



www.hcvadvocate.org

# HCV ADVOCATE

octubre 2007 vol. 4, número 10

Para Vivir Positivamente. Sintiéndose Bien

UNA PUBLICACIÓN MENSUAL DEL HEPATITIS C SUPPORT PROJECT

www.hcvadvocate.org

## Cómo Frenar la Propagación del VHC y el VHB entre los CDI



Alan Franciscus, Redactor jefe

Los consumidores de drogas intravenosas corren un elevado riesgo de contraer hepatitis C (VHC) y hepatitis B (VHB). El Estudio sobre Salud Urbana lleva desde 1986 evaluando de forma continuada a la comunidad de consumidores de drogas intravenosas en la Bahía de San Francisco. Su propósito es determinar el efecto del asesoramiento, la educación, la administración de pruebas y las intervenciones médicas sobre la propagación de enfermedades infecciosas como las hepatitis B y C. Los datos de este estudio en el año 1987 revelaron que el 75% de las personas que se inyectaban drogas dieron un resultado positivo a la prueba de anticuerpos al VHC a los dos años de empezar a consumir drogas intravenosas. Estos datos corresponden a un período anterior al de las intervenciones de reducción de daños, que consisten en proporcionar educación y asesoramiento y en establecer puntos de intercambio de jeringas. Desde la implantación de estos programas, nunca ha cesado el debate de si realmente son eficaces para prevenir la transmisión de la hepatitis C. Ahora, un estudio realizado por Fan-Chen Tseng y cols., titulado *Seroprevalencia de los Virus de las Hepatitis B y C entre los Consumidores de Drogas Intravenosas en San Francisco, de 1998 a 2000*, por fin puede dar respuesta a estas preguntas tan acuciantes.

En su estudio, los investigadores se sirvieron de los datos recopilados entre 1986 y 2005 por el Estudio sobre Salud Urbana. Analizaron la información demográfica y las muestras de sangre para comprobar la incidencia de infecciones de transmisión hemática. Los autores se centraron en la infección por el VHC y por el VHB dentro del grupo estudiado, y compararon los datos con los de 1987.

En el grupo de población evaluado, el 70% eran hombres; el 49,5% personas afroamericanas, el 37,8% de raza blanca (no hispanos) y el 7,1% latinoamericanos. La edad media del grupo era de 45 años; y la edad media a la que los sujetos empezaron a inyectarse drogas, 19 años. Se extrajeron muestras de sangre de los participantes para determinar la incidencia de una gran variedad de patógenos de transmisión hemática. A los participantes del estudio se les entrevistó, se les ofreció información para prevenir infecciones y se les remitió a servicios médicos y sociales. No se exigió a los sujetos que revelaran sus nombres.

En total, se analizaron los datos de 2.296 personas que participaron en el estudio desde 1998 hasta el año 2000. Los autores hallaron que el 91% resultaron positivos a la prueba de anticuerpos al VHC, y el 80% al VHB. Sin embargo, entre los sujetos que habían empezado a inyectarse drogas recientemente, las tasas fueron mucho más bajas: el 47% tenían

### EN ESTE NÚMERO

**Manifestaciones Extrahepáticas:**  
*Glomerulonefritis membranoproliferativa (GNMP).....2*

**Consejos de Salud:**  
*Protección frente a los virus:*  
*El poderoso sistema inmunitario.....3*

**Noticias sobre la Coinfección por el VIH/VHC en la Conferencia de la Sociedad Internacional del Sida (2ª Parte).....5**

**Discapacidad y Subsidios**  
*Cómo Hablar con los Evaluadores de Discapacidad.....7*

**Pautas para Hacer Ejercicio.....10**

**Interferón y Cáncer de Hígado.....11**

anticuerpos al VHC, frente al 71% de quienes llevaban inyectándose 6-9 años. Por otra parte, los autores compararon los resultados de este estudio con los de 1987, y observaron un drástico descenso de nuevas infecciones: entre aquéllos que habían empezado a inyectarse drogas menos de dos años antes, el 76% resultaron positivos a la prueba de anticuerpos al VHC, frente al 91% de quienes llevaban 6-9 años consumiendo drogas intravenosas.

Cuando evaluaron cuántos consumidores de drogas intravenosas en el estudio se habían vacunado frente al VHB, hallaron que entre quienes habían empezado a inyectarse drogas recientemente, la tasa era de vacunación frente al VHB era del 4,6%, en el grupo de 1998-2000, frente al 0,09% entre el grupo de 1987. Aunque los porcentajes de vacunación fueron bastante desalentadores, la perspectiva general mejora entre los

sigue en la pág 2

## FRENAR LA PROPAGACIÓN

viene de la pág 1

consumidores más jóvenes (menores de 30 años): el 17,5% se habían vacunado, y en aquellos que llevaban menos de 10 años inyectándose drogas, la tasa era del 11,5%. La presencia global de infección por el VHB en el grupo de 1998-2000 entre los consumidores recientes fue del 45,2%, frente al 67,6% entre los participantes del año 1987.

Aunque es difícil demostrar qué factores exactos produjeron el descenso de nuevas infecciones, existe una correlación sólida con el menor uso de jeringas compartidas en los 30 últimos años: sólo el 34% de los participantes del grupo de 1998-2000 compartían jeringas, frente al 59% en 1987.

Los autores concluyeron que “la seroprevalencia del VHC y el VHB entre los consumidores más recientes de drogas intravenosas en el Área de la Bahía de San Francisco descendió notablemente entre 1987 y 1998-2000. Esta disminución coincidió con el establecimiento de intervenciones preventivas entre este grupo de población”.

Esperamos que este estudio acabe de una vez por todas con la noción de que las intervenciones selectivas no previenen la transmisión de la hepatitis B y C. Y lo que es más importante, este estudio debería animar a más autoridades federales, estatales y locales a respaldar las intervenciones selectivas o a aumentar los tipos de servicios que ya existen para la comunidad de consumidores de drogas intravenosas. En el momento actual, este parece ser un método efectivo para ayudar a frenar la propagación de las hepatitis C y B.

