



Prof. Dr. med. Stefan Zeuzem

Hepatitis C

Riesgos, prevención y
tratamiento

ELPA



**European Liver
Patients
Association**

F. De Renesselaan, 57
B – 3800 Sint-Truiden,
Belgium
email: contact@elpa-info.org



Estimado paciente,

el objetivo de este folleto es proporcionarle más información sobre su enfermedad y ayudarle a controlarla mejor. Pretende alentarle a mantener un trato normal con sus congéneres y a perder el miedo injustificado de un posible contagio. Con este folleto también deseamos informarle sobre las consecuencias que tiene la hepatitis C crónica para la salud y las posibilidades de tratamiento. De este modo, esperamos poder ayudarle. Si tiene más preguntas, no dude en ponerse en contacto con el médico que realiza el tratamiento.

*Nadine Piorkowsky
Presidenta de la ELPA*

*Prof. Dr. Stefan Zeuzem
Comité científico de la
ELPA*

Contenido

Introducción	P. 4
El hígado	P. 5
Hepatitis vírica C	P. 6
Contagio	P. 7
Lesiones consecuenciales causadas por la hepatitis C	P. 8
Análisis de sangre	P. 12
Biopsia hepática (punción hepática)	P. 13
Tratamiento de la hepatitis C	P. 14
¿Existen tratamientos alternativos?	P. 22
Futuras posibilidades de tratamiento	P. 23
¿Existe una vacuna contra la hepatitis C?	P. 25
¿Qué tengo que tener en cuenta con respecto a mi alimentación?	P. 25
Hepatitis C y embarazo	P. 26
Acerca de la ELPA	P. 27

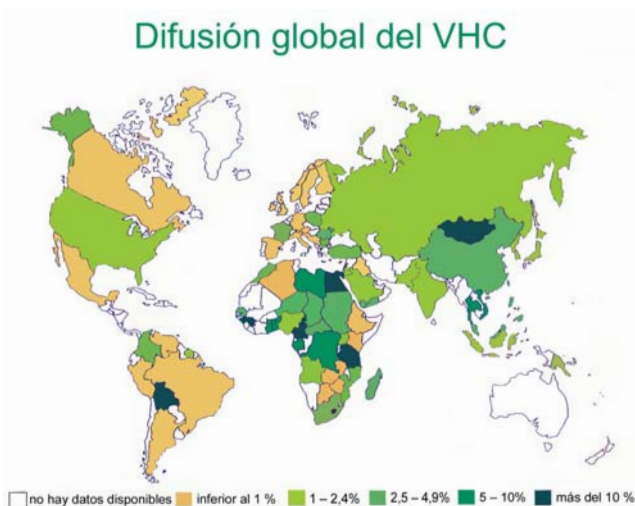
Versión: agosto de 2009
Diseño: © 2009 por Deutsche Leberhilfe e. V.

Introducción

En Europa millones de personas padecen una enfermedad hepática crónica. En los adultos con edades comprendidas entre los 30 y los 50 años la cirrosis hepática (alteración hepática que produce cicatrices) se considera una de las cuatro causas de mortalidad por enfermedad más frecuentes.

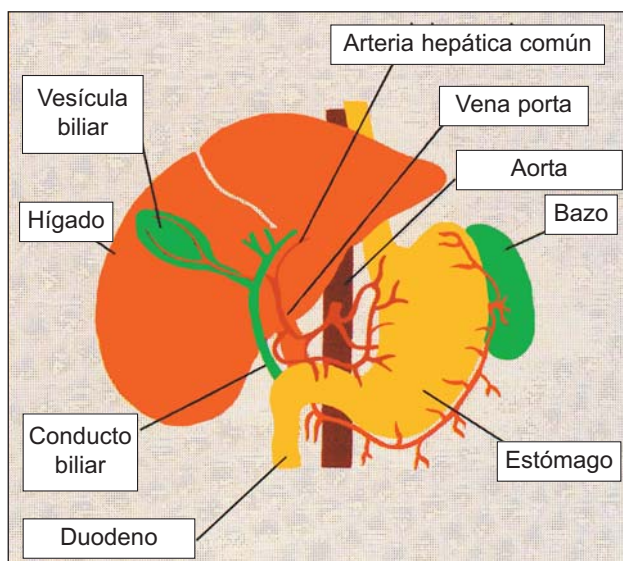
Además del alcohol se pueden mencionar como causas de las enfermedades hepáticas crónicas sobre todo la hepatitis B y C provocadas por virus. La hepatitis se define como una inflamación del hígado.

