asscatinform@
e-Newsletter publicada por la Associació Catalana de Malalts d'Hepatitis
Núm. 20 - Julio 2017

Día Mundial de la Hepatitis 2017

¿Estamos en el buen camino para la eliminación de las hepatitis víricas?

- Informar para concienciar a la ciudadanía.
- Diagnosticar todos los casos ocultos con implicación de Atención Primaria.
- Agilizar la vinculación del paciente al sistema sanitario.
- Proporcionar tratamiento para tod@s los pacientes con hepatitis C.
- Facilitar el acceso a los servicios de prevención.
- Eliminar el estigma y la discriminación.

ELIMINATE ~~HEPATITIS~~

3 EDITORIAL

6 ASSCATINFORM@

6 Informe Mundial de la OMS sobre las Hepatitis Virales – 2017

8 ¿Es posible la eliminación de la hepatitis C en 2030?
¿Qué medidas deberían tomarse para conseguir este objetivo?

21 Nueva guía publicada por la EASL para el control de la hepatitis B

25 Cambio de percepción sobre la propia salud en las personas curadas de hepatitis C

31 La hepatitis C es un factor de riesgo cardiovascular.
Su curación reduce las lesiones vasculares establecidas y mejora el pronóstico

36 Retos actuales del tratamiento de la hepatitis C en pacientes con enfermedad hepática avanzada/descompensada.
¿Existe un punto de no retorno?

41 ASSCATACTIV@

Actividades de Apoyo, Información, Concienciación y Participación

48 EXPERIENCI@S

Mi virus C ha sido muy resistente, pero por fin me he curado

Edita: ASSOCIACIÓ CATALANA DE MALALTS D'HEPATITIS

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

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

asscat Associació Catalana de Malalts d'Hepatitis

Miembro de:

AEHVE Alianza para la Eliminación de las Hepatitis Víricas en España

World Hepatitis Alliance

ELPA European Liver Patients Association

Con la colaboración de:

GILEAD

MSD

¿Estamos en el buen camino para la eliminación de las hepatitis víricas?

Hoy 28 de julio de 2017, Día Mundial de la Hepatitis, se ha de hablar de las hepatitis a nivel global, pero a nosotros nos toca sobre todo reflexionar sobre lo que queda por hacer en Cataluña y en España. Hay mucho trabajo aún por delante y tenemos poco tiempo para ratificar la eliminación de las hepatitis en 2030, tal y como dispone la OMS.

Globalmente, en el último año se ha confirmado que las hepatitis virales constituyen la séptima causa de mortalidad mundial. Esta situación es inaceptable puesto que por primera vez se puede curar una enfermedad viral crónica como es la hepatitis C, que además es causa de cáncer. Se han ido incorporando avances para mejorar en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las hepatitis B y C y, por todo ello, la OMS declara que en 2030 las hepatitis B y C podrían ser eliminadas. Pero los países deberían aplicarse en trabajar e invertir en mejorar el diagnóstico y la prevención, en suministrar tratamientos a los diagnosticados, pero, sobre todo, en mejorar la educación a la ciudadanía con el objetivo específico de que la eliminación sea factible y alcanzable. Para ello, además de los equipos sociosanitarios, se precisarán expertos en Psicología y en Publicidad que difundan el mensaje de que las personas informadas van a comprometerse y van a protegerse, no sólo a ellos mismos, sino también a su entorno. Los beneficios de los comportamientos saludables revierten en una mejor salud para la sociedad, conducen a un ahorro en costes sanitarios y se gana en años de más calidad de vida para las personas.

Hace 25 años, cuando en 1992 se celebraban los JJOO de Barcelona, sólo se podía curar al 10% de las personas con hepatitis C que recibían tratamiento y hacía poco tiempo que se había iniciado la vacunación para prevenir la hepatitis B. Desde entonces se ha avanzado bastante, pero no es suficiente.

En febrero de 2015, se publicó el **Plan Estratégico para el Abordaje de la Hepatitis C en el Sistema Nacional de Salud.** Se justificó por la aparición en el mercado de nuevos fármacos antivirales contra la hepatitis C (Antivirales de Acción Directa) más eficaces, seguros y mejor tolerados que las terapias precedentes. El objetivo era disminuir la morbimortalidad causada por el virus de la hepatitis C (VHC) en la población española, abordando eficientemente **la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de los pacientes.**

En el Plan Estratégico presentado interactuaban todos los actores y los responsables de la política sanitaria, pero de las cuatro líneas teóricas publicadas sólo se ha avanzado en el apartado del tratamiento. Para que se camine en conjunto hacia

la eliminación de la hepatitis, se requiere trabajar en el área del diagnóstico, en la prevención, en la vinculación al control especializado y también en el tratamiento de todos los casos diagnosticados. Requiere un esfuerzo de coordinación y cambio de inercias anteriores.

La eliminación de las hepatitis B y C es una prioridad de salud para todos. La ciudadanía en general debería tener interés en este campo, pero ello requiere aumentar la visibilidad y la sensibilización de estas enfermedades. ¿Los encargados de ello serían los responsables asistenciales y los medios de comunicación? No únicamente, puesto que se hallan implicados diferentes grupos. Es necesario tomar conciencia y trabajar juntos a nivel público, privado, académico, industrial y comunitario.

El objetivo marcado por la OMS y el Plan Estratégico Nacional fueron estimulados por el éxito notable de la vacuna contra el VHB y los Antivirales de Acción Directa (AAD) del VHC. También ha sido motivo de apremio el reconocimiento de que la hepatitis viral crónica es ya la séptima causa de muerte en todo el mundo, superando el VIH y que el número de muertes por una causa evitable va aumentando. Vemos con mucha preocupación la tendencia, observada en los últimos años, de que aún haya nuevos casos, no sólo de la hepatitis C, sino también de hepatitis B y A.

ASSCAT participa y contribuye desde hace 17 años al esfuerzo global. Asistiremos a la Cumbre Mundial sobre las Hepatitis que tendrá lugar en Sao Paulo (Brasil) donde representantes de todo el mundo se reunirán para compartir experiencias y buenas prácticas en los esfuerzos actuales para eliminar las hepatitis B y C. ASSCAT es miembro de la European Liver Patients' Association (ELPA), la World Hepatitis Alliance (WHA) y la Alianza para la Eliminación de la Hepatitis Víricas en España (AEHVE) y, siguiendo las guías de las sociedades científicas, trabaja para ayudar e informar a los pacientes, y para concienciar e informar a la ciudadanía, secundando así la lucha para eliminar la hepatitis.

Actualmente, la vacunación para prevenir el VHB ya alcanza a nivel mundial al 87% de los niños nacidos, aunque falta asegurar que todos los países se adhieran a los protocolos establecidos. Para eliminar la hepatitis C son necesarias acciones bien coordinadas. El tratamiento no sólo evita la progresión de la enfermedad y la mortalidad relacionadas con el VHC, sino que, ante la falta de vacuna preventiva, evita la transmisión de la infección y, por ello, **todas las personas afectadas requieren tratamiento.**

Ya hay evidencia de que los AAD eliminan el virus C y la Respuesta Virológica Sostenida (RVS) equivale a la curación. La persona tendrá una mejora en resultados de salud y ganará en calidad de vida. Si habláramos de planificar un nuevo negocio diríamos que es rentable, pero hablamos de resultados de salud y ello

significa que se produce un ahorro y que se reducen los costes, pues se prevé una fecha de caducidad al conseguir la eliminación.

Ahora debemos reflexionar sobre lo que nos falta en nuestro entorno. Se han de alcanzar y hacer visibles las personas aún no diagnosticadas, ya que las infecciones crónicas por virus B o virus C pueden permanecer asintomáticas durante años. Se han de dedicar esfuerzos e inversión para identificar a dichas personas que tienen hepatitis y que aún no lo saben. Esto conlleva que no siguen controles, no se protegen y no protegen a sus familias del riesgo de transmisión. Habría que elaborar una información que explique la importancia del diagnóstico y también lo que significa curarse. Es fundamental proporcionar el tratamiento y curar una enfermedad que puede disminuir la calidad de vida y conducir a una muerte prematura.

Debemos actuar en las personas que se exponen o se han expuesto a situaciones de riesgo conocidas como ya se está haciendo en las cárceles, en algunos grupos de usuarios de drogas y de trabajadores del sexo, pero sin olvidar que existen en nuestro entorno personas que raramente acceden a los centros de salud, como son los inmigrantes que proceden de países con una elevada prevalencia de hepatitis y que no conocen ni tienen conciencia de estas enfermedades.

En ASSCAT, ante la situación actual nos seguimos planteando una serie de cuestiones, necesitamos responder a numerosos porqués, algunos de los cuales llevan años en el aire:

- ¿Por qué en los ambulatorios, los médicos de familia y los equipos de enfermería no están plenamente incorporados a un programa de hepatitis que es perentorio implementar?
- ¿Por qué el 50% de las personas que tienen hepatitis no lo saben?
- ¿Por qué hasta ahora no se receta el tratamiento a todos los pacientes diagnosticados de hepatitis C?
- ¿Por qué hoy en día la concienciación de la gravedad de las hepatitis aún es tan baja, si se sabe que las hepatitis B y C pueden producir complicaciones graves como insuficiencia hepática, cirrosis, cáncer hepático, la necesidad de recibir un trasplante de hígado o incluso pueden provocar la muerte?
- ¿Por qué en Cataluña las hepatitis, como enfermedades transmisibles que son, no constan en el Plan de Salud 2016-2021?

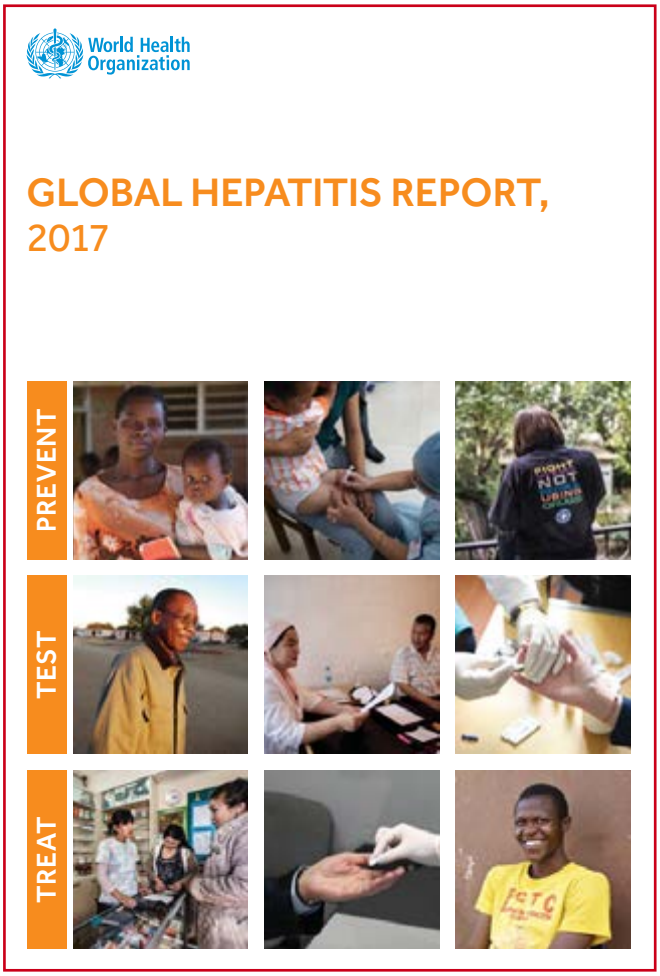
En conclusión, necesitamos más información, coordinación y colaboración para que se tomen decisiones y se realicen inversiones para que el camino de la eliminación de las hepatitis víricas sea real.

Teresa Casanovas
Presidenta

INFORME MUNDIAL DE LA OMS SOBRE LAS HEPATITIS VIRALES – 2017

La **Organización Mundial de la Salud (OMS)** publicó en abril de 2017 un **informe que describe,** por primera vez, las **estimaciones mundiales y regionales sobre las hepatitis virales en 2015,** estableciendo la línea de base para seguir el progreso en la implementación de la nueva **Estrategia** global.

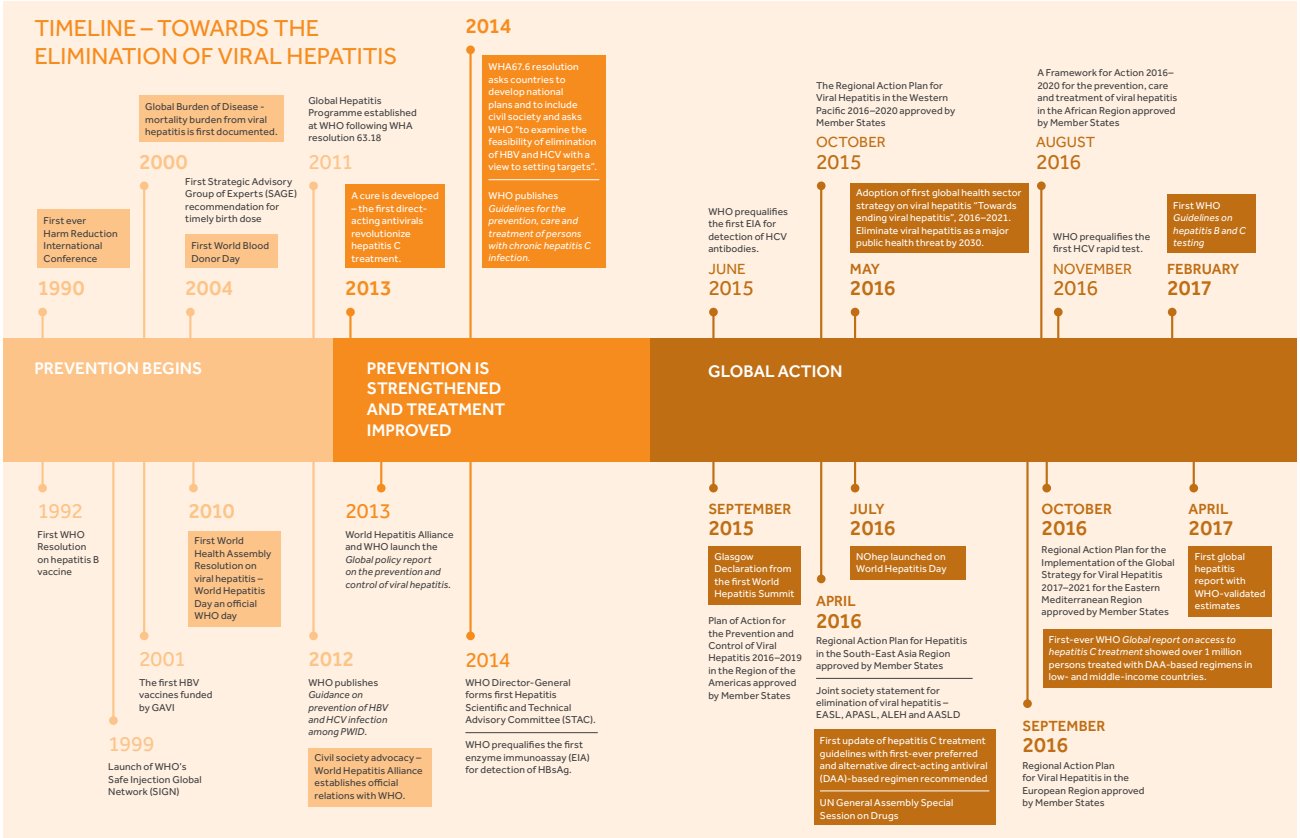
En mayo de 2016, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó la **Estrategia del Sector Salud Mundial** (GHSS, por sus siglas en inglés) **sobre la hepatitis viral 2016-2021.**



Esta **Estrategia** define las hepatitis virales como una amenaza para la Salud Pública y exige su eliminación para el 2030 (define esta eliminación como una reducción de las nuevas infecciones en un 90% y de la mortalidad en un 65%). El informe se centra en las hepatitis B y C, que son responsables del 96% de la mortalidad por hepatitis. Presenta datos a lo largo de las cinco orientaciones estratégicas (información estratégica, intervenciones, equidad, financiación e innovación), pilares fundamentales para facilitar el monitoreo del progreso en los países, las regiones y a nivel mundial y para medir el impacto de las intervenciones en la reducción de nuevas infecciones y en las vidas salvadas entre 2015 y 2030.

El informe alerta del preocupante estado del abordaje de las hepatitis B y C, que afectaría ya a más de **325 millones de personas** en todo el mundo, aproximadamente un **4,5 por ciento de la población mundial.**

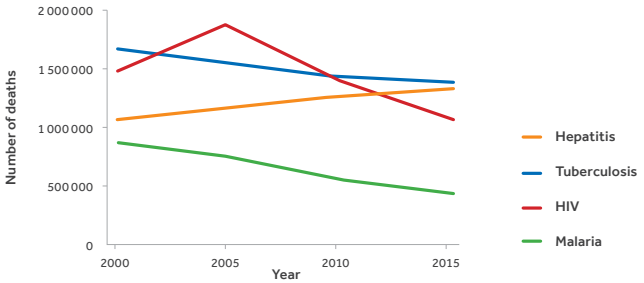
La OMS señala que, **en 2015, 1,34 millones de personas fallecieron a causa de las hepatitis B y C** y alerta de que la mayoría de personas infectadas no están diagnosticadas ni tratadas. Por lo tanto, se deberían afrontar los tres problemas principales: el aumento del número de fallecimientos, la realización de más diagnósticos y la mejora del acceso al tratamiento.



El informe dice que en 2015 **sólo se diagnosticaron un 9% de casos de hepatitis B y un 20% de casos de hepatitis C.** En el ámbito del tratamiento de los pacientes diagnosticados, sólo comenzaron a tratarse un 8% de personas infectadas por el VHB y un 7% de las infectadas por el VHC.

Los fallecimientos por hepatitis virales aumentan y ya suman una cifra similar a la causada por la tuberculosis y el VIH. Pero en estas dos enfermedades, los fallecimientos descienden, mientras que en la hepatitis no cesan de aumentar (ver gráfico). La OMS calcula que, en 2015, hubo 1,75 millones de nuevas infecciones por hepatitis C, lo que deja la cifra de afectados en unos 71 millones (en torno al 1% de la población mundial).

Global annual mortality from hepatitis, HIV, tuberculosis and malaria, 2000–2015: unlike HIV, tuberculosis and malaria, the trend in mortality from viral hepatitis is increasing



Source: WHO global health estimates (Global Health Estimates 2015: deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000-2015. Geneva: World Health Organization; 2016.)

En cuanto a la hepatitis B, el informe constata el **descenso en el número de infecciones por hepatitis B.** En 2015, cerca de 260 millones de personas estaban afectadas de hepatitis B, pero la vacunación infantil está funcionando y se estima que hace dos años el 84% de los niños nacidos ya recibieron las tres dosis recomendadas. La OMS calcula que, comparando la era prevacunación (entre 1980 y 2000) y 2015, **el porcentaje de menores de 5 años infectados ha descendido del 4,7 al 1,3 por ciento.**

¿ES POSIBLE LA ELIMINACIÓN DE LA HEPATITIS C EN 2030? ¿QUÉ MEDIDAS DEBERÍAN TOMARSE PARA CONSEGUIR ESTE OBJETIVO?

