



HEPATITIS C
SUPPORT PROJECT

www.hcvadvocate.org

HCV ADVOCATE

noviembre 2007 vol. 4, número 11

Para Vivir Positivamente. Sintiéndose Bien

UNA PUBLICACIÓN MENSUAL DEL HEPATITIS C SUPPORT PROJECT

www.hcvadvocate.org

El genotipo 1b, un gran factor de riesgo de CHC



Alan Franciscus, Redactor jefe

En general, la hepatitis C es una enfermedad de evolución lenta que puede estar presente durante muchos años antes de producir daños graves al hígado. Antiguamente se creía que el genotipo 1 hacía progresar la enfermedad con más rapidez que los demás genotipos. Pero esa opinión empezó a dejarse de lado porque los datos clínicos de la época no la respaldaron. Sin embargo, un par de estudios más pequeños y otro ensayo reciente más grande a largo plazo (con una duración de 17 años) han demostrado que el genotipo 1b es una forma más agresiva de infección por el VHC, al menos por lo que respecta al riesgo de carcinoma hepatocelular (CHC, o cáncer de hígado), en especial cuando ya existe cirrosis.

S. Bruno y cols. publicaron un estudio en la revista *Hepatology* titulado "Hepatitis C virus genotype 1b as a major risk factor associated with hepatocellular carcinoma in patients with cirrhosis: A seventeen-year prospective cohort study." En dicho estudio, se evaluó a 163 pacientes VHC positivos con cirrosis entre enero de 1989 y diciembre de 1990; estos sujetos habían sido atendidos en distintas clínicas y no habían sido inscritos específicamente para el estudio. Los participantes tenían las siguientes características: hombres (51%),

con el genotipo 1b (64%), con el genotipo 2 a/c (32%), y con otros genotipos (4%). La media de edad era de 58,7 años en el grupo con el genotipo 1b y de 59,5 entre los portadores del genotipo 2a/c. Hubo una proporción más alta de portadores del genotipo 2a/c que del genotipo 1b que fueron clasificados en la clase B de la puntuación Child-Pugh en el momento de su admisión (el 25% frente al 12%). Se realizó además un subanálisis al subgrupo de sujetos que recibieron interferón o una politerapia de interferón más ribavirina.

CHILD-PUGH es un sistema de puntuación que clasifica y proyecta las tasas de supervivencia. La clasificación se basa en un sistema de puntos que evalúa la gravedad de la enfermedad hepática valorando el grado de ascitis, las concentraciones de bilirrubina y albúmina en sangre, el tiempo de protrombina y el grado de encefalopatía.

Las clasificaciones del Child-Pugh son:

- clase A – enfermedad bien compensada
- clase B – deterioro funcional importante
- clase C – enfermedad descompensada



EN ESTE NÚMERO

Vacunas contra la gripe.....2

Consejos de Salud:

Virus: La Mejor Defensa

es un Buen Ataque.....3

El Tratamiento de los Pacientes con VHC y Trastornos Psiquiátricos.....5

Discapacidad y Subsidios

SSI y SSDI: ¿Cuántas Diferencias Puede Crear Una Sola Letra?.....7

Marcadores no Lesivos de la Fibrosis Hepática10

Los pacientes se sometieron cada seis meses a una ecografía para comprobar si tenían cáncer de hígado. Solamente se perdió la pista de 18 pacientes en el período de seguimiento.

Los autores declararon que, tras una media de seguimiento de 10,7 años, 44 de los 104 pacientes con el genotipo 1b del VHC tuvieron cáncer de hígado, frente a 10 de los 52 pacientes con el genotipo 2a/c. Los factores pronósticos de cáncer de hígado fueron: tener el genotipo 1b, varices esofágicas, ser hombre y superar los 60 años. Esa tasa más alta de cáncer en el genotipo 1b que en el 2a/c es preocupante, ya que los sujetos con el genotipo 2a/c tenían más avanzada la enfermedad cuando entraron en el estudio.

Hay que resaltar que entre los pacientes que tomaron interferón y lograron una respuesta virológica

sigue en la pág 2

FRENAR LA PROPAGACIÓN

viene de la pág 1

ca sostenida (RVS) se realizó un subanálisis adicional. En aquella época, el protocolo de referencia para tratar el VHC era la monoterapia de interferón (inyectado 3 veces por semana). Tal como se esperaba, la tasa de RVS fue baja, pues tan sólo la alcanzaron 12 pacientes. Pero lo interesante es que en los pacientes con el genotipo 2a/c, la aparición de cáncer de hígado fue similar en el grupo tratado y en el que no se trató. No obstante, la tasa de progresión a cáncer de hígado fue más baja en el grupo con el genotipo 1b que alcanzó la RVS que en el grupo que no recibió tratamiento. De hecho, ninguno de los pacientes con el genotipo 1b que lograron la RVS sufrieron cáncer de hígado. Sea como fuere, estos resultados deben usarse con precaución, ya que la cantidad de participantes que alcanzaron la RVS fue muy baja, pero aun así es un dato que merece un estudio más detallado.

Los autores concluyeron que “el genotipo 1b del VHC está asociado a un riesgo significativamente más alto de padecer CHC. Los pacientes cirróticos que estén infectados con este genotipo requieren una vigilancia más intensiva para detectar la neoplasia a tiempo y tratarla de forma más contundente”.

Este es otro de los datos importantes que deberían incorporarse a la toma de decisiones terapéuticas.



Vacunas contra la gripe



Alan Franciscus, Redactor jefe

Ya ha llegado otra vez esa época del año en que nuestra atención se dirige al otoño y el invierno, y al riesgo potencial de pillar un resfriado o la gripe. Muchas personas confunden esas dos afecciones, pero el resfriado común no es más que algo molesto e incómodo que puede amargarnos la vida cotidiana. En cambio, la gripe es una enfermedad grave que puede tener consecuencias serias sobre la salud e incluso resultar mortal en algunos casos. La recomendación general para las personas con hepatitis C es que se vacunen todos los años; no olvide hablar con su médico sobre la vacunación anual.

