



**NI UN PASO
ATRÁS EN LA
ELIMINACIÓN
DE LA
HEPATITIS C**

DOCUMENTO EJECUTIVO

ÍNDICE

1. Contexto

- 1.1. El impacto de la COVID-19 en la actividad asistencial
- 1.2. El impacto de la COVID-19 en las estrategias de eliminación de la hepatitis C
- 1.3. Oportunidades para la hepatitis C

2. ¿Qué es ChanCe?

- 2.1. Objetivos
- 2.2. Metodología
- 2.3. Panel de Expertos

3. Recomendaciones de ChanCe

4. Bibliografía

1. CONTEXTO

1.1. El impacto de la COVID-19 en la actividad asistencial.

La pandemia por el SARS-CoV-2 ha tenido un importante impacto sobre los sistemas sanitarios de todo el mundo y sobre la atención sanitaria a los procesos no relacionados con la COVID-19. La necesidad de afrontar esta crisis con todos los recursos disponibles, así como la implementación de medidas de protección de contagios en espacios sanitarios, está suponiendo una reducción muy importante de la actividad sanitaria programada tanto en consultas externas, como en procedimientos quirúrgicos y diagnósticos.

Las consecuencias de la disminución de la actividad asistencial todavía son desconocidas en su totalidad, aunque parece evidente que a lo largo de estos meses muchos pacientes están viendo alterado el seguimiento clínico de sus patologías, un gran número de procedimientos diagnósticos no han podido realizarse y una gran parte de la actividad quirúrgica ha tenido que ser pospuesta.

A todo ello, debe añadirse el temor que los pacientes están experimentando a la hora de tener que acudir a un centro sanitario, lo que actúa como efecto disuasorio, incluso en casos en los que recibir asistencia médica supone una necesidad inmediata.

Cada vez son más los estudios que se están publicando en diferentes áreas terapéuticas, cuantificando el impacto de esta

pandemia sobre la atención de patologías no-COVID.

En los servicios de Medicina Digestiva, el impacto de la COVID-19 en la asistencia ordinaria ha sido muy importante. Según un trabajo publicado recientemente (1) sobre la actividad asistencial en los servicios de Medicina Digestiva durante la pandemia en nueve grandes hospitales universitarios, la realización de endoscopias se ha reducido en un 75%, mientras que las cirugías de hepatocarcinomas lo han hecho en un 89%. Asimismo, se han cancelado las intervenciones para trasplantes de hígado. Más del 40% de las camas hospitalarias de los servicios de Medicina Digestiva y Hepatología fueron ocupadas por pacientes de COVID-19 durante la primera oleada de la pandemia. Las consultas externas y las pruebas diagnósticas y/o exploratorias, como ecografías abdominales o endoscopias, se redujeron entre un 81,8 y un 91,9%, respectivamente. Ante estos datos, los gastroenterólogos advierten de una posible oleada de complicaciones relacionadas con patologías digestivas en los próximos meses.

En el ámbito de la donación y el trasplante de órganos, la pandemia de SARS-CoV-2 ha tenido un impacto dramático, especialmente por la saturación del sistema sanitario y, en concreto, de las unidades de cuidados intensivos. Si se comparan los datos de actividad media en trasplantes antes del 13 de marzo de 2020 (fecha del anuncio del estado

de alarma) con los datos posteriores, se evidencia un descenso drástico en la actividad, al pasar de una media de 16,1 trasplantes/día en España, a una media de 2 trasplantes/día. A la vista de estos datos, los expertos aventuran que, a pesar de que es pronto para valorar el impacto de este descenso, es presumible que se produzcan fallecimientos en personas incluidas en lista de espera que habrían sido evitables en circunstancias normales. (2)

En otros ámbitos terapéuticos, la Asociación de Cardiología Intervencionista de la Sociedad Española de Cardiología (SEC) ha publicado recientemente el estudio *Impacto de la COVID-19 en el tratamiento del infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST*. La experiencia española (3). En este estudio, la comparación de procedimientos, resultados hospitalarios y características de los pacientes de dos cohortes tratadas antes y durante la pandemia, permitió concluir que la COVID-19 ha tenido un importante impacto sobre la mortalidad aguda por infarto. Concretamente, la mortalidad hospitalaria por esta causa prácticamente se duplicó durante la pandemia frente al período previo.

En otra encuesta llevada a cabo en 81 centros españoles con procedimientos de código infarto, se evidenció una disminución de la actividad asistencial durante la epidemia de COVID-19 y una gran reducción en el número de pacientes tratados con infarto agudo de miocardio con elevación del ST (IAMCEST), con el riesgo de incremento de morbimortalidad que esto supone. (4)

Por lo que respecta a otras patologías, como las oncológicas, se ha alertado de que la pandemia de COVID-19 tendrá un efecto multifactorial sobre el cáncer en Es-

paña, ya que podría influir en los resultados clínicos de los pacientes, complicar el desarrollo de los ensayos clínicos, transformar la práctica clínica y afectar al presupuesto disponible para investigación en cáncer. (5)

En este contexto, desde las sociedades científicas se ha alertado sobre la necesidad de normalizar, cuanto antes, la actividad asistencial ordinaria, haciéndola compatible con la atención a la COVID-19, para poder atender las consultas y los procedimientos suspendidos durante estos meses.

Aunque las cifras del impacto real de la COVID-19 en las demoras medias para procedimientos quirúrgicos, consultas externas y pruebas diagnósticas o terapéuticas aún no se conocen, ya hay datos que hacen prever un incremento importante en estas demoras y el consiguiente aumento de la mortalidad.

