE II: ASUNTOS MEDICOS

II.0.1 ¿CÓMO PUEDO ENCONTRAR BUEN TRATAMIENTO MÉDICO PARA LA HEPATITIS?

Es muy importante encontrar un médico que esté familiarizado con esta enfermedad. Los síntomas de la hepatitis pueden ser confundidos por otras enfermedades (enfermedades autoinmunes, cáncer, síndrome de fatiga crónica, lupus, artritis, etc.), y si de hecho tienes otra enfermedad que no es diagnosticada apropiadamente, podrías salir perdiendo al adquirir tratamientos que podrían ser efectivos para tí.

Aún es bastante costoso encontrar doctores con experiencia en el diagnóstico y tratamiento de la hepatitis C. Los hepatólogos se especializan en enfermedades del hígado, y serían tu mejor elección de entre los médicos, seguido de los gastroenterólogos (especialistas en enfermedades digestivas) o los especialistas en enfermedades infecciosas. Si hay un grupo de apoyo de la hepatitis en los alrededores, ellos serían una excelente fuente de consejo en la búsqueda de doctores locales que estén familiarizados con la hepatitis, o puedes contactar con la American Liver Foundation (ALF), el proyecto HEP de Seattle, el Hepatitis C Support Project de San Francisco, HepCBC en Victoria, British Columbia o con multitud de organizaciones de hepatitis c para obtener un listado de los doctores más cercanos. Si no hay doctores con conocimiento en hepatitis en tu área y tú deseas encontrar un especialista, contacta con la organización más cercana para obtener ayuda. Para obtener un listado de organizaciones de hepatitis C de tu área consulta la Parte XII de las FAQ.

Si tu doctor es afín, receptivo pero sin conocimientos, podrías recopilar algunos artículos médicos sobre la hepatitis y sus tratamientos y animarle a que se los estudie. O simplemente dale una copia a él o ella de las FAQ.

Consulte el apéndice D para obtener una lista de Hepatólogos y Gastroenterólogos de Canadá.

II.0.2 LOS GASTROENTERÓLOGOS Y LOS HEPATÓLOGOS

Un Hepatólogo se especializa en el tratamiento de las enfermedades del hígado. Un gastroenterólogo se encarga de los intestinos esencialmente. Yo recomiendo buscar un hepatólogo, ya que es más probable que ellos tengan la última información concerniente a la hepatitis C. Desgraciadamente los hepatólogos, especialmente en Canadá, son pocos y distantes entre ellos.

II.1.0 ¿CÓMO SE DIAGNOSTICA?

Hay tres pruebas principales para diagnosticar el VHC:

- 1) La prueba EIA-3 detecta los anticuerpos del virus.
- 2) La prueba RIBA confirma la presencia de anticuerpos del VHC.
- 3) La prueba PCR o TMA mide la cantidad de virus circulando en la corriente sanguínea de la persona.

Aunque las más recientes pruebas para diagnosticar el virus son más confiables que antes, aun se presentan resultados positivos falsos, por lo tanto es necesario realizar otras pruebas para confirmar los resultados. La reciente técnica conocida como TMA puede ya estar disponible en su localidad, y muestra que la mayoría de los pacientes con HCV crónica arrojan resultados positivos. Las pruebas de funcionamiento hepáticos anormales (LFTs) sugieren enfermedad crónica, pero no hay correlación entre el nivel que dan las pruebas de funcionamiento del hígado y la severidad de la enfermedad. Muchos médicos todavía asumen que las personas con bajas LFTs no tienen enfermedad seria (especialmente los médicos de familia, o sea, no especialistas), y esto ha llevado a serias complicaciones e incluso a la muerte por diagnóstico incorrecto. Estudios muestran que pruebas de los niveles de elevación de las enzimas no son diagnóstico exactos para detectar la hepatitis C (Digestive Disease Week 2000).

Antes del año 1990 los doctores solo podían diagnosticar el VHC descartando otras posibilidades, por lo tanto el nombre del virus de la hepatitis C era llamado “no hepatitis A, no hepatitis B”.

Los anticuerpos de hepatitis C pueden no manifestarse entre los 2 y 6 meses después de adquirida la infección, por lo tanto no todos los pacientes que visitan al doctor con una posible infección de hepatitis

C pueden ser diagnosticados inmediatamente con análisis de sangre. El diagnóstico debe excluir otras causas posibles como VHA, VHB, citomegalovirus, infección del virus de Epstein-Barr, además de problemas no virales del hígado, hígado graso o enfermedades relacionadas con el alcohol o las drogas.

Es importante realizar pruebas periódicas de sangre con el fin de determinar si la enfermedad se ha vuelto crónica. Los análisis de sangre para detectar anticuerpos se repiten generalmente de tres a seis meses después del diagnóstico original.

II.1.1 LAS PRUEBAS DE ANTICUERPOS

Las pruebas de anticuerpos indican si el cuerpo ha sido expuesto al virus y si ha producido anticuerpos para combatirlo. Estas pruebas no determinan si la persona tiene el virus, ni por cuánto tiempo ha estado infectada con el virus de la hepatitis C. La prueba de anticuerpos es el método más común para diagnosticar la hepatitis C, sin embargo la prueba puede arrojar resultados falsos positivos, por lo tanto se hace necesario confirmar la presencia del virus de la hepatitis C en la sangre usando la prueba PCR.

II.1.2 ¿QUÉ ES UNA PCR?

La prueba de Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR) salió al mercado a finales de 1994. Estas pruebas detectan la presencia del virus. La información conseguida del VHC PCR puede ser útil para interpretar resultados poco claros de la prueba de anticuerpos. El VHC PCR no muestra desde cuando una persona ha sido infectada.

Básicamente, una muestra de sangre se divide y ciertas partes se usan como “alimento” para la bacteria *E. coli*, las cuales crecen rápidamente. Cuando hay un número suficiente de ellas, se colocan en el “bacteria-mático”. Luego la muestra es separada y lo que queda se pasa por rayos-X produciendo esa hojita bonita de líneas que se ven en los shows de policías y ladrones y el juicio de OJ Simpson.

En el resultado se observan dos partes: un lado es el grupo control, el cual es el conocido como HCV; el otro lado es organismo. Si los dos son idénticos la persona tiene el virus.

II.1.2a ¿QUÉ ES UN GENOTIPO?

Un genotipo es la “familia” a la que pertenece nuestro virus específico. Nuestro genotipo no cambia, pero nosotros podemos ser reinfectados con un genotipo diferente. Los genotipos más comunes son los siguientes: 1^a, 1b, 1c, 2^a, 2b, 2c, 3^a, 3b, 4 y 5. El genotipo 3^a tiene la respuesta más alta al interferón. Las personas con este genotipo generalmente son jóvenes y usualmente consumidoras de drogas. Los pacientes con genotipo 1 necesitan un tratamiento mas largo para que respondan positivamente al medicamento.

II.1.3 ¿PODRÍA SALIR EQUIVOCADA UNA PRUEBA?

Las pruebas de anticuerpos son normalmente positivas o negativas, pero a veces pueden no ser claras. Las pruebas que resultan positivas se rehacen para confirmar que están bien. Los resultados que no son claros se repiten y si no se clarifican, se realizan diferentes tipos de análisis de sangre. Si tú tienes un resultado positivo en una prueba y no hay riesgo (por ejemplo, transfusiones de sangre o consumo de drogas) es una

buen idea asegurarte que tu doctor comprueba que el laboratorio de los análisis de sangre chequea doblemente usando pruebas confirmatorias.

II.2.0 LA BIOPSIA

Los pacientes con hepatitis crónica a menudo no experimentan síntomas. Por otro lado, otros se quejan de excesiva fatiga, debilidad, y una capacidad reducida para el ejercicio.

Aunque se puede producir daño en el hígado aún en casos asintomáticos (pacientes sin molestias), es importante llevar a cabo una biopsia y determinar si se está produciendo daño en el hígado. Según avanza la hepatitis, el daño a las células hepáticas puede afectar las funciones del hígado. La biopsia del hígado indica el grado de necrosis celular (muerte celular), inflamación (infiltración celular e hinchazón), y fibrosis (tejido cicatrizado comenzando a reemplazar las células hepáticas en funcionamiento). - “Understanding Chronic Hepatitis” - Schering - 10/92 INH-001/17098403

II.2.0a ¿QUÉ ES UNA BIOPSIA DEL HÍGADO?

Una biopsia hepática es un procedimiento diagnóstico utilizado para obtener una pequeña porción de tejido hepático, que puede examinarse bajo el microscopio para ayudar a identificar la causa o la etapa de la enfermedad hepática.

La forma más común de obtener una muestra de hígado es insertando una aguja en el hígado durante una fracción de segundo. Esto puede hacerse en el hospital con anestesia local, y el paciente puede ser enviado a casa en unas 3 a 6 horas si no hay complicaciones.

El médico determina la mejor zona, profundidad, y ángulo de la punción de la aguja a través de examen físico o ultrasonido. La piel y el área bajo la piel son anestesiados y una aguja se pasa rápidamente de fuera a dentro del hígado. Aproximadamente la mitad de los individuos no tienen dolor posteriormente, mientras que la otra mitad experimenta un pequeño dolor momentáneo localizado, que puede extenderse al hombro derecho.

Algunas personas, sin embargo, han tenido que ser hospitalizadas después debido a un fuerte dolor, shock o punción de algún otro órgano. Muchos pacientes han comentado que tomando un “Ativan” (lorazepam, o Orfidal, Reposepam, Emotival, Aplacasse, Sidenar, Sedatival, Kalmalin, etc.) antes de la punción les ayudaba a reducir el dolor, ya que esta medicina relaja los músculos internos y previene espasmos.

Los pacientes son monitorizados durante varias horas después de la biopsia para asegurarse que no se ha producido ninguna hemorragia seria. Algunos pacientes ocasionalmente tiene un repentino descenso en la presión sanguínea después de la biopsia causado por un reflejo “vagal” y no por pérdida de sangre; esto es causado por irritación repentina de la membrana peritoneal. Las características que distinguen este evento de una pérdida sanguínea son: 1) pulso bajo en lugar de rápido, 2) sudoración, 3) náusea.

II.2.0b ¿CUÁLES SON LOS PELIGROS DE UNA BIOPSIA HEPÁTICA?

El riesgo de una biopsia hepática es mínimo. El primer riesgo es por hemorragia debido a la penetración de la aguja en el hígado, aunque esto ocurre en menos del 1% de los pacientes. Otras posibles complicaciones incluyen la punción de otros órganos, como el riñón, pulmón o colon.

La Biopsia, por error, de la vesícula más que la del hígado se asocia con pérdida de bilis hacia la cavidad abdominal, causando peritonitis. Afortunadamente, el riesgo de muerte por una biopsia hepática es extremadamente bajo, variando del 0,01% al 0,1%.

Una biopsia no debería hacerse si:

- 1) Has tomado aspirina en los últimos 5-7 días,
- 2) La hemoglobina está por debajo de 9-10 gramos/dl,
- 3) Las plaquetas están por debajo 50.000-60.000, o
- 4) El tiempo de la protrombina INR está por encima 1.4.

Aquellos desórdenes sanguíneos tales como hemofilia pueden corregirse temporalmente con factores coagulantes de transfusión para que la biopsia sea segura. Puede ser que pueden hacerle al paciente una biopsia transjugular si tiene hemofilia.

II.2.0c ¿DOLERÁ?

La mayoría de los doctores no realizan biopsias percutáneas del hígado bajo anestesia. Esto se debe a que el hígado está justamente bajo el diafragma y se mueve cuando respiramos. Cuando la aguja es insertada a través de la pared de la piel y el cuerpo, el hígado no debe estar moviéndose o si no hay peligro de laceración (desgarro). Para evitar movimiento en el hígado, el paciente tiene que dejar de respirar momentáneamente. Los doctores prefieren que estés alerta y siguiendo instrucciones, pero si eres muy ansioso deberías pedir un sedante que te ayude a relajarte.

Las inyecciones de anestesia local y la punción en el hígado en sí misma pueden causar un pequeño dolor, pero es sólo durante un segundo y se termina muy rápidamente. Otras personas no sienten ningún tipo de dolor y no se dan cuenta de cuándo se ha terminado hasta que el doctor les dice que ya está.

Ocasionalmente podrá haber una molestia moderada después de la biopsia. Si sientes alguna molestia, el doctor generalmente te prescribirá un calmante suave. Puede ser que el dolor lo sentirás lejos del lugar de la biopsia, posiblemente en la boca del estómago o típicamente en el hombro derecho. Algunos doctores son realmente reacios a recetar calmantes a personas con hepatitis C. Por favor asegúrese de tener claro este punto con su doctor de antemano para evitar la incomodidad innecesaria.

El hígado en sí mismo no tiene fibras nerviosas de sensación de dolor, pero una pequeña cantidad de sangre en la cavidad abdominal o justo debajo del diafragma puede ser irritante y dolorosa. Muy ocasionalmente, pequeñas adherencias (tejido cicatrizado) pueden formarse en o cerca del lugar de la biopsia, y puede causar un dolor crónico que persiste cerca del área del hígado después de la biopsia.

II.2.1 ¿CRÓNICO PERSISTENTE Y CRÓNICO ACTIVO - CUÁL ES LA DIFERENCIA?

La hepatitis C se considera “crónica” si ha persistido durante más de 6 meses. El término “Crónico Persistente” se solía utilizar para definir hepatitis que persistían más de 6 meses, pero que no causaban daño activo al hígado. El término “Crónico Activo” se utilizaba para definir las hepatitis que persistían durante más de 6 meses y que destruían activamente el hígado. La distinción entre “persistente” y “activo” ya casi no se utiliza, con la presunción de que si el virus existe, está causando daño ya sea si se está moviendo rápidamente o no.

El 85% de los individuos infectados por VHC no consiguen quitarse el virus en seis meses y desarrollan hepatitis crónica con viremia persistente aunque a veces intermitente. Esta capacidad para producir hepatitis crónica es una de las características más llamativa de la infección por VHC. La mayoría de los pacientes con infección crónica tiene niveles de ALT anormales que fluctúan ampliamente.

Aproximadamente una tercera parte de los pacientes con infección crónica tienen niveles normales persistentes de ALT en sangre. Se pueden encontrar anticuerpos de VHC y RNA viral circulando en casi todos los pacientes con hepatitis VHC crónica.

VHC crónica es un proceso típicamente insidioso, progresando a velocidad lenta sin síntomas o señales físicas en la mayoría de pacientes durante las dos primeras décadas después de la infección.

Una pequeña proporción de pacientes con hepatitis VHC crónica - tal vez menos del 20% - desarrollan síntomas no específicos, incluyendo fatiga y malestar ligero intermitente. Los primeros síntomas aparecen en muchos pacientes con hepatitis VHC crónica al tiempo del desarrollo avanzado de la enfermedad hepática. Si por avanzado significa cirrosis, entonces este no es definitivamente el caso. Los síntomas pueden ocurrir bastante antes de que ocurra la cirrosis.

Aunque pacientes con infección VHC y niveles normales de ALT han sido referenciados como portadores “sanos” de VHC, las biopsias hepáticas pueden mostrar evidencia histológica de hepatitis crónica en muchos de esos pacientes. - National Institutes of Health Consensus Statment on Hepatitis C 1997.

Es por tanto posible tener niveles bajos de enzimas y poco o casi ningún síntoma y tener una enfermedad hepática peligrosamente avanzada. El problema en esta situación es que el portador no sabe que está enfermo y no modifica su comportamiento—consumo de alcohol, protección sexual, comidas grasas, etcétera.

II.2.2 ¿CUÁLES SON LOS PRINCIPALES SÍNTOMAS DE LA HEPATITIS C?

La hepatitis C aguda es casi indistinguible de la hepatitis B aguda. Los pacientes con hepatitis C aguda son frecuentemente asintomáticos (es decir, no tienen síntomas), incluso cuando los resultados de análisis hepáticos son anormales. “Hepatitis C & E: how much of a threat?” Special Issue: Emerging Infectious Disease, Brown, Edwin A., May 15 1994, v28, n9, p105(8).

Al poco tiempo de contraer la infección mucha gente tiene una enfermedad parecida a la gripe con fatiga, fiebre, dolores y malestar muscular, náusea y vómitos. Aproximadamente el 10% tiene ictericia (su piel se vuelve amarilla). Generalmente estos síntomas se resuelven y el paciente no padece síntomas de enfermedad hepática durante muchos años. Los síntomas pueden ocurrir entre las 2 semanas a 6 meses después de la exposición, aunque normalmente a los dos meses.

El rango de síntomas de la infección crónica va desde ningún síntoma, a una fatiga progresiva y falta de energía hasta la completa debilidad. Los efectos del virus varían ampliamente entre los individuos.

Los síntomas de la cirrosis incluyen fatiga progresiva, ictericia (piel amarilla), ictericia (ojos amarillos), orina oscura (del color de la coca-cola), hinchazón abdominal, pérdida muscular, picor, desorientación, confusión, pérdida de apetito, y facilidad para las magulladuras (moratones).

En una investigación informal sobre los síntomas de la hepatitis C, Scott Warren swarren@idir.net hizo un sondeo a 50 personas de la lista HEPV-L y obtuvo los siguientes resultados:

FATIGA, DEBILIDAD, CANSANCIO - 72%

DOLORES MUSCULARES Y ARTICULARES - 52%

PÉRDIDA DE MEMORIA, CONFUSIÓN MENTAL - 50%

PROBLEMAS DE PIEL, SEQUEDAD/PICOR/SARPULLIDO/GRANOS - 44%

DEPRESIÓN, ANSIEDAD, IRRITABILIDAD, ETC. - 44%

INDIGESTIÓN, NAUSEA, VOMITOS, GASES - 34%

TRASTORNOS DEL SUEÑO - 32%

DOLOR Y MOLESTIA EN EL ABDOMEN - 32%
ESCALOFRÍOS, SUDORES, ESTADOS DE FRÍO Y CALOR - 26%
PROBLEMAS DE OJOS O DE VISIÓN - 24%
SENSIBILIDAD AL FRÍO Y EL CALOR - 22%
SIN SÍNTOMAS - 20%
VÉRTIGO, MAREO, COORDINACIÓN - 18%
SINTOMAS GRIPALES - 18%
JAQUECAS - 18%
PROBLEMAS URINARIOS, HEDOR, COLORACIÓN - 16 %
FIEBRE - 16%
CICATRIZACIÓN Y RECUPERACIÓN LENTA - 14%
SUSCEPTIBILIDAD A LA ENFERMEDAD/GRIPE - 14%
AUMENTO DE PESO, RETENCIÓN DE AGUA - 10%
PROBLEMAS MENSTRUALES - 10%
PÉRDIDA DE PESO Y APETITO - 8%
HINCHAZÓN DEL ESTÓMAGO, PIERNAS O PIES - 8%
PROBLEMAS ORALES O DE BOCA IRRITADA - 8%
HEMORRAGIA EXCESIVA - 4%

II.2.2a FATIGA

El principal síntoma de las personas con hepatitis C es la fatiga crónica, variando desde simplemente sentirse fácilmente cansado al extremo de la fatiga debilitante. La fatiga no es a menudo reconocida como tal. Mucha gente padeciendo esta “fatiga” no tiene deseo de dormir porque se sienten cansados. Más bien, están sufriendo un nivel muy bajo de dolor muscular (que a menudo no reconocen) que simplemente cargan con él. Echar un sueñecito ayuda bastante. “Me llevó años darme cuenta de que esto era dolor. Cuando las enfermeras me solían decir que parecía cansado, yo no sabía lo que querían decir. No siempre quería irme a dormir. Ahora mucho de eso ha cambiado. A menudo me siento cansado con sueño y tengo que tomar una siesta.” (Squeekey).

Un estudio de Goh J, Coughlan B, Quinn J, O’Keane JC, Crowe J Department of Hepatology, Mater Misericordiae Hospital and University College Dublin, Irlanda encontró que la fatiga no se correlaciona con el grado de hepatitis o la presencia de desórdenes autoinmunes en la infección de la hepatitis C crónica. Los doctores concluyeron que el impacto funcional percibido por la fatiga en la calidad de vida es significativamente superior en pacientes con VHC crónica con genotipo 1b comparado con controles saludables. Sin embargo, no está relacionado con el grado de la hepatitis y no puede ser explicado sólo por la co-existencia con los desórdenes autoinmunes. Eur J Gastroenterol Hepatol 1999 aug; 11(8):833-8

II.2.2b DOLOR EN EL CUADRANTE SUPERIOR DERECHO (DOLOR EN EL COSTADO)

Aunque el hígado en sí no contiene terminaciones nerviosas, y no siente dolor, mucha gente con VHC experimenta dolor en el costado superior derecho de su cuerpo, justo por debajo de las costillas. Varía desde un dolor vago y una sensación de magulladura hasta un dolor punzante que es bastante distinto de los “dolores por gases”.

Hay quien piensa que es el “dolor propagado” por la hinchazón de la cápsula del hígado debido al proceso de la enfermedad. Este dolor puede también propagarse al hombro derecho o hacia la espalda entre los omóplatos.

II.2.2c PÉRDIDA DE LIBIDO

Muchos pacientes con hepatitis C se dan cuenta que han perdido interés en el sexo. Esto tiende a ser especialmente cierto en aquellos que están bajo el tratamiento con interferón. Esto no necesariamente está relacionado directamente con la hepatitis, sino más probablemente con el stress, malestar y agotamiento por la lucha contra una enfermedad crónica.

II.2.2d PALMAS ROJAS

Padecer palmas rojas puede ocurrir en cualquier enfermedad hepática crónica y no está causado específicamente por el virus. La causa de la rojez es desconocida, pero se especula que podría estar involucrado algún desarreglo en el metabolismo hormonal o cambios microcirculatorios.

II.2.2e NAUSEA

Algunas de las ayudas más populares frente a las nauseas son masticar jengibre escarchado, colocar una gota de aceite de menta en la punta de la lengua, hacer comidas menos copiosas pero más frecuentes, galletas secas con té aguado, y helados de palito (“paletas” o “polos” de agua de frutas congelada). Algunas veces la nausea se debe a molestias en el oído interno, en cuyo caso tu doctor estará capacitado para prescribirte tratamiento. Muchas personas en la lista han desarrollado enfermedad autoinmune en el oído interno como complicación de la hepatitis C.

II.2.2f LA ENCEFALOPATÍA (NIEBLA/TURBACIÓN MENTAL)

Esto alude a la turbación y olvido que experimentan algunas personas. No es como la encefalopatía, y parece ocurrir en todos los estados de la enfermedad. Algunas personas encuentran que tomando la Coenzima Q10, también conocida como CoQ10, ayuda (2 cápsulas de 30 mg por día). Otro miembro de la lista recomienda tomar Gingko Biloba.

II.2.2g COMEZÓN, PICOR

La acumulación de bilirrubina en la piel puede causar comezón.

El picor se puede tratar con antihistamínicos, o colestiramina (que fija la bilis en el intestino). Actigall (ácido ursodeoxicólico o Urso, Ursochol, Ursodiol) y Questran (colestiramina o Cholybar) son dos medicamentos recomendados para ayudar con este problema.

Recientemente muchos de nuestros miembros han comenzado a usar “bag balm,” (sulfato de hidroxiquinolina al 0.3% en base de lanolina y petrolato) un ungüento antibacterial usado para las ubres de las vacas. Aparentemente es efectivo y no dañino. Se puede obtener en cualquier almacén de suministros para granja o almacén ecuestre, y a veces en las mejores farmacias.

II.2.2h PROBLEMAS DE VISIÓN

Algunos pacientes de hepatitis C se quejan de visión borrosa y sequedad en los ojos. Esto puede ser especialmente cierto bajo el tratamiento con interferón y puede provocar complicaciones en la retina, como hemorragias, desprendimiento del vítreo, exudado algodonoso (“cotton wool spots” o isquemia retiniana, que son pequeñas áreas chiquitas blancas sobre la retina), cataratas e incluso derrames (infartos). Asegúrate de revisar tus ojos antes de comenzar el tratamiento. Hay productos para

contrarrestar la sequedad en los ojos. Si estás en tratamiento, utiliza gafas de sol cuando estés al aire libre.

II.2.2i VÉRTIGOS/MAREOS

Algunas personas encuentran que llevar puestas “Bandas de Mar” les ayudan con sus mareos. Las Bandas de Mar son bandas elásticas que se compran normalmente en almacenes de material de deporte, los cuales presionan puntos de la muñeca. Están diseñados para los mareos en el mar.

Está aumentando la asociación entre la hepatitis C con un grupo de desórdenes autoinmunes. Algunos de estos desórdenes afectan al oído interno. El oído interno regula el equilibrio. Los síntomas de la enfermedad autoinmune del oído interno son vértigo, zumbido en los oídos (tinitus) y pérdida del oído.

II.2.2j BOCA SECA

Hay algunos productos (enjuague bucal ,pasta de dientes, etc) con el nombre de Biotene, que están diseñados para ayudar con este problema de boca seca y con los problemas de encías resultando por el uso de la medicación. Varios miembros de la lista han comentado gran alivio usando estos productos. Muchas veces las farmacias no tienen los productos, pero los pueden mandar a pedir.

II.3.0 ¡NO ESTÁ TODO EN TU CABEZA!

Algunos doctores (gracias a Dios que menos de los que solían ser) insisten en creer que el VHC usualmente no tiene síntomas, y desechan las quejas de sus pacientes diciendo que están “todas en su cabeza”.

Algunos pacientes VHC+ han sido tratados por depresión durante años antes de que se conociese su actual diagnóstico de VHC. Mucho sigue siendo desconocido sobre el virus de la hepatitis C, y muchos doctores no tienen experiencia tratándolo. Muchos doctores no están familiarizados con la investigación que legitima la variedad de síntomas asociados con el virus.

Con enfermedades emergentes como el VHC han de pasar varios años antes de que sean aceptadas por la comunidad médica, y durante este período intermedio los pacientes que tienen estos nuevos y no probados síntomas son a menudo tratados como “casos psiquiátricos” o desechados. Esto es lo que también ha demostrado la experiencia con la VHC.

II.3.1 ¿CÓMO EVOLUCIONA LA ENFERMEDAD?

Más del 59% de las personas infectadas con el VHC quedarán infectadas de por vida, y entre los que tienen genotipo 1b, esta cifra aumenta al 92%. Más de la mitad de esas personas desarrollarán cirrosis, fibrosis hepática, y más de 10.000 en los estados unidos morirán este año, dicho por los doctores reunidos en San Diego. Los últimos resultados son aleccionadores porque el 1,4 % de la población de U.S. está infectada con el virus - “Hepatitis C Chronic 75% of the Time”, USA Today, 05-15-1995

Aproximadamente el 85% de la población infectada con VHC desarrollará hepatitis crónica; en última instancia el 20-30% de estos progresarán a cirrosis (JAMA Vol. 284 No. 4, July 26, 2000). Otro 20-30% desarrollarán hepatitis VHC crónica sin elevaciones anormales de las enzimas hepáticas en la sangre. - “Prevention, Diagnosis, and Management of Viral Hepatitis”, AMA

La progresión de la enfermedad depende de varios factores: modo de transmisión (las víctimas de transfusión normalmente progresan más rápidamente), edad de transmisión (personas infectadas a una edad más avanzada progresan más rápidamente), sexo (en los hombres usualmente progresa más rápidamente que en las mujeres) y el consumo de alcohol, y la co-infección con otros virus como VHB, VHA or VIH.

II.4.0 ¿QUÉ OTROS PROBLEMAS MÉDICOS PUEDEN RELACIONARSE CON EL VHC?

La infección crónica de la hepatitis C causa problemas en zonas del cuerpo que están más allá del hígado. Entre los órganos más comúnmente afectados se incluyen los vasos sanguíneos, piel, articulaciones, riñones, tiroides, corazón y cerebro. Se ha encontrado el virus en el corazón, músculos, nervios y sistema linfático. Pueden surgir muchos problemas por la cirrosis, de por sí. Los problemas potenciales por cirrosis incluyen acumulación de fluido en el abdomen, hemorragia en el estómago, ictericia, confusión, baja coagulación sanguínea, coma, y susceptibilidad a infecciones.

Durante los últimos años muchas manifestaciones autoinmunes se han correlacionado con la infección VHC; como el síndrome de sicca (síndrome de sequedad ocular o síndrome del ojo seco), poliartritis crónica, polidermatomiositis, la fibromialgia, la tiroiditis autoinmune, la fibrosis pulmonar, y la diabetes mellitus. (Curr Opin Rheumatol Enero 2000; 12(1):53-60).

La Hepatitis tiene tantos síntomas que es fácil atribuirle todas las nuevas anomalías a esa enfermedad. Además los pacientes no están inmunes a otras enfermedades, por tanto es importante que controle su salud regularmente y consulte con su doctor los cambios a medida que progresan.

Enfermedad Hep C - Fuera del hígado

Por Paul Harvey

Considerando la posibilidad del impacto de la hepatitis C en nuestra salud, deberíamos primero cuestionarnos nuestra definición de buena salud. Unos médicos sugieren que la buena salud no es un estado específico tal como "ausencia de enfermedad". Creen que la buena salud es un enfoque global: aquella en la que se acomoda un cierto nivel de enfermedad como normal y hace que la gente trabaje positivamente para superar los problemas físicos y emocionales causados por la enfermedad (Long et al.) Esta aproximación es bastante útil teniendo en cuenta que la mayor parte de la gente desarrollará algún tipo de enfermedad crónica en su vida.

Nuestro complejo sistema biológico

Un tema adicional antes de examinar el posible impacto de la hepatitis C en la salud es considerar la naturaleza increíblemente compleja de nuestros cuerpos. Las tecnologías están cambiando constantemente nuestro mundo, sin embargo permanecen rudimentarias en comparación con la fantástica interacción entre los procesos eléctricos, químicos y biológicos que existen dentro de nosotros. Dado este nivel de complejas interacciones, no es inusual que una enfermedad que daña más perceptiblemente un órgano importante o un sistema corporal tendrá algún nivel de impacto en otras partes del cuerpo.

Enfermedad VHC extrahepática

Existen estudios que sugieren que la fatiga relacionada con la Hepatitis C no se debe principalmente a un daño actual en el hígado sino a desórdenes del sistema inmunológico (Eur J Gastro Hpt Agosto 1999; 11(8): 833-8) y (Am J Gastro Mayo 1999 94(5): 1355.60), o a una función de neurotransmisión (tejido cerebral) alterada (Lancet Julio 1999 31;354(9176:397).

El síntoma más común relacionado con la hepatitis C es la fatiga. Los doctores no han confirmado aún si la fatiga es una condición extrahepática (una enfermedad que afecte a otras partes del cuerpo distintas del hígado), o si está relacionada con un daño actual en el hígado (vea p16). Además de la fatiga y de posibles complicaciones por un daño actual en el hígado, la infección de hepatitis C tiene comparativamente poco impacto en el resto del cuerpo--aunque se han observado algunas condiciones. En el rango de otras condiciones de salud relacionadas con la hepatitis C, algunas han sido observadas y bien documentadas por médicos (ver abajo), mientras que muchas otras han sido percibidas en sólo un pequeño número de casos y podrían ser explicadas como mera coincidencia.

La publicación Hepatitis C: una guía para médicos generales (Aust Family Physician 1999;28 SI:27-31) ha listado recientemente un rango de condiciones extrahepáticas (abajo). Muchas de ellas son mostradas en The HepC Review, ED30, Septiembre del 2000, por el Dr. Bryan Speed (página 12), Dr. Tony Jones (página 16), Doug Mellors (pagina 29), Dr. Ed Gane (página 30) y Tina Pirola (página 34)

- Artralgia
- Crioglobulinemia
- Diabetes mellitus
- Glomerulonefritis
- Liquen plano
- Linfoma no Hodgkin
- Neuropatía periférica
- Porfiria cutánea tarda
- Síndrome de Sicca
- Trombocitopenia
- Desórdenes de tiroides
- Vasculitis

Resumen

La mayoría de la gente en nuestra cultura experimenta alguna enfermedad crónica en algún momento de su vida. Por eso aunque es maravilloso tener buena salud, es probablemente irracional esperar tener una salud perfecta. En un pequeño número de casos, la hepatitis C puede causar desequilibrio y enfermedad en varias partes del cuerpo- diferentes del hígado. Dada la complejidad de nuestros cuerpos, el hecho de que tales condiciones extrahepáticas VHC puedan ocurrir no debería ser visto como anormal. Estas “condiciones extrahepáticas” no son necesariamente serias si son diagnosticadas y tratadas apropiadamente; no deberían causar alarma si ocurren. Ciertamente, no justifican una ansiedad innecesaria.

Si alguien sospecha que está experimentando condiciones extrahepáticas, debería consultar a su médico clínico y si es necesario, pedir que le envíen al hepatólogo o a un especialista en hepatitis. Antes de hacer tal consulta, las personas deberían hacer un examen completo con su doctor, i.e., anotar la frecuencia de los posibles síntomas y tener ya hecho algún análisis de sangre relevante.

*Paul Harvey es Special Projects Officer (Oficial de Proyectos Especiales) en el Hepatitis C Council de NSW, Australia.

Fuente: The Hep C Review, Ed30, Septiembre 2000

II.4.0a CRIOGLOBULINEMIA

Entre una tercera parte y la mitad de la gente con hepatitis C crónica tiene crioglobulinemia. La crioglobulinemia es una condición donde los anticuerpos que están adosados al virus hepatitis C se solidifican con el frío. La hepatitis C es reconocida como la causa más común de crioglobulinemia mixta.

La mayoría de la gente con crioglobulinemia por la hepatitis C padecen la hepatitis por un largo período de tiempo o padecen cirrosis. Las personas con concentraciones altas de RNA hepatitis C en la sangre no parece que tengan un riesgo mayor de padecer crioglobulinemia. Normalmente las crioglobulinas están en baja concentración y no causan síntomas.

Aproximadamente el 20% de la gente con hepatitis C y crioglobulinemia padecen síntomas. La mayoría de los asociados con la crioglobulinemia incluyen fatiga leve, dolores articulares o picazón.

Ocasionalmente la gente con crioglobulinemia desarrolla vasculitis (inflamación de los vasos sanguíneos) que puede causar púrpura (lesiones púrpuras en la piel), fenómeno de Raynaud (las manos se vuelven blancas, luego azules, y luego rojas por contracción y posterior dilatación de los vasos sanguíneos), o manos y pies dormidos. La presencia de crioglobulinemia no afecta a la respuesta al interferón.

De hecho, algunas personas con vaculitis mejoran a medida que mejoran sus pruebas del hígado con el interferon.

II.4.0b PROBLEMAS AUTOINMUNES Y DE TIROIDES

La infección de la hepatitis C está también asociada con muchas enfermedades autoinmunes (el cuerpo desarrolla anticuerpos que le atacan a sí mismo). Por ejemplo, una décima parte de la gente con infección crónica de hepatitis C (más a menudo en las mujeres y en los ancianos) tiene anticuerpos de la glándula tiroidea, la mitad de los cuales podría desarrollar hipotiroidismo (una glándula tiroidea de baja actividad).

Adicionalmente, la terapia de interferón causa hipotiroidismo o hipertiroidismo (una glándula tiroidea de alta actividad) en un diez por ciento de los tratados.

Las personas con hipotiroidismo pueden sufrir fatiga, falta de memoria, debilidad, estreñimiento, aumento de peso, calambres musculares, intolerancia al frío, voz ronca, piel gruesa, pelo quebradizo. La gente con hipertiroidismo podría sufrir ansiedad, insomnio, debilidad, diarrea, pérdida de peso, intolerancia al calor, piel aterciopelada, y uñas quebradizas. El hipotiroidismo puede tratarse con píldoras de hormonas tiroideas.

El hipertiroidismo puede tratarse con píldoras que bloquean la síntesis de las hormonas tiroideas. Si la disfunción de la glándula tiroidea es por el tratamiento con interferon y se descubre a tiempo, la glándula tiroidea volverá a su estado normal al parar el tratamiento con el interferon.

II.4.0c SINTOMAS SIMILARES A LA ARTRITIS REUMATOIDE

La infección de la hepatitis C puede imitar a las manifestaciones de la artritis reumatoide. Los signos clínicos predominantes que se encuentran incluyen la tenosinovitis palmar: la sinovitis de las articulaciones pequeñas, y síndrome del túnel carpiano. Factores de riesgo tales como transfusiones y abuso de medicina IV o un historial hepático de ictericia deberían ser incluidos en el historial de la presente enfermedad de cualquier paciente con poliartritis aguda o crónica o un inexplicable FR (factor reumatoideo) positivo. En tales pacientes, deberían llevarse a cabo pruebas tales como gamaglutamil aminotransferasa, estudios serológicos sobre la hepatitis C, y otras pruebas relacionadas con

enfermedades crónicas del hígado.- Journal of Rheumatology, Junio 1996; 23(6): 979-983; Rev Med Chil Junio 1998; 126(6): 725-6.

II.4.0d FIBROMYALGIA

Fibromialgia es como se conoce al estado que típicamente incluye dolor muscular, fatiga y patrones anormales de sueño.

Hasta hace poco años, llamaban a tal estado fibrositis o reumatismo muscular y creían que casi todos los casos estaban “en la mente de los pacientes”. Hoy la fibromialgia es reconocida por organizaciones médicas como un problema serio y genuino.

Los síntomas típicos de la fibromialgia son dolor en varios músculos, y alrededor de ligamentos y tendones, fatiga persistente, despertarte sintiéndote fatigado incluso después de una noche completa de sueño, dolor de cabeza, situaciones de estreñimiento y diarrea, dolor abdominal, menstruaciones dolorosas, sensibilidad al frío, entumecimiento o hormigueo y cosquilleo y dificultad para hacer ejercicio.

Los síntomas varían mucho entre los diferentes pacientes y tienden a crecer y menguar a lo largo del tiempo. Una enfermedad, herida, el mal tiempo o el stress emocional pueden provocar episodios de fibromialgia o hacer que los síntomas empeoren.

Un estudio del Oregon Health Sciences University y Portland Adventist Hospital sugiere que la hepatitis C puede provocar fibromialgia (“Fibromialgia: A prominent feature in patients with musculoskeletal problems in chronic hepatitis C, A report of 12 patients,” de A. Barkhuizen, G.S. Schoepflin, y R.M. Bennet, Journal of Clinical Rheumatology, Vol. 2, No. 4, Agosto 1996). Este estudio es el primero que muestra un vínculo entre las dos enfermedades. Un estudio más reciente (Curr Opin Rheumatol 2000 Enero;12(1):53-60) sugiere que el VHC juega un papel causante en el desarrollo de la fibromialgia.

Se determinó que la relación entre la hepatitis C y la fibromialgia sigue tres patrones distintos:

En nueve pacientes, la fibromialgia se desarrolló después de un largo proceso de complicaciones con la hepatitis, aumentando en media después de 13,4 años de adquirir la enfermedad.

En dos pacientes, la fibromialgia apareció simultáneamente a la hepatitis C.

En un paciente, la fibromialgia que ya padecía empeoró con la hepatitis C.

Se desconoce por qué la hepatitis C y la fibromialgia están relacionadas, pero los autores sugieren que la hepatitis C causa una activación crónica del sistema inmunológico que lleva a dolor muscular, fatiga, cambios mentales, anormalidades en el sueño, y alteraciones en el sistema endocrino.

Los pacientes con ambas hepatitis C y fibromialgia se distinguen de aquellos que sólo padecen fibromialgia porque tienen síntomas inusuales en la fibromialgia. Estos síntomas incluyen sinovitis (inflamación de la membrana que rodea una articulación, bursa o tendón) y vasculitis (inflamación de las venas sanguíneas o linfáticas).

Además los resultados de laboratorio apuntaron a un proceso de la enfermedad distinto del de la fibromialgia.

II.4.0e MANIFESTACIONES DERMATOLÓGICAS

Los principales desórdenes dermatológicos de la infección VHC incluyen

(1) vasculitis (principalmente vasculitis asociada a la crioglobulina, la causa de ello es, en la mayoría de los casos, el VHC, y posiblemente, algunos casos de poliarteritis nodosa); (2) porfiria cutánea tarda esporádica; (3) liquen plano mucoso y/o cutáneo; y (4) lesiones en las glándulas salivares, caracterizado por capilaritis linfocítica, a veces asociado con la sialadenitis linfocítica semejante al síndrome de Sjögren.

Se han reconocido numerosos desórdenes extrahepáticos en relación con la infección por VHC de entre los que las enfermedades dermatológicas ocupan el lugar central. La vasculitis cutánea necrotizante, crioglobulinemia mixta, porfiria cutánea tarda y liquen plano son las principales enfermedades dermatológicas frecuentemente asociadas con la infección de VHC, sin embargo otros desórdenes en la piel también se relacionan con la hepatitis C, tales como síndrome de Adamantiadis-Behcet, eritema multiforme y nodoso, malacoplaquia, urticaria y prurito. Son necesarios estudios con detalle para establecer o refutar un papel etiopatogénico del VHC en estas condiciones. Las manifestaciones en la piel son también parte del cuadro clínico de otros desórdenes extrahepáticos asociados con la infección VHC, tales como disfunción tiroidea y trombocitopenia relacionada con el VHC. La respuesta de la piel a la terapia con interferon-alpha (alpha-IFN) es impredecible con algunos pacientes que mejoran, otros que permanecen estacionarios y otros que empeoran. J Eur Acad Dermatol Venereol 1998 Enero 1998; 10(1):12-21.

El virus de la Hepatitis C es la causa de, o está asociado con, varios desórdenes dermatológicos. En pacientes con tales desórdenes, se debe considerar la infección con VHC rutinariamente porque la terapia antiviral puede ser beneficiosa en algunos casos. - Arch Dermatol. 1995; 131:1185-1193.

II.4.0f PORFIRIA CUTANEA TARDA (PCT)

Las porfirinas son un grupo de compuestos que son principalmente sintetizados en la médula ósea. Juegan un papel importante en muchas reacciones químicas del cuerpo, e.g., con las proteínas para crear hemoglobina. Después son convertidas en pigmentos de bilis principalmente en el hígado. La porfirinuria (incremento de porfirinas en la orina) puede ser causada por enfermedades crónicas del hígado. La hepatitis C es la causa mayor de porfiria en el mundo y puede producir varios síntomas, incluyendo exceso de hierro en la sangre - importante en conjunción con la terapia de interferón (ya que niveles elevados de hierro en la sangre parecen reducir el efecto del interferón).

La porfiria cutánea tarda es una deficiencia rara de una enzima hepática del metabolismo celular. La deficiencia de la enzima puede causar ampollas al exponer la piel al sol, úlceras, oscurecimiento de la piel, o moratones. Puede aumentar el pelo en la frente, pómulos u hombros, y la orina puede volverse rosa o marrón. Ahora parece que la hepatitis C es la principal causa de porfiria en personas predispuestas.

Los filtros solares tópicos (para la piel) no previenen las lesiones de piel. Evitar el alcohol y la extracción de hierro por repetidas flebotomias (extracciones de sangre) o tomar medicación que absorbe el hierro a veces ayuda. Cloroquina (una medicina anti-malaria), que extrae un tóxico debido a la deficiencia de la enzima, puede ayudar, también.

II.4.0g LIQUEN PLANO

Ocasionalmente, las personas con hepatitis C crónica desarrollan una condición en la piel llamada liquen plano. Es una agrupación de protuberancias pequeñas, rojas, que pican y tienen la parte de arriba plana. Los bultos a menudo tienen una red de líneas grises muy finas en la parte de arriba. Las protuberancias aparecen a menudo en las muñecas, las espinillas, la espalda inferior, o los genitales.

El liquen plano también ocurre frecuentemente en la boca, donde parece una red de placas blancas. A veces se muestra como úlceras en la boca y puede ser tratado con un enjuague esteroide para la boca llamado elixir de dexametasona o tabletas de nistatina.

II.5.0 CICLOS Y FASES AGUDAS

Las fases agudas de las hepatitis tienden a ocurrir en ciclos; durante algún tiempo usted puede sentirse bastante bien, después mal (quizá de días a semanas para cada periodo), después bien de nuevo. Puede ser frustrante intentar obtener algún alivio, porque entonces no sabe si usted se ha recuperado o si usted está meramente entre ciclos.

Algunas personas comentan que empiezan a sentirse mejor en Primavera, después comienzan a sentirse mal de nuevo en Otoño, con un punto bajo normalmente alrededor de Invierno.

II.6.0 ¿DEBERÍA VACUNARME CONTRA OTROS TIPOS DE HEPATITIS?

Todas las personas con hepatitis C deberían ser vacunadas contra la hepatitis A y B. Una editorial del New England Journal (Diario de Nueva Inglaterra) avisó que la hepatitis fulminante está asociada con una sobreinfección con el virus de la hepatitis A en pacientes con hepatitis C crónica. Lo que esto significa es que personas con hepatitis C que adquirieron la hepatitis A tienen un riesgo significativo de padecer una hepatitis fulminante y la muerte. Desde junio de 1990 hasta julio de 1997, científicos examinaron a 163 adultos con hepatitis B crónica y 432 pacientes con hepatitis C crónica seronegativos de anticuerpos VHA; los análisis fueron llevados a cabo cada 4 meses para anticuerpos IgM e IgG del VHA en suero. Durante el curso del estudio, 10 pacientes con infecciones VHB y 17 con infecciones VHC adquirieron sobreinfecciones de VHA. De entre estos pacientes, el fallo hepático fulminante se desarrolló en siete de los individuos infectados con VHC, y seis de ellos murieron. Todos menos uno de los pacientes con VHB que desarrollaron VHA no tuvieron procesos complicados. A pesar de que el VHA tienen raramente un curso fulminante y no es fatal normalmente, los científicos perciben que “la alta tasa de mortalidad en nuestros pacientes con hepatitis C crónica y sobreinfección VHA (35%) es bastante sorprendente, como lo es el porcentaje aún más alto de entre los pacientes con hepatitis fulminante (41%)”. Los autores sugieren, por tanto, que los individuos con infección VHC crónica sean vacunados contra el virus de la hepatitis A. (Vento, Sandro, et al, Diario de Medicina de Nueva Inglaterra (New England Journal of Medicine 01/29/98 Vol.338 No. 5 P. 286)

Pacientes con hepatitis C crónica con riesgo de hepatitis B deberían recibir vacunación durante su primer contacto con profesionales de la salud, de acuerdo al informe de la Universidad de Gran Bretaña en Cambridge (Great Britain's University of Cambridge). “Estudio Prospectivo de Vacunación de la Hepatitis B en Pacientes con Hepatitis C Crónica” (“Prospective Study of Hepatitis B Vaccination in Patients with Chronic Hepatitis C”), Diario Británico Médico, (British Medical Journal) 25 Mayo 1996; 312:1336-1337.

Se estima que la infección de hepatitis C crónica (VHC) ocurre entre un 70% y un 92% de los consumidores de drogas intravenosas. Estas personas que consumen drogas IV tienen también riesgo de padecer hepatitis B transmitida sexual o parenteralmente. La coinfección con el virus de la hepatitis B (VHB) podría acelerar el daño hepático subyacente provocado por la hepatitis C.

II.7.0 LO QUE CONCIERNE A LAS MUJERES CON RESPECTO AL VHC

Las mujeres pueden verse afectadas por la hepatitis C de una manera diferente a la de los hombres. Esto es posiblemente debido a los efectos hormonales y al daño hepático. Un estudio presentado en la 3ª

Conferencia Internacional sobre Terapias para la Hepatitis Viral (3rd International Conference on Therapies for Viral Hepatitis) 12-16 Diciembre 1999; Maui USA y Terapia Antiviral 1999 (Suplemento 4),38. sugirió que las mujeres pre-menopáusicas tienen mejores tasas de respuesta al interferon alfa contra la hepatitis C. Curiosamente, la menstruación protege a las mujeres del daño en los órganos hasta después de la menopausia. Se piensa que eso es por los efectos protectores del estrógeno y las bajas cantidades de hierro en la sangre de las mujeres pre-menopáusicas.

MENSTRUACION: Los efectos hormonales del VHC pueden involucrar irregularidades menstruales, particularmente si usted está experimentando síntomas significativos de VHC. Es importante que vigile su salud general así como que supervise la hepatitis. Deben guardarse los tampones y las toallas sanitarias en bolsas de plástico antes de tirarlas a la basura.

ANTICONCEPCION: Si está experimentando síntomas importantes de la hepatitis, se desaconseja el uso de la píldora anticonceptiva basada en estrógenos. En estos casos, la píldora de progesterona sola o Depo-Provera (acetato de medroxiprogesterona, inyectable) pueden ser preferibles.

TERAPIA de REEMPLAZO HORMONAL: Si tiene síntomas severos de hepatitis puede necesitar tratar con su doctor si deben usarse hormonas para los síntomas de la menopausia. Si este es el caso, cremas vaginales externas y parches en la piel son probablemente mejores que las píldoras. Estudios recientes muestran que la terapia de reemplazo hormonal puede causar el cáncer del seno.

El sangrado uterino disfuncional y la menopausia prematura, y cualquier otra clase de anomalía hormonal es bastante común con enfermedad hepática crónica. El hígado es quien procesa estas hormonas, y no se procesan adecuadamente si el hígado está dañado.

Durante la terapia con interferón, muchas mujeres contraen una infección fúngica tras otra, debido a la inmunosupresión.

Las toallas higiénicas y tampones que se han expuesto a la sangre debe envolverse firmemente y disponerse de una manera segura. Un blanqueado al 10% (remojo durante 30 minutos) debe usarse en todas las superficies contaminadas, y en el lavado de ropa y lencería que se han expuesto a la sangre.

El contacto sexual durante su periodo no es seguro.

II.7.1 EMBARAZO Y LACTANCIA

Si un bebé nace de una madre con VHC+ y se analizara su sangre al nacer para comprobar los anticuerpos de C, la prueba sería positiva. Esto es porque el bebé tiene algunos anticuerpos de la madre.

Estos anticuerpos desaparecen naturalmente con el tiempo. Un análisis a los 12 meses normalmente confirma si el bebé tiene el virus. El porcentaje de infecciones fetales con madres con VHC+ es alrededor del 6%. El porcentaje aumenta si la madre está co-infectada con VIH.

Cualquier mujer, o pareja de un hombre, que ha tomado ribavirina debe esperar 6 meses después de terminar el tratamiento antes de embarazarse para evitar los defectos de nacimiento.

LACTANCIA: No existen casos documentados de VHC transmitido por amamantar, y las tasas de infección infantil son iguales en ambos casos alimentados con pecho o con biberón. Son muchas las ventajas de amamantar. Las madres que dan pecho deberían revisar sus pezones antes de cada toma y evitar dar de mamar si tienen cortes o heridas. Podrían plantearse usar protectores para el pecho.

Se desconoce si el interferón o la ribavirina pasan al bebé a través de la leche materna.

El VHC ARN circulante no aumenta las complicaciones del embarazo.

Una proporción sustancial de mujeres embarazadas con hepatitis C tiene VHC ARN circulante, incluso cuando son asintomáticas, sin embargo, estas mujeres no tienen un riesgo mayor de complicaciones obstétricas y el embarazo no parece inducir a un agravamiento de la enfermedad. "No hay ningún riesgo para el resultado del embarazo en una madre embarazada positiva anti-VHC. La mayoría de mujeres embarazadas tiene el nivel de transaminasas normal durante el curso del embarazo, aunque una proporción sustancial tiene VHC ARN circulante. El embarazo no induce a un deterioro de la enfermedad hepática, y la infección de VHC no aumenta el riesgo de complicaciones obstétricas". - - "Infección de VHC en el Embarazo," Periódico Británico de Obstetricia y Ginecología (British Journal of Obstetrics and Gynecology), 1996;103:325 - 329

Hay una tasa alta de mortalidad entre pacientes embarazadas infectadas con hepatitis E, la cual acompaña a veces a la hepatitis C. No hay estudios sobre mujeres embarazadas que tomen interferón.

II.8.0 ¿COMO AFECTA EL VHC A LOS NIÑOS?

No pueden tratarse niños con hepatitis crónicas simplemente como adultos en miniatura. Los problemas específicos y preguntas necesitan ser dirigidas al tratar con el grupo pediátrico.

Es menos probable que los pacientes pediátricos tengan síntomas de infección con hepatitis C, estando los virus no detectados y posiblemente diseminándose. Según información disponible en la historia natural de VHC, el porcentaje de niños que se vuelven crónicos y los resultados a largo plazo son similares al porcentaje de adultos. Niños que son portadores crónicos de VHC tienen modelos de crecimiento normales.

La biopsia de hígado parece ser menos valiosa en niños que en adultos. Las hepatitis crónicas raramente progresan a cirrosis en niños. En 16 niños con VHC seguidos durante 14 años, no desarrollaron encefalopatía (confusión mental), ascitis (estómago hinchado), o hemorragias. La falta de cirrosis en niños con VHC es consecuencia de que un periodo de tiempo de 10 a 20 años o más se requiere para las cirrosis. El carcinoma hepatocelular muy raramente ocurre en el grupo pediátrico.

Pocos estudios existen del uso de interferon en niños con VHC crónico, sin embargo un reciente estudio en Hepatología sugiere que la terapia del interferón puede ser beneficiosa. Las proporciones de respuesta inicial y la respuesta sostenida eran más altas en el estudio que en adultos tratados con dosis normales. Las posibles explicaciones incluyen el tiempo más corto de infección en niños, y que tienen una forma más leve de enfermedad. Los resultados de este estudio son prometedores según los investigadores, pero más investigación es necesaria.

Muchas preguntas todavía permanecen sobre las hepatitis crónicas C en niños. Estudios extensos necesitan ser hechos para determinar el curso de la enfermedad y progreso así como el papel del tratamiento con interferon. (Leslie Gibbenhuck, President, Children's Liver Alliance, Canada bcchepc@telus.net)

II.9.0 ¿CUALES SON LOS INDICADORES CLINICOS DIFERENTES DEL VHC?

Los síntomas clínicos más a menudo presentados son: ictericia, fatiga, dolor abdominal, pérdida de apetito, nauseas intermitentes, vómito (CDC).

Los doctores a menudo asumen incorrectamente que la hepatitis C es una enfermedad hepática y que "los únicos síntomas reales de la hepatitis C están relacionados con enfermedades y disfunciones hepáticas".

El virus ha sido encontrado en el sistema nervioso, linfático, músculos y corazón, donde causa inflamación directa. Muchos doctores, desafortunadamente, no tienen en cuenta esta otra actividad y el estrés que provoca. En lugar de apoyarse en los últimos resultados y en literatura para formar su diagnóstico, a

menudo asumen confundidamente que la hepatitis C es únicamente una enfermedad hepática, y que a menos que el paciente tenga una cirrosis obvia, las quejas son psicósomáticas.

Así como el VIH a menudo causa la muerte por neumonía relacionada con el SIDA, aunque el VIH no sea una enfermedad pulmonar, la hepatitis C a menudo causa la muerte por un fallo hepático o por cáncer de hígado aunque no sea una enfermedad hepática. La hepatitis C es un virus que vive y ataca muchos otros órganos del cuerpo. Es también un virus activo que ataca el sistema inmune hasta que lo deja exhausto. La actividad viral alta es llamada viremia.

Cuando tu cuerpo está bajo el ataque de una fase aguda viral de la hepatitis C, el sistema inmune monta una defensa que produce síntomas como los de la gripe. Los primeros síntomas son, dolores, cansancio, confusión, y posiblemente una ligera fiebre. Estos síntomas son el resultado de la respuesta del sistema inmune al virus de la hepatitis C.

Hemos proporcionado anteriormente una lista con los síntomas reportados más frecuentemente por la hepatitis C. (II.2.2)

II.9.1 Las Enzimas Hepáticas Elevadas

Hay dos categorías generales de "enzimas hepáticas". El primer grupo incluye las alanino aminotransferasas (ALT) y el aspartato aminotransferasa (AST), a veces llamados SGPT y SGOT. Son enzimas que son indicadores de daño en la célula hepática. Las otras más frecuentemente usadas son las fosfatasa alcalinas y gamma-glutamiltanspeptidasas (GGT y GGTP) que indican obstrucción en el sistema biliar, o dentro del hígado o en los cauces de la bilis fuera del hígado.

El ALT y AST son enzimas que se localizan en el hígado y pasan a la circulación general cuando se dañan células hepáticas. Se piensa que el ALT es un indicador más específico de inflamación, mientras que el AST puede elevarse en enfermedades de otros órganos como enfermedad del corazón o enfermedad muscular.

ALT y AST se utilizan a menudo para supervisar el curso de hepatitis crónicas y la respuesta a los tratamientos, como prednisona e interferon.

La fosfatasa alcalina y los GGT son elevados en un gran número de desórdenes que afectan el conducto biliar, como un cálculo biliar o un tumor que bloquea el conducto de la bilis o una enfermedad hepática por consumo de alcohol o las hepatitis inducidas por medicinas, bloqueando el flujo de bilis en los pequeños conductos dentro del hígado. La fosfatasa alcalina también se encuentra en otros órganos, como huesos, placenta e intestino. Por esta razón, el GGT se utiliza como una prueba suplementaria para estar seguro de que la elevación de fosfatasa alcalinas proceden de hecho del hígado o el tracto biliar. En contraste con la fosfatasa alcalina, el GGT suele no ser elevado en enfermedades de hueso, placenta, o intestino. La elevación de GGT en presencia de fosfatasa alcalinas normales es difícil de interpretar, a menudo causado por cambios en las enzimas inducidos por alcohol o medicación, pero sin causar lesión al hígado.

Por alguna razón muchos doctores continúan asumiendo que si los niveles de enzimas son bajos o cerca de lo normal, no hay por qué preocuparse ni necesidad de tratamiento. Sin embargo, son muchos los estudios a mencionar que demuestran que no hay una correlación necesaria entre los niveles enzimáticos en la sangre y la extensión del daño hepático. Varios individuos tuvieron que insistir en una biopsia hepática, sólo para descubrir que a pesar de tener las enzimas bajas, tenían un grado 2 y grado 3 de daño hepático. Uno está muerto y otro es Joan King. Podría escribirle a Joan King jking@hepcbc.ca y ella le contará su historia.