Debido a la revolución que ha supuesto la llegada de los nuevos Antivirales de Acción Directa (AAD) para la hepatitis C y los avances en los fármacos para la hepatitis B, la OMS está impulsando la Estrategia Mundial del Sector Sanitario para las Hepatitis Virales 2016-2021, en la que propone desarrollar y aplicar medidas que tienen como objetivo reducir entre un 30% y un 90% los nuevos casos de hepatitis crónica y entre un 10% y un 65% la mortalidad relacionada con las hepatitis para 2020 y 2030, respectivamente. Esta estrategia contiene intervenciones como **la prevención de nuevas infecciones, el diagnóstico y el tratamiento precoces, así como la atención a las personas con hepatitis víricas, especialmente en poblaciones clave con criterios de garantía y mejora de la calidad de vida, para la optimización tanto de los servicios como de los recursos disponibles.**

Estos ambiciosos objetivos a nivel global requieren voluntad política y acciones efectivas por parte de los gobiernos, y establecer sinergias entre todos los agentes implicados. Desde ASSCAT hemos planteado **dos preguntas** referidas al gran objetivo de la OMS a personas que pertenecen a distintos ámbitos vinculados a las hepatitis víricas, tanto a nivel nacional como internacional y agradecemos sus respuestas, que se pueden leer a continuación.

1. ¿Es posible la eliminación de la hepatitis C en 2030?

2. ¿Qué medidas primordiales deberían implementarse para lograr el objetivo marcado por la OMS en 2030?

Quique Costas
Presidente de la Plataforma Galega de Afectados pola Hepatite C

Fotografía: M. Taboada

1. Evidentemente, la llegada de los antivirales de acción directa para el tratamiento del VHC hacen posible algo que hasta ahora no podíamos ni imaginar: la eliminación de la enfermedad. Pensemos que estamos ante una oportunidad de la que sólo existe un precedente a escala mundial: el de la viruela. Pero es necesario el compromiso de las autoridades a nivel mundial, así como de los distintos gobiernos, para que el objetivo sea alcanzable.

2. La traba fundamental para que ese objetivo pueda conseguirse radica en el actual sistema de patentes que rige en el mundo farmacéutico. A día de hoy, los tratamientos son inalcanzables en los países menos desarrollados. Incluso en países ricos donde no existe un sistema sanitario público universal, una gran parte de la población afectada no puede acceder a este arsenal terapéutico.

Hay que tener presente que la mayor parte de los 150 millones de personas infectadas en el mundo están, por estas razones, excluidas del acceso a los fármacos necesarios para que se logre el objetivo. Es imprescindible una acción concertada de los gobiernos que ponga freno a un sistema en el que el interés de los accionistas de las farmacéuticas prima sobre la salud general de la población.

Dr. Manuel Delgado
Hepatólogo del Hospital Universitario La Coruña

1. La infección crónica por el virus de la hepatitis C (VHC) es un problema de salud pública de gran magnitud. Representa la causa más frecuente de hepatopatía crónica, cirrosis, hepatocarcinoma y la principal indicación de trasplante hepático en nuestro medio.

A nivel mundial sólo una de cada 20 personas que han contraído una hepatitis vírica sabe que está infectada, y sólo se trata a una de cada 100 personas que la padecen. Con estas cifras parece difícil que se pueda cumplir tal aseveración. Las diferencias existentes entre algunos países, donde la incidencia del VHC es descaradamente elevada, agravada por el nihilismo de sus gobernantes, dificultan tal erradicación.

2. En la Asamblea Mundial de la Salud celebrada en mayo de 2016, 194 gobiernos aprobaron la primera *Estrategia Mundial* del sector de la salud contra las hepatitis víricas. Se definieron unos objetivos. El primero, más inmediato, era tratar a 8 millones de personas en el período 2016-2020. El objetivo final, a largo plazo, es reducir en un 90% la incidencia y en un 65% la mortalidad.

Es evidente que lo inmediato es diagnosticar a los pacientes que aún no lo saben y tratar al mayor número posible de infectados. Así, no sólo se reduce la mortalidad, sino también el riesgo de transmisión.

A la par, hay que establecer medidas de profilaxis dirigidas a aquellas poblaciones más susceptibles; facilitar material desechable, de un solo uso, a las personas adictas a drogas por vía intravenosa; reducir el uso innecesario de procedimientos que conlleven contacto con la sangre, como tatuajes y piercings; y fomentar la cultura de prácticas sexuales seguras.

En definitiva, para erradicar la hepatitis C, las autoridades sanitarias han de actuar con presteza para mejorar el conocimiento de la misma, aumentar el acceso a las pruebas de detección y al tratamiento.

Juanse Hernández
Coordinador del Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt-VIH)

1. No. Se trata de una entelequia de la OMS. La hepatitis C es un problema de salud pública mundial. A pesar de que ahora disponemos de antivirales capaces de erradicar del organismo el VHC con una elevada efectividad y seguridad, la hepatitis C sigue afectando de forma desproporcionada a grupos de población socialmente vulnerables en todo el mundo.

En particular, las personas usuarias de drogas inyectables son uno de los grupos de población que registran tasas más elevadas de prevalencia de hepatitis C y el uso de este tipo de sustancias continúa siendo la principal vía de transmisión del VHC a escala mundial.

A estas personas, además de sufrir discriminación, marginación y abuso en el plano social, se las excluye de los servicios de prevención, atención y tratamiento de la hepatitis C como consecuencias de las políticas basadas en la criminalización de las drogas y de las personas que las consumen que han implementado algunos países.

2. Cualquier esfuerzo de la OMS dirigido a eliminar la hepatitis C a escala global para el año 2030, debe abordar de forma prioritaria las barreras estructurales e ideológicas que dificultan que el grupo de población más afectado por esta enfermedad pueda acceder a los servicios de prevención, atención y tratamiento del VHC.

Se debería promover una reforma en la política de drogas, ya que la criminalización del consumo de estas sustancias en muchos países limita aún más el acceso a dispositivos sanitarios para atender y tratar la hepatitis C.

Resulta fundamental la puesta en marcha generalizada a escala global de programas de intercambios de jeringuillas y de programas de tratamiento de sustitución con opiáceos, que constituyen los pilares fundamentales de las intervenciones de eficacia probada de reducción de daños, también en los centros penitenciarios.

Estos programas constituyen una estrategia fundamental para la prevención y control de la hepatitis C en el mundo.

Por último, para poder implementar la estrategia del 'test and treat' ('diagnosticar y tratar'), la OMS debería incrementar sus esfuerzos para promover el diagnóstico precoz y sacar a la luz la fracción de VHC no diagnosticada.

El elevado precio que tienen los antivirales de acción directa frente al VHC también supone un obstáculo a la hora de plantear una estrategia de tratamiento a gran escala para todas aquellas personas que lo necesiten.

Por este motivo, es necesario una mayor presión comunitaria para que se reduzcan estos precios y se aprueben versiones genéricas de los mismos en los países con menos recursos.

Dr. Antoni Jou
Médico de la Fundación
Lucha contra el SIDA (FLS)

1. Yo soy optimista porque ahora tenemos tratamientos muy efectivos y en un futuro muy cercano, en menos de un año, estos tratamientos serán aún más efectivos que los actuales. Por ejemplo, los actuales tienen una duración de 12, 16 o 24 semanas y próximamente, en menos de doce meses, los tratamientos se administrarán durante 8 o 12 semanas. Por tanto, por efectividad y por tiempos, es posible tratar a los pacientes monoinfectados con el VHC.

Una situación diferente es la que vivimos con la población coinfectada por VHC y VIH. Son pacientes más difíciles de tratar por sus connotaciones personales. En algunos casos, además, por sus características particulares y por su historia personal aparecen y desaparecen de la consulta. En este pequeño porcentaje de población, que representa un 3-5% de los coinfectados, podría ser más difícil conseguir la eliminación de la hepatitis C en 2030.

2. El primer punto es dar información específica y que ésta llegue al máximo posible de personas. Es necesario que la ciudadanía conozca las vías de transmisión de la enfermedad. En el caso de la población de “hombres que tienen sexo con hombres”, coinfectados por VHC y VIH, la concienciación es y podría ser más difícil debido a sus particularidades.

El segundo punto es poner más el foco en los mecanismos de control de las personas coinfectadas. Hay mecanismos de detección precoz, pero se ha de incidir más en el cambio de conducta de estos pacientes, ya que si éste no se produce, podría existir un riesgo de reinfección a corto plazo de la enfermedad. Y aquí nos encontramos con un problema de relación coste-beneficio, una cuestión ética en la que cabe plantearse la siguiente pregunta: ¿Nuestro sistema de salud está dispuesto y podrá asumir todo esto?

Y esta pregunta nos lleva al tercer punto: la concienciación de las administraciones públicas. La tienen, pero esta conciencia tiene un coste. Cada centro tiene sus limitaciones y una disponibilidad para ofrecer los tratamientos a los pacientes. Todo se basa en el coste-beneficio y también en el compromiso. Los médicos y la administración deben pensar cómo replantearse los retratamientos de las personas coinfectadas por VHC y VIH.

El cuarto aspecto sería poner más medios para detectar los casos ocultos de hepatitis, puesto que se trata de una enfermedad silente. Con los nuevos tratamientos de antivirales de acción directa se consigue una tasa de curación en torno al 95% y el 98% de los pacientes. Aun así, actualmente sólo se ha tratado en España a las personas con un grado de fibrosis más elevado (F4, F3, F2 y F1 si tienen comorbilidades), pero no a aquellas con un grado de fibrosis F0 y F1. Por tanto, estos dos aspectos son

clave: detectar los casos ocultos de hepatitis y tratar a todas las personas afectadas por la enfermedad y no sólo aquellos pacientes más graves.

Dr. Andrés Marco
Programa VIH/SIDA y Hepatitis Virales. "Model". ICS.

1. En los países más ricos este objetivo no es excesivamente ambicioso, es alcanzable o probablemente estará muy cerca de conseguirse si se aplican políticas adecuadas. En los países económicamente más desfavorecidos, el objetivo es más difícil de conseguir si no se dispone de vacuna, ya que su infraestructura sanitaria y sus posibilidades económicas complican mucho la situación.

2. Hay varias, pero las medidas primordiales son tres:
- La detección de las personas infectadas (es básico, a este respecto, aplicar estrategias para evitar la "infección oculta").
- Evitar la transmisión, sobre todo en los grupos con mayor capacidad infectante (consumidores de drogas endovenosas, presos y "hombres que tienen sexo con hombres" y que practican sexo "no seguro", a veces asociado al consumo de drogas (–conocido como "chemsex"–).
- Mejorar el acceso al tratamiento, sin restricciones. Para ello, deberían ampliarse los criterios de tratamientos actuales ("tratar también es prevenir") y debería, a ser posible, reducirse el precio de los fármacos.

Josep Maria Martinez
Presidente de la ATHC (Associació de Trasplantats Hepàtics de Catalunya)

1. En un entorno de conocimiento científico como el actual, y por poco que se pueda mejorar la prescripción personalizada de la medicación para los diferentes grados de gravedad de los pacientes, es muy probable y deseable que en un horizonte cercano al 2030 la hepatitis C sea una enfermedad que no tenga la prevalencia que ha tenido en la presente década.

Actualmente, y desde 1990, las transfusiones de sangre, que originaron miles de casos de hepatitis C, son seguras. Sin embargo, no se tienen garantías a nivel global, del control de las transfusiones de sangre y del uso de material sanitario desechable y la OMS lucha para conseguir la seguridad 100% como tema prioritario para la eliminación de la transmisión.

Por otra parte, la eliminación se puede conseguir si se movilizan los recursos técnicos, financieros y de capacitación necesarios.

2. Hasta ahora, una gran parte del esfuerzo de detección, tratamiento y ahora curación de la hepatitis C, ha sido realizado en el ámbito hospitalario o por

los especialistas del sistema nacional de salud. En cualquier situación "normalizada", debería ser la asistencia primaria la que tendría que detectar y tratar con solvencia y los medios necesarios, los casos que se presentaran.

Otro aspecto importante es reforzar el control sociosanitario y de información a todos los niveles, para conseguir diagnosticar y tratar a poblaciones que difícilmente llegan a los servicios de medicina primaria, como son las personas usuarias de drogas intravenosas, las personas coinfectadas con VIH, las personas inmigrantes o con barreras culturales o simplemente quienes tienen miedo al estigma.

Sería muy conveniente el diseño de protocolos de detección de forma reglada y bien informada que, aplicados en la asistencia primaria, constituyesen un programa integral multidisciplinar bien coordinado con acciones destinadas a la prevención de las hepatitis y de otras enfermedades transmisibles.

No hemos de olvidar que es necesario dar visibilidad a todos los pacientes con hepatitis C que aún no han sido diagnosticados. Para ello se necesitan recursos e infraestructuras que permitan hacer programas de screening, dar formación e información a todos los colectivos involucrados y, sobre todo, generar unas buenas redes de captación de los pacientes para garantizar el tratamiento para tod@s.

Prof. Dr. Ammal Mokhtar Metwally
Research Professor
of Public Health, Preventive
and Community Medicine
El Cairo, Egipto

1. La estrategia del Sector de Salud Global para las Hepatitis tiene como objetivo reducir en un 70% la incidencia del VHC para 2030 (en comparación con 2010), además de una disminución del 60% en las muertes relacionadas con el VHC. Esta estrategia, que establece las acciones prioritarias que deben ser implementadas en los países, incluye una ambiciosa cobertura de servicios: seguridad de las transfusiones de sangre, prácticas seguras de vacunación, servicios de reducción de daños y acceso al diagnóstico y tratamiento del VHC.

Creo que la eliminación podría lograrse con los nuevos tratamientos de administración oral de Antivirales de Acción Directa (AAD), que han transformado el tratamiento del VHC con tasas de curación superiores al 90%, utilizando regímenes orales de corta duración y proporcionando una eficacia pangenotípica.

2. Egipto tiene uno de los índices más altos de seroprevalencia y es uno de los países con mayor número de personas infectadas por VHC en el mundo, lo cual representa un problema económico y de salud pública significativo por la pérdida de productividad y por el impacto en la calidad de vida de las personas.

En reconocimiento de la magnitud del problema nacional, el Ministerio de Salud y Población de Egipto, en colaboración con las partes interesadas, elaboró un amplio "Plan de Acción para la Prevención, Atención y Tratamiento de la Hepatitis Viral en Egipto (PoA) 2014-2018", cubriendo seis componentes principales para la prevención y el control del VHC: vigilancia, control de las infecciones, mejora de la seguridad de las transfusiones de sangre y de la vacunación de la hepatitis B, atención, tratamiento y educación sanitaria para los equipos médicos y las comunidades.

Las principales medidas que deben implementarse son el establecimiento de una estrategia de pruebas sistemáticas y facilitar el acceso precoz al tratamiento. Asimismo se deben promover actividades educativas para evitar situaciones de riesgo asociadas a la transmisión del VHC.

La eliminación del VHC en Egipto implica detener la transmisión de las hepatitis víricas para que el virus C ya no sea una causa principal de mortalidad, no sólo proporcionando acceso a la atención y al tratamiento, sino con medidas de prevención eficaces que traten las conductas subyacentes de transmisión actual del VHC en la región.

Raquel Peck
Directora Ejecutiva de la Word Hepatitis Alliance (WHA)

1. Sí, la eliminación de las hepatitis virales en 2030 es posible, pero sólo puede lograrse mediante una acción unificada y una fuerte incidencia de los pacientes a nivel nacional.

A nivel mundial, hemos tenido algunos éxitos hasta ahora; el año pasado 194 gobiernos se comprometieron con el objetivo de la eliminación en los próximos 13 años. De manera similar, la inclusión de las hepatitis virales en los Objetivos de Desarrollo Sostenible y la aparición de tratamientos curativos para la hepatitis C han dado a la comunidad de hepatitis la oportunidad de luchar por una mayor acción de los actores políticos.

Nos encontramos en una coyuntura crítica: tenemos la Estrategia Global de Eliminación de la OMS, tenemos las herramientas, pero también tenemos muchos retos, así que para asegurar que las hepatitis virales sean eliminadas necesitamos amplificar nuestra llamada y unirnos bajo una bandera y una voz: esta voz es NOhep.

En julio de 2016 lanzamos NOhep, el primer movimiento mundial para eliminar las hepatitis virales en 2030. Hoy en día, miles de políticos, pacientes y profesionales de la medicina están trabajando juntos en una misma dirección y están tomando medidas para lograr este objetivo, ya sea en un hospital, un barrio pobre o un aula.

Después de haber sido desatendidos inexplicablemente durante tanto tiempo, todavía hay que superar muchos obstáculos: se han de aumentar las tasas de diagnóstico, ampliar los tratamientos, así

como erradicar el estigma y la discriminación. Pero si nos unimos y abogamos por la acción a nivel nacional, podemos cumplir con el objetivo global de eliminar las hepatitis virales para 2030.

2. Tenemos que defender un enfoque de salud pública para que todas las necesidades se cumplan: desde la prevención hasta el seguimiento. Esto significa que las intervenciones eficaces se dirijan a quienes más lo necesitan. Por ejemplo, la mayoría del 1% de las personas que viven con hepatitis virales que tienen acceso a intervenciones que salvan vidas, habitan en países de altos ingresos. Necesitamos cambiar esto. Para lograr el objetivo de 2030 se han de eliminar las desigualdades para garantizar que todas las personas en todos los países cuenten con el mejor cuidado posible y debemos abordar la discriminación sistemática y el estigma asociado a las hepatitis virales.

Tatjana Reic
Presidenta de la European Liver Patients' Association (ELPA)

1. Con la adopción por parte de la OMS de la primera Estrategia Mundial sobre el Sector Sanitario para las Hepatitis Virales 2016-2021 y del primer Plan de Acción para la respuesta del sector salud a las hepatitis virales en la Región Europea, ahora es más posible que nunca. La OMS (tanto a nivel global como en Europa) ha señalado que la eliminación es un objetivo factible en menos de 15 años, si mejoramos la prevención, la detección y el acceso al control médico y al tratamiento.

Es necesario subrayar que nosotros como pacientes también tenemos un papel importante en ese proceso. Por ejemplo, **Hep-CORE** de ELPA (http://www.elpa-info.org/elpa-news---reader/items/the-2016-hep-core-report.htm), el primer estudio dirigido por pacientes, es actualmente la única herramienta de monitoreo que muestra realmente hasta qué punto los gobiernos nacionales están aplicando las directrices de la OMS. Todo eso nos da el derecho a tener esperanza, incluso a confiar en que pronto viviremos en un mundo sin hepatitis.

2. Es imprescindible un enfoque sinérgico cuyo ámbito de trabajo abarcaría: 1) El nivel clínico mejorado que hará más presente el diagnóstico de casos (screening); 2) La voluntad política, tanto a nivel de la UE como a nivel nacional, para finalmente poner de relieve la lucha contra la hepatitis; y 3) La iniciativa de los pacientes para señalar las necesidades y controlar la situación sobre el terreno.

A pesar de que estamos avanzando, la comunidad de hepatitis sigue preocupada por la falta de liderazgo político para hacer realidad la eliminación en 2030. Es por eso que mis colegas de la Coalición ACHIEVE, en particular de la Junta de Prevención de las Hepatitis Virales, la Alianza Mundial contra

la Hepatitis, la Asociación de Políticas Públicas de las Hepatitis B y C, la Fundación Internacional del Hígado EASL, IS Global, EATG, la Red de Correlación y yo misma, hemos escrito a varios eurodiputados solicitando que la Resolución del Parlamento Europeo sobre el VIH, las hepatitis virales y la tuberculosis, incluya un llamamiento a los Estados miembros para que amplíen también la Declaración de Dublín sobre las hepatitis víricas B y C. Esta nueva Declaración mostraría un compromiso político por parte de los Estados Miembros de llevar a cabo acciones con la meta de eliminación de las hepatitis de la OMS para 2030.

