Publicación gratuita

asscatinForma 23

Associació Catalana de Malalts d'Hepatitis DIC-15

JAQUE A LAS HEPATITIS

2 EDITORIAL

3 ACCIONES
Screening y mesas informativas
4 Campaña 2015. Tu salud es tu derecho
5 Día Mundial de la Hepatitis 28 de julio
6 Estand en la Muestra de Asociaciones de BCN. Jornada de información y pruebas Fibroscan®

7 COLABORACIONES
Hepatitis C en pediatria
10 Infección por el virus B de la hepatitis
18 VIH+VHC 30 años de ocupación y resistencia
21 Por fin estoy curada
23 De flores a planetas

25 CALIDAD DE VIDA
Juego y salud

Edita
Associació Catalana de Malalts d´Hepatitis
Inscrita con el núm. 24.265 en el Registro de Asociaciones de la Generalitat de Cataluña

Coordinación
Josefina Cristófol
Diseño y Maquetación
Belén Martín Vázquez
betlehem20@gmail.com
Impresión
ARGRA trading SL- Tordera 38,08012 Barcelona
D.L. B-25475-2006
NIF: G-62.527.106

Imágenes utilizádas bajo Creative Commons.

ASSCAT da las gracias a las personas que han redactado los artículos para esta revista, sin responsabilizase de las opiniones expresadas en los mismos.

Al escribir esta editorial, recuerdo las navidades del 2014 y los inicios de este 2015. Nuestros voluntarios atendiendo llamadas y emails de periodistas y sobre todo un aluvión de preguntas de personas con VHC que, en fase avanzada de su enfermedad hepática, esperaban un tratamiento que no llegaba. Una de esas personas era yo. Meses convulsos y duros en los cuales la palabra hepatitis C se hizo mediática por los graves problemas de acceso y la urgente necesidad de tratamiento. Demasiadas personas quedaron en el camino, otras hemos de cuidarnos para seguir adelante a pesar de haber negativizado el VHC.

En abril, gracias a la presión de pacientes y hepatólogos, se aprobó el Plan Nacional. Éste no cuenta con financiación suficiente y no se llevan a cabo las acciones contempladas en todas las líneas estratégicas. Aunque se ha tratado a los pacientes más graves, el acceso al tratamiento no se está realizando de manera equitativa y con la agilidad necesaria.

Existen nuevas opciones de tratamiento pero, para optimizarlas, han de ponerse en marcha varias intervenciones de salud pública dirigidas a la eliminación del VHC. Entre éstas es fundamental implementar, con criterios basados en los resultados de los estudios de epidemiologia, el cribado de forma habitual. En paralelo las autoridades deberían lanzar campañas de información y concienciación sobre las hepatitis B y C. Los objetivos son claros: diagnóstico precoz y tratamiento/seguimiento para todas las personas que lo necesiten.

Tratar al mayor número de pacientes es la mejor estrategia de prevención. En algunas poblaciones clave, para que el tratamiento tenga éxito, se debe adecuar a las necesidades de las personas que las constituyen. Debería ponerse en valor acercar el tratamiento a entornos comunitarios que generan confianza y donde el paciente cuenta con el apoyo entre iguales.

Mientras haya un elevado número de personas con VHC sin diagnosticar y sin tratamiento, la información es imprescindible. Dada la falta de campañas con estos objetivos por parte de la administración sanitaria, ASSCAT aporta desde hace 15 años sus propias acciones encaminadas a dar visibilidad a las hepatitis y quienes las padecen, sensibilizar e informar a la ciudadanía para eliminar el estigma, y contribuir a la detección precoz del VHC. Para ello, entre nuestros proyectos, cada año incluimos la realización de una campaña de sensibilizacion que incluye diversos eventos y actividades.

Es cierto que se ha avanzado, pero aún queda mucho por hacer. Seguimos trabajando y luchando, aportando nuestro esfuerzo comunitario con la visión en la eliminación de las hepatitis virales.

Juan José Montes, presidente

asscat Associació Catalana de Malalts d'Hepatitis
World Hepatitis Alliance
ELPA European Liver Patients Association
Ajuntament de Barcelona
Acció Social i Ciutadania

SCREENING Y MESAS INFORMATIVAS

Durante todo 2015, ASSCAT ha desarrollado en colaboración con los hospitales de Cataluña, 12 Mesas Informativas en los vestíbulos de estos centros, en las cuales nuestros voluntarios entregan material informativo a la población y atienden a los ciudadanos que se interesan por recibir información.

Desde hace 4 años, realizamos Jornadas de Información sobre las Hepatitis Víricas y Detección de la Hepatitis C mediante test oral. Durante 2015 hemos realizado la 9ª el 24 de marzo en la entrada de consultas externas del Hospital de Sant Pau de Barcelona, la 10ª el 10 de junio en la Plaza Universidad de Barcelona, la 11ª el 24 de noviembre en el exterior del hospital de Bellvitge y la 12ª el 8 de diciembre en el marco de la Feria de la Purísima de Sant Boi de Llobregat. En todas ellas hemos contado, como cada año, con la colaboración de Cruz Roja con su unidad móvil de salud, para garantizar la privacidad en la realización de la prueba oral y con sus voluntarios/as que nos ayudan a sensibilizar y a entregar el material informativo.

Nuestro objetivo es informar y concienciar a la ciudadanía sobre la importancia de conocer las hepatitis virales y visibilizar la sencillez que representa hacerse la prueba oral del VHC. Es imprescindible la detección ya que más de la mitad de las personas que tienen hepatitis C no lo saben. Entregamos material informativo e invitamos a las personas a hacerse la prueba oral de anticuerpos del VHC, haciendo al mismo tiempo un trabajo informativo y de concienciación con quienes se hacen la prueba para que tengan en cuenta que las hepatitis virales son enfermedades infecciosas y debemos conocer las situaciones de riesgo en las que se pueden transmitir.

En las 4 jornadas de este año hemos realizado de forma gratuita y confidencial 350 pruebas para detectar anticuerpos del VHC, obteniendo 5 resultados positivos, que han sido confirmados con viremia activa del VHC y están siendo controlados en las unidades de hepatología que les corresponden.

En estas actividades hemos entregado dípticos informativos para diferenciar los distintos tipos de hepatitis viral, opúsculos con información sobre hepatitis C y hepatitis B, ejemplares de la revista asscatinforma n°22 y del libro" Conviviendo con la Hepatitis C".

TU SALUD ES TU DERECHO

Campaña de Información, Sensibilización, Prevención y Detección Precoz de las Hepatitis víricas

El 19 de mayo presentamos en el Colegio de Periodistas de Cataluña, con la asistencia de numerosos medios de comunicación y otros agentes sociales, el lanzamiento de la Campaña 2015 "Detección precoz de las hepatitis víricas: tu salud ¡es tu derecho!, con el objetivo de informar a la ciudadanía sobre las diferentes hepatitis que existen, destacando la importancia de realizar pruebas de detección precoz para las hepatitis B y C. En la imagen de la campaña participaron personas con hepatitis C, o que en algún momento convivieron con ella, para dar visibilidad. El presidente de ASSCAT explicó la necesidad de colaboración entre todos los agentes implicados en la respuesta nacional a las hepatitis para conseguir diagnosticar y tratar a todas las personas afectadas y prevenir las nuevas infecciones. Señaló la importancia del Plan Estratégico Nacional para el Abordaje de la Hepatitis C.

Se imprimió material informativo especial, distribuido en mesas informativas y screening, hospitales, organizaciones civiles del ámbito de la hepatitis y el VIH, en charlas informativas, etc. Todos los materiales se digitalizaron para enviarse vía electrónica y difundirse mediante la web de ASSCAT, en la que se desarrolló un apartado específico para la campaña. Durante mayo, junio y julio, se lanzaron diariamente mensajes a través de Twitter donde informamos sobre aspectos importantes de las hepatitis virales y promocionamos la detección del VHC a través de la prueba oral rápida. En Facebook invitamos a las personas a que se tomaran fotografías con los carteles de la campaña para su difusión con mensajes informativos referentes a las hepatitis virales A, B, C, D y E.

Destacamos la edición de un video de sensibilización que contó con la participación de voluntarios de la entidad que prestaron su imagen para mostrar su cotidianidad, hacer visible que las personas con hepatitis son iguales a cualquier persona de la calle y si se diagnostican y curan pueden mejorar sus expectativas y calidad de vida. En definitiva, VIVIR.

DÍA MUNDIAL DE LA HEPATITIS 28 DE JULIO

Realizamos un acto simbólico en la Plaza Sant Jaume de Barcelona, como colofón de la Campaña, para solicitar un "compromiso" real e inmediato por parte de todos los agentes implicados en la respuesta a las hepatitis víricas, sobre todo del Gobierno, para conseguir dar un vuelco a la situación de la hepatitis C en España.

Junto a otras organizaciones civiles como la Coordinadora Estatal del VIH/sida (CESIDA) y el Comitè 1r de Desembre, denunciamos en un manifiesto que el Plan Estratégico para el Abordaje de la Hepatitis C en España ha abordado solo la línea de estrategia terapéutica, la cual establece los regímenes de tratamiento recomendados según criterios de genotipo y grado de fibrosis, y exigimos la implementación de las otras tres líneas prioritarias de actuación, ya que desconocemos cuál es la magnitud del problema porque no existen datos estadísticos ni estudios epidemiológicos.

No hay campañas de prevención de la hepatitis C ni se promociona el diagnóstico precoz desde el Ministerio de Sanidad, para que las personas afectadas puedan acceder lo antes posible al sistema sanitario y a los tratamientos, ya que el diagnóstico tardío de la enfermedad se asocia a un peor pronóstico y una disminución de la calidad de vida y a más costes para el sistema sanitario. Por otra parte, denunciamos que los recursos humanos y asistenciales para atender a las personas con hepatitis C son insuficientes a lo cual hay que añadir que no existe claridad sobre la financiación para ejecutar dicho Plan.

Personas relevantes del ámbito político y de la salud, entre las que se encontraba la Sra. Cristina Iniesta, directora general de Ordenación y Regulación Sanitaria del Departamento de Salud, sostuvieron las letras de la palabra HEPATITIS para mostrar su implicación ante el reto que suponen las hepatitis virales.

Los voluntarios de ASSCAT y otras personas que quisieron sumarse, formaron una C de "Compromiso" delante de la fachada del Ayuntamiento de Barcelona y repartieron material informativo sobre las diferentes hepatitis víricas.

Se invitó a los medios de comunicación y nos acompañaron numerosos de ellos, que dieron cobertura y difusión a este acto con el que conseguimos dar visibilidad al Día Mundial de la Hepatitis.

ESTAND EN LA MUESTRA DE ENTIDADES DE BCN. JORNADA DE INFORMACIÓN Y PRUEBAS FIBROSCAN®

Los días 19, 20 y 24 de septiembre realizamos un estand informativo en la 20ª Muestra de Entidades de Barcelona de la Feria de la Mercè 2015, en la Plaza Cataluña de esta ciudad. Nuestro estand disponía este año de un "Árbol de Deseos y Reivindicaciones" donde las personas que nos visitaban podían colgar mensajes como: "más campañas de prevención para evitar nuevas infecciones", "diagnóstico y tratamiento para todas las personas con hepatitis virales B o C", "las hepatitis no discriminan, tú tampoco lo hagas", etc.

Ofrecimos material informativo, conversamos con personas que tienen hepatitis B o hepatitis C e informamos a ciudadanos que desearon conocer tanto las vías de transmisión como dónde pueden realizarse la prueba de las hepatitis B y C. Hicimos llegar nuestras publicaciones a las otras entidades participantes que representan diferentes movimientos sociales, permitiéndonos entablar relaciones para trabajar en red y apoyar a las personas que puedan requerir diversos servicios que las organizaciones sociales ofrecemos.

