asscatinform@
e-Newsletter publicada por la Associació Catalana de Malalts d'Hepatitis
Núm. 21 - Julio 2018

Caminando juntos hacia la eliminación de las hepatitis víricas

Día Mundial de la Hepatitis 2018

3 EDITORIAL

5 ASSCATINFORM@

5 Hepatitis Delta. Una enfermedad transmisible y minoritaria, que no está en extinción

9 Tratamiento de la hepatitis C y mejora de la salud percibida tras la curación

14 Hepatitis por virus E. Un problema creciente en Europa y de gran impacto en la seguridad de las transfusiones

18 ASSCATACTIV@

Actividades de ASSCAT de enero a julio de 2018

40 COLABOR@CIONES

40 Diagnóstico de la infección del virus de la Hepatitis C “en un solo paso”

47 Hacia la curación de la hepatitis B: nuevas estrategias para la aprobación de los futuros tratamientos en investigación

53 EXPERIENCI@S

Lo que representa el VHC en el trasplante hepático en 2018. Experiencias del hepatólogo antes y después de la disponibilidad del tratamiento con AAD. Más vida después de la curación.

Edita: ASSOCIACIÓ CATALANA DE MALALTS D’HEPATITIS

Inscrita con el núm. 24.265 en el Registro de Asociaciones de la Generalitat de Catalunya

Diseño y maquetación: ARGRA Trading, s.l. - Tordera 38, 08012 Barcelona

asscat Associació Catalana de Malalts d’Hepatitis

Miembro de:

AEHVE Alianza para la Eliminación de las Hepatitis Víricas en España

World Hepatitis Alliance

ELPA European Liver Patients Association

Con la colaboración de:

GILEAD MSD abbvie

Unidos para alcanzar la eliminación de las hepatitis mediante buenas prácticas

Otro año y al llegar el 28 de julio conmemoramos un nuevo Día Mundial de las Hepatitis. Es hora de apreciar lo que se ha hecho y las buenas prácticas que están en marcha para poder seguir avanzando en la ruta hacia la eliminación de las hepatitis víricas, considerando un panorama global.

Queremos manifestar nuestro apoyo al Programa para la Prevención y Tratamiento de las Hepatitis de Cataluña (PPTHC). El respaldo de ASSCAT a dicho Programa, también promueve el empoderamiento y la sensación de pertenencia de los ciudadanos sensibilizados a través de la información actualizada que han de recibir sobre las hepatitis, que ha de ser responsable y ha de coordinarse con el Programa.

Por todo ello, solicitamos **la implicación y el compromiso de los responsables de organizar la asistencia sanitaria. Tienen la oportunidad de realizar el cribado para detectar los casos aún no diagnosticados de hepatitis C y tratarlos. Es el momento** de eliminar mitos antiguos en relación con los tratamientos y las situaciones previas pues ahora el tratamiento es oral, fácil y curativo. Encontramos que aún existen **barreras a nivel asistencial en los equipos de Medicina Primaria** que podrían solucionarse en muy poco tiempo. Actualmente, los médicos de familia tienen historia clínica electrónica compartida, alertas, disponen del diagnóstico de la hepatitis por VHC en un paso para el cribado y deberían informar a sus pacientes y remitirlos al especialista para tratamiento. A nivel de política sanitaria para las hepatitis, enfermedades transmisibles que constituyen un problema de salud pública, es crucial tener una financiación adecuada con una visión de equidad y transparencia, incluir los **Centros de adicciones y las Prisiones** con las mismas condiciones que los **Ambulatorios de Medicina Primaria** y trabajar en proyectos de microeliminación.

Según la visión de ASSCAT es posible vivir en una sociedad libre de hepatitis y sin estigma social si se aplican las guías clínicas de atención a las personas que tienen o han tenido hepatitis vírica, en especial las hepatitis B y C.

Como asociación de pacientes pensamos que es fundamental realizar campañas informativas, divulgar lo que ha significado tener hepatitis y poder curarse. Informamos sobre los cuidados que requieren las personas, en las diferentes fases de la enfermedad hepática. Asimismo, promovemos campañas de cribado para encontrar los casos que aún permanecen sin diagnosticar. Desde hace años buscamos la evidencia científica a través de información divulgativa de calidad científi-

ca sobre los temas que afectan a las personas con dolencias hepáticas. Deseamos contribuir al desarrollo de una cultura para cuidar la salud dignamente a través de orientaciones relevantes, teniendo presente que estamos transmitiendo un mensaje de interés para los ciudadanos.

ASSCAT pide un consenso real para alcanzar una mayor eficacia organizativa en la atención sanitaria de las personas con hepatitis. Es preciso que la aplicación en el día a día de los últimos avances científicos y técnicos que facilitan y simplifican el diagnóstico y el tratamiento sea más ágil y alcance a todos los colectivos afectados. Deseamos influir y colaborar activamente con los diferentes sectores y comunidades de nuestro entorno, aunque, en ocasiones, aún encontramos dificultades diversas, en especial burocráticas. Reiteramos la necesidad de una mayor coordinación.

Deseamos ser la voz del paciente hepático para mejorar la salud del hígado, ser apoyo y también motivar la movilización de los afectados. Ante las situaciones de estigma somos solidarios y defendemos que la red asistencial sea eficaz y sostenible pero también opinamos que debe estar mejor informada y tenga más empatía.

ASSCAT, como representante de pacientes y de grupos vulnerables, tiene un interés singular en que desaparezcan las barreras que condicionan que no se haya llegado a determinados grupos de personas todavía pendientes de conseguir la microeliminación en nuestra comunidad.

Quien espera, desea que se cumpla un deseo, un objetivo y tiene confianza en un mejor porvenir; con la experiencia que tenemos nos planteamos una espera proactiva.

En resumen, hemos aprendido, hemos superado dificultades, avanzado juntos y por caminos novedosos. En general, somos optimistas y estamos trabajando para el futuro. Las personas que ya se han curado, por mucho que hayan sufrido, siempre vuelven al lado positivo y desean colaborar en acciones encaminadas a la eliminación. A nuestros colegas, los que trabajan en otras entidades, en asociaciones con objetivos similares, médicos de diferentes especialidades, equipos sociales, psicólogos, farmacéuticos, etc. aquí y en otros países, les decimos que hemos de seguir avanzando juntos.

Queremos transmitir el mensaje de que la eliminación de las hepatitis marcada por la OMS es factible y creemos que **la mejor manera de predecir el futuro es crearlo.**

Teresa Casanovas
Presidenta

HEPATITIS DELTA. UNA ENFERMEDAD TRANSMISIBLE Y MINORITARIA, QUE NO ESTÁ EN EXTINCIÓN

La importancia de disponer de Registros Internacionales para el estudio de la enfermedad. **HDINEN (Hepatitis-Delta-International-Network)**

La hepatitis por virus Delta representa un problema de salud pública global actualmente subestimado. La hepatitis Delta es muy prevalente en determinadas zonas de la geografía mundial. Es una **enfermedad transmisible.** Su incidencia ha aumentado en los últimos años por los movimientos migratorios desde zonas con elevada prevalencia.

Hace años, algunos especialistas médicos ya vieron que se precisaban acciones urgentes para mejorar la educación, la prevención, el diagnóstico precoz y el tratamiento de la hepatitis Delta con el objetivo de prevenir la morbilidad y la mortalidad asociadas y sus consecuencias (cirrosis, hepatocarcinoma y necesidad de trasplante hepático).

El papel de **ASSCAT** como asociación representante del paciente con hepatitis es aumentar la conciencia de la ciudadanía, los profesionales de la salud y las autoridades sanitarias para apoyar políticas activas de gestión con el fin de que disminuyan los problemas de salud pública e individual causados por esta enfermedad a corto y a largo plazo.

El virus de la hepatitis Delta es un virus defectuoso por lo que precisa del virus de la hepatitis B (VHB) para su replicación. El principal mecanismo de prevención para evitar la hepatitis Delta es la educación y la vacunación anti-VHB preventiva. Además, realizar su diagnóstico precoz en las personas portadoras. En algunos países, como Taiwán, después de años de la introducción de la vacunación anti-VHB se ha podido demostrar la disminución de la hepatitis Delta.

La hepatitis Delta **es una enfermedad "rara" o minoritaria,** afecta a pocas personas globalmente, lo cual por definición significa que la tiene una persona por cada 2.000-5.000 ciudadanos. Por este motivo, la experiencia de la mayoría de médicos en relación con este tipo de hepatitis vírica es limitada. Ello perjudica a los pacientes y también dificulta los estudios clínicos, pues impide la acumulación de conocimiento científico sobre el curso de la enfermedad, los resultados de un determinado tratamiento y el pronóstico en estos pacientes. Por todo ello se creó la Red Internacional para la Hepatitis Delta (Hepatitis Delta International Network) para organizar y disponer de un registro

internacional eficaz en vistas a hacer estudios clínicos, de tratamientos y de prevalencia con un planteamiento científico y de calidad.

Virus de la hepatitis Delta (VHD). Un poco de historia

El Dr. Mario Rizzetto y colaboradores descubrieron el antígeno delta (HDAg) en 1977, en biopsias hepáticas de pacientes con hepatitis crónica por VHB que tenían una evolución clínica especialmente grave. Algunos años después, se identificó el virus de la hepatitis Delta (VHD) completo y se vio que era un virus ARN muy pequeño, sin actividad enzimática y que requería la presencia del VHB, más específicamente, de su antígeno de superficie (HBsAg) para infectar hepatocitos humanos. **Por lo tanto, la hepatitis Delta solo puede ocurrir en presencia de hepatitis B. De esta manera, solo son posibles dos formas de infección por VHD: superinfección con VHD en un paciente con hepatitis B crónica o bien sufrir una coinfección aguda simultánea por VHB y VHD.** Sin embargo, la diferenciación de estas dos formas de infección es bastante complicada y, a veces, imposible. Por lo tanto, en general nos referimos a las hepatitis Delta como coinfecciones.

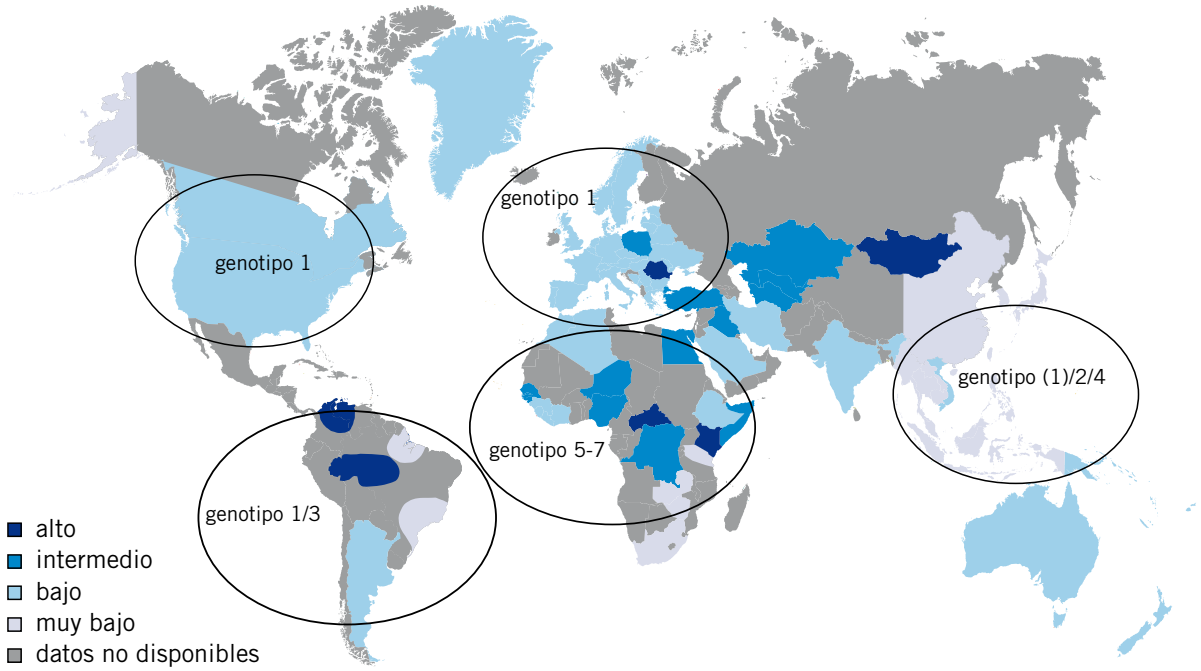
Hasta ahora, se han identificado ocho genotipos del VHD. El genotipo 1 es el más común y tiene un amplio espectro de patogenicidad. El genotipo 2 es particularmente prevalente en Japón y Taiwán, y por lo general se manifiesta como una enfermedad leve. El genotipo 3 se observa casi exclusivamente en América del Sur (zona Amazónica) y está asociado a hepatitis grave y fulminante. El genotipo 4 se puede encontrar principalmente en el Lejano Oriente y, finalmente, los genotipos 5 a 8 se han identificado en África y en inmigrantes africanos en Francia. Se cree que entre 15 y 20 millones de los portadores de VHB tienen coinfección con el VHD. La prevalencia de hepatitis Delta varía ampliamente en todo el mundo e incluso dentro de las diferentes regiones de un país. En Europa, alrededor del 8-12% de los pacientes HBsAg positivos están coinfectados con el VHD.

Se ha observado una prevalencia relativamente más alta en países asiáticos como Taiwán o Pakistán, donde el VHD afecta al 15% y al 17% de la población con HBsAg positivo, respectivamente. Se ha observado una elevada prevalencia de hepatitis Delta en algunas zonas de Turquía (hasta 27%), y en Brasil (> 50%). Aunque los datos disponibles sobre la epidemiología del VHD en el continente americano, África y Oceanía son limitados.

El tratamiento de la hepatitis Delta apenas ha mejorado desde la identificación del virus. La terapia antiviral actual se basa en el interferón alfa administrado de 1 a 2 años con una eficacia de negativización del HBsAg alrededor del 25%. Este tratamiento es poco eficaz, costoso y con efectos secundarios.

En la actualidad se esperan nuevas terapias antivirales, por lo que se rea-

Epidemiología global de la hepatitis Delta según el genotipo del virus



Referencia: HDINEN-Protocol-Hepatitis-Delta-International-Network-OFFICIAL-FORM.pdf

lizan estudios clínicos colaborativos. Debido a la prevalencia relativamente baja del VHD en los países desarrollados, donde se realizan la mayoría de estos estudios, y la falta de recursos en aquellas regiones donde la hepatitis Delta es endémica, la organización de los ensayos clínicos es bastante difícil. En resumen, el VHD causa la forma más agresiva de hepatitis viral crónica, lo que lleva a la aparición temprana de complicaciones hepáticas y muerte y está presente en todo el mundo.

Objetivos de la Red Internacional de Hepatitis Delta (HDIN)

La hepatitis Delta es un importante problema de salud, no solo por la gravedad de la enfermedad, sino también por la falta de un tratamiento antiviral efectivo. Para mejorar las opciones terapéuticas actuales, una mejor comprensión de la fisiopatología es esencial. Una investigación de calidad con este objetivo solo es posible estudiando grandes grupos de pacientes. Sin embargo, dada la distribución geográfica de la hepatitis Delta, grandes cohortes de pacientes solo pueden ser posibles a través de la colaboración multicéntrica. Los objetivos de este proyecto son:

1. Recoger toda la información clínica de los pacientes con hepatitis Delta de diversos centros distribuidos en todo el mundo con el fin de crear una gran base de datos que permita y facilite futuras investigaciones sobre hepatitis crónica delta.
2. Informar mejor a los pacientes sobre su infección viral, el estado actual y el pronóstico de su enfermedad hepática.

3. Proporcionar las herramientas necesarias para informar a otros colegas y profesionales médicos sobre la importancia y las consecuencias de una infección crónica por hepatitis Delta.
4. Compartir con todos los médicos participantes la información sobre el curso de la enfermedad, las terapias, los signos y los síntomas de los pacientes con hepatitis Delta atendidos en su centro.

El diseño del Registro Internacional de Hepatitis Delta (HDINEN), no es un registro convencional, ya que no solo pretende recopilar y gestionar la información de los pacientes, sino que también sirve como fuente de información tanto para pacientes como para médicos con el Formulario del paciente (FP) y el Formulario central (FC). El formulario del paciente (FP) se crea automáticamente por el propio sistema una vez introducida toda la información del caso. Es un documento que contiene la historia clínica del paciente, cuadros y figuras que muestran la progresión de la enfermedad hepática desde el diagnóstico y algunos resultados y consejos importantes sobre la hepatitis Delta que ayudarán a los pacientes a cuidar mejor su propia salud y la de quienes los rodean. El FP también contiene información que se mostrará a otros profesionales de la salud que podrían no estar familiarizados con la enfermedad, lo que les facilitará la comprensión de la enfermedad subyacente y, por lo tanto, ofrecerá el mejor tratamiento para nuestros pacientes de Hepatitis Delta. Además, el FP sirve como una doble verificación de la información que ha recibido el centro, ya que nadie sabe mejor acerca de su condición médica que los propios pacientes. El Formulario del Centro (FC) ofrece a los médicos un análisis del grupo completo de pacientes que han incluido en el HDINEN, las terapias que han seguido, su evolución en el tiempo, etc.

