

LEFT NOBODY BEHIND

NO ABANDONEMOS A NADIE

La importancia de integrar a los usuarios de drogas inyectables en los programas de tratamiento del VHC.

Argumentos desde la perspectiva de la salud pública y los derechos humanos.



La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha calificado el virus de la hepatitis C (VHC) como una “*bomba de relojería viral*”. En la Asamblea Mundial de la Salud de 2010, la OMS reconoció que la epidemia de las hepatitis virales era un “*problema de salud pública mundial*”¹ y pidió que se pusieran en marcha programas integrales para “*potenciar el acceso a tratamientos asequibles en los países en desarrollo*”. Asimismo, en la Asamblea Mundial de la Salud de 2014, la OMS aprobó una nueva resolución sobre las hepatitis virales, en la que, por primera vez, se señalaba que el virus de la hepatitis C afecta “*de forma desproporcionada a los consumidores de drogas inyectables*” y se instaba a los Estados miembros a poner en práctica “*programas integrales de prevención, diagnóstico y tratamiento de las hepatitis para las personas que consumen drogas inyectables, incluidas las nueve intervenciones básicas*”². La inmensa mayoría de las personas con infección crónica por VHC viven en países de ingresos medios y bajos, donde el acceso al tratamiento para el VHC sigue siendo por lo general muy limitado. Aunque es probable que en los próximos años se incremente el acceso al tratamiento, de mantenerse las tendencias actuales, los usuarios de drogas inyectables (UDI) seguirán quedando excluidos de los programas de tratamiento de forma más o menos sistemática.

Este documento desarrolla una serie de argumentos fundamentales —desde una perspectiva tanto de salud pública como de derechos humanos— sobre por qué resulta pertinente, factible y, desde luego, esencial, que los países incluyan a los usuarios de drogas inyectables en sus directrices de tratamiento y en sus programas sobre la infección crónica por VHC.

LA EPIDEMIA DEL VHC

Las hepatitis son un grupo de enfermedades virales que se calcula que cada año provocan la muerte de 1,4 millones de personas en todo el mundo³, una repercusión por tanto muy similar a la del VIH/sida y la tuberculosis. La mayor parte de estas muertes están causadas por el virus de la hepatitis B (VHB) y por el de la hepatitis C (VHC).

Tan solo el VHC provoca cerca de medio millón de muertes al año, a pesar de ser una enfermedad curable en la mayoría de los casos. En todo el mundo, se calcula que 150 millones de personas tienen infección crónica por VHC⁴. La pandemia se concentra en los países de ingresos medios, en los que viven el 73 % de las personas con infección crónica por VHC.⁵

La epidemia afecta desproporcionadamente a las personas usuarias de drogas —y en particular las que consumen drogas inyectables—, que son con diferencia el grupo de población que más sufre el VHC. De los 16 millones de personas que se calcula que consumen drogas inyectables en todo el mundo, aproximadamente 10 millones son VHC-positivas⁸ y alrededor de 8 millones viven con hepatitis crónica⁹. Asimismo, **la prevalencia de la hepatitis C entre los usuarios de drogas inyectables es tres veces mayor que la del VIH.**¹⁰

A partir de las investigaciones realizadas por Médicos del Mundo y otros datos clínicos y epidemiológicos complementarios, **calculamos que en todo el mundo alrededor de 2 millones de usuarios de drogas inyectables necesitan tratamiento de forma inmediata.**¹¹

Además, los usuarios de drogas inyectables presentan un riesgo de transmisión muy elevado en la mayoría de los contextos de todo el mundo. En los países de ingresos altos, se calcula que el 80 % de los nuevos casos de infección por VHC se producen entre usuarios de drogas inyectables¹². En los países de ingresos medios y bajos, sobre los que no existen estadísticas de incidencia precisas, es muy probable que la proporción sea menor, puesto que siguen teniendo mayor relevancia otras vías de transmisión, como las infecciones nosocomiales. Existen grandes diferencias epidemiológicas entre regiones y países. **En general, la transmisión del VHC entre los usuarios de drogas inyectables en los países**

de ingresos medios y bajos es sin duda importante desde el punto de vista de la salud pública. El riesgo de contraer el VHC es elevado entre los usuarios de drogas inyectables, a quienes se suele negar el acceso a los servicios de reducción del daño, así como entre los menos experimentados que aún no conozcan las técnicas de inyección seguras y las prácticas de reducción del daño.

