

Protege la Salud de tu Hígado



1 EDITORIAL 6

2 ARTÍCULOS 9

- 2.1. Sra. Beatrice Zovich y Dra. Chari Cohen** 10
Actividades de la Fundación contra la Hepatitis B para divulgar la información a los pacientes con enfermedad hepática y a sus familias a nivel global
- 2.2. Dra. Sabela Lens** 14
“Importancia del Registro Español de pacientes diagnosticados con Hepatitis Delta”
- 2.3. Dr. Jordi Llaneras Artigues** 17
“Nuevas estrategias en el cribado de las hepatitis víricas en 2023”
- 2.4. Dr. Joan Colom** 25
“La detección de las hepatitis víricas en la población migrante en el marco del Plan de Hepatitis en Cataluña”
- 2.5. Sra. Silvia López y Sra. Gemma Blanch** 28
“¿Cómo afecta la obesidad en la salud física y mental? Aportaciones de la inclusión de nutricionistas y psicólogas en el CAP”
- 2.6. Dra. Núria Serre Delcor** 32
“Barreras en la información y atención de la población inmigrante en Barcelona”
- 2.7. Dr. Javier Crespo** 36
“¿Es posible implantar la telemedicina en Hepatología en España?”
- 2.8. Dr. Manuel Romero** 39
“Reto de futuro: Colocar las patologías del hígado en el centro de la agenda pública sanitaria”

2.9. Dr. Juan Manuel Pericàs, Dr. Sergio Muñoz y Dra. Clara Sabiote	43
“Determinantes sociales en la salud hepática”	
2.10. Dr. Pere Ginés y Dr. Adrià Juanola	49
“Importancia de los marcadores no invasivos para detectar la enfermedad hepática crónica en la población en general”	
2.11. Dra. Montserrat García Retortillo	52
“¿Es reversible la enfermedad hepática crónica?”	
2.12. Dr. Andrés Marco, Dr. Rafael A Guerrero, Dra. Neus Solé, Dra. Isabel Barnes y Dra. Elisabet Turu	56
“Enfermedad hepática por acúmulo de grasa. ¿Qué se está haciendo en las prisiones de Cataluña?”	
2.13. Dra. Elisa Martró y Dra. Anna Not	59
“Impacto de la innovación en el diagnóstico virológico en las personas con difícil acceso a la atención sanitaria”	
2.14. Dra. Virginia Hernández Gea y Dra. Anna Baiges	65
“Impacto de los estudios de hemodinámica hepática en el avance de la Hepatología. Cómo informar a los pacientes”	
2.15. Sra. Elisabet Carrera, Sra. Gemma Salvador y Sra. Aroa Soriano	69
“Programa piloto de prevención y atención a la obesidad infantil en el barrio de La Mina (Sant Adrià del Besòs, Barcelona). Resultados en la mejora de estilos de vida”	

3 ENTREVISTAS **80**

3.1. Dr. Ramon Bataller	81
“El alcohol es la droga psicoactiva más extendida en España”	
3.2. Dra. Manal El-Sayed	85
“La barrera más importante para el tratamiento de las hepatitis víricas es el diagnóstico de quienes desconocen su infección”	
3.3. Dr. Pere Ginés	91
“Es necesario un cambio en la orientación de la asistencia actual a los pacientes hepáticos”	

4 ACTIVIDADES 2023 **96**

Actividades realizadas por ASSCAT hasta julio de 2023

Revista realizada por ASSCAT
Associació Catalana de Pacients Hepàtics

C/ Pere Vergés, 1. Piso 10. Despacho 12.
Hotel d'Entitats La Pau
08020 Barcelona

www.asscat-hepatitis.org
933 145 209 – 615 052 266
informacio@asscat-hepatitis.org

Consejo editorial:

**Teresa Casanovas. Hepatóloga, presidenta de ASSCAT
y coordinadora del Comité Científico de la ELPA**

**Elena M Estrada. Periodista, Responsable de Comunicación
y Community Manager de ASSCAT**

EDITORIAL

“ALGUNAS REFLEXIONES COINCIDIENDO CON EL DÍA MUNDIAL DE LA HEPATITIS 2023”

Teresa Casanovas. Presidenta de la Associació Catalana de Pacients Hepàtics (ASSCAT) y coordinadora del Comité Científico de la European Liver Patients' Association (ELPA).



Saludos cordiales a todos y todas, espero que estén bien y con buena salud.

Como cada año en este Día Mundial de las Hepatitis, ASSCAT quiere manifestar su agradecimiento a todas las personas que nos están acompañando en el camino que iniciamos en el año 2000.

Nuestros objetivos se centran en informar y apoyar a pacientes con hepatitis víricas y sus familias para conseguir el tratamiento antiviral que ya ha mejorado la perspectiva vital de tantas personas. En los últimos años, hemos visto que las causas de las enfermedades hepáticas han cambiado y también las necesidades de las personas. En consecuencia, desde 2017 no nos limitamos a las hepatitis víricas sino que abarcamos todas las patologías hepáticas. En este sentido, es de destacar la falta de información que existe sobre las enfermedades que pueden afectar al hígado.

En esta Conmemoración del Día Mundial de la Hepatitis somos representantes de los pacientes hepáticos y con el objetivo de eliminar las hepatitis y para que nadie se quede atrás hemos de unir nuestras fuerzas a nivel mundial. Estamos convencidos de la importancia de la voz de los pacientes.

Sabemos que millones de personas en el mundo no saben que tienen hepatitis

y somos conscientes de las diferencias en los resultados de salud que existen también en nuestro entorno.

El paciente y sus necesidades tanto de información como de tratamiento han de estar en el centro de la cadena asistencial y no de una manera teórica. ¿Qué significa esto para los pacientes hepáticos? El paciente espera recibir por parte del sistema de salud una atención sanitaria individualizada, equitativa y actualizada.

Es muy necesario que las patologías hepáticas se conozcan, puesto que inicialmente son asintomáticas y en una gran proporción de casos su diagnóstico podría pasar desapercibido en las etapas precoces. Se sabe que el 25% de los nuevos casos ya tienen enfermedad hepática avanzada cuando son diagnosticados.

En España se han tratado miles de personas con hepatitis C y continúan los esfuerzos para diagnosticar los casos de hepatitis C no detectados. También se trabaja en la información, prevención, detección y tratamiento de los pacientes con hepatitis B en aquellos grupos y comunidades en los que se sabe que podrían tener una mayor prevalencia. Por ello, se están llevando a cabo proyectos innovadores buscando posibles afectados con actividades de información y atención fuera de los centros sanitarios para informar y educar en la comunidad.

¿Qué hacemos en ASSCAT? Seguimos informando y acompañando a las personas que nos consultan individualmente y que nos siguen a través de las redes sociales. Con nuestros proyectos deseamos llegar a un público amplio y de todas las edades. Las acciones educativas y campañas desarrolladas por ASSCAT se enfocan a todas las patologías hepáticas y se centran en las hepatitis víricas, el cáncer hepático, las consecuencias del exceso de alcohol, la enfermedad por depósito de grasa hepática y su relación con complicaciones metabólicas y cardiovasculares.

En Europa se ha documentado que la enfermedad por acúmulo de grasa hepática y el consumo dañino de alcohol son las causas más prevalentes de enfermedad hepática crónica. Por ello, algunos países ya han adoptado seriamente medidas políticas de control.

Sin medidas preventivas de contención que favorezcan el cambio de hábitos a nivel poblacional se pronostica un aumento de mortalidad y mayor número de complicaciones graves del hígado.

Se ha demostrado que la cirrosis y el cáncer hepático se podrían prevenir si se actúa sobre los factores de riesgo conocidos.

Concretamente, la disminución del consumo de alcohol, mediante el aumento del impuesto sobre las bebidas alcohólicas, la regulación de la publicidad y la obligación de informar del contenido de los productos alimenticios (concentración de nutrientes, concentración de alcohol y si es tóxico se avise en la etiqueta de una forma similar al tabaco). Las nuevas políticas fiscales, la reformulación de los productos y ciertas restricciones en el marketing, se han de llevar a cabo para proteger en especial a niños y jóvenes (1,2).

Deseamos que los pacientes tengan buenos resultados en salud percibida (calidad de vida) y no sólo una mejora de la supervivencia, así como que se eviten la exclusión social, la discriminación y la estigmatización, factores que afectan negativamente a la salud de la población.

Es necesario aumentar los conocimientos científicos sobre las enfermedades hepáticas en la población general para reducir las ideas negativas preconcebidas, la estigmatización y los falsos mitos. En ello tienen un gran papel la educación para la salud ya desde la infancia y los medios de comunicación. Queremos mejorar las desigualdades actuales y la falta de conciencia y compartir las experiencias de información y posible prevención de las patologías hepáticas que se deberían detectar precozmente.

Reconocemos que las hepatitis y las enfermedades hepáticas no son sólo un problema de Salud Pública o un tema médico, sino un problema de dignidad y de derechos humanos. Los pacientes hepáticos necesitan que ser reconocidos mediante mejoras en el sistema de salud y el compromiso de todos los implicados.

Referencias

1. Prevención de la enfermedad hepática con políticas de salud pública y medidas para luchar contra el consumo excesivo de alcohol y la obesidad, documento publicado por la EASL (Asociación Europea para el Estudio del Hígado) EASL abril 2023.
2. The EASL–Lancet Liver Commission: protecting the next generation of Europeans against liver disease complications and premature mortality www.thelancet.com Vol 399 Jan, 2022.

ARTÍCULOS

ACTIVIDADES DE LA FUNDACIÓN CONTRA LA HEPATITIS B PARA DIVULGAR LA INFORMACIÓN A LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD HEPÁTICA Y A SUS FAMILIAS A NIVEL GLOBAL

Beatrice Zovich, MPH. Gerente del Programa de Salud Pública. Hepatitis B Foundation.

Dra. Chari Cohen. Presidenta de la Hepatitis B Foundation.



La Hepatitis B Foundation, ubicada en Doylestown, PA, Estados Unidos, es una organización de investigación y defensa de enfermedades sin ánimo de lucro, dedicada a mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por la hepatitis B y la hepatitis delta en todo el mundo. Nuestras áreas de trabajo principales incluyen la divulgación y la educación lingüísticamente competentes, realizamos investigación en salud pública, políticas para la defensa de los pacientes, y desarrollo de capacidades. Trabajamos para llegar a las personas que viven con hepatitis B, a los profesionales en las áreas de la atención médica, científicos, salud pública, defensores, cuidadores, comunidades altamente afectadas y comunidades en general.

Apoyando a las personas directamente afectadas por las hepatitis B y Delta

No se puede subestimar el poder de las historias personales y los testimonios para generar cambios a múltiples niveles. Gran parte de nuestro trabajo se centra en el compromiso directo con las personas que viven con hepatitis B o con B+. Desde 2017, hemos organizado seis talleres intensivos de capacitación en narración de historias de tres días como parte de nuestra campaña de

narración de historias #justB, reuniendo a personas con experiencias vividas de todo Estados Unidos para compartir sus historias y crear hermosos vídeos para reducir el estigma e inspirar a otras personas afectadas. En 2020, ampliamos esta iniciativa a otros en todo el mundo a través de nuestra campaña internacional de narración de historias #BtheVoice. Todas estas historias compiladas se pueden ver [aquí](#). Además de capturar estas importantes historias, también recibimos de 3 a 4 millones de visitas anuales a nuestro [v](#) multilingüe desde 180 países, asesoramos personalmente a aproximadamente 10.000 personas cada año a través de nuestras líneas de consulta por teléfono y correo electrónico, y llegamos a aproximadamente a 20.000 suscriptores a través de nuestros boletines mensuales y a 70.000 seguidores en las redes sociales.

En 2020, la Fundación dirigió una reunión de [Desarrollo de Medicamentos Centrados en el Paciente](#) con la Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos (FDA, por sus siglas en inglés) que incluyó a más de 650 participantes de todo el mundo. Ésta fue la primera vez que se documentaron las experiencias vividas de las personas con hepatitis B en todo el mundo, incluido el impacto psicosocial y los retos a los que se enfrentan las personas con hepatitis B, y las preferencias de los pacientes para tratamientos y ensayos clínicos. Esto nos ayudó a identificar el estigma y la discriminación relacionados con la hepatitis B como retos clave que sufren las personas con VHB, lo que afecta negativamente a sus relaciones sociales y oportunidades profesionales y reduce la calidad de vida de millones de personas. En el verano de 2022, lanzamos oficialmente dos juntas asesoras comunitarias globales (una centrada en la hepatitis B y la otra en la hepatitis delta) con el objetivo de amplificar las voces de las personas más directamente afectadas por el desarrollo de fármacos en estos procesos y comprometerse directamente con los investigadores, los responsables de desarrollar los fármacos y las agencias reguladoras. También hemos apoyado el diseño y lanzamiento de Hep B Community, un foro en línea en el que las personas directamente afectadas por el VHB y el VHD pueden interactuar y recibir apoyo mutuo y también pueden hacer preguntas directamente a científicos y médicos expertos, quienes brindan información precisa.

Actividades de defensa

A través de nuestro trabajo de promoción, hemos podido asegurar una mayor financiación federal para la hepatitis B y el cáncer de hígado en los Estados Unidos, trabajar para mejorar el acceso al tratamiento y que éste sea asequible para las personas que viven con hepatitis B, abordar la discriminación de las personas que viven con VHB en los sectores militar y de atención médica,

trabajar para la implementación a gran escala de las nuevas recomendaciones de los CDC (Centros para el Control de las Enfermedades) para la detección universal de la hepatitis B y la vacunación de adultos en EEUU, y guiar a diferentes coaliciones a nivel estatal para abogar por la inclusión de la hepatitis B en los planes de eliminación y políticas importantes de atención médica.

Actividades de investigación

La Fundación lleva a cabo una variedad de investigaciones de salud pública para mejorar la concienciación, la detección, la vinculación con la atención y la prevención (vacunación) de la hepatitis B y delta. Esto incluye trabajar para comprender mejor el impacto social y emocional de vivir con hepatitis B y delta, las preferencias de tratamiento, la mejor manera de mejorar la participación y la diversidad en los ensayos clínicos y la mejor manera de abordar las disparidades en la concienciación sobre el cáncer de hígado y las tasas de detección entre las comunidades altamente afectadas. Además, la organización hermana de la Fundación, el Instituto Baruch S. Blumberg, participa directamente en la investigación biomédica, con el fin de descubrir nuevos fármacos y métodos de detección temprana para la cirrosis y el carcinoma hepatocelular.

Estigma y discriminación

El estigma y la discriminación afectan profundamente a millones de personas en todo el mundo que viven con hepatitis B y delta y pueden afectar la capacidad de una persona para obtener educación, empleo y visas internacionales. En un esfuerzo por documentar formalmente estas experiencias para influir en las políticas y cambiar la voluntad política para abordar los daños psicosociales causados por las hepatitis B y D, la Hepatitis B Foundation ha comenzado a mantener un registro de discriminación y a realizar entrevistas con testimonios clave, a través de las cuales las personas afectadas por discriminación pueden compartir directamente sus experiencias y contribuir a impulsar un cambio de las políticas discriminatorias. En última instancia, utilizaremos lo que aprendamos para generar conciencia sobre estos problemas, crear un movimiento de base para fomentar la acción y trabajar para cambiar la política para que sea protectora en lugar de discriminatoria.

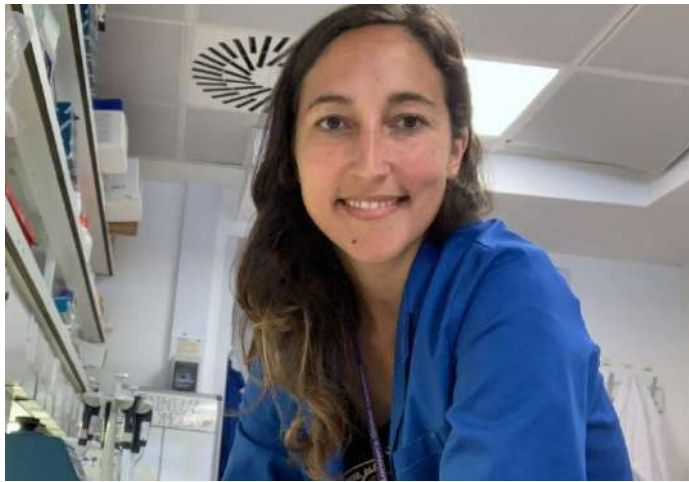
Educación y divulgación

La Fundación ha llevado a cabo con éxito capacitación y participación en cursos de salud pública para más de 4.000 personas. A través del Proyecto ECHO, también hemos ofrecido formaciones sobre las hepatitis B y D a más de 250 médicos. Hemos construido una red de defensa base en constante crecimiento de más de 1.500 personas, que están listas para ser movilizadas

siempre que se necesite una defensa legislativa directa. Lideramos coaliciones, incluidas en la Hep B United y la Coalición contra la Hepatitis para Personas de Origen Africano (CHIPO), que se enfocan en mejorar la capacidad de la comunidad para llevar a cabo la educación y la detección de la hepatitis B en las comunidades africanas y de las islas asiáticas y del Pacífico, respectivamente, y que participan en actividades como tutoría entre pares, oportunidades de mini-becas para socios, seminarios web de capacitación y una cumbre anual. Nuestro programa Hepatitis Delta Connect brinda educación y programación sólidas específicamente enfocadas en la hepatitis delta tanto en los Estados Unidos como a nivel mundial. A escala internacional, participamos en el trabajo con la Alianza Mundial contra la Hepatitis y la Coalición Internacional para Eliminar el VHB (ICE-VHB) para garantizar que se respalden los esfuerzos para

“IMPORTANCIA DEL REGISTRO ESPAÑOL DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON HEPATITIS DELTA”

Dra. Sabela Lens. Especialista en Gastroenterología y Hepatología en el Hospital Clínic de Barcelona. Profesora asociada de la Universidad de Barcelona y vicesecretaria de la Asociación Española para el Estudio del Hígado (AEEH). Miembro del Young Investigators Task Force de la Asociación Europea para el Estudio del Hígado (EASL).



Qué es la hepatitis D. Por qué se considera minoritaria. Programas de vacunación frente a la hepatitis B.

El virus de la Hepatitis Delta o (VHD) es un virus que requiere la presencia del virus de la Hepatitis B (VHB) para entrar en el hígado y propagarse. La coinfección VHB/VHD es una de las formas más graves de hepatitis viral crónica por varios motivos. En primer lugar, por la ausencia de terapias antivirales efectivas. Las terapias que actúan sobre el VHB no tienen efecto sobre el VHD y existe un tratamiento que logra curar la infección por VHD en menos del 30% de los casos. En segundo lugar, porque la replicación activa del VHD, en ausencia de tratamiento, provoca una mayor progresión de la fibrosis hepática e incrementa por dos el riesgo de desarrollar cirrosis hepática y carcinoma hepatocelular en comparación a la mono infección por el VHB. Dado que el VHD necesita del VHB para infectar el hígado y replicarse, la implementación de los programas de vacunación contra el VHB en los años noventa indudablemente tuvo un impacto en la prevalencia de VHD.

Disponer de un programa de vacunación poblacional contra el VHB es clave para prevenir la infección por VHD, aunque esto no ocurre en todos los países del mundo.

Epidemiología actual del VHD. ¿En qué países es más prevalente? Patrones clínicos de la enfermedad hepática.

La infección por VHD ocurre cuando las personas se infectan con hepatitis B y D simultáneamente (coinfección) o contraen hepatitis D después de haberse infectado por primera vez con hepatitis B (superinfección). Debido a la gravedad de la enfermedad por VHD, la mayor parte de las sociedades científicas recomiendan el cribado de la infección en todas las personas con VHB. No obstante, la tasa de cribado no es adecuada y muchos pacientes no están diagnosticados. Se estima que el VHD afecta a casi al 5% de las personas en todo el mundo que tienen una infección crónica por el VHB y que la coinfección por el VHD podría explicar aproximadamente 1 de cada 5 casos de enfermedad hepática y cáncer de hígado en las personas con infección por VHB. En los países desarrollados, el VHD afecta principalmente a personas de edad media con enfermedad hepática avanzada y a jóvenes migrantes de zonas endémicas. Existen diversas zonas geográficas con alta prevalencia de infección por VHD, como Mongolia, la República de Moldavia y varios países de África occidental y central.

Estigma y discriminación

Como todas las hepatitis virales, las personas con VHD también sufren estigma y discriminación. Aunque el uso de drogas inyectadas puede ser una vía de transmisión, no todos los casos se asocian a este factor de riesgo. El hecho de que una persona tenga coinfección por VHD hace que presente mayor riesgo de desarrollar enfermedad hepática avanzada y, por tanto, debe someterse a controles estrechos por especialistas expertos en la enfermedad.

¿Qué representa el Registro español de la Hepatitis Delta y para qué sirve?

Dado que la prevalencia de la infección por VHD en España no es elevada, el registro de la Asociación Española para el Estudio del Hígado (AEEH) pretende aunar esfuerzos en entender mejor esta enfermedad. Con la participación de más de 30 centros en España hemos podido detectar cuáles son las barreras en el diagnóstico de la infección por VHD, cuáles son las características de los pacientes con infección activa y cómo es la progresión de la enfermedad en nuestro país.

Actualmente, este registro nos ayuda a conocer la carga de la enfermedad, preveer el número y las características de los pacientes que precisarán tratamiento de forma preferente y adecuar las técnicas de laboratorio necesarias para el diagnóstico y durante el seguimiento del tratamiento. Existen diversos fármacos antivirales en desarrollo.

Visión de futuro. Rol de las asociaciones de pacientes para dar voz a todas las personas afectadas.

Debido a la baja prevalencia de la infección por VHD en comparación con otras patologías y el estigma asociado a las hepatitis víricas, las asociaciones de pacientes son clave para avanzar en diversos aspectos relacionados con la enfermedad.

En primer lugar, debemos trabajar en mejorar las tasas de cribado de la infección por VHD. Desde diversas sociedades científicas estamos impulsando la implementación del diagnóstico en un solo paso (cada vez que se detecta una infección por VHB, en la misma muestra de sangre podemos detectar la presencia de VHD).

En segundo lugar, debemos presionar para que lleguen los nuevos antivirales a nuestro país.

Debemos, entre todos, avanzar para mejorar la detección y los cuidados de personas con infección por VHD.

NUEVAS ESTRATEGIAS EN EL CRIBADO DE LAS HEPATITIS VÍRICAS EN 2023

Dr. Jordi Llaneras Artigues. MD. PhD. Médico adjunto del Servicio de Urgencias del Hospital Vall d'Hebron. Coordinador de Investigación y de la Unidad del Enfermo Inestable del Servicio de Urgencias.



En los últimos 10 años el tratamiento de la infección por el VHC ha experimentado un cambio completo de paradigma, transformando una infección asumida como crónica, de difícil curación y con elevada morbimortalidad, en una infección con tasas de curabilidad de más del 97% y sin efectos secundarios relevantes. Este hecho ha llevado a la Organización Mundial de la Salud a establecer objetivos encaminados a la eliminación del virus de la hepatitis C con fecha límite en 2030 (1). El objetivo propuesto por la OMS es reducir la incidencia de la hepatitis de 6 a 10 millones de casos a 0,9 millones, y reducir las muertes anuales por hepatitis de 1,4 millones a 0,5 millones, para el año 2030. A pesar de las elevadas tasas de curación con los nuevos tratamientos, el problema reside actualmente en la detección de aquellos pacientes con una infección silente que desconocen su condición de infectados (2). Existe un gran porcentaje de población en el mundo que desconoce su estado de infección, lo que conduce a una progresión que pasa desapercibida hasta presentar una enfermedad hepática avanzada en el momento del diagnóstico (3). Además, se han identificado ciertos factores de riesgo asociados a la prevalencia de infecciones silenciosas por el VHC en grupos de población de países con rentas altas (4). Los usuarios de drogas por vía parenteral, los hombres que mantienen

sexo con otros hombres, las personas coinfectadas con el VIH o los inmigrantes procedentes de países altamente endémicos son algunos de los principales factores de riesgo asociados a una mayor prevalencia de la infección por VHC (5-7).

Estrategias de cribado del VHC

En países con ingresos altos se han establecido diferentes estrategias para aumentar la detección de pacientes con infección por VHC, pudiéndose diferenciar en dos esquemas de actuación diferentes: las estrategias de cribado por factores de riesgo o bien las estrategias de cribado universal poblacional (4). Las estrategias de cribado por factores de riesgo se basan en identificar como candidatos a cribar a las personas que presentan alguna condición asociada a mayor riesgo de infección por el VHC (8). Actualmente, las estrategias de cribado basadas en factores de riesgo parecen ser insuficientes para erradicar la infección en los países de ingresos altos, dado que la persistencia de la población no diagnosticada se mantiene estable. Estas políticas de cribado se basan en los conocimientos previos de la epidemiología del VHC y la estabilidad de ésta a lo largo del tiempo, siendo específicos y distintos en cada territorio, hecho que obliga a conocer las particularidades geográficas

CRIBADO BASADO EN FACTORES DE RIESGO VHC	CRIBADO UNIVERSAL DEL VHC
<p>Estrategia más usada actualmente.</p> <p>Requiere conocimientos de la epidemiología y factores de riesgo de la población diana.</p> <p>Estrategias coste-efectivas.</p> <p>Implicaciones éticas.</p> <p>Resultados dispares.</p>	<p>Estrategia más amplia epidemiológicamente.</p> <p>No se requieren conocimientos previos de la situación epidemiológica.</p> <p>Menores implicaciones éticas.</p> <p>Mayores costes y recursos.</p> <p>Requiere la existencia de circuitos amplios e integrados para vincular a los pacientes.</p>

Indicaciones actuales del cribado del VHC en España

El Ministerio de Sanidad de España, a través del estudio de seroprevalencia del VHC realizado por el Grupo de Trabajo del Estudio de Prevalencia de la Infección por Hepatitis C en 2019, estimó la prevalencia de anticuerpos frente al VHC en un 0,85% (IC 95%: 0,64%-1,08%) y con una detección del ARN del VHC (infección activa por VHC) del 0,22% (IC 95%: 0,12%-0,32%) (9). A señalar que se trata de un estudio realizado en centros de atención primaria en donde los pacientes, de edad entre 2 a 80 años, acudían de forma voluntaria a realizarse una extracción sanguínea. No se detectó ningún individuo con anticuerpos frente al VHC menor a 20 años, por lo que se consideró la población de estudio entre 20 a 80

años. Tras los resultados de prevalencia descritos por el Ministerio de Sanidad, actualmente en España las últimas recomendaciones para el cribado del VHC, publicadas en 2022, aconsejan el cribado en aquellos individuos con factores de riesgo o clínica sugestiva de hepatitis C (10). Dichas recomendaciones se basan en estudios descriptivos en donde se identificó que más de un 80% de los pacientes con anti-VHC positivo presentaban algún factor de riesgo para la infección (11,12). Si bien se trataban de estudios poblacionales realizados sobre voluntarios que se ofrecieron a la realización de la serología del VHC, por lo que quedarían excluidas aquellas poblaciones más vulnerables que no suelen formar parte del voluntariado para dichos estudios.

Tabla 2. Factores de riesgo o situaciones para el cribado del VHC. Tabla

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*. (Ver explicación al final de la Tabla 2).

Pareja sexual con infección activa por el VHC o con consumo de drogas inyectadas.

Coinfección 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.

Ingresos 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 VHC.

Personas con trastorno mental grave.

Sobredosis provocadas por drogas ilegales.

SITUACIONES DE RIESGO PARA LA INFECCIÓN POR EL VHC

Ingreso en centros penitenciarios.

Procedencia de países con prevalencia por el VHC media o alta.

Personas sin hogar.

**Prácticas sexuales con riesgo de sangrado como el fisting, chemsex, presencia de ITS (Infecciones de Transmisión Sexual) con ulceraciones genitales o proctitis.*

Guías de testeo de las hepatitis B y C de la OMS

La Organización Mundial de la Salud en la “Guidelines on Hepatitis B and C Testing” publicada en 2017 evalúa el cribado del VHC por diferentes estrategias, incluyendo: por factores de riesgo, por cohorte de nacimiento o estrategias de cribado poblacional general (13). A pesar de los múltiples estudios, dada la falta de estandarización no se aboga por una recomendación global para la realización de una estrategia de cribado específica. Argumentando, por un lado, la elevada prevalencia en aquellas poblaciones con factores de riesgo, tributarias de un cribado por factores de riesgo. Pero a su vez, la dificultad de determinar si un individuo ha presentado una conducta de riesgo a lo largo de su vida o bien si una población específica presenta una elevada prevalencia de infección hecho que, por lo tanto, justificaría un cribado poblacional. Ante todo, establecen que la realización del cribado se debe basar en una combinación estratégica óptima de los diferentes enfoques de cribado VHC, con el objetivo de aumentar la tasa de diagnóstico, siempre condicionado por el perfil epidémico del VHC propio de cada territorio. Ante esta disyuntiva, se recomienda mantener activa la investigación hacia la creación o detección de nuevos escenarios para incrementar el cribado del VHC en la población general, y sobre todo en aquellas poblaciones con difícil acceso o vinculación con el medio sanitario.

Nuevos escenarios para el cribado del VHC

En los últimos años, el interés por incrementar el diagnóstico de los virus transmitidos por vía hematológica ha generado la aparición de múltiples programas de cribado buscando la simplificación del diagnóstico y la fácil vinculación de los pacientes para el cuidado. Uno de estos escenarios planteados son los servicios de urgencias (SU), siendo en muchos casos, el único contacto de estos pacientes con el sistema sanitario, por lo que se alzan como una oportunidad para el cribado del VHC. Una solución factible para incrementar el cribado y vinculación de estos pacientes desde urgencias sería integrarlo en la práctica clínica diaria, realizándose el cribado cuando el paciente tenga contacto con el sistema sanitario, independientemente del motivo.

En 2015 se publicaron los primeros resultados sobre el cribado en urgencias del VHC en Estados Unidos bajo la estrategia de cribado por edad basándose en la cohorte de “baby boomers” (generación poblacional nacida entre 1957 y 1977) (14). Posteriormente se publicaron otros estudios de cribado bien por cohorte de edad o bien por factor de riesgo en urgencias, evidenciándose ser un escenario válido y eficaz para el cribado y vinculación de los pacientes con infección por VHC (15-24). Asimismo, se han evaluado estrategias de cribado universal en urgencias, siendo a su vez estrategias eficaces para los mismos

objetivos (22,25-28). Pese a las controversias del coste-efectividad del programa de cribado universal del VHC en urgencias, existen dos trabajos que, a pesar de la limitación de la muestra y las particularidades del programa propio de cribado, se alzan como estrategias coste-efectivas (29,30).

Pese a que algunas recomendaciones de instituciones sanitarias abogan por el cribado de las hepatitis virales (VHB y VHC) y del VIH en ámbitos no habituales para ello, como podría ser los SU, actualmente, no existe una cultura bien establecida de la oportunidad que brindan los servicios de urgencias como escenarios en las estrategias de salud pública como son el cribado de las hepatitis virales o el VIH, entre muchas otras posibilidades.

En España existen escasos datos sobre el cribado del VHC en urgencias. En el Hospital Vall d'Hebron de Barcelona, durante dos años se ha realizado un cribado con estrategia "opt-out" (búsqueda oportunista de una infección) a todo aquel paciente, mayor de 18 años, que acudía a las urgencias médicas y por su motivo de consulta requería una flebotomía aprovechándose para realizar el cribado del VHC (31). Tras los 24 meses del estudio (2020-2021) se consiguió cribar un total de 17.560 pacientes evidenciándose unas tasas de prevalencia de anticuerpos frente al VHC del 3,8% y de ARN-VHC del 0,7%, hasta tres veces superiores a estudios publicados previamente (9). En este estudio, hasta en un 50% de los pacientes no fue posible identificar ningún factor de riesgo, por lo que, según las recomendaciones actuales de cribado del VHC según el Ministerio de Sanidad, no hubieran sido cribados, y por tanto diagnosticados (10). Con dichos resultados, cabe reflexionar sobre aquellas infecciones, como es el caso del VHC, en que entre el momento de la infección y la aparición de síntomas, el tiempo es muy prolongado, es donde se incrementa notablemente la dificultad para identificar los factores de riesgo del paciente y por lo tanto dificultan la elección de la población diana (11,12). Puesto que, a pesar de la mejoría en el diagnóstico de la infección por VHC hasta un 44% de los pacientes con ARN-VHC detectable desconocían su situación de infectados. Remarcamos la necesidad de un programa de cribado estandarizado, dado que la mitad de los pacientes con infección activa por VHC presentaban signos de fibrosis avanzada (FIB-4 superior a 3,25). Considerando todas las variables implicadas en el cribado en urgencias, vinculación, evaluación de los pacientes y tratamiento del VHC, esta estrategia resultó claramente ser coste-efectiva en comparación con la no realización del cribado en urgencias.

A pesar de las limitaciones que ofrece un sistema de cribado poblacional en urgencias y las variaciones poblacionales que pueden surgir en determinadas

áreas geográficas, este estudio pone de manifiesto, que la prevalencia del VHC en la población española es mayor de la descrita previamente y además se observa que puede afectar a poblaciones sin factores de riesgo. Por otro lado, las urgencias hospitalarias se posicionan como un escenario válido y altamente coste-efectivo para la realización del cribado poblacional del VHC y su consecuente vinculación para el seguimiento y tratamiento. Probablemente, serán necesarios mayores estudios que evalúen la prevalencia poblacional de un área determinada para establecer programas de cribado específicos de cara a conseguir una elevada coste-efectividad.