El 29 de septiembre, la ASSCAT realizó 60 pruebas Fibroscan® en su sede de Barcelona con el objetivo de que sus socios/as conocieran el estado de fibrosis de su hígado. Otra finalidad de la Jornada fue ofrecer un espacio donde las personas con hepatitis B o hepatitis C pudieran conocerse, compartir las inquietudes que tienen en torno a su enfermedad y establecer contacto con los y las voluntarias "pacientes expertos" de la entidad.Tuvo lugar también una charla informativa en la cual las personas asistentes tuvieron la oportunidad de formarse y trasladar sus dudas a la Dra. Teresa Casanovas, hepatóloga del Hospital de Bellvitge y a Paqui Márquez, enfermera del mismo hospital.

A diferencia del 2014, en este año se constató que muchas personas asociadas han recibido el tratamiento para la hepatitis C y algunas ya han obtenido los resultados de su respuesta viral sostenida. También la fibrosis hepática ha mejorado en muchas de ellas después del tratamiento, incluso en personas que empezaron a recibirlo con cirrosis, aunque éstas deberán ser controladas a pesar de haber negativizado el VHC.

HEPATITIS C EN PEDIATRÍA

Dr.Jesús Quintero.Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático Pediátrico
Hospital Universitario Vall d'Hebron.Barcelona

INTRODUCCIÓN

El virus de la hepatitis C pertenece a la familia Flaviviridae. Es un virus pequeño (de unos 40 nm de diámetro) que consta de una envoltura lipídica y un genoma. El genoma es un ARN de cadena simple que contiene un solo gen que, a su vez, codifica una única poliproteína. Ésta se divide, por acción de las proteasas tanto del huésped como del propio virus, dando lugar a proteínas estructurales y enzimáticas.

Durante este proceso de replicación viral, se producen frecuentemente mutaciones del genoma. La mayoría de éstas no son viables, impidiendo la supervivencia del nuevo virus. A pesar de ello, un pequeño porcentaje de ellas sí lo son. Este hecho explicaría que, a lo largo del proceso de infección en un mismo individuo, se observen poblaciones del VHC con pequeñas diferencias en el genoma (< 2% de los nucleótidos) que reciben el nombre de cuasiespecies.

En el genoma del VHC de diferentes pacientes se pueden identificar amplias diferencias en la secuencia de los nucleótidos (que afectan a más del 30% de los mismos). Los diferentes "tipos" de VHC se denominan genotipos. Hay 6 genotipos diferentes, con diferente prevalencia según los países. El más común en Europa y América es el genotipo 1 (60-75 % de los pacientes pediátricos).

EPIDEMIOLOGÍA

En Europa se estima que la prevalencia del VHC en los niños es de 0,2 a 0,4%. Los mecanismos de transmisión son la vía parenteral o la vía vertical (de madre a hijo durante el parto). Desde 1992, con la implantación de las pruebas de detección obligatoria en donantes de sangre, la trasmisión por trasfusión de hemoderivados es excepcional. En la actualidad, en nuestro medio, la infección vertical justifica alrededor del 90% de los casos de hepatitis C. Entre el 4% y el 7% de los niños nacidos de madres infectadas con el

VHC adquieren la infección por transmisión perinatal. Esta trasmisión vertical se produce siempre en madres con viremia positiva (es decir que tengan anticuerpos positivos anti- VHC y RNA positivo). Los factores de riesgo asociados esta trasmisión son:

- Viremia elevada; RNA-VHC >10E6 copias/mL (>600.000UI/mL
- Coinfección VIH (aumenta el riesgo x2-3 veces)
- Parto prolongado/dificultoso
- Monitorización fetal interna

No se ha podido determinar que la cesárea disminuya el riesgo de trasmisión. Así mismo, a pesar de que se han podido detectar partículas virales del VHC en la leche materna, no se ha observado un aumento del riesgo de trasmisión en niños con lactancia materna. Por tanto, no se puede recomendar la realización sistemática de parto por cesárea ni la retirada de la lactancia materna en madres monoinfectadas por el VHC.

Alrededor del 25 % de los pacientes infectados por vía vertical, una vez se ha detectado viremia positiva, presentan una eliminación espontánea del virus. La tasa de eliminación espontánea es mayor en pacientes con virus del genotipo 3. A pesar de que se han descrito casos de eliminación espontánea del virus en pacientes de hasta 7 años, ésta ocurre habitualmente durante los dos-tres primeros años de vida. La edad mediana suele ser antes de los 15 meses. El 70-80% restante de los pacientes que se infectan perinatalmente presentarán una hepatitis C crónica (HCC).

MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO

En la mayoría de los casos, la infección por el virus de hepatitis C en pediatría suele ser asintomática. Un gran porcentaje de niños con hepatitis C tiene como único antecedente una madre infectada, y la experiencia demuestra que solamente se transmite en el momento del parto. Así que el diagnóstico se suele hacer mediante la sospecha ante un niño con madre VHC positiva y la realización de estudios microbiológicos.

De manera práctica, tenemos dos métodos de diagnóstico microbiológico del VHC: los anticuerpos anti VHC y el RNA del VHC.

Los niños sanos no infectados que son hijos de madre VHC +, pueden presentar anticuerpos anti-VHC+ de tipo IgG hasta una edad máxima de 16-18 meses. Son anticuerpos maternos que han sido capaces de traspasar la barrera placentaria haciéndose presentes en la sangre del niño. Antes de los 18 meses de edad la determinación positiva de Ac anti-VHC, no nos diferenciará entre pacientes infectados y pacientes con trasmisión materna de anticuerpos. Por este motivo, en menores de 18 meses, la infección por el VHC deberá diagnosticarse mediante la determinación de viremia (RNA-VHC).

En cambio, la positividad de los anticuerpos anti-VHC a partir de los 18 meses de edad no se podrá justificar por el paso transplacentario de los mismos. En este caso, los anticuerpos nos estarán indicando que el niño ha tenido una infección en algún momento. A pesar de ello, hay pacientes mayores de 18 meses que pueden presentar anticuerpos anti-VHC positivos SIN presentar infección activa. Éstos pueden ser niños que hayan tenido una viremia transitoria o pacientes que hayan presentado una eliminación espontánea del virus. Este contacto con el virus es el que crea la producción de anticuerpos. De manera que en el momento de la determinación, podrán tener anticuerpos positivos (por el contacto previo) pero viremia negativa.

EVOLUCIÓN CLÍNICA

Como hemos dicho, la gran mayoría de niños tiene una infección aguda asintomática. El contexto en que se diagnostica una HCC en niños suele ser en programas de detección, en sujetos de riesgo por tener antecedentes de exposición parenteral o tras descubrir un familiar afectado. Solamente un 13% de los niños con HCC refieren síntomas inespecíficos al diagnóstico, como dolor abdominal o anorexia y menos de un 10% presentarán hepatomegalia. A pesar de ello, hasta en un 90% se puede observar elevación de transaminasas durante los dos primeros años de vida. Esta elevación suele ser moderada y no se correlaciona con mayor grado de afectación histológica sin detectarse casos de fallo hepático agudo asociado al VHC.

La progresión de la hepatitis C en los niños es más lenta que en adultos mayores de 45 años. En un estudio retrospectivo multicéntrico para valorar la progresión de la fibrosis hepática en niños no tratados afectos de VHC observaron que menos de un 1% presentaba cirrosis hepática y un 4% mostraban signos de fibrosis grave después de un seguimiento medio de 8 años. Se considera necesario un mínimo de 10 años de evolución para el desarrollo de fibrosis severa. A pesar de ello, existen pacientes que pueden desarrollar enfermedad hepática severa de manera precoz. Los factores de riesgo que se asocian a esta mala evolución son:

- Obesidad
- Cáncer previo
- Trasfusiones previas
- Coinfección con VIH y/o VHB
- Adicción a drogas por vía parenteral y el abuso de alcohol

MÉTODOS DE VALORACIÓN DE LA FIBROSIS

El método de elección para la valorar el estado del hígado en pediatría sigue siendo la biopsia hepática. A pesar de que cada vez hay más experiencia en métodos no invasivos de extrapolación de la

fibrosis hepática mediante elastografía (especialmente FibroScan® y ARFI ®), éstos no han sido validados en pacientes pediátricos. En el momento del diagnóstico, la biopsia hepática muestra inflamación leve en el 75% de los casos, moderada en el 22% y en el 2% grave. Un 2% de los casos detectados en la infancia tiene cirrosis al diagnóstico. La estimación matemática es que la progresión de la fibrosis conduciría a presentar cirrosis tras un tiempo de 28 años de mediana.

La biopsia hepática no se debería realizar de rutina en el diagnóstico de todo paciente pediátrico con VHC. Estaría indicada en aquellos casos en que el resultado de la misma tuviera un impacto en el manejo y posterior seguimiento del paciente como:

- Descompensación de un paciente estable
- Evaluar la severidad del daño hepático
- Excluir otras causas de enfermedad hepática

En genotipos 2-3 se puede obviar dada la buena respuesta viral sostenida (RVS) > 80%.

COMPLICACIONES ASOCIADAS AL VHC

En adultos se describen complicaciones asociadas a la infección del VHC. Unas están relacionadas con la evolución de la enfermedad hepática (hipertensión portal, aparición de hepatocarcinoma en hígados cirróticos, etc) y otras son extrahepáticas (glomerulonefritis, fenómenos de autoinmunidad, etc). En pediatría, estas complicaciones son excepcionales. La más frecuente es la presencia de auto-anticuerpos LKM positivos, en muchas ocasiones sin significación patológica. Además del estigma que representa, otro problema es el desconocimiento sobre el impacto de la infección crónica por VHC en niños que están en desarrollo (calidad de vida, desarrollo cognitivo y físico).

TRATAMIENTO VHC

Clásicamente se consideraba que todos los pacientes pediátricos tenían indicación de tratamiento a menos que presentaran contraindicaciones para el uso de los fármacos que utilizábamos contra el VHC (PEG-Interferon y ribavirina). Se consideraban candidatos ideales por el menor índice de efectos secundarios, la menor presencia de comorbididades, que el hígado tenía menos fibrosis al inicio del tratamiento y que los padres solían asegurar el cumplimiento terapéutico. La duda radicaba en cuándo empezar el tratamiento. Habitualmente, debido a la mayor tasa de eliminación espontánea en menores de tres años y a que interferón estaba contraindicado en esta franja de edad, se evitaba su uso en pacientes menores de 3-5 años. Dado que el tratamiento podía alterar el crecimiento, también se tendía a evitarlo durante los brotes de crecimiento (especialmente el brote puberal). La franja óptima para el tratamiento estaba entre los 5 y 10 años.

Igual que en adultos, el objetivo terapéutico principal para los pacientes con HCC es alcanzar una RVS, definida como carga viral indetectable 24 semanas después de finalizar el tratamiento. Normalizar la función hepática y la afectación histológica son un objetivo secundario del tratamiento. El 95% de quienes alcanzan RVS muestran viremia indetectable y función hepática normal. La RVS en los genotipos 1-4 con el tratamiento clásico estaba en un 50%, y en un 80% para los genotipos 2-3.

En la actualidad, la irrupción de los antivirales de directa (AAD) para tratar el VHC en población adulta ha cambiado radicalmente la indicación de tratar a los pacientes. En nuestro centro, la práctica habitual es, en pacientes estables, no iniciar tratamiento con PEG-interferon y ribavirina. A pesar de la mejor tolerancia en pediatría, este tratamiento no está exento de complicaciones. Debido a la lenta progresión en edad pediátrica, y la excelente respuesta al tratamiento con pocos efectos indeseados en adultos, nuestra recomendación suele ser esperar a la aprobación del uso AAD en pediatría.

