

JUNTOS seremos

HISTÓRICOS

en Hepatitis C

Decálogo para la eliminación de la Hepatitis C en España:

Diez pasos para ser HISTÓRICOS

26 de mayo de 2022

47º Congreso Anual de la AEEH

▼ Este medicamento está sujeto a seguimiento adicional, es prioritaria la notificación de sospechas de reacciones adversas asociadas a este medicamento.

“Este material incluye contenido científico con fines formativos, dirigido exclusivamente a Profesionales Sanitarios. Estos contenidos están sujetos a derechos de propiedad intelectual”

▼ **MAVIRET**[®]
glecaprevir/pibrentasvir

Ficha técnica disponible

Agenda

- Presentación del “Decálogo para la eliminación de la Hepatitis C en España”
- El Decálogo como herramienta para alcanzar los objetivos de eliminación de la Organización Mundial de la Salud
- Implementación del decálogo: experiencias reales de eliminación

PONENTES



Dra. María Buti Ferret
Servicio de Digestivo
Hospital Universitario Vall d'Hebron



Dra. Carmen Vinaixa Aunes
Servicio de Digestivo
Hospital Universitario La Fe



Dr. Federico García García
Servicio de Microbiología
Hospital Universitario San Cecilio



Dra. Eva Erice Muñoz
Servicio de Digestivo
Hospital Moisés Broggi

MODERADOR



Dr. José Luis Calleja Panero
Servicio Digestivo
Hospital Universitario Puerta de Hierro

JUNTOS seremos
HISTÓRICOS
en Hepatitis C

47º Congreso Anual de la AEEH
26 de mayo de 2022

abbvie

Eliminación de la hepatitis C: objetivo global

80%

Reducción de la incidencia de la infección por Hepatitis C

≥90%

Personas con VHC diagnosticadas

+80%

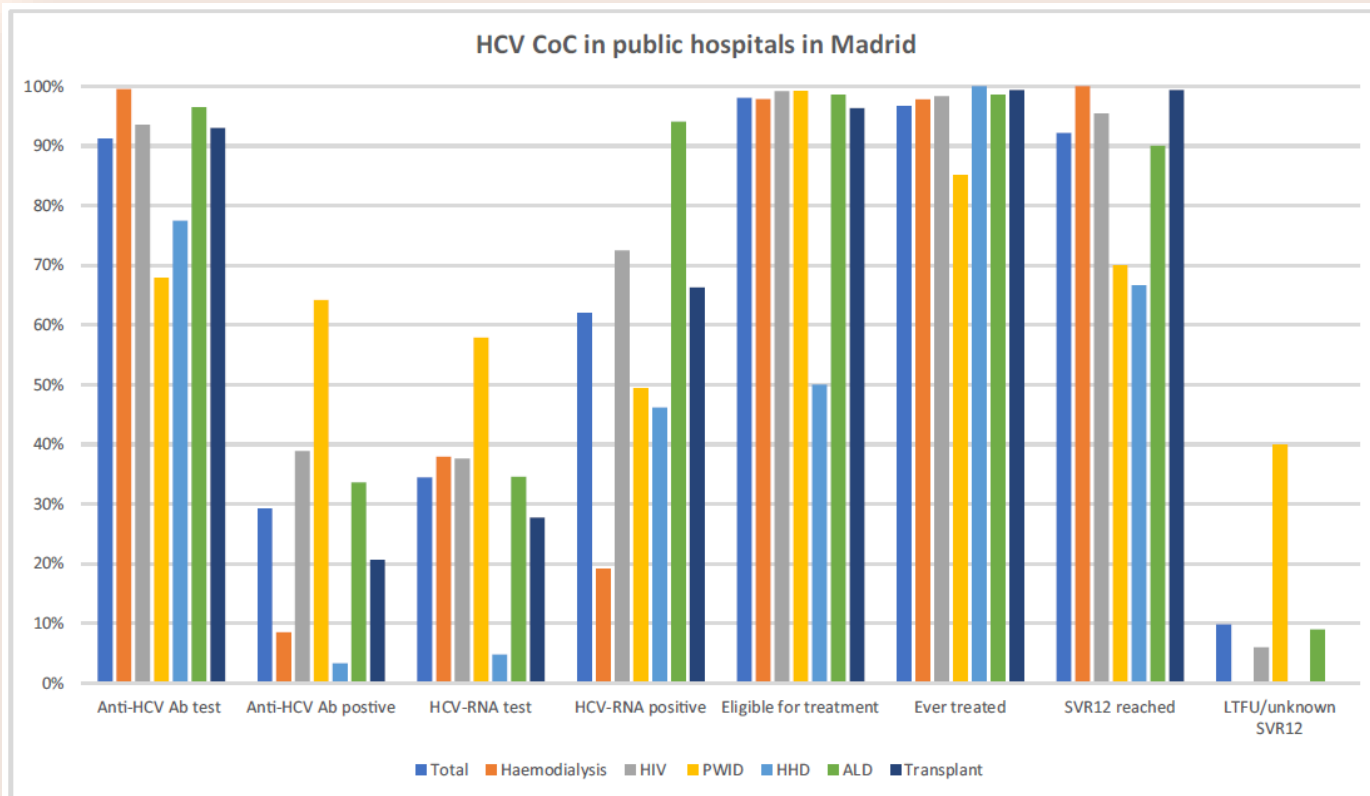
Pacientes VHC diagnosticados sean tratados

65%

Reducción de mortalidad por hepatitis virales

abbvie

La microeliminación puede ayudar a alcanzar los objetivos globales de eliminación



Un **10%** de los pacientes de alto riesgo sigue sin someterse a pruebas de VHC a pesar de que un tercio de los pacientes que se criban son anti-VHC positivos.

Hay margen de mejora para el diagnóstico ya que a pesar de que la mayoría de los pacientes han sido cribados, una proporción considerable presentaron infección activa y tenían enfermedad hepática avanzada en el momento del diagnóstico e inicio del tratamiento.

Fig. 1 Analysis of the HCV CoC in public hospitals in Madrid. Pre-dialysis patients were omitted, given the high proportion of anti-HCV Ab and HCV-RNA testing (100.0%), out of those anti-HCV Ab positive for the latter, and low proportion of HCV-RNA positive patients (0.0%). Category 'Ever treated' includes patients with ongoing and completed treatment. Denominator for 'Anti-HCV Ab test', 'Anti-HCV Ab positive' and 'HCV-RNA test' is the total n of patients of each corresponding group; 'HCV-RNA positive' is the n of patients who were tested for HCV-RNA of each corresponding group; 'Eligible for treatment' is the n of patients who tested positive for HCV-RNA of each corresponding group; 'Ever treated' is the n of patients who were eligible for treatment of each corresponding group; 'SVR12 reached' is the n of patients who completed treatment of each corresponding group; 'LTFU/unknown SVR12' is the n of patients who were ever treated of each corresponding group. Anti-HCV Ab HCV antibody, ALD advanced liver disease, CoC cascade of care, HCV hepatitis C virus, HHD hereditary haematological diseases, LTFU lost to follow-up, PWID people who inject drugs, SVR12 sustained virological response 12 weeks post treatment.

DECÁLOGO PARA LA ELIMINACIÓN DE LA HEPATITIS C A NIVEL HOSPITALARIO



- 1** Implementar el diagnóstico en un solo paso en todos los servicios de diagnóstico para todas las determinaciones antiVHC positivo
- 2** Adoptar un sistema eficaz de notificación o alertas de casos RNA-VHC positivos tanto al médico solicitante como a las unidades o servicios responsables del tratamiento del VHC en cada área sanitaria
- 3** Establecer la derivación directa a atención especializada de cualquier paciente diagnosticado con infección crónica por VHC
- 4** Identificar a todos los pacientes perdidos en el sistema mediante una búsqueda activa retrospectiva de casos positivos desde, al menos el año 2015, y de forma periódica cada dos años
- 5** Simplificar la evaluación pretratamiento en los pacientes con Hepatitis C crónica con o sin cirrosis compensada
- 6** Simplificar la dispensación del tratamiento propiciando la entrega de forma completa en una única visita y facilitando la monitorización del mismo

- 7** Implementar el cribado universal en pacientes de riesgo:
 - Pacientes trasplantados, tanto de órgano sólido como hematológicos
 - Pacientes con una enfermedad renal crónica y/o en hemodiálisis
 - Pacientes infectados por el VIH
 - Pacientes con una cirrosis hepática de cualquier etiología
 - Pacientes con trastornos hemorrágicos que precisen (o hayan precisado) la transfusión de hemoderivados
 - Pacientes con enfermedades de transmisión sexual
 - Personas que consumen drogas por vía parenteral
 - Pacientes diagnosticados de trastorno mental grave
- 8** Establecer el cribado en determinados grupos seleccionados de pacientes por factores de riesgo: mujeres embarazadas, pacientes atendidos en urgencias, pre-quirúrgicos y/o ingresados en cualquier unidad del hospital
- 9** Implementar un diagnóstico descentralizado y simplificado para facilitar el abordaje de las poblaciones vulnerables
- 10** Implementar la coordinación con centros de reducción de daños

abbvie

¿A quién debemos hacer cribado de VHC?