HEP C Y ALT - ¿QUÉ ES NORMAL?

Alan Franciscus

Un 25% de la población con VHC tiene niveles normales persistentes de alanina aminotransferasa (ALT). Se recomienda normalmente que estas personas VHC+ con niveles normales de ALT no deberían ser tratadas con medicación antiviral y continuar simplemente vigilando sus niveles de ALT. Sin embargo, la información que está surgiendo sugiere que esto podría no ser así de simple. ¿Qué significa esto para el paciente que tiene niveles persistentes de ALT? ¿Debería hacersele una biopsia o ser tratado? Este es un área “caliente” de investigación y algunos resultados recientes están cambiando el modo en que la profesión médica ve a este grupo de pacientes VHC+.

Sabemos que la mayoría de los individuos VHC+ con niveles normales de ALT tienen una progresión menos seria de la enfermedad y una enfermedad más suave. El Instituto Nacional de Salud (NIH National Institutes of Health) y las conferencias de consenso europeo no recomiendan biopsia hepática o terapia antiviral fuera de los análisis clínicos a pacientes con niveles persistentes normales de ALT, debido a que relacionan una progresión suave de la enfermedad con tasas bajas de respuesta a la terapia antiviral común. Algunos profesionales médicos consideran a este grupo como portadores sanos y les ofrecieron mínimo seguimiento médico. Sin embargo, algunos de estos pacientes con ALTs bajos no encajan tan estrechamente en esta categoría y los investigadores están encontrando que un pequeño porcentaje de estos pacientes podrían padecer un daño hepático de moderado a severo.

La alanina aminotransferasa (ALT - formalmente llamada SGPT) se produce en el hígado como respuesta a un daño hepático o muerte celular. Este daño no es específico de inflamación por VHC, sino que proviene de una variedad de agentes tales como el alcohol, medicación, y otras sustancias que pueden producir daño en el hígado. Esta es normalmente, pero no siempre, la primera indicación de que alguien pudiera estar infectado en el VHC. Los valores normales: 0-48 IU/L.

Debería tenerse en cuenta que muchos expertos creen que un rango normal de ALT para mujeres debería ser más bajo que el mismo para los hombres. De hecho, las mujeres ocupan una gran parte de este ‘grupo normal’. Los bajos niveles de ALT en mujeres podrían explicarse por la producción de estrógeno el cual se cree que reduce los niveles de ALT.

Biopsia

En un estudio reciente de Edmund J. Bini y otros (AASLD Abstracto #485) 43 pacientes con niveles persistentes normales de ALT y 96 con niveles anormales de ALT fueron estudiados. Los niveles normales fueron definidos mediante tres lecturas de ALT normal una vez por lo menos cada mes. Los investigadores descubrieron que el grupo con niveles anormales tenía una enfermedad hepática más avanzada que el grupo con niveles normales de ALT. Sin embargo el 28% de los pacientes con niveles normales de ALT tenían una enfermedad hepática avanzada, lo que llevó a los investigadores a recomendar a todos los pacientes con niveles normales de ALT a someterse a una biopsia hepática para conocer el estado de la enfermedad. En un estudio distinto de Luis Balart, MD y otros, unos 300 pacientes con niveles persistentes normales de ALT fueron estudiados definidos como tres lecturas de niveles normales de ALT tomadas cada seis semanas durante un período de seis meses. Se descubrió que la mayoría de estos pacientes tenían una enfermedad hepática suave. Sin embargo un pequeño porcentaje tenía una enfermedad más avanzada, e incluso algunos pacientes tenían cirrosis. Basado en este estudio, el doctor Balart recomendó que deberían ser considerados otros factores evaluando a estos pacientes, y debería plantearse una biopsia.

Tratamiento

Este tema es más complejo. En un estudio reciente llevado a cabo por el doctor Mitchell L. Shiffman y colegas se descubrió que la respuesta a la monoterapia con interferón era similar tanto en grupos con niveles normales (58 pacientes) y anormales (37 pacientes) de ALT. Los investigadores concluyeron que las

personas con niveles persistentes normales de ALT deberían someterse a una biopsia hepática, y plantearse seguir el tratamiento si el hígado estaba dañado. Estos estudios han sido corroborados por estudios anteriores.

Sin embargo, algunas evidencias sugieren que el tratamiento antiviral para un pequeño segmento de este grupo podría ser contraproducente. Algunos pacientes no responden al tratamiento, pero desarrollan niveles elevados de ALT y continúan siendo elevados una vez terminado el tratamiento. La gran pregunta es ¿puede un tratamiento antiviral empeorar la enfermedad para este subconjunto de pacientes? Este es un tema muy importante que no está siendo estudiado.

Esta área de investigación se está expandiendo y merece más atención. Se espera que a un paciente con niveles normales de ALT se le hagan por lo menos pruebas de funcionamiento de su hígado y una biopsia hepática si es necesario establecer la severidad de la enfermedad y la opción del tratamiento.

Los análisis normales miden la función hepática: los análisis de función hepática incluyen una variedad de pruebas que ayudan a medir la salud del hígado. Medir el nivel de ALT no da un esquema completo de la salud del hígado. Una lista de las pruebas de función hepática más comunes va seguida de los valores normales. Es importante recordar que los valores 'normales' varían de un laboratorio a otro y pueden estar influenciados por el modo en que las muestras de sangre son manejadas. Las decisiones de tratamiento nunca deberían basarse en un único análisis y siempre se debe consultar con un profesional médico para interpretar con exactitud los resultados de la analítica.

La albúmina es una proteína sanguínea producida por el hígado. Es responsable de mantener los fluidos y las sales dentro del flujo sanguíneo. Si el hígado no produce suficiente albúmina, la retención de agua en forma de hinchazón ocurrirá normalmente en pies y tobillos. Valores normales: 3.2-5.0 g.

La fosfatasa alcalina (AP) es una enzima que se encuentra principalmente en el hígado y es responsable del metabolismo del fósforo, el cual libera energía a las células. Niveles elevados de AP junto con un elevado GGT indican que algo no está bien en el hígado. Valores normales: 35-115 IU/L.

Aminotransferasa Aspartate (AST- formalmente llamada SGOT) es una enzima hepática utilizada para el metabolismo de los aminoácidos. Niveles elevados indican daño en el hígado. Los análisis para esta enzima y la ALT son los más utilizados para ver cambios en la información hepática. Valores normales: 0 - 42 IU/L.

La bilirrubina es una sustancia de desecho producida por el hígado. Un hígado sano convierte estos jugos biliares en sustancias solubles en agua que son excretadas a través del cuerpo. Cuando el hígado está dañado es incapaz de convertir estas sales biliares en sustancias solubles en agua, llevando a un aumento de líquido amarillento tóxico que produce ictericia (piel amarillenta). Esto se puede ver en algunos casos concretos de hepatitis C y en los estadios finales de la enfermedad hepática. Valores normales: 0 - 1,3 mg.

La Gamma-Glutamyltranspeptidasa (GGT) es una enzima hepática que es utilizada en el metabolismo del glutamato (un aminoácido). Niveles altos de GGT podrían indicar boqueo y daño de los conductos biliares. Valores normales: 30 - 60 IU/L

Las plaquetas son células sanguíneas que ayudan a la sangre a coagular. Niveles bajos de plaquetas indican daño hepático. Los niveles de plaquetas son vigilados de cerca durante la terapia de interferon. Valores normales: 130 - 400 mil/MCL.

HCV Advocate: <http://www.hcvadvocate.org/>

Esta información es ofrecida por el proyecto de apoyo "Hepatitis C Support Project". Se permite con entusiasmo su reimpresión, dando crédito al Proyecto.

II.9.1a NIVELES ELEVADOS DE ALFA-FETOPROEINAS

Es bastante común que los marcadores de alfa-fetoproteínas sean elevados en pacientes con hepatitis. La alfa-fetoproteína es un marcador de los tumores, pero a menos que sus números sean sumamente altos (en los centenares), no hay necesidad de alarma. Su doctor querrá realizar estudios más allá probablemente, como un ultrasonido o CT sólo para estar seguro. De hecho un estudio reciente avisa que en pacientes con anti-VHC positivos, el nivel de AFP en solitario no es una buena referencia para el diagnóstico de HCC. Los pacientes con anti-VHC positivo deberían ser supervisados rutinariamente de HCC mediante estudios con imagen además de con los niveles de AFP. *Hepatogastroenterología* 1999 Nov-Dic;46(30):3208-11.

II.9.2 ICTERICIA

La ictericia (piel amarilla) puede aparecer de vez en cuando como un síntoma, pero es muy común durante un ataque agudo. La ictericia es causada por el aumento de pigmento de la bilis que pasa del hígado al intestino. Este mismo aumento de la bilis también puede causar intensa comezón.

II.9.3 AUMENTO DEL TAMAÑO DEL HÍGADO/BAZO

Algunas personas experimentan un hinchazón del hígado (hepatomegalia) o el bazo (esplenomegalia) como resultado de las hepatitis.

II.9.4 MANCHAS ARACNEIFORMES (NEVUS EN ARAÑA O ARAÑAS VASCULARES)

Las manchas aracneiformes son capilares pequeños que se ven en la superficie de la piel. Las ramitas forman o crecen desde un capilar y pueden parecerse a una araña roja pequeña o como una araña aplastada. También son llamados angiomas. Si usted tiene menos de 10 puede ser considerado normal; más de eso es una indicación de enfermedad hepática crónica. Pueden encontrarse encima de la cintura, normalmente en el pecho, los brazos, hombros, cuello y espalda.

II.9.5 ASCITIS

Ocurre en la cirrosis. La acumulación de fluido en la cavidad abdominal, o ascitis, se relaciona a la hipertensión portal, reducción significativa de albúmina en el suero, y retención renal de sodio. El volumen de ascitis abdominal en adultos con cirrosis puede alcanzar niveles tan grandes como 10 a 12 litros (10.6 a 12.7 cuartos de galón).

El fluido ascítico puede aumentar en el escroto y en la cavidad del pecho, donde su presencia, combinada con la presión ascendente en el diafragma, puede afectar a la respiración severamente. El apetito también es a menudo reducido por la distensión abdominal. Las ascitis son tratadas directamente con la eliminación de fluido del abdomen por perforación de aguja para aliviar la incomodidad y poder respirar.

Se pone a los pacientes en dietas muy bajas en sal, y se dan diuréticos para aumentar la eliminación de agua por los riñones. Si estas medidas no controlan la ascitis, puede drenarse internamente en el sistema de la sangre venosa general colocando un tubo de plástico en la cavidad abdominal, bajo la piel del pecho, en la vena yugular interior derecha del cuello (derivaciones peritoneovenosas de LeVeen).

II.9.6 HIPERTENSIÓN PORTAL/VARICES

A veces ocurren con cirrosis. La hipertensión portal es la presión aumentada en la vena porta y sus afluentes que son el resultado de los obstáculos al flujo de la sangre en el hígado. Normalmente es causada por los procesos fibróticos de la cirrosis. La presión aumentada causa várices, o dilataciones de las venas que llevan a la vena porta. Cuando se localizan várices en tejidos superficiales, se pueden romper y pueden sangrar profusamente. Dos sitios son el esófago inferior y la región perianal.

Es probable que las várices de esófago sangren profusamente, y esto es frecuentemente asociado con el ataque de encefalopatía hepática o coma. Debido a su situación al extremo más bajo del esófago o la porción superior del estómago, el sangrado de várices es a menudo difícil de controlar. Si el sangrado persiste, la formación quirúrgica de una derivación, o el pasadizo artificial, de la vena porta a una vena abdominal puede hacerse.

II.9.7 ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA

La encefalopatía hepática se refiere a los cambios en el cerebro que ocurren en pacientes con enfermedad aguda o crónica avanzada. Si se dañan células hepáticas, ciertas sustancias de la sangre que normalmente se limpian por el hígado saludable no son eliminadas (principalmente el amoníaco, o posiblemente ciertos ácidos grasos). Un paciente con encefalopatía hepática crónica puede desarrollar pérdida progresiva de memoria, desorientación, desorden, y temblores musculares, llevando a una forma de demencia crónica. La ingestión de proteína invariablemente agrava estos síntomas.

El tratamiento de la encefalopatía hepática involucra, primero, el levantamiento de todas las drogas que se requieran para la desintoxicación del hígado y, segundo, la reducción de la ingestión de proteína. Restringiendo la cantidad de proteína en la dieta generalmente bajarán los niveles de aminoácidos y amoníaco en el torrente sanguíneo y cerebro. La mayoría de los médicos aconseja a sus pacientes con esta condición sólo comer aproximadamente 40 gramos de proteína al día, y prescribirá lactulosa o neomicina para bajar la producción de aminoácidos. Proteínas no-cárnicas, como verduras y lácteos, se recomiendan. Ciertos aminoácidos son usados en el tratamiento, ya que se considera que ellos probablemente causan menos deterioro mental. Un suplemento dietético rico en estos aminoácidos se usa en muchos centros de tratamiento hepático.

II.9.8 LA CIRRÓISIS

Cuando la enfermedad crónica causa que el hígado se dañe permanentemente con cicatrices, la condición se llama cirrosis. El tejido de cicatriz que forma en la cirrosis daña la estructura del hígado, bloqueando el flujo de sangre a través del órgano. La pérdida de tejido hepático normal retarda el procesado de nutrientes, hormonas, drogas, y toxinas por el hígado. También retarda la producción de proteínas y otras sustancias hecha por el hígado.

Las personas con cirrosis hepática pueden desarrollar muchos problemas más allá del hígado. Cuando el hígado tiene cicatrices, la sangre no puede atravesar el hígado fácilmente, y causa un nivel más alto que la presión normal (hipertensión portal). Esto causa a menudo ascitis que es fluido amarillo que gotea fuera del torrente sanguíneo en la cavidad abdominal.

Si la ascitis se tensa, puede causar una hernia umbilical (un ombligo salido). La sangre rechazada también a menudo crea varices. La presión causa que los vasos alrededor del esófago estallen causando una pérdida de sangre significativa. Las várices pueden tratarse con betabloqueadores, o puede eliminarse usando bandas de goma endoscópicas o inyecciones de líquido que causan que las várices cicatricen. Si no dejan de sangrar, un TIPS (derivación intrahepática transyugular portosistémica) puede ser creado insertando un tubo de malla de metal corto a través de una vena del cuello en el hígado y conectando la vena portal a una vena regular en el hígado. Otra alternativa es remitir algo del flujo de la sangre quirúrgicamente alrededor del hígado.

Las personas con cirrosis a veces pueden desarrollar ictericia (se pone amarillo el blanco de los ojos o la piel) debido a una acumulación de bilirrubina en sangre. Si la bilirrubina se excreta en la orina, la orina puede ponerse oscura.

Las personas con cirrosis también están en riesgo de encefalopatía hepática, que es fatiga o confusión causado por el amoníaco y otros productos de digestión de la proteína que se elimina inadecuadamente del torrente sanguíneo .

Las personas con cirrosis con frecuencia presentan moretones porque el hígado fabrica cantidades reducidas de factores coagulantes. Adicionalmente, las plaquetas pueden ser más bajas que lo normal en la circulación si el bazo se agranda. Un bazo agrandado por hipertensión portal puede retener demasiadas plaquetas.

La infección de VHC crónica lleva a la cirrosis en por lo menos el 20 por ciento de pacientes dentro de 2 décadas del ataque de infección. Las cirrosis y fases extremas de la enfermedad hepática se pueden desarrollar de vez en cuando rápidamente, sobre todo entre los pacientes con uso de alcohol concomitante. - National Institutes of Health - Declaración de Acuerdo general de Salud en Hepatitis C 1997. (Consensus Statement on Hepatitis C 1997)

II.9.9 LA HEPATITIS FULMINANTE

En casos muy raros los síntomas de hepatitis se desarrollan rápidamente y se convierten en muy severos. Esta forma menos común de hepatitis se llama hepatitis fulminante o hepatitis de rápido progreso, y requiere atención médica urgente. Puede ser fatal en el 70 a 80% de los casos. Los riñones pueden fallar, y el hígado se encoge mientras las células hepáticas se mueren. La persona puede entrar en un coma y morir. El fallo hepático fulminante después de una infección de VHC se ha informado, pero han sido casos muy raros.

II.9.10 ¿INCREMENTA EL VHC LA PROBABILIDAD DE CANCER?

La infección crónica por VHC se asocia con un aumento del riesgo de cáncer hepático . El concepto prevaleciente es que el carcinoma hepatocelular (HCC) ocurre en un trasfondo de inflamación y regeneración asociado con hepatitis crónicas de curso de aproximadamente 3 o más décadas. La mayoría de los casos de HCC VHC-relacionado ocurre en presencia de cirrosis. El riesgo de que una persona con hepatitis por VHC crónica desarrolle HCC ha sido colocado por estadísticas actuales de un 1 a un 5 por ciento después de 20 años, con variaciones llamativas en proporciones en áreas geográficas diferentes del mundo. Una vez se establece la cirrosis, la proporción de desarrollo de HCC es 1-4 por ciento por año. - Los Institutos nacionales de Declaración de Acuerdo general de Salud en Hepatitis C 1997. (National Institutes of Health Consensus Statement on Hepatitis C 1997).

“La infección crónica con hepatitis C (VHC) se considera como un factor de riesgo para el cáncer hepatocelular, principalmente en pacientes con cirrosis hepática. Nosotros buscábamos genomas de VHC en hígados de pacientes con cáncer hepatocelular que no tuvieran cirrosis para ver si el VHC era directamente oncogénico. El tejido hepático canceroso y no-canceroso, y muestras de suero de 19 pacientes negativos para las hepatitis B fueron analizados por PCR para la presencia del genoma del VHC, replicación del VHC, genotipo de VHC, y genoma del VHB. 13 de 19 pacientes eran VHC ARN-positivos en tejido hepático canceroso y no-canceroso; 8 de los 17 probados eran positivos para anti-VHC. Entre los 13 pacientes VHC RNA-positivos, 11 tenían genotipos 1b y 2 tenían genotipos 2a . 7 de las 13 muestras de suero eran VHC positivos. 7 de 19 pacientes eran VHB ADN-positivos en tejido hepático canceroso y no-canceroso, 5 de ellos positivos del anti-HBc. 4 pacientes eran VHC RNA y VHB ADN positivos y 3 eran VHC RNA y VHB ADN negativos. Los resultados demuestran evidencia de la asociación de VHC, principalmente genotype 1b, con cáncer hepatocelular sin el paso intermedio de cirrosis.” - "HCV-associated liver cancer without cirrhosis", De Mitri MS; Poussin K; Baccharini P; Pontisso P; D'Errico UN; Simon N; Grigioni W;

Alberti UN; Beaugrand M; Pisi E; al del et, la Sección de Medicina Interior, la Universidad de Bolonia, Italia, Lanceta 345: 413-5 (1995) .

“Previamente, informamos el predominio alto de virus de hepatitis C (VHC) en pacientes con cáncer oral o líquen planus oral en Kyushu, Japón. Informamos de un hombre de 61 años con hepatitis crónica C y ninguna lesión oral que desarrolló cáncer oral 6 meses después de la terapia del interferon (alfa interferon, 6 millones de unidades (UM) diariamente durante 2 semanas y después 3 veces por semana durante 14 semanas). Este caso da énfasis a la necesidad de exámenes de la cavidad oral periódicos y contribuyó a la investigación de cáncer oral y VHC.” - "Oral cancer and hepatitis C virus (HCV): can HCV alone cause oral cancer?" ("El cáncer oral y hepatitis el virus de C (VHC): puede e VHC ser por sólo causa de cancer oral?--un informe del caso".) Kurume el Periódico Médico, 1996 Vol 1, Emite 43, pp 97-100.

Se piensa que el tratamiento con interferon reduce el riesgo de cáncer de hígado. "La baja incidencia de carcinoma hepatocelular en pacientes tratados con interferon sugiere que el interferon pueda prevenir el desarrollo de carcinoma hepatocelular". - "Risk Factors and the Effect of Interferon Therapy in the Development of Hepatocellular Carcinoma" ("Los Factores de Riesgo y el Efecto de la Terapia de Interferon en el Desarrollo de Carcinoma de Hepatocelular,") Journal of Gastroenterology and Hepatology (Periódico de Gastroenterología y Hepatología) 1997 Feb;12(2):149-155.

Ha informado una asociación entre la hepatitis crónica por infección de VHC y e linfoma no-Hodgkin. "HCV Infection and Extrahepatic Malignancies" (" La Infección de VHC y Malignidades Extrahepaticas,") Journal of Clinical Gastroenterolgy Gastroenterology 1997 Mar;24(2):87-89.

II.10.0 ¿Cuántos Somos?

La hepatitis C se considera la causa del 20% de las hepatitis adquiridas en los EE.UU.. Aproximadamente 200 casos de hepatitis C se conocen en el Estado de Nueva York cada año. --"Prevention, Diagnosis, and Management of Viral Hepatitis"(Prevención, Diagnosis y Tratamiento de Hepatitis Viral), AMA.

Cada año ocurren 150.000 nuevos casos de hepatitis C en los Estados Unidos. --" Hepatitis C & E: how much of a threat?"(Hepatitis C Y E ¿cuánto hay de amenaza?) Special Issue: Emerging Infectious Diseases (Tema especial: Enfermedades Infecciosas Emergentes), Brown, A., el 15 1994 de mayo de v28, n9, p105(8).

El Centro (Estadounidense) para el Control y Prevención de la Enfermedad, estima que al menos 17 1/2 millones de personas (en los EE.UU.) están viviendo con hepatitis crónica C y que cada año se infectan nuevamente 150.000 americanos con hepatitis C.

“Se sospecha que hay, actualmente, más de 5 millones de personas en los Estados Unidos que están infectadas con Hepatitis C, y que tal vez unos 200 millones en todo el mundo. Esto la convierte en una de las mayores amenazas a la salud pública de este siglo, y tal vez en una de las mayotes amenazas del próximo siglo. Sin una ráidda intervención para contener la velocidad de la enfermedad, la tasa de muerte de la hepatitis C sobrepasará a la del SIDA a la vuelta del siglo y únicamente irá a peor.” Dr. Everett Koop, desde su página web. <http://www.epidemic.org/theFacts/theEpidemic/>

“Se estima que más del 3% de la población mundial está infectada con VHC, i.e. más de 170 millones de portadores crónicos.” Canada Communicable Disease Report - Suplemento Vol. 25S2 Junio 1999.

“Es razonable estimar que el predominio de la infección de VHC en Canada es de un 0,8% (240.000 personas)” Canada Communicable Disease Report - Suplemento Vol. 25S2 Junio 1999.

“Proyectando la situación de U.S. a la situación de Canada se puede predecir en este momento aproximadamente 2.200 nuevos casos por año en Canada.” Canada Communicable Disease Report - Suplemento Vol. 25S2 Junio 1999.

PARTE III: EL TRATAMIENTO (Medicina Convencional)

(Total agradecimiento a Joan King de HepCBC por actualizar esta sección)

III.1.0 INTERFERONES

Nuevas terapias para la hepatitis C están emergiendo en la práctica clínica. La combinación del interferón pegilado y la ribavirina ha probado ser más efectiva que el interferón o ribavirina por si solos; estando considerada en la actualidad como el tratamiento standard. Se está experimentando con combinaciones de interferón y otras sustancias, con re-tratamientos, con diferentes tipos y marcas de interferón, con terapias de mayor duración, terapia de mantenimiento más duradera, terapia de inducción a dosis altas, y combinaciones con interferones más eficaces como el pegilado, también combinado con sustancias tales como amantadina y timosina. Se están llevando a cabo investigaciones prometedoras en el campo de vacunas terapéuticas con los inhibidores de la polimerasa, la proteasa, la helicasa, la glucosidasa e inhibidores IRES (“Internal Ribosome Entry Site”, sitios de entrada interna del ribosoma), oligonucleótidos antisentido, y ribozimas, anticuerpos policlonales, inductores de citoquina, así como tratamientos para invertir el proceso cirrótico y crear nuevas células hepáticas. Es posible que en el futuro los tratamientos sean hechos a la medida para cada paciente en función de su genotipo y carga viral.

“De acuerdo a los resultados preliminares de un estudio japonés las personas que logren una respuesta positiva con el IFN, pueden mantenerlo por 12 años” (Tsuda N, et al., J Med Virol 2004 Nov;74(3):406-13)

III.1.1 MONOTERAPIA DE INTERFERÓN

Ya no se considera el uso del interferón, por si solo, como terapia standard. Se utiliza solamente cuando el paciente tiene alguna contraindicación, tal como un problema cardíaco, que no permite el uso de la ribavirina.

Nautilus Biotech está desarrollando un mejoramiento de las moléculas IFN-alpha con un mayor ciclo de vida, sin utilizar la tecnología de pegilado. El producto es llamado BELEROFON® y está en desarrollo preclínico. (www.nautilusbiotech.com).

III.1.1a INTERFERÓN ALPHA 2B, RECOMBINANTE (INTRON A)

El interferón es un producto gestionado genéticamente y licenciado en 1986 para tratar la reticuloendoteliosis leucémica (o leucemia de células pilosas). Se trata de una copia de una proteína natural hallada en bajos niveles en el cuerpo humano. (El término “recombinante” se refiere a una técnica que toma una molécula del DNA de un organismo, se manipula genéticamente y se coloca en otro organismo). Fue aprobada por la FDA de Estados Unidos el 25 de febrero de 1991, para tratar la hepatitis C. El producto, interferón alpha, es el primer tratamiento efectivo contra esta forma de hepatitis, que afecta a una cifra estimada en 150.000 estadounidenses cada año. De acuerdo con la literatura del fabricante (Schering-Plough), la utilización del interferón en el tratamiento de la hepatitis C, tres veces por semana, con dosis de 3 millones de unidades, tienen una respuesta sostenida de alrededor del 12%.

(Nota: Esta FAQ usa “alpha”, aunque algunas compañías tienen patentado el término “alfa” para sus productos de interferón).

Además de la reticuloendoteliosis leucémica y la hepatitis C, el interferón alpha está licenciado para el tratamiento de AIDS en relación con el sarcoma de Kaposi y para verrugas genitales. La Corporación Schering-Plough de Kenilworth, New Jersey, que comercializa una versión del producto bajo el nombre de Intron-A recibió la aprobación para su uso en hepatitis.

Tratamiento: El interferón ha sido aprobado para el tratamiento de la hepatitis viral C crónica. Los pacientes se seleccionan para la terapia con base en la persistencia de la función anormal hepática, según los análisis de sangre, en vez de la presencia o no de síntomas. No se sabe que debería hacerse con

pacientes con infección por VHC benigna; ya que algunos pacientes con este grado de benignidad pueden desarrollar cirrosis, por tanto la terapia con Rebetrón (Intron A + ribavirina) se recomienda habitualmente, pero Pegetrón de Schering y Pegasys (interferón alfa 2^a + ribavirina) de Roche, han resultado ser mejores productos, ahora que han sido aprobados.

El interferón alfa parece ser más eficaz si se utiliza lo más pronto posible después de la infección. Sin embargo, en muchos casos los síntomas de hepatitis C empeoran de nuevo cuando el tratamiento se interrumpe.

Los pacientes con genotipo 1 se tratan usualmente durante 12 meses. Otros genotipos se tratan solamente por 6 meses. El tratamiento es costoso. Muchos pacientes sufren también efectos colaterales, tales como síntomas de gripe, reducción en el número de glóbulos blancos y disminución de plaquetas en sangre (las plaquetas se necesitan para la coagulación sanguínea).

Los hechos que más se identifican como respuesta al interferón, son: 1) ausencia de fibrosis o cirrosis en la biopsia hepática en el pre-tratamiento; 2) genotipo distinto del 1; 3) bajos niveles RNA en sangre (ej.: menos de 2 millones/ml); y 4) más corta duración de la infección (que se desconoce habitualmente).

III.1.1b ¿CUÁNDO NO SE RECOMIENDA EL TRATAMIENTO CON EL INTERFERÓN?

Los pacientes con hepatitis crónica B o C, con fluidos en el abdomen (ascitis), hemorragia por dilatación venosa en el esófago (hemorragia varicosa), confusión mental (encefalopatía), infección con inmunodeficiencia humana por virus (HIV), o receptores de trasplante orgánico bajo tratamiento con prednisona, ciclosporina y FK-506, son tratados habitualmente con control clínico. Otros no adecuados para el tratamiento son aquellos con sintomatología de enfermedad cardíaca, pulmonar o renal, y pacientes sujetos a tratamiento antidepresivo o con historia de intento de suicidio. Las parejas que tengan intención de concebir hijos, deberían esperar por lo menos 6 meses a partir del final del tratamiento, condición aplicable tanto a la mujer como al varón. Se teme que los pacientes catalogados como consumidores de sustancias activas (alcohol o drogas ilegales), no cumplirán las pautas señaladas para el uso de la medicación.

III.1.1c INTERFERÓN “BREAKTHROUGH” (RECIDIVA O ESCAPE) Y “NO-RESPUESTA”

Aunque el interferón Recombinante alfa (r-IFN alfa 2) se ha destacado por normalizar los niveles de aminotransferasa aproximadamente en el 50% de pacientes con hepatitis C crónica (VHC), unos pocos pacientes experimentan recaída durante el tratamiento, a pesar de una completa respuesta inicial (breakthrough). El tratamiento continuado con r-IFN alfa 2, aún a dosis más altas, no restauró la previa respuesta en ningún paciente. Todos ellos fueron entonces tratados con IFN linfoblastoideo natural, con lo que obtuvieron una rápida y completa respuesta. “Breakthrough” [Escape o recidiva. “Breakthrough”, en inglés, significa recaída durante el tratamiento] durante la terapia con interferón alfa recombinante en pacientes infectados con hepatitis C: predominio, etiología y gestión”. *Hepatology* vol. 21. n° 3 pp. 645-9, Marzo 1995).

Un informe en el *Archive of Virology* 1997; 142(3): 535-544 sugiere que una coinfección no evidente (conocida también como infección oculta) de la hepatitis B (HVB) con la hepatitis C puede estar implicada en casos de resistencia al tratamiento con interferón. En suma, la replicación de HVB puede persistir en pacientes cuya replicación de VHC fue inhibida debido al tratamiento con interferón.

“El desarrollo de anticuerpos neutralizantes al interferón está asociada con ‘breakthrough’, en alrededor de la mitad de los pacientes; otros factores etiológicos tales como receptores de interferón de regulación baja o desarrollo de virus resistentes al interferón pueden estar implicados en los casos restantes.” El genotipo no parece establecer diferencias. (*Ital J Gastroenterol Hepatol.* 1998 Junio; 30(3):333-7.

Investigadores (abstract # 781) ensayaron varias combinaciones en las terapias para curar la recaída con IFN + ribavirina. 124 pacientes recibieron Peg-IFN alfa-2^a, una vez a la semana por 48 semanas,

combinando con ribavirina, Cellcept, amantadina, o una combinación de ribavirina con amantadina. La mejor respuesta fue de 45.2% para el último grupo. “Qué aprendimos acerca de la Hepatitis C desde AASLD 2002?” (Alan Franciscus, HCVAdvocate, www.hcvadvocate.org/news/newsLetter/advocate0103.html)

III.1.1d INTERFERÓN DE CONSENSO (INFERGEN)

El interferón de consenso, o C1FN, es una forma sintética de un tipo de interferón. Creado por científicos de Amgen, la droga ha experimentado ensayos clínicos extensivos para el tratamiento de la hepatitis C, cirrosis y una forma de cáncer.

La fase experimental IV muestra que la combinación del interferón de consenso mas la ribavirina, es más efectiva que el Rebetron, con un 41% SVR en pacientes de genotipo 1 (InterMune Announces Phase IV Study Shows Infergen Combination Therapy More Effective Than Rebetron for Hepatitis C WebMD 11/5/2002).

El regimen de una alta dosis de interferón de consenso es mejor diario que tres veces a la semana, seguido por interferón y ribarina reduciendo las cargas virales HCV a niveles indetectables en 72% de los casos que no responden (Medscape Nov. 5, 2002).

Amgen encontró que la combinación de Infergen e interferón gamma-1b produce un efecto antiviral mas potente en células HCV en el laboratorio. (/PRNewswire-FirstCall, Mar 31, 2003).

InterMune está en fase III, de un estudio de la dosis diaria de integen y ribarina, y en la fase IIb experimental de la dosis diaria de Infergen y Actimmune(R) (interferon gamma-1b) (Ver III.1.1j) con y sin ribarina para el tratamiento de pacientes HCV, quienes no respondieron a una terapia de primera línea y no responden al peg-IFN alpha 2 y ribavirina. “En un análisis inicial retrospectivo realizado en 32 pacientes HCV que no responden, mostró que el 38% de ellos tenían un nivel indetectable de virus en su sangre después de 12 semanas de tratamiento combinado.” Julio 19, 2005 (www.intermune.com)

La fase III experimental con altas dosis de interferón de consenso. Los resultados de los estudios pilotos encontraron que peg-IFN+RBV en pacientes que no responden pueden ser exitosos. Si un paciente aun tiene prueba positiva en la semana 12 o quizás después de la semana 24, el paciente puede cambiarse a altas dosis de interferón de consenso.(Nov 2004 www.natap.org/2004/HCV/120304_01.htm)

Infergen ha sido adquirido por Valeant Pharmaceuticals International. (www.valeant.com)

III.1.1e INTERFERÓN ALFA N3 DE ORIGEN NATURAL - DERIVADO DE LEUCOCITO HUMANO (ALFERON)

Alferon, producido por Interferon Sciences Inc., es un interferón alpha multiespecie, inyectable, de origen natural obtenido de leucocitos periféricos de la sangre.

Se había creído que la posibilidad del “breakthrough” podría ser menor con el uso de un interferón natural que con el interferón alpha 2b estándar. Los resultados de los primeros experimentos clínicos fueron considerados como “ininterpretables” y “ambiguos”, de forma tal que el Comité asesor de la FDA se manifestó en contra de su aprobación y ha solicitado a la compañía para que dirija una fase III experimental para el tratamiento de pacientes con HIV y VHC.

El producto está en el mercado para el tratamiento de verrugas genitales y esclerosis múltiple, y así quienes realmente quieran Alferon, puedan obtenerlo.

Otros IFN alpha-N3's incluyen Alferon A; Alferon Gel; Alferon LDO; Alferon N; Alferon N Gel; Alferon N inyectable; Altemol; Cellferon. Cytoferon Alferon es un interferón natural que está siendo investigado como posible tratamiento para la hepatitis C. Estudios muestran que puede ser mas tolerado que la recombinación de interferon alpha. (Ann Ital Med Int 1999 Jul-Sep 14:159-65).

III.1.1f MULTIFERON

El Multiferon es un interferón multi-subtipo alpha derivado de los glóbulos blancos humanos. Viragen cree que los interferones naturales tienen varias ventajas sobre los interferones recombinantes sintéticos, produciendo menos efectos colaterales severos. Esta droga está aprobada para el tratamiento de otras enfermedades en 9 países, pero no en los EE.UU. o Canadá. Esta droga fue aprobada en las Filipinas en Abril 25, 2005. El Multiferon puede ser combinado con un producto antiviral que aparentemente incrementa la eficacia de la terapia de la hepatitis C. (www.viragen.com)

III.1.1g VELDONA ORAL ALPHA-IFN

Amarillo Biosciences viene desarrollando una fórmula oral de interferón alpha, que aún no está en pruebas clínicas. La compañía declara que el interferón de baja dosificación es efectivo para el tratamiento de la hepatitis C, y que la terapia oral no causa los efectos colaterales severos que se asocian a la terapia de inyección. El IFN oral puede ser almacenado a temperatura ambiente, y es menos costoso. (www.amarbio.com)

III.1.1h IFN OMEGA (BIOMED 510)

Las pruebas clínicas de la fase 1b en pacientes con hepatitis C resistentes al interferón en la Clínica Scripps en USA y la fase II realizada en múltiples centros de Europa están terminadas, y muestran que el interferón omega tiene actividad antiviral en pacientes con hepatitis C crónica. En el 2004 se empezaron pruebas para estimar la seguridad y la actividad del interferón omega en combinación con la ribavirina. Este producto es actualmente manufacturado por Boehringer Ingelheim Pharma.

III.1.1.i ALBUFERON

Albuferón es una proteína creada por fusión del gen de interferón alpha con el gen de la albúmina, produciendo una proteína con propiedades de ambos, interferón alpha y albúmina. Estudios preclínicos indican que el Albuferón podría proporcionar a los pacientes un tratamiento con drogas a largo plazo con menos efectos colaterales, en comparación con el interferón alpha recombinante humano. (www.hgsi.com/products/index.html)

Human Genome Sciences empezó la fase II b con pruebas clínicas en el 2005 en pacientes con genotipo1, combinaron el producto con ribavirina. Los experimentos de la fase II en Canadá muestran gran actividad antiviral en pacientes de genotipo 1. Cargas indetectables de virus fueron observadas en el día 42 (28 días después de la segunda inyección) en el 23% de los pacientes. El Albuferon es inyectado una vez al mes. (www.hgsi.com/products/albuferon.html). La fase experimental II, en pacientes que no responden, empezaron recibiendo pacientes en Nov 2004. (www.clinicaltrials.gov).

La siguiente prueba combinará Albuferon con ribavirina, probando este combo para tratamientos estándares.

(www.reuters.com/newsArticle.jhtml?type=healthNews&storyID=8185818 Apr 14, 2005)

III.1.1j INTERFERON GAMMA

El Interferon gamma presenta actividad anti-infecciosa y antifibrosa. Los pacientes están siendo reclutados para la fase experimental II para evaluar el efecto, después del segundo tratamiento con peg-interferon alpha 2a y ribavirina por 12 semanas, con la adición del interferon gamma en pacientes que no responden. 65 pacientes serán incluidos.

Otra fase experimental II está combinado consensus IFN (Ver III.1.1d) con IFN gamma-1b con o sin ribavirina. (www.clinicaltrials.gov)

Pruebas hechas en 14 pacientes genotipo 1 que no responden al IFN + RBV muestran que tampoco responden con IFN gamma (Journal of Hepatology, Volume 43, Issue 1, Pages 67-71 July 2005)

III.1.1k MEDUSA INTERFERON

Flamel Technologies ha empezado a reclutar pacientes en fase I/II de IFN-alpha-XL para probar su seguridad y la dosificación. Posee un IFN-alpha-b de prolongada acción con sistema de distribución de nano-partículas llamado Medusa. Este producto se comparará con el producto de Schering Viraferon. La compañía ha obtenido buenos resultados en monos, y cree que su producto puede ser mas seguro que los tratamientos existentes.

(<http://uk.biz.yahoo.com/041221/241/f8yrn.html>, Dec 21, 2005, Flamel moves hepatitis product into Phase I/II)

III.1.1l OMEGA DUROS®

Intarcia ha adquirido los derechos sobre un sistema de distribución que permite la administración del interferón omega por semanas o meses con una sola administración en forma de implante subcutáneo. Hay estudios en animales y existen planes para ensayos en humanos en el 2005

(www.intarcia.com)

III.1.2 INTERFERÓN PEGILADO

El interferón pegilado da mejores resultados que el interferón simple, con efectos parecidos secundarios.

El glicol de polietileno (o polietilenglicol)(PEG) es una sustancia (anti-congelante) con un elevado “peso molecular” que se excreta fácilmente con la orina, debido a su solubilidad en el agua. El PEG puede ser lineal o ramificado. Puede asociarse al interferón alpha, por diferentes tipos de cadenas proteicas. El PEG de mayor longitud o ramificado conduce a un periodo más prolongado de absorción sostenida. La unión del PEG al interferón alpha conduce a una vida media más prolongada del interferón (la cantidad de tiempo que requiere para que la cifra original se metabolice a la mitad). En otras palabras, da lugar a que el interferón permanezca en el cuerpo por un periodo mayor de tiempo. Esto ocurre debido a que es más lenta la eliminación por el riñón y la degradación de la proteína. En suma, el PEG hace menos probable que el sistema inmune produzca anticuerpos contra el interferón.

Se han hecho comparaciones entre los dos interferones pegilados disponibles, Peg-Intron y Pegasys. Las dos sustancias difieren básicamente en el tamaño de la molécula implicada (40 kilodalton para el Pegasys y 12 kilodalton para el Peg-Intron) y en la vida media de cada producto. El Peg-Intron se disemina ampliamente por todo el cuerpo, y el Pegasys se distribuye en la sangre y en los órganos, incluyendo el hígado. Podría haber algunos compartimientos dentro del cuerpo que el Pegasys no penetra. El Pegasys tiene una vida media de 50-80 horas, en tanto que el Peg-Intron alcanza de 30-50 horas, de acuerdo con la especialista de San Francisco Dra. Teresa Wright. El Pegasys de Roche muestra un porcentaje del 39% de respuesta sostenida, comparado al 25% del Peg-Intron de Schering. Ronald Baker, PFD y Harvey S. Bartnof, MD (www.hivandhepatitis.com) advierten, sin embargo, que la comparación directa de resultados es difícil. El promedio de los niveles de carga viral básicos en el estudio del Peg Intron, no se ha presentado, de ahí la dificultad para establecer comparaciones, y el ensayo con Peg-Intron había incluido mayor número de pacientes con genotipo 1.

III.1.2a INTRON A PEGILADO (PEG-INTRON A)

PEG-Intron A es una forma modificada del Intron A de Schering-Plough (interferón alpha-2b recombinante), desarrollado por Enzon, Inc., para dotarlo de propiedades de más larga duración. PEG-Intron A se administra una vez por semana, comparado con la dosis normal del Intron A de 3 veces por semana.

“Consecuentes con los estudios previos, los porcentajes de respuesta virológica sostenida obtenidos en este estudio (ensayos clínicos de fase III), estaban muy influenciados por el genotipo, y clasificados desde el 11% para pacientes con genotipo 1, el cual es el más predominante en todo el mundo y el más difícil de tratar, hasta al 49% para pacientes con genotipo 2 o 3, en comparación con el 6% al 28% del INTRON A,” - (Christian Trepo, M.D., Ph.D., director de la unidad de investigación hepática, Hospital Hotel Dieu, Servicio de Hepatología, Lyon, Francia)

El Peg-Intron A fue aprobado en Europa en Mayo de 2000, siendo así mismo el primer interferón pegilado aprobado en todo el mundo.

III.1.2b PEGINTERFERÓN ALFA-2^a (PEGASYS)

El Pegasys (peginterferon alpha-2 a), el interferón pegilado de Roche, obtuvo una respuesta virológica sostenida en el 39% de pacientes, o sea el doble de lo logrado con el tratamiento corriente, el interferón alpha-2a. Los descubrimientos fueron presentados en el 35° encuentro anual de la Asociación Europea para el Estudio del Hígado (EASL), Rotterdam, Holanda, Mayo 1-3 de 2000. Pegasys esta ahora aprobado en U.S, Canadá y otros países

III.1.3 COMBINACIONES DE INTERFERÓN

III.1.3a INTERFERÓN Y RIBAVIRINA COMBINADOS

La terapia combinada era hasta recientemente el tratamiento estándar hasta que fue aprobado el interferon pegilado. De todas maneras Ud. encontrará útil la información que sigue.

La Ribavirina es un análogo nucleósido que estimula las células T en el organismo para luchar contra el virus. Este proceso provoca el cambio en el material genético del virus de forma que no pueda sobrevivir, de acuerdo con el Dr. Raul Andino, en un estudio publicado en Mayo de 2001, en los Proceedings of the National Academy of Sciences. La Ribavirina no es eficaz por si misma, aunque reduce la ALT, en tanto que se tome la droga. Actúa en conjunto con el interferón, permitiendo a más personas mantener su respuesta cuando se combinan las dos drogas.

El efecto colateral más común asociado en esta terapia son los síntomas gripales, como dolor de cabeza, fatiga, dolor de músculos, fiebre y la destrucción severa de células rojas de la sangre, que puede ser suficiente para resultar en anemia.

Se han reportado también desórdenes psiquiátricos. La depresión es por lo regular un efecto colateral común, y en algunos casos puede llegar a ser severa. Se han informado de raros casos de pensamientos suicidas y de intentos de suicidio.

La terapia combinada está asociada a un significativo riesgo de desarrollo de anomalías fetales, y las mujeres en edad de concebir no deberían empezar esta terapia sin antes tener la seguridad de no estar embarazada mediante la pertinente prueba.

“Una respuesta virológica al sexto mes de la suspensión de la combinación interferón alfa y ribavirina en pacientes con hepatitis C crónica, se estima como una respuesta duradera y completa en un 97.8% (tanto bioquímica como virológica.)” (Lancet 2000;356:41).

“Ensayos clínicos de exploración sobre la hepatitis C patrocinados por compañías farmacéuticas realizados con carácter aleatorio en pacientes de distintos centros, han demostrado que la eliminación del virus VHC es más probable en aquellos que fueron tratados con interferones que los que no han recibido tratamiento. La eliminación virológica sostenida inducida por el tratamiento está altamente correlacionada con el progreso bioquímico, ausencia continuada de virus circulantes, mejor histología, desarrollo de la calidad de vida en cuanto se relaciona con la salud, y más probablemente, un menor riesgo de muerte prematura por enfermedades terminales hepáticas, o hepatocarcinoma relacionado con cirrosis. La combinación de interferón-2b más ribavirina es probablemente de mejor resultado en la eliminación virológica sostenida, que el tratamiento basado en interferón-2b solo y se ha convertido en el tratamiento de elección en pacientes no tratados previamente.” (American Journal of Gastroenterology Editorial June 2000;95[6]:1392-1393)

Recientemente, ha salido a la luz que hay una relación directa entre la terapia Interferon/ribavirina y la osteoporosis (Journal of Hepatology 2000;33:812-817). Así también pequeñas pérdidas de memoria y problemas neurológicos, han sido asociados a la terapia combinada. Algunos pacientes han sufrido daños neurológicos permanentes como resultado de esta terapia.

Pegilado IFN y Ribavirina

El pegilado IFN de Schering más ribavirina (Peg-Intron/Rebetrol) ha sido aprobado y es un tratamiento estandar. (<http://www.niddk.nih.gov/health/digest/pubs/chrnhepc/chrnhepc.htm>).

La dosis recomendada para esta terapia combinada, está basada en el peso del paciente. Ha sido recientemente sugerido que la inyección debe ser dada dos veces a la semana en vez de una sola. (Bruno, R et al, Pharmacokinetics of Peginterferon Alfa-2A (40KD, Pegasys) comparado con Peginterferon Alfa-2B (12KD, Pegintron) en pacientes placebo con hepatitis C crónica (CHC) Abstract Number: 4203.00.)

En pruebas donde la dosis óptima de Peg-Intron fue combinada con ribavirina, muestra una respuesta sostenida viral a una tasa del 42% en pacientes con genotipo 1, y el 82% en pacientes de genotipo 2 y 3 y en el resto, muestra una respuesta sostenida viral del 54%.

Pruebas clínicas con Pegasys + Copegus (ribavirina) muestra un 51% de tasa de respuesta sostenida viral (SVR) en pacientes de genotipo 1, pacientes en tratamiento por 48 semanas con 1000-1200mg Copegus y un 82% SVR en pacientes de genotipo 1 tratados por 24 semanas con 800 mg de Copegus www.rocheusa.com/newsroom/current/2003/pr2003011301.html)

Pegasys + Copegus ha sido aprobado. Roche está reclutando mil pacientes, en un estudio conocido como REPEAT (Repetir tratamiento con Pegasys en pacientes que no responden a la terapia combinada)

Los investigadores han hecho adicionar un IFN “regular” (de 3 inyecciones a la semana) con IFN pegilado más ribavirina. Los autores del estudio dicen que el pegilado decrementa el efecto del IFN en un 35%, así que ellos sugieren que se combinen dos drogas para maximizar el efecto antiviral, así como el ataque sostenido del virus. 35 pacientes se han reclutado (10 que no responden y 25 nunca-antes-tratados de genotipo 1). 86% ha respondido incluyendo el 80% de lo que no respondían. El combo parece ser seguro y la tasa de respuesta es mejor que PEG/RBV, sin embargo la tasa sostenida aun no está disponible y necesita ser probada en más pacientes. (Abstract 12603, Scott M. Gioe, Combinando INF alfa 2b con PEG-INF alfa-2b y Ribavirina en el tratamiento de los que no responden a un tratamiento previo y placebos genotipo 1 con Hepatitis C activa crónica).

TRATAMIENTO DE RECAIDA Y DE NO RESPUESTA. Las personas que no han tenido una respuesta sostenida pueden esperar una tasa de respuesta de cerca del 20% para los que no responden y 50-60% para los que recaen, si ellos toman interferon pegilado alfa/ribarina (Mark Sulkowski, MD, www.natap.org).

III.1.3b IFN PEGILADO Y VIRAMIDINA

Viramidina es una pro-droga de ribavirina. La viramidina va directamente al hígado, lo que supone que no causaría tan fácilmente la anemia.

Se han reclutado 180 pacientes para evaluar la viramidina comparada con la ribavirina. Estos pacientes se dividieron en tres grupos con diferentes dosis de viramidina, y un cuarto grupo con ribavirina. Ambos grupos tomaron Pegasys. Después de 24 semanas “la viramidina demostró una actividad antiviral comparable con la ribavirina cuando es usada en combinación con peginterferon alfa-2^a, pero con una muy baja incidencia en la anemia hemofílica.”(www.hcvadvocate.org Alan Franciscus, Update from EASL 2005)

III.1.3c INTERFERÓN Y LA TERAPIA REDUCTORA DE HIERRO

Un estudio publicado en el American Journal of Gastroenterology, vol. 89, n° 7, sugiere que usar la “Terapia Reductora de Hierro” junto con interferón puede resultar en una cura efectiva en el área del 75-80% y que añadiendo citoquinas y antivirales tales como la ribavirina puede mejorar aún más su efectividad. La teoría de fondo es que esos virus necesitan hierro para replicarse y reduciendo el hierro hepático en el hígado se previene su replicación. Debe hacerse constar que este procedimiento no está aprobado por la FDA (Administración de Alimentos y Drogas). Los experimentos no están todavía concluidos.

El hierro es un elemento requerido para la replicación de virtualmente todos los microorganismos virulentos. Reducir la cantidad de hierro ayuda a limitar la replicación del virus de la hepatitis C. El papel del hierro influenciando la historia natural de la hepatitis viral ha sido informada en un estudio iniciado hace más de 15 años (Blumberg BS, Whitford PL. “Cambios en los niveles de hierro sérico debido a infección con el virus de la hepatitis B.” Proc Natl Acad Sci USA 1981;78:3222-4). En este estudio se ha observado que pacientes con infección por hepatitis B viral con hierro sérico o niveles de ferritina más altos tenían mayor probabilidad de desarrollar infecciones crónicas que aquellos con niveles más bajos, quienes con más frecuencia resolvían sus infecciones espontáneamente.

Incrementos en niveles de ferritina sérica, hierro, y saturación de transferrina han sido también observadas con alta frecuencia en pacientes con hepatitis C crónica, y niveles elevados han sido, en general, asociados con menores posibilidades de respuesta a la terapia con interferón.

Respondedores sostenidos al interferón tienen, por término medio, concentraciones más bajas de hierro hepático que los no respondedores.”

En una noticia facilitada por Hayasi y colegas (Am J Gastroenterol 1994;89:986-8) se ha informado que la sola reducción de hierro, por repetidas fleboextracciones (flebotomías o sangrías), conducen a una mejora significativa en los niveles de ALT en la hepatitis C crónica.

Estudios hechos desde 1998 por Fong y Fontana han demostrado que la flebotomía (sangría) combinada con interferón reduce la inflamación del hígado, pero no la fibrosis. Parece reducir la carga viral y puede mejorar la respuesta sostenida, pero los resultados no son suficientes para ser estadísticamente importantes. Journal of Hepatology 1998; 28:369-374 y Hepatology 2000; 31:730-736). Estos estudios se realizaron sin añadir la combinación de interferón con ribavirina. Hacerlo así podría resultar complicado, ya que la ribavirina tiende a provocar anemia.

Tandon y otros (Br. J. Nutr. 1999) han demostrado que una dieta vegetariana especial baja en hierro fue capaz de reducir significativamente los niveles de hierro sérico y de ferritina. Kimura F, y otros están de acuerdo que una dieta baja en hierro mejora los efectos de la flebotomía. (Hepatogastroenterology. 2005 Mar-Apr;52(62):563-6.)

La lactoferrina bovina, 1.8-3.6 gr. al día durante 8 semanas, redujo los niveles de ALT y la carga viral en 3 de 11 pacientes. Esto podría ser utilizado con alguna combinación de terapias antivirales, incluyendo IFN más ribavirina, sin efectos colaterales. (Jpn. J. Cancer Res. 1999; 90:367-71).

III.1.3d INTERFERÓN Y TIMOSINA

Los investigadores creen que Zadaxin, timosina alpha-1, un polipéptido sintético de SciClone, actúa reforzando la capacidad del sistema inmune humano para producir células T.

En Noviembre de 1996, los resultados del estudio de fase III, en pacientes con hepatitis C crónica, recibiendo terapia combinada de timosina alpha-1 e interferón alpha-2B, mostró que casi el 50% de los 65 pacientes habían completado la normalización de ALT en el grupo tratado con la combinación de timosina, y menos del 20% en el tratado con interferón solo. También se observó una respuesta virológica significativamente temprana en pacientes tratados con la terapia combinada comparándola con el grupo del interferón.

En otro experimento en los Estados Unidos. sobre hepatitis C, respondió el 41.9% de los tratados con Zadaxin combinado con interferón, mientras que solamente el 16.6% obtuvo respuesta de los tratados con interferón solo, de acuerdo con el sitio web de SciClone.

Se han reportado fiebre, fatiga, dolor en los músculos, náusea, vómito y neutropenia de una manera significativamente mas alta cuando se usa Zadaxin en combinación con IFN, en contraste a su uso con IFN alpha 2b solo o con placebo. (Hepatology 1998; 27:1128-35).

Zadaxin no está todavía aprobada en Canadá, sin embargo ahora esta disponible en Estados Unidos, Europa y otros países, incluyendo México. (<http://www.scicloneinternational.com/>).

Los resultados de la fase III experimental en pacientes que no responden, han completado 48 semanas, de terapia triple combinada de Pegasys con Zanadin, mostrando un SVR en 6 de 30 (20%) a la semana 72. 26 de los pacientes infectados con genotipo 1 tienen SVR de 23% (6 de los 26 pacientes).

III.1.3e INTERFERÓN Y GM-CSF -

Los efectos del factor estimulante en colonias de granulocitos/monocitos (GM-CSF) han sido generalmente frustrantes: es costoso, escasamente tolerado y sin efectos benéficos excepto quizá en algún paciente específico que desarrolle severa neutropenia debido al interferón, en cuyo caso GM-CSF puede permitir la continuación de una dosis más alta del medicamento.

GM-CSF esta disponible basado en cada caso particular, limitado según las bases de Schering-Plough al "uso compasivo" (201-298-4000, Departamento de Servicios Profesionales). Los pacientes que califiquen para esta terapia, deben tener un recuento bajo de leucocitos WBC debido a una enfermedad subyacente o una terapia con drogas. Los representantes de Schering-Plough, hablarán de cada caso individual con el médico del paciente.

Un ensayo "open label" (de nivel abierto, es decir, no aleatorio y no ciego) de GM-CSF más dosis altas de interferón alpha 2b fue desarrollado en 16 pacientes con hepatitis C crónica, que o bien habían fracasado

en eliminar el virus con 6 meses de terapia en dosis altas diarias de IFN (5 MU diariamente), (n=22), o fueron considerados no tratables debido a lo avanzado de la enfermedad y leucopenia (n= 2). La dosis de GM-CSF utilizada fue de 500 µg por vía subcutánea dos veces por semana. La dosis diaria de IFN usada fue 5 MU. Ambos agentes fueron suministrados durante 4 meses. Cinco de los 16 pacientes de hepatitis C respondieron a la terapia combinada habiendo fracasado previamente con la terapia de IFN solo.

Datos de otro estudio sugieren que la combinación de GM-CSF e IFN puede ser más efectiva que con el IFN solamente, consiguiendo la eliminación viral. --“Experiencia Preliminar con GM-CSF más Interferón en Pacientes con HVB y VHC Resistentes a Terapia de Interferón,” *Journal of Viral Hepatitis* 1997;4:101-106)

“La administración subcutánea diaria de GM-CSF es segura y muestra efectos contra la VHC; la combinación GM-CSF/IFNalpha2b tiene una actividad antiviral adicional—pero transitoria-- en hepatitis C crónica.” (*Citokine* Febrero 2000;12(2):165-170).

“...porque la administración de G-CSF y el mejoramiento resultante en episodios de neutropenia puede prevenir una reducción en la dosis de interferón pegilado, se puede alcanzar potencialmente una mejor respuesta viral sostenida.”

(Rowen K. Zetterman, MD, FACP, www.medscape.com/viewarticle/511336 08/29/2005)

III.1.3f INTERFERÓN Y NAC

En la hepatitis C crónica el stress oxidativo aumenta, pero el plasma y las concentraciones en hígado de GSH decrecen. El NAC oral (1800 mg/d), aunque con poco efecto por sí solo, puede mejorar la respuesta al interferón, aunque los estudios tienen resultados conflictivos. La mayoría no muestran reducción en los niveles de ALT o de carga viral.

De acuerdo con la noticia publicada en el *Journal of Interferon Research* (13:279-282 1993), en pacientes no respondedores al interferón, la adición de 600 mg. (3 veces al día) de N-acetil cisteína oral (NAC), un precursor del glutatión, dio como resultado la firme regresión de valores de ALT en todos los pacientes, con completa normalización en el 41% de los casos después de 5-6 meses de terapia combinada. Los autores concluyeron que el NAC mejora la respuesta al interferón en la hepatitis C crónica, y sugirieron que se necesitarán estudios ulteriores para determinar si la terapia antioxidante pudiera ser útil, en conjunción con el interferón en el tratamiento de la hepatitis C.

Estudios hechos en 1999 sobre 147 pacientes en España e Italia concluyeron que, si bien el tratamiento combinado mostraba resultados ligeramente mejores, los pacientes con infección por hepatitis C crónica no era probable que se beneficiaran de la adición del N-acetil cisteína al interferón alpha.

