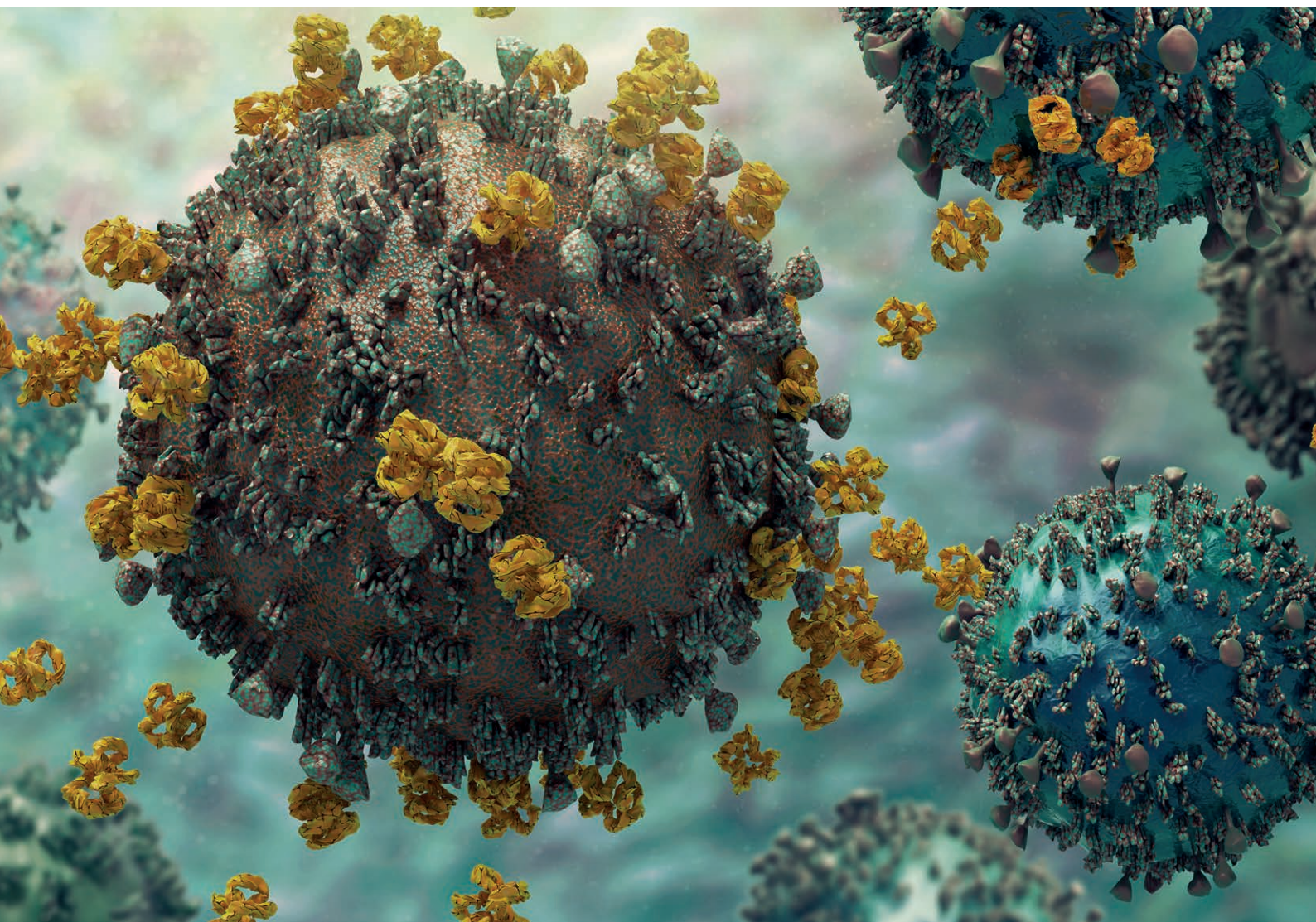


Estratexia para a eliminación da hepatitis C como problema de saúde pública en Galicia



XUNTA
DE GALICIA

CONSELLERÍA DE SANIDADE
DIRECCIÓN XERAL DE SAÚDE PÚBLICA

Coordinadores

- **Piñeiro Sotelo, Marta.** Subdirectora xeral de Información sobre Saúde e Epidemioloxía. Dirección Xeral de Saúde Pública.
- **Durán Parrondo, Carmen.** Directora xeral de Saúde Pública.
- **Aboal Viñas, Jorge.** Director xeral de Asistencia Sanitaria.

Autoría

- **Turnes Vázquez, Juan.** Facultativo especialista en Aparello Dixestivo. Xefe de Servizo. Complexo Hospitalario Universitario de Pontevedra. Área Sanitaria de Pontevedra e O Salnés.
- **Cruz Ferro, Elena.** Médica especialista en Medicina Familiar e Comunitaria. Técnica do Servizo de Control de Enfermidades Transmisibles. Dirección Xeral de Saúde Pública.
- **Mirás Carballal, Susana.** Enfermeira especialista en Enfermaría Familiar e Comunitaria. Xefa do Servizo de Control de Enfermidades Transmisibles. Dirección Xeral de Saúde Pública.
- **Zubizarreta Alberdi, Raquel.** Anterior subdirectora xeral de Información sobre Saúde e Epidemioloxía. Dirección Xeral de Saúde Pública.
- **Cea Pereira, Lorena.** Farmacéutica especialista en Farmacia Hospitalaria. Técnica do Servizo de Xestión da Prestación Farmacéutica. Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria.
- **Malvar Pintos, Alberto.** Médico. Xefe do Servizo de Epidemioloxía. Dirección Xeral de Saúde Pública.
- **Touceda Taboada, Dolores Sonia.** Farmacéutica especialista en Análises Clínicas. Xefa de Sección do Servizo de Control de Enfermidades Transmisibles. Dirección Xeral de Saúde Pública.
- **Cereijo Fernández, Javier.** Médico especialista en Medicina Preventiva e Saúde Pública. Xefe de Sección do Servizo de Control de Enfermidades Transmisibles. Dirección Xeral de Saúde Pública.
- **Blanco Lobeiras, Sinda.** Subdirectora xeral de Atención Primaria. Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria.

Grupo de traballo

- **Aguilera Guirao, Antonio.** Facultativo especialista en Microbioloxía e Parasitoloxía. Complexo Hospitalario Universitario de Santiago. Área Sanitaria de Santiago de Compostela e Barbanza.
- **Alonso Fachado, Alfonso.** Subdirector xeral de Xestión Asistencial e Innovación. Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria.
- **Couto Catoira, Jorge.** Enfermeiro especialista en Enfermaría Familiar e Comunitaria. Centro de saúde de Cabanas. Área Sanitaria de Ferrol.
- **Del Campo Pérez, Víctor Miguel.** Facultativo especialista en Medicina Preventiva e Saúde Pública. Xefe de Servizo. Complexo Hospitalario Universitario de Vigo. Área Sanitaria de Vigo.
- **Fernández Alonso, Anselmo.** Enfermeiro de Atención Primaria. Centro de saúde de Mondoñedo. Área Sanitaria de Lugo, A Mariña e Monforte de Lemos.
- **Fernández Pérez, Cristina.** Facultativa especialista en Medicina Preventiva e Saúde Pública. Xefa de Servizo. Complexo Hospitalario Universitario de Santiago. Área Sanitaria de Santiago de Compostela e Barbanza.
- **Margusino Framiñán, Luis.** Facultativo especialista en Farmacia Hospitalaria. Xefe de Sección. Complexo Hospitalario Universitario da Coruña. Área Sanitaria da Coruña e Cee.
- **Martín-Granizo Barrenechea, Ignacio.** Facultativo especialista en Aparello Dixestivo. Complexo Hospitalario Universitario de Vigo. Área Sanitaria de Vigo.
- **Molina Pérez, Esther.** Facultativa especialista en Aparello Dixestivo. Complexo Hospitalario Universitario de Santiago. Área Sanitaria de Santiago de Compostela e Barbanza.
- **Morano Amado, Luis Enrique.** Facultativo especialista en Medicina Interna. Complexo Hospitalario Universitario de Vigo. Área Sanitaria de Vigo.
- **Palmeiro Fernández, Gerardo.** Médico especialista en Medicina Familiar e Comunitaria. Centro de saúde de Rubiá. Área Sanitaria de Ourense, Verín e O Barco de Valdeorras.
- **Reboredo García, Silvia María.** Subdirectora xeral de Farmacia. Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria.
- **Suárez López, Francisco.** Facultativo especialista en Aparello Dixestivo. Complexo Hospitalario Universitario da Coruña. Área Sanitaria da Coruña e Cee.
- **Tomé Martínez de Rituerto, Santiago.** Facultativo especialista en Medicina Interna. Complexo Hospitalario Universitario de Santiago. Área Sanitaria de Santiago de Compostela e Barbanza.
- **Trigo Daporta, Matilde.** Facultativa especialista en Microbioloxía e Parasitoloxía. Complexo Hospitalario Universitario de Pontevedra. Área Sanitaria de Pontevedra e O Salnés.
- **Vázquez Mourelle, Raquel.** Subdirectora xeral de Atención Hospitalaria. Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria.
- **Vilar Fernández, Ana Isabel.** Médica especialista en Medicina Familiar e Comunitaria. Centro de saúde de Narón. Área Sanitaria de Ferrol.

Co aval científico de

Alianza para la Eliminación de las Hepatitis Víricas en España (AEHVE).

- Asociación Española para el Estudio del Hígado (AEEH).
- Fundación Española para el Estudio del Hígado (FEEH).
- Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC).
- Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD).
- Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (SESP).
- Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC).
- Sociedad Española de Patología Dual (SEPD).
- Associació Catalana de Malalts d'Hepatitis (ASSCAT).
- Plataforma de Afectados por Hepatitis C Madrid (PLAFHCM).
- Federación Nacional de Enfermos y Trasplantados Hepáticos (FNETH).
- Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías (SOCIDROGALCOHOL).
- Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH).
- Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN).
- Sociedad Española de Virología (SEV).
- Instituto de Salud Global de Barcelona (ISGlobal).
- Centro de Investigación Biomédica en Red. Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd).
- Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG).

Índice

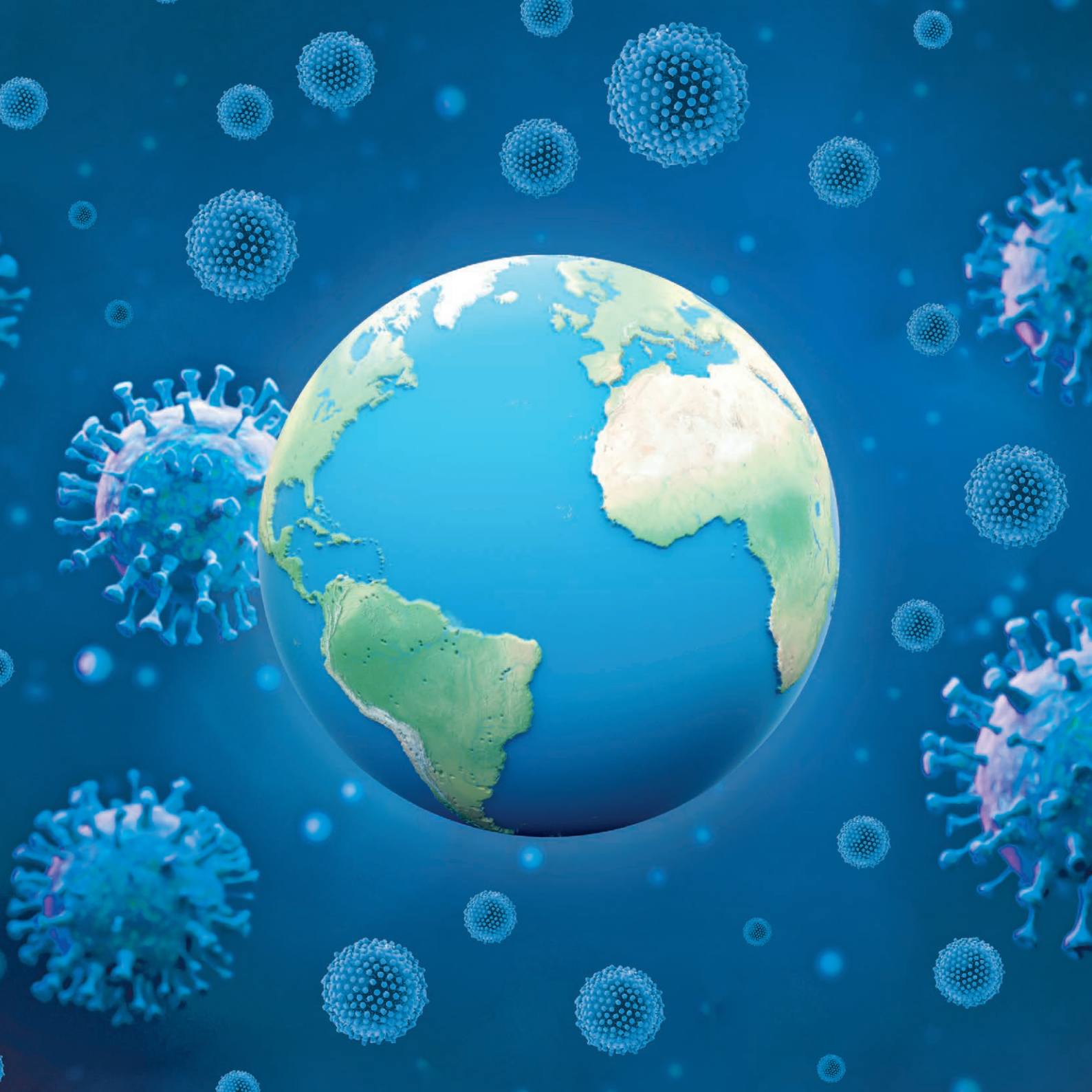
Siglas e glosario de termos	7
1. Antecedentes	10
<hr/>	
2. Características da hepatitis C	12
<hr/>	
2.1. A infección	12
2.2. O diagnóstico	14
2.3. O tratamento e a prevención	16
3. Situación actual	18
<hr/>	
3.1. Situación da hepatitis C a nivel mundial	18
3.2. Situación da hepatitis C en España	19
3.3. Situación da hepatitis C en Galicia	20
4. Xustificación da estratexia de Galicia	24
<hr/>	
5. Propósito	29
<hr/>	
5.1. Marco para a acción	29
5.2. Misión	29
5.3. Visión	30
5.4. Obxectivo xeral	30