Referencias

1. World Health Organization. (2016) Combating hepatitis B and C to reach elimination by 2030: advocacy brief. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/206453>.
2. Denniston MM, Klevens RM, McQuillan GM, Jiles RB. Awareness of infection, knowledge of hepatitis C, and medical follow-up among individuals testing positive for hepatitis C: National Health and Nutrition Examination Survey 2001-2008. *Hepatology*. 2012 Jun;55(6):1652–61.
3. Papatheodoridis G v, Hatzakis A, Cholongitas E, Baptista-Leite R, Baskozos I, Chhatwal J, et al. Hepatitis C: The beginning of the end-key elements for successful European and national strategies to eliminate HCV in Europe. *J Viral Hepat*. 2018 Mar;25 Suppl 1:6–17.
4. Cooke GS, Andrieux-Meyer I, Applegate TL, Atun R, Burry JR, Cheinquer H, et al. Accelerating the elimination of viral hepatitis: a Lancet Gastroenterology & Hepatology Commission. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2019 Feb;4(2):135–84.
5. Nelson PK, Mathers BM, Cowie B, Hagan H, des Jarlais D, Horyniak D, et al. Global epidemiology of hepatitis B and hepatitis C in people who inject drugs: results of systematic reviews. *Lancet*. 2011 Aug;378(9791):571–83.
6. Dillon JF, Lazarus J V, Razavi HA. Urgent action to fight hepatitis C in people who inject drugs in Europe. *Hepatol Med Policy*. 2016;1:2.
7. Van der Helm JJ, Prins M, del Amo J, Bucher HC, Chêne G, Dorrucchi M, et al. The hepatitis C epidemic among HIV-positive MSM: incidence estimates from 1990 to 2007. *AIDS*. 2011 May;25(8):1083–91.
8. Guidelines for the screening, care and treatment of persons with chronic hepatitis C infection. Updated version, April 2016. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/205035/1/9789241549615_eng.pdf?ua=1, accessed 6. Geneva; 2016).
9. Grupo de trabajo del estudio de prevalencia de la infección por hepatitis C en población general en España; 2017-2018. Resultados del 2o Estudio de Seroprevalencia en España (2017-2018). Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2019.
10. Guía de Cribado de infección por el VHC. División de Control del VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis. Ministerio de Sanidad, 2022.
11. Viejo LGE, Herola AG, Lloret IS, Ruano FS, Paulino IC, Ivorra CQ, et al. Screening of hepatitis C virus infection in adult general population in Spain. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2018 Sep;30(9):1077–81.
12. Servicio de Epidemiología. Avance de resultados de la V Encuesta de Serovigilancia de la hepatitis C. Comunidad de Madrid. Año 2015. Boletín Epidemiológico de la

Comunidad de Madrid 2017. Consejería de Sanidad; 2017. Disponible en: www.madrid.org/boletinepidemiologico/.

13. WHO Guidelines on Hepatitis B and C Testing. Geneva: World Health Organization; 2017 Feb. PMID: 28742301.

14. Galbraith JW, Franco RA, Donnelly JP, Rodgers JB, Morgan JM, Viles AF, et al. Unrecognized chronic hepatitis C virus infection among baby boomers in the emergency department. *Hepatology*. 2015 Mar 28;61(3):776–82.

15. White DAE, Anderson ES, Pfeil SK, Trivedi TK, Alter HJ. Results of a Rapid Hepatitis C Virus Screening and Diagnostic Testing Program in an Urban Emergency Department. *Ann Emerg Med*. 2016 Jan;67(1):119–28.

16. Cornett JK, Bodiwala V, Razuk V, Shukla D, Narayanan N. Results of a Hepatitis C Virus Screening Program of the 1945–1965 Birth Cohort in a Large Emergency Department in New Jersey. *Open Forum Infect Dis*. 2018 Apr 1;5(4).

17. Orkin C, Flanagan S, Wallis E, Ireland G, Dhairyawan R, Fox J, et al. Incorporating HIV/hepatitis B virus/hepatitis C virus combined testing into routine blood tests in nine UK Emergency Departments: the “Going Viral” campaign. *HIV Med*. 2016 Mar;17(3):222–30.

18. Pyziak-Kowalska K, Horban A, Bielecki M, Kowalska J. Missed opportunities for diagnosing viral hepatitis C in Poland. Results from routine HCV testing at the Emergency Department in the Hospital for Infectious Diseases in Warsaw. *Clin Exp Hepatol*. 2019;5(4):294–300.

19. Hoenigl M, Mathur K, Blumenthal J, Brennan J, Zuazo M, McCauley M, et al. Universal HIV and Birth Cohort HCV Screening in San Diego Emergency Departments. *Sci Rep*. 2019 Oct;9(1):14479.

20. Ragan K, Pandya A, Holotnak T, Koger K, Collins N, Swain MG. Hepatitis C Virus Screening of High-Risk Patients in a Canadian Emergency Department. *Can J Gastroenterol Hepatol*. 2020;2020:5258289.

21. Cowan EA, Dinani A, Brandspiegel S, O’Brien-Lambert C, Zaheer J, Eiting E, et al. Nontargeted Hepatitis C Screening in an Urban Emergency Department in New York City. *J Emerg Med*. 2021 Mar;60(3):299–309.

22. Grant C, O’Connell S, Lillis D, Moriarty A, Fitzgerald I, Dalby L, et al. Opt-out screening for HIV, hepatitis B and hepatitis C: observational study of screening acceptance, yield and treatment outcomes. *Emerg Med J*. 2020 Feb;37(2):102–5.

23. Anderson ES, Galbraith JW, Deering LJ, Pfeil SK, Todorovic T, Rodgers JB, et al. Continuum of Care for Hepatitis C Virus Among Patients Diagnosed in the Emergency Department Setting. *Clinical Infectious Diseases*. 2017 Jun 1;64(11):1540–6.

24. Torian L v., Felsen UR, Xia Q, Laraque F, Rude EJ, Rose H, et al. Undiagnosed HIV and HCV Infection in a New York City Emergency Department, 2015. *Am J Public Health*. 2018 May;108(5):652–8.

25. Evans H, Balasegaram S, Douthwaite S, Hunter L, Kulasegaram R, Wong T, et al. An innovative approach to increase viral hepatitis diagnoses and linkage to care using opt-out testing and an integrated care pathway in a London Emergency Department. *PLoS One*. 2018 Jul 25;13(7):e0198520.

26. Schechter-Perkins EM, Miller NS, Hall J, Hartman JJ, Dorfman DH, Andry C, et al. Implementation and Preliminary Results of an Emergency Department Nontargeted, Opt-out Hepatitis C Virus Screening Program. *Academic Emergency Medicine*. 2018 Nov 20;25(11):1216–26.

27. O’Connell S, Lillis D, Cotter A, O’Dea S, Tuite H, Fleming C, et al. Opt-Out Panel Testing for HIV, Hepatitis B and Hepatitis C in an Urban Emergency Department: A Pilot Study. *PLoS One*. 2016 Mar 11;11(3):e0150546.

28. Hopkins MJ, Todd S, Beadsworth M, Anderson C, Mohamed Z, Muir D, et al. Consistent high prevalence of undiagnosed blood-borne virus infection in patients attending large urban

emergency departments in England. *J Viral Hepat.* 2020 Jan;27(1):88–91.

29. Williams J, Vickerman P, Douthwaite S, Nebbia G, Hunter L, Wong T, et al. An Economic Evaluation of the Cost-Effectiveness of Opt-Out Hepatitis B and Hepatitis C Testing in an Emergency Department Setting in the United Kingdom. *Value Health.* 2020 Aug;23(8):1003–11.

30. Mendlowitz AB, Naimark D, Wong WWL, Capraru C, Feld JJ, Isaranuwachai W, et al. The emergency department as a setting-specific opportunity for population-based hepatitis C screening: An economic evaluation. *Liver Int.* 2020 Jun;40(6):1282–91.

31. Llaneras Artigues J, Barreira-Díaz A, Rando A, et al. Impacto del cribado de la hepatitis C y B en un servicio de urgencias de un hospital universitario: El cribado de la hepatitis C es coste-efectivo. 2022: Congreso AEEH.

LA DETECCIÓN DE LAS HEPATITIS VÍRICAS EN LA POBLACIÓN MIGRANTE EN EL MARCO DEL PLAN DE HEPATITIS EN CATALUÑA

Dr. Joan Colom i Farran. Subdirector General de Adicciones, VIH, ITS y Hepatitis Víricas de la Agencia de Salud Pública de la Generalitat de Catalunya.



Tradicionalmente Cataluña es un país con un porcentaje de población extranjera importante. A 1 de enero de 2022, un 21,2% (1,650.048 habitantes) habían nacido fuera del Estado español. Entre éstos, un porcentaje importante proviene de países con una prevalencia alta (>5% de la población) o moderada (>2% y <5%) de infección por el VHC y/o VHB, como son China, Pakistán, Rumanía...

Aunque el acceso al sistema de salud es fácil en Cataluña, las personas migrantes pueden tener dificultades a nivel personal (falta de conocimiento del sistema sanitario, barreras culturales y idiomáticas) o contextuales (laborales, de vivienda) ante las cuales, una infección asintomática no sea una prioridad.

También, y por diversos motivos, desde los equipos de atención primaria no se realiza siempre un cribado sistemático a personas nacidas en países con prevalencia moderada o alta, como indica que debería hacerse la Guía de Cribado del ECDC (Observatorio Europeo para el Control de Enfermedades) (1).

Ante esta situación se pueden articular dos líneas principales de intervención:

- 1) La mejora del cribado en atención primaria y centros sanitarios de primer nivel
- y 2) intervenciones en espacios comunitarios donde se reúnen o encuentran

estas personas, como centros asociativos, centros religiosos, fiestas nacionales, consulados, etc.

Respecto a las actuaciones en espacios comunitarios, en Cataluña tenemos diferentes experiencias tanto para la detección del VHC como del VHB (4,5) que recoge la recomendación de la OMS en su lema del año 2022 “Bringing hepatitis care closer to you”, es decir, “Acercar la atención a las hepatitis a la persona”. También desde La Subdirección de Adiciones, VIH, ITS y Hepatitis Víricas de la Agencia de Salud Pública de Cataluña se ha impulsado un proyecto piloto en esta misma línea: el proyecto MICATC: “Estrategia comunitaria de cribado de las Hepatitis B y C, y del VIH y acceso precoz al tratamiento, en población migrante procedente de países de alta prevalencia (MiCaTC)”.

En cuanto a atención primaria, la formación, en colaboración con el grupo de hepatitis de la Sociedad Catalana de Medicina de Familia y Comunitaria, ha sido uno de los focos principales en Cataluña y queda pendiente establecer alertas automáticas en las historias clínicas electrónicas que avisen al médico de la necesidad de cribar a una persona que ha nacido en uno de los países con alta o moderada prevalencia. De esta último tipo de actuación hay ya experiencias en España (Comunidad de Madrid y Valencia) (2,3).

En esta línea, también hay experiencias de cribado en espacios sanitarios que pueden considerarse oportunistas como los servicios de urgencia, que son espacios sanitarios donde se puede contactar con personas migrantes (6).

Otro problema añadido es la vinculación a los servicios hospitalarios para el tratamiento o el control de la infección. Si bien el tratamiento de la infección por el VHC es relativamente corto y muy eficaz, el control y en su caso tratamiento del VHB requiere un seguimiento regular durante toda la vida del paciente, hecho que dificulta la adherencia. Hemos visto esta dificultad en el proyecto MICATC especialmente para las personas con infección por el VHB.

Tanto para el cribado como para la vinculación al tratamiento es importante formar e incorporar agentes de salud comunitarios: personas de estas poblaciones formadas especialmente en estas infecciones que hagan de puente entre el sistema sanitario y las comunidades migrantes. Estas personas son clave tanto para la sensibilización como para la difusión de mensajes preventivos, bien por el hecho de dominar bien la cultura e idioma de su país de origen, bien para acercar el cribado a los lugares que frecuentan sus conciudadanos. En el marco de esta iniciativa, es importante identificar previamente a las asociaciones en las cuales se auto-organizan, pero también

a las personas a las cuales su comunidad les otorga una autoridad implícita y hacer un diseño compartido de intervención.

Por otro lado, crear circuitos de derivación a los servicios hospitalarios que sean ágiles con listas de espera cortas es clave. Para asegurar la adherencia a estos servicios los agentes de salud también tienen un papel relevante.

Algunos de los estudios de intervención comunitaria que se llevan a cabo en Cataluña harán una evaluación de la eficacia para poder determinar en qué medida la intervención desde atención primaria puede optimizarse con la intervención comunitaria.

Referencias

1. European Centre for Disease Prevention and Control. Public health guidance on HIV, hepatitis B and C testing in the EU/EEA: An integrated approach. Stockholm: ECDC; 2018.
2. Ministerio de Sanidad. Guía de cribado de la infección por el VHC. Madrid 2020.
3. García-Herola A, Domínguez-Hernández R, Casado MÁ. Clinical and economic impact of an alert system in primary care for the detection of patients with chronic hepatitis C. PLoS One. 2021 Dec 20;16(12).
4. Martró E, Ouaarab H, Saludes V, Buti M et al. Pilot hepatitis C micro-elimination strategy in Pakistani migrants in Catalonia through a community intervention. Liver Int. 2022 Aug;42(8):1751-1761.
5. Picchio CA, Nomah DK, Araujo SG, Rando-Segura A et al. A novel model of care for simplified testing of HBV in African communities during the COVID-19 pandemic in Spain. Sci Rep. 2021 Aug 25;11(1).
6. Nebbia G, Ruf M, Hunter L, Balasegaram S, Wong T et al. VirA+EmiC project: Evaluating real-world effectiveness and sustainability of integrated routine opportunistic hepatitis B and C testing in a large urban emergency department. J Viral Hepat. 2022 Jul;29(7):559-568.

¿CÓMO AFECTA LA OBESIDAD EN LA SALUD FÍSICA Y MENTAL? APORTACIONES DE LA INCLUSIÓN DE NUTRICIONISTAS Y PSICÓLOGAS EN EL CAP

Sra. Gemma Blanch Guzmán. Psicóloga Referente de Bienestar Emocional (CAP Turó de la Peira).

Sra. Silvia López Castro. Dietista - Nutricionista (CAP Turó de la Peira y CAP Guineueta).



La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) define la obesidad y el sobrepeso como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Las cifras a nivel de población mundial adulta recogidas en 2016 reflejaron que el 39% de las personas tenían sobrepeso y el 13% presentaban obesidad. **Según un estudio realizado por la World Obesity Federation (2023) se prevé que, en 2035, más de la mitad de la población mundial presentará obesidad y una cuarta parte sobrepeso.**

En España, según el Informe Anual del Sistema Nacional de Salud realizado en el año 2020-2021 (Ministerio de Sanidad, 2022), la prevalencia de la obesidad en personas adultas es del 16%, y teniendo en cuenta la obesidad y el sobrepeso, la cifra se eleva al 53,6%. En el caso de Cataluña, según datos de la Encuesta de Salud de Cataluña (ESCA) del año 2022, el 15,3% de la población entre 18 y 74 años presenta obesidad y esta prevalencia aumenta con la edad.

Es sabido que la etiología de la obesidad es multifactorial, a la vez que ésta presenta morbilidad con otros problemas de salud física y mental. Según varios estudios, a nivel físico, la obesidad se asocia a una amplia gama de

complicaciones como la diabetes tipo 2, las enfermedades cardiovasculares, la dislipemia, el hígado graso no alcohólico, anomalías hormonales reproductivas, apnea del sueño, osteoartritis y ciertos tipos de cáncer (Markovic, T., Proietto, J., Dixon, J.B, et al. 2022).

En referencia al impacto sobre la salud mental, varios metanálisis señalan que existe un mayor riesgo a sufrir trastornos depresivos y ansiosos, y que en ocasiones esta relación se produce de forma bidireccional. Además, se ha visto también, que el impacto de la obesidad reduce los indicadores de la calidad de vida (baja autoestima, aislamiento social, estrés). (Hachuła M, Kosowski M, Zielańska K. et al., 2023).



Como sanitarias de atención primaria, en nuestra práctica asistencial vemos esta información reflejada en personas con obesidad. A menudo llegan pacientes a nuestra consulta con cierta preocupación e indefensión aprendida que les hace mostrarse escépticos ante cualquier idea de cambio. Además, observamos que la mayoría muestran malestar emocional, astenia y falta de motivación. Esto se debe probablemente a que la obesidad viene acompañada de un estado inflamatorio crónico que activa de manera exagerada su sistema inmunológico provocando dichas reacciones en los individuos.

Como consecuencia, las personas se pueden ver incapacitadas para implementar cambios de estilo de vida como, por ejemplo, hacer deporte o comer de una manera saludable. Pues su funcionamiento hormonal se encuentra alterado haciendo que cambien sus preferencias alimentarias y se muestre menos sensible a las señales internas que regulan el apetito y la sensación de saciedad.

El sobrepeso y la obesidad, así como su morbilidad, son prevenibles. Para ello, es imprescindible trabajar esta patología de una manera integral, ya que se ha demostrado que el modelo reduccionista centrado en la pérdida de peso y en la implementación de dietas de restricción calórica tiene poca eficacia a largo plazo (Félix-Alcántara, M. P., Gutiérrez, I., Sancho, A. et al. 2021).

Des del Departamento de Salud se han implementado distintos programas dentro del “Plan Estratégico de Fortalecimiento de la Atención Primaria”, uno de ellos enfocado en la alimentación y hábitos saludables para la prevención y el abordaje de enfermedades en atención primaria, entre ellas, la obesidad. Para llevarlos a cabo, se han incorporado nuevos perfiles profesionales con el objetivo de que su prevención esté al alcance de toda la sociedad, disminuyendo así las desigualdades sociales en el abordaje de un problema de salud tan prevalente.

Los tratamientos basados en la evidencia incluyen los siguientes aspectos en el abordaje de la obesidad: implementación de hábitos de alimentación saludable, promoción de la actividad física, abordaje motivacional para fomentar el cambio de hábitos, mejorar la regulación emocional, la autoeficacia, la autoestima y fomentar el apoyo social. El tratamiento farmacológico se puede recomendar como complemento a las intervenciones anteriores (Félix-Alcántara, M. P., Gutiérrez, I., Sancho, A. et al. 2021).

Es por eso que desde atención primaria apostamos por un enfoque de terapia grupal en la que intervienen distintos profesionales del equipo (Nutricionista, Psicóloga y Fisioterapeuta) abordando así los distintos aspectos que influyen en esta enfermedad.

Además, generar un intercambio de experiencias en grupo facilita la toma de conciencia de la enfermedad, permite que la persona se sienta más apoyada y proporciona las herramientas y conocimientos necesarios para reconducir su situación actual hacia un cambio de estilo de vida saludable. De esta manera conseguimos desplazar el foco de la atención de la pérdida de peso hacia el cambio de hábitos alimenticios, potenciar la actividad física y la salud emocional, incluyendo así la participación activa del paciente en el diseño del plan de actuación.

A modo de conclusión, reforzamos la idea de que **es imprescindible tratar la obesidad implementando tratamientos basados en el modelo bio-psico-social, los cuales requieren de un trabajo interdisciplinar a largo plazo, teniendo en cuenta a los profesionales del Equipo de Atención Primaria y en colaboración**

con los equipos de salud pública y la comunidad.

Es importante recordar que se trata de una enfermedad crónica y compleja, para reducir así el estigma que conlleva y empezar a valorarla desde otra perspectiva, en la cual se desculpabiliza al paciente y se le ayuda a entender su enfermedad para encontrar una solución efectiva.

Queremos resaltar también la importancia de la prevención y promoción de la salud desde el primer nivel asistencial y a nivel comunitario, ya que son la puerta de entrada para implementar estilos de vida saludables a todos los niveles, nutricional, físico, psicológico y social.

Referencias

Enquesta de salut de Catalunya, 2022. Barcelona: Direcció General de Planificació en Salut; 2023. Recuperado de <https://hdl.handle.net/11351/9652>.

Félix-Alcántara, M. P., Gutiérrez Arana, I., Sancho Salinas, A., Ruiz Velasco, E., Banzo Arguis, C., Villacañas Blázquez, M., Domínguez García, C., Torres Hermosillo, R. y Quintero, J. (2021). Actualización en psicoterapias para personas con obesidad. *Revista de Psicoterapia*, 32(118), 253-271. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i118.442>.

Hachuła M, Kosowski M, Zielańska K, Basiak M, Okopień B. (2023). The Impact of Various Methods of Obesity Treatment on the Quality of Life and Mental Health-A Narrative Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2023 Jan 24;20(3):2122. doi:10.3390/ijerph20032122.

Markovic, T., Proietto, J., Dixon, J.B., Rigas, G., Deed, G., Hamdorf, J.M., Bessell, E., Kizirian, N., Andrikopoulos, S., Colagiuri, S. (2022). The Australian Obesity Management Algorithm: A simple tool to guide the management of obesity in primary care, *Obesity Research & Clinical Practice*, Volume 16, Issue 5, Pages 353-363, <https://doi.org/10.1016/j.orcp.2022.08.003>.

Ministerio de Sanidad (2022). Informe anual del sistema nacional de salud 2020-2021. <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm>.

Organización Mundial de la Salud (9 Junio de 2021). Un reporte sobre la salud. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.

Robinson E, Haynes A, Sutin A, Daly M. (2020). Self-perception of overweight and obesity: A review of mental and physical health outcomes. *Obes Sci Pract*. 6(5):552-561. doi: 10.1002/osp4.424. PMID: 33082997; PMCID: PMC7556430.

World Obesity Federation, World Obesity Atlas (Marzo de 2023). Recuperado de https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/wof-files/World_Obesity_Atlas_2023_Report.pdf.

BARRERAS EN LA INFORMACIÓN Y ATENCIÓN DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE EN BARCELONA

Dra. Núria Serre Delcor, MD, MSc, PhD. Unidad de Salud Internacional Vall d'Hebron-Drassanes, Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España. PROSICS Barcelona. CSUR Enfermedades Tropicales Importadas. Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Infecciosas (CIBERINFEC), Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España.



La falta de seguridad en el mundo por diferentes razones ha producido un aumento de los movimientos migratorios en las últimas décadas. La Organización Internacional de Migraciones (OIM) estima que había 281 millones de migrantes internacionales en el mundo en el año 2020; en cambio, en 1990 la cifra era de 128 millones de personas. Todo ello representa tan sólo un 3,6% de la población mundial, aunque la distribución entre países es heterogénea. Por ejemplo, en España los migrantes internacionales representan un 14,6% de la población (1).

Los movimientos migratorios hacia España se iniciaron en los años 70 por razones históricas y acuerdos políticos. Hacia los años 90 aumentaron considerablemente las llegadas por parte de mujeres latinoamericanas que buscaban trabajo doméstico. En esa misma época, hubo un aumento significativo de migrantes de África (mayoritariamente procedentes de Marruecos) en busca de trabajos en la agricultura y en la construcción (2). En 2022, los países de origen más frecuentes entre la población extranjera en España eran Marruecos, Rumanía y Colombia (3). En cambio, si nos referimos a los solicitantes de asilo, las nacionalidades más frecuentes son Venezuela,

Colombia y Perú (4). Por otro lado, no debemos olvidar la migración irregular, que según datos oficiales ha disminuido en los últimos años (especialmente entre aquellos que llegan por vía marítima). A pesar de ello, el Ministerio del Interior de España estima que en el año 2022 entraron en el país 31.219 personas en esta situación (<1% de la población española) (5). Infelizmente, según datos de la OIM, 2.406 personas, que intentaron cruzar el Mediterráneo hasta Europa en el año 2022, murieron o están desaparecidas (6).

Algunos sectores ven la llegada de los migrantes como una amenaza por los posibles costes adicionales que puedan representar para las arcas del Gobierno; sin embargo, se ha demostrado que contribuyen positivamente en el crecimiento económico del país (7) y que generalmente tienen un estado de salud más saludable que el de la población autóctona, en parte debido a un proceso de autoselección previo a la migración (8,9).

Cuando las personas migrantes llegan a Europa, se encuentran con diferentes barreras para acceder a los servicios de salud. Para empezar, las regulaciones sanitarias son diferentes de un país europeo a otro. Algunos países sólo permiten atención en caso de urgencias o condiciones específicas; en otros los profesionales de salud se ven obligados a reportar la situación irregular de los migrantes que atiendan en sus consultas y en la mayoría la burocracia es tan lenta o compleja que el proceso de integración es casi imposible (10-12).

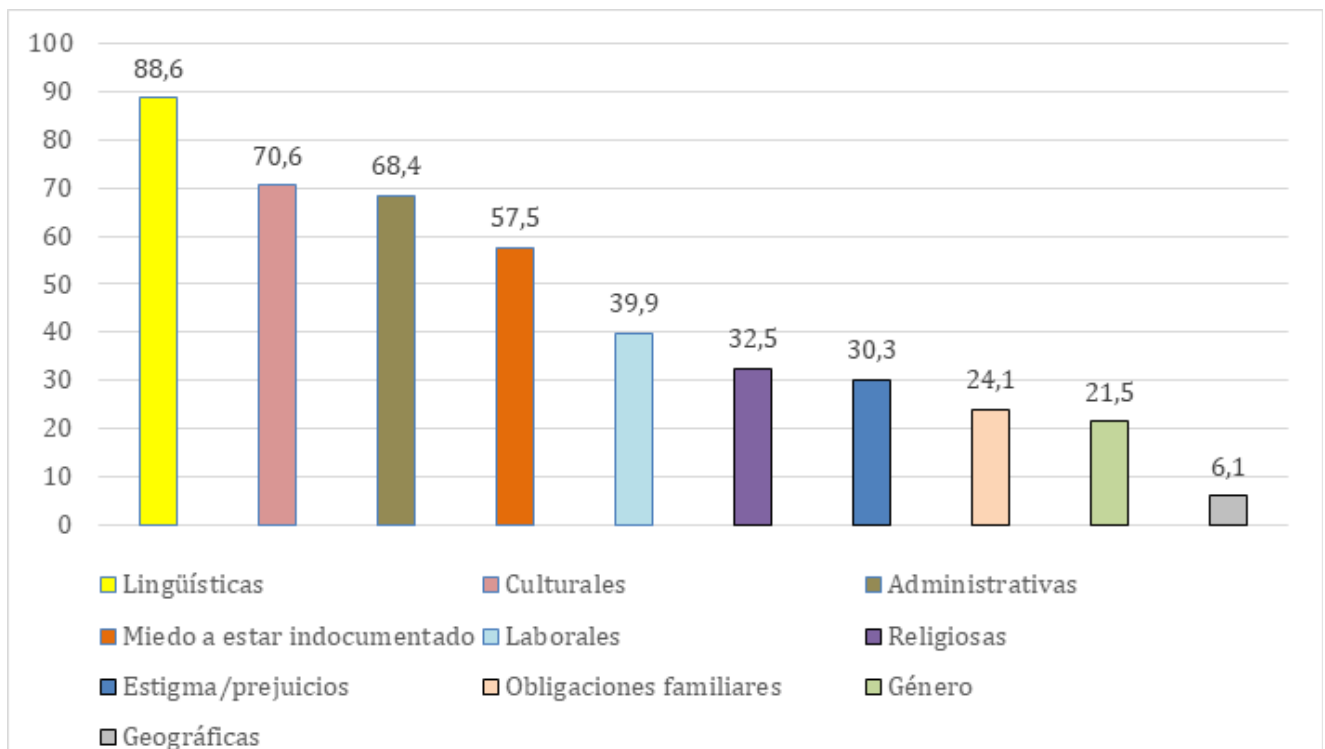
También existen barreras socioculturales y lingüísticas, junto con la falta de traductores/mediadores/agentes de salud, lo que dificulta el proceder en los procesos administrativos y en la capacidad de explicar los síntomas adecuadamente. Además, en muchos casos existen escasos recursos económicos, lo que no permite acceder a servicios de pago o copago e incluso dificulta el cumplimiento de las visitas (13,14).

El estado de salud de la población migrante estará determinada por su origen epidemiológico, el proceso migratorio, su genética y los determinantes sociales de la salud (15). Las precarias condiciones de trabajo en algunos grupos también representan un riesgo para su salud. Esta situación es especialmente grave en mujeres, menores, migrantes menos cualificados y aquellos en situación irregular.

En un estudio reciente sobre la percepción (cuestionario anónimo autoadministrado) que tenían los profesionales de servicios sociales y de la salud en (n=228) en relación a las barreras de salud que sufren las personas migrantes recién llegadas a España, el 94% afirmaron que existen barreras en

el sistema sanitario para este colectivo, siendo los más frecuentes: el idioma, las diferencias culturales, problemas administrativos y el miedo por estar indocumentado (**Figura 1**). Sólo un 44% reportó haber recibido formación específica en la atención de la población migrante. Las estrategias sugeridas para disminuir estas barreras fueron realizar formación a los profesionales en competencia intercultural, disponer de traductores/agentes comunitarios de salud y formar a las personas migradas en el uso de los servicios de salud (16).

Figura 1. Percepción de los profesionales de servicios sociales y de la salud en relación a las barreras al sistema de salud que encuentran los inmigrantes recién llegados a España.



Referencias

1. OIM. Interactive World Migration Report 2022 [Internet]. 2022 [cited 2023 Jul 17]. Available from: <https://worldmigrationreport.iom.int/wmr-2022-interactive/>.
2. Jesus Alberto Valero-Matas, Juan R. coca, Irene Valero-Oteo. Análisis de la inmigración en España y la crisis económica. Papeles Poblac [Internet]. 2014 [cited 2021 May 18];20. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252014000200002
3. Instituto Nacional de Estadística. Crecimiento interanual de la población de España por semestres (porcentaje) 2022.
4. CEAR. España tercer país con más solicitudes de asilo y tercero con menor reconocimiento de la UE - CEAR [Internet]. 2022 [cited 2023 Jul 17]. Available from: <https://www.cear.es/datos->

[asilo-2022/.](#)

5. Ministerio del Interior. Gobierno de España. España cierra 2022 con un descenso del 25,6 por ciento en la inmigración irregular [Internet]. 2023 [cited 2023 Jul 17]. Available from: [https://www.interior.gob.es/opencms/es/detalle/articulo/Espana-cierra-2022-con-un-descenso-del-256-por-ciento-en-la-inmigracion-irregular/.](https://www.interior.gob.es/opencms/es/detalle/articulo/Espana-cierra-2022-con-un-descenso-del-256-por-ciento-en-la-inmigracion-irregular/)
6. OIM. Data | Missing Migrants Project [Internet]. 2023 [cited 2023 Jul 17]. Available from: <https://missingmigrants.iom.int/data>.
7. Organization for Economic Co-operation and Development. Is migration good for the economy? Migration Policy Debates. 2014;(May):1–4.
8. Gimeno-Feliu LA, Calderón-Larrañaga A, Diaz E, Poblador-Plou B, Macipe-Costa R, Prados-Torres A. The healthy migrant effect in primary care. Gac Sanit [Internet]. 2015 Jan 1 [cited 2020 Jul 1];29(1):15–20. Available from: [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25176130/.](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25176130/)
9. Dhadda A, Greene G. 'The Healthy Migrant Effect' for Mental Health in England: Propensity-score Matched Analysis Using the EMPIRIC Survey. J Immigr Minor Health [Internet]. 2018 Aug 1 [cited 2020 Jul 1];20(4):799–808. Available from: [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28389831/.](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28389831/)
10. Suphanchaimat R, Kantamaturapoj K, Putthasri W, Prakongsai P. Challenges in the provision of healthcare services for migrants: A systematic review through providers' lens. Vol. 15, BMC Health Services Research. BioMed Central Ltd.; 2015.
11. De Vito E, De Waure C, Specchia ML, Parente P, Azzolini E, Frisicale EM, et al. Are undocumented migrants' entitlements and barriers to healthcare a public health challenge for the European Union? [Internet]. Vol. 37, Public Health Reviews. BioMed Central; 2016 [cited 2018 Oct 23]. p. 13. Available from: <http://publichealthreviews.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40985-016-0026-3>.
12. Pasucat. Plataforma per una atenció sanitària universal a Catalunya: Qui som? [Internet]. 2020 [cited 2021 May 20]. Available from: http://lapasucat.blogspot.com/p/qui-som_2.html.
13. Morris MD, Popper ST, Rodwell TC, Brodine SK, Brouwer KC. Healthcare Barriers of Refugees Post-resettlement. J Community Health [Internet]. 2009 Dec 25 [cited 2018 Oct 23];34(6):529–38. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s10900-009-9175-3>.
14. De Vito E, Parente P (Of U cattolica del SC, De Waure C, Poscia A, Ricciardi W, World Health Organization. Regional Office for Europe, et al. A review of evidence on equitable delivery, access and utilization of immunization services for migrants and refugees in the WHO European Region [Internet]. Health Evidence Network Synthesis Report, No. 53. WHO Regional Office for Europe; 2017 [cited 2018 Oct 23]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29300441>.
15. International Organization of Migration. Social Determinants of Migrant Health [Internet]. 2018 [cited 2017 Dec 7]. Available from: <https://www.iom.int/social-determinants-migrant-health>.
16. Serre-Delcor N, Oliveira I, Moreno R, Treviño B, Hajdók E, Esteban E, et al. A Cross-Sectional Survey on Professionals to Assess Health Needs of Newly Arrived Migrants in Spain. Front Public Health [Internet]. 2021 Aug 2 [cited 2023 Jul 17];9. Available from: [https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34409005/.](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34409005/)

¿ES POSIBLE IMPLANTAR LA TELEMEDICINA EN HEPATOLOGÍA EN ESPAÑA?