Por último, pero no por ello menos importante, la coinfección por VIH es un problema muy común entre los usuarios de drogas inyectables. De hecho, se calcula que el 80 % de las personas VIH-positivas que consumen drogas inyectables viven también con el VHC¹³. La inmensa mayoría de las personas coinfectadas por VIH y VHC contrajeron ambos virus por no tener acceso a un equipo de inyección estéril. Si bien la terapia antirretroviral ha incrementado su esperanza de vida, las personas con VIH/sida siguen siendo vulnerables a la enfermedad hepática. De hecho, el VHC se ha convertido en una de las principales causas de muerte entre las personas VIH-positivas. Por otra parte, el VIH acelera la progresión de la enfermedad del VHC y hace que el riesgo de enfermedad hepática e insuficiencia

Cuadro 1: datos de prevalencia del VHC en once países

País	Prevalencia del VHC en UDI adultos ⁶	Prevalencia del VHC en la población adulta en general ⁷
Brasil	39.5–69.6%	1.4%
Estonia	90%	5%
Alemania	75%	0.75%
India	92%	1.5%
Indonesia	60–98%	3.9%
Mauricio	95%	2.1%
Nueva Zelanda	70%	0.3%
Pakistán	89%	5.9%
Tailandia	90%	2.2%
Ucrania	70–90%	4%
Estados	50–80%	1.8%

Evaluación de las necesidades de tratamiento de los usuarios de drogas inyectables en Tiflis (Georgia).

En octubre de 2012, Médicos del Mundo llevó a cabo en Tiflis (Georgia) un estudio transversal con el objetivo principal de aportar pruebas nuevas y adicionales sobre la epidemia de VHC entre los usuarios de drogas inyectables¹⁵. Asimismo, este trabajo puso de relieve la necesidad de incluir a esta población vulnerable y estigmatizada en los futuros programas de tratamiento del VHC. De los 216 participantes (con una edad media de 39,6 años y un 7,9 % de mujeres), se comprobó que el 91,9 % tenían anticuerpos del VHC y que el 82,0 % presentaban infección crónica por VHC. El grado de fibrosis hepática se analizó mediante elastografía de transición (FibroScan). Se consideró que los participantes necesitaban trata-

miento urgente a partir de unos niveles de fibrosis equivalentes a los grados F3 o F4. El estudio mostró que casi una cuarta parte (24,2 %) de los usuarios de drogas inyectables participantes necesitaban tratamiento de forma urgente. A partir de los cálculos de población existentes, los autores concluyeron que alrededor de 5 000 usuarios de drogas inyectables necesitan urgentemente tratamiento para el VHC en Tiflis. Las conclusiones de este estudio muestran muy claramente la necesidad de que los gobiernos reconozcan la importancia de la epidemia de hepatitis C entre los usuarios de drogas inyectables y desarrollen opciones de tratamiento y de reducción del daño adecuadas para esta población.

Cuadro 2: prevalencia del VHC, fibrosis hepática grave y distribución genotípica en UDI

		N	Prévalencia (%)
Anticuerpos de VHC		199	91.9
Infecciones actuales		180	82.0
Entre las infecciones actuales	Fibrosis hepática	40	24.2
	Genotipo 1	32	22.0
	Genotipo 2	42	20.3
	Genotipo 3	126	66.9
	Genotipo mixto	20	10.4
N: número de participantes			

hepática sea más del triple. **Sin embargo, el VHC es curable, independientemente de si se tiene también el VIH, y se recomienda el tratamiento para todas las personas coinfectadas por VHC y VIH** porque reduce el riesgo de mortalidad por sida, mortalidad hepática y mortalidad general.¹⁴

EL ACCESO A LA PREVENCIÓN Y AL TRATAMIENTO ES UN DERECHO HUMANO

Hoy en día, la población de los países de ingresos medios y bajos sigue careciendo casi por completo de acceso a la información sobre el VHC, así como a los servicios de prevención, al diagnóstico y al tratamiento, con muy pocas excepciones, en particular Egipto.

LOS PRECIOS DEL TRATAMIENTO PARA EL VHC SON DESORBITADOS

El tratamiento antiviral con interferón pegilado alfa (PEG-IFN- α) y ribavirina (RBV) es actualmente el tratamiento de referencia para la infección crónica por VHC... para los escasos pacientes que tienen acceso a un tratamiento. Siguiendo este régimen y dependiendo del genotipo, pueden lograrse índices de curación de entre el 50 y el 80 %. Sin embargo, el precio del interferón pegilado en los países de ingresos medios y bajos puede llegar a alcanzar los 18 000 dólares estadounidenses para un tratamiento de 48 semanas, lo que significa que el tratamiento puede costar hasta diez veces la renta media per cápita anual.

A pesar de que el desarrollo de nuevos tratamientos está experimentando una rápida evolución (o incluso revolución) —la última generación de antivirales de acción directa (AAD) presenta índices de curación superiores al 90 %—, es probable que los precios de los tratamientos se incrementen en el futuro próximo. Así, por ejemplo, el AAD de Gilead, sofosbuvir, recibió la aprobación de la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) en noviembre de 2013 y de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) en diciembre de 2013. Gilead está cobrando 84 000 dólares estadounidenses por tratamiento de 12 semanas

de sofosbuvir: 1 000 dólares al día. El sofosbuvir debe usarse con otros medicamentos, en ocasiones durante 24 semanas. Sin embargo, el sofosbuvir y otros muchos AAD en fases avanzadas de desarrollo pueden producirse como genéricos a una mínima parte de ese precio, al igual que los fármacos para el VIH. Por ejemplo, una versión genérica del sofosbuvir puede producirse por entre 68 y 136 dólares¹⁶.