*Bibliografía: “Seroprevalence of Hepatitis C Virus and Hepatitis B Virus Among San Francisco Injection Drug Users, 1998-2000.” Tseng, Fan-Chen; O’Brien, Thomas; Zhang, Mingdong; Kral, Alex; Ortiz-Conde, Betty; Lorvick, Jennifer; Busch, Michael P.; Edlin, Brian. Hepatology; September 2007; (DOI: 10.1002/hep.21765).*



# Manifestaciones Extrahepáticas: *Glomerulonefritis membranoproliferativa (GNMP)*



Alan Franciscus, Redactor jefe

El tipo más frecuente de glomerulonefritis (enfermedad renal) que afecta a las personas con hepatitis C es la glomerulonefritis membranoproliferativa (GNMP). Otras formas menos comunes de enfermedades de los riñones son la GNMP no crioglobulinémica, la glomerulonefritis membranosa, la GNMP tipo III y la glomerulonefritis mesangial proliferativa.

Este artículo se centrará en la GNMP.

Se trata de una enfermedad renal causada por la acumulación de ciertos complejos (tales como anticuerpos al VHC, el virus de la hepatitis C o el factor reumatoide) en las membranas de los riñones. El virus de la hepatitis C se detecta en cerca del 60% de los pacientes con GNMP en Japón y en el 10-20% en los Estados Unidos.

A pesar de que la GNMP derivada del VHC es relativamente inusual en la población con hepatitis C, este tipo de glomerulonefritis se considera un problema preocupante por la gran cantidad de personas infectadas con el VHC y por su potencial de provocar complicaciones graves e incluso mortales.

La GNMP suele diagnosticarse mediante distintas analíticas, entre ellas un resultado positivo a la prueba de anticuerpos al VHC, la carga viral del VHC, elevación de las enzimas hepáticas, la presencia de factor reumatoide y crio-

globulinas circulantes. También puede confirmarse a través de una biopsia de riñón.

La GNMP es difícil de diagnosticar porque produce pocos síntomas durante las primeras etapas. El diagnóstico confirmado se da casi siempre entre personas en su quinta o sexta década de vida. Además, se observa con cierta más frecuencia en mujeres que en hombres. Sus síntomas pueden ser elevación de las enzimas hepáticas, hipertensión (presión arterial elevada), dolores articulares y neuropatía.

Por lo general, la progresión de la enfermedad se extiende durante un largo período de tiempo y es sumamente variable dependiendo de cada persona. Alrededor del 10% de los sujetos con GNMP terminan sufriendo una enfermedad renal grave (nefropatía terminal) que requiere diálisis.

El tratamiento de la GNMP derivada del VHC normalmente consiste en una monoterapia de interferón para resolver la causa subyacente, es decir, la hepatitis C. El interferón ha mostrado una eficacia limitada, pero se ha comprobado que mejora el estado del riñón y reduce la incidencia de recaídas agudas en algunos casos. La remisión de la GNMP derivada del VHC solamente se consigue en una pequeña parte de los pacientes tratados. Una de

sigue en la pág 9

# Consejos de Salud:

## *Protección frente a los virus: El poderoso sistema inmunitario (2ª parte de una serie dividida en 4 partes)*



Lucinda Porter, Enfermera titulada

El artículo de *Consejos de salud* del mes pasado presentó información básica sobre los virus; este mes, nos centraremos en explorar las defensas que tenemos frente a ellos. El arma más eficaz contra los virus es la prevención. Las vacunas, unos buenos hábitos de higiene y las precauciones de seguridad son algunos modos de prevenirlos. El siguiente mejor escudo es un sistema inmunitario en buen estado.

Los virus se transmiten por múltiples vías. Algunos se propagan a través del aire; entran en nuestro organismo cuando alguien estornuda o tose. También estamos expuestos a virus gastrointestinales si consumimos alimentos que no se han limpiado o cocinado correctamente. Otros virus se transmiten por contacto directo, ya sea en interacciones sociales o íntimas. Algunos se transmiten por contacto directo de la sangre con la sangre de otra persona portadora de un virus; este es el caso de la hepatitis C (VHC). Los animales también pueden infectarnos con determinados virus, como el del Nilo.

Si falla la prevención y los patógenos entran en contacto con el organismo humano, entonces nuestras propias defensas pasan a asumir el mando. El sistema inmunitario no es un vínculo conectado, como el del sistema digestivo o nervioso. Se trata de una compleja red compuesta por órganos, células y sustancias químicas que se encargan de proteger nuestra salud. Prácticamente cualquier parte del cuerpo forma parte del sistema inmunológico, desde simples moléculas hasta órganos de gran tamaño como el hígado y la piel.

Nuestras defensas funcionan como un juego de ajedrez. Disponen de una gran variedad de opciones y estrategias, que van cambiando según los pasos que dé el contendiente. A pesar de su complejidad, en este artículo lo explicaremos con términos más sencillos.

Los seres humanos nacen con cierta inmunidad, que se denomina *inmunidad natural* o *inna-*

*ta*. Nuestro organismo mantiene a raya la materia extraña mediante barreras externas y químicas, tales como la piel, el sudor, la mucosa, el vello de la nariz, las pestañas, los ácidos digestivos, las toses y los estornudos. Además, en nuestro interior hay microorganismos que también nos protegen.

Tenemos un mecanismo de *vigilancia inmunitaria*. Nuestro cuerpo viene equipado con la capacidad de localizar y destruir la materia extraña. Para ello, produce una *respuesta inmunitaria*. Esta respuesta es el contraataque del organismo ante una invasión extranjera. La materia extraña puede consistir en virus, bacterias, polen, hongos, parásitos, etc.

Existen muchas categorías de respuestas inmunitarias. Una de ellas es la *respuesta inespecífica*. Sin tener en cuenta al atacante, este tipo de respuesta es arma para destruir a todos los invasores. La *respuesta específica* es mucho más definida. Utiliza un sistema de reconocimiento y envía a un especialista para acabar con el invasor. Los patógenos extraños que activan una respuesta inmunitaria específica se denominan *antígenos*.

