Publicación gratuita

asscatinForma24

Associació Catalana de Malalts d'Hepatitis MAYO-17

¿Es posible la eliminación de las hepatitis?

NOhep:NOEXCUSE

SUMARIO

Núm. 24 - Mayo 2017

2 EDITORIAL

3 INFORMACIÓN
Acciones para eliminar las hepatitis virales B y C en nuestro entorno

9 Últimas actividades de ASSCAT

11 COLABORACIONES
Inmigración y hepatitis virales: problema que debe afrontar con urgencia el sistema sanitario

14 Objetivo OMS 2030: Eliminar las hepatitis virales es un trabajo de todos

21 Historia natural de los pacientes infectados por VHB portadores inactivos o en "zona gris": diferencias en la indicación de tratamiento

23 ¿Quién ha dicho que la hepatitis C se ha acabado?

29 EXPERIENCIAS DE CURACIÓN

Edita
ASSOCIACIÓ CATALANA DE MALALTS D'HEPATITIS
Inscrita con el núm. 24.265 en el Registro de Asociaciones de la Generalitat de Catalunya

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

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

ASSCAT da las gracias a las personas que han redactado los artículos para esta revista, sin responsabilizarse de las opiniones expresadas en los mismos.

Miembro de:

EDITORIAL

¿Qué significa el mandato de la OMS para la eliminación de las hepatitis en 2030?

La primera vez que leí este lema me pareció demasiado optimista. La OMS habla de la eliminación mundial de las hepatitis B y C. Existen millones de personas afectadas por ambas hepatitis que causan más fallecimientos que el VIH, la tuberculosis o la malaria.

El ambicioso objetivo formulado por la OMS no convence de manera inmediata, ya que si no se llevan a cabo cambios importantes van a persistir las cifras actuales. Las hepatitis tienen una mayor prevalencia en zonas en desarrollo. Con la globalización y la facilidad relativa de los desplazamientos, compartimos culturas, lenguas, maneras de pensar y también riesgos de contraer enfermedades infecciosas como las hepatitis virales que en algunos entornos se hallan bajo control, pero en otros no. En las últimas décadas, los grandes desplazamientos han aumentado por razones diversas (cambios en la economía, turismo, estudios, desestabilización política, etc.).

La buena noticia es que actualmente existen los medios necesarios para combatir y eliminar las hepatitis: tratamientos que curan la hepatitis C, vacuna que previene la hepatitis B y tratamiento que permite controlarla. Pero, además, para afrontar el problema, es esencial buscar consensos y crear circuitos eficaces por parte de los responsables de la ordenación de la asistencia sanitaria. La creación de planes específicos es imprescindible y, a la larga, éstos son coste-efectivos.

Después de la experiencia con la que se ha desafiado globalmente la epidemia del VIH y la forma en que se han ido controlando la tuberculosis y la malaria, ya **es hora de que la sociedad y sobre todo los gobiernos se comprometan a luchar contra el problema creciente a nivel mundial que suponen las hepatitis,** puesto que los mandatarios de los países tienen la responsabilidad de mantener y vigilar la salud pública y proteger a sus ciudadanos.

Las personas necesitan conocer qué es la hepatitis, cómo se contrae, cuáles son las situaciones de riesgo, qué hay que hacer para acudir al médico o cómo deben ser remitidos al especialista, entre otras cuestiones. En este punto, nos planteamos dos preguntas: ¿Es suficiente la información que recibe la ciudadanía? ¿De quién es responsabilidad?

En España, en 2015 se aprobó el Plan Estratégico Nacional para la Hepatitis C, que fue muy útil para tratar a los pacientes más graves, pero del cual quedan por hacer tareas fundamentales como los estudios de prevalencia, el diagnóstico de los casos ocultos y la formación de los equipos sanitarios de asistencia primaria.

Diversos responsables políticos hablan de que van a tratar a todas las personas diagnosticadas, pero sin un plan de acción y una financiación firmados todo queda en titulares y buenas palabras.

En esta revista, presentamos trabajos de diversos autores, contamos con experiencias de pacientes y mostramos algunas de nuestras acciones. Todo ello apunta a **la eliminación de las hepatitis en 2030 a través del cese de la transmisión viral, tal y como insiste la OMS en sus publicaciones. En la hepatitis C la curación-eliminación es el gran objetivo al no existir vacuna anti-VHC.** Son imprescindibles la coordinación en políticas de salud y la información de calidad a los ciudadanos.

¡No hay excusas!

Teresa Casanovas
Presidenta

ACCIONES PARA ELIMINAR LAS HEPATITIS VIRALES B Y C EN NUESTRO ENTORNO

En el Congreso Nacional de la Asociación Española para el Estudio del Hígado (AEEH) que tuvo lugar del 15 al 17 de febrero en Madrid, **se presentaron** pósteres con **iniciativas novedosas orientadas en la dirección de la eliminación de las hepatitis virales.** Destacamos cinco de ellas, que abordan aspectos determinantes en este sentido:

• Conocer los datos de prevalencia y de epidemiología del VHB y el VHC en mujeres en edad fértil y en gestantes.

• Detectar y diagnosticar los casos ocultos como primer paso para facilitar su tratamiento, realizando el screening en grupos controlados por otro motivo, por ejemplo, un preoperatorio.

• Tener conocimiento de las enfermedades asociadas y los tratamientos que ya recibe el paciente, especialmente en mayores de 65 años, cuando se prescribe el tratamiento anti-VHC, para así evitar riesgos de interacciones medicamentosas.

• Disponer de tratamiento eficaz para el genotipo 3 del VHC con fármacos actualmente disponibles.

• Agilizar el diagnóstico del VHC en el laboratorio, estableciendo mecanismos automáticos e innovadores.

O En el póster ***"Prevalencia y epidemiología del VHB y VHC en mujeres españolas embarazadas y en edad fértil",*** investigadores de 10 hospitales públicos españoles, liderados por la Dra. A. Ruiz-Extremera presentan un estudio realizado en más de 30.000 mujeres de 18 a 42 años, visitadas y controladas en 2015.

OBJETIVOS

Conocer la prevalencia de las infecciones por VHB y por VHC en mujeres españolas embarazadas y en edad fértil, así como estudiar la epidemiología de estos virus.

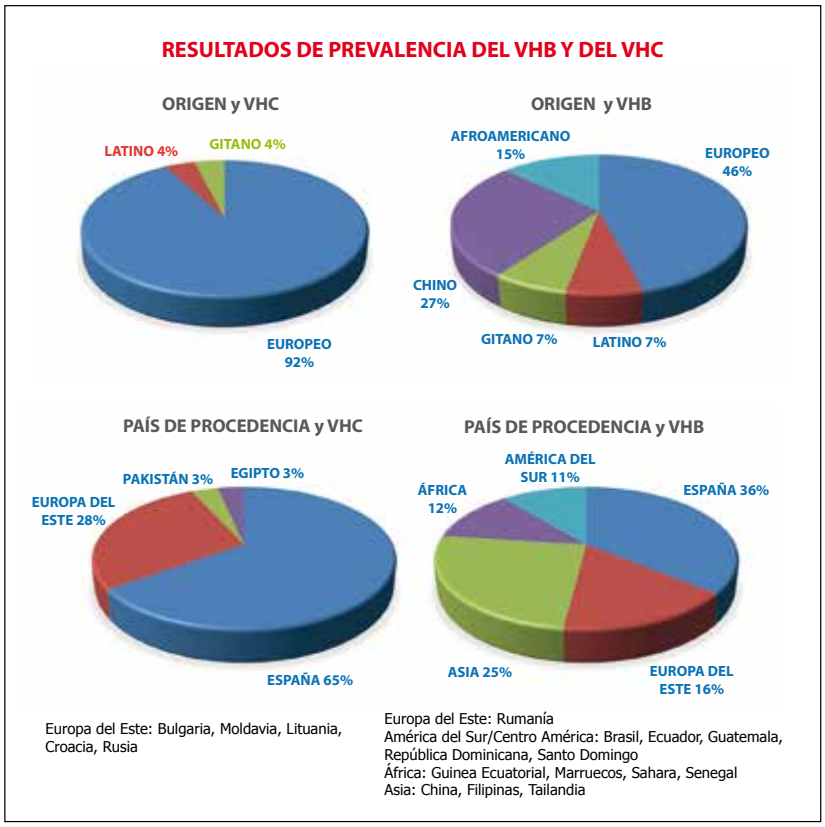
RESULTADOS

La prevalencia total del VHB fue del 0.66%, (en mujeres en edad fértil fue de 1.2% y en embarazadas de 0.42%). La prevalencia total del VHC fue del 0.72% en 24.558 mujeres, (en las de edad fértil fue de 0.86%, y en las gestantes de 0.25%). Para ambos virus la prevalencia más alta se detectó en el rango de 25-45 años. La prevalencia de coinfección VHB/VHC fue del 0.02%, de VHB/VIH fue del 0.03% y de VHC/VIH del 0.02%.

Como causa de la infección destacan para el VHC antecedentes de transfusión, uso de drogas, antecedentes de cirugía y pareja portadora, mientras que en el caso del VHB destacan los antecedentes familiares. El 11% de mujeres portadoras del VHB recibieron tratamiento antiviral durante la gestación. No se produjo transmisión a los hijos, en caso de madres afectadas por el VHB, mientras que para el VHC la transmisión fue del 10% (datos a los 3 meses). Se sabe que estos niños presentarán una elevada tasa de aclaramiento viral espontáneo y que los datos de infección permanente por VHC se establecerán a los 18 meses. El VHB predomina en mujeres extracomunitarias y el VHC en población europea (ver gráfico).

CONCLUSIONES

Se observa un porcentaje importante de mujeres portadoras del VHB o del VHC en la población inmigrante. La diferencia de prevalencias entre las embarazadas y las mujeres en edad fértil, se atribuye a que en estas últimas el screening se realiza entre las de alto riesgo. Las prevalencias más altas se detectaron en el rango de 25-45 años, lo cual sugiere que adquirieron la hepatitis C en la época anterior a los controles sobre las transfusiones de sangre y en el caso del VHB,



antes de la vacuna. La mejor solución para evitar el riesgo de transmisión madre-hijo del VHC es el cribado de las mujeres en edad fértil, ofreciendo el tratamiento antes de la gestación.

COMENTARIOS

Desde hace unas décadas, miles de personas, procedentes de todo el mundo, desean instalarse en la Unión Europea. Tienen diversos contextos socioculturales y proceden de regiones con una prevalencia de hepatitis virales elevada, por lo cual, en mujeres inmigrantes en edad fértil, tiene gran importancia detectar a las portadoras para minimizar los riesgos conocidos de transmisión al bebé. La transmisión materno-fetal de la hepatitis B, si no se hace nada, es del 90-95%, en la hepatitis C la probabilidad de transmisión es del 5%, este riesgo se triplica en caso de que la madre sea portadora del VIH y no esté bien controlada.

