

## SCREENING DEL VIRUS DE LA HEPATITIS C Y ATENCIÓN EN LAS UNIDADES DE SALUD MENTAL: UNA OPORTUNIDAD PARA LA ELIMINACIÓN DEL VHC

Ana Fuentes<sup>1</sup>  
Adolfo de Salazar<sup>1</sup>  
Antonio Aguilera<sup>2</sup>  
Francisco Téllez<sup>3</sup>  
Jorge Cervilla<sup>4,5</sup>  
Pablo José González-Domenech<sup>4</sup>  
Luis Gutiérrez-Rojas<sup>4,5,6</sup>  
Federico García<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Microbiología Clínica; Hospital Universitario Clínico San Cecilio; Instituto de Investigación ibs. Granada, España.  
CIBER de enfermedades infecciosas, CIBERINFEC, ISCIII, Madrid, España

<sup>2</sup>Servicio de Microbiología Clínica; Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. Departamento de Microbiología. Universidad de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela, A Coruña, España.

<sup>3</sup>Unidad de Enfermedades Infecciosas, Hospital Puerto Real, Puerto Real, Cádiz, España

<sup>4</sup>Departamento de Psiquiatría, Universidad de Granada, Granada, España

<sup>5</sup>Servicio de Psiquiatría, Hospital Clínico San Cecilio, Granada, España

<sup>6</sup>Grupo de Investigación en Psiquiatría y Neurociencias (CTS-549), Instituto de Neurociencias, Universidad de Granada, Granada, España

### Autor de correspondencia:

Luis Gutiérrez-Rojas  
Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina – torre A, planta 9  
E-18071 Granada, España  
Teléfono +34 958 240711 – Fax 34 958 240730 –  
E-mail: gutierrezrojas@ugr.es

Estimado editor,

El virus de la hepatitis C (VHC) afecta a aproximadamente 71 millones de personas infectadas, y cada año se diagnostican 1,75 millones de personas, según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>1</sup>. La infección por el VHC provoca cirrosis, carcinoma hepatocelular (CHC), insuficiencia hepática y mayores tasas de mortalidad<sup>2</sup>. El tratamiento del VHC ha pasado de los tratamientos con interferón inyectado que presentaba una difícil adherencia, bajas tasas de curación y amplios efectos secundarios, a los agentes antivirales de acción directa (AAD) totalmente orales de corta duración (8 a 12 semanas), de gran eficacia y con efectos secundarios muy limitados<sup>3</sup>. Las combinaciones de AAD que se recomiendan actualmente como tratamiento de primera línea de los pacientes infectados por el VHC según las directrices internacionales<sup>4</sup> alcanzan tasas de respuesta virológica sostenida (RVS) superiores al 95% para todos los genotipos del VHC. En el caso de los pacientes a los que les falla el tratamiento de primera línea, es posible el retratamiento, y

también se alcanzan tasas de RVS superiores al 95%. Alcanzar la RVS en el tratamiento de la hepatitis C significa que el paciente está curado de la hepatitis C; aunque como la respuesta inmunitaria contra la hepatitis C no es protectora, puede producirse una reinfección en los pacientes con conductas de riesgo de estar expuestos al VHC.

Los programas de vacunación a nivel mundial son la única forma de conseguir la erradicación del VHC. Desgraciadamente, debido a la heterogeneidad virológica del VHC estamos lejos de una vacuna contra todas las variantes del VHC. Sin embargo, el tratamiento como prevención, es decir, el tratamiento con fármacos altamente eficaces y con pocos o ningún efecto secundario, hace posible alcanzar la eliminación del VHC. La OMS ha fijado como objetivos de eliminación el diagnóstico del 90% de los pacientes infectados por el VHC y el tratamiento del 90% de ellos. Alcanzar estos objetivos supondrá una reducción del 65% de la mortalidad asociada al VHC. La OMS ha propuesto 2030 como año para lograr la eliminación del VHC.

El acceso no restringido al tratamiento del VHC es clave para su eliminación. Aunque algunos países (Islandia, España, Italia...) lo entendieron muy pronto, y ahora están en camino de la eliminación<sup>5</sup>, el diagnóstico se está convirtiendo en la clave para la eliminación. Los modelos<sup>6</sup> han demostrado que la eliminación puede no ser posible si no se desarrollan políticas sanitarias adecuadas para diagnosticar a todos los pacientes infectados por el VHC. Para detectar a todos los pacientes portadores de VHC, es necesario priorizar el diagnóstico del VHC, centrándose primero, pero no solo, en las poblaciones con una mayor prevalencia de la infección por el VHC. Este nuevo enfoque conduce al concepto de "microeliminación" del VHC<sup>7</sup>, que propone alcanzar los objetivos de eliminación de la OMS a nivel local en "micro" poblaciones especiales.

Existen varios factores de riesgo para la infección por el VHC: el consumo de sustancias intravenosas/intranasales, pacientes que recibieron donaciones de sangre antes de 1990, pacientes en hemodiálisis, los recién nacidos de madres infectadas por el VHC, los pacientes infectados por el VIH o el VHB, las relaciones sexuales con exposición a la sangre (coito anal y otras prácticas -fisting, slamming-), los baby boomers y las personas con parejas sexuales infectadas por el VHC.