Si un patógeno traspasa alguna de nuestras barreras naturales, el mecanismo de vigilancia activa diversas reacciones. Hay macrófagos que se dedican a patrullar para devorar a las células invasoras. Estos macrófagos son grandes leucocitos que van limpiando los residuos. Algunos leucocitos utilizan sustancias químicas para destruir a los patógenos.

Los glóbulos blancos (GB) constituyen el ejército del sistema inmunitario y se originan en la médula espinal. Cuando el sistema inmunológico necesita ayuda, recluta más GB, los cuales se multiplican en el *sistema linfático*, que forma parte de nuestras defensas. El sistema linfático está constituido por ganglios, órganos y vasos sanguíneos.

Si nos hacen un análisis de sangre cuando los GB se están multiplicando, aparecerá una concen-

sigue en la pág 4

## SISTEMA INMUNITARIO

viene de la pág 3

tración elevada de leucocitos. Eso suele indicar la presencia de una infección. Existen cinco tipos de glóbulos blancos: los *neutrófilos*, los *monocitos*, los *linfocitos*, los *eosinófilos* y los *basófilos*. Cada uno de ellos desempeña su propia función, pero algunos toman el lugar de otros si éstos no son capaces de destruir los patógenos indeseados.

La *inflamación* debilita o expulsa a los invasores. Se trata principalmente de una respuesta inespecífica, aunque también puede aparecer durante una respuesta específica. Los signos de la inflamación son enrojecimiento, hinchazón, aumento de temperatura en la zona y dolor.

Imagínese que se rasguña la rodilla contra el suelo. En ese momento, comienza a aumentar el flujo sanguíneo hacia la rodilla. La zona se inflama porque los vasos sanguíneos más pequeños permiten el paso de más proteínas y fluidos para inundar la zona. Los glóbulos blancos acorralan y envuelven a los patógenos invasores y a los residuos para que el tejido se repare.

Mientras tanto, el sistema linfático empieza a organizar sus defensas. Un líquido linfático transparente fluye por el cuerpo, transportando *linfocitos* en busca de antígenos. Los linfocitos son unos glóbulos blancos vitales para la función inmunitaria. Existen varios tipos de linfocitos, y cada uno de ellos desempeña una función concreta. Los *linfocitos B* y los *linfocitos T* son fundamentales.

Los linfocitos B vigilan el organismo en busca de materia extraña, y son sumamente espe-

cíficos. Cada linfocito B posee un sensor para un solo tipo de antígeno. Si un linfocito B detecta un antígeno, necesita ayuda para desactivarlo. Entonces se transforma en una célula más grande y esas células producen millones de *anticuerpos*. Los anticuerpos se acoplan a los antígenos y ordenan al sistema inmunitario que los elimine.

Una característica sorprendente de este proceso es que tras el primer encontronazo disminuye la cantidad de anticuerpos. Sin embargo, con cada ataque posterior, los anticuerpos reaparecen con mayor rapidez y en cantidades más elevadas. Eso sucede porque los linfocitos B producen *células de memoria*. Esas células saben producir anticuerpos, pero sólo a partir de haber estado expuestas al antígeno por segunda vez.

Si el patógeno invasor es un virus, el sistema inmunitario utiliza una estrategia diferente. Lo que hace es usar linfocitos T para atacar directamente a los antígenos. Esos linfocitos se apoyan en un sistema de reconocimiento que puede distinguir entre lo que pertenece al cuerpo y lo que no. Los linfocitos T destruyen las células cancerosas. Los rechazos de órganos trasplantados también se producen porque los linfocitos T no reconocen al nuevo órgano.

El sistema inmunitario se basa en un concepto fundamental: que puede reconocer a las células a las que debe proteger. Por desgracia, en ocasiones se confunde y empieza a atacarse a sí mismo. Eso es lo que da lugar a las enfermedades autoinmunitarias. La diabetes tipo 1, el lupus y la artritis reumatoide son enfermedades autoinmunitarias.

Otras armas importantes en el arsenal del sistema inmunológico son los interferones. Su función es

prevenir la replicación viral en las células hospedadoras. Los interferones ordenan a las células que produzcan enzimas. Esas enzimas impiden que el virus se multiplique. Los interferones producen una respuesta inmunitaria inespecífica. Aunque forman parte de nuestro organismo por naturaleza, también pueden elaborarse artificialmente. El interferón alfa se utiliza para tratar la infección por el VHC.

Esta breve introducción al sistema inmunitario describe algunos mecanismos que combaten a los virus y otros patógenos. Nuestro complejo sistema de defensas nos protege de un modo maravilloso. El próximo mes nos centraremos en un arma más sencilla y eficaz contra los virus: la prevención.

- National Cancer Institute [www.cancer.gov/cancertopics/understandingcancer/immune-system](http://www.cancer.gov/cancertopics/understandingcancer/immune-system)
- National Institute of Allergy and Infectious Disease [www.niaid.nih.gov/final/immun/immun.htm#How](http://www.niaid.nih.gov/final/immun/immun.htm#How)
- How Stuff Works [www.howstuffworks.com/immune-system.htm](http://www.howstuffworks.com/immune-system.htm)



# Noticias sobre la Coinfección por el VIH/VHC en la Conferencia de la Sociedad Internacional del Sida - (2ª Parte)



Liz Highleyman

En la 4ª Conferencia de la Sociedad Internacional del SIDA sobre Patogénesis, Tratamiento y Prevención del VIH, celebrada entre el 22 y el 25 de julio en Sidney, Australia, se presentaron cerca de 50 ponencias y presentaciones con carteles que ofrecieron novedades acerca de la coinfección con la hepatitis C ó B en personas VIH positivas. A continuación señalamos los aspectos más destacados de algunos de esos estudios. En la edición de septiembre del *HCV Advocate* se abordó el tema de la progresión de la hepatitis C y su tratamiento en personas coinfectadas con el VIH/VHC, los métodos no lesivos para valorar la fibrosis y la hepatotoxicidad que causan los antirretrovirales. Para consultar los resúmenes de la conferencia, visite <http://www.ias2007.org/pag>

## PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD POR EL VIH

En los pacientes coinfectados con el VIH/VHC, la enfermedad hepática progresa con más rapidez, pero los datos sobre la influencia del VHC en la progresión de la enfermedad por el VIH son contradictorios. J. Tolia y cols. (*resumen MOPEB044*) analizaron la progresión inmunológica de 57 pacientes coinfectados que tenían indetectable la carga viral del VIH y recibieron tratamiento para la hepatitis C con interferón pegilado alfa-2b

(PegIntron) más ribavirina. De los 57 pacientes que comenzaron la terapia contra el VHC, 18 fueron excluidos del análisis (11 no mantuvieron indetectable la carga viral del VIH, 3 abandonaron debido a los efectos secundarios, y a los otros 4 se les perdió la pista durante el plazo de seguimiento). De los 39 sujetos restantes, 13 lograron una respuesta virológica sostenida (RVS) y 26 experimentaron fracaso terapéutico. Los sujetos con respuesta sostenida mostraron descensos menos acusados de los linfocitos T CD4 no activados y de memoria y de los CD8 no activados que quienes no respondieron, así como un aumento más pronunciado de los linfocitos de memoria CD8, lo cual sugiere que la RVS está relacionada con una mejor función inmunitaria. Sin embargo, esas diferencias no llegaron a tener importancia estadística.

## INTERRUPCIONES DE LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL

Las interrupciones intermitentes de la terapia antirretroviral basándose en la concentración de linfocitos CD4 son una de las estrategias que se han explorado reducir la toxicidad medicamentosa. Uno de los ensayos clínicos más grandes sobre las interrupciones del tratamiento, conocido como SMART, se suspendió el año pasado tras comprobar que, frente a quienes siguieron con el tratamiento continuo,

los pacientes que interrumpieron el tratamiento cuando su concentración de CD4 cayó por debajo de 350 linfocitos/mm<sup>3</sup> padecieron en mayor proporción tanto enfermedades oportunistas derivadas del sida (es decir, que aparecen por tener el sistema inmunodeprimido) como complicaciones no oportunistas, de tipo cardíaco, hepático y renal.

E. Tedaldi y cols. (*resumen TUAB203*) evaluaron los resultados terapéuticos de los participantes del estudio SMART coinfectados con el VIH/VHB o el VIH/VHC. De entre los casi 5.500 participantes en total, cerca del 17% estaban coinfectados (el 2,0% con el VHB, el 14,6% con el VHC, y el 0,25% tanto con el VHB como con el VHC). Los sujetos coinfectados y los mono infectados con el VIH mostraron un aumento relativo similar en el riesgo de enfermedades oportunistas o no oportunistas y en la mortalidad tanto en el grupo con interrupciones de tratamiento como en el de tratamiento continuado. En conjunto, se produjeron pocos fallecimientos por enfermedades oportunistas entre los pacientes coinfectados o mono infectados con el VIH, y la mortalidad fue similar en ambos grupos. Sin embargo, los pacientes coinfectados mostraron casi cuatro veces más riesgo de fallecer a consecuencia de afecciones no oportunistas.

Aunque los pacientes coinfectados sólo representaban el 17% de la población total de estudio, constituyeron casi la mitad de los casos de fallecimiento por enfermedades no oportunistas. Los motivos más frecuentes de muerte por problemas no oportunistas fueron el abuso de las drogas y los carcinomas que no son definitorios de sida. Los sujetos coinfectados fallecieron en mayor proporción por enfermedades hepáticas o renales, pero quienes tenían

sigue en la pág 6

## COINFECCIÓN

viene de la **pág 5**

monoinfección con el VIH mostraron una incidencia ligeramente más alta de enfermedades cardiovasculares. Además, entre los pacientes coinfectados hubo una mortalidad bastante más alta por motivos desconocidos. Los investigadores concluyeron que las interrupciones del tratamiento pueden ser particularmente nocivas para las personas coinfectadas con el VIH/VHB o con el VIH/VHC, los cuales ya presentan de por sí un riesgo de fallecimiento más elevado.

## MONITORIZACIÓN DE LA PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD

La concentración absoluta de linfocitos T CD4 (la cantidad de linfocitos CD4 presentes en una pequeña cantidad de sangre) es una de las determinaciones que suelen emplearse para monitorizar la progresión de la enfermedad por el VIH, pero en algunas circunstancias es preferible utilizar el porcentaje de CD4 (la proporción de los linfocitos que son CD4). Un reciente estudio halló que los sujetos VIH negativos con cirrosis hepática mostraban una concentración inusualmente baja de linfocitos CD4 pero un porcentaje normal de los mismos, lo cual dio pie a los investigadores para especular que los sujetos VIH positivos con cirrosis también tendrían un nivel bajo de CD4, y que por lo tanto, a la hora de determinar la progresión de la enfermedad por el VIH en pacientes cirróticos con el VIH, el porcentaje de CD4 podría ser un marcador más exacto que la concentración de CD4.

Sin embargo, existe otro estudio que contradice esta especulación. M. Bongiovanni y cols. (*resumen MOPE063*) evaluaron tanto la concentración absoluta como el porcentaje de CD4 en cerca de 6.000 parti-

cipantes VIH positivos que pertenecían a una cohorte italiana; el 38% estaba coinfectado con el VHC, y el 5% tenía antígenos de superficie contra la hepatitis B. Alrededor del 3% padecían cirrosis cuando fueron admitidos en el estudio, y un 1% más progresó a cirrosis durante el período de seguimiento. Los investigadores dividieron a los participantes en tres grupos: uno formado por sujetos con cirrosis; otro de pacientes coinfectados con el VIH y el VHB o el VHC pero sin cirrosis; y otro constituido por sujetos sin el VHB ni el VHC, con niveles normales de ALAT y sin cirrosis. Entre los pacientes cirróticos, el hecho de tener una concentración de CD4 más alta—pero no así el tener un porcentaje más elevado de CD4—se asoció a un riesgo más bajo de progresión a sida. Entre los sujetos no cirróticos (con o sin coinfección con el VHB o el VHC), tanto la concentración absoluta de CD4 más baja como el porcentaje más bajo de CD4 se relacionaron con un riesgo más elevado de progresión a sida. Después de controlar las dos determinaciones de CD4, los sujetos cirróticos mostraron una proporción significativamente más alta de sufrir una enfermedad definitiva de sida. Los investigadores concluyeron que, entre los pacientes VIH positivos con cirrosis, la concentración absoluta de linfocitos CD4 es un factor más válido en el pronóstico de progresión a sida que el porcentaje de linfocitos CD4, y que por lo tanto es lo que debe utilizarse para tomar decisiones sobre el tratamiento contra el VIH.