Un estudio italiano publicado en septiembre de 2000 por S. Neri, et al, sobre 77 pacientes mostró que los tratados con IFN solo, recayeron más pronto, y concluyeron en que “la diferencia entre los resultados en pacientes tratados con interferón y N-acetil cisteína y los que recibieron interferón solo, fue significativa...[nosotros] recomendamos el uso mas amplio de esta asociación”. (*Panminerva Med* 2000 Sep; 42[3]:187-92).

III.1.3g INTERFERÓN Y AMANTADINA

Younossi ZM, en (*Dig Dis Sci.* 2005 May;50(5):970-5) dice “La adición de amantadina al interferon pegilado alpha-2b y ribavirina no parece incrementar la eficacia de este régimen.”

En este estudio 400 nuevos pacientes, no tratados, fueron tratados con IFN + ribavirina, y con amantadina o un placebo. “SVR fue observado en el 52% del grupo de amantadina y en 43.5% en el

grupo de control (P = .11). Entre pacientes con VHC con infección de genotipo 1, la correspondiente relación SVR fue de 39% y 31%, respectivamente.”(T Berg. Triple terapia con amantadina en tratamiento para nuevos pacientes con hepatitis C crónica: *Hepatología* 37 (6):1359-1367. June 2003).

Si la amantadina funciona es probable que involucre un inmunomediador que induce la producción de interlucinas y puede ser usada de mejor manera combinada con interferón y ribavirina para producir un efecto sinérgico. Se necesita una mayor investigación del asunto. (J. K. Lim, *J Hepatitis Viral* Sept 2005)

Investigadores egipcios, están buscando un tratamiento efectivo y económico para pacientes VHC, se reclutaron 170 nuevos pacientes no tratados, con un estudio de ALT elevado. Al Grupo I se les dio una combinación diaria de ribavirina (600-800 mg) más amantadina (200 mg) y ácido ursodeoxicolico (UDCA) (500 mg) por 24 semanas. Al Grupo II le fue dado cardo lechero (“milk thistle) 450 mg/día por 24 semanas. Los resultados basados en los pacientes que permanecieron después que 16 se retiraran: ALT fue normal en el 58.5% y 15.3%, respectivamente, y al final del tratamiento la respuesta virológica (ETVR) fue lograda en un 2.4% y 0% de los Grupos I y II, respectivamente. Veinticuatro semanas después de finalizar la terapia la respuesta sostenida bioquímica (SBR) fue mantenida en el 28% y 2.8%, y el SVR fue mantenida en 2.4% y 0%. Las biopsias muestran mejoras en los pacientes del Grupo I (PMID: 15998425

III.1.3h INTERFERÓN Y EL ACIDO URSODEOXYCHOLICO (ACTIGALL)

El ácido ursodeoxicólico (UCDA) es un ácido de la bilis altamente hidrófilo, que disuelve el colesterol y la grasa en los intestinos, y cuenta con factores inmunes moduladores. Es una droga aprobada que puede limitar el daño al hígado y el efecto del VHC. Estudios clínicos demostraron que el UCDA solo no reduce significativamente los valores de la carga viral.

Pruebas en 170 pacientes de más de 6 meses mostraron que la combinación de ácido usodeoxicólico (600 mg/día) y glicirricina es segura y efectiva y mejora los niveles de ALT. Esta combinación puede ser una alternativa al interferón en la infección por hepatitis C crónica, especialmente en pacientes inestables o resistentes al interferón. (*Eu J Gastroenterol Hepatol* 1999 Oct;11(10):1077-83)

Un estudio en 26 pacientes VHC tratados con IFN + ribavirina + UDCA mostró que la terapia les mejoró completamente la salud, disminuyendo el stress oxidativo y los niveles de peróxidos lipídicos en el plasma, aun en casos de recaída después de 6 meses de acabar el tratamiento. Los investigadores sugieren realizar mas estudios. (*Hepatogastroenterología*. 2005 Jul-Aug;52(64):1191-6)

III.1.3i INTERFERÓN Y VX-497

El VX-497, or merimepodib, producido por Vertex Farmacéuticos, es un inhibidor de la inosina monofosfato deshidrogenasa (IMPDH), actualmente en experimentación clínica para el tratamiento de la infección por VHC. La función bloqueante del IMPDH previene la proliferación vírica consecuente con su duplicación dentro de las células huésped.

Un estudio aleatorio de VX-497 solo, aplicado en 30 infectados por VHC no respondedores a la monoterapia IFN, dió como resultado la disminución en la inflamación del hígado y en los niveles de ALT.

A un grupo de 31 pacientes, genotipo 1, no respondedores se les dió VX-497, 25 o 50 mg cada doce horas, o un placebo, junto con peg-IFN más ribavirina por 24 semanas. Los que respondieron en 24 semanas, se les prolongó el tratamiento por otras 24 semanas. Los resultados preliminares a las 24 semanas demostraron que la dosis más alta de VX-497 cuando es usada con peg-IFN más ribavirina dió lugar a un PCR imperceptible en el 85% de pacientes, fue bien tolerada, y produjo el número más alto (el 85%) de pacientes con la carga viral imperceptible. (Actualización de EASL Mayo 2004 hcvadvocate.org)

III.1.4 DISTINTA DOSIFICACIÓN

III.1.4a MEGA DOSIFICACIÓN

Un estudio de pacientes con ALTs normal concluyó que estos pacientes deben ser tratados con altas dosis de IFN si tienen una respuesta favorable (Hepatogastroenterología. 2003 Enero-Feb;50(49):165-9).

Ha habido muchos estudios, la mayoría en no respondedores, con altas dosis de interferón, al principio de la terapia (dosis de la inducción) o durante la terapia. Los efectos secundarios son mayores, y más gente recae de estos ensayos. Se están haciendo estudios con interferón de consensus en altas dosis (www.natap.org Alta dosis de interferón de Consensus en Peg-IFN/Ribavirina, no respondedores, divulgados por Julio Levin.)

III.1.4b DOSIS DE MANTENIMIENTO

Manteniendo una terapia con dosis bajas de peginterferón se puede reducir el riesgo de desarrollar una cirrosis descompensada y cáncer del hígado en personas con fibrosis avanzada. Hasta el 40% de estos pacientes pueden experimentar una respuesta histológica (no dañar tanto el tejido fino del hígado) aunque la carga viral sea imperceptible. Varios estudios en curso están revisando si la monoterapia a largo plazo del peginterferón es una opción beneficiosa para las personas con enfermedades avanzadas del hígado (<http://hepcassoc.org/noticias/article71.HTML>).

El NIH (Instituto Nacional de la Salud—EE.UU) ha empezado los ensayos de HALT-C para probar la monoterapia prolongada con IFN pegilado en no respondedores. Los resultados no estarán disponibles en varios años. Otro estudio en curso se llama “copilotos”. Se espera que estos estudios prueben la eficacia de mantener la terapia (WWW.natap.org, Trabajando duro para tratar pacientes, divulgados por Julio Levin).

Un ensayo que implica a 12 pacientes trasplantados demostró que dosis bajas de mantenimiento diario fueron generalmente toleradas, la inflamación (predominantemente la inflamación portal) mejoró y la fibrosis permaneció estable al final de la terapia en los pacientes tratados, con ninguna diversificación de cuasiespecies en la mayoría de los casos. Los controles demostraron que no hubo cambios ni aumento de inflamación ni fibrosis. Estos hallazgos proporcionan una base razonable para estudiar la aplicación de dosis bajas diarias o la terapia de mantenimiento con interferón pegilado para el manejo de la hepatitis C en casos de post-transplante. (Transplantation. 2001.;71:261-266)

III.1.4c DOSIS DE INDUCCIÓN

La dosificación de inducción consiste en dar altas dosis de interferón una vez al día. En este ensayo, todos los pacientes con respuesta virológica sostenida tenían una disminución en los niveles VHC RNA de más de 3 logs dentro de las 4 primeras semanas de tratamiento. (Medscape Gastroenterology, 3[3]2001)

En el AASLD Annual Meeting en Dallas, Texas, en Octubre de 2000, había sido demostrado que altas dosis diarias de IFN alpha no tenía un efecto significativo en resultados a largo plazo si el tratamiento programado era cambiado a un régimen de 3 veces por semana más adelante durante la terapia.

La dosis de inducción está siendo probada con interferones pegylados y ribavirina.

III.1.4d TRATAMIENTO PROLONGADO

En un estudio en distintos centros italianos en no respondedores, los pacientes recibieron 3 o 5 MU IFN-alpha-2b durante 6 o 12 meses en combinación con ribavirina. Con el régimen de tratamiento más agresivo, las respuestas sostenidas fueron significativamente más altas solamente entre los pacientes con genotipo 1, no entre aquellos con genotipo 2 o 3, pero la respuesta sostenida fue solamente del 23%, incluso en pacientes tratados con 5 MU IFN-alpha 3 veces por semana en combinación con ribavirina durante 12 meses (Medscape Gastroenterology, 3(3) 2001)

La dosificación prolongada se ha utilizado en pacientes con genotipo 1b, con SVR mejorado. El tratamiento duró 72 semanas (J Gastroenterol. 2003; 38 (2):158-63.PMID: 12640530). Un estudio de 3 años fue hecho en Japón con 12 pacientes no respondedores genotipo 1b. Se les dió 6 MU de IFN natural tres veces a la semana. Un paciente se retiró. Del resto, el 36% demostraron una respuesta sostenida y el 45%, una respuesta bioquímica (Volumen 27 investigación de Hepatología, Edición 4, Diciembre de 2003, 266-271).

III.2.0 INTERLEUKINAS

Las primeras pruebas de laboratorio demostraron que algunas interleukinas podrían suprimir el virus de la hepatitis C, aunque estudios posteriores han mostrado que no son muy efectivas. Aun así, los científicos continúan intentando desarrollar compuestos con interleukinas contra la hepatitis C.

Interleukina-2 combinada con IFN + el ribavirina no funcionaron (Antivir su. 2005; 10 (4):499-504).

Interleukina-10 es una citoquina que controla respuestas inflamatorias y fibrosis hepática. A veinticuatro pacientes no respondedores le fueron dados 4 o 8 µg/kg IL-10 subcutáneo diariamente por 90 días, y tenían biopsias del hígado antes y después de la terapia. Veintidós pacientes finalizaron el tratamiento. Los niveles ALT y la inflamación del hígado mejoraron, pero no había cambio en carga viral, sin embargo las mejoras en ALTs y la fibrosis después de 12 semanas de la terapia eran similares a éstas consideradas en terapia de IFN después de 48 semanas del tratamiento (Gastroenterología 2000;118:655-660).

Los resultados de la fase de diseño abierto del estudio con 5 microg/kg de rhIL-11 (Neumega) inyectado diariamente por 12 semanas demostró mejores resultados de la biopsia en 11 de los 20 pacientes estudiados. El tratamiento parecía causar una disminución de los niveles de ALT de un promedio de 113 IU/L a 65 IU/L en la semana 12. Las plaquetas aumentaron también. Los resultados del estudio sugieren que rhIL-11 puede ser bueno para los pacientes con inflamación del hígado y enfermedad avanzada del hígado por VHC crónico. Se garantiza más pruebas. (J Gastroenterol. DEC 2004; 99 (12):2359-64.)

Tristemente, un estudio reciente con IL-12 muestra una eficacia muy baja, y sugiere que no es la respuesta para los que esperan otros tratamientos además del interferón (Hepatology; 37: 1368-1374 (2003).

III.3.0 TERAPIA PARA HVC BASADA EN LA PROTEINA

El gen de la VHC está compuesto por varias enzimas (proteínas) que son el objetivo para el desarrollo de las drogas.

III.3.1 INHIBIDORES DE LA PROTEASA

Una vez que el VHC penetra en una célula hepática, sus genes guían la producción de proteínas que se convertirán en el núcleo interno y la cubierta superficial de nuevas unidades virales. Primero que nada el VHC crea una proteína inmadura (una especie de material laminar inconcluso) que la proteasa de la hepatitis C corta transformándola en proteínas acabadas, las cuales luego se transforman en la cubierta exterior del virus.

Los científicos han desarrollado inhibidores de la proteasa los cuales se adhieren a ésta y evitan su función de tijera. Estas drogas han sido utilizadas en el tratamiento del VIH durante años, y se espera que sean igualmente valiosas en tratamientos para la hepatitis C. (www.veritasmedicine.com).

VX-950: Se han publicado los resultados finales de una prueba clínica Fase Ib de seguridad y actividad antiviral del medicamento de Vertex VX-950, un inhibidor oral de la proteasa, los cuales muestran los efectos de diferentes dosis en 34 pacientes tratados durante 5 días, y 14 días. La prueba clínica incluyó un grupo placebo. En 26 de los 28 pacientes que tomaron VX-950, se evidenció una reducción de carga viral de más de 3 log₁₀ en 2 días. La dosis más efectiva fue de 750 mg cada 8 horas, la cual resultó en una reducción promedio de carga viral de 4.4 log₁₀ luego de 14 días de tratamiento. No se evidenció cambio alguno en el grupo placebo, ni se presentaron efectos secundarios importantes o suspensiones.

(www.aidsmap.com/en/news/3AD30BFA-B70F-45A0-A7E3-797D623BEE0F.asp)

56th Annual Meeting of the AASLD 2005 Abstract ID: 62580)

La prueba clínica Fase II en los Estados Unidos será de 28 días en 12 pacientes que nunca han sido tratados (por razones de seguridad) y combinará VX-950 con Peg-IFN y ribavirin. Los pacientes continuarán recibiendo tratamiento estándar luego de esa parte de la prueba clínica. Se espera que para comienzos del 2006 esta prueba se pueda expandir para incluir un estudio de 3 meses en aproximadamente 200 pacientes que nunca han sido tratados. En las pruebas Fase II se utilizarán tabletas.

(www.vpharm.com/Pressreleases2005/pr120505.html)

SCH 503034: Schering, productor del inhibidor de la proteasa oral HCV NS3, ha presentado datos de una pequeña prueba clínica Fase II en pacientes resistentes a tratamientos estándar. A todos los pacientes se les suministró únicamente 200 o 400 mg. de SCH503034 durante una semana, Peg-Intron durante 2 semanas, y ambos medicamentos durante 2 semanas, pero en diferente orden. La combinación mostró mejores resultados en comparación con la terapia estándar. El SCH503034 pareciera ser seguro, con pocos efectos secundarios, y no evidencia problemas cardíacos como los presentados con un inhibidor de la proteasa anterior (BILN-2061). Un paciente desarrolló una posible mutación resistente.

(www.aidsmap.com/en/news/3AD30BFA-B70F-45A0-A7E3-797D623BEE0F.asp) 56th Annual Meeting of the AASLD 2005)

IDN-6556: Idun Pharmaceuticals está diseñando pequeñas moléculas caspasas inhibidoras de la proteasa para inhibir la muerte celular en tejidos y órganos. Su producto IDN-6556 fue considerado seguro y bien tolerado en una prueba clínica Fase I que incluyó 50 adultos, algunos con VHC. (PRNewswire Jan. 31, 2002, Idun Pharmaceuticals' Clinical Trial Demonstrates Safety Of Liver Disease Drug, and May 20, 2002, IDN-6556, a caspase inhibitor completes Phase I clinical trial for HCV). Las pruebas Fase II debieron haber finalizado en mayo del 2005. El producto fue tomado oralmente una o dos veces al día durante 14 días, siendo bien tolerado y generando una disminución de aminotransferasas.

(www.hivandhepatitis.com/2004icr/39easl/documents/0503/050304_hcv_a.html). Se ha designado como fármaco huérfano en los Estados Unidos para su uso en pacientes con transplantes.

GS 9132 (ACH-806), un inhibidor de la proteasa, es un novedoso quimiotipo con potente actividad contra diversos flavivirus. Achillion y Gilead están desarrollando esta droga administrada por vía oral para el tratamiento de la Hepatitis C. La compañía inició pruebas Fase I aleatorias, doble ciego, con grupo placebo e intensificación de dosis en humanos en agosto del 2005. Se espera incluir cerca de 20 personas.

(www.achillion.com/).

SCH6: Los investigadores han encontrado un activador, que libera IRF-3 (factor 3 regulador del interferón), y lograron aislar la proteasa que bloquea el IRF-3. El inhibidor de la proteasa SCH6 de Schering-Plough se está utilizando para investigaciones con pacientes genotipo 1 del VHC. Se espera que pueda lograr mayor efectividad en los tratamientos IFN, incluso con dosis menores (Scienceexpress, April 17, 2003). Está aún en etapas pre-clínicas. (www.pnas.org/cgi/content/full/102/8/2986)

III.3.2 INHIBIDORES DE LA POLIMERASA

“La región NS5B del VHC contiene polimerasa. Esa región asemeja a una rosca plana y contiene tres áreas que interactúan entre sí llamadas dedos, palmas y pulgares. Estas áreas forman un círculo alrededor del sitio activo, creando así una hendidura. Esta hendidura constituye uno de los objetivos de las drogas en desarrollo. La región NS5B es bastante similar en todos los genotipos y es única en el VHC. (McHutchison, J. MD, Hepatology, November 2002)

Existen dos tipos de inhibidores de la polimerasa: nucleósidos análogos, como el ribavirin, cuyo mecanismo no se comprende aún del todo, e inhibidores no-nucleósidos, de los cuales ninguno ha llegado aún a pruebas de primera etapa.

(www.centerforaids.org/rita/1204/pipeline.htm)

NM283 (Valopicitabine) es un nucleósido análogo oral inhibidor de la polimerasa de la hepatitis C. Resultados preliminares de estudios estadounidenses Fase IIb fueron presentados en la 56 Conferencia Anual de la AASLD. 190 pacientes genotipo 1 resistentes a tratamientos estándar fueron tratados en 5 brazos experimentales, algunos de los cuales incluyeron Pegasys, y otros peg-IFN + ribavirin. 152 pacientes completaron 12 semanas de tratamiento. Se excluyeron los que presentaron recaídas. A las 12 semanas, el brazo (grupo de pacientes) con la combinación de 800 mg. NM283 mostró un descenso en la carga viral de hasta 2.77 log₁₀, en comparación con 1.92 log₁₀ en el brazo con terapia estándar. No se evidenciaron efectos secundarios que obligaran a limitar las dosis, tampoco recurrencia del virus durante el tratamiento (breakthrough), ni se ha evidenciado hasta los momentos resistencia. “En los brazos experimentales de combinación 400-800 y 800 mg de valopicitabine, 21% alcanzó la menos un descenso de 4-log en el ARN del VHC, comparado con un 6% en el brazo pegylated interferon/ribavirin.”

(www.aidsmap.com/en/news/3AD30BFA-B70F-45A0-A7E3-797D623BEE0F.asp 56th Annual Meeting of the AASLD 2005)

El estudio clínico multi-dosis de R803 Rigel Pharmaceuticals es una prueba Fase I/II, controlada con placebo doble ciego, de dosis ascendentes en sujetos con VHC. Los resultados de un estudio clínico Fase I de R803 en voluntarios sanos no mostró efectos adversos. Esta droga es administrada por vía oral, y ha demostrado funcionar efectivamente con IFN en ensayos pre-clínicos.

(www.rigel.com/rigel/pr_1085185520 Press release 5/24/04)

JTK-003, un inhibidor de la polimerasa, fue bien tolerado en estudios de Fase I. Los resultados aún no se han publicado. Se están planificando ensayos de mayor escala para pacientes genotipo 1 resistentes al tratamiento. Un estudio patrocinado por Akros Pharma (la captación ha sido completada) comparará la seguridad y eficacia del JTK-003 combinado con Peg-IFN al Ribavirin y Peg-IFN en un estudio de 12 semanas de duración.

(Walker M, et al, Curr Opin Pharmacol. 2002;2:534-540 and hcvadvocate.com, and McHutchison, JG, MD, Hepatology, November 2002) (www.jti.co.jp/JTI_E/IR/03/P.L.20030508_E.pdf)

HCV-796: Las compañías farmacéuticas ViroPharma y Wyeth han aplicado para una evaluación del HCV-796, un inhibidor de la polimerasa. Están planificando un ensayo clínico a finales de este año con voluntarios sanos para verificar la seguridad de la droga y sus posibles efectos secundarios. Hasta los momentos los estudios han mostrado que esta droga es posiblemente la más poderosa contra el VHC que estas compañías poseen. Su droga HCV-086 se encuentra ya en etapas de ensayo clínico.

(www.viopharma.com Feb. 14, 2005) (www.viopharma.com/healthcare/current3.html)

PSI-6130: En octubre del 2004, Roche y Pharmasset se unieron para desarrollar inhibidores nucleósidos de la polimerasa para el VHC. PSI-6130, un nucleósido análogo aún en desarrollo pre-clínico, es su candidato favorito. Ha mostrado ser eficaz contra el virus en pruebas de laboratorio, y probablemente podría ser administrado por vía oral. Ambas compañías esperan que esta droga sea efectiva al ser combinada con Pegasys y Copegus para pacientes resistentes al tratamiento, y están planificando un estudio clínico Fase I en voluntarios sanos para el 2006. (www.pharmasset.com/psi-6130.asp) Roche también se encuentra en proceso de desarrollar los siguientes inhibidores de la polimerasa: R 1270, R1479, R1626,

7-deaza-2'-C-methyl-adenosine: Dos inhibidores de la polimerasa, triphosphates de 2'-C-methyl-adenosine y 2'-C-methyl-guanosine, han demostrado ser efectivos contra el VHC. En este estudio, estas sustancias fueron modificadas al incluir una sustancia adicional llamada 7-deaza, lo cual las rinde 20 veces más poderosas. Han sido probadas en animales y ratones de laboratorio. Los investigadores creen que la 7-deaza-2'-C-methyl-adenosine es un buen candidato para estudios posteriores. (Espero que logren darle un nombre más práctico.) (Olsen, DB; et al Antimicrob Agents Chemother. 2004 Oct; 48[10]: 3944-53)

BC2125 (XTL-2125) y BC2329 creados por XTL Pharma están siendo estudiados en ratones Trimera. Estos productos merecen una investigación más a fondo, pues han demostrado niveles de toxicidad y efectividad aceptables contra el VHC. BC2125 podría ser administrada por vía oral. La compañía espera aplicar a la FDA a finales del 2005 o principios del 2006.

(www.hivandhepatitis.com/2004icr/39easl/documents/0421/042104_hcv_b.html 04/2004)

(www.xtlbio.com/products/xtl6865.html)

Abbot Labs, Merck & Co, Tularik y Biocryst se encuentran actualmente formulando terapias genéticas dirigidas a inhibir la polimerasa del VHC (www.veritasmedicine.com), (www.biocryst.com/hepatitis.htm).

ViroLogic, Inc. recibió fondos del Instituto Nacional de la Salud estadounidense (U.S. National Institutes of Health), para desarrollar un estudio de susceptibilidad de su inhibidor de la polimerasa contra el virus de la hepatitis C (/PRNewswire 9/3/03).

Medivir ha enfocado su investigación en inhibidores de polimerasa y proteasa del VHC, ya que estas enzimas pueden ser estudiadas en pruebas in vitro.

(www.medivir.se/v2/eng/superframe_business.asp?title=Product+Portfolio&url=hepatit_b_c/hepatit.asp)

Existen otras compañías trabajando con posibles inhibidores de la polimerasa: BioCryst (www.biocryst.com/hepatitis.htm), Enanta, Chiron.

III.3.3 INHIBIDORES DE LA HELICASA

La helicasa NS3 es una enzima que se adhiere a la doble cadena del ARN del VHC y la desdobra, de manera que las cadenas resultantes puedan ser utilizadas para producir más ARN o para transformarse en proteínas. Si estas cadenas no pudiesen desdoblarse, el VHC no podría reproducirse. La helicasa tiene forma de Y con 3 áreas ligadas, separadas a su vez por hendiduras las cuales son posibles objetivos para las drogas. Los nuevos inhibidores de la helicasa del VHC contienen compuestos de thiodiazonio. Hasta el momento no se ha evidenciado un gran éxito en la reducción viral.

Vertex Pharmaceuticals se encuentra actualmente en la etapa pre-clínica del desarrollo de un inhibidor de la helicasa NS3 del VHC. Vertex ha identificado la estructura tridimensional de la helicasa NS3 y está estudiando su funcionamiento. Se espera que este conocimiento ayude a diseñar potentes inhibidores de esta enzima (www.vpharm.com). El inhibidor de la helicasa de Vertex's es basado en thiodiazonio. (Curr. Med. Chem. - Anti-Infective Agents, 2002, 1, 163-176)

Genelabs Technologies, Inc. El 20 de abril del 2000 Genelabs anunció el descubrimiento de una nueva clase de compuestos antivirales, los cuales han demostrado ser efectivos contra el VHC así como contra otros flavivirus. Algunos de estos compuestos son inhibidores de la helicasa. Genelabs se encuentra actualmente conduciendo estudios in vivo para evaluar el efecto antiviral en animales así como el efecto antiviral in vitro sobre otros virus (www.genelabs.com).

QU663 es un nuevo inhibidor imitador de nucleótidos que se encuentra bajo investigación. "...un nuevo y potente inhibidor selectivo de la reacción de la helicasa NS3 del VHC ($K(i) = 0.75$ microM), que compite con el substrato ácido nucleótido sin afectar la función ATPasa, incluso en altas concentraciones." (Maga G, et al *Biochemistry*. 2005 Jul 19;44(28):9637-44.)

III.3.4 Terapia genética con Interferon Alpha

La Terapia Genética con Interferón Alpha es un tratamiento para la hepatitis C que dirige genes IFN alpha-2b específicamente a células hepáticas, con la esperanza de hacer que el tratamiento sea más efectivo.

En una prueba de laboratorio el VHC desapareció por completo, lo que sugiere que el IFN-alpha producido por la transferencia genética inhibe efectivamente la replicación del VHC en células hepáticas. Este estudio apoya el desarrollo de terapias genéticas con IFN-alpha para enfermedades hepáticas asociadas al VHC (*Biochem Biophys Res Commun*. 2003 Aug 8;307(4):814-9).

En una prueba egipcia en ratas de laboratorio, se estudió la transferencia genética IFN-alpha para conocer si ésta lograba protegerlas del daño ocasionado por toxinas conocidas. La prueba fue efectiva en la prevención de fibrosis hepática y cáncer. "La terapia genética IFN-alpha puede justificarse en pruebas clínicas para candidatos de alto riesgo con cáncer hepático." (www.egeinfonet.i8.com/pub/2005/1.html)

III.3.5 Terapia con Ribozyme

Las ribozimas descubiertas en 1981 por Cech et al. (*Cell* 26:487-496), son moléculas RNA capaces de catalizar el clivaje (la escisión) del RNA de una manera especial.

Heptazyme de Ribozyme Pharmaceuticals (también conocido como Terapia Génica con Ribozima o LY 466700) está en ensayos clínicos fase I para el tratamiento de la hepatitis C. Ha sido modificado bioquímicamente para reconocer y cortar el RNA del virus de la hepatitis C en un punto específico que es crítico para la reproducción viral. El producto se muestra potente en cultivo celular, y hay un buen perfil de seguridad hasta ahora en humanos, y es bien tolerado. Se administra subcutáneamente. Los ensayos en fase II combinarán la droga con IFN. (La Conferencia de AASLD: New Therapeutic Strategies for Hepatitis C Chicago, Junio 15-16, 2001. Informado por Jules Levin)

Inmusol HVC Ribozima Gene Terapia. Estudios en laboratorio han mostrado que esta clase de terapia génica con ribozima inhibe la formación de nuevas partículas del virus de la hepatitis C, y puede ser especialmente útil en combatir algunos problemas con el diseño de drogas anti-VHC, tales como la aparición de virus resistentes a la droga.

Atugen Biotecnología GmbH (Berlin, Alemania) La compañía está desarrollando dos tecnologías: una es oligonucleótidos patentados, pequeños segmentos de RNA que inhiben la expresión de los genes, en un programa llamado GeneBloc; el otro es ribozimas. La compañía está trabajando con otros, incluyendo Roche y Ribozyme Pharmaceuticals.

Otras compañías que estaban trabajando con la terapia con ribozima eran Innovir Laboratorios, que se salieron del negocio, VimRx Pharmaceuticals Inc., que fue su subsidiaria, y Nexell Therapeutics Inc., pero Nexell no ha continuado por más tiempo la tecnología de la ribozima (www.biospace.com)

III.3.6 Inhibidores IRES

El sitio interno de entrada del ribosoma (IRES) es una parte del virus de la hepatitis C encontrado en diversos genotipos. Es una parte esencial del proceso de replicación, por lo que los científicos creen que, al encontrar un inhibidor del IRES, se logrará un descenso en la producción del virus. Diversas compañías están trabajando en posibles inhibidores del IRES. Recientemente se ha descubierto que los interferones funcionan debido a que son inhibidores del IRES. (Liver Int, 2005; 25(3):580-594)

VGX Pharmaceuticals comenzará pruebas clínicas Fase II para el VGX-410C en septiembre del 2005. Es el primer inhibidor del IRES del VHC a ser sometido a pruebas clínicas (sin contar el IFN). Se ingiere por vía oral una vez al día. El VGX-410C debería ser efectivo para todos los genotipos del VHC. (www.viralgenomix.com/articles/HCVaccept.pdf)

Actualmente PTC Therapeutics está utilizando sus tecnologías TRC para identificar pequeñas moléculas que inhiben específicamente el funcionamiento del RNA mensajero del VHC. Un candidato será seleccionado en el 2005. (www.ptcbio.com/big/indexhome.html).

Rigel Pharmaceuticals, Inc. ha recibido una patente estadounidense que cubre, entre otras cosas, el sitio interno de entrada del ribosoma del HCV (IRES objeto) unido a un gen reportero. La patente se añade a aquella adquirida por esta compañía a QuestCor en septiembre del 2000. (Rigel anunció recientemente que ha iniciado pruebas clínicas en humanos con su droga líder para el VHC, R803.) (Jan. 6 2004 /PRNewswire-FirstCall/

www.prnewswire.com/cgi-bin/stories.pl?ACCT=104&STORY=/www/story/01-06-2004/0002083691&EDATE=)

Schering-Plough está actualmente utilizando ribosomas artificiales para atacar el IRES del VHC tanto "in vitro" como "in vivo" (Curr Opin Mol Ther. 2001 Jun;3(3):278-87).

III.3.7 Terapias basadas en antisentido.

Existen dos tipos de virus ARN - aquellos con una cadena de ARN con sentido, como el VHC, y aquellos con una cadena antisentido (con la información de código genético opuesta). Los virus de ADN (como el VHC) necesitan una enzima llamada ARN transcriptasa para multiplicarse.

Los virus ARN antisentido deben convertirse en virus ARN con sentido para poder ser leídos por los ribosomas de las células del huésped. Debido a que la información es antisentido, el virus debe portar su propia transcriptasa, la cual en algunos casos se encuentra encapsulada en el mismo. Sin embargo, los virus ARN con sentido tienen su información almacenada en una cadena con sentido, para que el ARN pueda ser leído directamente por los ribosomas de las células, trabajando así como ARNm normal presente en la célula. El virus no necesita portar nada consigo. Este utiliza los ribosomas para procesar la transcriptasa requerida para multiplicarse, creando una versión antisentido de sí mismo para luego crear un nuevo ARN.

(www.epidemic.org/theFacts/viruses/rnaViruses.html)

“Las drogas antisentido consisten en moléculas tipo ARN y ADN cortas, químicamente modificadas, que los científicos diseñan para complementar un pequeño segmento específico de ARN o ARNm mensajero.” (<http://phx.corporate-ir.net/phoenix.zhtml?c=94554&p=irol->

newsArticle&ID=755950&highlight=hepatitis%20C) Las drogas antisentido se dirigen a partes del código genético del VHC que probablemente no mutan con el paso del tiempo, atacando así el micro ARN requerido para que el VHC se multiplique.

Estudios en ratones fueron realizados en la Universidad de Stanford utilizando oligonucleotidos antisentido morfolino fosforamidato (morfolinos), los cuales mostraron un gran potencial para la inhibición del VHC (Hepatology. 2003 Aug;38(2):503-8.).

ISIS 14803 ISIS ha decidido abandonar ulteriores estudios sobre ISIS 14803 y ha pasado a concentrarse en micro ARN (miR-122), uno entre varios mecanismos antisentido.

(www.isispharm.com and www.aegis.com/pubs/rita/2004/RI041104.html)

AVI BioPharma (www.antivirals.com) Esta compañía cree haber resuelto los problemas presentados por las primeras drogas antisentido. AVI BioPharma, en conjunto con Alnylam Pharmaceuticals (quienes trabajan con ISIS desde 2004) y la Universidad de Stanford, ha comenzado una prueba clínica para AVI-4065, o Neugene, su compuesto antisentido inyectable, para lo cual esta reclutando voluntarios. La Fase I incluirá a 40 personas sin VHC, y la Fase II incluirá a 40 pacientes con VHC, tanto aquellos que no han sido sometidos a ningún tipo de tratamiento como aquellos resistentes al tratamiento, quienes serán tratados diariamente durante 14 días con dosis que irán aumentando hasta llegar a niveles de cuatro dosis, y serán evaluados dos veces luego del tratamiento. La compañía esta utilizando química sintética Oligomero Fosforodiamidato Morfolino (OFM) en lugar de compuestos antisentido fosfotioato, los cuales pueden producir elevación en la presión arterial. AVI ha mostrado ser efectivo frente a los 5 genotipos en experimentos de laboratorio, inhibiendo la polimerasa y la proteasa del VHC. (www.avibio.com/pr/pr272.html Sept 28, 2005)

III.3.8 Terapias basadas en RNAi

El ARNi (ARN de interferencia) es un mecanismo utilizado por las células del organismo para controlar la expresión de genes y la replicación de los virus con ayuda de pequeñas moléculas ARN de interferencia. EL ARNi es la mas novedosa terapia con base en acido nucleico que esta siendo estudiada para la infección con VHC. Todas las regiones del virus son susceptibles al ARNi. La terapia se ha experimentado en modelos de ratones, donde ha inhibido la replicación del virus.

BLT-HCV (Benitec), es el primer candidato en tratar infecciones del VHC con terapia ARNi. Consiste en tres partes, las cuales se dirigen a diferentes secuencias del VHC para evitar el desarrollo de resistencia a las drogas.

(www.nature.com/nature/journal/v436/n7053/full/nature04080.html#B64#B64 18 August 2005)

Sirna-AV34 (Sirna Therapeutics antes conocido como Ribozyme Pharmaceuticals) también se está enfocando en terapias ARNi. Este laboratorio ha escogido a Sirna-AV34 para pruebas en humanos Fase I contra el VHC, luego de haber realizado pruebas preclínicas en roedores y primates para comprobar su toxicidad y eficacia. El compuesto consiste en secuencias de ARN interferente pequeño las cuales se dirigen a secuencias altamente conservadas del genoma del VHC. Está diseñado para inhibir la replicación viral y, al contrario de otros enfoques, reducir las variantes de resistencia a las drogas.

(Dec 21, 2005 <http://biz.yahoo.com/prnews/051221/law030.html?.v=42>)

III.4.0 VACUNAS

Aun no existe una vacuna para la Hepatitis C.

Existen discusiones sobre qué tipo de vacuna sería la mejor contra el virus de la hepatitis C. La vacuna ideal sería aquella que prevenga la infección inicial (una vacuna profiláctica), sin embargo una vacuna

que evite que la infección llegue a convertirse en crónica sería suficiente (vacuna terapéutica). El problema es que el virus tiene numerosas cepas y muta muy fácilmente. Una vacuna efectiva debería actuar contra al menos un genotipo del virus, preferiblemente el genotipo 1, que es el más común. Otro problema es desarrollar una vacuna que confiera protección duradera y encontrar buenos modelos para probarla. (www.brown.edu/Courses/Bio_160/Projects2000/HepatitisC/hcvvaccines.html).

A continuación los posibles tipos de vacunas:

Inmunización Pasiva: Se podría pensar que teniendo anticuerpos del VHC se debería curar la enfermedad y obtener protección contra la re-infección, pero el virus de la hepatitis C no actúa de ese modo. Aparentemente, los intentos utilizando este método con chimpancés han fracasado. La globulina hiperinmune del VHC ha funcionado, pero no es duradera y no protege contra la re-infección.

Aventis Pasteur, ahora conocido como Sanofi-Aventis (Lyons, FR) solicitó una patente estadounidense para una vacuna de este tipo en marzo del 2003.

(<http://164.195.100.11/netacgi/nph-Parser?Sect1=PTO1&Sect2=HITOFF&d=PALL&p=1&u=/netahtml/srchnum.htm&r=1&f=G&l=50&s1='6,538,123'.WKU.&OS=PN/6,538,123&RS=PN/6,538,123>).

Vacunas de Glicoproteína de la Envoltura Viral: Esta es la vacuna con posibilidades más alentadoras en la actualidad. La vacuna fabrica anticuerpos contra partes de la cubierta exterior del virus llamadas E1 y E2. Esta vacuna ha demostrado resultados prometedores en chimpancés (Ver III.4.2 InnoVac-C y III.4.3 XTL-6865).

Vacuna Basada en Epitopos: Este tipo de vacuna generada por computadora está diseñada para hacer que el cuerpo produzca una fuerte respuesta inmune (CD4+ y CD8+) usando epitopos de células T. Se espera que esta tecnología no excluya a las mutaciones, y que cubra varios genotipos, en lugar de solo uno. Las desventajas consisten en que la tecnología requiere de extensas bases de datos, y una vacuna efectiva tendría que incluir probablemente alguna proteína del actual VHC. (www.brown.edu/Courses/Bio_160/Projects2000/HepatitisC/hcvvaccines.html)

Vacunas con ADN desnudo: ADN “desnudo” significa que no está asociado con un virus. Se introduce ADN terapéutico en un virus que es a su vez infiltrado en el cuerpo. El gen “C” de la hepatitis C se utiliza frecuentemente en estos experimentos porque es similar en todos los genotipos. Los efectos secundarios de una vacuna de este tipo pueden ser problemáticos, y su seguridad es discutible, aunque algunos investigadores dicen que no hay componentes virales que causen respuestas inmunes indeseadas, infecciones o cambios permanentes en la composición genética de la célula. Las vacunas con ADN para la hepatitis C están aun en estado de desarrollo pre-clínico y muestran un gran potencial, incluso para tratamiento terapéutico. (www.brown.edu/Courses/Bio_160/Projects2000/HepatitisC/hcvvaccines.html)

Chiron Corporation está involucrada en estudios clínicos con vacunas con ADN desnudo. (Ver III.4.4 Vacuna Chiron)

Vacunas de Vector Viral: Estas vacunas, al igual que las vacunas de ADN desnudo, se diseñan para situar ADN extraño dentro de una célula para estimular el sistema inmune. Las vacunas de vector viral tienen la ventaja que permiten atacar células huésped específicas, evitando así que el vector entre en el material genético de la célula. Se ha experimentado con pocas vacunas de esta clase, de modo que se sabe poco en cuanto a su efectividad. (www.brown.edu/Courses/Bio_160/Projects2000/HepatitisC/hcvvaccines.html)

Los virus recombinantes pueden ser utilizados para introducir el ADN eficientemente. Experimentos en animales han inducido una inmunidad protectora a muchos virus, y algunos están siendo probados para vacunas contra el VHC. Uno de los virus preferidos es el adenovirus defectuoso debido a que su hábitat

natural es el hígado. Sin embargo, las trágicas muertes ocurridas en un estudio genético terapéutico utilizando adenovirus ha empañado severamente el entusiasmo en el uso de este vector viral en humanos. (www.medscape.com/viewarticle/410848_6).

Recientemente se han tenido noticias positivas sobre un vector de adenovirus llamado BID (proteína proapoptótica que interacciona mediante dominios BH3). El vector está diseñado para causar que las células proteasas infectadas con el VHC NS3/NS4A se suiciden (apoptosis), deteniendo así el avance de la enfermedad. Estudios realizados con ratones quiméricos en el Ontario Cancer Institute, y reportados en la edición de la publicación Nature Biotechnology de mayo del 2003, muestran que el tratamiento es efectivo y no es tóxico para las células sanas que se encuentran alrededor. Según los investigadores, "una terapia enfocada utilizando BID modificado puede ser útil como medida profiláctica para las exposiciones accidentales al virus, en las etapas más tempranas de la hepatitis, durante infecciones limitadas del hígado, o para terapias ex vivo de hepatocitos... Adicionalmente, puede reducir las cargas virales en pacientes crónicos y, en conjunto con terapias de interferón y ribavirin, podría erradicar el VHC de un huésped infectado." (Reuters Health 05/01/03).

Vacunas con Péptidos: El razonamiento detrás de este enfoque es que se podrían necesitar ciertos epitopes linfocitos T en la poliproteína del VHC para una remisión viral. Se han identificado numerosos LTC y epitopes T cooperadores en la poliproteína del VHC que pueden ser factores importantes en el diseño de una vacuna con péptidos. Debido a que HVR1 contiene un epitope neutralizador, es un objetivo atractivo para las vacunas con péptidos, pero esa región del virus muta rápidamente. (www.medscape.com/viewarticle/410848_6).

La vacuna IC41 de Intercell AG se encuentra en dos experimentaciones de Fase II. Una de ellas ha reclutado a pacientes resistentes al tratamiento, combinando tratamientos standard con la vacuna con péptidos. El tratamiento ha inducido respuestas de linfocitos T en los pacientes tratados. El suero utilizado consiste en poli-argininas y una mezcla de 5 péptidos de la hepatitis-C. Hay pruebas clínicas adicionales previstas para mediados del 2005. Si estas pruebas resultan exitosas, el proceso de licencia se llevará a cabo en el 2007. (Ver Cancer Research 2002 Mar 1;62(5):1477-80) (www.intercell.com Intercell AG Nota de prensa, mayo 3, 2005, Completado reclutamiento para prueba de optimización de vacuna terapéutica para la Hepatitis C.)

Vacunas de Subunidades Proteicas Recombinantes: El primer intento de desarrollar una vacuna para el VHC se llevó a cabo mediante la generación de una vacuna de subunidades proteicas recombinantes. Chiron utilizó las proteínas recombinantes E1 y E2 del VHC en sus primeros estudios de vacunaciones. Los resultados de las experimentaciones mostraron que la vacuna no protegió a los chimpancés cuando fueron puestos en contacto con el virus, pero que las infecciones auto-limitadas fueron más frecuentes que en animales no vacunados. Estos resultados muestran que aun cuando no se logró una inmunización esterilizadora, se pudo prevenir la infección crónica. (See III.4.4 Chiron Vaccine)

GI-5005 es un hongo levaduriforme (*Saccharomyces Cerevisiae*) recombinante que expresa una fusión proteica NS3 nuclear del VHC. Globelmmune comenzó a reclutar pacientes en julio del 2005 para una experimentación clínica de Fase I. (www.clinicaltrials.gov)

III.4.1 Anticuerpos de la HVC

XTL Biopharmaceuticals asegura que los anticuerpos para el VHC creados utilizando su sistema de ratón Trimer son más potentes y específicos y mucho más efectivos que otros anticuerpos generados previamente. (El ratón Trimer ha sido alterado genéticamente para portar tejidos humanos para experimentos in vivo [en organismos vivos].) Estos anticuerpos se encuentran actualmente en estudio, y el producto se denomina Nabi-Civacir. Nabi-Civacir (también conocido como H-CIG), es un anticuerpo

humano para la hepatitis C proveniente de donantes previamente seleccionados, y ha sido probado en chimpancés con resultados alentadores. Estos anticuerpos neutralizan el virus de la hepatitis C y se espera que puedan prevenir la infección con el VHC o la subsiguiente reinfección. Actualmente el producto se encuentra en experimentación Fase II en pacientes transplantados.

En diversos estudios en animales, los niveles sostenidos de Civacir parecieron reducir las cargas virales y posiblemente eliminar del todo el VHC. Se requieren ulteriores estudios. (www.nabi.com/prodev/corpa5.htm#civacir).

XTL tiene otro producto, HCV-AB68, un anticuerpo monoclonal. Se han completado experimentaciones Fase 1A de una aplicación en algunos pacientes con VHC. Dichos estudios han demostrado que es seguro, bien tolerado y efectivo. Se encuentran en proceso estudios de dosis escalonadas. (http://www.hivandhepatitis.com/hep_c/news/011003a.html#hcv).

Tarvacine: Peregrine Pharmaceuticals está patrocinando un estudio Fase I del anticuerpo quimérico monoclonal antifosfatidilserina (Tarvacin) en pacientes con VHC resistentes a terapias estándares. (www.clinicaltrials.gov 2005)

III.4.2 InnoVac-C

Innogenetics está desarrollando InnoVac-C, una vacuna que utiliza las secuencias de proteínas E1 y E2 de la envoltura del VHC para producir inmunidad. Estas son las proteínas que ayudan a proteger al virus del sistema inmunológico y le permiten ingresar a las células hepáticas. Las proteínas E1 y E2 son las únicas proteínas del VHC que pueden ser atacadas por el sistema inmunológico, por lo que son el objetivo principal en el desarrollo de vacunas.

En enero del 2001, experimentaciones Fase II comenzaron a estudiar la seguridad y efectividad en pacientes con VHC crónico, genotipo I. Los pacientes recibieron 5 inyecciones, más un refuerzo. La vacuna no dio muestras de una disminución en la carga viral, pero los niveles ALT mejoraron, y se notaron respuestas inmunológicas. En un estudio ulterior en los mismos pacientes, se administraron 6 inyecciones adicionales, y las respuestas inmunológicas mejoraron, mientras que las biopsias mostraron que la fibrosis se detuvo, y en algunos casos inclusive mejoró. Una experimentación clínica Fase IIb se inició en el primer trimestre del 2003 con 150 pacientes resistentes al tratamiento o con dificultades de tratamiento. Los resultados mostraron que los pacientes evidenciaron mejoría en la fibrosis hepática, y el tratamiento fue bien tolerado. Sin embargo, las diferencias entre el grupo de estudio y el grupo placebo fueron poco conclusivas, por lo que la compañía planea continuar el estudio con dosis más altas. Se esperan resultados para finales del 2007. (www.innogenetics.com)

III.4.3 XTL-6865 (antes HepeX-C)

XTL-6865 (anteriormente conocida como HepeX-C) es una combinación de dos anticuerpos monoclonales humanos (Ab68 y Ab65, anticuerpos producidos artificialmente, creados en el laboratorio mediante el uso de una línea inmortal de células que se une a un marcador único en la superficie de un virus) la cual ataca la proteína de envoltura HCV E2. Una versión anterior con un solo anticuerpo fue probada en experimentaciones clínicas Fase I y Fase II, y los resultados mostraron su seguridad y efectividad. El nuevo producto será revisado por vía rápida por la FDA en los Estados Unidos, de esta manera una experimentación clínica Fase Ia/Ib para el producto combinado podrá comenzar a finales del año 2005. Se espera tener resultados en el segundo semestre del 2006. (www.xtlbio.com)

III.4.4 Vacuna Chiron

Chiron está desarrollando una vacuna genéticamente modificada para el VHC. Actualmente se están realizando experimentaciones clínicas Fase I y Fase II con humanos, en colaboración con CSL Ltd y la Universidad de St Louis. La compañía está evaluando dos posibles vacunas, incluyendo una vacuna recombinante y una vacuna de ADN de segunda generación para inducir una respuesta inmunológica celular. Se espera que una o ambas vacunas estén disponibles cerca del año 2010, y que puedan ser utilizadas en combinación con tratamientos estándar para potenciar el sistema inmunológico. (www.chironvaccines.com/company/vaccines_hepatitis_c_vaccine.php).

Chiron está proporcionando los antígenos VHC, mientras que CSL contribuye con la tecnología Isomatrix. ISCOM, un complejo estimulador del sistema inmunológico, pretende mejorar la respuesta inmunológica inducida por las vacunas. ISCOM se extrae de la corteza del árbol Quillaia Saponaria Molina, mezclada con lípidos. (www.csl.com.au/).

Una experimentación clínica Fase I mostró un buen perfil de seguridad y respuestas inmunológicas positivas.

(www.chironvaccines.com/company/vaccines_Press_Area_14_January_2004.php)

Actualmente se están llevando a cabo experimentaciones Fase II. (www.csl.com.au/hcv_vaccine.asp)

III.4.5 Chimigen

Datos pre-clínicos de ViRexx (una compañía ubicada en Edmonton, Alberta) muestra que su candidato vacunal contra el virus de hepatitis C Chimigen sería presentado en la conferencia HepDART en Diciembre del 2005. El resumen se titula "A Novel Dendritic Cell-Targeted Chimeric Therapeutic Vaccine for the Treatment of Chronic C Infection" ("Una novedosa vacuna quimérica terapéutica enfocada a las células dendríticas para el tratamiento de infección C crónica").

(www.genengnews.com/news/bnitem.aspx?name=1124489XSL_NEWSML_TO_NEWSML_WEB.xml
12/12/2005)

III.4.6 VACUNA VIDO

Investigadores de la Universidad de Saskatchewan esperan haber encontrado una vacuna para la hepatitis C que ayudará también a aquellos pacientes ya infectados (vacuna terapéutica). Para crear la vacuna, los investigadores tomaron células dendríticas (células inmunes claves) de ratones, y las expusieron a una de las proteínas más comunes observada en todos los genotipos del VHC, tratando las células con un estimulador inmunológico. Se espera que, al regresar, las células activadas puedan "enseñar" a las células originales a activar una respuesta inmunológica. Los investigadores utilizaron otro tipo de virus en los ratones para simular el VHC.

(The StarPhoenix, Jan 11, 2006 U of S researchers discover possible hepatitis C vaccine

Activated cells 'teach' other cells to kickstart body's immune system)

III.5.0 OTRAS TERAPIAS

Al verificar el estatus de muchas drogas en desarrollo para el VHC, pareciera que algunas compañías han disminuido sus estudios de hepatitis C para favorecer a las drogas anti-terroristas y las drogas para combatir el Virus del Nilo Occidental y la enfermedad de las vacas locas. Algunos otros laboratorios se han fusionado con otras compañías, concentrando así sus esfuerzos para combatir el VHC.

III.5.1 Nucleósidos análogos

El ANA245 de la compañía Anadys Pharmaceuticals es el compuesto oral de Isatoribine, un nucleósido análogo (como la ribavirina). Es un activador natural de células asesinas y un inductor del interferón alfa. Los resultados de una breve experimentación fase IB de una semana de duración con Isatorbine en pacientes infectados con el VHC mostró un "significante efecto antiviral" así como también actividad biológica, con muy pocos efectos secundarios. Anadys trabajó en conjunto con Novartis en esta experimentación. (www.anadyspharma.com/home.asp /PRNewswire-FirstCall/ Aug. 23, 2005) y (www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/abstract/111081950/ABSTRACT.)

Idenix Pharmaceuticals (anteriormente conocida como Novirio Pharmaceuticals) se encuentra actualmente trabajando en una serie de drogas para combatir el VHC. Se espera que estas, solas o en combinación, puedan ofrecer mejoras en comparación con otras drogas. Utilizando el análisis SAR (relación estructura-actividad), Idenix ha descubierto tres nucleósidos análogos los cuales se cree puedan ser agentes activos en ciertos genotipos, incluyendo al genotipo I. Actualmente se encuentran en desarrollo experimentaciones clínicas Fase IIb con el producto Valopicitabine, administrado por vía oral, (NM283), el cual es igualmente un inhibidor de polimerasa (ver III.3.2). (www.novirio.com). La compañía Novartis tendrá la opción de desarrollar el producto conjuntamente con Idenix (www.idenix.com/press/030326.html).

III.5.2 ALINIA

Los Laboratorios Romark han anunciado los resultados de la segunda fase de su experimentación internacional de 24 semanas de duración con la monoterapia oral Alinia (nitazoxanida). Alinia es un thiazolidine, e inhibe la síntesis de las proteínas estructurales del virus. El estudio mostró una respuesta viral, y se encuentra a la búsqueda de una designación Fast-Track por parte de la FDA en los Estados Unidos. Una segunda fase de experimentación clínica se inició en Egipto a inicios del 2005, con pacientes genotipo 4, de los cuales 10% eran resistentes a tratamientos previos. Al final de la semana 24, 50% de los pacientes que tomaron Alinia fueron indetectables, y mostraron buena tolerancia al medicamento. Aun se desconoce SVR (respuesta viral sostenida).

La primera prueba clínica en los Estados Unidos utilizará una dosis de 500 mg/2X diaria, durante 24 semanas, vs. un grupo placebo, e incluirá PegIFN-RBV resistentes al tratamiento. Pruebas futuras incluirán Peg-IFN. Alinia ya se encuentra en desarrollo en los Estados Unidos para el tratamiento de algunos problemas gastrointestinales (parásitos, Enfermedad de Crohn, etc.) (/PRNewswire/ Jan 10, 2006, Romark to Develop Alinia(R) (nitazoxanide) as New Treatment for Chronic Hepatitis C)

III.5.3 ACTILON

En la más reciente reunión del AASLD, Coley Pharmaceuticals anunció resultados de la fase Ia (con voluntarios sanos) y fase Ib de su experimentación clínica con Actilon (CPG 10101). Actilon es un TLR Agonista (Receptores Toll-Llike). Los resultados de la fase Ib, la cual incluyó 60 pacientes VHC+, mostró una reducción promedio de 1.6 log del virus en los pacientes con mas altas dosis (0.75 mg/kg una vez por semana durante 4 semanas), mayormente con pacientes genotipo 1, quienes nunca antes habían sido tratados, intolerantes, o que habían mostrado recaídas en terapias anteriores. El producto induce naturalmente a las células T. La compañía ha comenzado ulteriores pruebas combinadas fase Ib con otros antivirales en pacientes con recaídas anteriores, y se esperan resultados preliminares durante el primer semestre del 2006. (www.coleypharma.com/coley/pr_1131963260 November 14, 2005)

III.5.4 VIROSTAT

Bioenvision ha anunciado resultados preliminares de la Fase II de su experimentación con BIVN-401 (Virostat) en 25 pacientes genotipo 4 resistentes al tratamiento. 65% de los pacientes padecían de

cirrosis. El medicamento fue tomado por vía oral durante 100 días. La prueba de carga viral realizada al día 50 mostró que el 88% de los pacientes evidenciaban una disminución de su carga viral en más de un 70%. 4 pacientes tuvieron una remisión total. 7 pacientes han finalizado los 100 días de tratamiento, de los cuales 6 han mostrado una ulterior reducción de carga viral. El séptimo paciente, uno de los resistentes al tratamiento, mostró una reducción de más del 90% al finalizar los 100 días de tratamiento. No se evidenciaron mayores efectos secundarios.

(www.pharmacychoice.com/News/article.cfm?Article_ID=13794 Bioenvision's Phase II Trial of Virostat Very Active in Hepatitis C September 28, 2005)

III.5.5 NCX-1000

Axcan Pharma y NicOx S.A. han patentado NCX-1000, un derivado óxido nítrico del Ursodiol, desarrollado para tratar la hipertensión portal presente en la enfermedad hepática crónica. La primera fase de experimentación clínica en voluntarios sanos demostró que el producto es seguro. La segunda fase finalizará en el año 2006. El producto reduce la presión portal a través de la reducción de la resistencia vascular en el hígado. Al parecer reduce la fibrosis y la apoptosis (la auto-destrucción de las células hepáticas)

(www.prnewswire.com/cgi-bin/stories.pl?ACCT=104&STORY=/www/story/11-10-2005/0004213563&EDATE=)

III.5.6 MX-3253 (celgosivir)

MX-3253 (Celgosivir), un inhibidor del alpha-glucosidase I desarrollado por Micrologix, es un derivado del árbol de castaño australiano. Este medicamento inhibe una enzima que afecta el procesamiento de glucoproteínas que necesita el VHC para subsistir. El producto posee la ventaja de inhibir una enzima en lugar del virus, evitando así que se generen mutaciones resistentes. La segunda fase de experimentación del producto, llevada a cabo en Vancouver, BC, y en San Diego, mostró pocos efectos secundarios y alguna actividad antiviral en pacientes VHC positivos genotipo 1. Celgosivir se toma por vía oral. El Dr. Eric Yoshida, uno de los investigadores de la Universidad de British Columbia (UBC), ha reportado lo siguiente: "La reciente experimentación de monoterapia con Celgosivir en pacientes con hepatitis C indica que este agente es seguro, y parece tener un leve efecto anti-VHC. Es importante acotar que la monoterapia con ribavirin por sí sola no demostró un efecto anti-VHC significativo, pero que en combinación con peginterferon tuvo un efecto dramático con respecto a su eficacia antiviral. Celgosivir podría tener un efecto similar o aun mejor, y esperamos con ansias una experimentación combinada." Actualmente se están alistando 20 pacientes genotipo 1 resistentes al tratamiento para una segunda fase de experimentación combinada de 12 semanas de tratamiento en asociación con Schering.

(www.migenix.com/newsreleases/092705.pdf) (www.migenix.com/newsreleases/112205.pdf) y (<http://biz.yahoo.com/prnews/051122/to124.html?v=16>)

III.6.0 TRASPLANTE

¿Cuándo se necesita hacer un trasplante de hígado? Esta es una decisión compleja y debe ser resuelta según cada caso. Alguien con hepatitis C debería estar sujeto a observación por el médico regularmente. Si aparecen signos de avance de la enfermedad, la persona necesita ser remitido a un gastroenterólogo (especialista en enfermedades digestivas y hepáticas). Debido a que la hepatitis C avanza muy lentamente, no es necesario el trasplante de hígado hasta que la enfermedad haya alcanzado un "estado terminal". Los factores a ser considerados incluyen la tasa de progresión de la enfermedad, la presencia o no de complicaciones por fallo hepático, y los resultados de exámenes de laboratorio, incluyendo albúmina, bilirrubina y tiempo de protrombina.

¿Cuales son mis oportunidades con un trasplante de hígado? El porcentaje de supervivencia después del trasplante generalmente es del 80% al primer año, y del 70% a los cinco años aproximadamente. Los porcentajes para la hepatitis C son aproximadamente los mismos que el promedio para los trasplantes de hígado realizado por otras razones.