La Unidad Integrada de Hepatología Compleja y Trasplante Hepático Pediátrico es uno de los centros seleccionados para realizar el primer estudio para el uso de AAD (ombitasvir, paritaprevir, ritonavir +/-dasabuvir y +/- ribavirina) en pacientes pediátricos con VHC genotipos 1 o 4. A nuestro conocimiento, éste es el único estudio pediátrico activo en Europa, existiendo únicamente otros dos estudios en Estados Unidos para aprobar el uso de sofosbuvir-ledipasvir /sofosbuvir- ribavirina en adolescentes y pacientes pediátricos.

CONCLUSIONES

El mecanismo de trasmisión de la hepatitis C en pediatría es principalmente vertical.
La presencia de anticuerpos anti-VHC en menores de 18 meses no es indicativa de infección puesto que puede haber paso de anticuerpos transplacentario.
A pesar de que tiene una alta tasa de cronificación, es una infección con una progresión más lenta en pediatría que en adultos.
La aparición de los nuevos antivirales de acción directa está cambiando la indicación de tratamiento en pacientes pediátricos.

Dra. Cristina Molera cmolera@fsjd.org
Dr. Jesús Quintero jquinter@vhebron.net

INFECCIÓN POR EL VIRUS B DE LA HEPATITIS

Dra.Teresa Casanovas
Hepatóloga del Hospital de Bellvitge

INTRODUCCIÓN

El virus B de la hepatitis (VBH) se transmite a través del contacto con la sangre u otros fluidos corporales de una persona infectada. La información de cómo evitar riesgos es crucial para prevenir la transmisión. Se estima que, en todo el mundo, unos 240 millones de personas están infectadas con hepatitis crónica B (definida como el antígeno de superficie de la hepatitis B positivo durante al menos 6 meses). Más de 780.000 personas mueren cada año debido a complicaciones de la hepatitis B. La hepatitis B es un importante riesgo laboral para los trabajadores de la salud. Se puede prevenir con una vacuna segura y eficaz disponible desde 1982, que actualmente se administra a los recién nacidos en 183 países y que también se debería proporcionar a las personas con mayores riesgos. Existen tratamientos que inhiben la replicación viral y, aunque el VBH no desaparece totalmente, permiten frenar la progresión de la enfermedad en los casos crónicos.

EPIDEMIOLOGÍA

La prevalencia del VBH es elevada en el África Subsahariana y Asia Oriental, donde entre el 5 y el 10% de la población adulta está infectada crónicamente. En la región amazónica y en Europa Oriental y Central también se detecta un porcentaje elevado de infecciones crónicas. En Oriente Medio y en la India, se estima que entre el 2 y el 5% de la población tiene infección crónica, mientras que en Europa Occidental y en América del Norte la infección crónica afecta aproximadamente al 1% de la población.

PREVENCIÓN

La vacunación anti-VBH, en personas sin enfermedades crónicas y con defensas normales tiene una efectividad del 95%. Ello significa que previene la infección y el desarrollo de hepatopatía y cáncer de hígado. En este sentido, son concluyentes los estudios realizados

en Taiwán tras el inicio del programa nacional en 1984 con la vacunación anti-VBH a los recién nacidos, ya que la gran mayoría se infectaban al nacer por transmisión materno-fetal. En este país, la aparición de hepatitis graves y hepatocarcinoma se producía en niños de corta edad. Las estadísticas, tras unos años después de la introducción del programa de vacunación a los recién nacidos, han cambiado totalmente (figura 1).

Cambios de incidencia del Carcinoma Hepatocelular en Taiwán

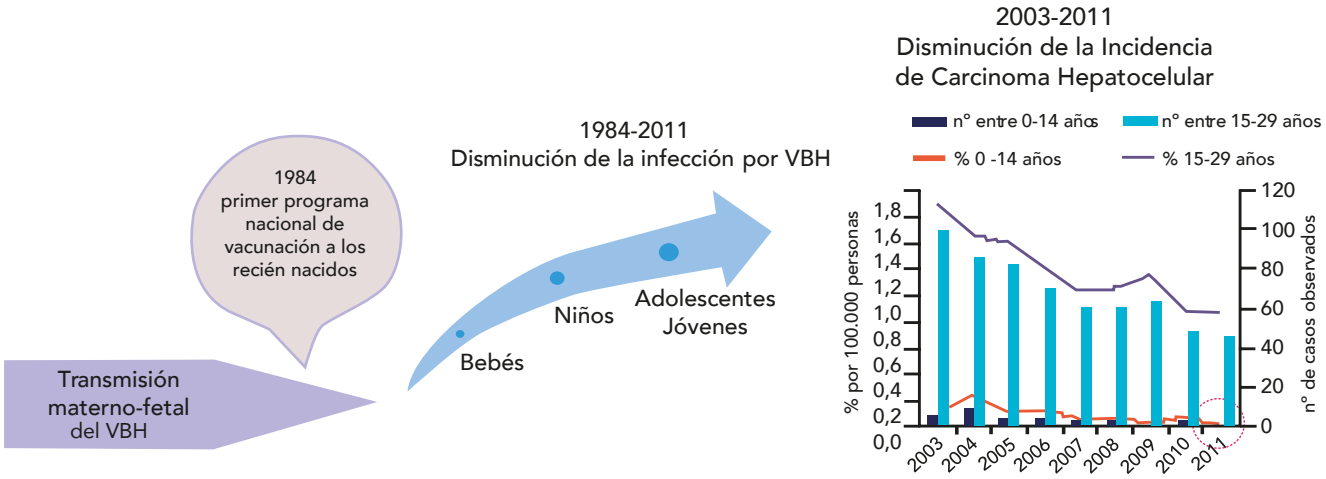


Figura 1. Adaptado de: Giun-Yi Hung et al. Journal of Hepatology 2015

TRANSMISIÓN DEL VBH

El VBH puede sobrevivir fuera del cuerpo durante al menos 7 días. Durante este tiempo, el virus todavía puede causar infección si entra en el cuerpo de una persona que no esté protegida por la vacuna. El período de incubación puede variar de 30 a 180 días. El virus puede ser detectado en la sangre de 30 a 60 días después de la infección, puede persistir y convertirse en una hepatitis B crónica.

En las zonas con elevada endemicidad, la hepatitis B suele transmitirse de madre a hijo en el nacimiento (transmisión perinatal) o por transmisión horizontal (por exposición a sangre infectada). El desarrollo de la infección crónica es frecuente en niños pequeños, como es el caso de los lactantes infectados por sus madres o antes de la edad de 5 años; por ejemplo un niño portador puede transmitir el VBH, en los primeros años, a un niño no infectado y no vacunado. Ello es debido a la inmadurez de su sistema inmune.

La hepatitis B también puede transmitirse por exposición a sangre infectada, sangre menstrual y fluidos corporales como saliva, flujo vaginal y fluidos seminales o a través de la piel o las mucosas. Se sabe que la transmisión sexual del VBH puede suceder sobre todo en los hombres no vacunados que tienen relaciones sexuales con hombres y en personas heterosexuales con múltiples parejas o por contacto con profesionales del sexo.

La transmisión del virus puede ocurrir también por la reutilización de agujas y jeringas, ya sea en centros de salud o entre personas que se inyectan drogas, situaciones vigentes en algunos países donde, además, la infección puede ocurrir también en relación a procedimientos médicos, quirúrgicos, dentales y tatuajes. También se puede contraer mediante el uso de máquinas de afeitar y objetos similares contaminados con sangre infectada.

SÍNTOMAS

La hepatitis B tiene un curso clínico muy variable, desde infección subclínica a progresión a cirrosis/hepatocarcinoma (HCC) y posible insuficiencia hepática. En la fase de infección aguda la mayoría de personas no tienen síntomas. Sin embargo, en algunos casos se presenta con síntomas de hepatitis aguda no específica como: coloración amarillenta de piel y ojos (ictericia), orina oscura, cansancio, náuseas, vómitos y dolor abdominal que pueden durar varias semanas. En un pequeño porcentaje, los pacientes con hepatitis aguda desarrollan insuficiencia hepática aguda grave que requiere hospitalización urgente e incluso necesidad de recibir un trasplante hepático. En algunas personas, si la hepatitis aguda no se resuelve en 6 meses, evoluciona a la forma de infección crónica y puede progresar a cirrosis hepática y/o cáncer de hígado.

Más del 90% de los adultos sanos que se infectaron

con el VBH pueden llegar a recuperarse de forma natural, persistiendo anticuerpos específicos que permiten el diagnóstico.

¿QUIÉN ESTÁ EN RIESGO DE SUFRIR HEPATITIS B CRÓNICA?

La probabilidad de que la infección por el VBH se vuelva crónica depende de la edad en que una persona se infecta. Los niños que se infectan cuando tienen menos de 6 años son los más propensos. Según estadísticas publicadas, en lactantes y niños muy pequeños, si contraen la infección durante el primer año de vida, la evolución a la cronicidad puede darse entre el 80 y 90%; mientras que el riesgo sería del 30 al 50% en niños infectados alrededor de los 6 años. La infección en la edad adulta conduce a hepatitis crónica en menos de 5% de los casos. Asimismo se sabe que entre el 20-30% de los adultos que tienen infección crónica desarrollarán cirrosis y /o cáncer de hígado. El estado inmunológico de la persona es un factor crucial. En aquellos pacientes con enfermedades crónicas o que están sometidos a tratamientos inmunosupresores o quimioterapia, la infección por VBH que ha llegado a estabilizarse se puede reactivar y causar complicaciones graves. Esta situación, ya conocida, se puede prevenir mediante tratamiento adecuado.

DIAGNÓSTICO

Los síntomas clínicos no permiten diferenciar la hepatitis B de otros tipos de hepatitis producidas por otras causas. La confirmación del diagnóstico se realizará mediante una analítica específica, que es útil para diferenciar las infecciones agudas de las crónicas. El diagnóstico de laboratorio de la infección por VBH se centra en la detección del antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAg). Esta prueba y otras más sofisticadas han sido claves para evitar la transmisión por transfusiones de sangre y/o derivados sanguíneos.

Marcadores serológicos de rutina: antígenos y anticuerpos

HBsAg: Antígeno de superficie del VBH. Es el primer marcador de la infección que aparece y, si persiste más de 6 meses, la infección se considera crónica.
Anti-HBs: Anticuerpo frente al HBsAg. Indica recuperación o bien inmunidad tras la vacunación.
HBeAg: Antígeno e del VBH. Indica una replicación viral activa. En algunos pacientes puede ser negativo debido a una mutación de la porción del pre-core viral.
Anti-HBe: Anticuerpo frente al HBeAg. Se asocia con una disminución de la replicación viral.
Anti-HBc: Anticuerpo frente al antígeno core del VBH, el cual puede ser IgG o IgM.
Anti-HBc total: Indica que el paciente ha estado en contacto con el VBH.
Anti-HBc IgM: Si es positivo, indica una exposición reciente o un brote de actividad.
ADN-VBH: Se detecta para saber el estado de la replicación del VBH. Es posible medirlo cuantitativamente en unidades internacionales (UI) por mililitro (m/L). Si sigue positivo después de la infección aguda, se considera que ésta ha evolucionado a crónica. En el portador del VBH llamado "inactivo" o "parcialmente activo" el ADN-VBH es menor de 2000 UI/ml y en la infección "curada" se halla indetectable. Al ser una infección que puede variar con el tiempo una sola determinación no es suficiente por lo que se realizan controles periódicos. Los niveles muy elevados suelen correlacionarse con la progresión de la enfermedad hepática. El aumento del ADN-VBH en el curso del tratamiento indica la aparición de mutantes resistentes a dicho tratamiento y se debe investigar. Es prioritario en estos casos confirmar la adherencia al tratamiento, ya que la falta de ésta ya explicaría una reactivación y/o aparición de mutaciones virales resistentes, por lo que siempre se pregunta al paciente si ha olvidado alguna dosis.