El tratamiento del VHC solo es necesario para los pacientes con infección activa por el VHC, lo que significa que solo los pacientes en los que se detecta el virus en sangre (viremia por el VHC) serán candidatos al tratamiento. Es obligatorio contar con protocolos de diagnóstico precisos que incluyan pruebas reflejas (pruebas de anticuerpos y, si son positivas, pruebas de carga viral en la misma muestra) para la vinculación efectiva a la atención de los pacientes. Además,

un sistema de comunicación eficaz con el médico responsable del tratamiento del VHC es también una clave para evitar pérdidas y lograr efectivamente la microeliminación.

Los pacientes que acuden a las unidades de salud mental representan una oportunidad única para la microeliminación del VHC<sup>8</sup>. Los pacientes con trastornos mentales son propensos a situaciones de riesgo para la adquisición de infecciones, incluido el VHC. De hecho, las personas con ciertas enfermedades psiquiátricas, por ejemplo, la esquizofrenia<sup>8</sup>, presentan relaciones de riesgo con más frecuencia y existe una importante comorbilidad con el consumo de sustancias. Existen pruebas sólidas de un mayor riesgo de infección por el VHC, con una odds ratio de 1,72 en comparación con la población general, lo que implica casi el doble de riesgo para los pacientes con un trastorno mental grave<sup>9</sup>. En España, la infección por VHC en la población general es del 0,85%, por lo que si extrapolamos los resultados, podemos esperar que aproximadamente el 2% de los pacientes con trastornos mentales podrían estar infectados por el VHC. El tratamiento en estos pacientes es tan eficaz como en la población general; además, las interacciones medicamentosas entre los AAD y los fármacos habitualmente utilizados en estos pacientes son, si se producen, fáciles de manejar<sup>10</sup>.

En resumen, dado que las unidades de salud mental son para algunos pacientes el único contacto con el sistema sanitario, el cribado de la hepatitis C, con protocolos diagnósticos adecuados que incluyan pruebas reflejas de infección activa rápida, junto con una comunicación activa con las unidades de tratamiento del VHC representan una oportunidad única para la microeliminación del VHC. Para lograr la eliminación del VHC, deberían ser obligatorios los programas específicos para promover el cribado del VHC y la vinculación con la atención entre los profesionales que atienden los trastornos de salud mental.

## CONFLICTOS DE INTERÉS

LGR ha recibido honorarios por su participación en un Board de Abbvie.

## REFERENCIAS

- World Health Organization, World Health Organization, Global Hepatitis Programme. Global Hepatitis Report, 2017.; 2017. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255016/1/9789241565455-eng.pdf?ua=1>. Accessed February 11, 2020.
- GBD 2015 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet Lond Engl* 2016;388: 1545–602. doi:10.1016/S0140-6736(16)31678-6
- Feld JJ, Jacobson IM, Hézode C, et al. Sofosbuvir and Velpatasvir for HCV Genotype 1, 2, 4, 5, and 6 Infection. *N Engl J Med* 2015;373:2599–607. doi:10.1056/NEJMoa1512610
- European Association for the Study of the Liver. Electronic address: easloffice@easloffice.eu, European Association for the Study of the Liver. EASL Recommendations on Treatment of Hepatitis C 2018. *J Hepatol* 2018;69: 461–511. doi:10.1016/j.jhep.2018.03.026
- Juanbeltz R, Pérez-García A, Aguinaga A, et al. Progress in the elimination of hepatitis C virus infection: A population-based cohort study in Spain. *PloS One* 2018;13:e0208554. doi:10.1371/journal.pone.0208554
- Crespo J, Albillos A, Buti M, et al. Elimination of hepatitis C. Positioning document of the Spanish Association for the Study of the Liver (AEEH). *Gastroenterol Hepatol* 2019;42: 579–92. doi:10.1016/j.gastrohep.2019.09.002
- Lazarus JV, Safreed-Harmon K, Thursz MR, et al. The Micro-Elimination Approach to Eliminating Hepatitis C: Strategic and Operational Considerations. *Semin Liver Dis* 2018;38: 181–92. doi:10.1055/s-0038-1666841
- Arnold RM, Machover H, Wall ME, Ahmadzadeh I, Potts W, Himelhoch S. "Why Me?" Understanding the HCV care continuum among people with serious mental illness. *Psychiatr Serv Wash DC* 2018;69: 1188–90. doi:10.1176/appi.ps.201700542
- Bauer-Staeb C, Jörgensen L, Lewis G, Dalman C, Osborn DPJ, Hayes JF. Prevalence and risk factors for HIV, hepatitis B, and hepatitis C in people with severe mental illness: a total population study of Sweden. *Lancet Psychiatry* 2017;4:685–93. doi:10.1016/S2215-0366(17)30253-5
- Roncero C, Villegas JL, Martínez-Rebollar M, Buti M. The pharmacological interactions between direct-acting antivirals for the treatment of chronic hepatitis c and psychotropic drugs. *Expert Rev Clin Pharmacol* 2018;11:999–1030. doi:10.1080/17512433.2018.1519392