¿Cuánto tiempo durará el nuevo hígado? No se sabe cuanto tiempo puede durar un hígado trasplantado. La supervivencia más larga de la que se tiene conocimiento alcanza los 25 años. Diez años de supervivencia es lo más común. Se espera que las continuas mejoras en las técnicas y medicamentos permitirán a la mayoría de los pacientes que reciben hoy un hígado trasplantado tener largas y productivas vidas.

¿Puede curarse la hepatitis C con un trasplante de hígado? No. La hepatitis C puede residir en otras células además de las del hígado. Una vez que el hígado original es retirado y el nuevo es conectado, la hepatitis se extiende nuevamente al hígado en las primeras semanas o meses después del trasplante. Estas son las malas noticias: en la actualidad no hay manera de eliminar completamente la hepatitis c. Las buenas noticias es que en general después del trasplante de hígado, los resultados respecto a la hepatitis C son positivos. En la mayoría de los casos, aunque la enfermedad retorna, no parece dañar gravemente el hígado. Es posible que la hepatitis regrese de manera tan severa que produzca fallo en el nuevo hígado, pero esto no es frecuente. Resultados a largo plazo (diez años) son difíciles de interpretar ya que se ha podido diagnosticar la hepatitis C apenas desde 1990. Muchas personas que recibieron trasplantes en los años 80 pueden haber contraído la hepatitis C al momento del trasplante, debido a que la sangre transfundida estaba contaminada. Estas personas pueden evolucionar de manera diferente en comparación con aquellas que han recibido trasplantes a causa de la hepatitis C. La realidad es que es probable que la hepatitis C sea un problema a largo plazo para los receptores de trasplante de hígado que tienen el virus. Aun se desconoce cuán grave sea este problema.

¿Qué podemos hacer cuando vuelve la hepatitis C a un hígado trasplantado? Actualmente se está aplicando el tratamiento regular en pacientes post-trasplantados, el cual en algunos casos es exitoso. Es fundamental realizar biopsias regularmente. En la Conferencia Consensus Internacional realizada en Lyon, Francia en enero del 2005, los médicos reportaron que el mejor momento para iniciar el tratamiento a pacientes trasplantados con VHC recurrente es luego del primer año “cuando aparecen lesiones con una cuenta \geq A1F1”. En cerca de un tercio de los pacientes el tratamiento tiene como consecuencia una SVR. Estos médicos sugieren que se continúe el tratamiento por 6 meses más luego de un resultado negativo a la prueba PCR. Si el paciente no responde, se suspende el tratamiento.

Tengo hepatitis B y hepatitis C. ¿Puede hacerse el trasplante a pesar de ello? Sí, algunos centros de trasplante están haciendo actualmente trasplantes hepáticos en casos como éste.

¿De dónde proceden los hígados donados? Los hígados son donados, con el consentimiento del pariente más próximo, por individuos con muerte cerebral, generalmente debido a lesiones craneales o hemorragia cerebral. Asimismo se ha evidenciado éxito en casos de donantes vivos, cuando una parte del hígado del donante (vivo) se transplanta a un miembro de su familia.

¿Cómo puedo donar mis órganos? Si desea ser donante de órganos, lleve consigo una tarjeta de donante y coloque una pegatina de donante de órganos en su tarjeta de identificación médica. En Canadá se permite que personas con VHC donen sus órganos a otras personas también con VHC.

Algunas Estadísticas: EEUU: Hay más de 17.000 personas en lista de espera para trasplante de hígado; en el 2005 se practicaron 25.952 trasplantes de todo tipo en los EEUU.

(<http://www.unos.org/data/default.asp?displayType=usData>)

CANADÁ: En diciembre del año 2000 existían 338 personas en espera de un trasplante de hígado; 51 de ellas murieron a la espera del trasplante. 417 personas recibieron un trasplante de hígado en Canadá en el 2004, 53 de ellas de donantes vivos. 96 personas murieron a la espera de un trasplante. El tiempo de espera promedio para un trasplante de hígado es de 245 días para casos no urgentes y 6 días para casos urgentes.

(http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=media_19sept2001_e)

PARTE IV. TRATAMIENTO (MEDICINA ALTERNATIVA)

Ha habido pocos experimentos de investigación para verificar la efectividad de las terapias naturales, sin embargo muchas personas reportan beneficios positivos. Si decides utilizar terapias naturales, es vital que veas a un profesional, conocedor(a) y con mucha experiencia en la materia. También es aconsejable continuar viendo a su médico regular o especialista. Si un terapeuta de medicina natural sugiere que dejes de ver a tu especialista o doctor, o que dejes un tratamiento de medicina farmacéutica, considera cambiar de terapeuta. Haz preguntas exploratorias a cualquier profesional a quien consultes:

- ✚ Si la receta estuviera equivocada, ¿es peligroso el tratamiento?
- ✚ ¿Cómo han ayudado las terapias naturales a las personas con hepatitis C?
- ✚ ¿Cuáles son los efectos secundarios?
- ✚ ¿Es el médico miembro de alguna organización de terapia natural reconocida?
- ✚ ¿Cuánta experiencia han tenido tratando a pacientes con hepatitis C?
- ✚ ¿Cómo han medido los resultados de su terapia en la salud?
- ✚ ¿Cómo piensan ayudarte?

La mayoría de los seguros médicos normales no cubren los procedimientos de medicina alternativa, pero esto está empezando a cambiar. Muchos procedimientos alternativos ya están cubiertos bajo seguro médico en el estado de Washington y Oregon, y parece que es ya una tendencia que empieza a difundirse.

La compañía Alternative Health Insurance Services (Seguro Médico de Medicina Alternativa) de Thousand Oaks, California cubre ambos tratamientos: alópatico y complementario/alternativo.

Los pacientes pueden escoger a cualquier médico, M.D. (doctor de medicina) o N.D. (doctor naturista), o D.O. (doctor osteópata) o D.C. (doctor de quiropráctica).

Los suscriptores deben pagar un deducible de hasta \$1000, y luego el plan paga el 80% de los primeros \$5,000 de los gastos médicos elegibles en un año, y luego un 100% después, con un máximo de \$2 millones. El plan incluye tanto las tarjetas de receta, con un co-pago de \$5, como la cobertura de "pareja designada" para las parejas homosexuales o no-casados y sus familias. Alternative Health Insurance Services: 1-800-966-8467

La American Western Life Insurance Co. en Foster City, California ofrece otro plan: "Prevention Plus." Este cubre un espectro muy amplio de terapias alternativas. Los suscriptores utilizan a un naturista como médico primario o "vigilante" que refiere al paciente a otros médicos alternativos. Hay un co-pago de \$5 para las recetas, incluyendo las medicinas herbales. La compañía también tiene una línea telefónica gratis atendida las 24 horas por médicos naturistas, evitando así las visitas médicas siempre y cuándo ésto sea posible. American Western Life: 1-800-925-5323

IV.0.0 INTERACCIONES CONOCIDAS ENTRE LAS HIERBAS Y LAS DROGAS

Aunque la acción recíproca entre las hierbas y las drogas no ha sido suficientemente investigada, hay algunas interacciones que sí conocemos.

- ✚ **Feverfew (Tanacetum parthenium):** Feverfew es más comunmente usado para el tratamiento de las migrañas. Las drogas anti-inflamatorias no-esteroides (NSAIDs) tales como la aspirina o el ibuprofen (Motrin, Advil) pueden reducir la efectividad de feverfew. También puede inhibir la actividad de las plaquetas y no debe tomarse junto con las drogas para adelgazar la sangre, tales como Coumadin. Feverfew contiene tanino, que tiene la capacidad para inhibir la absorbción del fierro, y no se debe de

usar por más de cuatro meses sin supervisión médica. La dosis recomendada es 125 mg diarios; cada unidad debe contener por lo menos 9.2% parthenolide.

✚ Ajo: Los usos más recientes para el ajo se enfocan sobre su capacidad para tratar el colesterol elevado y la alta presión. El ajo puede aumentar el riesgo de sangrar y no se debe usar al mismo tiempo que las drogas para adelgazar a la sangre. Se ha reportado que induce las agruras (agrieras) y flatulencia, sudor, mareos y reacciones alérgicas. La German Commission E (la equivalente en Alemania al FDA en los Estados Unidos) recomienda una dosis de 4 g diarios de ajo fresco.

✚ Jengibre: El jengibre se recomienda frecuentemente para los mareos de viaje, la náusea y para la pérdida del apetito. También se ha demostrado que prolonga el tiempo de sangrado y se debe evitar usarlo junto con la aspirina o Coumadin. El consumo excesivo de jengibre puede también interferir con la terapia cardíaca y anti-diabética. Generalmente es bien tolerada pero puede causar problemas en el estómago o agruras en algunas personas. Para los mareos de viaje se toma una hora antes de viajar. La dosis total es de 2-4 g. diariamente

✚ Ginkgo Biloba: Ginkgo biloba es uno de los extractos de plantas más populares en Europa y recientemente ha recibido aprobación en Alemania para el tratamiento de la demencia. Ha habido reportes de sangrado espontáneo en las personas que toman ginkgo y no se debe usar junto con adelgazantes de la sangre. La gente que toma medicamento anti-convulsivo, como carbamazepina y fenitoina, o fenobarbital no deben tomar ginkgo sin la autorización de su médico, porque reduce la eficacia de estas medicinas. Ginkgo generalmente es inofensivo y bien tolerado con las reacciones adversas más comunes como malestar estomacal, dolor de cabeza y mareos. La German Commission E recomienda una dosis de 40 mg de ginkgo tres veces al día con las comidas durante por lo menos de cuatro a seis semanas. Las preparaciones deben estar estandarizadas para contener 6% de lactonas "terpene" y 24% ginkgo glicosides flavonas. [flavone glycosides]

✚ Ginseng: Ginseng se usa para combatir tanto la debilidad total como la falta de energía y concentración. También se ha usado como afrodisiaco. Hay una tremenda variación entre los productos que supuestamente contienen ginseng; en un estudio, solamente 25% de los productos disponibles comercialmente de hecho contenían ginseng. Sin embargo, ginseng disfruta de amplia popularidad. El ginseng siberiano se ha asociado con los niveles de digoxina elevadas artificialmente (una droga para el corazón usada para tratar fallo cardíaco congestivo) interponiéndose con la prueba usada para determinar los niveles de digoxina en la sangre. Ginseng puede también afectar los niveles de glucosa en la sangre en ayunas, así que la gente que necesita controlar sus niveles de glucosa en la sangre deberían de tomar ginseng con cautela. El uso junto con warfarina, heparina, aspirina y NSAID's debe evitarse. Además, ginseng puede causar dolor de cabeza, nerviosismo, y episodios maníacos en pacientes con desórdenes maníaco-depresivos o sicosis o en personas que toman anti-depresivos, especialmente los inhibidores de monoamina oxidasa (MAOI, siglas en inglés) tales como fenelzina (Nardil). Los efectos secundarios incluyen la presión alta, agitación, nerviosismo, insomnio, urticaria, edema y diarrea. German Commission E recomienda tomarse 1-2 g de la hierba cruda de ginseng asiático diariamente o 100-300 mg de extracto de ginseng tres veces por día. Los productos comerciales deben de contener por lo menos 4%-5% de ginsenosidas.

✚ Kava Kava: Kava Kava se recomienda contra la ansiedad, como sedante y relajante. Si éste se toma al mismo tiempo que otros sedantes (flurazepam, temazepam) o drogas contra la ansiedad, especialmente alprazolam (Xanax), puede resultar excesivo. La toxicidad de kava aumenta si se toma con alcohol. Hasta que se determine el significado clínico de la acción de Kava sobre la actividad de las plaquetas, su uso con adelgazadores de la sangre debe ser cauteloso. El uso por tiempo largo no se aconseja y se caracteriza por la piel seca, escamosa, descolorida y ojos rojos. La hierba está contraindicada en los pacientes con cierto tipo de depresión porque puede aumentar el riesgo del suicidio. La dosis diaria es lo equivalente a 60 mg a 120 mg de pironas de kava

✚ Hierba de San Juan (*Hypericum Perforatum*): La hierba de San Juan es usada ampliamente para tratar la depresión leve a moderada, la ansiedad y el trastorno afectivo estacional (su sigla en inglés es SAD). Las reacciones adversas reportadas incluyen malestar estomacal, reacciones alérgicas, fatiga y agitación. La fotosensibilidad es normalmente rara y asociado con las dosis más elevadas. La gente de piel blanca debe ser especialmente cautelosa. Su uso junto con otras fotosensibilizadoras, tales como piroxicam (Feldene) o tetraciclina debe de evitarse. La hierba de San Juan no debe usarse con monoamina oxidasa

(MAOI) tales como fenelzina o los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina ISRS (SSRIs en inglés) tales como Prozac, Zoloft o Celexa. Se ha reportado que la hierba de San Juan prolonga las horas de dormir inducidas por narcóticos (codeína) así también disminuye las horas de dormir inducidas por barbitúricos y se debe usar cautela al combinar estos medicamentos. La hierba también contiene tanino y puede interferir con la absorción del hierro. La dosis usual es de 300 mg de extracto estandarizado tres veces diariamente o 450 mg dos veces diariamente. Puede tomar de cuatro a seis semanas para poder ver el efecto deseado.

✚ Valeriana (*Valeriana officinalis*, hierba de los gatos, valreana, brizos): German Commission E recomienda la valeriana para el manejo de la agitación y perturbaciones nerviosas del sueño. La valeriana puede causar dolor de cabeza, resaca (cruda), excitabilidad, insomnio, inquietud y molestias cardíacas. Dadas sus propiedades sedantes sería prudente evitar los barbitúricos (phenobarbital), los sedantes, (flurazepam, temazepam) y el alcohol mientras uno toma valeriana. La valeriana también contiene taninos y puede interferir con la absorción del hierro. Las personas que están bajo tratamiento con antidepresivos deben tomar la valeriana solamente bajo supervisión médica. La dosis común del extracto es 2-3 g, una o varias veces al día.

Fuente original: When medicine and herbs don't mix (Cuando la medicina y las hierbas no se mezclan) por Tammy Chernin, R.Ph. <http://www3.healthgate.com>

Echinacea, si se usa por más de ocho semanas consecutivas, puede causar toxicidad al hígado y no se debe usar con drogas tales como los esteroides anabólicos, amiodarona y methotrexate que son tóxicos para el hígado, y el efecto puede ser acumulativo.

Feverfew, el ajo, el jengibre, el ginseng, y el ginkgo biloba todos afectan el tiempo de sangrado y no deben ser tomados por pacientes que toman warfarina o por pacientes que tienen el bajo el conteo de plaquetas.

La hierba de San Juan no se debe tomar con los inhibidores de monoamina oxidasa o los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina como el Prozac y el Paxil hasta que haya más información.

El regaliz, el llantén, el espino y el ginseng pueden interferir con la terapia digoxina y la raíz de valeriana no se debe tomar cuando hay presencia de barbitúricos porque podría causar un aumento en los efectos.

El aceite de primavera y la borraja son contraindicados en los pacientes que toman anticonvulsivos (por ejemplo, clonazepam). Los inmunostimulantes como la echinacea y zinc no se deben administrar junto con los inmunosupresivos como los corticosteroides (como prednisona) y ciclosporina y son contraindicados en los pacientes que sufren de artritis reumatoide, el lupus eritematoso sistémico y la hepatitis autoinmune.

Fuente original: Hans Larsen es un investigador en ciencias de la salud, quien vive actualmente en Victoria, British Columbia, de la revista Alive marzo 1999 con algunos cambios por D. Morrow.

IV.0.1 LA ACUPUNTURA

La acupuntura es un tipo de terapia médica que consiste en introducir agujas sólidas delgadas en sitios selectivos sobre la superficie del cuerpo. Estudios recientes han mostrado que el VHC puede propagarse por medio de la acupuntura. Asegúrate que tu acupunturista siga los procedimientos correctos de la esterilización.

IV.0.2 LA QUIROPRACTICA

La Quiropráctica es una profesión de práctica alternativa en que se manipulan la espina, las articulaciones, y los tejidos musculares a fin de restaurar el funcionamiento apropiado de los nervios.

El quiropráctico no usa drogas ni cirugía al tratar las enfermedades.

IV.0.3 CURACIÓN DE ENERGÍA (Reiki, Manos de Luz, Terapia del Tacto, etc.)

La energía suave de Reiki (rai-ki), es una práctica espiritual antigua que realza los procesos naturales de curación. Reiki tiene varios nombres en diferentes partes del mundo: "prana" en la India, "qi" o "chi" en

China, “espíritu” en las tradiciones occidentales, etc., y se traduce simplemente como “la fuerza vital.” Reiki es un medio de añadir más energía a nuestra “fuerza vital” para ayudar a darle un mayor arranque al proceso de sanar. Un tratamiento Reiki es esencialmente la “imposición de manos,” una técnica antigua compartida por muchas tradiciones espirituales. En un tratamiento típico de Reiki, el cliente se acuesta (completamente vestido) sobre una mesa acolchonada. La energía se transfiere al cliente por medio de las manos del especialista en una secuencia de posiciones estandarizadas en donde se colocan las manos. En cada posición, las manos simplemente se descansan sobre el cliente durante 3-5 minutos.

Un tratamiento completo normalmente toma como una hora. Un tratamiento Reiki es una práctica espiritual porque trabaja directamente con la energía, o “espíritu.” No se aplica presión y no se manipulan los tejidos (como el masaje, por ejemplo).

IV.0.4 REFLEXOLOGÍA

La reflexología es un tipo de tratamiento de masaje especializado que funciona sobre la teoría de que las áreas de los pies y las manos están ligadas a otras áreas y órganos del cuerpo. Se piensa que la energía bloqueada, congestión o tensión en una parte del cuerpo (generalmente el pie o la mano) refleja la congestión o tensión de una parte correspondiente del cuerpo. Así como cuando se atiende a los dedos pulgar existe un efecto relacionado con la cabeza, y al tratar al pie entero puede proporcionar un efecto relajante y curativo a todo el cuerpo.

IV.0.5 LA HOMEOPATÍA

La homeopatía ofrece varios remedios para el tratamiento de la Hepatitis. Son el Mercurio y el Natrum Sulfuricum. Se ha comprobado clínicamente que el Natrum Sulfuricum es un remedio valioso para la meningitis espinal, y lo han encontrado bastante útil para el tratamiento del hígado.

IV.0.6 LA RETICULOSA

(Esta información fue proporcionada por Commonwealth Pharmaceuticals, British West Indies, elaboradores de la Reticulosa.)

Pacientes con la hepatitis A y 18 pacientes con hepatitis B fueron tratados con la reticulosa. 9 pacientes con hepatitis A y 17 pacientes con hepatitis B fueron controles y fueron tratados con un placebo. Los pacientes tratados recibieron reticulosa durante un periodo de 15 días, mientras el grupo control fue tratado con salina. Basándose en los hallazgos del laboratorio de varios parámetros: Tiempos de protrombina, bilirrubina en suero, conteo de células blancas, y las observaciones clínicas, los pacientes tratados con la reticulosa parecían mostrar mejoramiento significativo. Los niveles de la bilirrubina de 83% de los pacientes con hepatitis B, tratados con Reticulosa durante 15 días estuvieron dentro de lo normal después de 30 días. Ninguno de los pacientes del grupo control tratados con placebo estuvieron dentro del rango normal en 30 días. De los pacientes con hepatitis A tratados con Reticulosa, 100% mostraron la bilirrubina normal después de 30 días. De los pacientes control con hepatitis A, solamente 22% estuvieron dentro del rango de lo normal después de 30 días. Los hallazgos en este ensayo preliminar llegaron a la conclusión de que la Reticulosa parece reducir significativamente el tiempo de la recuperación y el regreso a la normalidad de los pacientes con un episodio agudo de hepatitis A o B. Se recomienda estudios mas a fondo.

Conclusiones: En este Ensayo Clínico Humano Preliminar en 53 pacientes con hepatitis A o hepatitis B, en que la mitad fueron tratados con Reticulosa, los resultados demostraron efectos clínicos y de laboratorio positivos. 18 pacientes con hepatitis B y 9 con hepatitis A fueron tratados con Reticulosa, comparado con 17 pacientes control con hepatitis B y 9 pacientes control con hepatitis A tratados con placebo. Los pacientes fueron diagnosticados con hepatitis A o B por las pruebas de laboratorio apropiadas de sangre, orina, rayos X y examen físico, con atención especial a Anti-VHA IGM y el antígeno a hepatitis B de superficie para distinguir cuidadosamente los de A de los de B. Estamos conscientes, sin embargo, que la biopsia es el método definitivo para el diagnóstico de hepatitis, pero limitaciones físicas

nos impidieron utilizar este método en este estudio. Basado en resultados de laboratorio, los niveles de bilirrubina en el suero de 83% de pacientes con hepatitis B, tratados con Reticulosa durante 15 días fueron en el rango normal en 30 días, 50% en 15 días, y 22% en 10 días. Ninguno de los pacientes control estuvieron en el rango normal después de 30 días con tratamiento placebo. En los pacientes con hepatitis A tratados con Reticulosa, 100% mostraron niveles normales de bilirrubina después de 30 días, 89% después de 15 días, y 33% después de 10 días.

En los pacientes control con hepatitis A solamente 22% estuvieron en el rango normal después de 30 días, 11% después de 15 días, y 11% después de 10 días.

En todos los pacientes tratados con Reticulosa, el conteo de células blancas de la sangre mostraron un aumento significativo, lo que indica un estímulo al sistema inmune. En todos los pacientes tratados con Reticulos, los tiempos de protrombina regresaron rápidamente al rango normal, mientras que los de los controles no lo hicieron. Los resultados parecen demostrar mejoría significativa en los pacientes tratados con Reticulosa, especialmente los con hepatitis B. - "The use of Reticulose in the Treatment of Hepatitis A, B & C ["El uso de Reticulosa en el Tratamiento de Hepatitis A, B y C"]," Excerptos de: Journal of the Royal Society of Health Volumen 112, No. 6, páginas 266-270 Diciembre, 1992

IV.0.7 LA MEDICINA TRADICIONAL CHINA (MTC)

Creemos que es importante advertir al lector sobre las medicinas chinas. Conocemos muchas personas que han encontrado la MTC muy útil, pero ha habido muchos casos de preparación sin escrúpulos de los compuestos de la medicina china, donde utilizaron hierbas y sustancias diferentes de las indicadas en su preparación. En algunos casos, se ha causado la muerte. Por favor, busca un médico de buena reputación.

(Lo siguiente viene de "Medicina complementaria y alternativa en la enfermedad crónica hepática," ["Complementary and alternative medicine in chronic liver disease"] Hepatology Septiembre 2001 Volumen 34 Número 3)

MTC se ha practicado aproximadamente por 2 mil años, con records que abarcan teorías médicas chinas con fechas hasta 221 BC. MTC comprende formas múltiples de prácticas de curación ritualísticas. Estas incluyen las prácticas relativamente bien conocidas de la acupuntura y la terapia herbal, y la menos conocida moxibustión (la terapia de contrairritación dermal), masaje, y terapia por medio de ejercicio (Qi Gong). La terapia china herbal comprende más de 100,000 tratamientos localizados, de los cuales, aproximadamente 80% son mezclas combinadas o herbales.

Sobre la enfermedad crónica del hígado, se han identificado un número limitado de compuestos (aproximadamente 76) realizando un screening de una Base de Datos de la Medicina Oriental Tradicional (Tradi/Med DB). Un extracto hepatoprotectivo con la potencia más alta y la toxicidad más baja es la semilla de *Plantago asiatica*, y su componente activo es la aucubina. La aucubina parece inhibir la replicación del virus hepatitis B (VHB) *in vitro* y en animales (100 mg/kg diariamente por 1 mes). Su uso en un experimento humano, 10 mg/kg administrado intravenosamente durante 4 semanas, demostró una baja en los niveles de VHB-ADN en el suero, que regresó a los valores pre-tratamiento después de terminar la terapia.

Una segunda combinación de 10 hierbas, llamada "Herbal Medicine 861 (Medicina Herbal 861)," fue probado por actividad antifibrótica en 3 ensayos clínicos controlados que incluyeron 107 pacientes con hepatitis B. Los niveles de ALT cayeron dentro del rango normal en 73% de los pacientes, mientras el tamaño del bazo, la presión portal, y los niveles de péptidos procolágenos y las lamininas en el suero disminuyeron en 53%. Las biopsias del hígado, 6 meses después del tratamiento, mostraron reducciones en fibrosis y e infiltraciones inflamatorias y reducciones cuantitativas en hidroxiprolina en los tejidos. Todos los pacientes resultaron positivos por el antígeno de superficie de hepatitis B (HbsAg) Los estudios *in vitro*

que usan las células estelares humanas y los estudios in vivo que usan modelos animales de fibrosis (inducida por CC14 y albúmina) mostraron que HM861 inhibió la activación de las células estelares por medio de bloquear la ciclina o la quinasa dependiente de ciclina en el ciclo celular, y que los tejidos fibróticos fueron remodelados, con revascuarización de los sinusoides hepáticos. El factor de crecimiento transformador y el colágeno tipos de síntesis genética I, III, y IV fueron reducidos, mientras metaloproteinasa I de la matriz fue aumentado, lo que sugiere un retroceso de las etapas tempranas de cirrosis por medio de la corrección de la falta de balance dentro de las dinámicas de la síntesis y la degradación de la matriz extracelular.

CH-100 es una formulación de 19 diferentes hierbas desarrollada para el tratamiento de las enfermedades del hígado. En un ensayo doble ciego con control placebo con pacientes infectados con hepatitis C, el tratamiento con el producto se asoció con una reducción significativa en los niveles de ALT, aunque ninguna persona tratada erradicó el virus. NCCAM está en este momento apoyando un estudio de una combinación de 10 hierbas, llamada 3AR. El ensayo investigará la seguridad y eventos adversos, tanto como las síntomas de fatiga, calidad de vida, función hepática, y niveles de VHC-ARN en pacientes no calificados para terapia estándar para hepatitis C. Así que hay cada vez más interés en manejar ensayos rigurosos de compuestos candidatos de MTC (1) como alternativas al tratamiento estándar, (2) para suplementar los tratamientos convencionales, o (3) para aminorar los efectos secundarios de las terapias comunes.

Una buena descripción de MTC y VHC se encuentra en el libro de Matt Dolan, *The Hepatitis C Handbook*.

IV.0.8 LA TERAPIA DE OZONO

Este es un tratamiento experimental, popular especialmente en Europa, en el cual se traslada la sangre del cuerpo y se pasa el ozono por ella con la intención de matar al virus, y luego se regresa la sangre al cuerpo. Personalmente no creo que esto sea un procedimiento seguro, y estoy totalmente en contra de ello y por lo tanto no lo recomiendo. El ozono que pasa por la sangre en burbujas para matar los virus en vitro daña las células vivas al mismo tiempo que mata los virus. El ozono inyectado a tus venas o aerado por tu colon es un veneno y existe el peligro inherente de matarte rápidamente. El ozono es muy reactivo y poco estable en la atmósfera inferior y no permanece como ozono por mucho tiempo en un ambiente reactivo.

Se han reportado casos de pacientes que han adquirido hepatitis C de equipo usado para terapia de ozono que no ha sido esterilizado correctamente. "Transmission of Hepatitis C by Ozone Enrichment of Autologous Blood," *Lancet*, 1996;347:541

IV.1.0 LOS TRATAMIENTOS HERBALES Y VITAMÍNICOS

IV.1.1 EL TÉ DE KOMBUCHA

Ha habido algunas advertencias sobre los efectos adversos del té de kombucha en Australia y en los Estados Unidos.

IV.1.2 EL REISHI/LOS HONGOS SHITAKE

Los hongos medicinales pueden estimular muchos aspectos del sistema inmune, incluyendo la producción del interferón. En el Oriente, Reishi se considera una yerba Fu Zhen (para la modulación del sistema de inmunidad).

Actualmente, Reishi tiene diversas aplicaciones incluyendo bajar o subir la presión de sangre, estimular las funciones del hígado, limpiar la sangre, y actuar como un adaptogen en ayudar el cuerpo pelear contra los efectos de tensión.

Los herbarios chinos lo aprecian por sus capacidades de regenerar el hígado. En dosis altas, y a cierto grado en dosis normales, Ganoderma puede ser clasificado como un desintoxicante y protector del hígado.

Los estudios de toxicidad no muestran efectos tóxicos en los humanos. En la investigación, a los pacientes se les dan dosis mucho más altas, tan altas como 10 gramos de extracto por día, sin efectos nocivos.

La potencia de hongos Reishi normalmente se basa sobre su concentración de triterpenoides. Se puede determinar el nivel por el sabor. Entre mas amargo es, más alta la concentración de triterpenoides.

Porque Reishi es un polyporo, (un grupo de setas duras, como madera, que parecen repisas) no se come, pero se corta en pedazos y se prepara como un té. En la China, la dosis promedio es 3 a 5 gramos por día. Las otras formas populares de preparación son los extractos en agua/soluciones hidroalcoholicas y los polvos. - - " Reishi: Ancient Medicine is Modern Hope", Linda McGlasson, Health Foods Business Consumer Education Series, January 1992.

Un estudio de Ganoderma hecho en la Universidad Cornell halló que había un buen argumento para el uso de esta sustancia en conjunto con otras medicinas en el tratamiento del cáncer. No hubo mención en la literatura de VHC. (Role of Ganoderma Supplementation in Cancer Management [El papel de Suplementación con Ganoderma en el Manejo del Cáncer] Meridian Medical Group en el Institute of East-West Medicine and Department of Medicine, Cornell Medical College Raymond Y. Chang, 1997).

IV.1.3 EL DIENTE DE LEÓN (AMARGÓN O TARAXACUM OFFICINALE)

El nombre dandelion se aplica a veces libremente a otros hierbas llenas de líquido como leche con flores amarillas esponjosas. Pero el verdadero diente de león es aquella hierba ubicua que crece abundantamente en millones de céspedes, jardines y pasturas a lo largo de América. Esta hierba perenne tiene hojas con cortes profundos que forman un botón basal en la primavera, con las flores sobre tallos largos. Todas las hojas y los tallos huecos crecen directamente desde la raíz. El creador de la faja cómica - "Marvin " - una vez tuvo su encantador héroe empañalado inspeccionando un grupo de dientes de león y entonces pensando a sí mismo, "Dientes de león son la manera de la Naturaleza de dar dignidad a las hierbas malas!"

El finado médico naturopático, John Lust, escribió en su "Herb Book" que la raíz de diente de león es buena para toda clase de problemas del hígado, incluyendo la hepatitis, cirrosis, ictericia y la toxicidad en general, así también como remedio para cálculos biliares. Hierva 1 litro de agua, reduzca el calor y agregue unas 20 cucharadas de hojas frescas, tallos, y raíces limpias picadas. Cueza lentamente para que el líquido se reduzca apenas a medio litro, entonces cuélelo. Toma 3 cucharadas seis veces al día, recomendó el Dr. Lust.

Para los que desean algo más conveniente en la forma de cápsula, hay el producto "AKN Formula" de la compañía "Nature's Way", que contiene considerable raíz de diente de león y otras yerbas limpiadores. Se puede obtener en cualquier tienda de alimentos dietéticos local.- "Heinerman Encyclopedia of Fruits, Vegetables and Herbs", John Heinerman, Parker Publishing Company.

IV.1.4 CARDO DE LECHE (EL SILIMARIN)

El Cardo de Leche (El Sillimarin) es conocido como un anti-inflamatorio y estabilizador de mastocitos que ayuda proteger el hígado contra las toxinas, las drogas, y los efectos del alcohol. (Better Nutrition for Today's Living, March 1993).

Uso del extracto de cardo de leche (Silybum marianum). "...la investigación europea muestra que estimula la regeneración de las células del hígado y las protege contra los daños de las toxinas." Normalmente se encuentra en las tiendas de salud bajo los siguientes nombres: cardo de leche, silibum o silimarin.

Toma dos cápsulas dos o tres veces al día hasta que el funcionamiento del hígado regrese a su normalidad.

Contiene el flavoide activo Silimarin y se usa para todos los desórdenes del hígado tales como la ictericia y la hepatitis. El cardo de leche contiene algunas de las sustancias más potentes que ayudan a la regeneración del hígado. El cardo de leche previene el daño libre radical al actuar como antioxidante, protegiendo al hígado. Estimula la producción de nuevas células del hígado y previene la formación de leukotrienes

IV.1.5 LA ALCACHOFA O ALCAUCIL

La alcachofa o alcaucil según fuentes populares, se ha usado en el tratamiento de muchas enfermedades del hígado. La evidencia reciente apoya este antiguo uso. El ingrediente activo en la alcachofa es la cinarina. Las concentraciones más altas de este ingrediente se encuentran en las hojas.

El extracto de cinara ha demostrado efectos que protegen y regeneran al hígado, y promuevan el flujo de bilis del hígado a la vesicular biliar. Esto es muy importante porque, si la bilis no se transporta a la vesícula biliar adecuadamente, el hígado tiene un mayor riesgo de daño.

IV.1.6 LA RAÍZ DE REGALIZ

Los estudios han mostrado que un componente de regaliz es efectivo para el tratamiento de la hepatitis viral, especialmente la hepatitis crónica activa. Esto probablemente se debe a su actividad antiviral bien documentada.

Un producto que contiene regaliz se usa extensivamente en Japón para el tratamiento de la hepatitis.

Si se usa el regaliz por tiempo extendido, se necesita aumentar la cantidad de alimentos ricos en potasio.

Cualquier persona con alta presión o cirrosis debe ejercer cautela. ("Complementary and alternative medicine in chronic liver disease," Hepatology Septiembre 2001 Volumen 34 Número 3)

IV.1.7 La Espirulina

Los investigadores dicen que la espirulina, un extracto de algas verde-azuladas la cual contiene una sustancia que muestra actividad antiviral contra la VIH. Todavía no se han hecho estudios sobre su efectividad contra el virus de hepatitis C.

IV.1.8 EL AJO

El ajo es un antibiótico natural. Protege el cuerpo de la infección, detoxifica el cuerpo, fortalece los vasos sanguíneos, y baja la presión sanguínea. El ajo contiene un antibiótico natural, anti-fúngica, y tiene muchas propiedades antivirales.

IV.1.9 FACTORES TÍMICOS

Los Factores Tímicos (Thymic Factors) es una combinación de drogas incluyendo el timo, fracciones enzimáticas polipéptidas, extracto de timo crudo, timosina, timopoiatina, factor humoral tímico, otros nutrientes, hierbas, vitaminas, y encimas, desarrollada por Carson B Burgstiner, MD. después de contraer hepatitis B. El sostiene que tiene “curados” 83 casos de hepatitis B, 23 casos de hepatitis C, 28 casos de artritis reumatoide, y 12 casos de lupus sistémica (algunos de los cuales estaban tomando 22 diferentes drogas y ahora son asintomáticos), 10 casos de esclerosis múltiple, 12 casos de psoriasis, 7 casos de personas con cáncer squamous de la célula de la piel.

Esta fórmula no ha pasado por ensayos clínicos oficiales, y su éxito no ha sido comprobado, sin embargo muchos miembros de la lista de correo electrónico HEPV-L declaran que se sienten mejor y tienen más energía mientras toman los Factores Tímicos.

Recomendaciones del Dr. Burgstiner para el Mantenimiento Preventivo: 2 Factores Tímicos con 1 vitamina Thym-A-Vites dos veces diarias, AM y PM para tomar con alimentos.

Recomendaciones del Dr. Burgstiner para las Condiciones Crónicas: 4 Factores Tímicos con 2 vitaminas Thym-A-Vites dos veces diarias, AM y PM para tomar con alimentos. Seguir con este nivel hasta que estés contento con los resultados o hasta que las pruebas de sangre salgan normales. Luego siga con la dosis de mantenimiento de 2 Factores Tímicos con 1 vitamina Thym-A-Vites dos veces diarias, AM Y PM para tomar con alimentos.

Se puede comunicar a la oficina de Dr. Burgstiner por el número anotado abajo. Ellos te mandarán un paquete de información en unos cuantos días. La fórmula se llama Factores Tímicos, y las vitaminas están hechas por Sundown (super multiple, sin hierro).

Carson B. Burgstiner, M.D., 5354 Reynolds St. # 304, Candler Professional Bldg., Savannah, GA 31405
Teléfono (912)355-5755 fax (912)355-5759 .

En 1996 la compañía Preventive Therapeutics, Inc. empezó a fabricar la formula original de Dr. Carson B. Burgstiner. Esta fórmula la está vendiendo y distribuyendo esta misma compañía y otras tiendas de salud. Los frascos contienen 180 tabletas, suficientes para 30 días. La etiqueta tien un dibujo de un pájaro y flores.

Cuando nos comunicamos con Preventive Therapeutics, nos dieron los siguientes consejos: Al principio, toma la Fórmula Tímica pro 2 a 3 meses hasta estabilizarte, 6 tabletas dos veces diarias (total 12 tabletas) con 12 horas de diferencia. Cuando estés estable, toma 3 tabletas, dos veces al día.

Preventive Therapeutics, Inc., se encuentra en Duluth, Georgia, un suburbio de Atlanta, GA. 1150K Court Drive, Duluth GA 30136. Teléfono de línea gratis:1-888-372-8259; 770-417-2835, fax: 770-409-0110
Contacto: Ed. Callaway, RPH, Jim Williamson o Pat Stephens

Últimamente (2000) se han mandado advertencias contra el uso y consumo de partes animales crudas (glándulas, testículos, sesos) en los tratamientos hierbales y alternativos, por temor a que la enfermedad de “la vaca loca” se adquiriera por este medio.

IV.1.10 La Vitamina C

Linus Pauling el dos-veces ganador del Premio Nobel dijo que la vitamina C es muy beneficioso para los pacientes con hepatitis. Él recomienda un mínimo de 10,000 miligramos = 10 gramos por día. 20,000 - 50,000 miligramos por día es mucho mejor = 20 a 50 gramos. Toma vitamina C pura. Toma las pastillas tres a cuatro veces por día en vez de una vez por día. La vitamina C es un agente antiviral. El único efecto secundario conocido es la diarrea, que debería disminuir y parar cuando te acostumbras a la vitamina C. Puedes conseguir los libros de Linus Pauling en tu biblioteca local.

Recientemente se reportó sobre HEPV-L que el tomar encima de 2000 mg de vitamina por día bloquea la absorción del hierro de la sangre, efectivamente elevando nuestros niveles de hierro. Esto es perjudicial a los individuos con VHC, y puede bloquear o retrasar la efectividad del interferón.

IV.1.11 LA VITAMINA B12

Algunos pacientes con hepatitis declaran tener más energía cuando toman vitamina B12 extra. Es importante notar que la vitamina B12 no es efectiva cuando se toma en forma de tableta. Debe ser inyectada.

IV.1.12 LA VITAMINA E

Se dice que la vitamina E ayuda al hígado detoxificar la sangre. La vitamina E es más efectiva cuando se toma con selenio, un mineral antioxidante. Demasiada vitamina E adelgasa la sangre, así que los pacientes con problemas de coagulación deben de ejercer cautela.

IV.1.13 PROPULSORES DE INTERFERÓN NATURAL

Los estudios indican que muchas sustancias naturales pueden activar la producción de interferón natural del cuerpo. Algunos propulsores de interferón naturales mejores conocidos son:

Astragalus: una hierba china que aumenta la reacción de los anticuerpos a los invasores foráneos de todos tipos, incluyendo al cáncer.

Boneset (Eupatorium perfoliatum): una hierba de las indígenas americanas con propiedades antisépticas y antivirales, usada para el tratamiento de los resfriados y las gripas, la tos, la fiebre, la indigestión y el dolor.

Clorofila: un pigmento vegetal que se puede encontrar en una larga lista de vegetales de hojas verdes y algas como la espirulina, la clorela y las hojas de cebada.

Coenzima Q10: un antioxidante involucrado en la cadena de transporte de electrones que se necesitan para todos los procesos del cuerpo que dependen de la energía. CoQ10 aumenta a los ayudantes de las células T y reduce el riesgo de infección.

Equinacia: la hierba más popular en norteamérica, usada como tratamiento para el dolor de muela, picaduras de insectos y todo tipo de infección.

Ginko: un antioxidante potente para el sistema central nervioso, para el tratamiento de los desórdenes de la circulación, problemas de memoria, la presión sanguínea alta, la depresión, el tinnitus y los desórdenes del sistema inmune.

Melatonina: una hormona producida por la glándula pineal con propiedades antioxidantes fuertes y propulsores del sistema inmune.

IV.1.14 Otras Hierbas o Vitaminas

El Té Essiac es un té de los Ojibway supuestamente para limpiar las toxinas del cuerpo y levantar la inmunidad, que algunas personas han encontrado beneficioso. (Personalmente, a mí me pareció ponerme más enferma—Patti)

IV.1.15 EL AGUA

Gracias a Alan Franciscus por este recordatorio importante.

A todos nos han dicho que es esencial para el mantenimiento correcto de la salud beber por lo menos 8 vasos diarios de agua (8 onzas cada vaso). Esto es especialmente importante para nosotros con hepatitis C y, si estás tomando tratamiento con interferon y ribavirina, es todavía más importante beber suficiente agua. De hecho, deberías de tomar tanta agua como te sea posible aún cuando no tuvieras sed. Esto ayudará con los efectos secundarios posiblemente nefarios que se pueden experimentar mientras estás bajo tratamiento.

La excepción a esta regla es la persona que tiene ascites (la acumulación de líquidos en la cavidad abdominal) en cuyo caso un profesional de la medicina te instruirá sobre la dieta y la cantidad correcta de líquido.

El beber por lo menos 8 vasos de agua puede ser un problema, pero no es tan difícil como parece. Muchas personas llenan botellas con agua filtrada para medir la cantidad exacta de agua que toman diariamente. Muchas veces compro agua embotellada para llevar conmigo cuando estoy fuera de casa. Vuelvo a llenar estas botellas con agua filtrada cada mañana para medir la cantidad que consumo diario.

Recuerda, vas a tener que orinar con mucha más frecuencia y quieres asegurarte que estás cerca de un lavatorio. Si sabes que no vas a tener acceso fácil a un baño, puede ser que quieras dejar de beber agua aproximadamente una hora antes de salir.

Aún con estos obstáculos, encontrarás que los beneficios de tomar cantidades grandes de agua compensa por la inconveniencia y las visitas frecuentes al baño.

Algunos de los beneficios para la salud de beber cantidades adecuadas de agua incluyen:

- ▶ Pérdida de peso - suprime el apetito y metaboliza la grasa almacenada.
- ▶ Digestión - mejora al proceso digestivo y alivia o previene el estreñimiento.
- ▶ Piel seca - humedece la piel.
- ▶ Desechos del cuerpo y toxinas - limpia los desechos y toxinas del cuerpo.
- ▶ Temperatura del cuerpo - regula la temperatura del cuerpo para mantenerte fresco en climas calurosos.
- ▶ Nutrientes - contiene muchos nutrientes esenciales.
- ▶ Articulaciones - lubrica y acojina las articulaciones.
- ▶ Cáncer - ayuda a prevenir algunos cánceres, tales como los del colon y del hígado.

Acuérdate de consumir agua en vez de café o colas que contienen cafeína. Las bebidas que contienen cafeína agotan los líquidos corporales. Para reemplazar los líquidos perdidos, debes tomar dos vasos (16 onzas) de agua para cada vaso (8 onzas) de una bebida que contiene cafeína. Además, asegúrate de checar el contenido del agua - debes procurar no beber agua que contiene sodio.

Así que lánzate- ¡toma AGUA!

IV.2.0 El Ejercicio

Los pacientes con hepatitis sintomáticos podrían tener la necesidad de evitar las actividades llenas de estrés, y la tolerancia para el estrés será diferente para cada persona. Sin embargo, es importante para los que pueden hacer ejercicios, hacerlos, hasta su nivel de tolerancia. Esto se debe hacer con cautela, porque si se llega a cruzar la “línea invisible” de intolerancia al ejercicio, puede provocar una recaída.

IV.3.0 EL MANEJO DEL ESTRÉS

Típicamente, una de las cosas más beneficiosas que puede hacer una persona con hepatitis es evitar el estrés y descansar bastante.

Estrés no solamente significa las experiencias desagradables, sino también los estresores biológicos, físicos o emocionales, que provocan una reacción protectora en el cuerpo. El no evitar el estrés frecuentemente resulta en recaídas de término corto o largo que pueden ser serias.

Los eventos de alto estrés a veces parecen provocar la activación del virus y normalmente los síntomas empeoran si el virus ya está activo. Los estudios médicos muestran que el estrés juega un papel importante en varias enfermedades mediadas por el sistema inmune.

IV.4.0 LA ACTITUD POSITIVA

La risa y un espíritu positivo son buenos para el cuerpo.

Producen interferon, el defensor natural del cuerpo contra la infección, y produce las endorfinas para combatir la depresión y la ansiedad.

IV.5.0 TAI CHI/CHI KUNG/YOGA/MEDITACIÓN

IV.6.0 OTRAS FORMAS DE MANTENER LA SALUD

Evita exponerte a los gases químicos, los humos de gasolina, etc.

Usa los productos menos tóxicos (productos de limpieza, productos de salud y belleza, etc.) disponibles en tu casa y sobre tu cuerpo.

PARTE V. LA NUTRICION

V.1.0 ¿QUÉ HACER PARA TENER UNA DIETA NUTRITIVA?

Muchas dietistas y expertos médicos que tratan la hepatitis C sienten que, aparte del alcohol, la dieta tiene poco efecto directo sobre la actividad del virus y los resultados de la infección a largo plazo.

No hay ningún camino dietético específico que pueda recomendarse y que pueda garantizar que cambiará los efectos de alguna enfermedad particular del hígado. Eso no quiere decir que modificar su dieta no tenga ningún efecto.

La alimentación y el hígado se interrelacionan de muchas maneras.

Como todo lo que nosotros comemos, respiramos y absorbemos por nuestra piel debe ser depurado y desintoxicado por el hígado, una atención especial a la alimentación y a la dieta puede ayudar a conservar el hígado saludable.

Del 85-90% de la sangre procedente de los intestinos y el estómago transporta nutrientes muy importantes al hígado donde son transformados en elementos que el cuerpo puede utilizar.

Los alimentos amargos son útiles, porque estimulan el proceso digestivo y ayudan al hígado. Comer ensaladas que contengan hojas amargas tales como el diente de león o la achicoria 10-15 minutos antes de las comidas es una antigua receta europea para ayudar al hígado.

En Taiwan, una dieta con muchas verduras se asocia con un bajo riesgo de cáncer del hígado en las personas con hepatitis C.

Los jugos de verduras tienen una naturaleza particular que ayuda a disminuir los problemas de sentirse hinchado y estancado que se asocia muchas veces con las dolencias del hígado.

Los jugos de verduras actúan descargando el cuerpo y aliviando algunos de los síntomas que la gente con enfermedades del hígado siente, tales como pesadez y letargia. Los jugos de zanahorias, remolachas (betabeles, betarragas), pepino, espinaca, apio, brotes de trigo (hierba del trigo) y el perejil son usados para limpiar el hígado en ayunas. Por lo tanto se piensa generalmente que son buenos para el hígado.

Tomar 2-3 litros de agua cada día es una recomendación universal para la buena salud, pero también protege contra la congestión linfática, que pondría una carga más sobre el hígado.

En lo que concierne a dietas en particular, La Guía Alternativa de Medicina dice:

Jonathan Wright, M.D. recomienda una dieta baja en proteína para minimizar el estrés sobre el hígado. Las dietas con alimentos integrales que siguen un régimen hipoglucémico, que consiste en comer pequeñas cantidades a lo largo del día, evitar comidas estresantes tal como los azúcares refinados, alcohol, y cafeína. Consumir abundante agua filtrada. Beber zumo de limón recién exprimido todas las mañanas y las tardes además de jugos de vegetales es uno de los regímenes más terapéuticos para el hígado. Haga esto consecuentemente durante dos a cuatro de semanas y a partir de ahí varias mañanas a la semana durante varios meses y cuando los síntomas hepáticos reaparezcan. Tomar una gran cantidad de vegetales cada día. El ideal es, por lo menos, una ensalada y una comida de vegetales al vapor o ligeramente sofritos al día. Los granos que son fácilmente digeribles, tales como borona (o mijo), el alforfón (o trigo sarraceno), y quinoa son muy buenos.

Según la Enciclopedia de Medicina Natural:

Una dieta natural, baja en grasas saturadas naturales y sintéticas, baja en carbohidratos simples (azúcar, harina blanca, jugo de fruta, la miel, etc.), baja en ácidos grasos oxidados (aceites fritos), baja en grasa animal, y, alta en fibra es muy recomendada.

Y en el Canadian Journal of Health and Nutrition leímos:

... Las sustancias naturales para ayudar a su hígado a desintoxicarse están tan cerca como la alacena de su cocina. Comer comidas ricas en lecitina (soja), ácidos grasos esenciales (salmón, aceite de lino) y vegetales ricos en fibra y antioxidantes como las vitaminas C y E, son todo un arte culinario gastronómico para su hígado. La reducción de la ingesta de grasas saturadas, carbohidratos refinados y proteínas animales y evitar cantidades excesivas de alcohol son recomendaciones buenas para su hígado y para la salud total de su cuerpo.

La raíz de amargón (o diente de león) y la alcachofa (o alcaucil) son óptimos condimentos dietéticos durante la primavera y son muy útiles para mejorar el flujo de bilis del hígado. Además de estos alimentos, suplementos como L-metionina son una elección óptima para un hígado congestionado. Este aminoácido que contiene azufre no solamente mejora el flujo de bilis sino que también ayuda a proteger el glutatión del hígado. El glutatión peroxidasa es una de las enzimas de desintoxicación más importantes del cuerpo y se defiende en parte por la metionina durante un ataque tóxico al hígado...

El artículo describe la función del cardo mariano. Concluye que las sustancias más potentes para proteger el hígado son el cardo mariano, el amargón (o diente de león) ("taraxacum officinale") y L-metionina. La L-metionina se clasifica como un suplemento; y el amargón y el cardo de leche ("silybum marianum") como medicinas botánicas ; "Protecting and Enhancing Liver Function" por Ronald G. Reichert, ND , Alive: Canadian Journal of Health and Nutrition -(#161, Marzo 1996): pp. 14-16.

V.1.1 ALIMENTOS A EVITAR

LOS CACAHUETES (O MANÍES): Algunos cacahuets contienen aflatoxinas, un moho que aumenta las posibilidades de cáncer de hígado.

LOS MARISCOS CRUDOS: Vibrio vulnificus, una bacteria, se puede contraer al comer las ostras crudas, etc. Los mariscos, si no están cocidos, pueden ser muy peligrosos para los que tienen enfermedades del hígado. O hay que evitarlos, o hay que cuidar que los mariscos que comes estén bien cocidos.

LAS GRASAS SATURADAS: Generalmente es mejor consumir un mínimo de grasas.

Mucha gente se queja de un aumento de dolor en el área del hígado después de comer alimentos altos en grasas. Con las grasas saturadas, el hígado debe trabajar aún más que lo normal para neutralizar sus efectos dañinos.

V.2.0 ALIMENTACIÓN Y CIRROSIS

Muchas enfermedades crónicas del hígado se asocian con la desnutrición.

Una de las más comunes es la cirrosis. Cirrosis se refiere a la sustitución de células dañadas del hígado por el tejido fibroso de cicatriz que deteriora las funciones importantes del hígado. La cirrosis ocurre como resultado del consumo excesivo de alcohol (muy común), hepatitis viral común, obstrucción de los conductos biliares, y exposición a ciertas drogas o sustancias tóxicas.

La gente con cirrosis frecuentemente experimenta pérdida de apetito, náuseas, vómitos y pérdida de peso, dándoles un aspecto demacrado.

La dieta sola no contribuye al desarrollo de esta enfermedad de hígado. La gente bien nutrida, por ejemplo, pero que bebe cantidades grandes de alcohol, es también susceptible a la enfermedad alcohólica.

Los adultos con cirrosis requieren de una dieta balanceada rica en proteínas, que provea 2.000 a 3.000 calorías al día para permitir a las células de hígado regenerarse. Sin embargo, demasiada proteína resultará en una cantidad aumentada de amoníaco en la sangre; demasiada poca proteína puede reducir la curación del hígado. Los doctores deben cuidadosamente prescribir la cantidad correcta de proteína para una persona con cirrosis. Además el médico puede usar de dos medicaciones (lactulosa y neomicina) para controlar el nivel de amoníaco en sangre. Las personas con cirrosis frecuentemente experimentan una acumulación progresiva incómoda de fluido en el abdomen (ascitis) o una hinchazón de los pies, las piernas, o espalda (edema). Ambas situaciones son el resultado de la hipertensión portal (presión aumentada en las venas que van al hígado.) Dado que el sodio (la sal) fomenta la retención de agua, los pacientes con retención de líquido pueden cortar su toma de sodio evitando comidas como sopas y

vegetales enlatados, fiambres, productos lácteos, y condimentos como mayonesa y ketchup. De hecho, la mayoría de preparados de alimentos contienen grandes cantidades de sodio, mientras las comidas frescas no contienen casi sodio.

El mejor sustituto de la sal es el zumo de limón. En general, se recomienda una reducción en la ingesta de proteína de carne, que es la proteína más tóxica para el cerebro, y se aconseja su sustitución por proteína vegetal cuando existe la cirrosis.

V.3.0 CAFÉ, TÉ, CAFEÍNA Y OTROS ESTIMULANTES

En el libro "Healthy Healing" de Linda Rector - Paige, N.D., PhD, ella dice: "...Algunos de los problemas de salud que ocasiona la cafeína son...bien conocidos—dolores de cabeza, migrañas, irritabilidad, problemas digestivos y estomacales, ansiedad, y presión elevada. Como un estimulante adictivo, trabaja como una droga, ocasionando excitación y nervios, enfermedades cardíacas y palpitaciones. La cafeína en excesivas cantidades, puede producir ácido oxálico en el sistema, ocasionando un sinfín de problemas que pueden llegar a ser enfermedades. Puede albergarse en el hígado, restringiendo la función hepática adecuada, y estrechando el flujo de sangre arterial.

Elimina la vitamina B del cuerpo ... reduce algunos minerales esenciales, incluyendo el calcio y potasio...sin embargo los efectos carcinogénicos que frecuentemente se achacaron a la cafeína ahora se piensa son ocasionados por el proceso de tostado usado en hacer café, té y chocolate.

Desde que el café descafeinado ha sido implicado en algunas formas de cáncer , se concluye que la cafeína no es la culpable. Sí lo son los hidrocarburos del tostado..." El café sin filtrar eleva el colesterol en la sangre y las enzimas del hígado. Un estudio en el British Medical Journal muestra que el café cafetiere (preparado en cafetera de émbolo o pistón, no-filtrado, conocido como sistema francés) eleva los niveles de colesterol LDL y las concentraciones de alanino aminotransferasas (ALT) en la sangre. El café cafetiere se hace vertiendo el agua hirviendo sobre el café molido en un recipiente con un colador desatascador. El Dr. Rob Urgert y otros en la Universidad de Agricultura Wageningen de los Países Bajos observaron que el café no-filtrado eleva las alanino aminotransferasas 80% arriba de los niveles originales en relación al café filtrado. Una vez que los sujetos dejaron de tomar el café cafetiere, las concentraciones de las enzimas hepáticas y de colesterol LDL volvieron a los niveles originales. Los investigadores holandeses escriben que "El consumo de cinco a seis tazas de café cafetiere fuerte afecta la integridad de las células del hígado..." y atribuyen los aumentos de concentraciones de colesterol y alanino aminotransferasas a los diterpenos cafestol y kahweol que son abundantes en cafetiere. - BMJ 1996;313:00-00.

V.4.0 LA SAL

Aquellas personas predispuestas a episodios de ascitis deberían intentar mantener una dieta muy baja en sodio (menos de 3 gr/día - Yo sugiero entre 1-2 gr/día).

PARTE VI: LAS DROGAS Y EL ALCOHOL

VI.1.0 EL ALCOHOL

No hay duda que el alcohol debe estar fuera de los límites de aquellos casos con VHC. Los estudios han mostrado que los pacientes que beben tienen una incidencia más alta de cirrosis. Pero no sólo eso, los pacientes que beben tienen un más rápido índice de progresión a la cirrosis hepática y más elevada tasa de mortalidad. Asimismo, dado que el alcohol interfiere con el efecto terapéutico del interferón, aquellos que tengan una historia de problemas con la bebida pueden serles negado el tratamiento.

EFECTO DEL ALCOHOL EN LA REPLICACIÓN DEL VHC: Una pregunta crítica es saber si el alcohol y la infección de hepatitis C son sinérgicos en combinación en un hígado dañado. En algunos pacientes, existen hallazgos histológicos de daño hepático debido al alcohol y a la hepatitis viral crónica., pero en la mayoría de los estudios el patrón predominante es el de la hepatitis crónica.

El alcohol puede acentuar la replicación de la hepatitis C y producir un daño más severo independientemente del daño tóxico inducido por el consumo directo de alcohol. Existe una correlación entre los niveles de RNA VHC y la cantidad de alcohol consumido. Los pacientes alcohólicos con infección de VHC tienen una mayor concentración de hierro, lo que puede implicar un incremento de la replicación del VHC. La evidencia clínica de actividad hepática y nivel viral es significativamente mayor en aquellos que consumen más de 10 gramos diarios de alcohol.

EFECTO DEL ALCOHOL EN LA PROGRESIÓN DE LA INFECCIÓN CRÓNICA VIRAL DE HEPATITIS C A LA CIRROSIS Y AL CARCINOMA HEPATOCELULAR: Existe un más rápido desarrollo de cirrosis y carcinoma hepatocelular en el alcohólico con infección crónica de VHC. El periodo desde la transfusión al diagnóstico de cirrosis es más breve en el bebedor fuerte (bebedor problemático). Asimismo estudios recientes han demostrado que el consumo de alcohol en cirróticos puede derivar en un incremento de las infecciones bacterianas (American Journal of Gastroenterology, Editorial, May 2000, Volume 95, Number 5, Pages 1124-1125)

El riesgo de desarrollar carcinoma hepatocelular en alcohólicos cirróticos es 8,3 veces mayor en pacientes VHC(+) que en pacientes VHC(-) y la prevalencia de anti-VHC entre alcohólicos con HCC es de entre el 50 al 70%. Por lo tanto, el alcohol puede modificar la replicación del VHC así como la ontogénesis del VHC en el carcinoma hepatocelular.