La gripe provoca unas 36.000 muertes en los Estados Unidos cada año. Antes del desarrollo de las vacunas, la gripe era una de las primeras causas de mortalidad a escala mundial. Por ejemplo, se calcula que la mal llamada «gripe española» (H1N1) de 1918 acabó con la vida de entre 50 y 100 millones de personas en el mundo. Pero eso sucedió antes de que hubiera una vacuna anual contra la gripe, la cual ha reducido drásticamente el alcance patológico y la mortalidad de los brotes de gripe.

Por desgracia, no existe ninguna vacuna que confiera protección para toda la vida, ya que el virus de la gripe muta constantemente y cada año aparecen nuevas cepas infecciosas. Debido a las continuas mutaciones del virus, hay que desarrollar una vacuna nueva cada año que predeciblemente proteja a la gente de las cepas más

perniciosas que circulan en cada temporada. Existen tres laboratorios de la Organización Mundial de la Salud que vigilan los brotes que surgen en todo el mundo. Cada año, en el mes de febrero, los científicos de dichos laboratorios se reúnen en Ginebra para revisar los datos y recomendar las cepas que deben incluirse en la próxima vacuna anual. La producción de la vacuna requiere unos 9 meses y se distribuye entre los médicos del hemisferio norte en octubre. Se recomienda vacunarse en octubre o noviembre para que el organismo tenga tiempo de desarrollar inmunidad, ya que los anticuerpos tardan alrededor de 2 semanas en aparecer. Se calcula que el 80% de los sujetos vacunados desarrollan inmunidad ante las cepas de gripe de esa temporada. Sin embargo, incluso si una cepa no está incluida en la vacuna de ese año, la vacuna refuerza las vacunaciones anteriores y ayuda a disminuir la gravedad de la enfermedad causada por cualquier cepa.

Para informarse en más detalle sobre la gripe y consultar algunos consejos de prevención del resfriado o la gripe, visite las Hojas Informativas en inglés de la sección *HCSP Wellness Fact Sheets*:

- *Flu Shots*
- *Influenza*



Consejos de Salud:

Virus: La Mejor Defensa es un Buen Ataque (3ª parte de una serie de cuatro)



Lucinda Porter, Enfermera titulada

El primer artículo de esta serie abordó información básica sobre los virus. El artículo de *Consejos de Salud* del mes pasado se centró en el sistema inmunitario. Este mes, trataremos de un arma muy potente contra los virus: *la prevención*.

La prevención es una herramienta polifacética. Es algo más que mantener una buena higiene y utilizar protección en las relaciones sexuales. También incluye las vacunaciones y el cuidado de nuestra propia salud. Consiste en navegar por un mundo de gérmenes.

La prevención es como una vía de doble sentido: por un lado, es crucial dar pasos para evitar los virus. Y por otra parte, una vez que los virus traspasan el organismo, debemos tomar medidas para no transmitírselos a los demás. Las precauciones, al igual que la carretera, son las mismas tanto para impedir la entrada de virus como para evitar transmitirlos.

Para empezar, debemos saber cómo se transmiten los gérmenes y qué hacer para tratar de impedir que eso suceda. La prevención del contagio abarca desde usar protección en las relaciones sexuales hasta evitar las picaduras de mosquitos, desde no compartir los mismos vasos cuando tenemos un resfriado hasta lavarnos las manos cuando preparamos comida. Dedique tiempo a conocer los métodos para prevenir la propagación de las enfermedades infecciosas. La Clínica Mayo ofrece buenos consejos en www.mayoclinic.com/health/infectious-disease/ID00004. Para informarse en concreto sobre el virus de la hepatitis C (VHC), visite www.hcvadvocate.org/hepatitis/factsheets.asp.

Muchos virus se transfieren de las manos a los ojos, la nariz o la boca. El mayor enemigo de los virus es un buen lavado de manos. En general, o no nos lavamos bien las manos o no lo hacemos durante el tiempo suficiente. Los antisépticos con alcohol son eficaces si se utilizan correctamente. Para consultar consejos de higiene

de las manos, visite la página Web de la Clínica Mayo www.mayoclinic.com/health/hand-washing/HQ00407.

A no ser que vivamos en una burbuja de cristal, es prácticamente imposible evitar todos los virus. Por suerte, tenemos la capacidad de desarrollar inmunidad ante ciertos virus. Eso sucede si creamos *anticuerpos* frente a esos virus. Los anticuerpos, que ya mencionamos en el artículo anterior, se especializan en encontrar y neutralizar a microorganismos invasores específicos, llamados *antígenos*. Cuando ambos se encuentran, se desencadena un *inmunocomplejo*, que es una de las armas más potentes del sistema inmunitario.

Los recién nacidos vienen al mundo con cierta inmunidad. Las madres traspasan anticuerpos al feto durante el embarazo, y más adelante a través de la lactancia natural. Con el paso del tiempo, los bebés pierden esas defensas y necesitan fabricar sus propios anticuerpos. El proceso de fabricación de los anticuerpos se denomina *inmunidad adquirida*.

Podemos adquirir inmunidad de tres formas básicas:

- 1) creando nuestros propios anticuerpos al infectarnos con el virus,
- 2) creando nuestros propios anticuerpos al vacunarnos,
- 3) usando temporalmente los anticuerpos de otro ser vivo.