Referencias

1. *http://hepatitis-delta.org/assets/DownloadPage/000000/HDINEN-Protocol-Hepatitis-Delta-International-Network-OFFICIAL-FORM.pdf*
2. *Rizzetto, M. Hepatitis D: thirty years after. J Hepatol 2009; 50: 1043–1050*
3. *Wedemeyer, H. & Manns, M. P. Epidemiology, pathogenesis and management of hepatitis D: update and challenges ahead. Nat Rev Gastroenterol Hepatol 2010;7:31–40*
4. *Hughes, S. A., Wedemeyer, H. & Harrison, P. M. Hepatitis delta virus. Lancet 2011; 378:73–85*
5. *Romeo, R. et al. A 28-year study of the course of hepatitis Delta infection: a risk factor for cirrhosis and hepatocellular carcinoma. Gastroenterology 2009; 136: 1629–1638*
6. *Niro, G. A. et al. Outcome of chronic delta hepatitis in Italy: a long-term cohort study. J Hepatol 2010;53: 834–840*
7. *Buti, M. et al. Clinical outcome of acute and chronic hepatitis delta over time: a long-term follow-up study. J Viral Hepat (2010)*
8. *Rizzetto, M. et al. delta Agent: association of delta antigen with hepatitis B surface antigen and RNA in serum of delta-infected chimpanzees. Proc Natl Acad Sci U S A. 1977; 77: 6124–6128*
9. *Quintero, A. et al. Hepatitis delta virus genotypes I and III circulate associated with hepatitis B virus genotype F in Venezuela. Journal of Medical Virology 2001; 64:356–359*
10. *Le Gal, F. et al. Eighth major clade for hepatitis delta virus. Emerging Infect. Dis. 2006; 12: 1447–1450*
11. *Viana, S. et al. High prevalence of hepatitis B virus and hepatitis D virus in the western Brazilian Amazon. Am J Trop Med Hyg 2005; 73: 808–814*
12. *Wedemeyer, H. et al. Peginterferon plus adefovir versus either drug alone for hepatitis delta. N Engl J Med 2011; 364: 322–331*

TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C Y MEJORA DE LA SALUD PERCIBIDA TRAS LA CURACIÓN

La infección por el virus de la hepatitis C (VHC), es una de las principales causas de enfermedad hepática y tiene un gran impacto en la vida diaria del paciente.

En las primeras etapas de la enfermedad es, en general, asintomática, pero puede evolucionar a cirrosis, cirrosis descompensada y/o carcinoma hepatocelular.

En este artículo se analiza el estado de salud percibido por la persona diagnosticada de hepatitis crónica por VHC y la eventual mejora tras su curación. La sensación de salud es una experiencia personal y subjetiva, dependerá de vivencias personales. Los resultados clínicos, aunque sean favorables no siempre son predictivos de la desaparición del daño psicológico y social previo causado por la enfermedad.

En el momento del diagnóstico, la persona afectada sufre ansiedad, tristeza y aislamiento; siente una gran preocupación por el futuro y cree que sus planes laborales, sociales y familiares tendrán que cambiar radicalmente. Por este motivo, algunos pacientes precisan apoyo psicológico o tratamiento por depresión.

Actualmente, el tratamiento anti-VHC sin interferón, disponible desde 2015, ha cambiado el panorama de la hepatitis C. Es un tratamiento curativo (en el 95-98% de los casos), fácil de realizar y tiene un beneficio inmediato para el paciente.

El paciente que se cura presenta una Respuesta Viral Sostenida (RVS) y mejora el pronóstico de su enfermedad hepática y también su estado subjetivo de salud. El tratamiento del VHC administrado en etapas precoces permite frenar la progresión de la enfermedad, lo cual reducirá las complicaciones, los gastos de atención médica que se generarían y la necesidad de trasplantes de hígado por esta causa.

En los últimos años, la mayoría de pacientes diagnosticados han accedido al tratamiento curativo del VHC, aunque se ha de reconocer que muchos pacientes han recibido el tratamiento teniendo una fibrosis avanzada, por lo que seguirán precisando controles por su especialista y en ellos posiblemente la mejora de sus síntomas y los resultados globales de salud sean menores a lo esperado.

El resultado de la salud percibida por la persona o calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es un concepto multidimensional y su evaluación es un reto. Debería reflejar lo que nota el propio paciente. Los resultados de la

CVRS se recogen mediante cuestionarios o instrumentos, validados científicamente y que pueden ser genéricos o bien específicos para las enfermedades hepáticas; expresan directamente el estado de salud del paciente, sin que la respuesta la interprete un médico o cualquier otra persona.

Los cuestionarios informan sobre los marcadores conocidos de CVRS, como son el estado funcional, el estigma percibido, la productividad laboral y otros aspectos o dimensiones.

El impacto clínico de la infección por el VHC en el hígado es muy variable, desde cambios mínimos hasta cirrosis hepática. La evaluación del estado de salud de una persona portadora del VHC debería ser integral, no limitado a los resultados que constan en las pruebas médicas y análisis, puesto que el individuo afronta y se adapta a una enfermedad de forma variable y en ocasiones la persona manifiesta tener síntomas como fatiga, prurito, náuseas, etc. sin una correlación clara con el grado de daño hepático.

La enfermedad puede afectar múltiples dimensiones de la salud y también repercute en aspectos psicosociales.

Todo ello debería reflejarse con eventuales cambios en los análisis de la CVRS que se realizan en el postratamiento. Si bien se ha de reconocer que no se suelen hacer.

En los primeros estudios sobre las consecuencias de la infección por el VHC en la CVRS, se utilizó el cuestionario genérico, SF-36. En dichas investigaciones se observó que los pacientes se hallaban muy sintomáticos y tenían una CVRS disminuida con reducciones significativas en todas las dimensiones. La reducción en la calidad de vida no se pudo atribuir al grado de inflamación hepática o al modo de adquisición de la infección.

Por lo tanto, los autores concluyeron que la infección crónica por VHC per se, daba lugar a síntomas físicos que mermaban la calidad de vida de los pacientes afectados.

Además, en otras observaciones comparando con controles se demostró que la productividad laboral y el rendimiento cognitivo también se podía alterar. En este período, la evaluación de la CVRS después del tratamiento con interferón y ribavirina, aunque el paciente tuviese una RVS, no fueron concluyentes.

Se ha de reconocer el interés que suscitaron los estudios iniciales, que intentaban crear un modelo para incidir en la creación de programas de ayuda, pero se produjo un estado de opinión negativo en la comunidad de afectados y también en los equipos médicos. Hoy en día y por diferentes motivos la situación es muy diferente.

Se admite que la actitud ha cambiado al poder administrar un tratamiento con garantías de ser curativo y que otorga nuevas oportunidades y cambios cruciales en la vida de las personas. Además, se han reconocido en investigaciones más recientes las limitaciones de los análisis previos.

Aunque no existe un acuerdo sobre las dimensiones que componen la CVRS, en determinadas dolencias se deberían incluir en la evaluación de la salud percibida, los síntomas y problemas expresados directamente por los enfermos.

Los test genéricos permiten estimar la CVRS en una escala global, pero las evaluaciones individualizadas reflejarían mejor los cambios que pueden experimentar a diferentes niveles los pacientes con enfermedades crónicas que reciben un tratamiento.

Tabla 1

CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DEL CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

	Nº ÍTEMS	*Nº NIVELES*	*PUNTUACIÓN(1)*
Funcionamiento físico	10	21	0 – 100
Rol físico	4	5	0 – 100
Dolor corporal	2	11	0 – 100
Salud general	5	21	0 – 100
Vitalidad	4	21	0 – 100
Funcionamiento social	2	9	0 – 100
Rol emocional	3	4	0 – 100
Salud mental	5	26	0 – 100
Transición	1	5	–
Resumen Físico	35	–	50 (10)
Resumen Mental	35	–	50 (10)

(1) Las puntuaciones 0 – 100 tienen ese rango y se interpretan como el peor o mejor estado de salud, respectivamente; en las puntuaciones 50 (10) la población de referencia tiene una media de 50 con una desviación estándar de 10, por lo que valores superiores o inferiores a 50 indican un mejor o peor estado de salud, respectivamente, que la población de referencia.

Ref. Arostegui I, Núñez-Antón V. Aspectos estadísticos del Cuestionario de CVRS SF-36 ESTADÍSTICA ESPAÑOLA 2008;50 (167): 147 - 192

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD – CVRS

(no considera aspectos económicos, culturales, del entorno, la ecología, etc.)

Definición de salud (OMS): La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social no solo la ausencia de enfermedad (no se ha modificado desde 1946)

CVRS: representa aquellas partes de la calidad de vida que se relacionan directamente con la salud de un individuo, incluye los dominios de funcionamiento físico, psicológico, social, espiritual y de roles, así como el bienestar que genera (Spilker and Revicki, 1996)

Es decir, no sería suficiente una evaluación mediante test genéricos e incluso específicos para enfermedades hepáticas, sin incluir preguntas sobre los síntomas que los afectados consideran esenciales.

Se debería analizar la CVRS en las personas que han tenido hepatitis C y se han curado, partiendo de sus características individuales, cómo han vivido los síntomas (si los han tenido), las consecuencias de la enfermedad en su vida diaria, si han tenido problemas con la información.

También se ha comprobado que en la CVRS influye la personalidad, motivación, valores y preferencias.

Uno de los riesgos principales en la medición de la CV es que suele centrarse en el impacto que tiene la enfermedad en los aspectos más funcionales comparando con población general según el sexo y la edad.

Para poder tener una visión de cómo se alcanza la recuperación tras el tratamiento curativo se debería ampliar la investigación. Por ejemplo, en la recuperación de las personas curadas de

No existe equivalencia entre:

- Los resultados de la **CVRS (estado de salud percibida) y**
- Las **medidas clínicas habituales (análisis, pruebas...)**

En la mayoría de **instrumentos de medida de la CVRS** destacan:

1. Importancia del estado funcional (físico, social y mental)
2. Subjetividad en la medición del estado de salud

hepatitis C, interesa conocer: si desaparece el estigma percibido, si mejoran la productividad laboral y la memoria, si mejoran las alteraciones del sueño o bien otros síntomas poco frecuentes que algunos pacientes explican.

Estudios recientes al exponer los resultados de los tratamientos anti-VHC sin interferón, han demostrado una mejora de la CV durante el tratamiento, en especial coincidiendo con la supresión viral en la cuarta semana de tratamiento. Esto coincide con la negativización de la viremia y la desaparición del virus circulante de la sangre. La persona goza a partir de este período, de un bienestar progresivo en el tiempo que se refleja en los cambios observados en su CVRS, con una mejora que se observa independientemente del estadío de fibrosis.

En esta era de terapia antiviral generalizada contra el VHC, es importante reconocer las consecuencias de esta enfermedad, así como la importancia de lograr la cura del VHC, lo que se traduce en beneficios para el paciente y la sociedad.

A nivel social, al disminuir el número de personas portadoras, se reduce proporcionalmente el riesgo de transmisión, ya que la hepatitis C es un problema de salud pública.

Con cada paciente tratado con éxito, el conjunto de individuos capaces de transmitir la enfermedad disminuye y mejora la salud en general de las personas, lo cual representa un ahorro de gastos sanitarios a corto-medio plazo.

La comunidad médica va reconociendo la importancia de los signos y síntomas asociados a las manifestaciones extrahepáticas de la hepatitis C. Así, la fatiga, el prurito, la mala calidad del sueño y la depresión psicológica que aquejan a las personas portadoras afectan a su CVRS y mejoran al conseguir la curación.

Referencias

1. *Younossi Z. et al. Superiority of Interferon-Free Regimens for Chronic Hepatitis C.The Effect on Health-Related Quality of Life and Work Productivity. Medicine (Baltimore). 2017; 96(7): e5914*
2. *Amodio P et al. Hepatitis C virus infection and health-related quality of life. World J Gastroenterol. 2012; 18(19):2295-2299.*
3. *Adinolfi LE et al. Chronic Hepatitis C Virus Infection and Depression. Clin Liver Dis. 2017;21(3):517-534*
4. *Chen MC et al. Assessment of Educational Needs and Quality of Life of Chronic Hepatitis Patients. BMC Health Serv Res. 2017;17(1):148*
5. *Gutteling JJ et al. Overview of research on health-related quality of life in patients with chronic liver disease. Neth J Med. 2007;65(7):227-234*
6. *Dowsett LE et al. Living with Hepatitis C Virus: A Systematic Review and Narrative Synthesis of Qualitative Literature. Canadian Journal of Gastroenterology and Hepatology 2017, Article ID 3268650, 11 pages*

HEPATITIS POR VIRUS E. UN PROBLEMA CRECIENTE EN EUROPA Y DE GRAN IMPACTO EN LA SEGURIDAD DE LAS TRANSFUSIONES

Las guías clínicas de la EASL (European Association for the Study of the Liver) sobre el virus de la hepatitis E (VHE) han sido publicadas por primera vez muy recientemente y coincidiendo con el Congreso Internacional celebrado en París en abril de 2018. Son guías en proceso, muchas cuestiones están sin resolver y los propios autores reconocen que se precisan más estudios.

Hasta hace poco, se creía que el VHE sólo afectaba a los residentes de países pobres y comportaba un mal pronóstico en las mujeres embarazadas. La hepatitis por VHE se transmite principalmente a través de agua y por alimentos contaminados. Estas premisas son ciertas pero insuficientes y hoy en día uno de los problemas principales que se plantea es el riesgo de su transmisión por transfusiones de sangre.

El virus de la hepatitis E comprende 8 genotipos diferentes con una prevalencia variable dependiendo de la zona geográfica, sus rutas de transmisión son diferentes, así como sus manifestaciones clínicas. Los genotipos más frecuentes son el 1, 2, 3 y 4.

Así el genotipo 1, afecta en exclusiva a los humanos, su transmisión es fecal-oral, por agua contaminada, puede cursar en brotes epidémicos, se manifiesta, en general, como una hepatitis autolimitada, que no evoluciona a la cronicidad, y se ha reportado una elevada mortalidad en embarazadas (25%).

Los genotipos 3 y 4, son endémicos en determinadas especies animales, por ejemplo, el cerdo. Es una infección que la persona adquiere al ingerir carne cruda o poco cocinada procedente de animales contaminados. Es una infección de países desarrollados. En Sudamérica el genotipo 3 es el único genotipo detectado, y en China el genotipo 4 es el más común.

Donantes de sangre. Es importante considerar la prevalencia del VHE detectada en donantes de sangre y éste es un tema que preocupa. La prevalencia mundial de la viremia por VHE, documentada en donantes de sangre, es relativamente baja, pero va en aumento.

¿Se debería implantar la detección de los donantes portadores? La transmisión del VHE por transfusión de sangre se ha documentado y constituye una amenaza para la seguridad de la sangre y para la salud pública. Afecta en especial a pacientes inmunosuprimidos (receptores de trasplantes

de órganos, pacientes con neoplasias hematológicas sometidos a quimioterapia y pacientes portadores del VIH con recuento de CD4 bajos). Las hepatitis postransfusión por VHE, en Europa, son causadas principalmente por el genotipo 3; y en algunos casos aislados por los genotipos 4 y 7. Pueden evolucionar a la cronicidad, dando lugar a cirrosis, lo cual contribuye a la morbilidad y la mortalidad en una población de pacientes vulnerables. Asimismo, la hepatitis por VHE de genotipo 1 y 3, también se ha vinculado a una serie de manifestaciones extrahepáticas, principalmente neurológicas.

Con datos actuales, la seroprevalencia del VHE en Europa oscila entre el 0,6% y el 86,4%, (un porcentaje muy variable y poco exacto que se explica por el tipo de prueba realizada), la frecuencia aumenta con la edad, sin diferencia de sexo. En las cohortes europeas de donantes de sangre la prevalencia del VHE es variable desde el 4,7% en Escocia al 86,4% en el sur de Francia. Del mismo modo, el porcentaje de casos con RNA-VHE positivo en las donaciones de sangre en otros países, se halla entre 1 caso en 8.416 donantes en Austria y de 1 caso en 726 donantes en los Países Bajos. Se reconoce que los test serológicos actuales son poco sensibles. La tasa de infección de los receptores que reciben los productos sanguíneos de donantes con RNA-VHE positivo se estima que es de 40-50%.

No está claro si la presencia de anticuerpos específicos en el donante o el receptor impacta en un mayor riesgo de transmisión y se ha documentado que tanto los pacientes inmunocompetentes como los inmunosuprimidos se pueden reinfectar, aunque tengan anticuerpos anti-VHE.