Dr. Javier Crespo. Jefe de Servicio de Gastroenterología y Hepatología. Grupo de Investigación Clínica y Traslacional en Enfermedades Digestivas. Instituto de Investigación Valdecilla (IDIVAL). Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Profesor Titular de Medicina. Universidad de Cantabria. Santander. España



El constante avance y desarrollo tecnológico que ha acontecido en las últimas décadas ha permitido que los sistemas sanitarios puedan afrontar los grandes retos inherentes al ámbito de la salud desde otras perspectivas. Así, los sistemas sanitarios apuestan, cada vez más, por la transformación digital de su infraestructura. Y, en el contexto de esta digitalización de la sanidad, surgen algunas herramientas como la telemedicina, ya empleada, si bien de una forma marginal, desde hace algo más de cuatro décadas. La OMS define como telemedicina a la prestación de servicios de salud, en los que la distancia (no sólo física) es un factor determinante, por parte de profesionales sanitarios a través de la utilización de las tecnologías de la información y/o comunicación para el intercambio de información válida para el diagnóstico, el tratamiento, la prevención de enfermedades, la investigación y la evaluación y para la formación continuada de profesionales sanitarios, todo ello con el objetivo final de mejorar la salud de la población y de las comunidades.

En este sentido, la telemedicina no conoce fronteras y está en constante evolución, incorporando de forma continua avances tecnológicos y adaptándose a los cambios asistenciales que requieren nuestra comunidad. Por lo tanto, podemos considerar a la telemedicina como una disciplina asistencial basada

en las diferentes tecnologías que permiten un intercambio inmediato de información y una mejor comunicación entre los profesionales sanitarios y los pacientes. Pero la digitalización de los sistemas sanitarios y el desarrollo de la telemedicina no se ha acompañado de una regulación a nivel legal específica, lo que nos obliga a cumplir los mismos requisitos normativos que los contenidos en la práctica clínica habitual, observando la estricta confidencialidad de los datos del paciente, garantizando su autonomía en la toma de decisiones y registrando los actos médicos no presenciales en la historia clínica del paciente. En cualquier caso, e independientemente de la ausencia de regulación específica al respecto, tanto la OMS como la UE apuestan por un incremento del uso de la telemedicina.

Existen experiencias previas en Hepatología. Vamos a mencionar algunas de ellas, centradas especialmente en la eliminación del VHC: 1) La monitorización telemática de pacientes drogodependientes con hepatitis C llevadas a cabo en el Hospital Universitario de Gran Canaria y que se han asociado a una mejor vinculación del diagnóstico al tratamiento y una mayor adherencia al tratamiento, 2) El proyecto Jailfree, primer programa a nivel mundial que logró la eliminación del VHC de una cárcel, utilizando la propia prisión como una oportunidad de salud para la población penitenciaria y que, en gran medida, se basó en el uso de la asistencia mediante telemedicina. Además, demostramos su coste-eficiencia, 3) El proyecto HONEST, dirigido en este caso, al cribado e inmediata vinculación al tratamiento de personas sometidas a penas no privativas de libertad. En este caso, se procedió al diagnóstico en un solo paso en el propio centro de inserción social (mediante tecnología GenXpert), y, en los casos positivos, el paciente iniciaba el tratamiento de forma inmediata después de una consulta telemática entre el centro de inserción social y el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander. Existen otras evidencias a nivel nacional e internacional sobre los beneficios de la telemedicina en el ámbito de la hepatología, con resultados satisfactorios tanto para los pacientes como para los clínicos, y no únicamente desarrolladas en hepatitis C, si no en otras patologías relacionadas como la hepatitis B o la enfermedad hepática por depósito de grasa.

Pero más allá de algunos ejemplos como los anteriores, y gracias a la experiencia adquirida, pudieran, incluso me atrevo a decir que debieran, desarrollarse iniciativas de telemedicina en el ámbito de los centros de tratamiento de las personas que consumen diferentes drogas, la creación de aplicaciones de mHealth destinadas a la monitorización del peso y actividad física de pacientes con MASLD o la implementación de circuitos automatizados para el cribado de hepatocarcinoma.

Sin duda, la nueva hepatología asistencial deberá contar con herramientas digitales para mejorar la detección de diferentes enfermedades hepáticas (principalmente MASLD y hepatopatías virales) en personas con algunos factores de riesgo e implementar sistemas digital para la prevención y el control de las enfermedades hepáticas, incluida la telemedicina, que permitan, de forma simultánea, mejorar la asistencia sanitaria y obtener y difundir información epidemiológica que facilite el estudio y conocimiento de estas enfermedades.

Respondiendo a la pregunta que me han hecho: ¿Es posible implantar la telemedicina en Hepatología en España? Mi respuesta es contundente, Sí se puede, es deseable y coste-eficiente.

RETO DE FUTURO: COLOCAR LAS PATOLOGÍAS DEL HÍGADO EN EL CENTRO DE LA AGENDA PÚBLICA SANITARIA

Dr. Manuel Romero Gómez. Catedrático de Medicina, Universidad de Sevilla. Jefe de Sección de Gastroenterología y Hepatología del Hospital Universitario Virgen del Rocío. Responsable de Investigación Traslacional en Enfermedades Inflamatorias, Hepáticas y Gastrointestinales. Instituto de Biomedicina de Sevilla, Sevilla, España. Presidente Asociación Española para el Estudio del Hígado (AEEH).



Las enfermedades hepáticas están incrementando en incidencia debido a su crecimiento en paralelo a la epidemia de obesidad y de diabetes tipo 2. Así también, mientras la mortalidad por cáncer y por enfermedades cardiovasculares descienden, la mortalidad de causa hepática continúa creciendo. La esteatosis hepática metabólica (hígado graso) junto a la enfermedad hepática alcohólica y las hepatitis virales constituyen escenarios donde la prevención y el diagnóstico precoz permiten intervenciones que modifican la historia natural de la enfermedad. La medicina de precisión permite ahondar en el diagnóstico y caracterización de las enfermedades hepáticas minoritarias. El abordaje personalizado del cáncer de hígado incluyendo el hepatocarcinoma y el colangiocarcinoma y, por último, la optimización del trasplante hepático como opción terapéutica eficaz.

Las enfermedades hepáticas tienen que estar en la agenda pública de salud por la posibilidad de prevención, de hacer diagnóstico precoz e instaurar un tratamiento que cambie la historia natural de la enfermedad y reduzca los años de vida perdidos, sobre todo en personas jóvenes. La puesta en marcha de medidas de prevención, muy dirigidas a una dieta equilibrada y vida saludable,

sin consumo de alcohol, evitando conductas de riesgo de transmisión de enfermedades virales, así como la vacunación universal de las hepatitis podría disminuir la carga de enfermedad.

El diagnóstico precoz permite diseñar intervenciones que cambian completamente el pronóstico de la enfermedad. Un cambio en el estilo de vida con dieta y ejercicio en pacientes con EHmet permite revertir la enfermedad en más del 80% de los casos. El abandono del consumo de alcohol revierte la enfermedad en la mayoría de los casos y mejora de forma significativa el pronóstico. El diagnóstico precoz permite la curación de la hepatitis C con agentes antivirales directos y en la hepatitis B se consigue una supresión viral mantenida que mejora sustancialmente el pronóstico y evita la progresión de la enfermedad. Todas estas medidas redundan tanto en la prevención del hepatocarcinoma que emerge, en la complicación de las enfermedades hepáticas crónicas y en el trasplante hepático, ya que éstas son las causas mayoritarias de trasplante hepático en nuestro medio.

El foco se ha puesto en seis grupos de enfermedades hepáticas que son: la enfermedad de hígado graso no alcohólico, las enfermedades hepáticas raras, la enfermedad hepática relacionada con el alcohol, las hepatitis virales, el cáncer de hígado y el trasplante hepático. En este sentido, la prevalencia que se estima de la enfermedad del hígado graso no alcohólico es del 25,8% y la mortalidad se estima alrededor de 2.556 casos por 100.000 habitantes/año. En el caso de las enfermedades raras hepáticas, en concreto el grupo de enfermedades hepáticas autoinmunes, distintos artículos científicos estiman que la prevalencia para la hepatitis autoinmune es de 16-18 casos por 100.000 habitantes y que su incidencia es de 0,1-0,9 por 100.000 habitantes. Para la colangitis biliar primaria es de 35-40 casos por 100.000 habitantes y 0,51-3,86 casos por 100.000 habitantes, respectivamente; y para la colangitis esclerosante primaria es de 0,22 por 100.000 habitantes y 0,016 casos por 100.000 habitantes, respectivamente.

En cuanto al grupo de enfermedades tóxico - metabólicas, la enfermedad de Wilson tiene una prevalencia de 1-3 casos por 100.000 habitantes y una incidencia de 3,33 casos por 100.000 habitantes (nótese que es un dato global); la hemocromatosis hereditaria con una prevalencia de 1.000 casos cada 100.000 habitantes (nótese que es un dato global); y el daño hepático tóxico inducido por fármacos (DILI) sugiere una prevalencia de 2,7-19 casos por 100.000 habitantes (nótese que es un dato europeo) y una incidencia de 13,9 por 100.000 habitantes. Por último, el grupo de las enfermedades vasculares incluye

la enfermedad porto – sinusoidal, la trombosis portal no cirrótica y el síndrome de Budd-Chiari. La prevalencia de la trombosis no portal no cirrótica se estima a 0,7-3,7 casos por 100.000 habitantes, para el síndrome Budd-Chiari es de 0,24-3,31 por 100.000 habitantes respectivamente y una incidencia de 0,0168-0,409 por 100.000 habitantes (nótese que son datos europeos).

Por otra parte, no se han encontrado estudios epidemiológicos que muestren datos de prevalencia e incidencia para la enfermedad porto-sinusoidal ni la incidencia de la trombosis portal no cirrótica. **La prevalencia exacta de la enfermedad hepática relacionada con alcohol se desconoce; sin embargo, dicha enfermedad es la causa más prevalente de enfermedad hepática avanzada y cirrosis en Europa incluyendo a España.** De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) la fracción de cirrosis hepática atribuible al uso de alcohol en España es del 73,8% entre varones y del 56,3% entre mujeres.

Respecto a las hepatitis virales, la **hepatitis A** es una de las hepatitis más frecuentes en España, a pesar de ser un país de baja endemicidad. La tasa de incidencia de la hepatitis A en España es de 3,6 casos por 100.000 habitantes, y la prevalencia de anticuerpos del VHA a los 50 años oscila entre el 15% y el 100% en los países europeos. La mortalidad asociada al VHA es generalmente baja, siendo del 0,4% en casos de hepatitis fulminante. La prevalencia de la **hepatitis B** en España en 2018 fue del 0,22% y una tasa de incidencia de 0,71 casos por 100.000 habitantes en 2020. Desde 2014, ha habido una disminución progresiva de las tasas de incidencia anual. En 2019, se registraron 954 muertes relacionadas con el VHB. Por el contrario, se estima que la prevalencia de la **hepatitis C** en España en 2018 fue del 0,17% y la incidencia en 2019 fue de 1.382 casos de infecciones agudas y crónicas. En 2019, la tasa de mortalidad fue de 5,9 casos por 100.000 habitantes. En un estudio que se realizó en España basado en el seguimiento de pacientes con hepatitis B crónica, se estimó que la prevalencia del VHD es menor al 5% entre los pacientes con VHB. La información sobre la incidencia y mortalidad de la **hepatitis delta** en España es limitada, pero según la Organización Panamericana de la Salud, las tasas de mortalidad por infección de hepatitis D en pacientes crónicos por el VHB varían entre un 2% y un 20%.

Por último, la **hepatitis E** es frecuente en países con bajos ingresos y deficientes condiciones de higiene. La prevalencia del VHE es incierta incluso en países desarrollados. En España se estima que oscila entre 0,6% y un 12%. La mortalidad asociada al VHE varía entre un 1% y un 4% en la población general, pero aumenta considerablemente en mujeres embarazadas llegando a ser del 20-30%.

La propuesta de estrategia de salud hepática pasa por definir las enfermedades hepáticas prevalentes, identificar las medidas preventivas a implementar, los métodos de diagnóstico precoz y las intervenciones que modifiquen la historia natural de la enfermedad y disminuyan la mortalidad de causa hepática, como ha demostrado el tratamiento de la hepatitis C.

Según la Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN), la prevalencia de cáncer de hígado en hombres fue de 23,95 casos por 100.000 habitantes y en mujeres fue de 6,29 casos por 100.000 habitantes en 2020. Respecto a la mortalidad, el cáncer de hígado es la tercera causa a nivel mundial con un total de 830.180 fallecimientos en 2020.

Cabe destacar que España ocupa la tercera posición con 1.078 trasplantes hepáticos (TH) realizados en comparación con los cinco grandes mercados de Europa. A nivel mundial en 2021 fue el octavo país por detrás de Francia con mayor actividad de trasplante hepático. Por otro lado, en los últimos años se ha observado un aumento en el número de TH en España. Desde 2012 hasta el 2022 se observa un incremento del 7% en los últimos 10 años con valores superiores a los 1.000 trasplantes hepáticos anuales.

Dado el relevante papel de la Salud Pública, la medicina de familia, de las asociaciones de pacientes y la sociedad en general y de la administración, consideramos muy oportuno trabajar en una **Estrategia Nacional de Salud Hepática** de la que puedan beneficiarse todos los ciudadanos.

“DETERMINANTES SOCIALES EN LA SALUD HEPÁTICA”

Dra. Clara Sabiote. Investigadora predoctoral, investigadora clínica, líder de equipo. Liver Unit, Hospital Universitari Vall d’Hebron, Liver, Metabolism and Infection (LiVMI) Team, Chronic Liver Disease Group, VHIR, Universitat Autònoma de Barcelona, CIBERehd, Barcelona.

Dr. Sergio Muñoz. Medicina Interna, Gastroenterología y Hepatología, ex miembro del grupo BCLC - Cáncer de Hígado, NASH, Investigador Clínico, estudiante de Doctorado Universitat de Barcelona.

Dr. Juan Manuel Pericàs. Unidad de Hígado, Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Vall d’Hebron, Instituto Vall d’Hebron de Investigación (VHIR), Departamento de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona, CIBERehd, ISCIII.



¿Qué son los determinantes sociales de la salud?

Los determinantes sociales de la salud (DSS) se definen como “las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana”. Esta definición fue propuesta por la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) a principio de la década de los 2000.

El consenso en la definición fue un hito en el reconocimiento del contexto socioeconómico y político, como factores que condicionan la salud y las desigualdades en su distribución. Posteriormente, una comisión internacional liderada por Sir Michael Marmot publicó el informe “Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health” en

nombre de la OMS (1), en el que se propuso el marco conceptual que inspira la investigación acerca de los DSS hasta día de hoy.

Figura 1: Marco conceptual para trabajar los determinantes sociales de la salud y las desigualdades en salud inspirado por la Comisión de la OMS (2008).



¿Por qué deberíamos preocuparnos de los DSS en la salud hepática?

En primer lugar, porque las enfermedades hepáticas son una causa importante de muerte prematura y discapacidad a nivel mundial. Históricamente los investigadores se han centrado en los aspectos clínicos de estas enfermedades, sin darle peso a las diferencias entre las poblaciones estudiadas. Describir las desigualdades, su origen y consecuencias es fundamental para mejorar la salud hepática de la población. El aumento del consumo de riesgo de alcohol, el aumento del número de infecciones causantes de hepatitis víricas en algunas poblaciones vulnerables y la proliferación acelerada de las enfermedades metabólicas como la obesidad y la diabetes han dado lugar a cambios importantes en la epidemiología de las enfermedades hepáticas y han exacerbado las diferencias en salud entre los grupos de población más desfavorecidos (2). Por todo ello, debemos enfatizar la importancia del estudio de los DSS a la hora de adoptar políticas de salud pública y en el diseño de intervenciones en los sistemas sanitarios.

Determinación social y enfermedad hepática asociada al alcohol

Empecemos hablando de la enfermedad hepática asociada a alcohol (ALD, por sus siglas en inglés). A pesar de que España es uno de los países de la Unión Europea donde el consumo de alcohol ha disminuido en las últimas décadas, hay

evidencia consistente de que el daño asociado al alcohol, incluyendo mortalidad y morbilidad, es significativamente mayor en posiciones socioeconómicas bajas en comparación con posiciones altas (3). Hace unos años se describió un cambio en el patrón de consumo de alcohol de la población. En algunos países como en EEUU, el consumo aumentó desmesuradamente, en comparación con otros como España en el que disminuyó el consumo general de alcohol. Sin embargo, cabe matizar que la frecuencia de consumo intensiva aumentó en perfiles de mayor riesgo como en mujeres, influido por variables como la edad y el contexto laboral (4). Por lo tanto, vemos que el sexo es claramente un DSS en la ALD. En relación a las diferencias en la distribución de la ALD según la etnia, datos de EEUU indican una prevalencia del 9,3% en individuos de etnia hispana/latinos, en contraste con un 4,1% en personas blancas (5). Estudios de asociación a nivel genómico han encontrado genes, como el PNPLA3, más comunes en la población hispana/latina que se relacionan con un mayor contenido de grasa, mayor daño en los hepatocitos, con ALD y enfermedad hepática por disfunción metabólica asociada a la grasa (MASLD, por sus siglas en inglés). No obstante, las diferencias genéticas no son el único factor de riesgo en esta población. La etnia es también un determinante social. Un acceso reducido a servicios sanitarios es un claro ejemplo de factores que contribuyen a una mayor prevalencia y peor pronóstico de la ALD en personas de minorías étnicas en EEUU y otros países.

Determinantes y desigualdades de la distribución y progresión del hígado graso

Desde 2022 se han llevado a cabo reuniones para mejorar la terminología de la esteatosis hepática (“hígado graso”). En el Congreso Europeo de Hepatología de este año (EASL 2023) se ha acordado usar MASLD para sustituir las siglas previamente usadas de NAFLD (non-alcoholic fatty liver disease), tanto con la finalidad de describir mejor la enfermedad como para evitar la connotación potencialmente estigmatizadora de la palabra “fatty” en inglés (6). El aumento en la prevalencia de MASLD y las enfermedades metabólicas asociadas ha conllevado un gran interés y desencadenado grandes esfuerzos a nivel internacional para estudiar su epidemiología. Sin embargo, la mayoría de los estudios que han abordado las desigualdades en su distribución geográfica y por grupos sociales han usado a menudo un enfoque reduccionista basado en factores de riesgo biológicos, sin profundizar en el riesgo acumulado a lo largo de trayectorias vitales individuales y colectivas debidos a factores socioculturales. Si sintetizamos la literatura existente encontramos que los hombres tienen una prevalencia de MASLD mayor, mientras que las mujeres tienen mayor prevalencia de enfermedad hepática avanzada y complicaciones (7). Además, se han descrito diferencias en el acceso a un trasplante

hepático en las mujeres, teniendo menos posibilidad en comparación a los hombres debido a la fórmula usada para la priorización de la lista de espera. Hace falta investigación que incluya aspectos como el acceso a servicios sanitarios, las condiciones de vida y laborales, así como los roles de género establecidos. En cuanto a la etnia, en EEUU, que es donde se han desarrollado la mayoría de estudios, la población hispana/latina tiene una prevalencia desproporcionadamente mayor de MASLD, así como peor pronóstico, seguida por la población blanca/caucásica y, por último, la afrodescendiente (7). Los pacientes con un estatus socioeconómico menor también tienen una prevalencia mayor, con más probabilidades de progresión y complicaciones. De hecho, aunque la genética puede jugar un papel importante en las desigualdades entre etnias, las condiciones de vida tienen un impacto mucho mayor en la salud, más allá de los factores individuales. La inseguridad alimentaria, las barreras para acceder a servicios sanitarios y la falta de lugares seguros para hacer ejercicio son factores clave para entender estas desigualdades.

Hepatitis víricas

El éxito de la eliminación y/o control tanto de las nuevas infecciones como de las infecciones crónicas por virus de la hepatitis B y C ha dependido fuertemente de la mitigación de estas enfermedades en poblaciones vulnerables. Esto es especialmente relevante en las estrategias de microeliminación de la hepatitis C (8). Conocer los determinantes sociales de las hepatitis víricas es especialmente útil para implementar programas de salud pública para su diagnóstico, tratamiento y erradicación. Las infecciones por virus de las hepatitis B y C tienen poblaciones de riesgo en común, como son las personas portadoras del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), consumidores de drogas parenterales o hombres que tienen sexo con hombres (9). Además, la prevalencia del VHB y VHC varía mucho según la zona geográfica y el acceso a campañas de vacunación masiva. En resumen, vemos que un denominador común de estas poblaciones de riesgo es que son grupos que históricamente han sido desventajados económicamente (desplazados, migrantes, poblaciones rurales...). Por todo ello, el estigma es, también, un elemento muy importante en la experiencia de vivir con una infección crónica por VHB y VHC, y un determinante de la salud independiente que tenemos que tener en cuenta al estudiar la enfermedad o planificar intervenciones para su eliminación (10).

Mucho camino por delante

Para concluir, presentamos en forma de tabla ejemplos de DSS en algunas enfermedades hepáticas, tanto las que hemos comentado como algunas otras (ver Tabla 1). Un gran volumen de literatura sobre DSS se centra en los

trasplantes hepáticos, seguidos por los estudios centrados en las hepatitis víricas. Los temas que recientemente han experimentado un mayor auge en publicaciones han sido el MASLD y el carcinoma hepatocelular (CHC). Por último, encontramos una investigación muy escasa sobre los DSS en hepatitis autoinmunes y otras enfermedades hepáticas autoinmunes/inflamatorias (11).

Tabla 1: Ejemplos del impacto de los determinantes sociales de la salud (DSS) en la salud hepática. CHC, carcinoma hepatocelular; MASLD, siglas en

ENFERMEDAD HEPÁTICA	EJEMPLO DE DSS	PROPUESTAS DE FUTURO
Trasplante hepático	Estigma social	Faltan estudios sobre las desigualdades en el trasplante de hepatopatías alcohólicas, así como en pacientes con obesidad mórbida y consumidores de opiáceos.
Hepatitis virales	Nivel socioeconómico	Planes nacionales de micro eliminación centrados en poblaciones vulnerables (cribado y tratamiento sistemático de éstas).
Cáncer hepático	Nivel socioeconómico	Asegurarse de que las estrategias de vigilancia de CHC incluyen variables socioeconómicas aparte de criterios clínicos.
MASLD	Sexo	Asegurarse de una correcta representación de la población en los ensayos clínicos.
ALD	Educación	Campañas de concienciación en las escuelas, restricción de la publicidad.
HAI	Etnia	Se necesita más investigación sobre la implicación de los DSS en HAI fuera de EEUU.

Globalmente, y en comparación con otras áreas de investigación en el ámbito de las enfermedades hepáticas, los estudios sobre DSS y desigualdades de la salud hepática son escasos, y la mayoría se han publicado en los últimos 5 años. Asimismo, la mayoría de estudios sobre DSS en enfermedades hepáticas se han realizado en EEUU. Parece que en Europa las desigualdades en salud hepática han tenido menor interés, ya que hasta muy recientemente los estudios europeos en el tema sólo representaban aproximadamente el 10% del total las publicaciones (11). Además, la realización de estudios por parte de perfiles híbridos, por ejemplo, expertos en hepatología y epidemiología, es infrecuente.

Sorprende, en concreto, la falta de estudios sobre los DSS de la hepatopatía alcohólica, ya que en Europa la media de consumo de alcohol es más alta que en otros países y el 50% de la enfermedad hepática avanzada es secundaria a esta causa. Algunos de los motivos podrían ser las dificultades de las políticas sanitarias en educar y hacer campañas preventivas y en ofrecer apoyo psicológico de manera universal. Por supuesto, los intereses de la industria del alcohol y sus campañas de publicidad, no facilitan la tarea.

En cuanto a las soluciones a adoptar, el artículo de Ventura-Cots et al., publicado el año pasado (2022), ofrece propuestas muy detalladas (11). A destacar, la creación de bases de datos fiables a nivel nacional financiadas, una inclusión equitativa de participantes en ensayos clínicos (en términos de sexo, etnia, estatus socioeconómico), la creación de comisiones para la equidad en la salud hepática y la involucración de las asociaciones de pacientes. Se hace camino al andar.

IMPORTANCIA DE LOS MARCADORES NO INVASIVOS PARA DETECTAR LA ENFERMEDAD HEPÁTICA CRÓNICA EN LA POBLACIÓN EN GENERAL

Dr. Pere Ginés. Servicio de Hepatología. Grupo de investigación de Enfermedades Hepáticas Crónicas: mecanismos moleculares y consecuencias clínicas. Hospital Clínic de Barcelona. Líder de grupo (R4).

Dr. Adrià Juanola. Grupo de investigación de Enfermedades Hepáticas Crónicas: mecanismos moleculares y consecuencias clínicas. Hospital Clínic de Barcelona. Investigador posdoctoral (R2A).



Las enfermedades hepáticas crónicas suponen una causa frecuente de mortalidad a nivel global y conllevan un elevado coste para los sistemas sanitarios. Existen distintos factores que promueven la aparición de enfermedad hepática crónica, como son la enfermedad asociada al consumo de alcohol, así como la existencia de trastornos metabólicos como la obesidad, la diabetes o la dislipemia. Éstas son las dos causas más frecuentes de enfermedad hepática crónica en nuestro entorno, si bien las hepatitis virales, así como las enfermedades autoinmunes, entre otras, pueden también llevar al desarrollo de enfermedad hepática.

La existencia de estos factores promueve la lesión de las células hepáticas. Como respuesta a esta lesión, tiene lugar la activación de mecanismos reparadores que consisten sobretodo en el depósito de tejido fibroso en el hígado, dando lugar a la aparición de cicatrices. Es la acumulación de estas cicatrices y la sustitución por parte de estas del tejido hepático normal, que

da lugar a la aparición de la enfermedad hepática crónica, siendo la cirrosis su última fase.

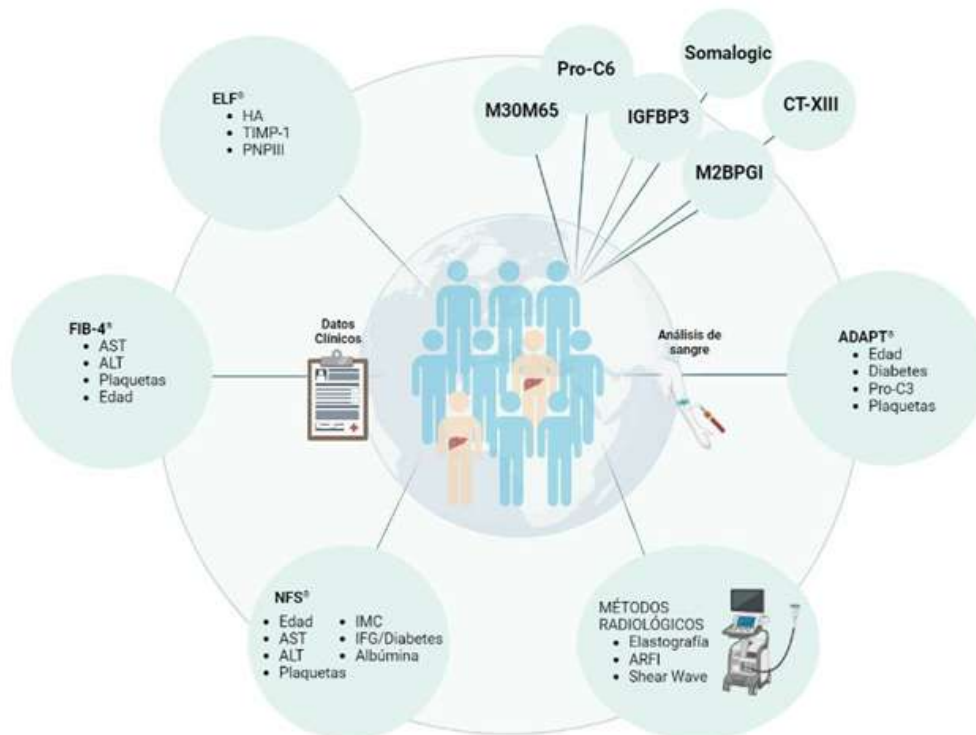
El proceso de desarrollo y acumulación de cicatrices suele tener lugar de forma silente, sin que los pacientes experimenten ningún síntoma relacionado, y pudiendo presentar mínimas alteraciones analíticas. Por el contrario, cuando la enfermedad se encuentra ya en una fase muy avanzada y aparecen los síntomas, estos comportan un importante deterioro en la calidad de vida y se asocian a un pobre pronóstico vital. Es importante destacar que en este momento, la reversibilidad de los cambios establecidos es muy improbable, y el trasplante hepático es la única opción curativa para estos pacientes, si bien éste sólo es posible en una minoría de casos.

La realización de un diagnóstico en etapas precoces de la enfermedad permitiría una intervención precoz con el fin de eliminar o controlar los factores promotores de la lesión hepática, y evitaría el desarrollo de futuras complicaciones. Es, en este sentido, que en los últimos años ha ganado interés el diseño de estrategias de cribado de enfermedad hepática crónica en fases iniciales.

Los biomarcadores son moléculas existentes en el cuerpo humano, y cuya presencia se asocia con la existencia o ausencia de un proceso biológico, normal o anormal, incluyendo las enfermedades. Habitualmente estos biomarcadores suelen medirse en sangre u orina, si bien también se pueden estudiar en otros líquidos así como en muestras de tejido, o bien medirse mediante pruebas de imagen u otras técnicas.

En el caso de la enfermedad hepática, existen diferentes parámetros analíticos, solos o en combinación entre ellos, medidos de forma habitual en los laboratorios clínicos de hospitales y centros de salud, que permiten establecer la probabilidad de que un paciente presente enfermedad hepática crónica o no. Entre ellos destacan el FIB-4, la relación entre aspartato aminotransferasa (AST) – plaquetas, el NAFLD Fibrosis Score o el Forns Score, si bien todos ellos tienen un bajo valor predictivo positivo. Este hecho supone la realización de pruebas innecesarias para confirmar o descartar la existencia de enfermedad. Existen también marcadores analíticos específicos para determinar la existencia de fibrosis, como el ácido hialurónico, el propéptido N-terminal de colágeno tipo 3 (proC3) o el inhibidor de la metalopeptidasa TIMP-1, así como índices que combinan estos marcadores con otros parámetros analíticos analizados de forma rutinaria en los laboratorios clínicos, entre otros (**Figura 1**). Estos

marcadores han sido evaluados sobretodo en contexto de enfermedad hepática asociada a trastornos metabólicos, por lo que su uso en otros contextos como es el caso de la población general no está bien establecido.



Existen pruebas radiológicas como la elastografía de transición (FibroScan®) que permiten medir la elasticidad hepática, hecho que correlaciona con el grado de fibrosis existente. Se trata de una prueba fácilmente accesible, reproducible, y no invasiva que permite cuantificar el grado de fibrosis además de predecir el riesgo de complicaciones relacionadas con la enfermedad hepática.

A pesar de los biomarcadores previamente descritos, entre otros, no existe en la actualidad una clara estrategia de aplicación de estos a nivel poblacional que permita un cribado efectivo de la enfermedad hepática crónica. En este sentido, distintos proyectos de investigación como el LiverScreen o el LiverAim, pretenden arrojar luz a cuál es la mejor estrategia de cribado de enfermedad hepática en la población general. Datos de una investigación reciente, han permitido desarrollar un nuevo índice pronóstico, el LiverRisk Score, el cual combina valores analíticos y datos demográficos y clínicos, que mejora la capacidad predictiva de los índices previamente disponibles y que podría ser aplicable a nivel poblacional.

En los próximos años es probable que se desarrollen nuevos estudios para evaluar estos biomarcadores e índices pronósticos y su aplicabilidad en la vida real, permitiendo definir la mejor estrategia diagnóstica a nivel poblacional.

¿ES REVERSIBLE LA ENFERMEDAD HEPÁTICA CRÓNICA?

Dra. Montserrat García Retortillo. Jefa de Sección de Hepatología, Hospital del Mar, Barcelona.



El hígado es un órgano con una capacidad enorme de regeneración y recuperación cuando una noxa externa actúa de forma aguda. Cuando dicho insulto se produce de forma crónica (como en el caso de una hepatitis crónica por VHC o una hepatopatía por alcohol), se produce la síntesis y depósito de fibras de colágeno que, de forma progresiva, se van acumulando y dan lugar a un aumento de la matriz extracelular o fibrosis. Con el tiempo esta fibrosis forma una cicatriz que desplaza y altera la normal arquitectura del tejido hepático y da lugar a los clásicos nódulos de regeneración que caracterizan el estadio final de la fibrosis, la cirrosis hepática. Desde el punto de vista histológico, se utilizan diferentes escalas para describir el grado de fibrosis hepática. Una de las más conocidas es la escala METAVIR que va de F0, cuando hay ausencia de fibrosis, hasta F4, el grado máximo de fibrosis, que corresponde a la cirrosis.