Empecemos por el primer modo, que además es el más frecuente. Aquellos de ustedes «más maduritos» recordarán aquello del sarampión, las paperas, la varicela y la rubéola. Dichas enfermedades están ocasionadas por distintos virus. Si uno contrae la enfermedad, nunca más vuelve a padecerla en el futuro. Eso sucede porque el organismo crea anticuerpos contra el sarampión, contra las paperas y así sucesivamente. La protección conseguida se llama *inmunidad adquirida naturalmente*.

Aunque muchos pillamos un catarro todos los años, en realidad no es el mismo catarro que el anterior. Los catarros están causados por virus. Según el *National Institute of Allergy and Infectious Disease* de los EE.UU., más de 200 virus pueden provocar un catarro. En teoría, si uno se infectara con todos esos virus, el cuerpo produciría anticuerpos para cada uno de ellos y ya no tendría más catarros. Una curiosidad interesante a propósito de esto es que cuando pillamos un catarro, los síntomas que sentimos son en mayor medida consecuencia de la respuesta del sistema inmunitario que del propio virus.

La vacunación es el segundo modo de adquirir in-

sigue en la pág 4

MEJOR DEFENSA

viene de la pág 3

munidad. Puede que nuestros hijos nunca padezcan sarampión, paperas ni rubéola, pero sí tienen anticuerpos frente a estos virus. Eso se debe a que están *vacunados*. Por el mismo motivo, nuestros nietos no tienen varicela desde que empezaron a vacunarse frente a ella.

Las vacunas estimulan la producción de anticuerpos. Pueden elaborarse con una forma modificada del virus. Cuando recibimos la vacuna, en realidad no se nos inyecta el propio virus ni contraemos la enfermedad resultante. En su lugar, el sistema inmunitario produce anticuerpos contra esa enfermedad. Algunas personas tienen miedo de caer enfermas si se vacunan. En raras ocasiones, se desencadena una reacción alérgica, pero casi toda la gente se encuentra bien después de vacunarse. Se pueden notar leves molestias o dolor en el punto de inyección. Esas reacciones no proceden de la vacuna, sino de la respuesta del sistema inmunitario frente a la vacuna.

La vacunación es uno de los mayores avances de la medicina. Logró erradicar la polio en los EE.UU. y la viruela en todo el mundo. Las vacunas pueden protegernos del tétanos, la difteria, la tos ferina y la hepatitis B. Todos podemos protegernos de la gripe, la neumonía y la hepatitis A. En la actualidad, disponemos incluso de vacunas contra el herpes zóster (culebrilla) y el cáncer de útero.

De vez en cuando surgen controversias en torno a la vacunación, en particular fuera de la medicina occidental típica. Pero las vacunas se han sometido a pruebas muy rigurosas. El experto más conocido en Medicina Complementaria y Alternativa, el Dr. Andrew Weil, apoya públicamente la vacunación. Afirma que tanto él como su hija adolescente respetan su

calendario de vacunación frente a la gripe y otras enfermedades.

Los principales tipos de inmunidad adquirida son la *activa* y la *pasiva*. La activa es la que he explicado ya, una forma modificada del virus que estimula la producción de anticuerpos. El proceso de creación de anticuerpos es activo, tanto si contraemos la enfermedad como si recibimos la vacuna. La inmunidad pasiva es el tercer modo de recibir anticuerpos. En este caso, el organismo no produce anticuerpos, sino que los toma prestados de otro ser humano o de un animal.

Imagine que tiene un pariente con hepatitis A (VHA) y que usted nunca ha padecido esa enfermedad ni se ha vacunado. El médico puede inyectarle una preparación llena de anticuerpos obtenidos de la sangre de una gran cantidad de personas. Esa preparación se llama *gamma-globulina* o *siero inmunológico*. Proporciona una reserva temporal de anticuerpos para mantener a raya el VHA. La *inmunidad pasiva* resultante suele durar unas semanas o algunos meses.

Por desgracia, siempre hay excepciones. La medicina es como la vida, en el sentido de que nada es blanco o negro. Por ejemplo, ciertas vacunas confieren protección para toda la vida, mientras que otras protegen durante poco tiempo. Algunas personas tienen la misma enfermedad más de una vez, probablemente porque la primera vez padecieron una forma leve y no llegaron a producir suficientes anticuerpos. Es más, algunos virus siguen presentes aunque el organismo produzca anticuerpos, como sucede con el VIH y el VHC.

Los virus de la hepatitis son particularmente irregulares. En cierto modo es lógico, ya que no todos pertenecen a la misma familia. El de la hepatitis A (VHA) actúa como un virus típico. Si uno contrae la enfermedad, nunca más vuelve a padecerla

en el futuro. Si uno se vacuna contra el VHA estará protegido, aunque quizás necesite otra dosis de refuerzo al cabo de 25 años.

La hepatitis B (VHB) es la que rompe más normas. La mayoría de la gente que se expone al virus de forma natural se recupera y lleva anticuerpos protectores. Sin embargo, un pequeño porcentaje de afectados sufren hepatitis B crónica y son portadores de la enfermedad. El VHB a menudo se vuelve crónico si la exposición tuvo lugar durante el desarrollo fetal o la infancia.

La vacuna contra la hepatitis B es eficaz y puede protegernos de por vida. La gente que se ha vacunado parece estar protegida incluso si su concentración de anticuerpos no es detectable. Las vacunas contra el VHA y el VHB son recomendables en personas que viven con el VHC y que no han padecido ninguna de esas enfermedades.

Y así llegamos al tema del VHC. La mayoría de los casos son crónicos. Aproximadamente el 20% de las personas expuestas a este virus crean anticuerpos y no sufren una infección crónica. Nadie sabe si los anticuerpos frente al VHC previenen infecciones futuras. No existe ninguna vacuna para el VHC.