6. Eixes e liñas estratéxicas de actuación	32
Eixe.1. Vixilancia epidemiolóxica	34
Liña estratéxica 1.1. Vixilancia e notificación de casos	34
Liña estratéxica 1.2. Vixilancia da morbilidade e mortalidade debida ás secuelas da hepatite C	37
Eixe 2. Prevención primaria e promoción da saúde	39
Liña estratéxica 2.1. Información á poboación xeral	39
Liña estratéxica 2.2. Promoción e prevención en persoas que se inxectan drogas	41
Liña estratéxica 2.3. Fomento das relacións sexuais seguras	43
Liña estratéxica 2.4. Prevención nas prácticas de tatuaxe, micropigmentación, <i>piercing</i> e outros procedementos realizados con material punzante	45
Liña estratéxica 2.5. Formación en prevención para profesionais sanitarios e non sanitarios	46
Eixe 3. Prevención secundaria: Detección da infección	48
Liña estratéxica 3.1. Busca activa de pacientes que tiveron con anterioridade unha proba positiva pero sen confirmación diagnóstica/curación	48
Liña estratéxica 3.2. Pacientes infectados que descoñecen esta situación	51
Eixe 4. Diagnóstico e tratamento	67
Liña estratéxica 4.1. Facilitación do diagnóstico	67
Liña estratéxica 4.2. Optimización do tratamento	68
Eixe 5. Formación e Investigación	71
Liña estratéxica 5.1. Formación	71
Liña estratéxica 5.2. Investigación	73
7. Avaliación	75
8. Anexos	77
Anexo I. Táboas e gráficas	77
Anexo II. Adherencia ao tratamento	82
Anexo III. Indicadores	89
9. Bibliografía	108

Siglas e glosario de termos

Sigla	Descrición
AAD	Axentes antivirais de acción directa
AH	Atención Hospitalaria
AP	Atención Primaria
ARN	Ácido ribonucleico
AS	Área Sanitaria
CEO	Cribado etario oportunista
CFP	Cribado de foco primario
DXSP	Dirección Xeral de Saúde Pública
ECDC	Centro Europeo para a Prevención e o Control de Enfermidades
HC	Hepatite C
HSH	Homes que teñen relacións sexuais con homes
ITS	Infeccións de transmisión sexual
OMS	Organización Mundial da Saúde
ONG	Organizacións non gobernamentais
PEAHC	Plan Estratéxico Nacional para a Abordaxe da Hepatite C no Sistema Nacional de Saúde
PID	Persoas que se inxectan drogas
RENAVE	Rede Nacional de Vixilancia Epidemiolóxica
RVS	Resposta viral sostida
SNS	Sistema Nacional de Saúde
TB	Tuberculose
TDO	Tratamento directamente observado
UAD	Unidade de Atención a Drogodependentes
VHC	Virus da hepatite C
VIH	Virus da inmunodeficiencia humana

Glosario de termos	Definición
Hepatite C recentemente adquirida	<p><i>ECDC:</i> Seroconversión recente do virus da hepatite C (VHC) (proba previa negativa para a hepatite C nos últimos 12 meses) ou detección do ácido nucleico do VHC (ARN do VHC) ou do antíxeno core do VHC (núcleo do VHC) en soro/plasma e sen detección de anticorpos do VHC (resultado negativo).</p> <p><i>OMS:</i> Presenza do VHC nos 6 meses despois de adquirir a infección.</p>
Infección crónica	<p><i>ECDC:</i> Detección do ácido nucleico do VHC (ARN do VHC) ou do antíxeno core do VHC (núcleo do VHC) en soro/plasma en dúas mostras tomadas con polo menos 12 meses de diferenza.</p> <p><i>OMS:</i> Presenza de viremia (ARN do VHC ou antíxeno core do VHC) en asociación con seroloxía positiva para anticorpos do VHC durante 6 meses ou máis.</p>
Diagnóstico nun só paso (DUSP)	Consiste en facer automaticamente a investigación da carga viral tras un resultado serolóxico positivo de anticorpos anti-VHC, empregando a mesma mostra e sen necesidade, polo tanto, doutra extracción.
Estadio da infección descoñecido	<i>ECDC:</i> Calquera caso de novo diagnóstico que non se poida clasificar segundo a descrición anterior de infección recentemente adquirida ou crónica.
Presentación tardía	Debutar con cirrose hepática descompensada, hepatocarcinoma e/ou presentar indicadores altos de fibrose hepática (un valor na escala APRI maior de 1,5; un valor FIB4 maior de 1,3; elastografía maior de 9,5 kPa ou biopsia do fígado con valor na escala METAVIR maior de F3).
Caso hepatite C	<p>Criterio de laboratorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Detección de ácido nucleico do VHC (ARN). • Detección de antíxeno core do VHC. • Anticorpos anti-VHC confirmados polo laboratorio en persoas maiores de 18 meses de idade sen evidencia de infección resolta.
Resposta viral sostida (RVS)	ARN do VHC indetectable no sangue 12 semanas despois da finalización do tratamento con antivirais de acción directa. Considérase equivalente á curación.
Infección resolta	Detección de anticorpos fronte ao VHC e non detección de ácido nucleico (ARN do VHC negativo) ou antíxeno core do VHC específico negativo en soro ou plasma.
Non resposta	ARN do VHC detectable ao longo do tratamento.
Recaída	ARN do VHC indetectable ao finalizar o tratamento, pero ARN do VHC detectable dentro das 24 semanas tras completar o tratamento.
Reinfección	<p>Reaparición do ARN do VHC (ou antíxeno core do VHC) despois dunha RVS e a demostración de que a infección é causada por unha cepa do VHC diferente (xenotipo diferente ou cepa moi relacionada mediante análise filoxenética se o xenotipo é o mesmo).</p> <p>Débese sospeitar que existe a reinfección nos casos de infección post-RVS ás 12 ou 24 semanas se continuaron as condutas de risco.</p>
Foco primario	Conxunto de poboación na que se producen a maior parte das novas infeccións polo VHC.
Eliminación como problema de saúde pública	De forma xenérica, a eliminación dunha enfermidade como problema de saúde pública implica reducir a súa incidencia, prevalencia, morbilidade e/ou mortalidade a niveis aceptables.



1. Antecedentes

As hepatites víricas son un problema de saúde mundial, comparable a outras enfermidades transmisibles, como son o virus da inmunodeficiencia humana (VIH), a tuberculose (TB) ou o paludismo.

A hepatite C é unha das causas máis importantes de enfermidade hepática crónica en todo o mundo e un grave problema de saúde pública. Coñécese como a “pandemia silenciosa”, debido á súa prevalencia e por ser asintomática durante décadas antes de que a enfermidade evolucione. A hepatite C recentemente adquirida pode pasar desapercibida e nunha porcentaxe elevada de pacientes cura espontaneamente pero, de non curar, a longo prazo pode ter consecuencias importantes sobre a saúde (hepatite crónica, cirrose hepática, hepatocarcinoma) e un alto custo para o sistema (1).

Non existe unha vacina eficaz contra a hepatite C, polo que resulta moi importante realizar un labor de prevención para reducir o risco de exposición ao virus, así como fortalecer as estratexias de detección precoz da enfermidade. Neste senso, na actualidade é posible realizar un diagnóstico da infección e do nivel de gravidade dunha maneira sinxela, rápida e non agresiva. Por outra banda, nos últimos anos producíronse importantes avances no eido do tratamento grazas a novos antivirais de acción directa, máis eficaces e seguros, con excelente tolerancia, aplicables en case todos os pacientes e que alcanzan taxas de curación superiores ao 95%.

Por todo isto, a eliminación da hepatite C como problema de saúde pública é posible e neste contexto a Organización Mundial da Saúde (OMS) estableceu en 2016 unha estratexia global para acadar este obxectivo en 2030, que implica unha redución do 90% das novas infeccións crónicas e redución do 65% na mortalidade, en comparación cos valores de 2015 (2).

Seguindo estas recomendacións, Galicia aborda nesta estratexia diferentes eixes encamiñados a mellorar a prevención da enfermidade, a súa detección, a vixilancia epidemiolóxica, o tratamento e a investigación, a prol de conseguir o obxectivo establecido de eliminar a hepatite C como problema de saúde pública nesta comunidade autónoma.



2. Características da hepatitis C

2.1. A infección

A hepatitis C é unha inflamación hepática causada polo virus do mesmo nome, un virus ARN que se caracteriza por un alto grao de heteroxeneidade xenómica (o xenotipo 1b é o máis frecuente en España) (3) e unha elevada taxa de mutación que lle permite evadir as defensas inmunitarias do hóspede e inducir unha protección baixa contra a reinfección (4).

O reservorio é o ser humano e a transmisión ten lugar a través do contacto directo co sangue infectado, podendo ocorrer tanto durante o estadio clínico agudo da infección polo virus da hepatitis C como no estadio de portador crónico. As principais vías de transmisión son:

• **Transmisión parenteral:** é a máis frecuente (85%), sendo os principais factores de risco:

- Uso compartido de material de inxección no consumo de drogas intravenosas (no ano 2017, o 60-80% das persoas usuarias de drogas estaban infectadas polo virus da hepatitis C).
- Realización de tatuaxes ou *piercing* con material esterilizado incorrectamente.
- No medio sanitario (hospitais, unidades de hemodiálise, clínicas de odontoloxía, etc.), de maneira excepcional, pola reutilización ou uso de material con esterilización inadecuada, pola transfusión sanguínea ou de hemoderivados sen analizar ou por contacto accidental con material infectado.

• **Transmisión sexual:** é menos frecuente, pero existe un maior risco en determinadas situacións como son:

- Prácticas sexuais de risco con maior probabilidade de sangrado, como o *fisting* (inserción braquioproctal ou vaxinal) ou similares e outras prácticas sexuais de risco como o *chemsex* (uso intencionado de drogas psicoactivas para manter

relacións sexuais) ou o *slamming* ou *slamsex* (uso de drogas inxectables nas sesións de sexo), etc.

- Prácticas sexuais de risco con persoas que viven co VIH (o 2,2% das persoas infectadas polo VIH están coinfectados polo virus da hepatite C) (5) e con outras infeccións de transmisión sexual que presentan ulceracións xenitais ou proctite, factores que facilitan a transmisión do virus da hepatite C.

- **Transmisión nai-fillo ou vertical:** o seu risco é menor do 5%, sendo máis frecuentes en casos de nai coinfectada co VIH.

- **Transmisión intrafamiliar parenteral:** nunha porcentaxe non desprezable de persoas infectadas descoñécese o mecanismo de infección, podéndose producir por contacto con material contaminado con sangue dalgún dos conviventes infectados (coitelas de afeitar, cepillos de dentes ou cortaúnllos, por exemplo).

Non está descrita a transmisión do virus da hepatite C pola lactación materna, por dar unha aperta ou compartir comida ou bebida cunha persoa infectada.

No que respecta ao período de incubación, a duración está nun rango de tempo de entre dúas semanas e seis meses (por termo medio é de dous meses). O máis habitual é que os niveis de alanina aminotransferase (ALT) se eleven entre a sexta e a novena semana. Os anticorpos anti-VHC empezan a ser positivos entre dous e tres meses despois da infección (6) (7).