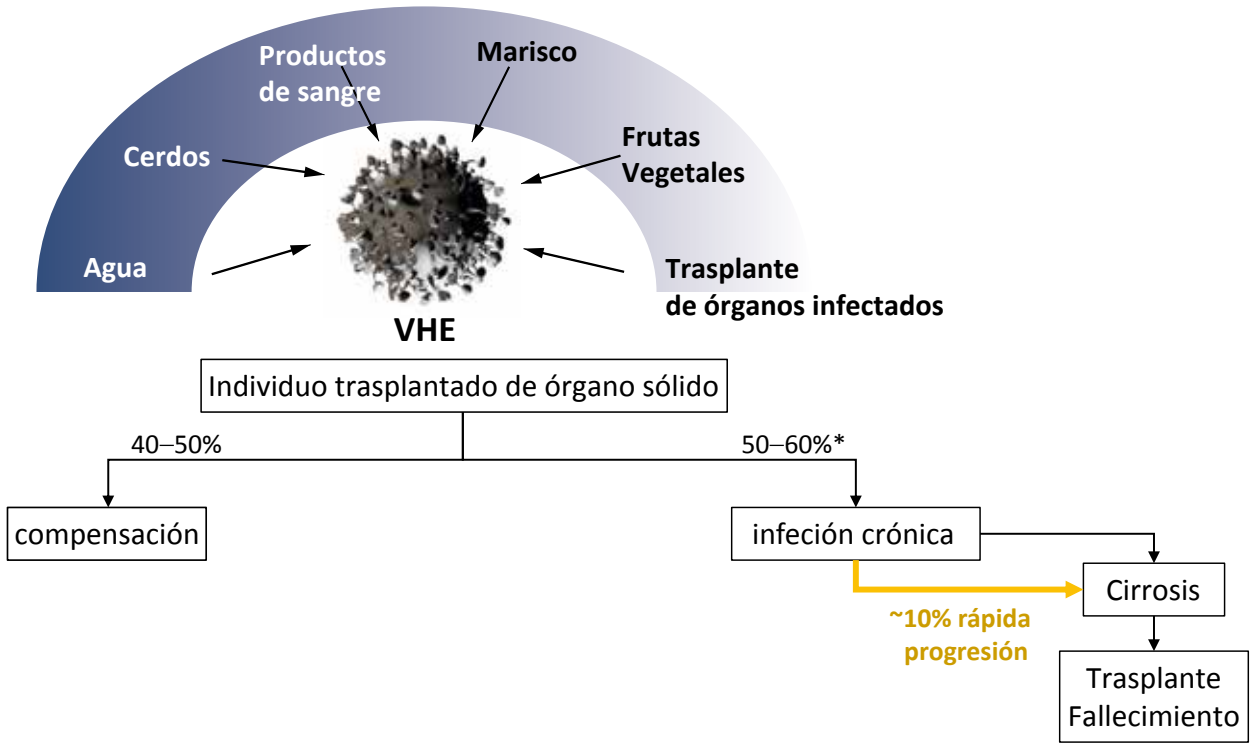
En *Journal of Hepatology, 2018; 69:36–42, Westhölter et al.* informan del resultado de un estudio prospectivo en un período de ocho meses, de detección del VHE en donantes de sangre. Se incluyeron 18.714 donantes, de los que en 23 se detectó RNA-VHE, lo cual corresponde a una prevalencia de un donante positivo por cada 815 donaciones. Solo cuatro, de los 23 donantes virémicos tenían anticuerpos anti-VHE IgG y/o IgM positivos, y solo tres tenían elevación de aminotransferasas. En la mayoría el RNA-VHE se negativizó rápidamente, mientras que en tres donantes asintomáticos la viremia duró más de tres meses, y en uno más de cuatro meses. Se realizaron más estudios, de forma retrospectiva con las muestras anteriores almacenadas de los donantes positivos, las cuales revelaron que cuatro de ellos ya tenían el RNA-VHE positivo en la muestra anterior. Analizando a los 14 receptores de transfusión de hemoderivados con RNA-VHE, dos de ellos dieron positivo para el RNA-VHE; un paciente falleció por insuficiencia hepática aguda y otro paciente desarrolló una hepatitis E aguda y autolimitada. En otros pacientes transfundidos, no se pudo

investigar a fondo la eventual infección por VHE debido a la gravedad de la enfermedad de base. Los donantes que tenían el VHE positivo, fueron evaluados mediante un cuestionario para conocer factores de riesgo: participaron 18/23 (78%) y sus resultados se compararon con 256 donantes de sangre no seleccionados. Ambas cohortes fueron comparables en edad y sexo. Comer carne de cerdo fue muy común en ambas cohortes (89% y 87%, respectivamente) pero el consumo de carne de cerdo cruda (tipo bistec tártaro) fue significativamente más frecuente en los donantes con el VHE positivo (67% frente al 35%).

Este estudio pone de relieve la necesidad de implementar las pruebas de RNA-VHE en los donantes de sangre ya sea de forma general o bien selectivamente para transfusiones en receptores de alto riesgo. Esta discusión se produce en un momento en que la epidemiología del VHE está cambiando en Europa. El curso de la enfermedad en población sana es leve o autolimitada, mientras que en los grupos vulnerables, que son los pacientes propensos a desarrollar una infección crónica, la hepatitis E puede progresar rápidamente a cirrosis hepática o insuficiencia hepática aguda como se señaló antes. (Fig 1)

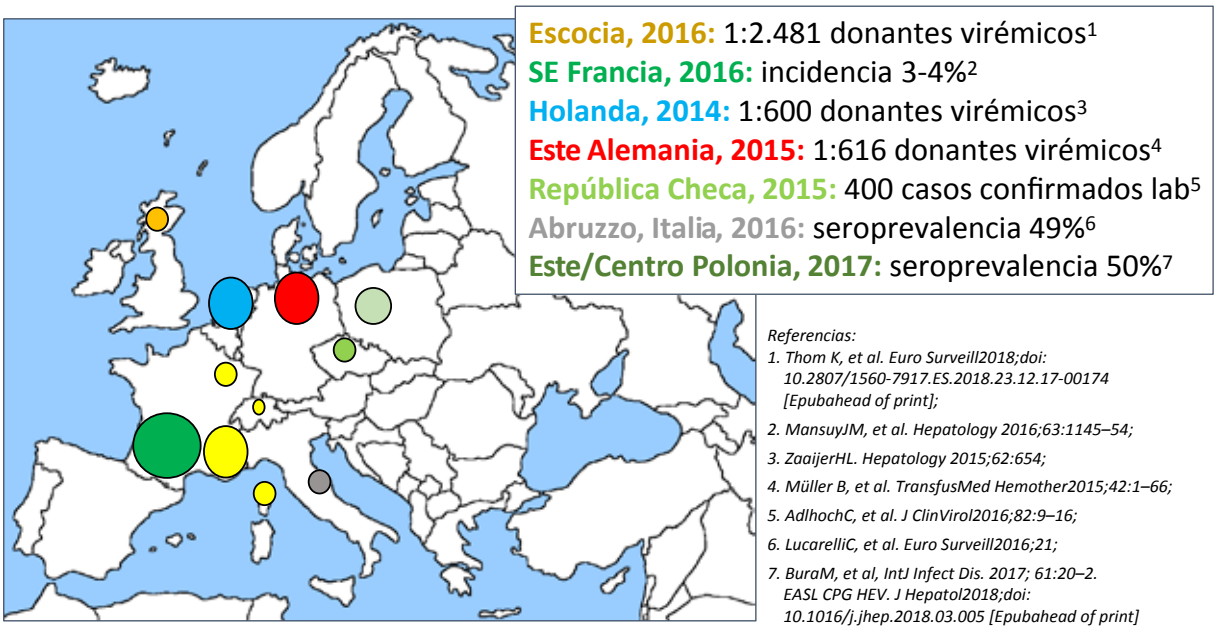
Muchos pacientes que hoy en día reciben transfusiones son enfermos graves con mayor riesgo de desarrollar complicaciones si adquieren una hepatitis E a través de dichos productos sanguíneos. Por este motivo en varios países europeos (por ejemplo, Irlanda, los Países Bajos, el Reino Unido y

La infección por VHE es más frecuente en receptores de trasplante de órganos sólidos. Progresión a la cronicidad Fig. 1



Frecuencia detectada en Europa de la hepatitis por virus E

Fig. 2



Francia) se ha iniciado el cribado molecular para el RNA-VHE en las donaciones de sangre. En otros países están evaluando la introducción de la detección del RNA-VHE y solo Dinamarca ha optado por no realizar el control. (Fig 2)

El análisis de los donantes de sangre permite aumentar la seguridad de las transfusiones de sangre. No obstante, no elimina totalmente el riesgo de transmisión a través del consumo de alimentos contaminados.

No se ha consensuado cuál sería la mejor estrategia para detener la transmisión del VHE. El control de todos los donantes de sangre es una medida compleja asociada a elevados costes, y se ha de tener en cuenta la importancia de las medidas de reducción del riesgo de infección alimentaria que simultáneamente deberá implementarse.

Un primer paso sería crear conciencia e informar sobre la enfermedad entre médicos y pacientes. En segundo lugar, la transmisión podría reducirse cociendo adecuadamente la carne de cerdo, por lo que se reduciría el porcentaje de personas con viremia en la población. Aunque por descontado sería deseable disponer de una vacuna para humanos y también para los cerdos para prevenir esta enfermedad.

Referencias

1. *EASL Clinical Practice Guidelines on hepatitis E virus infection. European Association for the Study of the Liver. Journal of Hepatology 2018; 68: 1256–1271*
2. *B. Müllhaupt, C. Niederhauser. Hepatitis E blood donor screening – More than a mere drop in the ocean? Ed. Journal of Hepatology 2018; 69: 8–10*
3. *D. Westhölter et al. HEV-positive blood donations represent a relevant infection risk for immunosuppressed recipients. Journal of Hepatology 2018; 69: 36–42*
4. *N. Kamar, J. Izopety and H. Daltonk. Chronic Hepatitis E Virus Infection and Treatment. Journal of Clinical and Experimental Hepatology 2013; 3: 134–140*

ACTIVIDADES ASSCAT DE ENERO A JULIO DE 2018

43º CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA PARA EL ESTUDIO DEL HÍGADO (AEEH)

Se celebró en Madrid los días **21, 22 y 23 de febrero.** Pudimos actualizarnos sobre los temas más importantes que se debatieron:

Cirrosis hepática: métodos diagnósticos no invasivos, clasificación y complicaciones.

Hígado graso: la enfermedad hepática por depósito de grasa, el aumento de su prevalencia, el riesgo de progresión de la fibrosis asociada, algoritmos para detectar su progresión mediante métodos no invasivos y la utilidad del FibroScan® y otros métodos no invasivos en estudio.

Hepatocarcinoma (HCC): nuevos tratamientos para el HCC avanzado, y tratamientos secuenciales del HCC según el tipo de progresión.

Hepatitis víricas: qué controles precisan los pacientes con fibrosis avanzada que han alcanzado la RVS con los AAD, posibilidad de retirar el tratamiento anti-VHB y nuevos métodos diagnósticos para la hepatitis B.

Enfermedad por daño alcohólico y cómo detectarlo precozmente.

Trasplante de hígado: aspectos del tratamiento inmunosupresor a largo plazo y disminución de la lista de espera por cirrosis VHC gracias a la llegada de los AAD.

En este encuentro se constató que ya no van a aparecer nuevos fármacos anti-VHC y **los nuevos medicamentos anti-VHB están aún en las fases iniciales de investigación.**

La determinación para alcanzar la eliminación de las hepatitis víricas continúa y es uno de los motores de la AEEH y de la Alianza para la Eliminación de las Hepatitis Víricas en España. Queremos destacar que se habló también de los **proyectos de microeliminación.** Se trata de iniciativas que se están llevando a cabo en poblaciones con riesgos conocidos, por ejemplo,

en prisiones. **Estos programas de intervención local permiten aumentar de forma significativa el número de pacientes tratados en comparación con otras zonas en las que no se implanta este tipo de programa que implica la búsqueda activa de pacientes.**

Se sabe que una de cada cinco personas en nuestro país está en riesgo de padecer una enfermedad del hígado. Por ello en este congreso se lanzó la **Campaña #HígadoSano cuyo objetivo es detectar a través de una analítica de laboratorio si la persona tiene un aumento de las ALT (transaminasas) y, dependiendo de los resultados, su médico debería proseguir con más estudios o remitir al paciente al especialista,** ya que la ALT no solo se encuentra aumentada en las hepatitis víricas, sino también en el daño hepático por alcohol, por exceso de grasa hepática, por medicamentos, por hepatitis autoinmune, etc.

Se ha comprobado que, **si no se producen cambios en el sistema de diagnóstico y atención actuales, en 2022 habría, en España, 160.000 personas que teniendo hepatitis C estarán fuera del sistema, sin control y sin tratamiento**. Esta cifra es muy relevante, pues implica la responsabilidad de los gestores actuales de la salud. Desde una perspectiva nacional, el estudio de modelización de *Hill et al.,* presentado en esta reunión, utiliza un modelo de Markow que parte de las bajas tasas anuales de diagnóstico actual y concluye que **en el año 2022 se podría llegar a un fenómeno de "agotamiento diagnóstico" del VHC en el que aproximadamente 161.000 pacientes infectados permanecerían sin diagnóstico y, por tanto, sin acceso a un tratamiento curativo.** Si esta situación se mantiene, España no alcanzaría los objetivos de eliminación de la OMS para 2030, año en el que el estudio estima que todavía habría en España 98.581 pacientes infectados. **Hace falta una visión de Salud Pública e iniciar programas de cribado para la población en general.**

JORNADA 'PRECEPTORSHIP HEPATITIS VÍRICAS EN GRUPOS CON CONDUCTAS DE RIESGO'

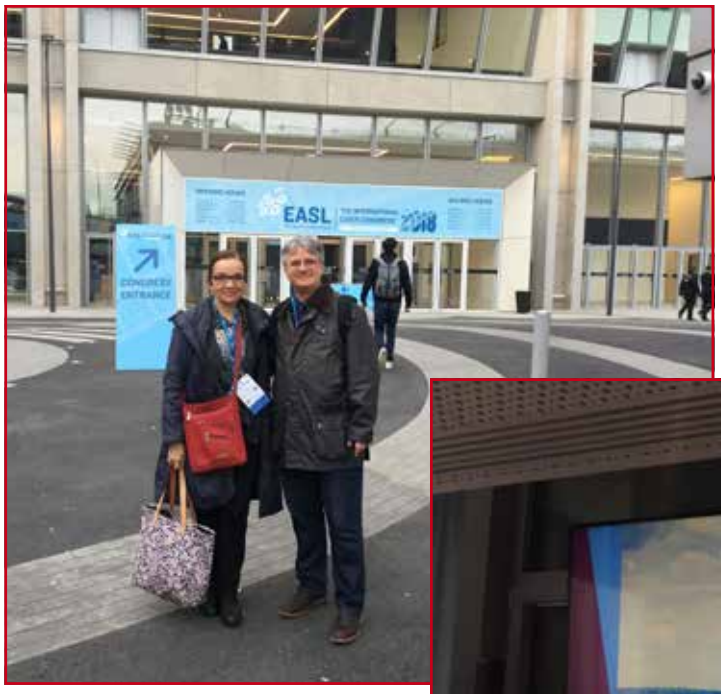
Esta Jornada formaba parte de un ciclo de presentaciones y talleres prácticos que iban dirigidos al personal que atiende centros de adicciones y también médicos de familia de los ambulatorios. Tuvo lugar entre los días **5 y 7 de febrero** en el Hospital Clínic de Barcelona. Participamos en las conferencias del primer día ya que los talleres se dirigían al personal en activo en los centros.

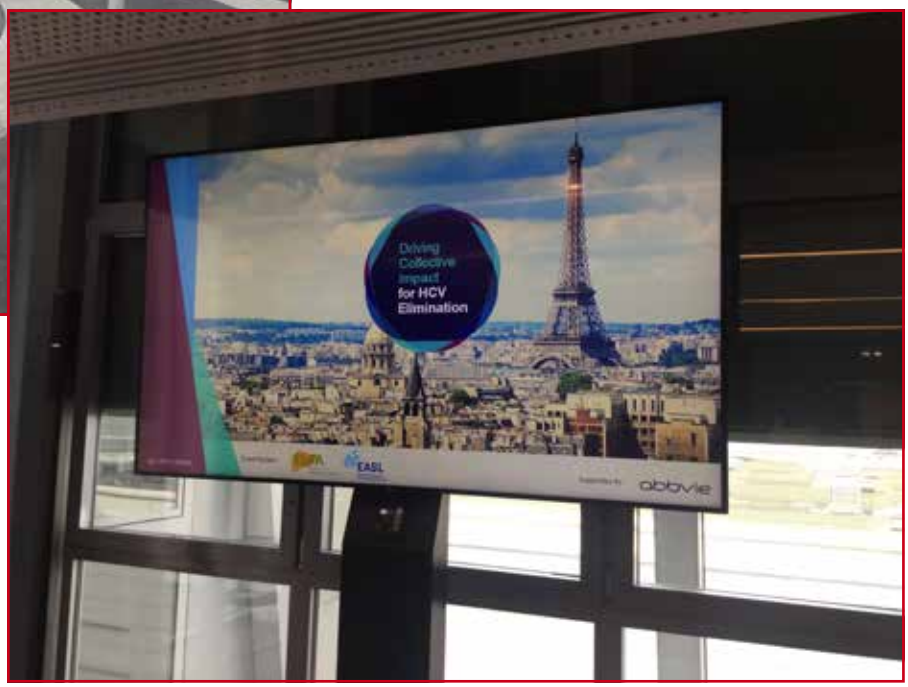
20ª JORNADA DE INFORMACIÓN SOBRE HEPATITIS VÍRICAS Y DETECCIÓN DE LA HEPATITIS C MEDIANTE TEST ORAL

Tuvo lugar el **27 de febrero** en las calles Callao esquina Creu Coberta de Barcelona (delante del Mercado de Hostafrancs). La jornada tuvo una relativa buena participación, pues debido al frío y amenaza de nieve la ciudadanía quería una información rápida y dirigirse rápidamente a sus domicilios y obligaciones. Aun así, tuvimos mucha aceptación por parte de los vecinos y comerciantes de la zona. Realizamos con Cruz Roja 65 pruebas y, en esta ocasión, ninguna dio un resultado positivo.