Como ejemplo, en la Comunidad de Madrid el retraso medio que han sufrido los pacientes en lista de espera global de primeras consultas ha pasado de 35,2 días en febrero 2020 a 48,3 días en septiembre de 2020. Esto son 13 días más, lo que supone un incremento de más del 37% con respecto a la demora media pre-pandemia (6).

Por lo que respecta a la lista de espera quirúrgica, la demora media pasó de 47 días en febrero a 68,73 días en septiembre de 2020 (7).

En la lista de espera de pruebas diagnósticas y terapéuticas el retraso medio ha crecido entre febrero y septiembre en torno a un 25%, al pasar de 49,36 días de media a 65,95 días (8).

La situación es similar en otras comunidades autónomas que también ofrecen datos actualizados sobre demoras. Por recoger algunos ejemplos, en la Comunidad Valenciana la demora media en la lista de espera quirúrgica estructural ha pasado de 97 días en marzo de 2020 a 151 en septiembre del mismo año (9). En Castilla y León la demora media en la lista de espera quirúrgica estructural ha pasado de 94 días en junio de 2019 a 161 en junio de 2020 (10); y en Extremadura de 101 días de media a 30 de junio de 2019 a 131 días de media a 30 de junio de 2020 (11).

Por lo que respecta a la Atención Primaria (AP), una buena parte de los centros asistenciales han tenido que cerrarse para concentrar la actividad asistencial en centros de mayor tamaño. Además, desde el inicio de la pandemia, la mayor parte de la atención sanitaria que se presta a la población en los centros de salud se ha centrado en aspectos relacionado con la COVID-19 (12, 13). Entre la primera y la segunda oleada pandémica, los centros de salud han tenido que mantener e intensificar la labor de detección y seguimiento de nuevos contagiados y sus contactos, haciendo imposible recuperar la actividad asistencial pendiente y regresar a la organización pre pandémica. El seguimiento de patologías crónicas se ha visto enormemente dificultado en los centros de salud que han permanecido cerrados, teniendo que derivar la atención a otros centros sanitarios.

Ante esta situación, los propios gestores sanitarios, tanto en el ámbito nacional como autonómico, así como los profesionales sanitarios, son conscientes de la importancia de reestablecer la atención a todos los procesos no-COVID. Precisamente es en este ámbito,

en el de la recuperación de la normalidad de la asistencia en los centros sanitarios, donde se están centrando los esfuerzos de todos ellos, sin restar importancia a la gestión de la pandemia.

1.2. El impacto de la COVID-19 en las estrategias de eliminación de la hepatitis C.

En mayo de 2016, la Asamblea Mundial de la Organización Mundial de la Salud (OMS) adoptó la primera Estrategia mundial del sector de la salud contra las hepatitis víricas para 2016-2021 (14). En ella, la OMS fijó el objetivo de eliminar la hepatitis C en el año 2030. Hasta la llegada de la pandemia de COVID, **España era el segundo país mejor situado** en la consecución de este objetivo. (15)

Como se ha señalado anteriormente, una buena parte de la actividad asistencial no relacionada directamente con la gestión de la COVID-19 se ha visto interrumpida y, entre toda esta actividad afectada, se encuentran las estrategias de cribado de la hepatitis C. En opinión de los expertos del grupo de trabajo ChanCe, este hecho ha alterado de forma importante la evolución positiva que España había experimentado en el camino hacia la eliminación de esta enfermedad en los últimos años.

El diagnóstico de la infección por el virus de la hepatitis C, tanto en el ámbito sanitario como en el contexto de los programas de ámbito social y comunitario, se ha visto ralentizado, cuando no suspendido, en los meses de mayor presión asistencial de la pandemia. Tanto los diagnósticos como los inicios de tratamiento para la hepatitis C se han reducido drásticamente durante este

período. Los expertos han aportado datos concretos de ello en algunas comunidades autónomas. Por ejemplo, en la Comunidad de Madrid, la prescripción de antivirales de acción directa (AAD) para esta patología se ha reducido en un 80% con respecto a los datos registrados en el año anterior.(16)

En Castilla y León, según fuentes de Sacyl, el número de pacientes tratados por hepatitis C en el semestre de enero a junio de 2020 ha descendido en un 74,6% con respecto al mismo período del año anterior.(17)

Tras la pandemia, la reestructuración de prioridades y redistribución de los recursos va a resultar necesaria para que otros problemas graves de salud pública, como la infección por VHC, puedan ser atendidos. No debe olvidarse que, a día de hoy, la hepatitis C sigue siendo una de las causas principales de patologías como la cirrosis, o el hepatocarcinoma.(18)

Recientemente se ha publicado un artículo sobre el impacto que el retraso de un año en el inicio del tratamiento de la infección por VHC, motivado por la pandemia por COVID-19, puede generar en términos de morbilidad hepática. (19). En dicho artículo se estima que, en el año 2030, fecha objetivo de la OMS para la eliminación de esta enfermedad, se producirán 44.800 carcinomas hepáticos y 72.300 muertes más que si no hubiera existido este retraso.

En otro estudio, Kondili et al. han llevado a cabo una estimación en dos países europeos, Italia y Reino Unido, sobre el número de fallecimientos por hepatitis C derivados del retraso en el tratamiento de la infección durante un año a causa de la COVID-19. Con seis meses de retraso, el número de fallecimientos por hepatitis C

estimados para Italia sería de 5 por cada 1.000 pacientes y de 4 por cada 1.000 en el caso del Reino Unido. Con un año de retraso en el inicio del tratamiento, los fallecimientos estimados se situarían en los 9/1.000 y los 7/1.000 pacientes respectivamente en cada país analizado (20).