Pódense distinguir dous tipos de infección:

- **Infección recentemente adquirida:** adoita ser asintomática (60-75% dos casos) e rara vez causa unha hepatite fulminante. Aproximadamente o 15% das persoas infectadas poden eliminar o virus grazas ao seu sistema inmune sen necesidade de tratamento.

Con síntomas e signos, estes son inespecíficos e semellantes aos doutras formas de hepatites víricas, pero xeralmente cun curso máis benigno e inclúen astenia, náuseas, perda de apetito, mialxias, artrálxias, debilidade e perda de peso. Entre os signos clínicos, só o 20-25% dos casos presentan ictericia. Nestes casos son frecuentes, ademais, as manifestacións extrahepáticas da enfermidade de

carácter autoinmune, como a tiroidite, a crioglobulinemia mixta, a artrite ou a glomerulonefrite.

- **Infección crónica:** é a forma habitual. Os seus síntomas son leves ou inexistentes ata o estadio avanzado da enfermidade, onde aparecen as complicacións, polo que o achado adoita ser casual. Ata o 85% das persoas que padecen a infección inicial poden contraer a enfermidade crónica. Destas, entre o 60% e o 70% desenvolven unha hepatopatía crónica; entre un 5% e un 20% contraen cirrose e entre un 1% e un 5% falecen por cirrose ou cancro de fígado.

Considérase que existe unha infección crónica polo virus da hepatitis C (VHC) cando se detecta viremia (ARN do VHC ou antíxeno core do VHC) en asociación con seroloxía positiva para anticorpos do VHC durante 6 meses ou máis.

2.2. O diagnóstico

O diagnóstico microbiolóxico específico para a detección da infección polo virus da hepatitis C baséase na demostración de anticorpos fronte ao virus, antíxenos do virus e/ou a detección do ARN viral.

No diagnóstico da hepatitis C é importante diferenciar se a infección está activa ou non, xa que só os pacientes que teñen viremia van ser candidatos ao tratamento. Cómpre, polo tanto, describir os diferentes marcadores que nos van dar información sobre o simple contacto previo co virus ou sobre a existencia de replicación activa (8):

- Anticorpos fronte ao virus da hepatitis C (anticorpos anti-VHC): a súa detección constitúe a primeira liña diagnóstica e, para iso, polo xeral, realízase unha seroloxía onde se empregan técnicas inmunolóxicas. As técnicas de detección de anticorpos presentan unha elevada sensibilidade e unha boa especificidade, pero non diferencian a infección activa da infección pasada ou resolta (espontaneamente ou como consecuencia do tratamento antiviral). Existen tamén probas rápidas para a determinación de anticorpos en saliva e/ou sangue capilar que poden ser de utilidade en determinadas situacións como en pacientes de difícil captación.
- ARN do virus da hepatitis C: representa o xenoma do virus e pode detectarse mediante técnicas moleculares. A súa presenza indica replicación viral, polo que é o marcador que se utiliza para diagnosticar os pacientes con infección activa e candidatos ao

tratamento antiviral, así como para establecer a curación da enfermidade tras o tratamento.

- Antíxeno core do virus da hepatite C: forma parte da estrutura interna do virus, polo que a súa detección indica replicación viral e infección activa. A detección realízase por enzimoimunoanálise e ten unha menor sensibilidade que o ARN do virus para a detección de viremias baixas (en ata o 1% de pacientes pode non detectarse este antíxeno).
- Xenotipo do virus da hepatite C: o virus da hepatite C clasifícase en 9 xenotipos e numerosos subtipos. O xenotipado do virus da hepatite C foi importante na toma de decisións para o tratamento antiviral ata a recente aparición de tratamentos panxenotípicos. A día de hoxe non é necesaria como proba rutineira antes de iniciar o tratamento, pero segue tendo un papel importante no estudo de casos de fallo terapéutico, para definir unha potencial reinfección e para levar a cabo as determinacións de substitucións asociadas a resistencia.

2.2.1. O diagnóstico nun só paso

Na actualidade emprégase como estratexia o diagnóstico nun só paso, que consiste en facer automaticamente a investigación da carga viral ou do antíxeno core do virus da hepatite C tras un resultado serolóxico positivo de anticorpos anti-VHC, empregando a mesma mostra e sen necesidade, polo tanto, doutra extracción.

O diagnóstico da infección polo virus da hepatite C nun só paso (anticorpos e viremia nunha mesma mostra) diminúe o tempo de acceso ao tratamento e repercute no aumento de pacientes tratados, diminuíndo as perdas de seguimentos de pacientes.

2.3. O tratamento e a prevención

O tratamento antiviral está dirixido a pacientes con infección activa e persegue eliminar a replicación do virus, considerándose que a infección está curada cando, transcorridas 12 semanas despois de finalizar o tratamento antiviral, non se detecta ARN do virus no plasma. Considérase entón que o virus se eliminou nese paciente.

O tratamento actual da infección, con antivirais de acción directa panxenotípicos, consegue unha resposta viral sostida en máis do 95% dos casos. A duración do tratamento pode variar entre as 8, 12 ou 24 semanas.

Dado que no momento actual non se dispón dunha vacina específica que poida evitar esta infección, as estratexias de prevención baséanse en impulsar accións orientadas aos focos primarios e ás prácticas de risco actuais, así como a reforzar a formación de profesionais sanitarios e a comunicación coa cidadanía.

Especialmente importante é a abordaxe nos grupos de poboación de alto risco, xa que máis do 80% das persoas con infección refiren antecedentes de exposicións de risco para a transmisión do virus da hepatite C coñecidas (9). Na táboa 1 do anexo I, amósase a prevalencia de anticorpos e infección activa en España segundo o factor de risco.



Imagen +

- English
- العربية
- 中文
- Français
- Русский

Hepatitis C

24 de Junio de 2022

Datos y cifras

- La hepatitis C es una inflamación del hígado causada por el virus de la hepatitis C.
- El virus puede causar hepatitis aguda o crónica, que varía en gravedad desde una enfermedad leve hasta una enfermedad grave de por vida y puede provocar cirrosis hepática y cáncer.
- La transmisión del virus es sanguínea; la mayoría de las infecciones se producen por exposición a la sangre debido a prácticas de inyección o de atención de salud poco seguras, transfusiones de sangre sin analizar, el consumo de drogas inyectables ...
- Hay 58 millones de personas con infección crónica por el virus de la hepatitis C, y cada año se producen alrededor de 1,5 millones de nuevas infecciones. Hay 3,2 millones de adolescentes y niños con infección crónica por el virus de la hepatitis C.

Destacado

[Directrices para la atención y el tratamiento de las personas diagnosticadas de infección crónica por el virus de la hepatitis C](#)

[Estrategia mundial del sector de la salud contra las hepatitis víricas 2016-2021: hacia el fin de las hepatitis víricas](#)

[Día Mundial contra la Hepatitis](#)

3. Situación actual

3.1. Situación da hepatitis C a nivel mundial

A OMS estima que a prevalencia da infección polo virus da hepatitis C na poboación xeral é do 0,8% (10). Segundo isto, 58 millóns de persoas teñen infección crónica polo virus da hepatitis C e cada ano prodúcense ao redor de 1,5 millóns de novas infeccións. Ademais, estimouse que, no ano 2019, 290.000 persoas morreron pola hepatitis C, na súa maioría por cirrose e carcinoma hepatocelular.

Tan só o 21% de persoas que viven coa hepatitis C coñecían o seu estado de infectados a finais de 2019 e soamente o 62% das persoas diagnosticadas de hepatitis C recibiron tratamento entre 2015 e 2019, con grandes variacións entre rexións. Aínda que o acceso a estes tratamentos está mellorando, segue sendo limitado.

A infección polo virus da hepatitis C está distribuída de forma desigual en todo o mundo. As rexións de Europa e do Mediterráneo oriental son as máis afectadas, como se pode apreciar na táboa 2 do anexo I, onde se recolle a prevalencia, o número de casos prevalentes e incidentes, e a mortalidade por hepatitis C nas seis rexións da OMS no ano 2019.

Tamén na rexión europea hai variacións na prevalencia entre os distintos países, como se recolle no último informe epidemiolóxico anual do Centro Europeo para a Prevención e o Control de Enfermidades (ECDC) 2015-2019 (11) (táboa 3 do anexo I).

A interpretación e comparación dos datos de notificación da hepatitis C entre os países é problemática, xa que están influenciados polos diferentes sistemas de vixilancia epidemiolóxica implantados e polas diferentes estratexias de abordaxe que se poñen en marcha en cada país. A vixilancia baseada unicamente na notificación de casos reflicte a maior ou menor intensidade da realización de probas serolóxicas, en lugar de ser un fiel reflexo da aparición da enfermidade.

3.2. Situación da hepatite C en España

Unha aproximación á situación da infección polo virus da hepatite C en España obtémola do estudo de seroprevalencia realizado nos anos 2017 e 2018 (3), que sitúa o noso país nun nivel de prevalencia baixa, especialmente de prevalencia de infección activa.

Segundo este estudo, en España a prevalencia de anticorpos fronte ao virus na poboación xeral de 20 a 80 anos era do 0,85% e a de infección activa, do 0,22%. Non se detectou ningún positivo en menores de 20 anos.

Na táboa 4 do anexo I recóllense os principais datos de prevalencia deste estudo, onde se pode observar un claro patrón por sexo e idade. A prevalencia de anticorpos en homes foi maior que en mulleres (1,24% fronte a 0,46%). A prevalencia de infección activa tamén foi maior en homes (0,35% fronte a 0,08%), sendo ambas as diferenzas estatisticamente significativas. A idade e o país de orixe tamén constitúen factores que inflúen claramente na prevalencia tanto de anticorpos como de infección activa polo virus da hepatite C, como se pode observar na mesma táboa.

Os xenotipos máis frecuentes de hepatite C activa foron: 1b (41,18%); 1a (23,53%); 3a (11,76%); 2c (5,88%), 4a (5,88%) e non concluínte (11,76%).


A fracción non diagnosticada de infección polo virus da hepatite C (é dicir, a porcentaxe de pacientes que descoñecían a súa infección) foi do 18,6% para a presenza de anticorpos e do 29,4% para a infección activa.

3.3. Situación da hepatitis C en Galicia

Se se realiza unha extrapolación do estudo de seroprevalencia en España á poboación galega de entre 20 e 80 anos do ano 2021 (táboa 1), pódese estimar que en Galicia existen 4.532 casos de infección activa, dos cales 3.864 (85,3%) corresponden ás cohortes de idade máis afectadas (40-69 anos).

Grupo de idade	Poboación (IGE 01/01/2021)	Prevalencia infección activa	Núm. estimado de casos
40-49	443.148	0,14 %	620
50-59	408.541	0,50 %	2.043
60-69	353.142	0,34 %	1.201
Total 40-69 (45 % poboación galega)	1.204.831	0,33 %	3.864
Total 20-80	2.059.866	0,22 %	4.532

Táboa 1: Estimación do número de casos de infección activa polo virus da hepatitis C en Galicia, 2021.



Este estudo indica que existe globalmente unha fracción non diagnosticada de infección activa polo virus da hepatitis C do 29,4% entre os 20-80 anos. Segundo isto, con base na poboación xeral de Galicia deste grupo etario, habería 1.332 persoas con infección activa non diagnosticadas nesta comunidade autónoma.

En relación coa mortalidade, segundo datos do Rexistro de mortalidade de Galicia¹, dende o ano 1999 ata 2019, faleceron na nosa comunidade 825 persoas por hepatitis C: 790 (95,8%) por hepatitis C crónica e 35 (4,2%) por hepatitis C recentemente adquirida. Do total de falecidos, o 52,5% eran homes e o 60,5% tiñan 70 anos ou máis (mediana de idade de 74 anos).

¹ Fonte: Servizo de Epidemioloxía. Subdirección Xeral de Información sobre Saúde e Epidemioloxía. Dirección Xeral de Saúde Pública. Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia.

A mortalidade reflicte, con alta probabilidade, infeccións que se produciron moitos anos atrás e que evolucionaron sen seren tratadas. O número de falecementos foi diminuindo progresivamente, cun valor medio anual de diminución do -3% e máis acusada dende o ano 2014 (do -15,3%), como se pode apreciar na gráfica 1 do anexo I.

No relativo á mortalidade nos diferentes grupos de idade, a taxa sempre foi máis elevada nos maiores de 70 anos, destacando un incremento no grupo de 50-59 anos nos últimos dous anos avaliados. Non se rexistrou ningún falecido por esta causa en menores de 30 anos e dende o ano 2014 tampouco no grupo de 30-39 anos. Na gráfica 2 do anexo I pódese consultar a taxa de mortalidade por hepatite C por grupo de idade, no período 1999-2019.