Prof. Rui Tato Marinho
Gastroenterólogo y Hepatólogo del Hospital S. Maria, Facultad de Medicina de la Universidad de Lisboa.
Presidente de la Comisión Organizadora de la Semana Digestiva 2017.
Vicepresidente de la Sociedad Portuguesa de Gastroenterología.
Fotografía: Nuno Coimbra

1. En un término global, como modelo de "erradicación", no creo que sea posible. Por una parte, es principalmente una enfermedad crónica e infecciosa. Por otra, los medicamentos no son asequibles para varios países a nivel mundial, tal y como sucede en África, América del Sur, Asia, etc. Es más realista pensar en "la eliminación de la Hepatitis C como un importante problema de salud pública", lo cual creo que es posible, concretamente en países europeos como Portugal o España. Pero no debemos pensarlo como una "posibilidad" ni como un futurismo. Tenemos que actuar ahora.

Nosotros, los hepatólogos, sabemos que hay muchas personas que viven o han vivido infectadas por VHC durante décadas sin saberlo. En Portugal, el 40% de estas personas, ya tiene cirrosis. Y la cirrosis significa un alto riesgo de desarrollar carcinoma hepatocelular. Es un riesgo real en la vida real: un 10-40% a los 10 años. La infección por el VHC es una enfermedad crónica silenciosa, pero dinámica y progresiva. También es una enfermedad infecciosa, por lo que tenemos el deber de cortar la transmisión de la infección tanto parenteral, como sexual y materna. Actualmente, tenemos varias herramientas muy buenas para reducir la carga de la hepatitis C: buenas pruebas de diagnóstico; eficientes máquinas no invasivas para evaluar la presencia o no de cirrosis como FibroScan®; y los "súper fármacos" Antivirales de Acción Directa (AAD), que tienen una eficacia de más del 95%. Los beneficios de eliminar el virus son enormes.

2. En primer lugar, las Autoridades Sanitarias Nacionales deberían reconocer la infección crónica por VHC como un problema prioritario de salud. Este problema afecta, en general, a personas nacidas en la década de los 50. El tratamiento del VHC podría actuar como

una “vacuna” al controlar una infección con riesgo de transmisión, crónica y oncogénica.

En segundo lugar, es un deber social y de salud pública identificar a las personas portadoras del VHC. En algunos grupos de población es necesario un cribado universal. Para la ciudadanía en general, nuestra propuesta es hacer las pruebas anti-VHC al menos una vez en la vida, incluyendo la petición en las analíticas rutinarias de sangre.

En tercer lugar, es esencial facilitar el acceso al tratamiento a las personas que están infectadas por VHC. Además, para la gestión y la integración de todas las cuestiones relativas a la infección por el virus de la hepatitis C es necesario un plan o una estrategia funcional, que incluya la negociación de los mejores descuentos para acceder a los tratamientos con Antivirales de Acción Directa (AAD). La ciudadanía se merece lo mejor. ¿Es posible eliminar el VHC en 2030? Sí, si todos los actores implicados actuamos en nuestros respectivos ámbitos, podemos.

Carlos Varaldo
Presidente del Grupo
Otimismo de Brasil

1. En 2030 posiblemente quedarán pocas personas infectadas que aún no estén diagnosticadas y la epidemia no será de gran alcance. La mayoría de enfermos de hepatitis C son personas con más de 40 años y se prevee que el número de infectados irá disminuyendo, bien sea por estar diagnosticados y curados o por su avanzada edad pueden haber fallecido en 2030.

2. ¡Ésta es la pregunta del millón! No hay una respuesta común para cada región del planeta. La OMS debería contemplar que hay países donde todavía hay y continuará habiendo nuevas infecciones, ya sea por prácticas culturales obsoletas o por falta de recursos económicos, y que simultáneamente existen países donde toda la sangre es testada, los instrumentos son desechables o muy bien esterilizados y en los que cada vez se usan menos drogas inyectables y, por tanto, hay muy pocas nuevas infecciones. Ante esta situación será difícil implementar medidas genéricas como son las resoluciones actuales de la OMS.
Es urgente realizar campañas específicamente dirigidas para cada país o región con el objetivo de alcanzar a toda la población, no solamente en cuanto a la educación sobre las hepatitis, sino también para incentivar la realización de las pruebas de detección y la vinculación del paciente diagnosticado con el control clínico y el tratamiento.

A continuación mostramos un resumen, publicado por la OMS, de los indicadores básicos y complementarios a nivel global y nacional para alcanzar la eliminación del VHB y el VHC.

World Health Organization

INDICADORES DETERMINANTES PARA LA ELIMINACIÓN DEL VHB Y EL VHC

10 INDICADORES BÁSICOS A NIVEL GLOBAL Y NACIONAL

EPIDEMIA

C.1 Prevalencia
a. Infección crónica por VHB
b. Infección crónica por VHC

SISTEMA

C.2 Diagnóstico
Infraestructura para diagnosticar el VHB y el VHC

PREVENCIÓN

C.3 Programa de vacunación
a. Protocolo de control de embarazadas y programa de vacunación anti-VHB de los recién nacidos[1]
b. Tercera dosis de vacuna anti-VHB

C.4 Programa de reducción daños
Programa de intercambio de jeringuillas

C.5 Seguridad de los equipos para inyección
Espacios habilitados para inyecciones seguras

SECUENCIA CONTROLES MÉDICOS

Diagnosticar

C.6 Personas diagnosticadas
Personas portadoras de VHB y/o VHC

Tratar

C.7 Inicio y control del tratamiento
a. Tratamiento y control de las personas con VHB
b. Tratamiento y control de las personas con VHC

Curar

C.8 Eficacia Tratamiento
a. Supresión viral en las personas tratadas por VHB
b. Curación en las personas tratadas de VHC

ELIMINACIÓN

C.9 Incidencia
a. Incidencia de los casos de hepatitis B en niños de 5 años[2]
b. Incidencia de infecciones por VHC

C.10 Mortalidad atribuible a cirrosis/carcinoma hepatocelular (CH/HCC)
Fallecimientos por enfermedades hepáticas atribuibles a infección por VHB y VHC

[1]En el caso de diagnóstico de la madre seguido de inmunoprofilaxis, "los recién nacidos se benefician de otras intervenciones para prevenir la transmisión del VHB de madre a hijo "que incluyen a los niños nacidos de madres con HBsAg negativo o con HBsAg positivo que recibieron inmunoprofilaxis. Los nacidos de madres que no fueron controladas o de madres con HBsAg positivo y que no recibieron inmunoprofilaxis, estarían excluidos.
[2]Incidencia: es el número de nuevos casos de una enfermedad en una población y período determinados.
C: Indicador básico. HCC: Hepatocarcinoma

27 INDICADORES COMPLEMENTARIOS A NIVEL LOCAL Y NACIONAL

10 INDICADORES NUEVOS DE HEPATITIS

A.1 Coinfección por Hepatitis D en las personas con VHB
A.2 Sentimiento de discriminación
A.3 Disponibilidad de medicamentos y productos esenciales
A.4 Sistema nacional de vigilancia de la hepatitis viral
A.5 Pruebas diagnósticas del VHB
A.6 Pruebas diagnósticas del VHC
A.7 Genotipado del VHC
A.8 Cobertura de la asistencia sanitaria del VHB y el VHC
A.9 Acceso igualitario al tratamiento de las hepatitis
A.10 Registro del resultado del tratamiento

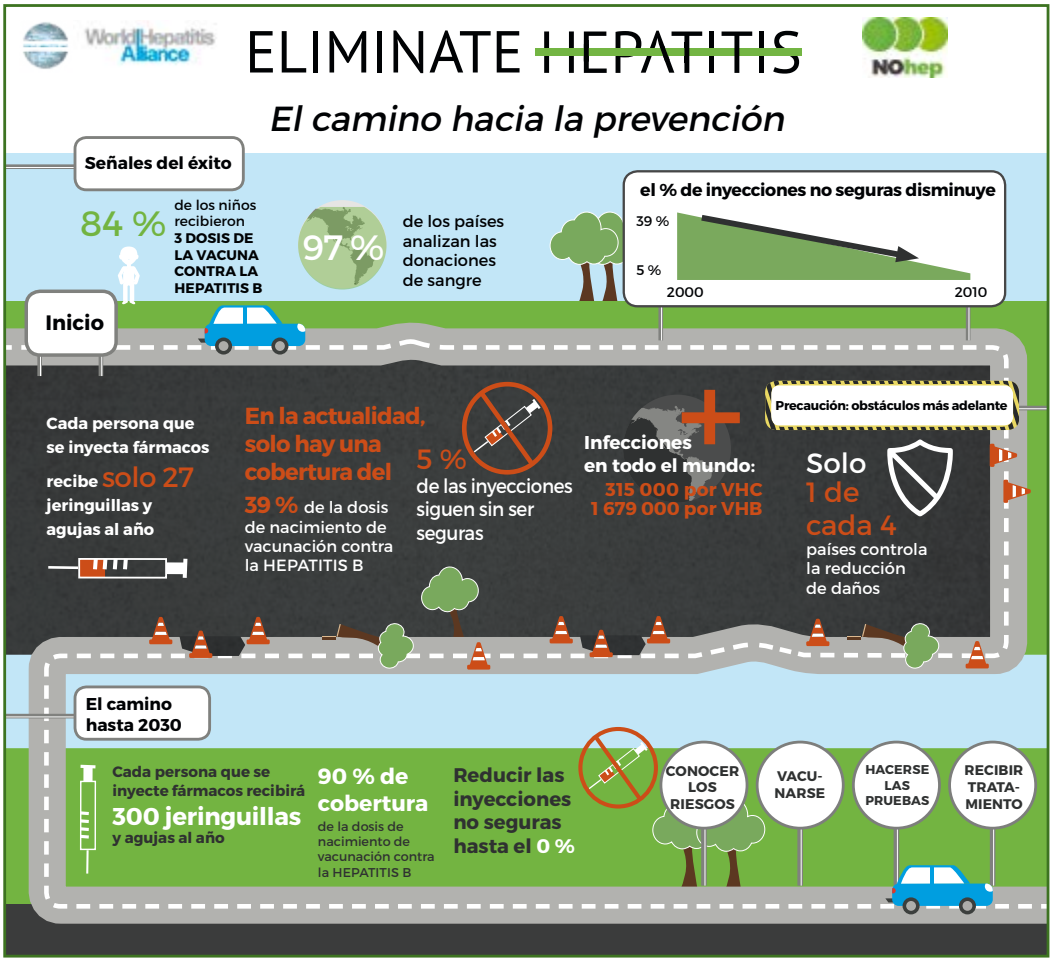
17 INDICADORES YA EXISTENTES

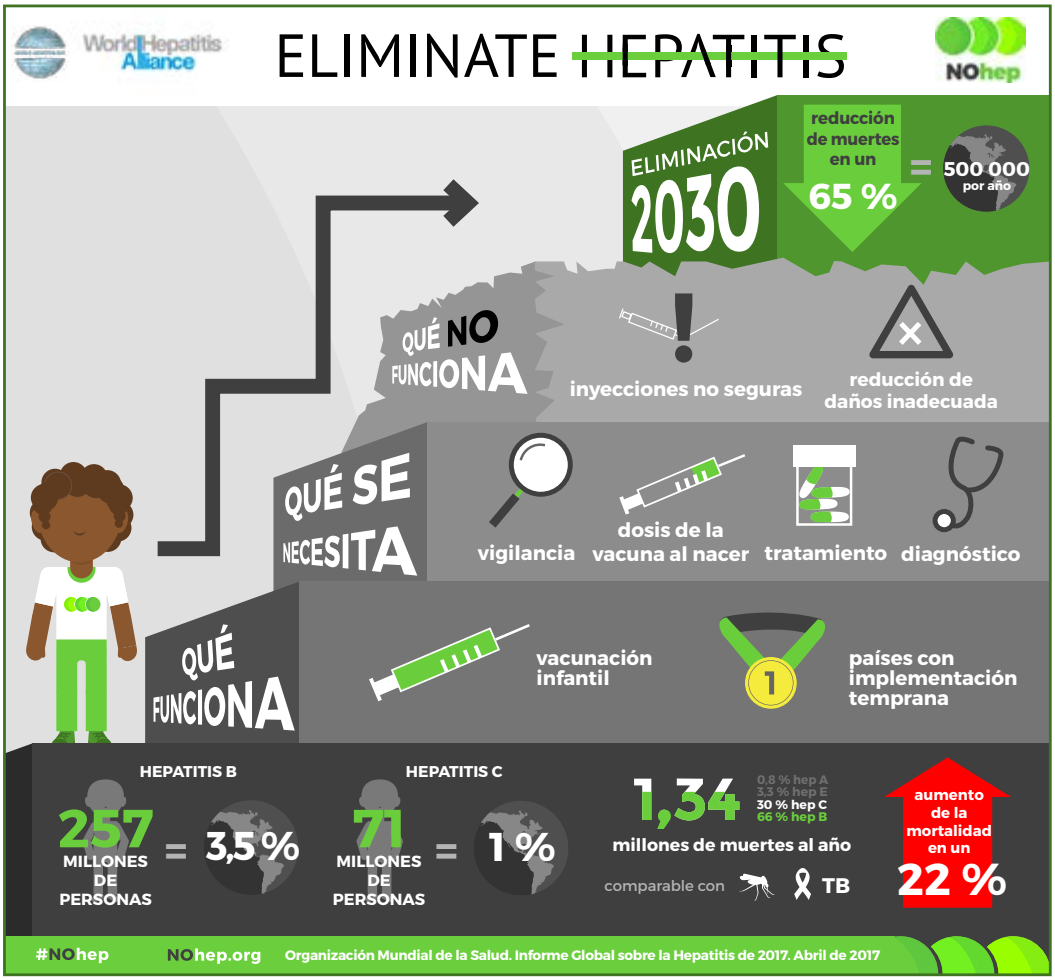
A.11 Tamaño estimado de otras poblaciones clave (VIH)
A.12 Exclusión de poblaciones clave (VIH)
A.13 Coinfección con hepatitis en personas con VIH
A.14 Uso de preservativo en poblaciones clave (VIH)
A.15 Acceso a la dosis de vacuna anti-VHB al nacer
A.16 Vacunación anti-VHB en profesionales de la salud
A.17 Espacios habilitados para inyecciones seguras
A.18 Cobertura del screening en los bancos de sangre
A.19 Política nacional con programa de control de las infecciones
A.20 Suministro de agujas y jeringuillas desechables
A.21 Programa de reducción de daños en los usuarios de drogas inyectables
A.22 No reutilización de equipos de inyección (agujas y vías)
A.23 Medidas para evitar lesiones por pinchazos del personal sanitario
A.24 Cobertura del tratamiento sustitutivo con metadona
A.25 Tasa de pacientes en tratamiento sustitutivo
A.26 Incidencia de cáncer y tipos de cáncer
A.27 Consumo de alcohol per cápita por país (en personas mayores de 15 años)

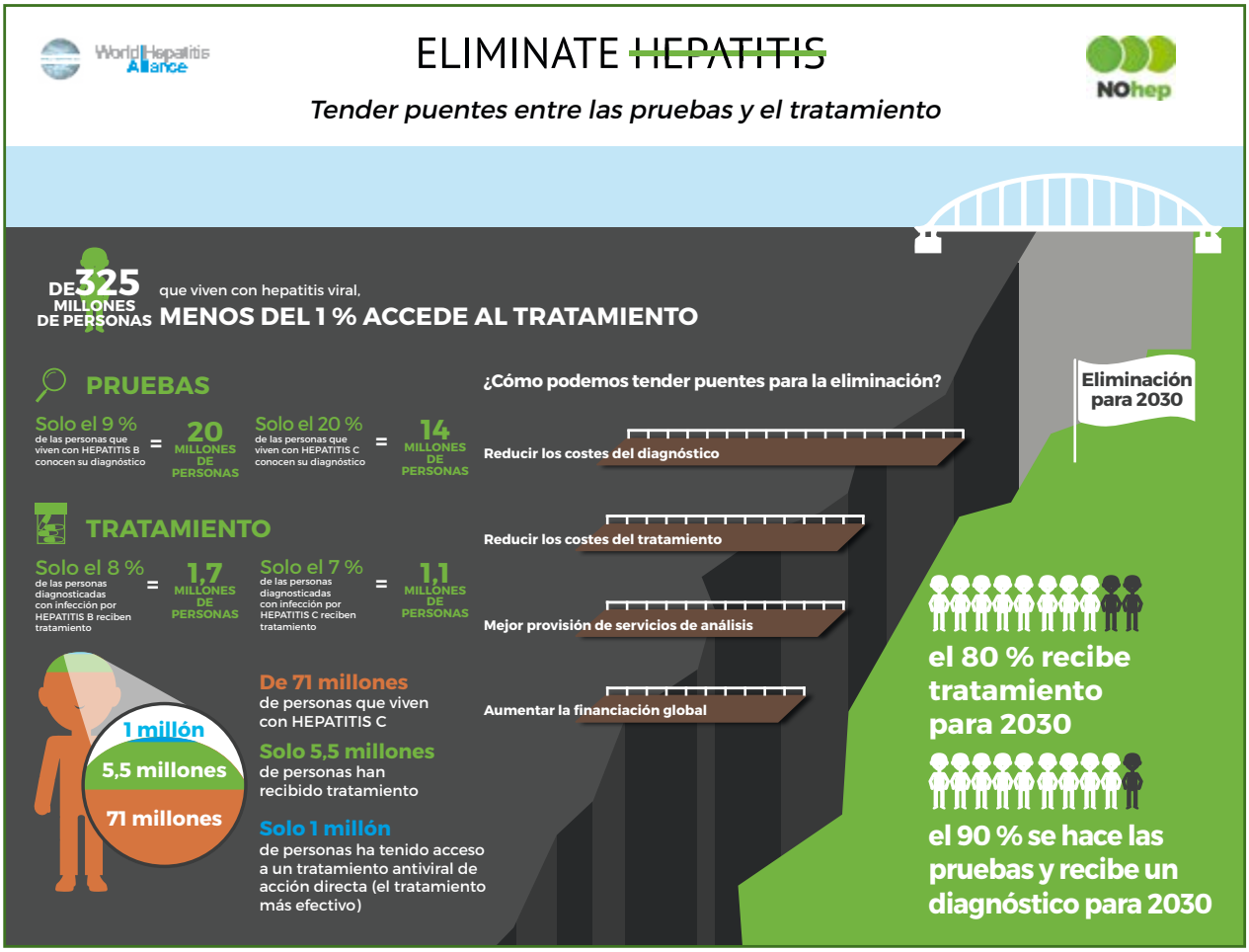
A: Indicadores complementarios

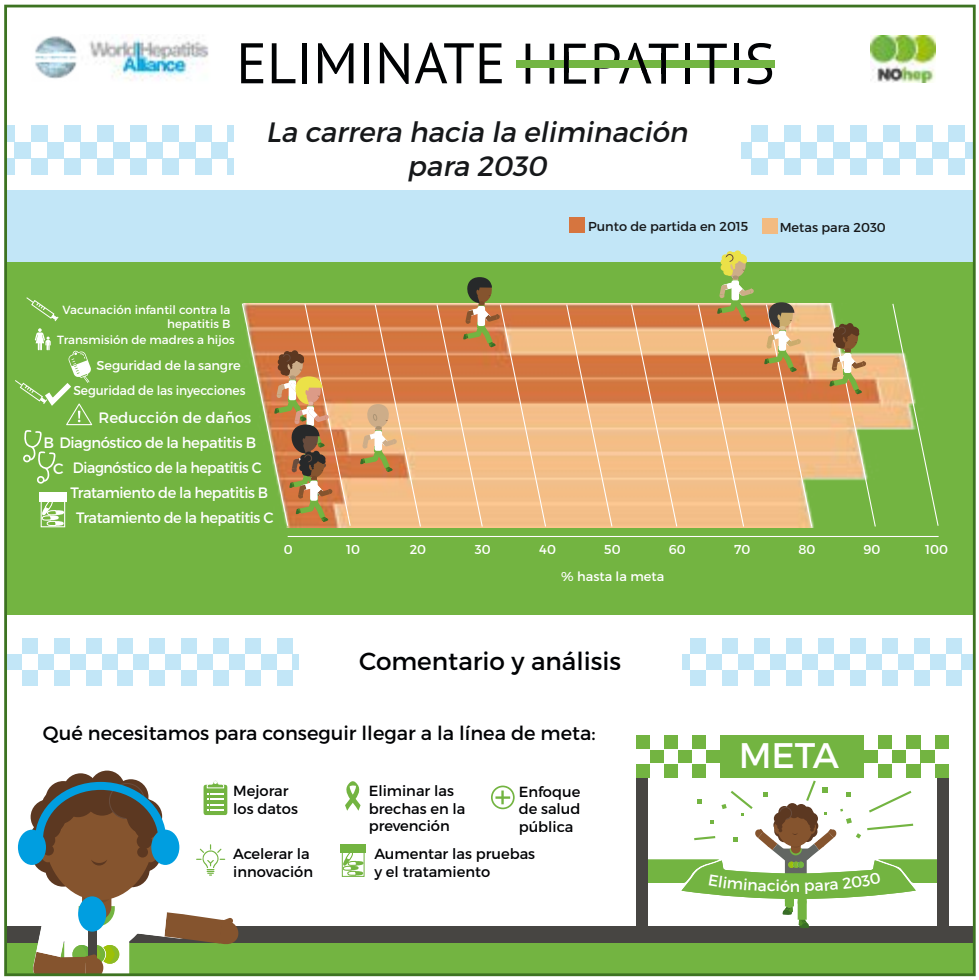
Traducido y adaptado por asscat

GLOBAL HEPATITIS PROGRAMME
DEPARTMENT OF HIV/AIDS
http://www.who.int/hiv/topics/hepatitis/en/