## TRANSMISIÓN DEL VHC POR VÍA SEXUAL

Varios estudios de la conferencia se centraron en la transmisión del VHC por vía sexual. En torno al año 2000, los médicos del Reino Unido y Europa empezaron a notificar brotes

de hepatitis C aguda que aparentemente habían sido transmitidos por vía sexual, en su mayor parte entre hombres VIH positivos que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH). Hasta la fecha, se han constatado cerca de 400 casos de este tipo en Londres y Brighton, con brotes más pequeños en Francia, Alemania y Holanda; también se han documentado pequeños brotes en Australia y los Estados Unidos. Se supone que esos casos son de transmisión sexual porque se han vinculado a prácticas sexuales de alto riesgo pero no al consumo de drogas intravenosas.

M. Danta y cols. (*resumen TUAB201*) construyeron “árboles genealógicos” filogenéticos de cepas de VHC aisladas de los hombres europeos afectados por esos brotes, a fin de determinar cuál es la relación de las cepas víricas entre sí. Su análisis incluyó a 107 hombres del Reino Unido, 51 de Holanda, 24 de Alemania y 8 de Francia. La mitad portaba el genotipo 1a del VHC, el 23% el genotipo 4d, el 7% el genotipo 3a, el 5% el genotipo 1b y el 2% el genotipo 2. Una proporción inusualmente alta portaba el genotipo 4, que es el predominante en África y Oriente Medio, pero relativamente poco común en Europa. El análisis genotípico reveló que 10 agrupamientos de cepas del VHC relacionadas entre sí representaban el 88% de todas las infecciones analizadas. El agrupamiento más pequeño afectaba a tres hombres, mientras que el más grande incluía a 36. Siete agrupamientos contenían cepas del VHC procedentes de más de un país, y cuatro incluían cepas de más de dos países. Uno de los agrupamientos del genotipo 4d, que afectaba a 31 hombres, contenía cepas de los cuatro países. Los investigadores declararon que sus

**sigue en la **pág 9****

# Discapacidad y Subsidios: *Cómo Hablar con los Evaluadores de Discapacidad*



Jacques Chambers, CLU

Entre las personas que solicitan un subsidio por discapacidad parece existir la creencia de que debe evitarse a toda costa hablar con nadie que trabaje en su caso. La gente que solicita este tipo de subsidio tiene miedo de decir algo que arruine sus probabilidades de que se lo concedan. Si ya están recibiendo el subsidio, suelen pensar que si se mantienen calladitos y no llaman a nadie, seguirán recibiendo sus cheques.

Aunque puede haber un granito de verdad en estos temores, ese granito es muy pequeño, y muchas personas lo llevan al extremo de evitar todo contacto con “la gente que les lleva el subsidio”, a menudo en su propio perjuicio.

La norma general es que no pasa nada por hablar con los coordinadores de su caso de discapacidad, tanto si procede de una compañía de seguros como de la Seguridad Social como de otro programa de ayudas públicas. Pero esta norma general tiene excepciones en ambos sentidos: hay veces en que es mejor no decir demasiado, pero en otras ocasiones es importante mantenerse en contacto.

Una parte importante de esa norma general es que cuando hable con alguien sobre su caso de discapacidad, debe mantener un registro escrito de la conversación. Tenga a mano un cuaderno o una computadora cada vez que les llame por teléfono o le llamen a usted. Debe anotar lo siguiente:

1. Hora y fecha del llamado;

2. Número de teléfono al que llamó, con la extensión incluida;
3. El nombre de la persona que le atendió (no dude en preguntárselo y pedirle que se lo repita o lo deletree);
4. Lo que hablaron; y
5. Cuál es el siguiente paso. (Si le van a enviar algo por correo; si usted va a enviar algo; si tiene que comunicarse con otra persona; cuándo debe ocuparse del caso otra vez)

*(Consulte las demás sugerencias al final de este artículo).*

## **SOLICITUDES DE DISCAPACIDAD EN LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS**

Las aseguradoras privadas funcionan de forma diferente a las instituciones del gobierno. Tanto si la gente con la que habla es consciente de ello como si no, una compañía de seguros siempre preferirá (porque le resulta más rentable) que su solicitud se rechace o se cancele. Por ello, uno debe ser más cauteloso cuando trata con una aseguradora privada.

No es recomendable ofrecerles descripciones detalladas de su enfermedad o sus problemas laborales por teléfono. Esa parte debe hacerla por escrito. Si una compañía de seguros desea realizar una entrevista telefónica con usted, pregúnteles si pueden enviarle una copia de la transcripción o el resumen para comprobar si está correcta antes de que se incluya en el expediente de su caso. Si no es posible, tome notas muy detalladas. Sin embargo, hay ocasiones en que usted *debería* hablar con el personal de la compañía, e incluso tomar la iniciativa para

comunicarse con ellos.