Esta tendencia descendente da mortalidade desta enfermidade en Galicia probablemente se deba:

- á instauración dende o ano 2015 de tratamentos con antivirais de acción directa en todos os casos que non presenten contraindicación;
- á estratexia de busca activa de casos diagnosticados pero non tratados ou tratados, pero non curados, levada a cabo nas áreas sanitarias;
- ao efecto das accións preventivas e de promoción da saúde realizadas a través doutros programas como o Plan galego anti-VIH/sida e outras infeccións de transmisión sexual, o Plan de trastornos adictivos de Galicia ou os programas de promoción da saúde que se veñen impulsando na comunidade autónoma.

3.3.1. Actuacións previas sobre hepatite C realizadas en Galicia

En Galicia, nos últimos anos, desenvolvéronse diferentes iniciativas que abundan na detección e tratamento dos pacientes afectados de hepatite C, así como na prevención desta enfermidade.

Cabe destacar que a nosa comunidade implantou de maneira efectiva o Plan estratéxico para a abordaxe da hepatite C no Sistema Nacional de Saúde, do 21 de maio de 2015 (12), o que permitiu establecer a adecuada estratexia terapéutica na utilización de antivirais de acción directa para o tratamento da hepatite. Así, no período comprendido entre os anos 2015 e 2021, tratáronse con estes fármacos

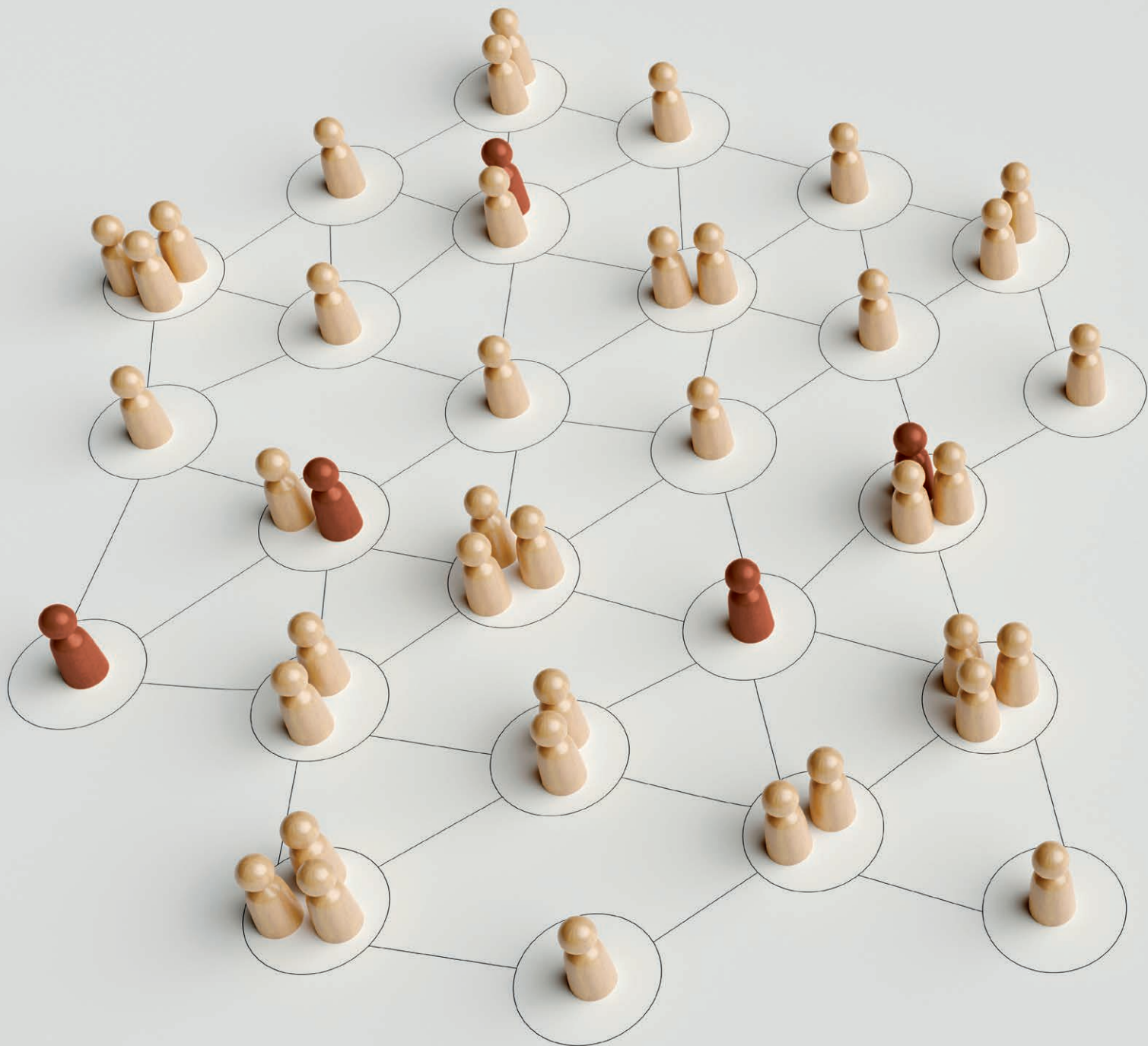
8.495 pacientes (máis do 97% con resposta viral sostida), cifra moi superior aos tratamentos instaurados con anterioridade ao plan (1.137 pacientes)².

Outra das liñas nas que se avanzou foi a relacionada co diagnóstico. Galicia foi das primeiras comunidades autónomas de España que implementou de maneira universal o diagnóstico nun só paso, acompañado de alertas de derivación, nos sete grandes complexos hospitalarios. Isto permitiu, no ano 2018, a identificación e caracterización retrospectiva de pacientes con infección activa polo virus da hepatite C (13), e identificáronse 258 pacientes con infección activa descoñecida.

Por último, cómpre salientar as distintas iniciativas de captación, diagnóstico e tratamento de pacientes con hepatite C nas diferentes áreas sanitarias de Galicia, como a busca activa de casos diagnosticados e non curados ou programas de microeliminación en colectivos de risco (14) (15).

A pesar dos indubidables avances dos últimos anos, aínda existen áreas de mellora no diagnóstico destes pacientes, así como na identificación daqueles que, estando diagnosticados, non foron tratados ou, unha vez tratados, non están curados. Por outra banda, parece necesario unificar e reforzar as actividades que se están a facer nas diferentes áreas sanitarias co obxectivo de aumentar a súa eficacia.

² Fonte: Servizo de Calidade e Seguridade de Medicamentos e Produtos Sanitarios. Subdirección Xeral de Farmacia. Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia



4. Xustificación da estratexia de Galicia

A hepatitis C é un grave problema de saúde pública e unha das causas máis importantes de enfermidade hepática crónica en todo o mundo.

Ao redor dunha cuarta parte dos novos diagnósticos de infección polo virus da hepatitis C cursan con enfermidade hepática avanzada, o que significa un atraso diagnóstico evitable e supón un grande impacto para a saúde do paciente e para o sistema sanitario en termos de carga de enfermidade, dada a morbilidade asociada (cirrose hepática e carcinoma hepatocelular) (16).

Por outra banda, o tratamento da hepatitis C mediante antivirais de acción directa logra unha resposta viral sostida despois de 12 semanas do tratamento (a chamada "curación") en máis do 95 % das persoas tratadas (17). Ademais, demostrou reducir substancialmente a incidencia de hepatocarcinoma e a aceleración do descenso nas taxas de mortalidade por hepatitis C (European Association for Study of the Liver [EASL], American Association for the Study of Liver Disease [AASLD]).

Neste contexto, a Asemblea Xeral da OMS aprobou o 28 de maio de 2016 a Estratexia Mundial contra as Hepatites Víricas para os anos 2016-2020 (2). Así mesmo, o Comité Rexional de Europa da OMS, na 6.^a sesión (setembro de 2016), adaptouna e elaborou un plan de acción para a Rexión Europea da OMS (18). O obxectivo último deste plan é eliminar as hepatitis víricas como ameaza de saúde pública antes de 2030, reducindo as novas infeccións nun 90 % e a mortalidade nun 65 % (en comparación cos niveis de 2015), o que require que se diagnostique o 90 % das persoas infectadas e se trate o 80 % das persoas diagnosticadas (19) (20). Este obxectivo está en consonancia con estratexias e plans de eliminación similares para o VIH e as infeccións de transmisión sexual e cos obxectivos de desenvolvemento sostible (ODS) relacionados coa saúde.



Objetivos de desenvolvemento sostible

Objetivo 3. Meta 3.3

«Para 2030, poñer fin ás epidemias da SIDA, a tuberculose, a malaria e as enfermidades tropicais desatendidas e combater a hepatite, as enfermidades transmitidas pola auga e outras enfermidades transmisibles».

Tal e como recolle a OMS, é fundamental facilitar o acceso temperán ao diagnóstico e ao tratamento. Por iso, dende o ano 2015, son moitos os países que deseñaron as súas propias estratexias para o diagnóstico e tratamento da hepatite C co obxectivo final de alcanzar a eliminación da infección nos seus territorios. Non obstante, e malia os esforzos realizados, no ano 2019, a Asociación Española para el Estudio del Hígado (21) manifestaba que a taxa de diagnóstico da hepatite C no noso país non era satisfactoria, estimando que existían 22.500 persoas adultas infectadas que descoñecían esta situación, polo que podían transmitir a infección, sendo necesario implantar unha estratexia para eliminar a hepatite C como problema de saúde pública.

No que se refire ao tipo de intervencións que se deben realizar, ademais das actuacións de prevención primaria, para o diagnóstico e tratamento de todos os casos de infección activa, cómpre salientar a importancia dos cribados poboacionais desta patoloxía, tendo en conta que se estima que máis do 80% das persoas con infección polo virus da hepatite C refiren antecedentes de exposicións de risco para a transmisión coñecida e que no grupo de idade de 40-69 anos se acumula o 75% dos casos.

A evidencia científica que avala a utilidade e eficiencia dos cribados poboacionais como ferramenta complementaria para a eliminación da hepatite C detállase a continuación:

- Diferentes organismos internacionais recomendan a realización do cribado en poboacións prioritarias, como son as cohortes de idade con maior carga de hepatite C (22-27).
- No ano 2022 realizouse unha revisión sistemática sobre a efectividade clínica, seguridade e avaliación económica do cribado poboacional de hepatite C, informe solicitado á Rede de Axencias de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias e Prestacións do Sistema Nacional de Saúde (28). Este informe ten por obxectivo achegar novas evidencias que permitan revisar a indicación plasmada na actual *Guía para el cribado*


de la infección por VHC do Ministerio de Sanidade (9), que recomenda o cribado de hepatite C nas persoas que presenten signos ou síntomas de infección, así como naquelas asintomáticas que pertencen a un grupo de especial vulnerabilidade. A conclusión do informe da Axencia, respecto das análises económicas recompiladas da literatura científica, podería resumirse en que o cribado dos subgrupos de maior risco sería a estratexia máis eficiente, mentres que o cribado poboacional sería unha estratexia eficiente a medio e longo prazo para acadar o obxectivo de eliminación das hepatites víricas, aínda que precisa dun maior investimento en recursos sanitarios. Ademais, segundo este informe, existen factores que contribúen a aumentar a eficiencia económica, como son a prevalencia do virus da hepatite C (o cribado sería máis eficiente en poboacións con maior prevalencia), a eficacia dos tratamentos, a etapa de fibrose e a súa progresión, a vinculación do cribado coa atención sanitaria e, lóxicamente, o custo das probas diagnósticas e dos tratamentos.

- Dos 16 estudos localizados na literatura científica, un total de 12 tiveron unha razón de custo-efectividade incremental (RCEI) por debaixo do limiar de eficiencia comunmente aceptado, o que significa que a estratexia de cribado universal, fronte a outro tipo de estratexias (non cribado, práctica habitual ou fronte a outras estratexias), foi considerada polos autores como economicamente eficiente.
- Segundo o estudo realizado por Buti *et al.* (29), o cribado na poboación xeral (grupo de idade de 20-79 anos), en comparación coa poboación de alto risco, xeraría mellores resultados de saúde, aínda que con custos totais máis elevados, cunha RCEI de 8.914 €/AVAC gañados por paciente. O cribado da poboación xeral fronte ao cribado da poboación con maior prevalencia do virus da hepatite C e mais o cribado de grupos de alto risco foi aínda máis eficiente, cunha RCEI de 7.448 €/AVAC gañados por paciente.
- Crespo *et al.* (30) tamén conclúen que, considerando un custo de tratamento de 7.000 €/paciente, a implantación de programas de cribado é rendible en todas as cohortes de idade, especialmente no grupo de 50 a 54 anos, cunha eficiencia do programa de cribado en termos de custo unitario por persoa identificada de 850 € no grupo de idade.

En vista dos resultados destes estudos, considérase que a estratexia idónea para alcanzar a eliminación da hepatite C como problema de saúde pública en Galicia é o cribado das persoas incluídas nos grupos con maior risco de transmisión, combinado co cribado dos grupos de idade de maior prevalencia do virus da hepatite C (grupo de 40-69 anos de idade), así como a coordinación do maior número de profesionais

e entidades implicadas, poñendo en marcha medidas de busca activa que faciliten o diagnóstico e o tratamento dos casos de infección polo virus da hepatite C non detectados e de todos aqueles casos de hepatite C diagnosticados, pero non tratados e/ou curados.