Guía de cribado de la infección por VHC

- A personas con **criterios clínicos compatibles** con infección por el VHC.
- Donación de sangre, células y tejidos (incluidas células reproductoras) y de trasplante de órganos.
- **Situaciones o exposiciones de riesgo.**

Tabla 1. Exposiciones y situaciones de riesgo para la infección por el VHC en las que está indicado el cribado del VHC

Exposiciones de riesgo para la infección por el VHC
Consumo de drogas por vía inyectada y/o inhalada
Relación sexual de riesgo ^a
Pareja sexual con infección activa por el VHC o con consumo activo de drogas inyectadas
Co-infección por el VIH y/o VHB
Tatuajes y/o procedimientos estéticos y similares realizados con instrumental punzante sin las debidas precauciones de seguridad
Exposición laboral al VHC ^b
Ingreso en unidades de hemodiálisis crónica
Intervenciones sanitarias invasivas realizadas en lugares sin las medidas de seguridad adecuadas, como intervenciones quirúrgicas con material no esterilizado antes de 1975 o la recepción de productos sanguíneos o hemoderivados antes de 1990
Recién nacidos/as de madres con infección por el VHC

Situaciones de riesgo para la infección por el VHC

Ingreso en centros penitenciarios

Procedencia de países con prevalencia de infección por el VHC media o alta^c

^a Prácticas sexuales con riesgo de sangrado como el fisting; chemsex; presencia de ITS con ulceraciones genitales o proctitis.

^b Se recomienda consultar el Documento de Consenso sobre Profilaxis postexposición ocupacional y no ocupacional en relación con el VIH, VHB y VHC en adultos y niños (77) y la Guía de Bioseguridad para los profesionales sanitarios (38).

^c Prevalencia media de anticuerpos anti VHC: $\geq 2\%$

Prevalencia alta de anticuerpos anti VHC: $>5\%$

En España, se refiere principalmente a las regiones de Europa Oriental (Rumanía, Ucrania, Rusia), Asia del Sur y Central (Pakistán), y África Occidental y Central (Nigeria, Senegal).

¿Qué están haciendo otros países?



SOURCES: CDC Recommendations for Hepatitis C Screening, MMWR, April 2020
CDC Vital Signs, April 2020

**Cribado, a al menos una vez en la vida,
a toda la población adulta¹**



MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 14 maggio 2021.

Esecuzione dello screening nazionale per l'eliminazione del virus dell'HCV.

Cribado nacional gratuito a toda la población nacida entre 1969 y 1989 y a toda población reclusa²



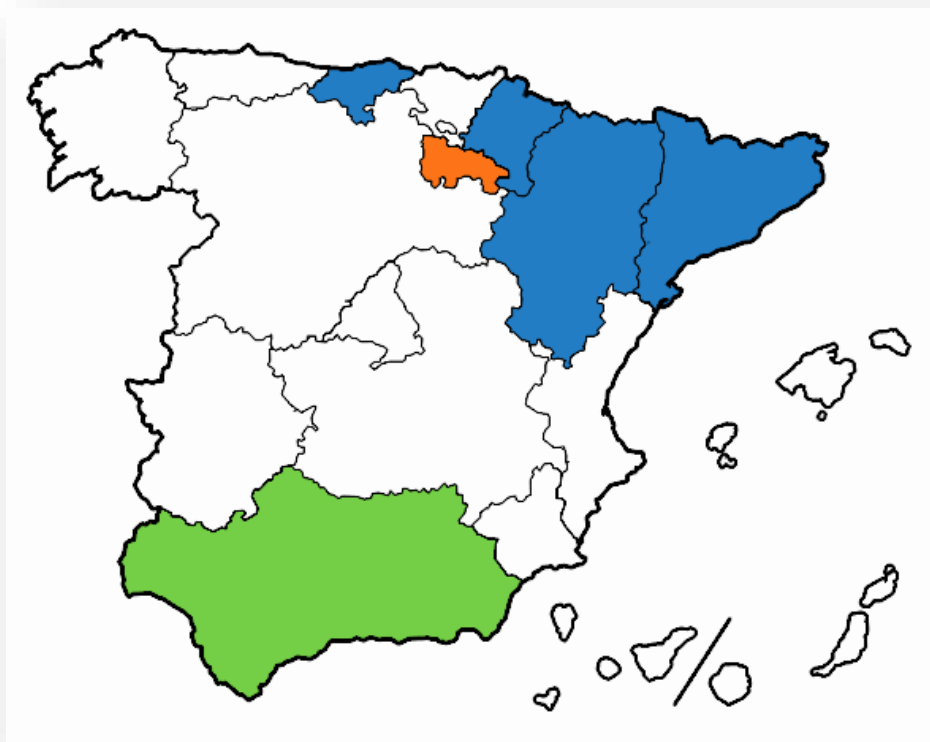
**Cribado en todas las personas de 40 años o más,
así como en personas de cualquier edad que se consideren un factor de riesgo de exposición al VHC³**

1. Documento Sanidad Francia disponible en https://www.has-sante.fr/jcms/c_2911891/fr/hepatite-c-prise-en-charge-simplifiee-chez-l-adulte#:~:text=D%C3%A9pistage%20de%20l'h%C3%A9patite%20C,-l Último acceso mayo 2022

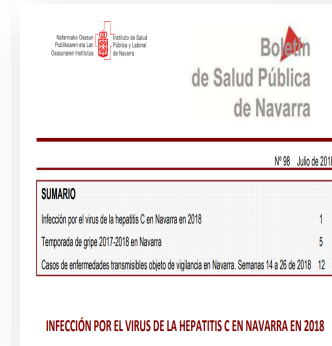
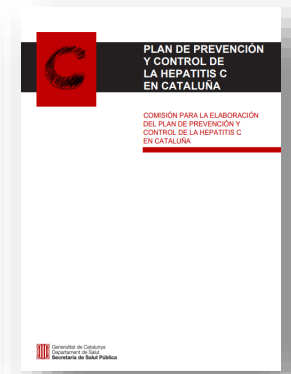
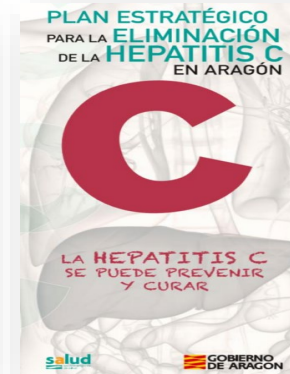
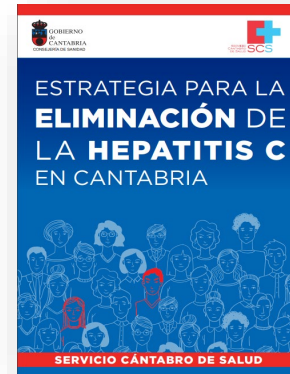
2. Documento Ministerio de Salud Italia disponible en <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2021/07/08/162/sg/pdf> Último acceso mayo 2022

3. Documento Servicio Nacional de Salud Portugal <https://inhasdecuidado.saude.gov.br/portal/hepatites-virais/unidade-de-atencao-primaria/rastreamento-diagnostico/> Último acceso: mayo 2022

Planes regionales de eliminación de la hepatitis C



- Plan de eliminación publicado
- Plan de eliminación en elaboración
- Eliminación alcanzada



La Rioja da la hepatitis C por «controlada» doce años antes de lo previsto

Tras tratar a un total de 1.144 personas con una tasa de éxito del 97%, el Gobierno regional anuncia que se ha alcanzado la meta fijada por la OMS para 2030



La Rioja: <https://www.larioja.com/la-rioja/rioja-hepatitis-controlada-20180720115216-nt.html>

Cantabria: https://www.scsalud.es/documents/2162705/2163013/Estrategia_eliminatoria_Hepatitis_C.pdf/235888b7-589e-b41d-089c-e4ee0ff04d25

Aragón: <https://www.aragon.es/documents/20127/3827794/PLAN+ESTRAT%C3%89GICO+PARA+LA+ELIMINACI%C3%93N+DE+LA+HEPATITIS+C+EN+ARAG%C3%93N.pdf/6fa98ceb-b31e-db5e-0e5b-0b6e21ac59e1?t=1562230046536>

