asscat HEPATITIS

inForma

Associació Catalana de Malalts d´Hepatitis

Abril 2015 Revista informativa, núm. 22

EJEMPLAR GRATUITO

Panorama Actual de la Hepatitis C y su Impacto Social

Núm. 22
Abril 2015

SUMARIO

2 Editorial

3 Servicios y Actividades de Asscat

7 ¡Tenemos un plan! Claves para entender el Plan Estratégico para el Abordaje de la Hepatitis C en el Sistema Nacional de Salud

11 Metodología de Subtipado de Alta Resolución del Virus de la Hepatitis C (VHC). Aplicación a las nuevas terapias con Antivirales de Acción Directa (AADs)

15 Panorama actual de la hepatitis C

16 La coinfección por VHC y VIH en Cataluña

18 Implicaciones del screening de la hepatitis C en la era de tratamientos antivirales más eficaces

21 El Impacto Social de la Hepatitis C

23 La voz del paciente

27 La terapia Gestalt como vía de autoconocimiento

28 Alimentación sana para el cuidado del hígado

Edita
Associació Catalana de Malalts d'Hepatitis

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

Coordinación, redacción y corrección
Equipo de trabajo de ASSCAT

Fotocomposición y impresión
ARGRA Trading, s.l. - Tordera 38, 08012 Barcelona

D.L. B-25475-2006
NIF: G-62.527.106

ASSCAT INFORMA no se responsabiliza de las opiniones expresadas en los artículos firmados.

HOTEL D'ENTITATS "LA PAU"
Pere Vergés 1, 8è - desp. 11 - 08020 BARCELONA
Tels. 93 314 52 09 - 93 278 25 59 M. 615 052 266
informacio@asscat-hepatitis.org

Editorial

Desde mi propia experiencia como persona que lleva muchísimos años conviviendo con la Hepatitis C para la cual, hasta hace poco tiempo solo teníamos soluciones parcialmente eficaces pienso que, a día de hoy, gracias a los nuevos fármacos, se abre una nueva puerta de esperanza para la curación. Ahora es posible el sueño de erradicar una enfermedad crónica que tiene un impacto gravísimo a nivel físico, emocional y social para las personas que convivimos con ella, y cómo no, para nuestras familias.

Estas nuevas opciones terapéuticas suponen para todos nosotros y nuestros hepatólogos un cambio radical en nuestra calidad de vida y en el abordaje de la Hepatitis C. Estamos al principio de un camino del que aún nos queda mucho por recorrer. Desde mi punto de vista, lo prioritario es garantizar el acceso a los nuevos tratamientos sin demora para las personas más graves, pero también tratar al mayor número de pacientes y lo antes posible.

Gracias al trabajo y la presión ejercida a diferentes niveles por las organizaciones comunitarias y las asociaciones de pacientes, los medios de comunicación por fin han llegado a interesarse por la Hepatitis C y también han tenido un papel fundamental dando a conocer la enfermedad a la ciudadanía. Asimismo han puesto en evidencia el grave problema que supone el VHC para la Salud Pública; prueba de ello es la elaboración de un Plan Estratégico para el Abordaje de la Hepatitis C en el Sistema Nacional de Salud.

Después de años reclamándolo, por fin "Habemus Plan Nacional" y todos tenemos que trabajar e implicarnos al máximo para que se lleven a término todas sus líneas estratégicas.

También considero que todos los agentes implicados: autoridades sanitarias, industria farmacéutica, profesionales médicos y socio-sanitarios y todas las asociaciones de pacientes estamos alineados y motivados para que este cambio en la realidad de las personas que padecemos Hepatitis C sea palpable en el día a día.

Como he mencionado antes, estamos al principio de un camino que no será fácil recorrer, esta lucha continúa y no podemos desfallecer. Hay que seguir adelante con la mirada puesta en la luz que se divisa al final de este túnel interminable, en el que la oscuridad ha sido nuestra compañera durante mucho tiempo. Justo ahora, tenemos que seguir sin escondernos y luchar cada uno a su manera con todos los medios a nuestro alcance, ya que el problema económico frena una y otra vez el fluir de los nuevos tratamientos. Sabemos que este hecho conlleva graves consecuencias para la vida de los pacientes.

Por último, sólo me queda añadir que ASSCAT, en su prioridad de dar una respuesta lo más eficaz posible ante el cambio de paradigma, ha remodelado en profundidad su sistema logístico, para seguir realizando desde el voluntariado acciones para promover la detección temprana, el conocimiento de las Hepatitis Virales por parte de la población y apoyar a los pacientes con HEPATITIS y a sus familiares. Además trabajamos para conseguir un acceso más ágil a los nuevos tratamientos que suponen un antes y un después para todos. El tratamiento, tanto tiempo esperado, es ahora CURACIÓN y también PREVENCIÓN.

Juan José Montes
Presidente

Miembro de:

Con el apoyo de:

Servicios y Actividades de Asscat

Información y apoyo individual a pacientes con hepatitis y sus familiares

(Vía telefónica, correo electrónico y atención presencial en la sede)

Este servicio se ofrece a personas de todo el Estado español y está coordinado por voluntarios/as de ASSCAT (pacientes expertos/as) que están formados en *counseling* y tienen años de experiencia; con lo que ponemos en valor la educación entre iguales como método de promoción y educación para la salud.

El servicio de atención telefónica es totalmente **confidencial, gratuito y está abierto para todas las personas que lo necesiten.**
Horario de atención: de lunes a jueves de 9:00 a 14:00 horas.
Teléfonos: 933 145 209 / 932 782 559 / 615 052 266

La atención personal se realiza con **CITA PREVIA** en nuestra sede en Barcelona. Si te encuentras en otra ciudad de España podemos atenderte vía Skype o bien te pondremos en contacto con la persona de nuestra Red Nacional de Apoyo al Paciente con Hepatitis que viva más cerca de tu lugar de residencia.
Horario de atención: de lunes a jueves de 9:00 a 14:00 horas.
Lugar: Pere Vergés 1, piso 8, despacho 11 “Hotel d’Entitats La Pau”, Barcelona.

Si para ti es más cómodo, puedes escribirnos por carta o correo electrónico. Te responderemos de forma inmediata. Nos comprometemos a hacerlo como máximo en 24 horas.
E-mail de contacto: informacio@asscat-hepatitis.org.
Dirección de envío postal: Pere Vergés 1, piso 8, despacho 11 “Hotel d’Entitats La Pau”, 08020, Barcelona.

Pruebas orales de detección rápida del virus de la Hepatitis C en la sede de la ASSCAT de forma anónima y confidencial

Se estima que en España, de los casi medio millón de personas con infección activa por VHC, más del 60 % no saben que tienen hepatitis C. Es fundamental que se detecte a estas personas lo más pronto posible para que puedan ser tratadas y curadas cuanto antes y como medida de prevención de nuevas transmisiones.

¿Qué es la prueba oral rápida?
La prueba oral rápida de anticuerpos anti-VHC detecta si el resultado es positivo o negativo. Se realiza obteniendo muestra de fluido oral frotando las encías. El resultado se obtiene pasados 20 minutos.

¿Qué hacemos en ASSCAT en caso de resultado positivo?
Para garantizar información adecuada, y sobre todo la vinculación con el digestólogo o hepatólogo de manera inmediata, se dispone de un protocolo de counseling que incluye referencia inmediata al médico de cabecera. Además, ofrecemos a la persona recién diagnosticada el apoyo y atención continuada mediante el acompañamiento de un voluntario experto de ASSCAT en el seguimiento de su hepatitis C para que pueda aprender a autogestionarla conjuntamente con su médico.

La prueba oral se realiza con **CITA PREVIA** en nuestra sede en Barcelona.

Grupo de apoyo para personas con hepatitis (GAPH)

El grupo se reúne en sesiones de dos horas en la sede de ASSCAT el último martes de cada mes. Nuestro objetivo es **intercambiar experiencias y facilitar el apoyo mutuo** entre personas afectadas por cualquier tipo de hepatitis.

Compartimos en este espacio nuestras experiencias al convivir con las hepatitis, sus tratamientos, nuestra relación con nuestro entorno convivencial, etc.

Se trata de un grupo abierto (los usuarios/as pueden incorporarse al grupo cuando lo deseen) y funciona según un protocolo que especifica sus normas y objetivos.

■ Desde enero y dentro de la **Campaña de Sensibilización, Prevención y Detección de las Hepatitis Víricas 2015, ASSCAT empezó a desarrollar, en colaboración con los hospitales de Cataluña, Mesas Informativas** en los vestíbulos de estos centros en las cuales nuestros voluntarios entregan material informativo a la población y atienden a los ciudadanos que se interesan por recibir más información. Durante estos 4 meses han tenido lugar en: Hospital de Bellvitge, Hospital Clínic, Hospital Esperit Sant, Hospital del Mar y Hospital Moises Broggi.

■ **El 24 de marzo realizamos la 9ª Jornada de Información sobre las Hepatitis A, B y C y Detección de la Hepatitis C mediante test oral en el Hospital de Sant Pau de Barcelona.**
Con el apoyo de Creu Roja cuatro voluntarios de Creu Roja Barcelona y 5 voluntarios de ASSCAT entregaron 500 folletos informativos A, B, C; 100 opúsculos informativos con información básica sobre la Hepatitis B; 500 Guías sobre Hepatitis C y 500 revistas AsscatInforma nº22. Se realizaron 100 test orales de VHC, con 1 resultado positivo.

El 26 de marzo ASSCAT participó en las XIII JORNADAS DE INTERVENCIÓN SOCIOCOMUNITARIA en Masnou organizadas por el Instituto Maremar con la charla-coloquio TODO SOBRE LA HEPATITIS C. Se entregó también material informativo a los 200 alumnos asistentes.

El 14 de abril tuvo lugar la **1ª Jornada de capacitación al voluntariado de ASSCAT y soporte a nuestra "Red nacional de apoyo al paciente con Hepatitis",** con el apoyo de Abbvie.

La situación actual de la hepatitis C, los nuevos tratamientos y su política de acceso, la gran cantidad de información en los medios generalistas, entre otros aspectos, están generando dudas entre las personas con hepatitis y sus familiares, así como a la población en general.

Ante la necesidad de atender el aumento del número de consultas y desarrollar las actividades de sensibilización, detección e información, ASSCAT ha desarrollado esta Jornada con el objetivo de fortalecer y coordinar la tarea de nuestros voluntarios y formarles en lo relacionado a nuevos tratamientos y también en counseling para ofrecer un mejor servicio a quienes nos consultan.

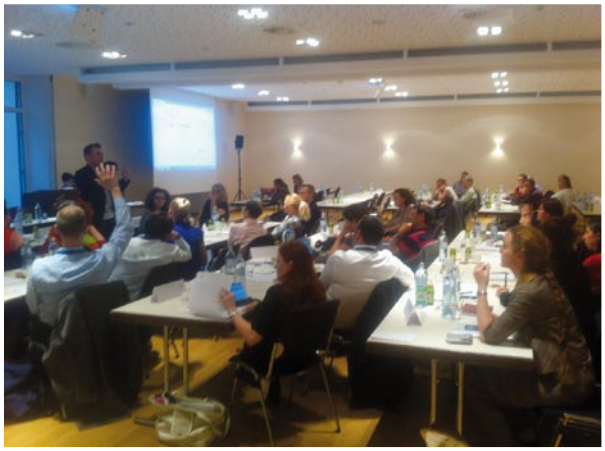
Información

■ Los días de **13 de enero, 10 de febrero, 10 de marzo y 14 de abril** hemos asistido a las sesiones del ciclo de Charlas Informativas sobre Bioética del Consell Consultiu de Pacients de Catalunya.

■ El **4 de febrero** asistimos a inauguración de la exposición ***Perspectives – Art, Liver Diseases and Me*** en la que se muestran los proyectos ganadores de los artistas de la facultad de Bellas Artes de la Universitat de Barcelona. La ASSCAT ha participado en el proyecto ***Perspectives – Art, Liver Diseases and Me,*** promovido por la CÁTEDRA ARTE (Y) ENFERMEDADES, de la Universitat Politècnica de València y desarrollado con el apoyo de Abbvie, coordinando a los pacientes que aportaron sus sentimientos y vivencias para que los artistas pudiesen plasmarlos en obra de arte.

■ Los días **23, 24, 25 y 26 de abril** asistimos en Viena al 50 Congreso Internacional del Hígado de la EASL y a la asamblea de la ELPA.

■ Los días **27, 28 y 29 de abril** dos de nuestros voluntarios asistieron al Seminario FORMACIÓN EN GESTIÓN DE ASOCIACIONES DE PACIENTES CON HEPATITIS C que bajo el patrocinio de Janssen ha tenido lugar en Barcelona Universitat Internacional de Catalunya (UIC).



¡Tenemos un plan!

Claves para entender el Plan Estratégico para el Abordaje de la Hepatitis C en el Sistema Nacional de Salud

El pasado 26 de marzo el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprobó el Plan Estratégico para el Abordaje de la Hepatitis C en el Sistema Nacional de Salud. Contar con un plan específico para la hepatitis C en España ha sido una reclamación histórica de médicos, pacientes y las asociaciones que defienden sus derechos. La elevada carga de la enfermedad en España, junto con la actual disponibilidad de nuevos antivirales capaces de curar la hepatitis C, hacía necesario disponer de manera urgente de una estrategia de respuesta estructurada y coordinada. Los movimientos ciudadanos se han empleado a fondo para convencer a las autoridades sanitarias de que, en materia de salud pública, no se puede andar con paños calientes. La respuesta de las autoridades sanitarias ha sido la elaboración de un plan exhaustivo e impecable sobre el que, antes de empezar su andadura, ya se ciernen algunas sombras respecto a su viabilidad.

J. Buchaca *(ASSCAT)* **- J. S Hernández** *(gTt-VIH)*

¿Qué es un plan estratégico?

En el ámbito de la salud, se trata de un documento formal en el que se plasma y detalla, de forma sistematizada y ordenada, la manera en que una organización –en el caso que nos ocupa el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI)– piensa trascender desde la situación actual de una enfermedad determinada –en nuestro caso la hepatitis C– hasta la situación de mejora que desea para dicha enfermedad en el futuro. El plan incluye, por lo tanto, el conjunto de criterios de decisión y las propias decisiones que toma y ejecuta la organización para orientar las actividades que desarrollará y cumplir los objetivos propuestos.

¿Existía antes un plan estratégico para la hepatitis C en España?

No. Hasta ahora, las diferentes intervenciones que se han realizado en España en el abordaje de la hepatitis C, sobre todo en el ámbito asistencial y de la salud pública, han sido llevadas a cabo por las Comunidades Autónomas de manera independiente sin contar con una coordinación centralizada y sin incluir acciones clave en la respuesta a esta enfermedad, como la promoción de la detección precoz; sistemas de información y vigilancia epidemiológica; campañas de prevención y sensibilización, etc. En buena medida, esta falta de respuesta gubernamental frente a la hepatitis C ha sido la responsable de que, en la actualidad, no se conociera con exactitud la magnitud de la epidemia en España (por ejemplo, el número de personas diagnosticadas o el patrón actual de la transmisión del VHC).

¿Cuál es el objetivo general de este Plan?

El Plan Estratégico tiene como objetivo disminuir la carga de enfermedad y muerte causada por la infección por VHC en la población española abordando de manera eficaz la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de los pacientes.

¿Cómo se estructura?

El Plan se estructura en cuatro líneas estratégicas clave dirigidas a conseguir el objetivo general:

1) Cuantificar la magnitud del problema, describir las características epidemiológicas de los pacientes con infección por VHC y establecer las medidas de prevención.

2) Definir los criterios científico-clínicos que permitan establecer la adecuada estrategia terapéutica considerando el uso de antivirales de acción directa frente al VHC para el tratamiento de la hepatitis C.
3) Establecer los mecanismos de coordinación para la adecuada implementación de la Estrategia para el Abordaje de la Hepatitis C en el Sistema Nacional de Salud.
4) Fomentar el avance en el conocimiento de la prevención, diagnóstico y tratamiento de la hepatitis C en el Sistema Nacional de Salud a través de actuaciones específicas en el área de la investigación, desarrollo e innovación (I+D+I).