O programa abordará, así mesmo, outras melloras no proceso de diagnóstico e tratamento dos casos, como son a redución dos tempos entre o diagnóstico e o tratamento, a mellora das porcentaxes de pacientes diagnosticados que inician o tratamento e o seguen adecuadamente e o seguimento dos pacientes para verificar a obtención da resposta viral sostida.



**Cobertura
sanitaria
universal das
persoas con
hepatite C**

**Protexer
e mellorar
a saúde das
persoas con
hepatite C**

**Impulsar/
coordinar as accións
necesarias (mellorar
a prevención, detección,
vixilancia epidemiolóxica,
tratamento así como
a formación e
investigación)**

5. Propósito

5.1. Marco para a acción

Cobertura universal do sistema sanitario e social das persoas con infección polo virus da hepatitis C, dende o punto de vista da saúde pública, garantindo o dereito á saúde e combinando as actividades preventivas, as asistenciais e as intervencións sociais que aborden os déficits detectados neste campo.

Estas actividades deben realizarse de forma coordinada entre as institucións competentes en cada campo, en colaboración con organizacións non gobernamentais e outras entidades colaboradoras que realicen as súas actividades con colectivos de especial vulnerabilidade, impulsando a participación de axentes de saúde e mediadores socioculturais propios de cada grupo.

5.2. Misión

Protexer e mellorar a saúde da poboación galega a través da colaboración de todas as unidades que integran o sistema sanitario de Galicia, garantindo a homoxeneidade e a coordinación na abordaxe da hepatitis C.

Esta misión levarase a cabo compartindo os seguintes valores:

- Equidade na xestión.
- Eficiencia na utilización dos recursos.
- Mellora continua da calidade técnica e da calidade de xestión.
- Traballo acorde co coñecemento dispoñible en cada momento.
- Traballo orientado a resultados para a comunidade.

5.3. Visión

Eliminar a hepatitis C como problema de saúde pública en Galicia, o que supón a redución da súa morbilidade e mortalidade por debaixo dun nivel no que a carga de saúde pública se considere insignificante.

5.4. Obxectivo xeral

Impulsar e coordinar as accións necesarias para eliminar a hepatitis C como problema de saúde pública en Galicia a través da prevención da enfermidade, a súa detección, a vixilancia epidemiolóxica, o tratamento e a formación e investigación.

Os dous grandes obxectivos específicos son:

- Conseguir unha incidencia anual de novos diagnósticos de hepatitis C (na poboación xeral) ≤ 5 casos por 100.000 habitantes.
- Conseguir unha taxa anual de mortalidade relacionada co virus da hepatitis C ≤ 2 por 100.000 habitantes.

Con isto queremos contribuír ao cumprimento dos obxectivos da OMS, da Axenda 2030 para o Desenvolvemento Sostible e os da Alianza para a Eliminación das Hepatites Víricas en España.

Esta Estratexia terá unha vixencia de catro anos.



EIXE 1.
Vixilancia epidemiolóxica

EIXE 2.
**Prevenção primaria
e promoción da saúde**

EIXE 3.
**Prevenção secundaria:
Detección da infección**

EIXE 4.
Diagnóstico e tratamento

EIXE 5.
Formación e investigación

6. Eixes e liñas estratéxicas de actuación

Para avanzar no obxectivo da eliminación da hepatite C como problema de saúde pública en Galicia, establécense 5 eixes e varias liñas estratéxicas de actuación.

O primeiro eixe que cumpriría desenvolver é o reforzo da vixilancia epidemiolóxica co obxectivo de cuantificar, na medida do posible, a magnitude actual do problema, describir as características epidemiolóxicas dos pacientes con hepatite C e a súa evolución ao longo do tempo.

Establécense, por outra banda, dous eixes que definen actuacións simultáneas en dous niveis de prevención: un eixe de prevención primaria e de promoción da saúde, co obxectivo de reducir a incidencia da infección, mediante a redución do risco de exposición ao virus da hepatite C, e unha liña de prevención secundaria, coa finalidade de detectar e tratar o máis precozmente posible as infeccións xa existentes.

O cuarto eixe trata das actuacións relativas a facilitar o diagnóstico e a instauración do tratamento fronte a esta enfermidade.

Por último, establécese un eixe para fomentar a formación e a investigación no ámbito da hepatite C.

Na táboa 2 detállanse os eixes e liñas de actuación.

Para o desenvolvemento operativo desta Estratexia, poderán crearse grupos de traballo específicos, cando así se precise.

EIXE 1. Vixilancia epidemiolóxica

Liña estratéxica 1.1. Vixilancia e notificación de casos

Liña estratéxica 1.2. Vixilancia da morbilidade e mortalidade debida ás secuelas da hepatitis C

EIXE 2. Prevención primaria e promoción da saúde

Liña estratéxica 2.1. Información á poboación xeral

Liña estratéxica 2.2. Promoción e prevención en persoas que se inxectan drogas³

Liña estratéxica 2.3. Fomento das relacións sexuais seguras

Liña estratéxica 2.4. Prevención nas prácticas de tatuaxe, micropigmentación, *piercing* e outros procedementos realizados con material punzante

Liña estratéxica 2.5. Formación en prevención para profesionais sanitarios e non sanitarios

EIXE 3. Prevención secundaria: Detección da infección

Liña estratéxica 3.1. Busca activa de pacientes que tiveron con anterioridade unha proba positiva pero sen confirmación diagnóstica/curación

Pacientes infectados que descoñecen esta situación

Liña estratéxica 3.2. Captación activa das persoas de 40 a 69 anos e aquelas de calquera idade que pertencen a un grupo de risco e que acuden a calquera centro asistencial da rede sanitaria galega

3.2.2. Busca activa de persoas de difícil captación

EIXE 4. Diagnóstico e tratamento

Liña estratéxica 4.1. Facilitación do diagnóstico

Liña estratéxica 4.2. Optimización do tratamento

EIXE 5. Formación e investigación

Liña estratéxica 5.1. Formación

Liña estratéxica 5.2. Investigación

Táboa 2: Eixes e liñas estratéxicas de actuación.



³ Por cuestión de linguaxe de xénero, a antiga nomenclatura (usuarios de drogas inxectadas -UDI-) evolucionou a persoas que se inxectan drogas (PID).

1 Vixilancia epidemiolóxica

A hepatite C é unha enfermidade de declaración obrigatoria e a súa vixilancia epidemiolóxica é fundamental para coñecer a situación da infección pola hepatite C. Seguindo as recomendacións da OMS (31), a vixilancia epidemiolóxica da hepatite C en Galicia terá tres compoñentes: vixilancia da hepatite C recentemente adquirida, estimación da prevalencia de infección crónica e vixilancia da morbilidade e mortalidade debida ás secuelas (cirrose e hepatocarcinoma).

Liña estratéxica 1.1. Vixilancia e notificación de casos

A vixilancia da hepatite C presenta distintas dificultades, subestimándose a incidencia da infección polos motivos que se pasan a describir a continuación:

- Unha proporción importante das novas infeccións en adultos son asintomáticas e, polo tanto, non buscan atención médica.
- Moitas das persoas con infección sintomática teñen manifestacións clínicas inespecíficas e poucos cumpren realmente a definición de caso clínico de hepatite C recentemente adquirida.
- As persoas que se inxectan drogas, que poden ser responsables dunha gran proporción de novas infeccións, é posible que non soliciten coidados no ámbito sanitario.
- Non se dispón de biomarcadores simples que poidan distinguir de forma fiable a infección recente da crónica (32).

Por estes motivos, a Rede Nacional de Vixilancia Epidemiolóxica aborda a vixilancia da hepatite C a partir da notificación dos novos diagnósticos de hepatite C, que serán investigados para entre eles identificar, cando sexa posible, os casos con infección recente (33).

Na táboa 3 amósanse os criterios de laboratorio empregados na confirmación do caso como de hepatite C, ademais dos criterios de notificación de casos.

Criterio diagnóstico microbiolóxico

Polo menos un dos seguintes criterios:

- Detección do ácido nucleico do virus da hepatite C no soro.
- Detección do antíxeno core do virus da hepatite C.
- Resposta específica de anticorpos contra o virus da hepatite C, confirmada por outros ensaios confirmatorios (como o inmunoblot) en persoas maiores de 18 meses e sen evidencia de infección resolta*.

* Enténdese por infección resolta aquela na que se detectan anticorpos específicos fronte ao virus da hepatite C xunto cun resultado negativo nas probas que indican infección en curso (ácido nucleico do virus da hepatite C ou antíxeno core do virus da hepatite C).

Criterios para a notificación de casos

Caso de infección polo virus da hepatite C recentemente adquirida (no ano en curso):

- Seroconversión documentada no último ano, ou
- Detección do ácido nucleico ou do antíxeno core do virus da hepatite C e anticorpos negativos para o virus da hepatite C en persoas inmunocompetentes, ou
- Casos con probas de función hepática anormal, transaminases elevadas (>10 veces o límite superior estándar), con IgM negativa para o virus da hepatite B, A e E, cun antecedente recente (menos de dous anos) de exposición de risco e algún dos criterios microbiolóxicos e sen historial de probas positivas anteriores.

Caso de virus da hepatite C diagnosticado no ano en curso:

- Caso con algún dos criterios microbiolóxicos, no que non hai antecedentes de probas positivas previas.

Táboa 3: Definicións de caso empregadas na vixilancia da hepatite C.



Así mesmo, a Rede Nacional de Vixilancia Epidemiolóxica emprega a seguinte definición de abrocho, en cuxa investigación é fundamental o xenotipado: dous ou máis casos incidentes confirmados relacionados co mesmo escenario de convivencia ou institución ou centro de saúde (unidades de hemodiálise, hospitais, etc.) ou actividade.

Por outra banda, as estimacións válidas da prevalencia de infección crónica son esenciais para predicir a mortalidade futura debida ás infeccións actuais e para deseñar as estratexias de cribado e de tratamento (31).

Con todo, a baixa prevalencia da infección crónica na poboación xeral e o difícil acceso a poboacións coas prevalencias máis elevadas, como pode ser a das persoas que consomen drogas por vía parenteral, encarecen os estudos e comprometen a validez das estimacións obtidas cunha única abordaxe.

Na actualidade só se dispón dunha estimación da prevalencia de infección crónica en Galicia derivada dos resultados do segundo estudo de seroprevalencia de España realizado nos anos 2017-2018 e deseñado para o conxunto do Estado (34).

Obxectivos estratéxicos

- Identificar e notificar casos incidentes de infección polo virus da hepatite C (casos de infección polo virus da hepatite C recentemente adquirida) e describir os factores de risco e as prácticas para identificar, previr e controlar a transmisión da enfermidade.
- Detectar, investigar e controlar os abrochos, tanto no ámbito da asistencia sanitaria como os relacionados con prácticas de risco.
- Identificar e seguir de novo a evolución temporal dos casos diagnosticados de infección polo virus da hepatite C e as súas características epidemiolóxicas básicas para dispoñer de información que oriente as políticas de prevención e control de enfermidades na poboación.

Accións

As accións que se realizarán respecto á vixilancia da hepatite C serán:

- Regular a declaración obrigatoria dos casos dende os servizos de microbioloxía clínica tanto do ámbito público como privado, para garantir a súa notificación e elaborar un protocolo de vixilancia que recolla os criterios uniformes que cómpre aplicar, así como as actuacións que se deben realizar ante un abrocho.
- Facilitar a notificación electrónica dos casos a través da automatización dos procesos necesarios e a integración no sistema de información de vixilancia epidemiolóxica (VIXÍA).
- Investigar e clasificar os casos como infección recente ou como novo diagnóstico, por parte das unidades de vixilancia.
- Identificar e investigar a aparición de abrochos, por parte das unidades de vixilancia.
- Investigar a presenza de factores/prácticas de risco para identificar, previr e controlar a transmisión da enfermidade, por parte das unidades de vixilancia, e elaborar un informe anual cos resultados.
- Avaliar a pertinencia de realizar un estudo de seroprevalencia do virus da hepatite C en Galicia no ano 2026 tendo en conta as recomendacións ao respecto da OMS tanto na poboación xeral como en grupos específicos (35).

Liña estratéxica 1.2. Vixilancia da morbilidade e mortalidade debida ás secuelas da hepatite C

Coñecer a fracción de cirroses, carcinomas hepatocelulares e transplantes hepáticos que se poden atribuír ao virus da hepatite C é indispensable para poder avaliar o impacto que sobre a morbilidade e a mortalidade teñen as actividades dirixidas á eliminación da hepatite C (31).

Obxectivo estratéxico

- Determinar as complicacións hepáticas atribuíbles ao virus da hepatite C.