CONGRESO INTERNACIONAL DEL HÍGADO (EASL 2018), SIMPOSIO ELPA (EUROPEAN LIVER PATIENTS' ASSOCIATION) Y ASAMBLEA GENERAL DE ELPA

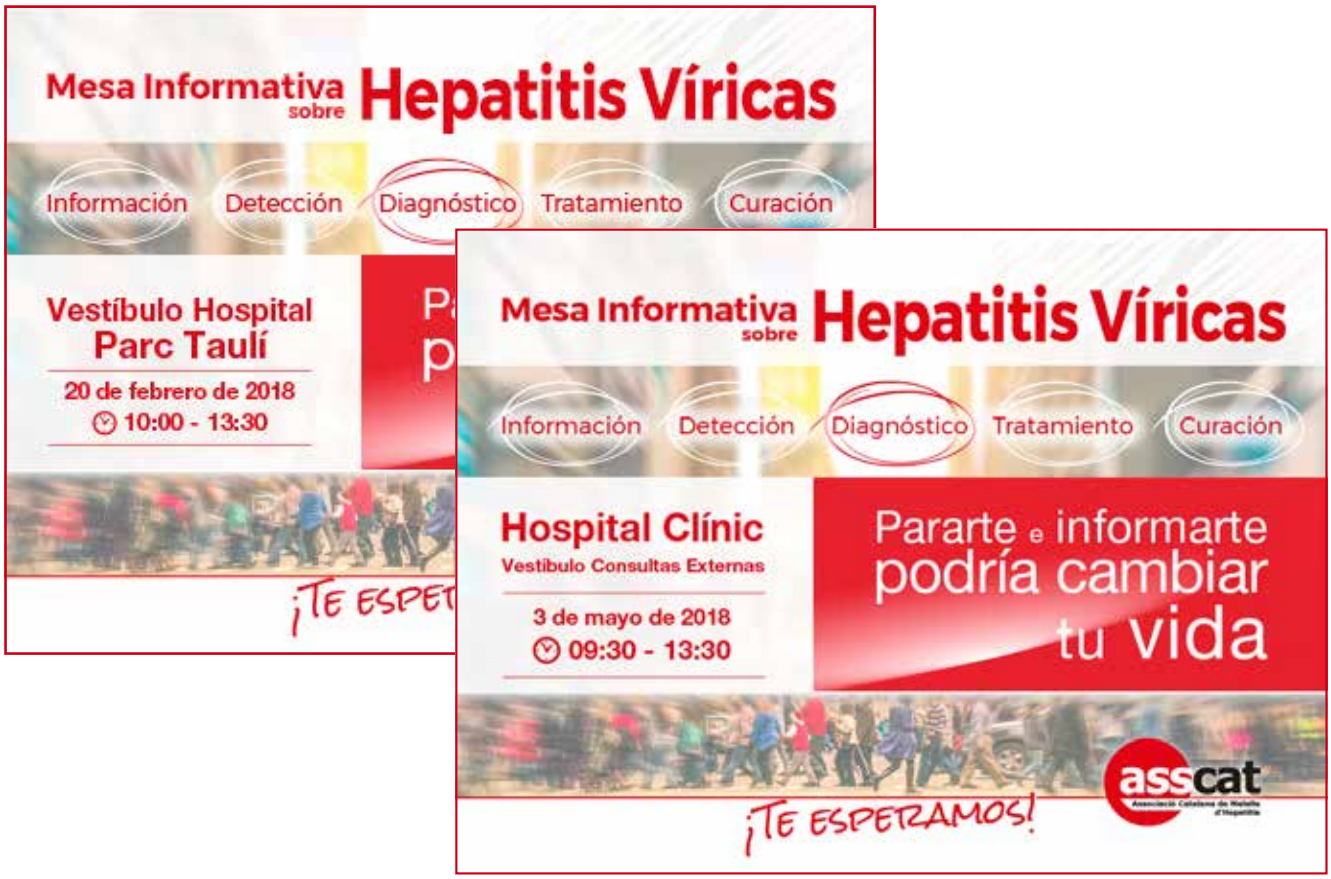
Del **11 al 15 de abril** asistimos en París a este encuentro y el día 12 participamos en el Simposio de ELPA, "Symptom management across liver diseases: Is there a big picture?" que se incluye como una de las actividades del Congreso. Esta edición se ocupó del tema del manejo de los síntomas que pueden aparecer en las enfermedades hepáticas como el prurito, la fatiga, las posibles alteraciones psiquiátricas, problemas sexuales, etc. Se habló de la calidad de vida relacionada con la salud. ELPA contó con expertos en estos campos que dieron una visión práctica de los temas sin centrarse en una enfermedad hepática concreta. Como cada año, aprovechando el encuentro en el Congreso de todas las asociaciones que formamos parte de ELPA, se celebró la Asamblea General también el día 12.





MESAS INFORMATIVAS EN HOSPITALES DE CATALUÑA SOBRE HEPATITIS VÍRICAS

Los voluntarios de ASSCAT entregamos información a las personas que transitaban por el vestíbulo de estos hospitales y contestamos a sus preguntas.



SOCIAL WEEK LA CAIXA. CONFERENCIA DE TERESA CASANOVAS "EL PAPEL DE LAS ASOCIACIONES DE PACIENTES EN LA ELIMINACIÓN DE LAS HEPATITIS VÍRICAS"

El **5 de abril,** en Barcelona, los voluntarios de La Caixa y otros asistentes tuvieron la oportunidad de conocer las actividades de ASSCAT en la información y concienciación sobre las hepatitis.

III TALLER DE ABORDAJE PSICOSOCIAL Y ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN SOLICITANTES DE ASILO E INMIGRANTES EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD

En la actualidad, cada año, un número importante de personas emigran o piden refugio en Cataluña y la perspectiva de futuro es que siga aumentando dicho número. El **26 de abril** en este taller, organizado en Barcelona por el Departamento de Bienestar Social de la Generalitat de Catalunya, ASSCAT pudo compartir muchas experiencias con personas de asociaciones que trabajan en la acogida de personas inmigrantes y en la ayuda a personas vulnerables.

Se han realizado cinco talleres prácticos para que los participantes compartieran experiencias. ASSCAT participó en el taller de enfermedades transmisibles, que fue muy interactivo y útil para visualizar que queda mucho por hacer.

El taller se enfocaba en la detección de los problemas de salud más importantes que pueden afectar a los diferentes colectivos (niños, mujeres, jóvenes y diferenciando por países de procedencia).

Muchas de las personas que llegan se hallan en situación de tráfico de personas y también se habló de violencia de género. El contexto de estas personas es muy difícil y se encuentran con numerosas barreras. Se les

atiende desde el punto de vista de la salud física, psíquica y social/laboral. Las diferentes entidades y profesionales que los atienden y han comentado sus actividades, plantean que desde el primer momento se han de "normalizar" que no debería haber oficinas especiales para inmigrantes, puesto que van a tener una tarjeta sanitaria y se van a guiar con las leyes y los servicios del país de acogida.

En las intervenciones se dio una gran prioridad a los problemas de salud mental y a la interculturalidad, así como a las enfermedades y dolencias más prevalentes, transmisibles y no transmisibles, y que los servicios de acogida y equipos de medicina primaria deberían conocer. Se presentó el proyecto "My Health" en el que participan 7 países europeos. En Barcelona, dicho programa se coordina desde el servicio de enfermedades infecciosas del Hospital Vall d'Hebron-Drassanes. Además, están implicados: servicios sociales, psicólogos, etc. El objetivo es profundizar en las necesidades detectadas y coordinar los servicios actuales.

REUNIÓN CON LOS RESPONSABLES DEL LABORATORIO CLÍNICO DEL HOSPITAL VALL D'HEBRON DE BARCELONA PARA HABLAR SOBRE EL DIAGNÓSTICO EN UN SOLO PASO

El objetivo de este encuentro, que tuvo lugar el **15 de mayo,** era invitar a los Dres. Francisco Rodríguez y Rosa María López a la Jornada del Día Mundial de la Hepatitis y conocer de primera mano los aspectos prácticos del día a día del laboratorio. Les agradecemos su artículo sobre el diagnóstico en un paso que publicamos en esta revista.

CONFERENCIAS SOBRE "EL IMPACTO DEL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C CON LOS AAD EN CATALUÑA"

El **31 de mayo** asistimos en el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona a este acto que tenía como principal objetivo recordar y homenajear la figura del Dr. Joan Rodés, hepatólogo que fue el impulsor e ideólogo del Plan Estratégico. Se realizaron varias conferencias en las que se destacó que gracias a este Plan se ha avanzado muy rápidamente en todos los aspectos del tratamiento de la hepatitis C en nuestro entorno.

COLABORACIÓN DE ASSCAT CON EL PROGRAMA EDUCATIVO INTERNACIONAL DE LA INTERNATIONAL NETWORK ON HEPATITIS IN SUBSTANCE USERS (INHSU, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)

INHSU es una ONG de origen australiano, actualmente de ámbito global, que se dedica a difundir información específica sobre todos los temas relacionados con las hepatitis víricas en entornos de atención a adicciones.

INHSU tiene el compromiso de mejorar el acceso a los tratamientos a través de la educación y la concienciación de las poblaciones más vulnerables, las personas usuarias de drogas, no frecuentan los circuitos sanitarios oficiales y requieren una dedicación especial.

En sus actividades INHSU edita publicaciones, vídeos divulgativos, organiza talleres, conferencias y congresos internacionales. En 2018, el congreso anual tendrá lugar en Lis-

boa del 19 al 21 de septiembre, y el presidente es el Dr. Rui Tato Marinho, hepatólogo del Hospital Santa María en Lisboa y amigo desde hace años de ASSCAT. Además de los congresos anuales, la INHSU organiza **talleres específicos** dirigidos a los equipos que cuidan y tratan a las PQCD (personas que consumen drogas) con el objetivo de actualizar y compartir sus experiencias. Hoy en día, los usuarios de drogas constituyen el grupo más numeroso de personas a las que falta diagnosticar y tratar, como prevención de posibles transmisiones en su entorno y del avance de su enfermedad.

Programa educativo internacional

En este momento y a nivel mundial, es crucial que aumente la participación e implicación de los equipos de asistencia primaria y del personal de los centros de adicciones a drogas, en el manejo de todos los aspectos asistenciales de los usuarios de dichos servicios. El programa educativo tiene como objetivo difundir de una forma práctica toda la información actualizada y experiencias en estos entornos.

El programa educativo internacional se diseñó y se realizó con notable éxito en Australia (país que es uno de los pioneros con el lema de tratar para prevenir). Posteriormente, se ha traducido y adaptado para su realización en Canadá, Francia, España, Suiza, Reino Unido y Bélgica.

INHSU a través de colaboradores expertos (hepatólogos, psiquiatras, infectólogos, expertos en comunicación) de los países seleccionados ha puesto en marcha el programa basado en las prácticas habituales, el contexto y el lenguaje local. ASSCAT ha participado en el proyecto educativo desde su inicio con la traducción y adaptación de los materiales. Además, algunos asociados de ASSCAT han contribuido puntualmente cuando se les ha solicitado.

Descripción del curso: los temas abordados se presentan en profundidad a través de módulos online, taller presencial (de un día) y herramientas o recursos educativos. Los aspectos abordados son: epidemiología, prevención, historia natural de las hepatitis, reducción de daños (metadona, inter-

cambio de agujas, etc.), diagnóstico, vinculación al cuidado, evaluación de la enfermedad hepática, opciones terapéuticas y tratamiento individualizado, comorbilidades y su tratamiento, riesgos de reinfección.

El curso es gratuito, con la inscripción y participación se obtienen los materiales y créditos de formación.

En España las **sesiones presenciales tuvieron lugar en el mes de mayo de 2018, en Barcelona, Valladolid, Madrid, Sevilla y Valencia.** En ellas, en la presentación de los talleres teóricos y prácticos, los expertos locales contaron en cada ciudad con la colaboración de asociados de ASSCAT que, ya curados, explicaron su experiencia con la hepatitis C, el diagnóstico y el tratamiento. En ocasiones relataron experiencias por el estigma y la falta de información que encontraron en algunos equipos sanitarios, así como las dificultades para conseguir la medicación libre de interferón. Los participantes en el taller presencial, agradecieron disponer de primera mano de los relatos de personas curadas que siguen asociadas a ASSCAT y demuestran su solidaridad cuando tienen ocasión de explicar lo que les sucedió y dar testimonio de lo que ha significado para ellos poder curarse.

El taller INHSU 'Hepatitis C en atención primaria y entornos de drogas y alcohol', en Barcelona, contó con una ponencia de Teresa Casanovas, presidenta de ASSCAT.

ADVISORY BOARD DE ELPA (EUROPEAN LIVER PATIENTS' ASSOCIATION)

El **5 de junio** la presidenta de ASSCAT asistió como miembro de la Junta Directiva de ELPA a la reunión que se celebró en Bruselas en la cual se llevó a cabo la coordinación y evaluación de las actividades de esta entidad europea.

2ND HIGH-LEVEL EUROPEAN POLICY SUMMIT ON THE ELIMINATION OF THE HEPATITIS C VIRUS (HCV) IN EUROPE

Bajo el lema **"Asegurando una financiación sostenible de los planes de eliminación del VHC",** este evento fue organizado el **6 de junio** en Bruselas por la Hepatitis B&C Public Policy Association. En esta jornada pudimos aprender sobre las dificultades que tienen numerosos países para alcanzar los objetivos de eliminación. Participaron ONGs, especialistas hepatólogos, infectólogos, epidemiólogos, etc. Lo más destacable son los modelos matemáticos y planes para que la financiación no se lleve a cabo con donaciones sino con préstamos "blandos". Los temas fueron variados y las conferencias muy participativas y de alto nivel.

PROYECTO INTERNACIONAL SOBRE HEPATITIS C "LET'S END HEPC"

La presidenta de ASSCAT ha aceptado de entrada que ASSCAT participe en el Consejo Asesor del proyecto internacional sobre Hepatitis C "Let's End HepC", liderado por el Dr. Ricardo B. Leite de Portugal, médico y parlamentario portugués, cuyo equipo investigador coordina en España el Dr. José M. Martín Moreno junto a los Dres. Miguel A. Serra y Amparo Escudero.

Este proyecto ofrece una herramienta útil en política sanitaria, cuyo objetivo es permitir la evaluación de los programas nacionales de tratamiento y control de la hepatitis C, bajo el mismo conjunto de indicadores de salud pública. Se busca sistematizar los algoritmos para que los responsables de políticas y gestores sanitarios tomen las mejores decisiones basadas en la evidencia en búsqueda de la eliminación de la hepatitis C. El modelo de la herramienta y la aplicación están siendo desarrollados por el Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Católica Portuguesa, en Portugal, con el apoyo de Gilead Sciences Europe Ltd.

"Let's End HepC" se articula como una plataforma digital abierta de vigilancia de políticas de datos que se desarrollará inicialmente para 6 países: Portugal, España, Rumanía, Bulgaria, Inglaterra y Alemania. Más adelante se podrían unir

Australia, Austria, Francia, Italia y los Países Bajos. El objetivo final es convertirse en el instrumento de referencia, una herramienta de comunicación de alto nivel operativo, fácil e intuitiva, para apoyar la toma de decisiones con respecto a las políticas de eliminación de la hepatitis C.

El **7 de junio** asistimos a la primera reunión del Consejo Asesor ("advisory board" para España) del proyecto *Let's End HepC* que tuvo lugar en Madrid en el Centro Cibeles. En este primer encuentro en España se presentó la plataforma, los equipos que participan y la metodología; el plan es realizar dos reuniones por año.

EVENTO DE THE ECONOMIST EVENTS: "LOGRAR LA ELIMINACIÓN DE LA HEPATITIS C EN ESPAÑA: PRÓXIMOS RETOS"

El **5 de marzo** la presidenta de ASSCAT asistió, también en Madrid, a la **reunión previa** del comité de expertos españoles que analizaron la situación en España y de la cual se generó un documento que presenta las notas de este encuentro. Es muy interesante porque, entre otros aspectos, refleja la importancia que han tenido las AAPP para poder tener los tratamientos y también resalta el compromiso de los hepatólogos españoles en exigir los nuevos AAD para curar a sus pacientes con hepatitis C.