Cabe destacar que serán también los precios de los medicamentos los que determinen si el tratamiento del VHC puede considerarse una medida económicamente viable en los países de ingresos medios y bajos.

LOS SERVICIOS DE TRATAMIENTO Y REDUCCIÓN DEL DAÑO SON INSUFICIENTES

Más concretamente, las estadísticas disponibles ilustran los grandes obstáculos a los que se enfrentan los usuarios de drogas inyectables para acceder a los servicios de prevención y tratamiento que necesitan. Así, una revisión sistemática reveló que, a escala mundial, solo se distribuyen dos agujas/jeringas al mes a cada usuario de drogas inyectables y solo el 8 % de ellos reciben terapia de sustitución de opiáceos¹⁷, algo que resulta absolutamente insuficiente para que estas intervenciones, reconocidas como medidas de reducción del daño, sean eficaces en la lucha contra la hepatitis viral o contra la transmisión del VIH. Más allá de esta importante preocupación por el

Calculamos que en todo el mundo alrededor de 2 millones de usuarios de drogas inyectables necesitan tratamiento de forma inmediata.

alcance de la cobertura, cabe señalar que las actuales intervenciones de reducción del daño son muy a menudo de escasa calidad e insuficientes para evitar la transmisión del VHC. La política de una jeringa para cada dosis, que, allá donde se aplicó con niveles de cobertura

suficientes, resultó eficaz en la lucha contra la transmisión del VIH, debe evolucionar hacia un enfoque más complejo a la hora de afrontar la transmisión del VHC. En primer lugar, se debe contemplar el riesgo de transmisión por equipos de inyección distintos de las agujas y las jeringas, por la capacidad infectiva del VHC durante un periodo de hasta seis semanas en gotas de sangre seca¹⁸ y por el consumo de drogas no inyectables.

Por otra parte, incluso en los países de ingresos altos, el índice anual de inclusión en tratamiento para el VHC entre los usuarios de drogas inyectables sigue siendo muy reducido, de entre el 1 y el 2 %¹⁹, una cifra que es incluso claramente inferior en los países de ingresos medios y bajos. Ello se debe parcialmente al hecho de que este grupo de población sufre todo un conjunto de discriminaciones sistémicas y estructurales, estigmatización y violaciones de sus derechos humanos. Además, la estigmatización y la discriminación hacen que entre los profesionales sanitarios existan una serie

de preocupaciones infundadas sobre una baja observancia del tratamiento, una alta frecuencia de efectos adversos y reinfecciones y una falta de infraestructuras de tratamiento adecuadas a las necesidades de esta población.

Sobre la base de nuestras experiencias de los últimos decenios, especialmente en el ámbito del acceso de los usuarios de drogas inyectables al tratamiento para el VIH/sida, tememos que este grupo de población estigmatizado siga enfrentándose a graves obstáculos para acceder a los programas nacionales de tratamiento, a pesar de que estas personas soportan una parte importantísima de la epidemia y están expuestas a un alto riesgo de transmisión por la acuciante falta de acceso a equipos de inyección esterilizados.

Para afrontar estos graves problemas de acceso (tanto al tratamiento como a la prevención), un movimiento cada vez mayor de activistas de todo el mundo, formado por personas expuestas a riesgo o que viven con el VHC o el VIH, personas que consumen o se inyectan drogas ilegales, investigadores y trabajadores de los sectores de la salud y la reducción del daño, reclama el acceso universal a un diagnóstico y un tratamiento asequibles y una expansión radical de los programas de prevención y tratamiento necesarios.

LA NECESIDAD DE UNAS POLÍTICAS DE DROGAS NO CRIMINALIZADORAS

El actual predominio de las políticas de drogas represivas y la criminalización casi universal del consumo de drogas son el principal factor estructural de la transmisión del VHC y el VIH entre los usuarios de drogas inyectables. Estas leyes no solo criminalizan a las personas que consumen drogas, sino también, en numerosos contextos, los programas de reducción del daño que estas personas necesitan para proteger su salud. La declaración de consenso sobre la actualidad científica relativa a las drogas y el VIH (“Science Addressing Drugs and HIV: State of the Art”) publicada en la consulta científica de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) celebrada en Viena en marzo de 2014 señala que “la criminalización del consumo de drogas, las políticas de drogas restrictivas y las prácticas de aplicación de la ley agresivas son factores clave de las epidemias de VIH y hepatitis C entre los consumidores de drogas inyectables”²¹. Por consiguiente,