Se calcula que en Europa se producen anualmente miles de nuevas infecciones con el virus de la hepatitis B y C. En función del país, se estima que la tasa de infección por el virus de la hepatitis C es del 0,5 al 5% (de 5 a 50 de 1.000 habitantes).



El hígado

Con un peso aproximado de 1.500 g el hígado es el órgano interno de mayor tamaño del cuerpo humano. Se encuentra ubicado en la zona abdominal superior derecha y está envuelto por una cápsula de tejido conectivo. El hígado es la central metabólica del cuerpo. Sus tareas incluyen la degradación de las toxinas que llegan al cuerpo a través del intestino antes de que accedan a la circulación sanguínea mayor. Aquí se procesan los componentes de los alimentos que acceden a través del intestino al hígado. El hígado produce proteínas importantes que p. ej. son necesarias para la coagulación sanguínea y la defensa contra infecciones.



Posición del hígado en la zona abdominal superior y su vascularización. La sangre rica en nutrientes del intestino accede a través de la vena porta al hígado.

Una tarea importante también es la producción de la bilis que fluye a través de un sistema de conductos al duodeno. Por medio de la bilis se eliminan los productos de degradación de los glóbulos rojos y se posibilita la digestión de las grasas. Con la bilis también se excretan del cuerpo diversas toxinas.

El propio hígado no dispone de fibras nerviosas para la transmisión del dolor. Sin embargo, el dolor puede producirse a causa de las tensiones en la cápsula de tejido conectivo si el hígado se hincha o forma cicatrices debido a los procesos inflamatorios.

Hepatitis vírica C

La hepatitis C es una infección vírica del hígado. El agente patógeno es el virus de la hepatitis C. El virus se reproduce en el hígado y es liberado por los hepatocitos al torrente sanguíneo. En aproximadamente el 60 al 80% de los pacientes el sistema inmunitario del organismo no logra combatir con éxito el virus: la hepatitis C se hace crónica. En el 20 al 40% de los demás pacientes la hepatitis C se cura en el plazo de medio año tras la infección sin haberse aplicado un tratamiento.

Síntomas de la hepatitis C

Los síntomas de la hepatitis C son poco llamativos y la mayoría de los pacientes ni siquiera nota la infección. Algunos pacientes notan un mayor cans-

ancio, se sienten fatigados, el rendimiento disminuye y tienen molestias en la zona abdominal superior. La ictericia aparece con poca frecuencia.

Mecanismo de la enfermedad

En el caso de una infección crónica, los virus de la hepatitis infectan constantemente nuevas células hepáticas. Como signo de inflamación se produce una migración de leucocitos al tejido hepático. Estos se encargan de la destrucción y eliminación de las células hepáticas infectadas y necrosadas. Por regla general no son capaces de eliminar el propio virus. Las células hepáticas necrosadas se pueden sustituir más tarde por tejido conjuntivo (tejido cicatricial). Si el hígado ha sido infiltrado por tejido conjuntivo, se habla en el estado precoz de una fibrosis hepática y más tarde de una cirrosis hepática. El tejido cicatricial cirrótico ya no puede ser transformado por el organismo en tejido hepático.

Contagio

El virus de la hepatitis C se contagia en la mayoría de los casos por el contacto sanguíneo directo o indirecto (transmisión parenteral). Antes de 1990, el contagio con el virus de la hepatitis C se producía con frecuencia por medio de la transfusión de productos sanguíneos y de coagulación. Hoy en día se pueden identificar los donantes de sangre positivos al virus de la hepatitis C mediante procedimientos

de análisis modernos. Actualmente, el riesgo residual de una infección por hepatitis C debido a una transfusión de sangre es mínimo.

El virus también se puede transmitir a través de jeringas contaminadas, p. ej. en el caso de drogadicción. Otros factores de riesgo que favorecen la infección con el virus de la hepatitis C son tatuajes o los piercing. También es posible una transmisión a través de heridas abiertas, hojas de afeitar o cepillos de dientes.

El virus también se puede transmitir por vía sexual. Se estima que el riesgo para las parejas sexuales de los pacientes infectados es bajo. El riesgo de transmisión depende de la conducta sexual.

Hasta el momento no se ha descrito la transmisión del virus a través de la piel intacta o la saliva. No cabe esperar una infección a través de la vajilla, los vasos o cubiertos mientras no exista una contaminación con sangre.