Cada una de estas líneas estratégicas incluye una serie de objetivos específicos y acciones concretas para alcanzarlos.

Sobre el papel y desde un punto de visto técnico, se podría decir que el Plan Estratégico elaborado por el MSSSI es una herramienta idónea para cumplir el objetivo general propuesto –reducir la morbimortalidad asociada a la hepatitis C en España– ya que tiene en cuenta los diferentes ámbitos de intervención en la respuesta a un problema de salud pública.

¿Cuáles son las principales acciones que incluye el Plan?

Las actividades son muchas y variadas y se enmarcan dentro de las áreas de la prevención, diagnóstico, atención, tratamiento, información y vigilancia epidemiológica e investigación de la hepatitis C. Algunas de estas acciones se implementan por primera vez en España, como por ejemplo, la puesta en marcha de un registro de pacientes o la elaboración de recomendaciones para médicos de atención primaria dirigidas a promover el diagnóstico precoz de la hepatitis C. El bloque de actividades relacionadas con el tratamiento de la hepatitis C ocupa un lugar destacado en el Plan Estratégico e incluye acciones tales como garantizar el acceso de los pacientes al tratamiento en condiciones de igualdad, o establecer sistemas que permitan monitorizar la efectividad de los nuevos tratamientos antivirales.

¿Qué personas con hepatitis C son candidatas a recibir tratamiento?

Cualquier paciente con hepatitis C crónica con una fibrosis hepática significativa (F2-F4) podrá ser considerado candidato a recibir tratamiento. Esto incluye a personas que nunca han recibido tratamiento –los llamados pacientes naive–; personas que no respondieron en el pasado a un tratamiento con interferón y ribavirina o a una terapia triple basada en uno de los dos inhibidores de la proteasa de primera generación; pacientes que se encuentran en lista de espera o que ya han recibido un trasplante de hígado (con independencia del estadío de fibrosis hepática); y pacientes con manifestaciones extrahepáticas asociadas al VHC (con independencia del estadío de fibrosis hepática).

Por lo que respecta a las personas que se encuentran en estadíos iniciales de su enfermedad hepática (F0-F1), el Plan recomienda retrasar el inicio del tratamiento o bien considerarlo de manera individual, es decir caso por caso. Si se toma la decisión de retrasar el inicio, se recomienda realizar un seguimiento estrecho de estos pacientes con el objetivo de poder tratarlos en el momento oportuno en el caso de que se produzcan cambios en la progresión de su enfermedad.

¿Qué tipo de tratamiento recibirán los pacientes?

Uno de los avances más importantes de la estrategia terapéutica incluida en el Plan es que, por primera vez, se prescinde del uso de interferón pegilado en el tratamiento de la hepatitis C crónica. A partir del 1 de abril, los pacientes recibirán sólo combinaciones de antivirales orales, con o sin ribavirina, cuya selección y duración (12 o 24 semanas) dependerá, básicamente, del genotipo viral, la presencia de cirrosis y el historial de tratamiento de cada paciente (si recibió o no tratamiento con anterioridad; con qué medicamentos; y cuál fue la respuesta).

La estrategia terapéutica incluye todos los antivirales de acción directa frente al VHC autorizados en España: simeprevir (Olysio®), sofosbuvir (Sovaldi®), daclatasvir (Daklinza®), sofosbuvir/ledipasvir (Harvoni®), y paritaprevir/ritonavir/ombitasvir (Viekirax®) y dasabuvir (Exviera®).

Como no podía ser de otra manera, esta estrategia excluye la utilización de los dos primeros inhibidores de la proteasa del VHC –telaprevir (Incivo®) y boceprevir (Victrelis®)– como consecuencia de su mayor toxicidad y dificultades de manejo clínico.

Otra de las novedades es que desaparecen los comités autonómicos que habían sido creados en muchas Comunidades Autónomas para autorizar la prescripción de los tratamientos para la hepatitis C. Esto significa que, en este nuevo escenario, se debería reducir el tiempo de espera desde que el médico prescribe el tratamiento hasta que el paciente lo recibe.

¿Cómo y quién coordinará el funcionamiento del Plan Estratégico?

Se creará un Comité Institucional que estará formado por un representante designado por cada Comunidad

Autónoma, un representante del Instituto de Salud Carlos III, de Instituciones Penitenciarias y representantes de los centros directivos del MSSSI, que coordinarán el funcionamiento del Plan.

Se pondrá en marcha un Registro de pacientes con hepatitis C tratados con antivirales en el Sistema Nacional de Salud que permitirá monitorizar el acceso de los pacientes a los tratamientos en condiciones de igualdad y la efectividad de los mismos. Además, cada Comunidad Autónoma creará un grupo de trabajo sobre la hepatitis C liderado por el representante autonómico del Plan que, entre las diferentes responsabilidades, se encargará de la adecuada cumplimentación e intercambio de datos del Registro de pacientes.

Una de las debilidades del Plan es no incluir en el Comité Institucional a las sociedades científicas y a los principales grupos y asociaciones de pacientes, sobre todo teniendo en cuenta que algunas de las acciones que contempla el Plan Estratégico serán realizadas tanto por miembros de las sociedades científicas (guías clínicas, investigación, tratamiento…) como por las asociaciones de pacientes (prevención, información, detección precoz…).

¿De qué dotación económica dispondrá?

El Plan Estratégico no contará con una partida presupuestaria específica para poder llevar a cabo todas las actividades y acciones contempladas. Esto podría ser un obstáculo importante para que las Comunidades Autónomas –que son quienes pagan la factura farmacéutica– puedan hacer frente al elevado gasto que supondrá tratar a todos los pacientes con hepatitis C que cumplen los criterios para recibir tratamiento.

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ha pactado con la industria farmacéutica diferentes fórmulas dirigidas a facilitar el acceso de los pacientes a la innovación terapéutica al tiempo que mantener la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud. Entre dichas fórmulas novedosas de negociación del precio, se incluyen el techo de gasto (un máximo de 727 millones a tres años), el precio por volumen (cuantos más pacientes sean tratados, mayor será el ahorro para el pagador) y el riesgo compartido (se paga por tratamiento independientemente de su duración: 12 o 24 semanas).

Todos estos mecanismos permitirán, sin duda alguna, reducir el precio de unos medicamentos que, a priori, resultaban inalcanzables para las arcas públicas. No obstante, ¿cómo podrán hacer frente las Comunidades Autónomas al pago de los medicamentos de la hepatitis C para un número cada vez mayor de pacientes?

En las próximas semanas, el Ministerio de Hacienda tendrá que detallar cuál será el mecanismo a través del cual las CC AA podrán financiar el gasto sanitario derivado de la compra de medicamentos de la hepatitis C y otras tecnologías sanitarias de alto impacto presupuestario.

Según las noticias publicadas en prensa, el Ministerio de Hacienda planea la creación de un línea de crédito con un interés próximo al 0% y a devolver a 10 años para que las CC AA, que quieran adherirse de forma voluntaria, puedan hacer frente en condiciones ventajosas a la compra de los medicamentos para la hepatitis C. Aunque la adhesión a este fondo o línea de crédito será voluntaria, se exigirá a las CC AA una serie de requisitos entre los que figura que el gasto sanitario no crezca más que el PIB.

El resto de actividades incluidas en el Plan Estratégico tendrán que ser financiadas con los fondos propios de los diferentes entes e instituciones que las ejecuten. Se entiende que dichas actividades forman parte de sus competencias y atribuciones en el ámbito de la salud pública.

¿Qué valoración hacen del Plan estratégico los diferentes agentes implicados?

En general, todos reconocen la calidad técnica del Plan y los esfuerzos de los expertos que lo han realizado por ofrecer una respuesta completa y coordinada a la hepatitis C en España, utilizando el arsenal terapéutico más efectivo actualmente disponible.

Antoni Gilabert, gerente de Farmacia y del Medicamento en el Servei Català de la Salut (CatSalut), opina que el abordaje de la hepatitis C requiere de una mirada poliédrica centrada en el paciente y en los resultados en salud. Aunque reconoce que se trata de un Plan ambicioso que recoge los principales retos en el abordaje de la enfermedad, considera que su éxito dependerá no sólo del “qué se debe hacer” sino también muy especialmente de “cómo hacerlo”, es decir de su implementación. “Desde Cataluña y concretamente desde el CatSalut hemos puesto y seguiremos poniendo todo nuestro esfuerzo, conocimiento y disposición al servicio de este Plan y del abordaje de la hepatitis C y su tratamiento”, subraya Gilabert.

El Dr. Miquel Torres Salinas, jefe del Servicio de Medicina Interna de la Fundació Hospital Esperit Sant en Santa Coloma de Gramenet (Barcelona) pone el acento en la estrategia terapéutica del Plan: “La disponibilidad de los nuevos antivirales de acción directa es una gran oportunidad para lo que podría ser el inicio de la erradicación de la hepatitis C en nuestro país”. Según Torres, una vez aprobado el Plan Estratégico

para el Abordaje de la Hepatitis C, el reto se centra ahora en que se disponga de recursos económicos y profesionales suficientes para poder ofrecer una respuesta adecuada.

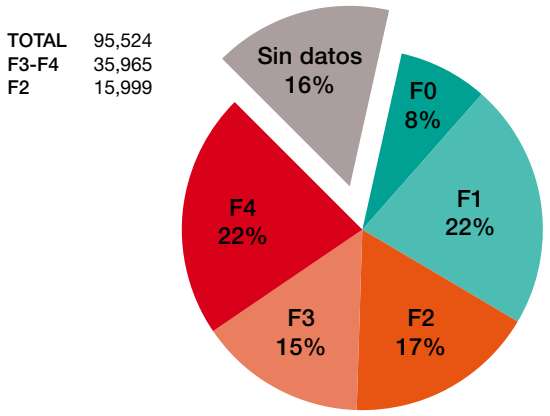
A las asociaciones de pacientes la aprobación del plan les ha dejado una sensación agridulce y observan con recelo su implementación. Juan José Montes, presidente de la Asociación Catalana de Enfermos de Hepatitis (ASSCAT), asegura que, aunque la mayoría de las personas enfermas de hepatitis C han recibido el Plan Estratégico con la esperanza de que se cumplan todos los requisitos y acciones que en él se contemplan, en realidad desconfían de su viabilidad. "Estamos preocupados por la falta de una financiación adecuada al problema de salud pública que nos ocupa. Este hecho impide que el acceso a los tratamientos se produzca con la debida fluidez", apunta Montes. Con todo, ASSCAT desea que las Comunidades Autónomas encuentren los medios económicos necesarios para conseguir tratar al mayor número de pacientes lo antes posible.

Un baile de cifras

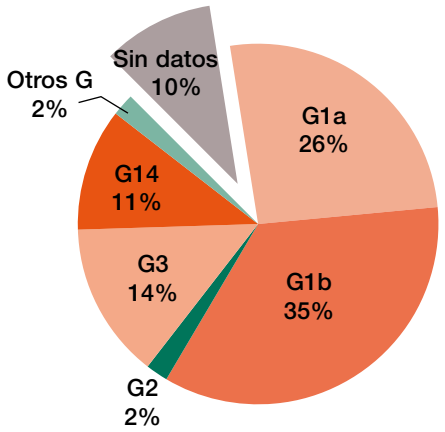
De acuerdo con el Ministerio de Sanidad y las consejerías de sanidad de las Comunidades Autónomas, el número de pacientes diagnosticados de hepatitis C en España a enero de 2015 se eleva a 95.524 personas. Dicha cifra se sitúa muy por debajo de los 167.300 pacientes diagnosticados que estimaba un estudio reciente publicado en la prestigiosa revista científica *Journal of Viral Hepatitis*[1].

Los expertos y las asociaciones de pacientes han cuestionado la cifra proporcionada por el Ministerio de Sanidad y consideran que el número de diagnósticos en España está infranotificado. Es de esperar que con la puesta en marcha del nuevo registro de pacientes poco a poco se vaya conociendo el número real de pacientes diagnosticados. Mientras tanto, la cifra proporcionada a toda prisa por el Ministerio de Sanidad sirve como referencia para calcular el número de personas que recibirán tratamiento de la hepatitis C en España en los próximos 3 años: un total de 51.964 –aproximadamente la mitad de los pacientes diagnosticados, con una estadio de fibrosis hepática F2-F4– se beneficiarían de los nuevos tratamientos.

DISTRIBUCIÓN POR ESTADÍO DE FIBROSIS HEPÁTICA



DISTRIBUCIÓN POR GENOTIPO VIRAL



[1]Bruggmann P. et al. Historical epidemiology of hepatitis C virus (HCV) in selected countries. *Journal of Viral Hepatitis,* 2014, 21, (Suppl. 1), 5–33.

Dudas razonables

Un 60-65% de las personas con hepatitis C en España desconocen que padecen la enfermedad. Por este motivo, resulta fundamental implementar intervenciones de salud pública que permitan a las personas afectadas conocer su diagnóstico, recibir la atención médica apropiada y beneficiarse de los tratamientos curativos. Entre las intervenciones, se incluirían la elaboración de guías y recomendaciones para el diagnóstico de la hepatitis C en la atención primaria; campañas de concienciación dirigidas a la población española promoviendo la detección del VHC en personas que hayan podido estar expuestas al virus; y aumentar el número de pruebas de detección del VHC en los dispositivos sanitarios y comunitarios.

Sin embargo, tal como señalan las asociaciones de pacientes, sin una dotación presupuestaria específica, va a resultar muy difícil llevar a cabo todas estas acciones clave para poder sacar a flote la tasa de personas con hepatitis C no diagnosticada.

Metodología de Subtipado de Alta Resolución del Virus de la Hepatitis C (VHC). Aplicación a las nuevas terapias con Antivirales de Acción Directa (AADs)

Josep Quer
Responsable de la línea de investigación experimental en Hepatitis C. Enfermedades Hepáticas. Vall d'Hebron Institut de Recerca (VHIR). Hospital Universitari Vall d'Hebron (HUVH). Universitat Autònoma de Barcelona. Ciberehd.

En los últimos años, los anuncios por parte de las agencias del medicamento americana (FDA) y europea (EMA) y por la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS) del uso en la práctica clínica de nuevos antivirales de acción directa (AADs) contra el virus de la hepatitis C (VHC) han generado grandes debates en los foros científicos y grandes expectativas en los pacientes. El motivo es que combinaciones de estos fármacos en ensayos clínicos consiguen tasas de respuesta virológica sostenida (RVS se define como no detectar ARN del VHC en suero a las 12-24 semanas después de acabar el tratamiento), superiores al 90%.

Cuando una persona se infecta por el VHC, si éste persiste, el virus de la hepatitis C causa una infección crónica de larga duración, que evoluciona lentamente y puede llegar en algunos pacientes a cirrosis (20% de pacientes a los 20-30 años desde el momento de la infección) mientras que en otros casos nunca evoluciona hacia peor; así, se han descrito casos de pacientes con infección de más de 50 años de duración y tan sólo presentan cambios mínimos en el hígado. La gran ventaja de la infección por el VHC frente a otros virus que causan infección crónica tales como VIH y VHB, es que si el paciente consigue una RVS al tratamiento, el paciente está curado, y no sólo eso, sino que detener la infección supone una mejora del estado del hígado (3).

El listado de nuevos AADs irá en aumento en los próximos meses (Figura 1). Estos antivirales altamente eficientes contra el VHC, van dirigidos contra las tres dianas principales del virus, como son la NS3 o proteasa (inhibidores con el nombre acabado en "-previr"), la NS5A que es la proteína que controla la replicación del virus y que está involucrada en la formación y liberación de la partícula viral (sufijo "-asvir") y las dos familias de inhibidores de la ARN-polimerasa-ARN dependiente NSS5B, los inhibidores Nucleot(s)ídicos (Nucs o NI) que son análogos de nucleótidos y los No-Nucleot(s)ídicos (Non-nucs o NNI) que actúan sobre el centro alostérico modificando la estructura tridimensional de la proteína (todos ellos acabados en "-buvir").