EVALUACIÓN INICIAL DE UN PACIENTE

El test más importante del screening es la determinación del HBsAg. Si es negativo se deberían investigar otra/s causa/s. Si el anti-HBs es negativo, se aconseja cuando sea posible, vacunar frente al VBH. Se le realiza la historia clínica habitual de la enfermedad actual, motivo de la consulta. Antecedentes médicos y quirúrgicos. Antecedentes familiares. Si se ha detectado por una analítica casual o por otro motivo. Se pregunta sobre posibles circunstancias de riesgo: intervenciones, transfusiones, contactos con personas portadoras y si otros miembros de su familia y/o entorno tienen virus de hepatitis. Las situaciones de riesgo comunes: drogas, tatuajes, contactos sexuales etc. Se investigan también enfermedades asociadas y posibles co-infecciones: VCH, virus Delta, VIH. Se debe indagar en los antecedentes: tratamientos farmacológicos y/o tratamientos con hierbas o de "medicina natural". Ingesta de tóxicos y alcohol. Se realiza la exploración física habitual, una prueba de imagen mediante ecografía y analítica general con las serologías mencionadas. Actualmente, se evita practicar biopsia hepática y se realiza FibroScan para conocer el grado de fibrosis hepática, así se puede establecer si estamos frente a una hepatitis aguda o bien se trata de una re-agudización de un proceso crónico.

CONSEJOS PARA EVITAR RIESGOS DE TRANSMISIÓN

El VBH no se transmite por abrazos, ni con la tos, ni por la comida o el agua, ni por compartir platos, cubiertos

u otros utensilios de mesa como vasos para beber. Las personas portadoras del VBH no deben ser excluidas del trabajo, ni de la escuela, han de poder jugar con otros niños y pueden ser los cuidadores de niños o de personas mayores. La información correcta y/o participación en un grupo de apoyo puede ayudar a los pacientes a convivir con la infección crónica por el VBH.

Recomendaciones específicas para las personas portadoras del HBsAg en sangre:

- Para confirmar la infección crónica por el VBH, en las personas con el HBsAg positivo, se repiten los análisis de función hepática y serologías del VBH y si persisten durante 6 meses indica que la infección por VBH es crónica.
- Las personas con infección crónica por el VBH deben ser controladas por un hepatólogo.
- Las parejas sexuales no vacunadas, los contactos familiares y del entorno, deberían hacerse las pruebas serológicas, por si precisan vacunarse.
- Las parejas sexuales de las personas con HBsAg, y no vacunadas, deberían usar preservativos.
- Se aconseja cubrir cortes o pequeñas heridas cutáneas.
- Ya se sabe que se han de abstener de donar sangre, plasma, semen; y también deben evitar compartir los artículos de higiene personal (por ejemplo, cepillos de dientes, maquinillas de afeitar...) o agujas que pueden hallarse contaminadas. Se aconseja también evitar la pre-masticación de los alimentos (práctica común en algunas zonas para dárselo a niños pequeños).
- Para proteger el hígado de un daño sobreañadido, se aconseja evitar el consumo de alcohol. Deberían abstenerse de tomar cualquier medicamento nuevo, incluso los que no precisan receta médica, como hierbas medicinales, sin consultar antes con su especialista.
- También se recomienda la vacunación contra la hepatitis A (si no tiene anticuerpos protectores).

Consideraciones especiales:

- Embarazo: A todas las mujeres embarazadas se les determina, en la primera visita prenatal, el HBsAg para saber si son portadoras del VBH, aunque hayan sido vacunadas en el pasado. En caso de resultar portadoras, deben ser controladas por especialistas en los programas perinatales de prevención de la hepatitis B. Siguiendo las guías clínicas actuales el tratamiento de las mujeres embarazadas con HBsAg y de sus bebés no tiene contraindicaciones y el resultado es excelente.
- Infección por VIH: La infección por VIH puede disminuir la tasa de respuesta a la vacunación contra la hepatitis B, por lo que en estos casos se aconseja, 1-2 meses después de la tercera dosis, determinar si han desarrollado anticuerpos anti-HBs. Además, con el objetivo de aumentar la tasa de respuesta se recomienda doblar la dosis habitual y administrar dosis adicionales si es preciso.

HISTORIA NATURAL

La Hepatitis B crónica tradicionalmente se clasifica en cuatro fases, las cuales reflejan la relación dinámica entre la replicación viral y la respuesta inmune del huésped (figura 2).

Estas fases son variables en su duración y también dependen de la persona infectada. Dado que es una infección crónica es de vital importancia comprobar la evolución en el tiempo de los niveles de ALT y del ADN-VBH e ir controlando al paciente. Una sola determinación dará poca información, sobre en qué fase se encuentra su hepatitis, lo cual es básico para indicar tratamiento. Se ha observado que algunas personas se hallan en una denominada "zona gris" esto significa que los resultados analíticos de ALT y de ADN-VBH no concuerdan (pueden estar en diferente fase). En estos casos se recomienda un seguimiento estricto cada 3 meses, durante unos 12 meses, con analítica periódica y si continúan los resultados dudosos o discordantes podría ser necesario realizar una biopsia hepática para un diagnóstico más preciso.

Detección precoz del carcinoma hepatocelular (HCC)

La consecuencia clínica más importante de la infección crónica por el VBH es la progresión de la fibrosis hepática a cirrosis y/o el desarrollo de un hepatocarcinoma (HCC). Conociendo este riesgo los especialistas que controlan a estos pacientes realizan pruebas de imagen periódicas para su detección precoz, puesto que en fases iniciales existe tratamiento eficaz. El objetivo es detectar tumores menores de 3 cm de diámetro, y preferiblemente de menos de 2 cm, con el fin de ofrecer un tratamiento curativo. Este control se debe hacer en todos los pacientes con cirrosis, ya que tienen riesgo de desarrollar HCC. Sin embargo, en África y en el sudeste de Asia, donde la infección por el VBH se adquiere temprano en la vida, el HCC se puede desarrollar en un hígado no cirrótico.

La Asociación Americana para el Estudio del Hígado (AASLD sus siglas en inglés) recomienda hacer screening de HCC en los siguientes grupos de pacientes con hepatitis crónica por VBH:

– Hombres asiáticos mayores de 40 años y mujeres asiáticas mayores de 50 años.
– En todos los pacientes con cirrosis, independientemente de la edad.

– En pacientes de cualquier edad con antecedentes familiares de HCC.
– En africanos mayores de 20 años.
– En personas coinfectadas por VBH/VIH.

En el entorno clínico del "mundo real", la práctica de una ecografía abdominal y una analítica, determinando la alfa fetoproteína (AFP) cada 6/12 meses, es la estrategia más eficaz para la detección de HCC en una etapa temprana.

La evolución de la hepatitis por VBH tiene 4 fases

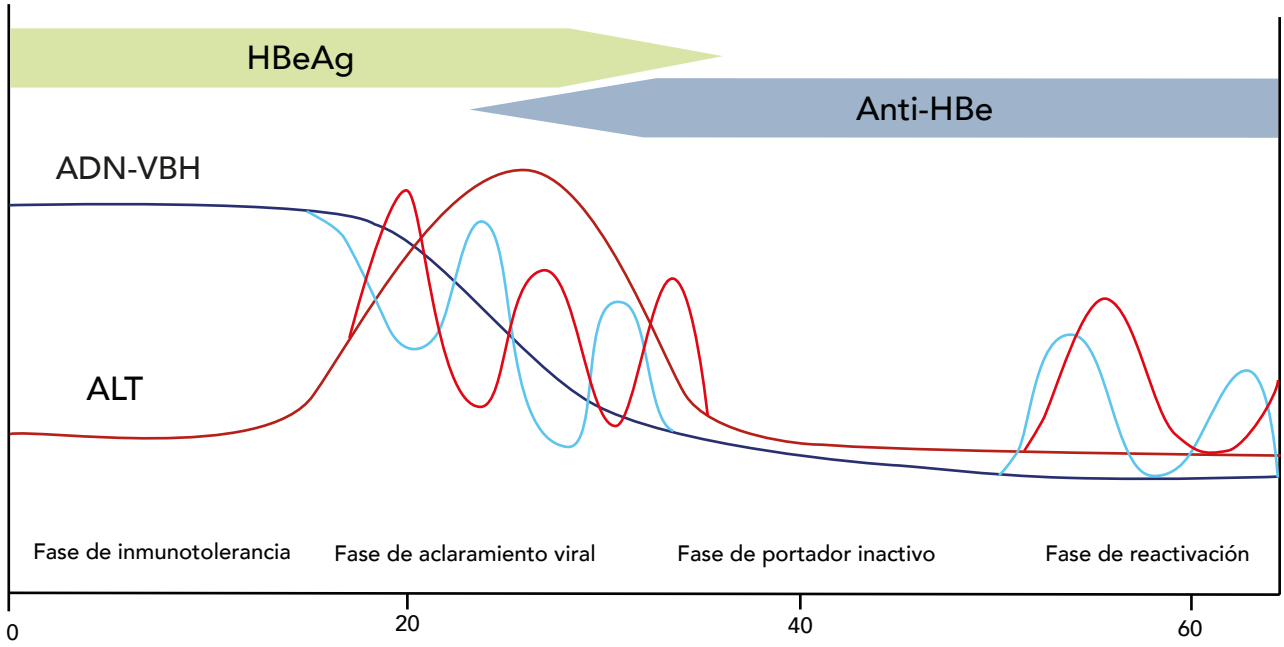


Figura 2. Tiempo de evolución aproximado en años

POSIBLE REACTIVACIÓN DEL VBH

Se produce una reactivación cuando la concentración del ADN-VBH en la sangre de una persona que previamente se consideraba "curada" (HBsAg-positivo y/o antiHBc positivo pero con ADN-VBH indetectable) aumenta rápidamente. Al principio el diagnóstico es sólo analítico. En esta etapa, el paciente puede encontrarse bien, pero unos días o semanas después de esta reactivación, la persona presentará ya signos y síntomas de enfermedad hepática. En la analítica de sangre se detecta aumento de ALT que indica la inflamación del hígado y se puede apreciar ictericia.

La reactivación se relaciona con la supresión inmune de cualquier tipo, la cual puede conducir a una pérdida de control inmune previamente adquirido, con la posterior reactivación del VBH que produce el aumento del ADN-VBH, ictericia e incluso puede llegar a una hepatitis fulminante y/o insuficiencia hepática fatal. La reactivación se produce en el contexto de tratamiento con quimioterapia por cáncer pero puede ocurrir con otras terapias inmunosupresoras o inmunomoduladoras (por ejemplo, con la administración de inmunosupresores tras un trasplante de órganos). Por ello, las guías clínicas recomiendan un tratamiento preventivo con un análogo de nucleósido/nucleótido en los pacientes HBsAg-positivos o con antiHBc positivo que van a recibir quimioterapia o fármacos inmunosupresores. El tratamiento ha de continuar durante el transcurso de la inmunosupresión y de 6 a 12 meses después. También se aconseja un seguimiento posterior para asegurar que la hepatitis B sigue inactiva. Las guías clínicas actuales permiten a los médicos detectar cuáles son los pacientes que podrían tener riesgo de reactivación del VBH para administrarles un tratamiento preventivo durante el tiempo que se precise y en el que ya se sabe que tendrán menos defensas, evitando así una posible reactivación.

TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS CRÓNICA POR VHB

Manejo general

Antes de iniciar cualquier tratamiento los pacientes deben recibir información y conocer cómo es su enfermedad, ya que ésta es dinámica y la mayoría se encontrarán bien y sin síntomas, incluso los que tienen enfermedad avanzada. Por ello

van a necesitar seguimiento médico toda la vida. Deben saber que tienen riesgo de transmitir la infección a familiares y a su entorno: éstos van a precisar análisis específicos del VBH, vacunación en los no inmunes al VBH y evaluación clínica de los que tengan el HBsAg positivo. También deben ser conscientes, en el momento de inicio del tratamiento, de que deberán cumplir estrictamente la terapia que potencialmente será a largo plazo. Además van a precisar visitas de seguimiento, tanto durante el tratamiento como si no lo reciben. Se les avisa de la importancia de la abstinencia de alcohol y del riesgo de tomar medicamentos que pueden ser hepatotóxicos o peligrosos en pacientes con enfermedad hepática avanzada (por ejemplo los anti-inflamatorios, que deben evitarse). El tratamiento está indicado en la hepatitis crónica activa, tanto en los portadores del HBeAg-positivo como si fuese negativo.

Tratamiento farmacológico

Los antivirales orales actuales inhiben la replicación del VHB con eficacia y seguridad y según estudios recientes se ha demostrado que la supresión viral a largo plazo estabiliza o incluso mejora la histología hepática; en algunos casos se ha comprobado la regresión histológica de la cirrosis. Se conocen algunos factores, tanto del huésped como del virus, que se asocian a un mayor riesgo de desarrollar cirrosis. Los factores relacionados con la replicación viral se pueden modificar con la terapia antiviral. En diferentes estudios se ha demostrado que los niveles muy elevados del ADN-VBH en la analítica de sangre se asocian a un mayor riesgo de cirrosis y de hepatocarcinoma. Estos datos ponen de relieve la importancia de disponer de una terapia antiviral potente, que al suprimir el ADN del VBH permite reducir la progresión de la enfermedad hepática.

Desarrollo histórico del tratamiento.

En 2004 un estudio demostró que la supresión del ADN-VBH con lamivudina, reducía la progresión de la enfermedad hepática, y sus complicaciones. Se demostró por primera vez que administrando un medicamento antiviral oral, la lamivudina, que en la actualidad casi no se utiliza, el grupo que lo recibía tuvo una menor progresión de la enfermedad, con menor número de casos con descompensación hepática y desarrollo de hepatocarcinoma que en el grupo control. El estudio que se había diseñado para 5 años, tuvo que ser finalizado a los 3 años, cuando ya se demostró la superioridad del tratamiento con lamivudina. Este fue el primer estudio que demostró no sólo la supresión de la replicación del VBH sino que también se modificaba y mejoraba la historia natural de la hepatitis B crónica. Posteriormente, otros estudios basados en resultados de biopsias hepáticas durante tratamientos a largo plazo, demostraron la reversión de la fibrosis hepática en pacientes con VBH tratados con los antivirales orales disponibles (figura 3).

Actualmente los tratamientos anti-VBH recomendados son tenofovir y entecavir. El tratamiento antiviral mejora la inflamación hepática y también la fibrosis, la cual si progresa, es el factor de riesgo más importante para el desarrollo de hipertensión portal y futuras complicaciones. Se ha demostrado el efecto beneficioso tanto de entecavir como de tenofovir en la histología hepática en tratamientos administrados a largo plazo (5-6 años).

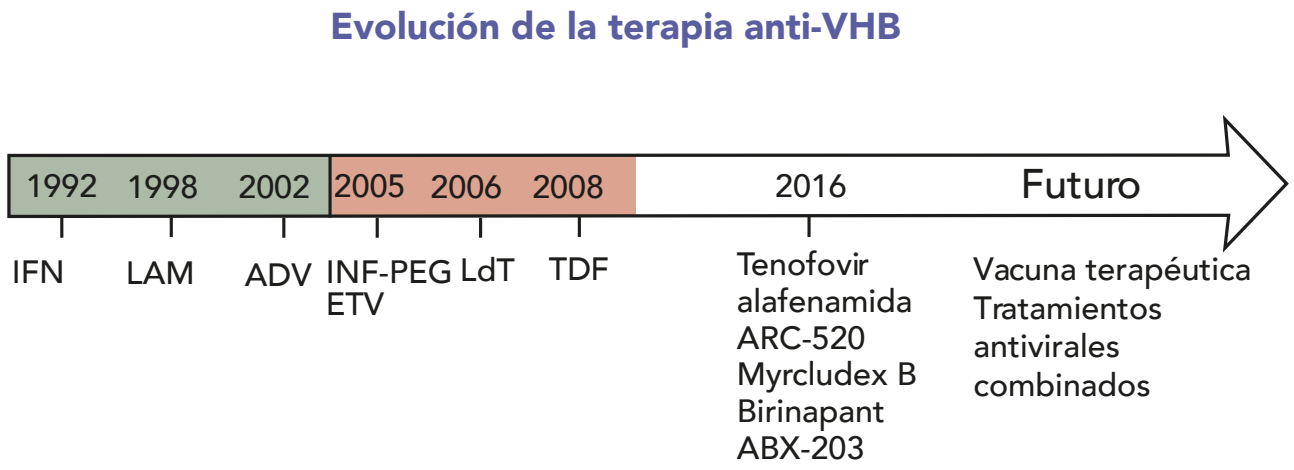


Figura 3. Abreviaciones: IFN, interferón; LAM, lamivudina; ADV, adefovir; INF-PEG, interferón pegilado; ETV, entecavir; LdT, telbivudina; TDF, tenofovir disoproxil fumarato. Están en estudio varios medicamentos novedosos. Tenofovir alafenamida (TAF) se halla en estudio de fase III para tratamiento de pacientes con monoinfección; aprobación esperada para 2016

La información de los ensayos de reversión de la fibrosis sugiere que el tratamiento está indicado en todos los pacientes que ya tienen cirrosis, y que la recomendación se debería extender a pacientes con fibrosis.

No se ha demostrado su utilidad en el tratamiento precoz en pacientes que no cumplan con los criterios de las guías clínicas. Se sabe que algunos portadores serían candidatos para un tratamiento más precoz pues tienen factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad hepática, ya que son mayores de 40 años, tienen fibrosis o cirrosis, o antecedentes familiares de cirrosis y/o hepatocarcinoma. Las decisiones de tratamiento se hacen en base del nivel de ALT y del ADN-VBH, y de la evaluación de la fibrosis mediante pruebas no invasivas, como la elastografía (FibroScan).

La práctica de una biopsia hepática puede ser necesaria en algunos casos, por presentar resultados discordantes y para ayudar en la toma de decisiones.

Podemos distinguir:

Hepatitis crónica activa: Tendría indicación de tratamiento: HBsAg positivo más de 6 meses, ADN-VBH mayor de 2000 UI/mL (según la guía europea), persiste ALT elevada y se demuestra actividad por biopsia hepática /Fibroscan.

Hepatitis B inactiva: Sin indicación de tratamiento, se aconseja seguimiento y control: HBsAg positivo, HBe Ag negativo, anti-HBe positivo, ADN-VBH con nivel bajo (menor de 2000 UI/mL) o negativo, ALT normal de forma continuada y la biopsia hepática confirma que no hay actividad inflamatoria.

Hepatitis B resuelta: Historia previa de hepatitis por VBH aguda o crónica o anti HBc positivo (con o sin anti HBs positivo). HBsAg negativo, ADN-VBH indetectable y ALT es normal.

El principal objetivo del tratamiento actual es la desaparición del ADN-VBH de la sangre, y la negativización del HBsAg, que aparezca el anticuerpo anti-HBe y se normalice la ALT, todo ello traduce la mejoría histológica hepática y el pronóstico.

El tratamiento se recomienda sólo en la fase immunoactiva, los antivirales orales inhiben la replicación viral y normalizan la ALT, pero su administración ha de ser prolongada (meses o años). El interferón-pegilado, no ha quedado obsoleto, ya que estimula el sistema inmune de la persona, y en un 20-25% de los casos, consigue la negativización del HBsAg.

Se puede administrar sobre todo en pacientes jóvenes, con HBeAg. La duración del tratamiento sería de 48 semanas y se puede combinar con un antiviral oral. También es muy importante que el hepatólogo informe de esta posibilidad a los pacientes que tengan indicación de prolongar el tratamiento.

CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS FUTURAS

¿Se puede pensar que en un futuro próximo será posible curar la hepatitis crónica por virus B?

Los recientes avances en el tratamiento del virus C (VCH) con los antivirales de acción directa sin interferón, que permiten curar la infección crónica por el VCH, han creado expectativas de lograr una cura para otras infecciones virales crónicas como la producida por el VBH. El VCH y el VBH infectan a los hepatocitos humanos e inducen una inflamación hepática crónica que puede ser progresiva e incluso pueden ser causa de cáncer hepático. Son similares en cuanto a las vías de posible infección-transmisión, pero diferentes en aspectos como el genoma y el ciclo de replicación viral.

Además, el VBH tiene dos características específicas: se puede prevenir mediante una vacuna eficaz y segura, mientras que no hay vacuna frente al VCH, y tiene gran capacidad de persistencia en el organismo de la persona portadora ya que genera una molécula viral, el cccDNA que se integra en el genoma del huésped lo cual dificulta su erradicación ya que aún no se dispone de fármacos capaces de eliminarlo

Se están investigando múltiples características de la infección por el VBH. Por un lado aspectos virales mediante el desarrollo de nuevos modelos de infección "in Vitro", los cuales permiten estudiar los efectos directos de los fármacos en desarrollo y por otro las reacciones inmunes de la persona con el objetivo de diseñar vacunas terapéuticas que activen las defensas del paciente

Retos frente a la posible cura del VBH:

1. El desarrollo de nuevos modelos para caracterizar mejor los mecanismos moleculares del ciclo de replicación del VBH, en la formación y regulación del cccDNA intra-nuclear.

2. El análisis de los factores implicados en la enfermedad producida por el VBH tanto virales como del huésped y en especial de la respuesta inmune antiviral.

3. La investigación de nuevos biomarcadores, que se puedan detectar mediante análisis de sangre, y que permitan identificar de manera fácil aquellos pacientes que están en riesgo de desarrollar cirrosis y carcinoma hepatocelular.

Para conseguir, el nuevo objetivo del tratamiento que supondrá la curación definitiva del VBH, se precisan acciones coordinadas entre los responsables de la organización asistencial sanitaria, de salud pública, de los hospitales, centros académicos, de investigación y de la industria farmacéutica, todos implicados en acelerar nuevas estrategias diagnósticas y terapéuticas para combatir la infección por el VHB.