Lesiones consecuenciales causadas por la hepatitis C

En base a una hepatitis crónica (inflamación del hígado con signos evidentes de inflamación en el tejido hepático) se desarrolla en los años siguientes una cirrosis hepática en aproximadamente el 30% de los pacientes. El riesgo de desarrollar una cirrosis hepática depende (entre otros factores) de la edad del paciente en el momento de la infección y de la duración de la enfermedad, es decir, la enfermedad tiene un desarrollo más rápido en pacientes mayores (edades superiores a los 40 años). Los fac-

tores que pueden acelerar el desarrollo de una cirrosis hepática son las enfermedades hepáticas crónicas adicionales, como por ejemplo, las enfermedades causadas por otros virus hepáticos (p. ej. una superinfección con el virus de la hepatitis B) o sustancias que lesionan el hígado de otro modo. Entre estas figura en primer lugar el alcohol.

Se habla de una cirrosis hepática si una gran parte del tejido hepático ha sido sustituido por tejido conjuntivo. Esta invasión por el tejido conjuntivo destruye la estructura normal del tejido hepático. Como consecuencia aparecen alteraciones de la irrigación que pueden provocar una hipertensión en la vena porta (vena de comunicación entre el intestino y el hígado). Debido a la congestión de la sangre venosa se pueden formar dilataciones de las venas (varices) en el esófago y el estómago. Si estos vasos sanguíneos se rompen, se pueden producir hemorragias graves en el estómago y en el intestino. El riesgo de hemorragias aumenta debido a la limitación de la capacidad de coagulación de la sangre a causa de la disminución de la síntesis de proteínas en el hígado y la disminución del número de plaquetas sanguíneas (trombocitos). Además, la elevada presión sanguínea prehepática también puede producir una acumulación de líquidos corporales en la cavidad abdominal (ascitis). En el caso de una cirrosis hepática, parte de las toxinas que acceden desde el tracto gastrointestinal a la sangre ya no pueden ser degradadas por el hígado y pasarán a la circulación corporal, pudiendo provocar un aumento del cansancio y una falta de concentración (encefalopatía hepática, encéfalo = cerebro).

A causa de la disminución de la síntesis de proteínas en el hígado cirrótico también se producen, además

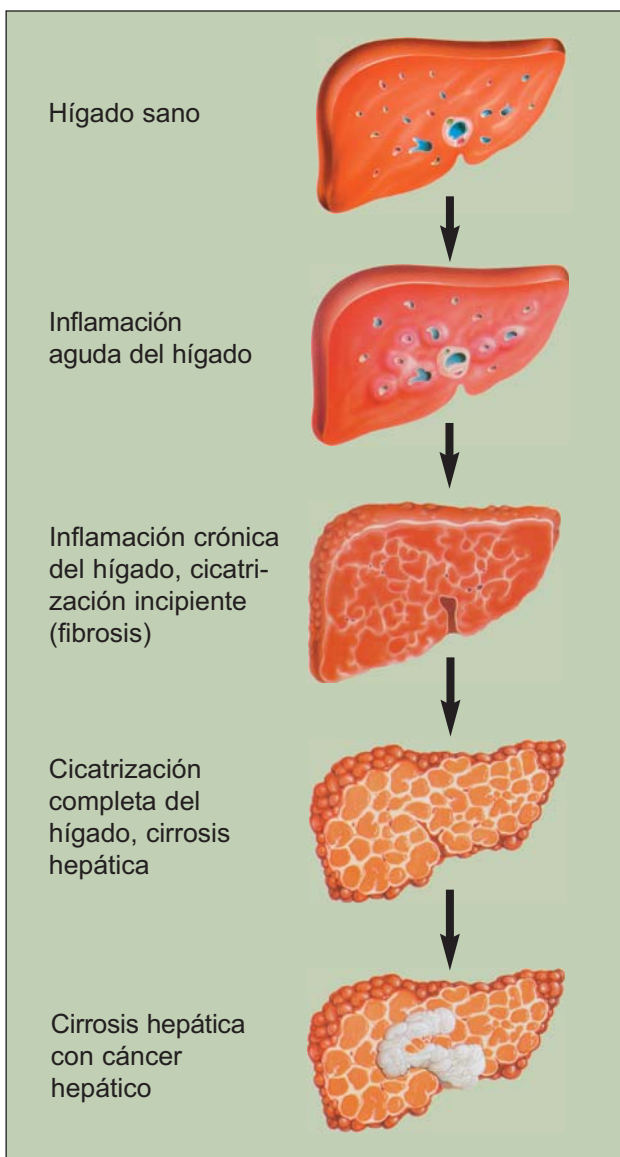


Imagen: Evolución que muestra cómo una hepatitis C crónica puede producir en el plazo de unos decenios una cirrosis y un cáncer hepático. Una terapia adecuada y un estilo de vida sano pueden detener esta evolución o retardarla.

de alteraciones de la coagulación sanguínea, deficiencias en la producción de sustancias que son necesarias para las defensas inmunitarias del cuerpo. Como consecuencia aumentará la predisposición a contraer infecciones. En el caso de una alteración grave del hígado, la congestión biliar producirá con frecuencia una coloración amarillenta de los ojos y de la piel (ictericia) que muchas veces va acompañada de un prurito intenso. Al mismo tiempo puede aparecer una orina de coloración oscura.