Comenzamos esta serie con información básica sobre los virus y después proseguimos con el sistema inmunitario. Este mes, hemos hecho hincapié en la puerta que nos lleva a la salud: *la prevención*. La vacunación y los buenos hábitos sirven para protegernos a nosotros y a los demás. El próximo artículo de *Consejos de Salud* se centrará en cómo podemos contribuir a que sistema inmunitario realice bien sus funciones.

Center for Disease Control (Centros de Control de Enfermedades)
www.cdc.gov



El Tratamiento de los Pacientes con VHC y Trastornos Psiquiátricos



Alan Franciscus, Redactor jefe

Se calcula que entre el 6,8% y el 8,5% de las personas con trastornos psiquiátricos crónicos están infectadas también con hepatitis C. El tratamiento actual de la hepatitis C es la politerapia de interferón pegilado más ribavirina, y son bien conocidos sus efectos secundarios de tipo psicológico. Las reacciones adversas más fuertes del interferón son: depresión moderada o grave, episodios maníacos, síntomas psicóticos, síndrome confusional, recaídas en el abuso del alcohol y las drogas e incluso pensamientos suicidas. Hasta no hace mucho, los médicos eran reacios a administrar interferón pegilado a los pacientes VHC positivos con trastornos psiquiátricos, por miedo a que se agravaran sus problemas mentales. Sin embargo, es importante reconocer que si deseamos detener la propagación del VHC, reducir el alcance de la enfermedad entre la población y aliviar el dolor y el sufrimiento que ésta provoca, necesitamos dar pasos para comprender y tratar a este grupo de población tan prevalente. Por desgracia, se han realizado muy pocos estudios centrados en los desafíos que presenta el tratamiento de estos sujetos. No obstante, en los pocos completados hasta la fecha, se ha hallado que el tratamiento de pacientes con el VHC y trastornos psiquiátricos produce unas tasas de respuesta virológica sostenida (RVS) similares a las de los pacientes sin trastornos psiquiátricos. Un nuevo estudio, expuesto en el artículo “Hepatitis

C Treatment in ‘Difficult-to-Treat’ Psychiatric Patients with Pegylated Interferon-Alpha and Ribavirin: Response and Psychiatric Side Effects”, de M. Schaefer y cols., se suma al creciente conjunto de datos que demuestran la inocuidad y eficacia del tratamiento contra el VHC entre las personas con trastornos psiquiátricos.

En su estudio, M. Schaefer y cols. trataron a 70 pacientes – 17 de ellos

sin enfermedades psiquiátricas ni drogadicción (grupo de control); 22 con trastornos psiquiátricos, 18 con una terapia

de mantenimiento con metadona y 13 con problemas de drogas en el pasado. Todos fueron tratados con interferón pegilado más ribavirina. Las características de los participantes fueron: hombres (62,9%), media de edad 43,9 (\pm 9,12), genotipo 1 (62%), genotipo 2 (1,4%), genotipo 3 (34,3%), genotipo 4 (1,4%) (nota: algunos pacientes eran portadores de más de un genotipo), y la media de carga viral o ARN del VHC era de 1.011.843 (\pm 2.143.366). Todos fueron tratados con interferón pegilado (una vez por semana) más ribavirina en función del peso

corporal (800-1.200 mg/día). La duración del tratamiento fue de 24 semanas entre los portadores de los genotipos 2 ó 3 y de 48 semanas para los portadores de los genotipos 1 ó 4.

Los autores señalaron que el 58,6% de todos los pacientes lograron una RVS. En el desglose por subgrupos, se observó una RVS en el 58,8% de los sujetos del grupo de control, el 50% de quienes

tenían trastornos psiquiátricos, el 72,2% del grupo con metadona y el 53,8% de los antiguos consu-

Los autores concluyeron que «los datos de nuestro ensayo prospectivo y controlado demostraron que es posible tratar la hepatitis C con interferón pegilado alfa y ribavirina en diferentes grupos de pacientes psiquiátricos de difícil tratamiento»

midores de drogas. Además, se comprobó que los pacientes que tomaban metadona y que habían consumido drogas en el pasado presentaron una tasa más elevada de abandono del tratamiento.

Es de señalar que los autores no encontraron diferencia alguna entre los grupos en cuanto a los síntomas depresivos o psicóticos ni los efectos secundarios durante el tratamiento. Sin embargo, el grupo de control **sin** trastornos psiquiátricos preexistentes mostró una puntuación de problemas

sigue en la página 6

PSIQUIÁTRICOS

viene de la pág 5

psiquiátricos más baja antes del tratamiento y un aumento notablemente **más alto** hacia los niveles máximos de la puntuación durante el tratamiento. Asimismo, se señaló que lo único asociado a la RVS era el genotipo. Dicho de otro modo, los demás factores, como los problemas psiquiátricos, el uso de metadona, los antecedentes de abuso de las drogas, el tipo de diagnóstico psiquiátrico, la puntuación de depresión (antes y durante el tratamiento), el sexo de los pacientes o la concentración de enzimas hepáticas no tuvieron una influencia ni positiva ni negativa sobre las tasas de RVS.

Los autores concluyeron que «los datos de nuestro ensayo prospectivo y controlado proporcionaron pruebas de que es posible tratar la hepatitis C con interferón pegilado alfa y ribavirina en diferentes grupos de pacientes psiquiátricos de difícil tratamiento». Además, los autores recomendaron encarecidamente utilizar un método interdisciplinario formado por psiquiatras, expertos en adicciones y especialistas en hepatitis C para optimizar el resultado terapéutico. Es evidente que se necesita seguir investigando para dilucidar los métodos más eficaces con los tratamientos actuales para la población VHC positiva con trastornos psiquiátricos, pero resulta aún más importante empezar ya a diseñar y realizar grandes ensayos clínicos prospectivos sobre los nuevos fármacos experimentales contra el VHC antes de que sean autorizados para tratar la hepatitis C, de forma que este grupo de población tan prevalente no se quede atrás ni caiga en el olvido.