TERAPIA CON INTERFERON EN PACIENTES ALCOHOLICOS CON HEPATITIS C CRONICA: Entre los pacientes alcohólicos con hepatitis C crónica que permanecieron abstinentes durante la terapia con interferón, hubo una tasa significativamente más baja de negativización de VHC RNA en aquellos que consumían >70 gramos diarios de etanol comparada con los que consumían <70 gramos diarios o no bebían. Una experiencia similar indicó cero negativización de VHC RNA en éstos que consumían >70 gramos diarios hasta el inicio de la terapia con interferón. Hepatitis C and Alcohol”, por E.R. Schiff resumen enviado por el autor para el National Institute of Health Conference on Hepatitis C, realizada en Marzo 24-26, 1997, en Bethesda, Maryland.

Un importante cofactor de la severidad de la enfermedad es el alcohol, y éste debe ser evitado en aquellos con infección crónica de VHC. “Natural History and Clinical Aspects of HCV Infection.” H.J. Alter. Department of Transfusion Medicine, National Institutes of Health, Bethesda, Maryland. Cancer Biotechnology Weekly, 01-29-1996, pp 20.

VI.2.0 EL TABACO

El fumar cigarrillos, combinado con el virus de la Hepatitis C, es conocido como un factor de riesgo importante en el desarrollo primario del carcinoma hepatocelular. (Int J Cancer 2000 Feb;85(4):498-502). Mientras que mucha gente está consciente de los efectos negativos del fumar sobre los pulmones, menor consideración es usualmente dada a sus efectos sobre el hígado. El humo del tabaco y la marihuana es una rica mezcla gaseosa de benzopireno tóxico, hidrocarburos policíclicos aromáticos, cianuro, acetaldehído, alquitrán, etc. Dado que estos penetran en la corriente sanguínea a través de los pulmones, el hígado debe desintoxicarse de ellos. Y virtualmente todos los constituyentes del humo son conocidos como, al menos medianamente, dañinos para el hígado. (The Liver: Master Organ for Optimal Nutrition).

Un reciente estudio de 310 pacientes biopsiados con hepatitis C, 176 eran actualmente fumadores (en su mayoría hombres, jóvenes, consumidores de alcohol y con una historia de uso intravenoso de drogas más frecuente que en aquellos que nunca habían fumado). Los resultados fueron ajustados a la consideración de estos factores. Los autores concluyeron que “El fumar incrementa la severidad de las lesiones hepáticas en pacientes con hepatitis C crónica” Fuente: Hepatology 2001;34:121-125, “Cigarette smoking and hepatic lesions in patients with chronic hepatitis C.”

VI.3.0 LA MARIHUANA

Existe una gran cantidad de estudios conflictivos sobre los beneficios/peligros del uso de marihuana en los enfermos crónicos. Estudios recientes han mostrado que la marihuana puede ser beneficiosa para aquellos con SIDA. Los resultados de un estudio lanzado en la XIII Conferencia Internacional sobre SIDA reportaron que fumar marihuana ayuda a la gente con SIDA a subir de peso, sin causar efectos virológicos adversos (Julio 2000). Pero el SIDA no es VHC. Ni el VHC es cáncer, ni tampoco son los dolores del VHC comparables al dolor de alguien que está muriendo de una enfermedad debilitante.

Otros estudios (Mayo 2000) hablan de un derivado sintético de la marihuana CT-3 como un antiinflamatorio y analgésico que pretende ser una alternativa terapéutica a las drogas antiinflamatorias no-esteroides (NSAIDs), los analgésicos y antiinflamatorios más comúnmente recetados para la terapia y tratamiento de largo plazo de la artritis.

Un estudio reciente dice que la marihuana incrementa el crecimiento de los tumores y otro lo relaciona con el enfisema.

Un informe de la New South Wales Users and AIDS Association "Hepatitis C y el Uso de Drogas" dice que la marihuana no presenta problemas para el hígado; otro reporte advierte que la marihuana puede interactuar adversamente con los antidepresivos.

Ha sido demostrado que la marihuana interfiere con la efectividad del interferón alpha-2 en el tratamiento de verrugas genitales debido a un impedimento de la inmunidad celular durante el consumo de cannabis. ("Genital Warts do not respond to systemic recombinant interferon alfa-2a treatment during cannabis consumption," Gross G; Roussaki A; Ikenberg H; Drees N., Dermatologica, 1991, 183(3):203-7). Si esto es cierto para el uso de la marihuana durante el tratamiento de alpha-2b para la hepatitis es aún desconocido.

VI.3.1 LA COCAÍNA

Un estudio de donantes de sangre que mostraban rastros de una pasada infección de la enfermedad dañina del hígado, hepatitis C, ha descubierto una posible relación entre la infección y el uso de cocaína aspirada nasalmente. El aspirar, "puede ser una ruta no reconocida" para que el virus de la hepatitis C ingrese al cuerpo, dijo un equipo de investigadores médicos, dirigidos por Dr. Cathy Conry-Cantilena del National Institute of Allergy and Infectious Diseases.

Pero los investigadores destacan que el abuso de cocaína puede no ser la causa de la hepatitis. Los consumidores de cocaína pueden ser simplemente más propensos a otras conductas que los hagan vulnerables a la infección.

La hepatitis C es usualmente transmitida por la sangre contaminada. Los investigadores dicen que es posible que los utensilios usados para aspirar nasalmente puedan estar manchados con sangre y el virus puede ingresar al cuerpo del usuario a través de las membranas mucosas de la nariz, que están frecuentemente dañadas en quienes aspiran cocaína.

VI.4.0 ¿CUÁLES SON LOS EFECTOS DE LAS DROGAS RECREATIVAS?

Si usted es VHC positivo, el alcohol y otras drogas añadirán una carga adicional a su ya estresado hígado. Aún si usted ya tiene VHC, es posible la reinfección si se expone al virus a través del uso inseguro de drogas. Existen varios diferentes tipos y variaciones del VHC, y cada vez que usted contrae un tipo diferente, es como si usted se infectara por primera vez. Las personas con múltiples infecciones de VHC son a menudo las que se enfermarán más seriamente. Es recomendable evitar el alcohol y las drogas callejeras.

Si el usuario fuera dependiente de los opiáceos, la metadona puede ser una alternativa en esta fase de infección, simplemente porque es obtenible en forma pura.

La hepatitis generalmente aumenta las chances de sobredosis (especialmente de alcohol o de benzodiazepinas tranquilizantes como el Serepax, Rohypnol, Valium, Mogadon y el Temazepam) porque el hígado no puede tolerar las dosis de droga a la que estaba previamente acostumbrado.

El Serepax es más conveniente que las otras benzodiazepinas pero aun así presenta problemas.

La heroína es relativamente poco dañina durante la infección de hepatitis pero todas las drogas presentan problemas, ya sean en forma pura o impura. Las anfetaminas y las benzodiazepinas son medianamente destructivas y el alcohol es lo más dañino.

En lo que al uso de drogas se refiere, las formas puras de drogas son recomendables en todos los casos (por ejemplo la metadona es mejor que la heroína callejera y las anfetaminas farmacéuticas son mejores que las callejeras) pero ésta es sólo una ventaja menor, dado que lo que está afectado por la hepatitis C es la capacidad del hígado para remover las drogas del cuerpo. Es mejor estar consciente de cualquier problema potencial en esta área y de las relaciones específicas entre las drogas y el hígado.

Es mejor permanecer limpio de drogas durante la fase aguda de la infección de hepatitis así el hígado puede auto regenerarse. Consumir drogas presenta menos problemas si usted tiene un hígado sano. - New South Wales Users and AIDS Association "Hepatitis C and Drug Use"

VI.4.1 PRECAUCIONES CON EL USO DE DROGAS INTRAVENOSAS

Cuando se inyectan drogas, la mejor protección es no re-usar el equipo de inyección. Limpiar el equipo de inyección no es una garantía para eliminar el virus de la hepatitis C.

Para evitar la hepatitis C cuando se inyecta:

- ✚ tenga un equipo de inyección, una cuchara, un filtro, un algodón y un torniquete.
- ✚ lave sus manos con agua tibia y jabonosa antes y después de inyectarse.
- ✚ limpie la cuchara con un algodón nuevo.
- ✚ guarde todos sus utensilios separados de los utensilios de sus amigos.
- ✚ inyéctese usted mismo--pero si lo va a inyectar otra persona, asegurese que la misma haya lavado sus manos.
- ✚ si sus manos se manchan con sangre, vaya y lávelas antes de tocar algo sobre la mesa. Si alguien le solicita que le alcance algo, dígame que aguarde.
- ✚ si toca algo antes de haberse lavado las manos, tratelo como contaminado.
- ✚ descarte sus equipos de inyección, filtros, algodones, etc., adecuadamente, colocándolos en contenedores para objetos filosos, o use una botella para beber de plástico vacía o un recipiente de detergente vacío. (Busque las siglas PET en el fondo del envase, porque estos son especialmente resistentes) Tenga la precaución de no desechar sus equipos de inyección en latas de aluminio o botellas de vidrio. Los niños reciclan esas latas y podrían sufrir pinchaduras de la aguja, y las botellas de vidrio se rompen con facilidad.
- ✚ recuerde - use un nuevo equipo cada vez que se inyecte. Limpiar el equipo no siempre mata el virus de la hepatitis C.
- ✚ recuerde - lavese las manos con agua y jabón antes y después de inyectarse. Usted no siempre puede ver las diminutas gotas de sangre.
- ✚ recuerde - cuando se inyecte haga la superficie de su mesa lo más limpia posible

VI.4.2 LA LIMPIEZA DEL EQUIPO DE INYECCIÓN

No estamos seguros que la desinfección o el lavado sean efectivos, por lo tanto sea cuidadoso y use un equipo de inyección completamente nueva cuando se inyecte. El reusar equipos de inyección debe ser su última opción. Si usted está limpiando equipos de inyección, recuerde los siguientes procedimientos:

⚠ Inmediatamente luego de usar su equipo de inyección enjuáguelo con agua fría hasta que todo rastro de sangre hayan desaparecido. Lanza el agua por el lavabo o introdúzcalo en una botella vieja.

⚠ Haga esto ni bien haya concluido de usar el equipo de inyección dado que la sangre seca u obstruida será difícil de enjuagar. Use siempre agua fría ya que el agua caliente coagulara y obstruirá el equipo de inyección.

⚠ Llene el equipo de inyección con hipoclorito de sodio (cloro casero, lavandina o lejía) nuevo y concentrado. Use la mas concentrada disponible (a menudo resulta la mas cara). Con el equipo de inyección lleno de lavandina, reponga la cubierta de la aguja y sacuda por treinta segundos o más. Controle este tiempo con un reloj o cuente lentamente. Luego lance la lavandina por el lavabo o dentro de una botella usada. Repita el proceso del cloro, agitando por treinta segundos mas.

⚠ Con otro recipiente de agua limpia enjuague la jeringa otras dos veces. Una vez más lance el agua en la pileta o en una botella usada y no en los contenedores de lavandina o agua limpia. Vacíe todos los recipientes por el lavabo cuando haya acabado.

Recuerde que ni aun este procedimiento para limpiar las jeringas es una garantía para matar el virus de la hepatitis C. - Hepatitis C Council of NSW

VI.4.3 LA METADONA

Los efectos de la metadona pueden aliviar los posibles síntomas dolorosos de la hepatitis C. Y si bien esto puede ser útil, puede asimismo camuflar los síntomas iniciales del daño hepático (si aconteciera). Síntomas como de gripe relacionados con la hepatitis C pueden dar la errónea impresión que usted está bajo el efecto de pastillas prescritas. Si esto le causara problemas en la clínica donde usted recibe la metadona, puede ser útil que les recuerde los complicados efectos de la hepatitis C.

Si usted experimenta síntomas como de gripe, relacionados a la hepatitis C, éstos no deben ser erróneamente mal interpretados como síntomas de abstinencia de opiáceos.

Se debe ser cuidadoso con las dosis de metadona y consciente de su real tolerancia a las drogas. Esto es particularmente importante si el daño hepático es severo. - Hepatitis C Council of NSW

PARTE VII: ¿CÓMO PUEDE AFECTAR MI VIDA EMOCIONAL EL VHC?

VII.1.0¿CÓMO SE RELACIONA LA DEPRESIÓN CON LA HEPATITIS?

Muchas nuevas enfermedades, antes de ser aceptadas por la comunidad médica, han sido consideradas como histeria, depresión, etc. Antes de que el virus de la hepatitis C fuera identificado en 1989, muchos de sus síntomas fueron asociados con la depresión, y muchos médicos mal informados aún piensan que la hepatitis C normalmente no tiene síntomas.

Otro asunto es que un paciente con el VHC puede tener una depresión secundaria si su vida sufre cambios al interferir la enfermedad con su trabajo o vida social o familiar. Esta consecuencia indirecta de la enfermedad puede ser tomada por algunos médicos como indicador de una causa más que como un efecto de los síntomas observados. En un artículo en Hepatology, junio 2000, p. 1207-1211, Vol. 31, No. 6, “La hepatitis C, el interferon alfa, y la depresión”, los autores indican que “dos líneas distintas de evidencia apoyan una relación entre el VHC y la depresión. Primero, los pacientes con desórdenes psiquiátricos tienen una prevalencia más alta de infección con VHC. Segundo, los pacientes con hepatitis crónica pueden tener una prevalencia más alta de desórdenes psiquiátricos incluyendo la depresión.”

VII.1.1 LOS CAMBIOS DE LOS ESTADOS DE ÁNIMO

VII.1.2 CONVIVIENDO CON UNA ENFERMEDAD CRÓNICA

Mucha gente no aprecia verdaderamente su salud hasta que de repente tienen que aceptar el hecho que ya tiene una enfermedad que no va a desaparecer. Estas nuevas condiciones pueden hacerle sentir enojo y depresión, y es difícil ir más allá de la pregunta, “¿Porqué yo?”

La gente comúnmente pasa por lo que la Dra Elisabeth Kubler-Ross ha identificado como las cinco etapas de ajuste hasta que aprenden a aceptar una enfermedad crónica. Hay sentimientos de negación, enojo, depresión, negociación y aceptación. Todos estos sentimientos son naturales, y no hay tiempos predeterminados para que Ud. pase por las etapas, y muchas veces las etapas se superponen.

VII.1.2a ACEPTÁNDOLO

Dése cuenta que tiene que sentir el dolor para poder resolverlo. No intente esconder el dolor físico y emocional.

Sienta el dolor y luego déjelo ir. No tenga miedo de expresar el dolor que siente.

Aprenda a reír, intente ver las cosas con humor, y disfrute los placeres sencillos de la vida.

Deje abiertas las líneas de comunicación. Ayuda saber que alguien entiende como se siente y puede ayudarle a aguantar el peso.

No descuide su tiempo personal. Estar a solas puede proveer una perspectiva personal de la cual pueden surgir la calma, las decisiones acertadas, las oportunidades para crecimiento personal, y un nuevo optimismo sobre la vida.

No vacile en buscar asesoramiento para su situación especial.

Algunos problemas son demasiados grandes para resolverlos solo.

Tome responsabilidad de si mismo y dése cuenta que Ud. Sí juega un papel en su enfermedad.

VII.1.3 CONVIVIENDO CON UN BAJO NIVEL DE ENERGÍA

VII.1.4 LA IRRITABILIDAD

El enojo es un efecto secundario bien conocido de las enfermedades del hígado. Y el simple hecho de estar enfermo y cansado casi todo el tiempo no ayuda. Lo que sí ayuda es tomar las cosas con calma. Pero la mayoría de nosotros no podemos. Si así hacemos no podremos comer ni pagar la renta.

La gente con hepatitis c sintomática debería recibir pensiones de incapacidad. Deberían de tener atención domiciliaria y guardería para sus hijos. Deberían de recibir ayuda para la limpieza de sus casas y para las compras y la preparación de las comidas.

Cuando uno está cansado y dolorido y con náuseas y mareado, estar al día con los aspectos de la vida cotidiana se vuelve cada vez más difícil. Muchas veces uno siente que tiene cemento en la sangre. Se siente tanta pesadez.

Así que cuando se siente abrumado por el sistema de asistencia social, o por un doctor, o por un cajero bancario o por el que sea, no sorprendería que tal vez explote.

Lo mejor es tener un amigo que nos entienda. Unirse a un grupo de ayuda local realmente ayuda.

VII.1.5¿CÓMO PUEDE AFECTAR MI VIDA SEXUAL EL VHC?

¿Cuál vida sexual? ☺ Vea “Pérdida de la Líbido” arriba.

VII.1.6¿CÓMO PUEDO AYUDAR A UN AMIGO CON HEPATITIS C?

CONSEJOS PARA HACER FRENTE A LA SITUACIÓN DE TENER UN FAMILIAR CON HEPATITS C

Recuerde:

Ud. no puede curar a su familiar.

A pesar de sus esfuerzos, las síntomas pueden empeorar, o pueden mejorar.

Si Ud. siente mucho resentimiento, está dando demasiado de sí.

Puede ser tan difícil para Ud. aceptar la enfermedad, como lo es para el familiar enfermo.

La aceptación de la enfermedad por todos los involucrados puede ayudar, pero no es necesario.

Ud. puede aprender algo sobre sí mismo mientras aprende sobre el camino de su familiar por la enfermedad.

Separe a la persona del virus. Ame a la persona, aunque odie al virus.

Separe los efectos secundarios de la medicación de la enfermedad/la persona.

No está bien que Ud. esté abandonado. Ud. tiene necesidades y deseos también.

Sus posibilidades de contagiarse la hepatitis C a través del contacto casual o sexual con un miembro de su familia es sumamente bajo con tal que se tomen precauciones para evitar el contacto con la sangre.

No hay que sentirse avergonzado con la enfermedad de un familiar.

Nadie tiene la culpa.

No olvide su sentido del humor.

Puede ser necesario revisar sus expectativas.

Reconozca el notable valor que su familiar puede mostrar enfrentando su enfermedad.

Su familiar tiene el derecho a su propio camino en la vida, como lo tiene Ud. también.

La respuesta orientada a la sobrevivencia es a menudo cerrar su vida emocional. Resístase a eso.

La incapacidad de hablar sobre los sentimientos le puede dejar atascado o congelado.

Las relaciones familiares pueden estar en desorden dentro de la confusión que rodea la enfermedad.

Puede ser necesario volver a negociar cómo se hacen las cosas dentro de su relación, tanto emocional como físicamente.

Reconocer que una persona tiene capacidades limitadas no debería significar que Ud. no espera nada de ellos.

Ud. puede experimentar pena sobre lo que Ud. tuvo y perdió, o sobre lo que nunca tuvo.

Después de la negación, la tristeza, y el enojo viene la aceptación. Añadir la comprensión produce la compasión.

Las enfermedades son una parte de la variada trama de la vida.

Es una tontera creer que Ud. puede corregir una enfermedad tal como la hepatitis hablando, aunque participar en la defensa de los derechos de los portadores puede ayudar.

Las síntomas pueden cambiar con el tiempo mientras el desorden subyacente permanece.

El desorden puede ser periódico, con momentos de mejoramiento y de deterioro, independiente de sus esperanzas o acciones.

No lleve toda la carga de la responsabilidad por su familiar enfermo.

Perdónese a sí mismo y a otros por los errores cometidos.

Los médicos tienen grados variados de competencia.

Si Ud. no puede cuidarse a sí mismo, no puede cuidar a otro.

Las necesidades del enfermo no necesariamente están en primer lugar siempre.

Es importante poner límites claros y respetarlos.

La enfermedad crónica afecta a la familia entera, no solamente a la persona que tiene la enfermedad.

Es natural sentir un gran cantidad de emociones como la pena, la culpabilidad, el miedo, el enojo, la tristeza, el dolor, la confusión, etc. Ud., no el enfermo, es responsable por sus propios sentimientos.

Ud. no está solo. Compartir sus pensamientos y sentimientos con otros en un grupo de ayuda es útil e informativo para mucha gente.

La enfermedad crónica de un familiar es un trauma para la familia entera. Ud. paga el precio si no recibe apoyo y ayuda.

¡Apoye a su grupo de hepatitis C local y a la búsqueda de una cura!

VII.1.6a ¿QUÉ NO DEBERÍA DECIR?

La gente con hepatitis C frecuentemente oye muchas--bueno...no hay manera bonita de decirlo-- estupideces de la gente que tiene buenas intenciones. Comprendemos que la mayoría de la gente de veras quiere ayudar, pero algunas veces parece que no piensan antes de hablar.

Aquí hay algunas de las cosas “Peores” que Ud. puede decir a su amigo con HVC:

“¿Puedes dejar de quejarte permanentemente?

“Nada más necesitas salir y hacer más ejercicio.”

“Está todo en tu cabeza.”

“Nadie ha dicho que la vida era justa.”

“Deja de sentir lástima de tí mismo.”

“Hay mucha gente que está peor que tú.”

“Piensas que tú tienes problemas...”

“Tal vez debas comer mejor/tomar vitaminas.”

“Siempre hay alguien en peor estado que tú.”

“Alégrate.”

“Siempre sientes lástima de tí mismo.”

“¿Has estado orando/leyendo la Biblia?”

“No pareces estar enfermo.”

“Todo el mundo sabe que la hepatitis C no da síntomas. Nada más buscas llamar la atención.”

“Lo que no nos mata nos hace más fuerte.”

“Créame, sé cómo te sientes. Yo estuve enfermo una vez.”

“Así que te sientes enfermo. ¿No siempre te sientes así, no?”

“Ay, ¡anímate!”

“Sal a tomar aire fresco...eso siempre me hace sentir mejor.”

“No importa cual fue tu experiencia con la biopsia, el interferón, los efectos secundarios de los tratamientos, TIENES que hacer este tratamiento/procedimiento. No me importan tus excusas.”

“Cielos...Me encantaría ser un adicto a la TV y no trabajar nunca; no es tan difícil la vida así.”

“Solamente quiero oír buenas noticias.”

VII.1.6b ¿QUÉ DEBERÍA DECIR?

¿De veras quiere ayudar? Aquí hay algunas de las “Mejores” cosas que Ud. puede decirle a su amigo con la hepatitis C:

“Te quiero.”

“Me importas.”

“No estás solo en esto.”

“Nunca te voy a abandonar.”

“¿Quieres un abrazo?”

“No digas nada; nada más toma mi mano y escucha.”

“Siento mucho que te sientes tan mal. No te voy a abandonar. Voy a cuidar de mí mismo para que no tengas que preocuparte por que tu dolor me lastime.”

“Te escucho hablar sobre ello, y no puedo imaginar cómo es para tí. Simplemente no me imagino lo difícil que debe de ser.”

“Si necesitas un amigo...” (y sea sincero)

“¿Hay algo que puedo hacer para ayudarte?” (y sea sincero)

“Voy de compras para la comida mañana. Dáme tu lista y recogeré todo y te lo traigo y te lo guardo.”

“No me importa si te cansas y te pones irritable. Te quiero y pasar el tiempo contigo todavía es agradable.”

“Estaré allí en media hora con (Ud. llena este espacio) la cena, un video, y luego me voy para que no tengas que atenderme.”

“Está bien, no tienes que poner buena cara por mí. Deja que yo sea el fuerte por un tiempo.”

15. “Es un regalo para mí que me permitas ayudarte y apoyarte. Sé lo difícil que es para tí pedir ayuda.”

PARTE VIII: VIVIENDO CON EL VHC

Ya no eres el de siempre. Toma su tiempo ajustarte a tu nueva situación, a tus disminuídas capacidades, y este ajuste es más difícil porque tanto tú como la gente que te rodea estaba acostumbrada a tu anterior situación saludable.

✚ Los pacientes frecuentemente alcanzan un punto de equilibrio en el cual pueden funcionar. Cuando se lucha contra cualquier enfermedad crónica, una actitud positiva es esencial.

✚ Debes estar preparado para que algunos de los que podrías esperar apoyo no te acepten. Esto puede ser deprimente, pero cuando tú no puedes salir a jugar boliche con los amigos, o cuando necesitas más ayuda y atenciones en casa o en el trabajo, o cuando estás en una situación que el médico puede no certificar, o cuando la gente oye que la enfermedad es una de esas que "contraen los drogadictos", en todos estos casos tu mundo emocional se hace bastante diferente.

✚ Busca nuevas fuentes de apoyo. Será importante que crees una estructura de apoyo entre tus familiares y amigos. Puedes hacerlo a través de los grupos de apoyo de portadores de VHC, redes informáticas, cartas y de otras maneras.

✚ Deberás tomarte tu tiempo para crearte una nueva imagen de tí mismo, para darte cuenta de que tus nuevas limitaciones físicas no te limitan como persona, en tu esencia, a pesar de lo que piense la gente. Y haz caso a aquéllos que han vivido esta situación antes que tú. Considera la posibilidad de leer los libros y artículos que hay al final de este documento en la Sección XII.1.5: Bibliografía: Lecturas recomendadas.

VIII.1.0 LOS PROBLEMAS COTIDIANOS CREADOS POR EL VHC

PARTE IX: CONVIVIENDO CON LA TERAPIA DE INTERFERÓN

“Es mejor sufrir las hondas y flechas del atroz interferón que estar aserrado a la mitad por un trasplante.”

- Cindy Torchin cindy@cpug.org

Es importante el cuidarse durante la terapia con interferón. Se pueden reducir algunos de los efectos secundarios físicos que puedas sentir.

Algunos consejitos sencillos pueden hacer una gran diferencia en cómo te sientas, y conociendo algunas maneras de cuidarte puedes dar un estímulo a tus emociones en un momento en que puede ser que sientas que mucho de lo que te está pasando está fuera de tu control.

Puede ser más fácil tratar con este sentimiento cuando descubres cuánto puedes contribuir a tu propio bienestar. Recuerda, sin embargo, que la auto-ayuda nunca es un sustituto del cuidado médico profesional. Asegúrate de hacer cualquier pregunta sobre tu medicación a tu médico o enfermera, y cuéntales sobre cualquier efecto secundario que tengas.

IX 1.0 Sugerencias generales de Schering

Para ayudar a aliviar algunos de los efectos secundarios del Intron A (interferón alfa-2b, recombinante) para terapia de inyección, sigue este método sencillo A-B-C:

A nalgésicos tales como el acetaminofén pueden ser usados para prevenir o aliviar parcialmente la fiebre y el dolor de cabeza.

B eneficiosa puede ser la administración de la terapia Intron A a la hora de dormir; de esa manera estarás durmiendo durante los síntomas de la terapia parecidos a la influenza o gripe.

C onserva tu energía; trata de descansar bastante.

D urante la terapia, bebe bastante líquido; mantente bien hidratado antes y durante la terapia.

E vita la malnutrición; asegúrate de comer comidas balanceadas e ingerir una adecuada cantidad de calorías en tu dieta.

F omenta una actitud positiva; mantén una perspectiva mental sana.

Los efectos más comunes asociados con la terapia con Intron A son los síntomas ligeros a moderados parecidos a los de la influenza, que usualmente disminuyen después de las primeras semanas de terapia. Estos pueden incluir fiebre, dolor de cabeza, fatiga, debilidad, escalofríos y dolor de los músculos y de las articulaciones.

Otras síntomas que ocurren con frecuencia son la náusea, la pérdida del apetito. La diarrea, y la pérdida del pelo. Son comunes al comienzo de la terapia, y no deben alarmarte. Si tienes alguna pregunta sobre tus efectos secundarios o tu medicación, asegúrate de llamar al médico.

IX 2.0 ¿DE QUÉ FORMA ACTÚA EL INTERFERÓN?

El interferón alpha trabaja de diferente forma en las diversas enfermedades para las que se usa. En la hepatitis C, el virus invade las células del hígado, destruyéndolas; el interferón reduce la población de virus a un nivel donde no sigue haciendo daño. El interferón ayuda, estimulando las células del sistema inmunológico para que pueda repeler la invasión. Algunos pacientes con hepatitis no responden para nada al interferón. Otros, sí, pero algunos recaen al dejar de tomarlo.

IX 2.1 ¿QUÉ DEBERÍA OBTENER CON EL INTERFERÓN?

Aún cuando el interferón no cure la enfermedad, puede ayudar a ponerla en remisión por un tiempo, dándole a tu hígado un buen descanso, y ayudándote a vivir más tiempo, más cómodamente.

Un estudio presentado en el AASLD 50th Annual Meeting (Nov 1999) mostró que hasta los no-respondedores al tratamiento con interferón tienen resultados positivos. El interferón se ha mostrado efectivo para detener y, hasta incluso, revertir la fibrosis en no-respondedores, y disminuir el ritmo de progresión reduciendo la inflamación y bajando la carga viral.

IX 2.2 LA EXPERIENCIA CLÍNICA

Tu médico puede sugerir que te apuntes para un ensayo clínico para nuevos tratamientos, o puede ser que tú le menciones esta posibilidad a tu médico. Los ensayos clínicos son estudios de investigación diseñados cuidadosamente que prueban tratamientos nuevos prometedores para el VHC. Los pacientes que toman parte en la investigación pueden ser los primeros que se beneficien de los métodos de tratamiento mejorado. Estos pacientes también pueden hacer una contribución importante al cuidado médico porque los resultados de los estudios pueden ayudar a muchas personas. Los pacientes participan en los ensayos clínicos solamente si así lo deciden, y son libres de salirse en cualquier momento.

IX 2.3 ¿SERÉ CAPAZ DE CONTINUAR TRABAJANDO?

La mayoría de la gente pueden seguir trabajando mientras están tratándose con interferón. Puede ser posible programar tus inyecciones tarde en el día o antes del fin de semana, (o cuando tú determines que ocurren tus peores efectos secundarios, si es que ocurren) para que interfieran lo menos posible con el trabajo.

Si tu tratamiento te hace sentir muy cansado, puedes considerar ajustar tu horario de trabajo por un tiempo. Habla francamente con tu patrón sobre tus necesidades y deseos en este momento. Puede ser que se pongan de acuerdo sobre un horario de tiempo reducido, o tal vez puedes hacer algo de tu trabajo en casa. Bajo las leyes federales y estatales (provinciales), algunos patrones pueden tener el requisito de permitirte trabajar un horario flexible para satisfacer las necesidades del tratamiento.

IX 2.4 ¿CÓMO PUEDO SABER SI ESTÁ ACTUANDO EL INTERFERÓN?

Tu médico y enfermera usarán varios métodos para medir el progreso de tu tratamiento. Tendrás exámenes físicos frecuentes y pruebas de sangre. No vaciles en preguntar al médico sobre los resultados y lo que muestran sobre tu progreso.

Mientras las pruebas y los exámenes pueden decir mucho sobre los resultados del interferón, los efectos secundarios dicen poco. Algunas personas piensan que si no tienen efectos secundarios, las drogas no están sirviendo, o que si sí tienen, las drogas están sirviendo bien.

Pero los efectos secundarios varían tanto de persona a persona, que tenerlos o no usualmente no es ninguna señal de la efectividad o no del tratamiento. Si tú tienes efectos colaterales, hay mucho que puedes hacer para aliviarlos. La próxima sección de las FAQ describe algunos de los efectos colaterales más comunes que la gente experimenta mientras toma el interferón, y te da algunas sugerencias para tratar con ellos.

Si tú estás leyendo esta sección antes de comenzar el interferón, puedes sentirte abrumado por la amplia variedad de efectos secundarios que describe. Pero recuerda: Cada persona no siente todos los efectos colaterales, y algunas personas sienten pocos, si sienten alguno. Además, la severidad de los efectos colaterales varía mucho de persona a persona. Que tú tengas cierto efecto colateral o no, y cuán severo será, depende de la dosis que tú tomas y el horario de las inyecciones, y de cómo reacciona tu cuerpo. Asegúrate de hablar con tu médico y tu enfermera sobre cuáles efectos colaterales son los que más probablemente te ocurran a tí, cuánto tiempo pueden durar, y qué tan serios puedan ser, y cuándo deberías buscar atención médica para ellos.

IX 3.0 LOS EFECTOS COLATERALES

IX.3.0a LA NÁUSEA

La náusea y los vómitos muchas veces se pueden controlar o reducir. Si tú sientes este efecto secundario, tu médico puede escoger de una gama amplia y cada vez mayor de drogas que pueden frenar la náusea y los vómitos. Diferentes drogas sirven para diferentes personas, y puede ser necesario usar más de una droga para sentir el alivio.

No te rindas. Sigue trabajando con tu médico y enfermera para encontrar la droga o las drogas que funcionan mejor para tí.

También puedes probar las ideas siguientes:

- ✚ Evita las comidas abundantes para que tu estómago no se sienta demasiado lleno. Come varias comidas durante el día, en pequeña cantidad.

- ✚ Bebe líquidos por lo menos una hora antes o después de las comidas, en vez de hacerlo con las comidas.

- ✚ Come y bebe lentamente.

- ✚ Evita los alimentos dulces, fritos, o grasosos.

- ✚ Come los alimentos o frios o a la temperatura del ambiente para que no te molesten los olores fuertes.

- ✚ Mastica bien los alimentos para facilitar la digestión.

- ✚ Si la náusea es problemática en la mañana, come alimentos secos como cereal, pan tostado, o galletas antes de levantarte.

- ✚ Bebe jugos frescos, transparentes, sin endulzar, tales como los de manzana o uva, o sodas (gaseosas) de color claro, como el ginger ale, que han perdido su gas.

- ✚ Chupa los cubitos de hielo, mentas, o caramelos ácidos.

- ✚ Intenta evitar olores molestos, como los de la cocina, el humo, o el perfume.

- ✚ Prepara las comidas con anticipación y congélaslas para los días que no tienes ganas de cocinar.

- ✚ Descansa en una silla después de comer, pero no te acuestes por lo menos durante 2 horas.

- ✚ Lleva ropa suelta.

- ✚ Respira hondo y lento cuando sientas náuseas.

- ✚ Distráete charlando con amigos o parientes, escuchando música, o viendo una película o la tele.

- ✚ Helados de palito (“Paletas” o “polos” de agua de frutas congelada)

- ✚ Brazaletes Marinos (Sea Bands o “muñequeras para acupresión”) son bandas elásticas que se llevan sobre la muñeca, con un “montoncito” que empuja contra un punto de acupresión sobre la muñeca. Muchas personas las encuentran sumamente beneficiosas para las náuseas y los mareos. Las “Sea Bands” se pueden encontrar en la mayoría de las tiendas de deportes, o las tiendas de productos para la pesca.

- ✚ El té de menta sirve maravillosamente para la náusea, como también una pequeña (muy pequeña) gota de aceite esencial de menta en la punta de la lengua.

- ✚ Muchas personas encuentran alivio masticando jengibre escarchado (se consigue en la sección de especias, o en la sección de comida oriental de la tienda de comestibles.

IX.3.0b LA CAÍDA DEL PELO

Algunas personas sufren la caída del pelo como efecto secundario del interferón, pero no siempre pasa. Puede variar desde una pequeña a una moderada cantidad de pérdida de pelo, pero yo nunca he visto a nadie volverse completamente calvo debido a las dosis administradas para hepatitis.

El pelo vuelve a crecer cuando terminan los tratamientos. Cuando tu pelo vuelve a crecer, puede regresar más grueso, más rizado, o más lacio que como era antes de la terapia con interferón.

La caída del pelo puede ocurrir en todas partes del cuerpo, no solamente la cabeza. El vello de la cara, los brazos y piernas, las axilas, y región púbica puede ser afectado.

La caída del pelo usualmente no ocurre inmediatamente; más frecuentemente comienza después de unas semanas. Desde este punto, el pelo puede caerse gradualmente, o romperse a la altura o cerca de la piel, y el cuero cabelludo puede volverse sensible. Cualquier pelo que todavía crece allí puede volverse deslucido y seco.

Para cuidar el cuero cabelludo y el pelo:

- ✚ Usa shampoos suaves

- ✚ Usa cepillos suaves
- ✚ Usa temperatura baja al secarte el pelo
- ✚ No uses bigudíes con cepillos para enrular (enchinar) tu pelo.
- ✚ No te tiñas el pelo ni te hagas permanente.
- ✚ Córtate el pelo. Un estilo más corto hará al pelo parecer más grueso y más lleno. También facilitará el manejo de la caída del pelo si ocurriera.

Hay un tipo especial de shampoo y acondicionador diseñado específicamente para las personas tratadas con quimioterapia. Muchas personas han reportado buenos resultados con su uso durante el tratamiento con el interferón. El nombre de la marca es “Nioxin” y se vende solamente en los salones.

IX.3.0c LA FATIGA

La fatiga es un síntoma común en la hepatitis, y puede empeorar cuando uno toma el interferón. Aquí hay algunas cosas que puedes hacer que te ayudarán a sentirte mejor:

Descansa lo suficiente. Duerme más en la noche y toma siestas durante el día si es posible. Intenta programarte periodos de descanso regularmente cada día.

Limita tus actividades: Haz solamente aquellas cosas que sean las más importantes para tí.

Delega las tareas. No temas pedir ayuda cuando lo necesites. Pide ayuda a la familia y a los amigos para las cosas como el cuidado de los niños, las compras, las tareas domésticas, o el manejo.

Come bien, y asegúrate de incluir suficientes alimentos saludables.

Al estar sentado o acostado, levántate lentamente. Con eso evitarás el mareo.

No estés parado cuando puedas estar sentado.

Planea tus actividades y reúne todo antes de empezar.

Vuelve a planear tus actividades diarias haciendo algunas cosas solamente 3 o 4 veces por semana para tener así más tiempo para descansar cada día.

Usa un carrito, vagoncito o canasta para llevar las cosas de una parte de la casa a otra para evitar desandar lo andado

Siéntate sobre un banquito en el baño mientras te rasuras o te aplicas maquillaje. Apoya los codos sobre el lavabo si puedes.

Usa el agua tibia, no caliente, para los baños o duchas. El agua caliente aumenta la fatiga muscular.

Si tu fatiga es severa, considera pedirle a tu médico una señal para minusválidos para tu automóvil.

Vé de compras a la hora que normalmente tienes más energías.

Cuándo vayas de compras sin compañía, pide al empleado que te ayude a llevar las compras.

Si llegas a casa cansado después de las compras, guarda solamente los productos perecederos. Un familiar o amigo puede hacer lo demás.

Haz las compras por teléfono cuando sea posible.

Evita las horas pico para ir de compras o para conducir.

IX 3.0d PROBLEMAS DE LA BOCA

Si la resequead de la boca te molesta o hace difícil el comer, prueba estos consejos:

✚ Pregunta a tu doctor si debes usar un producto de saliva artificial para lubricar tu boca.

✚ Bebe abundante líquido.

✚ Chupa pedacitos de hielo, paletas, o dulces duros sin azúcar. También puedes masticar chicle sin azúcar.

✚ Humedece los alimentos secos con mantequilla, margarina, salsas o caldos.

✚ Moja los alimentos secos, crujientes en líquidos suaves (no irritantes).

✚ Usa crema para los labios si se parten.

✚ Si es posible, ve al dentista antes de empezar a tomar interferón para limpiarte los dientes y resolver cualquier problema tal como las caries, los abscesos, las enfermedades de las encías, o los dientes postizos que no te queden bien.

✚ Cepíllate los dientes después de cada comida. Usa un cepillo suave y cepilla cuidadosamente; cepillar con demasiada fuerza puede dañar a los tejidos bucales.

✚ Si tus encías son demasiado sensibles aún para un cepillo suave, usa un pedazo de algodón o gasa. Usa una pasta de dientes no-abrasiva, o una pasta de bicarbonato y agua.

✚ Enjuaga bien tu cepillo después de cada uso y guárdalo en un lugar seco.

IX 3.0e INFECCIONES

El interferón puede disminuir tu cantidad de glóbulos blancos (éstas son las células que luchan contra las infecciones) Tu médico examinará el recuento de leucocitos frecuentemente durante tu tratamiento con interferón, y si tu conteo de glóbulos blancos cae demasiado, el médico puede reducir la dosis de interferón durante un tiempo para dar a tu cuerpo una oportunidad para reconstruir sus defensas.

Cuando tu recuento de leucocitos esté debajo de lo normal, es muy importante intentar prevenir las infecciones tomando las siguientes precauciones:

✚ Lava tus manos con frecuencia durante el día. Asegúrate de lavarlas con cuidado especial antes de comer y antes y después de usar el baño.

✚ Limpia el área rectal suave pero completamente después de cada evacuación. Pide consejos a tu médico o enfermera si el área se irrita o si tienes hemorroides.

✚ Aléjate de la gente que tiene enfermedades contagiosas, tales como resfriados, gripe, sarampión o varicela. Evita las multitudes.

✚ No cortes ni rompas las cutículas de las uñas. Usa crema y removedor de cutículas, mejor.

✚ Ten cuidado de no cortarte mientras uses tijeras, agujas o cuchillos.

✚ Usa una afeitadora eléctrica en vez de una manual para prevenir las cortaduras de la piel.

✚ Usa un cepillo de dientes suave que no lastimará a las encías.

✚ No aprietes ni rasques los granos (espinillas)

✚ Báñate con agua tibia (no caliente) en una tina, ducha o con baño de esponja, diariamente.

✚ Sécate la piel suavemente. No la frotes.

✚ Usa loción o aceite para suavizar y sanar tu piel si se vuelve seca y agrietada.

✚ Limpia las cortaduras y rasguños inmediatamente con agua tibia, jabón y un antiséptico.

✚ Usa guantes protectores al hacer jardinería o al limpiar la bandeja sanitaria de nuestras mascotas..

✚ No te vayas a vacunar sin antes chequear con tu médico para ver si está todo bien.

Aunque tomes cuidados especiales, todavía puede ser que tengas una infección. Está alerta a las señales que pudieras tener de una infección, y chequea tu cuerpo regularmente para esos indicios, cuidando especialmente los ojos, la nariz, la boca y el área genital y rectal. Los síntomas de infección incluyen:

✚ Fiebre por encima de 100 grados Fahrenheit (37,7 grados Celsius). Escalofríos.

✚ Sudor.

✚ Diarrea

✚ Una sensación de quemazón al orinar.

✚ Una tos intensa o dolor de garganta.

✚ Flujo vaginal inusual o comezón.

✚ Rojez o hinchazón, especialmente alrededor de una herida, llaga, grano o forúnculo.

Reporta cualquier señal de infección a tu médico inmediatamente.

IX.4.0 LA IMPORTANCIA DEL AGUA

Es extremadamente importante beber todo el agua que tú puedas (y después bebe todavía más) mientras estés tomando IFN. No solamente porque disminuye en gran medida los efectos secundarios, sino porque existe el peligro de infecciones si no tomas suficiente agua. Leche, soda, café o té no cuentan.

Tú debes tomar agua genuina.

IX 5.0 ALMACENAMIENTO

Según un representante de Schering: el Intrón no diluído es estable durante 7 días a temperatura ambiente y 30 meses en el refrigerador.

El Intron reconstituido es estable durante 1 mes en el refrigerador y nunca a la temperatura ambiente.

IX 5.0a VIAJANDO CON EL INTERFERÓN

Al volar, el interferón no será afectado al pasar por la máquina de rayos X. Si eso te preocupa, siempre puedes meterlo en la bolsa y pasar por el detector de metales.

Para mantener frío el interferón, puedes empacarlo en una botella térmica, o congelar un paquete azul de hielo (“acumuladores de frío”) y ponerlo dentro de una bolsa térmica, y envolver el interferón en periódico para que no toque directamente al hielo. Esto debería de ser suficiente por unos cuantos días.

En el hotel, puedes llenar la cubeta de hielo y poner un vaso con las botellas de interferón encima, para que, si se derrite el hielo, no se moje el interferón.

IX.6.0 EL HORARIO DE LAS INYECCIONES

Schering (el fabricante del IFN alfa) recomienda ponerse la inyección al anochecer para estar dormido mientras suceden los peores efectos.

Una idea mejor es observar cuando suceden los peores efectos e inyectarte en el momento apropiado para que sucedan cuando estás dormido. Para alguna gente puede ser mejor, por tanto, inyectarse por la mañana.

IX.7.0 APUNTES SOBRE INYECCIONES

Primero, lávate las manos antes de empezar.

Lleva la caja adonde te vas a inyectar, abre la caja y saca el frasco.

Limpia el sitio de la inyección con un algodón o gasa con alcohol.

También limpia la tapa del frasco con alcohol.

Ahora es el momento de decidir donde te vas a inyectar. El término de las enfermeras es “limpio a sucio.” Pon el algodón con alcohol adonde te vas a inyectar y, usando un movimiento circular, limpia desde ese punto hacia afuera unos pocos centímetros.

Llena la jeringa. Quita la tapa de la jeringa. Quita la tapa de la aguja. Teniendo el frasco en una mano, sostén la jeringa en la otra mano y apoya una mano contra la otra. La razón es para no fallar al centro del frasco y romper o despuntar la aguja.

(Esta parte se aplica solamente a la forma de interferón en polvo. Puedes saltar este párrafo si estás usando el interferón pre-mezclado, que ya está dentro de su propia jeringa.) Voltea el frasco cabeza abajo y succiona el interferón con la jeringa. Si el líquido está muy frío o la jeringa es medida 29g o más chica, meter el líquido puede ser algo problemático. Deja que se calme y saca el aire (con el frasco y la jeringa todavía de cabeza). Luego saca la dosis completa, sacando las burbujas de aire con frecuencia. Yo saco un poco más allá que la cantidad requerida, así que, para una dosis de 3 mil, en vez de ir al 0.5cc, voy un par de rayitas más allá del 0.5. Dáale un capirotazo con el dedo a la jeringa cerca del frasco, para que se junten las burbujitas de aire y puedan salir por la aguja.

Retira la aguja del frasco.

Sosteniendo a la jeringa de cabeza, (aguja hacia arriba) empuja el émbolo al nivel correcto (por ejemplo, .5cc) Esto saca cualquier aire de la aguja.

Con una mano, pellizca la piel/capa de grasa del sitio de la inyección.

Tan rápidamente como te sea posible, empuja la aguja dentro de la capa con la jeringa casi paralela a la piel (sostén la jeringa de una manera parecida a la manera que agarras un lápiz.) Cuanto más rápido entre la aguja, menos dolor.

Jala hacia atrás el émbolo muy poquito para chequear si hay sangre. Si la jeringa se llena de sangre, quiere decir que has topado con una vena y necesitas empezar el procedimiento de nuevo.

Si no hay sangre en la jeringa, puedes entonces empujar el émbolo.

Jala la jeringa directamente hacia atrás. Habrá menos sangrado si no la tuerces. Tira la jeringa en el envase especial para agujas usadas.

Jeringas: He encontrado que la jeringa para insulina calibre 0.5cc ½ pulgada 29 (o 28) es la mejor. Los calibres que son números como 24 o 22 son más grandes y duelen más.

Cosas que pasan después de la inyección:

Algunas veces habrá una pequeña cantidad de sangre después de una inyección.

Esto quiere decir que probablemente has reventado algunos capilares o perforado una pequeña vena. No es de preocuparse. Nada más tápalo con una venda y deja que se coagule.

El día después de una inyección, una área roja es bastante normal. Pueden variar desde el tamaño de una moneda de 10 centavos hasta el tamaño de una moneda de un dólar y puede sentirse caliente y sensible.

Una área chica está bien, pero si se pone más grande y más caliente, o si ves algo que parece estar infectado, comunícate con tu médico.

Los moretones son muy comunes después de las inyecciones.

Los sitios: La mayoría de las personas usan sus muslos para las inyecciones. Algunas personas encuentran que el área del abdomen inferior (*no* alrededor del ombligo) es el sitio menos doloroso para las inyecciones.

Envases para las jeringas usadas: Te deben dar uno, o de donde consigas tu interferón (la farmacia o la compañía que te lo entrega en tu casa) o del consultorio de tu médico. Si tienes algún problema para conseguir uno, las botellas de soda a prueba de perforaciones se pueden usar mientras tanto para guardar las jeringas usadas hasta que las puedas llevar al consultorio de tu médico y preguntarle que hacer con ellas. Si haces esto suficientes veces, con el tiempo, alguien puede llegar a entender que, verdaderamente, necesitas un envase para las jeringas usadas. Si tienes niños y/o gatos, encierra el envase con llave. El hoyo es tentador para las manos chiquitas y para las patitas.

Algunos encuentran que les es útil “dormir” el sitio de inyección antes. Una bolsa de hielo (o una bolsa de chicharos congelados) puesta sobre el sitio de inyección unos minutos antes eliminará el dolor relativamente.

Para prevenir los moretones, algunas personas recomienden usar solamente la mitad del excipiente (lo que diluye el IFN, no la dosis de éste), que proveen (esto se aplica solamente a la formulación de polvo, y no a las jeringas pre-mezcladas.)

IX.7.0a INJECT-EASE

Si tienes algún problema al inyectarte, pídele a tu farmacéutico un Inyector Automático marca Inject-Ease.

Cuestan alrededor de \$25 dólares, y bien valen cada centavo. Simplemente cargas la jeringa al inyector automático, lo colocas sobre el sitio de inyección, y empujas un botón. Es virtualmente sin dolor, y también hace más fácil la selección de un sitio para inyectar, dándote así más sitios por muslo.

IX 7.0b LOS MORETONES Y LAS CANTIDADES DE SUSTANCIAS DILUYENTES

Si se te forman muchos moretones después de tus inyecciones, puedes encontrar útil reducir la cantidad de excipiente (diluyente) que usas cuando mezclas el interferón en polvo. Schering siempre pone excipiente de sobra dentro de sus frascos o jeringas. Cuando usas la forma de Intron-A en polvo, solamente tienes que usar suficiente excipiente para diluir al polvo. 0.4 a 0.5 cc es un volumen cómodo para la inyección subcutánea. La única situación en la que a la fuerza necesitas utilizar una cantidad conocida es cuando usas un frasco de 3 mu para dosis múltiples y tienes que saber cuánto pusiste, para que sepas cuántas mu por cc y cuál será el volumen para menos que 3mu por dosis.

IX 7.0c EL TAMAÑO DE LA AGUJA

Gente experimentada con el IFN recomienda no usar la jeringa que viene con la medicina para la inyección actual.

Usa esa jeringa solamente para mezclar el interferon con el excipiente y compra una caja de jeringas de 1/2 cc Microfine IV calibre 29 para la inyección. La aguja que viene con el IFN es de calibre relativamente grande, y meterla a través del tapón del envase del interferon la desafila un poco. Usando una aguja más pequeña para la inyección, ésta será más cómoda, y al usar una aguja distinta para mezclar y extraer la medicación, mantendrá más afilada la aguja con la que te vas a inyectar.

IX 8.0 ¡AUXILIO! ¡CREO QUE ME TOPÉ CON UNA VENA!

Cuando te estás poniendo una inyección es recomendable que tires hacia atrás del émbolo de la jeringa antes de inyectar el líquido para verificar que no te has pinchado en una vena. Pero a veces se olvida hacerlo y alguna vez al sacar la aguja verás que sale bastante sangre y deja moretón. A menos que te inyectes en el cuello y justo en la yugular no tienes problemas. Y aún así, por el tamaño de las agujas que usamos, es realmente muy difícil que te desangres. La piel es rica en sangre, por tanto es un hecho que algunas veces te saldrá sangre o te dejará un moretón (aparte de la reacción al IFN)

Lo normal es que si pinchas una vena no tendrás ninguna duda porque la sangre saldrá rápidamente dentro de la jeringa. Si te das cuenta antes de inyectarte, tan solo retira la aguja y empieza otra vez en otro sitio con una dosis nueva. Si lo que sale es un moretoncito o un poco de sangre eso solo significa que has pinchado algún capilar y no hay que preocuparse, ni hacer nada.

La única cosa importante es que si sangras después de la inyección te pongas una tirita que cubra la zona. Incluso en aquellos que han tomado IFN durante mucho tiempo la sangre coagula en unos pocos minutos. La tirita es para evitar que la sangre vaya por todas partes. El IFN es administrado intramuscular o intravenoso para otras condiciones, así que aunque seas lo bastante "afortunado" como para pincharte una vena, tampoco es perjudicial.

Algunas personas dicen que no es necesario desechar la dosis. La advertencia contra inyectar el interferón dentro de la vena es porque es muy irritante el interferón y puede causar una pequeña flebitis (inflamación de la vena). También será dolorosa una vez que empiece la reacción, con hinchazón y enrojecimiento. Si alguna vez te pasa esto, primero aplica compresas frías para rebajar la hinchazón y toma tu analgésico favorito. Si después de 24 horas la hinchazón empeora, junto con un aumento del dolor y enrojecimiento, aplica compresas tibias y llama a tu médico o vé a la sala de emergencia.

IX 9.0 ¿Qué hacer cuando uno no puede pagar el Interferón?

Schering-Plough, los fabricantes de Intron-A recombinante, alfa-IFN 2b, tienen un programa llamado "Commitment to Care" diseñado para ayudar a aquellos que necesitan la terapia de IFN y no pueden pagarla. El programa está basado en un sistema por el cual, según los ingresos, se paga una cantidad u otra según lo que puedas pagar, siendo gratis en algunos casos. Ellos intentarán primero encontrar programas de ayuda de tu estado y si no los encuentran determinarán qué cantidad puedes pagar, y ellos pagarán el resto.

En los EE.UU.: El teléfono del programa "commitment to care" es 1-800-521-7157, ext 147.

- ✚ La entrevista durará aproximadamente una media hora. Algunas de las preguntas son :
- ✚ el nombre y la dirección de tu médico- la dosis que necesitas.
- ✚ cuándo fuiste diagnosticado.
- ✚ tus ingresos (tendrás que enviar los documentos correspondientes).
- ✚ la cantidad de personas con quienes vives.
- ✚ por qué no puedes pagar.
- ✚ cuánto te cuesta el alquiler o la hipoteca.
- ✚ otros préstamos.
- ✚ cantidad de deuda de la tarjeta de crédito.
- ✚ ahorros.

En Canadá: El número para llamar es 1-800-603-2754 extensión 2121. Según Mike Betel de HepNet:

Para contestar los mensajes electrónicos, tratándose de las personas que estaban inscritas en el programa de acceso especial (SAP) para Ribavirina, o para cualquier persona que haya recibido una receta para Rebetrón de su médico, la ayuda para el reembolso es disponible.

C.A.R.E., (The Canadian Advisory Reimbursement Exchange) es el número de ayuda para el reembolso para los pacientes que recibieron una receta para Rebetron. Existe una libreta fácil de leer.

La nueva línea destinada es el 1-800-603-2754 extensión 2121. Las personas de C.A.R.E. son completamente bilingües (inglés/francés) y están disponibles desde las 10:00 am hasta las 6:00 pm Lunes a Viernes Hora Estándar del Este. Después de esa hora, los pacientes pueden dejar su nombre y número, y un profesional médico les llamará al día siguiente. ¡Todo es siempre confidencial!

Contestarán preocupaciones como éstas:

- ✚ No sé quien debe pagar mi Rebetron
- ✚ Creo que no estoy cubierto
- ✚ No estoy cubierto, y no puedo pagarlo yo solo
- ✚ Tengo seguro pero no puedo pagar el co-pago o el deducible
- ✚ Tengo seguro pero no pagarán por el Rebetron
- ✚ Mi plan de gobierno es demasiado complicado para que yo lo comprenda
- ✚ Mi plan de gobierno solamente paga una porción de mi Rebetron y no puedo pagar lo demás
- ✚ Me cuentan que mi Rebetron no está cubierto; ¿qué hago ahora?

También en los EE.UU.: IV ONE (800) 892-9622

Llama para asistencia con los costos del interferón. Esta organización aceptará la cantidad que tu compañía de seguros pagará como pago completo en la mayoría de los casos. Para dosis encima de 3 millones de unidades, tu médico debe escribir una petición especial a tu compañía de seguros primero.

Te mandan tu receta en jeringas pre-mezcladas, gasas con alcohol, Banditas y un envase para jeringas usadas, cada mes por FedEx. Entregan en todo el país, así que el lugar de su oficina no excluye a nadie de utilizar sus servicios.

Y el personal está disponible 24 horas al día para contestar tus preguntas o darte la ayuda que necesites.

IX10.0 EL VHC CON CIRROSIS, TRATADA CON INTERFERÓN

En los pacientes con hepatitis C que tienen cirrosis, la tasa de respuesta sostenida después de la terapia con interferón es solamente la mitad de la de los pacientes sin cirrosis. Aunque se ha sugerido que un régimen de dosis más alto en los pacientes con cirrosis puede mejorar la respuesta, esto no ha sido comprobado generalmente. Los resultados de un estudio reciente australiano donde dieron a los pacientes cirróticos un programa intenso de interferón 4.5 MIU diarios durante 24 semanas sugiere que los estudios futuros en la cirrosis deben llevarse a cabo explorando las dosis más elevadas y una terapia de más larga duración. - "Interferon Treatment of HCV with Cirrhosis," Journal of Viral Hepatitis 1997 ;4:85-88

PARTE X: ¿HACIA DONDE VAMOS AHORA?

X.1.0 EL PRONOSTICO A LARGO PLAZO (¿Voy a morir?)

Estudios actuales señalan que la mayoría (80%) de las personas infectadas con hepatitis C desarrollarán un estado de infección crónica. Alrededor del 30% de aquellos con infección crónica llegarán a desarrollar cirrosis en el hígado. La enfermedad parece progresar lentamente; los síntomas con frecuencia no aparecen durante diez o veinte años.

Después de un seguimiento de 18 años como término medio, un estudio prospectivo de pacientes que recibieron transfusiones de sangre no mostró diferencia en mortalidad en términos generales entre casos infectados por VHC y los controles no infectados. La mortalidad en relación con el hígado, aunque rara,

fue dos veces más alta, respectivamente (3.2 por ciento a 1.5 por ciento). Un estudio europeo mostró que la supervivencia entre pacientes con VHC con cirrosis compensada fue 91 por ciento a los 5 años y el 79 por ciento después de 10 años. Entre los pacientes que desarrollaron cirrosis descompensada, sin embargo, la supervivencia a los 5 años fue solamente del 50 por ciento.- National Institutes of Health Statement on Hepatitis C 1997.