En los pacientes que padecen una hepatitis C crónica también aumenta tras una evolución de larga duración el riesgo de desarrollar un cáncer hepático (carcinoma hepatocelular). En la mayoría de los pacientes, el carcinoma hepatocelular se desarrolla en base a una cirrosis hepática, pero sin embargo también se han descrito carcinomas hepatocelulares en pacientes con una hepatitis C crónica sin que hubiesen padecido previamente una cirrosis hepática. Por ello es útil realizar periódicamente exámenes por ultrasonidos y análisis sanguíneos de control.

En algunos casos, la hepatitis C tiene una evolución tan grave que puede requerir un trasplante de hígado.

La actividad inflamatoria del hígado, así como el grado de la esteatosis hepática y de la invasión del tejido conjuntivo sólo pueden ser determinados con exactitud mediante exámenes tisulares detallados (histológicos). Para ello se debe extraer tejido del hígado (biopsia hepática). Los procedimientos indirectos, como p. ej. la elastografía, también permiten realizar una buena evaluación del grado de fibrosis hepática.

Análisis de sangre

La presencia del virus de la hepatitis C en la sangre se puede demostrar directamente a través de su información genética (ARN) o indirectamente a través de los anticuerpos producidos por los leucocitos de los pacientes. Una identificación ARN positiva indica la presencia de una enfermedad activa, la existencia de anticuerpos contra el virus de la hepatitis C (anti VHC) no permite diferenciar entre una hepatitis C curada y una infección crónica persistente. Por consiguiente, también se puede demostrar la presencia de anticuerpos, pero no de ARN VHC en los pacientes que se han curado de una hepatitis C.

La base para el diagnóstico de la hepatitis C es la determinación de los anticuerpos de la hepatitis C (anti VHC). Si un paciente es anti-VHC positivo (es decir, presenta en sangre el anticuerpo del virus de la hepatitis C), se deberá realizar la determinación directa del virus, p. ej. mediante una denominada “reacción en cadena de la polimerasa”, conocida como PCR por sus siglas en inglés. Éste es un análisis especialmente sensible para demostrar la presencia en sangre de los virus de la hepatitis C.

En todos los casos en los que se considere la aplicación de un tratamiento antivírico, es útil determinar la cantidad de los virus en sangre (carga vírica) y el genotipo del virus de la hepatitis C.

Los valores hepáticos (ALT, AST, también denominadas “transaminasas”) proporcionan con determinadas limitaciones información sobre la actividad inflamatoria de la hepatitis. No obstante, los valores hepáticos normales no excluyen la existencia de una hepatitis C crónica. Los valores hepáticos también se determinan durante el tratamiento para con-

trolar la evolución. Debido a que los pacientes que padecen una hepatitis C crónica presentan un mayor riesgo de desarrollar un cáncer hepático, se recomienda realizar en intervalos periódicos (de seis a doce meses) una determinación en sangre del marcador tumoral del carcinoma hepatocelular, la alfafetoproteína. En intervalos similares se deberá realizar una exploración hepática por ultrasonidos.

Biopsia hepática (punción hepática)

Una punción hepática puede ser de gran utilidad para permitir evaluar el porcentaje de fibras de tejido conjuntivo, la actividad inflamatoria y el grado de esteatosis hepática. Durante una punción hepática se extrae bajo anestesia local una pequeña muestra de tejido que se somete a un examen tisular microscópico detallado (histológico). Durante un examen histológico exhaustivo se identifican por separado la actividad inflamatoria (gradación) y el estado de la fibrosis (estadificación).

Raras veces existen portadores “sanos” del virus de la hepatitis C (virus detectables en sangre, valores hepáticos normales y muestra de tejido hepático normal). En la mayoría de los pacientes se pueden identificar, incluso con valores hepáticos normales, signos de una hepatitis crónica en el tejido hepático.

Tratamiento de la hepatitis C

Para detener o retrasar la evolución de la enfermedad existe la posibilidad de un tratamiento responsable con interferón alfa, a ser posible en combinación con ribavirina.