World Hepatitis Alliance
ELIMINATE HEPATITIS
NOhep
El camino hacia la prevención
Señales del éxito
84 % de los niños recibieron 3 DOSIS DE LA VACUNA CONTRA LA HEPATITIS B
97 % de los países analizan las donaciones de sangre
el % de inyecciones no seguras disminuye
39 %
5 %
2000
2010
Inicio
Cada persona que se inyecta fármacos recibe solo 27 jeringuillas y agujas al año
En la actualidad, solo hay una cobertura del 39 % de la dosis de nacimiento de vacunación contra la HEPATITIS B
5 % de las inyecciones siguen sin ser seguras
Infecciones en todo el mundo: 315 000 por VHC 1 679 000 por VHB
Precaución: obstáculos más adelante
Solo 1 de cada 4 países controla la reducción de daños
El camino hasta 2030
Cada persona que se inyecte fármacos recibirá 300 jeringuillas y agujas al año
90 % de cobertura de la dosis de nacimiento de vacunación contra la HEPATITIS B
Reducir las inyecciones no seguras hasta el 0 %
CONOCER LOS RIESGOS
VACU-NARSE
HACERSE LAS PRUEBAS
RECIBIR TRATA-MIENTO


World Hepatitis Alliance
ELIMINATE HEPATITIS
NOhep
ELIMINACIÓN 2030
reducción de muertes en un 65 % = 500 000 por año
QUÉ NO FUNCIONA
inyecciones no seguras
reducción de daños inadecuada
QUÉ SE NECESITA
vigilancia
dosis de la vacuna al nacer
tratamiento
diagnóstico
QUÉ FUNCIONA
vacunación infantil
países con implementación temprana
HEPATITIS B
257 MILLONES DE PERSONAS = 3,5 %
HEPATITIS C
71 MILLONES DE PERSONAS = 1 %
1,34 millones de muertes al año
0,8 % hep A
3,3 % hep E
30 % hep C
66 % hep B
comparable con TB
aumento de la mortalidad en un 22 %
#NOhep
NOhep.org
Organización Mundial de la Salud. Informe Global sobre la Hepatitis de 2017. Abril de 2017


World Hepatitis Alliance
ELIMINATE HEPATITIS
Tender puentes entre las pruebas y el tratamiento
NOhep
DE 325 MILLONES DE PERSONAS que viven con hepatitis viral,
MENOS DEL 1 % ACCEDE AL TRATAMIENTO
PRUEBAS
Solo el 9 % de las personas que viven con HEPATITIS B conocen su diagnóstico = 20 MILLONES DE PERSONAS
Solo el 20 % de las personas que viven con HEPATITIS C conocen su diagnóstico = 14 MILLONES DE PERSONAS
TRATAMIENTO
Solo el 8 % de las personas diagnosticadas con infección por HEPATITIS B reciben tratamiento = 1,7 MILLONES DE PERSONAS
Solo el 7 % de las personas diagnosticadas con infección por HEPATITIS C reciben tratamiento = 1,1 MILLONES DE PERSONAS
1 millón
5,5 millones
71 millones
De 71 millones de personas que viven con HEPATITIS C
Solo 5,5 millones de personas han recibido tratamiento
Solo 1 millón de personas ha tenido acceso a un tratamiento antiviral de acción directa (el tratamiento más efectivo)
¿Cómo podemos tender puentes para la eliminación?
Reducir los costes del diagnóstico
Reducir los costes del tratamiento
Mejor provisión de servicios de análisis
Aumentar la financiación global
Eliminación para 2030
el 80 % recibe tratamiento para 2030
el 90 % se hace las pruebas y recibe un diagnóstico para 2030


World Hepatitis Alliance
ELIMINATE HEPATITIS
NOhep
La carrera hacia la eliminación para 2030
Punto de partida en 2015
Metas para 2030
Vacunación infantil contra la hepatitis B
Transmisión de madres a hijos
Seguridad de la sangre
Seguridad de las inyecciones
Reducción de daños
B Diagnóstico de la hepatitis B
C Diagnóstico de la hepatitis C
Tratamiento de la hepatitis B
Tratamiento de la hepatitis C
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
% hasta la meta
Comentario y análisis
Qué necesitamos para conseguir llegar a la línea de meta:
Mejorar los datos
Eliminar las brechas en la prevención
Enfoque de salud pública
Acelerar la innovación
Aumentar las pruebas y el tratamiento
META
Eliminación para 2030

NUEVA GUÍA CLÍNICA PUBLICADA POR LA EASL PARA EL CONTROL DE LA HEPATITIS B

Como voluntarios de ASSCAT (Asociación Catalana de Enfermos de Hepatitis) damos la bienvenida a esta nueva guía clínica que ha publicado la EASL (Asociación Europea para el Estudio del Hígado) en abril de 2017.

Estas directrices contribuyen a una mejor información sobre conceptos ya conocidos y nos informa de la llegada al mercado, para los pacientes con infección crónica por el Virus de la Hepatitis B (VHB), del nuevo tenofovir, el TAF (tenofovir alafenamida).

En la hepatitis crónica B el objetivo del tratamiento es estabilizar la enfermedad hepática y frenar la infección viral para evitar su progresión a cirrosis y controlar que ésta no se descompense. Además, los pacientes con infección crónica por VHB requieren vigilancia y cribado por el riesgo de aparición de un hepatocarcinoma (HCC).

Con los tratamientos actuales, la eliminación del VHB con la desaparición del HBsAg y la aparición del anticuerpo protector (anti-HBs) se consigue en menos del 10% de pacientes. Un objetivo más realista, y que es factible, es que la supresión de la replicación viral sea lo más intensa y sostenida posible, idealmente por debajo del límite de detección, que se mide mediante una técnica de PCR (reacción en cadena de la polimerasa). Cuando esto sucede suelen normalizarse las transaminasas y también mejoran progresivamente las lesiones histológicas hepáticas, disminuyendo la fibrosis, incluso en aquellos casos que ya han evolucionado a cirrosis hepática, y se reduce el riesgo de carcinoma hepatocelular.

Las nuevas directrices de la EASL establecen que, en aquellos casos en los que esté indicado, el tratamiento de elección administrado sea un fármaco potente de la familia de los análogos de nucleósido/nucleótido con una elevada barrera a la resistencia: Entecavir (Baraclude®), tenofovir disoproxil fumarato (TDF, Viread®) y tenofovir alafenamida (TAF, Vemlidy®). Este último fármaco es el que se ha añadido recientemente a los protocolos de tratamiento, ya que presenta un mejor perfil de efectos secundarios óseos y renales que su predecesor, tenofovir TDF. **El tratamiento con TAF supone una ventaja para las personas en situación de riesgo de sufrir problemas óseos y/o renales.**

Han quedado fuera de la lista de opciones recomendadas, tres fármacos de la familia de los análogos de nucleósido/nucleótido, debido a su menor eficacia, más toxicidad y mayor riesgo de desarrollar resistencias: lamivudina (Epivir®), adefovir (HepSera®) y telbivudina (Sebivo® o Tyzeka®).

Las directrices en general no recomiendan el uso de Interferón-Pegilado (Peg-IFN) en combinación con los análogos de nucleósido/nucleótido, excepto en casos seleccionados de pacientes con VHB y HBeAg positivo.

Cuando se consigue la eliminación del virus, la respuesta virológica puede o no ser completa y mantenida. Si la respuesta virológica no se acompaña de la desaparición de los marcadores de infección del VHB, el tratamiento antiviral oral deberá continuar indefinidamente, por el riesgo de reactivación de la enfermedad si se suspendiese la medicación. Estos pacientes requieren seguimiento periódico por parte de su especialista, el cual, en casos muy seleccionados y siempre bajo estricto control, podría aconsejar suspender el tratamiento si se cumplen una serie de premisas.

Como pacientes queremos expresar que todas las personas portadoras del Antígeno de superficie del VHB (HBsAg) en sangre, independientemente de otros resultados analíticos o situación clínica, requieren una consulta con el especialista.

También como asociación expresamos nuestra preocupación por la falta de vacunación y control de colectivos de personas inmigrantes procedentes de países donde la hepatitis por VHB es prevalente (África Subsahariana, Sudeste Asiático, China). Es una situación para la que se requerirían más actuaciones sociosanitarias a nivel de Salud Pública.

En nuestro entorno, una gran proporción de personas ya están vacunadas frente al VHB, pero se precisa mayor divulgación sobre quienes necesitan ser vacunados actualmente y qué protocolos se han de seguir: niños que llegan para ser adoptados, parejas de personas portadoras, etc. Cuando se detecte un caso nuevo se precisará realizar una revisión familiar

y del entorno convivencial (parecido a lo que sucede al hallar un caso de tuberculosis). Consideramos que la prevención que proporciona la vacuna es la mejor medida para una enfermedad que puede progresar a complicaciones graves.

En la actualidad, la vacuna anti-hepatitis B se administra a todos los recién nacidos en nuestro país. Además, se realiza el programa de control a todas las embarazadas, pudiendo diagnosticar a las que tienen hepatitis crónica por VHB y tratarlas durante la gestación si está indicado. Asimismo, se administrará al bebé la gammaglobulina específica y la vacunación anti-VHB según protocolo establecido.

En la guía de la EASL se presentan las recomendaciones sobre lo que hay que hacer en diversas situaciones clínicas, como los casos de pre y posttrasplante, coinfección (VIH y VHC), trabajadores sanitarios, población infantil, hepatitis aguda por VHB, pacientes con insuficiencia renal y/o sometidos a hemodiálisis y los pacientes que presentan manifestaciones extrahepáticas por el virus B.

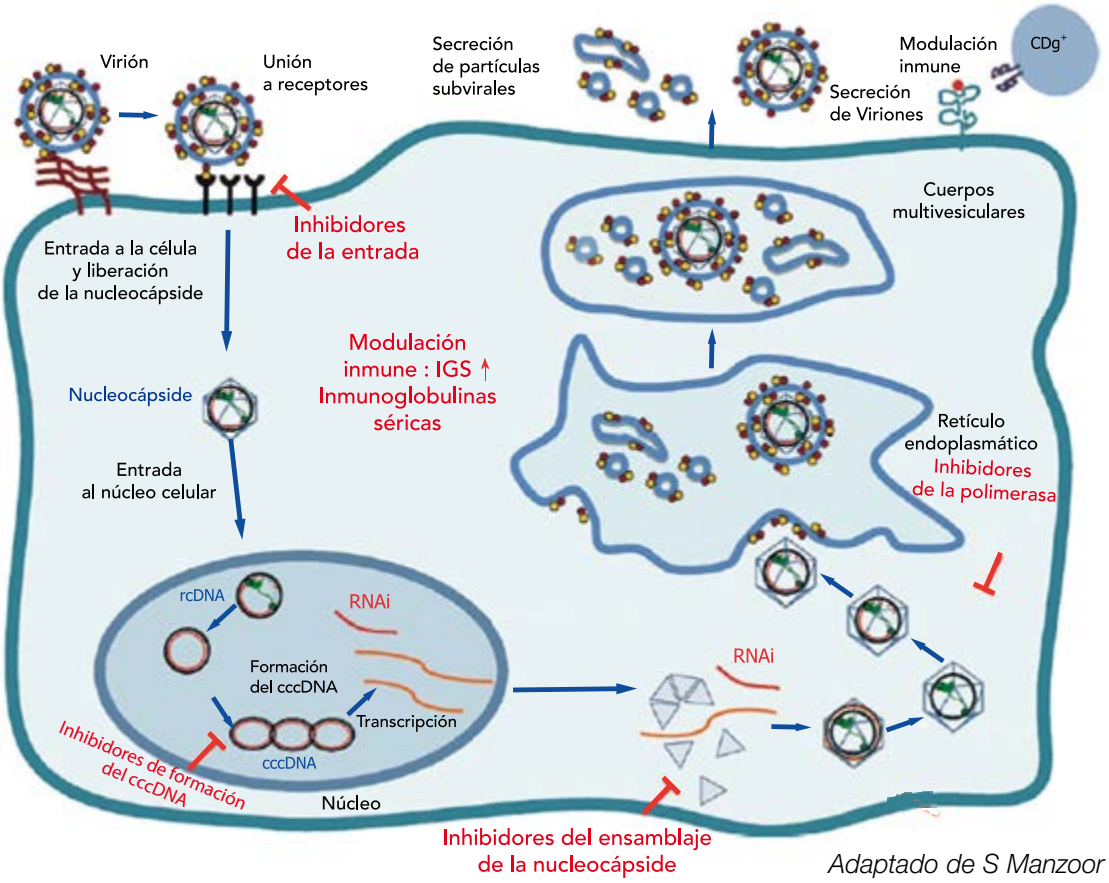
La coinfección de VHB y Virus Delta de la Hepatitis (VHD) es particular, ya que el virus Delta requiere la existencia del VHB y no responde al tratamiento habitual para este. En esta situación, en pacientes con hepatopatía compensada, la guía recomienda tratamiento con Interferón-Pegilado (Peg-IFN) al menos durante 48 semanas; aconseja que en los casos en los que la infección con VHB se halle en fase replicativa se debería añadir un nucleótido/nucleósido y también sugiere seguir con la administración de Peg-IFN en tratamientos a largo plazo, más allá de las primeras 48 semanas, si se tolera bien, ya que es el único tratamiento que se ha mostrado efectivo.

Destacamos como muy importante el apartado del tratamiento recomendado a pacientes portadores del VHB y que van a recibir tratamiento con quimioterapia (QT) y/o inmunosupresores. La guía dice que todos deben tener una analítica con los marcadores del virus B previa al tratamiento QT/inmunosupresor y que quienes tengan el HBsAg positivo deberían recibir entecavir, tenofovir o TAF, como tratamiento o como prevención. Los pacientes que tienen como marcador del virus B únicamente anti-HBc positivo deberían recibir tratamiento preventivo, si se considera que tienen un elevado riesgo de reactivación.

En la guía se comentan **nuevos biomarcadores** que se hayan en estudio: *cccDNA-VHB, Antígeno del core del VHB, RNA-VHB circulante.* Se pueden determinar mediante análisis de sangre y permitirán definir mejor la “actividad” de la infección crónica por VHB y predecir mejor la evolución con los tratamientos a largo plazo.

Tratamientos futuros anti-VHB: a medida que se han ido investigando los mecanismos de replicación viral en el

Modelo del ciclo vital del VHB y dianas terapéuticas para el diseño de nuevos tratamientos



Adaptado de S Manzoor WJG 2015

organismo se va avanzando en nuevas dianas terapéuticas (ver figura). Actualmente se hallan en investigación tratamientos que van a ser curativos y que se administrarán en etapas tempranas de la infección antes de que avance el daño hepático.

Según sus mecanismos de acción se dividen en **antivirales de acción directa y tratamientos inmunes que actuarían a nivel de las defensas de la persona.** Es importante estar alerta de los nuevos avances y de los estudios en desarrollo por la posibilidad de participación en futuros ensayos clínicos con nuevas moléculas.

Problemas que no están totalmente resueltos. Referente a los tratamientos actuales se precisan más datos sobre su impacto en la mejora de la supervivencia a largo plazo y en el riesgo de desarrollar HCC, así como las reglas de parada en las terapias a largo plazo. Otros temas candentes se refieren a las necesidades no cubiertas en la actualidad y a que se necesitan tratamientos nuevos que sean curativos y con una duración definida. Se precisan tambien mejores definiciones sobre el estado de la enfermedad hepática y sobre el pronóstico de la infección.

Artículo elaborado por el voluntariado de ASSCAT

CAMBIO DE PERCEPCIÓN SOBRE LA PROPIA SALUD EN LAS PERSONAS CURADAS DE HEPATITIS C

La calidad de vida percibida por las personas comprende tres áreas principales: aspectos físicos, psíquicos y sociales (tabla 1).

Tras la curación de la hepatitis C, la perspectiva que tienen los pacientes sobre su estado de salud mejora y refieren una sensación de bienestar.

Las personas se recuperan y mejoran psíquica y físicamente, se ven más capaces de afrontar su día a día y de relacionarse en el ámbito familiar, social y laboral.

Es importante abordar este tema puesto que corrobora lo que numerosos pacientes comentan una vez curados y es que tienen más energía y ganas de hacer cosas.

El tratamiento de la hepatitis C se inició a finales de los ochenta con un porcentaje de curación muy bajo, sólo del 6%. Paso a paso, la eficacia de la terapia para la hepatitis C fue aumentando y con los nuevos tratamientos Antivirales de Acción Directa (AAD) y sin Interferón, oscila actualmente entre el 80% y el 95%.

El objetivo de este artículo es destacar que algunos síntomas considerados de origen psicológico, como la fatiga, la dificultad de concentración, la falta de memoria, las alteraciones del sueño y otras manifestaciones como la depresión y la ansiedad, que se presentan en las personas portadoras del virus C, mejoran o desaparecen tras la curación. Los síntomas psicológicos no se manifiestan en paralelo con la gravedad de la hepatitis de base, son subjetivos y en consecuencia son difíciles de evaluar en las visitas médicas.