Las conclusiones se presentaron el **7 de junio** en el evento "Lograr la eliminación de la hepatitis C en España:

los próximos retos" organizado por The Economist Events en Madrid que reunió a destacados profesionales y expertos sanitarios para analizar cómo culminar la eliminación de la enfermedad y abordar las oportunidades y retos asociados a este objetivo en el sistema sanitario español.

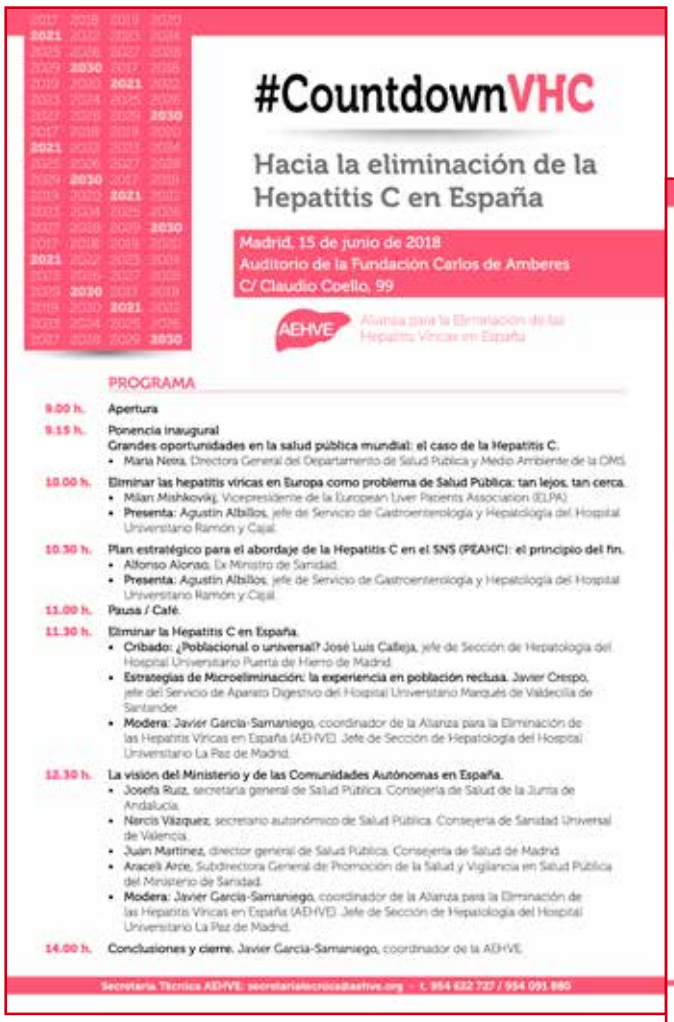
PRIMERA JORNADA INTERNACIONAL NASH EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRON

El **12 de junio** asistimos a esta jornada, con motivo del Día Internacional del Hígado Graso No Alcohólico, en el salón de actos del Hospital Universitario Vall d'Hebron en Barcelona. Participaron responsables políticos, gerentes del hospital, investigadores, médicos especialistas de diferentes campos (endocrinología, hepatología, pediatría, análisis clínicos) y pacientes.

El NASH es un problema grave que concierne a los responsables de salud, se ha de dar a conocer, mejorar la coordinación con los equipos de medicina primaria y sensibilizar a la población. Se ha recalcado por parte de los especialistas que han intervenido la importancia de llevar un estilo de vida y dieta sanos, ya que la mayor tasa de obesidad en la población comporta un aumento de diabetes y de grasa visceral y hepática y ello sucede ya desde la infancia.

JORNADA #COUNTDOWNVHC: HACIA LA ELIMINACIÓN DE LA HEPATITIS C EN ESPAÑA

En esta Jornada, organizada el **15 de junio** por la Alianza para la Eliminación de las Hepatitis Víricas en España, de la cual ASSCAT forma parte, el Dr. García-Samaniego ha explicado que la AEHVE quiere presentar al Ministerio de Sanidad cuatro aspectos que consideramos prioritarios para lograr la eliminación del VHC: desarrollar un plan de cribado para aflorar los casos de infección activa no diagnosticados; mejorar la continuidad asistencial para identificar y tratar a todos los pacientes con hepatitis C que no están en las consultas de Hepatología –Atención Primaria, prisiones y adicciones-; fortalecer el diagnóstico en un solo paso en todos los centros; y promover estrategias de microeliminación.



#CountdownVHC

Hacia la eliminación de la Hepatitis C en España

Madrid, 15 de junio de 2018
Auditorio de la Fundación Carlos de Amberes
C/ Claudio Coello, 99

AEHVE Alianza para la Eliminación de las Hepatitis Víricas en España

PROGRAMA

9.00 h. Apertura

9.15 h. Ponencia inaugural
Grandes oportunidades en la salud pública mundial: el caso de la Hepatitis C.
- María Neira, Directora General del Departamento de Salud Pública y Medio Ambiente de la OMS.

10.00 h. Eliminar las hepatitis víricas en Europa como problema de Salud Pública: tan lejos, tan cerca.
- Milan Mishkovikj, Vicepresidente de la European Liver Patients Association (ELPA)
- Presenta: Agustín Albillos, jefe de Servicio de Gastroenterología y Hepatología del Hospital Universitario Ramón y Cajal.

10.30 h. Plan estratégico para el abordaje de la Hepatitis C en el SNS (PEAHC): el principio del fin.
- Alfonso Alonso, Ex Ministro de Sanidad.
- Presenta: Agustín Albillos, jefe de Servicio de Gastroenterología y Hepatología del Hospital Universitario Ramón y Cajal.

11.00 h. Pausa / Café.

11.30 h. Eliminar la Hepatitis C en España.
- Cribado: ¿Poblacional o universal? José Luis Calleja, jefe de Sección de Hepatología del Hospital Universitario Puerta de Hierro de Madrid.
- Estrategias de Microeliminación: la experiencia en población reclusa. Javier Crespo, jefe del Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander.
- Modera: Javier García-Samaniego, coordinador de la Alianza para la Eliminación de las Hepatitis Víricas en España (AEHVE). Jefe de Sección de Hepatología del Hospital Universitario La Paz de Madrid.

12.30 h. La visión del Ministerio y de las Comunidades Autónomas en España.
- Josefa Ruiz, secretaria general de Salud Pública. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.
- Narcís Vázquez, secretario autonómico de Salud Pública. Consejería de Sanidad Universal de Valencia.
- Juan Martínez, director general de Salud Pública. Consejería de Salud de Madrid.
- Araceli Arce, Subdirectora General de Promoción de la Salud y Vigilancia en Salud Pública del Ministerio de Sanidad.
- Modera: Javier García-Samaniego, coordinador de la Alianza para la Eliminación de las Hepatitis Víricas en España (AEHVE). Jefe de Sección de Hepatología del Hospital Universitario La Paz de Madrid.

14.00 h. Conclusiones y cierre. Javier García-Samaniego, coordinador de la AEHVE.

Secretaría Técnica AEHVE: secretariatecnica@aehve.org - t. 954 632 727 / 954 091 880

#CountdownVHC

Hacia la eliminación de la Hepatitis C en España

Madrid, 15 de junio de 2018
Auditorio de la Fundación Carlos de Amberes
C/ Claudio Coello, 99

AEHVE Alianza para la Eliminación de las Hepatitis Víricas en España

OBJETIVO

Articular un debate sobre el reto de eliminar la infección por VHC en España como problema de Salud Pública en línea con las directrices marcadas por la OMS en la Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra las Hepatitis Víricas 2016-2021. Un reto que está al alcance de la mano en nuestro país tras la extensión del tratamiento con antivirales de acción directa (ADDs) a todos los pacientes con infección activa diagnosticados, independientemente del daño hepático, y cuyo próximo hito debe ser el abordaje y puesta en marcha de una estrategia de cribado para la población general, y de estrategias específicas (microeliminación) en poblaciones prioritarias y grupos vulnerables.

La Jornada permitirá conocer las experiencias y el trabajo en Eliminación que está llevando a cabo a nivel mundial y en países de nuestro entorno, así como la visión que el Ministerio y las Comunidades Autónomas tienen para una estrategia de eliminación en nuestro país.

PÚBLICOS

- Decisores (Ministerio de Sanidad y CC.AA, parlamentarios Comisiones de Sanidad Congreso y Senado, responsables de Sanidad de los partidos políticos).
- Profesionales.
- Asociaciones de Pacientes.
- Líderes de Opinión y Medios de comunicación.

IV EDICIÓN DE LOS PREMIOS ALBERT JOVELL

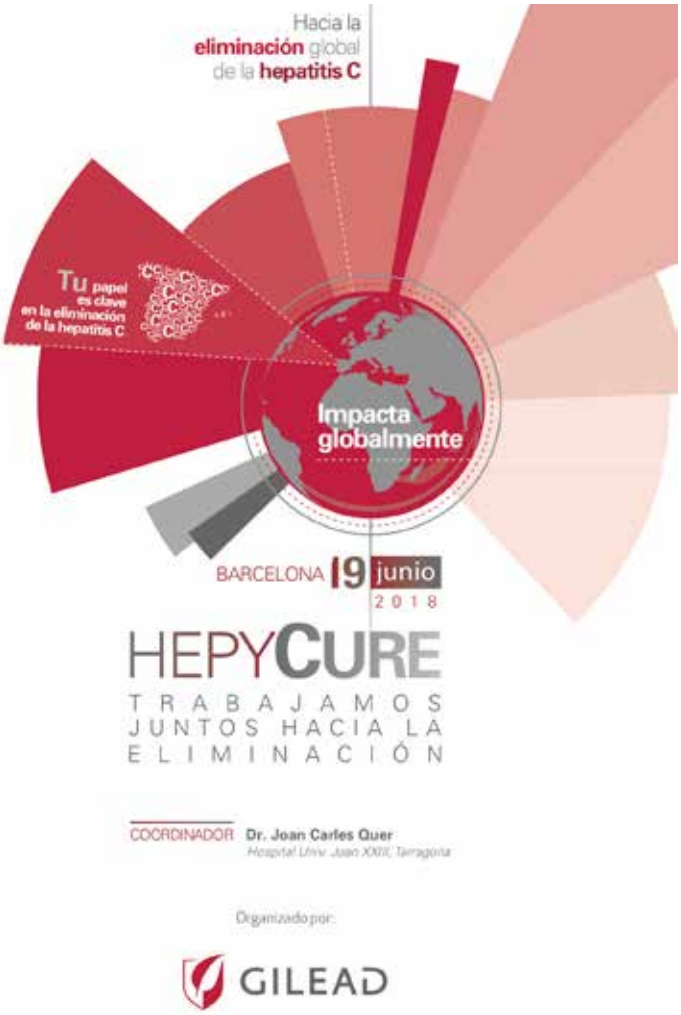
El **12 de junio** asistimos a la IV Edición de los Premios Albert Jovell que tuvo lugar en el Auditorio Reina Sofía de Madrid.

Este año el tema central de la Jornada ha sido "Presente y Futuro de la A/Efectividad". En este acto pudimos intercambiar impresiones con miembros de otras asociaciones de pacientes y escuchar las intervenciones de los ponentes que versaron sobre Creciendo en la **ae**-fectividad, El Cultivo de Nuestro Currículum Interior, Las Tecnologías **ae**-fectivas y El Envejecimiento **ae**-fectivo.

JORNADA HEPYCURE BARCELONA

Los objetivos del programa HEPYCURE son:

- Promover el conocimiento de la Hepatitis C y de todas las acciones que se están llevando a cabo en aras de conseguir la eliminación de la misma.
- Destacar y poner de manifiesto este campo multidisciplinar, tanto el abordaje, el control y el tratamiento, así como la curación de la enfermedad.
- Concienciar acerca de la importancia del diagnóstico temprano, así como de los beneficios del tratamiento tanto desde una perspectiva individual como de Salud Pública.
- Revisar las políticas educacionales en diferentes colectivos y la importancia de los mismos.
- Promover el abordaje integral y multidisciplinar del manejo de la hepatitis C.



En esta sesión, que tuvo lugar en Barcelona el **19 de junio** y que estuvo abierta a la asistencia de organizaciones no gubernamentales, se actualizaron todos los temas relacionados con la información, el control y el tratamiento de la hepatitis C en todos los colectivos y el papel de todos los equipos multidisciplinares involucrados. La presidenta de ASSCAT habló sobre el tema “Rol comunitario desde la perspectiva de las organizaciones de hepatitis víricas”.

DÍA MUNDIAL DE LA HEPATITIS 2018

En ASSCAT hemos desarrollado tres actividades para celebrar el Día Mundial de la Hepatitis.

La primera tuvo lugar el lunes, **23 de julio,** jornada en la cual hemos realizado una **Caminata de Visibilización por el Barrio de la Ribera y el Parque de la Ciudadela** de Barcelona. Durante la misma hemos recorrido los lugares que se muestran en el cartel y hemos escuchado las explicaciones de Miquel Vidal sobre el significado histórico y social de los monumentos visitados.

La visita guiada al **Barrio de la Ribera,** se ha iniciado con un breve resumen histórico y social. Este barrio tuvo su origen en las villas y asentamientos construidos fuera de la muralla romana y conoció su máximo esplendor hacia el siglo X como un barrio portuario de artesanos y comerciantes. Gracias al compromiso de estos ciudadanos se construyó entre 1329 y 1833 la **Basílica de Santa María del Mar,** de estilo gótico catalán, antiguamente llamada **Santa María de las Arenas,** documentada desde 998 y también conocida como la **Catedral del Mar.** En el interior, que hemos podido visitar, destaca su austeridad, sus estilizados pilares y sus ventanales góticos con vidrieras de diferentes colores que presentan iconografías variadas.

Seguidamente nos hemos dirigido al **Parque de la Ciudadela.** Nuestro guía ha explicado los detalles históricos

y políticos ligados a la construcción de la Ciudadela y cómo a partir de 1869 el general Prim la cede a la ciudad con la condición de que no se urbanizara y que se transformara en un parque. El parque fue diseñado por Josep Fontseré Mestre, quién combinó los componentes vegetales: paseos, árboles, arbustos, etc. y preservó algunos edificios como son: la capilla castrense, el palacio del gobernador y el polvorín. En 1888, con motivo de la Exposición Universal de Barcelona el parque albergó nuevos pabellones y edificios. **En el parque destaca la Cascada Monumental,** conjunto arquitectónico

y escultórico que se construyó siguiendo un diseño general de Josep Fontseré, mientras que el proyecto hidráulico fue obra de Antoni Gaudí.

Durante la visita hemos podido admirar el **Umbráculo,** donde crecen plantas tropicales y hemos gozado de un rato de descanso a la sombra. Este edificio, que destaca por sus formas redondeadas y sus láminas de madera, fue restaurado en 1988 (centenario de la Exposición). Seguidamente, hemos contemplado la escultura **El Desconsol** en mármol blanco de Josep Llimona, de estilo modernista, ubicada enfrente del edificio del Parlament de Cataluña. Después nos ha llamado la atención el ciprés calvo que crece dentro del agua, la escultura del mamut gigante y diversos monumentos y memoriales que recuerdan eventos históricos. Por fin, hemos podido disfrutar de nuestro picnic en la **glorieta de Bonaventura Carles Aribau,** en una zona ya dispuesta para ello. Ha sido una jornada alegre, de recuerdos y amistad mientras pasábamos por zonas concurridas en las que hemos mostrado el lema **Eliminate Hepatitis** con motivo del **Día Mundial de la Hepatitis.**

La segunda actividad tuvo lugar el martes, **24 de julio.** Con la colaboración de Cruz Roja Barcelona realizamos en la Plaza Orfila de Barcelona la **21ª Jornada de Información sobre las Hepatitis Virales y Detección de la Hepatitis C.**

Desde las 10 de la mañana instalamos la mesa con material informativo que hemos ido entregando a los transeúntes y a las personas que se acercaban a preguntar y los hemos invitado a hacerse la prueba oral para saber si tenían anticuerpos anti-VHC. De las 60 pruebas que se han realizado, en 39 mujeres y 21 hombres, se han hallado anticuerpos anti-VHC positivos en un caso. Se trataba de un hombre nacido y residente en Barcelona al cual se le ha informado del significado del resultado y además se le ha aconsejado que se realizase una analítica específica para confirmar si existe viremia actual. Esta persona nos ha referido que hace muchos años tuvo hepatitis diagnosticada con una analítica, no tuvo que dejar de trabajar y nunca se volvió a controlar ya que se encontraba bien. Se le ha hecho un informe para su médico y seguiremos en contacto. La mayoría de las pruebas se han hecho en personas nacidas en Barcelona, pero un número significativo (23%) en personas procedentes de países sudamericanos que trabajan de cuidadores de personas mayores

La mañana transcurrió en un ambiente de solidaridad y colaboración. Las personas a quienes hemos hecho la prueba oral se han mostrado agradecidas. Hemos tenido la oportunidad de hablar con mucha gente, que nos han transmitido sus experiencias. Una ama de casa que precisó una transfusión de sangre en los años 70 para salvarle la vida en un parto y siempre pensó que podía tener hepatitis postransfusional. Una maestra nos explicó que hace un año y con motivo de ir de vacaciones a un país tropical recibió vacunas para prevenir las hepatitis A y B y que era consciente de la falta de información que tenía sobre la hepatitis C. Ello corrobora el hecho de que la mayoría de personas con un nivel cultural medio no conocen en general lo que significa tener hepatitis, y tienen dudas sobre si han sufrido circunstancias de riesgo de una posible transmisión y lo que pueden hacer para conocer si tienen hepatitis ya que en caso de duda deberían solicitar una analítica específica a su médico.