Paquete completo de 9 intervenciones de las Naciones Unidas

Paquete completo de intervenciones para la prevención, el tratamiento y la atención del VIH en UDI (OMS/UNODC/ONUSIDA)²⁰

- 1 Programas de agujas, jeringas y otros materiales
- 2 Terapia de sustitución de opiáceos y otros tratamientos de la dependencia
- 3 Pruebas del VIH y asesoramiento
- 4 Terapia antirretroviral
- 5 Prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual.
- 6 Programas de preservativos para usuarios de drogas inyectables y sus parejas sexuales.
- 7 Información, educación y comunicación para usuarios de drogas inyectables y sus parejas sexuales.
- 8 Vacunación, diagnóstico y tratamiento de las hepatitis virales.
- 9 Prevención, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis.

cualquier intento de afrontar realmente la epidemia de VHC entre los usuarios de drogas inyectables requerirá previamente una reforma profunda de la legislación sobre drogas y el dismantelamiento de las políticas de drogas represivas. Los programas de reducción del daño solo pueden ser plenamente eficaces cuando se aplican en un marco legal favorable, en el que las personas que se inyectan drogas sepan que no serán detenidas o acosadas por la policía al dejar los programas. Por todo ello, la reforma de las políticas de drogas, el respeto de los derechos humanos y la creación de entornos no criminalizadores son casi literalmente “vectores decisivos”²² para posibilitar cualquier intento global de afrontar y revertir la doble epidemia del VIH y el VHC que azota a los usuarios de drogas inyectables.

TRATAR A LOS USUARIOS DE DROGAS INYECTABLES ES SEGURO Y FUNCIONA

El acceso de los usuarios de drogas inyectables al tratamiento para el VHC resulta especialmente difícil por la criminalización y los altos niveles de discriminación estructural y estigmatización general a los que está sujeta esta población. En el caso concreto de la hepatitis C, los trabajadores sanitarios y los responsables políticos han argumentado a menudo que el tratamiento de las personas que se inyectan drogas es menos eficaz y potencialmente menos seguro, y que presenta efectos adversos más frecuentes, especialmente cuando existen comorbilidades psiquiátricas. Otras de las preocupaciones principales son el posible riesgo de reinfección tras un tratamiento exitoso en usuarios de drogas activos y su posible baja observancia del tratamiento. Estos argumentos no son nuevos, y se han planteado también durante muchos años en el ámbito del VIH/sida; sin embargo, no tienen fundamento empírico, sino que proceden de la desinformación y la estigmatización.

Es cierto que prestar atención médica a personas que se inyectan drogas puede plantear retos especiales, como la existencia de comorbilidades graves con infección por VIH o tuberculosis, así como problemas de salud mental. Asimismo, estas personas pueden carecer de una vivienda estable o del apoyo de sus familiares. Sin

embargo, las pruebas existentes muestran que muchas de estas preocupaciones son injustificadas, y que no solo es perfectamente posible—y eficaz— tratar a estas personas, sino que es además una prioridad desde el punto de vista de los derechos humanos y la salud pública. En cualquier caso, negar el tratamiento a esta población es una violación del derecho fundamental de todas las personas al disfrute del más alto nivel posible de salud.

LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO DEL VHC EN USUARIOS DE DROGAS INYECTABLES

El objetivo del tratamiento del VHC es la eliminación del virus, que se evalúa mediante la respuesta virológica sostenida (RVS). Las estadísticas disponibles, de varios estudios distintos^{23,24,25}, indican rotundamente que el tratamiento con PEG-IFN- α y RBV es seguro y eficaz en usuarios de drogas inyectables. La revisión sistemática y metanálisis más reciente²⁶ mostró que los índices de RVS en usuarios de drogas inyectables eran claramente aceptables. Este metanálisis se limitó a seis estudios en los que todos los participantes o una proporción

Las políticas de drogas represivas son el principal factor estructural de la transmisión del VHC y el VIH.

conocida de ellos indicaban consumir drogas ilegales inyectables. **Entre los participantes de esos estudios que eran usuarios de drogas, la RVS global tras el tratamiento con PEG-IFN- α y RBV para la infección crónica por VHC era del 55,9 %. Por tanto, la RVS global era ligeramente inferior a las indicadas en los principales ensayos clínicos del tratamiento con PEG-IFN- α y RBV en personas no consumidoras de drogas, pero similar a los resultados de estudios en condiciones reales.** Los autores concluyen que la eficacia del tratamiento “efectivamente podría ser ligeramente inferior en personas que consumen y personas

que se inyectan drogas, pero es probable que la diferencia en condiciones reales sea pequeña". Asimismo, los autores señalan que *"las decisiones sobre el tratamiento deberían ser independientes de la condición de usuario de drogas inyectables"*.