MATERIALES EDUCATIVOS

- **HEPATITIS C: LO QUE NECESITA SABER (HEPATITIS C: WHAT YOU NEED TO KNOW)**
- **HEPATITIS C: PUNTOS BASICOS (HEPATITIS C: THE BASICS)**
- **CONSULTE NUESTRO NUEVO FOLLETO DE INFORMACIÓN SOBRE EL VHC EN ESPAÑOL (LATINO BROCHURE)**
- **GUÍA PARA LLEVAR UNA VIDA SANA CON EL VHC (A GUIDE TO HEALTHY LIVING WITH HEPATITIS C) NUEVO**
- **INFO PACKET (ESPAÑOL)**
- **LAS PREGUNTAS MÁS FRECUENTES SOBRE LA HEPATITIS C (FREQUENTLY ASKED QUESTIONS)**
- **LAS PREGUNTAS MÁS FRECUENTES SOBRE LA HEPATITIS C (HTML) (FREQUENTLY ASKED QUESTIONS)**
- **LAS MUJERES Y EL VHC (WOMEN AND HCV)**

[HTTP://WWW.HCVADVOCATE.ORG/ESPANOL.ASP](http://www.hcvadvocate.org/ESPANOL.ASP)



**HEPATITIS C
SUPPORT PROJECT**

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

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

Autores contribuyentes
Liz Highleyman
Lucinda K. Porter, Enfermera
Jacques Chambers, CLU

Diseño
Paula Fener
Blue Kangaroo Design
blueroodesign@aol.com

Traducción
Clara Maltrás

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

HCV Advocate ofrece información sobre distintas formas de intervención a fin de servir a nuestra comunidad. Cuando damos información sobre cualquier tipo de medicación, tratamiento, terapia o dieta no estamos promoviendo ni recomendando su uso, sino simplemente informando bajo la premisa de que la mejor decisión es la que se toma con conocimiento.

Se autoriza y se alienta a la reproducción de este documento siempre que se reconozca la autoría del Hepatitis C Support Project.

© 2007 Hepatitis C Support Project

Discapacidad y Subsidios: SSI y SSDI: ¿Cuántas Diferencias Puede Crear Una Sola Letra?



Jacques Chambers, CLU

Ya es bastante complicado entender que la Seguridad Social gestione dos planes de subvenciones por discapacidad totalmente distintos, como para que encima sus siglas sólo se distingan por una letra. Esto genera una enorme confusión. Sin embargo, una simple letra puede ser muy importante, ya que existen grandes diferencias entre ambos planes. Esos dos planes son el **SSI (Supplemental Security Income, o ingresos suplementarios de seguridad)** y el **SSDI (Social Security Disability Insurance, o prestación por discapacidad de la Seguridad Social)**. Quizás el mejor modo de deshacer esta ambigüedad es compararlos entre sí.

NOTA: Esto no es más que un resumen de las distinciones entre el SSI y el SSDI. No pretendemos proveer una descripción exhaustiva de ninguno de los dos planes.

Para empezar, en el propio concepto y objetivo de cada plan se aprecian ya diferencias esenciales:

- El **SSI** es una subvención que se concede en caso de auténtica necesidad. Además de destinarse a discapacitados de cualquier edad, incluso si son niños, también paga una cantidad mensual a las personas mayores de 65 años que cumplan los requisitos económicos, aunque no estén discapacitadas. La clave de las subvenciones del SSI está en el concepto

de «necesidad económica». Los «Criterios de Aprobación», explicados más adelante, se basan en la falta de recursos e ingresos personales para satisfacer las necesidades vitales.

- El **SSDI** también se denomina SSD. La Seguridad Social se limita a llamarlo «Discapacidad» e internamente se refiere a él como el DIB, o Disability Insurance Benefit (seguro de discapacidad). Lo llamen como lo llamen (nosotros lo denominaremos SSDI), el programa se creó para que los trabajadores que sufran una discapacidad y no puedan seguir trabajando hasta la edad normal de jubilación puedan cobrar su pensión anticipadamente. Los planes privados de pensiones lo llamarían «jubilación por discapacidad». Los criterios de concesión, comentados más adelante, se basan únicamente en el período de tiempo y la cantidad de dinero que se haya descontado de la nómina para pagar los impuestos F.I.C.A.

Existen también ciertas similitudes entre ambos planes:

Tanto el SSI como el SSDI:

- Están gestionados por la Administración de la Seguridad Social.
- Reembolsan una subvención

mensual a las personas totalmente discapacitadas que cumplan los requisitos.

- Exigen el mismo grado de discapacidad física para conceder la subvención, y siguen los mismos trámites para determinar si el solicitante está o no discapacitado (Consulte *Social Security and HCV* en la Sección *Benefits Section* del sitio Web del HCV Advocate (en inglés), o bien la Hoja Informativa *Cómo Conseguir los Subsidios de Discapacidad por el VHC Concedidos por la Seguridad Social* (en español); ambas se centran tanto en el SSI como en el SSDI).
- Hasta aquí llegan sus semejanzas.

Y ahora pasemos a las principales diferencias:

Importe Mensual de la Subvención

- El SSI paga una cantidad fija cada mes. El importe depende de si el beneficiario vive solo, con otras personas o en una casa de convalecencia, si cuenta con una cocina, si tiene que pagar o no una renta, si es invidente y varios otros factores.

Una persona discapacitada que viva sola en un apartamento propio con cocina tiene derecho a una pensión del gobierno federal de hasta \$623 al mes durante el año 2007. La cantidad aumenta cada año para ajustarse al costo de la vida. Sin embargo, el SSI funciona como una red de protección, o un colchón de seguridad; cualquier otro importe recibido

sigue en la página 8

SSI Y SSDI

viene de la pág 7

se deduce de la cantidad base del SSI, aunque se perdonan los \$20 primeros dólares por mes que se reciban de otros recursos.