Lejos del concepto que se tenía antiguamente de considerar a la cirrosis como un estadio único, se sabe que ésta presenta a su vez varios subestadios que se relacionan con el riesgo de descompensación y con la supervivencia (**Figura 1**). A grandes rasgos, la cirrosis puede estar compensada (el paciente está asintomático o con pocos síntomas) o descompensada. Cuando aparece la cirrosis descompensada, las posibilidades de reversibilidad de la enfermedad son escasas, aunque desaparezca el agente causal. Ello se debe a que además de la fibrosis, cuando ésta progresa, se producen ciertos cambios arquitecturales en el tejido hepático, que provocan la aparición de hipertensión

portal. La hipertensión portal implica un aumento de la presión de la vena porta que se transmite de forma retrógrada hacia otras venas del sistema digestivo y del bazo. La sangre busca otros caminos por donde circular y llegar al corazón saltándose el paso por el hígado. Esto produce la aparición de venas anormalmente grandes en el esófago (conocidas como varices esofágicas), el estómago (varices gástricas) y menos frecuentemente en otros tramos del aparato digestivo (varices ectópicas). Cuando la presión portal aumenta por encima de un cierto valor (gradiente de presión portal por encima de 12 mmHg), las varices pueden romperse, dando lugar a una hemorragia digestiva que puede ser potencialmente mortal hasta en un 10-20% de los casos. La hipertensión portal es también la responsable de la aparición de ascitis, que se considera la descompensación más habitual y generalmente la primera en aparecer en la

Histología	F1-F3		F4 (Cirrosis)	
Clínica	No cirrosis	Compensada	Compensada	Descompensada
Síntomas	Ninguno	Ninguno (no varices)	Ninguno (presencia de varices)	Ascitis, Hemorragia por varices, encefalopatía hepática.
Sub estadio	-	Estadio 1	Estadio 2	Estadios 3 y 4
Hemodinámica (Valor del Grad. de presión portal)	-	>6	>10	>12

Estadios de la cirrosis. Modificado de Friedman SL. *Mechanisms of hepatic fibrogenesis. Gastroenterology* 2008;134:1655-1669

Por todo lo expuesto anteriormente, se considera que el desarrollo de hipertensión portal por encima de 10 mmHg (o hipertensión portal clínicamente significativa) con aparición de descompensación señala un punto a partir del cual la posibilidad de revertir el daño hepático y, por tanto, mejorar el pronóstico, es escaso (aunque no nulo). Sin embargo, antes de llegar hasta este punto, existe evidencia sobre la regresión de la fibrosis hepática incluso de la cirrosis en estadios iniciales (cirrosis compensada o como se denomina actualmente: cACLD de “enfermedad hepática crónica avanzada compensada”). Esto es así porque se sabe que la fibrogénesis en el hígado es un proceso dinámico en el que intervienen muchos factores: las células responsables de la síntesis de estas fibras de colágeno (las células estrelladas hepáticas), las enzimas de la matriz extracelular (tanto las necesarias para formar fibras como las involucradas en la destrucción de las mismas), mediadores de la inflamación y, por supuesto, el agente causal que inicia la lesión (alcohol, el VHB, el VHC, etc.). Modular este proceso, por ejemplo, suspendiendo el agente causal del daño hepático, puede revertir el proceso de la fibrogénesis y “disolver” la fibrosis hepática. Con ello, no sólo se consigue una mejoría a nivel de la histología sino lo

que es más importante, disminuir el riesgo de presentar descompensación de la cirrosis y por tanto mejorar la supervivencia.

Gracias a los agentes antivirales contra el virus de la hepatitis C hemos comprobado como, a través de la curación del virus o respuesta virológica sostenida, se ha conseguido eliminar la inflamación del tejido hepático y la fibrosis. En los estudios que han seguido a pacientes tras varios años de haber conseguido la curación, el factor predictivo más importantes para conseguir la reversibilidad de la lesión hepática, era precisamente tener poca lesión en el momento del tratamiento. Así pues, es importante diagnosticar a los pacientes de forma temprana para evitar tratarlos cuando se encuentran en estadios de fibrosis más avanzados. Esto no significa que los pacientes en estadios más avanzados no se beneficien del tratamiento, al contrario, son aquellos en los que la curación implicará un cambio más inmediato en el pronóstico clínico de la enfermedad. La abstinencia mantenida del consumo de alcohol, o la curación del VHB y del VHC en pacientes con cACLD (enfermedad hepática avanzada compensada, en riesgo de desarrollar hipertensión portal clínicamente significativa) pueden lograr la disminución del gradiente de presión portal por debajo de un valor que los mantenga compensados.

Después de todo lo expuesto, ¿qué podemos hacer para revertir la lesión hepática crónica antes de que sea demasiado tarde y la enfermedad se descompense?

1. El primer paso es **detectar de forma precoz** la enfermedad hepática crónica, cuál es la causa de la misma y evaluar el estadio de fibrosis que presenta. De esta manera, podremos:

- Ofrecer un tratamiento etiológico que elimine o controle el agente causal; como en las hepatitis B o C, o en la hepatitis autoinmune. En la actualidad contamos con datos procedentes de estudios de seguimiento que demuestran la mejoría de la biopsia hepática cuando se consigue la curación de la infección viral (como en el caso del VHC) o el control de la replicación viral, en el caso del VHB. El beneficio histológico se ha observado incluso en pacientes con fibrosis avanzada y cirrosis.
- Estimular cambios en los hábitos de vida, en el caso de la enfermedad por hígado graso. Para esta enfermedad no existe a día de hoy un tratamiento específico. Sin embargo, realizar ejercicio físico y dieta hasta reducir entre un 7-10% el peso corporal disminuye el contenido de

grasa del hígado y puede mejorar la inflamación producida por la grasa y lo que es más importante, también la fibrosis.

- Lograr y mantener la abstinencia en los pacientes con enfermedad hepática por alcohol. La abstinencia total es la única estrategia eficaz capaz de mejorar el pronóstico de la enfermedad hepática por alcohol. Incluso en estadios avanzados con hipertensión portal, el abandono del consumo de alcohol se ha relacionado con un riesgo significativamente menor de desarrollar descompensación de la cirrosis. Por este motivo, una vez se identifica la enfermedad hepática por alcohol, debe poder ofrecerse atención especializada no sólo por el especialista en Hepatología sino también por los psiquiatras especializados en adicciones. Por último, debe recordarse que en individuos con consumo alcohólico de riesgo, tener sobrepeso u obesidad, aumenta el riesgo de esteatohepatitis y cirrosis.

2. En pacientes con enfermedad hepática crónica avanzada compensada, eliminar o controlar el agente causal es también fundamental como se ha dicho, pero también deberemos realizar un seguimiento más estricto para detectar la aparición de complicaciones de la hipertensión portal y pondremos en marcha **medidas para evitar la descompensación.**

La mejor estrategia es sin duda la prevención. Muchas de las enfermedades hepáticas se producen por causas "evitables": las hepatitis víricas, el consumo de alcohol o el espectro de la enfermedad por hígado graso. Evitar conductas de riesgo, promover la vacunación universal para el VHB en países donde aún no se ha logrado, impulsar políticas de prevención del consumo de alcohol, educar en hábitos de vida saludable, son medidas mucho más eficientes que tratar la cirrosis cuando ésta ya está establecida. Aún así, el pronóstico de la enfermedad hepática crónica puede cambiar drásticamente si se consigue detectar en estadios precoces. Por este motivo es necesaria la formación de los diferentes profesionales involucrados en la atención a los pacientes con factores de riesgo de presentarla. Por último, la población general debe tener información suficiente sobre cuál es la relevancia de las enfermedades hepáticas y un acceso fácil los diferentes tests diagnósticos y a los tratamientos. Garantizar estos puntos básicos es cosa de todos.

ENFERMEDAD HEPÁTICA POR ACÚMULO DE GRASA. ¿QUÉ SE ESTÁ HACIENDO EN LAS PRISIONES DE CATALUÑA?

Dr. Andrés Marco, Dr. Rafael A Guerrero, Dra. Neus Solé, Dra. Isabel Barnes, Dra. Elisabet Turu. Programa de Salud Penitenciaria. Institut Català de la Salut.



S/ Institut Català de la Salut
Direcció Assistencial
d'Atenció Primària i a la Comunitat

El síndrome metabólico (SM) se caracteriza por la coexistencia de factores de riesgo como la obesidad, los niveles altos de colesterol o triglicéridos, el exceso de azúcar en sangre o la hipertensión arterial (HTA) que suponen más riesgo de desarrollar algunas enfermedades crónicas como los trastornos cardiovasculares, la diabetes o la enfermedad por hígado graso no alcohólico. Se ha calculado que el 25% de la población mundial presenta SM, lo que supone un extraordinario coste sanitario y económico (1). Además, se ha comprobado que tanto el SM como las enfermedades que lo componen son cada vez más frecuentes, sobre todo en los países más ricos, debido a hábitos de vida poco saludables, como el sedentarismo o el uso de dietas alimenticias inadecuadas, y a los avances sanitarios que han supuesto un envejecimiento de la población y, al aumentar la esperanza de vida, ha aumentado la población afectada.

También en la población reclusa se ha observado un aumento de las enfermedades relacionadas con la morbilidad metabólica (2). **En Cataluña, en un estudio publicado recientemente el 28,9% de los reclusos estudiados**

presentaba algún trastorno metabólico, a pesar de que eran internos muy jóvenes, de 38,4 años de edad media (3). Estos trastornos eran más frecuentes en los presos de mayor edad, en los que procedían de países asiáticos y de la Unión Europea, probablemente debido a factores genéticos, y en los reclusos que estaban infectados por el VIH (3).

El hígado graso no alcohólico (NAFLD, en sus siglas en inglés) es una manifestación del SM y actualmente es la enfermedad hepática más común en el mundo, suponiendo una gran carga entre las enfermedades hepáticas crónicas (4). Los pacientes inicialmente, y a veces durante mucho tiempo, son asintomáticos. También es posible que presenten esteatohepatitis; es decir, inflamación del hígado y daño de las células hepáticas que puede derivar en cirrosis, insuficiencia hepática e incluso cáncer hepático. Un estudio presentado en el último Congreso de la Asociación Española del Hígado (AEEH) ha mostrado que en Cataluña el 7,8% de los presos que presentaban alguna morbilidad metabólica **ya presentaban fibrosis avanzada (daño hepático importante) y que otro 16% presentaba lesiones menos graves, pero que ya precisaban intervenciones especializadas** (5).

Detectar precozmente este proceso, antes de que haya podido evolucionar a fases más avanzadas, es muy importante. Hay consenso en que los servicios sanitarios deben intentar detectar a los pacientes que presentan riesgo de NAFLD. Como se trata de una enfermedad de evolución lenta, parece recomendable que el enfoque se centre en seleccionar a las personas que corren mayor riesgo. Por ello, el Programa de Salud Penitenciaria ha estimado prioritario estudiar a los internos que ya presentan factores de riesgo (obesidad, aumento de colesterol o azúcar en sangre e hipertensión arterial) y a los que ya han sido diagnosticados de probable esteatosis hepática en algún estudio ecográfico. También es fundamental dedicar los mayores esfuerzos a detectar el daño hepático/fibrosis. En esta línea, se ha diseñado un plan de actuación basado en cribar a la población mediante índices matemáticos con datos clínicos y analíticos que no generan molestias a los pacientes y se aplica de forma secuencial; es decir, de forma que la segunda prueba sólo se efectúa cuando la primera ha sido positiva o ha mostrado un resultado dudoso. **Cuando se observa riesgo fundamentado de NAFLD tras aplicar estos índices, se recomienda el uso de la elastografía de transición (FibroScan®) y, según resultado, la derivación para estudio y control en Unidades Especializadas.**

Por otra parte, se ha sugerido que para obtener un adecuado control del NAFLD es necesario que los pacientes conozcan en qué consiste esta patología,

de forma que puedan ejercer un papel activo en el control de su enfermedad (6). **La información y educación sanitaria es por consiguiente clave.** En caso de confirmarse el diagnóstico del NAFLD, no existen en la actualidad medicamentos específicos para el tratamiento, aunque se están realizando investigaciones para desarrollarlos. Hasta el momento actual, la piedra angular del tratamiento es la dieta y un estilo de vida saludable. La pérdida de peso es fundamental, y puede lograrse combinando la dieta y el aumento de la actividad física/ejercicio. Cuando hay otros componentes del SM (diabetes, hipertensión arterial, etc.), puede ser necesario prescribir tratamiento farmacológico para estos trastornos.

En definitiva, el SM y el NAFLD están altamente representados en la población penitenciaria y previsiblemente supondrán una importante morbimortalidad. Son, sin embargo, patologías prevenibles, diagnosticables y potencialmente tratables, por lo que su detección, abordaje y manejo son un objetivo prioritario de la Sanidad Penitenciaria al que se están dedicando los mayores esfuerzos.

Referencias

1. Saklayen MG. The Global Epidemic of the Metabolic Syndrome. *Curr Hypertens Rep* 2018; 20:12. doi: 10.1007/s11906-018-0812-z.
2. Herbert K, Plugge E, Foster C, Doll H. Prevalence of risk factors for non-communicable

IMPACTO DE LA INNOVACIÓN EN EL DIAGNÓSTICO VIROLÓGICO DE LA HEPATITIS C EN LAS PERSONAS CON DIFÍCIL ACCESO A LA ATENCIÓN SANITARIA

Dra. Elisa Martró. Investigadora Principal del Grupo de Investigación en Diagnóstico y Epidemiología Genómica de Patógenos del Instituto de Investigación Germans Trias i Pujol (IGTP), Servicio de Microbiología (LCMN) del Hospital Universitari Germans Trias i Pujol (IGTP), e Investigadora Asociada del CIBER en Epidemiología y Salud Pública (Grupo 27 CIBERESP).

Dra. Anna Not. Investigadora predoctoral, Grupo de Investigación en Diagnóstico y Epidemiología Genómica de Patógenos del IGTP, Servicio de Microbiología (LCMN) del Hospital Universitari Germans Trias i Pujol.



La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido el objetivo de **eliminar las hepatitis virales en 2023 como problema grave de salud pública**; es decir, disminuir drásticamente tanto las nuevas infecciones como la mortalidad asociada. Para poder alcanzar este objetivo es necesario diagnosticar al 90% de las personas infectadas, y tratar al 80% de los pacientes. Por ello, es esencial expandir el cribado de las hepatitis virales, sobre todo en poblaciones con difícil acceso al sistema sanitario.

La hepatitis C, causada por el virus de la hepatitis C (VHC) es una enfermedad difícil de diagnosticar precozmente, ya que suele pasar desapercibida al producir pocos síntomas o al ser inespecíficos. Sin embargo, en la mayoría de casos, la infección crónica a menudo no se detecta hasta que el paciente se encuentra ya en estadios avanzados de enfermedad hepática. Por ello, el **diagnóstico precoz** es clave para poder tratar a las personas infectadas,

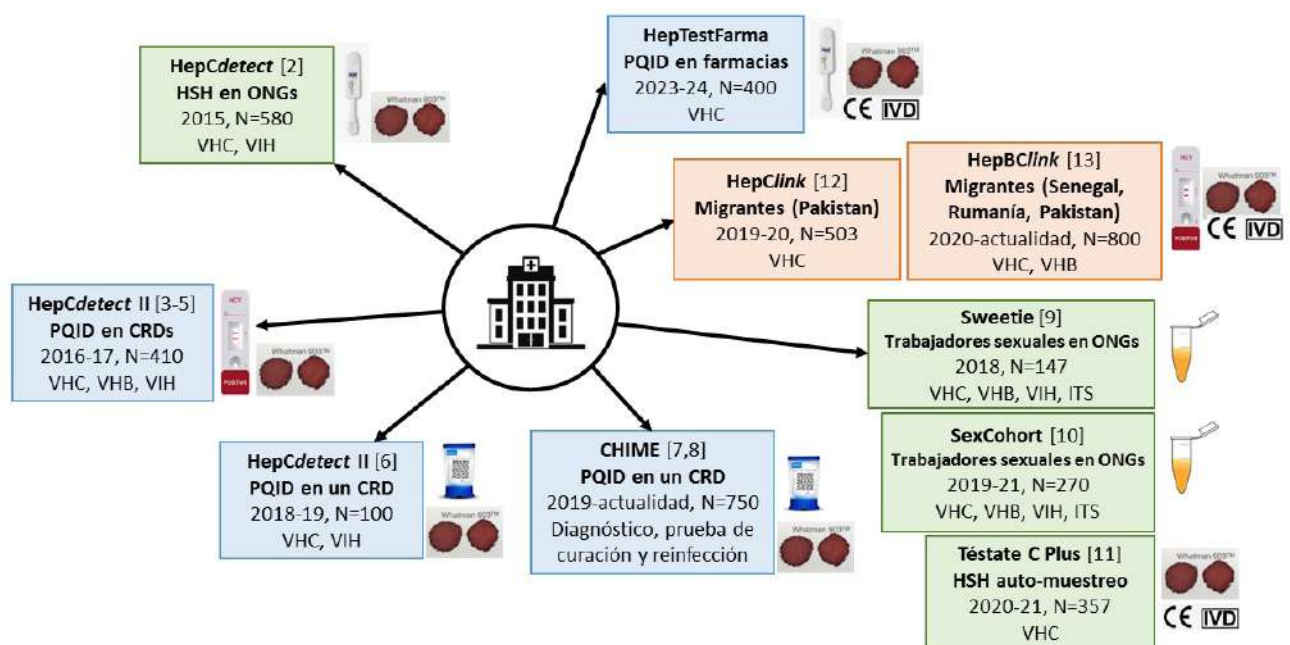
evitando las complicaciones de la enfermedad avanzada, como la cirrosis o el cáncer de hígado. La OMS, en las nuevas guías de 2022 (1), recomienda la **descentralización e integración del diagnóstico y del tratamiento en los servicios comunitarios** frecuentados por las poblaciones más afectas (por ejemplo: centros de reducción de daños, prisiones e incluso centros de atención primaria), para aumentar el acceso al diagnóstico, tratamiento y curación de la hepatitis C. Para ello, es necesario que el personal médico comparta sus tareas con personal de enfermería e incluso personal no sanitario entrenado, por ejemplo para la realización de las pruebas diagnósticas y la dispensación del tratamiento fuera de los centros sanitarios, en el punto de atención.

Para facilitar el diagnóstico en el punto de atención, la guía de la OMS (1) incluye entre sus recomendaciones la realización de la **prueba rápida de anticuerpos por parte del propio usuario (auto-test)**. La detección de anticuerpos nos indica exposición previa al VHC pero, dado que la infección puede curarse espontáneamente en aproximadamente un cuarto de los pacientes, es necesario realizar una prueba confirmatoria detectando o bien el antígeno Core del VHC o su material genético (ARN-VHC). Para ello, se recomienda la utilización de **pruebas moleculares en el punto de atención**, como el GeneXpert (Cepheid; disponible comercialmente desde 2018) que detecta el ARN-VHC en aproximadamente una hora, o el uso de **muestras de gota de sangre seca** (dried blood spots, DBS); en ambos casos se recoge una muestra de sangre capilar mediante punción dactilar. Las muestras de DBS, en las cuales la sangre se deja secar en una tarjeta de papel especial, permiten detectar con fiabilidad tanto los anticuerpos como el ARN-VHC, para el cual está disponible comercialmente un ensayo comercial aprobado para ello (Abbott Molecular) desde 2021. Además, los DBS son de fácil recogida por parte de personal no sanitario, o incluso por parte del propio usuario (auto-muestreo), y se pueden enviar al laboratorio a temperatura ambiente por correo postal (muestra no biopeligrosa, a diferencia de la sangre fresca).

En este sentido, desde nuestro grupo hemos trabajado en una **línea de investigación centrada en nuevas estrategias de diagnóstico descentralizado** de la infección virémica por el VHC, **cribando desde 2015 a más de 3.500 personas de diferentes poblaciones vulnerables** (hombres que tienen sexo con hombres, trabajadores sexuales masculinos y mujeres trans, personas que se inyectan drogas y migrantes de países endémicos, en colaboración con diferentes centros y entidades, el CEEISCAT y el soporte de la Agencia de Salud Pública de Cataluña, ASPCAT (**Figura 1**) (2-12). Hemos llevado a cabo diferentes estudios piloto en **centros comunitarios frecuentados por estas poblaciones**, donde se ha ofrecido información sobre las hepatitis, así como las pruebas

del VHC, incluyendo pruebas rápidas serológicas y moleculares, y la prueba de la gota de sangre seca (DBS) de manera pionera en España. No sólo se ha facilitado el acceso al diagnóstico sino también a la atención y al tratamiento antiviral a aquellas personas en las que se ha detectado una infección virémica por VHC, diseñando nuevos modelos de cuidado centrados en las personas. Asimismo, en aproximadamente la mitad de las personas cribadas se les han ofrecido también las pruebas del VIH y/o del VHB, evaluando las necesidades de vacunación frente al VHB en diferentes poblaciones. Algunos de estos nuevos modelos se han recogido en **compendios de buenas prácticas** (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Achieve Coalition) y en la **Guía de Cribado del VHC** del Ministerio de Sanidad.

Figura 1. Cribado de la infección virémica por el virus de la hepatitis C (VHC) en poblaciones vulnerables desde 2015. HSH, hombres que tienen sexo con hombres; ONGs, organizaciones no-gubernamentales; PQID, personas que se inyectan drogas; CRDs, centros de reducción de daños de la drogodependencia; VHB, virus de la hepatitis B; VIH, virus de la inmunodeficiencia humana.



Si bien actualmente la evidencia de la fiabilidad de las muestras de DBS para el diagnóstico del VHC está bien establecida (1,3,6), se dispone de pocos datos con respecto a su uso para la evaluación de la curación después del tratamiento antiviral y la detección temprana de la reinfección. A través de un proyecto de diagnóstico y tratamiento en el centro de reducción de daños REDAN La

Mina, en colaboración con el Hospital Clínic i Provincial de Barcelona, hemos demostrado la utilidad de las muestras de DBS para esta finalidad; **la detección del ARN-VHC y su secuenciación a partir de las muestras de DBS facilita la monitorización posterior al tratamiento de manera descentralizada**, y permite establecer el régimen de retratamiento más adecuado diferenciando los casos de fallo terapéutico de aquellos con reinfección (8).

En 2021, en colaboración con la ASPCAT, se inició un piloto para ver la aceptabilidad de la recogida de muestras de DBS por punción dactilar como método de detección de la infección virémica por VHC por parte de los usuarios de los **Centros de Atención y Seguimiento a las Drogodependencias (CAS)**, formando a las enfermeras de estos centros. Finalmente, una vez demostrada su viabilidad, la prueba de la sangre seca se implementó en septiembre de 2022 como **método de diagnóstico de rutina en el Servicio de Microbiología (LCMN) del Hospital Universitari Germans Trias i Pujol** para los usuarios de los CAS. Hasta la fecha se han realizado unas 300 pruebas en este colectivo.

Actualmente, se está desarrollando un proyecto piloto de detección de la infección por VHC en usuarios del programa de agujas y jeringuillas o del programa de tratamiento de la drogodependencia en **farmacias comunitarias**. A los usuarios que quieran participar se les realizará la prueba rápida de detección de anticuerpos frente al VHC a partir de fluido oral, y en el caso de ser positivo, o bien se recogerá una muestra de DBS para confirmar la infección en el laboratorio o bien se realizará la prueba del ARN-VHC en el punto de atención.

Finalmente, en el Hospital Universitari Germans Trias i Pujol se están llevando a cabo proyectos multidisciplinares de **revinculación de personas diagnosticadas anteriormente de hepatitis C y no tratadas** y de **cribado oportunista de la infección por VHC y por VIH en los pacientes que acuden a urgencias** y se les realiza una analítica por cualquier motivo. Hasta la fecha se han cribado más de 1.300 personas, para algunas de las cuales el Servicio de Urgencias es el único punto de acceso al sistema sanitario. Las personas infectadas por alguno de estos virus se visitan en las unidades de Hepatología y de VIH del hospital, para valorar el tratamiento de manera individualizada.

Para poder alcanzar el objetivo de la OMS para 2030 es clave facilitar el diagnóstico a todas aquellas personas que puedan estar infectadas para detectar y tratar la hepatitis C en fases tempranas, evitando así las consecuencias de la enfermedad hepática avanzada. Para ello, no sólo son necesarias las pruebas que puedan realizarse fuera del entorno sanitario, sino

nuevos modelos centrados en el paciente que permitan tanto el diagnóstico como el tratamiento y su seguimiento posterior, de la manera que mejor se adecue a las necesidades de cada una de las poblaciones afectadas.

Referencias

1. World Health Organization. Updated recommendations on simplified service delivery and diagnostics for hepatitis C infection. Geneva, 2022. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240052697>.
2. Saludes V, Folch C, Morales-Carmona A, Ferrer L, Fernández-López L, Muñoz R, Jiménez M, Loureiro E, Fernández-Dávila P, Bascuñana E, Casabona J, Martró E. Community-based screening of hepatitis C with a one-step RNA detection algorithm from dried-blood spots: Analysis of key populations in Barcelona, Spain. *J Viral Hepat.* 2018;25(3):236-244.
3. Saludes V, Antuori A, Folch C, González N, Ibáñez N, Majó X, Colom J, Matas L, Casabona J, Martró E; HepCdetect II Study Group. Utility of a one-step screening and diagnosis strategy for viremic HCV infection among people who inject drugs in Catalonia. *Int J Drug Policy.* 2019;74:236-245.
4. Folch C, Saludes V, Reyes-Ureña J, Antuori A, Ibáñez N, Majó X, Colom J, Matas L, Casabona J, Martró E; HepCdetect II Study Group. The hepatitis C care cascade among people who inject drugs accessing harm reduction services in Catalonia: Major gaps for migrants. *Int J Drug Policy.* 2021;90:103057.
5. Characterization of Acute HCV Infection and Transmission Networks in People Who Currently Inject Drugs in Catalonia: Usefulness of Dried Blood Spots. Antuori A, Montoya V, Piñeyro D, Sumoy L, Joy J, Krajden M, González-Gómez S, Folch C, Casabona J, Matas L, Colom J, Saludes V, Martró E; HepCdetect II Study Group. *Hepatology.* 2021;74(2):591-606.
6. Saludes V, Antuori A, Lazarus JV, Folch C, González-Gómez S, González N, Ibáñez N, Colom J, Matas L, Casabona J, Martró E. Evaluation of the Xpert HCV VL Fingerstick point-of-care assay and dried blood spot HCV-RNA testing as simplified diagnostic strategies among people who inject drugs in Catalonia, Spain. *Int J Drug Policy.* 2020;80:102734.
7. Lens S, Miralpeix A, Gálvez M, Martró E, González N, Rodríguez-Tajes S, Mariño Z, Saludes V, Reyes-Ureña J, Majó X, Colom J, Forns X. HCV microelimination in harm reduction centres has benefits beyond HCV cure but is hampered by high reinfection rates. *JHEP Rep.* 2022;4(12):100580.
8. Not A, Saludes V, Gálvez M, Miralpeix A, Bordoy AE, González N, González-Gómez S, Muntané L, Reyes-Ureña J, Majó X, Colom J, Forns X, Lens S, Martró E. Usefulness of dried blood spot samples for monitoring hepatitis C treatment outcome and reinfection among people who inject drugs in a test-and-treat program. *J Med Virol.* 2023;95(2):e28544
9. Ferrer L, González V, Martró E, Folch C, Saludes V, Muñoz R, Rodríguez V, Morales A, Meroño M, Morey F, Sanjosé S, Casabona J. High HIV/STI prevalence among cisgender men and transgender women sex workers attending community-based centres in Barcelona, Spain: The Sweetie Project. *Int J STD AIDS.* 2022;33(12):1045-1053.
10. A Not, A Antuori, J Mesías-Gazmuri, M Montoro, C Folch, V González, V Saludes, J Gómez,

H Ouaarab, S Paytubi, MA Pavón, L Alemany, M Villar, M Meroño, J Casabona, E Martró, Grupo SexCohort y Grupo HepBClink. Prevalencia de la infección por el virus de la hepatitis B y cobertura de vacunación en población migrante de países endémicos o que ejerce el trabajo sexual en Cataluña. VII Congreso Nacional GEHEP, 22-24 de setembre de 2022 (pòster).

11. Agustí C, Martínez H, Martró E, Díaz Y, Montoro M, Moreno S, Muntada E, Romano P, Mora R, Villegas L, Mena J, Roquetes Q, Hernández J, Vázquez M, Not A, Muntané L, Reyes-Ureña J, Colom J, Casabona J. TESTATE C Plus: an online self-sampling intervention for hepatitis C in gay, bisexual and other men in Spain who have sex with men and trans women in Spain. Poster session presented at: EASL ViralHepatitis Elimination 2022;Feb 24-25 2022;Online

12. Martró E, Ouaarab H, Saludes V, Buti M, Treviño B, Roade L, Egea-Cortés L, Reyes-Ureña J, Not A, Majó X, Colom J, Gómez I Prat J; HepClink Study Group. Pilot hepatitis C micro-elimination strategy in Pakistani migrants in Catalonia through a community intervention. *Liver Int.* 2022;42(8):1751-1761.

IMPACTO DE LOS ESTUDIOS DE HEMODINÁMICA HEPÁTICA EN EL AVANCE DE LA HEPATOLOGÍA. ¿CÓMO INFORMAR A LOS PACIENTES?

Dra. Anna Baiges. Especialista en Hepatología del Hospital Clínic de Barcelona.

Dra. Virginia Hernández-Gea. Especialista Sénior en Hepatología del Hospital Clínic de Barcelona. Profesora asociada a la UB, Presidenta VADIG, Comité Científico EASL.

La cirrosis hepática es una causa importante de morbilidad y mortalidad a nivel mundial, la cual presenta dos manifestaciones clínicas principales. Por un lado, están las relacionadas con la insuficiencia hepática (que condiciona una disminución de la producción de albúmina, alteración del metabolismo glicémico, predisposición a infecciones, etc.) y por otro lado está el desarrollo de hipertensión portal, una de las complicaciones más graves de la cirrosis hepática.

La vena porta es la vena principal que nutre el hígado y se forma por la afluencia de las venas mesentérica superior, mesentérica inferior y esplénica. Así pues, la vena porta recibe la sangre del tubo digestivo, del bazo y del páncreas, la traslada al hígado de donde pasa luego a las venas suprahepáticas y de allí llega de vuelta al corazón.

El desarrollo de hipertensión portal viene provocado por cambios hemodinámicos en la circulación sistémica que aumentan el flujo esplácnico (del territorio intestinal) hacia el hígado. A su vez, debido a cambios estructurales y cicatriciales del tejido hepático (fibrosis hepática), el hígado ofrece una mayor resistencia intrahepática al paso de la sangre a través de la vena porta, provocando un estado hipertensivo en este territorio que es lo que se conoce como hipertensión portal. Se define hipertensión portal un gradiente de presión venosa hepática (diferencia entre la presión en la vena porta y la vena suprahepática) mayor a 5 mmHg y es clínicamente relevante porque la presencia de hipertensión portal provoca el desarrollo de complicaciones graves como la encefalopatía hepática, la ascitis o la hemorragia variceal, siendo esta última una de las que condicionan más mortalidad. La hemorragia por varices aparece porque a medida que aumenta la presión portal se desarrollan venas

colaterales que intentan descomprimir el territorio esplácnico. La formación de colaterales es un proceso complejo en el que hay apertura, dilatación e hipertrofia de canales vasculares preexistentes, siendo las venas esofágicas submucosas uno de los sitios más importantes para el desarrollo de vasos colaterales portosistémicos. Cuando estas varices esofágicas crecen de forma descontrolada existe un riesgo elevado de presentar hemorragia por varices esofágicas.

Diagnóstico de la hipertensión portal.

Existen diferentes herramientas para diagnosticar la presencia de hipertensión portal. Podemos clasificarlos a grandes rasgos en métodos directos y métodos indirectos.

Para medir la hipertensión portal de forma directa se requiere hacer una punción de la vena porta, accediendo a ella de forma percutánea (a través de la pared abdominal) o bien accediendo desde la vena suprahepática (a la que se llega fácilmente desde la vena yugular externa) y puncionando posteriormente el parénquima hepático hasta llegar a la vena porta. La diferencia de presiones entre la vena porta y la vena suprahepática es el **gradiente de presión portal (GPP)**. A pesar de ser una medida directa y por tanto exacta, se considera una técnica invasiva y por tanto se reserva para casos puntuales en los que se requiera alta precisión o en los que no haya métodos alternativos.

Habitualmente, para diagnosticar la hipertensión portal se usan métodos indirectos y menos complejos como la medición del **gradiente de presión venosa hepática (GPVH)**, que es considerado el estándar de oro para realizar el diagnóstico de hipertensión portal. La medición del gradiente de presión venoso hepático ha demostrado ser una técnica segura, precisa y reproducible para estimar de forma cuantitativa la presión portal, además de ser útil para valorar la respuesta a distintas terapias farmacológicas. El procedimiento consiste en la inserción de un catéter a través de la vena yugular interna, en el cuello, guiado por fluoroscopia (rayos X) y a partir de allí avanzar hacia una de las venas suprahepáticas. Una vez se alcanza la posición correcta, se hincha un pequeño balón para ocluir la vena y, de este modo, conseguir por un equilibrio de presiones una estimación muy fiable de cuál es la presión portal sin tener que acceder físicamente a puncionar la vena porta. Las medidas de presión se efectúan mediante un polígrafo calibrado muy sensible a los cambios más pequeños de presión, el cual se conecta a una computadora donde se registra la gráfica de dichas presiones.