OBSERVANCIA, ABANDONO Y EFECTOS ADVERSOS DEL TRATAMIENTO

Esa misma revisión sistemática reveló un alto índice de observancia del tratamiento, del 82 %, en los distintos estudios analizados. Este y otros estudios han mostrado también un bajo índice de abandono del tratamiento por efectos adversos si se compara con los ensayos globales y la experiencia acumulada en condiciones reales.^{27,28} Al igual que ocurre con muchas otras patologías, los datos muestran reiteradamente que los usuarios de drogas inyectables son capaces de preocuparse por su salud, están motivados para recibir tratamiento y pueden cumplir regímenes de tratamiento complejos.

Asimismo, las investigaciones han puesto de manifiesto que las preocupaciones relativas a cualquier comorbilidad psiquiátrica en usuarios de drogas inyectables y los

riesgos potenciales relacionados con los efectos adversos neuropsiquiátricos del tratamiento con PEG-IFN- α son injustificadas. Así, en una publicación reciente, Schaefer concluye que *"actualmente existen pruebas suficientes de que los UDI no presentan en general un riesgo mayor de desarrollar una depresión importante o grave durante el tratamiento antiviral con IFN- α . Además, la comorbilidad psiquiátrica no está asociada a un mayor riesgo de abandono prematuro del tratamiento antiviral, menor observancia, menores índices de respuesta virológica sostenida o desarrollo de una depresión durante el tratamiento con IFN- α "*²⁹. Sin duda, sigue siendo importante valorar el historial psiquiátrico antes de comenzar un tratamiento con PEG-IFN- α , pero la mayor parte de los problemas psiquiátricos relevantes pueden afrontarse antes o durante el tratamiento antiviral.

REINFECCIÓN

La reinfección por VHC tras un tratamiento exitoso en personas que continúan inyectándose drogas es otro de los principales argumentos para negar el tratamiento a usuarios de drogas inyectables. En una revisión sistemática y metanálisis, se calculó un índice global



de reinfección de 2,35 por cada 100 personas/año entre el conjunto de los participantes y de 6,44 por cada 100 personas/año entre las personas que indicaban seguir inyectándose drogas tras el tratamiento.³⁰ Estos resultados ponen de manifiesto que el riesgo de reinfección es reducido incluso en personas que siguen consumiendo drogas inyectables después del tratamiento. Sin duda, es necesario seguir investigando esta cuestión, pero los índices de reinfección que se conocen actualmente no justifican la negación del tratamiento a los usuarios activos de drogas inyectables desde el punto de vista de la salud pública.

EL TRATAMIENTO, PUERTA DE ENTRADA A LOS PROGRAMAS DE REDUCCIÓN DEL DAÑO

Desde una perspectiva más general, el acceso al tratamiento del VHC puede ser una muy valiosa puerta de entrada al sistema sanitario. Al igual que el tratamiento de otras enfermedades como el VIH o la tuberculosis, el acceso al tratamiento del VHC puede ser un incentivo fundamental para inscribirse en programas de reducción del daño o entrar en contacto con otros servicios de apoyo cuando sea necesario. Como ya sabemos por la experiencia del acceso al tratamiento del VIH, el hecho de prestar el tratamiento necesario para el VHC no solo puede reducir el sufrimiento y el número de muertes, sino que, además, puede ofrecer una oportunidad para poner en contacto a aquellas personas que desean afrontar su situación de consumo de drogas y otras prácticas de riesgo relacionadas, voluntariamente, con unos servicios de tratamiento y de reducción del daño también voluntarios, respetuosos, pertinentes y aceptables.

Los datos científicos disponibles demuestran que el tratamiento con PEG-IFN y RBV de los usuarios activos de drogas inyectables que viven con VHC crónico es en general eficaz y seguro, y que los índices de observancia y de abandono del tratamiento en personas que se inyectan drogas son muy similares a los de las personas que no consumen drogas inyectables; también es importante señalar que el riesgo de reinfección es comparativamente bajo en esta población y que, sin duda, no es un argumento para excluirla del tratamiento. Sobre la base de estas conclusiones, la OMS recomienda que *“se debería evaluar la posibilidad de administrar tratamiento antivírico a todos los adultos*

y niños con infección crónica del VHC, en particular a las personas que consumen drogas inyectables”.³¹

Con objeto de mejorar la observancia y los resultados del tratamiento, la atención a los usuarios de drogas inyectables debería aplicar enfoques multidisciplinares³², en particular el apoyo mutuo entre los propios usuarios para aumentar la observancia del tratamiento³³, el fomento de una formación sobre el VHC que sea pertinente y esté proporcionada por otros usuarios (sobre técnicas de prevención y de inyección segura) y los recordatorios sobre la medicación.³⁴

Las futuras investigaciones deberían analizar con mayor detalle las formas de mejorar la observancia y seguir incrementando la consecución de resultados óptimos tras el tratamiento. Asimismo, deben llevarse a cabo más investigaciones para profundizar en las cuestiones relativas a la reinfección.