Navarra: <https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/AECCD760-AB2A-4841-818A-FA53478FD6DC/423541/BOL9818.pdf>

Cataluña: https://salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspcat/vigilancia_salut_publica/vih-sida-its/04_Hepatitis_viriques/Plan-Hepatitis-Definitivo_C_DEF_ES.pdf

Andalucía: <https://www.redaccionmedica.com/autonomias/andalucia/nuevo-plan-andaluz-para-un-mejor-abordaje-de-la-hepatitis-c-2119>



1 Implementar el diagnóstico en un solo paso en todos los servicios de diagnóstico para todas las determinaciones antiVHC positivo

abbvie

Implementación del diagnóstico en un solo paso

31% de los centros tienen implementado el DUSP¹

89% de los hospitales en España tenían implementado el DUSP²

La pandemia de COVID ha supuesto la **paralización o desaceleración** en mayor o menor medida de la mayoría de las iniciativas enfocadas en la eliminación de la hepatitis C, como el diagnóstico en un solo paso³

+95% de los hospitales encuestados actualmente realizan DUSP⁴

2017

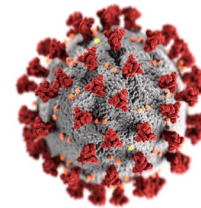


Diagnóstico de la hepatitis C en un solo paso

2019



2020



2022



DUSP, diagnóstico en un solo paso

1. Diagnóstico de la hepatitis C en un solo paso. Disponible en www.seimc.org
2. Crespo J, et al. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2021;39:119–126.
3. Carta Científica / Enferm Infecc Microbiol Clin. 2021;39(9):475–482
4. Encuesta elaborada por SEIMC (datos internos sin publicar) Mayo 2022

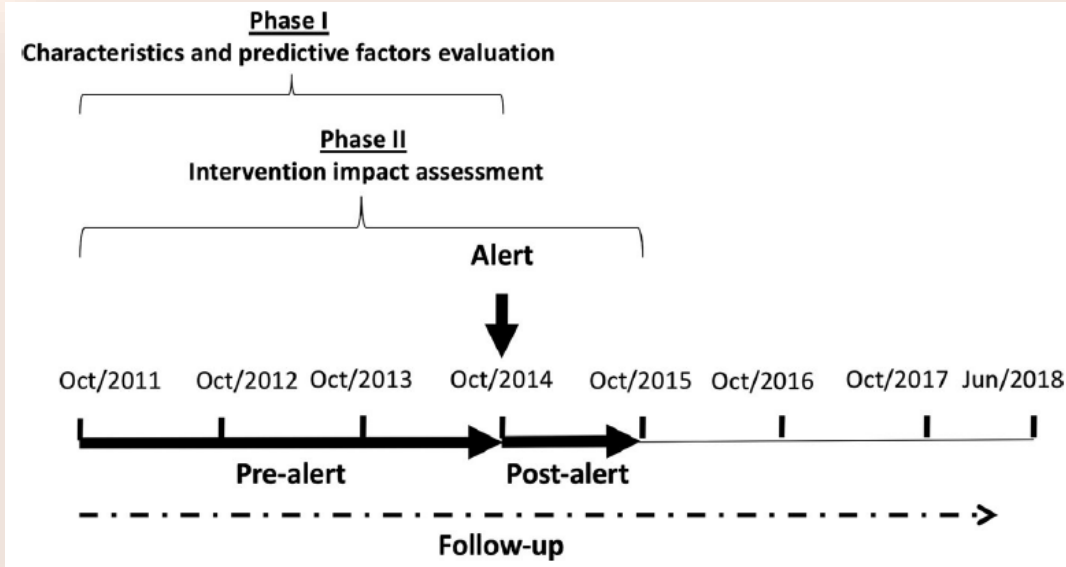
abbvie



2 Adoptar un **sistema eficaz de notificación o alertas** de casos RNA-VHC positivos tanto al médico solicitante como las unidades o servicios responsables del tratamiento del VHC en cada área sanitaria

abbvie

Impacto de la implementación de alertas automáticas



El porcentaje de pacientes con resultado positivo anti-VHC y pruebas de ARN posteriores aumentó del 62,4% en la cohorte prealerta al 77,7% en la cohorte post-alerta.

Además, el porcentaje de pacientes con ARN detectable aumentó de 35,0% a 47,5%.

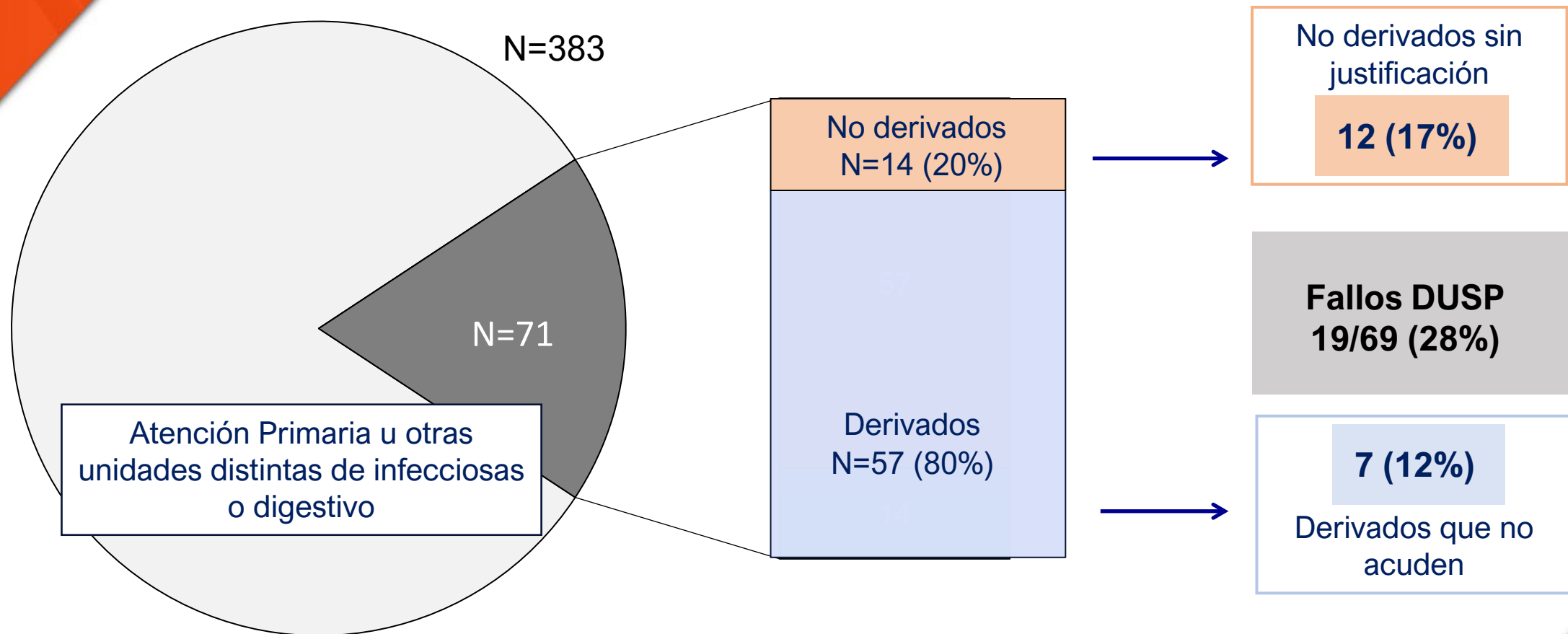
La implementación de una alerta automática que recomienda realizar un prueba de ARN después de un test de anticuerpos VHC positivo es factible en la práctica clínica y aumenta la tasa de pacientes con prueba de ARN



3 Establecer la **derivación directa a atención especializada** de cualquier paciente diagnosticado con infección crónica por el VHC

abbvie

Importancia de la derivación directa tras el DUSP



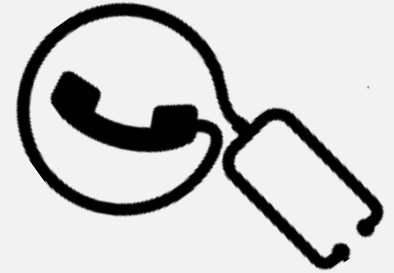
El diagnóstico en un solo paso falla en su propósito de facilitar el acceso al tratamiento en una proporción muy elevada de casos. Son necesarias acciones complementarias para evitar los fallos de derivación