SSP – Algunos estados complementan el pago federal de SSI con otra pensión adicional que eleva el importe total por mes. Por ejemplo, la contribución del estado de California se suma a esos \$623, con lo que el total asciende a \$850 mensuales. Consulte las condiciones de su estado en su oficina local de la Seguridad Social.

- En cambio, el **SSDI** paga una prestación mensual basada en la cotización del contribuyente en impuestos F.I.C.A. de la Seguridad Social a lo largo de su vida laboral. Esa subvención puede oscilar desde 1 dólar hasta unos \$2.400 al mes.

El cálculo trata de determinar el importe de la pensión que tendría el trabajador si éste siguiera trabajando hasta su jubilación, y paga esa cantidad en la subvención mensual del SSDI.

Cada año, unos tres meses antes del cumpleaños del contribuyente, la Seguridad Social le envía un informe que resume la cantidad pagada en impuestos F.I.C.A. y la pensión de jubilación estimada, además de indicar el importe que recibiría en caso de discapacidad. Esos informes también pueden solicitarse en el sitio Web de la Seguridad Social: <http://www.ssa.gov>.

Criterios Económicos

Son los requisitos no médicos que se estudian para conceder las subvenciones. Uno de ellos evalúa lo que el solicitante «no tiene» y el otro determina la contribución en impuestos deducidos de la nómina.

- El **SSI** solamente se concede a las personas que demuestren que poseen muy pocos bienes o recursos e ingresos bajos.

Los recursos o bienes deben ser inferiores a \$2.000 (\$3.000 para una pareja casada). Incluyen todo el dinero en cuentas corrientes y de ahorro, así como en planes de pensiones de jubilación. Además, incluyen los bienes inmobiliarios (exceptuando la residencia habitual), acciones, bonos, fondos de inversión y otras inversiones. NO incluyen un coche, la residencia habitual, efectos personales como ropa y muebles, y algunos otros bienes exentos.

El baremo para los ingresos es más complicado, ya que está relacionado con la cantidad de SSI que tiene derecho a recibir, y eso es algo variable. Por lo general, los ingresos deben ser inferiores al importe de la subvención que tendría derecho a recibir, y el SSI sólo paga la diferencia entre sus ingresos preexistentes y la cantidad que tendría derecho a recibir según sus condiciones de residencia y de vida.

Por ejemplo, si usted tuviera derecho a recibir \$623 del SSI pero su SSDI le pagara \$700 al mes, no cumpliría los requisitos de concesión del SSI. En

cambio, si cobrara solamente \$300 del SSDI, le concederían una subvención parcial de SSI para que llegara a un total de \$623 al mes.

- Los criterios económicos del **SSDI** se basan únicamente en los impuestos que se le hayan deducido de la nómina para la Seguridad Social (F.I.C.A.) a lo largo de la vida laboral. No tiene en cuenta en absoluto la cantidad de dinero que tenga el beneficiario. Para recibir el SSDI, es necesario haber pagado impuestos F.I.C.A. en 20 de los últimos 40 trimestres de calendario (y cinco de ellos en los diez últimos años). Si tiene menos de 31 años, se reduce la cantidad de trimestres exigidos. Si tiene más de 42 años, la cantidad mínima de trimestres aumenta aproximadamente en un trimestre por año a partir de los 42.

Siempre que cumpla el requisito de haber pagado impuestos deducidos de la nómina, puede recibir la subvención del SSDI si sufre una discapacidad total, independientemente de sus ingresos adicionales o del patrimonio que posea.

Cuándo Comienzan los Pagos Mensuales

La fecha en que se empieza a pagar la subvención mensual varía según el plan.

- El pago del **SSI** empieza a contar desde el primer mes en que se solicita la subvención, incluso si pasan meses antes de concederla.

sigue en la pág 9

SSI Y SSDI

viene de la pág 8

Por ejemplo, si usted envía su solicitud el 14 de abril y le conceden el SSI el 25 de julio, la Seguridad Social le debe la subvención desde el 1 de abril, y le envía el importe retroactivo en un pago único.

Una vez que reciba la aprobación, los cheques le empezarán a llegar el primer día de cada mes.

- Sin embargo, en el **SSDI** los plazos de pago se aplican de un modo totalmente diferente. Para empezar, no tiene derecho a recibir ninguna subvención del SSDI durante los cinco primeros meses de calendario en situación de discapacidad, al margen de cuándo la haya solicitado.

Por ejemplo, imagine que deja de trabajar debido a los síntomas de la hepatitis C el 14 de febrero de 2006. No presenta la solicitud del SSDI hasta el 3 de septiembre de 2006. El 10 de noviembre de 2006, la Seguridad Social le envía una carta de aprobación del SSDI y la Fecha de Inicio (el día en que consideran que comenzó su discapacidad total) es el 15 de febrero de 2006, el día posterior a su última jornada laboral. Usted tendría derecho a la subvención a partir del 1 de agosto de 2006 (cinco meses de calendario después de su Fecha de Inicio). Puesto que recibió la aprobación en noviembre, le entregarían un cheque con la suma total correspondiente a los meses de agosto a noviembre.

Los cheques mensuales normales del SSDI se envían al mes siguiente del mes en que le toca la subvención. Es decir, el cheque del SSDI correspondiente al mes de abril le llegaría en mayo.

Cobertura médica

En la mayoría de los estados, el SSI y el SSDI van acompañados de algún tipo de seguro médico.

El **SSI** varía un poco según los estados, pero en casi todos concede derecho a Medicaid en el momento en que se recibe un solo dólar de SSI. En casi todos los estados, Medicaid se concede automáticamente junto con la aprobación del SSI. En otros, es necesario solicitar por separado la cobertura médica en el Departamento de Servicios Humanos de su estado.