Es de destacar que además de los voluntarios de ASSCAT y de Cruz Roja, han colaborado voluntarios de ALBI-España (ONG de las enfermedades biliares y hepatitis autoinmune) y de la AMTHC (Associació de Malalts i Trasplantats Hepàtics de Catalunya).

Como tercera actividad para celebrar el Día Mundial de la Hepatitis 2018 **ASSCAT ha colaborado** de manera muy activa en la **Jornada "Caminando hacia la eliminación de las hepatitis víricas",** organizada el **25 de julio** por el Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya. El objetivo de esta Jornada ha sido **dar visibilidad, aportar información, concienciar y sensibilizar sobre las hepatitis virales** y las complicaciones como cirrosis y cáncer de hígado que se asocian a ellas, así como mostrar lo que se está haciendo en Cataluña y los retos pendientes que se deberían resolver para lograr el objetivo marcado por la OMS en cuanto a la **eliminación global de las hepatitis víricas en 2030** (el 90% de las personas deberían estar diagnosticadas y el 80% tratadas).

Esta Jornada, que tuvo lugar de 9h a 14h en la sala de actos del Edificio Salvany del Departamento de Salud, contó con la participación de representantes políticos, profesionales, representantes de entidades y personas que trabajan en diversos ámbitos relacionados con las hepatitis víricas en Cataluña, con la finalidad de analizar los avances conseguidos en el ámbito de las hepatitis víricas y las buenas prácticas en colectivos sensibles.

Con el aforo de la sala de actos completo, la Hble. Sra. Alba Vergés, consejera de Salud de la Generalitat de Catalunya; el Sr. Joan Guix, secretario de Salud Pública del Departamento de Salud; y el Sr. Joan Colom, director del Programa de Prevención, Control y Atención al VIH, las ITS y las Hepatitis Víricas de la Agencia de Salud Pública

de Cataluña, inauguraron la Jornada y manifestaron el **compromiso de las administraciones públicas catalanas para llevar a cabo una política sanitaria centrada en la prevención, el diagnóstico, el acceso al tratamiento y el seguimiento de las personas afectadas por hepatitis,** así como de trabajar en programas para integrarlas en el circuito sanitario, sobre todo a aquellas poblaciones consideradas de alto riesgo como las personas que se inyectan drogas, las personas privadas de libertad, las personas coinfectadas por VIH, VHC y los HSH (hombres que tienen sexo con hombres), y los inmigrantes.

La Jornada se dividió en dos mesas redondas. En la primera mesa, la Dra. Sabela Lens, del Servicio de Hepatología del Hospital Clínic, IDIBAPS, CIBERehd, UB; el Dr. Joan Ignasi Esteban, del Servicio de Hepatología del Hospital Vall de Hebron; la Sra. Alba Prat, de la División de Evaluación y Uso Racional del Medicamento del CatSalut; el Dr. Joan Carles Quer, del Servicio de Digestología del Hospital Joan XXIII de Tarragona; y la Dra. Elisa Martró, del Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, IGTP, presentaron diversos **proyectos, estudios y resultados de programas llevados a cabo hasta la fecha en Cataluña.**

En la segunda mesa, participaron representantes de asociaciones de pacientes y de entidades del ámbito de los colectivos sensibles. La Sra. Begoña Gonzalvo, de la Red de Adicciones de las Comarcas de Gerona del Instituto de Asistencia Sanitaria; la Sra. Hakima Ouaatab, de la Unidad de Salud Internacional Drassanes Vall d'Hebron; el Sr. Juanse Hernández, del Grupo de Trabajo de Tratamientos del VIH (gTt-VIH); el Sr. Josep Maria Martínez, presidente de la Asociación Catalana de Enfermos

y Trasplantados Hepáticos (ACMTH); y la Dra. Teresa Casanovas, presidenta de la Asociación Catalana de Enfermos de Hepatitis (ASSCAT) y hepatóloga. **Todos ellos hablaron sobre proyectos y estudios piloto que se están llevando a cabo para diagnosticar y tratar a los grupos de alto riesgo, más difíciles de localizar y de mantener dentro del circuito asistencial sanitario, centrados la gran mayoría en la microeliminación.**

Al finalizar la Jornada, el Sr. Joan Colom, dedicó unas palabras de agradecimiento a todos los ponentes y a los representantes de las asociaciones de pacientes por la gran labor que realizan y por su dedicación al ámbito de las hepatitis víricas.

DIAGNÓSTICO DE LA INFECCIÓN DEL VIRUS DE LA HEPATITIS C "EN UN SOLO PASO"

Alrededor del 1,2% de la población española, casi 500.000 personas, han tenido, en algún momento de su vida, contacto con el virus de la hepatitis C (VHC). Al principio se pensaba que un 75% de las personas infectadas tenían una infección crónica. Sin embargo, estimaciones más recientes indican que la proporción es inferior, alrededor del 50%, cifra que sigue siendo importante, porque supone que más de 200.000 españoles tienen una infección crónica por el VHC.

Los nuevos tratamientos antivirales son altamente efectivos para curar la infección, más del 98% de los pacientes tratados eliminan el virus. Este dato da esperanzas de que en un futuro la infección por el VHC pueda ser erradicada, situación que se convierte en muy excepcional si se compara con otras infecciones crónicas, como las debidas al virus de la inmunodeficiencia humana o al de la hepatitis B.

La acción conjunta de asociaciones profesionales y de pacientes, así como la respuesta de la administración sanitaria ha permitido que en España se hayan tratado unos 100.000 pacientes, 10.000 de ellos en Cataluña, lo que representa todo un récord a nivel internacional. Ésta es una excelente noticia, a la que se suma la disminución del precio de los tratamientos, de los 30.000 euros que costaba tratar a un paciente, se ha pasado a los 7.000 euros en la actualidad, por lo que resulta más accesible el tratamiento de todos los pacientes con infección por el VHC y no solamente de aquellos pacientes que presentaban una mayor afectación hepática.

Sin embargo, para tratar a un paciente, primero se ha de conocer que está infectado y que la infección es activa. Se ha de detectar a las personas afectadas y realizar un diagnóstico exacto y con pruebas analíticas adecuadas, y es en este punto donde aparece el problema.

Actualmente se calcula que solo un 40% de las personas afectadas están diagnosticadas, o lo que es lo mismo, más de 200.000 infectados crónicos por el virus de la hepatitis C, desconocen que lo están. Por lo que, incluso en el supuesto de tener disponibilidad presupuestaria para el tratamiento, la detección de las personas infectadas es el principal factor limitante para controlar la infección por el VHC.

Actualmente y en un porcentaje importante de casos, el diagnóstico de infección por el VHC recae en los servicios de Atención Primaria. De forma

esquemática, los pasos que se siguen para la detección de un nuevo caso se detallan a continuación. Se empieza con una visita médica, en la que se solicita la detección de anticuerpos específicos frente al virus (primera etapa). Después, el paciente debe acudir para que se le practique una extracción de sangre (segunda etapa).

Posteriormente se le cita para una nueva visita (tercera etapa), en la que el médico valora e informa de los resultados de laboratorio. Si los anticuerpos contra el VHC son positivos se deberá determinar la presencia del genoma viral (ARN), la denominada "carga viral", en tal caso, el paciente será de nuevo citado para una segunda extracción de sangre (cuarta etapa).

Efectuada esta segunda analítica, el paciente tendrá que acudir a una segunda visita con su médico (quinta etapa), quien en función del resultado de la analítica valorará, si se debe proceder o no la derivación a un nivel asistencial superior, donde será visitado por un especialista (sexta etapa), el cual decidirá el tratamiento.

Esta especie de "carrera de obstáculos" complica todo el proceso de diagnóstico, representa un verdadero "vía crucis" para el paciente y es, a todas luces, poco eficiente. Altera la vida del paciente que ha de organizar su día a día, incluso perder horas de trabajo, para acudir a las diferentes visitas y representa para los servicios asistenciales una sobrecarga de trabajo y un sobrecoste.

Por otro lado, este proceso lleva asociado el peligro de la pérdida de diagnósticos. Se ha observado que un número importante de pacientes (casi un 50%) no acuden a las visitas o a las extracciones de sangre programadas. Además, el mismo médico de cabecera puede ser el responsable de la pérdida de casos, ya sea por la complejidad asistencial o por inexperiencia.

¿Se puede optimizar el proceso diagnóstico, para hacerlo más eficiente y evitar la posible pérdida de pacientes? La respuesta es un sí rotundo. Este objetivo se ha convertido en prioritario en muchos laboratorios clínicos en el ámbito estatal, aplicando diferentes estrategias que se han denominado de forma genérica como **"diagnóstico en un solo paso".** Esta denominación no se ha de interpretar literalmente, ya que se refiere a una simplificación del proceso analítico de diagnóstico de la infección por el VHC.

En este sentido, en los Laboratorios Clínicos del Hospital de la Vall d'Hebron, se ha diseñado e implementado un proceso que permite una reducción drástica de las etapas del diagnóstico, evitando la posible pérdida de casos subsidiarios a tratamiento y aumentando la comodidad del paciente y del médico.

El sistema sanitario catalán centraliza la realización de los análisis clínicos en unos pocos laboratorios, distribuidos por el territorio y que pertenecen a grandes hospitales. En estos laboratorios se

realizan tanto las analíticas de Atención Primaria como de Hospitalaria. Los Laboratorios Clínicos del Hospital de la Vall d'Hebron, dan servicio a la gran mayoría de la población de la ciudad de Barcelona (casi 1,5 millones de personas), incluyendo la actividad analítica de uno de los mayores y más complejos hospitales del estado español, como de la mayor parte de la procedente de Atención Primaria de la ciudad.

Se procesan diariamente 25.000 muestras de 8.000 personas. Esta circunstancia, y a semejanza de otros laboratorios centralizados del resto de Cataluña, permite el acceso a las muestras biológicas y a los resultados analíticos que se han generado a lo largo del tiempo en nuestro laboratorio, de una gran cantidad de personas. Aprovechando este hecho, se ha iniciado la implementación del diagnóstico de la infección por el VHC en un solo paso.

¿En qué consiste el "diagnóstico en un solo paso"? Sencillamente, cuando a un paciente se le determinen anticuerpos contra el virus de la hepatitis C, el resultado sea positivo y en el registro informático no conste la realización de una carga viral previa, el laboratorio genera y efectúa seguidamente la carga viral, en una muestra biológica adecuada.

Para que el "diagnóstico en un solo paso" se pueda aplicar, se ha de garantizar que la determinación de la carga viral se realice en condiciones de máxima calidad y seguridad, para evitar resultados incorrectos, ya sean resultados falsos positivos por contaminación de la muestra o resultados falsos negativos por degradación del material genético del virus. Por este motivo, en nuestro laboratorio, la carga viral no se determina en la misma muestra donde se han analizado los anticuerpos contra el virus C, debido a que no es el tipo de muestra ideal para la determinación de la carga viral porque al haber sido procesada en diferentes analizadores, no proporciona la seguridad adecuada.

Es un hecho muy frecuente que, en una misma extracción de sangre, se solicite junto a la determinación de anticuerpos contra el VHC, el estudio del hemograma. El tubo y el tipo de muestra utilizada para realizar el hemograma es similar a la que se emplea, de forma habitual, para la determinación de la carga viral, razón por la que se ha elegido esta muestra como la más idónea para realizar este tipo de análisis.

Así, ante un resultado de anticuerpos contra el virus de la hepatitis C positivo, se utiliza el tubo de hemograma para el análisis de carga viral. De esta forma, con una única extracción de sangre, se puede obtener la información completa de si la infección por el virus C es activa (carga viral positiva), o si se trata de una infección pasada y curada.

Así, de una manera sencilla, el laboratorio colabora en el proceso diagnóstico por el VHC con el ahorro de dos etapas, lo que representa una mayor eficiencia diagnóstica, con una dismi-

nución del número de visitas médicas, de extracciones de sangre y de tiempo de demora, asegurando la calidad del resultado emitido y que no se pierdan diagnósticos definitivos de pacientes que precisen tratamiento, o de pacientes que no requieran más controles porque no están infectados por el virus.

Por otro lado, la participación del laboratorio en el proceso, se ve incrementada con la introducción de comentarios interpretativos en el informe del laboratorio, lo que representa un valor añadido que puede ser de ayuda en la toma de decisiones. En el caso de una carga viral positiva, se introduce la recomendación de la derivación del paciente a un centro especializado, para la valoración de la introducción del tratamiento y el seguimiento posterior.

Una carga viral negativa va acompañada de un comentario que recuerda que "el paciente no tiene infección actual por el virus C, y que, en caso de conductas de riesgo de reinfección, es necesario hacer un seguimiento cada 6-12 meses, por medio de la determinación de la carga viral", lo que conlleva una disminución de la angustia en el paciente y un previsible ahorro económico, al disminuir el número de solicitudes serológicas repetidas.

Como prueba de la efectividad de la medida, durante los 2 primeros meses después de la aplicación de esta estrategia en el laboratorio, se ha proporcionado un diagnóstico definitivo sobre el estado de la infección en 162 pacientes con anticuerpos contra el VHC. De ellos, 75 (46%) tenían cargas virales

detectables y el 60% presentaban valores de enzimas hepáticas por encima del límite de normalidad, sugiriendo la presencia de lesión hepática, un hecho importante a la hora de priorizar el tratamiento en estos enfermos.

Anteriormente a la introducción del "diagnóstico en un solo paso", y desde el año 2015, se tenía implementada otra medida, con el objetivo de incentivar la solicitud de la carga viral en pacientes con anticuerpos positivos contra el VHC. La medida consistía en la introducción de un comentario recomendando una nueva extracción para la determinación de la carga viral, en aquellos pacientes que no se conocía que tuviesen una determinación previa. Esta medida, si bien representó un aumento de la demanda de cargas virales, se constató que era insuficiente, ya que solo el 50% de les recomendaciones fueron atendidas.

Utilizando este último dato y comparándolo con los resultados obtenidos en los 2 primeros meses de la implementación del "diagnóstico en un solo paso", se puede constatar la mejora obtenida. Si se hubiese empleado el protocolo empezado en el 2015, de los 162 pacientes con serología positiva, solamente en la mitad de los casos (81 personas), se habría determinado la carga viral, y de éstos solamente en el 46% de los casos (38 personas) se habría podido diagnosticar una infección activa.

La otra mitad de los 162 pacientes (81 personas) seguirían sin saber el estado de la infección por el VHC, y de ellos 37 quedarían sin diagnóstico de hepatitis crónica. Además, un dato adicional, en 22 casos no diagnosticados, podría existir una lesión hepática subyacente. Tampoco se ha de obviar el hecho de la demora del diagnóstico, teniendo en cuenta la carrera de obstáculos que tendrían que superar los 162 pacientes, con visitas y extracciones de sangre múltiples.

No resulta difícil concluir que la nueva medida, tan simple, es altamente efectiva. Con su implantación se consiguen diferentes objetivos: máxima garantía de diagnóstico, disminución de pérdidas diagnósticas en el proceso, menos molestias para el paciente y para el médico, disminución de costes y reducción del tiempo de diagnóstico y de espera para el tratamiento.

Se podrían sugerir otras medidas adicionales para simplificar más el proceso, como la derivación automática, ordenada por el médico de cabecera, del paciente con carga viral positiva a un nivel asistencial superior, con el objetivo de ahorrar una visita en Atención Primaria previa a la derivación. Queda esta propuesta como motivo de reflexión.

Con todo lo documentado, se muestra la relevancia del laboratorio en los procesos diagnósticos. Es evidente que el laboratorio tiene la capacidad de intervención en el proceso sanitario integral, y no solamente ha de quedar relegado a un simple emisor de resultados. El laboratorio propone y añade medidas que considera necesarias en

base a su capacidad y a su propia y sólida experiencia. La consulta sistemática en nuestra base de datos, permite una gestión más eficiente de la demanda analítica y de los resultados emitidos.

Esta consulta permite la generación de pruebas necesarias para poder realizar un diagnóstico más exacto y es un instrumento necesario en la generación de comentarios que aumentan el valor de los resultados emitidos. Por otro lado, nos permite gestionar y anular solicitudes analíticas repetitivas, que no aporten valor diagnóstico, como es el caso de la demanda repetida de anticuerpos contra el VHC, en pacientes que previamente han sido informados como positivos.

Sin embargo, el laboratorio para ejercer esta labor de gestión, debe tener recursos. Actualmente, las bases de datos del laboratorio, no incluyen la totalidad de la información necesaria para realizar mejor y de una forma sencilla esta gestión. Un paciente puede tener historia clínica abierta con estudios previos en otros centros sanitarios, y los datos están recogidos en otros sistemas de información. Acceder a esos datos constituye una tarea compleja, por no decir imposible. Esta limitación es muy importante y debe ser abordada por los gestores sanitarios, y mejorar de forma sustancial la interconectividad de los sistemas informáticos.