- Para empezar, debe llamar a la aseguradora cada vez que les envíe algo, simplemente para confirmar que lo han recibido. Incluso cuando envíe el primer formulario de solicitud, debe llamarles una semana después para preguntarles si ya lo tienen. Si ya lo han asignado al evaluador, hable con esa persona, preséntese, pregúntele su nombre y su extensión telefónica y ofrézcase para enviarle su expediente médico o cualquier documento que necesite.
- Comuníquese con la compañía de seguros si recibe alguna correspondencia que no comprenda bien del todo. Sin embargo, recuerde que lo que le digan por teléfono no tiene ningún valor. Hay gente que dice cualquier cosa por teléfono, porque sabe que no se le va a exigir ninguna responsabilidad. Si tienen que poner lo mismo por escrito, lo más seguro es que comprueben que lo que dicen es correcto antes de dejarlo por escrito.
- Para la información importante, el mejor registro es el registro escrito. Si está hablando por teléfono y la información o las preguntas le resultan complicadas, o si desea tener una verificación de lo que le están diciendo, pruebe a preguntar: “Me cuesta recordar las cosas y esto que me dice es muy complicado. ¿Le importaría ponerlo por escrito y enviármelo?”

## **EL SEGURO SOCIAL Y LOS SUBSIDIOS ESTATALES POR DISCAPACIDAD**

A pesar de lo que puedan decir los rumores, blogs y tablones de anuncios, al Seguro Social lo único que le importa es que se cumplan sus normas; a ellos les da igual si el subsidio se aprueba o se deniega, si continúa o se interrumpe, siempre que se cumplan los trámites correc-

sigue en la **pág 8**

## CÓMO HABLAR

viene de la pág 7

tos. Además, no gastan su propio dinero. Lo mismo sucede con los cinco programas estatales de subsidios por discapacidad.

Les recomiendo encarecidamente mantener el contacto con el Seguro Social cuanto sea necesario (pero sin atosigar) mientras se está tramitando su reclamación. El Representante de Reclamaciones que se encarga inicialmente de su caso le dará el nombre y el teléfono del Analista de Reclamaciones después de que se le asigne uno; ese profesional es quien le pedirá y revisará su documentación médica.

El mayor problema que tiene el personal del Seguro Social es el enorme número de reclamaciones que les toca atender. El Seguro Social sigue funcionando con el mismo nivel de empleos que tenía hace treinta años, a pesar del drástico aumento de reclamaciones y programas que se ha producido (¿se acuerdan de Medicare Parte D?).

Mientras se tramita su reclamación por discapacidad, el analista sólo puede hacer un seguimiento de los expedientes médicos de mes en mes. Usted puede acelerar su caso colaborando con el analista y comprobando que todos los médicos reciben las solicitudes y envían los expedientes con rapidez.

El número gratuito del Seguro Social (800-772-1213) puede dar respuesta a casi todas las preguntas una vez que el subsidio esté aprobado y haya empezado a efectuar pagos, y ese número funciona de 7 de la mañana a 7 de la tarde independientemente de su zona horaria.

Pero tanto si se trata de un programa público como de una aseguradora privada, no hay razón para esconderse o evitar el trato con los representantes que se encargan

de su caso. Es suficiente con seguir las pautas mencionadas. Además, es recomendable seguir las siguientes sugerencias antes de llamarlos:

- **No se desanime por los contestadores automáticos** –

Aunque le resulte incómodo hablar con una máquina, es un sistema muy eficiente que puede hacer funcionar a su favor. Muchas veces, salta el contestador automático cada vez que llama a su analista, representante o evaluador. No pasa nada. Deje su mensaje, pero no pida solamente que le devuelvan el llamado.

- ❑ En el mensaje, haga la pregunta que quiere que le contesten. Eso permite al funcionario buscar la respuesta antes de llamarle, e incluso dejarle la respuesta en su máquina contestadora si es necesario.

- ❑ A veces en mi oficina sólo intercambiamos mensajes con otra persona a través de la máquina contestadora, y aunque nunca hablemos directamente con ella, se siguen resolviendo los asuntos y respondiendo las preguntas.

- ❑ No se impaciente si no le devuelven el llamado. La verdad es que están muy ocupados. La política de nuestra oficina es esperar un día y luego volver a llamar. Además, nunca mencionamos que no nos respondieron antes. Simplemente dejamos otra vez el mensaje y pedimos disculpas por molestarlos, ya que están tan ocupados. Hay veces que el proceso se repite tres veces o más antes de que nos respondan, pero al final siempre nos contestan con la mejor actitud, ya que no nos quejamos por la demora.

- **Las actitudes pueden reflejarse como en un espejo.** Muchas

veces, los clientes se quejan de que las personas a quienes llamaron tuvieron “malos modales” y les hablaron “con desprecio”. Estoy

convencido de que en muchos casos eso es sólo un reflejo de la actitud del cliente cuando efectuó el llamado. En nuestra oficina hemos comprobado que cuando somos positivos y simpáticos la gente que nos atiende reacciona del mismo modo y nos ayuda mucho más.

- **Hable con la persona, no con la oficina** – Es fácil imaginarse que las aseguradoras y los agentes tienen monstruos y ogros trabajando para ellos y que disfrutan negándonos la reclamación, pero esas personas son sólo seres humanos que están haciendo su trabajo. Trate a cada persona como un ser humano más, intente ser simpático y tener un trato personal y verá que se encuentra con un aliado que le ayudará y no con un obstáculo. Pero recuerde de nuevo que no debe esperar milagros; tampoco tienen tanto tiempo como para ser sus amigos por teléfono.

- **Sea generoso con los cumplidos**

- Si el representante se sale de lo habitual o le presta un servicio mejor de lo que esperaba, agrádezcaselo. De hecho, si se portan muy bien con usted, llame a su supervisor para decírselo.

- **Hágase el tonto** – Es mucho más fácil atraer la atención y recibir buen asesoramiento del representante si juega el papel de no saber nada, estar enfermo o perdido en el sistema. Las exigencias, órdenes y amenazas no le servirán para que su caso vaya más deprisa, al menos no le ayudarán al principio.

- **No emplee amenazas** – Esas personas están acostumbradas a ser amenazadas con juicios y a recibir quejas del departamento de seguros. Las amenazas no les asustan, pero sí le convierten a usted en “un enemigo”. Además, **NO DEBE DISCUTIR**; las discusiones son adecuadas en las apelaciones por escrito, no en las conversaciones telefónicas.