TRATAR A LOS USUARIOS DE DROGAS INYECTABLES EVITA NUEVAS INFECCIONES

EL TRATAMIENTO COMO PREVENCIÓN

A diferencia del VIH, los efectos preventivos de tratar el VHC no se han demostrado científicamente en el marco de ensayos clínicos. No obstante, dado que el tratamiento del VHC suele ser curativo y no dura toda la vida, se puede considerar altamente probable, desde un punto de vista teórico y virológico, que tratar a los pacientes de VHC sea una potente herramienta de prevención que reduce la transmisión del virus, aparte de sus efectos para la salud del propio paciente. No obstante, el logro de este efecto preventivo por medio del tratamiento solo debería plantearse como algo adicional a la indispensable puesta en marcha y expansión de una medida de efectos demostrados como son los programas de reducción del daño y a la reforma de los marcos legales represivos, puesto que las soluciones biomédicas no deberían usarse como excusa para socavar unos programas de prevención asentados en la comunidad y de eficacia probada.

Distintos modelos epidemiológicos de países de ingresos altos^{35,36,37,38}, así como un modelo de Vietnam³⁹, muestran considerables reducciones de la prevalencia en usuarios de drogas inyectables mediante la puesta en marcha de programas de tratamiento (teniendo en cuenta la reinfección y los índices habituales de RVS en tratamientos con PEG-IFN y RBV). De acuerdo con estos modelos, el alcance de la utilidad preventiva de estos programas depende principalmente de los valores de prevalencia iniciales en usuarios de drogas inyectables en el país en cuestión y de la cobertura del tratamiento en esta población en situación de riesgo. Además, los programas deben llevarse a cabo durante al menos un decenio para lograr unos efectos preventivos considerables. El efecto preventivo puede incrementarse mediante el acceso a regímenes de tratamiento con AAD sin interferón⁴⁰ o en contextos con predominio de genotipos 2 y 3 en usuarios de drogas inyectables.⁴¹

Otro trabajo de modelización (Martin et ál.⁴²) analizó los efectos de combinar la terapia de sustitución de opiáceos, los programas de agujas y jeringas de gran cobertura y el tratamiento del VHC sobre los índices de prevalencia e incidencia en usuarios de drogas inyectables. Este modelo demostró que, con índices de tratamiento muy factibles, en un plazo de diez años podrían lograrse importantes reducciones (superiores al 45 %) de la prevalencia de la infección crónica por VHC combinando el tratamiento con la terapia de sustitución de opiáceos y los programas de agujas y jeringas.

En conclusión, los mejores modelos disponibles aportan pruebas convincentes de que no solo no debería negarse el tratamiento del VHC a los usuarios de drogas inyectables, sino que debería priorizarse, habida cuenta de sus potenciales beneficios en cuanto a prevención y eficacia económica.

Numerosas voces evocan hoy la posibilidad de erradicar el virus de la hepatitis C, especialmente gracias a los nuevos tratamientos exclusivamente orales. Con la nueva generación de antivirales de acción directa (AAD) que está entrando en el mercado, los tratamientos se harán más cortos, mucho más eficaces, menos complejos y más seguros. El tratamiento de los usuarios de drogas inyectables con AAD exclusivamente orales confirmará los resultados logrados con el interferón pegilado. Además, los tratamientos con AAD incrementarán los índices de observancia, reducirán los efectos adversos y aumentarán la eficacia, incluso para aquellos pacientes que presenten comorbilidad o enfermedad hepática avanzada. Por otra parte, los tratamientos exclusivamente orales podrían contribuir a rebajar considerablemente el umbral de acceso al tratamiento, que podría partir de los programas de reducción del daño o de sustitución de opiáceos o incluso ser administrado por médicos generalistas.

Sin embargo, tan solo un enfoque plenamente basado en la salud pública y los derechos humanos puede hacer realidad la perspectiva de la erradicación. Este enfoque debería incluir fuertes reducciones de precios para todos los tratamientos disponibles, la supresión de todos los obstáculos estructurales para el acceso de los usuarios de drogas inyectables al tratamiento del VHC en unos marcos legales altamente represivos, así como la expansión de los programas de reducción del daño, que son el instrumento clave para la prevención del VHC, la reforma de las políticas de drogas y la inclusión de los usuarios de drogas inyectables en programas de tratamiento en todo el mundo.

¡Así, la hepatitis C será historia!