La diferencia entre la presión libre en la vena suprahepática y la presión en la vena suprahepática con el balón hinchado es lo que se conoce como GPVH.

El valor normal del GPVH fluctúa entre 2 y 5 mmHg, mientras que un GPVH por encima de 5 mmHg ya se define como hipertensión portal. La historia natural de la cirrosis se caracteriza por ser de un curso largo, sin síntomas en sus fases iniciales y en el que en fases tempranas el GPVH puede ser normal o sólo ligeramente alto. Sin embargo, el progreso de la enfermedad se acompaña de un incremento en la presión portal y un empeoramiento de las funciones del hígado. Cuando el GPVH alcanza los 10 mmHg se conoce como **hipertensión portal clínicamente significativa** dado que es en este momento cuando pueden aparecer los primeros signos de descompensación hepática como la ascitis, la encefalopatía hepática o el desarrollo de varices gastroesofágicas.

Importancia de la medida del GPVH y pronóstico sobre los pacientes. El GPVH se ha utilizado en diferentes escenarios a lo largo de la historia, siendo una de sus primeras aplicaciones la detección de la hipertensión portal clínicamente significativa y la identificación de distintos puntos de corte que reflejan la gravedad de la enfermedad hepática. De hecho, un importante estudio ha analizado recientemente un grupo de pacientes con cirrosis hepática compensada y sin varices esofágicas al inicio del seguimiento y determinó que los pacientes que tenían mayor riesgo de descompensarse eran precisamente los que tenían un GPVH basal mayor de 10 mmHg (hipertensión portal clínicamente significativa), y observaron que este riesgo de descompensación hepática se podía disminuir con la administración de tratamiento betabloqueante no cardioselectivo.

El tratamiento betabloqueante no cardioselectivo es un tratamiento usado para la prevención (primaria o secundaria) de los episodios de hemorragia por varices esofágicas y está bien establecido que cuando con la administración de betabloqueantes el GPVH disminuye un 20% del GPVH del valor basal o disminuye por debajo de 12 mmHg, el riesgo de presentar nuevas hemorragias se reduce drásticamente.

Además, también en el campo de la hemorragia por varices se han realizado importantes estudios con los cuales se demostró que el GPVH medido durante los primeros días de ingreso predice qué pacientes están a mayor riesgo de sufrir un segundo episodio de hemorragia y/o complicaciones graves relacionadas con la hemorragia, lo cual permite hacer un tratamiento más intensivo en este subgrupo de pacientes. En la **Tabla 1** se resumen los distintos

puntos de corte de GPVH con sus diferentes significados pronósticos.

TABLA 1. Valor de gradiente de presión venosa hepática y su significado pronóstico.

> 10 MMHG: HIPERTENSIÓN PORTAL CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVA, RIESGO DE GENERAR VARICES, ASCITIS, DESCOMPENSACIÓN Y HEPATOCARCINOMA.

> 12 MMHG: RIESGO DE ROTURA Y HEMORRAGIA POR VARICES.

> 16 MMHG: AUMENTA EL RIESGO DE MORTALIDAD; AUMENTO DEL RIESGO QUIRÚRGICO.

> 20 MMHG: AUMENTO DEL RIESGO Y MORTALIDAD EN UN EPISODIO DE HEMORRAGIA VARICEAL AGUDA.

> 22 MMHG: MORTALIDAD EN HEPATITIS ALCOHÓLICA AGUDA.

PROGRAMA PILOTO DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LA OBESIDAD INFANTIL EN EL BARRIO DE LA MINA (SANT ADRIÀ DEL BESÒS, BARCELONA). RESULTADOS EN LA MEJORA DE ESTILOS DE VIDA.

Sra. Gemma Salvador Castell. Dietista-Nutricionista. Subdirección General de Promoción de la Salud. Agencia de Salud Pública de Cataluña.

Sra. Elisabet Carrera Alfonso. Enfermera de familia y comunitaria- CAP La Mina. Referente de fragilidad i complejidad- Gerencia de Atención Primaria y a la Comunidad de Barcelona Ciudad. Instituto Catalán de la Salud. Departamento de Salud.

Sra. Aroa Soriano. Dietista-Nutricionista. Subdirección General de Promoción de la Salud. Agencia de Salud Pública de Cataluña. DN del CAP de La Mina durante la experiencia piloto.



Antecedente

La obesidad es un problema de salud pública, tanto por el número de población afectada como por su relación con la aparición o agravación de otros problemas de salud crónicos: incrementa el riesgo de enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo 2, determinados tipos de cáncer, hipertensión arterial, artrosis, gota, etc. Estas enfermedades provocan una disminución tanto de la calidad como de la esperanza de vida de las personas afectadas.

En el año 2009, un documento de la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que el exceso de peso, el sedentarismo y un consumo bajo de fruta

y verdura causaban un 18,6% de la mortalidad a los países de renta elevada. Esto equivale a unas 11.351 muertes anuales en Cataluña. De ellas 5.065 (un 8,3%) se relacionan con la alimentación, 3.357 muertes se relacionan con el sedentarismo (un 5,5% de la mortalidad total). Un 4,8% (aproximadamente 2.929) se relacionan con problemas de salud vinculados al exceso de peso.

En la población infantil y juvenil este hecho es más preocupante, si se tienen en cuenta sus efectos en la salud actual del niño o joven y la constatación que la obesidad infantil es un importante predictor de la obesidad en la vida adulta y de los problemas de salud que comporta. El sobrepeso y la obesidad infantil pueden interferir en el crecimiento y el desarrollo de los niños, en su estado de ánimo, en el rendimiento escolar, en sus relaciones sociales y laborales futuras y en la aparición de enfermedades relacionadas (diabetes, hipertensión, dislipemias, algunos tipos de cáncer, etc.).

En el año 2015 la Agencia de Salud Pública de Cataluña (ASPCAT) encargó a AQUAS (Agencia de Calidad y Evaluación Sanitaria) una revisión sistemática de la literatura con el objetivo de actualizar el nivel de evidencia científica sobre "La prevención y el tratamiento de la obesidad infanto-juvenil". Como conclusión principal se destacó: *"La mejor evidencia disponible recomienda la implementación de un programa multicomponente, que tenga en cuenta aspectos conductuales, individuales y demográficos, sobre alimentación, actividad física, sedentarismo, horas de sueño; llevado a cabo por profesionales de la salud con formación previa y con la participación de la familia"*. Según la revisión de la AQUAS 2015 este programa multicomponente tiene que tener en cuenta **aspectos individuales y del entorno**. Tiene que actuar **sobre alimentación, actividad física, sedentarismo, horas de sueño y aspectos conductuales de los niños y jóvenes con sobrepeso y obesidad**, y tiene que ser llevado a cabo por profesionales de la salud con formación específica junto con la participación de la familia. Además, dado que la mayoría de los determinantes de la obesidad se encuentran fuera del sistema sanitario **es fundamental un abordaje comunitario que actúe sobre los entornos para hacerlos más saludables y que colabore con todos los agentes de la comunidad en un abordaje comunitario**.

A partir de esta revisión, un grupo interdisciplinar de más de 40 profesionales sanitarios representantes de sociedades científicas y entidades liderados desde la Agencia de Salud Pública de Cataluña elaboró un **Modelo de prevención y atención a la obesidad infanto-juvenil** que incluye una propuesta de intervenciones multifactoriales, intersectoriales y multinivel con el fin de

disminuir la prevalencia de exceso de peso en la población infantil y mejorar su control.

En 2019, se decide realizar un programa para pilotar el Modelo propuesto de Prevención y Atención a la Obesidad Infantil, para ser implementado en el barrio de La Mina (Sant Adrià de Besòs), donde se identifica una población de elevada vulnerabilidad social con una elevada prevalencia de obesidad infantil (11% de 5 a 9 años/ 20,5% de 10 a 14 años). La media de Cataluña, es de un 9,4% (10-14 años) y un 6,1% (5 a 9 años) (datos medidos y registrados en la plataforma eCAP).

¿Porque se escoge el barrio y el CAP de La Mina para pilotar el modelo?

- Porque tiene una de las prevalencias de obesidad infantil más elevadas de Cataluña.
- Porque el barrio presenta una situación socio-económica desfavorecida que requiere actuaciones focalizadas.
- Porque el CAP de La Mina dispone de un equipo de atención primaria motivado y con importante antecedente de trabajo comunitario, que ha identificado la obesidad como uno de los principales problemas de salud.
- Porque existe una red de recursos comunitarios muy potente.

En el Modelo a pilotar, se abordan tanto los aspectos individuales como del entorno del niño/a y su familia, con el objetivo de intervenir sobre: **la alimentación, la actividad física, el sedentarismo, el uso de pantallas, las horas de sueño y la crianza positiva**. La intervención se inicia durante el mes de julio de 2019 con varias formaciones al equipo del Centro de Atención Primaria (CAP) de La Mina y reuniones con las entidades del barrio, donde se construye un modelo compartido de los determinantes de la obesidad y el exceso de peso en el barrio, así como los recursos y activos para afrontarla.

En 2021, el proyecto se remodela para dar un mayor peso a la parte asistencial desarrollada desde el centro de salud, intentando aprovechar las actividades comunitarias ya iniciadas. El presente resumen sintetiza los puntos más importantes que conforman el proyecto y los resultados de la intervención.

Finalidad y objetivos

Pilotar en un barrio de especial prioridad el modelo de prevención y atención a la obesidad infantil que tiene como finalidad:

- Mejorar los hábitos de los niños y niñas con obesidad y reducir la prevalencia del exceso de peso mediante un abordaje integral de la salud.
- Mejorar la capacidad de los equipos de profesionales en la atención primaria de salud, en la prevención y abordaje de la obesidad.
- Homogeneizar la intervención de otros profesionales y dispositivos de apoyo.
- Garantizar la continuidad asistencial entre niveles y profesionales.
- Reducir la variabilidad de la prevención y atención a la obesidad infantil y disminuir los efectos de las desigualdades sociales sobre ella.

Metodología

El programa piloto incluye:

- Sesiones informativas por profesionales y entidades del barrio (identificadas desde el Equipo de Atención Primaria, EAP).
- Sesiones grupales con líderes comunitarios para establecer un diagnóstico compartido de los determinantes de la obesidad en el barrio y los recursos y activos para afrontarla.
- Formación /capacitación a los profesionales del EAP y ASSIR (Atención a la Salud Sexual y Reproductiva).
- Aplicación del modelo de intervención individual: Fase 0,1 y 2 con equipo de pediatría y la dietista-nutricionista, contratada para el proyecto.
- Realización de actividades comunitarias en escuelas y entidades del barrio.

- Sesiones individuales de actividad física dirigida.
- Talleres de apoyo emocional con la RBEC (Referente Comunitario de Bienestar Emocional).
- Evaluación de todos los procesos individuales y comunitarios y también de la satisfacción por parte de las familias participantes.

La intervención se basa en un abordaje multidisciplinar y multinivel de los aspectos individuales y del entorno del niño/a y la familia, con el objetivo de actuar sobre: **la alimentación, la actividad física y el ejercicio, el sedentarismo y tiempo de pantallas, el ocio, las horas de sueño y la crianza positiva y respetuosa, teniendo en cuenta los determinantes sociales.**

El proyecto se inicia con seminarios de formación dirigidos a los profesionales del CAP (crianza positiva y atención a familias vulnerables) y sesiones de debate con entidades del barrio para identificar conjuntamente los determinantes del exceso de peso al barrio, las necesidades y los recursos existentes y consensuar posibles actuaciones.

Intervención comunitaria en el barrio:

A partir de las sesiones iniciales de debate con las entidades que trabajan con la población infantil del barrio, se identifican necesidades formativas en relación en los ejes temáticos del proyecto.

Se llevaron a cabo actividades comunitarias como talleres y formaciones para grupos reducidos, dirigidas a niños y familias del barrio de La Mina a través de las propias entidades.

Intervención desde el centro de salud:

Se plantea una estrategia de identificación de niños y niñas con exceso de peso y de derivación hacia un acompañamiento intensivo de modificación de hábitos. La inclusión de los niños y niñas en el proyecto, se realiza a través del equipo de pediatría, en función de los criterios de inclusión y el interés y motivación detectada en el/la niño/a y la familia:

- Sobrepeso (IMC* >percentil 85): Sobrepeso Infantil.
- Obesidad no complicada (IMC >percentil 95): Obesidad Infantil.

- Obesidad con comorbilidades en fase incipiente.
- Algunos casos que el equipo de pediatría considera conveniente incluir en el programa a pesar de no cumplir ninguno de los criterios anteriores.

En un marco de visitas quincenales se trabajan las necesidades del niño/a de forma individualizada, progresiva y sostenible con la dietista-nutricionista. La herramienta principal en las visitas para explorar y consensuar los cambios es la **entrevista motivacional**, donde se priorizan, pactan y consolidan pequeños cambios.

La monitorización de los niños/as incluye, entre otros aspectos, la valoración de posibles alteraciones conductuales (maceta de riesgo-psicosocial), entrevistas semiestructuradas de: frecuencia de consumo de alimentos, recordatorio dietético de 24h, variables de rutina del sueño, uso de pantallas, actividad física, registro y seguimiento de los acuerdos. El acompañamiento del cambio de hábitos se realiza a través de sesiones cada 2 o 3 semanas en visitas de 20-30 minutos. Entre visitas presenciales se realizan llamadas semanales o quincenales (5-10 minutos) de apoyo y seguimiento.

Además, a través de la figura de la RBEC, se han realizado talleres grupales con los niños/as y sus familias (10 sesiones) para la mejora de la relación con los límites y la gestión de las emociones. También se han realizado sesiones de actividad física individualizadas para mejorar, la motricidad, el movimiento y la forma física de los niños y niñas y las familias interesadas. Asimismo, se incorporó una sesión quincenal (hasta 5) tutorizada por una profesional de la actividad física, con prescripción de ejercicio autónomo adaptado al nivel.

Se han elaborado materiales adaptados a las necesidades para facilitar la adherencia a los compromisos relativos a los ejes del proyecto. Por ejemplo: herramientas para el fomento y/o el seguimiento de la actividad física en familia, infografías, diario de seguimiento de los compromisos o calendarios de retos.

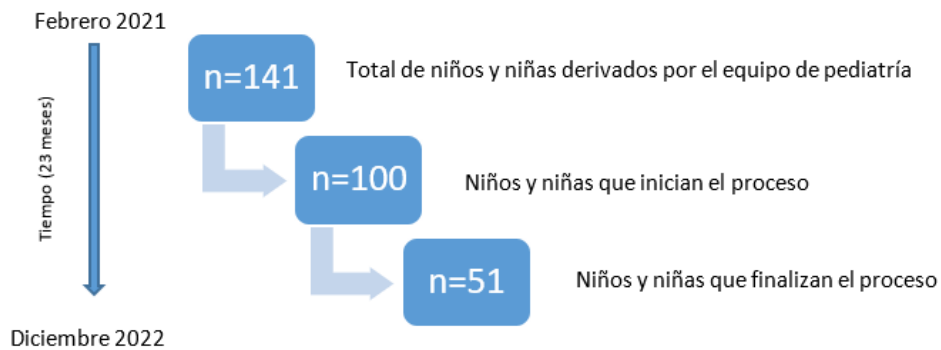
Resultados

Intervención desde el centro de atención primaria

Desde el equipo de pediatría se derivaron en el programa de prevención y atención al exceso de peso un total de 141 niños/as de edades comprendidas entre los 2 y 14 años, de los cuales un 29,1% nunca llegó a presentarse. Del total de familias que asistieron como mínimo una vez (n=100), el 51,0% permaneció

hasta el final del proceso con una dedicación aproximada de 15 visitas por niño/a, variable en función del tiempo total de participación (mínimo 3 meses, máximo 23 meses):

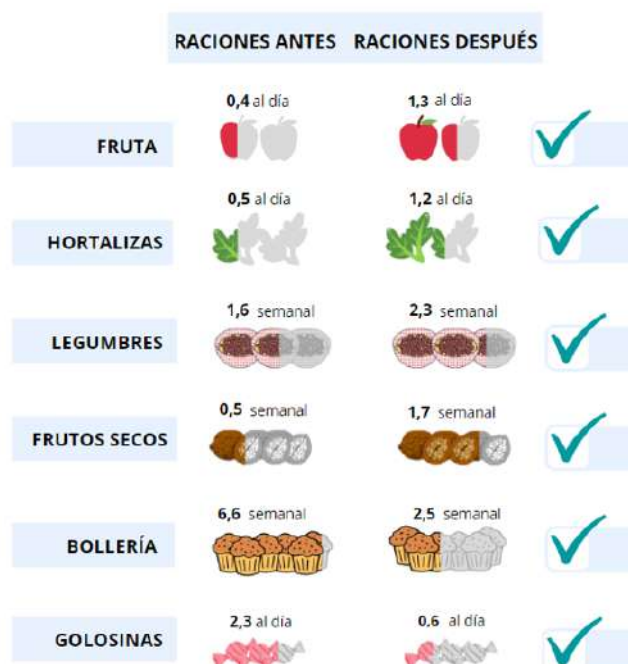
Los niños/as participantes tienen una media de edad de 9,5 años. El 41,2% son niñas y el 58,8% son niños. **La media del IMC de los niños es de $27,3 \pm 5,3$ kg/m² (n=51).**



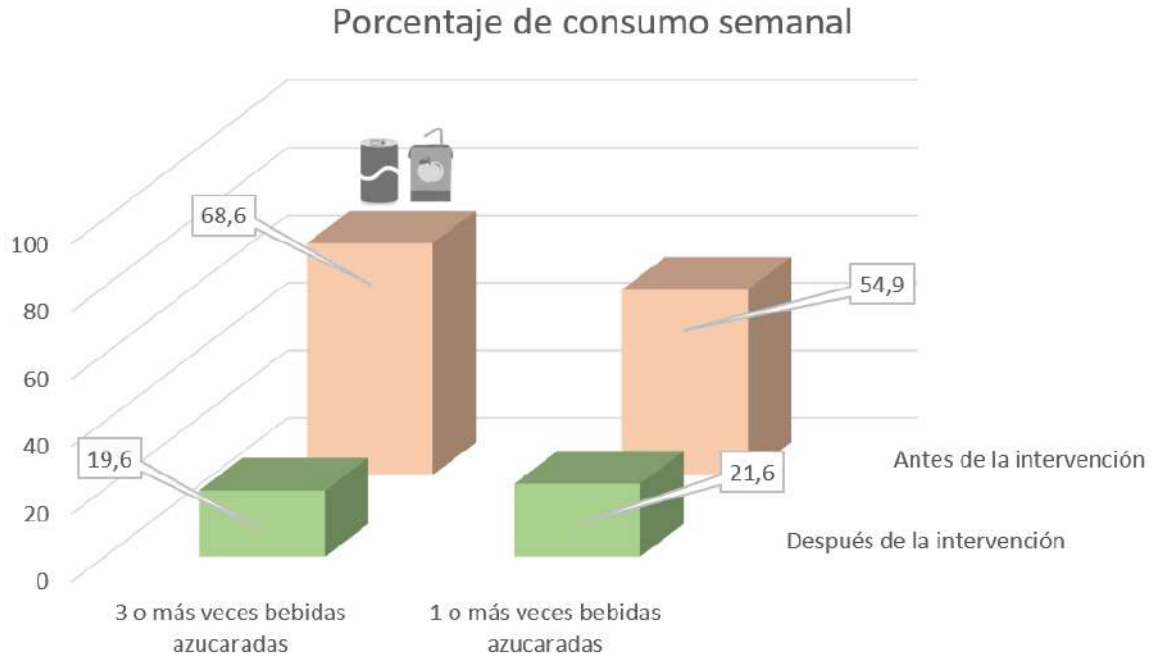
Resultados en relación a los hábitos

Se observa una relación negativa débil pero significativa entre el número de comidas y el IMC, a menos comidas más IMC. **Se ha incrementado de forma significativa el consumo diario de frutas y hortalizas, el consumo semanal de legumbre y frutas secas y se ha reducido significativamente el consumo de bollería y golosinas entre los niños participantes.**

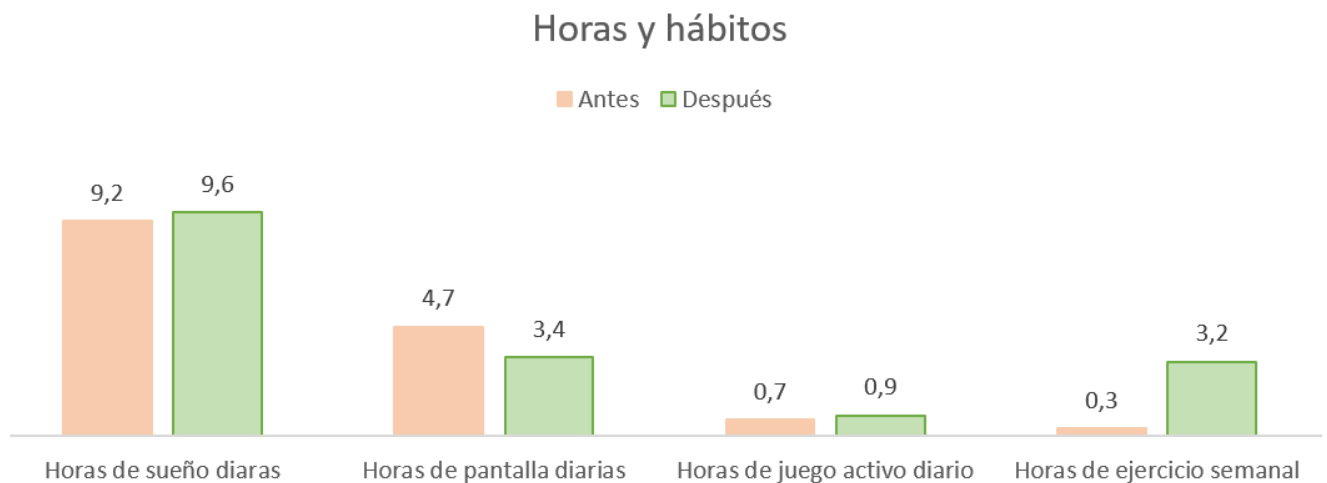
Figura: Cambios significativos del consumo de alimentos antes y después de la intervención.



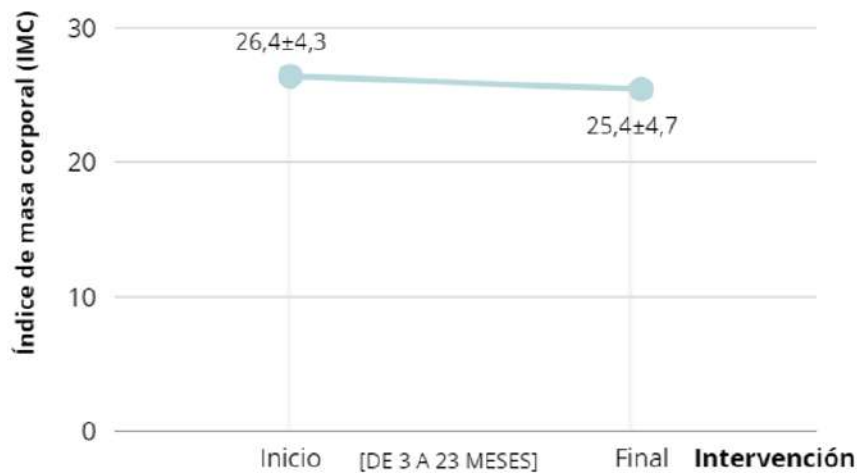
El descenso del consumo de bebidas azucaradas de los niños que consumían 3 o más veces en la semana ha sido del 49% (antes 68,6%, después 19,6%). La frecuentación semanal a los establecimientos de comida rápida ha disminuido en un 33% -(antes 54,9%, después 21,6%):



Hábitos como la mejora de las horas de sueño se han incrementado significativamente, así como el juego activo y el tiempo dedicado a extraescolares de tipo deportivo. Al mismo tiempo y de forma consecuente, las horas dedicadas al uso de pantallas se han reducido significativamente:



La evolución del IMC ha mejorado para el 72,3% de los niños (n=39) de forma significativa:



Los casos donde se ha incrementado el IMC (n=12) se observa como el 62,5% (n=9) de los niños ha desacelerado la curva de crecimiento, en relación al peso, mientras que 3 niños se pueden considerar no respondedores a la intervención.

Intervención comunitaria en el barrio

La intervención comunitaria se ha centrado en la diagnosis inicial compartida. Atendidas las restricciones ligadas a la pandemia se han realizado únicamente algunos talleres en grupos reducidos sobre alimentación y actividad física, a entidades, niños/as y sus familias:

- Alimentación saludable y planificación de menús: esos principales de una alimentación variada, saludable y completa a través de pequeños cambios. Adquisición de habilidades por la planificación de menús semanales, reducción de derroche de alimentos y ahorro dinero.
- Almuerzos y meriendas saludables: mejora de elecciones alimentarias a través de alternativas y estrategias para la sustitución de productos ultraprocesados en almuerzos y meriendas.
- Actividad física y movimiento: sesión de juegos tradicionales con variantes y propuestas de incorporación de movimiento en la vida diaria.

Se ha realizado una iniciativa piloto para distribuir e incentivar el consumo de fruta fresca y de temporada entre niños y jóvenes de las entidades y casales del barrio, denominada "VERANO SALUDABLE", durante el mes de julio del 22.

La iniciativa ha tenido una duración de cuatro semanas, con la coordinación y la implicación de diferentes entidades, organismos y fundaciones:

- CAP La Mina / Agencia de Salud Pública de Cataluña, ASPCAT.
- Ayuntamiento de Sant Adrià del Besòs.
- Fundación Foodback-*Mercabarna. Banco de Alimentos.
- Plataforma Educación Social (PESO) La Mina.
- Casal de los Niños del Besòs y La Mina.
- La Asociación Casal Infantil La Mina.
- Tres servicios del Consorcio del Barrio de la Mina: el servicio de orientación y atención a familias con niños de 0-6 años Basura Familia, el servicio socioeducativo lúdico y familiar La Caja de los Juegos y el Espacio Joven.

En coordinación con Foodback – Mercabarna y el Ayuntamiento de Sant Adrià del Besòs se **facilitó la entrega 545 kg de fruta fresca a las entidades que ofrecen meriendas y almorzar a los niños (hasta 300 beneficiarios) fruta procedente de la Fundación Foodback – Mercabarna.** Esta ha sido una actividad muy bien valorada, tanto por las entidades participantes como por las personas, niños y niñas usuarias.

Conclusiones

A pesar que el periodo de pandemia no ha permitido pilotar el modelo de prevención y atención a la obesidad infantil como fue diseñado en su totalidad, esta prueba piloto ha mostrado que:

- Es un modelo bien aceptado por el equipo de atención primaria y por la comunidad.
- Puede actuar aprovechando recursos y actividades en curso y potenciándolas.
- Es fundamental construir a partir del trabajo comunitario previo realizado por el EAP.
- En relación a la intervención: se han obtenido resultados positivos tanto en relación a la mejora de hábitos como en el IMC, entre los niños y niñas que han participado.

En el marco de este piloto, el abordaje integral de niños y niñas supone un prisma enriquecido respecto a la intervención habitual, gracias a la coordinación entre diferentes profesionales, tanto del CAP como de las entidades, la dedicación de tiempo y la adaptación a las características y necesidades de niños, niñas y sus familias.

- La intervención comunitaria se ha centrado en la diagnosis inicial compartida, la realización de talleres y el impulso del consumo de fruta, tanto en la escuela como las entidades. La valoración final, tanto por parte de los usuarios como de las entidades, de algunas actividades que se han podido llevar a cabo, ha sido muy positiva, y podrían ser replicables en otros procesos comunitarios.
- A partir de este piloto se ha diseñado un algoritmo que permite recoger de forma estructurada y fácil los 2 componentes de la intervención (comunitaria y asistencial) para replicar el modelo en todo Cataluña basándose en el trabajo comunitario de los equipos de atención primaria y el abordaje asistencial desde los equipos de pediatría con la participación de los nuevos perfiles de profesionales (muy especialmente DN y RBECS).
- Se ha elaborado una caja de herramientas para la implementación que incluye guías y recursos ya disponibles previamente y otros diseñados específicamente por este pilotaje.

Tanto las condiciones de entorno (determinantes sociales, económicos y comerciales) como el hecho que las previsiones económicas no prevean mejoras y también el hecho que muchos de los niños y niñas entrarán en fase pre y adolescente en los próximos meses/años, son factores que pueden incidir de forma negativa en los resultados conseguidos durante la intervención piloto. **Por lo tanto, es importante dar continuidad a esta intervención ofreciendo un acompañamiento a las familias participantes y desarrollando más intensamente la parte comunitaria, actuando sobre el entorno y los determinantes.**

ENTREVISTAS

“EL ALCOHOL ES LA DROGA PSICOACTIVA MÁS EXTENDIDA EN ESPAÑA”

Dr. Ramon Bataller



Nueve de cada diez españoles de 15 a 64 años había tomado alcohol alguna vez en su vida, según la encuesta [EDADES de 2022](#) del Ministerio de Sanidad, y el 64,5% lo había hecho en el último mes.

El consumo de alcohol es algo cultural en España: al salir del trabajo se toman unas cañas, a una cena en casa de amigos se lleva una botella (o dos) de vino. Casi todo el ocio está relacionado con bebidas alcohólicas y los expertos advierten del riesgo de esta normalización. *“Es una sustancia intrínsecamente adictiva, más que el cannabis”*, advierte convencido Ramón Bataller, jefe de hepatología del Hospital Clínic de Barcelona. Por eso, autoridades y expertos están de acuerdo en que hay que tomar medidas para atajar este problema. La cuestión es cuáles.

“Es una sustancia intrínsecamente adictiva, más que el cannabis”.

En 2018, Escocia impuso a las bebidas alcohólicas un precio unitario mínimo (MUP, por sus siglas en inglés) de 50 peniques por cada [unidad de alcohol](#) (10 mililitros) que contuvieran para reducir su consumo. El pasado marzo, la revista *The Lancet* publicaba [un artículo](#) en el que se evaluaba la eficacia de esta medida: cinco años después se han reducido las ventas en un 3%, se han evitado una media de 156 muertes al año completamente atribuibles al alcohol y 411 hospitalizaciones por la misma causa. Si en Escocia ha dado resultado, ¿se puede reducir el consumo de alcohol en España poniéndole un precio mínimo?

Para poder hacer una comparativa, EL PAÍS ha buscado los precios de distintas bebidas alcohólicas en los principales supermercados españoles y ha calculado el precio equivalente en euros que tendrían en Escocia (teniendo en cuenta esa cifra mínima de 50 peniques, la graduación y el contenido de cada bebida). En España, la lata de [cerveza](#) de 33 centilitros más barata cuesta 29 céntimos, y [su contenido de alcohol](#) es de 1,7 unidades. Si se comparara con Escocia, el precio sería de 91 céntimos, más del triple. En el caso de la ginebra, la más barata en supermercados españoles cuesta 5,49 euros; en los escoceses no puede costar menos del equivalente a 13 euros.

Tanto Bataller como Albert Espelt, coordinador del Grupo de Alcohol de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE), están de acuerdo en que imponer un precio mínimo es una medida eficaz para reducir el consumo de alcohol entre la población. Sin embargo, reconocen que, por sí sola, el efecto sería muy pequeño.

Bataller, que es portavoz de la Asociación Española para el Estudio del Hígado (AEEH) para enfermedades hepáticas relacionadas con el alcohol, explica que una medida así debe acompañarse de educación desde una edad temprana, concienciar a los más jóvenes para que no consuman alcohol. *“También hay que ofrecerles opciones alternativas de ocio”*, añade Jorge Jiménez, educador de la plataforma FERMAD Vive Contigo, dedicada a ayudar a personas con [adicciones](#) y a sus familias. *“Si la alternativa es ir al teatro, pero la entrada cuesta lo mismo, o más, que salir de fiesta o irse de botellón, no estamos dando grandes alicientes”*, manifiesta Jiménez.

“También hay que ofrecerles opciones alternativas de ocio”

Los dos sanitarios coinciden en que, a nivel regulatorio, las medidas que se han aplicado en España están bien, pero deben aplicarse de verdad, sobre todo cuando se habla de menores de edad. La edad media de inicio en el [consumo de alcohol](#) es a los 14 años, *“cuatro años antes de la edad legal”*, recalca Espelt. El experto de la AEEH insiste en que, si sólo se sube el precio de la bebida y no se concientia, cuando esos menores sean adultos y puedan permitírselo la consumirán igualmente.

Normalización familiar

El 74% de los adolescentes españoles ha probado el alcohol. En el último mes, lo ha tomado el 54% y el 23% se ha emborrachado en ese periodo, según los datos de la encuesta [ESTUDES 2022](#). *“Cada menor que bebe alcohol va asociado a un adulto que lo ha hecho posible”*, sentencia Bataller. Esto lo achacan a la

normalización que se da desde el propio entorno familiar, todo se celebra con vino o cerveza.