La infección crónica por el VHC no es sólo una enfermedad hepática, sino que el virus C de la hepatitis, además de su replicación en las células hepáticas y de lesionar el hígado, puede afectar a otros órganos y tejidos del organismo (ver figura). Los síndromes y manifestaciones extrahepáticas, la afectación cerebral entre ellas, pueden ser una señal inicial relacionada con la infección por el VHC en algunos pacientes (1).

Es frecuente que en las visitas médicas habituales no se dé la importancia que requeriría a estos síntomas e incluso se pasen por alto, pero en los últimos años diversos análisis epidemiológicos

han destacado la mejoría de las enfermedades extrahepáticas asociadas al VHC, al conseguir la curación.

Desde hace tiempo se sabe que los pacientes que alcanzan una Respuesta Viral Sostenida (RVS) obtienen una mejor supervivencia y también disminuye la mortalidad por causas no hepáticas. No obstante, lo que la persona curada percibe de manera inmediata es cómo mejora su propia salud. Los resultados de cuestionarios específicos de Calidad de Vida en Relación con la Salud (CVRS), que estudian los aspectos emocionales y físicos y otros temas relevantes para la vida cotidiana, lo corroboran.

Posibles manifestaciones extrahepáticas asociadas a la infección por el VHC

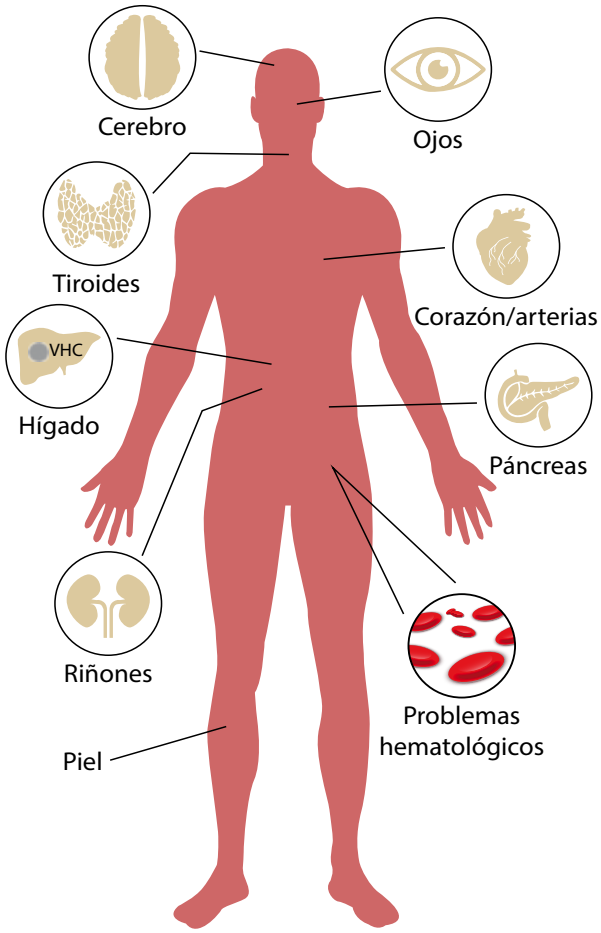


Figura adaptada de referencia 2

Según investigaciones recientes las manifestaciones neuro-psiquiátricas podrían explicarse por la afectación del sistema nervioso central causada por el VHC. La afectación del cerebro y del sistema nervioso por la infección por el VHC representa un área de investigación relativamente nueva. Se ha demostrado que existe replicación viral activa a nivel de las células cerebrales y los síntomas que pueden manifestar se relacionan con diferentes mecanismos: infección viral directa, neurotoxicidad por citoquinas y desarrollo de vasculitis en las arterias cerebrales. Las imágenes obtenidas con resonancia magnética apoyan dicha premisa, que ha sido descrita por varios investigadores.

Se ha publicado que entre el 50% y el 67% de los pacientes con hepatitis C sufren fatiga y que ésta predice independientemente una peor calidad de vida percibida y que el 36% de los pacientes tienen depresión antes del tratamiento. También se ha hallado alteración de la atención, en casos de hepatitis C leve, en comparación con controles de personas sanas.

En este artículo, se van a diferenciar dos categorías en la afectación neuro-psiquiátrica del VHC: en primer lugar, consideramos la afectación producida directamente por el virus, una enfermedad cerebral orgánica, causada por el VHC a nivel del sistema nervioso, la cual se puede estudiar mediante resonancias y estudios de imagen, constituyen las manifestaciones extrahepáticas del

Definición de Calidad de Vida en Relación con la Salud (CVRS)

- La integran las áreas de la calidad de vida que las personas atribuyen a la salud.
- Incluye aspectos como el área de actividad física, el bienestar psicológico, social, espiritual y el rol de la persona en sus actividades de la vida diaria y su sensación de bienestar general.

Adaptado de Spilker y Revicki, 1996 Tabla 1

VHC. En segundo lugar, tenemos en cuenta aspectos más psicológicos también producidos por tener el diagnóstico de hepatitis C, pero en éstos no se ha evidenciado una afectación cerebral directa. Como se ha mencionado, las manifestaciones extrahepáticas orgánicas del VHC mejoran tras la RVS, pero, en este momento, los resultados relativos a su evolución a nivel de mejoría clínica y reversibilidad aún son limitados.

En este segundo grupo, destacan las investigaciones realizadas en los ensayos clínicos de registro de los AAD en los que se facilitaron a los participantes de dichos estudios, cuestionarios específicos de CVRS que muestran la mejoría a nivel de todas las áreas estudiadas (en estos estudios no se incluyeron a los pacientes con manifestaciones extrahepáticas). En general, antes del tratamiento predomina en las personas la fatiga, la tristeza, la ansiedad, el miedo de transmitir la hepatitis, la falta de esperanza, la dificultad para buscar apoyo, etc. También refieren sensación de estigma, discriminación y vergüenza; igualmente tienen dificultades en sus relaciones y en el ámbito laboral. Al alcanzar la RVS, se observa una mejoría objetiva y cuantificable a nivel de los diferentes aspectos analizados (tabla 2).

Todo ello se sabe que se asocia al diagnóstico y a la enfermedad causada por el VHC y en ocasiones hace que los propios pacientes escondan que son portadores de la hepatitis C por miedo a ser rechazados y a tener que dar explicaciones. Además, al permanecer durante años asintomáticos, minimizan y retrasan el tratamiento por miedo a un trato discriminatorio e incluso pueden llegar a hacerse una propia negación de su enfermedad.

Los aspectos negativos que los pacientes refieren con más frecuencia son: fatiga, estigma y depresión. Los cuestionarios de CV son cuestionarios validados científicamente para poblaciones determinadas, abarcando diferentes edades, hombres y mujeres y en diversas fases de la enfermedad. Se estudian mediante ítems o preguntas que, agrupados en escalas, miden los diferentes aspectos. Los pacientes responden a las cuestiones de una manera que se puede puntuar obteniendo así una eva-

El tratamiento curativo de la hepatitis C mejora la calidad de vida percibida

- Las personas que viven con el VHC y que reciben tratamiento al lograr una respuesta virológica sostenida (RVS) tienen mejores puntuaciones de calidad de vida en relación con la salud si se compara con las personas que no responden al tratamiento o con las personas que no reciben tratamiento.
- La depresión, la fatiga y el insomnio son los predictores más importantes de la calidad de vida de los pacientes antes, durante y después del tratamiento (3).

Tabla 2

luación objetiva y cuantificable de los síntomas (tabla 3).

Fatiga: es un síntoma frecuente y su diagnóstico objetivo es difícil, ya que su origen es complejo. Recientemente, se le está dando mayor importancia, pues puede ser una manifestación de una enfermedad grave. Se ha reconocido que la causa puede ser central o periférica. La central estaría más vinculada con la depresión y la periférica, por definición, tendría un origen músculo-esquelético, por lo que podría mejorar con el descanso. Desgraciadamente, tanto la fatiga central como la periférica están conectadas con la depresión y con la alteración del sueño. Para el diagnóstico de la fatiga resulta de gran interés y ayuda disponer y administrar cuestionarios específicos y científicamente validados. Se ha objetivado la mejoría de los síntomas de la esfera fatiga en los pacientes con VHC curados tras el tratamiento con los AAD.

Estigma: existe un estigma asociado al diagnóstico que puede conducir a que la persona no acepte la situación, a un sentimiento de baja autoestima e incluso a evitar los controles y el tratamiento. Rui Tato Marinho (4), en su artículo "Hepatitis C, estigma y curación" explica que el estigma que la persona infectada sufre es, en ocasiones, grande y puede tener múltiples consecuencias. La causa principal es la falta de información adecuada, incluso en el ámbito de los profesionales de la salud. Pero, a día de hoy, el propio paciente, los profesionales de la salud, la familia y la sociedad deben ser conscientes de la posibilidad de curación real con la definitiva eliminación del virus.

Depresión: es frecuente y en ocasiones es difícil distinguir si representa una consecuencia por conocer el diagnóstico, se produce por el mismo virus C o bien por un factor predisponente previo.

Desesperanza: los pacientes expresan esta sensación a través de los cuestionarios. La enfermedad interfiere con su vida diaria, se sienten solos, fatigados y desearían un entorno sanitario más personalizado y no sólo enfocado en la enfermedad.

Medición de la Calidad de Vida relacionada con la Salud (CVRS)

Los tres cuestionarios que se emplean más a menudo entre los pacientes que viven con VHC son:

• **El cuestionario Short-Form 36 (SF-36):** un instrumento genérico utilizado para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud. Utiliza una serie de escalas individuales para medir el funcionamiento físico, el dolor corporal, la salud en general, la vitalidad, el funcionamiento social y la salud mental.

• **FACIT-F:** un instrumento específico para la fatiga que evalúa cinco escalas individuales, incluyendo el bienestar físico, el bienestar emocional, el bienestar social, el bienestar funcional y la fatiga.

• **Cuestionario de enfermedad hepática crónica - Virus de la hepatitis C (CLDQ-HCV):** instrumento específico para la enfermedad que evalúa la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con VHC crónico en cuatro dominios individuales: actividad y energía, emocional, preocupación y síntomas sistémicos.

Tabla 3

Soledad: las personas explican que en el momento del diagnóstico, sienten la falta de comunicación. El ser portador de una enfermedad transmisible repercute en sus relaciones y afecta a toda la familia.

Efectos del tratamiento anti-VHC libre de interferón en los cambios observados en la CVRS de las personas tratadas y que han tenido una RVS

En este momento ya se dispone de resultados generales de los cuestionarios de CVRS. En cuanto al aspecto físico, los pacientes que se han curado explican que tienen más vitalidad y energía, se cansan mucho menos en relación a la misma actividad realizada que antes de curarse.

En cuanto a la mejoría psíquica y emocional, obtener la curación, sobre todo en las personas que habían pasado mucho tiempo con la hepatitis C, en algunos casos habiendo realizado varios tratamientos muy duros, representa una victoria y a la vez una liberación. Librarse de la sensación de que multitud de diminutos virus se van multiplicando en su cuerpo, es una sensación increíble, un descanso para el organismo y para la psique. Además, saber que uno mismo no va a representar un riesgo de eventual transmisión del VHC a otras personas, da

una tranquilidad emocional muy potente de cara a que la persona pueda vivir con sosiego y sin esa presión difícil de afrontar de forma unilateral, sin que nadie o casi nadie conozca la problemática por la que se está pasando. Sólo los que se han curado pueden conocer ese sentimiento de descanso y liberación del estigma que ha supuesto vivir muchos años con una enfermedad transmisible. Empieza una nueva parte de una misma vida en la cual nuevos objetivos toman sentido porque las personas curadas perciben que tienen nuevas fuerzas para ello.

El aspecto social mejora en paralelo con la salud física y emocional. Muchas personas explican que han sufrido y que ya se han curado de la hepatitis C a sus amigos, en el trabajo y a sus familiares. Pueden hablar de ello, les es mucho más fácil que antes de la curación: "He tenido hepatitis C y me he curado. He ganado la guerra contra miles de virus que habitaban en mi interior y he salido más fuerte de esta lucha". Se comprende la explosión de alegría en cada curación y el aumento de la autoestima que comporta.

Los estudios del ámbito psicosocial son cruciales para conocer cómo el paciente afronta su enfermedad y colaborar en la correcta adherencia al tratamiento que le conducirá a la curación.

En ASSCAT, tenemos el objetivo de ofrecer información y apoyo a los pacientes y familiares y, si éstos lo desean, podemos compartir nuestra experiencia.

Conclusiones:

- Las complicaciones extrahepáticas sistémicas del VHC comprenden un espectro de estados patológicos en muchos órganos y sistemas. Es muy necesaria ***la realización de tratamiento temprano como una estrategia de prevención frente a la enfermedad sistémica.***

- La eliminación del VHC mejora el pronóstico tanto a nivel hepático como de las manifestaciones extrahepáticas de la enfermedad.

- La desaparición del VHC del organismo mejora la calidad de vida percibida. Aporta una sensación de liberación y bienestar a la persona curada, la cual refiere un aumento de su energía y de su capacidad para emprender actividades y proyectos que no podía realizar antes de su curación.

Referencias:

(1) Gill K, Ghazinian H, Manch R, Gish R. Hepatitis C virus as a systemic disease: reaching beyond the liver. Hepatol Int. 2016; 10(3):415-423.

(2) Cacoub P, Comarmond C, Domon F et al. Extrahepatic manifestations of chronic hepatitis C virus infection. Ther Adv Infect Dis. 2016; 3(1): 3–14.

(3) Silva LD, Cunha CC, Cunha LR, et al. Depression rather than liver impairment reduces quality of life in patients with hepatitis C. Rev Bras Psiquiatr. 2015; 37(1):21-30.

(4) Rui Tato Marinho, David Pires Barreira. Hepatitis C, stigma and cure. World J Gastroenterol. 2013; 19(40): 6703–6709.

Artículo realizado por el voluntariado de ASSCAT

LA HEPATITIS C ES UN FACTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR. SU CURACIÓN REDUCE LAS LESIONES VASCULARES ESTABLECIDAS Y MEJORA EL PRONÓSTICO

- El riesgo de complicaciones cardiovasculares graves como son el accidente cerebrovascular (ictus) o la cardiopatía isquémica aumenta en los pacientes con VHC, independientemente de la gravedad de la enfermedad hepática o de los factores de riesgo cardiovascular más frecuentes (diabetes, hipertensión, hiperlipidemia).

- La infección por VHC aparece como un factor de riesgo independiente para la aparición de accidentes cerebrovasculares isquémicos.

- Los pacientes portadores del VHC tienen con mayor frecuencia placas en la arteria carótida comparado con las personas que no tienen VHC.

Entre el amplio espectro de manifestaciones extrahepáticas relacionadas con la infección por el virus de la hepatitis C (VHC), las características de la afectación cardiovascular han sido evaluadas desde hace años en estudios realizados por autores de diferentes países. Algunos de estos estudios no fueron totalmente demostrativos, pero recientemente se han publicado artículos más concluyentes sobre el riesgo que representa la infección por VHC, así como la mejoría que se obtiene con su curación.

Se sabe que las personas con infección crónica por VHC tienen una mayor prevalencia de aterosclerosis en la arteria carótida y un aumento del grosor íntima-media (estudiado mediante ecografía Doppler vascular) en comparación con personas sanas o con aquellas que tienen hepatitis B o esteatohepatitis no alcohólica.

Es conocido que los factores de riesgo cardiovascular aumentan con la edad (hipertensión, hiperlipemia, diabetes). Por otro lado, se sabe que la prevalencia de la infección por VHC es mayor en las personas de más edad. Por tanto, es de gran interés evaluar el impacto de la infección por VHC y de su curación en la aparición y evolución de las complicaciones cardiovasculares.

Entre el gran número de manifestaciones extrahepáticas relacionadas con la infección crónica por VHC, la participación cardiovascular probablemente se ha subestimado. Por su interés, comentamos **dos artículos recientes** en los que se analiza este tema.

En 2017, en el Congreso Internacional del Hígado en Amsterdam (EASL), se presentó un estudio liderado por **Patrice Cacoub,** del Hospital Pitié-Salpêtrière de

París, en el cual se destaca la importancia de considerar que la hepatitis C es una enfermedad sistémica que afecta no sólo al hígado, sino que también sufren el corazón, los riñones, los vasos sanguíneos, el cerebro y el metabolismo de la glucosa (que se halla alterado). Además, la hepatitis C también está asociada a un mayor riesgo de cánceres no hepáticos, especialmente el linfoma no Hodgkin.

La población del estudio fueron personas con hepatitis C y cirrosis compensada (estadio Child A) que tenían el virus de la hepatitis C (VHC) detectable al inicio del estudio. Los participantes fueron inscritos en la cohorte ANRS CirVir entre 2006 y 2012 y se siguieron durante al menos cinco años. La cohorte fue reclutada originalmente para evaluar diferentes métodos de detección de carcinoma hepatocelular (cáncer de hígado) en personas con hepatitis C. Los participantes fueron visitados cada seis meses y la información sobre todos los eventos cardiovasculares se incluyó en sus registros médicos. El estudio evaluó la incidencia de accidente cerebrovascular, ataque cardíaco, angina, enfermedad arterial periférica, insuficiencia cardíaca o paro cardiaco.

El análisis incluyó a 878 personas de la cohorte, que fueron seguidas durante una mediana de 57,5 meses, se excluyeron las personas con coinfección por VIH o por hepatitis B.

Durante el período de seguimiento, 62 pacientes de la cohorte presentaron 79 complicaciones cardiovasculares mayores, fallecieron 15 personas, siete debido a un evento cardiovascular, siendo el más frecuente la insuficiencia cardíaca (23 casos notificados) seguida de un accidente cerebrovascular (16 personas). El ataque cardiaco y el paro cardiaco fueron menos frecuentes.

El hecho de tener una respuesta virológica sostenida (RVS) después del tratamiento, durante el período de seguimiento, redujo el riesgo de un evento cardiovascular en un 65%. Esta diferencia en el riesgo comenzó a manifestarse después de tres años de seguimiento y fue muy pronunciada después de seis años, así el 2,3% de los que lograron RVS tuvieron un evento cardiovascular después de seis años de seguimiento, mientras que presentaron complicaciones, el 8,7% los no-respondedores.

Entre las personas que ya tenían cirrosis en fases iniciales, las que presentaban una mayor alteración del funcionalismo hepático tenían mayor riesgo de complicaciones cardiovasculares, así una elevación de bilirrubina total (>17 µmol/L), una albúmina sérica disminuida (<35 g/L) y una cifra de plaquetas baja se asociaron de forma independiente con un riesgo aumentado. También se halló que la hipertensión arterial y el consumo de tabaco fueron predictores significativos de complicaciones cardiovasculares.

El origen geográfico también influyó. En este estudio las personas de origen asiático tuvieron nueve veces más probabilidades de experimentar un evento cardiovascular, aunque el profesor Cacoub no explicó por qué el riesgo podría ser mucho mayor en personas de origen asiático.

El profesor Cacoub dijo que los hallazgos del estudio "refuerzan la naturaleza sistémica de la infección por VHC" por lo que el efecto de la curación de la hepatitis C en el riesgo cardiovascular debe tenerse en cuenta para que todos los pacientes reciban tratamiento antiviral.

También consideramos de interés comentar los resultados, publicados en 2016 por **Salvatore Petta** y sus colegas de la Universidad de Palermo, donde realizaron un metanálisis de 22 estudios epidemiológicos sobre el riesgo cardiovascular y la infección por VHC.