Acción

- Establecer, ao longo do ano 2023, a sistemática que permita coñecer e seguir a evolución da fracción das cirroses, dos carcinomas hepatocelulares e dos transplantes hepáticos que se poden atribuír ao virus da hepatite C.

Para isto, partírase dos datos do Conxunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) das altas hospitalarias e do Rexistro de Mortalidade de Galicia, que dende o ano 2015 dispón de información sobre todas as causas da morte (inmediata, intermedia e fundamental; e sobre outros procesos que puideron influír nela). Ademais, terase en conta a metodoloxía recomendada pola OMS para estimar a fracción atribuíble ao virus da hepatite C na morbimortalidade (36).

2 Prevención primaria e promoción da saúde

A diferenza do que acontece con outras hepatitis víricas, non existe unha vacina contra a hepatitis C, polo que a prevención primaria, para evitar a incidencia de novas infeccións, se basea en reducir o risco de exposición ao virus.

Os tres puntos básicos da prevención primaria son:

- Aumentar e mellorar a información sobre as vías de transmisión e as medidas de prevención da infección polo virus da hepatitis C, na poboación xeral e nos colectivos cunha maior exposición ao virus, incorporando ferramentas que melloren a comunicación, como as novas tecnoloxías da información e da comunicación.
- Fomentar os programas de redución de riscos nos diferentes grupos de poboación suxeitos a unha maior exposición: programas de redución de danos para persoas usuarias de drogas vía parenteral, persoas que se realizan procedementos con instrumental punzante (*piercing*, etc.), programas de fomento de prácticas sexuais seguras, etc.
- Actualizar a formación e a capacitación dos profesionais sanitarios e non sanitarios co obxectivo de que colaboren no desenvolvemento das actuacións propostas.

As liñas e accións que se realizarán en prevención primaria detállanse a continuación.

Liña estratéxica 2.1. Información á poboación xeral

Ademais das mensaxes clave sobre as vías de transmisión e as medidas de prevención da infección polo virus da hepatitis C, incidirase na idea de que a hepatitis C é unha enfermidade que é curable, polo que é importante o seu diagnóstico para poder establecer o tratamento o máis precozmente posible.

A información conterá mensaxes dirixidas a reducir a estigmatización, a marxinación e a insolidariedade coas persoas infectadas polo virus da hepatite C.

Obxectivo estratéxico

- Levar a cabo accións de comunicación que aumenten o nivel de coñecementos da poboación xeral sobre a hepatite C e permitan reducir o risco poboacional.

Accións

- Proporcionar información sobre o problema da hepatite C a través das canles dispoñibles na Consellería de Sanidade, incluíndo as redes sociais (páxinas web, Twitter, YouTube, etc.) con rigor, precisión e credibilidade.
- Deseñar materiais informativos que se distribuirán nos centros sanitarios, unidades de atención a drogodependentes, unidades de saúde mental, organizacións non gobernamentais e outras entidades colaboradoras, incidindo nos beneficios que poderían obter as persoas que pertencen aos grupos con maior prevalencia da infección coa súa participación nas actividades propostas nesta Estratexia.
- Captar o interese dos medios de comunicación para que se comprometan co obxectivo da eliminación da hepatite C como problema de saúde pública en Galicia, proporcionando información a través de notas de prensa, campañas en radio e televisión, etc.
- Facilitar, a través da web da Consellería de Sanidade, os enderezos e teléfonos de contacto co programa e con entidades privadas sen ánimo de lucro que realizan actividades preventivas, de promoción da saúde e que ofrecen diversos recursos á sociedade galega, especialmente ás persoas máis vulnerables á hepatite C.

Liña estratéxica 2.2. Promoción e prevención en persoas que se inxectan drogas

O uso compartido de material de inxección no consumo de drogas intravenosas é un importante factor de risco na transmisión do virus da hepatite C, polo que é necesario desenvolver actuacións específicas de prevención e promoción nesta poboación.

Neste senso, están a desenvolverse diferentes actividades no eido da prevención do consumo de drogas por parte de:

- Servizo de Prevención de Condutas Adictivas da Dirección Xeral de Saúde Pública, que elabora, planifica e coordina as actividades de prevención e control de trastornos adictivos.
- Servizo de Saúde Mental da Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria, á que lle corresponde a coordinación e xestión da rede de centros asistenciais de drogodependencias.

Por outro lado, existen outras estratexias para a redución de danos asociados ao consumo de drogas, que inclúen accións individuais e colectivas, sanitarias (médicas e psicolóxicas) e sociais, dirixidas a diminuír a morbimortalidade do colectivo de consumidores de drogas, minimizando os seus efectos negativos sobre a saúde individual e colectiva.

Trátase, en definitiva, de medidas para facilitar que os consumidores de drogas que non se atopen en condicións de abandonar o consumo encontren a axuda necesaria para mellorar o seu estado de saúde e as súas condicións de vida.

Seguindo as medidas de redución de danos propostas pola OMS, priorízanse, entre outros, os programas de intercambio de xiringas, a distribución de preservativos e os programas de tratamento con derivados opiáceos de baixo limiar. A distribución de agullas e xiringas debería contar cunha alta cobertura para previr eficazmente a transmisión do virus da hepatite C, B e do VIH.

Obxectivo estratéxico

- Diminuír a transmisión de hepatite C no colectivo de persoas que se inxectan drogas, a través de accións específicas que permitan reducir este risco.

Accións

As actuacións neste colectivo divídense en dous grupos: accións preventivas e accións de redución de danos.

Accións preventivas:

- Desenvolver, a través da Escola Galega de Saúde Pública, programas de formación continua e actualización en drogodependencias e outras adicións para profesionais da Rede de Tratamento de Condutas Adictivas, técnicos de prevención, profesionais sanitarios e sociais e outros colectivos relevantes na prevención, no tratamento ou na incorporación social.
- Continuar coas intervencións que se veñen realizando en eventos de afluencia masiva de poboación xuvenil (verbenas, festas ou lugares de botellón) respecto á información sobre as drogas e a súa prevención.
- Continuar coas convocatorias periódicas de axudas a proxectos de prevención de drogodependencias e condutas adictivas en concellos e entidades privadas sen ánimo de lucro.

Accións de redución de danos que se están a desenvolver neste sentido e que deben continuarse son:

- Evitar o uso compartido de material de inxección. Existen puntos de distribución de paquetes de inxección hixiénica por toda a xeografía de Galicia nos cales se pode solicitar material estéril para a inxección de drogas. A distribución deste material faise a través de:
 - Programa de intercambio gratuíto de xiringas: as entidades que desenvolven este programa son as unidades de atención a drogodependentes, algunhas farmacias, os servizos sociais dalgúns concellos e entidades privadas sen ánimo de lucro que

desenvolven programas preventivos dirixidos a persoas usuarias de drogas por vía parenteral.

- Programa de venda subvencionada de paquetes de inxección hixiénica en farmacias: este programa desenvólvese nas oficinas de farmacia de Galicia, que venden estes paquetes a un prezo reducido (o usuario paga unha parte e a Dirección Xeral de Saúde Pública subvenciona o resto do custo).
- Facilitar a deshabitación. A terapia de substitución de opioides para persoas dependentes de opiáceos é un programa de deshabitación que, entre outras medidas terapéuticas, basea o seu desenvolvemento na administración de fármacos agonistas opiáceos (metadona, buprenorfina...), co fin de facilitar o abandono ou a redución do consumo de opiáceos e previr a deterioración asociada a el.

Estes programas lévanse a cabo nas unidades de atención a drogodependentes, para unha poboación receptora que inclúe todo paciente dependente de opiáceos no que non se considere viable acadar a abstinencia a curto/medio prazo a través doutro programa asistencial. No ano 2020 existían en Galicia 6.372 persoas en tratamento con substitutivos opiáceos, 5.324 homes e 1.048 mulleres.

Liña estratéxica 2.3. Fomento das relacións sexuais seguras

As actuacións dirixidas á prevención da transmisión da hepatite C pola vía sexual son basicamente as mesmas que as dirixidas á prevención doutras infeccións de transmisión sexual e están dirixidas a aumentar a concienciación en toda a poboación sobre as relacións sexuais seguras usando o preservativo e outros medios de prevención, e evitando as prácticas de maior risco, que son aquelas que favorecen o contacto sanguíneo sen as debidas precaucións.

Neste senso, o Servizo de Control de Enfermidades Transmisibles da Dirección Xeral de Saúde Pública está a desenvolver actuacións específicas no marco da prevención do VIH/sida e outras infeccións de transmisión sexual.

Obxectivo estratéxico

- Diminuír a transmisión de hepatite C no colectivo de persoas que teñen prácticas sexuais de risco, levando a cabo accións específicas que permitan reducir este risco.

Accións

Co obxectivo de promover as relacións sexuais seguras, potenciaranse a seguintes accións:

- Difundir mensaxes específicas para o fomento das relacións sexuais seguras mediante a páxina web da Consellería de Sanidade e a través das redes sociais do Plan galego anti-VIH/sida e outras infeccións de transmisión sexual, como a canle Sex Invaders en Facebook, Instagram, Blog e YouTube.
- Incorporar a información sobre a prevención da hepatite C nas páxinas web e app empregadas en Galicia para establecer contactos entre homes que teñen relacións sexuais con homes (Grindr, Wapo...), así como noutros foros de comunicación empregados por eles.
- Distribuír preservativos e outros materiais de prevención aos grupos ou colectivos con prácticas de maior risco. A distribución realízase a través das entidades colaboradoras (Centros Quérote+, servizos sociais, de atención á muller e xuventude dos concellos, unidades de atención a drogodependentes, institucións penitenciarias, consultas de matronas e diversas entidades privadas sen ánimo de lucro que desenvolven proxectos preventivos dirixidos a persoas con prácticas de risco para a transmisión de infeccións de transmisión sexual).
- Continuar coas convocatorias periódicas de axudas a proxectos no campo do VIH/sida e outras infeccións de transmisión sexual realizados en Galicia por entidades privadas sen ánimo de lucro.

Liña estratéxica 2.4. Prevención nas prácticas de tatuaxe, micropigmentación, *piercing* e outros procedementos realizados con material punzante

A realización de tatuaxes, micropigmentacións, *piercings* e outros procedementos nos que se usa material punzante (manicura, pedicura, acupuntura, etc.) asóciase coa transmisión do virus da hepatite C, sobre todo cando se realiza sen as condicións de seguridade necesarias, como pode suceder ao compartir material sen a debida desinfección.

Os profesionais que traballan no sector das tatuaxes, micropigmentación e *piercing* deben coñecer os riscos asociados a esta actividade e seguir escrupulosamente unha serie de recomendacións para minimizalos. Ademais, estes profesionais deben pensar que calquera persoa pode estar potencialmente infectada, polo que, para minimizar o risco de transmisión, cómpre adoptar as chamadas "precaucións universais ou estándar" (37), que consisten nunha serie de hábitos e medidas (desinfección periódica de todas as superficies e materiais que non sexan desbotables, emprego de agullas e xiringas dun só uso e estériles, etc.) que se aplicarán durante toda a intervención profesional e con todas as persoas que acoden a estes establecementos solicitando algún dos seus servizos.

Existe unha regulación sobre os requisitos técnicos e condicións sanitarias mínimas aplicables a estas prácticas co fin de protexer a saúde dos usuarios. Na nosa comunidade esta regulación está recollida no Decreto 13/2004, do 15 de xaneiro (38), polo que se establecen os requisitos e condicións sanitarias mínimas aplicables ás prácticas de tatuaxes, micropigmentacións e *piercing*.

Obxectivo estratéxico

- Diminuír a transmisión de hepatite C no colectivo de profesionais que realizan tatuaxes, micropigmentacións, *piercing* e outros procedementos realizados con material punzante e no de usuarios/as destes procedementos, levando a cabo accións específicas que permitan reducir o risco específico neste ámbito.

Accións

As accións que se están a desenvolver son:

- Verificar a formación impartida aos aplicadores destas técnicas, facendo especial fincapé nas técnicas de asepsia, desinfección e esterilización, para evitar a transmisión do virus da hepatite C e doutros microorganismos potencialmente patóxenos. Os requisitos mínimos de formación hixiénico-sanitaria do persoal que realiza estas prácticas establécense no Decreto 51/2018, do 22 de marzo (39).
- Inspeccionar os centros onde se realizan estas prácticas, por parte da Consellería de Sanidade, a través do Programa sanitario de vixilancia dos establecementos de tatuaxe, micropigmentación e *piercing* (TMP) (40). Efectuar a inspección a estes centros, coa frecuencia establecida, reforzando o cumprimento dos mecanismos de control nestes establecementos.
- Publicar o censo dos establecementos notificados na comunidade autónoma.
- Publicar material divulgativo de boas prácticas.