“Cada menor que bebe alcohol va asociado a un adulto que lo ha hecho posible”,

Jorge Jiménez, de FERMAD, asegura que el inicio de esa normalización se da cuando los niños ven a su familia consumir [alcohol](#) como motivo de ocio o alegría. *“La primera vez que se prueba el alcohol suele ser en el entorno familiar”,* continúa el educador. Espelt, de la SEE, cree que es interesante preguntarse cuándo fue la primera vez que se vio a alguien beber alcohol: *“Seguramente, el día de tu nacimiento o en tu primera Navidad ya había familiares brindando con cava”,* sugiere.

Otros dos pilares de esta [normalización](#) son la publicidad y las series de televisión. El epidemiólogo sostiene que las campañas publicitarias intentan vender una relación entre el propio alcohol y un uso saludable del mismo: *“Muestran personas bebiendo, no de fiesta, pasándose bien en la playa, con amigos, incluso haciendo deporte”.* En las series y el cine es *“muy fácil”,* dice, ver que alguien se toma una cerveza o una copa con cualquier pretexto; algo que no debería ser lo normal, añade.

Los expertos hablan también de un cambio en la forma de consumo. Antes, según Espelt, era un patrón más mediterráneo, quizá se hacía todos los días, pero en menor cantidad. Ahora, sobre todo los jóvenes, practican lo que se conoce como binge drinking o atracón: beber mucho alcohol en poco tiempo. Según el Ministerio de Sanidad, se considera atracón el consumo a partir de cinco bebidas alcohólicas, para los hombres, o de cuatro para las mujeres, seguidas o en un intervalo de dos horas.

Esta conducta puede predisponer a sufrir enfermedades hepáticas (como la cirrosis) y alzhéimer, entre otros, explica Bataller, del Clínic: *“Es un consumo de riesgo por definición”.* El efecto negativo del alcohol es peor cuanto más corta es la edad de inicio. Hay más posibilidades de desarrollo de cirrosis y de caer en una adicción, cuenta el hepatólogo.

Los daños afectan menos a los ricos

“Además, puede ocasionar daños neurológicos en los adolescentes al no tener el cerebro completamente desarrollado”, agrega Espelt. El epidemiólogo hace

hincapié en que los patrones de consumo que se adoptan en la adolescencia son muy difíciles de erradicar en la vida adulta: *“Todo lo que normalizas en esa etapa es muy difícil cambiarlo después”*. La encuesta [ESTUDES 2022](#) muestra que el 28% de los jóvenes entre 14 y 18 años practicó el binge drinking en el último mes.

Entre las regiones de [la OMS](#), la europea tiene el nivel más alto de consumo de alcohol y la mayor proporción de bebedores. Más de 200 millones de personas corren el riesgo de desarrollar cáncer atribuible al alcohol, según datos de la propia organización. La OMS informa también de que, en cualquier sociedad, se registran más muertes y hospitalizaciones relacionadas con el alcohol en las poblaciones desfavorecidas y vulnerables. Los bebedores más ricos sufren menos esos daños del alcohol, para una misma cantidad y patrón de consumo.

Espelt es consciente de ello y por eso cree que medidas como el MUP escocés sirven sobre todo para alejar del [alcohol](#) a los consumidores más vulnerables. Escocia no ha sido el único territorio europeo en implantarlo; Gales lo incorporó a su legislación en 2020, pero todavía es pronto para tener un análisis de su efecto.

“Si lo hago caro, la gente no accede, y si lo hago poco disponible, no lo encuentra”. De esta forma resume Espelt los enfoques más eficaces para acabar con el consumo de alcohol, aunque resalta que se quedan en nada si no van acompañados de prevención y educación en salud pública.

Fuente: El País

“LA BARRERA MÁS IMPORTANTE PARA EL TRATAMIENTO DE LAS HEPATITIS VÍRICAS ES EL DIAGNÓSTICO DE QUIENES DESCONOCEN SU INFECCIÓN”

Dra. Manal El-Sayed



La **Dra. Manal El-Sayed** es catedrática de pediatría y miembro fundador del Comité Nacional Egipcio para el Control de las Hepatitis Víricas y pertenece al Comité Asesor Técnico Estratégico de la Organización Mundial de la Salud (**OMS**). *“La barrera más importante para el tratamiento de las **hepatitis víricas** es el diagnóstico de quienes desconocen su infección”*, explica en una entrevista con iSanidad con motivo de su participación en la masterclass: **“Prevención de las enfermedades hepáticas: la importancia de las políticas de salud pública”**, celebrada por **Abbvie** en el marco del 48º Congreso de la **Asociación Española para el Estudio del Hígado (AEEH)**. Además, lamenta que *“muchos países de renta baja y media-baja aún carecen de políticas y estrategias para eliminar las hepatitis víricas”*.

“muchos países de renta baja y media-baja aún carecen de políticas y estrategias para eliminar las hepatitis víricas”.

¿Qué políticas de salud pública se han implementado en Egipto para intentar controlar las hepatitis víricas y la eliminación de la hepatitis C? ¿Cuáles son las similitudes y diferencias con las políticas llevadas a cabo en España en esta materia?

La hepatitis C ha sido una importante amenaza para la salud pública en Egipto durante décadas, con un aumento de las tasas de mortalidad por enfermedad hepática en fase terminal y cáncer de hígado y un impacto social sustancial. El foco del problema se identificó en la década de 1990, cuando Egipto presentaba una de las tasas de prevalencia más altas del mundo. La principal vía de transmisión en ese momento eran las inyecciones inseguras utilizadas en las campañas nacionales de erradicación de la esquistosomiasis. La infección se mantuvo a través de transfusiones de sangre y otras prácticas de riesgo, así como de las deficientes políticas de control de infecciones en los centros sanitarios.

La identificación del problema ha dado lugar a varias políticas de atención sanitaria pública a lo largo de los años, empezando por la primera política de control de infecciones en 2002. La verdadera transformación se produjo en 2006 con la creación del Comité Nacional para el Control de las Hepatitis Víricas (Nccvh). La primera estrategia para el control de las hepatitis víricas se publicó en 2008 con la integración de las pruebas del VHC en la encuesta demográfica de salud para identificar la carga de la enfermedad.

Mientras tanto, se inició un programa nacional de tratamiento y se formó a cientos de médicos en centros especializados en hepatitis víricas de todo el país interconectados a través de una base de datos. La infraestructura existente fue la plataforma utilizada para ampliar masivamente el tratamiento con la llegada de los nuevos antivirales orales de acción directa.

Los precios se negociaron al 1% del precio mundial y en septiembre de 2014 se publicó la segunda estrategia y plan de acción para el control de las hepatitis víricas, que incluía todos los elementos, a saber, control de infecciones, seguridad de la sangre, vacunación y aplicación de dosis al nacer contra la hepatitis B, educación y comunicación, cribado, atención y tratamiento, así como gobernanza. En paralelo, se puso en marcha el sistema de registro online y la nueva terapia de antivirales de acción directa.

En 2015 se realizó otra encuesta en la que se analizaron las infecciones por los virus de la hepatitis B y C para estimar la tendencia de la infección en comparación con la encuesta anterior y el envejecimiento de la población infectada. Con la disminución del coste de los antivirales de acción directa en

Egipto se hizo posible el tratamiento de más pacientes y la eliminación acelerada de la enfermedad.

Entre 2014 y 2017, Egipto trató a casi el 60% de los tratados en todo el mundo, pero empezó a quedarse sin registros para aquellos que eran conscientes de su infección. Se iniciaron esfuerzos para el cribado en aldeas con unidades móviles realizando pruebas a casi 6 millones de personas hasta 2018, cuando se lanzó la campaña de cribado *“100 millones de vidas”*.

En resumen, los puntos clave para el éxito de Egipto en la eliminación de la hepatitis vírica son los siguientes: recopilación y análisis de la información y los datos necesarios (incluir estudios de modelización cuando sea posible); establecimiento del Comité Nacional para el Control de las Hepatitis Víricas (Nccvh); Plan estratégico de aplicación (plan de acción); objetivos y plazos claros; voluntad política con compromiso gubernamental y promoción; movilización de la comunidad y capacitación del público para un liderazgo fuerte; compromiso de todas las partes interesadas, con los medios de comunicación como actores clave; creación de un marco de rendición de cuentas y seguimiento (vigilancia); aprovechamiento de experiencias anteriores e integración en la infraestructura existente cuando sea posible; y financiación catalizadora.

Lo que diferencia a Egipto de muchos países, entre ellos España, es la naturaleza de la enfermedad, que afecta a la población en general y no a poblaciones clave y grupos de alto riesgo. Esto hizo necesario un importante enfoque de salud pública y un programa de divulgación para toda la población. La prevalencia de la infección por el virus de la hepatitis C en Egipto en 2015 fue del 7%, lo que supone al menos 10 veces más que la prevalencia en la población adulta española. En España el problema se concentra en personas que consumen drogas y en la población anciana que recibió transfusiones de sangre en el pasado.

El gobierno español tiene políticas para la eliminación de las hepatitis víricas y está tratando a todos los pacientes diagnosticados de hepatitis C con cargo al Estado, con especial atención a las poblaciones clave. Sin embargo, para alcanzar el último escalón de la eliminación es necesario que los programas lleguen a aquellos que desconocen que tienen la infección.

La experiencia egipcia con el cribado de toda la población adulta y de los niños en las escuelas podría no ser rentable en países con bajas tasas de

prevalencia, pero otros programas podrían ser más eficaces, como la integración en las revisiones rutinarias y el cribado familiar. Además, hay que realizar un seguimiento continuo y estrecho de las poblaciones con alto riesgo, como los consumidores de drogas, los reclusos, los infectados por el VIH y los inmigrantes, entre otros.

¿Qué impacto ha tenido el programa nacional de cribado masivo que supervisa en Egipto?

A principios de 2018, el gobierno egipcio decidió embarcarse en un esfuerzo masivo para identificar y tratar a todas las personas infectadas por el VHC para lograr la eliminación de la enfermedad en el menor tiempo posible. Con una iniciativa presidencial y financiación catalizadora del banco mundial en colaboración con todos los ministerios y sociedades civiles del país, el Gobierno sometió a cribado a 50 millones de adultos y 12 millones de niños mayores de 12 años en las escuelas en el plazo de 1 año y proporcionó tratamiento pagado por el Estado a todos aquellos con viremia del VHC.

Esta campaña se integró con el cribado de la obesidad, la hipertensión y la diabetes, lo que permitió al gobierno planificar estrategias de salud pública y diseñar políticas para otros problemas de salud. El diagnóstico precoz y el tratamiento de la hepatitis C permitirían evitar 260.000 muertes hasta 2030 y reducir la carga en más del 60%. Además, la relación coste-eficacia incremental de este programa se calcula en 751 dólares (553\$ – 1667\$) por años de vida ajustados por discapacidad evitados, menos de 1X el PIB per cápita (2.400\$). La eliminación del estigma y el impacto social no pueden medirse, pero el programa de cribado a escala nacional con campañas en los medios de comunicación tuvo un impacto significativo en la eliminación de la discriminación contra los infectados por hepatitis en la comunidad.

¿Cuáles son los factores de riesgo para padecer una hepatitis vírica?

Existen varios factores que aumentan la susceptibilidad a las infecciones por los virus de la hepatitis B y C, como el contacto con agujas usadas, jeringuillas u otros objetos que puedan estar contaminados con sangre infectada por los virus de la hepatitis. Asimismo, es probable que algunos comportamientos o actividades aumenten el riesgo de que una persona desarrolle una hepatitis vírica, como compartir agujas u otros objetos que puedan estar contaminados por el virus de la hepatitis, participar en prácticas sexuales de riesgo, recibir transfusiones de sangre o hemoderivados contaminados y exponerse a prácticas médicas de riesgo, sobre todo en entornos con recursos limitados.

Además, la transmisión materno-infantil se da sobre todo en madres infectadas por el virus de la hepatitis B con una carga viral elevada y, en menor medida (5-7%), en madres infectadas por el VHC. Esto subraya la necesidad crítica de implementar la vacunación de la hepatitis B en dosis al nacimiento para prevenir la transmisión de madre a hijo. También se han notificado casos de transmisión intrafamiliar, en particular de la hepatitis B, que requieren el cribado y la vacunación de los miembros de la familia. El cribado familiar también puede utilizarse para detectar adultos infectados y niños que no son conscientes de su infección.

¿Cómo debe ser el manejo de los pacientes que sufren una infección conjunta del virus de la hepatitis C y del VIH?

La coinfección por el virus de la hepatitis B (VHB) o el virus de la hepatitis C (VHC) es frecuente entre las personas infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) debido a las vías de transmisión habituales, como el intercambio de sangre u otros fluidos corporales durante el consumo de drogas intravenosas, el contacto sexual o la transmisión materno-infantil durante el periodo perinatal.

Esta coinfección acelera la progresión de la hepatopatía y aumenta la morbilidad y la mortalidad, sobre todo si no se diagnostica ni se trata.

La OMS ha puesto en marcha estrategias para promover la eliminación mundial de estos virus para 2030. El principal éxito de estas estrategias se basa en la realización de pruebas y el diagnóstico de al menos el 90% de todas las personas infectadas por el VHB, el VHC y el VIH, como primer paso necesario para comprometerse con la atención y el tratamiento.

Por desgracia, las personas que viven en países con recursos limitados y un acceso reducido al diagnóstico y la atención médica corren un mayor riesgo de infectarse por ambos virus.

Los pacientes con coinfección por el VHC y el VIH tratados con regímenes antivirales de acción directa (AAD) totalmente orales contra el VHC pueden lograr una respuesta virológica sostenida (curación del VHC) con tasas comparables a las de los pacientes con mono-infección por el VHC. Además, los pacientes con VIH deben ser diagnosticados, tratados y monitorizados para detectar la curación o la reinfección, con el fin de evitar la progresión incesante de la enfermedad hepática.

Para reducir la carga de la infección por hepatitis B, debería administrarse la vacuna de la hepatitis B de forma sistemática a todos los recién nacidos. Además, todos los pacientes infectados por el VIH deberían someterse a pruebas de detección de los marcadores de la infección por el VHB, concretamente el HBsAg, para detectar la coinfección por el VIH y el VHB y, si son negativos, deberían vacunarse contra la hepatitis B. Un enfoque similar debería aplicarse a los niños, los adolescentes y las mujeres embarazadas y lactantes.

¿Cuáles son los principales retos en el tratamiento de las hepatitis víricas?

Hay muchos países, sobre todo de renta baja y media-baja, que aún carecen de políticas y estrategias para eliminar las hepatitis víricas. También pueden faltar datos sobre la carga de la enfermedad, lo que dificulta convencer a los gobiernos para que se comprometan a financiar el diagnóstico y el tratamiento. Asimismo, en muchas comunidades no existe concienciación sobre las hepatitis víricas y los riesgos de exposición, ni sobre la necesidad de someterse a pruebas y tratamiento para prevenir daños hepáticos.

La barrera más importante para el tratamiento es el diagnóstico de quienes desconocen su infección. Además del coste del tratamiento, que a lo largo de los años ha disminuido drásticamente con la disponibilidad de medicamentos genéricos, especialmente en entornos con recursos limitados. El coste de los diagnósticos, especialmente a nivel molecular, supone una barrera significativa para la implementación de programas de diagnóstico y tratamiento. También existe una necesidad urgente de integrar los programas de hepatitis víricas en los servicios sanitarios existentes y de implicar a las principales partes interesadas para mejorar la concienciación entre los médicos, los responsables políticos, los principales líderes de opinión, los medios de comunicación y la comunidad.

Fuente: isanidad

ENTREVISTA AL DR. PERE GINÉS CON MOTIVO DE LA JORNADA FIBROSCAN® 2023 DE ASSCAT

Por Dra. Teresa Casanovas



Para nosotros es una satisfacción contar con el Dr. Pere Ginés para esta entrevista que enfocaremos desde la perspectiva de la utilidad del FibroScan® como método de diagnóstico no invasivo de las enfermedades del hígado.

El Dr. Pere Ginés es hepatólogo clínico e investigador, se ha dedicado durante años al tratamiento y control de pacientes con enfermedades hepáticas avanzadas, con especial dedicación a los pacientes que presentan complicaciones de su cirrosis y que ingresan en el hospital.

Dra. Casanovas: ¿Cuál es su opinión con respecto a la asistencia actual a los pacientes hepáticos?

Dr. Ginés: Es necesario un cambio en la orientación de la asistencia actual a los pacientes hepáticos, que está muy centrada en la inmediatez de las complicaciones. En una época en que disponemos de tratamientos curativos y preventivos frente a las enfermedades hepáticas, deberíamos ser muy proactivos para detectar los casos en fases iniciales. Por ello, hemos de cambiar el paradigma actual, puesto que los pacientes hepáticos ingresan en el hospital por complicaciones de su enfermedad y sabemos que podrían ser diagnosticados mucho antes. Aquí es donde hemos de hacer el cambio. Es muy importante detectar la enfermedad hepática de forma precoz en lugar de esperar a que aparezca. Por eso se han de desarrollar y evaluar programas de

cribado que supondrían un cambio cualitativo en la práctica clínica.

“Es necesario un cambio en la orientación de la asistencia actual a los pacientes hepáticos”.

La enfermedad evoluciona de una forma gradual y progresiva, desde una etapa asintomática que puede durar años hasta la aparición de síntomas y complicaciones, es la fase de cirrosis descompensada que es común en todas las causas de enfermedad crónica del hígado. En esta etapa, el paciente requerirá hospitalización, sufre un deterioro en su calidad de vida y aumentan las posibilidades de mortalidad.

Dra. Casanovas: Desde hace años, se dispone del FibroScan®, un aparato que permite cuantificar el estadio de fibrosis. Se trata de un método no invasivo del que se tiene experiencia en todo el mundo y que ha sido plenamente validado.

El Dr. Pere Ginés y su equipo de investigadores del Hospital Clínic de Barcelona coordinan el proyecto europeo LiverScreen, financiado por la Unión Europea. La base del proyecto es la detección del estadio de fibrosis a través del FibroScan® en la población general.

Con este método no invasivo que es específico, fácil de usar y rentable para la evaluación de la fibrosis hepática se pretende realizar un diagnóstico precoz de la afectación hepática y conseguir una disminución de la mortalidad de causa hepática. Además, LiverScreen evalúa la prevalencia de fibrosis hepática dentro de subgrupos en función de los factores de riesgo para la salud y utiliza este conocimiento para afinar en la búsqueda de casos. Al finalizar el proyecto, el objetivo es disponer de un programa de intervención para la detección precoz, específico y basado en la población, para las enfermedades hepáticas crónicas en Europa.

Entre sus diversos objetivos, el proyecto LiverScreen dará a conocer la prevalencia real, no la estimada, de las enfermedades hepáticas en la población general en Europa, que a día de hoy no se conoce puesto que son enfermedades asintomáticas durante años.

El proyecto LiverScreen se está desarrollando en 8 países europeos y prevé el estudio de 30.000 personas de la población general que, en caso de presentar resultados anormales, son derivados al hospital para realizar otras exploraciones complementarias.



Dr. Ginés: Actualmente, la técnica no invasiva para evaluar la fibrosis del hígado es el FibroScan®, aunque en un futuro es posible que estén disponibles otras técnicas para el diagnóstico no invasivo y para la detección precoz de las enfermedades del hígado.

Dra. Casanovas: En su opinión, ¿cuál es el rol de las asociaciones de pacientes hepáticos?

Dr. Ginés: Las asociaciones de pacientes con enfermedades hepáticas tienen un papel muy importante para mejorar la información sobre las dolencias del hígado, en particular sobre las enfermedades hepáticas crónicas, tanto para los pacientes y familiares, como dirigida a las autoridades sanitarias.

La información y el apoyo proporcionado por las asociaciones de pacientes es de gran utilidad, pues contribuye a mejorar los conocimientos sobre lo que se ha de hacer para tener un hígado sano, en relación al alcohol, poco o nada en las personas que ya tienen enfermedad del hígado, dieta sana, realización de ejercicio físico y hábitos saludables en general.

“Las asociaciones de pacientes con enfermedades hepáticas tienen un papel muy importante para mejorar la información sobre las dolencias del hígado”

Dra. Casanovas: Actualmente la cirrosis originada por la hepatitis C está disminuyendo en todo el mundo gracias al tratamiento con fármacos antivirales, pero la prevalencia de la cirrosis debida al consumo dañino de alcohol y, sobre

todo, a la enfermedad por acúmulo de grasa en el hígado está aumentando en Europa y globalmente.

La enfermedad hepática por acúmulo de grasa se asocia a trastornos metabólicos, como la obesidad o la diabetes de tipo 2, y afecta, aproximadamente, a un 25% de la población mundial. Aunque sólo una parte de los pacientes con enfermedad hepática por grasa van a desarrollar cirrosis, el principal factor predictivo es la existencia de fibrosis hepática con progresión variable a cirrosis.

Dr. Ginés: Efectivamente, conocer el estadio de fibrosis en el hígado en la población general es útil para diseñar estrategias de cribado que nos permitan diagnosticar de forma precoz la enfermedad hepática con riesgo de progresión. En la actualidad, lamentablemente, no disponemos de estas estrategias en el ámbito de la Salud Pública.

Dra. Casanovas: El proyecto LiverScreen no parte de cero. Dos estudios liderados por el Dr. Pere Ginés ya pusieron de manifiesto que el FibroScan® o elastografía hepática como técnica no invasiva para medir la rigidez del hígado, es una estrategia eficaz y rentable en la detección precoz de la enfermedad hepática crónica.

En el primer estudio, se evaluaron más de 3.000 personas del área metropolitana de Barcelona. Se vio que cerca de un 4% tenían una enfermedad hepática avanzada sin diagnosticar y con riesgo de desarrollar cirrosis o cáncer de hígado.

En el segundo estudio, los investigadores incluyeron 6.295 participantes de seis países diferentes (Francia, España, Dinamarca, Reino Unido, Alemania y Hong Kong) que habían participado en estudios prospectivos independientes realizados con anterioridad. Se demostró que la detección de fibrosis hepática con algoritmos optimizados es una intervención de Salud Pública altamente rentable, especialmente en las primeras etapas de fibrosis.

Con el nuevo proyecto, se quieren confirmar los resultados previos en un número mayor de personas y países y evaluar el potencial del FibroScan® o elastografía hepática, en el cribado de enfermedad hepática crónica en la población general. También se realizará un análisis bioestadístico para crear algoritmos que permitan identificar cuáles son los grupos de riesgo. ¿Cuál es el objetivo de esta estrategia?

Dr. Ginés: Nuestro objetivo es que esta estrategia que proponemos se implemente en los sistemas sanitarios de toda Europa, con lo que se convertiría en el primer programa de detección precoz dirigido al cribado de una enfermedad no oncológica.

Fuente: ASSCAT

ACTIVIDADES

VISITA DE REPRESENTANTES DE LA JUNTA DE LA ELPA A EGIPTO

1 de febrero de 2023

El día 1 de febrero de 2023, representantes de la Junta de la ELPA (Asociación Europea de Pacientes Hepáticos) tuvimos la oportunidad de visitar el Hospital del Hígado ubicado en Mansoura (Egipto).



Pudimos apreciar de primera mano su calidad como centro asistencial. El Profesor Gamal Shiha (*) es el promotor y director del centro y el presidente de la Asociación de Cuidado de Pacientes Hepáticos, pertenece a la Junta de la ELPA y nos acompañó durante la visita.

El Instituto y Hospital de Investigación del Hígado en Egipto (ELRIAH) es una ONG sin ánimo de lucro, fundado en 2011, ubicado a unos 150 km al noreste de El Cairo, y a unos 20 km de Mansoura, a orillas del Nilo. ELRIAH pertenece a la Asociación de Cuidado de Pacientes Hepáticos (ALPC), una ONG fundada en 1995. ALPC es miembro fundador de la Asociación Europea de Pacientes Hepáticos (ELPA) y participó de manera efectiva en el establecimiento de la Alianza Mundial contra la Hepatitis (WHA), compuesta por más de 170 organizaciones que trabajan en el campo de las hepatitis virales.

ELRIAH ofrece una atención integral a adultos y niños con enfermedades hepáticas. Tiene un total de 100 camas, además de departamentos para pacientes ambulatorios, laboratorios de investigación y de diagnóstico médico, cirugía, radiología, endoscopia, investigación clínica, gestión de la calidad de la

atención médica, farmacia y centro de publicaciones.



En los últimos años, han añadido dos edificios: el primero es el centro de investigación, dedicado a los ensayos clínicos y con laboratorios de ciencia básica; el segundo edificio está dedicado a la docencia y está reconocido oficialmente como centro de formación para enfermería hepática y técnicos de laboratorio avanzado.

Este hospital se centró durante años en la hepatitis C, pues es un gran problema en Egipto, con la endemicidad del genotipo 4 en todo el país.

Actualmente, tanto en su vertiente asistencial como investigadora, las áreas de mayor interés en sus estudios son:

- Cáncer, hepático y extrahepático.
- MAFLD, enfermedad hepática metabólica asociada a hígado graso.
- Enfermedades Tropicales desatendidas.
- Hepatitis víricas.

En consultas externas se cuenta con clínicas especializadas como: medicina interna, pediatría, oncología, cirugía, psiquiatría, manejo del dolor y osteoporosis y atienden a más de 100.000 pacientes hepáticos al año. Proporciona diagnóstico y tratamiento de enfermedades gastrointestinales y hepáticas: hepatitis (aguda y crónica), masas hepáticas y lesiones focales, enfermedades autoinmunes del hígado, enfermedades metabólicas del hígado, cirrosis hepática y sus complicaciones.

Los laboratorios clínicos y de investigación de ELRIAH están equipados con máquinas automatizadas en el laboratorio de diagnóstico clínico con unidades de biología molecular, inmunología, bioquímica, microbiología y un laboratorio de investigación que incluye unidades de biología molecular, células madre, citometría de flujo y cultivo de tejidos.



El departamento de radiología brinda servicios de diagnóstico y terapéuticos, contiene ecografía, tomografía computarizada (TC trifásico de abdomen y pelvis, portografía de TC y volumetría de TC) y radiología intervencionista (TACE, quimioembolización transarterial), ablación por microondas y biopsia hepática.

La Unidad de Endoscopia realiza servicios de diagnóstico y también intervencionistas, mediante endoscopia digestiva alta, colonoscopia, colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (ERCP) y ecografía endoscópica (EUS).

El Departamento de Cirugía Digestiva realiza cirugía hepatobiliar, cirugía de gastroenterología y cirugía colorrectal, intervenciones por laparotomía o bien laparoscópicas.

ELRIAH tiene un programa de investigación clínica y está a la vanguardia del desarrollo de nuevas terapias y nuevas pruebas de diagnóstico para la hepatitis viral y otras formas importantes de enfermedades hepáticas. Asimismo, continúa participando activamente en protocolos de investigación institucionales, nacionales e internacionales, en especial de hepatología y oncología. Además, disponen de la Unidad de Investigación Experimental y de la Unidad de Epidemiología.

(*) El director del Hospital del Hígado es el Profesor Gamal Shiha, muy conocido por haber organizado programas de eliminación de la hepatitis C en aldeas de Egipto, por la forma de llevarlo a cabo y por ofrecer una financiación a las personas que no tenían suficientes recursos. Además, es uno de los líderes mundiales que defienden el cambio de nombre de NASH a MAFLD.



El Dr. Shiha es profesor de Medicina Interna y Jefe de la Unidad Gastrointestinal y Hepática de la Universidad de Mansoura. Como médico, vio de primera mano las complicaciones por la hepatitis C (VHC) entre sus pacientes y se inspiró para crear la Asociación de Atención de Pacientes Hepáticos (ALPC) en 1997. ALPC brinda atención y tratamiento gratuitos para enfermedades hepáticas a quienes no pueden pagarlo. En 2011, fundó el Instituto y Hospital de Investigación del Hígado de Egipto (ELRIAH). El hospital trabaja como un centro de excelencia equipado con equipos y profesionales médicos actualizados.

Para llegar a más pacientes, el profesor Shiha desarrolló un modelo de extensión basado en la comunidad (educar, evaluar y tratar) para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la infección por hepatitis C y B en las aldeas de las zonas rurales de Egipto. Se implementó en más de 100 aldeas en diversas zonas de Egipto entre junio de 2015 y abril de 2019. Más de 250.000 personas fueron examinadas para el VHC y el VHB. Un total de 16.500 pacientes infectados por el VHC recibieron tratamiento gratuito.

Los pacientes también recibieron educación en salud para promover comportamientos y prácticas seguras en la comunidad para reducir aún más la transmisión y las nuevas infecciones.

Posteriormente, el Dr. Gamal fue nominado para encabezar el Comité Científico y de Educación del Parlamento egipcio en 2016. A través de ese cargo, trabajó con los niveles más altos del Gobierno para desarrollar la Iniciativa "100 Millones

de Vidas Saludables”, un compromiso nacional para evaluar a todos los egipcios para detectar hepatitis C y proporcionar tratamiento sin coste alguno para los pacientes. Esta iniciativa ha sido anunciada como la mayor campaña de Salud Pública implementada por un estado nación.

En 2020, el Hospital Egipcio del Hígado recibió 45.380 pacientes. Más de 539 pacientes con VHC recibieron tratamiento y 6.203 pacientes reciben tratamiento anti-VHB mensualmente sin coste alguno para el paciente.

Al finalizar la visita al Hospital del Hígado en Mansoura, les deseamos mucho éxito en sus proyectos. Seguiremos sus avances y estamos seguros de que su inteligencia y determinación para trabajar para y con los pacientes hepáticos seguirá dando excelentes frutos.



Autora: Dra. Teresa Casanovas, presidenta de ASSCAT y coordinadora del Comité Científico de la European Liver Patients' Association (ELPA)

ELIMINACIÓN DE LA HEPATITIS C EN LA COMUNIDAD DE MADRID: SITUACIÓN DE PARTIDA Y RETOS

17 de febrero de 2023

El 17 de febrero, a las 11:30h, en el marco de la Semana de las Enfermedades Hepáticas, tuvo lugar el evento “Eliminación de la hepatitis C en la Comunidad de Madrid: situación de partida y retos”, con la colaboración de la AEEH, el Hospital Universitario La Paz y la AEHVE.



El evento se celebró en el Aula JASO del Hospital Materno Infantil del H.U. La Paz. La presidenta de ASSCAT, la Dra. Teresa Casanovas, asistió al evento de forma virtual.

Programa

11:30h. Inauguración

- Dra. Elena Andradas, Directora General de Salud Pública. Consejería de Sanidad.
- Dña. Marta Marbán, presidenta de la Comisión de Sanidad. Asamblea de Madrid.
- Dr. Rafael Pérez-Santamarina, Director Gerente. H.U. La Paz.
- Dr. José Luis Calleja, presidente de la Asociación Española para el Estudio del Hígado (AEEH). Jefe del Servicio de Gastroenterología y Hepatología del H.U. Puerta de Hierro.

- Dr. Javier García-Samaniego. Coordinador de la Alianza para la Eliminación de las Hepatitis Víricas en España (AEHVE). Jefe de la Sección de Hepatología H.U. La Paz.

11:45h. Diálogo: Hepatitis C en la Comunidad de Madrid. DAFO de la eliminación desde una perspectiva de Salud Pública

- Dra. Elena Andradas, Directora General de Salud Pública. Consejería de Sanidad.
- Dr. Javier García-Samaniego Rey. Coordinador de la Alianza para la Eliminación de las Hepatitis Víricas en España (AEHVE). Jefe de la Sección de Hepatología H.U. La Paz.

12:15h. Debate: Propuestas para una Estrategia de Eliminación de la hepatitis C en la Comunidad de Madrid

Modera: Dr. Javier García- Samaniego.

- Dr. Eduardo Raboso, portavoz del PP. Comisión de Sanidad. Asamblea de Madrid*. (*Pendiente de confirmación).
- Dr. Javier Padilla, portavoz de Más País. Comisión de Sanidad. Asamblea de Madrid.
- Dña. Lorena Morales, portavoz adjunta del PSOE. Comisión de Sanidad. Asamblea de Madrid.
- Dña. Luz Carbonero, Servicio de Medicina Interna. Enfermedades Infecciosas. H.U. La Paz.
- Dña. Beatriz Pérez Mesías, Subdirectora General de Adicciones. Madrid Salud.
- Dña. Eva Pérez Bech, presidenta de la FNETH (Federación Española de Trasplantados Hepáticos).

13:00h. Conclusiones. Dr. Javier García-Samaniego, coordinador de la AEHVE.

13:15h. Clausura.

- Dña. Marta Marbán, presidenta de la Comisión de Sanidad. Asamblea de Madrid.
- Dr. García-Samaniego, coordinador de la AEHVE.

Fuente: AEHVE

EVENTO EN BRUSELAS PARA IMPULSAR EL CAMBIO DE LA POLÍTICA DE LA UE PARA LAS PERSONAS QUE VIVEN CON ENFERMEDADES RARAS

28 de febrero de 2023

El 28 de febrero, de 13h a 15h, tuvo lugar en el Radisson RED de Bruselas, un encuentro organizado por la Wilson's Disease Policy Network para debatir sobre las acciones políticas prioritarias necesarias para mejorar la vida de las personas que viven con afecciones como la enfermedad de Wilson.