NOTAS

1. Organización Mundial de la Salud, resolución sobre las hepatitis virales. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63-REC1/A63_REC1-sp.pdf.
2. Organización Mundial de la Salud, resolución sobre las hepatitis virales. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R6-sp.pdf.
3. Lozano, R., Naghavi, M., Foreman, K., Lim, S., Shibuya, K., Aboyans, V. et al., "Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010", *Lancet*, 15 de diciembre de 2012; 380 (9859): 2095-128. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)61728-0.
4. Organización Mundial de la Salud, nota descriptiva 164 sobre la hepatitis C. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs164/es/>.
5. Lavanchy, D., "Evolving epidemiology of hepatitis C virus", *Clin Microbiol Infect.*, febrero de 2011; 17 (2): 107-15. DOI: 10.1111/j.1469-0691.2010.03432.x.
6. Fuentes de los cuadros: Cook, C. y Kanaef, N., "Global state of harm reduction: mapping the response to drug-related HIV and hepatitis C epidemics". Londres, International Harm Reduction Association, 2008. Disponible en: www.ihra.net/files/2010/06/16/GSHRFullReport1.pdf.
7. Lavanchy, D., ob. cit.
8. Nelson, P. K., Mathers, B. M., 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; 378: 571-83. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)61097-0.
9. Grebely, J., Dore, G. J., "Can hepatitis C virus infection be eradicated in people who inject drugs?", *Antiviral Res.*, 2014; 104: 6272. DOI: 10.1016/j.antiviral.2014.01.002.
10. Nelson, P. K., Mathers, B. M., Cowie, B. et al., ob. cit.
11. Se ofrecen más detalles sobre esta investigación en el recuadro titulado "Evaluación de las necesidades de tratamiento de los usuarios de drogas inyectables en Tiflis (Georgia)". Este estudio reveló que cerca de una cuarta parte (24,2 %) de los usuarios de drogas inyectables participantes necesitaban tratamiento de manera inmediata, aplicando como umbral la fibrosis avanzada de grado F3 y F4. En otros estudios, aplicando ese mismo umbral, el porcentaje de participantes que necesitan tratamiento inmediato suele situarse entre el 20 y el 30 %. Por tanto, en este documento hemos usado un porcentaje del 25 % para nuestros cálculos.
12. Grebely, J., Dore, G. J., ob. cit.
13. Centers for Disease Control and Prevention (Estados Unidos), Fact Sheet, "HIV and viral hepatitis", Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, mayo de 2013.
14. Berenguer, J., Rodríguez, E., Miralles, P. et al., GESIDA HIV/HCV Cohort Study Group, "Sustained virological response to interferon plus ribavirin reduces non-liver-related mortality in patients coinfecting with HIV and hepatitis C virus", *Clin Infect Dis.*, 2012 Sep; 55 (5): 728-36.
15. Bouscaillou, J. et al., "Hepatitis C among people who inject drugs in Tbilisi, Georgia: An urgent need for prevention and treatment", *Int J Drug Policy*, 23 de enero de 2014. DOI: 10.1016/j.drugpo.2014.01.007 [publicación electrónica previa a la versión impresa].
16. Hill, A., Khoo, S., Fortunak, J., Simmons, B. y Ford, N., "Minimum costs for producing hepatitis C direct-acting antivirals for use in large-scale treatment access programs in developing countries", *Clin Infect Dis.*, 13 de febrero de 2014, 2014 Apr; 58 (7): 928-36. DOI: 10.1093/cid/ciu012.
17. Mathers, B. M., Degenhardt, L., Ali, H., Wiessing, L., Hickman, M., Mattick, R. P. et al., "HIV prevention, treatment, and care services for people who inject drugs: a systematic review of global, regional, and national coverage", *Lancet*, 20 de marzo de 2010; 375 (9719): 1014-28. DOI: 10.1016/S0140-6736(10)60232-2.
18. Véase: <http://jid.oxfordjournals.org/content/early/2013/11/22/infdiis.jit648.full.pdf+html>.
19. Grebely, J., Dore, G. J., ob. cit.
20. OMS, UNODC, ONUSIDA, Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users, rev. 2012. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2012 (http://www.drugsandalcohol.ie/19190/1/IDU-Technical_Guide_2012_Revision.pdf accessed 30 January 2014).
21. Véase: https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/CND2014/LAST_VERSION_03.04.14_Statement_Science_addressing_drugs_and_HIV_State_of_the_Art.pdf.
22. Véase: <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2811%2960702-2/abstract>.
23. Hellard, M., Sacks-Davis, R. y Gold, J., "Hepatitis C treatment for injection drug users: a review of the available evidence", *Infect Dis.*, 2009; 49 (4): 561-73. DOI: 10.1086/600304.