La hepatitis C es una patología infecciosa curable y potencialmente eliminable. No obstante, para conseguir estos objetivos, es necesaria la identificación de pacientes que padecen esta enfermedad y lo desconocen. Por ello, es evidente el riesgo que conlleva, en términos de morbilidad y transmisión de la enfermedad, la paralización de las estrategias de diagnóstico y tratamiento de la hepatitis C. En este escenario es necesario retomar las estrategias de cribado y de tratamiento precoz del VHC. **No se debe renunciar al terreno ganado en la eliminación de la hepatitis C en los últimos años.**

Para algunos expertos, debe **considerarse la posibilidad de ver la gestión de la COVID-19 como una oportunidad para incrementar el diagnóstico y avanzar en el camino de la eliminación de la hepatitis C a través de determinaciones masivas de VHC (VHB y VIH) en todos los pacientes sometidos a tests serológicos del SARS-CoV-2** (21).

1.3. Oportunidades para la hepatitis C.

La hepatitis C ha supuesto un problema de salud pública a nivel mundial de primera magnitud durante años. Según estimaciones de la OMS, en el año 2016 murieron 399.000 personas en el mundo a causa de esta enfermedad, sobre todo por cirrosis y

carcinoma hepatocelular, ambas patologías derivadas de la infección por VHC (22).

Tal y como recoge la OMS, los tratamientos antivirales contra el VHC pueden curar más del 95% de los casos de infección, siendo fundamental tener un acceso temprano al diagnóstico y al tratamiento. Por ello, desde el año 2015, son muchos los países que han diseñado sus propias estrategias nacionales para el diagnóstico y tratamiento de la hepatitis C con el objetivo final de alcanzar la eliminación de la infección en sus territorios.

España diseñó su propia estrategia en el año 2015 (23) y la implementación de esta le ha permitido posicionarse a la cabeza de los países que podrían alcanzar la eliminación del virus en los próximos años (por delante de Alemania, Francia y EE.UU.) y antes de la fecha de 2030 fijada por la OMS. Concretamente **en el año 2019, se estimaba que España eliminaría la hepatitis C en el año 2023** (24).

Sin embargo, en el actual contexto generado por la pandemia de la COVID-19 es probable que este horizonte temporal pueda verse afectado, por lo que se hace **necesaria la implementación de medidas proactivas que faciliten el diagnóstico y tratamiento** de todos aquellos casos de hepatitis C que no han podido detectarse debido a la interrupción obligada de las estrategias de cribado. De esta forma, sería posible recuperar el ritmo de eliminación que España tenía antes de la pandemia.

Hay que tener en cuenta que el 26,1% de los nuevos diagnósticos de infección por VHC cursan con enfermedad hepática avanzada (25), con el impacto que este hecho supone para la salud del paciente y para el sistema sanitario en términos de carga de

la enfermedad, vista la morbilidad asociada que genera en cuanto a cirrosis hepática y carcinoma hepatocelular.

En el año 2018 se llevó a cabo un estudio para evaluar, mediante un modelo de Markov, las fechas aproximadas de “agotamiento diagnóstico” de la hepatitis C en España (26). Según este análisis, España podría llegar a este “agotamiento diagnóstico” en 2022 debido a las bajas tasas de diagnóstico, lo que implicaría no alcanzar los objetivos de eliminación de la OMS para 2030.

En el **año 2019** la Asociación Española para el Estudio del Hígado (AEEH) manifestaba que, a pesar de los avances conseguidos en los últimos años, la tasa de diagnóstico de la hepatitis C no era del todo satisfactoria, puesto que se estimaba que **había aún 22.500 personas adultas infectadas por VHC que desconocían que eran portadoras** y que, por tanto, podían transmitir la infección. En este contexto, la AEEH emitió un documento de posicionamiento (27) en el que señalaba que había llegado el momento **de poner en marcha un plan global para facilitar la eliminación** de la hepatitis C como problema de salud pública en España.

Las recomendaciones recogidas en este documento se resumen a continuación:

- Cribado del VHC en función de la edad y de la existencia de factores de riesgo clásicos de adquisición de la infección, búsqueda activa de pacientes diagnosticados con anterioridad y desarrollo de estrategias de micro eliminación en poblaciones vulnerables.
- Simplificación del diagnóstico del VHC (diagnóstico en un solo paso y diagnóstico

en el punto de atención al paciente).

- Simplificación del tratamiento de los pacientes y mejora de los circuitos asistenciales.

- Desarrollo de medidas de política sanitaria.

- Establecimiento de indicadores de eliminación del VHC.

Recientemente, en julio de 2020, el Ministerio de Sanidad publicó la Guía para el cribado de la infección por VHC. En esta guía se indica el cribado de hepatitis C en las personas que presenten signos o síntomas de infección, así como en aquellas no sintomáticas que puedan presentar antecedentes de exposición o situaciones de riesgo.

La guía no recomienda el cribado en población general sin antecedentes de riesgo, aunque anuncia la constitución de un grupo de trabajo para evaluar si el cribado por edad en población general es coste-efectivo.

En opinión de los expertos, la Guía para el cribado de la infección por VHC supone un buen punto de partida, aunque en este momento resulta insuficiente para seguir avanzando en la eliminación de la infección.

Si a este análisis pre-pandemia se le suma la actual situación de crisis sanitaria, la necesidad de **ser más ambiciosos en el cribado** se convierte en una **prioridad**.