¿Cuáles son los parámetros a tener en cuenta para decidir iniciar un tratamiento?

1.- En primer lugar, es esencial conocer el alcance de la infección. En España, se estima que la prevalencia de la infección es del 2%, es decir, cerca del millón de personas, de las cuales tan sólo el 30% son conscientes. La realidad es que nadie sabe exactamente cuál es ese valor real, y para ello se están llevando a cabo estudios de registro que deberían complementarse con estudios de prevalencia en población general.

2.- En segundo lugar, debemos tener en cuenta de que el VHC es un virus muy variable. Cada vez que se copia un genoma viral, el nuevo genoma que se produce, tendrá entre 1 y 10 mutaciones respecto al virus de donde se ha copiado. Por tanto, si de un genoma, se producen 1000 nuevas copias, todas ellas serán parecidas pero presentarán diferentes mutaciones. Así, si obtenemos la secuencia de los virus que están circulando en el suero de un paciente, lo que vamos a ver es que se trata de una población de genomas virales ligeramente diferentes unos de otros, y esta estructura es la que conocemos como cuasiespecies. En realidad, la estrategia principal que tiene el VHC para persistir es variar. Algunas de estas mutaciones pueden ser mutaciones de resistencia a alguno de los antivirales, y por tanto, de todo ello podemos deducir que el tratamiento con uno solo de estos antivirales (tratamiento en monoterapia) está destinado al fracaso. También da idea de la facilidad que tiene este virus para producir mutantes de escape a vacuna, lo cual hace tan difícil desarrollar una vacuna eficiente. Es esencial conocer bien cómo actúa el virus para poder enfrentarnos con éxito a él (2).

Esta enorme variabilidad, provoca que cualquier paciente curado pueda ser reinfectado, porque no queda memoria capaz de evitar nuevas infecciones causadas por nuevas variantes y por tanto cualquier tratamiento debe ir acompañado de campañas de prevención.

Otra consecuencia de esta variabilidad es que el virus se clasifica en 7 genotipos (1 a 7) y dentro de cada genotipo en subtipos, hasta un total de 67 (Abril 2015) (Figura 2), y de la experiencia con la terapia estándar con interferón pegilado y ribavirina se sabe que este tratamiento es genotipo-dependiente, donde G1 y G4 tienen peor RVS que G2,3,4 o 5. Los nuevos tratamientos con AADs, han demostrado, que estos tratamientos son dependientes del subtipo, de manera que el subtipo 1a siempre presenta peores tasas de RVS que el subtipo 1b.

3.- El tercer punto que debemos conocer, es que cualquier fallo al tratamiento suele ir acompañado de la selección de mutaciones de resistencia. En el caso de tratamiento con simeprevir, todas las guías recomiendan determinar si el virus presenta la sustitución Q80K (un aminoácido Glutamina (Gln=Q) en posición 80 de la proteasa NS3 del virus que cambia a Lisina (Lys=K)) que genera resistencia a simeprevir.

Respecto a otras mutaciones, hoy por hoy no se recomienda testar la presencia de estas mutaciones en pacientes que nunca han recibido tratamiento (pacientes naive), pero evidentemente, contar con esta información, podría ser útil. Lo que sí es una necesidad, es realizar el estudio del perfil de resistencias en aquellos pacientes en quienes ha fallado alguno de los tratamientos con AADs. En este sentido, el fracaso del tratamiento con AADs, suele conllevar la selección de mutaciones de resistencia (3). Este fenómeno se ha observado en la práctica totalidad de los tratamientos disponibles, usando técnicas de secuenciación masiva para el análisis de las cuasiespecies, incluyendo tanto sofosbuvir (1) como la combinación Viekirax (paritaprevir/ritonavir+ombitasvir) + Exviera (dasabuvir) (4). El uso de una metodología de alto rendimiento que pueda detectar mutaciones de resistencia permitirá adaptar el tratamiento de rescate en base a las variantes de resistencia halladas.

Lo que se deduce de todos los puntos tratados hasta el momento, es que es imprescindible estratificar bien a los pacientes en base a criterios objetivos para tratar a cada uno con la terapia más eficiente, es decir, necesitamos personalizar los tratamientos tanto en pacientes naive como, especialmente, en aquellos que han fallado a una terapia previa. La pregunta es

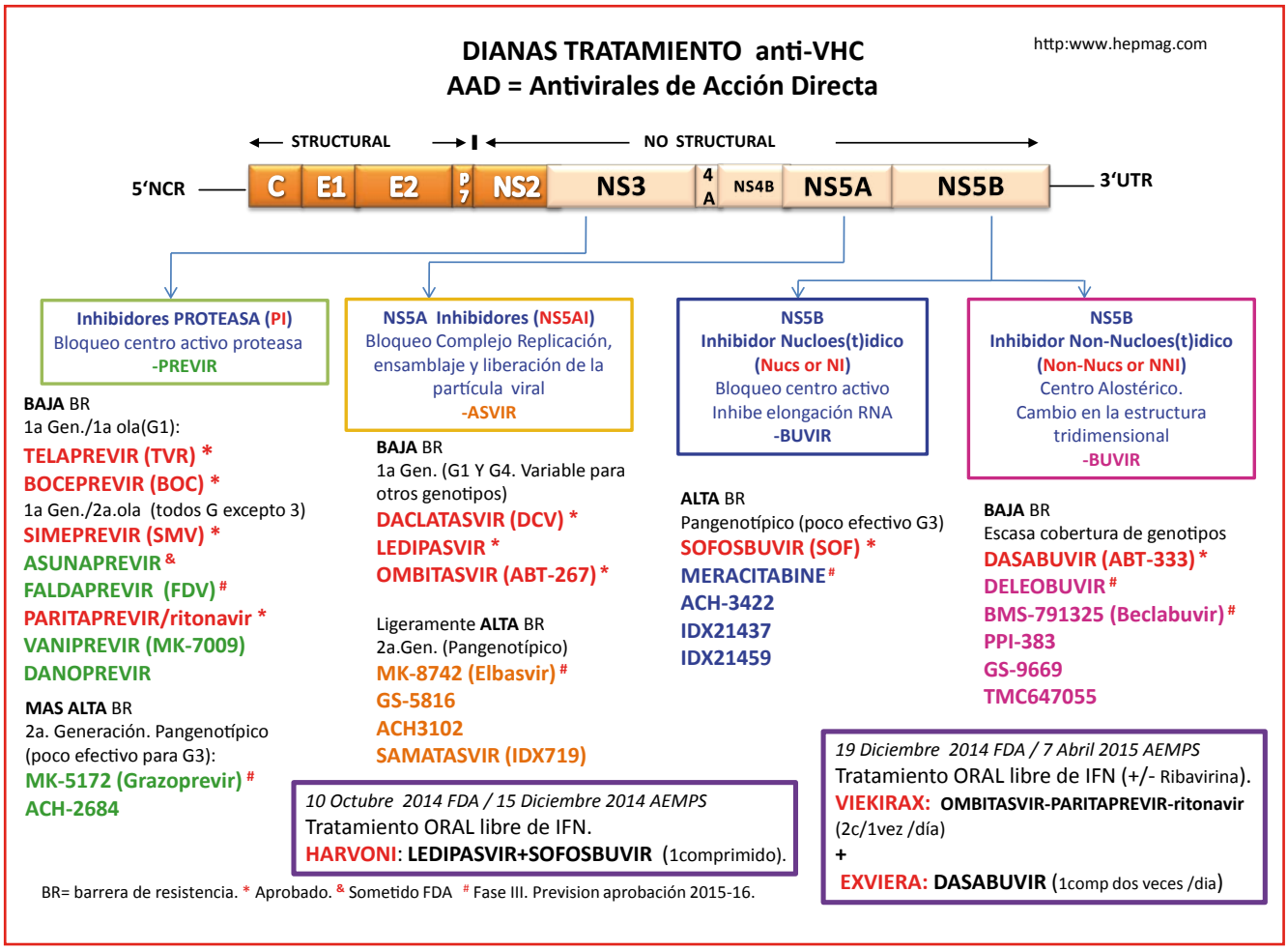


FIGURA 1. *Antivirales de Acción Directa contra las tres dianas principales del virus (NS3, NS5A y NS5B). En rojo los antivirales aprobados en Abril 2015.*

cuáles son los criterios objetivos clave para diseñar el mejor tratamiento. Los factores predictivos de respuesta a AADs clave dependen del paciente, del virus, de las combinaciones de AADs que podamos realizar, así como del acceso a estos inhibidores. Respecto al paciente y al virus, los factores que condicionan la efectividad de la terapia son:

Datos clínicos del paciente: grado de fibrosis (daño hepático); si el paciente ha fracasado a un tratamiento previo y la interacción con otros medicamentos que el paciente pueda estar tomando.

Datos del VHC: subtipo de virus, detectar si el paciente está infectado por más de un subtipo a la vez (infección mixta) y la presencia de mutaciones de resistencia.

En relación a los datos del virus, el subtipado de alta resolución usando la secuenciación masiva con la plataforma 454/GS-Junior desarrollada en el Vall d'Hebron Institut de Recerca (VHIR) del Hospital Universitario Vall d'Hebron (HUVH) en el marco de un proyecto colaborativo público-privado con todos los miembros del programa de hepatitis víricas del Ciber de enfermedades hepáticas y digestivas (5) es la opción que ofrece máximas garantías puesto que permite obtener la secuencia de fragmentos del virus de tamaño más largo en comparación con otras plataformas de secuenciación masiva (máxima fidelidad en el subtipado). Esta metodología es complementaria a las existentes de genotipado y va dirigida a aquellos pacientes que vayan a entrar en tratamiento. El método se basa en identificar un fragmento del genoma de miles de virus que aislamos del suero de un paciente. Estos genomas (secuencias), se comparan con patrones de referencia y de esta manera podemos identificar a qué subtipo pertenece el virus de un paciente. Además, como se identifican miles de virus, la metodología permite detectar si un paciente está infectado por subtipos diferentes a la vez (infección mixta). Una estrategia similar, permite a su vez estudiar la presencia de mutaciones de resistencia a alguno de los AADs aunque se trate de mutantes minoritarios, aunque esta técnica está en fase de desarrollo. Esta información ayudará al médico a escoger el tratamiento que ofrezca las máximas probabilidades de curación de la infección viral.

Estos datos que ofrece la metodología, deben ser utilizados por clínicos expertos, que decidirán en base a ellas cuál será la mejor terapia para el paciente.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Donaldson EF, Harrington PR, O'Rear JJ, Naeger LK. Clinical evidence and bioinformatics characterization of potential hepatitis C virus resistance pathways for sofosbuvir. Hepatology 2015 Jan;61(1):56-65.

(2) Martell M, Esteban JI, Quer J, Genesca J, Weiner A, Esteban R, et al. Hepatitis C virus (HCV) circulates as a population of different but closely related genomes: quasispecies nature of HCV genome distribution. J Virol 1992;66(5):3225-9.

(3) Pawlotsky JM. Hepatitis C Treatment: The Data Flood Goes on-An Update From the Liver Meeting 2014. Gastroenterology 2015 Mar;148(3):468-79.

(4) Poordad F, Hezode C, Trinh R, Kowdley KV, Zeuzem S, Agarwal K, et al. ABT-450/r-ombitasvir and dasabuvir with ribavirin for hepatitis C with cirrhosis. N Engl J Med 2014 May 22;370(21):1973-82.

(5) Quer J, Gregori J, Rodriguez-Frias F, Buti M, Madejon A, Perez-Del-Pulgar S, et al. High-resolution hepatitis C virus subtyping using NS5B deep sequencing and phylogeny, an alternative to current methods. J Clin Microbiol 2015 Jan;53(1):219-26.

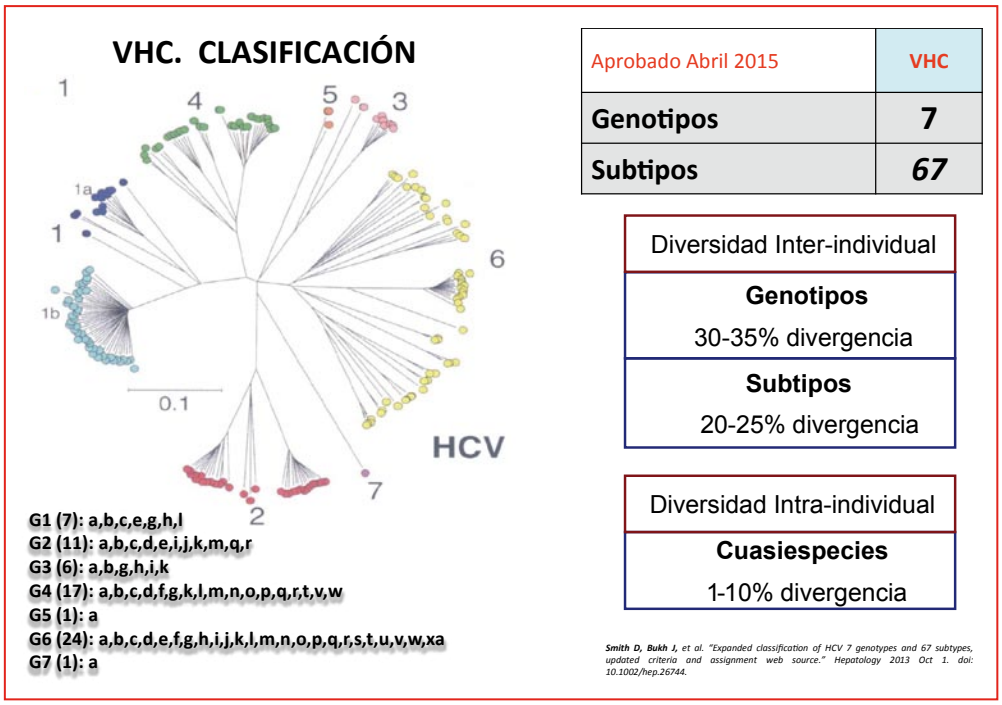


FIGURA 2. *Clasificación del virus de la hepatitis C en Mayo 2015.*

Panorama actual de la hepatitis C

Mª Carmen Rico Gutiérrez - Manuel Romero Gómez
Unidad de gestión Médico-Quirúrgica de Enfermedades Digestivas y CIBERehd. Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme. Sevilla

Introducción

El virus de la hepatitis C (VHC) es la principal causa de enfermedad hepática crónica, afectando a alrededor de 170 millones de personas en todo el mundo. Puede generar fibrosis hepática, y en algunos casos puede evolucionar a cirrosis e incluso a carcinoma hepatocelular (CHC). Además, actualmente es la primera causa de trasplante hepático a nivel mundial.

El VHC produce infección tanto aguda como crónica. Por lo general, la infección aguda es asintomática y muy raramente se asocia a una enfermedad potencialmente mortal. Aproximadamente un 15-45% de las personas infectadas eliminan el virus espontáneamente en un plazo de seis meses, sin necesidad de tratamiento alguno, lo que se denomina aclaramiento viral espontáneo.

El restante 55-85% de las personas infectadas, como resultado de dicha infección a largo plazo, se convertirán en enfermos crónicos. Si no son tratados, la hepatitis C crónica puede generarles graves problemas de salud y complicaciones asociadas a la misma.

Epidemiología

A pesar de que la aparición de nuevos casos de hepatitis C está disminuyendo gracias a las medidas de prevención, se espera que la incidencia de cirrosis y CHC en pacientes ya diagnosticados y no tratados, así como su mortalidad, se vea incrementada en los próximos años. Los estudios basados en la detección de anticuerpos anti-VHC estiman que el 1% de la población mundial está infectada actualmente. Más concretamente, en España se estima que esta cifra sea algo inferior al 3%.

Se han descrito diferentes genotipos y subtipos del virus de la hepatitis C, como los genotipos 1 (1a y 1b), 2, 3, 4, 5 y 6, aunque éstos dos últimos son muy poco frecuentes. La distribución de genotipos que infectan a la población española muestra un predominio del genotipo 1, y seguidamente, aunque con una tasa mucho menor, del genotipo 4.