Diagnóstico en un solo paso



Alertas



Estrategias de derivación directa

abbvie



4

Identificar a todos los pacientes perdidos en el sistema mediante una **búsqueda activa retrospectiva de casos positivos** desde, al menos el año 2015, y de forma periódica cada dos años

abbvie

El cruce de base de datos como estrategia para identificar y recuperar pacientes no remitidos o perdidos

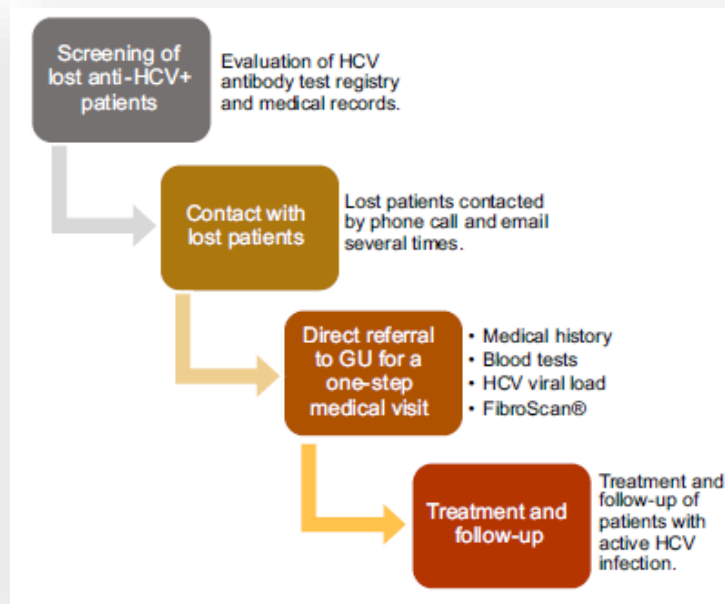
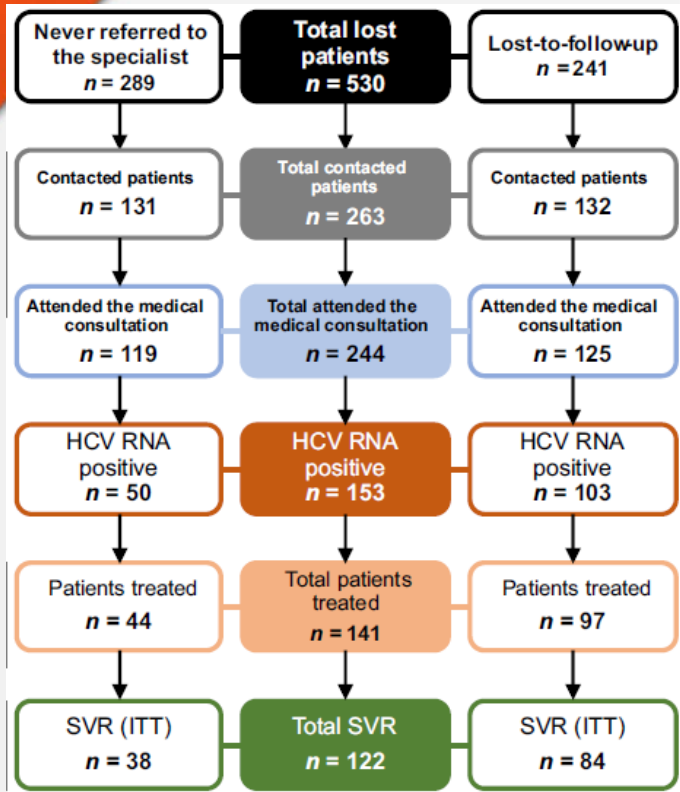


FIGURE A, Flowchart of HCV treatment in anti-HCV+ patients who were not referred or lost-to-follow-up during 2013-2018 and attended medical consultations after a simplified referral circuit. B, Model of the simplified care circuit

- **21,7%** pacientes anti-VHC+ no fueron derivados a un especialista
- **23,1%** pacientes derivados no completaron la cascada del VHC
- Solo el **68%** de los pacientes con infección VHC con fueron tratados

La búsqueda de datos en microbiología se puede implementar a nivel nacional, ya que es una manera fácil de identificar pacientes con infección crónica por VHC no vinculados con el sistema de salud

Marco legal para la búsqueda de pacientes perdidos

La **identificación de los pacientes** por parte de las autoridades de Salud Pública de las CCAA o de los Servicios de Salud, **tanto en la historia clínica electrónica como otros registros**, y la posterior comunicación a los profesionales sanitarios en ejercicio en los Servicios de Atención Primaria u Hospitalaria que correspondan, **FORMA PARTE DE SUS COMPETENCIAS Y ACTIVIDAD ORDINARIA**¹

1
Se considera que **no sería necesario preservar los datos de identificación personal del paciente** separados de la información de carácter clínico asistencial **ni el consentimiento de la persona afectada**²

2
Los profesionales de los servicios clínicos **podrán contactar con dichos pacientes** para posibilitar su vinculación al seguimiento clínico y tratamiento³

1. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales;

2. Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública

3. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la Autonomía del Paciente y Derechos y Obligaciones en materia de información y documentación clínica.



5

Simplificar la evaluación pretratamiento de los pacientes con hepatitis C crónica con o sin cirrosis compensada

abbvie

Utilización de métodos serológicos para la evaluación basal

$$\text{APRI} = \frac{\text{AST}(/\text{ULN}^*)}{\text{Platelet count}(10^9/\text{L})} \times 100$$

(* where ULN = upper limit of normal for that laboratory)

If APRI < 0.5, no or minimal fibrosis; if APRI > 1.5, significant fibrosis

$$\text{FIB-4} = \frac{\text{Age}(\text{years}) \times \text{AST}(\text{U/L})}{\text{Platelet count}(10^9/\text{L}) \times [\text{ALT}(\text{U/L})]^{1/2}}$$

If FIB-4 < 1.45, no or minimal fibrosis, If FIB-4 > 3.25, significant fibrosis

Para la valoración de la fibrosis hepática se pueden utilizar técnicas serológicas no invasivas¹

La evaluación previa al tratamiento puede limitarse a:

- **Confirmación de la replicación del VHC** (presencia de RNA del VHC o antígeno core del VHC) (A1)
- **Determinación de la presencia o ausencia de cirrosis** por un método no invasivo (A1)

Las posibles interacciones medicamentosas deberían ser revisadas detenidamente e implementar los cambios de dosis si fuera necesario (A1)²