Driving EU policy change for people living with rare diseases: a focus on Wilson's disease



A este evento asistió la Dra. Teresa Casanovas, presidenta de ASSCAT y coordinadora del Comité Científico de la European Liver Patient's Association (ELPA).

Información sobre el evento

Para conmemorar el Día de las Enfermedades Raras, los principales defensores de pacientes, médicos y expertos políticos europeos en el campo de las enfermedades raras discutieron acciones políticas prioritarias necesarias para mejorar la vida de las personas que viven con enfermedades como la enfermedad de Wilson.

La enfermedad de Wilson, una enfermedad rara que afecta la capacidad del cuerpo para metabolizar el cobre, puede tener graves consecuencias en quienes viven con ella.

La Asociación Europea de Pacientes Hepáticos (ELPA) y la Red de Políticas de la Enfermedad de Wilson (Wilson's Disease Policy Network) reunieron a expertos clave y partes interesadas en la enfermedad de Wilson, las enfermedades raras y las políticas de salud.

Diversos ponentes presentaron las experiencias de las personas que viven con la enfermedad de Wilson para discutir las dificultades en recibir el diagnóstico y el tratamiento y las barreras políticas pueden afectar los resultados de salud y la calidad de vida.

También se debatió sobre actividades e iniciativas clave a nivel de la UE y se expusieron las acciones políticas prioritarias que se necesitan con urgencia para mejorar la vida de las personas que viven con enfermedades raras.



El evento también marcó el lanzamiento del resumen de políticas sobre la enfermedad de Wilson que fue desarrollado por los miembros de la Wilson's Disease Policy Network.



El encuentro fue presentado por la eurodiputada Ljudmila Novak. Los ponentes fueron:

- Marko Korenjak, presidente de la Asociación Europea de Pacientes Hepáticos (ELPA).
- Hélène Le Borgne, Dirección General de Investigación e Innovación de la Comisión Europea.
- Caroline Roatta, representante de pacientes de la Association Bernard Pépin pour la Maladie de Wilson.
- David Martín Miguel, representante de pacientes de la Asociación Española de Familiares y Enfermos de Wilson.
- Antoni Montserrat Moliner, representante de ALAN - Maladies Rares de Luxemburgo y Consejero Principal de la Comisión Europea.
Karl Heinz Weiss, Profesor Asociado de Gastroenterología del Centro Médico de Salem, Alemania.
- Sindee Weinbaum, líder del grupo de trabajo de la ELPA sobre enfermedades hepáticas raras.

*La Wilson's Disease Policy Network está dirigida por The Health Policy Partnership en colaboración con un comité directivo de múltiples partes interesadas. El proyecto fue iniciado y está financiado por Alexion.

Fuente: eventbrite.co.uk

PROYECTO DECISION: EVENTO EDUCATIVO ONLINE PARA PACIENTES

6 de marzo de 2023

El 6 de marzo, de 14h a 16h, la European Liver Patients' Association (ELPA) organizó un evento online dirigido a pacientes sobre el Proyecto DECISION presidido por Marko Korenjak y Pierre-Emmanuel Rautou.



Online Educational Event for Patients, March 2023

Programa

14h-14:05h: Bienvenida y presentación, a cargo de Marko Korenjak.

14:05h-14:15h: El Proyecto DECISION, a cargo de Pierre-Emmanuel Rautou.

14:15h-14:30h: Explicación del "Ensayo COMBAT" para pacientes, a cargo de Paolo Caraceni.

14:30h-14:40h: Explicación del proceso de reclutamiento por parte de un centro médico, a cargo de Carlo Alessandria.

14:40h-14:50h: Qué significa desde una perspectiva ética participar en el ensayo, a cargo de Itziar de Lecuona.

14:50h-15:20h Discusión: ¿Cómo pueden colaborar las organizaciones de pacientes y los centros de reclutamiento para promover el ensayo?, moderado por Marko Korenjak.

15:20h-15:30h: Resumen, a cargo de Marko Korenjak.

Fuente: elpa.eu

JORNADA DE INFORMACIÓN Y PRUEBAS FIBROSCAN® DE ASSCAT

22 de marzo de 2023

El miércoles 22 de marzo, de 9h a 20h, tuvo lugar en la sede de ASSCAT la Jornada de Información y Pruebas FibroScan®.



Para nosotros ha sido un motivo de satisfacción la reanudación de esta actividad presencial en la Asociación con el objetivo de ofrecer esta prueba de diagnóstico no invasivo a nuestros asociados.

Damos las gracias a la gentileza de la compañía Echosens® que nos prestó el aparato 430-mini, con el que se pudo medir y cuantificar el estadio de fibrosis hepática y también la concentración de grasa en el hígado.

Asimismo, expresamos nuestro sentido agradecimiento a los profesionales que nos ayudaron en la realización de las pruebas y que nos mostraron su apoyo.



La Jornada tuvo lugar de 9h a 20h, en horario de mañana y tarde, y permitió realizar la prueba a 41 personas. Por etiologías tuvimos: 32 pacientes con VHC (78%), de éstos 31 curados y un paciente en pretratamiento; 5 casos con hepatitis por VHB; 3 pacientes con enfermedad por depósito de grasa hepática, uno de ellos con obesidad grave; y un paciente con hepatitis autoinmune y diabetes.



A todos los pacientes se les informó sobre el significado de los resultados obtenidos con el FibroScan®. Lo más destacable, que se evidencia en casi todos los curados de la hepatitis C, fue que está aflorando la patología por acúmulo de grasa hepática, en relación con el sedentarismo, una tendencia a ganar peso, un desconocimiento de lo que significa hacer una dieta “sana” y una falta de organización para realizar ejercicio rutinariamente.



La finalidad de la Jornada fue ofrecer información y apoyo a las personas que vinieron para hacerse la prueba, hecho que se puso de manifiesto desde el primer momento de su llegada, en especial gracias al espacio del que dispusimos en el Hotel de Entidades La Pau y en el que se pudieron compartir experiencias y hacer planes futuros.

Deseamos mucha salud a todos y esperamos vernos pronto de nuevo.



Vídeo resumen de la Jornada FibroScan® 2023:

<https://www.youtube.com/watch?v=eep8WHxJBPO>

Autora: Teresa Casanovas, hepatóloga, presidenta de ASSCAT y coordinadora del Comité Científico de la European Liver Patients' Association (ELPA)

II EDICIÓN DEL CURSO “ACTUALIZACIÓN EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES HEPÁTICAS”, ORGANIZADO POR EL HOSPITAL VALL D’HEBRON

30 y 31 de marzo de 2023

Los pasados días 30 y 31 de marzo de 2023, la presidenta de ASSCAT, la Dra. Teresa Casanovas, asistió a la II Edición del curso “Actualización en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades hepáticas”, que tuvo lugar en el Hospital Universitario Vall d’Hebron de Barcelona.



La organización corrió a cargo del Dr. Joan Genescà, Director Clínico de Enfermedades Digestivas y Jefe del Servicio de Hepatología del Hospital Universitari Vall d’Hebron, y de la Dra. Ester Pallarès, Médico de Familia y Directora del CAP Horta.



Los objetivos del curso fueron:

- 1** Actualización de los procedimientos diagnósticos de las enfermedades hepáticas en atención primaria.
- 2** Actualización del manejo de los pacientes con enfermedad hepática en atención primaria.
- 3** Actualización de los circuitos de derivación desde la atención primaria al hospital.

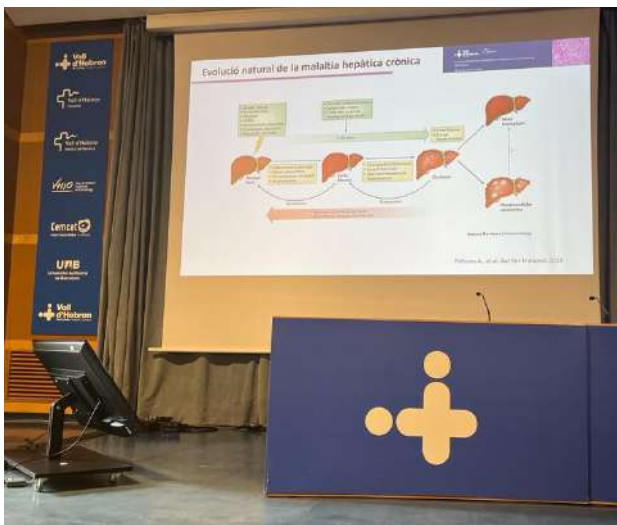
El programa se desarrolló mostrando la colaboración primaria-hospital y respondió a la expectativa generada. La actualización se centró en los temas más novedosos relacionados con hepatitis víricas, enfermedades inmunomediadas y metabólicas, hígado graso en medicina primaria, tratamientos de la obesidad y diabetes asociadas a hígado graso y los resultados más recientes de los tratamientos sistémicos del cáncer hepático.



Entre los temas más novedosos caben destacar:

- Los nuevos tratamientos de la hepatitis B que están en estudio y que por resultados preliminares serán tratamientos antivirales combinándolos con vacunas terapéuticas.
- La necesidad actual de información y agilización en el diagnóstico de los portadores de virus Delta, pues próximamente se dispondrá de un tratamiento.
- Hepatitis víricas en usuarios de drogas.

- Hepatitis víricas en población inmigrante.
- Los resultados del screening de hepatitis víricas realizado en personas que acudían a Urgencias. Con ello se muestra que existen casos no diagnosticados y que se han establecido protocolos para su diagnóstico y seguimiento y que éstos son coste-efectivos.
- Tratamiento de la obesidad en el contexto de diabetes e hígado graso.
- La obesidad se ha de considerar una enfermedad con consecuencias y complicaciones graves. Esta información abre un camino sobre nuevos tratamientos en la obesidad, que es una patología que está en aumento y afecta a todas las edades.



En resumen, se puso de manifiesto la realidad de la colaboración entre medicina primaria y hospitales, así como la aplicación de los avances que han aparecido más recientemente en las enfermedades hepáticas. Desde el punto de vista de la asociación de pacientes hepáticos, se han de destacar dos temas en los que se ha de trabajar más y que son los determinantes socioculturales y económicos en los resultados de salud de la población y un déficit importante es que no se dispone en los centros de medicina primaria, del aparato de FibroScan para el diagnóstico no-invasivo de la patología hepática.

Autora: Dra. Teresa Casanovas, presidenta de ASSCAT y coordinadora del Comité Científico de la European Liver Patients' Association (ELPA)

DÍA MUNDIAL DEL HÍGADO

19 de abril de 2023

El 19 de abril de 2023, se celebró por primera vez el Día Mundial del Hígado. ASSCAT se unió a esta iniciativa propuesta por la Asociación Europea para el Estudio del Hígado (EASL, en sus siglas en inglés) para ser más conscientes de que falta mucho por hacer en relación a las patologías hepáticas.

“Día Mundial del Hígado, porque...

Es necesario informar a los responsables de las políticas de salud de todos los países y a todos los ciudadanos sobre la importancia de la salud del hígado y de que es preciso apoyar la investigación sobre las patologías hepáticas con una financiación adecuada para mejorar su prevención, su diagnóstico y su tratamiento.

DR. TERESA CASANOVAS
ASSCAT Presidenta
ELPA Director and Scientific Committee Leader

WORLD LIVER DAY

ELPA
European Liver Patients' Association

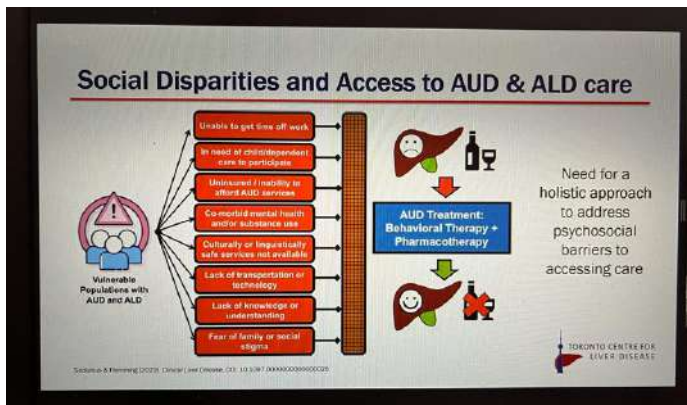
asscat
Asociación Catalana de Pacients Hepàtics
Clonada el año 2000
pels a les Pacients Hepàtics

Fuente: ASSCAT

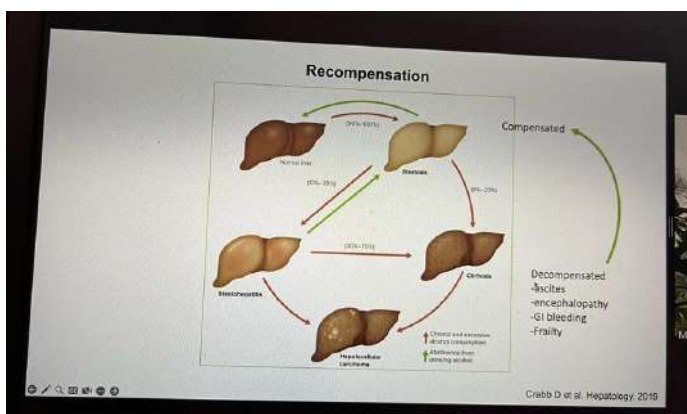
WEBINAR SOBRE EL ALCOHOL Y EL HÍGADO ORGANIZADO POR LA ASOCIACIÓN AMERICANA PARA EL ESTUDIO DEL HÍGADO (AASLD)

20 de abril de 2023

El pasado 20 de abril, tuvo lugar el webinar “Optimización del rol del hepatólogo y coordinación con los especialistas en adicciones para el manejo integral de pacientes con trastorno por consumo de alcohol (AUD, siglas en inglés) y pacientes con enfermedad hepática asociada al alcohol (ALD, siglas en inglés)”, organizado por la AASLD.



En este simposio, que fue muy interesante, se actualizaron conceptos clínicos y terapéuticos. La enfermedad por consumo dañino de alcohol y la cirrosis asociada al alcohol está en aumento. Se ha detectado un aumento de hospitalizaciones, complicaciones y mortalidad en personas jóvenes, de 25 a 34 años. Los pacientes con dificultades sociales y económicas tienen barreras para acceder al tratamiento. Por ello, se precisa una mayor concienciación para mejorar las visitas y el tratamiento y también para afrontar el estigma asociado.



Stigma towards people with AUD & ALD

		FORMS OF STIGMA		
		PUBLIC STIGMA: Negative attitudes towards people with AUD/ALD	SELF-STIGMA: Negative attitudes towards own condition with AUD/ALD	STRUCTURAL STIGMA: Institutional/governmental rules/policies limiting care to people with AUD/ALD
MODE OF ACTION	Enacted Stigma	Individual discrimination and devaluation	Loss of self-efficacy, Loss of self-worth, Shame	Discrimination in healthcare, in resource allocation (e.g. Liver Transplant)
	Anticipated Stigma	Secrecy, avoidance of help, delayed help seeking	Denial of problem, Misattribution of symptoms	Avoidance of specialized addiction services
	Avoidance of labelling & stigma	Social withdrawal	Delayed problem recognition & help-seeking	Non-disclosure
RESULT		Increased illness burden, failure or delay of seeking help, suboptimal care, negative health outcomes		

Además, se reconoce que es necesaria una mayor formación dirigida a los equipos médicos de atención primaria y especialistas que solicitan los propios profesionales. Se constata una infrautilización de los servicios de adicciones, por no remitir a los pacientes o por hacerlo demasiado tarde.



En resumen, los mensajes son claros. Es urgente integrar el manejo y tratamiento de la adicción, con sus equipos de psiquiatras, psicólogos, farmacólogos, trabajadores sociales y enfermería, uniéndolo al tratamiento del daño hepático más habitual y conocido, para ello es urgente superar barreras culturales, de organización sanitaria para que las personas afectadas puedan acceder precozmente y sin estigma.

Autora: Dra. Teresa Casanovas, presidenta de ASSCAT y coordinadora del Comité Científico de la European Liver Patients' Association (ELPA)

EASL LIVER CANCER SUMMIT 2023

del 21 al 23 de abril

Del 21 al 23 de abril tuvo lugar en Estoril (Portugal) el Congreso sobre Cáncer de Hígado organizado por la European Association for the Study of the Liver (EASL). Las sesiones científicas fueron de gran interés y se presentaron nuevos tratamientos recientemente aprobados.



Los tres temas a destacar fueron los siguientes:

- El papel de los equipos de enfermería en el proceso del cáncer de hígado.
- Si la etiología de la cirrosis influye en los resultados de la terapia del cáncer de hígado.
- Cómo mejorar la aplicabilidad y la eficacia de los equipos multidisciplinares en el manejo diagnóstico y terapéutico del cáncer de hígado.

¿Cuál es el papel de los equipos de enfermería en el proceso del cáncer de hígado?

La enfermería está implicada en todos los aspectos: información y educación al paciente y la familia, coordinación de cada caso, mejora de la adherencia en los controles y visitas, etc.

Presentaron su experiencia, recogida de una forma prospectiva, resaltando que el papel de los equipos de enfermería se reconoce cada día más. La presentación corrió a cargo de la Sra. Gemma Iserté de la Unidad de Cáncer Hepático del BCLC (Barcelona Clinic Liver Cancer).



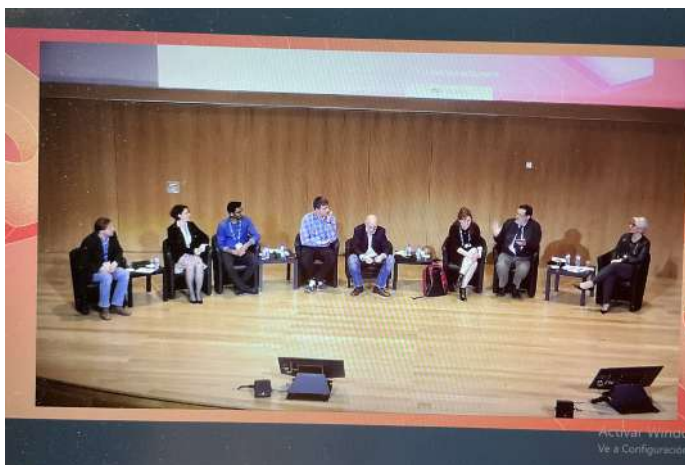
¿La etiología de la cirrosis influye en los resultados de la terapia del cáncer de hígado?

La etiología de base de la cirrosis donde se desarrolla el cáncer primario de hígado, en el 90%, es un hepatocarcinoma (HCC en sus siglas en inglés).

La sesión fue moderada por el Dr. Jordi Bruix y contó con especialistas que analizaron la evidencia disponible que podría sugerir la presencia o ausencia de un efecto en la patogénesis tumoral, la historia natural y la respuesta a la terapia.

En conjunto, se pusieron de manifiesto las dificultades para clasificar los casos según la causa de la hepatopatía, ya que se involucran numerosos factores y en algunos pacientes existe más de una causa. La carcinogénesis, origen del tumor, es diversa, así como la fase de la enfermedad que condiciona la respuesta inmune e inflamatoria.

En resumen, se acepta que la etiología tiene influencia en la respuesta al tratamiento, pero no lo es todo, por lo que se ha de seguir investigando sobre comorbilidades y resultados clínicos.



¿Cómo mejorar la aplicabilidad y la eficacia de los equipos multidisciplinares en el manejo diagnóstico y terapéutico del cáncer de hígado?

La sesión sobre los equipos multidisciplinares (EMD) fue moderada por el Dr. Bruno Sangro, que advirtió de entrada que en la sesión quería mostrar casos prácticos y las posibles dificultades a la hora de tomar decisiones. Los EMD son diferentes dependiendo del sistema sanitario de cada país, incluso en cada centro dependiendo del tipo de tumor. Sólo se pudo comentar un caso práctico, pero fue muy evidente el rol de cada especialista en el comité y los requerimientos específicos para llegar a un consenso. La sesión mostró las dudas que pueden aparecer en la vida real en la toma de decisiones, cómo se pueden solventar y cómo se han de compartir la información y las opciones con el paciente y su familia.

En conclusión, se observan mejoras que en los últimos años permiten un diagnóstico más temprano del cáncer, las opciones terapéuticas y su aplicabilidad en el día a día.

Autora: Dra. Teresa Casanovas, presidenta de ASSCAT y coordinadora del Comité Científico de la European Liver Patients' Association (ELPA)

EVENTO CELEBRADO CON MOTIVO DEL DÍA INTERNACIONAL DE LA INMUNOLOGÍA

27 de abril de 2023

El pasado 27 de abril se conmemoró en Barcelona el Día Internacional de la Inmunología, organizado por la Sociedad Catalana de Inmunología, cuyo presidente es el Dr. Francisco Lozano. El acto académico, al que fuimos invitados junto con otras asociaciones de pacientes, tuvo lugar en la Real Academia de Medicina de Cataluña (C/ del Carme, 47).

Esta celebración, que se conmemora desde 2005, se instauró por la Unión Internacional de las Sociedades Inmunológicas (IUIS) con el fin de difundir y concienciar de la importancia de esta disciplina y sus aportes a la salud de la sociedad.

27 d'abril de 2023 - 18:00 hores

DIA INTERNACIONAL DE LA INMUNOLOGIA
 Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya
 Carrer del Carme 47, Barcelona

18:00 - Reconeixement a la trajectòria professional de la Dra. Teresa Español.

18:20 - Entrega del primer premi SCI a la millor publicació científica d'un investigador jove.

18:30 - Col·loqui: La immunologia a la societat.
 Hi participaran:
 -Associacions de pacients.
 -Divulgadors científics.
 -Immunòlegs.

19:15 - Clausura de l'acte.

more info: www.sci.cat   

VOLS FER-TE SOCI?

 CLICK HERE

La inmunología es una rama de las ciencias biomédicas encargada de estudiar el sistema inmunitario que, como ya sabemos, es el conjunto de órganos, tejidos y células que reconoce todo lo ajeno a nosotros y da una respuesta protegiéndonos ante señales de peligro, ya sean internas o externas a nuestro cuerpo.

Cuando este sistema no funciona correctamente, provoca alteraciones como las inmunodeficiencias, hipersensibilidades y enfermedades autoinmunes. En las

inmunodeficiencias existen fallos en algún elemento del sistema inmunitario y pueden ser de origen genético. Otro ejemplo clásico es la infección por el VIH/sida, enfermedad que provoca que el sistema inmune actúe menos de lo que debería.

Por el contrario, en las enfermedades autoinmunes, el sistema inmunitario actúa de modo exagerado (más de lo que debería) y esto provoca que ataque al propio organismo, como sucede en el lupus, la hepatitis autoinmune, etc. Hemos tenido recientemente la pandemia por COVID que ha puesto de manifiesto la importancia de la especialidad y de sus profesionales tanto en el laboratorio como en el día a día de los pacientes afectados y las medidas aplicadas para su prevención y vacunas.



El acto académico, que tuvo lugar en un edificio histórico, fue bastante íntimo porque la sala tenía un aforo limitado, pero mostró claramente la narración de hechos memorables del pasado como las experiencias más actualizadas.

Destacó el homenaje a la Dra. Teresa Español que compartió sus experiencias clínicas y aplicadas a la práctica desde sus inicios. La Dra. Español, con toda una vida de dedicación a la inmunología, ofreció una pincelada de su experiencia en la investigación en inmunología clínica y la realidad histórica de unos años en que se le daba poca importancia a la inmunología e incluso no se disponía de técnicas.

Gracias a su dedicación y su empeño pudo conectarse con grupos de investigadores en el campo de su interés, aprender las técnicas que fueron adoptadas aquí y se fueron adaptando a la cotidianeidad.



La Dra. Español es una pionera en las inmunodeficiencias y su tratamiento, la infección por el VIH en sus inicios, cuando demostró el riesgo de la transmisión al bebé por madres portadoras. Una actividad importante de la Dra. Español es que estuvo involucrada en la fundación de la Asociación para las Inmunodeficiencias y continúa su colaboración voluntaria con los pacientes y familias afectados. Por este motivo es conocedora de la importancia de las asociaciones de pacientes y animó a los representantes de todas las asociaciones presentes a no desfallecer y a seguir en las actividades y campañas para ayudar a los pacientes. Declaró que uno de sus logros más importantes es haber mejorado la vida de muchos pacientes.

En el turno de preguntas, ASSCAT fue invitada a exponer cuál es su origen y qué hacemos en la asociación. ASSCAT fue creada en 2000, como asociación para informar y ayudar a los pacientes con hepatitis víricas. Como es conocido, en nuestro país el tratamiento curativo para la hepatitis por VHC fue aprobado en el 2017 para todas las personas diagnosticadas y, a partir de 2018, la dedicación en ASSCAT se enfocó en todas las patologías del hígado, incluyendo el cáncer de hígado y aunque no tenemos el foco en el trasplante hepático únicamente, en nuestra asociación tenemos un número de personas trasplantadas o a la espera de trasplante a las que informamos y nos mantenemos en contacto. Cabe mencionar el número importante de consultas recabando información sobre la hepatitis autoinmune y su tratamiento y nuestro interés en difundir el conocimiento para prevenir y/o curar todas las patologías hepáticas.

El acto, que fue entrañable, nos dejó un recuerdo inolvidable del trabajo bien hecho y la sensación de que la tarea que estamos realizando integrados y en colaboración con todos los profesionales de la salud y grupos de investigación no cae en saco roto.

Autora: Dra. Teresa Casanovas, presidenta de ASSCAT y coordinadora del Comité Científico de la European Liver Patients' Association (ELPA)

CONFERENCIA SOBRE “ENSAYOS CLÍNICOS EN CIRROSIS EN RELACIÓN CON NASH” QUE TUVO LUGAR EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D’HEBRON

28 de abril de 2023

El pasado 28 de abril tuvo lugar en el Hospital Vall d’Hebron de Barcelona la conferencia sobre “Ensayos clínicos en cirrosis en relación con NASH”.



La enfermedad hepática por acúmulo de grasa en el hígado y sus complicaciones metabólicas como diabetes, hipertensión, aumento de triglicéridos y colesterol en la sangre, etc. pueden ser graves. Está muy ligada a la obesidad y su prevalencia está aumentando globalmente. También es conocido que existe un subgrupo de estos pacientes con factores de riesgo que van a presentar una progresión a cirrosis y con una descompensación más acelerada.

Las conferencias que se presentaron versaron sobre diversos aspectos de los ensayos clínicos que se realizan en los pacientes que tienen fibrosis avanzada o cirrosis hepática a consecuencia de la enfermedad por depósito de grasa y que aún no se han descompensado. Los estudios que se están realizando progresan lentamente y son de una elevada complejidad en este grupo de pacientes. No obstante, se confía en frenar la evolución o incluso revertir las alteraciones del hígado en algunos casos más leves.

Con estos objetivos el programa de conferencias cubrió diversos aspectos de

los ensayos clínicos internacionales en pacientes con fibrosis avanzada/cirrosis por NASH y las dificultades actuales.



Desde el punto de vista de los pacientes hepáticos, cabe destacar algunos aspectos:

- Los pacientes suelen hallarse asintomáticos incluso en casos en que ya se observa cirrosis hepática por las pruebas, por lo que es un problema que suele minimizarse por falta de información.
- En ocasiones, en ensayos clínicos ya aprobados es difícil realizar el reclutamiento de los casos que se han de incluir en el estudio. ¿Motivos? A nivel estadístico y para detectar los cambios que son de esperar y poder demostrar de una forma significativa, es precisa la inclusión en el estudio de un elevado número de personas. Pero a nivel de la medicina primaria no se conocen los estudios planteados y los pacientes van a tener barreras para poder acceder a los ensayos con fármacos que les podrían beneficiar.
- Los pacientes deberían participar en el diseño de los estudios; ello permitiría visualizar las dificultades actuales en su día a día. Además es importante y se ha de tener en cuenta siempre, al evaluar los resultados de un ensayo clínico, lo que aporta el nuevo tratamiento, en términos de salud percibida, al paciente. Es decir, se deberían evaluar los cambios en la calidad de vida percibida por la persona (Calidad de Vida o también PRO, Patient Reported Outcome). Se calcula mediante cuestionarios validados para medir los aspectos más específicos que no se recogen en los tests habituales, pues informan del cansancio, problemas de sueño, estado emocional, dolores, etc. que son subjetivos e individuales.

REUNIÓN VIRTUAL: “EN BUSCA DE LA EDUCACIÓN DEL PACIENTE: EMPODERAR E INFORMAR A LA COMUNIDAD CON CÁNCER DE HÍGADO”

4 de mayo de 2023

El 4 de mayo, de 13h a 16, tuvo lugar un evento online organizado por AstraZeneca para empoderar e informar a la comunidad del cáncer hepático.

A este evento asistió la presidenta de ASSCAT y coordinadora del Comité Científico de la European Liver Patients' Association (ELPA).



This is a non-promotional meeting organized and funded by AstraZeneca

**PATIENT
ADVOCACY
EXCHANGE**

**In Pursuit of Patient Education: Empowering
and Equipping the Liver Cancer Community**

Save the Date

Date and time: Thursday 4th May, 13:00 - 16:00 BST
08:00 - 11:00 ET

Format: Virtual (Zoom) meeting

Join us for our Liver Cancer Patient Advocacy Exchange (PAE) Non-Promotional Meeting.

This will be facilitated by a faculty of patient advocacy group representatives and clinical experts in liver disease and other relevant tumour types. The objective will be to **workshop solutions** to improve **patient education and understanding**, particularly at the point of diagnosis.

Please join us for this **interactive** meeting to **learn, share ideas and discuss best practice** in **overcoming challenges** in an effort to help empower and equip the liver cancer community.

Register to attend [here](#).
If you have any questions, please contact: sl-patient-engagement@reacchemistry.com

06-11752
April 2023

This is a non-promotional meeting organized and funded by AstraZeneca

Asimismo, se reunieron representantes de grupos de defensa de pacientes y expertos clínicos en enfermedades hepáticas y otros tipos de tumores. El objetivo fue ofrecer soluciones para mejorar la educación y la comprensión del paciente, particularmente en el momento del diagnóstico del cáncer de hígado.

Los participantes pudieron aprender, compartir ideas y discutir las mejores prácticas para superar los desafíos en un esfuerzo por ayudar a empoderar e informar a los pacientes con cáncer hepático.

Fuente: ASSCAT

CRÓNICA DE LA JORNADA DE EL BUS DE LA SANG, ÒRGANS I TEIXITS 2023

6 de mayo de 2023

El pasado sábado día 6 de mayo tuvimos la oportunidad de participar en una nueva edición de El Bus de la Sang, Òrgans i Teixits, cuyo objetivo es ofrecer información sobre trasplantes y hacer posible un número elevado de donaciones de sangre.



DONA SANG

donarsang.gencat.cat
93 557 35 66
donarsang



El bus de la sang

Dissabte 6 de maig

Rambla Badal amb Sants
de 10 a 20 h

Club Mediterrani Esportiu
de 10 a 14 i de 17 a 20 h
Barcelona

Hés de portar un document identificatiu oficial
i no venir en dia.

Salut/

Servei de SANG
Gencat

ath

Assessoria de
Barcelona

Sant

CLUB MEDITERRANI



ASSCAT participó en esta Jornada como asociación de pacientes hepáticos. Nuestro stand fue muy visitado para cooperar en el árbol de los deseos de los ciudadanos en relación a la prevención y al cuidado de las patologías hepáticas, colgando las tarjetas con los deseos.



Aquí compartimos los mensajes que dejaron las personas:

- Cuidamos la salud del hígado.
- Estamos al lado de los pacientes hepáticos.
- Dieta sana y equilibrada.
- Evitar el exceso de alcohol.
- Prevención de las enfermedades hepáticas.
- Diagnóstico precoz.
- Lucha contra el estigma.
- Información para la salud del hígado.
- Contra el estigma, más información.
- La obesidad es una enfermedad crónica y afecta al hígado.
- Cuida tu hígado.
- Prevención para las dolencias del hígado.
- Calidad de vida.
- Todos juntos para avanzar.
- Todos podemos tener una enfermedad hepática.
- Tratamiento para todos los pacientes.
- Más controles y visitas en medicina primaria.
- Al lado de los pacientes hepáticos.
- Innovación terapéutica y cuidado del hígado.

Además, ofrecimos la posibilidad de responder a un cuestionario simple de 4 puntos donde se evidenció la falta de información de la ciudadanía sobre dolencias del hígado, sus causas y posibles medidas preventivas.



También pudimos conversar con los representantes de las asociaciones dedicadas a los trasplantes de órganos.

Autora: Dra. Teresa Casanovas, presidenta de ASSCAT y coordinadora del Comité Científico de la European Liver Patients' Association (ELPA)

LLAMADA URGENTE DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) PARA ACTUAR EN LA SALUD DEL HÍGADO

22 de mayo de 2023

La OMS hace una llamada urgente para promover la salud del hígado con motivo de la 76ª Asamblea Mundial de la Salud, que está teniendo lugar en Ginebra. Agrupa a todos bajo el lema de trabajo: “Juntos por una mejor salud hepática: movilización a la acción para la enfermedad del hígado graso”.

Por ello, convocó el 22 de mayo una reunión especial con responsables políticos, líderes de opinión, representantes de las misiones permanentes ante las Naciones Unidas, personal de la OMS y personas afectadas por patologías hepáticas en la Oficina de la Asociación Europea para el Estudio del Hígado (EASL, por sus siglas en inglés) en Ginebra para dicha reunión.