Otra conclusión sumamente interesante de todo lo que se ha explicado es que “el diagnóstico en un solo paso” es el instrumento ideal para realizar el cribado poblacional en una gran parte de la población catalana. Aprovechando la estructura de los laboratorios centralizados de Cataluña, y que en ellos converge la mayor parte de las analíticas que se realizan en el territorio, es posible realizar un cribado de infección per el virus de la hepatitis C en la mayoría de los pacientes a los que se realiza una extracción de sangre, simplemente se ha de añadir a cada analítica la determinación de anticuerpos frente al VHC, la cual tiene un precio inferior a 2 euros. Obviamente esta acción tendría un coste significativo, que se puede estimar a partir de los datos de prevalencia, restando el porcentaje de diagnósticos previos y seleccionando los rangos de edad donde se concentra la mayor prevalencia, unos 3,8 millones de los 6,4 millones de catalanes con edades de 15 a 80 años (https://www.idescat.cat).

Asumiendo una prevalencia esperada de anticuerpos contra el VHC positivos (1,2% de la población estudiada), a los que se debería efectuar una carga viral, da como resultado: 3,8 millones de determinaciones de anticuerpos y 46.000 cargas virales. Expresado en euros, el valor resultante es de 7 millones de euros, cifra con la que 23.000 catalanes con infección crónica por VHC, sabrían el estado de su infección por el VHC.

El tratamiento, al precio actual, supondría un coste de 160 millones de euros. No obstante, si nos centramos

en el coste del proceso de diagnóstico, una cifra de 7 millones de euros, parece francamente asumible. Este coste podría verse incrementado con el estudio del genotipo viral, en aquellos pacientes que así lo requieran y que podría representar, si se realizase en todos los casos, un coste máximo adicional de 1,2 millones de euros.

Teniendo en cuenta la fantástica y altamente efectiva estructura de los laboratorios públicos catalanes y la probada efectividad del procedimiento del "diagnóstico en un solo paso" que se ha descrito en este texto, el cribado propuesto parece solo dependiente de su dotación financiera y ésta solo depende de la decisión de los gestores sanitarios.

Si confrontamos el coste del "no tratamiento" con respecto al coste de tratar a más de 22.000 catalanes, es posible que nos decantemos por esta segunda opción. Con ello podemos ponernos la etiqueta de "país libre de hepatitis C", a un coste de 170 millones de euros. No sabríamos hacer una apreciación del beneficio económico de esta medida a corto, medio y a largo plazo, de eso deben encargarse personas más expertas, aunque es muy probable que será altísimo y también el beneficio social. Todo ello con una inversión inferior a la del fichaje de un jugador de fútbol.

Francisco Rodríguez Frías
Rosa M. López Martínez
Laboratorios Clínicos del Hospital de la Vall d'Hebron. Barcelona

HACIA LA CURACIÓN DE LA HEPATITIS B: NUEVAS ESTRATEGIAS PARA LA APROBACIÓN DE LOS FUTUROS TRATAMIENTOS EN INVESTIGACIÓN

A nivel mundial, se estima que 250 millones de personas son portadoras crónicas de hepatitis B. La historia natural de la hepatitis B es muy variable y depende del equilibrio de la respuesta inmune del huésped al enfrentarse al virus. Se dispone de una vacuna preventiva, segura y eficaz y los tratamientos actuales permiten estabilizar la enfermedad y mejorar el pronóstico de la persona, evitando complicaciones. No obstante, desde hace años se investiga para lograr terapias que curen definitivamente el Virus de la Hepatitis B (VHB).

Actualmente, la mayoría de las personas que están recibiendo tratamiento por hepatitis B crónica requieren medicación a largo plazo o de por vida. El objetivo de este artículo es exponer la situación actual de los estudios que están en marcha y dar una visión de cómo se va progresando en la investigación de las nuevas moléculas para combatir el VHB y de las estrategias que se irán adoptando para su aprobación clínica.

La información que deseamos transmitir no se centra en cuáles van a ser las nuevas moléculas y/o sus mecanismos de acción sino en los problemas básicos que han de afrontar los investigadores para que dichas terapias sean aprobadas y puedan ser administradas a las personas.

Los nuevos tratamientos en estudio van a interferir en la replicación del VHB. Además de la inhibición de puntos cruciales en la replicación del virus en el organismo de la persona, también se está investigando paralelamente cómo se puede mejorar la respuesta inmune del huésped. Es decir, en un futuro se dispondrá de tratamientos antivirales, como son los inhibidores de la entrada del virus en la célula hepática, inhibidores de pasos intermedios en la replicación, ensamblaje o secreción del VHB en la célula hepática, a los que se podrían combinar terapias inmunomoduladoras que están en desarrollo.

La introducción de estos nuevos compuestos para la hepatitis B crónica requiere una evaluación estandarizada y continuada de su eficacia y seguridad. Asimismo, se han de definir nuevos criterios de valoración para informar de los resultados de los ensayos clínicos. O sea, estamos en un momento en que se han de reunir todos los grupos participantes (*stakeholders* en inglés) públicos y privados, para que ya desde el inicio

se avance con eficacia y seguridad. Se están estableciendo las condiciones necesarias para progresar en los nuevos desarrollos, controlar la evolución de los estudios, consensuar definiciones, unidades de medida, etc. en las distintas fases del diseño de los ensayos clínicos.

Para adelantar en el camino desde el descubrimiento hasta la aprobación, las agencias reguladoras, la FDA americana y la EMA europea, realizaron en septiembre de 2016 un taller con todas las partes clave, con la finalidad de establecer consensos sobre los objetivos finales del tratamiento y cómo evaluarlos y para guiar en el diseño de los ensayos clínicos dirigidos a la cura de la hepatitis B.

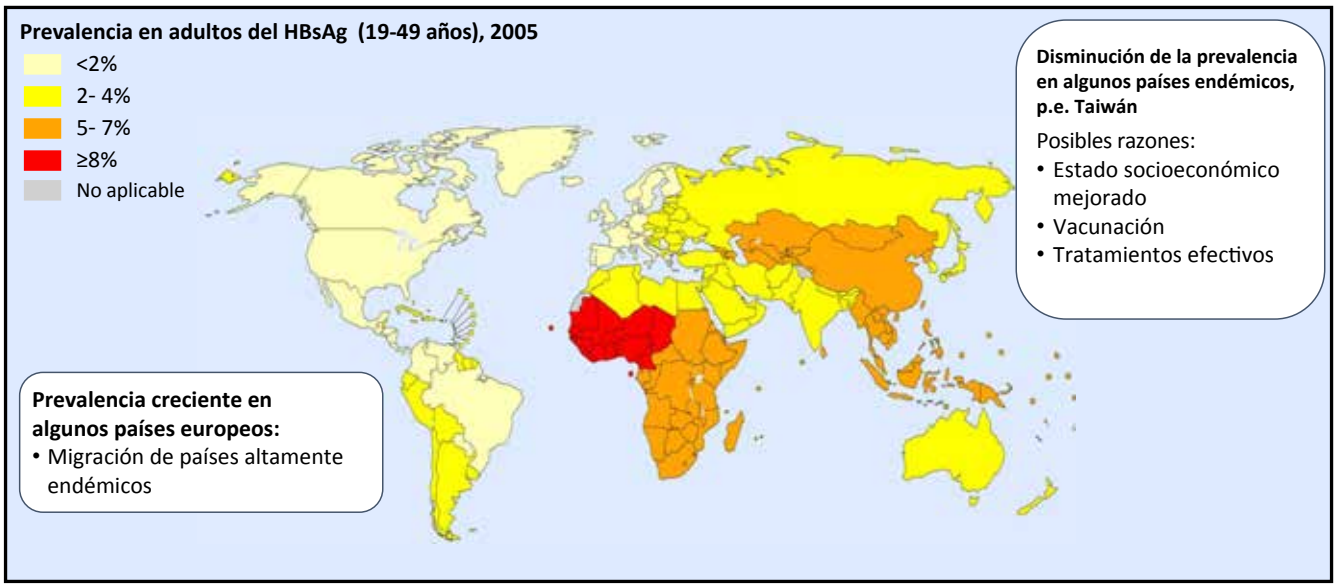
En estas reuniones se fue avanzando en unificar criterios. Fue básico definir qué significaría una cura total, es decir, la erradicación viral del organismo huésped, y se afirmó que sería poco factible en la actualidad. En cambio, se aceptó que una cura funcional podría ser una meta a alcanzar. La cura funcional se caracteriza por la pérdida mantenida del antígeno de superficie de la hepatitis B (HBsAg) con o sin seroconversión o sea producción de anticuerpos frente al antígeno de superficie de la hepatitis B (anti-HBs), lo cual se asociaría con mejores resultados clínicos y se podría obtener en una mayor proporción de pacientes de los que actualmente lo logra con los tratamientos existentes.

Los asistentes también estuvieron de acuerdo en que es preciso que se desarrollen nuevos biomarcadores analíticos y nuevas fórmulas para expresarlos, puesto que los análisis habituales no son suficientes para conocer el resultado de eficacia y seguridad de las nuevas terapias antivirales e inmunomoduladoras. Dichas pruebas van a ser básicas para que los tratamientos en estudio sean aprobados. Los nuevos tests diagnósticos serán cruciales para certificar la eficacia y/o predecir la respuesta.

Es probable que para lograr la cura funcional del VHB se necesiten tratamientos combinados con terapias antivirales directas e inmunomoduladoras. Inicialmente, se llevarán a cabo estudios con una sola terapia para evaluar su seguridad y su eficacia antiviral, antes de proceder a realizar los estudios con las terapias combinadas. La seguridad de cualquier nueva terapia curativa será primordial dada la excelente seguridad de los análogos de nucleós(t)idos actualmente administrados en clínica.

Este taller tuvo lugar en Alexandria (Virginia, USA) y fue promovido conjuntamente por la AASLD (Asociación Americana para el Estudio del Hígado) y la EASL (Asociación Europea para el Estudio del Hígado), para avanzar de una forma competente y colaborativa en los procesos de investigación y en cómo deberían ser aprobados los nuevos tratamientos. A las reuniones asistieron, además de las agencias reguladoras, compañías biofarmacéuticas y biotecnológicas, investigadores clínicos y de laboratorio y expertos de las asociaciones médicas con el objeti-

Epidemiología de la hepatitis B y problema global de Salud Pública



A nivel mundial, se estima que hay 250 millones de portadores crónicos del HBsAg

Se estima que en 2013, 686.000 personas fallecieron por enfermedad hepática o cáncer hepático en relación con el VHB

vo de desarrollar el diseño de estudios y ensayos clínicos para conseguir la cura de la hepatitis B.

Se revisó la historia natural de la infección por el VHB, la eficacia de los tratamientos actuales, el potencial para optimizar eventualmente sus resultados y cómo se podrían restaurar las defensas de la persona para la eliminación del VHB. También se comentaron algunos estudios preclínicos, con modelos de laboratorio y ensayos en fase I con las nuevas terapias. El taller concluyó con una sesión sobre el tipo de cura del VHB a alcanzar, los objetivos principales a tener en cuenta en los nuevos ensayos clínicos, los requisitos de seguridad, las poblaciones específicas (embarazadas, niños, etc.) y el propio diseño de los estudios (fases que requieren ser aprobadas para pasar a la siguiente) además de la necesidad de disponer de los nuevos test diagnósticos.

Resumen y recomendaciones

Se establecieron recomendaciones sobre criterios de valoración y diseño de los nuevos ensayos clínicos para la cura del VHB. La mejor comprensión del ciclo vital del VHB y la respuesta inmune del huésped frente al VHB, ha facilitado el descubrimiento y diseño de terapias antivirales dirigidas contra múltiples pasos en la replicación del VHB, además se avanza en posibles terapias inmunomoduladoras para restaurar la respuesta inmune de la persona. El desarrollo de nuevas terapias contra el VHB se beneficia de la disponibilidad de nuevos modelos de cultivos celu-

lares en el laboratorio y de modelos animales. Si bien este progreso plantea la posibilidad de una cura para la hepatitis B, como podría ser la cura total, es decir la erradicación viral del huésped, ello sería poco realista debido a la presencia del DNA del VHB integrado en el núcleo celular. Aunque el aclaramiento del HBsAg actualmente es infrecuente, puede suceder con la terapia de nucleós(t)idos (tenofovir, TAF o entecavir) o bien con interferón alfa y se asocia con mejores resultados clínicos.

Por lo tanto, un objetivo alcanzable es una cura funcional (caracterizada por pérdida sostenida del HBsAg con o sin seroconversión anti-HBs) después de la administración, durante un tiempo, de nuevas terapias antivirales e inmunomoduladoras en una mayor proporción de pacientes que la que se logra actualmente con los tratamientos existentes.

Se requiere la cooperación entre la academia, la industria y las agencias reguladoras para estandarizar y validar nuevos marcadores diagnósticos de curación, a fin de facilitar el desarrollo de terapias curativas y allanar el camino desde el descubrimiento hasta su aprobación legal. Se deben realizar estudios con monoterapia de prueba para evaluar la seguridad y la actividad antiviral antes de proceder a la terapia de combinación. La seguridad de cualquier nueva terapia curativa será primordial dada la excelente seguridad de los tratamientos aprobados actualmente. La continua colaboración entre las partes interesadas hará que la "cura" del VHB sea una realidad para los pacientes con VHB crónico.

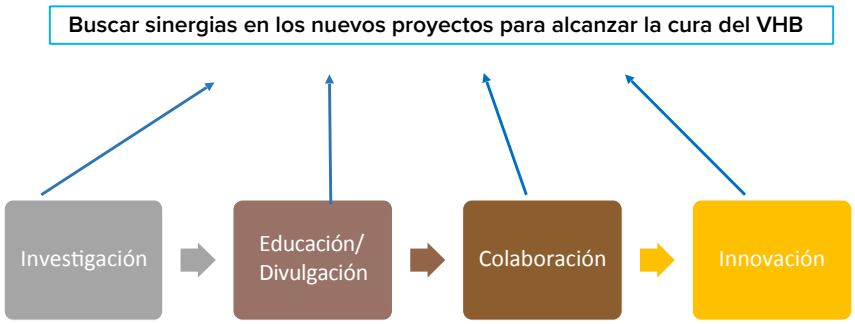
En *Journal of Hepatology* 2017; 67: 847-861 se publicó un extenso resumen de las discusiones y consensos alcanzados en estos dos días de reunión (1).

El camino para obtener los nuevos tratamientos anti-VHB ha empezado, pero con muchas preguntas: ¿Cuándo se dispondrá de los nuevos tratamientos para curar la hepatitis B? ¿Cómo se podrá curar la hepatitis B? ¿Por qué se necesita curar la hepatitis B?

Una de las plataformas internacionales para ayudar en su desarrollo y asegurar que los descubrimientos lleguen a todas las personas con hepatitis B es la **ICE-HBV (International Coalition Hepatitis B Elimination)** (2).

Esta coalición, en la que participan representantes de pacientes, considera que la eliminación de la hepatitis crónica por el VHB es

un reto de Salud Pública global y todos los participantes (responsables políticos, investigadores, compañías farmacéuticas, pacientes, etc.) han de estar implicados.



Objetivos de la ICE-HBV

Su fin principal es conseguir la máxima rapidez en el descubrimiento de una cura para la hepatitis B que sea segura, eficaz y asequible, y que beneficie a todas las personas que viven con hepatitis B, (niños, y personas coinfectadas con VHC, VHD, VIH, etc.).

Para alcanzar estos objetivos, han creado un fórum internacional cuyos esfuerzos se orientan a la investigación, y por ello promueven colaboraciones público-privadas para que en este momento se aceleren los descubrimientos en relación con la cura de la hepatitis B.

Grupo de consultores de la ICE-HBV

Este grupo trabaja y aconseja a los investigadores, para asegurar que la transición desde el descubrimiento hasta su aplicación clínica progrese correctamente, en especial en tiempo y eficacia.

El grupo de consultores de la ICE-HBV se basa en tres pilares:

Representantes de Políticas de Salud (analizan las barreras detectadas y la asignación de inversiones para su financiación).

Participación comunitaria (divulgación científica, escucha proactiva de los pacientes y participación en ensayos clínicos).

Expertos en la mejora de la asistencia clínica (en la práctica del día a día y que sea coste-efectiva).

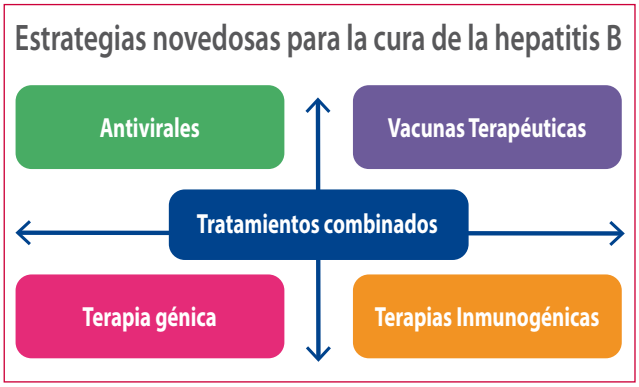
Estrategias terapéuticas

El objetivo final es la cura total del VHB, no obstante, se reconoce que no siempre se consigue que el cccDNA desaparezca. Se admite que incluso en los casos de aclaramiento natural del VHB tras una hepatitis B aguda, el cccDNA permanece en el núcleo del hepatocito como reservorio del virus. Dicho gen del VHB hace que en determinados momentos el virus B se reactive y por lo tanto la cura total en la actualidad no sería un plan realista. **La cura funcional, en cambio, con la negativización mantenida del HBsAg y la negativización del DNA-VHB en suero permitiría suspender el tratamiento y podría ser un objetivo alcanzable.**

Se ha establecido que idealmente se precisará una combinación de dos estrategias terapéuticas; por un lado, la dirigida a inhibir la replica-

ción del VHB y por otro la que tenga como objetivo mejorar y reactivar la respuesta inmune del huésped frente a los antígenos víricos.