La ribavirina es una sustancia que inhibe los virus de la hepatitis C mediante mecanismos todavía poco claros. Es eficaz, sobre todo en combinación con interferón alfa, y se administra en forma de comprimidos o cápsulas.

El interferón es una proteína del organismo que es producida por ejemplo por los leucocitos, especialmente cuando el cuerpo se debe defender contra agentes patógenos víricos. El interferón alfa utilizado para el tratamiento de la hepatitis vírica se fabrica mediante métodos biotecnológicos. Se debe inyectar, como por ejemplo también la insulina para el tratamiento de los pacientes diabéticos, en el tejido adiposo subcutáneo.

Para mejorar la tasa de respuesta y la tolerabilidad del tratamiento con interferón alfa, las interferonas se pueden conjugar con polietilenglicol (PEG) (interferonas alfa pegiladas, interferonas alfa Peg). Las interferonas modificadas de esta forma poseen una eficacia de mayor duración en el cuerpo y sólo se deberán inyectar una vez por semana.

El polietilenglicol envuelve al interferón alfa como una “cubierta protectora” y retrasa de este modo la degradación prematura del medicamento, pero no bloquea los puntos importantes que permiten que el interferón ejerza su efecto antivírico. De este modo se puede mantener una concentración eficaz más uniforme y suprimir la reproducción de los virus de forma constante durante un período más largo.

Otra tecnología diferente para prolongar el efecto del interferón alfa es la combinación con seroalbúmina humana. La albúmina es una sustancia natural con una vida media larga que tiene múltiples funciones en el cuerpo humano. El interferón alfa conjugado con la seroalbúmina (interferón Alb) conserva el efecto antivírico del interferón, pero gracias a la larga vida media de la albúmina sólo será necesario inyectarlo cada dos a cuatro semanas. Diversos estudios clínicos han mostrado que en los pacientes con hepatitis C crónica las tasas de respuesta vírica permanentes obtenidas con los preparados de interferón de efecto prolongado fueron notablemente mejores que las obtenidas con las interferonas estándar de efecto corto. Combinando las interferonas de efecto prolongado con la ribavirina se pueden mejorar todavía más las tasas de curación. Esta combinación también proporciona una mejor tolerabilidad que la combinación de las interferonas estándar con ribavirina.

Encontrará las dosis recomendadas de las interferonas en la tabla de ésta página. La dosis de ribaviri-

Dosificaciones estándar de las interferonas	
Interferón alfa-2a	de 3 a 6 millones de unidades tres veces por semana
Interferón alfa-2b	de 3 a 5 millones de unidades tres veces por semana
Interferón PEG alfa-2a	180 µg una vez por semana
Interferón PEG alfa-2b	1,0–1,5 µg/kg de peso corporal una vez por semana
Interferón Alb alfa-2b	900 µg una vez cada dos semanas

na también debe ser determinada de forma individual por el médico teniendo en cuenta el cuadro hemático (especialmente el colorante rojo de la sangre [hemoglobina]), el peso corporal y el genotipo VHC. Normalmente, la dosis se sitúa entre 800 y 1.200 mg diarios, distribuidos en dos administraciones por la mañana y la tarde. En los pacientes con peso corporal muy alto se puede considerar una dosis mayor. Con respecto al peso corporal, la dosis de ribavirina debe ser en el caso de una infección con el VHC del genotipo 1 y 4 aproximadamente de 15 mg por kg de peso corporal y en el caso del genotipo 2 y 3 aproximadamente de 13 mg por kg de peso corporal.

El objetivo principal del tratamiento es detener el progreso de la enfermedad en el paciente afectado (evitar la proliferación del tejido conjuntivo [cirrosis] en el hígado y las complicaciones asociadas). Este objetivo se logra de forma óptima si el virus de la hepatitis C se elimina completamente del cuerpo, es decir, que el ARN VHC no se pueda detectar de forma permanente incluso con los métodos más sensibles. La tasa de respuesta (número de pacientes en los que ya no se pueden detectar virus durante el tratamiento) de un tratamiento con interferonas de efecto prolongado y ribavirina se sitúa inicialmente entre el 60% y el 90%. Lamentablemente se produce en algunos pacientes que al principio han respondido bien al tratamiento una reaparición de los virus durante el tratamiento (raras veces) o tras dejar de tomar la medicación. Por consiguiente, el éxito duradero del tratamiento mediante una terapia combinada con interferonas de efecto prolongado y ribavirina es del 50 % al 60%.