El **SSDI** va acompañado de Medicare, el plan de salud federal, independientemente del estado en el que viva. Sin embargo, no se tiene derecho a Medicare hasta que se ha recibido la subvención del SSDI durante 24 meses (o 29 meses después de la fecha de discapacidad, contando el plazo de espera de cinco meses antes de recibir la subvención).

En el ejemplo expuesto anteriormente, el beneficiario que empezó a recibir la prestación del SSDI el 1 de agosto de 2006 tendría derecho a Medicare el 1 de agosto de 2008.

Confirmación Periódica del Cumplimiento de los Requisitos

Ambos planes revisan de vez en cuando su expediente médico para comprobar que la discapacidad sigue siendo total. Este proceso se denomina Revisión de Continuidad de la Discapacidad. Se realiza al cabo de tres a siete años, según el tipo de discapacidad. En personas con el VHC, la continuidad suele revisarse cada cinco a siete años.

El **SSI** revisa su situación económica todos los años para comprobar que sigue ateniéndose a los requisitos. Si los ingresos o recursos superan el máximo permitido, se suspende la subvención.

En cambio, el **SSDI** no revisa la situación económica de los beneficiarios. Solamente hace Revisiones de Continuidad de la Discapacidad.

Si solicita prestaciones por discapacidad a la Seguridad Social, ellos deben comprobar si tiene derecho tanto al SSI como al SSDI. De todos modos, si su SSDI no llega a los \$900 mensuales, no está de más preguntar al funcionario sobre el SSI para ver si se lo pueden conceder.

Cuando solicite el SSI, le pedirán tanto el expediente médico como sus informes financieros, desde extractos bancarios hasta contratos de arrendamiento o hipoteca, planes de ahorros y demás documentación pertinente a su situación económica.



Marcadores no Lesivos de la Fibrosis Hepática



Alan Franciscus, Redactor jefe

La biopsia es el tratamiento de referencia para evaluar el estado del hígado. Sin embargo, dado que esta intervención requiere introducir una aguja a través de la piel (vía percutánea), puede presentar complicaciones, aunque la incidencia de problemas es muy baja. Las biopsias de hígado tienen el potencial de causar hemorragias internas y perforaciones en otros órganos, como los pulmones, el estómago, los intestinos o cualquier otra víscera próxima al hígado. En cuanto a la precisión de este procedimiento, es importante obtener una muestra de tejido suficiente para determinar con exactitud la etapa y la gravedad de la afección hepática. Otra de sus desventajas es que el tejido que se extrae puede no ser representativo al 100% de todo el hígado. Una vez que se obtiene el tejido, un especialista en tejidos (el anamopatólogo) determina el alcance y la etapa de la enfermedad, lo cual también puede dar lugar a errores humanos en la interpretación de los resultados. Además, no existe ningún protocolo estandarizado de interpretación, por lo que es difícil comparar los resultados de diferentes biopsias analizadas por distintos anamopatólogos. El precio es otro factor a considerar, ya que una biopsia típica cuesta entre \$1.500 y \$2.000. Teniendo en cuenta todos estos inconvenientes potenciales, no es sorprendente que se estén investigando otros métodos no lesivos. Las pruebas que se han creado hasta la fecha, al compar-

las con la biopsia de hígado, han obtenido resultados contradictorios en cuanto a su precisión. Se han realizado pocos ensayos clínicos prospectivos que hayan comparado los resultados de distintos marcadores no lesivos con los de la biopsia hepática. Hasta ahora...

Este año se publicaron los resultados de un ensayo clínico prospectivo que comparó seis pruebas no lesivas. El artículo, titulado "Prospective comparison of six non-invasive scores for the diagnosis of liver fibrosis in chronic hepatitis C", de Vincent Leroy y cols., se publicó en la revista *Journal of Hepatology*. En dicho estudio se compararon los siguientes marcadores séricos frente a los resultados obtenidos con una biopsia de hígado:

1. **MP3:** combina PIIIN (un marcador de fibrogénesis) y metaloproteinasa de matriz MMP-1 (que participa en la fibrólisis)
2. **Fibrotest:** combina las concentraciones séricas de macroglobulina α_2 , haptoglobina, γ GT, bilirrubina, y apolipoproteína A1
3. **Fibrómetro:** combina hialuronato, tiempo de protrombina, plaquetas, ASAT, macroglobulina α_2 , urea y la edad, y la fórmula se ajusta según la causa de la enfermedad hepática.
4. **Hepascore:** combina bilirrubina, γ GT, ácido hialurónico, macroglobulina α_2 , la edad y el sexo.

5. **Índice de Forns:** combina la edad, la γ GT, el colesterol y la concentración plaquetaria.
6. **APRI:** basado en la actividad de la ASAT y la concentración plaquetaria.

En este estudio prospectivo, 180 pacientes se sometieron a una biopsia de hígado entre los años 2002 y 2004.

RESULTADOS DE LA BIOPSIA DE HÍGADO

Todas las muestras de tejido hepático fueron analizadas por un solo anamopatólogo experto. Se evaluó la fibrosis hepática y la actividad necroinflamatoria conforme a la puntuación METAVIR. El sistema METAVIR fue diseñado especialmente para pacientes con hepatitis C. Asigna un número según el grado de inflamación, que suele clasificarse de 0 a 4, en el que 0 representa la ausencia de actividad y el 3 ó 4 se considera actividad intensa. Además, el sistema METAVIR incluye grados de actividad necroinflamatoria que oscilan de A0 a A3 (A0 = no actividad, A1 = actividad mínima, A2 = actividad moderada, A3 = actividad intensa).