En este contexto, los firmantes de este documento consideran que, **para alcanzar la eliminación**, es necesaria la implementación del **cribado** en población no de riesgo **por cohortes de edad**. Esta modalidad de cribado ha demostrado **ser coste-efectiva** (28), al comprobar que se detecta un mayor número de casos con este método que con el cribado por factores

de riesgo. La relación coste-utilidad incremental de una estrategia frente a otra fue de 8.914€, valor inferior al umbral de eficiencia aceptado en España.

Un amplio estudio epidemiológico sobre el que posteriormente se efectuó un análisis de coste-efectividad mostró resultados similares, especialmente relevantes para la **población entre 40 y 70 años** (29).

Ante los datos que avalan la eficiencia del cribado por cohortes de edad, los firmantes de este documento consideran que la decisión sobre esta modalidad de cribado, ya aprobado en otros países, debería acelerarse en España.

Esta estrategia de cribado por grupos de edad podría ponerse en marcha a través de **cribados oportunistas**, aprovechando los contactos con el sistema sanitario de la población, o a través de despistajes proactivos liderados por Atención Primaria, focalizados en el grupo de entre 40-70 años; o incluir la determinación del VHC a la población de entre 40-70 años a los que se les deba realizar una analítica.

Atendiendo a la situación generada en términos de salud pública por la pandemia de la COVID-19, la posibilidad de establecer un cribado oportunista vinculado a los numerosos contactos de la población con el sistema sanitario cobra mayor sentido que nunca.

La pandemia está generando un gran volumen de determinaciones para detectar la presencia del virus SARS-CoV-2 y la posibilidad de vincularlo al cribado del VHC supone una oportunidad única.

Esta vinculación supondría un importante

avance para la eliminación de la infección por VHC, la recuperación del tiempo perdido en este camino durante la pandemia y la puesta en marcha de una estrategia innovadora de optimización de recursos sanitarios al combinar ambos cribados.

En opinión del grupo de trabajo de ChanCe, **ligar el cribado del virus SARS-CoV- 2 al cribado del VHC puede ser una acción efectiva.** La realización de estudios serológicos ofrece una muy buena oportunidad para llevar a cabo un *screening* de hepatitis virales que permitiría dar un salto decisivo en la eliminación de la hepatitis C. Todo ello, **sin dejar de lado las acciones específicas en grupos de riesgo.**

Teniendo en cuenta las particularidades de cada comunidad autónoma y cuando la situación sanitaria lo permita, tanto en la parte asistencial como en la actividad de los servicios de Microbiología, sería recomendable incluir la determinación del VHC en los estudios serológicos del SARS-CoV-2, tanto en el ámbito sanitario en un primer momento, como en el extra sanitario posteriormente. **En caso de no ser posible abarcar a toda la población, se podría acotar la muestra en función de parámetros de edad, prioritariamente en la franja entre 40 y 70 años.**

Por otro lado, el estudio de seroprevalencia que está llevando a cabo el Ministerio de Sanidad supone también una oportunidad para acceder a una muestra poblacional única. Los expertos de ChanCe consideran que se podría plantear el uso de parte de ese material para realizar el cribado de hepatitis C.

Se trata de buscar sinergias compatibles con la situación actual que permitan recoger in-

formación de manera simultánea de dos patologías que tienen un importante impacto en términos de salud pública.

2. ¿QUÉ ES CHANCE?

La pandemia por coronavirus ha puesto de manifiesto el impacto de las enfermedades infecciosas en la salud pública y, en consecuencia, la necesidad de invertir en políticas orientadas a la prevención de estas enfermedades.

Como consecuencia de esto, surge ChanCe, una **Iniciativa Estratégica de Salud impulsada por la biofarmacéutica AbbVie**. ChanCe tiene como objetivo el avance en el diagnóstico y la eliminación de la hepatitis C en el contexto sanitario actual, fuertemente condicionado por la crisis sanitaria del coronavirus.

Bajo esta premisa, se ha constituido un grupo multidisciplinar de expertos que han trabajado de manera conjunta analizando los argumentos que puedan avalar, en su caso, las posibles sinergias entre el cribado de la hepatitis C y del SARS-CoV-2.

2.1. Objetivos de ChanCe.

En base a lo descrito anteriormente, los **principales objetivos de la Iniciativa ChanCe** son:

- Abordar el impacto de la pandemia de la COVID-19 en las estrategias de cribado de la hepatitis C y en los objetivos de eliminación de la enfermedad en España.
- Analizar las posibilidades de vincular el cribado del SARS-CoV-2 y el VHC en base a criterios de oportunidad para beneficio de la Salud Pública.
- Contribuir a la optimización de los recursos disponibles para el abordaje conjunto de dos patologías infecciosas que constituyen sendos problemas de Salud Pública.
- Generar conciencia sobre la necesidad de restablecer y reforzar las estrategias de cribado de infección por VHC, como elemento indispensable para alcanzar la eliminación de la hepatitis C en los plazos establecidos, y reducir la morbilidad asociada a esta patología.

2.2. Metodología de ChanCe.

Tal y como se ha señalado anteriormente, para el desarrollo de la Iniciativa Estratégica de Salud ChanCe se constituyó un panel de expertos multidisciplinar que ha trabajado de forma conjunta con el apoyo metodológico de la compañía de servicios profesionales especializados en el ámbito de la salud, Eversheds Sutherland Nicea.

Tras un trabajo previo que fue cumplimentado por todos los integrantes del panel, se llevaron a cabo dos reuniones de puesta en común y debate de las conclusiones y de las recomendaciones emitidas por el grupo.