Es especialmente importante tomar los medicamentos con regularidad. Si durante el tratamiento con interferón alfa/ribavirina aparecen efectos secundarios graves (p. ej. depresiones), estos se deben tratar en caso necesario con medicamentos, sin discontinuar a ser posible la medicación antivírica. Debido a que los efectos secundarios del tratamiento con interferón/ribavirina remiten rápidamente al final de la terapia, se podrá finalizar también la terapia asociada.

Es posible obtener éxitos de tratamiento óptimos si se inicia el tratamiento lo antes posible. Se puede evitar la cronificación de una hepatitis C aguda mediante una monoterapia de 24 semanas con interferón alfa (PEG). Para ello, el tratamiento de la hepatitis C aguda se debe iniciar como máximo tres o cuatro meses después del momento de la infección.

Se obtienen mejores resultados en el tratamiento de la hepatitis C crónica en pacientes jóvenes con una evolución más corta de la enfermedad que en los pacientes mayores que ya han desarrollado una cirrosis hepática. Además, la probabilidad de una respuesta vírica permanente (curación) mediante una terapia combinada es considerablemente mayor en los pacientes que están infectados con el VHC del genotipo 2 o 3 que en los pacientes infectados con el VHC del genotipo 1 o 4. La duración del tratamiento también influye notablemente sobre el éxito del tratamiento de la hepatitis C crónica. Las directrices actuales (2009) para el tratamiento de la hepatitis C crónica recomiendan para pacientes con el VHC del genotipo 2 o 3 una terapia estándar de 24 semanas que, en el caso más favorable, se puede reducir a 16 semanas (paciente de peso nor-

mal, sin cirrosis hepática, carga vírica baja antes del inicio de la terapia y respuesta vírica rápida con ausencia de ARN VHC en sangre en la semana 4 del tratamiento). Los pacientes con VHC del genotipo 2 o 3 en los que en la semana 4 de la terapia todavía se puede detectar ARN VHC en sangre posiblemente se beneficien de una terapia de duración superior a las 24 semanas (de 36 a 48 semanas).

La duración estándar del tratamiento para los pacientes con VHC del genotipo 1 o 4 es de 48 semanas, pero se puede reducir a 24 semanas sin comprometer las posibilidades de una respuesta vírica permanente en los pacientes (sin cirrosis hepática) que presentan antes de la terapia una carga vírica baja y en los que no se detecte en sangre ARN VHC tras cuatro semanas de tratamiento. Los pacientes con VHC del genotipo 1 o 4 que muestran una respuesta lenta al tratamiento antivírico con un interferón de efecto lento y ribavirina (ARN VHC todavía detectable en la semana de tratamiento 12, pero resultado negativo en la semana de tratamiento 24) parecen beneficiarse de una prolongación de la terapia a 72 semanas.

En base a la carga vírica y a la disminución iniciales de la carga vírica en la sangre ya se puede determinar tras cuatro y doce semanas la probabilidad de una eliminación permanente de los virus. Las probabilidades de curación serán mejores cuanto más rápido y marcado sea el descenso inicial de la carga vírica. Las probabilidades de una eliminación permanente de los virus son prácticamente nulas en los pacientes que no obtienen como mínimo una disminución del 99% de la carga vírica inicial en las primeras 12 semanas del tratamiento.

Diferentes estudios han mostrado que mediante una terapia combinada exitosa con interferón y ribavirina disminuye la proporción de fibras de tejido conjuntivo en el hígado y se reduce la frecuencia de desarrollar un cáncer hepático. Incluso tras la eliminación completa del virus de la hepatitis C, el riesgo de cáncer hepático sigue aumentado durante muchos años y por consiguiente se deberán realizar exámenes por ultrasonidos regulares del hígado aunque la terapia haya concluido con éxito. Por principio se recomienda para todos los pacientes que padecen una hepatitis C crónica y que presentan una actividad inflamatoria aumentada en el hígado que realicen un tratamiento antivírico si éste no está contraindicado por cualquier enfermedad adicional u otras circunstancias. La decisión sobre los preparados, las dosis y la duración del tratamiento siempre debe ser comprobada de forma individual por el médico que realiza el tratamiento

¿Qué efectos secundarios cabe esperar de una terapia con interferón alfa y ribavirina?