Liña estratéxica 2.5. Formación en prevención para profesionais sanitarios e non sanitarios

O obxectivo é a actualización dos profesionais dos centros sanitarios de atención primaria e atención hospitalaria, unidades de atención a drogodependentes, organizacións non gobernamentais, asociacións e grupos de apoio, etc., para contribuír na súa formación continuada e capacitación sobre a infección polo virus da hepatite C, a súa prevención e as actividades previstas na Estratexia.

Obxectivo estratéxico

- Actualizar os coñecementos sobre hepatite C aos profesionais dos centros sanitarios e os de institucións non sanitarias.
- Evitar a transmisión da hepatite C no medio sanitario a través da vía parenteral e dos tratamentos con hemoderivados.

Accións

Realizaranse as seguintes accións:

- Formar e sensibilizar os profesionais sanitarios e non sanitarios implicados na abordaxe dos pacientes obxectivo desta Estratexia. Realizarase a través da Escola Galega de Saúde Pública (cursos de autoformación) e das xerencias das áreas sanitarias (talleres de formación, sesións clínicas, etc.). Incidirase especificamente nas actividades de prevención da infección polo virus da hepatite C e na identificación proactiva de persoas en situación de alto risco de transmisión.
- Manter a información e a formación do persoal sanitario en materia de prevención de accidentes biolóxicos, de dispositivos de seguridade e de equipos de protección individual e colectiva que diminúan o risco destes accidentes.
- Formar os profesionais das organizacións non gobernamentais para a difusión de mensaxes preventivas e de promoción da saúde, así como para favorecer o acceso ao sistema sanitario das persoas con exposicións de risco ou con sospeita de infección polo virus da hepatite C, en situación de marxinación social ou irregular. Ademais, ofrecerase a formación necesaria para a realización de probas de detección rápida deste virus a través da Escola Galega de Saúde Pública (curso dirixido: "Probas rápidas de detección de VIH e virus da hepatite C").

3 Prevención secundaria: Detección da infección

A identificación, tratamento e curación do maior número posible de pacientes con infección activa en Galicia constitúe a estratexia con maior impacto na redución do reservorio do virus e, polo tanto, na redución da súa transmisión, polo que, a súa vez, contribuirá á redución de novos casos de infección.

Por outra banda, a dispoñibilidade dos tratamentos antivirais de acción directa, que permiten obter taxas de curación da infección superiores ao 95% dos casos, contribuirá a reducir a morbimortalidade causada pola enfermidade, ao aumento da calidade de vida dos pacientes e á diminución dos custos sanitarios a medio e longo prazo.

En consecuencia, resulta esencial diagnosticar o maior número posible de persoas infectadas, facilitarlles o acceso a un tratamento antiviral e realizar un seguimento da obtención da resposta viral sostida.

As dúas grandes liñas estratéxicas deste eixe descríbense a continuación.

Liña estratéxica 3.1. Busca activa de pacientes que tiveron con anterioridade unha proba positiva pero sen confirmación diagnóstica/curación

Un número aínda descoñecido de pacientes tiveron, nalgún momento das súas vidas, unha proba serolóxica positiva fronte á hepatite C (con ou sen confirmación posterior de infección activa mediante a análise da presenza do ARN viral mediante PCR). Por diferentes razóns, non se realizou a confirmación diagnóstica pertinente ou non recibiron tratamento, polo que se descoñece a súa situación actual respecto desta infección/enfermidade.

Existen dúas posibles situacións:

- Persoas con, polo menos, unha determinación de anticorpos anti-VHC positiva sen confirmación posterior mediante a determinación do ARN do virus da hepatite C e, polo tanto, sen diagnóstico, tratamento ou seguimento.
- Persoas cunha determinación de anticorpos anti-VHC positiva e confirmación posterior mediante a determinación do ARN do virus da hepatite C que, ou ben non curaron con réximes de tratamento non baseados nos antivirais de acción directa, ou ben non realizaron ningún tratamento ou seguimento posterior.

Nos estudos realizados en España (14) (41) (42), os dous grupos posúen un elemento significativo en común: aproximadamente un 25% dos pacientes con estas características teñen xa unha cirrose hepática no momento da súa recuperación, polo que constitúen un grupo prioritario a abordar.

Obxectivos estratéxicos

- Recaptar e avaliar o máis precozmente posible as infeccións polo virus da hepatite C detectadas con anterioridade.
- Realizar a avaliación diagnóstica, polo menos, ao 50% destes casos con determinación de carga viral (para comprobar o estado da infección) e a súa inclusión nun programa de tratamento.

Accións

Neste senso, dende a Dirección Xeral de Saúde Pública realizaranse as seguintes actuacións:

- Nunha primeira fase: busca activa, a través da Plataforma de Explotación de Información e Xestión de Datos Clínicos e Epidemiolóxicos (HEXIN) das persoas con infección activa confirmada pero non tratada (aqueles con ARN do virus da hepatite C positivo).

- Nunha segunda fase: busca activa, a través da Plataforma de Explotación de Información e Xestión de Datos Clínicos e Epidemiolóxicos (HEXIN) das persoas cunha proba de anti-VHC positiva aos que non se lles realizou a determinación do ARN do VHC para confirmar ou descartar infección activa. O 70-90% destes pacientes presentarán una hepatitis C crónica.
- Finalmente, realizarase unha busca activa de persoas que foron tratadas con réximes de tratamento baseados en interferón e nos que non se ten documentada a resposta viral sostida.

Unha vez obtidos e depurados os datos, cada área sanitaria recibirá unha listaxe de persoas candidatas a ser contactadas para o estudo da súa situación clínica e proposta de tratamento se procede.

Cada área sanitaria establecerá o circuítu asistencial e administrativo adecuado para a localización e contacto co caso e a solicitude da analítica de inicio do proceso. Unha vez que se obteña o resultado da analítica, incluíranse os pacientes no sistema de información deste programa para o control do proceso ata a verificación do resultado final da actuación (obtención da resposta viral sostida, nos casos en que proceda o tratamento).

Nos pacientes en que non estea indicado o tratamento, establecerase o preceptivo seguimento clínico por parte da unidade de atención especializada designada en cada área sanitaria.

Dende a Dirección Xeral de Saúde Pública levarase á cabo o control do proceso asistencial e intervirá en caso de fracaso na fase de contacto con estas persoas (espérase unha taxa de fracaso dun 50-60% atendendo a estudos de características similares realizados en España) (14) (41) (42). Nestes casos de imposibilidade de contacto, dende a Dirección Xeral de Saúde Pública poñeranse en marcha mecanismos de coordinación coa Consellería de Política Social, cos servizos sociais do ámbito municipal ou cos organismos non gobernamentais cos que se colabora habitualmente para a localización, contacto e derivación á consulta de atención hospitalaria designada por cada área sanitaria.

Liña estratéxica 3.2. Pacientes infectados que descoñecen esta situación

Estímase que en Galicia hai 4.532 persoas de entre 20-80 anos con hepatite C. O 85% deles concéntrase nas cohortes de idade de entre 40 e 69 anos. A cohorte de persoas de 50 e 59 anos é a que concentra o maior número de casos (2.043).

A meirande parte destas persoas poden ser identificadas a través do sistema asistencial público ou privado, pero existe unha porcentaxe de persoas con factores de risco asociados á vulnerabilidade social (persoas con penas privativas e non privativas de liberdade, persoas que se inxectan ou consomen drogas e persoas con dificultades de acceso ao sistema asistencial) nas que a prevalencia da infección pode ser moi alta e que precisan estratexias de captación, diagnóstico e tratamento específicas.

Obxectivos estratéxicos

- Detectar o máis precozmente posible as infeccións polo virus da hepatite C no grupo de persoas de 40 a 69 anos.
- Realizar a determinación de anticorpos fronte ao virus da hepatite C en, polo menos, o 45% das persoas do grupo de idade de 40-69 anos.
- Detectar o máis precozmente posible as infeccións polo virus da hepatite C en persoas de especial risco.
- Detectar o máis precozmente posible as infeccións polo virus da hepatite C en mulleres embarazadas.
- Detectar o máis precozmente posible as infeccións polo virus da hepatite C en persoas de difícil captación a través da colaboración con organizacións non gobernamentais, unidades de atención a drogodependentes, unidades de saúde mental, centros penitenciarios e centros de reinserción social.

- Realizar a determinación de anticorpos fronte ao virus da hepatite C en, polo menos, o 90% das novas admisións a tratamento nas unidades de atención a drogodependentes cada ano.
- Realizar a determinación de anticorpos fronte ao virus da hepatite C en, polo menos, o 80% das persoas internadas ou atendidas nos centros penitenciarios e centros de inserción social en, polo menos, o 90% dos novos ingresos.
- Instaurar as probas diagnósticas rápidas (mediante unha mostra de fluído oral ou de sangue capilar en tarxetas de sangue seco) como alternativa para situacións específicas.

3.2.1. Captación activa das persoas de 40 a 69 anos e aquelas de calquera idade que pertencen a un grupo de risco e que acuden a calquera centro asistencial da rede sanitaria galega

O obxectivo é realizar un cribado oportunista naquelas persoas que acuden ao sistema asistencial por calquera motivo e que estean dentro do grupo de idade de 40 a 69 anos e nas persoas de calquera idade que presenten un ou máis factores de risco de padecer unha infección polo virus da hepatite C.

a) Estratexia en Atención Primaria

A Atención Primaria é o nivel idóneo para realizar a captación activa das persoas obxecto desta Estratexia. A captación activa das persoas obxecto desta estratexia nos centros de Atención Primaria pode resumirse en:

- **Poboación xeral de 40 a 69 anos de idade**

Como recomendación xeral, o cribado oportunista será realizado, en Atención Primaria, a todas as persoas que acoden á consulta por calquera motivo e que teñen entre 40 e 69 anos de idade.

Non obstante, para garantir e facilitar este cribado, naquelas persoas deste grupo de idade ás que se lles solicite unha analítica por calquera motivo, incluírase por defecto e de forma automatizada o perfil serolóxico de hepatite C.

Esta solicitude automática poderá ser anulada polo profesional sanitario en caso de que, tras ofrecerlle a información adecuada sobre a enfermidade e a posibilidade dun tratamento efectivo, non se obteña o consentimento verbal preceptivo.

Previamente á realización da seroloxía, informarase o paciente e tamén se lle solicitará o consentimento informado (podrá ser de forma verbal). Para isto, é importante que se lle explique á persoa á que se lle vai solicitar a proba a existencia do programa, a prevalencia de infección máis elevada no seu grupo de idade, as características da enfermidade insistindo nas consecuencias da súa evolución sen tratamento e, sobre todo, a existencia dun tratamento altamente efectivo para curar a enfermidade, evitando a súa progresión a estadios máis avanzados.

O consentimento informado deberá quedar rexistrado na historia clínica electrónica do paciente.

A implantación deste cribado poboacional oportunista realizarase de forma secuencial, para o que a captación será ao longo dos catro anos de vixencia da Estratexia co esquema temporal da táboa 4.

En cada un dos anos captaranse as persoas que vaian entrando a formar parte do grupo de idade obxectivo dese ano e tamén aquelas ás que lles correspondía a captación nun ano anterior pero que non foron captadas por calquera motivo.

Ano 2023

Captación do grupo da cohorte de nacemento 1964-1973. Esta poboación é de 408.541 e espérase unha prevalencia de infección activa do 0,50%.

Ano 2024

Captación do grupo da cohorte de nacemento 1954-1963. Esta poboación é de 353.142 e espérase unha prevalencia de infección activa do 0,34%.

Ano 2025

Captación do grupo da cohorte de nacemento 1974-1983. Esta poboación é de 443.148 e espérase unha prevalencia de infección activa do 0,14%.

Táboa 4: Esquema temporal da estratexia de cribado.



Co efecto de realizar unha aproximación aos datos, sabemos que o número de persoas de idade comprendida entre os 40 e os 69 anos de idade se aproxima a 1.200.000 e que o número de persoas dese grupo de idade ás que se lles realizou, polo menos, unha analítica no ano 2019 (último ano previo á pandemia) solicitada dende Atención Primaria é de aproximadamente 500.000 persoas. Estas cifras fan pensar que esta actuación pode ter un grande impacto á hora de conseguir o obxectivo do cribado oportunista.

No ano 2026, independentemente da avaliación anual e das actuacións que dela poidan derivar, realizarase unha avaliación global da efectividade deste cribado oportunista e estableceranse as actuacións de recaptación que se consideren adecuadas.