Actualmente se considera que puede haber una alta tasa de la población infectada por el virus C que desconocen ser portadores de la infección ya que no presentan síntomas, y por ello no se les realiza las pruebas de cribado para la detección del VHC.

Teniendo en cuenta esta situación, es importante dar a conocer los factores de riesgo de transmisión a la población general, que están bien definidos en las guías de práctica clínica y en los documentos de consenso nacionales e internacionales:

a) Transfusión sanguínea antes de 1990: el virus fue identificado en 1989, por lo que no existían controles adecuados de la sangre que se transfundía. Esto propició que la recepción de sangre y hemoderivados fuese la principal vía de transmisión del virus de la hepatitis C.

b) Consumo de drogas por vía parenteral o no parenteral: debido al hábito de compartir jeringuillas y vías de inhalación.

c) Tatuajes y piercings: realizados en condiciones no higiénicas.

d) Transmisión perinatal: vía madre-hijo en el momento del parto.

e) Transmisión sexual: relaciones sexuales llevadas a cabo sin métodos de protección físicos.

f) Transmisión nosocomial: por material quirúrgico infectado no desechable o no esterilizado adecuadamente.

Considerando estos factores de riesgo anteriormente mencionados y que España es un país con una prevalencia de la enfermedad de nivel medio, **las personas nacidas en el periodo de 1950 a 1980 presentan un riesgo incrementado cuatro veces mayor que el resto de la población general de estar infectados por el virus de la hepatitis C.**

Diagnóstico y evaluación

La **detección de casos ocultos de hepatitis C es crucial,** ya que al ser una enfermedad de larga evolución y asintomática, podría generar cirrosis y sus complicaciones, que se detectarían tarde al encontrar-

se sin supervisión médica y podrían ser fatales para el paciente. Entre estas complicaciones se encuentran la encefalopatía hepática, la ascitis, la peritonitis bacteriana espontánea, las varices esofágicas, las lesiones ocupantes de espacio (LOEs) y el carcinoma hepatocelular. Por ello, además de una robusta vigilancia en aquellos pacientes infectados para evitar la progresión de la enfermedad, es muy necesario realizar cribado en aquellos grupos considerados de riesgo.

Una vez detectada la presencia de virus, es necesario realizar una evaluación integral del paciente para conocer su estado de salud actual y para intentar predecir complicaciones y tasa de curación.

Esta evaluación se llevaría a cabo realizando una analítica de carga viral, determinación del genotipo viral y del genotipo de la IL28B del paciente. El estado del hígado se evaluaría mediante ecografía abdominal para descartar LOEs y se determinaría el estadio de fibrosis mediante elastografía transitoria o FibroScan®. Ésta es una técnica reciente, rápida y no invasiva, que permite la evaluación de la fibrosis hepática midiendo la rigidez del hígado mediante ultrasonido aunque presenta limitaciones, como la dificultad para realizar la prueba en pacientes con exceso de grasa abdominal o con espacios intercostales estrechos.

Además, la biopsia hepática, es uno de los métodos de referencia actuales para la evaluación del hígado. Es un procedimiento invasivo que consiste en realizar una punción del hígado, mediante la cual se obtiene una muestra de tejido hepático para su estudio anatomopatológico. Esta técnica puede generar complicaciones, como la hemorragia y molestias para el paciente, además de presentar errores de muestreo, al no permitir la evaluación del hígado completo, y una tasa importante de variabilidad interobservador.

Evolución de los tratamientos

Estamos viviendo una época revolucionaria respecto a los nuevos tratamientos para la hepatitis C. Se ha pasado de un tratamiento de biterapia, compuesto de interferón más ribavirina, a nuevos tratamientos libres de interferón que presentan mayores tasas de curación del virus la hepatitis C.

Los tratamientos iniciales para la hepatitis C presentaban como fármaco único el interferón, al que más tarde se le añadió ribavirina (llamado también biterapia). El problema era que no todos los pacientes eran aptos para estos tratamientos, tenían mucha duración y bajas tasas de respuesta viral sostenida (RVS), inferiores al 50%, además de presentar efectos secundarios graves.

La aprobación en 2011 de boceprevir (Victrelis®) o telaprevir (Incivo®), antivirales directos de primera generación para el tratamiento de genotipo 1, constituyó todo un avance. Eran suministrados en combinación con interferón y ribavirina, por lo que comúnmente fueron denominados triple terapia. Estos tratamientos incrementaron la tasa de curación a aproximadamente un 70%, acortando la duración a 24 semanas, excepto en el caso de pacientes cirróticos, en los cuales era de 48 semanas. El mayor inconveniente de estos tratamientos es la presencia de efectos adversos graves, especialmente afectaciones dermatológicas y anemias importantes, que en muchos casos han ocasionado la necesidad de transfusiones sanguíneas.

La Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS) aprobó a lo largo de 2014 y principios de 2015 varios Antivirales de Acción Directa (ADD) de 2ª generación, para uso por vía oral, sin necesidad de interferón. Éstos son:

1. Olysio® (simeprevir)
2. Sovaldi® (sofosbuvir)
3. Daklinza® (daclatasvir)
4. Harvoni® (ledipasvir/sofosbuvir)
5. Viekirax® (ombitasvir/ paritaprevir/ ritonavir) y Exviera® (dasabuvir).

El año 2015 es transcendental para el tratamiento de los pacientes infectados por el virus de la hepatitis C, ya que estos nuevos medicamentos han significado una revolución terapéutica. Esto es debido al incremento de la tasa de RVS a más del 90%, incluso en algunos casos del 100%, aumentando la tolerabilidad de la terapia, disminuyendo los efectos adversos y permitiendo tratamientos mucho más cortos, de 8 y 12 semanas en la mayoría de los casos y 24 semanas en situaciones especiales. A esto habría que añadir su elevada actividad pangenotípica, es decir, eliminan el virus independientemente del genotipo del mismo y de la presencia de resistencias previas, así como de la edad, el sexo o la raza del paciente, sin tener en cuenta la respuesta previa y el estado del hígado.

Conclusiones

Actualmente el Ministerio de Sanidad Español permite tratar con estos fármacos a todos los pacientes con estadios de fibrosis significativa y avanzada, es decir, F2, F3 y F4. Por ello, vivimos una época muy fructífera, y sumando a este hecho la alta tasa de curación y los casi inexistentes efectos adversos, **hemos de hacer hincapié en la necesidad de realizar screening** a la población de riesgo **para la detección de casos ocultos** que posibilite su tratamiento **evitando futuras complicaciones** de la enfermedad.

La coinfección por VHC y VIH en Cataluña

Anna Esteve y Colin Campbell
Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya (CEEISCAT)

La coinfección por el VIH y el VHC es uno de los problemas clínicos más importantes para las personas que viven con el VIH: afecta hasta un tercio de las personas en seguimiento clínico, y es especialmente frecuente en las que adquirieron el VIH a través de la inyección de drogas.

Aunque hasta hace poco el tratamiento estándar con interferón pegilado y ribavirina sólo conseguía tasas de curación del virus C en un 40% de los pacientes con infección por VIH, con las nuevas terapias más eficaces y con menos efectos secundarios, eliminar el virus empieza a ser posible en la gran mayoría de los casos.

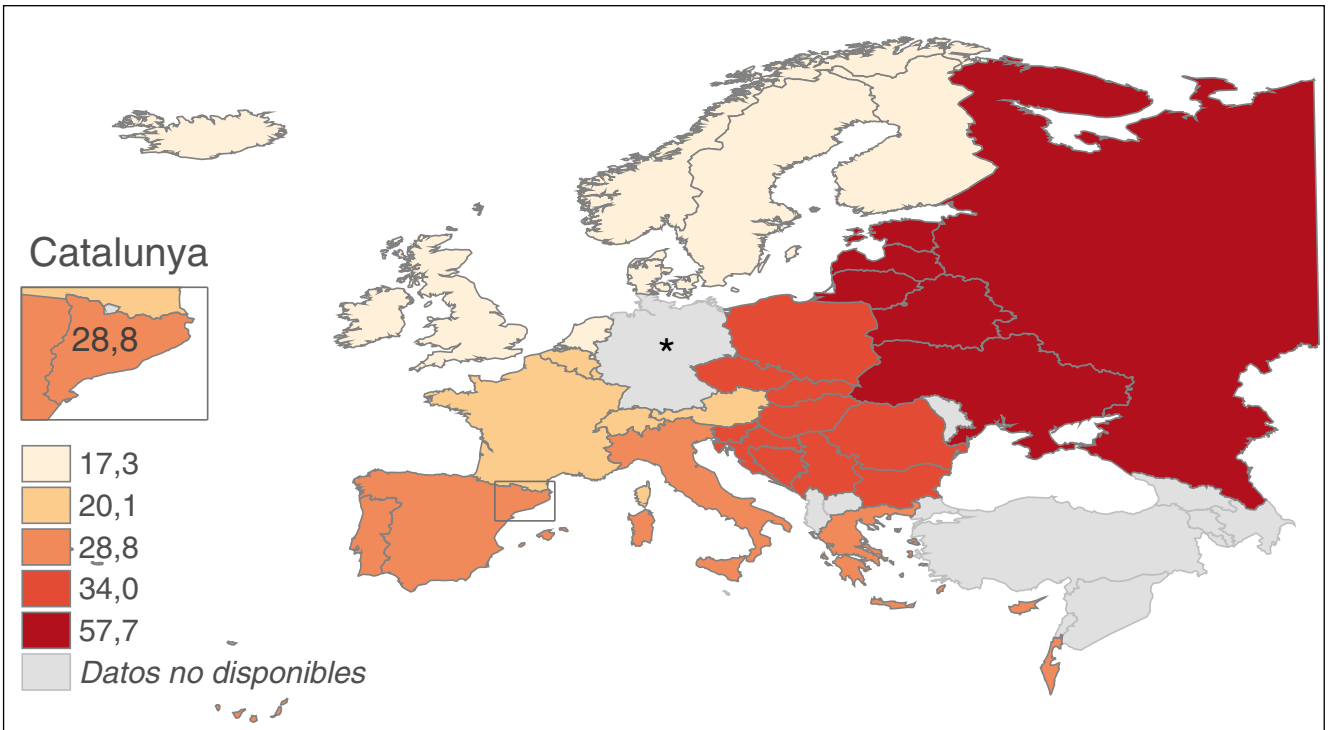
En este contexto conocer los recientes cambios en la epidemiología de la coinfección por VIH/VHC y estimar su magnitud será especialmente relevante para dar respuesta tanto a los actuales como a los futuros retos del sistema sanitario.

De acuerdo con los datos notificados recientemente (Peters et al. 2014), la prevalencia del VHC en personas con VIH en Europa es variable según las diferentes zonas geográficas.

En el este y sur de Europa, donde el VIH se adquiere más frecuentemente por el consumo de drogas inyectadas, la prevalencia fue del 58% y el 29%, respectivamente.

En el norte y oeste de Europa, donde la transmisión del VIH entre hombres que tienen sexo con hombres es la predominante, el 17% y el 20% de los pacientes positivos, respectivamente, presentan anticuerpos contra el VHC (figura 1).

En cuanto a la vía de transmisión en Cataluña, del total de personas con VIH y con anticuerpos contra el VHC, el 61% señalaban el consumo de drogas inyectables coma la vía de transmisión del VIH más probable, mientras que en un 19% la vía de transmisión eran las relaciones heterosexuales, y en un 13%, las homosexuales.



* Alemania dividida en 2 zonas de prevalencia, norte (17,3%) y sur (20,1%)
Adaptado de: *Soriano, V. et al. en The Journal of Infectious Diseases 2008, 198(9): 1337-1344.*

Figura 1. Prevalencia de la coinfección por VHC en personas viviendo con el VIH en Europa

Aunque el VHC se asocia principalmente con la transmisión sanguínea, en las personas que se inyectan drogas, la transmisión sexual especialmente entre los hombres que tienen sexo con hombres, ha crecido en importancia en los últimos años con la identificación de brotes de VHC en Europa, en los EEUU y Australia.

En Cataluña recientemente en el grupo de hombres que tienen sexo con hombres VIH positivos, también se ha incrementado la incidencia (casos nuevos) del VHC, de manera similar a lo que se ha notificado en otros países de Europa (Tural et al. 2014).

La infección por VHC en este colectivo está asociada con conductas sexuales de alto riesgo y al uso de diversas drogas recreativas relacionadas con ciertas prácticas sexuales (Fernández-Dávila et al. 2014).

El aumento de la incidencia de VHC es preocupante y apunta a la necesidad de asegurar que las estrategias de prevención de las infecciones de transmisión sexual en los hombres que tienen sexo con hombres contemplen el VHC.

En Cataluña se estima que a finales del año 2013 había unas 5.100 personas diagnosticadas con VIH y VHC crónica (CEEISCAT 2013). Tomando en cuenta las personas no diagnosticadas, habría un total de 7.400 personas coinfectadas por el VIH y el VHC crónico en Cataluña durante el año 2013. Del total 33.600 estimado de personas viviendo con el VIH en Cataluña, aproximadamente, un 22% tendrían VHC crónico y de estos el 69% estarían en seguimiento clínico con un diagnostico de coinfección por VIH y VHC.

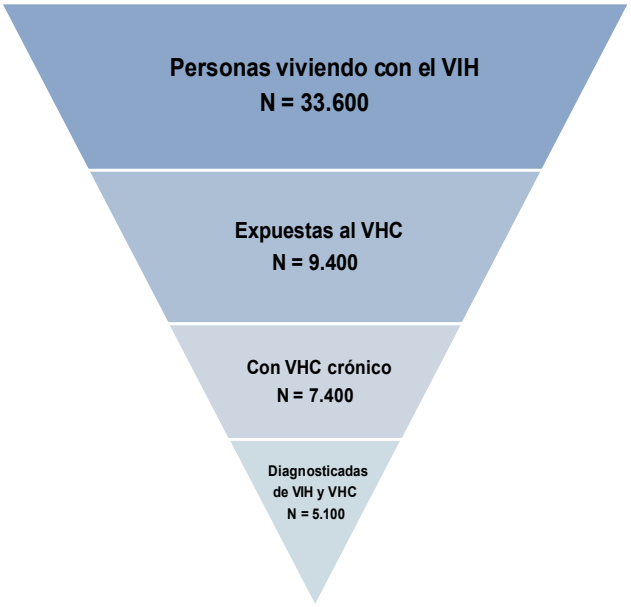


Figura 2. Estimación de las personas viviendo con la coinfección por VIH/VHC y diagnosticadas de VIH y VHC en Cataluña durante 2013

La progresión clínica de las personas con coinfección por el VIH y el VHC es más rápida que en los pacientes mono-infectados por el VHC. Por ejemplo, la progresión de la cirrosis es dos veces más rápida en personas con coinfección por el VIH/VHC.

En personas con cirrosis establecida, los riesgos de enfermedad hepática severa, incluyendo el carcinoma hepatocelular, también son más altos.

En nuestro contexto, la eficacia del tratamiento antiretroviral de gran actividad (TARGA) también ha hecho disminuir drásticamente la mortalidad en los pacientes infectados por el VIH, aunque el porcentaje relativo de muertes relacionadas con el VHC en los pacientes coinfectados por el VIH y el VHC todavía es del 25% (Gallois et al. 2013).

Conclusión

Los cambios recientes en la epidemiología y las vías de transmisión del VHC, junto con los nuevos agentes antivirales de acción directa de alta efectividad, evidencian la necesidad de reforzar los sistemas de vigilancia para identificar futuros cambios en la incidencia del VHC y el tratamiento que se ha de seguir en los pacientes con infección por el VIH y el VHC.

Bibliografía

Gallois A, Esteve A, Casabona J; the PISCIS Study Group. Life expectancy of HIV-positive individuals on ART in Catalonia and the Balearic islands. XI International AIDS Impact Conference XVI National Congress on AIDS, 2013 September 29 – October 2; Barcelona.