Fruto de las aportaciones de los expertos, se ha elaborado el presente documento en el que se recogen **10 recomendaciones** para mejorar el diagnóstico de la hepatitis C y avanzar en su eliminación en la actual coyuntura sanitaria.



Recopilación y análisis de la información de partida

Revisión de la información y evidencia disponible publicada recientemente acerca del impacto de la COVID-19 en la población con hepatitis C y en las estrategias de cribado



Cuestionario previo

Se recopiló un conjunto de lecturas previas que fueron enviadas junto a un cuestionario de partida a los miembros del panel de expertos



Reuniones del panel de expertos

Se mantuvieron dos reuniones telemáticas con el conjunto del panel de expertos en los meses de septiembre y noviembre de 2020. En ellas se pusieron en común las conclusiones extraídas de los cuestionarios, se identificaron los principales temas a abordar y se consensuaron las recomendaciones que se recogen en ChanCe



Redacción documento final

Finalmente, con toda la información aportada y los debates suscitados, se elaboró el documento definitivo de la Iniciativa Estratégica de Salud ChanCe.

2.1.3. Panel de Expertos

- **Ángel Gil de Miguel**, Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad Rey Juan Carlos.
- **Antonio Aguilera Guirao**, Responsable de la Unidad de Virus Hepatotropos y Retrovirus del Servicio de Microbiología del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.
- **Antonio Rivero Román**, Jefe de Sección del Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Reina Sofía de Córdoba.
- **Daniel Álvarez Cabo**, Facultativo Especialista de Admisión y Documentación Clínica del Hospital Universitario Santa Cristina de Madrid.
- **Eva Pérez Bech**, Presidenta de la Federación Nacional de Trasplantados Hepáticos (FNETH)
- **Federico García García**, Jefe de Servicio Microbiología del Hospital Universitario San Cecilio de Granada.
- **Francisco Jorquera Plaza**, Jefe de Medicina Digestiva del Complejo Hospitalario de León.
- **Gloria Sánchez Antolín**, Hepatóloga. Directora Técnica de Hospitales y Programación Asistencial en Gerencia Regional de Salud Castilla y León.
- **Javier Crespo García**, Jefe de Servicio de Medicina Digestiva en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Presidente de la Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD).
- **Javier Tovar García**, Periodista especializado en Salud. Director de EFESalud.
- **José Javier Castrodeza Sanz**, Catedrático de Medicina Preventiva de la Universidad de Valladolid. Ex secretario General de Sanidad. Ex Director General de Salud Pública en el Ministerio de Sanidad.
- **José Luis Calleja Panero**, Jefe de Servicio de Gastroenterología del Hospital Universitario Puerta de Hierro de Madrid.
- **José María Molero García**, Coordinador del Grupo de Trabajo de Enfermedades Infecciosas de semFYC.
- **Miguel García Deltoro**, Jefe de servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital General de Valencia. Presidente del Grupo de Estudio de las Hepatitis Víricas (SEHEP) de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología (SEIMC)
- **Rafael Bengoa Rentería**, Médico. Experto en gestión sanitaria y salud pública.
- **Santiago Moreno Guillén**, Jefe de Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Ramón y Cajal de Madrid.
- **Xavier Forns Bernhardt**, Jefe de la Unidad de Hepatitis del Hospital Clínic de Barcelona.

3. RECOMENDACIONES DE CHANCE

Partiendo de los buenos resultados que en España se han conseguido en la eliminación de la hepatitis C, gracias al abordaje liderado por el Ministerio de Sanidad con la implicación de los Servicios Regionales de Salud y con el consenso y colaboración de Sociedades Científicas y organizaciones de pacientes, las recomendaciones que se recogen a continuación quieren afianzar esta estrategia y consolidar los objetivos alcanzados en los últimos años.

A continuación, se recogen las 10 recomendaciones emitidas por los expertos de ChanCe para avanzar en el diagnóstico y eliminación de la hepatitis C. Estas 10 propuestas se agrupan en torno a dos objetivos:

- Normalizar la actividad asistencial no relacionada con la COVID-19, en particular, la actividad de los programas de eliminación de la hepatitis C.
- Aprovechar la gestión de la pandemia de la COVID-19 para incidir en el diagnóstico oportuno de la hepatitis C (así como de otras infecciones virales) y tener así un acceso temprano al tratamiento.

Aunque esta iniciativa se fundamenta en la oportunidad que la detección del SARS-CoV-2 presenta para el diagnóstico de la hepatitis C, este procedimiento adicional coyuntural no sustituye las recomendaciones anteriores y debe continuarse, cuando la situación lo permita, con el cribado en todos los grupos en los que hasta ahora estaba indicado.

1. Normalizar, lo antes posible, la asistencia sanitaria a las patologías no relacionadas

con la COVID-19 y mantenerla en el tiempo.

En línea con las prioridades actuales de los profesionales sanitarios y los gestores de la salud, se considera **necesario buscar fórmulas que permitan normalizar lo antes posible la atención a las patologías no COVID. El objetivo que se persigue es frenar un impacto negativo en términos de morbimortalidad en un futuro muy próximo. Es indispensable trabajar para generar un sentimiento de confianza y tranquilidad en la población general.**

Pese a que en estos momentos la carga de la actividad asistencial es muy elevada, y puesto que se desconoce el tiempo que puede prolongarse la situación actual de pandemia, se hace **imprescindible poner en marcha medidas que reduzcan los efectos colaterales sobre patologías no COVID.**

El esfuerzo de los sistemas sanitarios se debe centrar en mantener la actividad no COVID a la vez que se intenta controlar la pandemia. Son necesidades que deben atenderse de manera simultánea y no secuencial.