Modelo del ciclo vital del VBH y dianas terapéuticas en investigación para el diseño de nuevos tratamientos

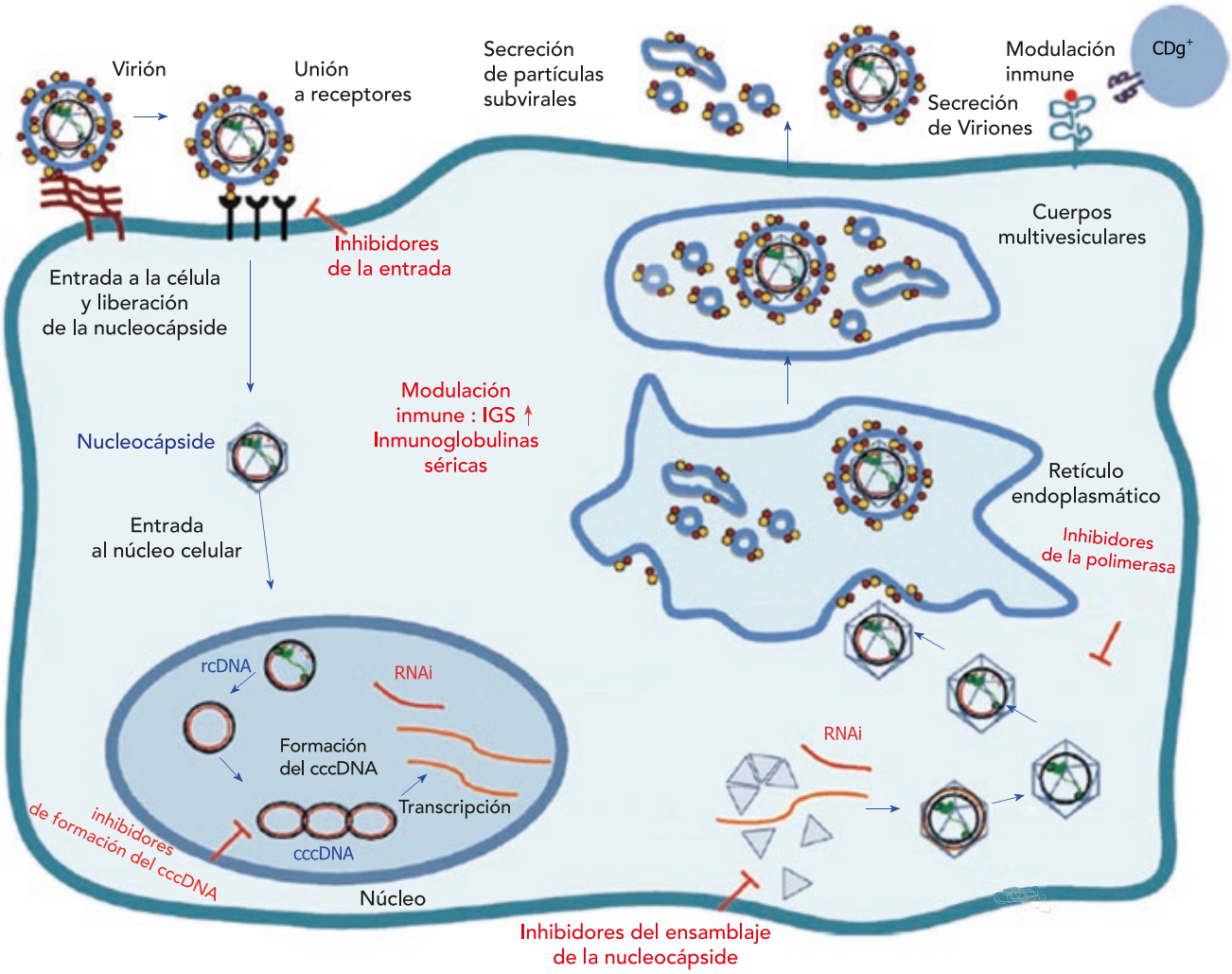


Figura 4. Esquema de la célula hepática. Adaptada de S.Manzoor et al. WJG Nov 2015

La supresión de la replicación del VBH con los medicamentos actuales no es completa y ello explica que las tasas de curación sean insuficientes con los medicamentos anti-VBH que existen en la actualidad (interferón alfa o inhibidores de la polimerasa viral).

No obstante, la infección por el VBH podría ser curable puesto que se sabe que la molécula del cccDNA intra-nuclear, no se mantiene por mecanismos celulares y por lo tanto se podría perder por diversas causas (después de la muerte celular de los hepatocitos o por su división o por nuevos fármacos inhibidores). Además, las células clave de la infección por el VBH, los hepatocitos, tienen una vida media corta y son reemplazadas continuamente por otros nuevos. Por lo tanto, cuando se disponga de nuevas moléculas que inhiban la entrada del virus en los hepatocitos libres de infección, impidiendo que éstos se infecten, se obtendrán mejores tasas de curación.

Los nuevos fármacos en investigación (figura 4) actuarían en diferentes etapas del ciclo vital del VBH en el interior de la célula y podrán, o bien suprimir por completo la replicación del VHB e impedir la producción de viriones, o una nueva infección celular, y/o restaurar la respuesta inmune funcional contra el virus.

VIH+VHC 30 AÑOS DE OCUPACIÓN Y RESISTENCIA

Fui diagnosticada de VIH+ en febrero de 1986. Nunca pensé que sobreviviría a esta noticia y mucho menos que sería otro virus el que acabaría arrastrando mi vida hasta el límite de la muerte. El VIH y el VHC se alían entre sí. El VIH se encarga de desarmar al sistema inmunitario, despejando de obstáculos la proliferación del VHC y su capacidad destructiva sobre el hígado, lo que, hasta ahora, tenía un final catastrófico.

No estaba previsto que yo tuviera que hacer frente a este escenario en el año 1986. Por entonces, el VIH era el único que había sido identificado. Sólo dos años antes de descubrir que portaba este indeseable inquilino, el VIH fue aislado por primera vez y se desarrollaron las pruebas para su detección. Tuve, pues, el dudoso honor de ser de la primera oleada de diagnósticos "positivos" frente a este nuevo virus del que pronto se descubriría su planetaria expansión y su feroz virulencia. Su agresividad contra el sistema inmunitario provocaba el desarrollo de enfermedades oportunistas que desembocaban en unas siglas que se convirtieron en sinónimo del terror: SIDA (Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida). Fue todo tan rápido que, aún hoy, me resulta sorprendente observar como las noticias relacionadas con el VIH se superponen en el tiempo vertiginosamente, pasando de los casos aislados detectados en San Francisco en 1981, a millones de infectados cuando, en 1985, el anuncio realizado por el actor Rock Hudson de que padecía sida hacía saltar todas las alarmas a nivel mundial. A partir de ahí, el terror a contraer el virus se instaló en una sociedad mal informada y, junto a él, el vértigo se instaló en mi vida, que ya nunca volvería a ser la misma.

El impacto del diagnóstico fue demoledor: tenía 24 años, hacía más un año que había conseguido liberarme de mi adicción a la heroína y, recuperado el norte, encaraba el futuro llena de ilusión y nuevas expectativas. ¡Fue brutal!.

A partir de ese momento mi vida se centró en dos cuestiones fundamentales: la primera, hacer frente al virus a través del recién nacido Sistema Nacional de Salud y la segunda, mantener en secreto mi condición de seropositiva fuera de mi ámbito más íntimo y privado. Empezó una cuenta atrás con la que tuve que aprender a convivir. Unos años de absoluta incertidumbre en los cuales cualquier pico de fiebre, inflamación de garganta, mancha en la piel, cualquier pequeña alteración fisiológica, parecía el anuncio del principio del fin. Años difíciles en los que los médicos carecían de herramientas terapéuticas que ofrecer a los que, como yo, acudíamos periódicamente a las consultas en busca de alimento para la esperanza. Y, a pesar de estas carencias, qué importante fue que aquel momento tan dramático coincidiera con el desarrollo y afianzamiento de nuestro sistema público de salud. La dispensación gratuita de los medicamentos de última generación contra el VIH a través de las farmacias hospitalarias, además de ofrecernos a los pacientes una discreción muy valiosa en aquel momento, nos salvó la vida a muchos, a mí desde luego. Así lo siento.

> “Creo que, en algún momento, llegué a olvidar que era una mujer colonizada”

¿Dónde estaba el VHC en aquellos años? En mi sangre, desde luego. Pero este virus no había sido identificado todavía y, aunque la inflamación de mi hígado se hacía evidente en cada análisis, no ocupaba ningún espacio en mis preocupaciones. Fue a principios de 1990, cuando se desarrollaron los mecanismos para detectarlo y en algún momento de esa época supe que, a falta de uno, eran dos los virus que navegaban plácidamente por mi caudal sanguíneo. No le di mayor importancia. Eran otras las prioridades en ese momento. Ya se conocía su lenta actividad, y tiempo era precisamente de lo que yo carecía.

Los años fueron pasando sin que mi cuerpo sufriera ningún desajuste importante, exceptuando los efectos adversos que, periódicamente, alguno de los nuevos tratamientos antirretrovirales me causaban.

Hubo un tiempo de tregua. A partir de 1997, las combinaciones de Tratamientos Antirretrovirales de Gran Actividad (TARGA) supusieron toda una revolución en mi vida. La estabilidad pareció imponerse en mis revisiones médicas y los controles se espaciaron. Creo que, en algún momento, llegué a olvidar que era una mujer colonizada… Aprendí a relajarme, disfruté de una sensación de alivio que no recordaba, me sorprendí a mí misma haciendo planes de futuro, me permití abordarlos, recuperé la “normalidad”… Ah, pero había olvidado al VHC. Éste es un virus silencioso pero implacable. Actúa lentamente, con sigilo, sin dar muestras visibles de su actividad. Las analíticas nunca detectaron nada que diera la voz de alarma. Pero una mañana de febrero de 2008 me sentí mareada. Ya por la tarde tuve náuseas y, al vomitar, comprobé que lo que salía de mi estómago era sangre. No sentía dolor y no sabía qué era aquello que me estaba pasando. Ese día la hepatitis C se convirtió en una pesadilla para mí.

> “Volví a los años de la incertidumbre, a la cuenta atrás, de la espada de Damocles en mi nuca”

Fui diagnosticada de cirrosis en fase avanzada y me propusieron someterme a un tratamiento con interferón pegilado y ribavirina durante 11 meses. Sin dudarlo, comencé a tratarme pasado el tiempo justo para recuperarme de la hemorragia esofágica que había delatado el precario estado de mi hígado. Fueron 11 meses durísimos. No funcionó. Mi médico intentó por todos los medios ayudarme a encajar el fracaso haciendo hincapié que, aún fracasando, posiblemente el tratamiento había mejorado mi función hepática, por tanto, habíamos conseguido ganar tiempo. Había nuevos fármacos contra el virus C en un estado muy avanzado de investigación. Era cuestión de pocos años que estuvieran disponibles. Había que resistir como fuera.

Volví, pues, a los años de la incertidumbre, de la cuenta atrás, de la espada de Damocles en mi nuca… Fue duro retornar al corto plazo, poner de nuevo el freno de mano, asumir esta derrota. Pero ya era muy veterana en este combate por la supervivencia y, al menos, el VIH seguía bajo control. Paciencia…una sobredosis de paciencia tuve que insuflarme para regatear la depresión que parecía dispuesta a invadirme.

Nuevamente el tiempo fue pasando, aunque el sigiloso virus C ahora ya no estaba dispuesto a pasar desapercibido. Un infarto esplénico trasladó el foco de atención del hígado al bazo a finales de 2009. Una nueva hemorragia esofágica amenazó mi vida en 2011. A finales de 2013, y dada la gravedad de la situación, volví a someterme a un tratamiento con interferón, ribavirina y, esta vez, telaprevir. Sólo lo soporté tres meses. Salí del hospital en silla de ruedas pero viva y, lejos de sentirme vencida, la noticia de la inminente aprobación de los tan esperados fármacos de nueva generación y alta eficacia, me llenó de esperanza. Eran, según me explicó mi médico, tratamientos de corta duración y sin apenas

efectos secundarios, algo a lo que me aferré como a un clavo ardiendo. Tenía que recuperarme lo antes posible del deterioro provocado por el ingreso y la toxicidad de esta última intentona y aguantar sólo unos meses. ¡Ahora no podía tirar la toalla!