Peters L, Mocroft A, Lundgren J, Grint D, Kirk O, Rockstroh J. HIV and hepatitis C co-infection in Europe, Israel and Argentina: a EuroSIDA perspective. BMC Infectious Diseases. 2014;14 Suppl 6: S13.

Tural C, Esteve A, Campbell C, PISCIS Cohort Study Group. Changes in the Epidemiology of Hepatitis C virus co-infection in recent years in the PISCIS HIV Cohort, 1998-2012. HepHIV 2014 Conference, 5-7 oct. 2014; Barcelona.

Fernández-Dávila P, Folch C, Ferrer L, Soriano R, Diez M, Casabona J. Hepatitis C virus infection and its relation to certain sexual practices in men-who-have-sex-with-men in Spain: Results from the European MSM Internet Survey (EMIS). Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica 2014 Oct 30.

Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les ITS i Sida de Catalunya (CEEISCAT). Sistema Integrat de Vigilància Epidemiològica de la SIDA/VIH/ITS a Catalunya. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Agència de Salut Pública de Catalunya; 2013. 196 p. (Document tècnic; núm. 21).

Implicaciones del screening de la hepatitis C en la era de tratamientos antivirales más eficaces

Dra. Teresa Casanovas
Hepatóloga, Hospital Universitario de Bellvitge

La hepatitis crónica por el VHC, es una de las causas más habituales de enfermedad hepática en todo el mundo.

Afortunadamente, desde 2014, con la llegada de los nuevos antivirales de acción directa (AAD), la hepatitis C es curable en el 90% de casos. En el pasado, el tratamiento basado en interferón alfa se asociaba a efectos secundarios y la tasa de curación distaba de ser la deseable. Por lo que, por propia iniciativa o por consejo médico, algunos pacientes preferían esperar ya que se hallaban asintomáticos.

Además, en los pacientes descompensados o con enfermedades asociadas, el interferón estaba contraindicado. Pero hoy en día, con tratamiento eficaz, seguro y bien tolerado, con una duración de 12 a 24 semanas, no tiene sentido esperar, aunque como es sabido por el elevado coste de los tratamientos existe un problema de acceso a los mismos.

Establecer el grado de la fibrosis del hígado es muy importante para el manejo clínico de los pacientes.

Modelos de evaluación de la fibrosis hepática basados en la historia natural de la hepatitis crónica por VHC

La detección de la fibrosis en fases tempranas o intermedias mediante una ecografía abdominal convencional no es satisfactoria. La ecografía de rutina no detecta la fibrosis hepática en fase inicial. Ésta sólo permite distinguir la fibrosis hepática significativa en las hepatitis crónicas avanzadas, con o sin cirrosis, al observar una alteración en la eco-estructura hepática que se hace más heterogénea con el borde del hígado nodular, y en casos avanzados también objetiva la hipertensión portal.

Si se han de tomar decisiones en base al estadío de la fibrosis, el estudio con ultrasonidos no va a ser útil. La ecografía es útil para detectar tumores hepáticos y, si ya existe cirrosis, para recomendar que se ha de realizar una esófago-gastroscopia para el diagnóstico de varices esofágicas.

La cronicidad de la hepatitis conduce a que se acumule de forma crónica y progresiva tejido fibroso en el hígado que provoca la formación de nódulos y la desestructuración del tejido hepático normal (figura 1).

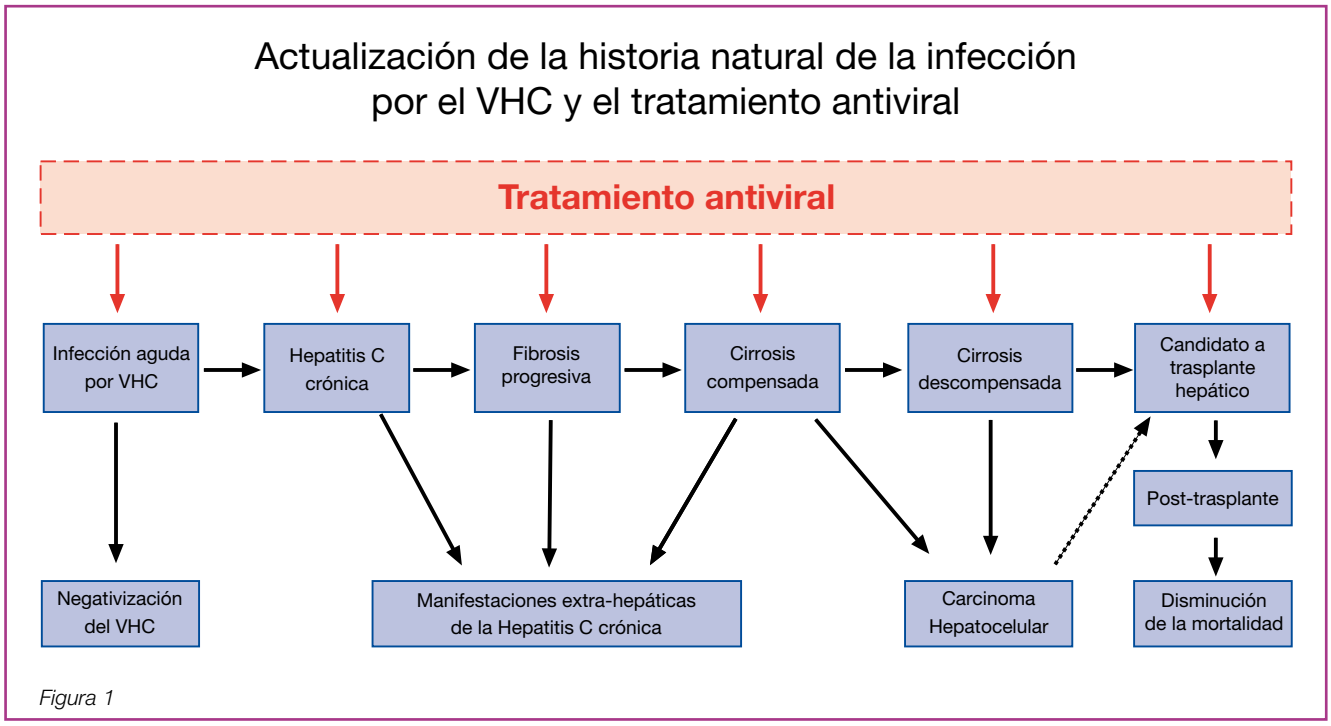


Figura 1

Para conocer la fibrosis hepática se precisa una prueba de imagen. Hasta hace pocos años, se debía realizar una biopsia hepática.

Actualmente, gracias al FibroScan® y al disponer de análisis de sangre seriados, la biopsia hepática no es obligatoria. Se indica sólo en casos concretos donde podría haber discordancias.

El FibroScan® es una técnica que está en expansión y además su desarrollo permitirá llegar a todos los grupos de pacientes (obesos, niños, etc). No obstante, en algunos centros no se dispone de FibroScan® o bien las listas de espera dificultan su práctica.

El método diagnóstico ideal para cuantificar la fibrosis debería ser fácil, barato, fiable y seguro. De momento no existe un método ideal. En los últimos años se han desarrollado modelos de fibrosis basados en las analíticas de rutina y que han sido validados para diagnosticar el avance de la fibrosis en la hepatitis por VHC.

Los índices de fibrosis han sido extensamente evaluados y permiten clasificar correctamente el 80% de pacientes con fibrosis avanzada.

Los índices pronósticos más simples y por ello más utilizados son los siguientes:

- Índice APRI (Alanine spartate transferase to Platelet Ratio Index): AST, ALT y plaquetas. (Valor > 1.5 o <0.5, correspondería a riesgo de complicaciones elevado o bajo respectivamente).
- Índice de Forns: plaquetas, GGT, colesterol y edad (valor >6.9 correspondería a fibrosis avanzada y < 4.2 a fibrosis leve)
- FIB-4: edad (años), AST, ALT y plaquetas. (Los valores de <2, de 2 a 4 y > de 4 corresponderían a riesgo de complicaciones bajo, medio o elevado respectivamente).

En los trabajos recientes se selecciona frecuentemente el FIB-4, como marcador de posible cirrosis sin necesidad de biopsia, puesto que según estudios previos este marcador es el que correlaciona mejor con la fibrosis en la biopsia hepática. Recientemente, en un análisis de cohorte de Cesida, publicado en Marzo de 2015, teniendo en cuenta que no se dispone de FibroScan® en todos los centros y para avanzar en el conocimiento sobre la capacidad de predecir complicaciones hepáticas, se estudiaron un total de 903 pacientes que tenían una biopsia hepática y una determinación de FIB-4, antes de iniciar el tratamiento anti-VHC y se comparó la capacidad para pronosticar.

Los autores del estudio aportan una información valiosa y favorable sobre el uso del FIB-4, ya que mientras la biopsia hepática evalúa la estructura hepática, el FIB-4 incorpora parámetros como las plaquetas vinculadas a la hipertensión portal y la cifra de transaminasas en relación con la inflamación del hígado.

Descubrir los casos de hepatitis VHC "ocultos"

Este artículo quiere llamar la atención, sobre la importancia de detectar aquellos casos "ocultos" en los que el propio paciente no sabe que es portador del VHC. Dado que la hepatitis por el VHC es en general asintomática hasta que aparece la descompensación hepática, es urgente identificar el máximo número de personas que aún no presentan síntomas, con el objetivo de informarles y administrarles tratamiento antes de que su hepatopatía progrese (figura 2).

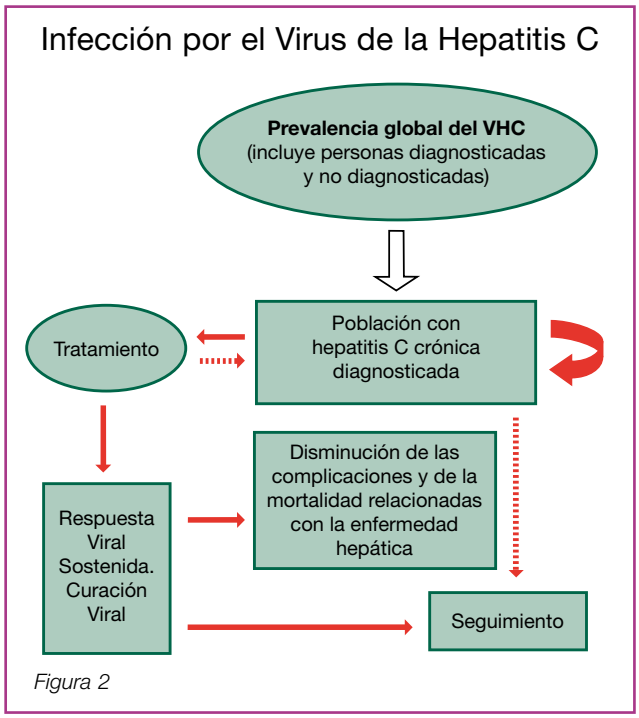


Figura 2

Si estas personas se pudiesen diagnosticar correctamente de una manera sencilla y barata posiblemente se podrían curar, con lo cual mejoraría su perspectiva de futuro en relación a su salud y a su calidad de vida. Además se reducirían los costes asistenciales. Diversos estudios confirman que los pacientes con cirrosis, con descompensación, requieren más consultas, visitas a urgencias y hospitalizaciones, todo ello repercute en los costes del sistema sanitario y en los suyos propios y de su familia.

Algunos estudios, realizados en los años 90, ya preveían el importante aumento de los diagnósticos de hepatocarcinoma, cirrosis descompensada y necesidades de trasplante hepático que se vislumbran para la década 2020-2030, como el publicado por G Davis en Gastroenterology 2010.

El reto de descubrir los casos "ocultos", siempre se ha basado en realizar la detección de los anticuer-

pos anti-VHC en las personas con antecedentes de riesgo, antecedentes que se conocen por la historia clínica o porque el propio paciente lo refiere (aunque no siempre es así). Actualmente, además de los riesgos conocidos como haber recibido transfusión antes de 1990, ser hijo de madre portadora, haber recibido hemodiálisis, tener antecedentes de drogas endovenosas, etc, en España se ha documentado que el 70-80% de las personas diagnosticadas hasta ahora nacieron entre 1950-1980 y a este grupo de edad se debería recomendar realizarse la prueba de detección de anticuerpos anti-VHC, tal como hicieron en 2012, los CDC (Centers for Disease Control and Prevention) de Estados Unidos, recomendando screening para las personas nacidas entre 1945 y 1965 (baby boomers).

Esta prueba analítica se podría añadir a las que solicita el médico de familia, sólo hace falta realizarla una vez, y en caso de resultado positivo se debería remitir a esta persona al especialista para su evaluación y confirmar si se es portador/a del virus activo y si tiene ya indicación de tratamiento (figura 3).

En conclusión, **facilitar el acceso al tratamiento curativo se debería incluir en la lista de las medidas preventivas para disminuir la transmisión de la hepatitis por VHC.**

El cribado amplio del VHC en poblaciones permitiría información e intervención precoces, pues ya se ha demostrado que es insuficiente hacer screening sólo a los llamados "grupos de riesgo". La detección precoz permitiría intervenciones y tratamiento para prevenir la cirrosis y sus complicaciones y evitar la mortalidad precoz.

Pero existen voces pesimistas que opinan que la detección de una infección potencialmente grave en un individuo asintomático, podría generar en éste un estado de angustia difícil de asimilar. Por otra parte, en la mayoría de países no existe una infraestructura coordinada para hacer frente al elevado número de pacientes que podrían ser diagnosticados "de nuevo" y que precisarán atención y visitas especializadas. Está claro que se van a necesitar más hepatólogos para el seguimiento de los pacientes con cirrosis o pre-cirrosis. No sería práctico ni útil, involucrar a médicos de familia o bien a especialistas de otros campos en el manejo de pacientes con enfermedad hepática y en la toma de decisiones terapéuticas.

La hepatitis C como enfermedad infecciosa curable, podría ser erradicada, no obstante, este objetivo en este momento no es realista. En consecuencia, se deben diseñar planes asistenciales bien coordinados para atender a los pacientes con enfermedad hepática según su gravedad. Asimismo, es necesario crear sistemas organizados de control para que los pacientes que todavía no se van a tratar no pierdan su oportunidad.

Por todo lo expuesto, las asociaciones médicas implicadas y las asociaciones de pacientes hace tiempo que manifiestan la necesidad de establecer programas para la detección, seguimiento y tratamiento de las hepatitis crónicas virales y que se haga la planificación necesaria. También insisten en la falta de dotación para hacer frente a esta situación.

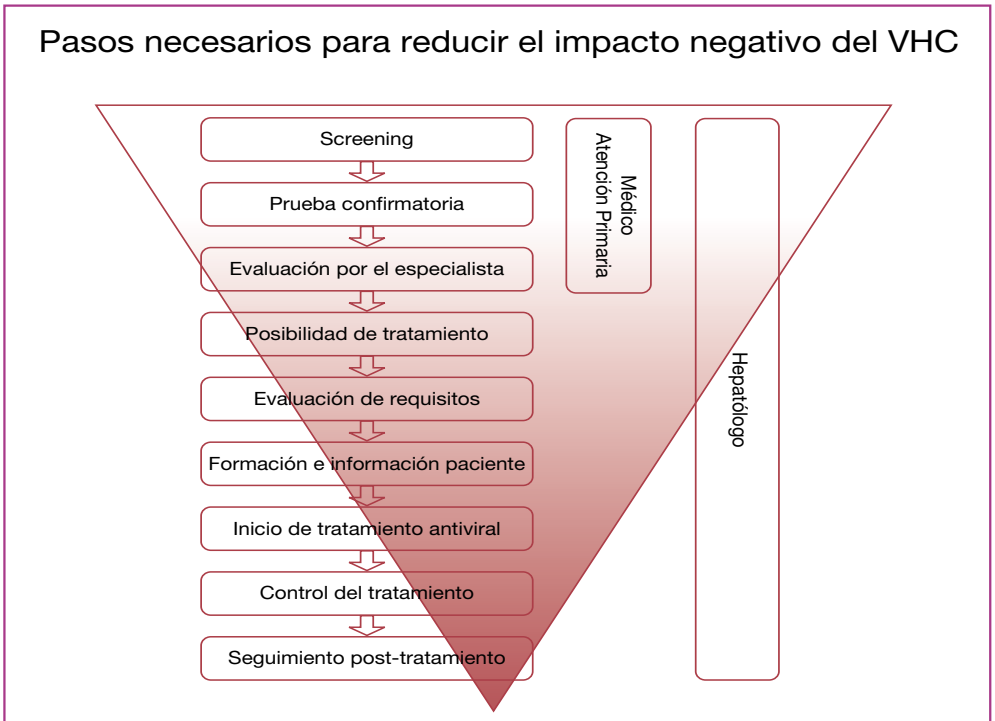


Figura 3. Adaptada de G Lutchman y WR Kim , Hepatology 2015;61:1455.