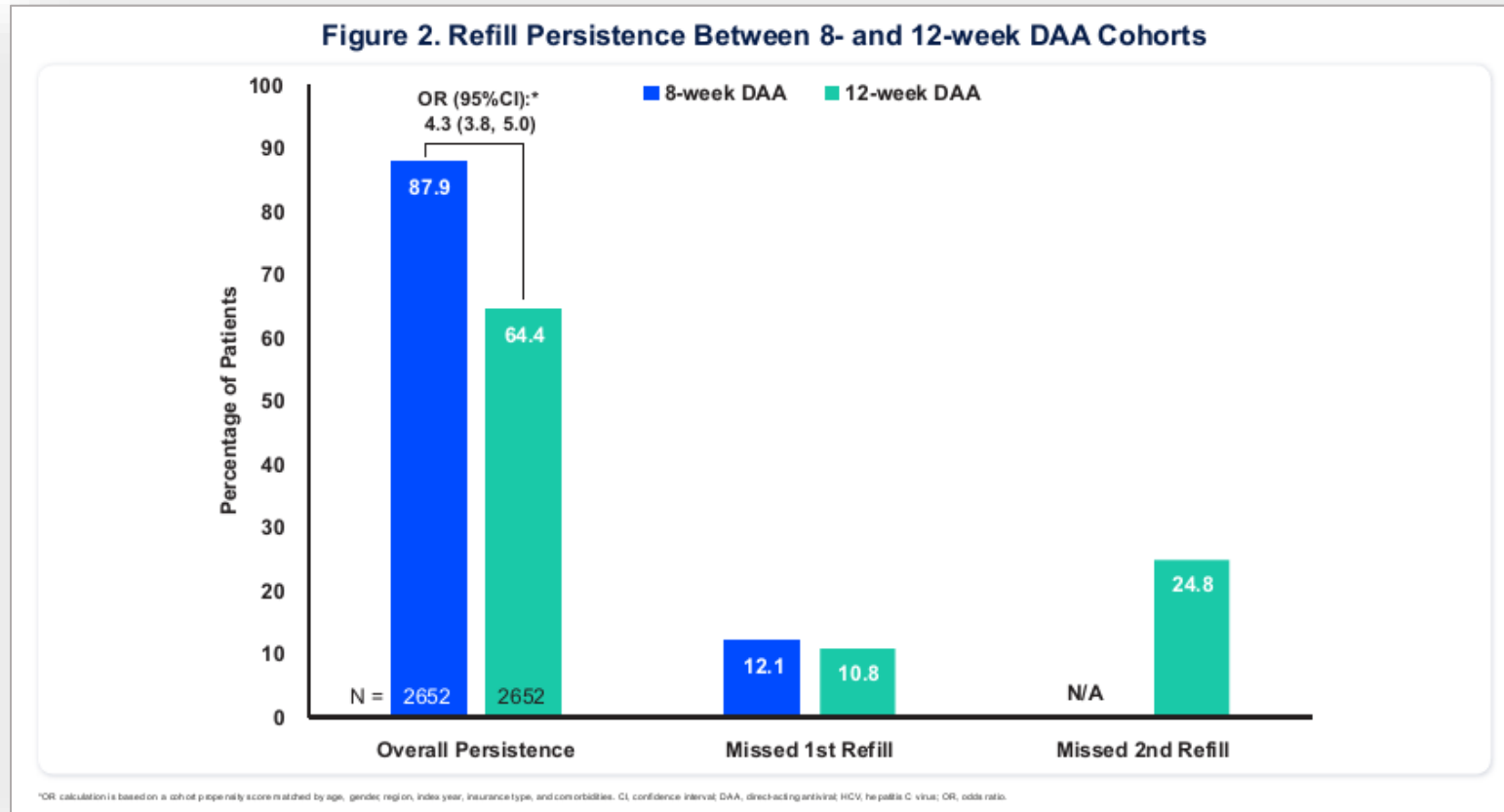
www.hep-druginteractions.org

abbvie



6 Simplificar la **dispensación del tratamiento propiciando la entrega de forma completa** en una única visita y facilitando la monitorización del mismo

La dispensación del tratamiento en una sola visita favorece una mejor persistencia



En los pacientes UDVP la mayoría de las pérdidas de persistencia están relacionadas con la segunda recogida del tratamiento



7 Implementar el cribado universal en pacientes de riesgo:

- Pacientes trasplantados, tanto de órgano sólido como hematológicos
- Pacientes con una enfermedad renal crónica y/o en hemodiálisis
- Pacientes infectados por el VIH
- Pacientes con una cirrosis hepática de cualquier etiología
- Pacientes con trastornos hemorrágicos que precisen (o hayan precisado) la transfusión de hemoderivados
- Pacientes con enfermedades de transmisión sexual
- Personas que consumen drogas por vía parenteral
- Pacientes diagnosticados de trastorno mental grave

Prevalencia de VHC en pacientes con trastorno mental grave

Tabla 2. Comparación de la prevalencia de anti-VHC y RNA-VHC de la cohorte PAFIP con los resultados de la cohorte ETHON y la Encuesta Nacional (2º Estudio de Seroprevalencia en España 2017-2018), respectivamente

	PAFIP (n = 425)	ETHON (n = 12.246)			Encuesta (n = 7.675)		
	% (IC 95 %)	% (IC 95 %)	OR (IC 95 %)	p	% (IC 95 %)	OR (IC 95 %)	p
Anti-VHC	1,9 (0,9-3,7)	1,2 (1,0-1,4)	1,6 (0,8-3,2)	0,30	0,9 (0,6-1,1)	2,2 (1,1-4,6)	< 0,05
RNA-VHC	1,2 (0,5-2,7)	0,3 (0,2-0,4)	3,8 (1,5-9,8)	< 0,01	0,2 (0,1-0,3)	5,4 (1,9-14,6)	< 0,01

PAFIP: Protocolo de atención clínica e investigación de los primeros episodios psicóticos de Cantabria; ETHON: Epidemiological Study of Hepatic Infections; Encuesta: Encuesta Nacional (2º estudio de seroprevalencia en España 2017-2018). *Odds ratio y significación estadística resultantes de la comparación entre cada cohorte poblacional y la cohorte PAFIP.



La prevalencia de infección activa por VHC es del 1,2%, lo que representa entre cuatro y casi seis veces la de la población general

Efectividad de Maviret a 8 semanas en pacientes con trastorno psiquiátrico

Tasas de RVS12 y fracaso virológico con el tratamiento de G/P a 8 semanas en la población general y por subgrupos de interés en el CPSFU¹



Maviret a 8 semanas es altamente efectivo y bien tolerado en pacientes con trastorno psiquiátrico



Maviret®: glecaprevir/pibrentasvir; CPFSU: core population with sufficient follow-up; PMOS: post marketing observational studies; RVS: respuesta viral sostenida; PWUDs: people who use drugs

Impacto de la duración de tratamiento



Table 2. Predictors of nonadherence

Variable	Odds ratio (95% CI)	P
<80% adherence^a		
History of psychiatric disorder (yes vs no)	2.57 (1.52–4.35)	<0.001
Treatment duration (12 vs 8 wk)	1.71 (1.01–2.89)	0.046
<90% adherence^b		
Treatment duration (12 vs 8 wk)	1.93 (1.42–2.63)	<0.001
Age, yr	0.98 (0.97–0.99)	0.002
HCV GT6 vs GT1	2.41 (1.29–4.49)	0.006
Geographic region (North America vs Europe)	1.57 (1.09–2.27)	0.016
Sex (male vs female)	1.46 (1.07–2.00)	0.016
History of psychiatric disorder (yes vs no)	1.50 (1.07–2.10)	0.020
Black race (yes vs no)	1.81 (1.04–3.14)	0.035
Presence of polypharmacy ^c (yes vs no)	1.46 (1.02–2.08)	0.037
HCV GT3 vs GT1	1.48 (1.02–2.14)	0.040
HIV-1–coinfected (yes vs no)	1.70 (1.01–2.87)	0.048

Patients missing any independent variables were excluded from analyses. Outcomes were nonadherence (<80% or <90%) during any time interval. CI, confidence interval; GT, genotype; HCV, hepatitis C virus; HIV-1, human immunodeficiency virus 1; RNA, ribonucleic acid.

^aVariables included in the stepwise logistic regression model with a P value .05: age. Variables examined but not selected by the stepwise logistic regression model included cirrhosis status; sex; race; ethnicity; body mass index (kg/m²); geographic region; stable opioid agonist therapy; injection drug use; polypharmacy use; tobacco use; alcohol use; HCV GT; baseline HCV RNA level (log₁₀ IU/mL); and HIV-1 coinfection.

^bVariables included in the stepwise logistic regression model with a P value .05: ethnicity; geographic region (North America vs rest of world); and HCV GT2, 4, and 5. Variables examined but not selected by the stepwise logistic regression model included cirrhosis status; body mass index (kg/m²); stable opioid agonist therapy; injection drug use; tobacco use; alcohol use; and baseline HCV RNA level (log₁₀ IU/mL).

^cPolypharmacy was defined as ≥5 concomitant medications

Los tratamientos más cortos no comprometen la eficiencia y podrían impactar positivamente en la adherencia. Por lo tanto, los tratamientos cortos podrían ser clave para alcanzar el objetivo de la eliminación de la VHC en 2030 marcado por la OMS