Pero en España la política sanitaria del gobierno consiguió convertir lo que debería haber sido una celebración colectiva, la curación de una enfermedad hasta ese momento mortal, en una nueva pesadilla para las personas con hepatitis C a quienes se nos denegó el acceso al tratamiento solicitado por nuestro médico especialista. Yo recibí esa denegación por escrito en diciembre de 2014.

> “Miles de afectados y afectadas nos movilizamos públicamente exigiendo el derecho constitucional a la protección de nuestra salud”

Por primera vez desde que en 1986 se aprobara la Ley General de Sanidad en España, un tratamiento incluido dentro del Sistema Nacional de Salud resultaba inaccesible para los y las pacientes que lo necesitaban. Aquel sistema sanitario que me había sostenido durante décadas y que había conseguido mantenerme con vida en los años más duros y oscuros del VIH y el sida parecía ahora desmoronarse pretendiendo arrancarme la vida en su caída. Por suerte, miles de afectados y afectadas nos movilizamos públicamente exigiendo el derecho constitucional a la protección de nuestra salud. Fueron meses de combate feroz entre las distintas plataformas de afectados y afectadas que se crearon a lo largo y ancho de todo el país y los distintos gobiernos que nos negaban el acceso a la curación por criterios económicos, no científicos.

En mi caso, si la denegación llegó a mis manos el 12 de diciembre de 2014 porque no cumplía el requisito de estar en fase 5 (según la subcomisión de valoración), la aprobación llegó poco tiempo después, una vez tomadas en consideración las alegaciones presentadas por mi médico. Comencé mi tratamiento con sofosbuvir, simeprevir y ribavirina el 16 de enero de 2015. Tres meses después, sólo quince días después de la aprobación del Plan Estratégico para el Abordaje de la Hepatitis C en España, yo ya lo había finalizado y, como se pudo confirmar al poco tiempo, esta vez sí, por fin, con éxito.

Mi cuerpo pronto reaccionó a la ausencia del virus C y mi estado general mejoró rápidamente. La sensación de cansancio crónico desapareció. Mi piel abandonó el gris mate para recuperar un tono fresco y sonrosado que no recordaba desde mi juventud. Hasta mi pelo ganó volumen (yo también, dicho sea de paso). La vida parecía recuperar un espacio hasta ahora colapsado por la voraz actividad de este bicho detestable.

Ahora forma parte de mi pasado y aún me cuesta verbalizarlo. Fueron muchos años royendo lentamente mi pobre hígado que ahí sigue, maltrecho pero funcionando. La analítica de los seis meses indica que los marcadores siguen mejorando y el índice de FibroScan ha descendido. Sólo el tiempo dirá si finalmente le ganaré la batalla a la cirrosis, pero de momento, el marcador se inclina a mi favor y yo paladeo del dulce sabor de esta victoria.

Vuelvo, pues, a 1986, cuando me enfrentaba asustada a un virus desconocido y letal. Casi treinta años después, el VIH sigue ahí pero, a estas alturas de nuestra historia, me gusta pensar que ahora es él el que empieza a estar asustado. ¡Ja!

Xulia Alonso Díaz.
Escritora. Autora del libro “Futuro Imperfecto”
Editorial Mar Maior

POR FIN ESTOY CURADA

Después de tanto tiempo, nunca creí que llegase el día en que lo pudiese decir: ¡me he curado! ya me había conformado en llevar siempre la misma vida, CANSADA. Sí, porque éste es el único síntoma que tenía de mi enfermedad pero, sin embargo, sabía que por dentro había algo que atacaba mi hígado.

Me llamo Pilar y tengo 63 años. Hace años me diagnosticaron hepatitis C. Fue en una revisión anual que me hicieron en el trabajo; las transaminasas estaban altas y me aconsejaron que fuera a mi médico para saber el motivo. Para asegurarse, me hicieron unos análisis más completos y fue cuando me encontraron el virus de la hepatitis C (VHC).

En aquel momento, cuando me lo comunicaron, no sabía exactamente qué era, solo me confirmaron que a la larga podía tener problemas en el hígado y que era una enfermedad infecciosa. Me prohibieron beber alcohol y me aconsejaron que procurara hacer una dieta sana. Pero la verdad es que desconocía este virus. Mi preocupación fue en aumento porque siempre te quedan dudas. Soy una persona a quien le gusta salir con los amigos y divertirme, pero no me preocupaba el hecho de no poder beber, sino que pudiese transmitir el virus, por mi familia, mis nietos y mis amigos. Todo eran dudas y no sabía cómo actuar... Creo que eso fue lo peor de todo, porque la enfermedad hepática no la he tenido muy avanzada y, como he dicho antes, el único síntoma que tenia era el cansancio, aunque cada vez más.

Al cabo de un año mi hepatólogo me dijo que iba a prescribirme un tratamiento que me podía curar, quizás tendría efectos secundarios, pero valía la pena probarlo. Era la biterapia con interferón y ribavirina. Me fue fatal; estuve durante 7 meses con el tratamiento y lo pase muy mal con los efectos secundarios: anemia, nauseas, irritabilidad, caída de pelo, picores, descomposición y no podía dormir. Aguantaba porque creía que me iba a curar, pero cada vez estaba peor. Era como una tormenta callada. Por fin mi hepatólogo me dijo que lo dejara ya que además no estaba dando resultado. Después de tanto tiempo aguantando la medicación, al tener que dejarla estuve desanimada

y sin saber qué hacer; lo peor fue que quedé con el colon irritable crónico.

Por suerte para mí conocí a ASSCAT en una mesa informativa el Hospital del Mar de Barcelona. Pertenecer a ASSCAT ha supuesto para mí tener donde recibir orientación en lo sucesivo. Sí, es muy importante saber que otras personas te pueden ayudar y orientar en momentos en los que no sabes qué hacer. Todas las dudas sobre la transmisión del VHC que tenía se disiparon. Cuando tienes un virus y piensas que puedes infectar fácilmente, aunque sea un simple beso, te condiciona mucho, y así fue que a partir de entonces tuve información de primera mano. Es verdad que cuando vas al médico te explica lo más básico, pero todos necesitamos saber más detalles, para estas cosas del día a día en las que tenemos siempre nuestras dudas.

Por desgracia, además he tenido la mala fortuna de pasar un cáncer. Pensé: con el virus puedo vivir, pero esto sí que puede ser mortal. Me operaron y tuve suerte de que lo encontraron a tiempo y no necesite quimioterapia. Este hecho me dio una perspectiva de fortaleza y esperanza: "he resistido al cáncer y ahora tengo que luchar para conseguir un buen tratamiento para mi hepatitis C", pensé.

Durante estos dos últimos años que he estado en la asociación he tenido oportunidad de saber los tratamientos novedosos que han ido saliendo y cada vez con mejores resultados. Pero le dije a mi médico que no tenía prisa por empezar hasta que hubiera alguno que me diera seguridad en mi curación. Y por fin tuve mi oportunidad y creo que he tenido mucha suerte.

> "No hay que tener miedo, ni temer lo que piensen los demás, en realidad está en juego TU VIDA y eso es lo que importa."

Mi hepatólogo me propuso uno de los tratamientos que hacía poco había salido al mercado y que tenía un 95% de resultado de curación. Era mi oportunidad, ya que estaba ya en una fase de fibrosis 3. Empecé el tratamiento el 14 de marzo de este año, sería durante 3 meses. Llevaba también ribavirina, pero yo tenía mucha fe en mi curación porque sabía que este tratamiento atacaba al genotipo 1b, que es el que yo tenía y me propuse aguantar, pensé que no sería peor que el anterior, y además la duración era corta. Tuve algunos efectos secundarios: anemia, caída de pelo, cansancio, y algún trastorno intestinal, pero mucho más soportables que en el primer tratamiento. Además, al saber que en mi primer análisis ya no se detectaba el VHC me animé mucho. Y así al mes y a los tres meses. Ahora tengo la esperanza que siga así. En un año tengo otro análisis.

Doy gracias a mi especialista que me facilitó el tratamiento, pero también a todas las personas que me han apoyado. Porque es muy importante comunicarse y saber encontrar soporte en personas que te pueden ayudar, tanto emocionalmente como en asesorarte para tener una mejor calidad de vida. No hay que tener miedo, ni temer lo que piensen los demás, en realidad está en juego TU VIDA y eso es lo que importa.

Quiero terminar este testimonio con una frase del recordado Dr. Albert Jovell "No todo en medicina es el tratamiento. No todo es razón. No todo es técnica y procedimiento. Lo importante es la persona enferma, no la enfermedad".

Pilar, Barcelona

Fotog EASL

DE FLORES A PLANETAS

Perspectives - Art, Liver Diseases and Me

Soy Anna Revuelto, graduada en bellas artes y exestudiante de la facultad de Barcelona. En el momento en que inicié la aventura de Perspectives, al igual que la mayoría de los compañeros que participaron, justo acababa de terminar la carrera y al conocer la propuesta de la Universidad Politécnica de Valencia no dudé en presentarme. En ese momento no conocía mucho sobre la hepatitis C ni el camino que los afectados tienen que recorrer para superarla o aprender a convivir con ella. Gracias a esta iniciativa pude acercarme a algunos casos reales y conocer las situaciones con las que tienen o han tenido que lidiar en su día a día.

Hacer un proyecto artístico sobre una enfermedad parecía algo muy serio y delicado. Y aún parece más intimidante cuando decides asumir la responsabilidad de plasmar unas emociones tan complejas que no son las tuyas, son las de otra persona que se abre completamente a ti para explicártelas. En eso mismo consistía el proyecto, en crear una obra a partir de la experiencia de personas con VHC centrándonos en explicar el momento más significativo para ellas. Reconozco que puede parecer algo extraño y complicado, cuando uno no está habituado, el intentar comprender un proceso tan abstracto e impredecible como es el proceso creativo, pero por nuestra parte estábamos preparados y contábamos con la sensibilidad suficiente para llevarlo a cabo. De hecho, esa pregunta fue la que rompió el hielo en el primer cara a cara con los pacientes participantes: ¿Cómo íbamos a transformar sus palabras en arte?.

Para conocer a personas afectadas, la asociación ASSCAT colaboró con la Universidad y a cada artista nos pusieron en contacto con uno de sus miembros. Nuestro primer encuentro pacientes-artistas, juntos en una sala de la Facultad de Bellas Artes de Barcelona, fue un momento inesperado. Creía que sería una reunión silenciosa, muy formal, en la que nuestros compañeros y compañeras pacientes hablasen reservadamente sobre su estado y nosotros los

escucháramos muy atentamente. Pero para mi sorpresa sucedió de un modo distinto. Los pacientes no tuvieron ningún miedo en contarnos su historia con todo tipo de detalles y eso nos dio pie a preguntar sin prejuicios ni tabúes todas nuestras dudas sobre la hepatitis C. Nada de dramatismo, todo fue paz, sinceridad y muchas ganas de contarlo. Después de la primera reunión con todo el grupo, las siguientes citas fueron en parejas. Mi compañera estuvo dispuesta a hablar de todo su tratamiento, de los dolores que le causaba e incluso del estigma y el rechazo que por su enfermedad se había encontrado en algún momento de su vida. Esta serie de conceptos y su actitud calmada y positiva inspiró directamente la obra que realicé.

Fueron unos cuatro meses de trabajo combinando reuniones y reflexiones sobre qué momento de su historia escoger y cómo representarlo. Finalmente, la pieza que desarrollé gira entorno a la visión que ella tenía de sus días como paciente en tratamiento. Me centré en representar sus sensaciones cuando sus pruebas médicas demostraron que había superado la enfermedad y la burbuja en la que se había aislado durante meses se convertía en una flor que se abría con ella dentro. Con este relato decidí crear algo menos convencional que una pintura. Se trató de una instalación con diferentes elementos impresos que explicasen las dos zonas de confort e inseguridad en las que ella vivía. Para ello escogí colocar estos trabajos impresos sobre un conjunto formado por dos objetos: la silla y la mesa, una no es nada sin la otra, siempre coexisten de igual manera que lo hace el fuera y el adentro. La silla junto con un pequeño libro sobre el universo representaba el exterior y la mesa cubierta por un colcha estampada de flores explicaba su espacio privado interior asilado del mundo y su florecer inminente.