El estudio más reciente muestra que las incidencias de cáncer hepatocelular debido a hepatitis C y muertes causados por hepatitis C son casi el doble del porcentaje dado hace unos pocos años. Un artículo en la edición de Julio de Gut revela que “de 416 pacientes, 60 desarrollaron CHC (carcinoma hepatocelular) con una ratio a los 5 años del 13.4%... y 83 murieron (incluyendo 34 con CHC), con una ratio de mortalidad a los 5 años del 15.3%. De acuerdo con los autores, estos resultados contrastan con estudios previos, que citan ratios de mortalidad del 9% a los 5 años, y ratios del 5% o 7% en CHC.”

La severidad en términos generales de la hepatitis C es controvertida. No se contesta que el VCH pueda conducir a la cirrosis y al carcinoma hepatocelular (CHC) y que el estadio final de la hepatitis C crónica es ahora la indicación más común que conduce al trasplante del hígado. La pregunta es cuán frecuentemente y en cuánto tiempo ocurren estas serias consecuencias.

Un estudio prospectivo controlado (Seeff) ha demostrado que después de 20 años de seguimiento, los pacientes con hepatitis C asociada a transfusión no tuvieron incremento en mortalidad global y solamente un ligero aumento en la mortalidad relacionada con el hígado, comparado con los controles de quienes no desarrollaron hepatitis. Otro estudio prospectivo (Koretz) ha demostrado que la probabilidad de desarrollar cirrosis clínica o mortalidad relacionada con el hígado fue del 20% y 5% respectivamente, después de 16 años; valores comparables fueron del 24% y 3% en las series NIH. La paradoja entre las figuras de mortalidad relativamente benigna y los considerados como resultados fatales residen en la naturaleza indolente de la progresión de la infección por VCH.

La progresión se mide generalmente en décadas y la mayoría de los individuos que adquieren la infección en la mitad de su vida o más tarde sucumbirán a su enfermedad subyacente o por vejez antes que desarrollen hepatitis C crónica terminal. Por deducción, parece que el riesgo de mortalidad por VHC es aproximadamente del 4% en las dos primeras décadas y el riesgo aumentará en el tiempo en aquellos que no sucumban por otros eventos. “Natural History and Clinical Aspects of HCV Infection.” (“Historia Natural y Aspectos Clínicos de la Infección por VCH.”) H.J. Alter. Department of Transfusion Medicine, National Institutes of Health, Bethesda, Maryland. Cancer Biotechnology Weekly, 20-01-1996, pp 20.

X.2.0 INVESTIGACIÓN ACTUAL, COMPROBACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE NUEVAS DROGAS Y TRATAMIENTOS EN LOS EE.UU. Y EN EL EXTRANJERO

Se está desarrollando gran cantidad de investigación, respecto a la posible prevención y tratamiento de la hepatitis.

La siguiente tabla es del website <http://www.hcvdrugs.com/> y fechado últimamente el 16 Junio 2006. © Frank Montmarquet.

PRONTUARIO DE NUEVAS DROGAS PARA LA HEPATITIS C

Drogas que enfocan directamente a la virus hepatitis C		Desarrollo	Preclínico	Fase I
Compañía	Droga			
<u>Vertex</u>	VX950 Inhibidor de proteasa			
<u>Idenix</u>	NM283 Inhibidor de polimerasa			
<u>Schering</u>	SCH503034 Inhibidor de polimerasa			

<u>InterCell</u>	IC41 Vacuna terapéutica			
<u>AVI BioPharma</u>	AVI-4065 Antisentido			
<u>VGX Pharma</u>	VGX-410C Inhibidor de IRES			
<u>Innogenetics</u>	INN-0101 Vacuna terapéutica			
<u>Chiron / CSL</u>	Vacuna terapéutica			
Roche	R1626			
<u>XTL</u>	XTL-6865 ab86-ab65 Anticuerpo monoclonal			
<u>ViroPharma</u> <u>Wyeth</u>	/HCV-796 NonNuc Inhibidor de polimerasa			
<u>Gilead / Achillion</u>	GS9132 / ACH806 Protease inhibitor			
<u>Globeimmune</u>	GI 5005 Vacuna terapéutica			
<u>Aethlon Medical</u>	Hemopurificador			
<u>XTL</u>	Inhibidor de polimerasa			
<u>Sirna Therapeutics</u>	SIRNA-034 RNAi (RNA interferencia)			2006
<u>Tripep / Inovio</u>	Vacuna <u>Chronvac-C</u> terapéutica			2006
<u>Benitec</u>	<u>RNA interferencia</u>			2006
Roche <u>Pharmasset</u>	/PSI-6130 Inhibidor de polimerasa nucleoside			2006
<u>Arrow Therapeutics</u>	<u>A-831 NS5A inhibidor</u>			2006
<u>Innogenetics</u>	Vacuna <u>ED-002</u> terapéutica			2006
<u>Idenix</u>	<u>NV-08</u>			
<u>Intermune / Array</u> <u>Biopharma</u>	Inhibidor de proteasa ITMN-191			

<u>Biocryst</u>	<u>Inhibidor de polymerasa</u>	
<u>Genelabs</u> Novartis & GL60667	/inhib de polymerasa. non-nucleoside GL59728& nucleoside	
<u>ViRex Medical</u>	<u>Hepavaxx</u>	C
	<u>Vacuna terapéutica</u>	
<u>GenPhar</u>	<u>Vacuna</u>	
<u>Genmab</u>	<u>HuMax-HepC</u> anticuerpo	
<u>Arrow</u> <u>Therapeutics</u>	NN inhibidor de polymerase	
<u>Rigel Pharm</u>	<u>droga nueva</u>	
<u>Migenix</u>	N-nucleoside Poly inhib	
<u>Merk / Metabasis</u>	Inhib polymerasa <u>pequeña</u>	<u>molécula</u>
<u>Isis / Merk</u>	????	?????
<u>PTC / Schering</u>	RES inhib	
<u>Vertex</u>	<u>Inhibidor de helicasa</u>	
<u>Trimeris</u>	<u>Inhibidor de fusión</u>	
<u>Gilead</u>	<u>inhib proteasa, polymerasa</u>	
<u>Medivir / Tibotec</u>	<u>Inhibidor de Proteasa</u>	
<u>Medivir / Roche</u>	<u>Inhibitor de polymerasa</u>	
<u>Chiron / Enanta</u>	<u>Inhib proteasa</u>	
<u>Cetek</u>	<u>Molécula pequeña</u>	
<u>Glaxo Wellcome</u>	?????	
<u>Immusol</u> Novartis	/Desc. meta	
<u>Argos</u> <u>Therapeutics</u>	<u>Vacuna</u>	<u>terapéutica</u>
<u>Tibotec</u>	<u>inhib. polymerase</u>	
<u>Alnylam</u>	<u>RNAi antagonismo de miR-122</u>	
<u>Dynavax</u>	<u>ISS</u>	
<u>CombiMatrix</u>	<u>RNAi</u>	

Progenics inhibidor de entrada

Immune Modificadores del Sistema Inmune y Otras Drogas No-Específicas

COMPANIA DROGA Desarrollo PRECLIN FASE I

Migenix MX3235 Celgosivir
inhibidor de alpha-glucosidasa I

Human Genome Sciences Albuferon (interferon/albuminfusión)

Novartis

Coley Pharm. Actilon CPG-10101
TLR9 Agonista

Intarcia Interferón Omega

NABI Anticuerpo polyclonal
Civacir

Bioenvision Virostat

Transition Therapeutics IET Interferón Terapia Realzante

Romark Laboratories Alinia

Kemin Pharma KPE02003002

Anadys / Novartis ANA975 prodroga
de TLR7 antagonista

Peregrine Pharm Bavituximab
(Tarvacina)

Enzo Biochem Immune Regulador ECH18

Immunomedics IMMU 105

Novelos NOV-205
immunomodulator y
antiinflamatorio

Biolex Locteron, interferón emisión
controlada

Idera IMO-2125 TLR9 Agonista

Kemin Pharma KPE00001133

Anadys AN 025-1

PARTE XI: EL EMPLEO Y LA INCAPACIDAD

XI.1.0 LA SEGURIDAD SOCIAL: LOS BENEFICIOS DEL TRABAJO Y/O DE INCAPACIDADES

Nota: Está en desarrollo una sección para canadienses. Mientras tanto, puedes encontrar respuestas en la lista de HepCAN y en hepc.bull

XI.1.1 ¿CÓMO DEBO ABORDAR LOS PROBLEMAS LABORALES?

Si tu trabajo es, o es posible que sea, afectado por la enfermedad, instruye a tu jefe acerca de tu estado. Hazlo pronto.

Es posible que necesites su apoyo mas tarde cuando surjan más problemas, y será más sencillo instruirlo mientras te encuentras relativamente productivo y “creíble.”

Comprende que es posible que tengas que hacer algunos cambios drásticos: cambio de trabajo o, quizás, una involuntaria pérdida de tu trabajo, y la solicitud de pensión por incapacidad.

Ten cuidado con la trampa que puede representar el cambiar a un trabajo de media jornada: puede hacerte perder una importante parte de la pensión por incapacidad. Muchos pacientes con VCH cuya salud comenzaba a deteriorarse cambiaron a media jornada para no perder el empleo. Mas tarde, cuando su salud se resintió aun más y debieron recurrir a la pensión por incapacidad, descubrieron demasiado tarde que los beneficios correspondientes a un trabajador de media jornada no resultaban un ingreso suficiente; mientras que si hubiesen solicitado dicha pensión al dejar de trabajar a jornada completa, los beneficios hubiesen sido mucho más completos. Ten cuidado.

XI.1.2 LOS PROBLEMAS PARA CONSEGUIR LOS BENEFICIOS DE INCAPACIDAD

Puedes pedir un Manual para Personas con Incapacidad para solicitantes de Seguridad Social por \$20 a: Physicians' Disability Services, Inc., P. O. Box 827, Arnold, Maryland 21012.

XI.1.3 ¿CÓMO PUEDO PEDIR EL SSI/SSDI?

SEGÚN la publicación No. 05-10029 de la Dirección de Seguridad Social, fechada en abril de 1995, la definición de “incapacidad” es la siguiente:

“De acuerdo con la Seguridad Social, “incapacidad” se basa en la inhabilidad para trabajar. Una persona será considerada incapacitada si no es capaz de realizar ningún tipo de trabajo para el cual esta capacitado, y cuando se espera que dicha incapacidad dure al menos un año o pueda causar la muerte”.

¿Estás trabajando? Si lo estás, y tus ingresos promedian unos \$500 mensuales, entonces es probable que no te consideren incapacitado.

¿Es grave tu estado? Para que el reclamo sea atendido, tus impedimentos deben interferir con las actividades relacionadas de manera básica con tu trabajo.

¿Se encuentra tu estado en la lista de impedimentos que incapacitan? Mantenemos una lista de impedimentos relacionados con cada uno de los principales sistemas corporales que resultan tan graves que inmediatamente te convierten en incapacitado. Si tu condición no se encuentra en la lista, debemos decidir si presenta la misma gravedad que otro de los impedimentos de la lista. Si es así, se aprobará tu reclamo. Si no es así, miramos el siguiente apartado.

¿Puedes hacer el mismo trabajo que hacías antes? Si tu estado es grave, pero no reviste la misma gravedad que uno de los impedimentos de la lista, entonces deberemos determinar si interfiere con tu habilidad para realizar el mismo trabajo que realizaste durante los últimos 15 años. En caso de no ser así, tu reclamo será denegado. Si es así, se lo pondrá a consideración.

¿Puedes realizar otro tipo de trabajo? Si no puedes realizar el trabajo que llevaste a cabo en los últimos 15 años, entonces consideraremos si puedes realizar cualquier otra clase de labor. Tomaremos en cuenta tu edad, educación, experiencia laboral y habilidades transferibles, y revisaremos las demandas de trabajos determinadas por el Ministerio de Trabajo.

Si no puedes realizar ninguna otra clase de trabajo, tu petición será aprobada. Si aun puedes realizar otro trabajo, entonces será denegada.

Para mas información de la Dirección de Seguridad Social, llama al 1-800-772-1213.

XI.1.4 PARA GANAR LA DEMANDA A SEGURIDAD SOCIAL: ¡15 ERRORES QUE NO DEBE COMETER! Por Scott E. Davis y Scott M. Harris, abogados.

Este artículo se reproduce con el permiso de la Conexión HepC de Denver, Colorado. Aunque fue escrito teniendo en cuenta a la población de EE.UU., los temas que se plantean a continuación también sirven para solicitar la incapacidad en Canadá. Allí, sin embargo, existe una red de abogados, paralegales y ayudantes legales comunitarios que te representaran de forma gratuita si tus medios no te permiten costearlo.

Error # 1: Suponer que lo que te dice la SSA (Dirección de Seguridad Social) es verdad.

Desafortunadamente, cierta parte del material que proporciona la publica la SSA no es correcta; así que si no te sientes satisfecho con lo que te han dicho por teléfono, te alegrara saber que es posible que sea incorrecto. El problema es que mucha gente no presenta un reclamo por incapacidad durante años (perdiendo así los beneficios que les corresponden) simplemente porque un empleado de la SSA les dio información incorrecta.

Consejo: No abandones tu reclamo hasta que hayas analizado tu caso con un abogado especializado en demandas por incapacidad. Ellos conocen mejor la ley que los empleados de la SSA y te darán la información correcta.

Error # 2: Suponer que la SSA aprobara tu reclamo.

Muchas personas creen que por haber aportado dinero a la SSA, su reclamo de beneficios por incapacidad será aprobado con facilidad. Muchos creen que solo se trata de completar los formularios y realizar todo el proceso. Pero eso no es cierto. La SSA rechaza el 70 al 75% de las demandas en su primera presentación. Rechaza el 82% de las demandas apeladas. Sin embargo, la buena noticia es que, cuando los casos llegan ante los jueces, más de la mitad (53%) son aprobados a nivel nacional.

Consejo: Apela cada rechazo dentro de los 60 días de recibido. Construye un caso fuerte, asegurándote de comprender la información que requiere la SSA. Asegúrate de presentar con propiedad tu caso.

Error # 3: Suponer que los formularios por incapacidad que completas ya te han hecho ganar el caso.

Generalmente no es así. Los mismos demandantes perjudican su caso al insistir en lo que pueden hacer. En la mayoría de los casos, la SSA y los jueces se apoyan principalmente en los informes médicos así como en la opinión de tu propio medico, siquiatra y/o psicólogo acerca de tu capacidad para realizar un

trabajado de jornada completa. Si al juez no le satisface tu presentación, si no cree lo que estas diciendo, o si está buscando una razón para negarte la demanda, es posible que busque inconsistencias en las respuestas que diste en los primeros formularios. Por ejemplo: si respondiste de una manera en el formulario y testificas de otra en la audiencia, el juez puede usar la respuesta del formulario para socavar tu integridad y justificar su rechazo a tu demanda.

Consejo: Cuando completes las formas, ¡se honesto, exacto y breve! Siempre debes contestar a la pregunta en el espacio que se proporciona con ese fin: no agregues hojas de papel ni escribas en los márgenes. También es importante suponer que estas trabajando nuevamente a jornada completa de manera sostenida (8 horas diarias, 5 días a la semana) cuando respondas las preguntas acerca de lo que eres capaz de hacer.

Error # 4: Suponer que tus síntomas médicos y/o psicológicos serán suficientes para que un juez apruebe tu demanda.

No es cierto. Necesitas informes médicos detallados, que documenten tus síntomas y limitaciones junto con opiniones específicas de tu médico, siquiátra y/o psicólogo para tener opciones de ganar la demanda. Sus opiniones solo serán tenidas en cuenta por el juez si tu has recibido un tratamiento médico continuo y consistente. Si no te controlas regularmente con tu médico, ¡estás poniendo en peligro tu demanda!

Consejo: Es fundamental que recibas un tratamiento y cuidado médico continuo y consistente para que puedas presentar a la SSA y al juez informes médicos completos que completen las opiniones de tu médico.

Error # 5: Suponer que tu diagnostico te hará ganar la demanda.

No es así. Es cierto que la SSA necesita un diagnostico; pero también necesita pruebas médicas de que ese diagnostico provoca limitaciones tan significativas y graves que afectan tu capacidad para realizar un trabajo a jornada completa corrientemente.

Consejo: Los casos por incapacidad se ganan basándolos en tus limitaciones, no en tus síntomas. Asegúrate de proporcionar informes médicos detallados por tu doctor que reflejen tus síntomas, el diagnostico y tus limitaciones.

Error # 6: Suponer que la SSA será persuadida por cualquier clase de tratamiento que elijas.

No será así. Puedes elegir cualquier terapia alternativa o tratamiento holístico que prefieras. Después de todo, debes hacer lo que sea necesario para intentar mejorarte. Sin embargo, ten en cuenta que la SSA y los jueces suelen ser persuadidos por médicos y psicólogos de corrientes “conocidas” y por cómo respondas o dejes de responder a sus tratamientos “conocidos.” Si no estás tomando medicinas o no recibes un tratamiento “conocido” de un médico “conocido,” puedes poner en peligro tu demanda.

Consejo: Para ganar tu demanda, intenta agotar todos los tratamientos que tu médico “conocido” recomiende, para poder probar que, a pesar de hacerlo, sigues incapacitado para trabajar corrientemente en jornada completa.

Error # 7: Suponer que la opinión de tu médico de cabecera es la única que necesitas.

Puede que ésa no sea una buena elección, dependiendo de tu diagnóstico. Si el diagnóstico suele estar a cargo y tratado por un especialista, deberás dirigirte a uno certificado por la junta, además de tu médico de cabecera. Desde un punto de vista legal, quieres demostrarle al juez que el diagnóstico es correcto y que estás recibiendo el mejor cuidado medico posible. Tendrás un caso más sólido cuando tu médico sea un especialista con habilidad y experiencia en el tratamiento de pacientes en tu estado. La legislación de

Seguridad Social tiende a conceder mayor peso a las opiniones de un especialista que a las de un médico clínico. Como resultado, la SSA y el juez examinarán más de cerca las credenciales del médico que proporcione la opinión.

Consejo: Dirígete a un especialista para tu tratamiento, ya que cuanto mayor sea la habilidad y experiencia de tu médico, más posibilidades tendrás de ganar la demanda. NOTA: Si eres miembro de una HMO (organización que proporciona servicios médicos prepagos) y no te permiten ver a un especialista, consulta con tu abogado de incapacidad, que podrá ayudarte a conseguir el tratamiento adecuado.

Error # 8: Suponer que tu médico apoyará tu demanda de beneficios por incapacidad.

Puede que no lo haga. Algunos médicos se niegan a ayudar a pacientes con demandas por incapacidad. Muchos médicos desconocen la definición de incapacidad que da la SSA y creen que es necesario estar postrado en una cama para calificar. En general, los médicos tienen opiniones muy conservadoras acerca de la capacidad de un paciente para trabajar. Dado que la SSA y el juez querrán saber si tu médico apoya tu demanda, ¡es fundamental que tú también lo sepas! Después de haber establecido una relación con tu médico, deberías contarle que has presentado una demanda por discapacidad. Pregúntale si él la apoyaría; en caso de que decida no hacerlo, deberías considerar el buscar otro médico, ya que ¡no es probable que cambie su opinión! Es fundamental que tu médico apoye tu incapacidad para trabajar corrientemente en jornada completa.

Consejo: Tan pronto como sea posible, deberías averiguar si tu médico apoya o no tu demanda. Si no lo hace, considera el encontrar un médico más compasivo que si lo haga. Un lugar donde se pueden encontrar referencias es el grupo local de apoyo que tenga tu mismo diagnóstico.

Error # 9: Suponer que debes ver a un médico de la SSA para un examen.

A menudo, la SSA quiere que el demandante acuda a un médico/psiquiatra/psicólogo que ellos escojan. Desafortunadamente, ese médico no es cien por cien “independiente” y es probable que efectúe muchos de esos exámenes para SSA mensualmente. Según mi experiencia, la mayor parte de las veces, el médico concluye que no estás incapacitado y que puedes volver a trabajar. Una vez que se haya incluido esa opinión en tu expediente, el juez tendrá suficiente evidencia para rechazar tu demanda.

Pero hay buenas noticias: las reglas de la SSA permiten a tu médico que realice un examen por discapacidad y la SSA debería pagar por el, o al menos parte del mismo. Naturalmente, si tu médico apoya la demanda por discapacidad, probablemente concluirá que tu estado te incapacita para trabajar. Cuando el informe de tu médico con la conclusión de que estás incapacitado se incluye en tu expediente, tanto la SSA como el juez tienen suficiente información médica como para aprobar la demanda.

Consejo: Esta estrategia solo es posible si estás seguro de que tu médico apoya tu demanda y está dispuesto a efectuar el examen. Si no tienes un médico, o éste no quiere realizar el examen, deberás acudir al médico de la SSA con el riesgo de que te rechacen la demanda o que la excluyan. La estrategia solo debería ponerla en práctica un abogado de incapacidades, ya que involucra muchas complejidades legales que deben cumplirse.

Error # 10: Suponer que debe pasar un año entero antes de presentar la demanda por incapacidad.

No es cierto. La SSA requiere que, antes de que la demanda se apruebe, suceda una de estas cosas: 1) que hayas estado incapacitado y sin trabajar durante un año, o 2) que tus médicos diagnostiquen que no podrás trabajar durante al menos un año desde la última fecha en que trabajaste, o 3) que tu condición médica pueda desembocar en la muerte. Mucha gente me ha comentado que un empleado de la SSA les dijo que no podían presentar la demanda hasta que no se cumpliera un año desde que habían dejado de

trabajar. Esta información es totalmente incorrecta y, si la sigues, ¡te costará con certeza tus beneficios por incapacidad y tu seguro médico!

Consejo: Solicita los beneficios por incapacidad en cuanto tus médicos crean que tu condición médica y/o psicológica te impedirá trabajar durante al menos un año. Esperar a presentar la demanda solo te hará perder tus beneficios, que quizás no vuelvas a recuperar.

Error # 11: Suponer que si pierdes con el juez en una audiencia, puedes presentar una nueva demanda.

No quieres perder en la audiencia con un juez de la SSA. Esto se debe a que, prácticamente, tu mejor oportunidad de ganar es la primera audiencia frente a un juez. Es cierto: puedes presentar una segunda solicitud si te pierdes una audiencia; sin embargo, la segunda vez que realices el procedimiento, la SSA y el juez tendrán en cuenta que tu primera demanda te fue rechazada. En mi opinión, es posible que esto actúe en detrimento de tu segunda demanda.

Consejo: Asegúrate de que el caso esté preparado convenientemente, para que puedas presentar una demanda consistente en la primera audiencia.

Error # 12: Suponer que puedes manejar el caso sin un abogado de incapacidades.

La mayoría de la gente no puede hacerlo. Las leyes sobre incapacidad de la SSA son muy complejas e incluso muchos abogados las encuentran incomprensibles. Para ganar tu demanda, necesitas preparar cuidadosamente tu caso desde el comienzo. Además, es fundamental que entiendas que es lo que necesitas probar legalmente para ganar tu caso; si no sabes lo que necesitas probar, no te arriesgues presentándote ante la SSA y un juez sin saber como ganar tu caso.

Consejo: Consulta solo con un abogado de incapacidades con experiencia. El te ayudará a construir tu caso, a desarrollar una estrategia y a obtener todos los informes médicos y opiniones críticas de tu doctor que maximizarán tus posibilidades de éxito. En la mayoría de los casos, tu médico no estará familiarizado con los estrictos criterios que la SSA y el juez emplearán para determinar si concuerdas con su definición de incapacidad.

Error # 13: Suponer que cualquier abogado puede ayudarte a ganar la demanda.

No es cierto. Busca un abogado de incapacidades que esté familiarizado con las leyes y regulaciones de la SSA. Al igual que con los médicos, los abogados generalmente se especializan en un área del derecho. No irías a un dentista para una revisión física, así que no elijas “cualquier” abogado para representarte en tu demanda por incapacidad.

Consejo: Elige un abogado que en la práctica se dedique a representar clientes, y tus probabilidades de ganar aumentarán. Un abogado de incapacidades experimentado comprenderá la estrategia y tácticas que son esenciales para que ganes la demanda.

Error # 14: Suponer que no debes contratar a un abogado hasta que tu caso sea inicialmente rechazado.

No es cierto. Puedes contratar a un abogado cuando quieras. Desafortunadamente, muchos empleados de la SSA te dirán que no es necesario hacerlo hasta que te hayan rechazado inicialmente la demanda. ¡Seguir este consejo puede resultar fatal para tu demanda! ¿Por qué? Porque, en general, la SSA comenzará a preparar su caso contra ti desde el mismo día en que presentes la demanda.

Consejo: Debes consultar y/o contratar a un abogado de incapacidades, tan pronto como puedas en cuanto presentes la demanda. El puede explicarte como funciona el proceso y preparar tu caso mediante

el desarrollo de una estrategia. El abogado también puede guiarte a través de la miriada de reglas y regulaciones que sin duda afectarían tu derecho a los beneficios.

Error # 15: Suponer que no puedes costear un abogado.

No es cierto. En casi todos los casos, solo tendrás que pagar una tarifa al abogado si y cuando hayas ganado el caso y recibas tus beneficios. Las leyes de la SSA limitan el monto de dinero que puede ganar el abogado a partir de tu demanda por incapacidad. Generalmente, para cuando ganes tu demanda, habrás acumulado beneficios atrasados. La ley indica que la tarifa solo puede ser el 25% de tus beneficios atrasados y con un máximo de \$4000. En otras palabras, si el total de tus beneficios atrasados es de \$1.000.000, la tarifa del abogado sería de \$250.000. La ley no permite que tu abogado estipule una tarifa mayor a cuenta de beneficios futuros.

¿Qué puede estar en juego? Imagina que un demandante de 45 tiene años y su ingreso mensual por incapacidad es de \$1.000.000. Si la persona nunca vuelve a trabajar antes de los 65 años, ¡el total de sus beneficios por incapacidad sería \$240.000.000! Este monto no incluye el valor del seguro médico de por vida que también recibiría a través de Medicare o Medicaid.

Consejo: Dado que el monto total de los beneficios puede ser asombroso, ¡la verdad es que no puedes permitirte NO contratar a un abogado experimentado en litigios por incapacidad!

Scott E. Davis y Scott M. Harris son abogados especializados en Seguridad Social y en demandas por incapacidad a largo plazo. Mas del 50% de la practica en el campo de la incapacidad está concentrada en personas con FMS (Síndrome de Fibromialgia) y CFIDS (Síndrome de disfunción inmunológica y fatiga crónica). Los señores Davis y Harris tienen sus oficinas en Scottsdale, Arizona y representan clientes en todos los EE.UU. Pueden dirigir sus preguntas y consultas acerca de representación al e-mail harris.davis@azbar.org, o por fax al (602) 482-4300.

XI.1.5 HEPATITIS C Y LOS BENEFICIOS POR INCAPACIDAD EN LA COLUMBIA BRITÁNICA (BC).

Tu(s) médico(s):

Si te han diagnosticado hepatitis C, debes estar bajo el cuidado de un especialista. Si aun no lo estás, pide a tu médico de cabecera que te recomiende uno. Tus médicos deben ser tus aliados más cercanos, tanto en la batalla contra la hepatitis C como en la obtención de beneficios por incapacidad, si calificas para ello.

Beneficios por incapacidad:

Existen varias clases de beneficios por incapacidad disponibles para los residentes de la BC: Plan de Pensiones por Incapacidad de Canadá, beneficios por incapacidad del gobierno de BC, indemnizaciones para trabajadores, y varios planes privados. Todos tienen diferentes calificaciones y procedimientos, que tu abogado local podrá explicarte.

Abogados:

Los abogados son trabajadores de la comunidad que poseen una gran experiencia en la lucha por los derechos de los ciudadanos en diversas áreas: vivienda, asistencia de ingresos, beneficios por incapacidad y muchos otros. A menudo, los abogados se encuentran en las organizaciones comunitarias, tales como las de SIDA, o grupos para discapacitados, como la Coalición de BC para Discapacitados, TAPS o la ACPD. También pueden encontrarse en varias Sociedades de Servicios Legales que se encuentran en toda la provincia. Para localizar el abogado más cerca de ti, puedes llamar al Proyecto de Acceso a Abogados al 1-800-6663-1278, o a HepCBC al (250) 361-4808.

A menudo, la gente siente que su caso es tan evidente que pueden llevarlo adelante ellos solos. ¡Gran error! Desafortunadamente, la decisión de otorgarte los beneficios por incapacidad no se basa en como te sientas, ni siquiera en como te veas, sino en una serie de criterios muy especiales que cada plan de

incapacidad ha establecido. A menos que encuadres dentro de dichos criterios, no obtendrás los beneficios por incapacidad... sin importar cuanto sientas que los mereces.

Defender tu propio caso es agotador. Si estás enfermo, eso es lo último que necesitas. Los abogados conocen los trucos y están para ayudarte.

Como calificar para los beneficios por incapacidad:

Si estás solicitando los beneficios del Plan de Pensiones por incapacidad de Canadá, el aspecto más importante, además de tu estado, es si has contribuido lo suficiente al Plan de Pensiones o no, y cuando has realizado dichas contribuciones. Si no has hecho aportes porque no has estado trabajando recientemente, entonces es posible que no te los otorguen. Tu defensor, o abogado de los Servicios Legales, podrá ayudarte a entender si es buena idea solicitar los beneficios por incapacidad al PPC.

Si los solicitas a los Beneficios por Incapacidad de BC, te ayudará el haber solicitado y obtenido tu PPC, pero el no haberlos obtenido no será motivo descalificador para que puedas obtener los beneficios de la BIBC.

Otros temas:

Las evasivas:

Obtener beneficios si estás realmente enfermo no es sencillo. Necesitarás a menudo muchos papeles, citas médicas y entrevistas. Cuando te sientes enfermo y cansado, resulta muy frustrante tener una cita tras otra sin saber como vas a arreglártelas para comer y mucho menos pagar la renta.

La hepatitis C y los médicos:

Probablemente el documento más importante que necesites cuando presentes una demanda por incapacidad, sea la carta de tu médico. Desgraciadamente, muchos médicos, sin importar cuánto comprendan tu situación, no saben como rellenar apropiadamente el formulario. Tu abogado te proporcionará las guías para orientar al médico, y ayudarlo a completar el formulario de manera correcta.

Lamentablemente, todavía hay muchos médicos que no comprenden la naturaleza de la hepatitis C. Muchos siguen pensando que se trata solo de una enfermedad hepática y que, a menos que te padezcas una afección hepática de gravedad (cirrosis, ascitis, hemorragias), no te encuentras incapacitado.

Otros médicos y especialistas están comenzando a entender que la hepatitis C, además de causar daño hepático, también provoca muchos otros problemas relacionados con la auto inmunidad. De hecho, un artículo en el American Journal of Gastroenterology declara que “hasta el 70% de los pacientes con hepatitis C crónica pueden sufrir de desórdenes auto inmunológicos relacionados”¹.

Es la presencia de actividad auto inmunológica (cuanto el cuerpo lucha con el virus de la hepatitis C) la que produce la fatiga, el dolor muscular, confusión, dolor de huesos, estado febril, nauseas, picor y cambios de humor que frecuentemente presentan los pacientes con hepatitis C. A menudo, nada de esto puede establecerse con una prueba sanguínea específica, aunque ciertos desórdenes tienen “marcadores” especiales en la sangre.

Cuando el Gobierno Federal decidió indemnizar a ciertas personas que habían recibido sangre contaminada entre 1986 y 1990, llegaron a la conclusión de que los que se encontraban en el plan de Fibrosis Hepática Grado 2 (el estadio en que se cicatriza el hígado) eran elegibles para los pagos por “pérdida de ingresos.” Al tomar esta decisión, el gobierno sentó un precedente que vuelve las cosas mas fáciles para que las personas con fibrosis Grado 2 (fibrosis no-en-puente) puedan acceder a los beneficios a largo plazo por incapacidad, y de eso se tratan los pagos por “perdida de ingresos.”²

A los que se encuentran en el esquema de indemnizaciones por fibrosis Grado 3 (fibrosis en puente) o cirrosis se les ha otorgado aun más, porque los gobiernos reconocen que cuánto mas cicatrizado está el hígado, más incapacitada se encontrará la persona.

Sin embargo, para que cualquier persona sepa que extensión de daño hepático presenta es necesario someterse a una biopsia de hígado, que no es precisamente la experiencia más agradable, pero que debería ser un procedimiento estándar en pacientes con hepatitis C.

Notas:

American Journal of Gastroenterology, Vol. 96, número 2, 2001: 910-911.

Hepatitis C: Enero 1, 1986 - Julio 1, 1990, Acuerdo de Class Actions, p. 18.

PARTE XII: INFORMACIÓN IMPORTANTE

XII.1.0¿QUÉ OTRA COSA ES IMPORTANTE SABER SOBRE EL VHC?

La investigación médica y la aceptación de la enfermedad progresarán solamente si nuestras organizaciones nacionales de apoyo que las promueven son fuertes. Asegúrate de apoyar a tus grupos nacionales, y cuando tu grupo nacional te pide mandar cartas y hacer llamadas telefónicas a los funcionarios públicos y a la prensa, por favor haz que tu familia y tus amistades te ayuden en cumplir con esas peticiones. Nosotros seremos capaces de conseguir mayores logros si actuamos todos juntos.

En los EE.UU., la fuente más grande de dinero para la investigación viene de las asignaciones del gobierno. Por eso, comunicarte con tu representante en el Congreso sobre la importancia de la investigación para la hepatitis es muy importante.

¿Sabías?....

La Organización Mundial de la Salud estima que tres de cada cien humanos tiene el virus de la hepatitis C, y que este número ¡va en aumento!

<http://www.who.int/inf-fs/en/fact164.html>

El Informe De la Salud Del Mundo dice que mundialmente:

- ✚ 170.000 millones de personas están infectadas crónicamente con hepatitis C.
- ✚ 28,5 veces MÁS personas están infectadas con Hepatitis que con HIV.
- ✚ 150.000 - 180.000 nuevos casos de Hepatitis C se esperan este año.
- ✚ 200.000 - 250.000 nuevos casos de Hepatitis B se esperan este año.
- ✚ 40.000 nuevos casos de HIV se esperan este año.
- ✚ 8.000 - 12.000 pacientes con hepatitis C morirán en 1997
- ✚ Cerca de 4 millones de personas en los EE.UU. tienen VHC, es la infección crónica viral más prevaleciente en los EE.UU., y posiblemente, en el mundo.

El interferón (solo) trata con éxito solamente unos pocos pacientes con VHC, a pesar de lo que quieren hacerte creer las compañías farmacéuticas. Hablando sobre tasas de la curación con terapia con interferón (1996), el Dr. Lerner dice esto: “Asumiendo una tasa de “curación” de 8 - 15% en los 5 -15% de quienes potencialmente se beneficiarían del tratamiento, uno llega a un mejoramiento en el resultado en solamente 0.4 - 2.25% de los pacientes. Aún este número más alto es dudoso, porque el grupo con la enfermedad más agresiva tiende a tener la peor respuesta al interferón..” De “Hepatitis C -A Silent Epidemic” by Dr. Steven E. Lerner <http://www.lectlaw.com/med/med17.htm>

El virus VHC tiene una vida media de aproximadamente seis horas - en otras palabras, si empiezas con dos millones, seis horas más tarde hay tres millones, etc. Así que la dosis de interferón de 3mu tres veces por semana no es lo más efectivo.

El VHC es la indicación principal para los trasplantes del hígado.

Según el New York Blood Center (Centro de Sangre de Nueva York), tanto como el 25% de las personas que recibieron transfusiones de sangre en los principios de los años 1960 se infectaban con enfermedades contagiosas y la mayoría se infectaban con la hepatitis.

Alrededor de una tercera parte de los casos de hepatitis B y C resultan de fuentes desconocidas. Esto quiere decir que alguien no tiene que estar entre los grupos de alto-riesgo para resultar infectado con el virus.

XII.1.1 LOS RECURSOS DE INFORMACIÓN SOBRE EL VHC

XII.1.2 NACIONAL (EE.UU.)

✚ The American Liver Foundation tienen folletos buenos, prácticos sobre la hepatitis e interferón y cosas así, que te mandarán si les hablas a su número: 1-800-223-0179 The American Liver Foundation también te dará recomendaciones sobre doctores. American Liver Foundation, 1425 Pompton Avenue, Cedar Grove, NJ 07009

✚ The American Liver Foundation Liver Transplant Fund Program. The American Liver Foundation Transplant Fund Program proporciona sugerencias sobre reunir fondos a los pacientes que esperan nuevos hígados trasplantados, y les proporciona servicios gratis de administración de fondos de los pacientes. Información educacional sobre las enfermedades del hígado y trasplante. Folleto de información, Políticas y Procedimientos, Sugerencia para Reunir Fondos.

Para mayores informes, incluyendo un formulario de inscripción, una lista de recursos, y un formulario de conformidad del paciente, favor de comunicarse con The ALF Liver Transplant Fund Program at: 1-800-GO-LIVER (465-4837) Fax (201)256-3214 Email txfund@liverfoundation.org

- The Hepatitis Foundation International, 30 Sunrise Terrace, Cedar Grove, New Jersey 07009, USA. La línea gratis de HIF para los que llaman desde Norteamérica es 1-(800) 891-0707 www.hepfi.org
- National Digestive Diseases Information Clearinghouse: (301) 654-3810.
- National Institute of Diabetes and Digestive Diseases at (301) 496-3583, pero ellos simplemente te refieren al teléfono del Digestive Diseases Clearinghouse que aparece arriba
- Los teléfonos directos al CDC Hepatitis Branch son (888) 4HEPCDC, (888) 443-7232 o (404) 332-4555. La máquina contestadora te permite pedir informes que te pueden mandar por Fax o puedes escuchar una grabación (en inglés.)
- Gammagard: Robins, Kaplan, Miller & Ciresi es una consejería jurídica (un bufete jurídico) nacional (EE.UU.) con oficinas en 8 ciudades de los EE.UU., incluyendo a Minneapolis y St. Paul. CONTACTO: Philip A. Pfaffly, 612-349-0820, o Gary L. Wilson, 612- 349-8413, ambos de Robins, Kaplan, Miller & Ciresi, o Gail D. Shore, 612-925-6102 de Shore to Shore Communications.
- American Chronic Pain Association, Inc., P.O. Box 850, Rocklin, PA 95677, (916)632-0922. 500 sucursales en los Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda, y Rusia. Proporciona un sistema de soporte a los que sufren de dolor crónico.
- U.S. Medic Alert: Medic Alert, P.O. Box 381009, Turlock, CA 95381-9009, 1-800-432-5378 Canadian Medic Alert: Medic Alert, P.O. Box 0988 Don Mills, Ontario, Canadá M3C2T9 1-800-668-1507 Deducible de los impuestos. Cadenas, brazaletes con una variedad de estilos. \$35.00 Incluye información importante para los médicos. 1-800 # está grabado, y cuando lo llaman, cualquier información que proporcionaste a

Medic Alert se le da al médico o enfermera. Viene con una tarjeta para la cartera con el nombre del doctor, # y contacto de emergencia, etc., incluido.

- Thyroid Foundation of America, Inc., ACC 630, Massachusetts General Hospital, Boston, MA 02114 (617)726-8500 Proporciona educación sobre la salud y apoyo para los pacientes con problemas del tiroides y sus proveedores de cuidado de la salud.

- The Well Spouse Foundation, P.O. Box 28876, San Diego, CA 92198 (619)673-9043 (914)357-8513 Grupos de apoyo mutuo; da apoyo emocional a los esposos de los enfermos crónicos; levanta la conciencia de los profesionales sobre la difícil situación del esposo sano; aboga por cambios legislativos para la cobertura de seguro para el cuidado de corto y largo plazo; produce un boletín bimestral, WSF Newsletter.

- Agency for Health Care Administration, HMO/Managed Care Hotline, Toll Free: 1-800-226-1062 La línea directa a HMO/Managed Care Hotline es una línea de llamada gratis mantenida por la Agency for Health Care Administration para responder rápidamente a las quejas urgentes sobre la calidad del cuidado de la salud y otras preocupaciones de los miembros de HMOs y organizaciones de seguridad social (managed care). La Línea Directa está disponible entre las 8 a.m. y 5 p.m., de lunes a viernes, y está atendida por enfermeras registradas con experiencia, que trabajan con los miembros para resolver los problemas.

- Una buena fuente de contactos para pacientes son los grupos de narcóticos anónimos o grupos de recuperación de abuso de drogas. Muchas personas en estos grupos tienen hepatitis C y se reúnen frecuentemente y comparten información.

XII.1.3 CANADÁ

HEPCBC

2741 Richmond Road

Victoria BC V8R 4T3

Phone: (250) 361-4808

Fax: (250) 414-5102

Email: info@hepcbc.ca

Website: <http://www.hepcbc.ca/>

HepCBC es una organización que abarca una variedad de organizaciones autónomas, cada una de las cuales está dedicada a educar y abogar por los infectados y afectados por el VHC. Actualmente éstas son: [ANKORS](#) (Nelson), [ARC](#) (Kelowna), [Positive Living North West](#) (Smithers), Coast Garibaldi Health (Sunshine Coast), Comox Valley Community Health, Northern Interior Health (Prince George), [HepTalk](#) (Chiliwack), [Victoria Persons with AIDS](#), [Trail Support Group](#), [Princeton Support Group](#), [HepCure](#) (Armstrong), Mission Support Group, [Hepatitis C Foundation of Quebec](#), [HepSEE \(Winnipeg\)](#), y Action Addiction Services (Sechelt). HepCBC proporciona información, educación y apoyo a las personas infectadas con Hep C, tanto como a las organizaciones que los cuidan. HepCBC es el hogar del [hepc.bull](#), y la lista de [HepCAN](#). HepCBC también distribuye y actualiza las FAQ y otros materiales. HepCBC mantiene la biblioteca de comunidad más amplia sobre co-infección en la Isla de Vancouver, y una de las mejores en la provincia de la Columbia Británica. Acceso al texto completo de las principales revistas médicas y otros servicios están disponibles a sus organizaciones miembros.

ATLANTIC HEPATITIS C COALITION

902-443-5140 Halifax

902-857-9093 Hubbards, NS

902-542-4431 Kentville, NS

Email: r.ahcc@ns.sympatico.ca

Website: www.ahcc.ca

CANADIAN HEPATITIS C COALITION
P.O. Box 21058
Penticton, B.C. V2A 8K8
Phone: (604) 490-9054
Fax: (604) 490-0620
email: bchepec@telus.net

Fundada en marzo de 1996 para asistir a los recién diagnosticados y a sus familiares y amistades para comprender y vivir con la hepatitis C. Diseñaron la cinta roja y amarilla de concienciación, y proporcionan cintas internacionalmente.

THE CHILDREN'S LIVER ALLIANCE CANADA INC
P.O. Box 21058
Penticton, B.C. V2A 8K8
(250) 490-9054
(250)490-0620 Fax
email: bchepec@telus.net, <http://www.livertx.org/>

HEPATITIS C COUNSEL GROUP

(Este grupo está coordinando la demanda popular para las infecciones con hepatitis C de sangre contaminada, que se ha lanzado contra la Sociedad Canadiense de la Cruz Roja, el gobierno federal de Canadá, y los gobiernos provinciales no incluyendo a Columbia Británica ni a Quebec) Comunícate a la línea directa de Hepatitis C Class Action Line al 1-800-229-LEAD

CANADIAN HEPATITIS INFORMATION LINE:

1-800-363-3422 Marca Código 2121 para información. Marca 0 para hablar con una enfermera informativa.

HepCAN

El grupo de apoyo en internet para canadienses y todos los demás. Visítenos en la Web <http://groups.yahoo.com/group/hepcan/messages> o comunícate con: citizenk@nethop.net. Para suscribirte manda un mensaje vía email a hepcan-subscribe@yahoogleroups.com

hepc.bull

hepc.bull es un boletín mensual canadiense sobre hepatitis C. El boletín proporciona información de apoyo principalmente en BC pero también para todo Canadá y contiene artículos sobre muchos aspectos de la enfermedad. Para suscribirte, manda un mensaje a jking@hepcbc.ca

COLUMBIA BRITÁNICA

Armstrong HepCure Oficina y biblioteca, previa cita. Contacto: Marjorie, 546-2953, amberose@sunwave.net, www.junction.net/hepcure

Castlegar Contacto: Robin, 365-6137

Chilliwack BC HepTalk Contacto: 856-6880.

Comox Valley HeCSC 3^{ra} martes, cada mes, 7-9 PM, St. George's United Church, Fitzgerald St. Contacto: Rae Supeene 334-2434 o el North Island Hep C Community Support Project 1-877-650-8787

Cowichan Valley Hepatitis C Support Contacto: Leah, 748-3432.

Cranbrook HeCSC-EK: 1^{er} y 3^{er} martes, cada mes, 1-3 PM, #39 13th Ave South, Planta Baja. Contacto: 426-5277 o 1-866-619-6111 hepc@cmha-ek.org, www.hepceastkootenay.com

Creston/Golden/Invermere Presentación educacional y citas. Contacto: Katerina 426-5277

Grand Forks Hep C Support Centre Cada lunes, 3:30-5:30 PM, y 1^{er} lunes cada mes, 6:30 PM, 7215 2nd St. (Boundary Women's Resource Centre) Contacto: Ken, 1-800-421-2437

HepCBC INFO Line. Artículos médicos y otras informaciones gratis. Contacto: (250) 595-3892, jking@hepcbc.ca, www.hepcbc.ca

Kelowna Hepkop: Último sáb. de cada mes, 1-3 PM, Rose Ave. Education Room, Kelowna General Hospital. Contacto: Elaine Risely (250) 768-3573, eriseley@shaw.ca o Lisa Mortell 766-5132 lmortell@silk.net


Kimberley Support Group 1^{er} lunes de cada mes, , 1-3 PM. Contact Katerina 426-5277

Kootenay Boundary 2^o martes de cada mes, 7 PM, Room 108, Selkirk College, Trail. Para apoyo individual, información y materiales, comunícate al 368-1141, k-9@direct.ca.

Maple Ridge Último miércoles de cada mes, 7-8:30 PM, 22470 Dewdney Trunk Road. Reunirse en el estacionamiento subterráneo antes de las 6:50. Contacto: Peter (604) 463-0223 o madclark@telus.net

Mid Island Hepatitis C Society Contacto: Sue 245-7635. mihepc@shaw.ca

 Ladysmith Friendship & Support Group. 2^o viernes de cada mes, 7 PM, Ladysmith Resource Centre.

 Nanaimo Friendship and Support Group 2nd jueves de cada mes, 7 PM, Central Vancouver Island Health Centre 1665 Grant St. Nanaimo.

Mission Hepatitis C and Liver Disease Support Group 3^{er} miércoles de cada mes, 7 PM, Springs Restaurant, 7160 Oliver St. Contacto: Gina, 826-6582 o Patrick, 820-5576 missionsupport@eudoramail.com

Nakusp Support Group Meetings: 3^{er} martes de cada mes, 7 PM, Nakusp Hospital Boardroom. Contacto: Vivian, 265-0073 o Ken, 1-800-421-2437

Nelson Hepatitis C Support Group 1^{er} jueves de cada mes, ANKORS Offices, 101 Baker St. Contacto: Ken Thomson, 1-800-421-2437, 505-5506, info@ankors.bc.ca, o Ken Forsythe 355-2732, keen@netidea.com

New Westminster Support Group 2^o lunes de cada mes, 7-8:30 PM, First Nations' Urban Community Society, Suite 301-668 Carnarvon St, New Westminster. Contacto: Dianne Morrissette, 525-3790.

Parksville Support Group Contacto: Ria, 248-6072

Parksville/Qualicum 102a-156 Morison Avenue, PO Box 157, Parksville, BC V9P 2G4. Abierto diariamente 9 a 4, L-V. Contacto: 248-5551, sasg@island.net

Powell River Hep C Support Group 2^o miércoles de cada mes, 7 PM. Coast Hotel, Contacto: Health Unit, 485-8850.

Prince George Hep C Support Group 2^o martes de cada mes, 7-9 PM, Health Unit Auditorium. Contacto: Gina, 963-9756, gwickaby@telus.net or Ilse, ikuepper@nirhb.bc.ca

Princeton 2nd sábado de cada mes, 2 PM, Health Unit, 47 Harold St. Contacto: Brad, 295-6510, citizenk@nethop.net

Queen Charlotte Islands/Haida Gwaii: Phone support. Contacto: Wendy, 557-9362, wmm@island.net, www.island.net/~wmm/

Quesnel HeCSC Último lunes cada dos meses. Contacto: Elaine Barry, 992-3640, ebarry@goldcity.net

Richmond: Lulu Island AIDS/Hepatitis Network: Meetings/drop-in cena cada lunes 7-9 PM. Contactos: Phil or Joe, 276-9273.

Slocan Valley Support Group Contacto: Ken, 355-2732, keen@netidea.com

Smithers: Positive Living North West 2nd miércoles de cada mes, 7-9 PM, 3731 1st Avenue, planta alta. Contacto: Deb. 877-0042, 1-866-877-0042, o Doreen, 847-2132, plnw_hepc@bulkley.net for times.

Sunshine Coast—Sechelt: Contacto: Kathy, 886-3211, kathy_rietze@uniserve.com—Gibsons: Comunicate con Bill, localizador 740-9042

Vancouver HepHIVE y HepC VSG 1^{er} miércoles de cada mes, 10:30-12:30, BCCDC Building, 655 W. 12th Tom Cox Boardroom 2^o piso. Contacto: Ken (604)254-9949 local 232 hepvcvsg@canada.com

VANDU Vancouver Area Network of Drug Users Todos los lunes 1 PM, 327 Carrall St. (off Pigeon Park) Bus fare and snack. Contacto: Ed or Ann, 683-8595, vandu@vcn.bc.ca, www.vandu.org

Vernon HeCSC HEPLIFE 2^o y 4^o miércoles de cada mes, 10 AM-1 PM, The People Place, 3402-27th Ave. Contacto: Sharon, 542-3092, sggrant@telus.net

Victoria HeCSC Ultimo miércoles de cada mes. Contacto: 388-4311, hepvcvic@coastnet.com

Victoria Support and Information Todos los miércoles, 7-11 PM, o entre semana 9-4, Street Outreach Services. Contacto: 384-2366, hermione.jefferis@avi.org

Victoria HepCBC Reuniones generales cada 3 meses, 1^{er} martes, 7-9 PM, 541 Herald St. Contacto: 595-3892.

YouthCO AIDS Society HepCATS Hep C apoyo y entrenamiento para los jóvenes, 15-29 viviendo con la Hep C o co-infectados con HIV. #203-319 W Pender St., Vancouver. Contacto: Jessica, (604)688-1441, (604)808-7209 o jessica@youthco.org

Yukon Positive Lives 3^{er} miércoles de cada mes, Whitehorse. Contacto: Heather 660-4808, fromme@marshlake.polarcom.com, www.positivelives.yk.ca

OTRAS PROVINCIAS:

ATLANTIC PROVINCES:

Cape Breton HeCSC 2^o martes de cada mes. Contact 564-4258

Cape Breton-HepC-CB 2^o miércoles de cada mes, 7 PM YMCA Board Room, Charlotte St. , Sydney. Contacto: Maria Mac Intosh al 567-1312 <http://www.accb.ns.ca/>

Fredericton, NB HeCSC Contacto: Sandi, 452-1982 sandik@learnstream.com o Bob, 453-1340, bobc215@netscape.net

Hepatitis C Moncton, (NB) antiguamente Moncton Hepatitis C Society, 2^o martes de cada mes, 7 PM, 77 Vaughan Harvey Blvd. Contacto: Debi, 858-8519, hepcomonc@rogers.com.

Hepatitis Outreach Society, Simpson Hall, Suite 452, 300 Pleasant Street, Dartmouth, P.O. Box 1004, NS, B2Y 3Z9. 1-800-521-0572, or 902-420-1767, r.ahcc@ns.sympatico.ca, www.ahcc.ca

Reuniones:

- ✚ Bridgewater: Último miércoles de cada mes, 7 PM, South Shore Regional Hospital, 90 Glen Allen Dr., Private Dining Room
- ✚ Halifax: 3^{er} martes de cada mes, 7 PM, QEII Health Sciences Centre, 1278 Tower Rd, Dickson Bldg, Rm 5110
- ✚ Kentville: 2^o martes de cada mes, 6:30 PM, KingsTech Campus, 236 Belcher St, Rm 214
- ✚ New Glasgow: 3^{er} lunes cada mes, Aberdeen Hospital, Conference room #1 South.
- ✚ Truro: Último martes cada mes, 7 PM, Colchester Regional Hospital, 25 Willow St, Conference Room
- ✚ Yarmouth: 1st martes de cada mes, 7 PM, Yarmouth Regional Hospital, 60 Vancouver St, Lecture Room 1—Planta baja

Saint John & Area/HeCSC: 3^{er} jueves de cada mes, 7 PM, Community Health Centre, 116 Coburg Street. Contacto: Allan Kerr 653-5637, hepcsj@nb.aibn.com, www.isaintjohn.com/hepc/

ONTARIO:

Barrie HepSEE Chapter 3^{er} martes de cada mes, 7-9 PM, AIDS Committee of Simcoe County, 80 Bradford St, Suite 336
Contacto: Jeanie, 735-8153 hepseebarrie@rogers.com

Durham Hepatitis C Support Group 2^o jueves de cada mes, 7 PM, St. Mark's United Church, 201 Centre St. South, Whitby. Contacto: Smilin Sandi, smking@rogers.com, <http://members.rogers.com/smking/> Ken Ng, (905) 723-8521 or 1 (800) 841-2729 (Ext. 2170)

Kitchener Area Chapter 3^{er} miércoles de cada mes, 7:30 PM, Cape Breton Club, 124 Sydney St. S., Kitchener.
Contacto: Carolyn, (519) 880-8596 lollipop@golden.net

Niagara Falls Hep C Support Group Último jueves de cada mes, 7 PM, Niagara Regional Municipal Environmental Bldg., 2201 St. David's Road, Thorold. Contacto: Rhonda, (905) 295-4260, Joe (905) 682-6194 jcolangelo@cogeco.ca or hepcnf@becon.org

Trenton ON apoyo. Contacto: Eileen Carlton 394-2924 carfam@quintenet.com

Windsor Support Group Todos los jueves, 7 PM, 1100 University Ave. W. Contacto: 739-0301 o Ruth o Janice (Hep-C), 258-8954, truds@MNSi.Net

PRAIRIE PROVINCES:

HeCSC Edmonton: Contacto: Jackie Neufeld: 939-3379.

HepC Edmonton Support Group: Contacto: Fox, 473-7600, o Celular 690-4076, fox@kihewcarvings.com

HepSEE WPG: Último lunes de cada mes, 7 PM, Crossways y Common United Church, esquina Broadway y Maryland, Winnipeg. Contacto: David: HepSee@shaw.ca o 1(204)897-9105 para la última información.


Winnipeg Hepatitis C Resource Centre 1^{er} martes de cada mes, 7-9 PM. # 203-825 Sherbrook St. (entrada del sur—estacionarse atrás) Contacto: 975-3279, hcrc@smd.mb.ca

QUEBEC:


Hepatitis C Foundation of Quebec, Contacto: Eileen, 769-9040 o fncq@qc.aibn.com.


Meetings:

- ✚ Hull: Todos los martes, 7-8 PM, 57 Rue Charlevoix.
- ✚ Montreal: 4^o martes de cada mes, 7-9 PM, Montreal General Hospital, cuarto A1.109, 1650 Cedar Ave.
- ✚ Sherbrooke 2^o lunes de cada mes, 7-9 PM, Les Grandes Coeurs D'Artichauts Au Centre Jean-Patrice Chiasson (2^o piso) 1270 Galt Street West. Contacto: 820-7432

 Verdun: 3^{er} miércoles de cada mes, 7-9 PM (Inglés), 1^{er} miércoles de cada mes, 7-9 PM, (Francés) 4341 Verdun Ave.

HeCSC

 Montreal 3^{er} miércoles de cada mes, 7 PM, YMCA 255 Ash Ave. Contacto: John, 450-926-2237.
<http://communities.msn.ca/Hepatitiscmontrealchapter>

 Quebec City Region, 1^{er} miércoles de cada mes, 7 PM, 876 rue D'Alençon, St. Nicolas, QC. Contacto: Renée Daurio, 836-2467, reneedaurio@hotmail.com

XII 1.3a AUSTRALIA / NUEVA ZELANDA

AUSTRALIA NATIONAL: AUShepC: Hepatitis C Australia. Tiene un web site informativo en www.aushepc.org y ayuda en <http://groups.yahoo.com/group/aushepc/> Una asociación independiente de afectados australianos.