El coste del diagnóstico del VHC junto con el VHB y VIH es relativamente bajo. Actualmente es posible controlar la transmisión materno-fetal del VHB y del VIH, pero no se puede tratar el VHC durante el embarazo. Por lo tanto, es aconsejable identificar a las mujeres en edad fértil para que reciban, además de toda la información referente a su hepatitis, el tratamiento curativo anti-VHC antes del embarazo y también para prevenir la transmisión a sus contactos.

Lamentablemente, es elevado el número de mujeres diagnosticadas de VHB o de VHC durante el embarazo, de las cuales se pierde el seguimiento. Esto también sucede en los niños que precisarían controles y evaluación de una posible terapia. Los niños han de recibir las 3 dosis de vacuna anti-VHB y las mujeres sin marcadores del VHB también precisan ser vacunadas. De este estudio se deriva que es urgente el desarrollo de programas específicos bien coordinados para evitar los obstáculos y barreras que ya se conocen.

O El póster ***"Aproximación a la epidemiología de la hepatitis C (VHC): análisis de 7.602 pacientes de Traumatología"*** estudia la estrategia de cribado del VHC, en la cual, desde junio de 2008 a diciembre de 2015, se determina el anti-VHC de más de 7.000 pacientes atendidos en el Servicio de Traumatología del Hospital de Cabueñes (Gijón).

OBJETIVOS

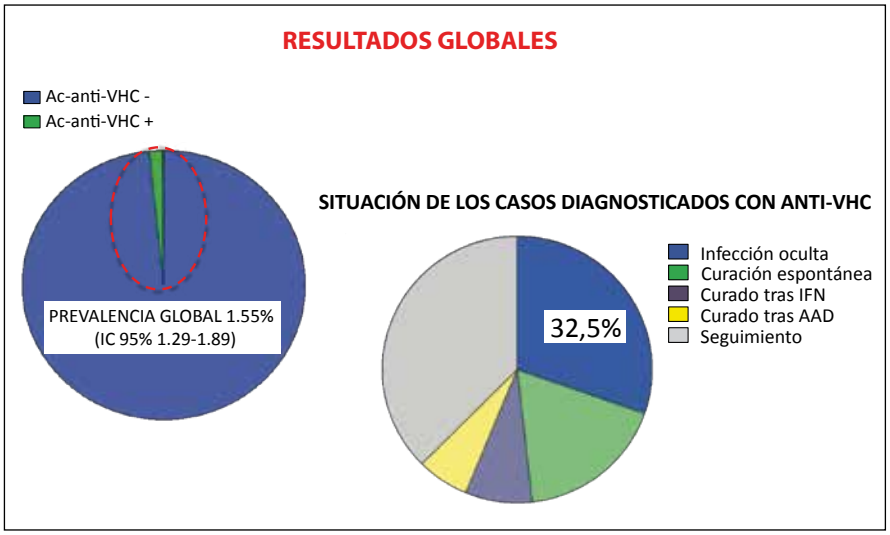
Determinar la prevalencia de la infección por VHC por grupos de edad, así como los mecanismos de transmisión.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó el análisis transversal de los resultados del anti-VHC en el preoperatorio. Se estudiaron las variables demográficas, el rango de edad y su relación con las vías de transmisión.

RESULTADOS

Se detectó el anti-VHC en el 1.55% de los pacientes y de éstos, tenían coinfección con el VIH el 7%. El 58.8% fueron hombres, y el 32.5% fueron pacientes de nuevo diagnóstico (casos



ocultos de hepatitis C). En relación con la vía de infección, no se conocía en el 60%, el 25% tenía antecedentes de UDI (usuarios de drogas intravenosas), el 8% transfusiones, el 5% relaciones sexuales de riesgo y otras causas en menores porcentajes.

La **Tabla** muestra la prevalencia del anti-VHC y las vías de transmisión según grupos de edad.

Rango de edad años (nº de personas)	Casos Anti-VHC+	Vía de transmisión
Menos de 20 años (165 personas)	1 (0.6%)	No conocida 100%
Entre 20-40 años (774 personas)	6 (0.8%)	No conocida 60% UDI 40%
Entre 40-50 años (826 personas)	21 (2.5%)	No conocida 38.1% UDI 57.1% Sexual 4.8%
Entre 50-60 años (1.126 personas)	38 (3.4%)	No conocida 51.3% UDI 35.1% Sexual 5.4% Transfusión 8.2%
Entre 60-80 años (3.361 personas)	33 (1%)	No conocida 78% UDI 9.4% Transfusión 9.4% Sexual 3.1%
Más de 80 años (1.350 personas)	19 (1.4%)	No conocida 77.8% UDI 5.6% Transfusión 16.6%

CONCLUSIONES

En este estudio hallar anti-VHC+ ha sido más frecuente en hombres de 40 a 60 años. El 32% del total desconocía la infección. El 60% desconocía la vía de transmisión, por lo que no se hubiesen diagnosticado con un cribado basado en factores de riesgo. En este estudio el cribado por edad se muestra como eficaz.

COMENTARIOS

Es una cohorte muy representativa ya que recoge antecedentes de conductas de riesgo y transfusiones en épocas en que no se conocía el VHC y no se podía realizar el control del VHC en los Bancos de Sangre. Es importante recalcar que después de diagnosticar el anti-VHC, es preciso realizar el test virológico para confirmar la infección y en este trabajo se hace equivalente tener anti-VHC+ a tener infección activa, lo cual es incorrecto. Es una necesidad urgente que la información que reciben los pacientes sea clara para que comprendan la importancia que tiene para su salud y sigan los controles y eventualmente el tratamiento anti-VHC curativo.

En el grupo total, destaca un elevado porcentaje, que se define como "seguimiento". Se interpreta que estos pacientes ya habían sido previamente diagnosticados pero por diversos motivos no han recibido tratamiento. Tanto sus equipos médicos, como ellos mismos y sus familias deberían disponer de información y apoyo. Precisan orientaciones sencillas de cómo evitar la transmisión y/o reinfección del VHC, eludir situaciones de riesgo en general y, como asociación de pacientes, reiteramos la solicitud de tratamiento para todos por ser un paso fundamental hacia la eliminación del VHC.

O Bajo el título ***"Evaluación de las interacciones farmacológicas potenciales y la comorbilidad en pacientes mayores de 65 años con infección crónica por el VHC en tratamiento con Antivirales de Acción Directa (AAD)"*** se presenta un estudio realizado por los servicios de Farmacia y de Hepatología del Hospital del Mar (Barcelona).

La excelente seguridad de los antivirales de acción directa (AAD) ha permitido tratar a pacientes con enfermedad y edad más avanzada y con otras complicaciones. El uso de fármacos es muy frecuente en estos pacientes.

OBJETIVO

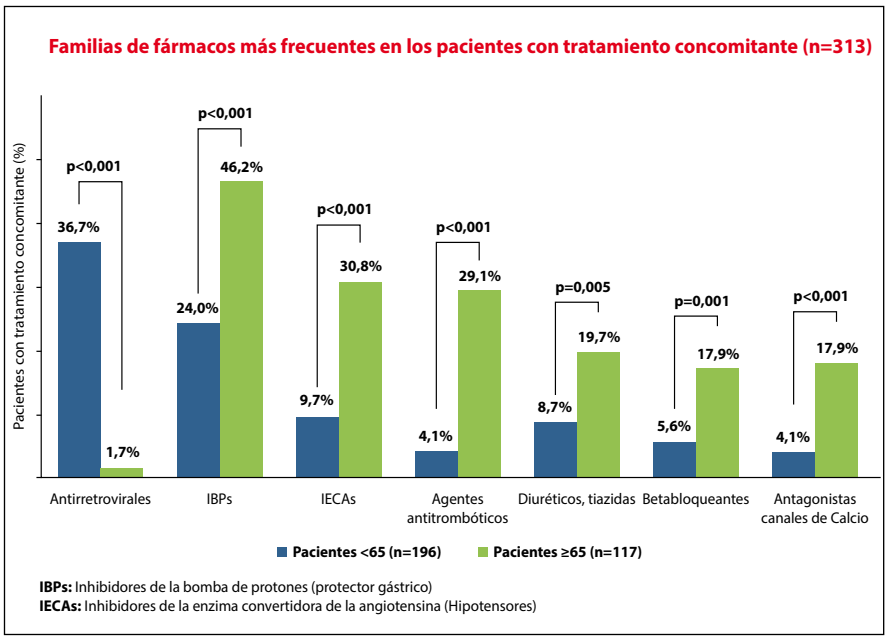
Evaluar las características clínicas, los tratamientos administrados y las interacciones potenciales entre los fármacos que reciben y la combinación de AAD escogida en la práctica clínica del centro.

MÉTODOS

En pacientes tratados con AAD (2015-2016) se estudian las características demográficas, virológicas, clínicas, AAD y la medicación administrada. Se evalúan las Interacciones Farmacológicas Potenciales (IFPS) según la página web de referencia: www.hep-druginteractions.org, el Índice de Comorbilidad de Charlson y las diferencias entre los pacientes mayores o menores de 65 años y entre tratamientos anti-VHC.

RESULTADOS

Se incluyeron 382 pacientes; 62% hombres; edad media 58,4 años, 49% con cirrosis, 82% con tratamientos concomitantes y 36% polimedicados (más de 5 fármacos). 1) El grupo de pacientes mayores de 65 años (n=128) en comparación con los de menos de 65 años (n=254), mostraban en mayor proporción: mujeres, cirrosis hepática, genotipo 1b, sin tratamiento antiviral previo, comorbilidades, tratamientos coincidentes y polimedicación. 2) Los pacientes con tratamiento concomitante (313; 81,9%) con más de 65 años (n=117; 37,3%) en comparación con los menores de 65 años (n=196) recibían más: inhibidores de la bomba de protones (IBPs), IECAs, betabloqueantes y antagonistas de los canales de Calcio, y presentaron más interacciones farmacológicas (ver gráfico). 3) En pacientes con tratamientos concomitantes (n=313), según la combinación de AAD administrada, las interacciones fueron menos frecuentes en las combinaciones con SOF+ (76,7% vs. 95,2%). Los mayores de 65 años (n=117) presentaron menos IFPS con las combinaciones con sofosbuvir.



CONCLUSIONES

Actualmente, la mayoría de los pacientes candidatos a AAD precisan tratamientos concomitantes. Además, un tercio de ellos están polimedicados (más de 5 fármacos) y/o tienen más de 65 años. En estos pacientes, el elevado riesgo de interacciones farmacológicas (más del 70%) y de modificaciones del tratamiento (más del 25%) obligan a una evaluación basal y al seguimiento detallados independientemente del tipo de AAD escogido.