El objetivo de la reunión fue sensibilizar e informar sobre la enfermedad por hígado graso. Es preciso actuar y pedir una respuesta coordinada de todos los países para combatir la amenaza mundial para la salud que representa la enfermedad por depósito de grasa en el hígado.

La enfermedad del hígado graso es la enfermedad hepática más prevalente a nivel global y afecta a más de uno de cada tres adultos en todo el mundo y al 10% de los niños. Si no se controla, puede progresar a cirrosis y cáncer de hígado.

A pesar de su prevalencia, la enfermedad del hígado graso sigue siendo en gran parte desconocida, y se espera que aumente en los próximos años.

La EASL, organizó un episodio especial de su vídeo semanal EASL Studio titulado: “Promover la salud del hígado: un llamado urgente a la acción en la OMS” y que fue emitido en directo el 22 de mayo. Contó, bajo la moderación del Dr. Aleksander Krag, vicesecretario de la EASL, con la participación del Dr. Ajay Duseja de la INASL (Asociación India para el Estudio del Hígado); la Dra. Manal El-Sayed, profesora de pediatría y miembro del Comité Nacional Egipcio para el Control de las Hepatitis Víricas y representante de la COLDA; el Sr. Marko Korenjak, presidente de la ELPA y representante de los pacientes hepáticos; el Dr. Mario Pessoa, representante de la ALEH, Asociación Latinoamericana para el Estudio del Hígado; y la Dra. Mary Rinella, representante de la Asociación Americana para el Estudio del Hígado, AASLD. Todos de un reconocido prestigio por su compromiso con la enfermedad por acúmulo de grasa en el hígado y sus nefastas consecuencias para la salud.

La reunión permitió la visualización de un problema de salud que es global y que está relacionado directamente con el sedentarismo de la cultura actual, con el tipo de alimentación y que requiere soluciones urgentes.

Los ponentes, guiados por las cuestiones planteadas por el moderador, se centraron en mensajes directos y enfocados a la práctica, en especial a cómo llegar a las personas afectadas. Está claro el rol de los equipos sanitarios en la educación sanitaria y no sólo como prescriptores de tratamientos, sino de captar la atención de las personas e informar sobre cómo prevenir y abordar los problemas de salud.

Lo más importante es reconocer que existe un grave problema y buscar la forma cómo el máximo número de personas puedan acceder al cuidado preventivo. Se ha de enfocar el tema desde la infancia, iniciando programas y educación en las escuelas, para detectar los casos que ya están en riesgo, mediante la realización de antropometría y si existe obesidad realizar ecografía abdominal y analítica.

La representante de Egipto añadió que ellos realizan determinación de hemoglobina y screening de hepatitis C. Así, integran los planes de salud infantil a un nivel más global. Para atraer la atención de los niños utilizan gráficos con ilustraciones infantiles donde plasman el problema y las posibles soluciones.

Surgieron comentarios sobre las barreras detectadas y las necesidades actuales para categorizar a los pacientes según su gravedad, pues se ha visto que en general existen pocas vías de comunicación entre los médicos de primaria, que sería la puerta de entrada de los pacientes, y los diferentes especialistas

implicados que se precisan para atender a los pacientes con la enfermedad por depósito de grasa hepática y sus complicaciones metabólicas y sistémicas.

El representante de Brasil comentó que en su país, a raíz de su experiencia en la detección de los casos con hepatitis víricas y VIH, conocen más directamente cuáles son los pacientes que están en riesgo y se enfocan en la identificación de los casos más graves. Se basan en especial en métodos no invasivos, fáciles y baratos, por ejemplo, la puntuación FIB-4 y la determinación de ALT, mediante una analítica de sangre.

Es necesario unificar el mensaje. No olvidar que el mensaje que se quiere dar está muy enfocado a integrar a todos los países y a todos los especialistas involucrados (cardiólogos, diabetólogos, endocrinólogos, nutricionistas, etc.) quienes deberían trabajar conjuntamente en la misma ubicación y ser asequibles.

Para finalizar la reunión, el moderador preguntó a cada uno de los participantes sobre cuál sería su deseo más inmediato para iniciarse mañana mismo y fue muy ilustrativo.

- Estratificar los pacientes actuales según su riesgo y la prevención de la patología desde la infancia.
- Contar con la infraestructura necesaria.
- Integrar las clínicas especializadas y que los distintos especialistas trabajen juntos.
- Reconocer que es urgente trabajar en la salud infantil. Asimismo, recordar el papel de las mujeres, el gran interés que tiene su educación y lograr mantener la cultura de cocinar en casa.
- Normalizar que se han de realizar chequeos hepáticos, comprobar cómo está la salud del hígado, desde los estudiantes que inician la formación universitaria.
- Evaluar el funcionalismo hepático en todas las personas con diabetes.

En resumen, una reunión muy representativa con una visión creativa y global para un futuro mejor para la salud del hígado.

Autora: Dra. Teresa Casanovas, presidenta de ASSCAT y coordinadora del Comité Científico de la European Liver Patients' Association (ELPA)

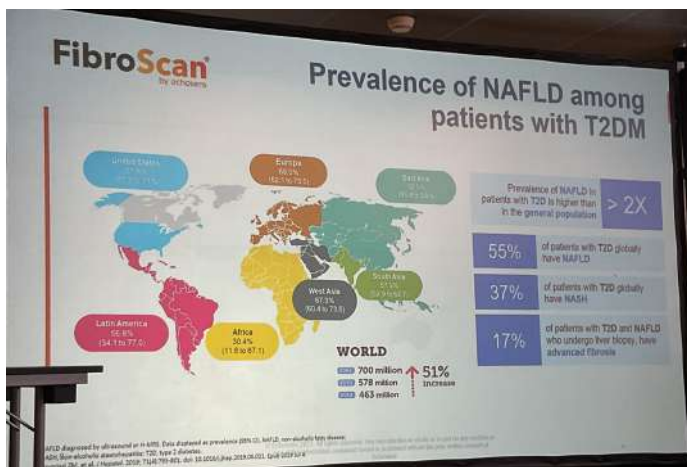
TALLER HÍBRIDO: INNOVACIONES EN EL TALLER DE CUIDADO DE NAFLD 2023

26 y 27 de mayo de 2023

El Taller Innovations in NAFLD Care (INCBCN) 2023 se llevó a cabo como un taller híbrido en Barcelona, España, del 26 al 27 de mayo de 2023. Se pudo asistir tanto en persona en Barcelona o virtualmente desde el ordenador.



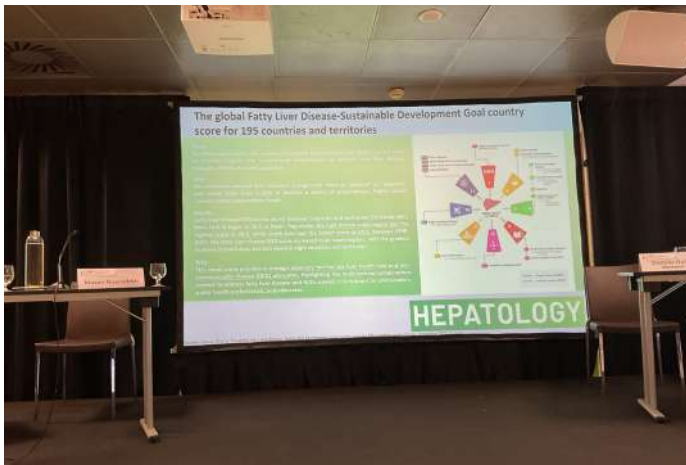
Se estima que la enfermedad del hígado graso no alcohólico (NAFLD) afecta a 33% de la población mundial. Dada la asociación entre la EHGA y las crecientes epidemias mundiales de obesidad y diabetes tipo 2, se espera que este número aumente.



A pesar de esta alta prevalencia, sigue habiendo desafíos en la detección, ya que sólo una minoría de los casos son diagnosticados y tratados correctamente. Por lo tanto, existe una creciente necesidad de diseñar e implementar modelos integrales de atención.



La cascada de atención para el diagnóstico y tratamiento de la EHGNA requiere un enfoque multidisciplinario, con el desarrollo de estructuras y sistemas centrados en el paciente que faciliten la coordinación e integración de los servicios prestados en los diferentes niveles de los sistemas de salud.



Este taller proporcionó una plataforma para reunir a las partes interesadas en especial a los pacientes, relevantes para optimizar la atención de NAFLD.

El programa de 2 días exploró las diferentes perspectivas que los profesionales de la salud y los pacientes con NAFLD tienen diariamente.

Cumbre NASH-NIT (datos del mundo real)

La Cumbre de Evidencia del Mundo Real de NASH-NIT contó con conferencias de vanguardia sobre el uso de evidencia del mundo real para el diagnóstico adecuado de NASH utilizando tests de diagnóstico no invasivo (siglas en inglés, NIT).

La cumbre se celebró en Barcelona el 26 de mayo como preparación del “Taller de Innovaciones en el cuidado de NAFLD”.

Fue una cumbre híbrida de medio día, donde se reservó tiempo suficiente para debates y mesas redondas para intercambiar conocimientos y reforzar la implementación de evidencia del mundo real para la detección, identificación y diagnóstico de NAFLD/NASH.



Fuente: academicmedicaleducation.com

Noticia traducida por ASSCAT

SESIÓN CIENTÍFICA SOBRE EL ACCESO A LOS MEDICAMENTOS HUÉRFANOS EN ESPAÑA

1 de junio de 2023

El 1 de junio de 2023 tuvo lugar en la Real Academia de Medicina de Cataluña una reunión científica organizada por Farmaindustria para presentar la actualización de la normativa española para el acceso a los medicamentos “huérfanos” aprobados por la EMA (Agencia Europea del Medicamento) y desentallar las dificultades que existen en España.



SESIÓN CIENTÍFICA ACCESO TEMPRANO Y MEDICAMENTOS HUÉRFANOS

Barcelona, 1 de junio de 2023

Lugar: Reial Acadèmia de Medicina Catalunya
Carrer del Carme, 47, Barcelona

En el transcurso de la reunión se presentó el documento con las nuevas medidas que permitirían agilizar el proceso y los criterios de evaluación de medicamentos que, por definición, son medicamentos innovadores y avanzados para las enfermedades minoritarias. Se estima que existen unas 7.000 enfermedades minoritarias, que en su mayoría afectan a la población infantil y tienen una base genética. **En España hay 3 millones de personas que sufren este tipo de dolencias.**

La legislación europea, para poder tener el acceso precoz al medicamento “huérfano”, varía en cada país; por ejemplo, en Alemania y Francia es más rápido. Los pacientes pueden acceder al tratamiento y evaluar los resultados obtenidos en la vida real al cabo de un año.

En España, el tiempo medio hasta la disponibilidad es demasiado prolongado. Actualmente lo que se está tardando en nuestro país en incorporar un tratamiento huérfano a la cartera de servicios es de más de 700 días.



El nombre de las enfermedades que se hallan a la espera de que se apruebe el acceso a un tratamiento que permitiría mejorar su calidad de vida y posiblemente la supervivencia no fue mencionado.

En ASSCAT, actualmente estamos a la espera de que se apruebe la financiación para un tratamiento antiviral utilizado para tratar la infección por el virus de la hepatitis delta (VHD) crónica, en adultos con enfermedad hepática compensada (cuando el hígado está dañado pero aún puede funcionar) tras confirmar la presencia de ARN viral (material genético) por análisis de sangre.

La situación de los pacientes diagnosticados de hepatitis Delta es especial. Se trata de una enfermedad rara, minoritaria, poco conocida e infradiagnosticada y su tratamiento representaría un gran avance. Los beneficios en la mejora de la Salud Pública de la ciudadanía son muy grandes no es una cuestión individual.

Los criterios que deberían ser tenidos en cuenta en la hepatitis Delta es que es una enfermedad infradiagnosticada y poco conocida. Es una enfermedad grave, actualmente no tiene alternativas terapéuticas, aunque tiene otros medicamentos que se hallan en estudio y además el paciente no puede esperar, ya que la enfermedad progresa y puede conducir a secuelas irreversibles.



Desde el punto de vista del paciente, su reivindicación se basa en que la medicación ya está autorizada en Europa y no está disponible en España. Se ha de tener en cuenta su valor para la salud y no se dispone de alternativas terapéuticas.

Los pacientes no tienen tiempo, se les está haciendo vivir una incertidumbre y angustia por su situación a la espera de que se discuta la financiación. Es una situación de inequidad y desigualdad.



Al finalizar la reunión científica, cerró el acto el conseller de Salut de la Generalitat de Catalunya, el Dr. Manel Balcells, con unas palabras proponiendo que se han de incrementar con criterios de equidad, las nuevas terapias innovativas que irán llegando en las enfermedades minoritarias. Es un asunto complejo que requiere mucho diálogo, pero es muy necesario para afrontar en el día a día la calidad de vida de la población.

****Para ampliar la información, podéis consultar la nota de prensa de Farmaindustria clicando [aquí](#).***

Autora: Teresa Casanovas, presidenta de ASSCAT y coordinadora del Comité Científico de la ELPA

WEBINAR: “PERFIL EUROPEO DE LA HEPATITIS DELTA Y NUEVOS TRATAMIENTOS”

8 de junio de 2023

El 8 de junio, a las 16h, tuvo lugar un webinar sobre el VHD en Europa, que contó con un panel de discusión sobre la hepatitis delta en el contexto europeo, el estado de la aprobación de un nuevo tratamiento en todo el continente y cómo el medicamento está cambiando el panorama del VHD.

La Dra. Teresa Casanovas participó en este evento online como panelista representando a ASSCAT y a la ELPA, junto a otros colegas de Reino Unido, Rumanía, Francia e Italia.

Join us for our next hepatitis delta webinar in June!



A continuación, tenéis la lista completa de panelistas; este fue el orden en el que presentaron:

- Dra. Philippa Matthews, líder del grupo de ciencia clínica, Instituto Francis Crick, Londres, Reino Unido.
- Dr. George Gherlan, Jefe del Departamento de Enfermedades Infecciosas IV del Hospital Clínico de Enfermedades Infecciosas y Tropicales Dr. Victor

Babes, Bucarest, Rumanía.

- Dra. Teresa Casanovas, Presidenta de la Asociación Catalana de Pacientes Hepáticos; Miembro de la Junta de la Asociación Europea de Pacientes Hepáticos y Coordinador del Comité Científico de la ELPA, Barcelona, España.
- Dr. Pietro Lampertico, Director de la División de Gastroenterología y Hepatología, Jefe del Centro “A. M. e A. Migliavacca” para la Enfermedad del Hígado en la Fundación IRCCS Ca’ Granda, del Ospedale Maggiore Policlinico, Universidad de Milán, Italia.
- Dr. Tarik Asselah, Catedrático de Medicina y Hepatología del Hôpital Beaujon, APHP, Clichy y Universidad de París, Francia; Jefe de Hepatitis Virales del INSERM (UMR 1149, Centre de Recherche sur l’Inflammation).

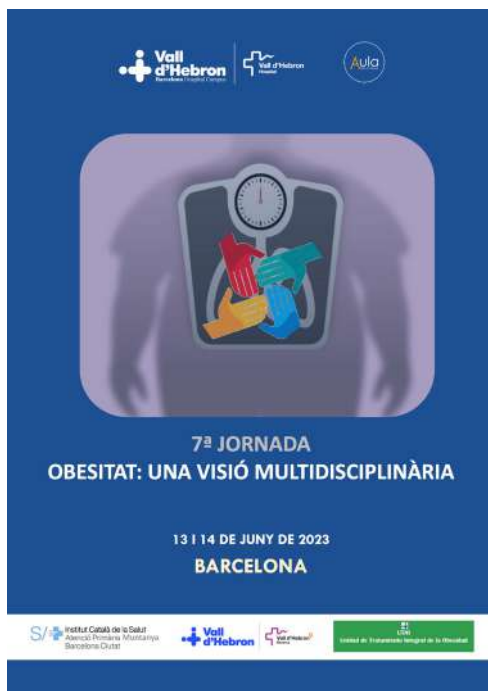
El mensaje de la presidenta de ASSCAT con respecto a este evento online es el siguiente: “En mi opinión, el webinar sobre la hepatitis Delta es muy importante porque es una enfermedad grave, infradiagnosticada. Ahora tan sólo unos pocos países han aprobado el nuevo tratamiento para su uso y la mayoría de ellos están en proceso de negociaciones. Además, muchos de los pacientes no saben si tienen hepatitis Delta”.

Fuente: hepb.org

7ª JORNADA “OBESIDAD: UNA VISIÓN MULTIDISCIPLINARIA” ORGANIZADA POR EL HOSPITAL VALL D’HEBRON

13 y 14 de junio de 2023

Los días 13 y 14 de junio tuvo lugar en el Hospital Vall d’Hebron la 7ª Jornada “Obesidad: Una visión multidisciplinaria”. Sus objetivos fueron: ofrecer a los profesionales de la salud del ámbito de la atención primaria los conocimientos necesarios para poder valorar y tratar la obesidad mórbida. Reconocer que la obesidad es una enfermedad crónica, en un cambio continuo, recidivante y que tiene una etiología multifactorial y múltiples consecuencias para la salud.



Así como conocer una variedad de herramientas y métodos que pueden ayudar y mejorar la implementación de programas de gestión del peso en un entorno de atención primaria.

La Jornada tuvo lugar en la sala de actos de la planta 10 del Hospital General Vall d’Hebron (Passeig Vall d’Hebron, 119-129).

Las directoras fueron la Dra. Andreea Ciudin, Jefa de la Unidad de Obesidad del Servicio de Endocrinología y Nutrición del Hospital Vall d’Hebron; y la Dra. Raquel Nogues, Jefa de la Primera Unidad de Obesidad del CAP de Sant Rafael de

Barcelona.

14 de junio: Media jornada dedicada a los pacientes

El 14 de junio, a las 8:30h, las directoras de la Jornada organizaron un programa dirigido a los pacientes, donde pudieron asistir de oyentes y participar en el taller de ejercicio físico especialmente diseñado para ellos.

Fuente: Hospital Universitario Vall d'Hebron

CAMINATA ORGANIZADA POR ASSCAT PARA LA VISIBILIZACIÓN DE LAS HEPATITIS VÍRICAS Y LAS ENFERMEDADES HEPÁTICAS

15 de junio de 2023

El 15 de junio ASSCAT organizó una caminata por Barcelona, concretamente en el barrio de La Barceloneta, y a continuación una comida de hermandad en un restaurante para celebrar el reencuentro. Su objetivo fue dar visibilidad a las hepatitis víricas y las enfermedades hepáticas.

Caminata para visibilizar las hepatitis víricas y las enfermedades hepáticas

Jueves 15 Junio 11-14h 2023

La Barceloneta

El punto de encuentro será La Fraternitat Biblioteca Municipal (entrada por la C/ Felícia Fuster, 8-10), donde empezará el recorrido por La Barceloneta y en el que nos acompañará el arquitecto y paisajista Miquel Vidal, quien será el guía de la ruta "Descubriendo La Barceloneta 1753-2023. Mar, Indústria e Identitat".

La caminata finalizará con una comida de hermandad con todos los participantes.

asscat
Asociación de Socios de Cooperativa Obrera La Fraternitat
Desde el año 2001 por la Fraternitat

La jornada se inició en la Biblioteca Municipal La Fraternitat, donde la directora de la biblioteca nos dio la bienvenida explicando los orígenes del edificio que inicialmente había sido la sede de la Cooperativa Obrera La Fraternidad. En 2001, el edificio fue rehabilitado y transformado en la biblioteca pública del barrio.



Los asistentes nos pudimos reunir alrededor de las explicaciones introductorias de la historia del barrio que presentó el Sr. Miquel Vidal, arquitecto, con la conferencia titulada: "Descubriendo La Barceloneta, 1753-2023. Mar, industria e identidad". En la charla, que fue muy amena, el Sr. Vidal puso de manifiesto la historia de este barrio y las diversas etapas de sus construcciones y actividades hasta la actualidad. También explicó los edificios más emblemáticos que posteriormente se observaron durante el paseo.



El día fue magnífico y finalizó con una comida de hermandad en la que los asistentes pudieron hablar y compartir experiencias. Al acabar y despedirnos todo el grupo, todos los participantes agradecieron la iniciativa de ASSCAT, manifestando su deseo de que este tipo de reuniones tuviesen una cierta continuidad.



¡Gracias a tod@s por venir!

Autora: Dra. Teresa Casanovas, presidenta de ASSCAT y coordinadora del Comité Científico de la European Liver Patients' Association (ELPA)

PROGRAMA SEMINARIO MICATC: ESTUDIO PILOTO DE CRIBADO DE LAS HEPATITIS VÍRICAS EN POBLACIÓN MIGRANTE DE CATALUÑA

15 de junio de 2023

El 15 de junio, de 16h a 19h, la Subdirección General de Adicciones, VIH, ETS y Hepatitis Víricas de la Generalitat de Catalunya y la Agència de Salut Pública de Catalunya, organizaron el seminario híbrido MICATC: “Estudio piloto de cribado de las hepatitis víricas en población migrante de Cataluña”.

PROGRAMA SEMINARI MICATC

Estudi pilot de cribratge de les hepatitis víriques en població migrant de Catalunya (MICATC)

DATA:
15 de juny 2023

HORARI:
16 a 19 h

MODALITAT:
Presencial a l'ASPCAT.
Roc Boronat 61-66,
08005 Barcelona.



OBJECTIU PRINCIPAL:
Divulgar els resultats principals del MICATC, debatre sobre les lliçons apreses i fer recomanacions de futur.

PROFESSIONALS A QUI VA ADREÇAT:
Participants en el projecte
Professionals de l'Agència de Salut Pública de Catalunya
Professionals dels serveis de digestologia hospitalària
Professionals de salut comunitària d'atenció primària
Agents de salut comunitària

INSCRIPCIONS

ORDRE DEL DIA DEL SEMINARI	
	PARTICIPANTS
16:00 INTRODUCCIÓ I PRESENTACIÓ DEL SEMINARI	Joan Colom, Subdirecció General d'Addiccions, VIH, ITS i hepatitis víriques, ASPCAT
16:10 LES HEPATITIS VÍRIQUES EN POBLACIONS MIGRANTS EN EL MARC DEL PLA D'HEPATITIS DE CATALUNYA	Sandra Manzanares / Xavier Majó, Subdirecció General d'Addiccions, VIH, ITS i hepatitis víriques, ASPCAT
16:15 PRESENTACIÓ I PRINCIPALS RESULTATS DEL PROJECTE MICATC	Venus Ferrero, Subdirecció General d'Addiccions, VIH, ITS i hepatitis víriques, ASPCAT
16:45 Taula rodona 1: VALORACIÓ DE LA IMPLEMENTACIÓ DEL MICATC; LLIçons APRESSES I RECOMANACIONS	Jordi Gómez, ESPIC Vall d'Hebron Mariona Espejo, Infermera comunitària, Lleida Marilyn Aguilar / Liana Calçada, Infermeres comunitàries L'Hospitalet de Llobregat
17:30 Pausa	
18:00 Taula rodona 2: L'EXPERIÈNCIA DES DE LA COMUNITAT; VALORACIÓ I RECOMANACIONS	Tahir Raffi, Agent comunitària, ESPIC Ithhan Engbetoh, Educadora d'iguals, Nigèria Samaira Tahir, Educadora d'iguals, Pakistan Mònica Ignat, Educadora d'iguals, Romania
18:30 Taula rodona 3: QUÈ HEM APRES DEL PROJECTE I D'ALTRES INICIATIVES DE CRIBATGE DIRIGIDES A POBLACIÓ MIGRANT; ORIENTACIONS PEL FUTUR	Montse Garcia, Hepatòloga, Hospital del Mar Joan Carles Quer, Hepatòleg, Hospital Joan XXIII
18:55 PROPOSTES DE FUTUR I CLOENDA	Joan Colom

Subdirecció General d'Addiccions, VIH, ITS i Hepatitis Víriques

Amb el suport de





Objetivo principal

Divulgar los resultados principales del MICATC y debatir sobre las lecciones aprendidas y hacer recomendaciones de futuro.

Profesionales a quienes va dirigido:

- Participantes en el proyecto.
- Profesionales de la Agència de Salut Pública de Catalunya.
- Profesionales de los servicios de digestología hospitalaria.
- Profesionales de salud comunitaria de atención primaria.
- Agentes de salud comunitarios.

Programa

16.00 Introducción y presentación del seminario

Joan Colom. Subdirección General de Adicciones, VIH, ETS y Hepatitis Víricas. ASPCAT.

16.10 Las hepatitis víricas en poblaciones migrantes en el marco del Plan de Hepatitis de Catalunya

Sandra Manzanares / Xavier Majó. Subdirección General de Adicciones, VIH, ETS y Hepatitis Víricas. ASPCAT.

16.15 Presentación y principales resultados del Proyecto MITCATC

Venus Forero. Subdirección General de Adicciones, VIH, ETS y Hepatitis Víricas. ASPCAT.

16.45 Mesa redonda 1. Valoración de la implementación del MITCATC:

Lecciones aprendidas y recomendaciones

Jordi Gómez. ESPIC Vall d'Hebron.

Mariola Espejo. Enfermera comunitaria. Lleida.

Mayte Aguilar / Luna Cátedra. Enfermeras comunitarias. L'Hospitalet de Llobregat.

17.30 Pausa

18.00 Mesa redonda 2. La experiencia desde la comunidad: Valoración y recomendaciones

Tahir Rafi. Agente comunitario. ESPIC.

Itohan Eigbefoh. Educadora de iguales. Nigeria.

Sumaira Tahir. Educadora de iguales. Pakistán.
Mònica Ignat. Educadora de iguales. Rumanía.

18.30 Mesa redonda 3. Qué hemos aprendido del Proyecto y de otras iniciativas de cribado dirigidas a población migrante. Orientaciones para el futuro

Montse Garcia. Hepatóloga. Hospital del Mar.
Joan Carles Quer. Hepatólogo. Hospital Joan XXIII.

18.55 Propuestas de futuro y cierre

Fuente: drogues.gencat.cat

JORNADA “SUMANDO ESFUERZOS HACIA LA ELIMINACIÓN DE LAS HEPATITIS VÍRICAS EN CATALUÑA”

28 de junio de 2023

El pasado 28 de junio, como un acto previo de la conmemoración del Día Mundial de la Hepatitis, que se celebra en todo el mundo el 28 de julio, tuvo lugar en Barcelona una reunión coordinada por la Sociedad Catalana de Biología y por la Sociedad Catalana de Virología titulada: **“Sumando esfuerzos hacia la eliminación de las hepatitis víricas en Cataluña”**. Fue presentada por el Dr. Josep Quer y moderada por la Dra. Elisa Martró.



CAP A L'ELIMINACIÓ DE LES HEPATITIS VÍRIQUES: SUMEM ESFORÇOS

18:00 Benvinguda, Josep Quer (Hospital Vall Hebrón)

18:05 ¿Cómo podemos alcanzar la eliminación de las hepatitis virales? Camila Picchio (ISGlobal)

18:30 Què fem les associacions de pacients de cara a l'eliminació de les hepatitis víriques? Teresa Casanovas (Associació Catalana de Pacients Hepàtics, ASSCAT)

18:55 TAULA RODONA

Participants: Xavier Majó (Agència de Salut Pública de Catalunya); Cinta Fotch (Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya, CEEISCAT); Mont Gálvez (Hospital Clínic i Provincial de Barcelona); Juanse Hernández (Grupo Trabajo sobre Tratamientos del VIH, gT-VIH); Montserrat García (Hospital del Mar, Parc de Salut MAR); Ariadna Rando (Hospital Vall Hebrón); Joan Carles Quer (Hospital Joan XXIII)

Moderadora: Elisa Martró (Institut d'Investigació Germans Trias i Pujol, IGTP; CIBER en Epidemiologia y Salud Pública, CIBERESP)

19:45 Cloenda. Susana Guix (Universitat de Barcelona)

28 de Juny 2023, a les 18:00h

Institut d'Estudis Catalans (IEC), Sala Pi i Sunyer
Carrer del Carme 47, Barcelona



Esta jornada se abrió con dos conferencias que sirvieron de introducción. La primera titulada: **“¿Cómo podemos alcanzar la eliminación de las hepatitis virales?”**, con Camila Picchio, responsable de proyectos e investigadora que trabaja en ISGlobal, que comentó los aspectos epidemiológicos y de salud

pública de las hepatitis y las dificultades actuales enfocando la problemática a nivel mundial. La segunda conferencia se tituló: **“Qué hacemos las asociaciones de pacientes de cara a la eliminación de las hepatitis víricas”** y fue impartida por Teresa Casanovas, presidenta de ASSCAT y que explicó las actividades y proyectos de la asociación en relación a la eliminación de las hepatitis víricas, diferenciando VHC, VHB y VHD. Mostró la importancia de la voz del paciente y el interés en empoderar a los pacientes con información actualizada sobre las hepatitis y las enfermedades hepáticas.



Seguidamente tuvo lugar la mesa redonda organizada con representantes de grupos que están trabajando para la eliminación de las hepatitis víricas en diversas poblaciones y que mostró lo que se está haciendo actualmente en nuestro entorno, ONGs comunitarias, centros de disminución de daños, epidemiólogos y especialistas de salud pública, hepatólogos y especialistas de laboratorio que desde hospitales de tercer nivel se coordinan con servicios asistenciales de medicina primaria y con centros que atienden inmigrantes y otras poblaciones, para informar, detectar y diagnosticar para tratar y para prevenir nuevas transmisiones.



Participantes de la mesa redonda:

Xavier Majó (Agència de Salut Pública de Catalunya), Cinta Folch (Centro de Estudios Epidemiológicos sobre Infecciones de Transmisión Sexual y Sida en Catalunya), Mont Gálvez (Hospital Clínic i Provincial de Barcelona), Juanse Hernández (Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH, gTt-VIH), Montserrat García (Hospital de Mar, Parc de Salut Mar), Ariadna Rando (Hospital Vall Hebrón), Joan Carles Quer (Hospital Joan XXIII, Tarragona).

Durante la mesa redonda, los participantes respondieron a las preguntas de la moderadora, destacando las acciones que se llevan a cabo para detectar los casos que aún no han recibido el tratamiento curativo para la hepatitis C. En sus exposiciones informaron sobre el camino recorrido por el que podemos estar orgullosos. Sin embargo, y a pesar de tener estrategias innovadoras para el cribado, para el diagnóstico precoz y hacer que los tratamientos sean más accesibles existe aún una enorme falta de información sobre la salud del hígado a nivel general. Esta falta de cultura sobre la salud del hígado conlleva que perduren actitudes de estigmatización hacia los pacientes y de ocultamiento de los propios pacientes.

Se cerró la jornada con una reflexión, en la que contestaron individualmente sobre, según su opinión, cuáles serían las circunstancias que podrían favorecer un retraso en la eliminación. Destacaron dos factores que de una forma negativa dificultan la eliminación. Por una parte los determinantes sociales, económicos y culturales que pesan desfavorablemente sobre amplios grupos de ciudadanos, en los que se observan peores resultados en salud. Por otro lado, los panelistas estuvieron de acuerdo sobre la necesidad urgente de incorporar a los equipos de medicina primaria en la información a la población y en la administración del tratamiento antiviral. Susanna Guix, investigadora de la Universidad de Barcelona, cerró el acto.

Al finalizar, la opinión general de los asistentes a esta reunión fue que la información compartida había sido útil y que se necesita seguir avanzando en la eliminación de las hepatitis con un mayor compromiso de los políticos responsables de la gestión sanitaria.

Autora: Dra. Teresa Casanovas, presidenta de ASSCAT y coordinadora del Comité Científico de la ELPA

WEBINAR: “ELIMINACIÓN GLOBAL DEL VHD: DESAFÍOS Y OPORTUNIDADES”

20 de julio de 2023

El jueves 20 de julio, a las 16h, tuvo lugar el webinar: “Eliminación global del VHD: desafíos y oportunidades”, organizado por la Coalición para la Eliminación Global de la Hepatitis e ICE-HBV con el objetivo de revisar el estado de la eliminación de la hepatitis D (VHD) a nivel mundial.



Dado que ahora hay disponibles nuevas opciones terapéuticas, en este seminario web se revisó la carga del VHD, los retos diagnósticos desafíos en de las pruebas actuales, las opciones actuales y los avances en la terapia, y las lecciones recientes aprendidas sobre el del nuevo tratamiento.

Agenda

- 1** Carga del VHD: epidemiología global y características clínicas | María Buti, España.
- 2** ¿Cuáles son los desafíos retos de en las pruebas de VHD? | Fabien Zoulim, Francia.
- 3** Opciones actuales para los avances en la terapia | Heiner Wedemeyer, Alemania.
- 4** Lecciones aprendidas del nuevo tratamiento| Pietro Lampertico, Italia.
- 5** Mesa redonda | con Stephen Urban, Alemania y Naranjargal Dashdorj, Mongolia.

Fuente: globalhep.org

EL TRATAMIENTO PARA LA HEPATITIS NO PUEDE ESPERAR

Comenzar el
tratamiento de la
hepatitis a tiempo
puede salvarte
la vida.

**No esperes.
Habla con tu
profesional de
la salud sobre el
tratamiento.**

Día Mundial contra
la Hepatitis 28 de julio
#WorldHepatitisDay
worldhepatitisday.org





asscatinform@ n.25

e-Newsletter publicada por la Associació Catalana de Pacients Hepàtics