NEW SOUTH WALES: Hepatitis C Council of NSW. Publica un boletín cuatro veces al año: The Hep C Review. Una organización basada en la comunidad y comprometida con proporcionar información de alta calidad sobre VHC, educación, apoyo y servicios de referencia. PO Box 432 DARLINGHURST NSW 1300 AUSTRALIA. Ph: 61 2 9332 1853; Fx: 61 2 9332 1730 hccnsw@hepatitisc.org.au www.hepatitisc.org.au. Comunícate al: 1-800-803-990

VICTORIA: The Hepatitis C Foundation (VIC) Inc.: P.O. Box 65, Fairfield 3078, Tel: Melbourne (03) 9280 2316

QUEENSLAND: The Queensland Hepatitis C Council Inc., Coordinador: Mr. Jeff Ward Tel: (07) 3229 3767 Administración: (07) 3229 9238 Fax: (07) 3229 9305

XII.1.3b INGLATERRA / ESCOCIA

THE BRITISH DIGESTIVE FOUNDATION: 3 St Andrews Place London, NW1 4LB Teléfono: 0171 486 0341 Fax: 0171 224 2012 email: bdf@bdf.org.uk

FIFE: Hepatitis C - Both Sides of the Border/C For Yourself, P.O. Box 14466, Glenrothes, Fife, Scotland KY7 6WA Contacto: Feyona McFarlane

IPSWICH: The British Liver Trust, Central House, Central Avenue, Ransomes Europark, Ipswich IP3 9QG Teléfono: 01474-276326 Línea de información: 01473-276328

OXFORD: Hepatitis C - Oxford, 83 Priory Road, Minchery Farm, Oxford OX4 4ND Contacto: Helena Borkowski

XII 1.3c ALEMANIA / AUSTRIA

Deutsche Hepatitis Liga e.V.: Postfach 200666, D 80006 Muenchen

Deutsche Leberhilfe e.V.: Postfach 242, D 49303 Melle

Hepatitis League Austria e.V.: c/o chairman Ingo Rezman, Boltzmanng.21/4/17, A-1090 Wien/Austria Phone and Fax: 01/3152727 o Mobile 0663/863875 Email: IRezman@aol.com

Verein der Lebertransplantierten & Österreicher: Kontakt: Mag. Edith Freundorfer, AKH Wien, Transplantationszentrum, 1090 Wien, Waumlhinger Guumlr tel 18-20 Tel. (01) 40400

HOLLAND: Landelijk Infocentrum Hepatitis: telefoonnummer is 030-2502372.

XII.1.3.d ARGENTINA

Eduardo Pérez Pegué

Hepatitis C 2000

- Coordinador -

www.hepatitisc2000.com.ar

XII.1.3.e BRASIL

Grupo Optimismo de
Ayuda a Portadores
de Hepatitis C
Rua Barão de Ipanema, 56
- Sala 1001 - Copacabana
- Rio de Janeiro - Brasil
Telefone: (0XX21) 9973.
6832 - 256.5977
Internet:
[http:// www.hepato.com](http://www.hepato.com)

XII.1.3.f CHILE

El Grupo de Apoyo "Vida Nueva"
<http://www.aillarehue.cl/apoyo.htm>
lonko@aillarehue.cl

Sitios en Chile

<http://www.trasplante.cl/> Sitio de la Corporación Nacional de Trasplante, organismo encargado del procuramiento de órganos en Chile así como de fomentar la donación de órganos. Tiene buena información.

<http://www.asodi.cl/> Sitio de la Asociación de Dializados y Trasplantados de Chile, no tiene mucha información

<http://www.hepatologia.cl/> Sitio de la Asociación Chilena de Hepatología, información de cursos y actividades orientadas al personal de la salud, buenos enlaces.

<http://www.hepc-ayuda.cl/> Sitio de apoyo para pacientes con hepatitis C, por el momento con muy poca información.

XII.1.3.g EE.UU. (Grupos en español)

Latino Organization for Liver Awareness (LOLA)
Debbie Delgado-Vega, Founder and CEO

P.O. Box 842
Throggs Neck Station
Bronx, New York 10465
Telephone: (718) 892-8697
Fax: (718) 918-0527

Toll Free: 1-888-367-LOLA (5652)

XII.1.3.h ESPAÑA

Asociación Española para el Estudio del Hígado
Filial de la Sociedad Española
de Patología Digestiva
C/ Francisco Silvela, 69-2º C
28028 Madrid
Teléfono: 91-4021353
Fax: 91-4027691
<http://www.aeeh.org/>

AEHC Asociación de Enfermos de Hepatitis C
C/Músico Peidró 39 1: entlo 5D
46001 Valencia
Tel. 96 350 91 87
Tel. 96 351 02 00

XII 1.3i URUGUAY

Grupo C
c/o C.A.S.A. (Centro Anglicano de Solidaridad y Ayuda)
Reconquista 625
Montevideo, Uruguay
Telefax: (+598) 2 955 419
E-mail: freno@chasque.apc.org
<http://www.chasque.apc.org/freno/hepcespa.html>

XII 1.4 RECURSOS SOBRE EL VHC EN EL INTERNET O USENET

Existe un grupo de apoyo sobre hepatitis (lista de correo) llamado HEPV-L. Para inscribirte, manda un mensaje via email a: LISTSERV@MAELSTROM.STJOHNS.EDU y en el cuerpo del mensaje, escribe: SUBSCRIBE HEPV-L NOMBRE APELLIDO (o sea tu nombre y apellido) Para más información, comunícate con: Peppermint Patti clotho@bellatlantic.net

La lista de email HCFPAEC Activist se trata de escribir cartas, acción política, y reformas sobre la investigación y distribución de fondos para la hepatitis C. Para inscribirte, manda un mensaje via email a: LISTSERV@MAELSTROM.STJOHNS.EDU y en el cuerpo del mensaje, escribe: SUBSCRIBE HCFPAEC NOMBRE APELLIDO (sustituyendo tu propio nombre y apellido, desde luego) Para más información, comunícate con: beauh@roanoke.infi.net

Parents of Kids with Infectious Diseases (PKIDs) Padres de niños con enfermedades infecciosas ya tiene su propio website y lista de distribución. Para mayores informes, comunícate con Trish Parnell, email: trish@buyersandsellers.com <http://www.pkids.org>

Residentes o ciudadanos canadienses teniendo relación con la hepatitis C pueden inscribirse al grupo de apoyo en línea para canadienses y todos los demás. HepCAN tiene Chat, su propio website con acceso fácil a los archivos y un buscador de información. Búscanos en el Web a <http://groups.yahoo.com/group/hepcan> o comunícate con: kane@hepcbc.org o info@hepcbc.org Para inscribirte, manda un mensaje de correo electrónico a hepcan-subscribe@yahogroups.com

Existe una Lista de Correo sobre hepatitis para los que están en programas de 12 pasos (más notables Narcóticos Anónimos y Alcólicos Anónimos)...aunque no es un programa de doce pasos...es para proporcionar un medio de compartir la experiencia, la fuerza y la esperanza para los involucrados en un programa de 12 pasos de recuperación y que también son víctimas de la hepatitis. Para inscribirte necesitas mandar un mensaje a: maiser@listserv.ant.net y en el cuerpo del mensaje, escribe: "subscribe 12StepHe" o comunícate con rivadder@ids.net y te pueden inscribir manualmente.

AOL Chatrooms: "Hepterminal": 12 a mediodía EST Lunes-Viernes, 11 PM EST Sábados; "Hepconnection": 3 PM EST Sábados

Usenet newsgroup: sci.med.diseases.hepatitis

Para una lista de websites mundiales recomendadas, vea [Appendix C](#).

XII. 1.4.a INFORMACIÓN EN INTERNET EN ESPAÑOL

<http://www.guiadeenfermeria.com/infecciosas/hepatitis/> : Hep@titisweb Sitio de laboratorios Roche. Permite el acceso a Preguntas sobre hepatitis C

www.hcvadvocate.org/Brochures/hcvinfospan.pdf Folletos de información sobre hepatitis C en español.

<http://www.lahepatitis.com/> Sitio español con mucha información sobre hepatitis virales y VIH, tratamientos, información médica, etc. Acceso a diversos foros.

<http://www.hepatitisweb.roche.com.ar/> Sitio orientado a profesionales de la salud, con buena información.

<http://www.cucaiba.ms.gba.gov.ar/> Sitio del Centro Único Coordinador de Ablación e Implante de la Provincia de Buenos Aires.

<http://www.infohepatitis.com/> Sitio español con información explicaciones básicas y muy claras.

<http://www.geocities.com/alyrios/guiahcv.htm> Guia de supervivencia A- Z Por: Trisham, Lacey y Freyja

http://www.hepato.com/esp_foro99.htm Foro de consulta en Español y Portugues atendido por especialistas desde Brasil. Impecable. Creado por Carlos Varaldo. Representa al grupo "Otimismo" de Río de Janeiro.

<http://groups.yahoo.com/group/unidosvenceremos> Unidos Venceremos, de Micky Woolf, Alopátia, homeopatía, medicina china, hierbas, naturismo en portugués y español

http://groups.yahoo.com/group/ALT_HEP_C/ Una perspectiva exclusivamente alternativa. El owner es José Luiz Moreira García. Participa un médico homeópata y naturista. Portugués y español.

www.lahepatitis.com El foro de Alonso. Merece figurar con todos los honores en cualquier referencia.

<http://members.tripod.com/~bundebar/> Foro Hepatitis C España, el pionero de los foros Españoles.

<http://forums.delphiforums.com/hcvespanol/start> Foro Americano de hepatitis C en Español.

<http://www.host4.connmed.com.ar/consusalud.com.ar.2/discus/> Foro sobre hepatitis con moderador.

<http://webs.pccp.com.ar/listas/pedamb/threads.html#04398> Foro sobre hepatitis de todo tipo y otras enfermedades.

<http://200.26.70.70/consusalud.com.ar/hepatitis.html> Foro de autoayuda para enfermos de hepatitis de todo tipo.

<http://www.melodysoft.com/cgi-bin/foro.cgi?ID=hepatitiscs> Recopilación de la hepatitis C, Foro de España, foro de esta página sobre la hepatitis C, tratamiento y dudas, para ayuda mutua entre enfermos, familiares y solidarios.

<http://www.melodysoft.com/cgi-bin/foro.cgi?ID=hepatiti> Foro de la hepatitis en español, para todo tipo de hepatitis, internacional desde España.

<http://www.melodysoft.com/cgi-bin/foro.cgi?ID=hepatitisviral> Foro de todas las hepatitis virales

<http://www.melodysoft.com/cgi-bin/foro.cgi?ID=santana>

<http://www.melodysoft.com/cgi-bin/foro.cgi?ID=hepatitis2000> Foro de hepatitis C de Argentina; muy humano, creado por Eduardo Pérez Pegué.

<http://www.melodysoft.com/cgi-bin/foro.cgi?ID=hepatitis2000&SUB=HIVyHCV> .Foro de coinfección de H.C-V.I.H. de Argentina, de Eduardo. HIV Y HCV Amigos.

<http://www.melodysoft.com/cgi-bin/foro.cgi?ID=hepatitisC>

<http://www.melodysoft.com/cgi-bin/foro.cgi?ID=SantiagoS6>

<http://www.melodysoft.com/cgi-bin/foro.cgi?ID=HEPAT>

XII.1.5 BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Hepatitis & Liver Disease-What You Need To Know, 2000. Dr. Melissa Palmer, MD. ISBN: 0895299224. Contiene información sobre hepatitis B, C, y D. Sección sobre la hepatitis autoinmune, cirrosis biliar primaria, hígado graso, y NASH (esteatohepatitis no-alcohólica), alcohol y el hígado, la enfermedad de hígado del alcohólico, hemocromatosis, y otras enfermedades de sobrecarga de hierro, tumores del hígado benignos y malignos, trasplante, hierbas, una descripción de terapias convencionales, y más.

The Liver Disorders Sourcebook, 1999. Howard J. Worman, MD. ISBN: 0737300906.

Una descripción del hígado normal, enfermo, fallando, trasplante, seleccionar un especialista de hígado, la investigación, vivir con una enfermedad del hígado. Una descripción de varios tipos de hepatitis, hígado

graso, hepatitis autoinmune, enfermedad alcohólica del hígado, enfermedad hereditaria del hígado, colangitis esclerosante primaria, tumores del hígado y los cánceres-quistes y abscesos, síndrome de Budd-Chiari, el embarazo con enfermedad hepática, drogas y toxinas, y más.

Living With Hepatitis C: A Survivor's Guide, 1999, Revised Edition. Gregory T. Everson, MD, Hedy Weinberg.

Hepatitis C: A Personal Guide to Good Health, 1997. Beth Ann Petro Roybal. ISBN: 1569750912.

HCV: The Silent Killer, 1998. Carol A. Turkington, Joseph B. McCormick, Susan Fisher-Hoch. ISBN: 0809229587.

Hepatitis (Diseases and People), 1994 {young adult reading level}. Alvin, Virginia & Robert Silverstein. ISBN: 0894904671.

The Hepatitis C Help Book: Combining Treatment with Western & Eastern Medicine, 2000. Misha Ruth Cohen. ISBN: 0312252463.

The Iron Elephant-What You Should Know About The Dangers of Excess Body Iron, Roberta Crawford. \$12.95 + postage. Para leer sobre este libro y pedirlo, vé a este sitio <http://www.ironoverload.org/books.html>

Terapia Natural para el Hígado

Herbs for Hepatitis C and The Liver, 2000. Stephen Harrod Buhner. ISBN 1580172555.

Foundations of Health: Healing with Herbs and Foods, 1994. Christopher Hobbs. ISBN 0961847085.

Herbs and Other Natural Remedies For a Healthy Liver (with a chapter on Hepatitis C). By: Christopher Hobbs. ISBN: 0961847026.

Liver Cleansing Diet: Love Your Liver and Live Longer, 1998 (revised). Dr. Sandra Cabot. ISBN 0646277898.

The Hepatitis C Handbook, 1999. Matthew Dolan, Lain M. Murray-Lyon, John Tindall. REVISED Edition, May 1999 (contiene una sección nueva sobre las alternativas.). ISBN 1556433131.

Hep C: Practical, Medical, Spiritual Guidelines for Daily Living, 2000. Mark Jenkins. ISBN 1568383681.

Triumph Over Hepatitis C, Alternative Medicine Solution, 1999. Lloyd Wright, Lyla Campbell, Dr. John Finnegan. ISBN 0967640407.

Hepatitis C Cookbook {200 recipes, diet tips} Ramona L. Jones, CNC, Vonah Stanfield. Pregunta sobre los pedidos a: Nature's Response, 22 Fairview Lane, Shawnee, OK 74804. 1-800-216-5195. Email a tealady1@aol.com

Spontaneous Healing, 1995. Por: Dr. Andrew Weil, MD. ISBN: 0449910644. Incluye "Eight-Week Program for Optimal Healing Power." Por Dr. Weil

How to Reverse Immune Dysfunction. Por: Mark Konlee. Pedidos a: Keep Hope Alive, Ltd. PO 27041 West Allis, WI 53227. (414) 548-4344. Email Keephope@execpc.com. KEEP HOPE ALIVE

<http://www.execpc.com/~keephope/keephope.html>. Mark Konlee es también el editor del boletín Positive Health News (\$15), y Progressive Health News (\$20).

Prescription for Dietary Wellness: Using Food To Heal, 1998. Dr. Phyllis A. Balch, MD y Dr. James A. Balch, MD. ISBN: 0895298686.

Miracle Cures: Dramatic New Scientific Discoveries Revealing the Healing Powers of Herbs, Vitamins and Other Natural Remedies, 1998. Jean Carper. ISBN: 0060984368.

The GastroIntestinal Sourcebook, 1998. M. Sara Rosenthal. \$16.95 (paperback). ISBN: 0737300817.

Una descripción de las condiciones gastrointestinales tales como las úlceras, reflujo gastroesofágico (GERD), acidez, dolor, calambres, H. Pylori, dispepsia no ulcerosa (NUD), dismotilidad, problemas intestinales, desórdenes del comer, y más. Habla de la dieta correcta, las pruebas y terapias. Un glosario de términos.

The Encyclopedia of Natural Medicine by N.D.s Michael Murray and Joseph Pizzorno. (pub: 1991, Prima Publishing in Rocklin, California). Tiene un capítulo bueno sobre "Ayudar al Hígado" y otro sobre Hepatitis, con un regimen diario sugerido de suplementos nutricionales y medicinas botánicas.

Stedman's Pocket Medical Dictionary (ISBN0-683-07921-2) - \$22. Un buen compañero general.

Trasplante

I'm Glad You're Not Dead: A Liver Transplant Story, 1996. Elizabeth Parr. ISBN: 0965472817.

Pennies, Nickles and Dimes, 1999. Elizabeth Murphy Melas. ISBN 0929173325.

Strings: The Miracle of Life, 1998. John B. Robbins. ISBN 1880823179.

Defying the Gods, Inside the New Frontiers of Organ Transplantation. Scott McCartney. ISBN 0025828207.

This Is The Story About God: The True Account of Two Men, an Impossible Surgery and The God of the Universe. Ann Kiemel Anderson. ISBN 0834117312.

The Puzzle People - Una autobiografía sobre Dr. Tom Starzl, el pionero quien desarrolló las técnicas que hicieron posible el trasplante de hígado. Se consigue en la American Liver Foundation. Es un libro interesante sobre tal vez uno de los médicos/cirujanos más compasivo y humano en esta tierra. Dado algunos de los cuentos horroríficos que leímos diariamente en la lista HEPV-L, ¡éste definitivamente te dará un aliento positivo!

Soluciones, Pérdida Personal y Pena

Un sitio con lista de libros sobre pérdida personal y pena

<http://www.GriefWorks.com/GriefBooks.html>

In The Country of Illness: Comfort & Advice for The Journey, 1998. New York Times Writer Bob Lipsyte \$24.00. ISBN: 0679431829. Un libro para cualquier persona enfrentándose a una enfermedad difícil o cuidando a un ser querido enfermo.

Mainstay: For the Well Spouse of the Chronically Ill, 1988. M. Strong, New York: Penguin Books.

In Search of the Sun: How to Cope with Chronic Illness, 1988. H. Aladjem, New York: Macmillian.

Living with Chronic Illness: Days of Patience and Passion, 1987. C. Register, New York: Free Press.

We Are Not Alone: Learning to Live with Chronic Illness, 1987. S.K. Pitzele, New York: Workman.

Sick and Tired of Feeling Sick and Tired by Donoghue and Seigel. ISBN 0-393-03408-9. Published in New York by W.W. Norton. \$23. - Un libro MARAVILLOSO, tanto para los pacientes como para quienes los cuidan. Si puedes comprar sólo uno, ¡que sea éste! También intenta leer o escuchar algo de la material de Bernie Seigel el cirujano del cáncer conferenciante motivacional de Yale. ¡Buena materia! Su organización es ECAP (Exceptional Cancer Patients)

XII.1.6 BOLETINES, REVISTAS Y VIDEOS

Boletines:

El hepc.bull, el boletín canadiense más leído se puede conseguir por correo normal y también por el Web <http://www.hepcbc.ca/>. La circulación es alrededor de 1700 por mes. Los editores son Joan King y C.D. Mazoff. Comunícate con jking@hepcbc.ca si quieres una suscripción. Léelo en el internet <http://www.hepcbc.ca/>.

The HCV Advocate. Un boletín excelente de San Francisco. Vélo: www.hcvadvocate.org

HepNews: Otro boletín excelente de Seattle. Vélo: www.scn.org/health/hepatitis

Revistas:

Hay una nueva revista llamada Hepatitis Magazine. Véla en el www.hepatitismag.com. Hacen un trabajo verdaderamente bueno.

Videos

Hepatitis Foundation International 30 Sunrise Terrace, Cedar Grove, NJ 07009 Teléfono: 1.800.891.0707 o 1.973.239.1035 Fax: 973.857.5044 - *Respect Yourself - Protect Yourself: Teens Talk to Teens about Liver Wellness - * Silent Stalker : High Risk Video Hepatitis and Abuse Prevention - * Hepatitis C: Cutting Edge Medical Report - <http://www.hepfi.org/>

HepCBC: HepCBC tiene varios videos recientes en su biblioteca. Los videos se pueden ver en la biblioteca (541 Herald Street, Victoria BC) o sacar prestados. HepCBC también tiene a mano videos del First Provincial Roundtable, con conferenciantes invitados Dr. Frank Anderson, Dr Stephen Sacks y más, y de la conferencia Hepatitis C and Your Rights Workshop. Para saber el horario de la biblioteca, llama al (250) 382-7927. Para pedir videos, llama al (250) 361-4808, o manda un email a info@hepcbc.ca.

El San Francisco Support Project (HCV Advocate) tiene recursos fantásticos disponibles. Favor de echarle un grito a Alan Franciscus al (415) 978-2400. El Hepatitis C Support Project es el hogar del HCV Advocate, un gran boletín. Favor de visitar su website www.hcvadvocate.org o mandarles un email a sfhepcat@pacbell.net.

En el área de Seattle: Comunícate con HEP. Ellos se encuentran en el (206) 732-0311, o por email hep@scn.org

“Hepatitis C Video,” \$39 American Liver Foundation, 1-201-256-2550 or 1-800-223-0179

XII.1.7 ASOCIACIONES LOCALES (EE.UU.) Y GRUPOS DE APOYO

XII 1.7a EE.UU.

ALABAMA (BIRMINGHAM): Grupo de apoyo de la American Liver Foundation.. Se reúnen el segundo jueves de cada mes a las 6:30, ALF Office Conference Room, 4 Office Park Circle, Suite 304, Birmingham Alabama. Para mayores informes, comunícate con Virginia Greene, (205)879-0354

ALASKA (KENAI PENNINSULA): Hepatitis C grupo de apoyo se está formando. Para informarte, comunícate con Cheri Murphy en Soldotna al: (907) 262-9197 o email: kcmurph@ptialaska.net

CALIFORNIA (BAKERSFIELD): Kern Hepatitis Association grupos de apoyo se reúnen semanalmente en varios lugares en Bakersfield. Para el calendario y más información, llama al 661-323-5000 or 661-834-3196.

CALIFORNIA (BURBANK, LOS ANGELES COUNTY): Hepatitis C grupo de apoyo se reúne cada mes en el Providence St. Joseph Medical Center. Para el calendario y más información, llama al 919-767-4162.

CALIFORNIA (LONG BEACH): Let's Talk grupos de apoyo se reúne en el VA Medical Center, 5901 E. 7th St., Long Beach en el H5 Conference Center. Para el calendario y más información, llama al Back to Life at 949-654-4250.

CALIFORNIA (LOS ANGELES): American Liver Foundation grupos de apoyo se reúnen cada mes. Para los lugares, calendario y más información, llama el American Liver Foundation, Greater Los Angeles Chapter al 310-670-4624

CALIFORNIA (MARIN COUNTY): Marin County Liver Disease and Transplant Support Group para los pacientes de trasplante debido a la enfermedad del hígado y sus familias/ayudantes/encargados, se reúne el primer jueves de cada mes, 7:00 PM a 8:30 PM en el Tamalpais Creek Retirement Center, Activities Room, 853 Tamalpais Avenue, Novato. Toma la salida DeLong desde la 101 y diríjete hacia el oeste. Dáte la vuelta sobre Novato Blvd. Y ve a la izquierda en el primer semáforo (Tamalpais Avenue). Mucho lugar para estacionarte gratis, y accesible con silla de ruedas. Refrescos. Para mayores informes, llama al 415-485-8829.

CALIFORNIA (MORENO VALLEY): Grupo de apoyo de la American Liver Foundation, Inland Empire Chapter, 21439 Blossom Hill Lane, Moreno Valley, CA 92557 Para mayores informes, llama a Russell D. Hamilton, Sr, (909) 778-1807

CALIFORNIA (OJAI): Hepatitis C grupo de apoyo se reúne el 4º martes de cada mes en la Little House. Para el calendario y más información, llama Back to Life al 805-692-2860

CALIFORNIA (ORANGE COUNTY): Back to Life support group se reúne en el UCI Medical Center, 101 City Drive, Orange in the Associates Conference Room. Para el calendario y más información, llama al 949-654-4250 or toll-free in California 1-888-85LIVER.

CALIFORNIA (SAN DIEGO COUNTY): The American Liver Foundation Support Group at Scripps Green se reúne el primer miércoles de cada mes a las 6:00 P.M. La primera hora es una presentación por el equipo médico Scripps sobre varias temas sobre la hepatitis/enfermedades del hígado y la Segunda hora es un grupo de apoyo. Para mayores informes, comunícate con Phyllis a ALF (619) 291-5483.

CALIFORNIA (SAN FRANCISCO): Hepatitis C Support Project. Llama a Alan Franciscus, (415) 978-2400. The Hepatitis C Support Project es el hogar del HCV Advocate, un gran boletín. Favor de visitar su sitio a www.hcvadvocate.org o mándales un email a sfhepcat@pacbell.net.

CALIFORNIA (SAN FRANCISCO): HAAC: Hepatitis C Action & Advocacy Coalition. Un grupo de pacientes dedicados e independientes que no se han vendido. Si quieres cambiar las cosas y meterte a la política de

VHC, este es el lugar al que debes llamar. (415) 863-5172. Email: haac_sf@hotmail.com. Contacto: Brian Klein.

CALIFORNIA (SAN FRANCISCO): Grupo de apoyo de la American Liver Foundation, San Francisco Bay Area Chapter, P.O. Box 150421, San Rafael, CA 94915-0421. Llama a Cres VanKeulen al (415) 258-1682.

CALIFORNIA (SANTA BARBARA): Back to Life Santa Barbara grupo de apoyo se reúne cada mes. Para el calendario y más información, llama al 805-692-2860.

CALIFORNIA (SANTA CRUZ): Hepatitis grupo de apoyo se reúne el 3er lunes de cada mes. Para más información, llama al Jerry Kelly at (408)438-7187.

CALIFORNIA (SANTA MARIA): Hepatitis C Support grupos se reúnen el 1er martes de cada mes en Santa Maria. Para el calendario y más información, llama a Back to Life at 805-692-2860.

CALIFORNIA (VENTURA COUNTY): Living with Hepatitis grupo de apoyo se reúne cada mes en Ventura. Para el calendario y más información, llama al 805-524-5438.

CALIFORNIA (WALNUT CREEK): Se reúnen el último jueves de cada mes a las 7pm en Aspen Room #2 (planta baja) en el John Muir Hospital, esquina con Ygnacio Valley Road y La Casa Via. (Lo sentimos, no hay nombre ni teléfono para contacto.)

CALIFORNIA (YUBA CITY): Hepatitis C Support Se reúne el 3er lunes de cada mes en la Glad Tidings Church. Para el calendario y más información, llama al 530-671-5644.

COLORADO: (COLORADO SPRINGS): Health Learning Center, 1644 Medical Center Point, 3er jueves, 7-8:30pm; (719) 528-5575 Jane; (719) 598-3771 Sharon; o Lance a william@divide.net.

COLORADO: (DENVER): HepC Connection. Para mayores informes: Ann Jesse al 1-800-522-HEPC o (303) 393-9395, dirección: 1714 Poplar St., Denver, CO 80220.

COLORADO: (WHEAT RIDGE): Grupo de apoyo de la American Liver Foundation, Rocky Mountain Chapter, P.O. Box 117, Wheat Ridge, CO 80034. Para mayores informes, llama a Lee Gerstner al (303) 940-3664.

CONNECTICUT: Grupo de apoyo de la American Liver Foundation, Connecticut Chapter, 1 Bradley Road, Suite 405, Box 4062, Woodbridge, CT 06525. Para mayores informes, llama a Norma Pisetsky al (203) 397-5433

FLORIDA (BROWARD COUNTY): Para mayores informes, llama a: (561) 434-0092

FLORIDA (FT LAUDERDALE): Se reúnen el 3er miércoles de cada mes en el Florida Medical Center, 5000 West Oakland Park Blvd, Fort Lauderdale, FL. Para mayores informes, llama a: (954) 587-3777

FLORIDA (ORLANDO): Orlando Hepatitis Support System, 5624 Deepdale Drive, Orlando, FL 32821 (407) 238-9422 o (407) 238-2368 o email: peaches@magicnet.net

FLORIDA (ST PETERSBURG): Tampa Bay Hepatitis and Liver Disease Support Group, Inc. St. Petersburg Se reúnen el segundo martes de cada mes, 7:00-9:00 p.m. (favor de ser puntual) en el Columbia Edward White Hospital, Auditorium - Suite 1G, 2299 9th Avenue, North St. Petersburg, FL. Para mayores informes, llama a: Don Vausio - (813)577-0836 o Peggy Tatka - (813) 684-4678

FLORIDA (TAMPA): Tampa Bay Hepatitis and Liver Disease Support Group, Inc., Tampa Se reúnen el cuarto Jueves de cada mes, 7:00 - 9:00 p.m. (favor de ser puntual) en el University Community Hospital, Hospitality Room (pasando la Cafeteria), Bruce B. Downs & Fletcher, Tampa, FL Para mayores informes, llama a: Don Vausio - (813)577-0836 or Peggy Tatka - (813) 684-4678

FLORIDA (TAMPA): The Liver Disease Support Group se reúne el primer lunes de cada mes en el "The Health Source" en University Square Mall, 2140 Fowler Ave. Tampa FL 33613. Para mayores informes, llama a: M.J. Fitzsimmons (813) 899-9255 o email: mjfitz@IntNet.net

GEORGIA (ATLANTA): Grupo de apoyo de la American Liver Foundation, Atlanta Chapter, 4250 Wieuca Overlook, NE Atlanta, GA 30342. Para mayores informes, llama a Helen Gitlin al (404) 255-1648

HAWAII: Hay un grupo de apoyo sobre la hepatitis el último jueves de cada mes en Wilcox Hospital, Conference Room A, en Lihue, Kauai, Hawaii. Es de 6:30 p.m. hasta 8 p.m. Los interesados pueden llamar a: Teresa at (808) 826-7825.

IDAHO (BOISE): Southwest Idaho Hepatitis Support Group, 3er mar/cada mes, 7pm, St. Alphonsus Medical Center, 1055 N. Curtis Rd. Chickee Helms @ 208-382-6400.

ILLINOIS (CHICAGO): Grupo de apoyo de la American Liver Foundation, Illinois Chapter, 225 W. Washington Street, Suite 2249, Chicago, IL 60606 Para mayores informes, llama a Paul Ladniak al (312) 419-7086

IOWA: Grupo de apoyo patrocinado por la Hepatitis C Foundation. Para mayores informes, llama a (800) 324-7305.

IOWA (CEDAR RAPIDS): Grupo de apoyo patrocinado por el Hepatitis Education Project. Llama al 1-800-218-6932 para mayores informes.

IOWA (DAVENPORT): Grupo de apoyo de la American Liver Foundation, Quad Cities Chapter, 4328 Ridgewood Court, Davenport, IA 52807. Para mayores informes, llama a Patti Erpelding al (319) 359-1994

KANSAS (KANSAS CITY): Se reúnen el segundo miércoles de cada mes en el KU Medical Center, Prairie Room, cerca de la Delp cafetería. Puedes dejar tu coche en el estacionamiento enfrente de la entrada principal del hospital sobre Cambridge, 2 cuadras al oeste de State Line Road con 39th street. Pida instrucciones en informes para llegar a la Delp cafetería. Llama al (913)677-6561.

KANSAS (WICHITA): Hepatitis C Foundation support group Se reúnen el tercer jueves de cada mes a las 7:00pm. Para más información llama al (800)324-7305

MARYLAND (FREDERICK): Living With Hepatitis grupo de apoyo, Frederick County Health Department, 350 Montevue Lane, entrada C, 7-8:30pm. Tel 301-694-0245. Geraldine Frank, Facilitator, tfrice@erols.com. Se reúnen el 4o jueves cada mes (excepto junio, julio, agosto, noviembre y diciembre.)

MASSACHUSETTS (BEVERLY): Comenzó el lunes 17 de febrero de 1997 y, desde entonces, El Beverly Hospital, sigue ofreciendo el tercer lunes de cada mes reuniones de grupo de apoyo para todos los afectados por la hepatitis C. Este grupo da la bienvenida a todas las personas con hepatitis C, tanto como esposos, hijos mayores, amigos y cualquier persona con preguntas sobre esta enfermedad. Para mayores informes, llama a: Hepatitis C Seminar & Support Group, 85 Herrick St. Beverly, Massachusetts (508) 922-3000 extensión 2240.

MASSACHUSETTS (NEWTON): Grupo de apoyo de la American Liver Foundation, New England Chapter, 246 Walnut Street, Suite 401, Newton, MA 02160. Para mayores informes, llama a Judi Kaplan Elkin at (617) 527-5600.

MASSACHUSETTS (WORCESTER): Hepatitis grupo de apoyo, se reúne el primer lunes de cada mes de 6:30-8:00 @ U-Mass Hospital Worcester, MA en Lecture Hall B.

MICHIGAN (WEST MICHIGAN): Grupo de apoyo patrocinado por Hepatitis C Foundation. Para mayores informes, llama a Mary Kolanowski (616)336-9351 o (800)324-7305.

MINNESOTA (MINNEAPOLIS/ST. PAUL): Liverhope Support Group. Se reúnen los 2os y 4os martes de cada mes 7-9 PM Shepard of the Hills Lutheran Church 3920 North Victoria Street Shoreview, Minnesota 1/2 milla al norte de I-694 en la salida Victoria St. LiverHope too Education Group Education para los que acaban de ser diagnosticados. Se reúnen el 3er domingo cada mes 7-9 PM 901 Meadowwood Drive Brooklyn Park, Minnesota. <http://www.liverhope.com/>, Voice mail: (763) 780-0108 Pat Buchanan (763) 566-3839 pat@liverhope.com Helen Clark (952) 933-0932 helen@liverhope.com

MINNESOTA (ROCHESTER): Grupo de apoyo de la American Liver Foundation, Rochester & Southeastern Minnesota Chapter, 615 Eighth Avenue, SW, Rochester, MN 55902. Para mayores informes, llama a Sylvia Aronson at (507) 289-0914.

MISSOURI (ST. LOUIS): Hepatitis C Support Organization se reúne el segundo lunes de cada mes en la Clayton Library, esquina con Central y Maryland, de 7-8:45 p.m. El contacto es Nancy Marsh, 2665 Midland Ridge Drive, St. Louis, MO 63114. (314) 428-7973.

NEBRASKA (OMAHA): Grupo de apoyo patrocinado por Hepatitis C Foundation. Para mayores informes, llama a Kay Helms (402)398-1487 or (800)324-7305.

NEW HAMPSHIRE : Grupo de apoyo patrocinado por Hepatitis C Foundation. Para mayores informes, llama a Roberta Glenn (603)652-4326, Ed Nash (603)742-4732 o (800)324-7305.

NEW JERSEY (CENTRAL JERSEY): Grupo de apoyo patrocinado por Hepatitis C Foundation. Para mayores informes, llama a Valerie Mead (908)247-2628, Barb Verb (908)937-8820 o (800)324-7305.

NEW JERSEY (NORTH JERSEY): Grupo de apoyo patrocinado por Hepatitis C Foundation. Para mayores informes, llama a John Sorrentino (201) 743-2380 o (800) 324-7305.

NEW JERSEY (SOUTH JERSEY): Grupo de apoyo patrocinado por Hepatitis C Foundation. Para mayores informes, llama a Libby Leidolf (609)935-0807 o (800)324-7305.

NEW JERSEY (SUMMIT): Union County, NJ, grupo de apoyo se reúne el último viernes de cada mes (7:30PM) Overlook Hospital, Conference Rm #2 Summit, NJ contacto: susie@hepcesn.net. También: Hepatitis

C Education & Support Network, Inc. Enfoque sobre educar al público, promoviendo el conocimiento apoyando a las personas con HCV. Línea de apoyo gratis (1-888-437-2376) hepcesn@hepcesn.net

NEW MEXICO (ALBUQUERQUE): Hepatitis C grupo de apoyo se reúne el 4o sábado de cada mes en el Lovelace HR Center en 1258 Ortiz SE, Albuquerque, NM de 9am a 11am. Para mayores informes, llama a Janet Brown al (505)292-4338.

NEW YORK (LONG ISLAND): The Hep C Courage Group se reúne en Manhasset. Para mayores informes, llama a Judy o Gina al (718)595-2805.

NEW YORK (MELVILLE): Grupo de apoyo de la American Liver Foundation., Greater New York Chapter, 200 Broadhollow Road, Suite 207, Melville, NY 11747. Para mayores informes, llama a Mary Beth Tully al (516) 393-5076.

NEW YORK (ROCHESTER): Hepatitis C Foundation grupo de apoyo, 16 Sanders Farm Dr., Penfield, New York 14526 Contacto: John Trowbridge al (716) 377-9330 o (800)324-7305.

NEW YORK (ROCHESTER): Grupo de apoyo de la American Liver Foundation, Western New York Chapter, 75 Buckland Avenue, Rochester, NY 14618. Para mayores informes, llama a Nancy Koris al (716) 271-2859.

NORTH CAROLINA (CHAPEL HILL): Grupo de apoyo de la American Liver Foundation, Triangle Area Chapter, UNC Department of Medicine, Div. of Digestive Diseases & Nutrition, University of North Carolina at Chapel Hill, CB #7080, 423 Burnett-Womack Bldg., Chapel Hill, NC 27599-7080. Para mayores informes, llama a Robert S. Brown Jr., MD, MPH al (919) 966-2516.

OHIO (CLEVELAND): Grupo de apoyo de la American Liver Foundation, Northern Ohio Chapter, 9500 Euclid Avenue, Ab2, Cleveland, OH 44195. Para mayores informes, llama a Sharon Mendelsohn al (216) 444-8409.

OHIO (COLUMBUS): The HEPCHAT grupo de apoyo se reúne cada dos jueves en el OSU Medical Center Para mayores informes, llama a: Emma Birch 614-337-1450 email: EBirch@aol.com.

OHIO (TOLEDO): Grupo de apoyo de la American Liver Foundation., Toledo Chapter, 419 Saint Clair St., N., Apt. 303, Toledo, OH 43604. Para mayores informes, llama a Richard Gee al (419) 243-5777.

OREGON (COOS BAY): Grupo de apoyo patrocinado por el Hepatitis Education Project. Llama al 1-800-218-6932 para mayores informes.

OREGON (MEDFORD): Grupo de apoyo de la American Liver Foundation, Southern Oregon Chapter, 2578 Table Rock Road, #15, Medford, OR 97501. Para mayores informes, llama a Barbara Bransford al (541)857-9245.

PENNSYLVANIA (LANCASTER): Grupo de apoyo patrocinado por Hepatitis C Foundation. Para mayores informes, llama a Jean Collin (717) 394-7110 o (800)324-7305.

PENNSYLVANIA (LEIGH VALLEY): Grupo de apoyo patrocinado por Hepatitis C Foundation. Para mayores informes, llama a Dianne Slagle (610) 432-2481 o (800)324-7305.

PENNSYLVANIA (PLYMOUTH MEETING): Grupo de apoyo de la American Liver Foundation, Delaware Valley Chapter, 600 West Germantown Pike, Suite 400, Plymouth Meeting, PA 19462-1046. Para mayores informes, llama a Deborah Katz at (610)260-1497.

TENNESSEE (MEMPHIS): Hepatitis Support Group se reúne el tercer miércoles de cada mes a las 6:00, Lobby Conference Room, St. Francis Hospital, 5959 Park Avenue. Para mayores informes, llama a UT: (901)448-05813, Shirley: (901)853:4606, o Ann: (901)755-0403

TENNESSEE (NASHVILLE): The Nashville Hep grupo de apoyo se está formando. Para mayores informes, llama a Jim Nevels al (502) 886-2754 o email: vgnevels@hop-uky.campus.mci.net.

TENNESSEE (NASHVILLE): Grupo de apoyo patrocinado por Hepatitis C Foundation. Para mayores informes, llama a Mary Harrington (615)385-3718 o (800)324-7305.

TEXAS: Texas Liver Coalition, Phone: 1-800-72-LIVER.

TEXAS (WACO): LifeMatch Group. Para mayores informes, llama a: (254)840-9620.

VIRGINIA (NORFOLK): Hepatitis grupo de apoyo patrocinado por Schering-Plough se reúne en el Leigh Memorial Hospital, en el comedor privado el 2do jueves de cada mes. Para mayores informes, llama a Dianna Pullium (757) 552-8587.

WASHINGTON STATE (PASCO): Hepatitis Support Group. Our Lady of Lourdes Hospital, Pasco, WA se reúne en el Carondelet Room junto a la cafetería el segundo miércoles de cada mes - 6:30 to 7:30. Contacto: Cindy Purdin - 509/545-6338. thebreezeone@earthlink.net.

WASHINGTON STATE (KENNEWICK): Hepatitis C grupo de apoyo se reúne el tercer lunes de cada mes en el Kadlec Medical Center, the Columbia Room, Richland WA a las 6:30 pm. Para mayores informes, llama a Joyce al (509)627-8053 o Julie al (509) 627-0786.

WASHINGTON STATE: (SEATTLE) Washington State, Hepatitis Education Project. Resource Center se encuentra en 4603 Aurora Avenue North, Seattle, WA 98103-6513. Teléfono Local para el área de Seattle: 206-732-0311, línea gratis 1-800-218-6932. Patrocina 20 grupos de apoyo por todo el estado de Washington; llama all Resource Center para las direcciones. Web site: <http://www.scn.org/health/hepatitis>, email hep@scn.org.

WASHINGTON STATE: (VANCOUVER). Parents of Kids with Infectious Diseases (PKIDs), P.O. Box 5666, Vancouver, WA 98668 Proporciona servicios a los padres y familias por todos los EE.UU., y algunos otros países. Para mayores informes, llama a Trish Parnell al (360)695-0293 voice (360)695-6941 fax o email pkids@pkids.org. Un Web site se encuentra a: <http://www.pkids.org/>

WASHINGTON STATE (YAKIMA): Hepatitis C grupo de apoyo se reúne el 4º lunes de cada mes a las 7:00 pm en la Wellness House, 210 S. 11th Ave. Suite 40, Yakima, WA 98942 Para mayores informes, llama a Ellie al 509-452-5456 o Wellness House al 509-575-6686.

WEST VIRGINIA: Grupo de apoyo patrocinado por Hepatitis C Foundation. Para mayores informes, llama a Dana Mack (304)273-2450.

WISCONSIN (MILWAUKEE): Grupo de apoyo de la American Liver Foundation, Wisconsin Chapter, 710 W. Oregon Street, #7, Milwaukee, WI 53204.

APENDICE A: Dónde puedo conseguir la versión más reciente de las FAQ

E-mail: Enviando un mensaje a Peppermint Patti a clotho@bellatlantic.net, o a C.D. Mazoff a squeeky@pacifcoast.net, pidiendo “¡Envíame las FAQ, por favor!”

<http://members.bellatlantic.net/~clotho>

<http://www.geocities.com/HotSprings/5670/>

<http://members.rogers.com/smking/>

www.hepcbc.ca Incluye versión en español.

APENDICE B: Abreviaturas comunes y términos médicos

A continuación se detallan abreviaturas médicas comunes con las que pueden encontrarse las personas con VHC.

ABREVIATURAS Y TERMINOS MEDICOS

ALT (Alanina aminotransferasa): proteína que, cuando se encuentra en la sangre en cantidades elevadas; generalmente indica daño en el hígado. También suele llamársela SGOT.

ANTICUERPO: Proteína segregada por nuestro sistema inmunológico como respuesta a una infección. El anticuerpo se liga a una molécula “enemiga”, en este caso, una parte específica del virus de la hepatitis C. Esta acción tiene como fin evitar que el virus infecte otras células o las destruya. Como sucede con otras infecciones virales, la presencia de los anticuerpos no significa necesariamente que el virus será eliminado del cuerpo.

AST (aspartato aminotransferasa): Proteína que, cuando se encuentra en la sangre en cantidades elevadas, suele indicar daño en el hígado (aunque resulta menos específica que ALT). También suele llamársela SGTP.

CARGA VIRAL: Cantidad de virus presente en el torrente sanguíneo de una persona. Generalmente se lo mide por la prueba cuantitativa de PCR y el resultado se obtiene en números de partículas virales por ml. de sangre.

CSC: Conteo de sangre completo.

CDC: Centres for Disease Control and Prevention (Centros para el control y prevención de enfermedades); organismo de EE.UU. responsable de la estimación de índices frecuentes y la realización de estudios epistemológicos.

CIRROSIS: Estado en el cual se desarrollan tejidos cicatrizados en el hígado, hasta el punto de que las cicatrizaciones se vuelven extensivas y permanentes. La cirrosis interfiere con el normal funcionamiento hepático.

COMA HEPÁTICO, COLEMIA: Síndrome peculiar caracterizado por el comienzo rápido o lento de comportamiento extraño, desorientación, temblores con alteo de brazos extendidos, reflejos hiperactivos, y un posterior letargo y coma. Podría estar provocado por intoxicación con amoniaco, un producto de la digestión proteínica que el hígado no logra convertir en urea.

COQ10: Co-enzima Q10, sustancia natural que resulta de utilidad para algunos pacientes; puede conseguirse sin receta medica.

DHHS: Dept. of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos); organismo de EE.UU.

ENCEFALOPATIA HEPÁTICA: Complicación seria de la enfermedad hepática avanzada, causada probablemente por toxinas cerebrales (incluido el amoniaco), ciertas aminos y ácidos grasos. Se manifiesta clínicamente con cambios de personalidad y el deterioro de la habilidad intelectual, la conciencia y el funcionamiento neuromuscular.

FALLO HEPÁTICO FULMINANTE: Síndrome clínico causado por necrosis hepática extensiva, que puede ser inducida por drogas hepatóxicas y pueden conducir a una encefalopatía progresiva y a una prognosis fatal.

FDA: Food and Drug Administration (Dirección de Alimentos y Medicinas); organismo de EE.UU.

FIBROSIS: Formación cicatrizada que resulta de la reparación del daño en los tejidos.

GENOTIPO: Los diferentes genotipos de un mismo virus son suficientemente similares como para ser considerados el mismo tipo, pero presentan diferencias menores en la composición de su ARN. Estas diferencias pueden significar que el virus reacciona de manera diferente a nuestra respuesta inmunológica o a los tratamientos con drogas y terapias naturales.

HCC (Hepatocellular carcinoma): Cáncer de hígado.

HCV (Hepatitis C Virus): VHC (Virus de la Hepatitis C).

HEMOCROMATOSIS: Exceso de absorción de hierro y presencia de depósitos contenedores de hierro (hemosiderina) en el hígado, páncreas, riñones, suprarrenales y corazón. Puede presentarse asociada con agrandamiento e insuficiencia hepática y sangrado de varices.

HEPATITIS NO A-NO B: Antiguo termino para designar la hepatitis no causada por los virus A y B. En 1988, se demostró que esta forma de hepatitis era causada principalmente por el VHC.

HEPATOMA: Tumor hepático.

HIPERTENSIÓN PORTAL: Presión venosa portal mayor de 20 mm Hg, asociada con la esplenomegalia, el aumento de la circulación colateral, la varicosidad, hemorragias y ascitis. Puede ser provocada por:

Bloqueo Intra-hepático: dentro del hígado; o

Bloqueo Extra-hepático: dentro de la vena portal.

HIGADO GRASO: Aumento anormal de lípidos en el hígado, probablemente relacionada con la oxidación reducida de ácidos grasos o por la síntesis disminuida y la liberación de lipoproteínas, que causan la evacuación inadecuada de lípidos en el hígado.

IVDU (Intravenous drug use): Uso de drogas intravenosas.

IVIG (Intravenous gamma globulin): Gammaglobulina intravenosa.

NECROSIS HEPÁTICA: Destrucción de tejido hepático funcional.

NIH (National Institutes of Health): Instituto Sanitario Nacional (organismo de EE.UU); la institución de investigación médica más grande del mundo.

NSAID (Non-Steroidal Anti-inflammatory Drugs): Drogas anti-inflamatorias sin esteroides. Ejemplos: naproxeno y ibuprofeno, empleadas para el dolor.

PCR (polymerase chain reaction): Reacción en cadena de la polimerasa.

PORTADOR: Prácticamente todas las personas que son VHC + “portan” el virus. El término “portador”, sin embargo, es a menudo mal empleado para referirse a personas que tienen Hepatitis C, pero que gozan de buena salud. El término “portador” se usa cada vez con menos frecuencia en relación con la Hep C. Definiciones más apropiadas incluyen “anticuerpo positivo”, “anticuerpo negativo”, “sintomático” o “asintomático”. Lo más importante para recordar es que todas las personas con anticuerpos positivos de Hepatitis C deben ser conscientes de que son potenciales transmisores del virus.

SANGRE Y PRODUCTOS SANGUÍNEOS: Componentes de la sangre, incluidos los glóbulos rojos, plaquetas y plasma, que son separados en los bancos de sangre. El plasma se procesa y purifica para producir resultados médicos específicos (como el Factor VIII).

SGOT: Ver ALT.

SGPT: Ver AST.

SSA (Dirección de la Seguridad Social): organismo de EE.UU responsable de las pensiones por retiro e incapacidad.

SSDI: Programa de pensiones por incapacidad de la SSA.

APENDICE C: Algunos websites recomendados de la World Wide Web (WWW) en inglés y sin un orden particular:

Peppermint Patti’s Junk Drawer: <http://members.bellatlantic.net/~clotho>

HepCAN: <http://groups.yahoo.com/group/hepcan>

HepCBC: www.hepcbc.ca, Email: info@hepcbc.ca

HCV Advocate: www.hcvadvocate.org

Hepatitis Education Project: www.scn.org/health/hepatitis

American Journal of Gastroenterology: <http://www-east.elsevier.com/ajg/>

British Medical Journal: Search All Issues: <http://www.bmj.com/all.shtml>

Hepatic Pathology Index: <http://www-medlib.med.utah.edu/WebPath/LIVEHTML/LIVERIDX.html>

Hepatology: [Search Abstracts](#)

HIV and Hepatitis.Com: www.hivandhepatitis.com

Journal of the American Medical Association: <http://jama.ama-assn.org/>

Medscape

Hepatitis

C

Resource

Centre:

<http://gastroenterology.medscape.com/Medscape/features/ResourceCenter/HepC/public/RC-index-HepC.html>

New England Journal of Medicine: <http://content.nejm.org/>

PovNet: <http://www.web.net/povnet/>

Reuters Health Information: <http://www.reutershealth.com/>

Ask Emaliss - Hepatitis Info Support: <http://www.askemilyss.com/>

The Hepatitis Foundation International Online (NJ): <http://www.hepfi.org/>

Scotty (the Reezer) Warren's Hepatitis HomePage:

<http://tinpan.fortunecity.com/floyd/587/index.html>

The Hepatitis Information Network: <http://www.hepnet.com>

The Canadian Liver Foundation: <http://www.liver.ca>

"Sandi's Crusade Against Hepatitis C": <http://members.rogers.com/smking/>

Melissa Palmer, MD, a Hepatologist in New York: <http://www.liverdisease.com/>

UNOS Website (Transplant):

http://www.patients.unos.org/tpd/frm_info.asp?org=LI&tab1=info

CenterWatch Clinical Trials Listing Service: <http://www.centerwatch.com>

RxList - The Internet Drug Index: <http://www.rxlist.com>

Schering-Plough (manufacturers of Intron-a): <http://www.hep-help.com>

Hepatitis Weekly:

<http://www.newsr.com/home/main.asp?wasp=03x1mb0852g9vldbb2e7>

Columbia University Diseases of the Liver:

<http://cpmcnet.columbia.edu/dept/gi/disliv.html>

Current Papers in Liver Disease: <http://cpmcnet.columbia.edu/dept/gi/references.html>

American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD): <http://www.aasld.org>

American Liver Foundation (ALF) Homepage: <http://www.liverfoundation.org>

Health Care Information Resources: <http://www-hsl.mcmaster.ca/tomflem/top.html>

RxMed: <http://www.rxmed.com/rxmed/a.home.html>

Merck Manual

Natural Pharmacist

PovNet Un gran sitio canadiense sobre temas de discapacidad y derechos humanos.

<http://www.transplant.bc.ca/links.html>

<http://www.objectivemedicine.com>

http://janis7hepc.com/Your_Liver_Functions.htm Cuenta todo lo que siempre hemos querido saber acerca del hígado. www.hepcassoc.org.

www.hcvanonymous.com HCV Anonymous es la fuente de información, apoyo y más cosas sobre Hepatitis C. Sus miembros son personas de todos los estratos de la vida, que se relacionan mediante la amistad y el

apoyo mutuo. Medline Plus: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/hepatitisc.html>

Alternative Medline: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/alternativemedicine.html>

Y si visitas este sitio: <http://home.pacbell.net/pwstern/quilt/> podrás ver el edredón de HepC.

APENDICE D: Una lista de médicos canadienses especializados en el tratamiento del VHC (un agradecimiento especial a Joan King de HepCBC y a Hielen Caldwell-Martin de FQHC por esto).