Algunos de los estudios publicados en el pasado condujeron a hallazgos inconsistentes con respecto al riesgo de enfermedad cardiovascular en personas con hepatitis C. Tenían defectos o insuficiencias en su diseño, limitando la fuerza de sus conclusiones. Los investigadores de la Universidad de Palermo se propusieron agrupar datos de estudios publicados para producir estimaciones válidas de los riesgos de ataque cardiaco y accidente cerebrovascular en personas que viven con hepatitis C.

El metanálisis de los 22 estudios identificados informa en profundidad sobre las complicaciones cardiovasculares de las personas con hepatitis C en comparación con las que no la padecen.

Los autores agrupan los resultados y los exponen en **tres apartados** (ver figura):

- **Mortalidad cardiovascular** (muerte por cualquier causa cardiovascular).
- La **aterosclerosis carotídea** medida por placas carotídeas (placas compuestas de colesterol, calcio y tejido fibroso, que se acumulan en las arterias y su presencia aumenta el riesgo de ataque cardíaco y accidente cerebrovascular).
- **Accidente cerebrovascular o ataque cardíaco** (eventos cerebro-cardiovasculares).

Mortalidad cardiovascular

La mortalidad cardiovascular se calculó a partir de los resultados de tres estudios de cohortes que siguieron a 68.365 personas, de las que 735 fallecieron. El estudio estadístico demostró que las personas con hepatitis C tenían un aumento del 65% en el riesgo de morir por causa cardiovascular. Sin embargo, no fue posible llegar a una estimación agrupada, ya que la prevalencia de los factores de riesgo era heterogénea.

Ateroesclerosis carotídea

La prevalencia de arteriosclerosis carotídea se calculó a partir de nueve estudios de casos y controles que combinaron

datos de 9.083 personas, de éstas 1.979 tenían placas en la arteria carótida. La estimación agrupada mostró que las personas con hepatitis C tenían dos veces y media más probabilidades de tener una placa carotídea. Este efecto sobre la frecuencia de tener placas carotídeas fue mucho mayor cuando además de tener el VHC la persona era fumadora. El impacto del VHC sobre las placas carotídeas no fue estadísticamente significativo en las poblaciones donde el tabaquismo fue menos frecuente, lo que demuestra que el tabaquismo exacerba cualquier efecto de la hepatitis C sobre el desarrollo de enfermedades cardiovasculares.

Accidente cerebrovascular, ataque cardíaco y otras complicaciones cardiovasculares

El impacto de la hepatitis C en la incidencia de eventos cardiovasculares, incluyendo el accidente cerebrovascular, se calculó a partir de ocho estudios, combinando datos de 390.602 personas que sufrieron 18.388 eventos. La hepatitis C aumentó el riesgo de cualquier evento en un 30%. El riesgo fue significativamente mayor en estudios en los que la tasa de antecedentes de diabetes fue superior al 10%, donde la prevalencia de hipertensión arterial fue superior al 20% o donde la edad promedio de la población estudiada fue superior a 50 años.

Los autores observaron que incluso después de tener en cuenta los factores de riesgo conocidos para la enfermedad cardíaca -diabetes, hipertensión y tabaquismo- el riesgo de muerte, enfermedad cardiovascular y enfermedad de la arteria carótida seguía siendo elevado en personas con hepatitis C y describen que el efecto del VHC sobre el riesgo cardiovascular es “especialmente pronunciado” en las poblaciones donde la diabetes, la hipertensión o el tabaquismo son comunes. Los mismos autores sugieren que las anomalías metabólicas comunes en las personas con hepatitis C proporcionan una explicación sobre el aumento del riesgo, pero también apuntan a la evidencia reciente que demuestra que la hepatitis C al promover un estado proinflamatorio en el organismo, contribuye al desarrollo de la enfermedad cardiovascular.

En conclusión, la infección crónica activa por VHC aparece como un factor de riesgo independiente para los accidentes cerebrovasculares isquémicos. La infección crónica activa por VHC se asocia con un mayor riesgo de cardiopatía isquémica. En algunos estudios, el éxito de la terapia basada en interferón ya demostró un impacto beneficioso sobre el riesgo cardiovascular. El riesgo de eventos cardiovasculares mayores es más alto en pacientes con infección por VHC en comparación con los controles, y es independiente de la gravedad de la enfermedad hepática o de los factores de riesgo cardiovascular comunes. El efecto beneficioso de la terapia basada en interferón debe ser confirmado con los nuevos agentes antivirales libres de interferón en estudios prospectivos con seguimiento prolongado.

Como voluntarios de ASSCAT destacamos estos trabajos, pues apoyan la necesidad de diagnosticar a todas las personas que tienen hepatitis por VHC, tratarlas a todas precozmente independientemente de su edad y que los equipos sanitarios que las atienden trabajen de una manera multidisciplinar. Frente al desafío de la enfermedad sistémica secundaria a la infección por VHC se necesita ampliar el horizonte de los profesionales implicados en el control y tratamiento de todos los pacientes afectados.

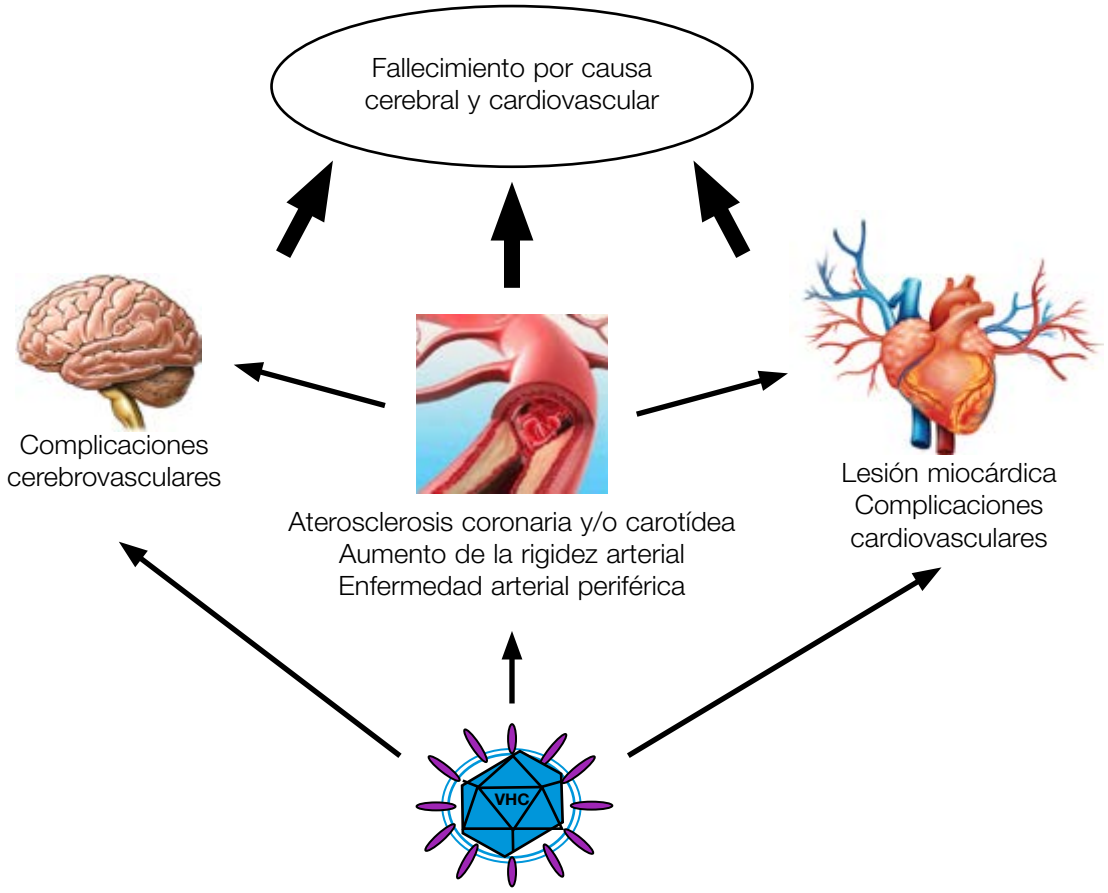
Referencias

- *Cacoub P et al. HCV eradication reduces the occurrence of major adverse cardiovascular events in hepatitis C cirrhotic patients: data from the prospective ANRS CO12 CirVir cohort. Journal of Hepatology 2017; 66: Suppl 1: S1–S32.*

- *Petta S et al. Hepatitis C virus and cardiovascular mortality: a review. Journal of Advanced Research 2017; 8: 161-168.*

Artículo realizado por el voluntariado de ASSCAT

Complicaciones cardiovasculares e infección por VHC



Adaptado de: Petta S et al. Journal of Advanced Research 2017

RETOS ACTUALES DEL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C EN PACIENTES CON ENFERMEDAD HEPÁTICA AVANZADA/DESCOMPENSADA. ¿EXISTE UN PUNTO DE NO RETORNO?

Las tasas de curación del VHC con los antivirales de acción directa (AAD) alcanzan al 90-95% de los pacientes tratados. Además de por su eficacia, la seguridad y la tolerabilidad de los agentes AAD han ampliado las indicaciones de tratamiento del VHC y en la actualidad es posible tratar a pacientes que hubiesen tenido contraindicación a recibir tratamientos previos. Hoy en día, los antivirales se indican en diversas situaciones clínicas: insuficiencia renal, enfermedad hepática avanzada y/o descompensada y también en fases pre y postrasplante de hígado.

Los AAD son muy eficaces y bien tolerados en pacientes con infección crónica por el virus de la hepatitis C. Se administran en aquellos con cirrosis compensada, pero hay pocos datos disponibles en cuanto a eficacia y seguridad en pacientes con enfermedad hepática más avanzada.

En consecuencia, cuando preguntan si todas las personas diagnosticadas se pueden tratar con los nuevos antivirales sin interferón, la respuesta es que no se puede tratar al 100%, diríamos que se podría tratar el 90-95% de los casos, y por diversos motivos, por ejemplo, que el paciente presente ya una enfermedad hepática avanzada, o que haya tenido complicaciones, que tenga enfermedades graves asociadas, o que precise un trasplante, etc.

En este artículo se comentan los resultados de dos artículos publicados recientemente haciendo especial hincapié en la aplicabilidad de las terapias con los agentes antivirales de acción directa (AAD) que están actualmente disponibles, en pacientes con cirrosis descompensada.

El primer estudio seleccionado (1), tiene un gran interés, es retrospectivo, y multicéntrico nacional en pacientes del Registro Hepa-C español, en el que se investiga la efectividad y seguridad de las combinaciones de AAD libres de interferón en pacientes con enfermedad hepática avanzada o con cirrosis descompensada, en la práctica clínica de rutina. En este estudio el objetivo no sólo fue evaluar a los pacientes con mayor probabilidad de alcanzar una RVS, sino también establecer quienes tendrían una respuesta subóptima y/o un mayor riesgo de tener efectos adversos.

Se excluyeron los pacientes que fueron trasplantados durante el tratamiento o que recibieron el trasplante en el período de las 12 semanas posteriores a haberlo completado. Los pacientes fueron clasificados según la gravedad de su hepatopatía, se analizaron los resultados obtenidos en 843 pacientes, de los cuales el 90% logró una RVS, 564 pacientes en estadío Child A con 94% de RVS, mientras que en estadío Child B/C, sólo 175 pacientes obtuvieron RVS, lo que representa el 78%.

En las tasas de recaída también se observaron diferencias significativas entre los pacientes de clase A de Child y los de clase B/C (4% versus 14%). También los efectos adversos observados fueron más frecuentes en los pacientes con enfermedad en estadío B/C versus estadío A (50% versus 12%, respectivamente). La descompensación de la enfermedad hepática fue el evento adverso grave más frecuente (7% en general) y la tasa de mortalidad durante el período de estudio alcanzó el 2%, 16/843, mayor entre los pacientes con enfermedad más avanzada, clase B/C en comparación con los de clase A (6,4% versus 0,9%).

El MELD, la puntuación utilizada para la evaluación pronóstica de la enfermedad hepática y para priorización en lista de espera de trasplante hepático, demostró estadísticamente que una puntuación superior a 18, con una especificidad del 97%, era el mejor predictor de supervivencia.

Estos resultados concuerdan con los obtenidos en estudios previos publicados con menos casos. La tasa de RVS alcanzada es inferior a la esperada. Se relaciona con la presencia de hipertensión portal y por la alteración del metabolismo hepático de los fármacos, así como defectos en la función inmune y a diferencias en la adherencia por el mayor número de efectos adversos observados en los más graves. Los autores refieren el eventual riesgo teórico de administrar simeprevir en una población con cirrosis establecida, no obstante, al comparar los grupos con o sin simeprevir no se confirmaron posibles diferencias.

Es importante destacar de los resultados, que un paciente con una puntuación MELD mayor de 18, presentaría una gravedad pronóstica de cara a recibir un tratamiento que puede no beneficiarlo. Además, en el modelo para calcular el MELD, se incluye la función renal y hoy en día, aunque se disponga de combinaciones que se pueden administrar en casos de insuficiencia renal, como son ombitasvir/paritaprevir/ritonavir y elbasvir/grazoprevir, están contraindicados si existe cirrosis descompensada (2).

En conclusión y en base a los datos aportados por el presente estudio español: los pacientes con cirrosis descompensada que reciben AAD presentan menores tasas de respuesta viral y experimentan más efectos adversos. Se recomienda que antes de iniciar

tratamiento con AAD, estos pacientes sean referidos a centros con unidad de trasplante hepático para individualizar la indicación. En este contexto, una puntuación MELD mayor a 18, puede ayudar a los equipos médicos a identificar a los pacientes con un mayor riesgo de complicaciones e individualizar las decisiones de tratamiento.

El segundo estudio seleccionado (3), es un estudio de fase II realizado en pacientes con cirrosis VHC, genotipo 1 o 4, que ya tenían hipertensión portal o enfermedad hepática descompensada y se evaluó por primera vez en este subgrupo, la combinación de tres antivirales de acción directa (AAD): simeprevir, daclatasvir y sofosbuvir sin ribavirina. El interés de este trabajo es doble: se centra en el hecho conocido, como ya se ha comentado, de que algunos AAD pueden producir toxicidad grave de causa hepática en pacientes con cirrosis subyacente y en la falta de estudios enfocados a los casos más avanzados.

Lo que las guías clínicas actuales recomiendan para todos los pacientes con infección por el VHC que tienen cirrosis descompensada (4): los pacientes con infección por el VHC que tienen cirrosis descompensada (insuficiencia hepática moderada o grave) deben ser referidos a un médico con experiencia en esa condición (idealmente en un centro de trasplante de hígado). Los predictores de mejoría o empeoramiento no se han definido claramente.

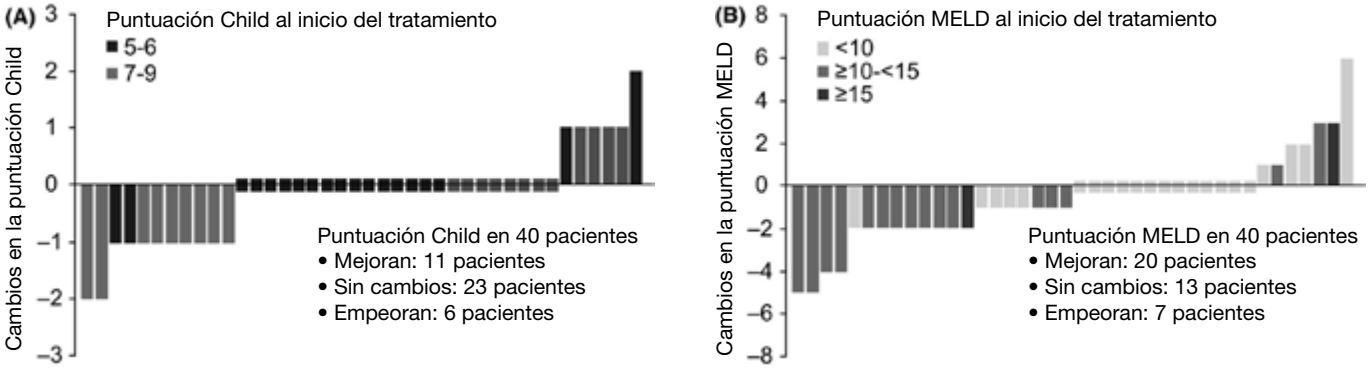
Simeprevir, sofosbuvir y daclatasvir son AAD que ya están aprobados para el tratamiento de la infección crónica por VHC. Simeprevir es un inhibidor de la proteasa NS3/4A del VHC con actividad antiviral frente a los genotipos 1, 2, 4, 5 y 6; sofosbuvir es un nucleótido pangenotípico del inhibidor de la polimerasa NS5B del VHC; y daclatasvir es un inhibidor pangenotípico del complejo de replicación NS5A del VHC.

En este estudio se seleccionaron 74 pacientes, de los cuales sólo 40 fueron incluidos: 19 en fase de Child A y 21 en fase de Child B. Las tasas de RVS obtenidas fueron de 85%-89%. Ningún paciente interrumpió el tratamiento del estudio prematuramente. Los pacientes fueron principalmente varones (63%), blancos (98%), con un índice de masa corporal alto (>28,5) y un predominio de VHC Genotipo 1a (65%).

La hipertensión portal se diagnosticó por la presencia de varices esofágicas, que se detectaron en todos los casos, el grupo Child B tenía una puntuación MELD media de 10,1 y el 95% de los pacientes tenían algún tipo de descompensación (ascitis, 81%, encefalopatía hepática 67% y albúmina media, 3,2 g/dL).

Durante el tratamiento 2 de los 21 pacientes del grupo Child B presentaron descompensación hepática (ictericia en un paciente y hemorragia digestiva en otro paciente).

Cambios en la puntuación de Child (A) y de MELD (B) desde el inicio del tratamiento hasta la semana 12 de seguimiento



E.Lawitz et al. J Viral Hep 2017

Algunos pacientes presentaron alteraciones de los análisis, la más frecuente en el grupo Child B, fue una elevación de bilirrubina, sin detectar paralelamente un aumento de ALT/AST. La elevación de bilirrubina se correlacionó con niveles plasmáticos elevados de simeprevir; dichos aumentos fueron aislados, bien tolerados y no condujeron a una retirada del tratamiento.

El impacto de la RVS en la función hepática de los pacientes con enfermedad hepática avanzada y descompensada aún no se conoce bien. Los resultados de este estudio, revelaron que en la mayoría de los pacientes que lograron una RVS, se vio una mejora o estabilización de la puntuación de Child y de MELD desde el inicio hasta la semana 12 postratamiento (ver figura). El período de seguimiento en estos pacientes de estudio, será por protocolo de 5 años, lo cual permitirá investigar los cambios clínicos que sucedan en un período de tiempo prolongado y proporcionará información sobre los beneficios a largo plazo en pacientes con enfermedad hepática avanzada tras alcanzar la RVS.

Esta es la primera vez que se ha evaluado la combinación de simeprevir, sofosbuvir y daclatasvir (tres AAD que se administran por separado, con diferentes mecanismos de acción y también diferentes perfiles de resistencia) para tratar pacientes con VHC genotipo 1 o 4, con enfermedad hepática descompensada. Los resultados de este estudio prospectivo confirman que la combinación de estos tres AAD, con diferentes mecanismos de acción, permitiría mejorar las tasas de RVS en pacientes seleccionados, en un subgrupo que es actualmente difícil de curar. Se hallan en marcha más estudios con la combinación de AAD mencionada, que tendría el potencial de un tratamiento relativamente corto de 12 semanas y sin ribavirina en VHC de genotipo 1.