24. Dimova, R. B., Zeremski, M., Jacobson, I. M., Hagan, H., Des Jarlais, D. C. y Talal, A. H., "Determinants of hepatitis C virus treatment completion and efficacy in drug users assessed by meta-analysis", *Clin Infect Dis.*, 2013; 56: 806-16. DOI: 10.1093/cid/cis1007.
25. Aspinall, E. J., Corson, S., Doyle, J. S., Grebely, J., Hutchinson, S. J., Dore, G. J., Goldberg, D. J. y Hellard, M. E., "Treatment of hepatitis C virus infection among people who are actively injecting drugs: a systematic review and meta-analysis", *Clin Infect Dis.*, 2013; 57 Suppl. 2: S80-9.
26. *Ibid.*
27. *Ibid.*
28. Hilsden, R. J., Macphail, G., Grebely, J., Conway, B. y Lee, S. S., "Directly observed pegylated interferon plus self-administered ribavirin for the treatment of hepatitis C virus infection in people actively using drugs: a randomized controlled trial", *Clin Infect Dis.*, 2013; 57 Suppl. 2: S90-6. DOI: 10.1093/cid/cit327.
29. Schaefer, M., Sarkar, R. y Diez-Quevedo, C., "Management of mental health problems prior to and during treatment of hepatitis C virus infection in patients with drug addiction", *Clin Infect Dis.*, agosto de 2013; 57 Suppl. 2: S111-7. DOI: 10.1093/cid/cit266.
30. Aspinall, E. J., Corson, S., Doyle, J. S. et al., ob. cit.
31. Organización Mundial de la Salud, Guidelines for the screening, care and treatment of persons with hepatitis C infection, 2014. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/111747/1/9789241548755_eng.pdf?ua=1.
32. Bruggmann, P. y Litwin, A. H., "Models of care for the management of hepatitis C virus among people who inject drugs: one size does not fit all", *Clin Infect Dis.*, 2013; 57 Suppl. 2: S56-61. DOI: 10.1093/cid/cit271.
33. Crawford, S. y Bath, N., "Peer support models for people with a history of injecting drug use undertaking assessment and treatment for hepatitis C virus infection", *Clin Infect Dis.*, 2013; 57 Suppl. 2: S75-9. DOI: 10.1093/cid/cit297.
34. *Ibid.*
35. Martin, N. K., Vickerman, P., Foster, G. R., Hutchinson, S. J., Goldberg, D. J. et al., "Can antiviral therapy for hepatitis C reduce the prevalence of HCV among injecting drug user populations? A modeling analysis of its prevention utility", *Journal of Hepatology*, 2011; 54 (6): 1137-44. DOI: 10.1016/j.jhep.2010.08.029.
36. Zeiler, I., Langlands, T., Murray, J. M. y Ritter, A., "Optimal targeting of Hepatitis C virus treatment among injecting drug users to those not enrolled in methadone maintenance programs", *Drug Alcohol Depend.*, 2010; 110: 228-33. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2010.03.006.
37. Hutchinson, S. J., Bird, S. M. y Goldberg, D. J., "Modeling the current and future disease burden of hepatitis C among injection drug users in Scotland", *Hepatology*, 2005; 42: 711-23.
38. Hellard, M. E., Jenkinson, R., Higgs, P., Stoové, M. A., Sacks-Davis, R., Gold, J. et al., "Modelling antiviral treatment to prevent hepatitis C infection among people who inject drugs in Victoria, Australia", *Med J Aust.*, 4 de junio de 2012; 196 (10): 638-41.
39. Durier, N., Nguyen, C. y White, L. J., "Treatment of hepatitis C as prevention: a modeling case study in Vietnam", *PLoS One*, 2012; 7 (4): e34548. DOI: 10.1371/journal.pone.0034548.
40. Martin, N. K., Vickerman, P., Grebely, J. et al., "HCV treatment for prevention among people who inject drugs: Modeling treatment scale-up in the age of direct-acting antivirals", *Hepatology*, 28 de marzo de 2013. DOI: 10.1002/hep.26431 [publicación electrónica previa a la versión impresa].
41. Martin, N. K., Vickerman, P., Foster, G. R. et al., ob. cit.
42. Martin, N. K., Hickman, M., Hutchinson, S. J., Goldberg, D. J., Vickerman, P., "Combination interventions to prevent HCV transmission among people who inject drugs: modeling the impact of antiviral treatment, needle and syringe programs, and opiate substitution therapy", *Clin Infect Dis.*, 2013; 57 Suppl. 2: S39-45.

CEste informe fue elaborado por Médicos del Mundo en colaboración con International Network of People who Use Drugs (INPUD).

Redactado por:

Niklas Luhmann, asesor de reducción del daño y VIH/sida, Médicos del Mundo. Con las contribuciones de: Chloé Forette, encargada de incidencia política sobre reducción del daño, VHC y VIH, Médicos del Mundo; Olivier Maguet, miembro del Consejo de Administración encargado de los programas de reducción del daño, Médicos del Mundo; Dr. Eliot Ross Albers, director ejecutivo, secretaria de INPUD.
Junio 2014.

CONTACTO

Niklas Luhmann

Médico, especialista en salud pública y asesor de reducción del daño y VIH/sida

niklas.luhmann@medecinsdumonde.net

+33 (0)1 44 92 13 17

www.medecinsdumonde.org