2. Reactivar y reforzar los planes de eliminación de la hepatitis C para evitar las consecuencias clínicas y económicas de un diagnóstico tardío.

En el ámbito de la **hepatitis C**, en cuanto la situación sanitaria y epidemiológica respecto al SARS-CoV-2 lo permita, y teniendo en cuenta la situación específica de cada comunidad autónoma, es necesario **reactivar y reforzar los planes de eliminación de esta enferme-**

dad para evitar el impacto clínico, económico y asistencial que se deriva de un diagnóstico tardío.

Los planes de actuación puestos en marcha en los últimos años han tenido un importante impacto positivo en el control de las enfermedades hepáticas que debe preservarse, para evitar un posible repunte de patologías descompensadas o incluso un posible incremento de casos de cáncer de hígado.

3. Aprovechar las oportunidades que la gestión del SARS-CoV-2 puede ofrecer para avanzar en la eliminación de la hepatitis C.

No se puede renunciar al terreno ganado en la eliminación de la hepatitis C con el Plan Nacional de Hepatitis C puesto en marcha en el año 2015. Una alternativa para revertir esta situación es **aprovechar la oportunidad que supone la gestión conjunta del SARS-CoV-2 y de la hepatitis C.**

El cribado conjunto del VHC y de otros virus como el VIH y VHB no supondría un coste adicional relevante y su implantación supondría un avance definitivo en la eliminación de la infección.

4. Llevar a cabo la determinación de la infección por VHC en los pacientes ingresados con neumonía por COVID-19 aprovechando el despistaje de las infecciones virales recomendadas por el Ministerio de Sanidad en estos pacientes (VHB y VIH).

Siguiendo las directrices de la *Guía de manejo clínico en atención hospitalaria de paciente COVID-19* del Ministerio de Sanidad, es importante **asegurar el despistaje de la infección por VHC, así como por otros virus como el VHB o el VIH**, en pacientes ingresados con neumonía por COVID-19.

Asimismo, **se recomienda ampliar este despistaje a todos los pacientes COVID hospitalizados.**

Sería muy importante **garantizar la difusión de estas recomendaciones por todos los cauces posibles, incluidos los propios de las Sociedades Científicas.**

Algunos de los tratamientos administrados a pacientes con COVID-19 pueden provocar la reactivación del virus de la hepatitis B y la misma infección por SARS-CoV-2 se asocia a alteraciones, a veces relevantes, de la biología hepática. Por dicho motivo, en el manejo de la COVID-19, la identificación de los pacientes con infección por VHC, VHB y VIH es importante.

En pacientes **post COVID que presenten alteraciones hepáticas o pertenezcan a un colectivo de riesgo, se recomienda la detección del VHC** en caso de que no se haya realizado con anterioridad.

5. Utilizar los estudios serológicos vinculados al SARS-CoV-2 para llevar a cabo un *screening* de hepatitis virales

Se recomienda **aprovechar** la realización de **tests serológicos** para llevar a cabo un *screening* de hepatitis virales y dar un salto decisivo en la eliminación de la hepatitis C.

Se propone poner en marcha un cribado oportunista del VHC, VHB y VIH en toda la población a la que se efectúe un test serológico para SARS-CoV-2. Este hecho debe ser **especialmente relevante** en la población con elevada prevalencia de infección por VHC: **población entre 40-70 años, migrantes provenientes de países de alta prevalencia de la infección y población vulnerable.**

La puesta en marcha de estas estrategias obligarán a adecuar las necesidades de recursos técnicos y humanos de los servicios de Microbiología.

Dada la sencillez y el bajo coste de los tests diagnósticos de la hepatitis C, **lo deseable sería poder aprovechar cualquier contacto de los pacientes con el sistema sanitario para llevar a cabo dicho despistaje.**

6. Incluir el cribado de la hepatitis C en las determinaciones serológicas que finalmente pudieran vincularse a la vacunación del SARS-CoV-2

En aquellas **determinaciones serológicas** que finalmente pudieran vincularse a la **vacunación del SARS-CoV-2**, sería recomendable incluir la determinación de la hepatitis C, al menos en población de alta prevalencia de esta enfermedad, es decir, en aquellos pacientes que han tenido una exposición de riesgo y/o están en la franja de edad de 40-70 años.

7. Emplear la seroteca del estudio de seroprevalencia de la COVID-19 promovido por el Ministerio de Sanidad para realizar el cribado de hepatitis C en esos usuarios y actualizar la información epidemiológica sobre esta enfermedad.

De esta manera **se optimizarían los recursos disponibles** para recoger información de manera simultánea de dos patologías que tienen un importante impacto en términos de salud pública.

Asimismo, se recomienda **aprovechar las muestras almacenadas para llevar a cabo un estudio de seroprevalencia de la hepatitis C**, que aporte información acerca de los casos de infección activa y de la eficacia de algu-

nas de las medidas implementadas en los últimos años, y que permita comparar los datos actuales con los obtenidos del último estudio de seroprevalencia realizado en el año 2017.

8. Poner en valor el papel de la Atención Primaria (AP) en el diagnóstico de patologías infecciosas como la hepatitis C y dotarla de los recursos necesarios para su desempeño.