Tomando perspectiva, no fue tan importante la forma final que cobró el trabajo. Lo trascendente de todo el paso por el proyecto fue demostrar que el arte propuso otra manera de ver y de entender una enfermedad como la hepatitis C. La expresión artística nos permitió transformar unas sensaciones en colores y formas y con ello crear algo bello de una situación complicada. Giramos completamente la idea de dolencia ligada al dolor y juntos convertimos la hepatitis C en una oportunidad para hablar y contar historias con un lenguaje totalmente distinto al que estaban acostumbrados.

> “Fué una instalación con diferentes elementos impresos que explicasen las dos zonas de confort e inseguridad en las que ella vivía”

El trabajo concluyó cuando enseñamos nuestras propuestas acabadas a todos los pacientes participantes de Barcelona, aunque las exposiciones de las diferentes obras se siguen celebrando por toda Europa. No sé exactamente qué debieron sentir ellos, pero aseguraron reconocerse en cada una de las piezas. Por mi parte, solo quería demostrarle a la persona con la que trabajé que todo el esfuerzo que había invertido en explicarme sus problemas serviría para mostrar a muchísima gente su visión tan única de cómo afrontar la hepatitis C.

Anna Revuelto Fernández

Fotog EASL

JUEGO Y SALUD

Según la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.»[1]

¿Y el juego qué es? Si cierras los ojos e imaginas un grupo de niños jugando, ¿qué palabras te vienen a la mente? A mí me aparecen: alegría, pasión, movimiento, risas, diversión, placer, concentración, esfuerzo, estímulo, imaginación, conflicto, libertad... El juego es vida, es sobre todo ACCIÓN. Una acción muy seria, porque compromete el ser, el estar y el pensar de la persona que juega, convirtiéndola en protagonista.

Como dice Johan Huizinga en su libro Homo Ludens.[2] El juego es una acción libre, efectuada "como si" y vivida fuera de la vida corriente, pero que aun así, por el placer que provoca, puede apasionar completamente al jugador, sin que implique ningún interés material ni beneficio, siendo así total gratuidad.

De la misma manera que un niño que no juega, no es un niño sano, un adulto que no juega, tampoco es una persona sana. Con los niños, rápidamente pensamos que tienen fiebre si están quietos, si no juegan… A los adultos nos pasa exactamente lo mismo, si no jugamos desarrollamos comportamientos poco sanos.

Así pues, tenemos claro que jugar proporciona placer, y debemos saber también que si lo deseamos, cualquier actividad puede convertirse en un juego si es vivida como tal. Pero ¿cuáles son los beneficios del juego para la salud?

El juego proporciona momentos de placer, de alegría y satisfacción. Jugar descarga tensiones, modifica el estado de ánimo, facilita la creación de vínculos y permite vivir en el presente sintiéndote capaz de superar retos. Estos aspectos son relevantes para todos, pero lo son más aún para personas con un diagnóstico médico que les sitúa en un momento de vida especialmente sensible, con tendencia a sentirse abatidas y solas.

La ansiedad, el estrés, la depresión y la fatiga son síntomas muy frecuentes al convivir con la enfermedad. Los médicos aconsejan una vida sana: practicar

deporte, una buena dieta, escuchar música, viajar, dormir bien y tener vida social. Pero, a mi entender, obvian lo más importante para poder gozar de todo ello: !la actitud lúdica y el humor!.

¿Qué es la actitud lúdica? Responde a las ganas de vivir cualquier situación como si de un juego se tratara. La actitud lúdica nos permite: no perder el sentido del humor, vivenciar cualquier dificultad como un reto apasionante, tolerar lo incierto, vivir en el presente, mantener una actitud positiva y curiosa, estar implicados en lo que hacemos, perder el miedo a equivocarnos, reír y sentirnos llenos de vida.

> “Jugar descarga tensiones, modifica el estado de ánimo, facilita la creación de vínculos y permite vivir en el presente sintiéndote capaz de superar retos”

Como dice Martine Mauriras-Bousquet, psicosocióloga del sector de educación de la UNESCO, “El juego se define como una actitud existencial, una manera concreta de abordar la vida que se puede aplicar a todo y que no corresponde a nada en particular”.[3]

Ahora te propongo que pares un momento y te preguntes: ¿en qué medida vivo las situaciones de la vida cotidiana con esta actitud?, ¿cuántas veces me rio?, ¿cuántas bromas hago?, ¿cuánto disfruto con lo que hago?, ¿y si le pones un número, del 0 al 100%?, ¿a lo tienes?. Decidas el número que decidas, la buena noticia es que una actitud es una decisión y que la capacidad lúdica se puede desarrollar, se entrena. ¡La podemos ayudar a crecer!. ¿Cómo hacemos eso? Dándonos permiso para jugar, para arriesgar, confiando en nosotros mismos, en los demás y en la vida.

Desde que nos despertamos hasta que nos vamos a dormir, tenemos miles de ocasiones para jugar, una de ellas puede ser reunir a unos amigos y conseguir unos juegos de mesa, ¡pero hay muchas otras! Puedes imaginar formas en las nubes, crear rimas con las palabras, aventurarte a modificar el recorrido de casa al trabajo, hacer muecas en el espejo, cantar sin miedo a que te escuchen, ¿qué más se te ocurre?

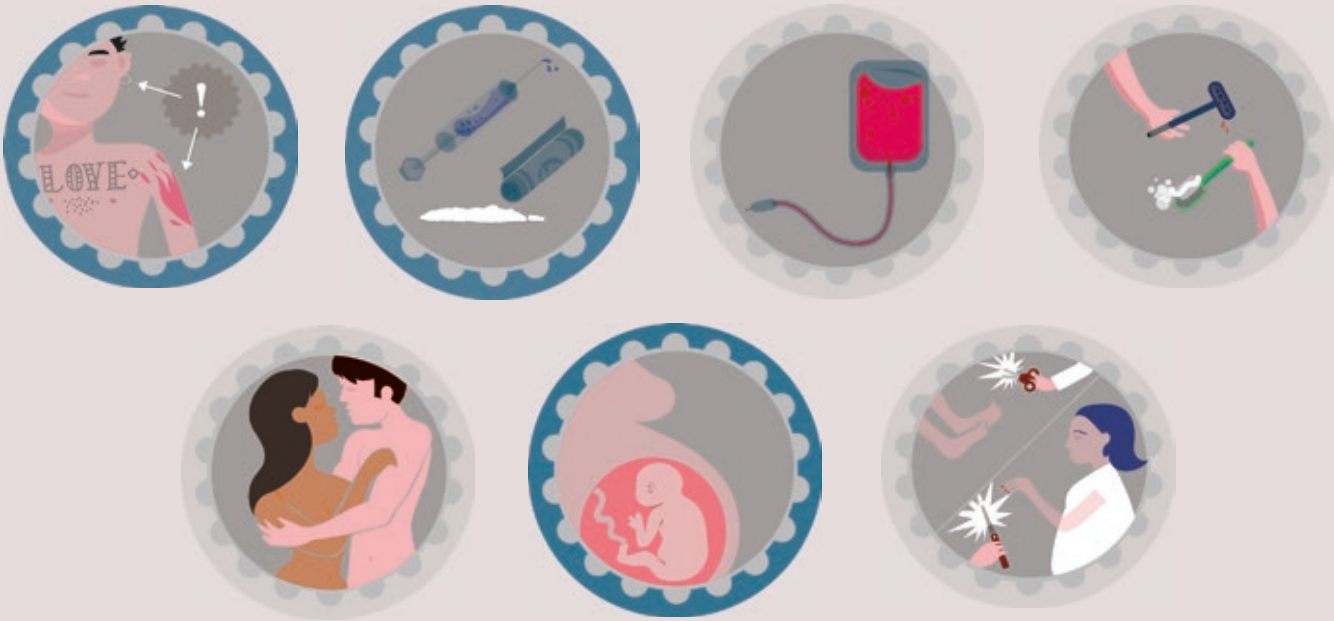
Jugar es permitirnos experiencias que nos entusiasmen, que realizamos por el puro placer de hacerlas, sin esperar a cambio nada más que el propio disfrute. Jugar nos hace personas felices, nos permite aprender a gozar de la vida que tenemos y de la persona que somos (no de la que nos habría gustado ser y vivir) amándonos y agradeciendo la vida.

Así pues, ¿qué reto lúdico te lanzas para el día de hoy?

Referencias:
1 Organización Mundial de la Salud (2006). Constitución de la OMS. Documentos básicos, suplemento de la 45a edición. Publicación en línea: < http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf> [Consulta: 11 de octubre 2015]. 2 Huizinga, J. (1995). Homo Ludens. Madrid: Alianza Editorial. 3 Maurirás-Bousquet, M. (1991).“Un oasis de dicha”. El Correo de la UNESCO. Año XLIV, mayo: El Juego. Publicación en línea: <http://unesdoc.unesco.org/images/0008/000886/088610so.pdf> [Consulta: 11 de octubre 2015].

Ariadna Aragay Marín. Facilitadora lúdica

LA HEPATITIS C ES CURABLE, MÁS DE LA MITAD DE LAS PERSONAS QUE LA TIENEN NO LO SABEN



PIDE LA PRUEBA
LA SALUD ES UN DERECHO DE TODOS

ASÓCIATE tu apoyo es necesario

Puedes hacerlo de varias maneras:

1. Rellena esta solicitud y envíala por correo o llévala personalmente a la sede de ASSCAT

SOLICITUD

Apellidos .....
Nombre .....Tel. .....
Dirección .....CP .....
Población .....E-mail .....
Autorizo que carguen en mi cuenta los recibos que presente ASSCAT

IBAN | Entidad | Oficina | DC | Nº de cuenta

Cuota anual: 35€ ☐ 45€ ☐ 55€ ☐ .....€

2. Visita la web www.asscat-hepatitis.org, entra en Házte socio/colabora y sigue las instrucciones.
3. Envía un email a informacio@asscat-hepatitis.org o llama por teléfono a ASSCAT para facilitar tus datos.

4. Puedes hacer un ingreso o transferencia al número de cuenta de ASSCAT mediante tu banco o a través de la web, entrando en Házte socio/colabora en el apartado DONACIONES.
   La Caixa ES03 2100-0854-1202-0021-8585

ASSCAT. Hotel d'Entitats La Pau. Pere de Vergés 1, 8º, desp.11-08020 Barcelona.
Tels. 933145209-932782559-615052266
Entidad sin ánimo de lucro NIF. G-62527106. Inscrita con el núm 24.265 en el registro de Asociaciones de la Generalitat de Catalunya

abbvie

LA INNOVACIÓN
Y LA CIENCIA,
NUESTRA PASIÓN.
MEJORAR LA SALUD
DE LAS PERSONAS,
NUESTRA RAZÓN
DE SER.

AbbVie nace como una compañía biofarmacéutica de vanguardia que aúna el espíritu innovador de la biotecnología con la solidez de una compañía farmacéutica.

La pasión impulsa nuestra ciencia, permitiéndonos desarrollar nuevos tratamientos capaces de mejorar la salud de las personas.

Porque cada vida es importante, trabajamos para estar a la altura.

www.abbvie.es

PERSONAS. PASIÓN.
POSIBILIDADES.