## GLOMERULONEFRITIS

viene de la pág 2

las estrategias más importantes para manejar esta enfermedad es controlar la presión arterial, para así prevenir más daños en los riñones. Puesto que la ribavirina se elimina principalmente a través de los riñones, no suele emplearse para tratar el VHC en personas con enfermedades renales. Sin embargo, algunos estudios han hallado que la ribavirina (en dosis bajas) combinada con interferón ha logrado mejores resultados como coadyuvante del tratamiento de la GNMP. Otras opciones terapéuticas son la plasmaféresis (para eliminar las crioglobulinas circulantes) y la administración de corticosteroides.

Actualmente se están realizando estudios que evalúan el uso de interferón pegilado (con y sin ribavirina) y Rituximab (Anti-CD20), un fármaco que se utiliza para tratar el linfoma y algunas enfermedades autoinmunitarias como la artritis reumatoide.



## COINFECCIÓN

viene de la pág 6

hallazgos revelan una gran red de transmisión del VHC entre hombres HSH VIH positivos en Europa, probablemente debido a sus viajes entre las distintas ciudades. Recomendaron que las autoridades de sanidad pública implementen estrategias de prevención de la hepatitis C dirigidas específicamente a HSH VIH positivos con prácticas de alto riesgo.

En un estudio relacionado con el anterior, A.J. Schmidt y cols. (*resumen MOPEB037*) evaluaron los componentes sociales, conductuales, sexuales y otros factores de riesgo asociados a la hepatitis C entre HSH de Alemania. Su estudio valoró a 22 HSH coinfectados con el VIH/VHC sin antecedentes de consumo de drogas intravenosas, y a 44 sujetos de control equiparables que estaban infectados con el VIH pero no con el VHC. Los investigadores hallaron que los factores de riesgo de infección por el VHC más destacados fueron el consumo de

drogas intranasales como la cocaína, antecedentes de operaciones quirúrgicas importantes, el sexo en grupo, más de cinco episodios de sexo anal sin protección durante el año previo, la penetración anal con puños o “fisting” y el uso de Viagra. Sin embargo, en un análisis de regresión logístico, los únicos factores de riesgo significativos fueron el consumo de drogas intranasales y las lesiones sangrantes por la práctica del sexo anal.

Por último, J. Fox y cols. (*resumen MOPEB036*) evaluaron la incidencia de hepatitis C aguda entre 155 HSH con infección primaria por el VIH (es decir, en el momento inicial de seroconversión con anticuerpos frente al VIH) que fueron admitidos en el Hospital Mary de Londres entre 2000 y 2006. Uno de los hombres tenía coinfección por el VIH/VHC en el momento de su admisión, y 12 hombres experimentaron seroconversión por el VHC durante el período de seguimiento. Entre esos 12 hombres, el tiempo medio entre la infección con el VIH y la infección con el VHC fue de 17 meses (con un margen de 5 a 41 meses). En el año 2003 se efectuó un nuevo diagnóstico de VHC y en el año 2004 otro nuevo diagnóstico, pero la cantidad de nuevos diagnósticos ascendió a seis en 2005 y a cuatro más en 2006. Todos los hombres coinfectados indicaron que habían mantenido relaciones sexuales sin protección con sujetos presumiblemente VIH positivos y todos ellos habían consumido drogas recreativas (con consumo intranasal) en los tres meses anteriores. La mayoría de los pacientes (el 83%) portaba el genotipo 1a del VHC, pero los demás tenían el genotipo 4d. Los investigadores concluyeron que los HSH con prácticas de alto riesgo deberían hacerse la prueba del VHC con más regularidad.



## REGISTRO DE DONANTES DE ÓRGANOS DE KENTUCKY

Octubre es el mes de Concienciación sobre el Hígado. Su disposición a donar órganos y tejidos puede ser el modo perfecto de mostrar nuestro reconocimiento y respeto por el hígado, ese órgano tan complejo y trabajador sin el que no podríamos vivir. El estado de Kentucky tiene un proceso sencillo y confidencial para dar este paso. Aquellas personas que vivan en el estado del “espíritu entusiasta” pueden apuntarse al Registro de Donantes de Órganos de Kentucky, en [www.donatelifeky.org](http://www.donatelifeky.org). También puede dejar constancia de su intención de convertirse en donante cuando vaya a renovar su licencia de manejar. Kentucky no exige el consentimiento de la familia para llevar a cabo los deseos de los adultos. No obstante, le recomendamos encarecidamente que notifique su deseo a sus familiares. Para obtener más información: [www.donatelifeky.org](http://www.donatelifeky.org)

[www.trustforlife.org](http://www.trustforlife.org)  
(866) 945 LIFE (5433).

# Pautas para Hacer Ejercicio



Alan Franciscus, Redactor jefe

En los dos últimos años, ha salido a la luz bastante información sobre la relación entre las afecciones derivadas de los hábitos de vida (como el síndrome metabólico, la resistencia insulínica, la obesidad y la esteatosis) y la progresión de la hepatitis C y la eficacia de su tratamiento. Para la mayoría de las personas, el hecho de cambiar algunos hábitos, como el consumo de alimentos nutritivos y la práctica de ejercicio con regularidad, ayuda a neutralizar estas afecciones e incluso a mejorar o compensar el impacto negativo global de estas enfermedades sobre la progresión de la enfermedad del VHC y el resultado del tratamiento. Se ha demostrado que el ejercicio es uno de los factores más importantes para mantenerse sanos y vivir bien con la hepatitis C.

El Colegio Estadounidense de Medicina Deportiva (ACSM) y la Asociación Estadounidense del Corazón (AHA) actualizaron recientemente sus recomendaciones tanto para adultos sanos como para aquéllos con afecciones crónicas. Se trata de la primera actualización desde 1995 e incluye recomendaciones relativas a entrenamientos de resistencia y ejercicio aeróbico. Esas nuevas pautas nos ayudarán a todos a alcanzar una meta de actividad física que mejore nuestra salud general y estimule a nuestro organismo para combatir la hepatitis C.