COMENTARIOS

Los tratamientos con AAD permiten tratar a pacientes para los que anteriormente, con los tratamientos basados en interferón, existían numerosas contraindicaciones por su patología de base y/o por la medicación que requerían, por ello nunca se habían tratado. Actualmente, tomando precauciones, trabajando en equipo y buscando la información actualizada, se pueden tratar todos los casos y se ha de conseguir que nadie se quede atrás.

O En el trabajo ***"Eficacia y seguridad del tratamiento en práctica clínica con sofosbuvir más daclatasvir en pacientes con hepatitis crónica C genotipo 3"*** siete hospitales de la Asociación

Castellana y Leonesa de Hepatología (ACyLHE) han unido su experiencia para presentar el tratamiento con sofosbuvir y daclatasvir de la hepatitis por VHC genotipo 3. En comparación con otros genotipos, los resultados mostrados en ensayos clínicos, en pacientes con VHC genotipo 3, no han sido óptimos, sobre todo en pacientes con cirrosis. En este escenario, todavía son escasos los datos en la práctica clínica real.

OBJETIVO

Evaluar la eficacia y seguridad del tratamiento con sofosbuvir (SOF) asociado a daclatasvir (DCV) en pacientes con hepatitis crónica C genotipo 3, en la práctica clínica.

MÉTODOS

Estudio multicéntrico y observacional que analiza en vida real la respuesta virológica sostenida (RVS) y los efectos adversos (EA) de los pacientes con hepatitis crónica VHC por G3, monoinfectados y tratados con SOF+DCV en 7 hospitales de Castilla y León. Se excluyeron los pacientes sometidos a trasplante hepático. Se analizaron variables demográficas, clínicas, características virológicas, tipo de tratamiento y efectos adversos.

RESULTADOS

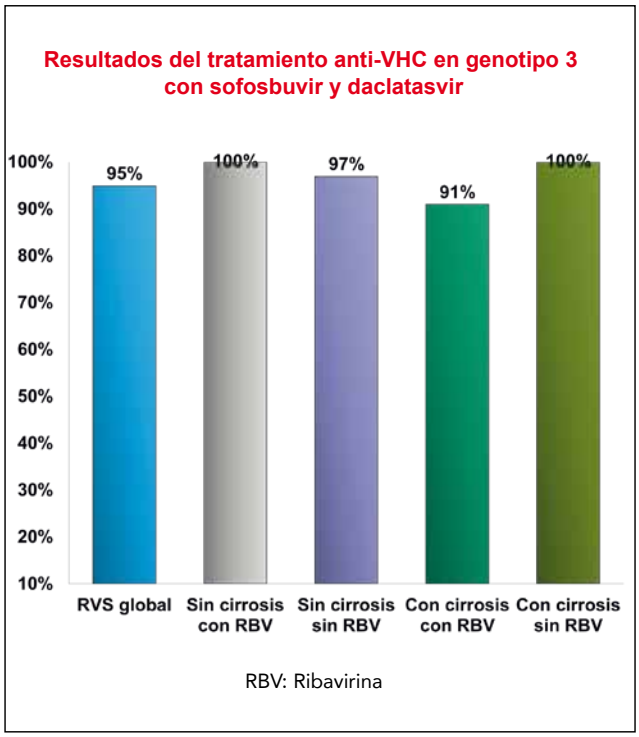
120 pacientes recibieron tratamiento, la RVS global fue del 95% (ver gráfico). Sólo se valoraron 103 pacientes y obtuvieron RVS 98.

ANÁLISIS DE SEGURIDAD

En 63 pacientes (53%) se identificó algún efecto adverso, en general leve. Hubo que disminuir la dosis de RBV en 13 casos y, ninguno requirió EPO (Eritropoyetina) o transfusión sanguínea. Dos pacientes se descompensaron y en uno de ellos se suspendió el tratamiento. No hubo fallecimientos.

CONCLUSIONES

Las tasas de RVS con la combinación SOF+DCV son mayores del 90% y superiores a las descritas en los ensayos clínicos en este grupo en práctica clínica.



COMENTARIOS

El presente estudio demuestra cómo en la hepatitis por VHC genotipo 3, en la práctica clínica diaria se obtienen resultados excelentes con fármacos aprobados y disponibles. Los datos científicos obtenidos en los ensayos clínicos se confirman y mejoran en la actual práctica clínica rutinaria.

O El póster ***"Impacto de la incorporación automática de recomendaciones en la notificación de infección por virus de la hepatitis (VHC)"*** fue presentado por el Servicio de Aparato Digestivo y el Laboratorio Central del Hospital Universitario de Canarias

Se dispone de tratamiento eficaz en más del 95% de los pacientes, con los nuevos AAD, pero menos del 10% de los diagnosticados lo recibe. Una de las barreras se encuentra en el proceso diagnóstico y de derivación a la consulta especializada. En nuestro medio, un gran porcentaje de pacientes con serología positiva no disponen de RNA para confirmar el diagnóstico de infección activa.

Los sistemas automáticos de alerta han demostrado ser eficaces en otros ámbitos como ya ha sido publicado en las consultas de Reumatología y Hematología.

OBJETIVO

Evaluar el impacto de la incorporación a la práctica clínica de un mensaje de alerta automático con recomendaciones específicas tras la detección de anticuerpos para VHC (anti-VHC positivo).

PACIENTES Y MÉTODOS

En octubre de 2014 se incorporó en el sistema informático OpenLab® del Laboratorio Central del hospital un mensaje automático de respuesta ante un resultado positivo de anticuerpos frente al VHC recomendando solicitar RNA y derivar a un facultativo especialista. La incorporación de un sistema automático de alerta tras la detección de anti-VHC positivo, puede ser eficaz para reducir la tasa de pacientes sin solicitud de RNA. La intervención disminuye el tiempo hasta la determinación y puede acortar los tiempos de espera hasta el inicio del tratamiento. Tras un periodo de seguimiento de 1 año, se evaluó el porcentaje de solicitud de RNA y el impacto sobre otros parámetros.

RESULTADOS

En la cohorte PRE-alerta se incluyeron a 231 pacientes anti-VHC positivo (72% hombres, edad media de 48 años) y en la cohorte POST-alerta a 185 pacientes anti-VHC positivo (74% hombres, edad media de 51 años). Tras la alerta, se objetivó que el porcentaje de pacientes anti-VHC positivo con RNA pasó del 56,7% al 67,6% y el tiempo de solicitud del RNA tras la serología positiva disminuyó tras la intervención.

CONCLUSIONES

La incorporación de un sistema automático de alerta tras la detección de anti-VHC positivo, puede ser eficaz para reducir la tasa de pacientes sin solicitud de RNA. La intervención disminuye el tiempo hasta la analítica para confirmar el RNA y puede acortar la espera hasta el inicio del tratamiento. Queda por evaluar si las recomendaciones se traducen en una mayor derivación a la consulta especializada y al tratamiento de más pacientes.

COMENTARIOS

Teniendo en cuenta que la mayoría de pacientes con hepatitis crónica por VHC que requieren tratamiento son personas en activo y se hallan asintomáticas, las visitas médicas dificultan sus actividades y necesitan sentirse apoyadas y bien informadas. Es apremiante establecer pautas innovadoras para facilitar su diagnóstico y agilizar el proceso previo a recibir el tratamiento.

Sería muy beneficioso tener un sistema de alerta que permitiera estudiar el RNA-VHC con la misma muestra en la que se detecta el Anti-VHC, pero no es éste el caso. Aquí se crea un sistema de alarma para obtener una segunda muestra para que no se pierda el seguimiento del paciente y confirmar más rápido el diagnóstico. Destacamos este estudio ya que, si la prueba confirmatoria se pudiera realizar de una manera más directa y con un método asequible, se podría generar inmediatamente una consulta no-presencial (online o por teléfono) bien coordinada, por ejemplo, a través de un programa integral con un profesional de enfermería. Éste sería un paso logístico importante para el seguimiento personalizado y para conseguir tratar a todos los pacientes.

EN CONCLUSIÓN

Las hepatitis virales por VHC y por VHB, constituyen actualmente una causa de mortalidad importante por enfermedad hepática crónica, cirrosis y/o cáncer hepático. No obstante, podrían desaparecer definitivamente. El mandato de la OMS para la eliminación, es para nosotros un estímulo para informar sobre estas enfermedades, sus consecuencias y las acciones para prevenir, diagnosticar y tratar todos los casos. ¡Que nadie se quede atrás debe ser el objetivo de todos!

Resúmenes y comentarios realizados por el Voluntariado de ASSCAT

Referencias:
Poster.SessionOnline.com
Pósteres seleccionados: números 98, 122, 114, 121 y 107.
42º Congreso de la Asociación Española para el Estudio del Hígado (AEEH). Madrid, febrero 2017.

ÚLTIMAS ACTIVIDADES DE ASSCAT

CHARLAS Y TALLERES INFORMATIVOS

MESAS INFORMATIVAS

JORNADAS DE INFORMACIÓN Y DETECCIÓN ORAL DEL VHC

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

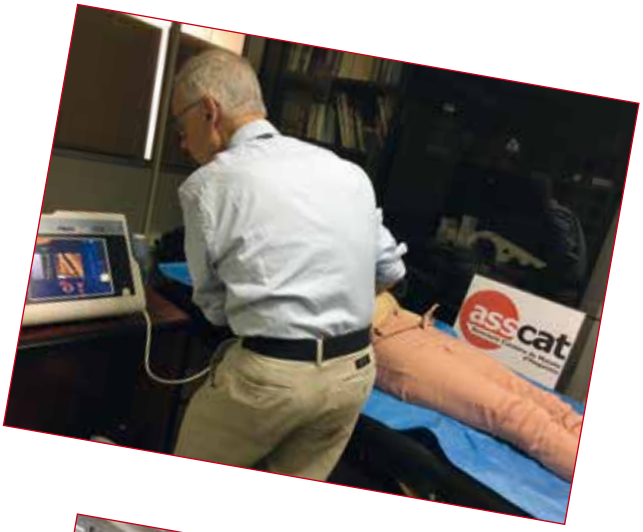
12 a 13:30 - Pruebas con Fibroscan

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



EDICIÓN DE MATERIAL INFORMATIVO

CURSO PACIENTE EXPERTO PLUS EN HEPATOLOGÍA

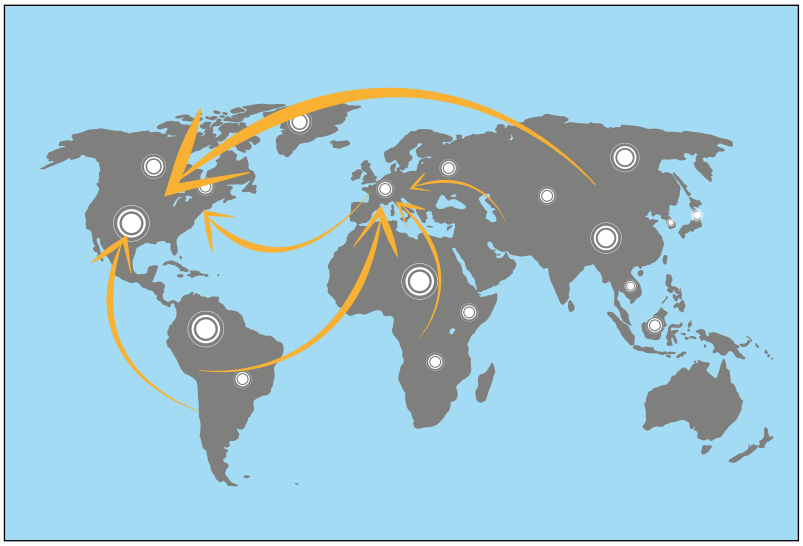
INMIGRACIÓN Y HEPATITIS VIRALES: PROBLEMA QUE DEBE AFRONTAR CON URGENCIA EL SISTEMA SANITARIO

Dra. Teresa Casanovas. *Hepatóloga*

Las hepatitis virales son enfermedades prevenibles y tratables. Este artículo se centra en las hepatitis B y C en la población inmigrante procedente de zonas donde las hepatitis virales son prevalentes. No es una situación nueva, pero se halla inexcusablemente silenciada.