Los efectos secundarios del interferón alfa son frecuentes al inicio de una terapia y disminuyen notablemente durante el tratamiento. Los efectos secundarios más frecuentes son síntomas parecidos a los de la gripe como fiebre, dolores de cabeza, dolores articulares y musculares, falta de apetito y pérdida de peso. Ocasionalmente se producen alteraciones de la función tiroidea. Algunos pacientes presentan

durante el tratamiento una piel especialmente seca y/o sufren de una caída temporal del cabello. También pueden aparecer cambios del estado de ánimo e incluso depresiones. Además, se debe prestar atención a las alteraciones del cuadro hemático que afectan principalmente a los leucocitos. Como efecto secundario más frecuente de la ribavirina se suele producir una anemia transitoria. Por ello es imprescindible realizar controles periódicos del cuadro hemático. Durante el tratamiento se recomienda que los pacientes informen periódicamente y con exactitud sobre todos los efectos secundarios que hayan aparecido. Muchos de los efectos secundarios de la terapia combinada de interferón/ribavirina pueden reducirse mediante adaptaciones de las dosis o por medio de la prescripción (temporal) de otros medicamentos. Se deben aprovechar siempre todas las posibilidades antes de interrumpir una terapia a causa de una posible intolerancia o de la aparición de efectos secundarios.

En ningún caso se puede excluir un aumento del riesgo de la aparición de malformaciones congénitas provocado por la ribavirina. Por ello, los pacientes que se someten a una terapia con ribavirina deberán utilizar durante el tratamiento y hasta seis meses después de la finalización del mismo un método anticonceptivo seguro y fiable. Las mujeres que ya estén embarazadas antes de iniciar una terapia no podrán someterse al tratamiento.

¿Qué hay que tener en cuenta durante el tratamiento con interferón alfa y ribavirina?

Durante el tratamiento con interferón alfa y ribavirina se deberán realizar controles periódicos de los valores hepáticos (ALT, AST), del cuadro hemático y de los valores tiroideos. Tras una duración del tratamiento de cuatro y doce semanas (en caso necesario también después de 24 semanas) se deberá analizar además la carga vírica (ARN VHC) en sangre. Se habla de una respuesta vírica rápida (RVR = rapid virologic response – respuesta vírica rápida) si en la semana 4 de la terapia ya no se detecta ARN VHC por medio de un procedimiento de análisis altamente sensible. En la semana 12 de la terapia se diferencia entre una respuesta completa (cEVR = complete early virologic response - repuesta vírica precoz completa) y una respuesta parcial (pEVR = partial early virologic response - repuesta vírica precoz parcial). En el caso de una respuesta completa (cEVR) ya no se puede detectar ARN VHC en la semana 12, mientras que en el caso de una respuesta parcial (pEVR) la carga vírica en la semana 12 ha disminuido por el factor 100 en comparación con la carga vírica al inicio de la terapia, pero se sigue detectando ARN VHC en la sangre. Mediante los resultados ARN VHC en la semana de terapia 4 y 12 se puede evaluar si la terapia puede ser exitosa y durante cuánto tiempo se deberá continuar.

¿Existen tratamientos alternativos?

El tratamiento sólo con interferón alfa o en combinación con ribavirina es actualmente la única posibilidad para eliminar el virus de la hepatitis C de forma permanente del cuerpo. Además se describen esporádicamente tratamientos exitosos con las denominadas “sustancias alternativas”. No obstante, no existen estudios controlados que hayan examinado la eficacia de estos preparados. Por ello, todos los datos sobre estos preparados se basan en experiencias no controladas.

Las sustancias que se utilizan para el tratamiento de las enfermedades hepáticas son p. ej. extractos de cardo mariano (Silymarin), preparados de alcachofa y glicirrizina que se utiliza principalmente en el sureste asiático. Determinados preparados de Silymarin (Silibinin)



Cardo mariano

pueden reducir la carga vírica si se administran a diario de forma intravenosa y en dosis elevadas. Pero hasta el momento no se ha demostrado si esta dosis de la sustancia es segura y no sólo reduce la carga vírica sino que también mejora las tasas de

curación de una terapia con interferón/ribavirina. Con las dosis habituales de comprimidos el Silymarin no tiene efecto alguno sobre la reproducción de los virus.

Todos los preparados vegetales y los demás preparados alternativos pueden producir efectos secundarios peligrosos, lesionar el hígado o desarrollar interacciones con otros medicamentos. Se recomienda que los pacientes informen siempre al médico de cabecera o a los especialistas que realizan el tratamiento sobre los preparados que han tomado para que éstos puedan tomar postura respecto a la tolerabilidad y a los posibles riesgos.