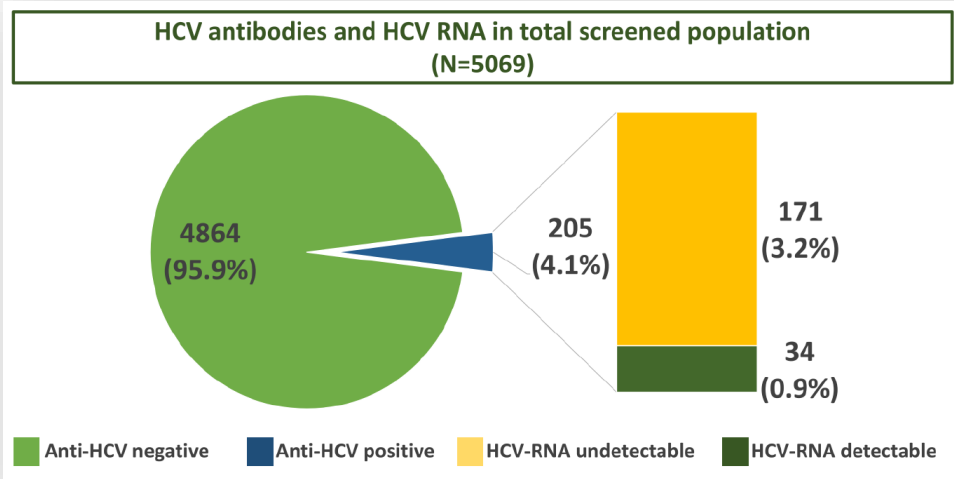
abbvie



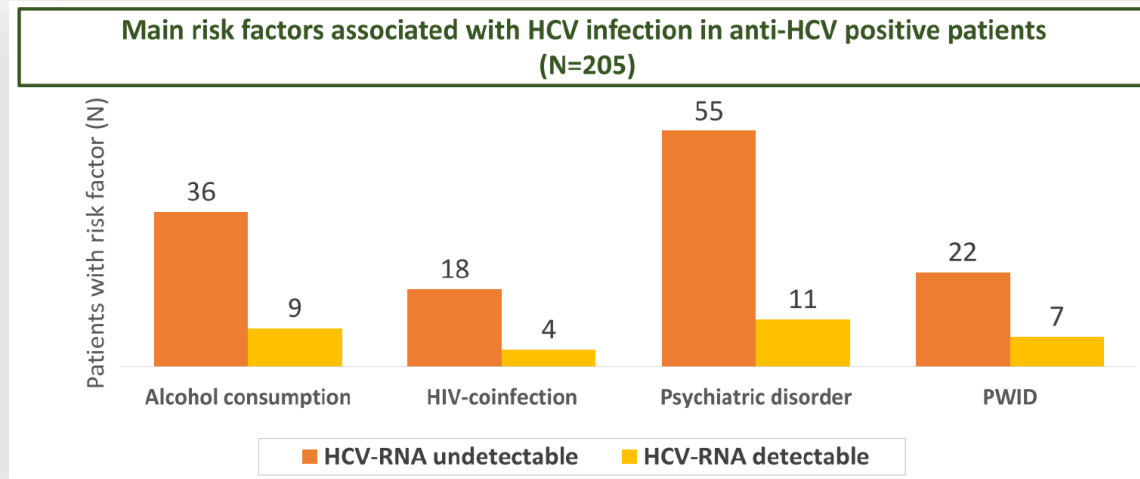
8

Establecer el cribado en determinados grupos seleccionados de **pacientes por factores de riesgo**: mujeres embarazadas , pacientes atendidos en urgencias , pre-quirúrgicos y/o ingresados en cualquier unidad del hospital

Prevalencia de VHC entre los pacientes atendidos en urgencias



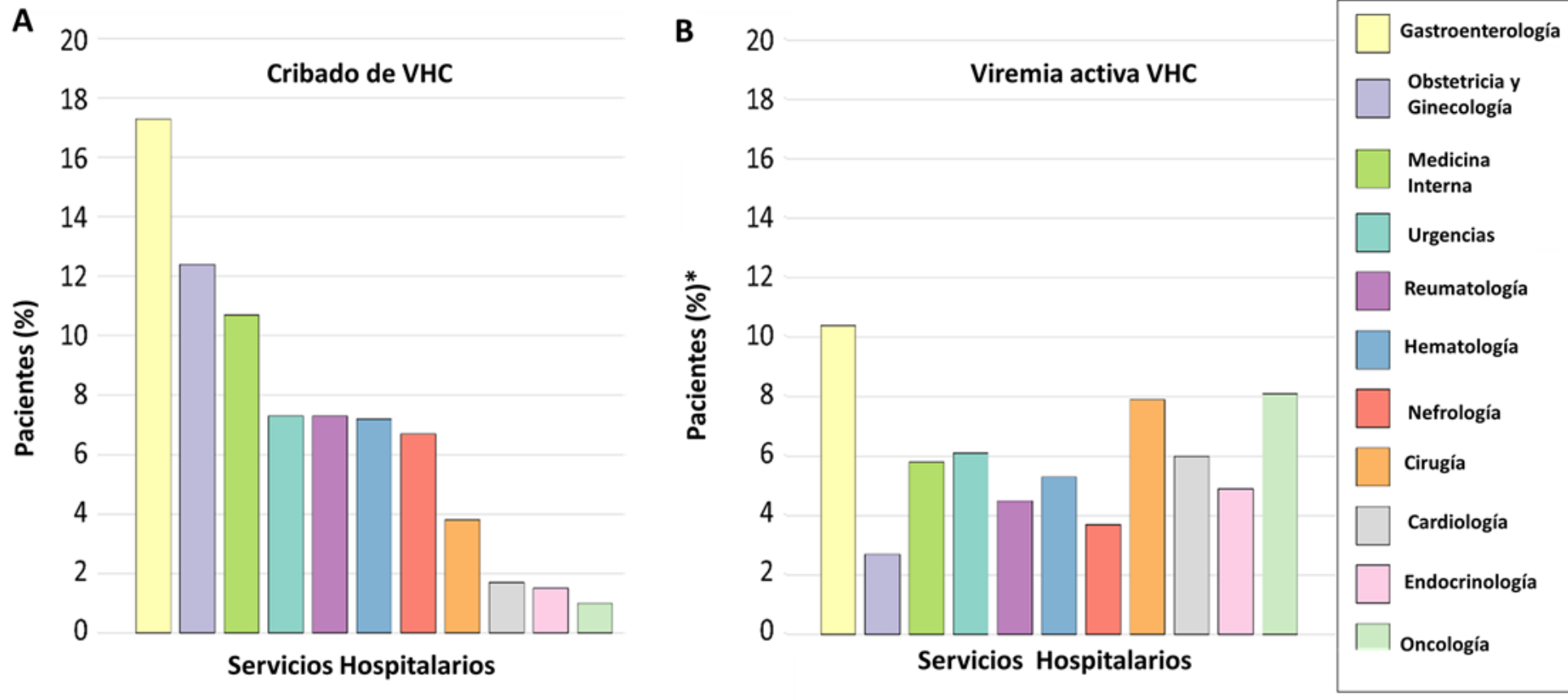
La **prevalencia de VHC** entre los pacientes atendidos en el servicio de urgencias es **cuatro veces superior** que la observada en atención primaria



Las **alteraciones psiquiátricas** y el **consumo de alcohol** son los principales factores de riesgo asociados a la infección por VHC

El cribado de infección por VHC y HBV en urgencias puede ser una estrategia útil para identificar pacientes con una hepatitis viral no diagnosticada y asegurar un manejo apropiado

Importancia del cribado VHC en los distintos servicios hospitalarios



El cribado realizado en otros servicios* ha sido clave para detectar gran número de casos que de otra manera se hubieran quedado sin diagnosticar



9

Implementar un diagnóstico descentralizado y simplificado para facilitar el abordaje de las poblaciones vulnerables