A raíz de la actual pandemia se ha evidenciado la necesidad de reforzar el **papel de la Atención Primaria a todos los niveles.**

Este fortalecimiento es indispensable para garantizar el diagnóstico de la infección por VHC y para que esto ocurra en la realidad se debería:

- Extender y facilitar el **acceso al diagnóstico en un solo paso** (DUSP) de la hepatitis C en los hospitales de las diferentes CC.AA.
- Definir de manera clara las **acciones esperadas** a realizar desde AP, incluyendo el diagnóstico de la infección por VHC como una prioridad en su cartera de servicios.
 - Dotar a la AP de **recursos** que permitan el cribado
 - Facilitar el **acceso a los tests de diagnóstico.**

9. Involucrar a otros agentes, externos al ámbito asistencial, en el diagnóstico de patologías infecciosas como la hepatitis C, haciendo accesibles los tests diagnóstico fuera de los centros sanitarios.

En línea con las experiencias que ya se han adoptado en otros países antes de la pandemia de la COVID-19 y más aún durante la misma, **los expertos consideran necesaria**

la implicación de otros agentes de salud y otras instituciones del ámbito comunitario, en el diagnóstico de enfermedades infecciosas como la hepatitis C.

En opinión del panel de expertos de ChanCe, para alcanzar el objetivo de eliminación de la hepatitis C en los plazos establecidos, **es necesaria la cooperación de un mayor número de agentes en el diagnóstico de la infección. Por ello, se recomienda estudiar la posibilidad de hacer accesibles los tests de diagnósticos fuera de los centros sanitarios** para que, con la formación adecuada, otros agentes puedan colaborar en maximizar las oportunidades de diagnóstico de la hepatitis C.

10. Instar al Ministerio de Sanidad y al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud a ejercer el liderazgo en los programas de diagnóstico de la hepatitis C y a tomar una decisión rápida respecto al cribado poblacional por edad.

Instar al **Ministerio de Sanidad y al Consejo Interterritorial** a priorizar la eliminación de la hepatitis C y a establecer **criterios homogéneos para ello en todas las comunidades autónomas.**

Asimismo, desde las administraciones sanitarias, en colaboración con las Sociedades Científicas, debe lanzarse un mensaje de optimismo a la opinión pública sobre la oportunidad real que tiene España de acabar con la hepatitis C, basado en la difusión de la evidencia disponible y en los beneficios alcanzados desde la puesta en marcha del Plan Estratégico para el Abordaje de la Hepatitis C en el Sistema Nacional de Salud.

Finalmente, los expertos **recomiendan a las administraciones la toma de decisión rápida con respecto al cribado poblacional**

por edad, actualmente en estudio, y sobre el que existe evidencia positiva en cuanto a su relación coste-beneficio.

Los expertos de ChanCe quieren **reiterar la necesidad y oportunidad real de que España elimine la hepatitis C** en el año 2030 tal y como la OMS ha fijado como objetivo, incluso antes, como se preveía antes de la irrupción de la pandemia de COVID-19. España cuenta con los recursos adecuados para conseguir la eliminación en los próximos años y se debe seguir trabajando con la misma determinación que se estaba haciendo antes de la pandemia para consolidar los buenos resultados alcanzados.

4. BIBLIOGRAFÍA

1. Crespo J, Fernández Carrillo C, Iruzubieta P, Hernández-Conde M, Rasines L, Jorquera F, et al; COVID-19 SEPD/AEEH Group. MASSIVE IMPACT OF COVID-19 PANDEMIC ON GASTROENTEROLOGY AND HEPATOLOGY DEPARTMENTS AND DOCTORS IN SPAIN. *J Gastroenterol Hepatol*. 2020 Nov 12. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33184937/>
2. Domínguez Gil B, Coll E, Ferrer-Fábrega J, Briceño J, Ríos A; Drástico impacto de la epidemia de COVID-19 sobre la actividad de donación y trasplante en España. *CIR. ESP*. 2020 98(7): 412-419.
3. Rodríguez-Leor, O., Cid-Álvarez, B., de Prado, A. P., Rossello, X., Ojeda, S., Serrador, A., et al. por los Investigadores del Grupo de Trabajo sobre Código Infarto de la Asociación de Cardiología Intervencionista de la Sociedad Española de Cardiología (2020). Impacto de la COVID-19 en el tratamiento del infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST. La experiencia española. *REC*, 10.1016/j.recesp.2020.07.033. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2020.07.033>.
4. Rodríguez-Leor, O., Cid-Álvarez, B., Ojeda, S., Martín-Moreiras, J., Rumoroso JR., López-Palop R., et al. en nombre de todos los participantes del Registro de Código Infarto de la ACI-SEC. Impacto de la pandemia de COVID-19 sobre la actividad asistencial en cardiología intervencionista en España. *REC Interv Cardiol*. 2020;2:82-89. Disponible en: <https://www.recintervcardiol.org/es/gestion/impacto-de-la-pandemia-de-covid-19-sobre-la-actividad-asistencial-en-cardiologia-intervencionista-en-espana>
5. Petrova, D; Pérez-Gómez, B; Pollán, M., Sánchez, M.J. Implicaciones de la pandemia por COVID-19 sobre el cáncer en España, *Medicina Clínica*, Volumen 155, Issue 6, 2020, Pages 263-266, Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S002577532030261X>
6. Comunidad de Madrid, Servicios de Información, Salud. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/lista-espera-consultas-externas>
7. Comunidad de Madrid, Servicios de Información, Salud. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/lista-espera-quirurgica>
8. Comunidad de Madrid, Servicios de Información, Salud. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/lista-espera-pruebas-diagnosticas-terapeuticas>
9. Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat Pública i Universal. http://www.san.gva.es/web/dgas/datos_lisesp
10. Junta de Castilla y León. Sanidad Castilla y León. SA-CYL. <https://www.saludcastillayleon.es/es/lista-espera>
11. Salud Extremadura. Servicio extremeño de Salud, SES. <https://saludextremadura.ses.es/listaespera/lista-de-espera-quirurgica>
12. La semFYC cuantifica en cerca de un millón los afectados por cuadro clínico COVID-19 en España [Internet]. 2020 [citado 13 noviembre 2020]. Disponible en: <https://www.semfyc.es/la-semfyc-cuantifica-en-cerca-de-un-millon-los-afectados-por-cuadro-clinico-covid-19-en-espana-con-mas-de-900-000-leves-y-sin-test-atendidos-en-atencion-primaria/>
13. Gerencia Asistencial Atención Primaria de Madrid. Servicio Madrileño de Salud; 2020. Informe Técnico COVID-19 Atención Primaria Marzo-Abril 2020.
14. Organización Mundial de la Salud, Estrategia mundial del sector de la salud contra las hepatitis víricas 2016-2021. Hacia el fin de las hepatitis víricas. WHO/HIV/2016.06. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250578/WHO-HIV-2016.06-jspa.pdf;jsessionid=F411E6226E-0A9537EA5A2D7EE8925C39?sequence=1>
15. Razavi, H, Sanchez Gonzalez, Y, Yuen, C, Cornberg, M. Global timing of hepatitis C virus elimination in high-income countries. *Liver Int*. 2020; 40: 522– 529
16. Registro de Utilización de Agentes Antivirales para el Virus de la Hepatitis C (RUA-VHC) del Servicio Madrileño de Salud