El impacto Social de la Hepatitis C

Prof. Rui Tato Marinho
Hepatólogo del Hospital de Santa Maria (Lisboa)

La hepatitis C es una enfermedad de distribución mundial que afecta a alrededor del 3% de la población. Es un problema de salud pública ya que afecta entre 170 a 200 millones de personas. El virus de la hepatitis C (VHC) es un virus oncogénico según la clasificación de la Organización Mundial de la Salud.

La hepatitis C afecta a la persona infectada a nivel físico, mental, familiar y social.

El impacto social de la hepatitis C es un tema multifactorial pero se puede centrar en las cuestiones del estigma y discriminación. Como comento más adelante, ello se relaciona con la alta prevalencia de la infección en las personas privadas de libertad y en la vulnerabilidad por la falta de vivienda y/o falta de trabajo. También influye en la productividad, ya que la hepatitis C es más prevalente en las personas de alrededor de cincuenta años, una de las etapas más productivas de la vida, cuando las personas están trabajando y además tienen hijos y padres a quienes cuidar y ayudar.

La hepatitis C puede afectar psicológicamente al paciente de manera importante. Algunos estudios muestran que descubrir que se está infectado por el VHC tiene el mismo impacto psicológico que conocer que se tiene cáncer, VIH o cuando se vive la muerte de alguien muy cercano. Estar infectado con el virus de la hepatitis C es con frecuencia una experiencia traumática y está fuertemente asociada con el llamado trastorno de estrés postraumático. Ansiedad, depresión, fatiga, son sintomas que se pueden ver con frecuencia en pacientes con VHC. La calidad de vida también se altera y de manera más importante si la enfermedad hepática está avanzada.

Con el fin de reducir los efectos psicológicos negativos, éstos se han de tener en cuenta a la hora de comunicar un diagnóstico de hepatitis C crónica. Es muy importante la actitud del médico cuando comunica a un paciente que está infectado por el VHC. La clave es informar, conversar, saber guardar silencio y escuchar. Es importante transmitir la gran posibilidad de curación pero también preparar para la posible no curación, pero ¡dando siempre, siempre esperanza! Transmitir psicológicamente en positivo, aconsejar que se apoyen en la familia, los amigos (algunos), alimentarse bien, practicar deporte, frecuentar espacios abiertos y verdes, escuchar música, viajar, cultivarse culturalmente, dormir bien, hacer vida social, etc.

La comunicación no verbal es a menudo más importante que la comunicación verbal. Hay algunas reglas para la comunicación: 1. Privacidad, evitar barreras físicas y buscar un lugar tranquilo. 2. Llamar a las personas por su nombre. 3. Sentarse a 2-3 metros de distancia y estar tranquilo. 4. Invitar a la familia. 5. Apagar el teléfono móvil, sin ordenador. 6. Mantener el contacto visual 50-60% del tiempo en un mismo nivel. 7. Guardar silencio, dar tiempo a que el paciente hable y preguntar. 8. Repetir palabras y no abusar de términos técnicos 9. Sonreír, nunca mentir, ser honesto. 10. Para cumplir con estas reglas se necesitan entre 18-30 minutos.

La infección por el VHC es un grave problema, especialmente en algunas poblaciones, como en las personas privadas de libertad y en las personas sin hogar. La prevalencia del VHC entre los primeros es de aproximadamente 30 a 40% (rango: 2-58%). Alrededor de 100 millones de personas en todo el mundo están sin hogar. La prevalencia del VHC entre estas personas es del 3,9% al 36,2%. Debido a la heterogeneidad en las estimaciones de prevalencia de la tuberculosis, el virus de la hepatitis C y el VIH se sugiere que es necesario realizar estudios epidemiológicos locales. Desde 2012, las directrices del NICE (National Institute for Health and Care Excellence) recomiendan cribaje en las personas privadas de libertad y en las personas sin hogar para la tuberculosis, el VHC y el VIH (infecciones crónicas tratables) de forma simultánea.

Por otro lado, la crisis económica puede contribuir al desempleo, a la pérdida de vivienda y dificultades de alojamiento, a la pobreza y al aislamiento social. Las consecuencias para la salud son físicas, mentales y sociales. Aumenta el consumo de tóxicos: alcohol, tabaco y drogas. También se acompaña de frustración, agresión, comportamiento antisocial, depresión mayor, menor uso de la asistencia sanitaria, etc. Estas circunstancias agravan el pronóstico y el día a día de los pacientes y su entorno.

Es conocido que muchas personas que viven con el virus de la hepatitis C sufren estigma. A veces es tan intenso que tiene consecuencias graves. La causa principal del estigma es la falta de información en referencia

a las vías de transmisión y en el hecho de que tener VHC se relaciona el consumo de drogas y/o alcohol u otros comportamientos socialmente inaceptados.

En el mundo real la cuestión del estigma y la discriminación social se concretan a nivel de auto-estigma, familia, lugar de trabajo e incluso en los profesionales de los centros de salud. Debemos tener en cuenta la confidencialidad y aplicarla firmemente con el fin de proteger a la persona.

El estigma afecta negativamente a la salud mental y a la vida social de los pacientes, y conduce incluso a dificultades en recibir o aceptar el tratamiento. En diferentes estudios se informa que entre el 35% y el 85% de los pacientes con el VHC experimentan estigma.

La sociedad, los profesionales de la salud, la administración sanitaria y los mismos afectados han de tener en cuenta que actualmente el "drama" de estar infectado y el estigma asociado a la hepatitis C se puede revertir con información y ante la alta posibilidad de curación que supone la eliminación total y definitiva del virus.

La enfermedad hepática es compleja, con múltiples formas clínicas: hepatitis aguda, hepatitis crónica, cirrosis, cirrosis descompensada, cáncer de hígado, trasplante de hígado, cuidados paliativos, etc.

Las autoridades se han dado cuenta que deben implementar planes coordinados para hacer frente a la infección por el VHC, con el fin de reducir el impacto y curar definitivamente la enfermedad. Planes que al igual que en otras enfermedades crónicas como diabetes, insuficiencia cardíaca, etc, puedan controlar y revertir la situación. **Los beneficios de la curación son enormes** a varios niveles: físico, mental, social y clínico. Por los resultados actuales ya se sabe que son evidentes a corto plazo.

Nuestra mayor preocupación es la cirrosis hepática. En efecto, el 30-40% de las personas con VHC llegan a esta etapa de la enfermedad y alrededor del 10 al 40% de éstas tienen alto riesgo de desarrollar en diez años un tumor hepático. Debemos evitar esta evolución. Ahora, hay una posibilidad de curación real para muchas personas, con las nuevas generaciones de medicamentos.

No deberíamos esperar para tratar a pacientes con cirrosis o pre-cirrosis, ya que por ejemplo las personas con cirrosis que respondieron al tratamiento tienen un menor riesgo de evolución a carcinoma hepatocelular, en contraposición a aquellas que no respondieron.

En 2015, tenemos ya la oportunidad de CURAR DEFINITIVAMENTE a las personas que no tienen cirrosis y reducir considerablemente la evolución negativa de las personas con fibrosis avanzada eliminando el virus de la hepatitis C de su organismo.

Por tanto,
¡Sigamos trabajando para ello!

Beneficios de la Curación de la Hepatitis C

RNA VHC negativo (carga viral)	Mejoría en la ecografía	Disminución valores elastografía (FibroScan®)	Reducción riesgo descompensación hepática	Reducción riesgo de progresión a cirrosis
Reducción del riesgo de aparición CHC	Desaparición de las varices esofágicas	Curación de enfermedades asociadas al VHC	Desaparición del riesgo de transmisión materno-fetal	Desaparición del riesgo de transmisión sexual
Mejoría en la calidad de vida	Reversión de la cirrosis en algunos casos	Reducción del impacto psicológico	Reducción del estigma personal, familiar y social	Normalización transaminasas y GGT
Reducción riesgo muerte por enfermedad hepática	Desaparición riesgo recidiva post-trasplante	Tratamiento coste-efectivo	Beneficio para la Salud Pública	Curación de la Hepatitis C

Adaptación de Marinho RT & Barreira DP. World J Gastroenterol 2013;19(40):6703–6709.

Experiencias en primera persona

FUI INFECTADA EL DÍA DEL NACIMIENTO DE MI HIJA

Mi nombre es Isolde y nací en Alemania. A principios de los años 80, la universidad me "catapultó" a España y decidí quedarme.

Fui infectada el día del nacimiento de mi hija. Por ser Rh-negativo, recibí una inyección de suero que contiene anti-cuerpos para prevenir posibles complicaciones en un segundo embarazo.

En esos tiempos, España aún no disponía de bancos de sangre, por lo cual tuvieron que importar la sangre desde EEUU. Allí los inmigrantes de cualquier rincón del mundo vendían su sangre a cambio de 4 dólares y un bocadillo. La inyección procedía de esta fuente.

La existencia del VHC era una incógnita hasta 1989 y la sangre fue distribuida en todo el planeta. Era un gran negocio y al mismo tiempo una maldición para millones de personas que se infectaron a través de transfusiones y material mal esterilizado.

Ocho años después de la infección me detectaron el VHC, virus que había elegido mi hígado como sede residencial; pero, y aquí se complica la historia, a nadie le preocupaba este intruso; no daba síntomas particulares aunque sí una elevación de las transaminasas. Estaba allí, quieto, rodeándose de un silencio misterioso.

Salió el tratamiento con interferón y ribavirina. Mi médico de cabecera me desaconsejaba este tratamiento alegando el bajo nivel de transaminasas y su poca eficacia sobre todo en casos de genotipo 4, como es el mío.

Al no tener ningún síntoma físico, mi médico no le daba ninguna importancia. Jamás me habló de las posibles consecuencias nefastas del VHC aunque en los primeros años del 2000 ya se conocía el poder destructivo del virus.

El hígado es responsable de eliminar de la sangre las toxinas que pueden obstaculizar las funciones del corazón, del sistema nervioso, del sistema digestivo y del sistema circulatorio. El mal funcionamiento del hígado puede provocar ira, tensión nerviosa, alteraciones del estado de ánimo, depresión, problemas de la piel, problemas de la vesícula, trastornos con la menstruación y menopausia, candidiasis.

Cuando dije a mi médico de cabecera que a veces tenía arritmia cardíaca o hemorragias nasales, que tenía fácilmente hematomas y mi flaca barriga a veces se convertía en una barriguita más rechoncha, le restaba importancia diciendo que todo esto tenía algo que ver con los cambios hormonales que anunciaban la menopausia dejándome en una **absoluta desinformación.**

Por lo tanto, no me planteé nunca que podría tener un virus mortífero que, de hecho, ya había empezado su labor virulenta atacando no solamente mi hígado sino también interfiriendo en mis procesos mentales. De esta manera el VHC se aseguraba de poder hacer su trabajo de forma lenta y progresiva sin llamar la atención.

Mi mente estaba desenfocada y la realidad de que yo estaba enferma no existía. Y a pesar de que mi cuerpo ya había entrado en una lucha desigual contra el virus, la ignorancia dominaba el campo de batalla y los tóxicos me envenenaban más y más.

Una fatiga crónica se instaló en mi vida como huésped de larga estancia; la mente intoxicada me llevó a tomar decisiones confusas por no decir locas; la barriga y las piernas hinchadas se convirtieron en algo "normal"; la digestión todavía estaba bastante bien, pero la flatulencia se había asentado en los intestinos; el sangrado nasal oscilaba entre presencia y ausencia. Todo mi cuerpo estaba cambiando hasta que se manifestó la primera descompensación hepática severa.

Medio año antes de la erupción hepática, fui en marzo del año 2012 a urgencias en el hospital de Sant Joan en Reus. Me dijeron que tenía gases y me recetaron pastillas. Un mes más tarde me sentía peor y fui por segunda vez a urgencias. Mi barriga iba en aumento y el malestar general aumentaba cada día más. Esta vez me dijeron que hiciera una dieta sin grasas suponiendo que comía mucho jamón, lo cual yo negaba.

Soy vegetariana desde hace más de 15 años y empecé a cuidar mi dieta cuando me diagnosticaron la hepatitis C, es decir desde hace más de 25 años no comía nada de grasa, nada de productos refinados, nada de fritos o productos lácteos como la mantequilla o leche, nada de café o alimentos procesados. Todo orgánico. Nada de alcohol o tabaco.

Al ir la ascitis en aumento, el diafragma ya no tenía espacio para moverse libremente y la respiración se había hecho más superficial. Esto a su vez afectó el corazón que latía con menos fuerza. Tenía la presión sanguínea baja y la digestión hecha un desastre. Teniendo en cuenta que los intestinos son nuestro "tercer cerebro" (el primero es el corazón seguido por "la masa gris"), no es de extrañar que me sintiera cansada tanto físicamente como mentalmente, lo cual está intrínsecamente ligado.

A finales de abril del mismo año, la barriga se había hinchado tanto que parecía una embarazada con piernas de elefante y a punto de dar luz a trillizos. Esta vez fui a urgencias en Tarragona. Me hicieron pruebas durante toda la noche. Por la mañana me recomendaron ingresar en el hospital de Sant Joan en Reus por tener un hígado descompensado que presentaba un cuadro cirrótico. No entendía NADA. Me costó aceptar que tenía un virus que iba por mí y que se había replicado inundándome con sus millones de clones.

Aproveché la semana en el hospital para crear más claridad acerca de la situación. Dormía mucho, comía poco, seguía con mis prácticas de Mindfulness, meditaba y hacía alguna práctica de Yoga. Todos mis amigos y mi familia me apoyaron.

Conecté por primera vez con la muerte que se me presentó como la otra cara de la vida. Veía la muerte y la vida cogidas de la mano. Tod@s los que vivimos también morimos. Es un hecho inevitable del cual, curiosamente, a nadie le gusta hablar (al menos aquí en occidente). La muerte parece tener tanto estigma como la Hepatitis C. Hay una diferencia "vital" entre morirse con morfina en las venas o en plena consciencia, y sería bueno replantearse el tema con apertura y coraje. Los médicos en Reus no solucionaron nada y me dejaron en la tan conocida desinformación. Solamente me repetían una u otra vez: toma diuréticos y nada de sal.

Empecé a buscar en Internet, y descubrí la Dieta del Dr. Gerson que me ayudó en sentirme mejor. La ascitis disminuyó. También me ayudaron la terapia con oxígeno e inyecciones de vitaminas del complejo B, Vitamina K y minerales. Tomé suplementos como potasio, Pancreatina, Vitamina C en altas dosis, Moringa, Coenzima Q10, Omega 3 y 6, Cardo Mariano y Chlorella. De hecho, sigo con 2 zumos a diario y algunos de los suplementos de la dieta Gerson.

Pero un virus es un virus. Eliminar un virus con una dieta es imposible. Pero insisto: una buena dieta es fundamental para la regeneración celular. Es un gran apoyo para el hígado y mitiga los efectos de la intoxicación.

Acabo de unos meses, la ascitis y los edemas volvieron. Los líquidos se convirtieron en un Dragón Kan: ascitis arriba, ascitis abajo hasta que mi hija me advirtió que la embarazada era ella, y no yo, e insistió en que buscara ayuda.