Acercando el cribado y el tratamiento a los pacientes

Generalitat de Catalunya
Agència de Salut Pública de Catalunya

PROTOCOL DE CRIBATGE I ACCÉS A TRACTAMENT PER PERSONES
DROGODEPENDENTS

ATESES ALS CAS
DEL

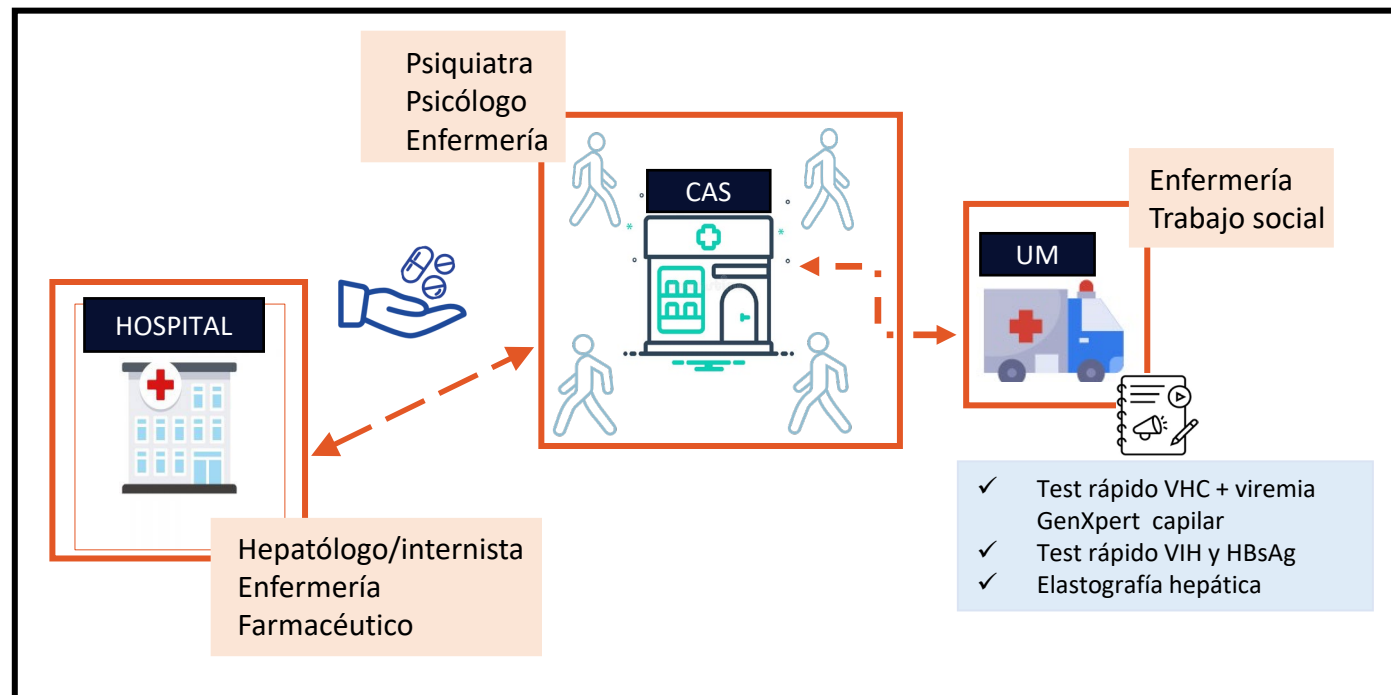
SECTOR SANITARI BAIX LLOBREGAT CENTRE-LITORAL I L'HOSPITALET DE LLOBREGAT

Objetivo: Mejorar el acceso al cribado y tratamiento de la hepatitis C entre las personas atendidas en 5 CAS del Sector Sanitario *Baix Llobregat Centre-Litoral* y *Hospitalet Llobregat*

Cribado universal en la población diana:

- ✓ Personas en terapia sustitutiva de opioides
- ✓ Personas con adicción activa a drogas por vía parenteral (ADVP)
- ✓ Otros perfiles: exADVP, cocaína, cannabis, BZD, alcohol

Experiencia Unidad Móvil Cataluña



Bellvitge
Hospital Universitari

HV Hospital
de Viladecans

Sant Joan
de Déu

Consorci
Sanitari
Integral

Creu Roja

Generalitat de Catalunya
Agència de Salut Pública de Catalunya

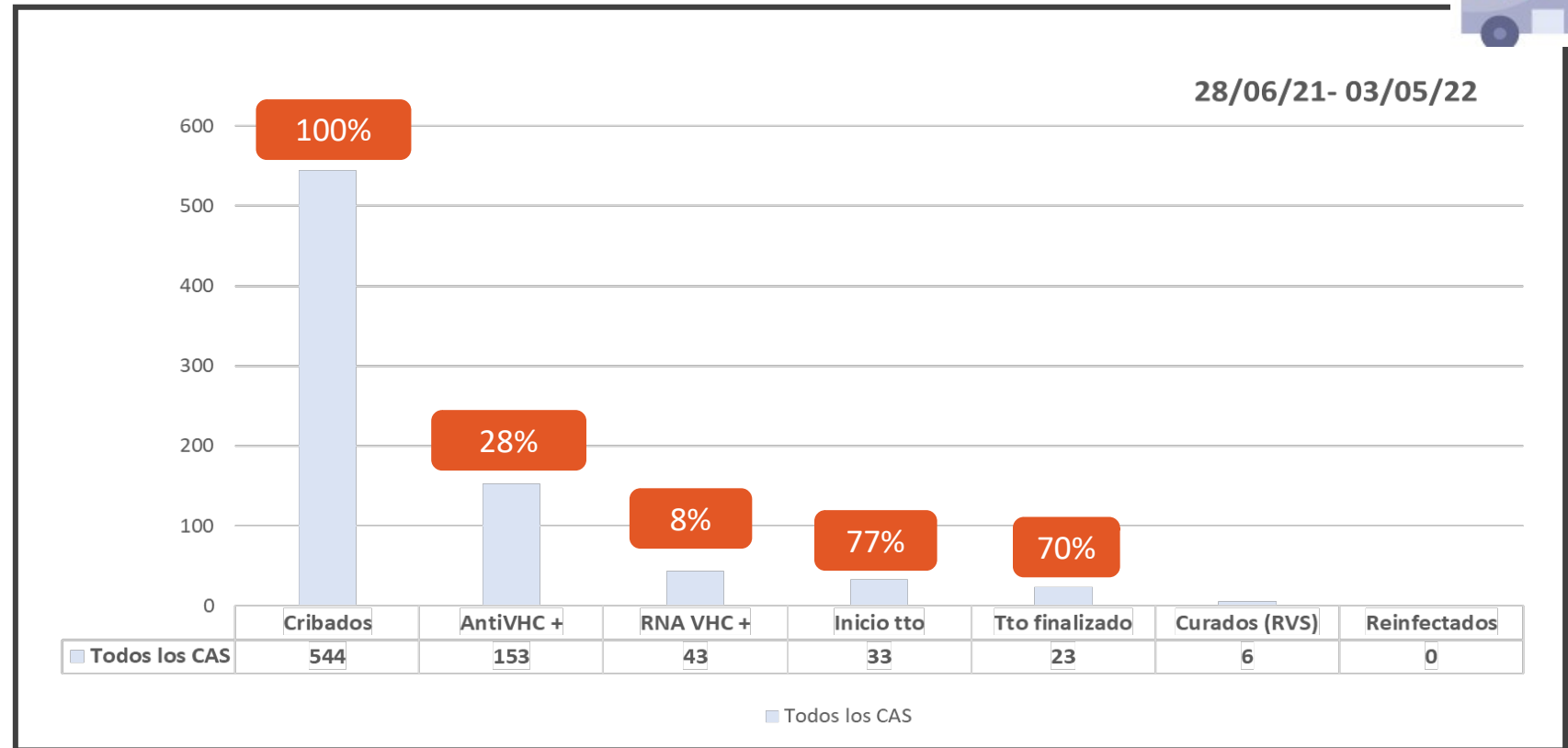
abbvie

Resultados de la estrategia de cribado en la Unidad Móvil de Cataluña



Perfil usuario CAS

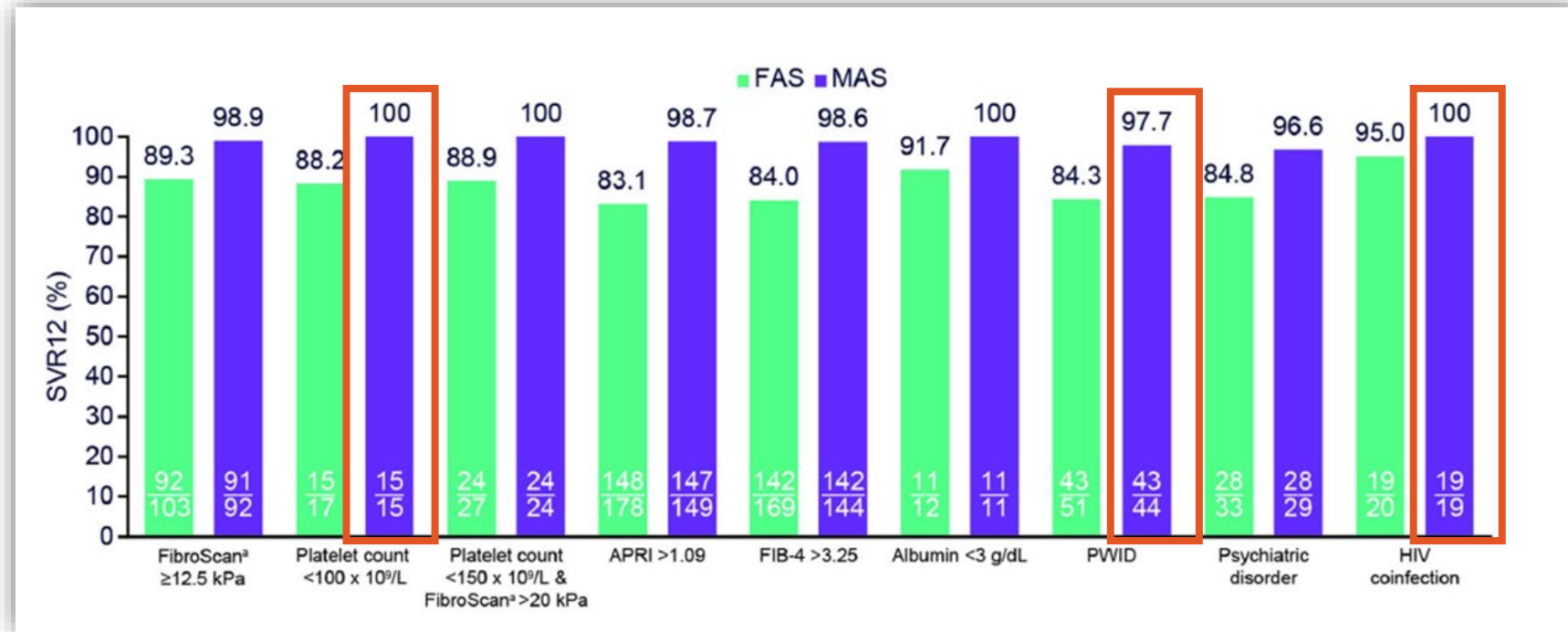
Sexo	Varón 76,4% Mujer 23,5%
TSO	41%
UDVP	5%
Consumo activo	37% No 20% cocaína 18% alcohol 17% heroína 5% cannabis 2% otras
VHC + VIH	4 p
VHC+ VHB	1 p
F3-F4	RNA-VCH + : 6 p RNA-VHC -: 7 p



Estas estrategias de cribado permiten diagnosticar y tratar a pacientes no vinculados al sistema sanitario

8 semanas de tratamiento con Maviret en pacientes naïve con cirrosis compensada

Tasas de RVS12 con el tratamiento de G/P a 8 semanas en la población con cirrosis y por subgrupos de interés.