17. Datos de Sacyl: <https://www.saludcastillayleon.es/es/hepatitis-c-13c292>. Consulta realizada a 1 Dic 2020
18. Crespo J, Albillos A, Buti M, Calleja JL, García-Samaniego J, Hernández-Guerra M, et al. Eliminación de la hepatitis C. Documento de posicionamiento de la Asociación Española para el Estudio del Hígado (AEEH). *Gastroenterol Hepatol*. 2019;42:579-592
19. Blach S, Kondili LA, Aghemo A, Cai Z, Dugan E, Estes C, Gamkrelidze I. et al. Impact of COVID-19 on global hepatitis C elimination efforts, *Journal of Hepatology* (2020),1-6. Disponible en: <https://www.journal-of-hepatology.eu/action/showPdf?pii=S0168-8278%2820%2930523-7>.
20. Kondili LA, Marcellusi A, Ryder S, Craxi A. Correspondance Digestive and Liver Disease. *Digestive and Liver Disease* 52 (2020) 947-949.
21. Crespo J, Días-González A, Iruzubieta P, Llerena S, Cabezas J. SARS-CoV-2 massive testing: a window of opportunity to catch up with HCV elimination. *J Hepatol* 2020. Disponible en: [https://www.journal-of-hepatology.eu/article/S0168-8278\(20\)33679-5/fulltext](https://www.journal-of-hepatology.eu/article/S0168-8278(20)33679-5/fulltext).
22. OMS. Centro de prensa. Notas descriptivas. Hepatitis C. 27 de Julio 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c>
23. Ministerio de Sanidad, Gobierno de España. Plan Estratégico para el Abordaje de la Hepatitis C en el Sistema Nacional de Salud (PEACH), disponible en [https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/hepatitisC/PlanEstrategicoHEPATITISC/docs/Plan_Estrategico_Abordaje_Hepatitis_C_\(PEAHC\).pdf](https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/hepatitisC/PlanEstrategicoHEPATITISC/docs/Plan_Estrategico_Abordaje_Hepatitis_C_(PEAHC).pdf).
24. Razavi, H, Sánchez González, Y, Yuen, C, Cornberg, M. Global timing of hepatitis C virus elimination in high-income countries. *Liver Int*. 2020; 40: 522- 529. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/liv.14324>
25. Picciho C.A, Balanza N, Lens S, Arenas J, Gómez A, Turnes J. et al. Description of viral hepatitis patients and associated risk factors of late presentation to care in Spain: a country with unrestricted access to treatment. AASLD. The liver Meeting. Abstract N. 0638.
26. Hill, A.M. Khan, A. Simmons, Riveiro-Barciela M, y Buti M. La hepatitis C no se eliminará en España en 2030 si no se modifican las estrategias de cribado. 111_43 Congreso nacional eliminacion VHC 2030.
27. Crespo J, Albillos A, Buti M, Calleja JL, García-Samaniego J, Hernández-Guerra M, et al. Elimination of hepatitis C. Positioning document of the Spanish Association for the Study of the Liver (AEEH). *Gastroenterol Hepatol*. 2019 Nov;42(9):579-592. English, Spanish. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31594683/>
28. Buti M, Domínguez-Hernández R., Casado M.Á., Sabater E., Esteban R. El cribado y tratamiento del virus de la hepatitis C en la población general española entre 20 y 79 años de edades coste-efectivo. 132_43 Congreso_coste efectividad cribado poblacional.
29. Crespo J, Cuadrado A, Perelló C, Cabezas J, Llerena S, Llorca J et al. Epidemiology of hepatitis C virus infection in a country with universal access to direct-acting antiviral agents: data for designing a cost-effective elimination policy in Spain. *J Viral Hepatitis* 2020 Apr;27(4):360-370

UN PROYECTO DE:

abbvie

CON LA COLABORACIÓN DE:

EVERSHEDS
SUTHERLAND