Haciendo surfing en Internet encontré la ASSCAT (Associació Catalana de Malalts d'Hepatitis) y quedé con Pedro. Hablar con él fue un descanso inmediato: una persona que escucha, informa, demuestra calor humano y actúa con ambos pies en la tierra. **Era la primera vez que podía compartir la enfermedad con alguien que la conocía.** Gracias a él me puse en contacto con la Dra. Teresa que me respondió enseguida. Aún no era consciente que había encontrado mucho más que una doctora: ¡Había encontrado un ángel que ahora me está salvando la vida! A mí y a muchos más. Gracias a su perseverancia y su arduo trabajo, Teresa logró que tuviese la medicación. ¡¡¡¡¡GRACIAS TERESA, GRACIAS PEDRO!!!!!

Ahora estoy tomando sofosbuvir y daclatasvir. La primera analítica después de 1 mes de tratamiento muestra una gran mejora en el cuadro sanguíneo y en la carga viral.

Siempre recordaré la primera noche después de haberme tomado las primeras dos pastillas: era como si me hubiese tomado un relajante muscular. Y no solamente muscular, sino también mental y emocional. Me sentía tan relajada y tranquila que me vinieron solamente imágenes de los momentos más felices de mi vida. Era como si saliera de una pesadilla entrando en la luz del Sol. Efecto placebo, me dijeron. No, efecto real, digo yo.

Sigo el proceso interno del tratamiento a diario. Y sigo dándome cuenta de la magnitud de los efectos de un virus que demuestra ser un virus con un diseño altamente inteligente que trabaja en silencio como una hormiguita: lento, constante y progresivo alargando su propia existencia al máximo y acortando la nuestra hasta que todo el cuerpo colapsa ante tanta constancia.

Rezo con toda mi alma para que **tod@s** tengan acceso a los nuevos anti-virales. Pido a la industria farmacéutica que ponga su trabajo científico al servicio de la Humanidad. Que cambien su actitud de priorizar los beneficios económicos por la postura de dar lo mejor de sí para el beneficio de las personas.

Exijo a los gobiernos que actúen con más solidaridad y compromiso con las personas, que demuestren más coraje en sus negociaciones con las farmacéuticas y que empiecen a prevenir estas situaciones con actuaciones más rápidas y conscientes. Les pido a todos los médicos que cumplan con su deber de luchar por la salud de sus pacientes con todo su esfuerzo personal.

Hay mucho por hacer para que el VHC sea erradicado. La extensión mundial de la hepatitis C se estima entre 170 a 240 millones de personas y se puede hablar de una pandemia. Si los anti-virales no llegan a **todos los infectados sin los criterios limitantes y macabros de los Fs (F1-F4)** no se logrará revertir la situación aunque la eficacia de los fármacos sea elevada.

Quien no antepone el derecho a la vida al dinero, comete un crimen contra la Humanidad. Para que el juramento de los médicos no se convierta en una farsa hipócrita, todos los médicos tienen que actuar según su código ético. Si la ética se está convirtiendo en un atavismo y la dignidad en un objeto olvidado en los anticuarios, ¿hacia dónde va la Humanidad?

Y mientras tanto, el virus de la Hepatitis C se sigue transmitiendo y sigue matando.

Pero mantengo la fe inquebrantable que algún día la Humanidad eleve su consciencia abandonando el concepto de tanto tienes, tanto vales, y si te quito todo y me quedo con lo tuyo, tú ya no vales nada, y por lo tanto, me olvido de ti.

Por último decir que:
¡La salud es la base de nuestra existencia!
El cuerpo es nuestro templo.

Y si es cierto que “mens sana en corpore sano”, la balanza ha empezado a inclinarse peligrosamente hacia un lado levantando la sospecha de que pocos cuerpos realmente disfrutan de salud. Un reto de la Humanidad consiste en recuperar la salud plena para poder vivir una vida consciente y feliz.

¡Salud - os para tod@s de todo corazón!

Isolde
Reus, abril de 2015

VERANO DE 1989 - PRIMAVERA DE 2015

Mi vida CON HEPATITIS C comenzó, sin yo saberlo, en el verano de 1989. Entonces yo vivía en Suiza y esperaba mi primer hijo. Mi marido y yo estábamos muy ilusionados con la llegada del bebé, pero yo me sentía cada vez más cansada y sufría un picor generalizado por todo el cuerpo; ambas circunstancias hacían este embarazo cada vez más insoportable.

Tanto los médicos como mis familiares y mis amigas me decían que todo era normal, pero yo tenía la sensación de que se me iba la vida. A este malestar se añadía la sensación de sentirme diferente a las demás mujeres por no ser capaz de estar embarazada y hacer una vida normal.

El ginecólogo me decía que como yo era muy bajita, mi bebé me comprimía el hígado y no lo dejaba trabajar con normalidad. No sé de dónde saqué las fuerzas para trabajar hasta los 8 meses de mi embarazo; creo que fueron el orgullo y la ilusión por la llegada del bebé.

Tres meses después de dar a luz, yo seguía igual, así que volví al médico y me derivó a un especialista de digestivo. En ese momento me diagnosticaron la Hepatitis C, sin saber cuándo ni dónde ni cómo se produjo la infección y habiendo llevado siempre una vida sana.

Este especialista me diagnosticó la Hepatitis C solamente por los síntomas que yo tenía. Y me dijo que él en unos días se marchaba por trabajo y que antes me llamarían para confirmar mi infección mediante análisis.

Quedé a la espera de esta llamada, pero en mi cabeza no paraba de angustiarme la idea de que mi bebé pudiese también estar infectado, ya que cuando le pregunté al doctor me dijo que podría haber sucedido.

Pasé todos los días pendiente del teléfono en espera de la llamada para realizar mis análisis. Como la llamada no se producía, dos días antes de su partida, le llamé yo. Me dijo que mi problema no era tan urgente y no tenía tiempo de ocuparse de eso, pero como se trataba de mi salud le respondí que si no tenia tiempo buscaría a otro médico que sí lo tuviera. Él me respondió que ahora debía reflexionar sobre mis decisiones ya que tenia que pensar en mi hijo, pero esa era precisamente la razón por la que no podía esperar, así que acudí a otro especialista y me hicieron las pruebas, confirmando el diagnóstico. También me confirmaron que, afortunadamente, mi hijo no padecía la enfermedad, lo cual me supuso un inmenso alivio.

Me dijeron que la Hepatitis C podía ser mortal, y que en un intervalo de 10-15 años tendría una cirrosis y/o cáncer de hígado. Al oír eso quedé en shock, no quise preguntar más ya que lo veía todo muy lejano. Poco a poco me estabilicé y seguía los controles cada 6/9 meses.

En el año 1995 sufrí una importante elevación de las transaminasas y me derivaron al centro de investigación sobre la hepatitis de Lausanne. Los médicos insistían en la gravedad de mi situación, sin embargo, yo me encontraba bien y no creía lo que me decían. Finalmente asumí que debía tratarme. Mi primer tratamiento fue con interferón y fue suspendido a los 3 meses por falta de respuesta. Continué con mi vida, sin preocuparme más, pensando que cuando la enfermedad se agravase, sería la primera en saberlo.

En el año 1998 regresé a España y desde entonces me lleva el servicio de digestivo de mi hospital de referencia. Fue en el 2004 cuando me dieron el segundo tratamiento con interferón pegilado y ribavirina, suspendido debido a los graves efectos secundarios.

A partir de ahí, empecé a interesarme más por mi Hepatitis C, y acepté que si no aparecía un tratamiento libre de interferón mi vida acabaría a causa del VHC.
En el año 2011 empecé a oír hablar de nuevos medicamentos que llegarían en dos o tres años, y mi esperanza y mi determinación eran que solo debía resistir un poco más para curarme.

En el verano del 2013 mi médico me anunció que estaba en un estadio pre-cirrótico, lo cual fue un jarro de agua fría. Busqué ayuda por todos lados y finalmente la encontré en ASSCAT. Encontrar personas que tenían y vivían mi misma enfermedad fue un enorme alivio en esos momentos de angustia. Por fin, tenía alguien con quien hablar, con quien compartir, con quien desahogarme, tener quien me oriente… lo fueron todo para mí.

A finales del 2014 me encontraba cada vez más cansada, llegando a pasar 15 días sin apenas dormir y notaba que todo se descontrolaba e incluso perdía la cabeza. Pedí ayuda a mi médico pero se encontraba desbordado y no me podía adelantar la cita que tenía con él. Decidí entonces coger la baja pues me consideraba un peligro para mí y sobre todo para los demás.

Fue en este período cuando comenzamos la lucha por conseguir los medicamentos, que en esos momentos ya estaban autorizados en España, aunque llegaban a las personas que los necesitaban de manera extremadamente restrictiva.

En Galicia, un pequeño grupo de enfermos nos unimos para formar una plataforma con el objetivo de conseguir el acceso a los medicamentos que nos recetaban nuestros médicos, y que éstos nos fueran dispensados en las farmacias hospitalarias sin más requisitos.

En diciembre de ese mismo año, fui visitada por otro médico diferente al mío, que me diagnosticó una cirrosis descompensada Child-Pugh A6 y encefalopatía grado 1.

Me recetaron el tratamiento el 16 de febrero de este año y 8 semanas después me seguían diciendo que aún no había respuesta de la subcomisión responsable de su autorización. Me embargaban un cúmulo de sentimientos, todos negativos: miedo, rabia, angustia, sensación de injusticia, indignación… Sentía que estas personas nos ninguneaban y que se creían dioses al jugar con nuestras vidas.

Sentía que debía moverme para salvar mi vida. Me armé de valor y me presenté delante de la puerta de la consulta de mi médico y le exigí que, como responsable de mi salud, se interesase para saber el estado de mi solicitud y que hiciera algo, ya que yo más no podía hacer. Fue una situación muy tensa y violenta, pero que dio sus frutos ya que unos días después recibí la noticia de que mi tratamiento estaba aceptado.

Fue un momento de gran alegría y satisfacción ya que luché mucho, junto con otros compañeros, por esos medicamentos. Además, tener la medicación que tanto necesitaba me ha proporcionado un gran cambio de mentalidad. Por primera vez en muchísimo tiempo siento que tengo perspectivas de futuro y soy capaz de hacer proyectos con mis seres queridos.

Ya llevo 5 semanas de tratamiento, y aunque espero que mi cirrosis mejore, soy consciente de que no voy a sanar completamente, pero ahora siento que tengo tiempo, tengo futuro y tendré vida SIN HEPATITIS C.

Teresa Regueira
Moaña, abril de 2014

La terapia Gestalt como vía de autoconocimiento

Anna Oria Echevarría
Terapeuta Gestalt y Psicocorporal Integrativa

El término enfermedad proviene del latín *infirmitas,* que significa literalmente «falto de firmeza». Ante cualquier enfermedad o ausencia de salud plena, el ser humano experimenta un torbellino de emociones provocando que éste se sienta especialmente vulnerable, y aún se complica más cuando vive ante la incertidumbre de saber si corre o no peligro su vida.

La terapia Gestalt, dentro de la corriente psicológica humanista, busca a través del momento presente **"aquí y ahora",** la **toma de consciencia,** es decir, cuando me doy cuenta de lo que me está pasando y la **autoresponsabilidad,** siguiendo la premisa que aquello que pienso, siento y digo me pertenece.

Acompañar a la persona en su proceso para que pueda escucharse y atenderse es la apasionante tarea del terapeuta.

Si yo no sé qué es lo que quiero o necesito, así como tampoco lo qué siento, difícilmente podré hacer nada nuevo para cambiar la situación que estoy viviendo.

A pesar del ruido externo del día a día: con lo qué debo hacer, lo que está bien que haga, lo que creo que los demás esperan y opinan de mí…, el hecho de poder atender una emoción, una necesidad, la escucha propia, hace que yo pueda vivir con mayor plenitud y consciencia mi vida y me permita relacionarme con los demás y conmigo mismo desde un plano mucho más auténtico y respetuoso.

Conocer y reconocer mis emociones y mis necesidades, es esencial, tal como se nos enseña desde la Grecia clásica con la máxima del "Conócete a ti mismo".

Sin dejar de obviar la importancia de observar los tres aspectos de nuestro ser de igual manera; nuestros pensamientos, sentimientos y movimientos espontáneos , ya que ellos nos conducen sin contemplación alguna hacia aquello que necesito atender en cada momento y el equilibrio se encuentra en que todos ellos estén en armonía, sin dejar ninguno fuera de su lugar.

Si de firmeza se tratara, los límites hacia nosotros mismos y hacia los demás empiezan a validarse cuando yo conozco el lugar que ocupo y la solidez que como ser humano me sostiene.

Fritz Perls, padre de la terapia Gestalt de la costa Oeste, nos recuerda a este respecto que "Lo importante no es lo que hayan hecho de mí, sino lo que hago de lo que han hecho de mí".

Y siendo este mensaje una invitación a reafirmar nuestro ser, al poder elegir cómo vivir el momento presente en el que me encuentro con todo lo que soy desde la aceptación, y siguiendo esta idea, podemos entender que la sartén está siempre en nuestras manos y somos nosotros mismos quienes decidimos cocinar el plato, los ingredientes, las especias, a mayor o menor gas…, respetando la cocción o no y, lo más importante, evitando que se pierda la sustancia, lo esencial y el aroma de nuestra vida, consiguiendo así poder saborearla con todos sus matices y disfrutar de todo cuanto ella nos brinda.

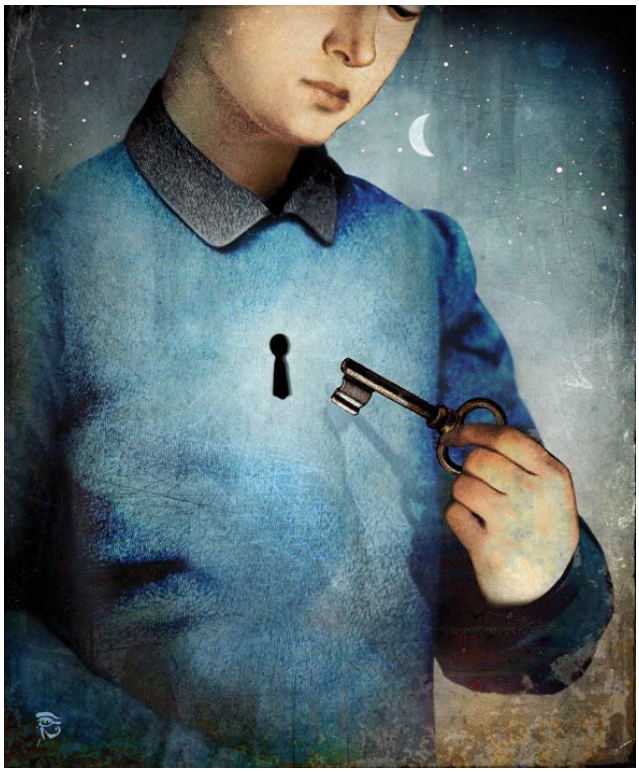


Imagen: Christian Shole

Alimentación sana para el cuidado del hígado

Àngels Pallàs
Diplomada en Nutrición Humana y Dietética.
Máster Europeo en Nutrición y Calidad de los Alimentos

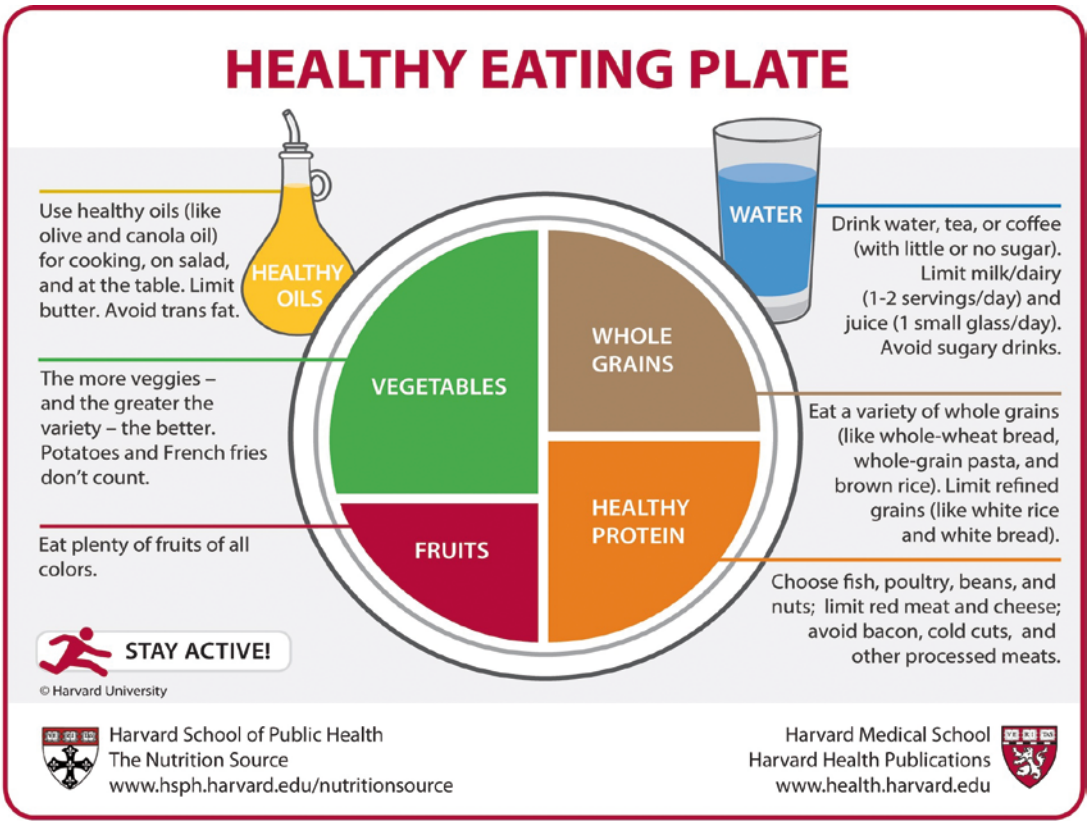
A través de los alimentos recibimos los nutrientes y la energía que nuestro cuerpo necesita para vivir. El hígado recibe estos nutrientes y los devuelve al cuerpo después de haberlos tratado, a través de la sangre. Un mal funcionamiento hepático conlleva, además de una desnutrición en distintos grados, complicaciones con consecuencias severas.