INTRODUCCIÓN

La inmigración abarca a todas las personas cuyo desplazamiento relevante es el viaje al país de acogida**. Esto es aplicable a todos los colectivos, independientemente de su situación personal o condición jurídica.**



La inmigración tanto voluntaria como forzada está aumentando en todo el mundo. Un gran número de personas se trasladan desde sus lugares de origen. Este hecho ocurre en un momento en que muchos países no están preparados para enfrentarse a una demografía y a unas necesidades sanitarias cambiantes. Los motivos que dificultan la adaptación de las personas desplazadas a su nuevo destino son diversos: políticas duras, actitudes desfavorables y circunstancias complicadas a nivel sociolaboral y económico. Se ha de considerar que la población emigrante es muy heterogénea (ver tabla).

Los déficits sanitarios en la situación de inmigración originan que las tasas de enfermedad y mortalidad asociadas se vean incrementadas por la falta de protocolos de salud organizados. Con ellos, se beneficiarían las personas que se desplazan, la familia que dejan atrás y las comunidades de acogida.

Hasta hace unos años se consideraba que, junto a las dificultades psicosociales, tuberculosis, VIH/sida, cáncer, accidentes, falta de alimentación (sobre todo en niños) eran los déficits más habituales en los inmigrantes. No se hablaba de las hepatitis virales. En la actualidad, se ha demostrado que éstas, cuya distribución geográfica es variable, se han expandido a nivel global y constituyen un riesgo que no se puede pasar por alto, y se debe afrontar con urgencia por los responsables de las políticas de salud.

EPIDEMIOLOGÍA DEL VHB

La hepatitis B es de distribución universal, pero varía de una región a otra y en Europa se ve afectada por la inmigración. Existen países con prevalencia elevada, media o baja. Tradicionalmente, España se ha clasificado entre los países de endemia media-baja, del 1% de la población portadora del VHB. Medidas como la introducción de la vacuna contra el VHB en el Calendario de Inmunización del Sistema Nacional de Salud en los años 90, el control sistemático de las donaciones de sangre y/o el cribado serológico de las gestantes, han contribuido a la disminución de la incidencia en España en los últimos años. Sin embargo, por el aumento de conductas de riesgo, de viajes internacionales

EN LA INMIGRACIÓN EXISTEN POBLACIONES HETEROGÉNEAS	
Turismo	Engloba los viajes de ocio o visitas a amigos o parientes en el extranjero.
Turismo médico	Comprende viajes a un país distinto del país de residencia del paciente con el propósito de buscar atención médica para enfermedades ya existentes.
Visita a su país de origen de las personas desplazadas	Relaciona a los inmigrantes de primera o segunda generación, originarios de un país con nivel sanitario bajo o medio y que viven en un país con mejor nivel sanitario, cuando visitan a amigos o parientes en el país de origen de la familia.
Negocios/Laborales	Se refiere a los viajes con finalidad comercial o de trabajo.
Misionero/voluntario/ auxiliar/ONG	Abarca los viajes y estancias en algunos países de los profesionales religiosos, sanitarios y voluntarios de ONG.
Estudiante/investigador	Incluye los viajes para estudiar en una institución educativa o viajes bajo el patrocinio de una institución, con el propósito de estudiar y/o realizar actividades educativas o de investigación.
Militar	Se refiere a los viajes para el despliegue militar por parte de miembros del ejército que viven en condiciones de campo y comparten alojamiento.
Diplomáticos	Incluye a los funcionarios públicos, sea de carrera o por designación política, que ejercen la representación del Estado en las relaciones internacionales.
Niños adoptados	Los niños adoptados desde países con elevada prevalencia de hepatitis, precisarán análisis completos para diagnosticar si son portadores de enfermedades transmisibles. Se trata de su oportunidad para acceder al sistema asistencial de salud.

Adaptado de: Migration, Hepatitis B and Hepatitis C. M. Carballo, R. Cody y E. O'Reilly. International Centre for Migration, Health and Development. 2010.

(en personas no vacunadas) y también en relación con la inmigración, en la actualidad se está incrementando la incidencia de personas infectadas por el virus B.

VACUNACIÓN ANTI-VHB

Constituye, y ya se ha demostrado, un paso crucial hacia la eliminación del VHB y sus complicaciones. La vacuna, según la guía de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos actualizada en 2017, está indicada en los adultos con un riesgo más elevado, como son los pacientes en hemodiálisis, los portadores de VIH, los inmunodeprimidos, los profesionales de la salud, los contactos convivientes y/o sexuales, los hijos de personas portadoras, los viajeros internacionales, los usuarios de drogas intravenosas y las personas portadoras de VHC o que estén diagnosticadas de hepatopatía por otra causa.

EPIDEMIOLOGÍA DEL VHC

Afecta a millones de personas, su distribución es mundial, con países que tienen una prevalencia muy elevada, como Egipto, Pakistán, Mongolia y China, otros tienen una prevalencia media como los países mediterráneos y España, mientras que en los países escandinavos la prevalencia es baja. No existe vacuna, por lo que para prevenir la hepatitis C se han de conocer los riesgos de transmisión (son similares a los del VHB y el VIH), la importancia del diagnóstico y cómo se realiza; y también vincular a la persona infectada con el tratamiento que permite su curación.

¿QUÉ SE DEBERÍA HACER PARA LA PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS HEPATITIS VIRALES?

No existen protocolos consensuados para realizar la vigilancia, en nuestra opinión, necesaria. Las hepatitis virales afectan a millones de personas en todo el mundo, pero debido a que no presentan síntomas durante años y su evolución es muy lenta, existen miles de personas que son portadoras y no lo saben, pudiendo transmitir los virus a familiares y contactos de manera involuntaria.

Se observa que ciertas enfermedades como la tuberculosis y el VIH, que en su día tenían una elevada incidencia, se hallan en descenso por la mejora de las condiciones sanitarias y tratamientos y por la aplicación de planes estratégicos

de salud. Sin embargo, se ha demostrado en los últimos años, un crecimiento mantenido de casos nuevos de hepatitis virales, incluso en países en los que parecía que éstas estaban siendo controladas. Las hepatitis son enfermedades que pueden producir complicaciones graves. En Europa, se estima que el 50% de ciudadanos portadores no lo saben. Las hepatitis por virus B y virus C pueden progresar a cirrosis y son la causa principal del cáncer de hígado (80% de los cánceres hepáticos a nivel global).

Actualmente, a través del impulso de diferentes organizaciones como la OMS y la World Hepatitis Alliance (WHA), se observa en general una mayor concienciación por parte de los servicios de salud de las administraciones públicas y de los gobiernos.

RETOS PARA CONSEGUIR LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LAS HEPATITIS VIRALES EN LA POBLACIÓN EMIGRADA

Se ha reconocido que la información que recibe la ciudadanía es insuficiente lo cual propicia nuevas transmisiones. Asimismo, aunque se disponga de métodos diagnósticos y tratamientos adecuados, existen poblaciones, como en este caso los inmigrantes, que además de proceder de países con una elevada prevalencia y de tener mayores riesgos, por diversas razones no se hallan integrados en los servicios de salud.

MIGRACIÓN Y SALUD: UN CAMBIO RÁPIDO DE ESCENARIO EN EUROPA

Para el Dr. Manuel Carballo, director del Centro Internacional para la Migración, Salud y Desarrollo de la OMS en Ginebra, la migración introduce cambios en el desarrollo económico y demográfico de la Unión Europea, pero desde la perspectiva de la salud está afectando la incidencia de algunas enfermedades.

El número creciente de movimientos migratorios, que según los especialistas seguirá aumentando, influye en las cifras de infecciones en Europa. Un problema importante de la población inmigrada en relación con las hepatitis, según Carballo, "es que no conocen estas enfermedades y muchos ignoran que sean un problema importante de salud".

Más del 50% de los nuevos casos de hepatitis que se diagnostican en Europa ocurren en personas de origen no europeo. Por ello, según los expertos será necesario tomar medidas para planificar y disponer de servicios sanitarios para toda esta nueva población y cambiar la cultura y la actitud de los inmigrantes respecto a la sanidad y al control de las enfermedades. Se debería conocer de dónde vienen y cómo llegan.

BARRERAS ADMINISTRATIVAS, LINGÜÍSTICAS, SOCIO-CULTURALES, CREENCIAS

Se hace imprescindible que el personal sociosanitario que atiende a los inmigrantes, reciba formación actualizada en el campo de las hepatitis, para dar respuesta al cambio social, cultural y demográfico que representa la sociedad actual, para los recién llegados. Se ha de pensar que proceden de entornos con ideas peculiares sobre qué significa el cuidado de su salud, y tienen concepciones erróneas sobre las causas de la enfermedad y también tabús o ideas religiosas determinadas.

CONCLUSIONES

- Existen vacunas para prevenir el virus A y el virus B, los tratamientos antivirales permiten estabilizar la hepatitis B y curar la hepatitis C, pero faltan programas de vigilancia adecuados para las personas inmigrantes.
- Este es un problema que los responsables de la planificación asistencial deberían afrontar y diseñar planes de salud específicos, convenientes desde el punto de vista asistencial y también eficaces desde una visión comunitaria de salud pública.
- Dichos programas, se deberían impulsar de manera urgente, financiados, diseñados y coordinados con el fin de dar una información completa, que oriente a los inmigrantes y a sus organizaciones para establecer medidas de prevención, acceder al diagnóstico, al tratamiento y a los controles necesarios.
- Todo ello será coste-efectivo si se aplica de manera urgente y se organiza con suficientes medios humanos y técnicos.

OBJETIVO OMS 2030: ELIMINAR LAS HEPATITIS VIRALES ES UN TRABAJO DE TODOS

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 sinérgias 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.

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 socio-sanitario 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, 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 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.

Fotografía: Nuno Coimbra

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.

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.

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

A: Indicadores complementarios

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)

Traducido y adaptado por asscat

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

HISTORIA NATURAL DE LOS PACIENTES INFECTADOS POR VHB PORTADORES INACTIVOS O EN "ZONA GRIS": DIFERENCIAS EN LA INDICACIÓN DE TRATAMIENTO

Lidia Cabrinety, Albert Pardo, Adrià Rodríguez, Carlos Zugasti, Silvia Montoliu y Joan Carles Quer. *Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII*

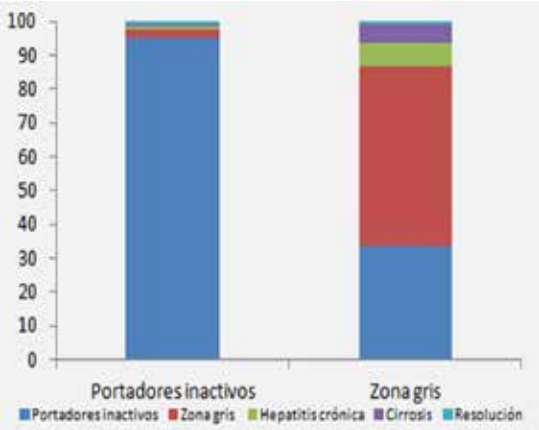
Durante su evolución, la infección por el virus B (VHB) discurre a lo largo de una serie de fases, cuyo pronóstico es muy diferente. En la práctica, uno de los problemas más frecuentes es la **distinción entre hepatitis crónica (HC),** es decir, la presencia de inflamación y/o fibrosis hepática y la **situación de portador inactivo (PI),** en la cual hay un bajo nivel de replicación viral y ausencia de lesión hepática significativa. Para establecer esta distinción, se utilizan básicamente dos determinaciones analíticas: la cifra de transaminasas (ALT) y la cuantificación de la carga viral (DNA-VHB). Siguiendo las recomendaciones de las guías de práctica clínica, se considera que una cifra de ALT superior a dos veces el límite superior de la normalidad junto con una elevación de DNA-VHB superior a 20.000 UI/ML es indicativa de la presencia de HC evidente y, por tanto, de indicación de tratamiento, siendo opcional en estos casos la práctica de biopsia hepática. Por el contrario, cuando la cifra de ALT se encuentra dentro de las cifras normales y el DNA-VHB es inferior a 2.000 UI/ML se habla de una situación de PI. Como ya se ha mencionado, distinguir entre ambas situaciones es muy importante, pues si bien la primera se asocia a riesgo de evolución a una enfermedad hepática avanzada, cirrosis y hepatocarcinoma, en la segunda la situación clínica se mantiene estable en la mayoría de los casos, e incluso en un pequeño porcentaje de ellos se constata la resolución de la infección.

El problema estriba en que, ambas determinaciones analíticas son con frecuencia insuficientes para establecer esta distinción crucial. Este hecho se puede producir por tres circunstancias: 1) La cifra de transaminasas se encuentra levemente elevada en presencia de DNA-VHB indetectable o a un nivel muy bajo (menos de 2.000 UI/ML); 2) Se observa replicación viral (menos de 20.000 UI/ML) pero con cifras de ALT dentro de la normalidad; 3) Se observa replicación viral de baja intensidad (DNA-VHB entre 2.000 y 20.000 UI/ML) junto con una discreta elevación de las transaminasas que no alcanza los criterios establecidos como HC evidente. En definitiva, en estas tres circunstancias nos encontramos con un grupo de pacientes que ni reúnen los criterios de HC evidente ni los de PI. Se trata, por tanto, de una situación de diagnóstico indeterminado a la que se conoce como "zona gris" (ZG). Obviamente, una manera de resolver la incógnita diagnóstica que se plantea en estos casos sería la realización de una biopsia hepática. Sin embargo, esta técnica además de presentar una serie de limitaciones intrínsecas, se trata de una prueba invasiva. Existe, por tanto, un gran interés en utilizar métodos no invasivos para estimar la presencia de fibrosis hepática, de manera que en ausencia de ésta se pueda confirmar el diagnóstico de PI. De entre todas ellas la elastografía de transición (ET), más conocida como FibroScan®, es una de las más prometedoras y, de hecho, la obtención, con este método, de valores de rigidez hepática muy bajos nos permite confirmar la ausencia de fibrosis. Pero incluso utilizando métodos no invasivos como la ET, en una proporción significativa de pacientes seguimos sin tener un diagnóstico claro y, en estas ocasiones, únicamente el seguimiento a medio o largo plazo y la monitorización periódica de los valores de ALT y DNA-VHB y, preferiblemente, también de la ET u otros marcadores no invasivos de fibrosis nos permitirá resolver finalmente este dilema diagnóstico.

En este contexto, se sitúa el interés de nuestro estudio, cuyo principal objetivo fue el de comparar la evolución natural de la infección en

aquellos pacientes diagnosticados inicialmente como ZG en relación a aquellos diagnosticados como PI y evaluar qué características basales en ambos casos se asocian a una evolución a HC y a la indicación de tratamiento. Se trata de un estudio observacional realizado sobre una cohorte de pacientes infectados por VHB que no reunían criterios de HC evidente al inicio del seguimiento y que fueron catalogados como PI si la cifra de ALT era inferior a 40 UI/ML y el DNA-VHB era inferior a 2.000 UI/ML o en ZG si la ALT se situaba entre 40 y 100 y/o el DNA-VHB entre 2.000 y 20.000 UI/ML. Se registró prospectivamente su evolución, siguiendo los intervalos y determinaciones habituales, que incluían la realización de una ET semestral o anual. En total se incluyeron un total de 290 pacientes que fueron seguidos durante una media de 4,6 años.

Resultados del seguimiento de los dos grupos: Portadores inactivos y Zona gris



	PI (n=201)	ZG (n=89)
Elastografía > 7,5 Kp	29 (16%)	28 (34%)*
Biopsia hepática	3 (1,5%)	19 (21%)*
Tratamiento antiviral	5 (1,5%) 2 profilaxis de reactivación	12 (13%)*

Observamos, en primer lugar, que la gran mayoría de los 201 pacientes en situación inicial de PI (el 96%) continuaron siendo PI al final del seguimiento. Si bien en 29 casos (16%) se obtuvieron valores de ET compatibles con fibrosis significativa, la biopsia únicamente se practicó en 5 casos, debido a que en el resto los niveles de replicación viral eran indetectables o muy bajos. De hecho, únicamente en 3 casos se confirmó histológicamente la presencia de fibrosis significativa y se inició el tratamiento. Es destacable el hecho de que no se observó evolución hacia HC o ZG en ningún PI cuyo DNA-VHB fuera indetectable o cuyas cifras de ALT fueran estrictamente normales (30 UI/ML en hombres y 19 en mujeres). Por el contrario, la evolución observada en los pacientes considerados en ZG fue mucho más heterogénea. 47 (53%) siguieron en zona gris, pero 31 (34%) pudieron ser catalogados como PI al final del seguimiento. Además, en el 34% de los casos se observaron valores de ET sugestivos de fibrosis y se indicó biopsia en 19 (21%). En 12 de estos 19 casos, la biopsia confirmó la presencia de fibrosis significativa. Por tanto, la indicación de tratamiento fue significativamente superior en el grupo de ZG (14%) que en los PI (1,5%). En el análisis de regresión, la única variable predictiva independiente asociada a indicación de tratamiento fue la elevación de transaminasas. De hecho, sólo en un paciente en ZG se indicó tratamiento con transaminasas normales.

Conclusiones: 1) Los pacientes clasificados como portadores inactivos especialmente con DNA-VHB indetectable y/o transaminasas estrictamente normales, permanecen como tales, sin evolucionar hacia HC o ZG. 2) La evolución de los pacientes en ZG es mucho más variable, con una proporción significativa de ellos con indicación de tratamiento, por lo que requieren un seguimiento más estrecho; especialmente si están catalogados como ZG por elevación de ALT más que por una elevación moderada de la replicación viral.

Nota: Una proporción relevante de pacientes de esta cohorte presenta datos de **Síndrome de Resistencia Insulínica** (elevación índice HOMA, esteatosis ecográfica, ferritina elevada, etc.). Ello se ha de tener en cuenta al evaluar los resultados de transaminasas y de los valores de la elastografía, en especial si la carga viral es baja.

Referencias:

1. Norah A. Terrault, Natalie H. et al. AASLD Guidelines for Treatment of Chronic Hepatitis B. Hepatology 2016; 63: 261-83.

2. Lampertico P, Agarwal K, Berg T, et al. EASL 2017 Clinical Practice Guidelines on the management of hepatitis B virus infection. J Hepatol. 2017 (en prensa).

3. Papatheodoridis GV, Manolakopoulos S, Liaw YF, Lok A. Follow-up and indications for liver biopsy in HBeAg-negative chronic hepatitis B virus infection with persistently normal ALT: a systematic review. J Hepatol. 2012;57:196-202.

¿QUIÉN HA DICHO QUE LA HEPATITIS C SE HA ACABADO?

Dra. Teresa Casanovas. *Hepatóloga*

Hace unos días, cuando alguien me comentó que la hepatitis C se había acabado, me quedé muy sorprendida ya que en nuestro entorno percibimos que la infección por virus C es un problema que se mantiene vivo. En ASSCAT seguimos recibiendo consultas a diario, tanto de personas recién diagnosticadas como de aquellas a quienes aún no se les prescribe el tratamiento. También hemos de atender a personas que no han respondido a los Antivirales de Acción Directa (AAD) y a quienes, habiendo conseguido la curación, tienen cirrosis y/o hepatocarcinoma. Éstas son situaciones delicadas y requieren una atención personalizada, pero el respaldo de personas con experiencia ayuda a que los afectados puedan afrontar una nueva terapia o un trasplante. Además, muchas de nuestras acciones van dirigidas a impulsar la búsqueda de aquellos pacientes ocultos que viven sin saber que tienen hepatitis C, no disponen de información ni de atención médica y, por tanto, tampoco tienen posibilidad de curarse.

Para la eliminación de las hepatitis virales, como propone la OMS, se precisa una estrategia global cuyas directrices deben cumplir todos los países. Concretamente, en el VHC, además de alcanzar la curación del máximo número de pacientes, se necesitan acciones en el ámbito de la Salud Pública. Siguen sin respuesta temas cruciales que requerirían más investigaciones e inversiones y es urgente la implicación de los profesionales médico-sanitarios, los responsables políticos, los pacientes y los ciudadanos en general.

Este artículo tiene como objetivos afirmar que la hepatitis C no se puede considerar un problema resuelto y plantear los temas aún pendientes, que se deben afrontar lo más pronto posible si se quiere progresar hacia su eliminación. Aunque se han curado muchas personas, lo cual es trascendental para progresar en este objetivo, la hepatitis C no ha desaparecido y queda mucho por hacer.

Recientemente, investigadores de renombre en el campo de las hepatitis se han cuestionado determinados aspectos del estado actual de la infección por el VHC y han manifestado sus preocupaciones en sus artículos (Ref. 1-3).

Un poco de historia, de dónde venimos

H. Rosen (1) expone, en un interesante artículo, su experiencia y lo que ha vivido la Hepatología, como especialidad médica, en los últimos años. Se pregunta: ¿La hepatitis C acabará siendo sólo históricamente interesante? ¿La misma enfermedad que ha dominado la Hepatología en los últimos 25 años? Una enfermedad fascinante, a la que, desde hace tiempo, se enfrentan enfermos e investigadores y en la que persisten temas por estudiar.

H. Rosen comparte sus recuerdos de su época de estudiante de Medicina en Miami, donde conoció personas mayores que tenían cirrosis cuya causa era una hepatitis "no-A, no-B". Algunas de ellas tenían antecedentes de transfusiones o habían recibido inyecciones con material no desechable. En 1989, al descubrirse el virus C, estas personas pudieron ser diagnosticadas de hepatitis C.

Cinco años más tarde, trabajando en el equipo de trasplante de hígado en la Universidad de California, H. Rosen cuidó de un paciente que había recibido su segundo hígado y tras una recidiva grave de su VHC se estaba evaluando para un tercer trasplante. En aquel momento, no se conocía la causa de la mala evolución del enfermo. H. Rosen comenta que, después de revisar cientos de historias clínicas, se pudo concluir que en este caso la mala evolución era debida a los potentes tratamientos recibidos para evitar el rechazo agudo en el proceso postrasplante. Estos hallazgos, le inspiraron para investigar más a fondo la respuesta inmune que el huésped establece frente al VHC. En ocasiones, esta respuesta es un arma de doble filo y ataca al propio individuo. En el mismo año,

un grupo italiano publicó el tipo de respuesta inmune específica frente al VHC que se podía detectar en usuarios de drogas inyectables y, con ello, se podía predecir quién continuaría con infección crónica y quién se curaría espontáneamente de la infección aguda. Este concepto representó un cambio de paradigma. En estos años, hubo estudios cruciales, muchas personas se involucraron y trabajaron en este campo. También H. Rosen, quien continuó reflexionando e investigando para comprender mejor cómo progresaba la lesión hepática causada por el VHC.

Barreras para acceder al diagnóstico y al tratamiento

Un ejemplo de lo que queda por hacer es que aún no se ha resuelto cuál sería la mejor estrategia para el cribado de la población no diagnosticada. En la primera estrategia de cribado que se hizo en Estados Unidos y que se basaba en las circunstancias de riesgo, se logró identificar menos de la mitad de todas las infecciones por VHC, por lo que, en 2012, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) ampliaron sus directrices para diagnosticar más casos, y propusieron practicar las pruebas del VHC a todas las personas nacidas entre 1945 y 1965 (baby boomers). **Considerando que el primer paso para mejorar los resultados de salud y prevenir la transmisión del VHC es la identificación de las personas con infección activa,** parece insólito que no haya más programas para buscar pacientes no diagnosticados y tratarlos, cuando ahora se dispone de los AAD.

Tratamientos actuales sin interferón y resultados

La llegada de los tratamientos anti-VHC sin interferón, ha transformado el panorama de la hepatitis crónica C. Estos fármacos de acción antiviral directa, con o sin ribavirina, son bien tolerados y consiguen tasas de Respuesta Virológica Sostenida (RVS) del 95%. Además de los ensayos clínicos, se dispone de los resultados obtenidos en el mundo real, con un gran número de pacientes, en varios continentes, que han confirmado los resultados tanto de RVS como de seguridad de los fármacos presentados previamente.

Los últimos resultados publicados, con fármacos que se aprobarán en poco tiempo, tienen una mejor RVS, de entre el 96% y el 100%. En su editorial, J.M. Pawlotsky (2) comenta que, con estos estudios, se ha avanzado en los resultados sobre su eficacia, en diferentes grupos de pacientes, algunos con enfermedades asociadas a su enfermedad hepática, con cirrosis compensada o descompensada, y/o con tratamientos previos, pero se plantea cuestiones que están quedando sin resolver y que afectan al paciente individualmente y también a la toma de decisiones por parte del especialista y se pregunta si la próxima generación de antivirales será la última.

Actualmente, aunque se disponga de fármacos excelentes, existen temas que, tal y como expone **J.M. Pawlotsky,** requerirían más estudios diseñados específicamente, con los siguientes objetivos:

- Establecer la duración ideal del tratamiento y en qué medida se podría acortar a menos de 12 semanas.
- Resolver el problema del tratamiento del genotipo 3, que, en determinados casos, es aún un genotipo difícil de curar, en especial si ya existe cirrosis. En este genotipo las opciones de tratamiento son limitadas y las tasas de RVS son menores en comparación con las de otros genotipos.
- Continuar los estudios en los pacientes incluidos en lista de espera para trasplante de hígado. En este grupo de pacientes con cirrosis descompensada se precisa establecer el mejor momento del tratamiento y conocer la combinación de fármacos ideal. Además, se debería averiguar si estos pacientes necesitan ribavirina para su curación. En pocas palabras, haría falta investigar si el tratamiento previo al trasplante hepático tiene un claro beneficio clínico o sería mejor esperar a tratar después del trasplante.
- Hasta hace poco en los pacientes infectados con los genotipos 2, 3, 5 y 6 que tienen insuficiencia renal crónica, las opciones terapéuticas eran limitadas ya que se aconseja evitar sofosbuvir, contraindicado en caso de enfermedad renal avanzada.
- Se precisa consenso sobre la mejor alternativa para el retratamiento en pacientes con fracaso a un régimen basado en interferón y/o a AAD.

Algunos pacientes parecen ser incurables con los regímenes farmacológicos actuales. Por lo tanto, es importante recalcar que se necesitan nuevas combinaciones de rescate.

En la misma editorial, J.M. Pawlotsky habla sobre su percepción de futuro en cuanto al tratamiento del VHC: la duración más corta del tratamiento capaz de producir tasas de RVS superiores al 95% es de 8 semanas y no considera útil explorar más a fondo duraciones menores. Cada vez se usará menos ribavirina, pero probablemente seguirá siendo útil en algunos pacientes muy difíciles de curar.

Medicamentos para la hepatitis C: ¿La próxima generación será ya la última?

J.M. Pawlotsky considera que la próxima generación de medicamentos contra el VHC será la última. La industria del medicamento está ahora invirtiendo en otras necesidades no cubiertas y que pueden proporcionar mayores beneficios, dado que el mercado previsto de los pacientes a tratar disminuye, la hepatitis C ya no tiene interés prioritario. Pero muchos millones de pacientes todavía no son conscientes de su infección, siguen con riesgo de sufrir complicaciones hepáticas y extrahepáticas y demasiados van a tener que esperar para acceder a la terapia.

Con la actual y la próxima generación de fármacos contra el VHC, será técnicamente posible curar a la gran mayoría de los pacientes infectados por el VHC, especialmente si se dispone de fármacos más asequibles para que el precio no sea un obstáculo para el acceso a ellos. Los planes nacionales deben implicar a todos los países, tal y como propone la OMS, para detectar y diagnosticar a todos los portadores del VHC, proporcionarles una atención y tratamiento eficientes y educar en su prevención a los que corren un alto riesgo de reinfección.

El objetivo de eliminar el VHC está aún lejos de ser logrado

A nivel global, la mayoría de las personas infectadas por el VHC no son conocedoras de su infección, por lo que tienen el riesgo de transmisión a otros y de que su enfermedad progrese a cirrosis y/o a carcinoma hepatocelular (HCC). ***En la Fig. 1, H. Rosen muestra los temas pendientes y prioritarios que deberían estar en investigación.*** En esta gráfica Rosen combina varios parámetros: en el eje vertical sitúa la importancia que suponen como avance en el campo del VHC y en el eje horizontal, la dificultad y el tiempo necesario para conseguirlos:

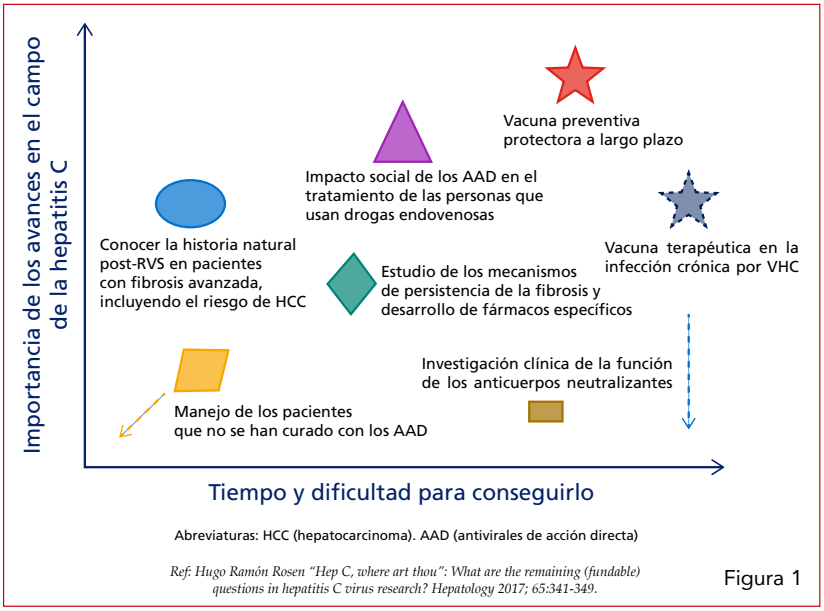


Figura 1

H. Rosen explica los temas cruciales reflejados en el esquema:

¿Cuál es el riesgo residual de progresión de la enfermedad después de una respuesta virológica sostenida?

Está bien establecido que la RVS se asocia a menos complicaciones en relación con la enfermedad hepática y a una reducción de la mortalidad. La mayor parte de los datos son históricos y se refieren a los resultados del tratamiento con interferón (IFN), pero la previsión es que la curación del VHC mediante los AAD, reducirá los síntomas y la progresión de la enfermedad, con mejoría de la calidad de vida. Los resultados obtenidos hasta la fecha refuerzan la recomendación de que todos los pacientes con infección crónica por el VHC deben ser tratados.

Precisamente la definición del riesgo de progresión de la enfermedad y de la aparición de HCC después de la RVS mediada por AAD constituye un tema importante que será relativamen-

te fácil de abordar, aunque se requerirá realizar el seguimiento controlado y a largo plazo de un gran número de pacientes. Datos recientes subrayan el potencial valor predictivo de los cambios a nivel de las mediciones del gradiente de presión venosa hepática y de los valores del FibroScan®, a corto plazo, tras la curación.

Algunas características clínicas asociadas, por ejemplo, edad avanzada, enfermedad hepática por esteatosis (grasa) no alcohólica coexistente, diabetes y consumo de alcohol, contribuyen a un mayor riesgo de sufrir un HCC post-RVS.

Evolución de la fibrosis en los pacientes tratados en fases avanzadas

Dado que no se disponen de estudios a largo plazo en personas que han recibido tratamiento con AAD, no se conoce todavía el efecto de la curación del VHC sobre la evolución de la fibrosis hepática y si la persona tendrá eventualmente una descompensación hepática a posteriori. En los pacientes con mayor riesgo de complicaciones de la enfermedad, los datos más novedosos indican que, aunque los AAD pueden curar el VHC, el 85% de los pacientes con cirrosis ya descompensada, tendrán pocos efectos secundarios con la terapia, pero en más del 40% de los casos, los pacientes desarrollarán, tras la cura del virus, insuficiencia hepática progresiva y requerirán un trasplante.

Uno de los objetivos en futuros estudios sería establecer cuándo los pacientes ya han alcanzado un punto de "no retorno". La interrupción en la progresión de la fibrosis o incluso su regresión son cruciales en la evolución crónica y progresiva de la hepatitis por VHC.

¿Cuál es el mejor tratamiento para los fallos actuales de los AAD?

Los factores que se asocian al fracaso del tratamiento con AAD son un estadio avanzado de fibrosis hepática, falta de respuesta a la terapia antiviral previa, genotipo 3, nivel viral basal elevado con heterogeneidad de las proteínas no estructurales virales NS3, NS5A y NS5B, Variantes del Virus Resistentes (RAVs, en sus siglas en inglés), junto a una terapia combinada de AAD subóptima. Es importante destacar que la combinación de múltiples RAVs clínicamente relevantes parece ser baja. Están apareciendo datos de pacientes con fracaso terapéutico a todos los AAD combinados e indican que un retratamiento más prolongado con la misma clase de fármacos y añadir ribavirina puede ser eficaz en algunos pacientes. Las pruebas de resistencia se están utilizando para seleccionar las opciones de retratamiento más eficaces, pues se acepta que un cambio en el tipo de medicación podría ser el enfoque más eficiente.

Según H. Rosen, el fracaso del tratamiento con AAD no va a ser un problema insalvable puesto que se están estudiando terapias que actúan modificando o inhibiendo factores del huésped que el virus precisa para mantener la infección. Una de estas dianas sería inhibir la entrada del VHC en la célula, un difícil proceso que necesita una serie de proteínas del huésped imprescindibles para el VHC.

¿El tratamiento con AAD de las personas que se inyectan drogas, limitará la escalada de la epidemia del VHC?

En las tres últimas décadas, la vía principal de transmisión del VHC ha sido el uso de drogas inyectables. Las enfermedades relacionadas con el VHC son las principales causas de muerte entre los Usuarios de Drogas inyectables (UDI). En esta población, la incidencia del VHC es 10 veces más alta que la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). Sin embargo, los programas que han permitido reducir la transmisión del VIH entre los UDI, han tenido poco efecto en la infección por VHC. En la actualidad, en Estados Unidos, el diagnóstico de hepatitis aguda por VHC en UDI está aumentando entre adultos jóvenes. Se estima que cada persona UDI infectada por el VHC, podría transmitir el virus a otras 20 personas. Por lo tanto, es posible que, si los tratamientos contra el VHC se administran eficazmente a aquellos con mayor riesgo de transmisión, se produzcan reducciones significativas de futuros casos de VHC. Hasta la fecha, los ensayos de tratamiento del VHC han excluido a las personas que se inyectaban drogas. En el pasado, se tenían dudas sobre su adherencia y el riesgo de reinfección. Pero, las evidencias actuales muestran que tienen voluntad y compromiso para ser tratadas. Además, se ha demostrado que la RVS entre las personas que se inyectan drogas es igual que en la población general.

¿Tendremos una vacuna que proporcione una protección a largo plazo contra el VHC?

El VHC es la infección viral más común del mundo transmitida por la sangre para la cual no existe vacuna. La mayoría de las infecciones agudas por el VHC son asintomáticas y la persistencia de la infección se establece en la mayor parte de las personas infectadas. El desarrollo de la vacuna profiláctica es fundamental para eliminar y prevenir globalmente la infección por el VHC, pero hasta ahora, los esfuerzos han fracasado por la heterogeneidad considerable del genoma viral y la falta de un modelo de investigación con animales pequeños, disponible fácilmente.

Vacuna terapéutica en la infección crónica por VHC

Las vacunas profilácticas con eficacia a largo plazo son un reto, aún no logrado, pero todavía será más difícil obtener vacunas terapéuticas contra el VHC, ya que los resultados hasta la fecha han sido decepcionantes, incluso cuando se combinan con terapia antiviral estándar.

¿Existe una indicación clínica para los anticuerpos (Ac) neutralizantes frente al VHC?

En la era actual de los AAD, no se justifica una investigación con Ac neutralizantes, que serían como la "inmunoglobulina de la hepatitis C", para lograr prevenir una transmisión tras la exposición a una situación de riesgo. Las poblaciones a proteger serían los profesionales de la salud con un riesgo ocupacional. Se estima que el 1,8% de las personas expuestas a una única punción con aguja de un paciente virémico se infectarán. Por lo tanto, demostrar que un preparado con Ac neutralizantes elimina el riesgo de la seroconversión post-exposición, requeriría al menos tratar a 55 pacientes. Obligaría a disponer de una infraestructura y diseño costosos, pues la dosis y la frecuencia de su administración no se conocen. Por todo ello, H. Rosen es muy escéptico en relación a que tal estudio se lleve a cabo. Más probablemente, los trabajadores de la salud que se infecten serán tratados con AAD en la primera detección de viremia.

Por último, es importante exponer también la opinión de **J. Hoofnagle.** Este investigador que ha vivido en primera fila todas las batallas y estudios para curar la hepatitis C, declara que: "La hepatitis C está disminuyendo, pero sigue ahí" (3). En su editorial, se muestra cauto en relación a los siguientes aspectos:

- Las tasas de respuesta que se obtienen con los AAD han sido próximas, pero no iguales al 100%, así quedan entre el 2 y el 5% de los pacientes con VHC que, o no alcanzan la respuesta virológica o tienen recaída, ello supone que decenas de miles de pacientes seguirán con la infección a pesar del tratamiento.

- Las barreras para acceder al diagnóstico y al tratamiento continúan siendo un problema grave. Debido a que la hepatitis C es a menudo clínicamente silenciosa, con frecuencia no se diagnostica hasta que surgen signos de enfermedad avanzada. La detección de la infección por el VHC es simple, pero no se realiza en las visitas médicas de rutina, por lo que se han de mejorar las tasas de detección de casos ocultos.

- Alcanzar la RVS, no garantiza que los pacientes no presenten complicaciones crónicas asociadas, en especial el HCC, que afecta a personas que ya tienen una hepatopatía avanzada y que puede aparecer incluso dentro del primer año tras la desaparición del VHC.

Conclusión

En un mundo globalizado las infecciones como la hepatitis C, para las que no se dispone de vacunas, se han de combatir en diversos frentes. Hemos de confiar en que se podrá lograr su eliminación, puesto que los países han comprobado que disminuyen infecciones que tenían una elevada incidencia como la tuberculosis y el VIH. Hoy por hoy, se podrían adoptar medidas que ya están disponibles, pero haría falta una mayor voluntad política y coordinación entre países. Es decir, tenemos los medios, pero se precisa que éstos lleguen a todas las personas. Las intervenciones eficaces, coordinadas y de impacto se deberían adaptar en función de las características clínicas de la población y del entorno específico.

Referencias:

1. Rosen H R. Hep C, Where Art Thou: What Are the Remaining (Fundable) Questions in Hepatitis C Virus Research? Hepatology 2017; 65: 341-349.

2. Pawlotsky J M Hepatitis C Drugs: Is Next Generation the Last Generation? Ed. Gastroenterology 2016; 51: 587–590.

3. Hoofnagle J H; Sherker AH. Hepatitis C: Down but Not Out. 2017 Ed. Ann Intern Med. doi: 10.7326/M17-0567.

MI DOLOROSA EXPERIENCIA LABORAL CON LA HEPATITIS C

Ya no quiero saber cómo me infecté a los 17 años, en los años setenta era común hervir las agujas y las inyecciones, quizás fue así como el virus de la hepatitis C entró en mi cuerpo.

A los 30 años me diagnosticaron hepatitis no A no B, ni idea, pero estuve dos meses más amarillo que un pollito. Siendo responsable en la oficina de una empresa multinacional japonesa, me vino mucho cansancio. Pensaba que era debido al estrés: viajes, reuniones, llamadas, etc. Fui a mi maravillosa doctora de cabecera, Isabel, y me recomendó analíticas diversas, resultando que tenía el virus de la hepatitis C. A partir de aquí, mi vida cambió radicalmente, debido a los síntomas (cansancio, debilidad, ansiedad, depresión...), no entendía nada. En el trabajo, no tuve más remedio que pedir cambio de tarea y de departamento (las empresas a nivel privado y más las multinacionales no aceptan enfermedades psiquiátricas).

En las revisiones anuales de la empresa, cada vez era peor, porque además mi trabajo era físico. Después de una baja detrás de otra mi doctora me recomendó hacer un tratamiento en el Hospital de Bellvitge, y allí conocí a mi hepatóloga.

Por otra parte, en una visita a la Mostra d´Entitats de la Fira de la Mercè, en Plaza de Cataluña, vi el estand informativo de ASSCAT, donde me dieron toda la información sobre la Hepatitis C y decidí hacerme socio. Estando de baja, tuve oportunidad de asistir a algunas charlas sobre el Virus de la Hepatitis C que organizaba la asociación.

Mi primer tratamiento en 2008 fue brutal (un año de inyecciones de interferón en la barriga y pastillas de ribavirina). Qué os voy a contar: efectos secundarios, osteoporosis, anemias y perdí 15 kilos, que para una persona cuyo peso habitual era de 63 kilos, es muchísimo. Al final el tratamiento no resultó, y mi doctora, nunca se me olvidará su cara, me comunicó que lo tenía que dejar. Casi lo conseguimos, de una carga viral de 12 millones, apenas había casi al final 3.000, pero en los dos últimos meses, se volvió a disparar. Esto supuso para mí una DECEPCIÓN TOTAL y pérdida de autoestima. Tenía ganas de morirme.