La Plataforma para la Eliminación del VHB (ICE-HBV) apoya la Estrategia Global del Sector Salud sobre las Hepatitis Víricas (OMS, 2016) (3).



Objetivos de la OMS. Eliminación de las Hepatitis Víricas en 2030

Los objetivos de la OMS en relación a la eliminación de la hepatitis B fueron presentados en 2016, se incluyeron en la Estrategia Global del Sector Salud y se enfocan en la PREVENCIÓN, CONTROL, TRATAMIENTO Y CURA DE LAS HEPATITIS.

La Plataforma para la Eliminación del VHB opina que los recursos directos que se necesitan actualmente para ampliar los programas de prevención, atención y tratamiento del VHB a nivel mundial no han de verse disminuidos por las inversiones necesarias (de personal investigador, aparatos, técnicas, etc.) dedicadas a los nuevos estudios para alcanzar la cura del VHB y la comunidad científica del VHB considera que gobiernos, fundaciones y otros patrocinadores de las investigaciones deberían trabajar juntos para realizar, sin más demoras, las inversiones que se precisan para la investigación de la cura del VHB.

La investigación en el campo del VHB ha tenido una financiación insuficiente en comparación con otras enfermedades; mejorar ahora las inversiones permitiría hasta 2030, y a la larga, un ahorro de recursos importante. Asimismo, aunque los tratamientos actuales se administrasen a un mayor número de portadores del VHB, no sería suficiente para evitar la aparición de resultados adversos en un porcentaje de pacientes, inclusive cáncer de hígado.

En suma, se ha de seguir trabajando en la implantación de la Estrategia Global del Sector Salud 2016 para las Hepatitis Víricas, además de progresar en conseguir la cura del VHB, lo cual podría ayudar a erradicar este virus, salvando así millones de vidas.

Teresa Casanovas,
hepatóloga

Referencias
1. *Lok A S, Zoulim F, Dusheiko G, Ghany M G. Consensus statement. Hepatitis B cure: From discovery to regulatory approval. J Hepatol 2017; 67: 847-861.*
2. *http://ice-hbv.org/wp-content/uploads/2018/03/ICE-HBV-Brochure-2018-DIGITAL.1.pdf.*
3. *http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246177/WHO-HIV-2016.06-eng.pdf;sequence=1*

LO QUE REPRESENTA EL VHC EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO EN 2018.

EXPERIENCIAS DEL HEPATÓLOGO ANTES Y DESPUÉS DE LA DISPONIBILIDAD DEL TRATAMIENTO CON AAD. MÁS VIDA DESPUÉS DE LA CURACIÓN.

La aprobación y el uso generalizado, primero en pacientes con enfermedad hepática grave, y posteriormente en la mayoría de los pacientes, de los nuevos antivirales de acción directa (AAD) ha cambiado de forma radical el pronóstico de los pacientes con hepatitis C. Este cambio radical ha sido incluso más aparente en el campo del trasplante hepático, en el cual nos hemos encontrado en pocos años con que el que había sido nuestro problema más importante durante décadas está en el camino hacia la desaparición.

En el trasplante hepático, el VHC infecta al nuevo hígado poco después de la cirugía del trasplante en todos los casos si la infección no ha sido curada antes del mismo. De esta manera, antes de la disponibilidad de los AAD, dada la poca eficacia y mala tolerancia de los tratamientos con interferón, la gran mayoría de pacientes llegaba al trasplante con la infección "activa", y por tanto todos ellos presentaban infección del nuevo hígado trasplantado. Por si fuera poco, el curso clínico de la infección del injerto era mucho más rápido que la historia natural de la hepatitis C en pacientes no trasplantados: en lugar de desarrollar cirrosis a lo largo de décadas, aproximadamente un tercio de los pacientes trasplantados por hepatitis C presentaba cirrosis del hígado trasplantado a los 5 años del trasplante. Además, un 8-10% de los pacientes desarrollaban un tipo de recurrencia extremadamente grave y precoz, la llamada hepatitis colestásica fibrosante, que tenía lugar en los primeros meses tras el trasplante y que tenía un pésimo pronóstico.

Afortunadamente, lo que antes era una pesadilla para el personal sanitario, pero sobre todo para los pacientes y sus familias, ha pasado a ser algo excepcional en la actualidad. En estos momentos podemos utilizar de forma fácil, segura y eficaz las diversas combinaciones de AAD tanto en pacientes con cirrosis a la espera de un trasplante hepático como en los pacientes ya trasplantados. La seguridad y eficacia de estos fármacos en ambos contextos, unidas a su amplia utilización, han llevado a cambios espectaculares en el campo del trasplante hepático.

Por un lado, hemos podido ver cómo la curación de la infección en pacientes con cirrosis hace que la enfermedad se estabilice y tenga menos riesgo de pre-

sentar complicaciones. De esta manera, el número de pacientes con hepatitis C que requieren un trasplante hepático y son incluidos en la lista de espera, ha bajado de manera espectacular. En un estudio realizado en colaboración entre los tres centros trasplantadores de Cataluña y la Organització Catalana de Trasplantaments (OCATT), pudimos ver cómo en 2008 el 52% de los pacientes en lista de espera tenían diagnóstico de hepatitis C, mientras que en 2016 solamente el 24% de los pacientes que entraron en lista de espera tenían diagnóstico de hepatitis C **(Figura 1)**. Además, se ha podido comprobar que aproximadamente una cuarta parte de los pacientes con cirrosis descompensada y hepatitis C en los cuales se utilizaban los AAD estando en lista de espera, mejoraban tanto clínicamente que podían ser retirados de la lista de espera porque ya no necesitaban el trasplante.

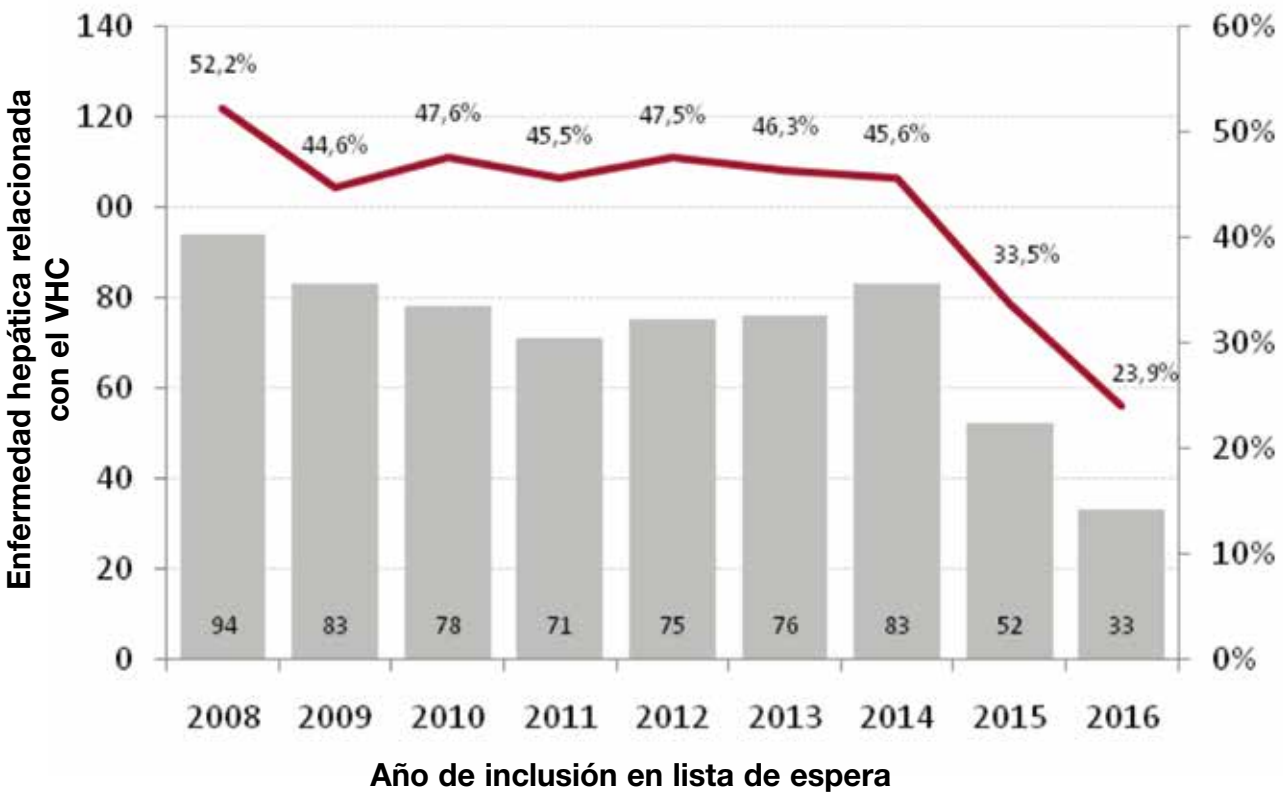


Figura 1. Proporción de pacientes que entran en lista de espera de trasplante hepático con antiVHC+. Adaptado de Crespo et al, J Hepatol 2018;69:11-17.

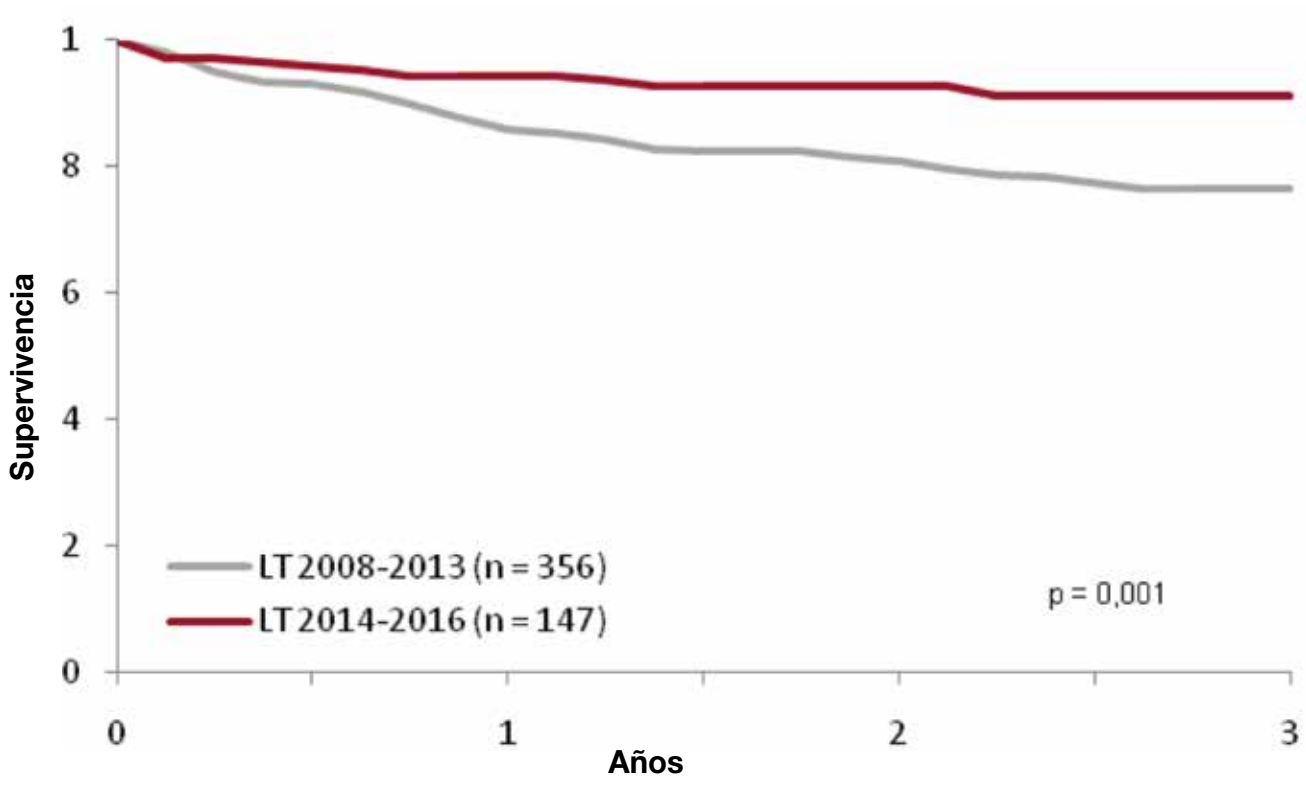


Figura 2. Supervivencia tras el trasplante hepático en pacientes antiVHC+ trasplantados en los periodos 2008-2013 o 2014-2016. Adaptado de Crespo et al, J Hepatol 2018;69:11-17

Otro de los aspectos de los que hemos sido testigos en los últimos años ha sido el aumento en la supervivencia de los pacientes trasplantados por hepatitis C. Antes de los AAD, la baja eficacia de los tratamientos con interferón y la historia natural acelerada de la hepatitis C postrasplante hacían que estos pacientes tuvieran una mayor probabilidad de fallecer después del trasplante que el resto de trasplantados. Actualmente, el amplio uso de los AAD antes del trasplante, por tanto evitando la infección del hígado trasplantado, y después del mismo, por tanto eliminando la infección de manera precoz antes de que produzca un daño irreversible en el injerto, han hecho que la supervivencia de los trasplantados hepáticos por VHC haya mejorado de manera espectacular en los últimos años **(Figura 2)**, siendo actualmente igual que la de aquellos pacientes que se trasplantan por otras causas de enfermedad hepática.

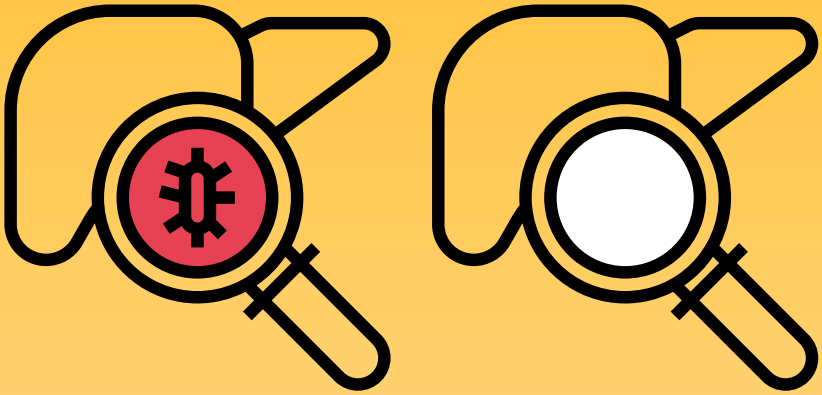
Finalmente, es fundamental reconocer el papel que, en este tremendo cambio, han jugado la sociedad en general, las diversas administraciones públicas, y en especial las asociaciones de enfermos y sus familias, gracias a las cuales nuestro país es uno de los más avanzados en el acceso a los AAD de los pacientes con hepatitis C.

Gonzalo Crespo
Unidad de Trasplante Hepático
Hospital Clínic, Barcelona,
IDIBAPS, CIBERehd

asscat
Associació Catalana de Malalts d'Hepatitis

CAMPAÑA 2018

#DiagnosticarParaEliminarHEP



En España, para cumplir con el objetivo de eliminación marcado por la OMS para 2030 es necesario:

- **Más voluntad política y compromiso de los organismos políticos responsables de las decisiones de salud.**
- **Aplicación eficaz y con visión comunitaria del Plan Estratégico Nacional para la Eliminación de las hepatitis.**
- **Mejorar la información y concienciación de la ciudadanía. La hepatitis C actualmente se puede curar de una manera fácil.**
- **Más compromiso y participación activa de los médicos de primaria.**
- **Implantar un plan de cribado para detectar los casos de infección activa no diagnosticados ya que se ha demostrado su coste efectividad.**
- **Mejorar la continuidad asistencial para identificar y tratar a todos los pacientes con hepatitis C que no están aún en las consultas de Hepatología.**
- **Fortalecer el diagnóstico en un solo paso en todos los centros.**
- **Promover estrategias de microeliminación.**

ASSCATINFORM@ NO SE RESPONSABILIZA DE LAS OPINIONES EXPRESADAS EN LOS ARTÍCULOS FIRMADOS

asscat
Associació Catalana de Malalts d'Hepatitis

Hotel d'Entitats "La Pau"
Pere Vergés 1, 8º, desp. 11 - 08020 BARCELONA
Tels. 93 314 52 09 - 615 052 266
informacio@asscat-hepatitis.org
www.asscat-hepatitis.org