ALBERTA

Blairmore

Burnett, Patricia 403-562-2831

PO Bag 1

Blairmore, Alberta, Canada, T0K 0E0

Calgary

University of Calgary
Health Sciences Centre
Aspinall, Alexander 403-210-9327
Bridges, Ronald 403-210-9356
Burak, Kelly 403-210-9363
Coderre, Sylvain 403-210-9837
Ferraz, Jose Geraldo 403-210-8575
Hilsden, Robert 403-210-9355
MacCannell, Keith 403-210-9363
Nash, Carla 403-210-8740
Shaffer, Eldon 403-210-9363
Swain, Mark 403-220-8457
Van Rosendaal, Guido 403-210-9325
3330 Hospital Dr NW
Calgary, Alberta, Canada, T2N 4N1

Adams, Fatin 403-943-3000
7007 14 St SW
Calgary, Alberta, Canada, T2V 1P9

Bass, Sydney 403-270-9555
415 14 St NW
Calgary, Alberta, Canada, T2N 2A1

Fridhandler, Terry 403-259-3729
870-10201 Southport Rd SW
Calgary, Alberta, Canada, T2W 4X9

Hershfield, Noel 403-240-4084
1025-1122 4 St SW
Calgary, Alberta, Canada, T2R 1M1

Love, Jonathan 403-210-8575
Foothills Hospital
Division of Gastroenterology
University of Calgary
1403 29th Street NW
Calgary AB T2N 4J8

Ma, Michael Zenghua 403-943-4618
Dept. of Medicine
3500 26 Ave NE
Calgary, Alberta, Canada, T1Y 6J4

Price, Lawrence (Lorne) 403-283-6613
711-3031 Hospital Dr NW
Calgary, Alberta, Canada, T2N 2T8

Shepherd, James 403-221-4448
320-401 9th Ave SW
Calgary, Alberta, Canada, T2P 3C5

Sherman, Thomas A. 403-259-3729

870-10201 Southport Rd SW
Calgary, Alberta, Canada, T2W 4X9

Stapleton, Melanie 403-943-4922
3500 26th Ave NE
Calgary, Alberta, Canada, T1Y 6J4

Wrobel, Iwona 403-943-7721
B-536-1820 Richmond Rd SW
Calgary, Alberta, Canada, T2T 5C7

Edmonton

Division of Gastroenterology
University of Alberta
Bain, Vincent 780-492-8128
Chalmers-Nixon, Tara 780-492-8243
Gutfreund, Klaus 780-492-8134
Mason, Andrew 780-492-8176
McDermid, Jill 780-492-8134
Rioux, Kevin 780-492-8243
Sandha, Gurpal Singh 780-492-8170
Sherbaniuk, Richard W. 780-492-8157
Thomson, Alan 780-492-8154
Wong, Winnie 780-492-8134
205-8215 112 St
Edmonton, Alberta, Canada, T6G 2C8

Hys Centre
Ferguson, James 780-421-1031
Matic, Kata 780-421-1029
301-11010 101 St NW
Edmonton, Alberta, Canada, T5H 4B9

Bala, Anand 780-485-5515
214-6203 28 Ave NW
Edmonton, Alberta, Canada, T6L 6K3

Cherry Raeleen D
780-489-5070 780-489-8081
8708 155 Street NW,
Edmonton, AB T5R 1W2

Gramlich, Leah 780-735-6839
323 Community Services
10240 Kingsway Ave NW
Edmonton, Alberta, Canada, T5H 3V9
Kao, Dina Hui-Jen 492-8243
Suite 205
8440-112 St
Edmonton, Alberta, Canada, T6G 2B7

Lalor Eoin A Dr 780-439-7300

8708 155 Street NW,
Edmonton, AB T5R 1W2

McKaigney, John 780-492-8151
2E1.24 W.C.M. Ctr
8440 112 St NW
Edmonton, Alberta, Canada, T6G 2B7

O'Brien, Brian 780-496-1390
503-11010 101 St NW
Edmonton, Alberta, Canada, T5H 4B9

Semlacher, Eric A. 780-492-8152
Zeidler Ledcor Centre
130 University Campus
University of Alberta NW
Edmonton, Alberta, Canada, T6G 2X8

Switzer, Connie M. 780-450-1807
217-3017 66 St NW
Edmonton, Alberta, Canada, T6K 4B2

Todoruk, Dennis 780-488-6867
401-11523 100 Ave NW
Edmonton, Alberta, Canada, T5K 0J8

Walters, Brennan 780-930-1915
408-8708 155 St
Edmonton, Alberta, Canada, T5R 1W2

Wong, Clarence 780-735-6838
Community Services Centre
331-10240 Kingsway Ave
Edmonton, Alberta, Canada, T5H 3V9

Lethbridge

Koegler David P Dr 403-328-2326
2931 20 Avenue South,
Lethbridge, AB T1K 3M5
Red Deer

Simmonds, Sidney (Doug) 403-343-6955
810-5010 43 St
Red Deer, Alberta, Canada, T4N 6H2

BRITISH COLUMBIA

Dawson Creek

Varadarasa, Arulanandam
Dawson Creek & Dist. Hlth. Care
11100 13 St

Dawson Creek BC V1G 3W8
250-782-8501

Or

816 103 Ave
Dawson Creek BC V1G 2G1
Ferne

Burnett, Patricia 250-423-4442
PO Box 670
Ferne BC V0B 1M0

Kamloops

Picton, Taralyn 250-374-1898
405-275 Lansdowne St
Kamloops BC V2C 1X8

Stabler, Christopher 250-372-9600
201-595 Columbia St W
Kamloops BC V2C 1K7

Kelowna

Kelowna Gastroenterology Associates
Agnew, Shane
Bak, Adrian
Borthistle, Bruce
Micheletti, Pina
Render, Kenneth
564 Leon Ave
Kelowna BC V1Y 6J6
250-763-6433

Maple Ridge

Binder, Hanna 604-467-7824
600-22470 Dewdney Trunk Rd
Maple Ridge BC V2X 5Z6

Spittel, Devin 604-467-5030
205 11743 224th St
Maple Ridge, BC V2X 7G2

Nanaimo

AVI Health Centre
Methadone and Hepatitis C Clinic
216 - 55 Victoria Rd
(250) 754-9111

New Westminster

Columbia Medical Bldg
Atkinson, Kenneth
Lin, Cassie
Pullen, Brock
Yik, Kwok
410-301 Columbia St E
New Westminster BC V3L 3W5
604-525-0155

North Vancouver

Hahn, Michael 604-984-4138
204-135 15 St E
North Vancouver BC V7L 2P7

Haniak, William 604-988-2855
209-125 13 St E
North Vancouver BC V7L 2L3

Zohrab, William 604-980-5731
520-145 17 St W
North Vancouver BC V7M 3G4

Penticton

Maguire, Terence 250-493-1117
12-477 Martin St
Penticton BC V2A 5L2

Prince George

Sidorov, Joseph 250-564-2182
307-1669 Victoria St
Prince George BC V2L 2L5

Richmond

Fishman, Martin 604-273-4447
250-6091 Gilbert Rd
Richmond BC V7C 5L9

Saanichton

Koziol, Kathie 250-652-7912
3-7865 Patterson Rd
Saanichton BC V8M 2C7

Surrey

Doris, Peter 604-583-1668
305 - 9656 King George Hwy.
Surrey, BC V3T 2V5

Prest, Marcia 604-584-2033
4-13665 96 Ave
Surrey BC V3V 1Z1

Smith, John 604-590-5811
7154 120 St
Surrey BC V3W 3M8

Wong, Henry 604-951-9186
203-13798 94A Ave
Surrey BC V3V 1N1

Vancouver

BC Children's Hospital, ACB
Pediatrics/Gastroenterology
Barker, Collin - K4-180
Hassall, Eric - K4-182
Jacobson, Kevan - K4-181
Schreiber, Richard - K4-183
4500 Oak St
Vancouver BC V6H 3N1
604-875-2332

LAIR Centre
Anderson, Frank
Dr. Hsiao-Ming Jung
Dr. Stuart Zeng
305-750 Broadway W
Vancouver BC V5Z 1H2
604-876-5122

Pacific Gastroenterology Associates
Halparin, Lawrence
Lam, Eric Chon-San
Ramji, Alnoor
Telford, Jennifer
Whittaker, John
770-1190 Hornby St
Vancouver BC V6Z 2K6
604-688-6332

Vancouver Hospital & Hlth Sc Centre
Byrne, Michael 604-875-5640
Chatur, Nazira 604-875-5039
Erb, Siegfried 604-875-5618
Gray, James 604-875-5618
Kwan, Wing 604-875-5862
Salh, Baljinder 604-875-5287
Steinbrecher, Urs 604-875-5039

Tai, Isabella 604-875-5640
Yoshida, Eric 604-875-5371
100-2647 Willow St
Vancouver BC V5Z 3P1

Amar, Jack 604-688-6180
Enns, Robert 604-688-7017
300-1144 Burrard St
Vancouver BC V6Z 2A5

Barker, Collin 604-875-2332
New Ambulatory Care Bldg
BC Children's Hospital-Rm K4-167
4480 Oak St
Vancouver BC V6H 3V4

Chan, Robert 604-689-7200
203-1160 Burrard St
Vancouver BC V6Z 2E8

Freeman, Hugh 604-822-7216
Acute Care Unit - UBC Site
Van. Hospital & Hlth. Sc. Ctr. Rm.S154
2211 Wesbrook Mall
Vancouver BC V6T 2B5

Lam, Eric Chon-San 604-872-0717
1402-805 Broadway W
Vancouver BC V5Z 1K1

Phang, Paul T. 604-604-806-8711
St. Paul's Hospital
1081 Burrard St.
Vancouver, BC V6Z 1Y6

Weiss, Alan 604-879-3992
903-750 Broadway W
Vancouver BC V5Z 1H8

Victoria

Cool Aid Community Health Centre
465 Swift Street
Victoria, BC
385-1466

Broome, T. Paul 250-595-5522
307-2020 Richmond
Victoria BC V8R 6R5

Buckley, Alan 250-383-5403
309 - 1990 Fort St
Victoria BC V8R 6V4

Daly, Donald 250-381-9199
303-1120 Yates St
Victoria BC V8V 3M9

Ghesquiere, Wayne 250-370-7717
206-1964 Fort St
Victoria BC V8R 6R3

Holland, Stephen 250-361-1418
305-645 Fort St
Victoria BC V8W 1G2

Papp, Jamie 250-361-1493
430-1105 Pandora Ave
Victoria BC V8V 3P9

Pearson, David 250-595-3544
304-1964 Fort St
Victoria BC V8R 6R5

Petrunia, Denis 250-381-9988
303-1120 Yates St
Victoria BC V8V 3M9

Piercey, James 250-370-9121
405-1990 Fort St
Victoria BC V8R 6V4

Raine, Robert 250-386-7731
430-1105 Pandora Ave
Victoria BC V8V 3P9

Singh, Ranjit 250-386-7731
430-1105 Pandora Ave
Victoria BC V8V 3P9

White Rock

Donaldson, Bruce W. 604-536-2188
204-1676 Martin
White Rock BC V4A 6E7

MANITOBA

John Buhler Research Centre
Bernstein, Charles Noah Rm 804
Cantor, Michael Jeffery Rm 804
Kaita, Kelly Suite 803H
Minuk, Gerald Yosel Rm 803
715 McDermot Ave
Winnipeg, MB R3E 3P4

204-789-3204

St Boniface General Hospital
Duerksen, Donald, Rudy Rm C5120
Rosser, Stuart Jason Rm C5124
409 Taché Ave
Winnipeg, MB R2H 2A6
204-233-8563

Aldor, Thomas 204-786-5481
The Abbott Clinic
274 Osborne St N
Winnipeg, MB R3C 1V8

Barkey, Janice Lynn 204-774-6511
Rm AE 208
Health Sciences Centre, Children's Hospital
840 Sherbrook St
Winnipeg, MB R3A 1S1

Kippen, Robert Neil 204-957-1900
Winnipeg Clinic
425 St Mary Ave
Winnipeg, MB R3C 0N2

Lau, Chung-Yan 204-772-0905
790 Sherbrook St
Winnipeg, MB R3A 1M3

NEW BRUNSWICK

Beaudin, David 506-648-7930
707 Millidge Avenue
Saint John NB E2K 2N7

Cockeram, Alan 506-634-7742
560 Main Street Suite 270
Saint John NB E2K 1J5

Emenau, Paige 506-634-1322
27 Gooderich Street
Saint John NB E2K

Fallows, Glen 506-458-0493
1015 Regent Street Suite 401
Fredericton NB E3B 6H5

Koller, Oscar 506-458-0216
1015 Regent Street Suite 302
Fredericton NB E3B 6H5

MacSween, H. Miller 506-458-0217
1015 Regent Street Suite 302
Fredericton NB E3B 6H5

Memiche, Reshat 506-546-3588
325 Vanier Boulevard Suite 7
Bathurst NB E2A 3N1

Schweiger, Franzjosef 506-858-8441
100 Arden Street Suite 405
Moncton NB E1C 4B7

Silva, Fidelia 506-857-2285
667 rue Champlain suite 135
Dieppe NB E1A 1P6

NEWFOUNDLAND

General Hospital Corporation
Borgaonkar, Mark Ram
Burse, Ford
Critch, Jeffrey
Fardy, John Michael
McGrath, Jerry
300 Prince Phillip Dr
St. John's, NL A1B 3V6
709-777-6300

NOVA SCOTIA

QEII Health Sciences Ctr - VG Site
Leddin, Desmond 902-473-7833
Macintosh, Donald 902-473-3721
Patel, Sunil 902-473-3721
Peltekian, Kevork 902-473-2898
Turnbull, Geoffrey 902-473-4140
Watt, Kymberly
1278 Tower Road
Halifax, NS B3H 2Y9

Fashir, Baroudi
Cape Breton Regional Hospital
1482 George Street
Sydney NS Canada B1P 1P3

Fox, Roy 902-860-0057
NS Environmental Health Ctr,
PO Box 2130 RPO Fall River
Fall River NS B2T

Murray, Harold 902-752-4265
Aberdeen Hospital, North Wing
835 East River Road

New Glasgow NS B2H 3S6

Ozden, Nuri 902-539-3319
31 Riverside Drive
Sydney River NS B1S

Tanton, Ronald 902-423-3842
385-5991 Spring Garden Road
Halifax NS B3H 1Y6

NUNAVUT

Hendricks, Amy
Administration Dept
Stanton Regional Health Board
550 Byrne Rd
PO Box 10 STN Main
Yellowknife, NT X1A 2N1
867-669-4111

Morse, John 867-669-4111
Inglis Stanton Medical Centre
419 Byrne Rd
Yellowknife, NT X1A 2N1

ONTARIO

Ajax

Yeung, Latifa 905-683-2320
Ajax and Pickering General Hospital
580 Harwood Avenue south
Ajax ON L1S 9Z9

Barrie

Hemphill, Douglas
101-115 Bellfarm Road
Barrie ON L4M 5G1

Belleville

Lietaer, Lawrence 613-966-7921
207-210 Dundas Street West
Belleville ON K8N 5G8

Brampton

Bellini, Andrew
El-Takli, Issam
Puri, Vinod
Sachedina, Bashirudin

Ying, Luis
306-164 Queen Street East
Brampton ON L6V 1B4
905-454-9230

Puri, Vinod 905-494-2120
Endoscopy and Inpatients
Brampton Campus
William Osler Health Centre
Brampton ON L6W 2Z8

Burlington

Comay, Daniel
Burlington Professional Centre
Suite 314-3155 Harvester Road
Burlington ON L7N 3V2
905-681-2036

Kumaranayake, Aravinda 905-633-7862
314-3155 Harvester Road
Burlington ON L7N 3V2

Kumaranayake, Colvin 905-681-2036
314-3155 Harvester Road
Burlington ON L7N 3V2

Lad, Rameeta 905-681-1103
109-2289 Fairview Street
Burlington ON L7R 2E3

Cambridge

Kothanda Raman, Kalyanapuram
519-620-8782
103-725 Coronation Boulevard
Cambridge ON N1R 7S9

Etobicoke

Ford, David 416-743-8431
204-100 Humber College Boulevard
Etobicoke ON M9V 5G4

Gould, Michael 416-745-9994
222-89 Humber College Boulevard
Etobicoke ON M9V 4B8

Greenbloom, Susan 416-740-4113
322-89 Humber College
Etobicoke ON M9V 4B8

Guelph

Surrey G.I. Clinic
Chiba, Naoki 519- 836-8201
Hewak, James 519-836-8201
105-21 Surrey Street West
Guelph ON N1H 3R3

Bovell, Keith 519-763-1220
Riverwood Place
201-49 Emma Street
Guelph ON N1E 6Z1

Hamilton

Hamilton Health Science Centre
McMaster University Medical Centre
Armstrong, David Ext. 76404
Croitoru, Kenneth Ext. 73495
Liu, Louis Wing
MacPherson, Andrew Room 4W8
Marshall, John Room 4W8
Moayyedi, Paul Room 3W10
Tse, Frances Wing Room 4W8
1200 Main Street West
P O Box 2000
Hamilton ON L8N 3Z5
905-521-2100

Saint Joseph's Healthcare
Ganguli, Subhas 905-522-1155
Goodacre, Robert 905-521-6045
50 Charlton Avenue East
Hamilton ON L8N 4A6

Lumb, Barry 905-572-7715
307-304 Victoria Avenue North
Hamilton ON L8L 5G4

Rossman, Richard 905-525-2779
311-1 Young Street
Hamilton ON L8N 1T8

Hawkesbury

Davies, Campbell 613-632-1111
Hopital General de Hawkesbury
1111 Ghislain Street
Hawkesbury ON K6A 3G5

Huntsville

Murat, Brian 705-789-3900
206-348 Muskoka Road 3 North

Huntsville ON P1H 1H8

Kingston

Hotel Dieu Hospital
Beck, Ivan 613-544-0225
Da Costa, Laurington 613-544-3310 Ext.
2291
Louw, Jacob 613-544-3400 Ext. 2450
166 Brock Street
Kingston ON K7L 5G2 Alt #: 613-544-3400
Ext. 2292
Lowe, Catherine 613-544-3400 Ext. 2292
Ropeleski, Mark Jeremy 613-544-3400 Ext.
2288
Vanner, Stephen James 613-544-3310
166 Brock Street
Kingston ON K7L 5G2

Ropeleski, Mark Jeremy 613-544-3232 Ext.
4434
Kingston General Hospital
Douglas 1, Endoscopy
76 Stuart Street
Kingston ON K7L 2V7

Kitchener

Bissonnette, Lyle Vaughan 519-585-1251
Suite 202-585 Queen Street South
Kitchener ON N2G 4S4

Booth, Michael Douglas 519-744-2201
Suite 409-18 Pine Street
Kitchener ON N2H 5Z8

Ergaiey, Houda Ali 519-745-9889
Belmont Professional Centre
303-564 Belmont Avenue West
Kitchener ON N2M 5N6

Golubov, Jordan 519-744-9389
203-585 Queen Street South
Kitchener ON N2G 4S4

Meghji, Murtaza Mohamedali 519-744-1167
Belmont Professional Centre
309-564 Belmont Avenue West
Kitchener ON N2M 5N6

Sharma, Vinod Kumar 519-749-4300
Grand River Hospital
835 King Street West

Kitchener ON N2G 1G3

Sharma, Vinod Kumar 519-744-3311
St. Mary's Hospital
911 Queen's Boulevard
Kitchener ON N2M 1B2

Sharma, Vinod Kumar 519-576-0204
203-535 Belmont Avenue West
Kitchener ON N2M 5E9

London

St Joseph's Health Care Center
Belsheim, Melvin Ross 519-646-6000
Hussain, Nadeem Ayaz 519-646-6100 Ext. 64311
Khanna, Nitin Verinder 519-646-6125
Reynolds, Richard 519-646-6125
268 Grosvenor Street
London ON N6A 4V2

London Health Sciences Centre
Barnett, William Howard 519-663-3757
University Hospital
P O Box 5339
London ON N6A 5A5

Gregor, James 519-667-6843
Ponich, Terry Peter 519-667-6878
South Street Hospital
N558-375 South Street
London ON N6A 4G5

Shulman, Scott Michael 519-685-8500
Victoria Campus
800 Commissioners Road East
London ON N6A 4G5

Howard, John Mitchell 519-685-8048
Room B614 Westminster Tower
London ON N6C 2V5

Marotta, Paul Joseph 519-663-3406
University Campus
339 Windermere Road
London ON N6A 5A5

Bharwani, Sulaiman Shamsuddin 519-685-8048
Department of Paediatrics
Children's Hospital Western Ontario
800 Commissioners Road East
West Tower B - 623
London ON N6C 2V5

Bondy, Donald Clarence 519-439-7103
26 Saint Neots Drive

London ON N6C 2M9

Markham

Fu, Anna 905-471-6200
212-377 Church Street
Markham ON L6B 1A1

Lin, Frank Yung-Harn 905-472-7000
Markham - Stouffville Hospital
381 Church Street
P O Box 1800
Markham ON L3P 7P3

Murray, Iain Colquhoun 905-947-9437
205-8312 McCowan Road
Markham ON L3P 8E1
Selucky, Michal 905-472-7125
404-377 Church Street
Markham ON L6B 1A1

Mississauga

Anand, Navin 905-607-9848
309- 2000 Credit Valley Road
Mississauga ON L5M 4N4

Clark, Robert Norman 905-897-0305
King Street Medical Arts Centre
202-71 King Street West
Mississauga ON L5B 4A2

El-Ashry, Dalia 905-275-1133
220-89 Queensway West
Mississauga ON L8B 2V2

El-Ashry, Dalia 905-848-7200
Trillium Hospital
100 Queensway West
Mississauga ON L5B 1B8

Hollingworth, Roger William 905-820-7877
505-2300 Eglinton Avenue West
Mississauga ON L5M 2V8

Joshi, Supriya 905-820-7877
505-2300 Eglinton Avenue West
Mississauga ON L5M 2V8

McMullen, William Randall 905-279-9397
130-101 Queensway West
Mississauga ON L5B 2P7

Menon, Krishna 905-569-7789
Credit Valley Professional Building
210-2300 Eglinton Avenue
Mississauga ON L5M 2V8

Nelles, Sandra Elizabeth 905-275-5757
306- 3420 Hurontario Street
Mississauga ON L5B 4A9

Rasul, Imran Asheque 905-607-8340
Credit Valley Medical Arts Center
406-2000 Credit Valley Road
Mississauga ON L5M 4N4

Sim, Keng Howe 416-518-2933
Trillium Health Centre
100 Queensway West
Mississauga ON L5B 1B8

Newmarket

Schep, Gerald Neil 905-898-3710
206-16700 Bayview Avenue
Newmarket ON L3X 1W1

Stotland, Brian Richard 905-836-4173
216-16700 Bayview Avenue
Newmarket ON L3X 1W1

Niagara Falls

Housley, Richard John 905-354-3242
301-5673 North Street
Niagara Falls ON L2G 1J4

North York

Desai, Milind Gunvantrai 416-663-1250
4640 Jane Street Suite B3
North York ON M3N 2K5

Saibil, Fredric Gordon 416-480-4727
Sunnybrook and Women's College
Health Sciences Centre
Suite H-52
2075 Bayview Avenue
North York ON M4N 3M5

Oakville

Arya, Naveen 905-849-0688
Suite 306 331 Sheddon Avenue
Oakville ON L6J 1X8

Bair, Frederick Douglas 905-338-0626
Unit 201-331 Sheddon Street
Oakville ON L6J 1X8

Lau, Helena Lee-Wah 905-338-5428
6-586 Argus Road
Oakville ON L6J 3J3

Pandya, Sudhir Prataprai 905-815-0755
Suite 7-358 Reynolds Street
Oakville ON L6J 3L9

Wu, Arthur 905-844-4478
170 Rebecca Street
Oakville ON L6K 1J6

Oshawa

Oravec, Michael 905-721-1221
372 King Street West
Oshawa ON L1J 2J9
Pavone, Elio 905-723-8551 Ext. 5312
Oshawa Clinic
117 King Street East
Oshawa ON L1H 1B8

Ottawa

The Ottawa Hospital

Civic Campus
Champion, Malcolm Charles 613-761-4674
Dube, Catherine 613-761-4603
Patel, Dilip Gordhanbhai 613-761-4501
Rostom, Alaa Mostafa 613-761-4603
Scully, Linda Jane 613-761-4830
1053 Carling Avenue
Ottawa ON K1Y 4E9

General Campus
Chan, Karen Bik Yoak 613-737-8899 Ext.
74732 Office LM-10
Saloojee, Navaaz Ahmed 613-798-5555 Ext.
76420
Sy, Richmond 613-737-8899
501 Smyth Road
Ottawa ON K1H 8L6

Boland, Margaret Patricia 613-737-7600
Ext. 2516
Children's Hospital of Eastern Ontario
401 Smyth Road

Ottawa ON K1H 8L1

Bray, Frederick Thomas 613-739-7753
Suite 102-1637 Woodroofe Avenue
Ottawa ON K2G 1W2

Deneault, Joseph
Gilles, Jocelyn 613-748-4904
Monfort Hospital
713 Montreal Road
Ottawa ON K1K 0T2

Gregoire, Sylvie 613-744-8180
203- 311 McArthur Road
Ottawa ON K1L 6P1

Hassard, Philip Victor
Ottawa National Defence Centre
1745 Alta Vista Drive
Ottawa ON K1A 0K6

Hassard, Philip Victor 613-746-5393
307-595 Montreal Road
Ottawa ON K1K 4L2

Kichian, Krikor 613-728-1795
302-3029 Carling Avenue
Ottawa ON K2B 8E8

Rochon, Luc Joseph 613-745-8633
303-595 Montreal Road
Ottawa ON K1K 4L2

Sekar, Arni Somnathiyer Chandra 416-729-3179
504-1081 Carling Avenue
Ottawa ON K1Y 4G2

Tambay, Robert 613-729-9042
1296 Carling Avenue
Ottawa ON K1Z 7K8

Webster, Randall James William 613-820-7613
104-3029 Carling Avenue
Ottawa ON K2B 8E8

Peterborough

Brien, Steven Richard 705-740-6851
The Peterborough Clinic
327 Charlotte Street
Peterborough ON K9J 7C3
Chan, Andrew Chi Shing 705-876-4516
The Medical Centre

707 Charlotte Street
Peterborough ON K9J 7B3

Lee, Victor Ka-Hung Gar-Koung 705-743-6222
707 Charlotte Street
Peterborough ON K9J 7B3

Pickering

Wang, James Cheng Yuan 905-420-1333
Suite 2-720 Sheppard Avenue
Pickering ON L1V 1G5

Richmond Hill

Culnan, James George Joseph 905-884-0851
304-250 Harding Boulevard West
Richmond Hill ON L4C 9M7

Dirks, Martha Heather 905-737-9898
Richmond Hill Children's Clinic
404-250 Harding Boulevard West
Richmond Hill ON L4C 9M7

Fingerote, Robert Joel 905-780-8823
Pinnacle Health Sciences Centre
9651 Yonge Street
Richmond Hill ON L4C 1V7
Sault Ste Marie

Bignell, Douglas Cyril 705-759-3098
Suite 230- 955 Queen Street East
Sault Ste Marie ON P6A 2C3

Bignell, Douglas Cyril 705-759-1234
Group Health Centre
240 McNabb Street
Sault Ste Marie ON P6B 1Y5

St Catharines

Miller, David Alexander 905-682-8693
308-180 Vine Street South
St Catharines ON L2R 7P3

Romatowski, Walter 905-682-8693
308-180 Vine Street South
St Catharines ON L2R 7P3

Scarborough

Bierbrier, Gordon Stanley 416-208-9860
Suite 216-1371 Neilson Road
Scarborough ON M1B 4Z8

Chan, Gerald Chee Bunn 416-299-3502
306-4190 Finch Avenue East
Scarborough ON M1S 4T7

Devlin, Timothy Boyer 416-298-2024
312-4040 Finch Avenue East
Scarborough ON M1S 4V5
Hurowitz, Eric Ephraim 416-335-4669
310-4040 Finch Avenue East
Scarborough ON M1S 4V5

Lin, Edward Dat Hang 416-292-6509
702- 2075 Kennedy Road
Scarborough ON M1T 3V3

Madala, Kiran 416-439-9253
A109-3000 Lawrence Avenue East
Scarborough ON M1P 2V1

Shapero, Theodore 416-438-5755
214-3030 Lawrence Avenue East
Scarborough ON M1P 2T7

Thien, Vincent Vun Su 416-297-9611
209-4040 Finch Avenue East
Scarborough ON M1S 4V9

Tran, Si Hung 416-438-2911
3050 Lawrence Avenue East
Scarborough ON M1P 2V5
Vijayaratham, Visvalingam 416-496-1990
Unit 6A-3430 Finch Avenue East
Scarborough ON M1W 2R5

Yeung, Latifa Tse Fung 416-281-7476
Centenary Health Centre Site
Galaxy 12 Child and Teen Clinic
2867 Ellesmere Road, 12th Level
Scarborough ON M1E 4B9

Yeung, Latifa Tse Fung 416-298-2088
105-4235 Sheppard Avenue East
Scarborough ON M1S 1T7

Thornhill

Nijhawan, Pardeep Kumar 905-707-5007
8179 Yonge Street
Thornhill ON L3T 2C6

Sinclair, Stephen Blair 905-881-4560
208-7330 Yonge Street
Thornhill ON L4J 7Y7

Toronto

Hospital for Sick Children
Dirks, Martha Heather 416- 813-1500
Roberts, Eve Ann 416-813-7733
Zachos, Marianthi 416-813-8757555
University Avenue
Toronto ON M5G 1X8

Mount Sinai Hospital
Greenberg, Gordon 416-586-4727
Newman, Alvin 416-586-5307
600 University Avenue
Toronto ON M5G 1X5

St Michael's Hospital
Al-Garni, Ali Saad Mohammad Fayez 416-864-3093
Baker, Jeffrey Paul 416-864-5909
Chen, Dean Li-Hsiang 416-864-5431
Kandel, Gabor Peter 416-864-3093
Kim, Young-In 416-864-5848
Kortan, Paul Peter 416-864-3094
May, Gary Robert 416-864-5345
Monkewich, Gregory James 416-864-3092
Yong, Elaine 416-864-6060
Cardinal Carter Wing
St Michael's Hospital
30 Bond Street
Toronto ON M5B 1W8

Sunnybrook and Women's College
Rabeneck, Linda 416-480-4825
Tinmouth, Jill Margaret 416-480-5910
2075 Bayview Avenue
Toronto ON M4N 3M5
Toronto General Hospital
Allard, Johane 416-340-5159
Girgrah, Nigel 416-340-5221
Wong, Philip 416-340-4629
585 University Avenue
Toronto ON M5G 2N2

Toronto General Hospital
Habal, Flavio 416-340-5023
Lilly, Leslie Blake 416-340-4629

Rossos, Peter George 416-340-5333
Wolman, Stephen 416-340-3507
Wong, Florence Suet Hing 416-340-3834
Wright, John Robert 416-340-4218
200 Elizabeth Street
Toronto ON M5G 2C4

Toronto Western Hospital
Cino, Maria 416-603-5724
Heathcote, Elizabeth 416-603-5914
Gaisano, Herbert Young 416-603-5949
399 Bathurst Street
Toronto ON M5T 2S8

University of Toronto
Feld, Jordan Jay 416-978-6976
Fung, Scott 416-978-6976
620 University Avenue
Toronto ON M5G 2C1

Appell, William Allan 416-690-6762
Suite 202-840 Coxwell Avenue
Toronto ON M4C 5T2

Axler, Jeffrey Lee 416-743-5551
89 Humber College Suite 205
Toronto ON M9V 4B8

Bilbily, Ghassan Fahmi Yacoub 416-645-5145
North York Endoscopy Centre
Suite 5-4646 Dufferin Street
Toronto ON M3H 5S4

Blum, Seymour Jacob 213-223-6166
17 Mandel Crescent
Toronto ON M2H 1B8

Devlin, Timothy Boyer 416-350-5963
1500-150 York Street
Toronto ON M5H 3S5

Friedlander, Sam Abe 416-461-9471
Albany Clinic
200 Danforth Avenue
Toronto ON M4K 1N5

Friedlander, Sam Abe
First Canadian Medical Centre
P O Box 119
Station 1st Canadian Place
Toronto ON M5X 1A4
or
210-840 Coxwell Avenue

Toronto ON M4C 5T2
416-778-9467

Gopinath, Raghunandan 416-463-6053
214-840 Coxwell Avenue
Toronto ON M4C 5T2

Khatchatourian, Marina 416-322-7517
The Toronto GI Clinic
Suite 711-1849 Yonge Street
Toronto ON M4S 1Y2

Leong, Eric Wan Hay 416-242-7783
308-1017 Wilson Avenue
Toronto ON M3K 1Z1

Sethi, Rajiv 416-463-8200
216-840 Coxwell Avenue
Toronto ON M4C 5T2

Silverberg, Mark Steven 416-586-8236
441-600 University Avenue
Toronto ON M5G 1X5

Springer, Jonathon Esy 416-766-4587
513-2425 Bloor Street West
Toronto ON M6S 4W4

Stafford, Susan Elizabeth 416-968-3425
411-60 Grosvenor Street
Toronto ON M5S 1B6

Stal, Jeffrey Michael 416-323-7543
307-60 Grosvenor Street
Toronto ON M5S 1B6

Stapleton, Melanie Patricia 416-978-2747
Department of Nutritional Sciences
Fitzgerald Building
150 College Street
Toronto ON M5S 3E2

Steinhart, Allan Hillary 416-586-5121
445-600 University Avenue
Toronto ON M5G 1X5

Vijayaratham, Visvalingam 416-929-0929
Rosedale Medical Centre
711-600 Sherbourne Street
Toronto ON M4X 1W4

Weiner-Baron, David Lyon 416-756-6410
North York General Hospital
103-4001 Leslie Street
Toronto ON M2K 1E1

Wolman, Stephen Laurie 416-924-6544
502-984 Bay Street
Toronto ON M5S 2A5

Weston

Leong, Eric Wan Hay 416-243-4217
Gastrointestinal Endoscopy Unit
Humber River Regional Hospital
200 Church Street
Weston ON M9N 1N8

Whitby

Ho, Benjamin Bob Man 905-668-1676
Unit 1-1101 Brock Street South
Whitby ON L1N 4M1

Windsor

Bacchus, Rahman 519-254-4511
Suite 102 - 1106 Ouellette Avenue
Windsor ON N9A 1C9

Farjalla, Salaheddin Goma 519-971-5364
209-700 Tecumseh Road
Windsor ON N8X 4T2

Khalil, Muhammad Arshad Khan 519-977-7880
120- 2224 Walker Road
Windsor ON N8W 3P5

PRINCE EDWARD ISLAND

Cameron, Douglas Ian 902-436-1442
226 First St
Summerside, PE C1N 1G2

McCarthy, Kenneth 902- 628-6700
1 Garfield St
Charlottetown, PE C1A 6A4

Shetty, Karunakara Naduhithlu 902- 894-2111
Queen Elizabeth Hospital
1 Riverside Dr PO Box 6600
Charlottetown, PE C1A 8T5

Steeves, Donald 902-629-8814

199 Grafton St
Charlottetown, PE C1A 1L2
QUÉBEC

Chicoutimi

Savard, Roger 418-541-1000
Centre de Santé et Services Sociaux
305 Rue Saint-Vallier
CP 5006 Succ Racine
Chicoutimi, QC G7H 5H6

Gatineau

Bernier, Jean-Pierre 819-595-6108
Centre Hospitalier des Vallées
116 Boul Lionel-Émond
Gatineau, QC J8Y 1W7

Lefebvre, Sonia 819-243-3221
Bureau de Médecine Spécialisée
Suite 2-867 Boul Saint-René Ouest
Gatineau, QC J8T 7X6

Lachenaie

Centre Hospitalier de Pierre-le-Gardeur
Amra, Suleman
Ouellet, Vincent
911 Montée des Pionniers
Lachenaie, QC J6V 2H2
450- 654-7525

Laval

Choueri, Georges Nicolas 450-686-8899
Bureau 501
3030 Boul le Carrefour
Laval, QC H7T 2P5

Doucet, Isabelle
Farber, David Franklin
Cité de la Santé de Laval
1755 Boul René-Laennec
Laval, QC H7M 3L9
450-668-1010

Lévis

Lavoie, Rémi 418-835-7121
Hôtel-Dieu de Lévis

143 Rue Wolfe
Lévis, QC G6V 3Z1

Longueuil/St-Hubert

Nguyen, Van Vu 450-647-2422
Suite 1000-1660 Ch du Tremblay
Longueuil, QC J4N 1E1

Montréal

Hôtel-Dieu
Bernard, Edmond-Jean
Leduc, Raymond
Pavillon Hôtel-Dieu
3840, Rue Saint-Urbain
Montréal, Québec H2W 1T8
514-896-4666

Hôpital Notre-Dame
CHUM Pavillon
1560 Sherbrooke St. East
Montreal, Quebec H2L 4K8
514-896-6000

Hôpital St-Luc
Bilodeau, Marc
Lemelin, Valéry
Vincent, Catherine
1058, Rue St-Denis
Montréal, Québec H2X 3J4
514-281-2121

Montreal General Hospital
Baffis, Vicky Rm D7-102
Barkun, Alan Nicolas Rm D7-148
Libman, Michael Rm A5-156
Parent, Josée Rm D7-136
Waschke, Kevin Axel Rm D7-158
1650 Cedar Avenue
Montreal, QC H3G 1A4
514-934-8074

Royal Victoria Hospital
Barkun, Jeffrey Rm S10.30
Bitton, Alain Rm 228
Deschênes, Marc Rm R2.28
Szego, Peter Leslie Rm R2-27
Tchervenkov, Jean Ivanov Rm 10.30

687 des Pins Ave W
Montréal, QC H3A 1A1
514-843-1543

Sir Mortimer B Davis Jewish General
Hospital
Cohen, Albert Rm G-317
Friedman, Gad Rm G-327
Szilagy, Andrew Rm G-327
3755 Côte-Sainte-Catherine Rd
Montréal, QC H3T 1E2
514-340-8222

Dirks, Martha Heather 514-345-4607
Div of Hôpital Ste-Justine
3175 Côte-Sainte-Catherine Rd
Montréal, QC H2T 1C5

Fenyves, Daphna 514-812-2444
A/S d'Hépatologie
CRC André-Viallet
264 Boul René-Lévesque E
Montréal, QC H2X 1P1

Gratton, Jacques 514- 842-3865
Bureau 411
3875 Rue Saint-Urbain
Montréal, QC H2W 1V1

LaFlamme, Pierre-Jean
Hôpital du Sacré-Coeur de
Montréal
5400 Boul Gouin Ouest
Montréal, QC H4J 1C5
514-338-2222

Ostiguy, Richard 514-381-9311
Centre Hospitalier Fleury
2180 Rue Fleury Est
Montréal, QC H2B 1K3

Rioux, Louis-Charles 514-252-3400
Dép de Gastroentérologie
Hôpital Maisonneuve-Rosemont
5415 Boul de l'Assomption
Montréal, QC H1T 2M4

Québec city

Hôpital St-François d'Assise
Rousseau, Bernard
Grégoire, Philippe

Pavillon St-François-d'Assise
Centre Hospitalier Universitaire de Québec
10, Rue de l'Espinay
Québec, QC G1S 3L5
418-626-2934

Hôpital du Saint Sacrement
Hallé, Pierre
Paré, Pierre
1050 Chemin Sainte-Foy
Québec, QC G1S 4L8
418-682-7646

Centre Hospitalier Universitaire de Québec 418-649-5732
Lavoie, Sylvain
Parent, Claude
Pavillon Enfant-Jésus
1401 18e Rue
Québec, QC G1J 1Z4

Dubé, Réjean 418-691-5151
Dép de gastroentérologie
Pavillon Hôtel-Dieu
Centre Hospitalier
Universitaire de Québec
11 Côte du Palais
Québec, QC G1R 2J6

Rimouski

Centre Hospitalier Régional de Rimouski
Bernatchez, Harold (Microbiologist- Infectiologist)
Robillard, Jean (Gastroenterologist)
Jutras, Philippe (Microbiologist- Infectiologist)
Larose, André (Gastroenterologist)
Tourangeau, Francine (Microbiologist- Infectiologist)
150 Avenue Rouleau
Rimouski, Québec G5L 5T1
418-722-4882

Rivière-du-Loup

Harvey, Pierre
Centre Hospitalier Régional du Grand Portage
75 rue Saint-Henri
Rivière-du-Loup, QC G5R 2A4
418-868-1000

Saint-Charles Borromée

Cayouette, Maryse 450-759-8222
Centre Hospitalier Régional de Lanaudière

1000, Boul. Ste-Anne
Saint-Charles Borromée, Québec J6E 6J2

Saint-Eustache

Nassiri, Shirin 450-473-6811
Centre Hospitalier Saint-Eustache
520 Boul Arthur-Sauvé
Saint-Eustache, QC J7R 5B1

Sainte-Foy

Centre Hospitalier Universitaire de Québec
Cayer, Sylvie
Gagnon, Pierre Porte 580
2705 Boul Laurier
Sainte-Foy, QC G1V 4G2
418-654-2168

Saint-Hyacinthe

Anne Vibien 450-771-3355
Réseau Santé Richelieu-Yamaska
2750, Boul. Laframboise
Saint-Hyacinthe, Québec J2S 4Y8
Sept-îles

Centre Hospitalier Régional de Sept-Iles
Bédard, Jinny
Forget, Anne-Marie
Lafortune, Pascale
45, rue Père-Divet
Sept-Iles, Quebec G4R 3N7
418-962-9761

Saint-Jérôme

Polyclinique St Jérôme
Stewart, Marie-Diane Suite 306
Laurier, Louis Suite 302
200 Rue Durand
Saint-Jérôme, QC J7Z 7E2
450-431-7666

Sherbrooke

Centre Hospitalier Universitaire de
Sherbrooke
Baillargeon, Jean-Daniel
Beaudoin, Annie
Carrier, Julie
Faust, Gilles
Faculté de Médecine
3001 12e Av N

Sherbrooke, QC J1H 5N4
418-962-8761

Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke
Langevin, Serge
Ménard, Daniel B.
Watier, Alain
Service de Gastroenterologie
580 Rue Bowen S
Sherbrooke, QC J1G 2E8
819-346-1110

Trois-Rivières

Brière, Claude
Gariépy, Linda
Larouche, Jacinthe
1900 Boul des Recollets
Trois-Rivières, QC G8Z 4K4
819-697-3333

Westmount

Kessler, Jacques Isaac 514-934-2334
Suite 446-1 Carre Westmount
Westmount, QC H3Z 2P9

SASKATCHEWAN

Regina

APENDICE E: Historia de la seguridad de la sangre. Seguimiento del registro en Canadá y temas relacionados con la indemnización.

Década de 1940: A finales de los '40 se publicó un estudio advirtiendo sobre los crecientes peligros de la PTI (infección post transfusión) con hepatitis en transfusiones con sangre comprada comercialmente y la proveniente de prisiones. Esto pudo determinarse empleando elevados niveles de bilirrubina para detectar la hepatitis. Se trata de una prueba de sustitución.

1955: Los Dres. Worblewski y Ladue publican estudios extensivos sobre la hepatitis PTI empleando valores elevados de ALT y AST. Pruebas de sustitución.

Se desarrolla una prueba para detectar la hepatitis B. Las pruebas de sustitución demuestran que la hepatitis continúa presente y se la denomina hepatitis No-B. Se desarrolla una prueba para detectar la hepatitis A y la prueba de sustitución confirma que aun existe PTI de hepatitis. Existen ahora tres clases de hepatitis: A, B y No A-No B (o NANB). El PTI de la hepatitis NANB resulta ser una colección de virus de los cuales la hepatitis C comprende un 90%.

1965: Alemania Occidental adopta las pruebas de sustitución (pruebas para los niveles elevados de ALT y AST) para detectar la hepatitis NANB en sus torrentes sanguíneos. Otros países europeos hacen lo mismo en los siguientes 15 años.

Regina Internal Medicine Specialists
Lewis, William
McHattie, James
Nel, Johann de la Rey
1821 Rose St
Regina, SK S4P 1Z7
306-522-6334 306-359-1068

Saskatoon

Royal University Hospital
Bedi, Anil
Worobetz, Lawrence
Dept of Medicine
103 Hospital Dr
Saskatoon, SK S7N 0W8
306-966-7964

YUKON

Whitehorse	General	Hospital
5	Hospital	Rd
Whitehorse, YT Y1A 3H7		
867-393-8700		

1971: La Cruz Roja canadiense prohíbe el uso de sangre de prisiones. Esto resulta significativo cuando se lee acerca del “artículo 32”, Continental Pharmaceuticals en Montreal y la sangre de prisiones de EE.UU.).

1974/5: Prince acuña el termino Hepatitis C, pero fue rápidamente descartado porque comprendieron que se trataba de mas de un virus.

1979: El diario de la Asociación Medica Canadiense publica una completa guía de instrucción sobre el empleo de pruebas de sustitución para detectar el PTI de la hepatitis NANB.

1981: Expertos mundiales en virología como el Dr. Harvey J. Alter presionan para realizar pruebas de sustitución en todos los productos sanguíneos de EE.UU. y mientras las autoridades le dan de largas, algunos centros sanguíneos como el de Nueva York adoptan por si mismos la monitorización.

1985: En la primavera de 1985, el gobierno federal dio licencia a un producto denominado Haemate P como agente anti-hemofílico. Se le aplicó un tratamiento de calor mediante el “método húmedo” que mató a los virus con y sin envoltura, y servía para tratar tanto la hemofilia A (factor VIII) como la enfermedad de vonwillebrands (factor vonwillebrand y factor VIII). El producto apareció en las estanterías. No apareció en Nova Scotia hasta 1992/3 y no escuché sobre él hasta la primavera del ‘96, después de saber que estaba infectado. Lamentablemente, conocí a un joven a quien le diagnosticaron hemofilia A en otoño de 1986, más de un año después de que el producto recibiera licencia, pero la profesión médica de Nova Scotia responsable de su tratamiento le administraron crioprecipitado sin tratamiento durante los primeros cuatro años de su vida, y que le provocó hepatitis C crónica, cuando no había ninguna necesidad para ello.

1986: Contando con cierta cantidad de productos analizados para tratar el VIH, pero sin conseguir que se garantice el pago para cubrir el costo de destruir los productos peligrosos sin analizar que obraban en su poder, la Cruz Roja canadiense coloca los productos no analizados primero, para que sean usado antes que los productos mas seguros. Agrego este incidente referido al VIH a la información sobre la Hep C para demostrar que, en mi opinión, pocas cosas han cambiado.

1986: Los EE.UU. se convierten en la más reciente y última de las naciones industrializadas que adopta las pruebas de sustitución para analizar su suministro sanguíneo en los casos de hepatitis NANB. Canadá se une a España y Japón en su postura de negar a sus ciudadanos esta medida adicional de seguridad.

1988: Pruebas realizadas por Harvey J. Alter demuestran que el PTI de la hepatitis NANB es dos veces mayor en Canadá que en EE.UU., a pesar de que este país emplea sangre comprada comercialmente.

1992: Se presenta una prueba para el virus de la Hep C. Con anterioridad, se buscaban antigenos y/o anticuerpos superficiales a la enfermedad para detectarla en la sangre. Ambas son pruebas de sustitución en el sentido de que emplean la presencia de algo más que el virus para diagnosticar Hep C.

1992/93: Finalmente se introduce Haemate P en el plan de tratamiento para los portadores de la enfermedad de vonwillenbrands de Nueva Escocia. A pesar de haber obtenido licencia en 1985 como tratamiento para la hemofilia, se siguió tratando a los niños hemofílicos nacidos y diagnosticados en Nueva Escocia después de la primavera de aquel año con Crioprecipitado, lo que condujo a una PTI de la hepatitis C.

Nov. 1996: Cinco pacientes, incluidos jóvenes hemofílicos, tratados con Crioprecipitado cuando Haemate P ya se encontraba disponible, presentan en Halifax la primera demanda legal contra el Gobierno Federal, el Gobierno de Nueva Escocia y la Cruz Roja.

1997: Se publica el Informe Krever. En él, el juez Horace Krever recomienda que se indemnice a todas las víctimas de sangre contaminada en Canadá, sin prejuicios. El informe es ignorado.

1998: El ministro de justicia Allan Rock anuncia un paquete de indemnizaciones que excluye a los pacientes anteriores a 1986 y posteriores a 1990 y está plagado de cláusulas que requieren a las víctimas aceptar toda la responsabilidad por el paquete y perdonar todas las fechorías del gobierno y sus agencias. El proceso que debe seguirse para presentar una demanda es tan complicado que agota y confunde a las víctimas.

Aparecen de repente los abogados de Class Action y las víctimas desaparecen. Los abogados salen a escena con un acuerdo que los beneficia con \$50.000.000 adicionales. El pago a los abogados se realiza mucho antes de que alguna de las víctimas vea un centavo.

Primavera de 1999: Se lleva a cabo la convención nacional sobre los productos sanguíneos infectados de ECJ (enfermedad de Creutzfeldt-Jakob) en Toronto. El Departamento Federal de salud decide liberar los productos contaminados, a pesar de las recomendaciones de 1998 de la Organización Mundial de la Salud.

Verano de 1999: Los Servicios Sanguíneos de Canadá (CBS) comunica a la gente que es posible que tengan que pagar de sus propios bolsillos productos sanguíneos más seguros. También solicitan permiso para ser agregados a la larga lista de entidades a las que se les permite beneficiarse del fondo de indemnizaciones de la Hep C. Da la impresión de que todos, excepto las víctimas contagiadas con la Hep C, están en ese fondo.

18 de agosto de 1999: a pesar de lo detallado en párrafos anteriores (primavera de 1999), el gobierno canadiense declara que el sistema sanguíneo es tan seguro como siempre.

Para protegernos a nosotros mismos, no nos es posible profundizar aquí los detalles de estos temas tan escandalosos. Si deseas más información acerca de los ocultamientos del gobierno y el comercio de la sangre proveniente de prisiones, envía un e-mail a Bruce deVenne a bdevenne@ns.sympatico.ca

INDEMNIZACIONES EN CANADA

(Gracias a Smiling Sandi por esta lista: <http://members.rogers.com/smking/tainted.htm>)

Línea para demandas por Hepatitis C de Class Action Line: 1-800-229-LEAD

Línea de Indemnizaciones de Health Canadá:

1-888-780-1111

Línea de información de la Cruz Roja canadiense:

Lookback programs 1-800-668-2866 para Canadá; Lookback B.C.: 1-888-770-4800

Servicios sanguíneos de Canadá, línea de Lookback/Traceback & Info: 1-888-462-4056

Línea de Hema-Quebec para Lookback/Traceback & Info:

1-888-666-4362

RCMP Blood Probe 1-888-530-1111 TIPS. Or, 345 Harry Walker Parkway, South Newmarket, Ontario L3Y 8P6 Fax: (905) 953-7747

Pacientes Anteriores a 1986 / Posteriores al 30 de junio de 1990

<http://www.pre86hepc.com/>

British Columbia:

Contactar Klein Lyons in Vancouver (604-874-7171 OR fax: 604-874-7180) 1-800-468-4466.

www.kleinlyons.com/pages/class_actions/Hepatitis_C.htm

Ontario:

The Ontario Hepatitis C Assistance Plan: Solicitud para indemnización para residentes en Ontario 1-877-222-4977, In Toronto (416) 327-0539, 1-877-434-0944

Línea de la Cruz Roja canadiense para el registro de demandantes por transfusiones anteriores a 1986 y posteriores a 1990: 1-800-563-2387 (Ernst & Young Law Office) por el paquete de indemnizaciones.

Quebec:

Contactar Lauzon Belanger S.E.N.C. www.lauzonbelanger.qc.ca.

Nuevo teléfono del Registro de indemnizaciones de la Cruz Roja, efectivo desde Oct. 10, 2001 in Montreal. 1-888-840-5764

Otras provincias, contactar Goodman y Carr LLP en pre86hepc@goodmancarr.com www.goodmancarr.com.

1986-1990 (Enero 1, 1986 - Julio 1, 1990)

Acuerdo por Hepatitis C de Class Actions 6/15/99 <http://www.hepc8690.ca/>

APENDICE F: El doble desafío de la co-infección del VHC/HIV

Por Brian D. Klein, MA, LMSW

Coalición de Accion y Defensa de pacientes con Hepatitis C

Para el grupo de ACT-UP del Golden Gate.

Aproximadamente 40% de la población con VIH también están infectados con hepatitis C (VHC). Ese índice se duplica, al menos, cuando se trata de personas que se inyectan drogas y de personas hemofílicas. Comparado con el VIH y la hepatitis B, el VHC no se transmite fácilmente por vía sexual pero, debido a su índice de duplicación, se transmite más fácilmente sangre-a-sangre. El VIH produce diariamente miles de millones de nuevos viriones (partículas de virus), mientras que el VCH produce en el mismo tiempo trillones.

En personas coinfectadas con ambos virus, se da un índice acelerado de progresión del VCH, comparado con las personas que solo tienen VIH. Un estudio europeo realizado con 547 pacientes de VIH demostró que, entre los 431 que eran VIH -, el tiempo promedio para que se desarrollara una cirrosis (tejido cicatrizado no funcional) era de 23,2 años; para los 116 pacientes con VIH +, el tiempo promedio para el desarrollo de una cirrosis era de 6,9 años. Las personas coinfectadas también corren un riesgo mayor de desarrollar cáncer de hígado y descompensación hepática. Muchos pacientes coinfectados sobreviven al VIH pero mueren por complicaciones del VHC. Dichas complicaciones son las razones principales para los trasplantes hepáticos. Afortunadamente, está surgiendo nueva información que permite comprender y tratar mejor la coinfección VIH/VHC y así aumentar la supervivencia.

Investigaciones realizadas en la UCSF indican que, cuando una persona con VIH tiene un índice CD4<200 cel/ml, el VHC es capaz de mutar con mayor facilidad. Se adelanta a las defensas del debilitado sistema inmunológico y desarrolla nuevas cuasi especies (variantes) capaces de sobrevivir y multiplicarse y que conducen a una mayor progresión de la enfermedad. Otros estudios demuestran que la edad y el mayor consumo de alcohol también conducen a una mayor fibrosis (cicatrizaciones tempranas que pueden desembocar en cirrosis) en personas coinfectadas.

En relación con los trasplantes hepáticos, se han realizado progresos en algunos pacientes coinfectados. Éstos estaban avanzados en su enfermedad por el VCH, pero estaban en las primeras fases en la progresión del VIH, para poder sobrevivir tanto a la cirugía como a las drogas de supresión inmunológicas necesarias para la recuperación. El aseguramiento de fondos para este trabajo está retrasado, en gran parte, debido a activistas de la comunidad.

Solo un año atrás, los investigadores debatían qué enfermedad debían tratar primero: VIH o VHC. Los pacientes con VIH presentan cargas virales de VHC más altas que aquellos que solo tienen VHC. La mayor parte de los estudios sugiere que el VHC no afecta las cargas virales del VIH ni los conteos de CD4. Cada vez es mayor el consenso de que, ya que lo demás es igual, es mejor estabilizar en primer lugar el VIH y luego tratar el VHC si se observa una afección hepática seria.

Algunos medicamentos para el VIH, tales como los inhibidores de proteasa (PIs), muy especialmente el ritonavir y, en menor grado, indinavir, resultan tóxicos para el hígado. Los pacientes coinfectados tienden a resultar más sensibles a esta toxicidad. La mayor parte de los estudios muestra que, en las personas coinfectadas, aumentan los niveles de enzimas hepáticas durante unos cuantos meses después de comenzado el tratamiento para el VIH. La mayoría puede seguir adelante y tolera un régimen que contiene uno de los PIs menos hepatotóxicos. Existe evidencia de que los pacientes que usan un PI tienden a disminuir el índice de fibrosis hepática; la razón para este hecho aun no ha sido explicada. Si es necesaria otra combinación, pueden emplearse diversas no-proteasas que contienen combinaciones, siempre de acuerdo con las actuales pautas del tratamiento para el VIH y buscando combinaciones que puedan resultar más benignas para el hígado.

La única manera en que los médicos pueden cuantificar la extensión del daño del hígado es mediante una biopsia hepática. A diferencia de las pruebas sanguíneas más comunes para el VIH, las pruebas sanguíneas comunes para el VHC, tales como la carga viral y los niveles de enzimas hepáticas (AST, ALT), no guardan relación con la progresión de la enfermedad. Una biopsia hepática es un procedimiento que se realiza con pacientes externos. El médico inserta una aguja y toma una pequeña muestra del tejido hepático para examinar. Es más sencillo y menos doloroso de lo que puede parecer. Si el paciente no presenta inflamación o fibrosis hepática y todas las enzimas hepáticas se encuentran dentro de parámetros normales, el simple monitoreo del estado de salud a la espera de mejores tratamientos es una opción viable para analizar con el médico.

Los estudios han examinado la respuesta de personas coinfectadas a la terapia con interferón, un modulador del sistema inmunológico, que es el tratamiento más común para el VHC. El interferón es generalmente inyectado bajo la piel tres veces a la semana. Los resultados han demostrado de manera universal que obtener una “sustancia de respuesta” (mantenimiento de la carga viral del VHC bajo el nivel de detección 6 meses después de finalizado el tratamiento) es más difícil en personas coinfectadas que en aquellas solo infectadas por HVC. Los conteos de CD4 caen de manera significativa durante la terapia con interferón, de modo que este tratamiento no es recomendable para personas con conteos de CD4 por debajo de 200. Otros co-factores que también desafía la respuesta al tratamiento incluyen la edad avanzada, ingesta importante de alcohol, carga viral de base más alta, genotipo 1a o 1b (las variantes más comunes de VIH en los EE.UU.), el sexo masculino y ser afro-americano. No sabemos porque los afro-americanos presentan una respuesta más pobre a los tratamientos de VHC que otros grupos étnicos. Las dosis altas de interferón y/o las dosis diarias aumentan los índices de respuestas sostenidas, pero, por lo general, no más de 28% de aquellos estudiados con genotipos 1a o 1b. Los resultados son algo mejores para el resto de los genotipos.

Se están analizando los tratamientos combinados de interferón con ribavirina en pacientes coinfectados. Pareciera que la ribavirina hace trabajar mejor al interferón. Los primeros informes sobre un pequeño estudio en progreso a cargo del Dr. Douglas Dietrich de la Universidad de NY, demuestran que, después de 12 semanas de tratamiento, el 50% de los pacientes que tomaban la combinación presentaban cargas virales de VIH indetectables comparado con solo el 9% del grupo de monoterapia con interferón. Los primeros estudios de laboratorio indicaron que la ribavirina podría interferir con el zidovudine (AZT) o el didanosine (DDI). Aunque esto no ha resultado un problema con los pacientes en tratamiento por VIH dentro de este estudio, se necesita un mayor análisis al respecto. La mitad de los participantes con la combinación desarrollaron anemia hemolítica (bajo conteo de glóbulos rojos), un efecto secundario del ribavirin. Los pacientes coinfectados tienen a ser más susceptibles a dicho efecto. O bien necesitan otros costosos tratamientos como Procrit o Epogeno (eritropoetina) para su estado, o necesitan reducir la dosis

de ribavirin. Algunos estudios sobre pacientes infectados por solo uno de los virus indican que 600-800mg/día de ribavirina (en contraposición a los comunes 1000-1200mg/día) pueden resultar igualmente efectivos y menos tóxicos.

El Dr. Bennet Cecil, médico e investigador de la hepatitis en la AV y los Centros de Tratamiento para la Hepatitis, Inc., en Louisville, KY, realiza los siguientes comentarios en referencia a los tratamientos de coinfecciones y de cirrosis según su experiencia:

“Si un paciente presenta un conteo de plaquetas por debajo de las 150,000 o un tiempo prolongado de protrombina, puede tener cirrosis. Se trata de simples análisis de sangre que indican qué tan grande es el daño en cada paciente. No son perfectos, pero son muy buenos y yo los empleo a diario para tratar cientos de pacientes con hepatitis C. Generalmente comienzo con 600 mg. de ribavirina diarios y todos mis pacientes toman también interferón cada día, porque provoca menos efectos secundarios (1,5 UM de Intron es mas leve que 3 UM). Los pacientes frágiles y cirróticos generalmente comienzan con 500.000 unidades diarias de Intron o Roferon. Puedo tratar con éxito a los cirróticos descompensados con dosis tituladas bajas de interferón y ribavirin”.

También se están desarrollando estudios con pacientes coinfectados que emplean interferones pegilados. Las dos versiones estudiadas (Pegasys de Roche y Peg-Intron de Schering-Plough) han sido diseñados como interferones de acción prolongada que solo necesitan inyectarse una vez a la semana y que, idealmente, mantienen un nivel sanguíneo uniforme de interferón en el cuerpo. Los estudios están considerando la posibilidad de emplear estas drogas +/- ribavirin. Estas drogas deberían estar disponibles un poco mas adelante este año. Hasta el momento, la mayor parte de las investigaciones se ha realizado con pacientes infectados solo con VIH. Schering no ha publicado mucha información acerca de su droga. Roche ha publicado resultados de estudios que muestran que la monoterapia con Pegasys dio por resultado un índice de respuesta sostenida del 36% para el interferón standard. Un estudio menor de Pegasys + ribavirinaS en Europa resulto en un índice de respuesta sostenida del 80%. Este resultado es alentador también para los pacientes coinfectados.

Se están llevando a cabo investigaciones con una variedad de otras drogas. Las ribozimas son enzimas naturales que pueden ser sintetizadas para inhibir selectivamente proteínas causantes de enfermedades al interferir con la producción de ARN. Están siendo investigadas para su empleo en VIH y VHC. También varias compañías farmacéuticas están concentrándose en otras enzimas importantes para el ciclo vital del VHC (proteasa, helicasa y polimerasa), para el desarrollo de drogas inhibitoras.

Las metas del tratamiento del VHC están cambiando. Aun si los tratamientos que emplean interferón no logran la supresión o erradicación viral completa, el tratamiento no debe ser etiquetado como un “fracaso”, ya que dichos tratamientos son a menudo lentos y en ocasiones revierten el desarrollo de fibrosis. El hígado es un órgano sorprendente con la habilidad de regenerarse, a diferencia de otros órganos del cuerpo. El Dr. Thierry Poynard, un experto investigador sobre la hepatitis, comenta:

“La verdadera meta de la terapia es reducir el índice de progresión de la fibrosis hepática; esto puede conseguirse incluso sin la reducción de la carga viral del VHC. Algunos pacientes con respuesta virológica al tratamiento incluso presentan una regresión de la fibrosis. El índice de progresión de la fibrosis es para el VHC lo que el conteo de CD4 es para la infección del VIH”.

Un trabajador sanitario que conoce muy bien al VIH no necesariamente conocerá el VHC, ¡y viceversa! Es importante que los pacientes coinfectados acudan a médicos expertos en cada enfermedad y los impulsen a consultarse entre ellos para coordinar sus cuidados médicos.

La investigación de coinfecciones es mas lenta que la del VIH o VHV individuales, ya que las compañías de medicamentos se aseguran que los nuevos tratamientos funcionen primero en los sectores menos complicados. Los defensores del paciente y el tratamiento necesitan urgir a los trabajadores sanitarios, funcionarios de salud publica y representantes de compañías farmacéuticas locales para que desarrollen

estudios más clínicos y den un mayor acceso a los tratamientos a todos aquellos pacientes coinfectados con HIV y VHC.

Para información actualizada sobre la hepatitis viral y el VIH/SIDA, ve al www.HIVandHepatitis.com

NOTA: Por favor, recuerda que lo anterior no se trata de consejos médicos. Son opiniones, en su mayoría de diferentes miembros del Listserv. Antes de intentar algo poco común, consulta siempre con tu médico.

HepCBC / HEPV-L Hepatitis C FAQ copyright 1996-2001 by Dr. C.D. Mazoff, PhD, cdm@hepcbc.ca & Patricia Johnson clotho@bellatlantic.net

www.hepcbc.ca
<http://members.bellatlantic.net/~clotho>

Ve tranquilo sobre el lodo grasiento, porque es allí donde yace el demonio resbaladizo.
--Cartel de carretera chino.