Futuras posibilidades de tratamiento

Actualmente se están estudiando clínicamente diferentes enfoque terapéuticos que incluyen sustancias inhibitoras de los enzimas específicos del VHC responsables de la reproducción vírica (inhibidores de la proteasa, helicasa, del NS5A y de la polimerasa). Existen dos inhibidores de proteasa VHC que ya se encuentran en fases avanzadas del desarrollo clínico (Boceprevir y Telaprevir) y que en combinación con el interferón alfa PEG y la ribavirina pueden mejorar las tasas de respuesta vírica permanentes para los pacientes infectados con el VHC del tipo de genoma 1 en aproximadamente un 20% a valores entre el 70% y el 75%. Se prevé que estas dos sustancias se aprueben en Europa en el año

2011/2012. Otros productos en desarrollo incluyen los denominados inmunomoduladores y medicamentos inhibidores de las estructuras propias de la célula que participan en la reproducción vírica, así como vacunas terapéuticas, es decir, vacunas que ayudan al sistema inmunitario del organismo a eliminar el virus de la hepatitis C o a retardar la evolución de la enfermedad.

A largo plazo existe la esperanza de poder tratar con éxito el virus de la hepatitis C sin necesidad de inyectar interferón. No obstante, para ello serán necesarias combinaciones de al menos dos a tres inhibidores. Con respecto a las nuevas sustancias cabe destacar que si se administran individualmente o en combinación no permiten la aparición de las denominadas “variantes resistentes” del virus de la hepatitis C.

En general se debe subrayar que ninguna sustancia nueva obtendrá la aprobación sin que se disponga de datos completos procedentes de estudios clínicos sobre la eficacia, la tolerabilidad y la inocuidad. Los pacientes que deseen probar los medicamentos futuros deberán ponerse en contacto con los grandes centros hepáticos e informarse sobre los protocolos de terapia actuales.

¿Existe una vacuna contra la hepatitis C?

Sólo es posible vacunarse contra la hepatitis A y B, pero no contra la hepatitis C. No es probable que en breve se disponga de una vacuna que proporcione una protección eficaz contra la hepatitis C.

Si hasta el momento no ha padecido hepatitis A o B, se recomienda que se vacune en caso necesario contra estos dos virus. Consulte este punto con su médico ya que una co-infección aguda con el virus de la hepatitis A o B en pacientes con hepatitis crónica C puede tener una evolución muy grave.

¿Qué tengo que tener en cuenta con respecto a mi alimentación?

Mientras no esté limitada la función hepática, no deberá seguir una dieta especial si padece hepatitis C. Si la función hepática está limitada, puede ser necesario reducir el suministro de proteínas (productos cárnicos, lácteos) y de sal. En caso necesario, su médico deberá evaluar la dieta, consultando eventualmente a un especialista. Es importante que renuncie al alcohol.

Hepatitis C y embarazo

Se estima que el riesgo de contagiar el virus de la hepatitis C de la madre al niño durante el embarazo es reducido. Por regla general, el contagio se produce durante el parto. No obstante, la probabilidad de una infección del recién nacido con el virus de la hepatitis C es inferior al 5%. En el caso de las pacientes que además están infectadas con virus del SIDA (HIV), la probabilidad de contagio del virus de la hepatitis C es mayor.

Sigue siendo controvertido si la hepatitis C se puede contagiar por la lactancia materna. Sin embargo, la mayoría de los pediatras no desaconsejan en general que las madres infectadas con el VHC den el pecho.

Acerca de la ELPA

La ELPA (European Liver Patients Association) surgió por el deseo de asociaciones de pacientes hepáticos europeos de autoayuda de intercambiar su experiencia con los distintos métodos utilizados en los distintos países. En junio de 2004 se reunieron 13 grupos de pacientes procedentes de diez países europeos y mediterráneos con el fin de activar la organización. La ELPA se fundó oficialmente el 14 de abril de 2005 durante el congreso sobre el hígado de la EASL (European Association for the Study of the Liver).

El objetivo de la ELPA es defender los intereses de las personas con enfermedades hepáticas, especialmente en cuanto a:

- Información sobre la dimensión del problema
- Educación y prevención
- Resaltar que la atención pública otorga una importancia demasiado baja a las enfermedades hepáticas en comparación con otros campos médicos, como por ejemplo las enfermedades del corazón.
- Intercambio de actividades e iniciativas eficaces
- Cooperación con instituciones profesionales como la EASL y la UE, a fin de asegurarse de que el tratamiento y la atención de los enfermos hepáticos se corresponde en toda Europa con los estándares más elevados.

European Liver Patients Association (ELPA)

F. De Renesselaan, 57
B – 3800 Sint-Truiden,
Belgium
email: contact@elpa-info.org

Su contacto local: