

AEHVE

Alianza para la Eliminación de las Hepatitis Víricas en España

10 políticas clave para el objetivo #cerohepatitis

 **ASOCIACIÓN ESPAÑOLA
PARA EL ESTUDIO DEL HÍGADO**

 **FUNDACIÓN ESPAÑOLA
PARA EL ESTUDIO DEL HÍGADO**

**semFYC**
Sociedad Española de Medicina
de Familia y Comunitaria

**SEPD**
SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE PATOLOGÍA DIGESTIVA

**SESP***
Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria

**eimc**

**SEPD**
Adicciones y otros
Trastornos Mentales 

**FNETH**
Federación Nacional de Enfermos
Y Transplantados Hepáticos

**asscat**
Associació Catalana de Malalts
d'Hepatitis

Plataforma de Afectados por Hepatitis C Madrid

**plaf^{HC}**

**SOCIDROGALCOHOL**
Sociedad Científica Española
de Estudios sobre el Alcohol,
el Alcoholismo y las otras Toxicomanías

**Sociedad Española de Virología**

**SEMERGEN
AP**
Sociedad Española
de Atención
Primaria

**ISGlobal** Instituto de
Salud Global
Barcelona

**sefh**
Sociedad Española
de Farmacia Hospitalaria

**SEMG**
Sociedad Española de Médicos
Generales y de Familia



1. Definir y desarrollar estrategias de microeliminación en los focos primarios

Los focos primarios son aquellos grupos poblacionales en los que se producen la mayor parte de las nuevas infecciones por el virus de la hepatitis c (VHC). Hay tres: a) las personas que se inyectan drogas por vía parenteral (UDPV); b) los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y mantienen conductas de riesgo; y c) las personas inmigrantes provenientes de zonas de alta prevalencia de la infección por VHC. Si la prevalencia serológica de la hepatitis C en España se sitúa en el 0,8% y la de la infección activa en el 0,17%, según los datos preliminares de la encuesta de seroprevalencia realizada por el Ministerio de Sanidad a nivel nacional, en estos focos primarios se eleva notablemente. Así, en los UDPV, el riesgo de infección es muy alto en los primeros 5 años, con una prevalencia del 70%. En HSH con prácticas de riesgo, la incidencia de reinfección oscila entre 2,5-5 personas/año. La eliminación foco a foco (microeliminación) es el proceso asistencial más efectivo en estos colectivos poblacionales e implica una estrategia integral que además de la curación de los pacientes infectados contemple el tratamiento como prevención del entorno más próximo al paciente.



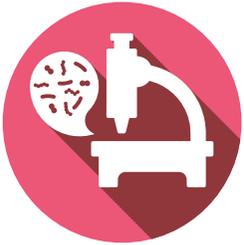
2. Instaurar nuevas vías asistenciales en los colectivos alejados del sistema sanitario (grupos vulnerables)

En España, la Atención Primaria es la puerta de acceso al sistema sanitario, pero el problema de muchas de las personas que conforman estos focos primarios de la hepatitis C es que no tienen contacto habitual con el Sistema de Salud. Es necesario facilitar la coordinación entre los ámbitos comunitario, social y sanitario, facilitando la derivación desde instituciones comunitarias como centros de atención de adicciones, centros específicos de atención de infecciones de transmisión sexual (ITS), centros de salud mental, servicios sociales municipales, centros de día, ONGs, que sí tienen contacto habitual con las personas de estos focos primarios. Es recomendable instaurar la realización de pruebas de detección rápida y descentralizada de lectura hospitalaria en esos entornos no clínicos comunitarios. Es necesario establecer protocolos sencillos de derivación y crear un sistema de información sobre VHC en centros comunitarios. Es asimismo conveniente instaurar un sistema de citación directa (*call center*) con Atención Especializada, potenciando el papel de la interconsulta electrónica entre Atención Especializada y Atención Primaria para aquellos casos conocidos por estos centros de salud. En general, es necesario abordar nuevas vías asistenciales que eviten la “pérdida” del paciente.



3. Creación de centros o referentes comunitarios de cribado para combatir los focos primarios

En áreas de especial volumen de pacientes, es recomendable la creación de centros o referentes comunitarios de cribado de localización fija o móvil dotados de pruebas rápidas in situ o explorando el auto-test domiciliario, y asesoramiento (point of care), equivalentes a los que con buenos resultados funcionan para la detección y tratamiento de ITS/VIH.



4. **Buscar pacientes con serología positiva no tratados y garantizar la continuidad y agilidad asistencial para todos**

Es necesario cruzar las bases de datos de serologías positivas para detectar a aquellas personas que aún no han sido tratadas dotando a los responsables de laboratorios y microbiólogos de las herramientas y formación en sistemas de información necesarios para identificar a los pacientes. Igualmente, es necesario instaurar vías asistenciales ágiles y rápidas para todos los pacientes, también para los que frecuentan el sistema sanitario, haciendo especial hincapié en la formación de profesionales y facilitar los medios técnicos en Atención Primaria para identificar proactivamente personas en situación de riesgo, la coordinación entre Atención Primaria y Hospitalaria y la evaluación y análisis de resultados.



5. Garantizar la homogeneidad y coordinación territorial en el abordaje de la hepatitis C

Es necesario terminar con las diferencias entre Comunidades Autónomas, provinciales e incluso entre municipios en el circuito asistencial de los pacientes, particularmente de aquellos pertenecientes a los focos primarios más alejados del sistema de salud.



6. **Implantar el diagnóstico en un único paso**

En la actualidad, el diagnóstico de la hepatitis C se efectúa en varios pasos, y además existe una brecha importante entre el diagnóstico de la infección y la evaluación clínica, lo cual favorece la pérdida y desmotivación de algunos pacientes. Una estrategia de diagnóstico en un solo paso (una sola muestra para serología y carga viral) seguida de una comunicación rápida de los resultados y cita directa en la consulta es clave para el avance en el abordaje de la hepatitis C.



7. Avanzar en la estrategia de microeliminación en prisiones

En personas internadas en centros penitenciarios la prevalencia es superior a la población general, debido principalmente a los hábitos de riesgo que presenta esta población (usuarios de drogas por vía parenteral-UDPV). Los últimos datos reflejan que la prevalencia de infección activa en las prisiones se sitúa en torno al 3%, dato muy relevante por cuanto el medio penitenciario tiene consecuencias sanitarias no solo a nivel interno, sino sobre el resto de la sociedad, pues la prisión no es un espacio estanco. Una estrategia sostenida y universal de “cribar y tratar” (todos los internos se criban en el momento de su entrada en prisión) conduce a la eliminación del VHC en un centro penitenciario. Para avanzar en este objetivo, es necesario fomentar la telemedicina, que además de ser satisfactoria tanto para pacientes como para profesionales, se puede practicar en todos los pacientes independientemente de su situación neurocognitiva. Se deben asimismo buscar medios que faciliten el seguimiento de los pacientes durante el tratamiento y hasta la evaluación de su curación una vez finalicen periodo de confinamiento en prisión.



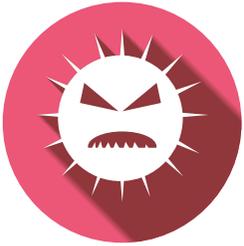
8. Definir los criterios para el desarrollo de una estrategia de cribado en población general

El coste-efectividad de los cribados poblacionales e incluso del cribado universal ha sido acreditado por dos estudios recientes en nuestro entorno. Uno de ellos, además, responde a una cohorte real (cohorte Ethon, en la que se incluyeron 12.515 personas) y concluye con la constatación de que “es coste-efectivo en cualquier grupo de edad, y especialmente entre los 45 y 49 años”. El segundo estudio, basado en un modelo matemático de decisión, llega a la conclusión de que “el cribado en población general de entre 29 y 70 años es más coste-efectivo que el de la misma población con factores de riesgo”. En concreto, la relación coste-utilidad incremental de una estrategia frente a otra fue de 8.914 euros, por debajo del umbral de eficiencia aceptado en España. Ya hay comunidades autónomas, como Cantabria, que con una prevalencia estimada del 0,3% de infección activa, han iniciado un programa de cribado poblacional a personas de entre 40/70 años. Una vez que se conozcan los resultados definitivos del estudio de seroprevalencia a nivel nacional realizado por el Ministerio de Sanidad, se debe estudiar la implementación de la mejor estrategia de cribado en población general.



9. **Desarrollar políticas de prevención que incidan en las prácticas de riesgo**

Es necesario impulsar políticas de prevención orientadas fundamentalmente a los focos primarios y a las prácticas de riesgo actuales. Para ello es necesario formar al profesional sanitario implicado en el abordaje de estos grupos, así como llegar al espacio público a través de las redes sociales, los medios de comunicación y acciones de educación de calle en los lugares y espacios frecuentados por estas poblaciones.



10. Incidir en la educación para la salud para evitar reinfecciones en colectivos vulnerables

Un estudio reciente ha advertido de la alta tasa de reinfección por VHC en el segmento de HSH coinfectados por VIH. La reinfección por el virus de la hepatitis C (VHC) después de la curación con antivirales de acción directa (AAD) en personas con VIH y también infectados de VHC resultó, en este estudio, 28 veces más frecuente en hombres que mantenían sexo con otros hombres que en personas con antecedentes de consumo de drogas inyectadas. La revisión de las historias clínicas reveló que todos los HSH con reinfección reconocían haber tenido múltiples relaciones sexuales con penetración anal sin preservativo con diferentes parejas sexuales. Además, la mayoría refirió la práctica de chemsex. Estos datos señalan claramente la necesidad de desarrollar una estrategia de educación para la salud para evitar reinfecciones, la cual debe incluir el cribado sistemático de infección por VHC tras la cura en HSH con prácticas de alto riesgo para la reinfección y el tratamiento de la reinfección con poca demora para interrumpir la cadena de transmisión.

Firman este documento:

Dr. Agustín Albillos, Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Dr. Raúl Andrade, Hospital Virgen de la Victoria, Málaga.

Dra. Gloria Antolín, Hospital Río Hortega, Valladolid.

Dr. José Joaquín Antón, Centro Penitenciario de Albolote, Granada.
Presidente de la SESP.

Dr. Juan Arenas, Complejo Hospitalario de Donostia.

Dr. Rafael Bañares, Hospital General Gregorio Marañón, Madrid.

Dr. Juan Berenguer, Hospital General Gregorio Marañón, Madrid. SEIMC.

Dra. María Buti, Hospital Vall d'Hebrón, Barcelona. Presidenta de la AEEH.

Dr. José Luis Calleja, Hospital Puerta de Hierro, Madrid.

Dra. Teresa Casanovas, ASCCAT, Barcelona.

Dra. Ángeles Castro, Complejo Hospitalario de la Coruña.

Dr. Conrado Fernández, Hospital Fundación Alcorcón, Madrid.

Dr. Javier Crespo, Hospital Marqués de Valdecilla, Santander. Presidente de la SEPD.

Dr. Moises Diago, Hospital General de Valencia.

Dr. Rafael Esteban, Hospital Vall d'Hebrón, Barcelona.

Dr. Xavier Forns, Hospital Clinic, Barcelona.

Dr. Federico García, Hospital San Cecilio, Granada.

Dr. Javier García-Samaniego, Hospital La Paz, Madrid. Coordinador de la AEHVE.

Dr. Juan González, Hospital La Paz, Madrid.

Dr. Manuel Hernández, Hospital Universitario de Canarias, Tenerife.

Dr. Francisco Jorquera, Complejo Hospitalario de León.

Dra. Alicia Lázaro, Hospital Universitario de Guadalajara. SEFH.

Dr. Jeffrey Lazarus, ISGlobal, Barcelona.

Dr. Manuel Linares, Centro de Salud Buenos Aires, Madrid. SEMERGEN.

Dr. José María Molero, Centro de Salud San Andrés, Madrid. SemFYC.

Dr. Francisco Pascual, Unidad de Conductas Adictivas de Alcoy, Valencia.
Presidente de Socidrogalcohol.

Dr. Emilio Pérez Escanilla, Centro de Salud de San Juan, Salamanca.
SEMG.

Dr. Josep Quer, Hospital Vall d'Hebrón, Barcelona. SEV.

Dr. Manuel Rodríguez, Hospital Central de Asturias.

Dr. Manuel Romero, Hospital Virgen del Rocío. Instituto de Biomedicina,
Sevilla.

Dr. Carlos Roncero, Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.
SEPD.

Dra. Begoña Sacristán, Hospital San Pedro de Logroño.

Dr. Juan Turnes, Complejo Universitario de Pontevedra.

Dr. José Zozaya, Complejo Hospitalario de Navarra.