Volví a trabajar derrotado y con la esperanza de que el cuerpo volvería a recuperarse poco a poco. Tardé tres meses en volver a tener ganas de vivir.

Leía que se investigaban nuevos fármacos sin el temido interferón, lo cual me daba nuevas esperanzas, aunque volvía a tener baja tras baja.

En el trabajo, ese lugar en el que pasas más tiempo que en casa, me llegaron a llamar cobarde, me cambiaban de puesto sin explicaciones, y encima yo era delegado de personal. Sí, siempre he tenido toda mi vida la inquietud de defensa de los derechos de los trabajadores. Luchar por los demás, qué paradoja, ¿verdad?

Venir los aumentos salariales anuales y tener un cero de recompensa, y encima a quienes yo había ayudado, trabajadores de ETT para que consiguieran contrato fijo de la empresa y que fueron después mis jefes, no demostraron ninguna gratitud ni tuvieron miramientos. Fue muy duro, pero tenía que seguir luchando.

Al fin leí una noticia esperanzadora: los nuevos tratamientos orales para el VHC estaban en el mercado y volvió mi alegría. Pero mi fibrosis estaba en fase uno y era imposible de momento acceder al tratamiento. Esperé un año más y pasé a fase dos. Mi hepatóloga pidió mi tratamiento y cuando me dijo que estaba concedido, salí del hospital llorando, las alegrías tan esperadas a veces se manifiestan así. Esta vez el tratamiento duró tres meses, tuve efectos secundarios, más benignos que con el anterior tratamiento, y al final conseguí la CURACIÓN TOTAL. En la última analítica (febrero 2017), no había rastro de virus.

Agradezco los cuidados sanitarios del estupendo personal hospitalario y el apoyo de l@s compañer@s de ASSCAT, de mi doctora

de cabecera y de mi hepatóloga Teresa. Pero sobre todo agradezco a mi esposa Mary Carmen su paciencia, amor, tesón y valentía. Y por qué no decirlo, agradezco el soporte incondicional de mi perrita Ayla, que siempre ha estado ahí, en los momentos más duros, mirándome y cuidándome. Y, sin poder evitarlo, sigo teniendo un sentimiento negativo hacia esas personas que me han hecho tanto daño y nunca me han ayudado.

Ya llega el final de ciclo de mi vida laboral, me queda un año. Llevo 45 años trabajando y pagando mi futura pensión. Eso espero, pero esa es otra historia.

Y cuando me jubile colaboraré en lo que esté en mi mano para ayudar en ASSCAT porque, aunque no soy creyente, sí creo en las personas y en sus acciones para mejorar la sociedad.

Deseo que quienes estéis ahora con el tratamiento tengáis mucha fuerza para, finalmente, recibir la buena noticia:

¡NOS HEMOS CURADO!

Francis, Barcelona

SORTEANDO GRAVES OBSTÁCULOS PARA CURARME

Tengo 62 años y nací en un pequeño pueblo de Andalucía, igual que mi marido. Cuando éramos muy jóvenes decidimos instalarnos en Cataluña para trabajar. Entonces, yo tenía salud y muchos ánimos para tirar adelante con nuestros proyectos. Tuvimos un hijo que ahora tiene 42 años y nos ayuda en lo que puede. A mi marido lo jubilaron hace ya años, cuando la empresa empezó a ir mal.

Siempre hemos tenido un médico particular, al que pagamos un tanto cada mes, esto ya se hacía en el pueblo, no hemos de hacer cola y siempre nos atiende.

No fumo, no bebo, de joven nunca tuve enfermedades importantes, pero a los 40 años sufrí mi primer cáncer de mama. Tuve "suerte" pues era "leve" y después de 1 año de tratamiento muy fuerte (quimioterapia, operación y radioterapia) me dijeron que se había curado y que sólo hacía falta seguir controles.

A los 45 años, me noté un "bulto" en el otro pecho y al hacer las pruebas necesarias se detectó el segundo cáncer de mama con la afectación de los ganglios. Este segundo cáncer era más agresivo y su mayor gravedad obligó a extirpar el pecho, además del tratamiento que ya había hecho 5 años atrás.

No me salté ninguno de los controles. Pero hace unos 8-9 años, yo me encontraba muy cansada y perdía peso, en una de las visitas la oncóloga notó que tenía otra vez "ganglios" en el cuello. Me hicieron biopsias. Cuando me dijeron que tenía otro cáncer, y que era un linfoma, que es un tumor de los ganglios y de la sangre, por poco no me desmayo de la rabia que me dio.

Los médicos intentan siempre animar al paciente y poner al mal tiempo buena cara, pero nuestro médico particular en cada visita era más pesimista.

Tuvieron que hacerme muchas pruebas y la hematóloga que me visitaba del linfoma me

dijo que yo además tenía hepatitis C, y que por este motivo, la quimioterapia tendría que ser algo más floja. Para mí fue la primera noticia, yo no me podía imaginar que tuviese hepatitis C y con todo lo mío no le dimos mayor importancia. Pero con el paso de los días y las semanas y a medida que avanzaban las sesiones de quimioterapia mi cuerpo se fue hinchando (sobre todo de las piernas y del vientre) y aumenté unos 20 Kg, tenía muy poca fuerza y apenas podía caminar. Mi marido me hacía la comida, pero todo me daba asco. Tampoco podía dormir en la cama pues me ahogaba.

El médico particular me mantenía a base de calmantes. Mi marido le pedía que me diese vitaminas para ver si mejoraba pero él siempre le decía que yo no me podía curar nunca.

La hematóloga vio que mi piel se me había puesto de color amarillo, tenía picores por el cuerpo y los análisis del hígado estaban cada vez peor. Me pidió una consulta con la hepatóloga del hospital. La especialista que me visitó le dio mucha importancia al virus C y a la toxicidad de la quimioterapia, que por suerte ya se había acabado.

Yo estaba hundida, no quería hablar con nadie, sólo llorar y que me dejaran tranquila. Pero mi marido estaba ilusionado por ir a ver nuestro "pequeño cortijo", la casita que nos hicimos con nuestros ahorros para pasar juntos la jubilación. Quería que me diesen permiso para viajar, pues decía que allí con el aire sano mejoraría. Como yo iba de mal en peor y los diuréticos me daban "rampas" dolorosas y me dejaban floja, el médico particular me los retiró y también me dijo que probara de comer con algo de sal para ver si así comía algo más.

La hepatóloga en cada visita me volvía recetar lo mismo, la dieta sin sal y los diuréticos. Además, me empezó a hablar de pedir el tratamiento nuevo para mi hepatitis C.

A los pocos días, éste fue concedido y me llamó para empezar. Yo lo veía todo complicado. Volví a consultar con mi médico y dijo que él no lo haría, que yo estaba demasiado mal y que aún me pondría peor.

Mi marido empezó a cansarse de que cada vez que salía de la visita de este médico yo estubiera más deprimida y triste, mientras que la hepatóloga me daba ánimos y me comprendía.

Mi marido y mi hijo me convencieron para que hiciese el tratamiento de la hepatitis C. Ya me había curado de dos cánceres de pecho y del linfoma por lo que decidimos empezar para intentar vencer también al VHC. En la sala de espera de hepatología conocí a personas que ya se habían curado y hacían una vida normal. Eso me animó.

El tratamiento consistió en pastillas de dos clases durante 24 semanas. Durante este tiempo fui mejorando y tenía ganas de ir a la peluquería, comprarme ropa nueva y ocuparme de mi casa.

Éste es el resumen de mis vivencias y de los impedimentos que tuve para curarme de todas estas graves enfermedades.

Siento que soy una superviviente y este año, cuando pase el calor del verano, iremos a Andalucía unos días a disfrutar de nuestra casita…

Juanita, Barcelona

Más del 50% de las personas que tienen hepatitis B o hepatitis C no lo saben

Si tienes dudas, pide la prueba a tu médico, por ti y por los demás.

Hazte socio. ASSCAT necesita tu colaboración

Puedes hacerlo de las siguientes formas:

1 Rellena esta solicitud y envíala por correo o llévala personalmente a la sede de ASSCAT

Nombre _____ Apellidos _____

DNI _____ Tel. _____ Email _____

Dirección _____

Población _____ Provincia _____ C.P. _____

Autorizo que carguen en mi cuenta los recibos que presente ASSCAT

IBAN	Entidad	Oficina	DC	Nº de cuenta	Cuota anual 35€	45€	55€	Otra (€)

2 Visita la web www.asscat-hepatitis.org, entra en Hazte socio/colabora y sigue las instrucciones.

3 Envía un email a informacio@asscat-hepatitis.org o llama por teléfono a ASSCAT parar facilitar tus datos.

4 Puedes hacer un ingreso o transferencia al número de cuenta de ASSCAT mediante tu banco o a través de la web, entrando en Hazte socio/colabora en el apartado DONACIONES.

La Caixa **ES03 2100 0854 1202 0021 8585**

ASSCAT. Hotel d'Entitats La Pau. C/ Pere Vergés 1, 8º, desp.11 - 08020 - Barcelona.
Tels. 933145209 - 615052266

Entidad sin ánimo de lucro NIF. G--62527106. Inscrita con el núm 24.265 en el registro de Asociaciones de la Generalitat de Catalunya.

Eliminación hepatitis viral
Nuestro Próximo Gran Logro

¡Ya no hay excusas!

>10 [1]
Millones de casos nuevos cada año

5% [4]
sabe que tiene **hepatitis**

1,4
Millones de muertes al año. Más que la malaria o el SIDA

2017

2017 2030
NOhep...es para todos
El estigma impide que una de cada tres personas hable de su hepatitis [3]

2017 2030
NOhep...es justo
Aumento del acceso al tratamiento [2]

NOhep...es inteligente
Tratar la hepatitis C es algo que se amortiza por sí solo

Hagamos que la eliminación de la hepatitis viral sea nuestro próximo gran logro

90% [6]
Reducción de casos nuevos por año

90% [5]
sabe que tiene **hepatitis**

65% [7]
Reducción de la mortalidad

2030

7,1 [8] millones de vidas salvadas

1. Word Health Organization, Draft global health sector strategy on viral hepatitis 2016-2021, November 2015.
2. Ibid.
3. World Hepatitis Alliance, HCV Quest Global Patient Survey Key findings, 2015.
4. World Health Organization, Draft global health sector strategy on viral hepatitis 2016-2021, November 2015.
5. Ibid.
6. Ibid.
7. Ibid.
8. Imperial College Applied Modelling Group. Global investment case document. Unpublished report commissioned by WHO´s Global Hepatitis Programme, 2016.

NO:Hep NO:EXCUSE