Como siempre, antes de empezar una rutina de ejercicio se debe consultar con el médico. Las pautas actualizadas tienen en cuenta distintos grupos de edad y la presencia

o ausencia de enfermedades crónicas. Este artículo se centrará en las recomendaciones para adultos sanos menores de 65 años y para adultos mayores de 65 años. Por cierto, las pautas para este último grupo son las mismas que las que se ofrecen para las personas que viven con alguna enfermedad crónica. Consulte con su médico para determinar el nivel de ejercicio adecuado en su caso basándose en la progresión de la enfermedad del VHC y los síntomas que presente.

## **Pautas para adultos sanos menores de 65 años:**

- Practique ejercicio cardiovascular moderadamente intenso 30 minutos al día, 5 días a la semana, o bien
- Practique ejercicio cardiovascular vigorosamente intenso 20 minutos al día, tres días a la semana

**Y:**

- Haga de 8 a 10 ejercicios de fuerza, con entre 8 y 12 repeticiones de cada ejercicio dos veces por semana

## **Pautas para adultos mayores de 65 años (o adultos entre 50-64 años con enfermedades crónicas como la artritis):**

- Practique ejercicio aeróbico moderadamente intenso 30 minutos al día, cinco días a la semana, o bien
- Practique ejercicio aeróbico vigorosamente intenso 20 minutos al día, tres días a la semana

**Y:**

- Haga de 8 a 10 ejercicios de

fuerza, con entre 10-15 repeticiones de cada ejercicio, de dos a tres veces por semana

**Y:**

- Si corre riesgo de caerse, haga ejercicios de equilibrio,

**Y:**

- Siga un plan de actividad física.

El ejercicio aeróbico moderadamente intenso consiste en esforzarse hasta el grado 6 de una escala de 10. **Importante:** debe poder mantener una conversación durante el ejercicio.

Además, las pautas incluyeron información adicional sobre la práctica de ejercicio:

- Se pueden realizar ejercicios de intensidad moderada a lo largo del día en sesiones de 10 minutos de duración.
- Alterne sus combinaciones de ejercicio moderado y vigoroso.
- Es importante variar sus rutinas o tipos de ejercicio para evitar aburrirse.
- Incluya ejercicios de flexibilidad y estiramientos antes y después de terminar el ejercicio.

El ejercicio es un compromiso para toda la vida, por lo que debemos tratar de encontrar una serie de ejercicios variados que nos gusten. Eso nos ayudará a perseverar en nuestro objetivo toda la vida y a mantenernos más sanos.

Puede consultar información más detallada sobre estas recomendaciones en [www.acsm.org](http://www.acsm.org)

## **Bibliografía:**

Pautas de Actividad Física y Salud Pública del Colegio Estadounidense de Medicina Deportiva ([www.acsm.org](http://www.acsm.org)) y de la Asociación Estadounidense del Corazón ([www.americanheart.org](http://www.americanheart.org))



# Interferón y Cáncer de Hígado



Alan Franciscus, Redactor jefe

En los Estados Unidos, el carcinoma hepatocelular (CHC, o cáncer de hígado) es una de las causas de fallecimiento por cáncer con una tasa de crecimiento más rápida. Los principales causantes de CHC en dicho país son la hepatitis B, la hepatopatía alcohólica y la hepatitis C. Actualmente, la hepatitis C es la causa de CHC que más está aumentando, mientras que las tasas de CHC por el VHB y por alcohol han permanecido estables.

En los 5 últimos años, hemos acumulado pruebas contundentes de que la terapia de interferón (con y sin ribavirina) puede ayudar a ralentizar e incluso invertir parte del daño provocado por la hepatitis C. Pero, ¿significa eso que este efecto sea capaz de prevenir el CHC derivado del VHC? Puesto que el CHC causado por el VHC sólo suele aparecer tras sufrir cirrosis, sería lógico pensar que el tratamiento del VHC puede ralentizar o impedir el CHC. Por desgracia, los datos que podían dar respuesta a esta pregunta eran muy limitados hasta ahora, pero un nuevo estudio publicado en la edición de agosto de la revista *Journal of Medical Virology* podría arrojar luz sobre esta cuestión tan importante.

El Dr. Yasuji Arase y cols., del Hospital Toranomon de Tokio (Japón), evaluaron a 120 pacientes VHC positivos con cirrosis hepática o hepatitis C comprobada mediante biopsia. Los participantes del estudio tenían 60 años o más y presentaban aminotransferasa elevada en suero. Los 120 pacientes fueron tratados con interferón estándar (IFN-3 millones de unidades, de

dos a tres veces por semana durante 0,5 a 15,5 años; la duración media del tratamiento fue de 2,47 años). El grupo de control estaba compuesto por 240 sujetos tratados con plantas medicinales, pero que no recibieron interferón (grupo sin interferón). Los pacientes que no tomaron interferón se ajustaron por sexos y edades con el grupo de interferón en una proporción de 2 a 1.

Los resultados revelaron que la fetoproteína alfa en suero (AFP, un indicador de cáncer de hígado) creció significativamente tras iniciar la terapia con interferón respecto al grupo que no tomó interferón. Además, se comprobó que las tasas de CHC eran significativamente más bajas en el grupo de interferón que en el grupo sin interferón. La tasa acumulativa de CHC a los 5 años fue del 5,9% en el grupo de interferón, frente al 13,7% en el grupo sin interferón. La tasa acumulativa de CHC a los 10 años fue del 17,1% en el grupo de interferón, frente al 32,8% en el grupo sin interferón.

Los autores concluyeron que “la terapia con IFN a largo plazo entre los pacientes de mayor edad con infección crónica por el VHC es efectiva para disminuir la concentración de AFP en suero y prevenir la hepatocarcinogénesis”.

“Prolonged-interferon therapy reduces hepatocarcinogenesis in aged-patients with chronic hepatitis C.” *J Med Virol.* 2007 Aug;79(8):1095-102



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

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

**Autores contribuyentes**  
Liz Highleyman  
Lucinda K. Porter, Enfermera

**Diseño**  
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



Para Vivir Positivamente. Sintiéndose Bien.



[www.hcvadvocate.org](http://www.hcvadvocate.org)

**HCSP**

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