En este artículo se presentan algunos datos sobre lo que se ha publicado

haciendo especial hincapié en la aplicabilidad de las terapias con AAD actualmente disponibles en pacientes con cirrosis descompensada, la cual condiciona que se produzca una alteración en el metabolismo que afecta a las concentraciones en sangre de los fármacos. Por lo tanto, los expertos opinan que las opciones terapéuticas se han de sopesar caso por caso y en muchos pacientes candidatos a Trasplante Hepático (TH) se realizará el tratamiento anti-VHC después del trasplante.

Las propiedades de los fármacos AAD y los perfiles del huésped en estos grupos específicos de pacientes podrían limitar la generalización de los regímenes anti-VHC, no se conoce el punto de "no retorno", a partir del cual el tratamiento no sería beneficioso. Sabemos que la Respuesta Viral Sostenida (RVS) tras el tratamiento equivale a curación. No obstante, en los estudios de registro de los nuevos AAD, se incluyeron pocos pacientes con cirrosis y no se aceptaban si tenían cirrosis descompensada. Actualmente se conoce que la tasa de RVS en los pacientes más graves es inferior a la publicada en los artículos presentados por las compañías para el registro de las nuevas moléculas.

Se reconoce que en los pacientes con enfermedad hepática muy avanzada o con comorbilidades, alcanzar una RVS con la eliminación del VHC, no siempre se asocia a un mejor resultado clínico. En los pacientes con descompensación, la RVS no va siempre asociada a una mejora o regresión de las lesiones hepáticas e incluso puede haber pacientes en los que la función hepática empeore tras alcanzar la RVS.

Los resultados de los artículos presentados ponen de relieve la menor eficacia y los riesgos que representa el tratamiento con AAD en pacientes con insuficiencia hepática avanzada.

Teresa Casanovas, hepatóloga

Referencias

1. Fernández Carrillo C et al. Treatment of Hepatitis C Virus infection in patients with cirrhosis and predictive value of Model for End-Stage Liver Disease: analysis of data from the Hepa-C Registry. Hepatology 2017; 65:1810-1822.

2. Suraweera D, Saab S. Hepatitis C Treatment threshold in patients with decompensated liver disease. Hepatology 2017; 65:1789-1791. (Ed.).

3. E. Lawitz et al. Simeprevir, daclatasvir and sofosbuvir for hepatitis C virus- infected patients with decompensated liver disease. J Viral Hepat 2017; 24: 287–294.

4. Guías clínicas de la AASLD http://www.hcvguidelines.org/full-report/unique-patient-populations-patients-decompensated-cirrhosis (consulta 3 de julio 2017).

ACTIVIDADES DE APOYO, INFORMACIÓN, CONCIENCIACIÓN Y PARTICIPACIÓN

CHARLAS Y TALLERES INFORMATIVOS

CURSO PACIENTE EXPERTO PLUS EN HEPATOLOGÍA

MESAS INFORMATIVAS

ASSCAT organiza mesas informativas en los vestíbulos de los hospitales de Cataluña que son atendidas por nuestros voluntarios/as. El objetivo es acercar a la ciudadanía información escrita y verbal sobre qué son las hepatitis virales, las formas de transmisión, los tratamientos y cómo y dónde hacerse las pruebas de diagnóstico; así como informar sobre los servicios de atención comunitaria para las personas con hepatitis y sus familiares.

JORNADAS DE INFORMACIÓN Y PRUEBAS FIBROSCAN®

Jornada de Información y Pruebas con Fibroscan® ASSCAT 2017

DÍA 25 DE ABRIL - SEDE DE ASSCAT

Hotel d'Entitats "La Pau", Pere Vergés 1 - Barcelona

DESARROLLO DE LA JORNADA:

9:30 a 11:00 - Pruebas con Fibroscan

11 a 12 - Charlas informativas:
- Tratamiento del Virus de la Hepatitis C como prevención y eliminación.
Dra. Teresa Casanovas, hepatóloga
- Información sobre las actividades de ASSCAT.
Voluntariado de ASSCAT

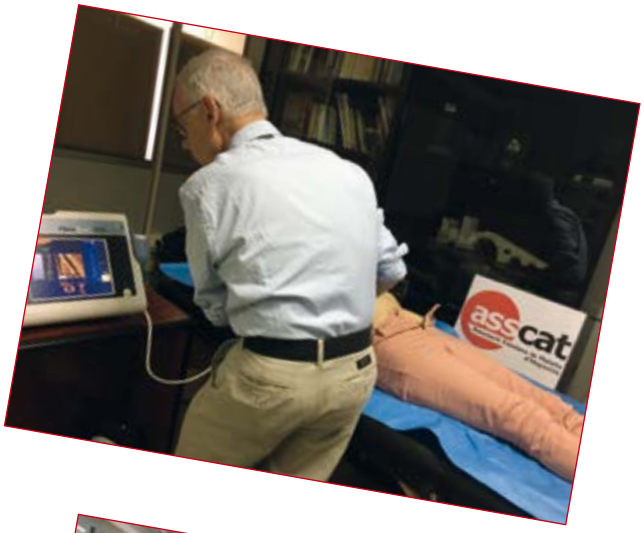
12 a 13:30 - Pruebas con Fibroscan

15:30 a 19 - Pruebas con Fibroscan

Se dispondrá de bebidas y refrigerio.

asscat Associació Catalana de Malalts d'Hepatitis

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



JORNADAS DE INFORMACIÓN Y DETECCIÓN ORAL DEL VHC

Estas Jornadas se llevan a cabo en colaboración con Cruz Roja Barcelona. El objetivo es atender e informar a los pacientes ya diagnosticados que nos visiten y concienciar a la ciudadanía sobre la importancia de conocer las hepatitis virales y dar visibilidad al hecho de que es muy fácil detectar los anticuerpos del VHC mediante la prueba oral.

La hepatitis C tiene curación, pero en España se estima que más del 60% de las personas infectadas por el VHC no lo saben.

En estas Jornadas, voluntarios de la Asociación Catalana de Enfermos de Hepatitis (ASSCAT) y voluntarios de Cruz Roja Barcelona entregan material informativo a la población y atienden a los ciudadanos interesados en recibir más información de manera personal.

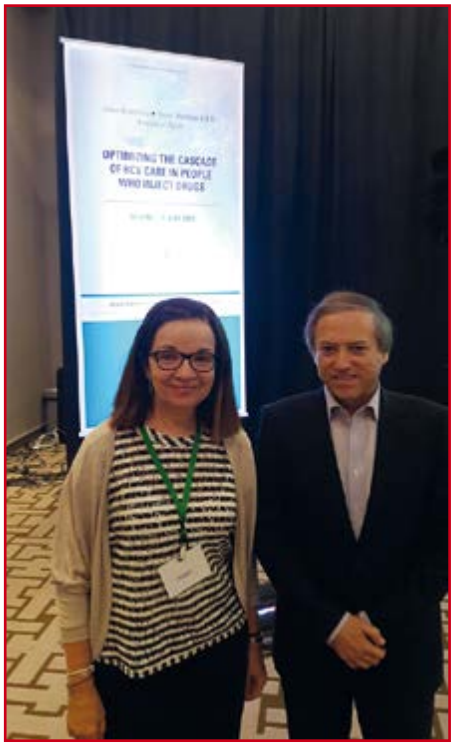
Se ofrece información y la posibilidad de hacerse el test oral a las personas que nos visitan. El test oral se realiza de forma gratuita.

Esta prueba no invasiva permite la detección de anticuerpos del virus de la Hepatitis C (VHC) mediante un frotis de la mucosa bucal. El resultado se obtiene en tan sólo 20 minutos y tiene una precisión del 99%.

Aquellas personas en las que el resultado es positivo, son derivadas a su médico o especialista para realizar el diagnóstico y, en caso de confirmación de infección por VHC, ser controladas y tratadas.

EDICIÓN DE MATERIAL INFORMATIVO

PARTICIPACIÓN EN ENCUENTROS Y JORNADAS NACIONALES E INTERNACIONALES



DÍA MUNDIAL DE LA HEPATITIS 2017

Día Mundial de la Hepatitis

10:00 **BIENVENIDA INSTITUCIONAL**

Dr. Jaume Padrós.
Presidente del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona (COMB).

Sr. Toni Comín.
Conseller de Salut de la Generalitat de Catalunya.

Dra. Teresa Casanovas.
Hepatòloga y presidenta de la Associació Catalana de Malalts d'Hepatitis (ASSCAT).

10:45 **PRIMERA MESA:**
"HEPATITIS C, EXPERIENCIAS EN CATALUÑA PARA CONSEGUIR SU ELIMINACIÓN"

Moderadores:

Dra. Neus Domènech, médico de familia (Banyoles).
Dr. Miquel Torres, hepatólogo, Hospital Esperit Sant (Santa Coloma de Gramenet).

Ponentes:

Epidemiología:

Dra. Sabela Lens, hepatóloga, vocal de la Societat Catalana de Digestologia, Hospital Clínic (Barcelona). "*Estudio prospectivo de la prevalencia de las hepatitis en Cataluña*".

Prevención:

Sra. Núria Ibáñez, psicóloga clínica, técnica de la Sub-direcció General de Drogodependències. Agència de Salut Pública de Catalunya. "*Importancia de la educación de las personas en riesgo. Programas de reducción de daños*".

Cribado:

Dr. Josep Quer Sivila, virólogo, Vall d'Hebron Instituto de Investigación - Hospital Vall d'Hebron (Barcelona). "*Actualización de las herramientas de laboratorio para hacer el diagnóstico de las hepatitis por VHC*".

Tratamiento:

Dr. Josep Maria Guardiola, médico internista. Medicina Interna-Urgencias, Hospital de Sant Pau (Barcelona). "*Impacto del tratamiento anti-VHC en la población coinfectada VHC-VIH*".

Prisiones:

Dr. Carlos Touzón, médico internista del C.P. Lledoners (Sant Joan de Vilatorrada). "*Hepatitis virales: de dónde venimos y adónde vamos en las prisiones de Cataluña*".

11:45 **PAUSA CAFÉ**

12:10 **SEGUNDA MESA:**
"ESCRIBIENDO LAS HISTORIAS DE LAS PERSONAS, TODOS SOMOS PACIENTES"

Moderadores:

Dra. Dulce López, farmacéutica. Coordinadora de Ensayos Clínicos del Hospital Trias i Pujol (Badalona).

Dr. Xavier Majó i Roca, médico, técnico de la Sub-direcció General de Drogodependències. Agència de Salut Pública de Catalunya.

Ponentes:

Superando barreras de acceso:

Sr. Toni Llort, miembro de la Associació de Persones Usuàries de Drogues de Catalunya (CATNPUD). "*Barreras en el acceso al tratamiento de la hepatitis C*".

Protección frente enfermedades transmisibles:

Sr. Juanse Hernández, miembro del Comitè 1er de Desembre. "*ChemSex, un nuevo reto en el abordaje de la hepatitis C*".

Colaboración entre pares:

Sra. Pepita Buchaca, voluntaria de la Associació Catalana de Malalts d'Hepatitis (ASSCAT). "*La importancia del papel de las asociaciones de pacientes*".

Nuevas perspectivas en la lista de espera del trasplante hepático:

Sr. Josep Maria Martinez, presidente de la Associació de Trasplantats Hepàtics de Catalunya (ATHC). "*Cambios en la lista de espera de trasplante a raíz de los tratamientos curativos del VHC con AAD*".

13:10 **CIERRE DE LA JORNADA**

Dr. Joan Colom Farran, director del Programa de Prevención, Control y Atención al VIH, las ETS y las Hepatitis Víricas y subdirector general de Drogodependències de la Agència de Salut Pública de Catalunya. "*El Programa de Prevención, Control y Atención a las Hepatitis Víricas en Cataluña: objetivos y resultados*".

PROGRAMA **2017**

El 28 de julio, Día Mundial de la Hepatitis, ASSCAT ha organizado en el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona (COMB) una Jornada unitaria para dar información de primera mano a la ciudadanía, de lo que se está realizando en Cataluña a nivel de prevención, diagnóstico, tratamiento y acciones específicas para la eliminación de las hepatitis virales.

Actualmente, a nivel global, el número de personas que mueren a causa de las hepatitis es más elevado que la suma de los fallecidos por VIH, tuberculosis y malaria y mientras que la mortalidad por estas causas va bajando, los fallecimientos por hepatitis aumentan. Es por este motivo que la OMS ha dictaminado que los gobiernos deben poner más medios para que disminuyan tanto las complicaciones (cirrosis descompensada y hepatocarcinoma), como los fallecimientos y nuevas infecciones y conseguir la eliminación de las hepatitis, proyectada para 2030. En ASSCAT estamos comprometidos con estos objetivos de la campaña de la OMS de la eliminación de las hepatitis virales para 2030.

Tal como refleja el programa de la Jornada, en el encuentro han participado hepatólogos, médicos de prisiones, investigadores, psicólogos, técnicos de salud pública y representantes de las organizaciones de pacientes.

Desde ASSCAT queremos agradecer a todos los ponentes y moderadores su implicación y participación en el evento. Los asistentes nos han comunicado su satisfacción por la organización y por la información recibida.

Las intervenciones de esta Jornada han sido grabadas en diferentes videos para que las personas que no han podido acompañarnos puedan visionar todas las intervenciones y todos podamos reflexionar sobre los temas expuestos. Los podréis visionar mediante enlaces a lo largo de la lectura de esta crónica.

El acto se inició con las palabras de bienvenida del Dr. Jaume Padrós presidente del COMB, quien se mostró muy satisfecho de que el Colegio de Médicos acogiera esta Jornada promovida por una asociación de pacientes, felicitó a ASSCAT por la iniciativa y animó a todos los participantes a continuar el trabajo a favor de la eliminación de las hepatitis virales.

Seguidamente intervino el Dr. Joan Colom, director del Programa de atención al VIH, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis víricas de la Agencia de Salud Pública de Cataluña, quien excusó la presencia del Sr. Comín y expuso algunos de los retos actuales y de futuro que afronta el Departament de Salut en lo referente a las hepatitis virales. Uno de los más importantes es el Programa Integral para Prevenir y Tratar las Hepatitis en Cataluña, pendiente de ser aprobado definitivamente por el Par-

lament de Catalunya. También comentó los estudios epidemiológicos en marcha, los resultados de los tratamientos anti-VHC que han sido excelentes tanto por el elevado número de personas tratadas (11.000 con los nuevos AAD hasta la fecha) como por la elevada tasa de curación. Asimismo, explicó algunas actuaciones de futuro como por ejemplo el propósito de que los colectivos en mayor situación de riesgo de transmitir la infección por VHC, como son los usuarios de drogas, y que difícilmente se integran en el sistema de salud, puedan recibir el tratamiento in situ y de forma directamente observada.

A continuación, la Dra. Teresa Casanovas, presidenta de ASSCAT, ha agradecido a los asistentes la presencia de todos los que pudieron acompañarnos y destacó el éxito que ha tenido la convocatoria tanto a nivel de la calidad e implicación y como de la diversidad de los ponentes. Señaló que no es habitual que coexistan en el mismo acto presentaciones científicas con otras en las que se visualicen experiencias sobre las dificultades para acceder al tratamiento y se explique la labor llevada a cabo por entidades y asociaciones de pacientes que trabajan para informar y apoyar a las personas, en diversos ámbitos relacionados con las hepatitis, para su educación y empoderamiento.

También ha explicado que en ASSCAT desearíamos que, en Cataluña en particular, pero también a un nivel más general, la visión social y de salud pública tuviese un mayor protagonismo. Ha señalado que ASSCAT considera crucial que todas las personas pudiesen disponer de más información y que los médicos de primaria estuvieran más implicados y coordinados en el programa de diagnóstico y tratamiento de las hepatitis. Los médicos de cabecera son la puerta de entrada en el sistema sanitario.

Con el objetivo de la eliminación de las hepatitis virales, la Dra. Casanovas ha dicho que es necesario tomar una serie de medidas bien coordinadas, que aún no se están realizando, como son tratar a todos los casos ya conocidos y descubrir e informar los casos que aún no se han diagnosticado, ya que un elevado número de personas no saben que son portadoras. Esta situación de infradiagnóstico es grave puesto que estamos frente a enfermedades transmisibles y actualmente se ha avanzado mucho en su control y tenemos un tratamiento curativo de la hepatitis C.

Podéis ver las intervenciones de la mesa inaugural **aquí.**

El Dr. Torres y la Dra. Domenech presentaron las intervenciones de la primera mesa, que fueron de carácter científico:

La **Dra. Sabela Lens** presentó los resultados provisionales, pero ya bastante avanzados, del Estudio Prospectivo de Prevalencia de las hepatitis B y C en Cataluña. De los datos obtenidos hasta ahora la prevalencia estimada es inferior a la que se preveía. Ver **aquí** la presentación completa de la Dra. Lens.

La **Sra. Núria Ibáñez, psicóloga** presentó diferentes actuaciones que se realizan desde la Agencia de Salud Pública de Cataluña, con el propósito de reducción de daños y programas de educación específica que tienen como objetivo evitar la transmisión del VHC en poblaciones vulnerables. La presentación completa puedes verla **aquí.**

El **Dr. Josep Quer Sivila** habló del estudio con nuevas metodologías de las resistencias frente a los tratamiento del VHC, ya que, si se curan el 95% de las personas tratadas, ¿qué pasa con el 5% de personas no curadas y que precisarán un segundo tratamiento? Este segundo tratamiento se ha de personalizar y pautar habiendo estudiado cuales son las variantes virales resistentes y se ha de administrar un tratamiento que garantice la curación. Es evidente que no solo por motivos económicos. El Dr. Quer transmitió en su intervención el mensaje de que existen medios para conocer todo lo necesario del virus de la hepatitis C que tiene de cada uno de los pacientes que se tienen que tratar, para conseguir que el primer tratamiento sea efectivo y no se produzca fallo. Y ese debe ser el objetivo a conseguir. Haciendo clic **en este enlace** podrás visionar toda la presentación del Dr. Quer.

El **Dr. Josep Mª Guardiola,** quien trata pacientes coinfectados con VHC-VIH en el Hospital de Sant Pau de Barcelona, transmitió en su charla empatía máxima con sus pacientes ante el hecho de que muchos de ellos han de esperar

para recibir el tratamiento. Una cosa es lo que se aprueba en el Consejo interterritorial y otra bien distinta es la realidad de cada profesional y cada uno de sus pacientes en cada uno de los hospitales. Él vive y comprende que sus pacientes sufren ante la espera. Ver toda la presentación del Dr. Guardiola **aquí.**

El **Dr. Carlos Touzón,** explicó la situación actual de las hepatitis virales en las prisiones de Cataluña. Señaló que desde hace unos años la asistencia sanitaria a las personas ingresadas en las prisiones catalanas está transferida a la Generalitat y que existen protocolos específicos para todas las personas que ingresan en los centros, a quienes se les ofrece entre otras la pruebas la del VHC. Explicó que con la llegada de los antivirales de acción directa la prevalencia del VHC en las prisiones ha pasado en muy pocos años, del 20% al 11%. Ver todos los datos en **su presentación.**

La segunda mesa fue moderada por el Sr. Xavier Majó y la Dra. Casanovas, quien disculpó la asistencia de la Sra. Dulce López. Las cuatro presentaciones estuvieron a cargo de representantes de asociaciones.