Datos en vida real

Estudio CREST

El tratamiento con Maviret durante 8 semanas fue efectivo y bien tolerado, incluyendo pacientes con:

- GT3
- VIH
- Enfermedades psiquiátricas
- Usuarios de drogas
- Plaquetas <1400 x 10⁹/l
- FibroScan ≥ 12.5 kPa y plaquetas < 150 x 10⁹/l

abbvie



10

Implementar la coordinación
con **centros de reducción de daños**

abbvie

Disminución del riesgo y reducción del daño



Indicadores de la OMS para eliminación de las Hepatitis Virales¹

Interventions	Indicator	2015 baseline	Targets	
			2020	2030
1 Hepatitis B vaccination	HEPB3 coverage	84%	90%	90%
2 HBV PMTCT ^a	HEP vaccine birth dose coverage	39%	50%	90%
3 Blood safety	Donations screened with quality assurance	89%	95%	100%
	Injection safety	Proportion of unsafe injections	5%	0%
4 Harm reduction	Syringes & needles distributed/PWID/year	27	200	300
5 Testing services	% HBV-infected diagnosed	9%	30%	90%
	% HCV-infected diagnosed	20%	30%	90%
6 Treatment	% diagnosed with HBV on treatment	8% ^b	— ^c	80% ^d
	% diagnosed with HCV started on treatment	7% ^b	— ^c	80% ^d

HepB: three doses of hepatitis B vaccine; PMTCT: prevention of mother-to-child transmission; PWID: person who injects drugs Source: WHO, including commissioned work, United Nations, UNICEF and one published in study (7,3)

^a Interventions to prevent the mother-to-child transmission of HBV

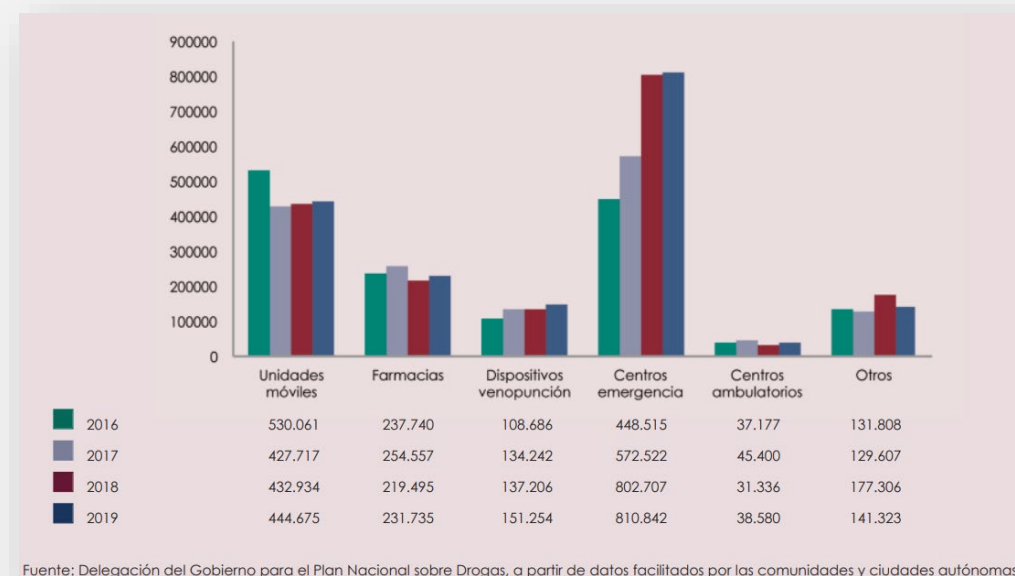
^b Less than 20% of persons living with HBV infections are eligible for treatment with antinucleosides

^c 5 million treated for HBV and 3 million treated for HCV (cumulative targets)

^d Of those eligible for treatment



Dispensación de jeringuillas según tipo de recurso²



- **Centros de emergencia social: 39 jeringuillas/usuario/año**
- **Unidades móviles: 61 jeringuillas/usuario/año**
- **Salas de inyección segura: 33 jeringuillas/usuario/año***

abbvie

*Datos no disponibles para farmacias y otros programas de reducción de daños.

OMS: Organización Mundial de la Salud

1. Interim Guidance for country validation of viral hepatitis elimination (WHO). June 2021

2. Adaptado de: Memoria Plan Nacional sobre Drogas 2019. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/memorias/docs/2021_MEMORIAPNSD_2019.pdf

¿A quién debemos hacer cribado de VHC?

Prueba única de VHC¹



- **A todos los adultos de 18 años o más siempre que la prevalencia de RNA-VHC sea > 0.1%**
- Personas con VIH
- Antecedentes de inyección de drogas y/o compartir agujas, jeringas...
- Condiciones médicas seleccionadas (hemodiálisis)
- ALT persistentemente anormales
- Receptores pasados de transfusiones o trasplantes de órganos
- Receptores de sangres de un donante positivo en VHC
- Tras un pinchazo con agujas, objetos punzocortantes o exposición de las mucosas a sangre VHC positiva
- Niños nacidos de madres con infección por VHC

Pruebas periódicas de VHC²



- Inyección de drogas y compartir agujas, jeringas u otros equipos de preparación de drogas
- Hemodiálisis de mantenimiento
- Cualquier persona que solicite una prueba de hepatitis C debe poder hacérsela independientemente del riesgo de estigmatización que conlleve el resultado

¹ Independientemente de la edad o la prevalencia del entorno entre personas con factores de riesgo reconocidos o exposiciones

² para personas con factores de riesgo continuos, mientras los factores de riesgo persistan.

DECÁLOGO PARA LA ELIMINACIÓN DE LA HEPATITIS C A NIVEL HOSPITALARIO



- 1** Implementar el diagnóstico en un solo paso en todos los servicios de diagnóstico para todas las determinaciones antiVHC positivo
- 2** Adoptar un sistema eficaz de notificación o alertas de casos RNA-VHC positivos tanto al médico solicitante como a las unidades o servicios responsables del tratamiento del VHC en cada área sanitaria
- 3** Establecer la derivación directa a atención especializada de cualquier paciente diagnosticado con infección crónica por VHC
- 4** Identificar a todos los pacientes perdidos en el sistema mediante una búsqueda activa retrospectiva de casos positivos desde, al menos el año 2015, y de forma periódica cada dos años
- 5** Simplificar la evaluación pretratamiento en los pacientes con Hepatitis C crónica con o sin cirrosis compensada
- 6** Simplificar la dispensación del tratamiento propiciando la entrega de forma completa en una única visita y facilitando la monitorización del mismo

- 7** Implementar el cribado universal en pacientes de riesgo:
 - Pacientes trasplantados, tanto de órgano sólido como hematológicos
 - Pacientes con una enfermedad renal crónica y/o en hemodiálisis
 - Pacientes infectados por el VIH
 - Pacientes con una cirrosis hepática de cualquier etiología
 - Pacientes con trastornos hemorrágicos que precisen (o hayan precisado) la transfusión de hemoderivados
 - Pacientes con enfermedades de transmisión sexual
 - Personas que consumen drogas por vía parenteral
 - Pacientes diagnosticados de trastorno mental grave
- 8** Establecer el cribado en determinados grupos seleccionados de pacientes por factores de riesgo: mujeres embarazadas, pacientes atendidos en urgencias, pre-quirúrgicos y/o ingresados en cualquier unidad del hospital
- 9** Implementar un diagnóstico descentralizado y simplificado para facilitar el abordaje de las poblaciones vulnerables
- 10** Implementar la coordinación con centros de reducción de daños

abbvie

JUNTOS seremos
HISTÓRICOS
en Hepatitis C

abbvie