Los síntomas de las hepatitis virales pueden pasar inadvertidos o ser muy difusos. Entre ellos está la inapetencia, nauseas, fatiga, dolor abdominal, algunas décimas de fiebre, etc. Las infecciones crónicas pueden evolucionar a enfermedad hepática avanzada e incluso dañar otros órganos del cuerpo. En el proceso, el riesgo de malnutrición se eleva, disminuyendo la capacidad del sistema inmunitario y complicando aún más la situación.

Sea como sea, todos comemos cada día y hacerlo de forma adecuada y adaptada al estado de salud puede ser beneficioso para evitar o retrasar la desnutrición y con ello la bajada de defensas, ayudando al mismo tiempo a paliar los síntomas de la enfermedad y facilitar su tratamiento.

Lo más aconsejable es seguir las pautas de una **dieta equilibrada,** asegurando la ingesta de **proteínas** y **calorías.** Es importante que el paciente esté en su peso ideal, y considerando el resto de sus características, talla, sexo y gasto por actividad física o su estado de salud, deberá adaptarse la dieta aumentando o disminuyendo la ingesta de determinados nutrientes, bajo el consejo de un profesional en dietética y nutrición.

Una guía sencilla para realizar una dieta equilibrada **cuando la situación NO se ha complicado,** es seguir el **"plato saludable"**, que nos muestra solo con echar un vistazo, las proporciones y los grupos de alimentos que deben llenar nuestro plato. Veamos cómo va.



Fuente: The Nutrition Source, Department of Nutrition, Harvard School of Public Health, www.thenutritionsource.org, and Harvard Health Publications, www.health.harvard.edu.

Los **alimentos integrales (whole grains),** la zona coloreada en marrón, son los que nos van a proporcionar los **carbohidratos.** En ella están los cereales, de los que se recomienda tomarlos en forma **integral:** trigo, maíz, arroz, avena, trigo sarraceno, mijo, bulgur, cebada, en forma de harina y sus compuestos como el pan o la pasta. También entran en esta zona la quinoa, el amaranto y el arroz salvaje, así como las legumbres, los garbanzos, las lentejas, las judías, las habas y los guisantes, todos ellos con más proteínas que los cereales. Por último, las patatas (aunque son vegetales, las incluimos en esta zona por su composición en carbohidratos) mejor dejarlas para la cena a fin de que sea más ligera.

Las proteínas saludables (healthy protein), zona de color calabaza, son las que provienen de la carne blanca, como el pollo, el pavo, el conejo, así como del el pescado, blanco y sobretodo del azul, que es la mejor fuente de omega 3, además del marisco. También obtenemos proteínas saludables de los frutos secos, las semillas, las algas y las legumbres.

En cuanto a la carne roja, es recomendable limpiarla de grasa y tomarla en poca cantidad, como máximo dos veces por semana. Pueden tomarse de 3 a 4 huevos a la semana, en la yema está el colesterol, por eso se aconseja tomar sólo **una** al día, en cambio la clara es un comodín que tenemos para aumentar el consumo de proteínas, pues es fácil de digerir y nos permite añadirla en muchos preparados. Leche, yogures y quesos, de menos a más contienen también cantidad de proteínas, aunque su grasa nos va a saciar pronto y no es de la mejor calidad nutricional. Los yogures **desnatados** son los más recomendados, por ser los más fáciles de digerir y por su aporte de probióticos, saludables para los intestinos.

Algunos estudios, sobre otras complicaciones del hígado, demuestran que se tolera mejor la ingesta de proteínas si provienen de fuentes vegetales.

Las **verduras, hortalizas (vegetables)** y las **frutas (fruits),** zonas verde y grana, merecen especial atención, ya que son vitales para la salud. Con gran variedad de colores y siguiendo la estacionalidad, aportan agua, vitaminas, minerales, fibra y fitonutrientes que regulan funciones del organismo. Son fáciles de digerir y mejoran el estado de salud.

Formando parte de las células vegetales están los fitoesteroles que compiten con el colesterol reduciendo su absorción y nivel en sangre. También su contenido en fibra contribuye a la no-reabsorción del colesterol en los intestinos y a su eliminación a través de la evacuación. La clorofila, sustancia que transforma el CO_2 en O_2 en las plantas, es un detoxificador del hígado; se encuentra sobre todo en las que son de color verde, como las acelgas, el brócoli, la col rizada (Kale), la rúcula, el perejil o las hojas verdes de cualquier verdura. Las de color naranja, amarillo y rojo, además de la clorofila, contienen carotenos, otros fitonutrientes, algunos de los cuales se convierten en vitamina A y otros protegen la piel. Aliñar las verduras ligeramente con aceite de oliva virgen ayudará a mejorar su absorción.

Las alcachofas, el cardo mariano y el boldo son plantas protectoras y regeneradoras del hígado.

Crudas o licuadas, en forma de cremas, hervidas, guisadas, al micro o al horno debemos tenerlas presentes en comida y cena, cada día.

Otras recomendaciones

Hay muchas recomendaciones específicas según el estado del paciente; aquí se comentan algunas que pueden ayudar.

Como parte de una dieta equilibrada está el **ejercicio físico.** La fatiga es un inconveniente pero al mismo tiempo realizar ejercicio puede ayudar a soslayarla. El ejercicio ayuda a su vez a levantar el ánimo y a conciliar mejor el sueño por la noche. Empezar con una actividad suave como caminar y poco tiempo, con solo 10 minutos diarios, para ir aumentándolo poco a poco.

Ya forma parte de una dieta equilibrada, pero aún más cuando hay **inapetencia,** es importante **repartir las comidas** en cinco o más tomas y en pequeñas cantidades con el fin de que sean más ligeras y fáciles de comer.

La ingesta de fibra y de algunas verduras produce **gases** que pueden ser muy molestos; una infusión de anís, comino, coriandro o hinojo puede ser muy eficiente para evitarlos. El jengibre suele aliviar la sensación de nauseas en algunas personas y también es un digestivo. La menta ayuda a una digestión pesada, pero solo debe tomarse si hay alimentos en el estómago.

La clara de huevo, soja en grano, germinada, en forma de tofu o tempeh, germen de trigo, seitán, algas en especial la Chlorella y la Espirulina, el polen, son recursos para aumentar el consumo de **proteínas** cuando la apetencia es baja pero es necesario un **aporte extra.**

La **lecitina** de soja tiene una función parecida a la bilis como emulsionante de grasas; tomar una cucharada de postre con una comida más cargada de grasa puede ayudar en su digestión.

Algunos estudios han demostrado que el **própolis** de las abejas tiene efectos protectores para el hígado, pero consultar con un especialista antes de tomarlo.

La producción biológica o integrada garantiza la nula o mínima utilización de pesticidas; cada día hay más opciones económicas de este tipo de alimentos, es mejor escogerlos si se puede, para facilitar el trabajo del hígado.

Las formas de cocción más recomendadas son las más ligeras, vapor, hervidos, papillote, horno, microondas, y mejor el wok que el frito, según la persona se encuentre y le apetezca.

¡ASÓCIATE! Tu apoyo es necesario y muy importante

Puedes hacerlo de varias maneras:

1. Rellenar esta solicitud y enviarla por correo o llevarla personalmente a la sede de ASSCAT

SOLICITUD DE SOCIA / SOCIO

Apellidos

Nombre Tel.

Dirección CP

Población E-mail

Autorizo que carguen en mi cuenta los recibos que presente ASSCAT.

IBAN Entidad Oficina DC Nº de cuenta

Cuota anual:

☐ 35€ ☐ 45€ ☐ 55€ .....€

2. Visitar la web www.asscat-hepatitis.org, entrar en *Házte socio/colabora* y seguir las instrucciones.

3. Enviar un email a informacio@asscat-hepatitis.org o llamar por teléfono a ASSCAT para facilitar los datos.

*También puedes hacer un ingreso o transferencia **al número de cuenta de ASSCAT** mediante tu banco o a través de la web, entrando en *Házte socio/colabora* en el apartado DONACIONES.

"La Caixa" ES03 2100-0854-1202-0021-8585

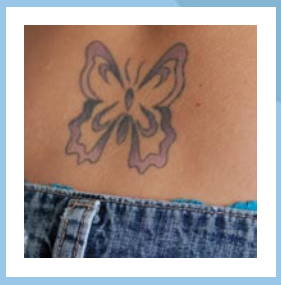
asscat
Associació Catalana de Malalts d'Hepatitis

Hotel d'Entitats "La Pau"
Pere Vergés 1, 8º - desp. 11 - 08020 Barcelona
Tels. 93 314 52 09 - 93 278 25 59
M. 615 052 266
informacio@asscat-hepatitis.org

Asociación sin ánimo de lucro. NIF. G-62 527106. Inscrita con el núm. 24.265 al registro de Asociaciones de la Generalitat de Catalunya

Si naciste entre 1950 y 1980 o consideras que has estado expuesto a situaciones de riesgo solicita a tu médico la prueba de la hepatitis C

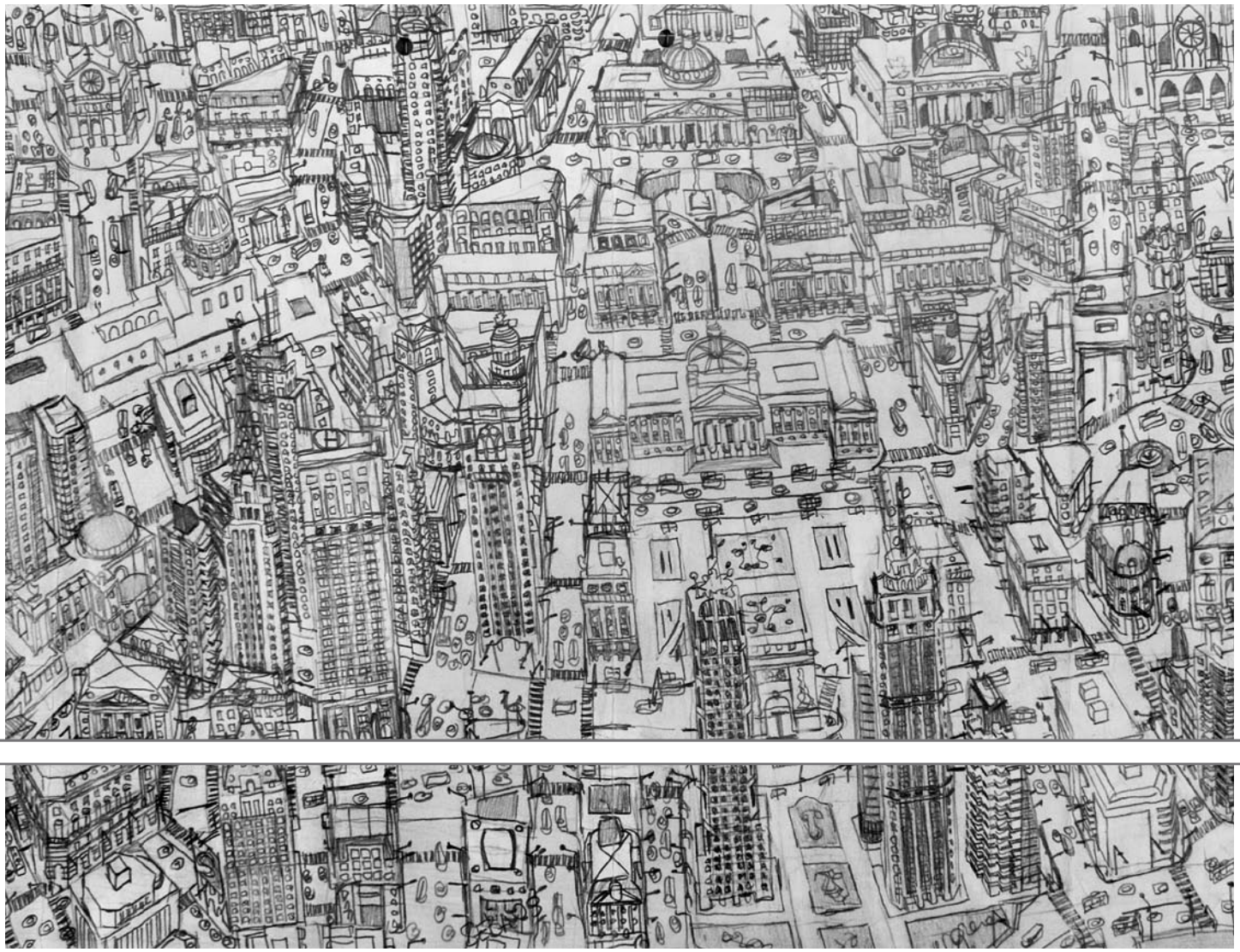
¡Más del 60% de personas portadoras del VHC no lo saben!



Hotel d'Entitats "La Pau"
Pere Vergés 1, 8º - desp. 11 • 08020 Barcelona
Tels. 93 314 52 09 - 93 278 25 59 - M. 615 052 266
informacio@asscat-hepatitis.org
https://www.facebook.com/asscat
@asscatinforma

www.asscat-hepatitis.org

asscat
Associació Catalana de Malalts d'Hepatitis



Sebastián Ferreira, *sin título*
Obra procedente de las *National Art Exhibitions of the Mentally Ill Inc.*

Nuestro compromiso: transformar el futuro en presente.

En **Janssen** tenemos un compromiso firme con la innovación. Innovar para aportar soluciones en **áreas terapéuticas** clave como neurociencia, enfermedades infecciosas, oncología, inmunología, cardiovascular y metabolismo. Campos donde la frontera entre la vida y la muerte se estrecha, donde solo el valeroso es valioso. Así es como acercamos nuevas **respuestas a nuestros pacientes.** Personas que, como nosotros, creen en el futuro. En **el valor de innovar.** Ese es nuestro compromiso. Transformar incógnitas en respuestas. **Futuro, en presente.**

Janssen-Cilag S.A.

janssen