El **Sr. Juan Fco. Roda** sustituyó al Sr. Toni Llort y habló de su experiencia humana y las dificultades que ha tenido que superar hasta que se le pudo dispensar el tratamiento sin interferón para su hepatitis C, de la que por fin ha conseguido curarse. Ver su experiencia **aquí.**

El **Sr. Juanse Hernández,** explicó en su exposición que tras las personas usuarias de drogas inyectables, los hombres gais y otros hombres que practican sexo con hombres (HSH) y que son portadores del VIH son la segunda población más afectada por las nuevas infecciones por VHC. Los factores de riesgo asociados al incremento de las hepatitis C agudas registradas en estas personas parecen estar relacionados con la práctica del *ChemSex,* que consiste en el uso intencionado de drogas para mantener relaciones sexuales por un período largo de tiempo. Durante el *ChemSex,* entre los factores de riesgo de VHC, se incluyen las conductas sexuales, las conductas de consumo de drogas y los factores biológicos. Todos estos factores actúan de forma sinérgica y son la tormenta perfecta para la transmisión de la hepatitis C. Ver toda la intervención de Juanse Hernández **en este enlace.**

La **Sra. Pepita Buchaca** explicó que el papel de las asociaciones de pacientes es fundamental como parte

de la respuesta a los problemas de salud de las personas. Habló de que una de las fortalezas básicas de las asociaciones, es el voluntariado, que atiende, da soporte, informa y acompaña a las personas. También explicó que las asociaciones desarrollan actividades de concienciación social e incidencia política y reclamó que la administración ponga en valor el trabajo desarrollado por las asociaciones de pacientes. Ver presentación **aquí.**

El **Sr. Josep María Martínez** habló de los cambios en las listas de espera de trasplante hepático debido a la curación de muchos pacientes con hepatitis C y señaló que, en España, en la actualidad el 22% de las personas que esperan un trasplante hepático es debido a la hepatitis C, este porcentaje es claramente inferior al de hace unos pocos años que era del 50%. Ver todos los datos en su presentación **aquí.**

Como mensajes importantes a modo de conclusión desde ASSCAT queremos señalar que frente a los titulares triunfalistas aparecidos en algunos medios de comunicación con motivo del Día Mundial de la Hepatitis 2017, la realidad es que en España y en Cataluña en particular se ha tratado solamente a un porcentaje de los afectados por VHC diagnosticados, aquellos que han podido tener acceso por cumplir una serie de requisitos. La opinión unánime de los científicos y de los defensores de los pacientes es que se ha de tratar a todos los pacientes ya que la hepatitis C es una enfermedad potencialmente fatal para la que existe cura.

Se han de estudiar las barreras que aún existen, mirar más allá del precio de los medicamentos, propiciar que en el futuro dispongamos de fármacos genéricos. Se ha de apoyar el acceso al diagnóstico y al tratamiento, pero también a la información actualizada como un medio imprescindible para que se conozcan más las hepatitis y que la discriminación y el estigma asociados a ellas desaparezcan. El estigma es doloroso, y hoy en día aún existen personas pertenecientes a colectivos vulnerables que viven en una situación de auto-marginación.

Las hepatitis virales son enfermedades transmisibles por lo tanto es muy importante tener toda la información actualizada, no sólo como pacientes sino también como ciudadanos, saber qué hay que hacer para prevenir, para diagnosticar, para protegerse, para tratar, para controlar. Debemos tener en

cuenta lo que decía el Dr. Albert Jovell "todos somos pacientes y sólo es cuestión de tiempo".

Se están llevando a cabo experiencias de formación y de empoderamiento tanto a nivel individual como en grupos específicos. En este contexto tiene un gran peso y es un avance la labor de formación y apoyo entre iguales, entre las personas que han pasado por la misma situación. Ya se tiene experiencia en la formación en dos entornos: el apoyo entre iguales y el agente de salud con formación específica

Existen una serie de poblaciones clave, que de alguna manera están poco controladas y carecen de información a las que en los últimos años se está llegando con resultados muy esperanzadores, como, por ejemplo, las personas privadas de libertad en prisiones, los usuarios de drogas, los homosexuales, los trabajadores del sexo, algunos colectivos de inmigrantes. Para poder atenderlos se debería disponer de más programas específicos.

Por otro lado, para que se obtengan cambios reales se precisa una presión social y también coordinación sanitaria y política, podríamos tomar de ejemplo todo lo que se ha conseguido alrededor de la epidemia del VIH. Se ha de reconocer más por los gobernantes el peso que tiene la hepatitis C como epidemia no reconocida y ocultada hasta ahora y actuar en consecuencia. También la presencia de la hepatitis B precisa de mayor atención específica, sobre todo en la población inmigrante.

En estos momentos, existen estos puntos fundamentales:

- Es preciso el acceso universal al tratamiento anti-VHC independientemente del grado de afectación hepática.

- Se necesita la implicación de los equipos de atención primaria que puedan realizar pruebas de cribado rápidas en un solo paso y den información a las personas.

- Se deberían realizar muchas más acciones para prevenir nuevas infecciones que se sabe que afectan principalmente a los UDI y a los HSH.

- Es necesario la participación multidisciplinar e interdisciplinar de todos los agentes implicados de una manera coordinada.

- Por último, se ha de tener en cuenta los aspectos económicos puesto que no existen presupuestos finalistas y concretamente en el tratamiento anti-VHC cada autonomía está negociando precios con las compañías farmacéuticas.

ES MUCHO LO QUE SE HA HECHO EN ESTOS ÚLTIMOS AÑOS, PERO AÚN QUEDA MUCHO POR HACER Y DEBERÍAMOS HACERLO ENTRE TODOS LOS AGENTES IMPLICADOS.

MI VIRUS C HA SIDO MUY RESISTENTE, PERO AL FINAL ME HE CURADO

Mis vivencias con la hepatitis C han durado muchos años. Descubrí que estaba infectada con el virus de la hepatitis C (VHC) en 1998, con 34 años y embarazada de mi segunda hija, Raquel. En el tercer mes de embarazo sufrí unos picores muy intensos en mis piernas y pies que estaban cubiertos de ronchas rojas. No podía parar de rascarme y tenía tanta picazón que estaba desesperada y tenía ganas de llorar. Fui al Hospital de Sant Boi en repetidas ocasiones para intentar encontrar solución a dicho problema, pero lo máximo que me suministraron fueron varias cremas que no sirvieron de nada. En el quinto mes tuve pérdidas y me derivaron al Hospital Vall d'Hebron. Una vez llegué, me realizaron una analítica y fue cuando me informaron que tenía el VHC. La noticia me impactó mucho. No sabía qué era y me quedé muy preocupada.

Además, tuve que quedar ingresada en el Hospital de la Vall d'Hebron con el diagnóstico de una colestasis del embarazo. Estuve ingresada hasta que a causa de un fuerte sangrado tuvieron que realizarme una cesárea urgente estando de siete meses. Mi hija nació con anticuerpos del VHC y durante dos años le hicieron revisiones, aunque la analítica viral la tenía negativa. Actualmente sigue sin ser portadora del VHC.

Una vez salí del Hospital Vall d'Hebron realicé seguimiento de mi hepatitis C en el Hospital Sant Joan de Déu de Sant Boi de Llobregat, donde me realizaban las revisiones semestrales.

En 2009 me trataron con interferón y ribavirina, la duración del tratamiento era de un año, pero me retiraron el tratamiento a los 8 meses porque el virus C no desaparecía. Durante este tiempo los síntomas fueron muy duros: náuseas, pérdida de peso, hipotiroidismo, anemia grave, por lo que estaba siempre en cama.

Después de esta mala experiencia en mi primer tratamiento anti-VHC fui realizando los controles hasta que mi fibrosis hepática progresó a cirrosis, además tenía lesiones en las piernas, diabetes y alteración renal.

Por fin, en mayo de 2015 me suministraron Viekirax, Exviera y ribavirina. La duración de este tratamiento fue de tres meses. Mientras tomaba estos medicamentos no tuve ningún efecto secundario, es más, nada más empezarlo me desaparecieron las manchas en las piernas que tenía a causa de la vasculitis y me encontraba con muchas fuerzas.

En las dos primeras analíticas el VHC dio indetectable y lo celebré con mi familia, pero en la tercera y última analítica ¡volvió a aparecer el VHC! Mi disgusto y el de mi familia fue mayúsculo, no lo podíamos creer, pero tuve que admitirlo y aceptarlo. Aunque los nuevos antivirales tienen una gran eficacia, el porcentaje de curación no es del 100%. Yo he tenido la mala suerte de que mi virus fue resistente. Mi doctora de Digestivo me dijo que debía pasar un largo tiempo para volver a hablar de tratamiento.

A los pocos días de esta pésima noticia conocí a los voluntarios de ASSCAT en una Jornada de Información y Detección que realizaban conjuntamente con Cruz Roja Sant Boi a finales de 2015. Ellos me animaron mucho y me ofrecieron apoyo e información.

En mayo de 2016 tuve un control con mi doctora y le pregunté si ya había algún tratamiento, ya que había escuchado en los medios de comunicación que estaban saliendo nuevos fármacos. Su respuesta fue que no había nada para suministrarme en ese momento, que tenía que esperar uno o dos años.

Pero yo me encontraba mal, estaba con cirrosis, con diabetes, con vasculitis y con los riñones afectados. También

estaba muy deprimida. Necesitaba que me ayudaran. Acudimos a ASSCAT, donde nos informaron que sí había tratamiento para suministrarme. En primer lugar, nos aconsejaron que presentáramos una reclamación en la oficina de atención al usuario del Hospital de Sant Boi, lo cual hicimos en mayo. El día 8 de junio recibimos respuestas muy amables del Jefe del Servicio de Digestivo, de la Directora del Hospital y de Atención al Usuario pero no había ninguna solución efectiva a mi situación y además se insistía en que no había en ese momento ninguna opción terapéutica para retratar mi hepatitis C. En ese momento ASSCAT nos ayudó a redactar una carta de respuesta en la que se argumentaba que sí se podía empezar a actuar para curar mi virus C que se había hecho resistente.

Además, ASSCAT habló de mi caso con la Gerencia de Atención Ciudadana de CatSalut. Se nos indicó que entregásemos copias de toda la documentación de mi caso y redactamos una carta en la cual pedíamos que se iniciara el procedimiento para evaluar el tratamiento de rescate de manera urgente en razón de mis circunstancias clínicas en ese momento.

Esta gestión dio sus frutos y, al poco tiempo, desde el Hospital Vall d'Hebron me notificaron que tenía programada visita con el Dr. Esteban Mur y la Dra. Buti. Cuando fui a la visita me realizaron todas las pruebas necesarias para decidir qué tratamiento sería el mejor para mi situación. La experiencia y atención de los doctores me dieron mucha seguridad y tranquilidad. Por fin, en febrero de 2017 comencé el tratamiento con los fármacos Zepatier, Sovaldi y ribavirina durante cuatro meses. Los síntomas que he tenido durante este tratamiento han sido cansancio, fatiga, llagas en la boca y pérdida de apetito.

Finalicé el tratamiento en junio de 2017 y los resultados de los dos primeros análisis dieron negativo en el RNA del VHC, pero tengo que esperar a la última analítica de agosto para saber el resultado. Me han dicho que la visita con mis doctores no será hasta septiembre, deberé esperar a la confirmación final, pero por lo que me dijo el Dr. Esteban confío en que esta vez sí me haya curado.

Me encuentro mucho mejor, con más ánimos para hacer las cosas, la vasculitis de las piernas ha desaparecido y puedo caminar cada día. Tengo ganas de volver a trabajar, pero aún estoy de baja laboral. Mi diabetes es el problema más importante que queda ahora.

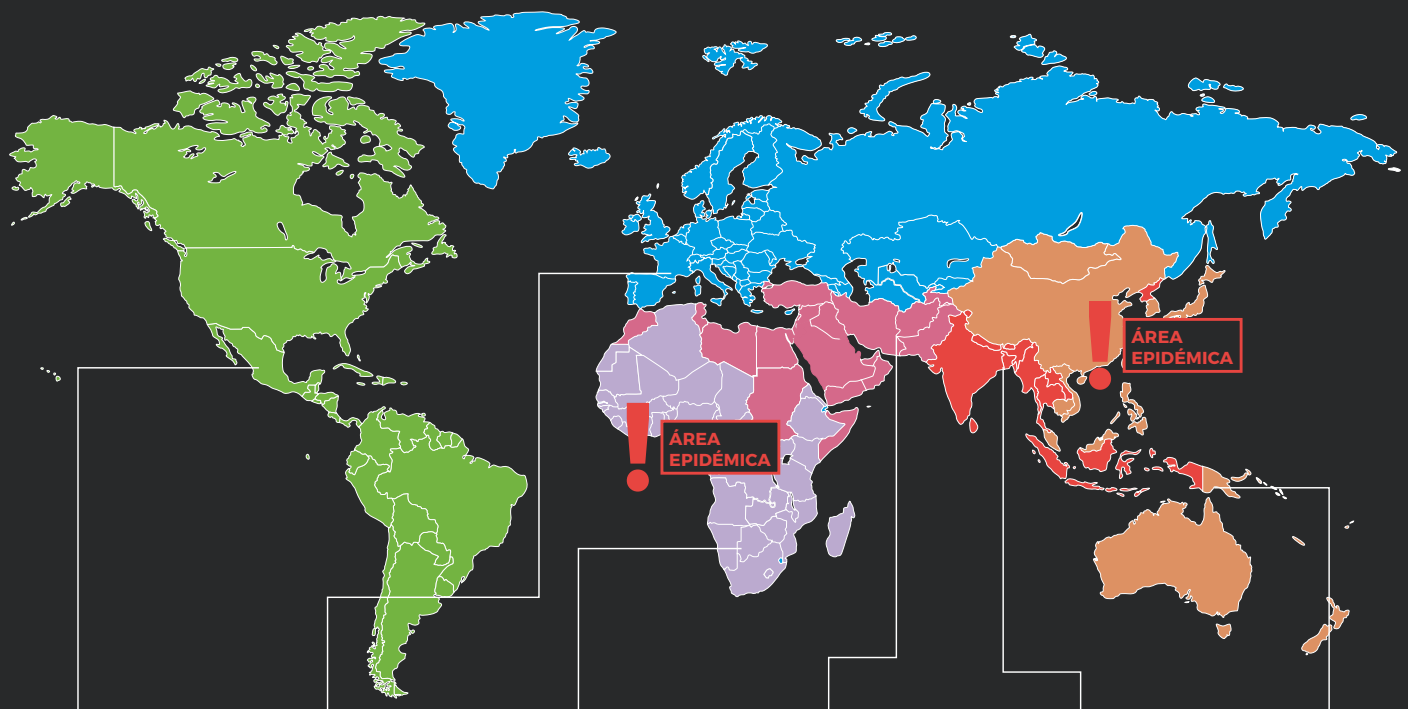
Quiero terminar este testimonio agradeciendo a mis doctores su profesionalidad y trato, así como el apoyo de ASSCAT.

Adela
Sant Boi de Llobregat (Barcelona)

ELIMINATE ~~HEPATITIS~~

Acción regional para un impacto global

Datos regionales que destacan lo que funciona, lo que no funciona y lo que aún es necesario hacer en todo el mundo.



REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

PREVALENCIA:
Hepatitis B - 7 millones de personas
Hepatitis C - 7 millones de personas

MORTALIDAD
Hepatitis A - 471
Hepatitis E - 0
Hepatitis B - 47 242
Hepatitis C - 62 991
Hepatitis - 110 704

TRATAMIENTO:
Hepatitis B - N/D
Hepatitis C - 11 %

PRUEBAS:
10 % diagnosticado con hepatitis B
36 % diagnosticado con hepatitis C

Vacunación contra la hepatitis B - 89 %

Dosis de nacimiento de vacunación contra la hepatitis B - 72 %

Inyecciones no seguras - 3,4 %

REGIÓN DE EUROPA

PREVALENCIA:
Hepatitis B - 15 millones de personas
Hepatitis C - 14 millones de personas

MORTALIDAD
Hepatitis A - 727
Hepatitis E - 338
Hepatitis B - 46 768
Hepatitis C - 66 704
Hepatitis - 114 537

TRATAMIENTO:
Hepatitis B - N/D
Hepatitis C - 5 %

PRUEBAS:
13 % diagnosticado con hepatitis B
31 % diagnosticado con hepatitis C

Vacunación contra la hepatitis B - 81 %

Dosis de nacimiento de vacunación contra la hepatitis B - 39 %

Inyecciones no seguras - 4,6 %

REGIÓN DE ÁFRICA

PREVALENCIA:
Hepatitis B - 60 millones de personas
Hepatitis C - 11 millones de personas

MORTALIDAD
Hepatitis A - 2408
Hepatitis E - 7592
Hepatitis B - 87 890
Hepatitis C - 37 971
Hepatitis - 135 861

TRATAMIENTO:
Hepatitis B - N/D
Hepatitis C - 2 %

PRUEBAS:
0,3 % diagnosticado con hepatitis B
6 % diagnosticado con hepatitis C

Vacunación contra la hepatitis B - 76 %

Dosis de nacimiento de vacunación contra la hepatitis B - 10 %

Inyecciones no seguras - 3,7 %

REGIÓN DEL MEDITERRÁNEO ORIENTAL

PREVALENCIA:
Hepatitis B - 21 millones de personas
Hepatitis C - 15 millones de personas

MORTALIDAD
Hepatitis A - 1347
Hepatitis E - 2353
Hepatitis B - 35 504
Hepatitis C - 74 445
Hepatitis - 113 649

TRATAMIENTO:
Hepatitis B - N/D
Hepatitis C - 12 %

PRUEBAS:
2 % diagnosticado con hepatitis B
18 % diagnosticado con hepatitis C

Vacunación contra la hepatitis B - 80 %

Dosis de nacimiento de vacunación contra la hepatitis B - 23 %

Inyecciones no seguras - 14 %

REGIÓN DEL ASIA SUDORIENTAL

PREVALENCIA:
Hepatitis B - 39 millones de personas
Hepatitis C - 10 millones de personas

MORTALIDAD
Hepatitis A - 5416
Hepatitis E - 31 704
Hepatitis B - 284 602
Hepatitis C - 86 774
Hepatitis - 408 496

TRATAMIENTO:
Hepatitis B - N/D
Hepatitis C - 7 %

PRUEBAS:
3 % diagnosticado con hepatitis B
9 % diagnosticado con hepatitis C

Vacunación contra la hepatitis B - 87 %

Dosis de nacimiento de vacunación contra la hepatitis B - 34 %

Inyecciones no seguras - 5,2 %

REGIÓN DEL PACÍFICO OCCIDENTAL

PREVALENCIA:
Hepatitis B - 115 millones de personas
Hepatitis C - 14 millones de personas

MORTALIDAD
Hepatitis A - 617
Hepatitis E - 1785
Hepatitis B - 377 534
Hepatitis C - 66 287
Hepatitis - 466 223

TRATAMIENTO:
Hepatitis B - N/D
Hepatitis C - 5 %

PRUEBAS:
2 % diagnosticado con hepatitis B
21 % diagnosticado con hepatitis C

Vacunación contra la hepatitis B - 90 %

Dosis de nacimiento de vacunación contra la hepatitis B - 83 %

Inyecciones no seguras - 3,2 %

Mortalidad de la hepatitis viral (por 100 000)

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

asscat
Associació Catalana de Malalts d'Hepatitis

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