La puntuación por etapas representa el alcance de la fibrosis:

- Etapa F0 = ausencia de fibrosis
- Etapa F1 = fibrosis leve
- Etapa F2 = fibrosis moderada
- Etapa F3 = fibrosis en puente
- Etapa F4 = Cirrosis

Por otra parte, también se clasificó el grado de fibrosis sinusoidal: 0 = ausencia de fibrosis, 2 = fibro-

sigue en la pág 11

MARCADORES

viene de la pág 10

sis de moderada a avanzada.

Los resultados globales hallaron que 89 sujetos (el 49,4%) tenían fibrosis leve o ausente (F0/F1), y 51 (el 28,3%) presentaban fibrosis extensa o cirrosis (F3/F4). También se observó que la etapa de fibrosis determinada con METAVIR estaba fuertemente correlacionada con la etapa de fibrosis sinusoidal ($p < 0,001$).

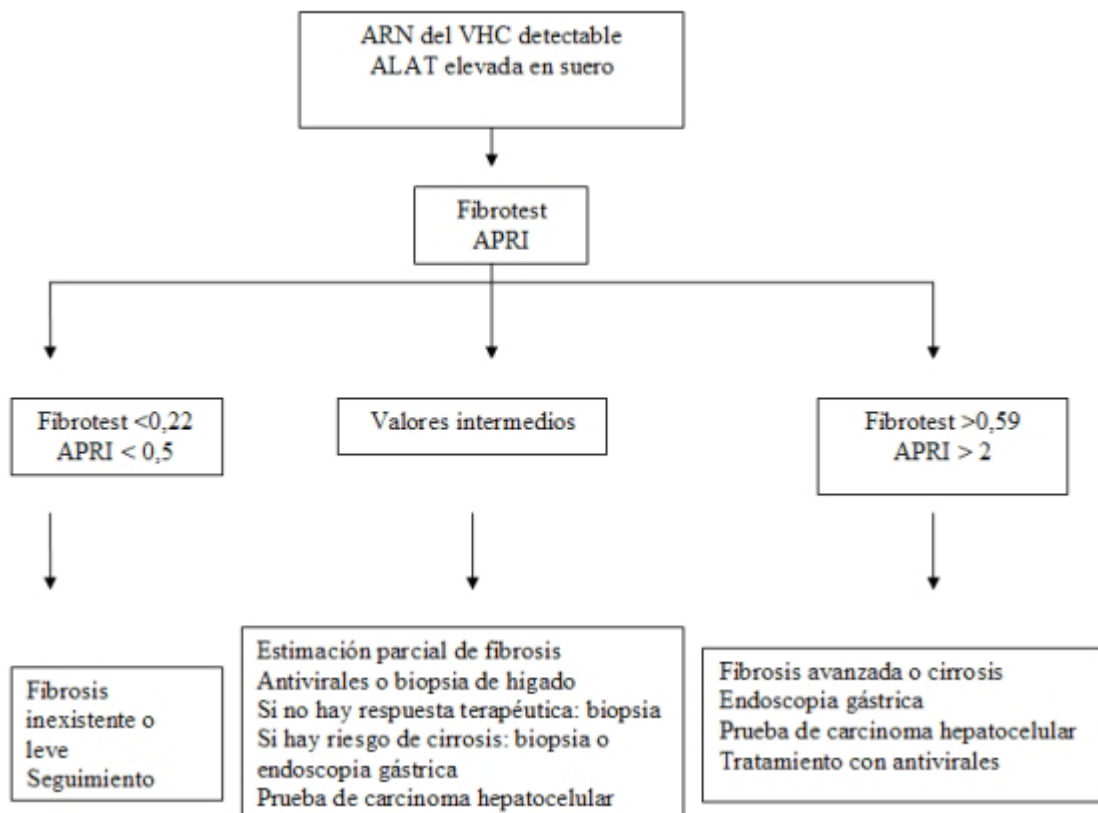
Nota: La determinación estadística empleada para establecer la eficacia global de los marcadores séricos que se correlacionaban con las biopsias de hígado fue la AUROC, el área bajo la curva de eficacia diagnóstica (curva ROC).

La eficacia estadística total osciló del 0,86 con el Fibrómetro

hasta el 0,78 con el índice de Forns ($p = ns$) en cuanto a la distinción entre las etapas F0/F1 y las F2/F3/F4. Por lo que respecta a la distinción entre las etapas F0/F1/F2 frente a las F3/F4, la curva ROC osciló desde el 0,91 con el Fibrómetro hasta el 0,78 con el índice de Forns ($p < 0,02$). Se pronosticó fibrosis importante o avanzada en el 10-86% de los pacientes, y el valor pronóstico positivo (VPP) osciló entre el 55% y el 94%. Tras aplicar una gran variedad de métodos estadísticos, los autores declararon que «Las mejores combinaciones eran capaces de seleccionar a un **tercio** de pacientes en los que la ausencia de fibrosis importante o la presencia de fibrosis avanzada podía pronosticarse con una precisión de más del 90%». Este estudio ha confirmado lo que otros más

pequeños ya habían descubierto: que los marcadores no lesivos son buenos para detectar tanto la ausencia de fibrosis como la fibrosis avanzada. Por desgracia, la determinación del alcance y la etapa en las zonas intermedias es más complicada, al menos mediante pruebas no lesivas.

Los autores evaluaron también la utilidad de combinar varias pruebas no lesivas para mejorar la precisión de las pruebas que sólo analizan un marcador. En este sentido, los autores hallaron que el mejor método consistía en combinar varias pruebas y utilizar puntos de corte para determinar la probabilidad de conseguir interpretaciones exactas. Basándose en sus hallazgos, los autores crearon un algoritmo para detectar la fibrosis en pacientes con hepatitis C y transaminasas elevadas:



Para Vivir Positivamente. Sintiéndose Bien.



www.hcvadvocate.org

HCSP

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