• Poboación de especial risco de calquera idade

No momento actual, dentro deste último grupo de persoas, considérase prioritario descartar a infección polo virus da hepatite C nos seguintes grupos (non mutuamente excluíntes):

- Persoas con GOT ou GPT elevadas ou cunha hepatopatía aguda ou crónica nas que non se descartara infección activa polo virus da hepatite C.
- Persoas con risco elevado de infección polo virus da hepatite C por vía parenteral e/ou percutánea:
 - Persoas con antecedentes de tatuaxes, *piercings* ou procedementos con instrumental punzante realizados sen a debida seguridade.
 - Persoas que se inxectan ou se inxectaron no pasado drogas.
- Persoas de risco elevado por transmisión sexual:
 - Persoas que manteñen ou mantiveron no pasado relacións sexuais de risco, sen protección, especialmente homes que teñen relacións sexuais con homes.
 - Traballadores e traballadoras sexuais, actuais ou que o foron no pasado.
 - Víctimas de asalto sexual.
 - Persoas demandantes ou en profilaxe preexposición.
 - Parellas sexuais de persoas con infección activa polo virus da hepatite C.
- Nenos de nais infectadas polo virus da hepatite C, a partir dos 18 meses de idade, sempre que non estean a seguimento por este motivo nunha unidade especializada.
- Outros colectivos nos que se debe descartar a infección polo virus da hepatite C de forma sistemática:

- Persoas que estivesen internadas en centros penitenciarios.
- Persoas condenadas a penas non privativas de liberdade.
- Persoas que viven co VIH e/ou o virus da hepatite B (VHB).
- Persoas que teñen ou tiveron infeccións de transmisión sexual, particularmente sífilis, gonococia, clamidia e infeccións por *Mycoplasma genitalium*, especialmente en localización anal.
- Persoas con trastorno mental grave, atendidas nas unidades de saúde mental.
- Persoas inmigrantes procedentes de países de alta prevalencia (en España, persoas procedentes de Romanía, Ucraína, Rusia, Paquistán, Nixeria e Senegal).
- Persoas que consomen drogas por vía inhalada e comparten instrumental.
- Persoas sen teito actualmente ou no pasado.

A todas as persoas nas que se lles identifique un ou varios destes factores ou condutas de maior risco de infección, solicitaráselles unha seroloxía fronte á hepatite C, tras o seu consentimento informado. En todos os casos, serán informadas verbalmente dos aspectos relevantes da infección e das razóns da conveniencia desa solicitude.

A solicitude da proba serolóxica realizarase do xeito habitual nestes colectivos de risco. En caso de que a persoa teña entre 40 e 69 anos e se lle solicite unha analítica por outro motivo, o perfil serolóxico de hepatite C estará integrado por defecto na solicitude da analítica.

É preciso ter en conta que a busca activa ten que ser realizada tanto nas persoas que estean nestas situacións de maior risco de infección polo virus da hepatite C como tamén nas que o estiveron no pasado.

Ademais, nas persoas de entre 20 e 59 anos sexualmente activas que consulten por outra causa e precisen dunha analítica sanguínea, recoméndase tamén ofrecerlles, tras consentimento verbal, unha proba do VIH, unha vez na vida, en ausencia de motivación clínica, polo que se incluírá esta determinación nas persoas deste grupo de idade que realicen unha analítica por calquera motivo aproveitando esta extracción sanguínea (43).

• Unidades de saúde mental

Está descrita unha maior prevalencia de infección polo virus C en persoas con trastorno mental grave, xeralmente asociado a condutas de risco (sobre todo adicción a drogas por vía parenteral e condutas sexuais de risco) (44-46).

A atención coordinada entre os especialistas en saúde mental e os especialistas en manexo da hepatite C, xunto coa terapia psicolóxica e o asesoramento para pacientes con comorbilidades de saúde mental e/ou consumo de substancias, mellora o acceso ao cribado, a vinculación e a adherencia ao tratamento e a taxa de resposta viral sostida en comparación coa atención habitual (47).

Para reforzar a detección de persoas infectadas polo virus da hepatite C, nestas unidades consensuarase un protocolo de actuación, establecendo a periodicidade das probas e as condicións para a súa realización.

Se a persoa pertence ao grupo etario de cribado e se lle solicita unha analítica por calquera outro motivo, estará incluído por defecto o perfil serolóxico da hepatite C. En caso contrario, débese solicitar esta proba de forma proactiva.

Ás persoas nas que se detecte dificultade e/ou rexeitamento á venopunción poderáselles realizar unha proba en mostra de sangue capilar en tarxetas de sangue seco ou en saliva.

- **Persoas que solicitan unha proba para detectar infección polo virus da hepatite C**

De forma independente á idade da persoa ou da súa pertenza a un grupo de risco, solicitaráselle unha analítica de anticorpos fronte á hepatite C a toda persoa que o demande, xa que en moitas ocasións as persoas poden non querer manifestar algunhas situacións ou prácticas de risco que entenden que poden ser estigmatizantes.

- **Mulleres embarazadas**

Deberá solicitárselles unha seroloxía fronte á hepatite C, incorporando esta proba dentro do programa de control do embarazo, e remitila á consulta especializada en caso de necesitar valoración e tratamento.

Isto permite ter información útil para o manexo do parto (evitar a prolongada ruptura de membranas ou a realización de manobras invasivas, se é posible) e facilita o apropiado seguimento dos neonatos en risco.

A transmisión vertical documentouse en numerosos estudos cun risco de transmisión global de aproximadamente o 5% (48) (49) en mulleres con viremia, pero cun risco

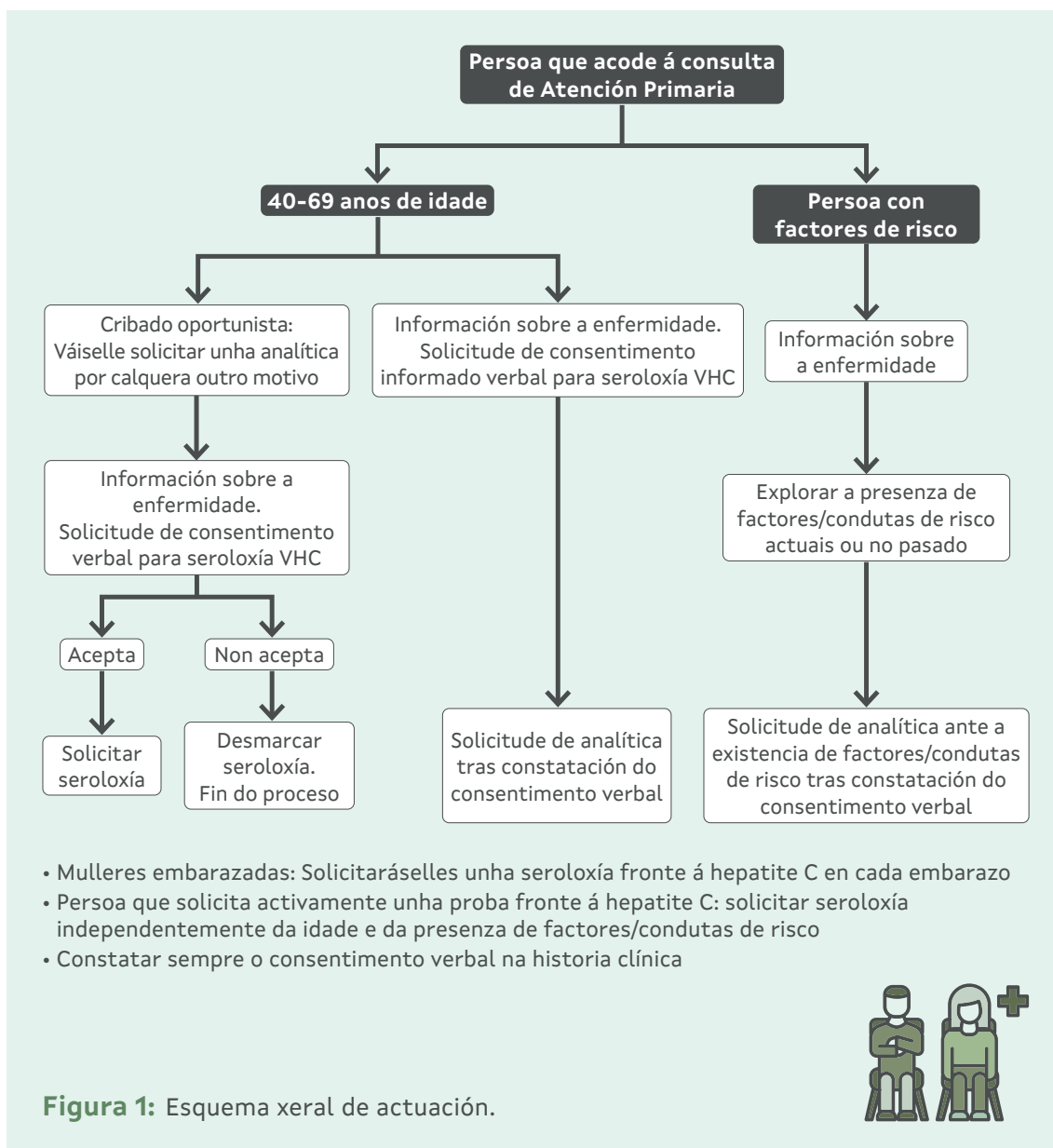
aumentado, de entre o 10 e o 20 %, en certos subgrupos como o de nais coinfectadas polo VIH.

A actuación recomendada para o fillo é a realización de anticorpos fronte ao virus da hepatite C pasados os 18 meses de idade, xa que antes desta idade unha proba positiva pode estar reflectindo anticorpos da nai que atravesaron pasivamente a placenta. Estes anticorpos pasivos acláranse no 95 % dos nenos sobre os 12 meses de idade, aínda que nalgúns casos poden permanecer máis tempo. Aos nenos con anticorpos positivos aos 18 meses investigaráselle a presenza de viremia e someteranse a seguimento.

Actualizarase o proceso asistencial da Consulta Preconcepcional e de Atención ao Embarazo Normal que indica neste momento a solicitude da seroloxía fronte á hepatite C unicamente no caso de embarazadas con factores/conduñas de risco, para que esta proba sexa incluída de forma rutineira no control do embarazo.

As accións que cómpre desenvolver dende a Consellería de Sanidade nos cribados da hepatite C son as seguintes:

- Difundir un protocolo de captación e seguimento en Atención Primaria que permita identificar as persoas candidatas (por grupos de idade ou por risco de infección).
- Dixitalizar o proceso a través da integración en listas de traballo na historia clínica electrónica para facilitar a captación dos pacientes, así como valorar a implantación dun sistema de alertas na historia ante determinadas situacións de risco para as que exista un código CIAP.
- Integrar o perfil serolóxico da hepatite C por defecto na solicitude das analíticas por calquera outro motivo no grupo de idade de 40 a 69 anos. Este perfil poderase desmarcar en caso necesario.
- Establecer un sistema xeral de control das solicitudes de seroloxía fronte á hepatite C para evitar a solicitude redundante e innecesaria destas probas.
- Integrar o perfil serolóxico da hepatite C por defecto no control rutineiro do embarazo e, en caso de presenza de infección activa na muller, xerar unha alerta aos servizos clínicos para asegurar o correcto control e seguimento de nai e fillo/a.
- Seguir os procesos da estratexia (diagnóstico nun só paso, derivación ao servizo clínico designado das persoas cun resultado de infección activa, etc.) ata a verificación do resultado final da actuación (tratamento, obtención da resposta viral sostida).



b) Estratexia en Atención Hospitalaria

É necesario tamén abordar neste ámbito a captación activa de persoas susceptibles de estar infectadas polo virus da hepatitis C, onde é frecuente que asistan persoas pertencentes aos grupos de alta prevalencia. Neste senso, recentemente publicouse un decálogo para a eliminación do virus da hepatitis C en centros hospitalarios, consensuado polas sociedades científicas españolas (50).

O cribado oportunista, tanto por grupos de idade como por factores de risco, será realizado, seguindo o mesmo protocolo definido para Atención Primaria, no ámbito

hospitalario (tanto nas consultas externas como nas unidades de urxencias ou en pacientes hospitalizados).

Nestes casos o perfil serolóxico da hepatitis C inclúese por defecto e de forma automatizada sempre que se solicite unha analítica por calquera outro motivo no transcurso da consulta nas persoas de 40 a 69 anos, tras consentimento verbal.

Cómpre engadir que nas urxencias hospitalarias poden identificarse determinadas situacións que alertan sobre a necesidade de solicitar unha seroloxía fronte á hepatitis C, independentemente da idade do paciente, como as derivadas dunha enfermidade mental grave, as relacionadas co consumo de drogas (síndrome de abstinencia ou sobre-dose), enfermidades relacionadas coa infección polo VIH, etc.

Ademais, integrárase a solicitude da seroloxía fronte á hepatitis C no protocolo de detección de VIH en urxencias.

No que respecta a pacientes hospitalizados, protocolízase a solicitude dunha seroloxía da hepatitis C na primeira analítica que se realice ao ingreso.

Esta actuación pode ser especialmente efectiva en pacientes ingresados en determinados servizos hospitalarios, como o de aparello dixestivo, medicina interna, psiquiatría, etc., pero a súa posta en marcha de xeito xeneralizado para todos os pacientes ingresados contribuirá ao cribado da poboación de maior prevalencia da enfermidade, ademais de permitir a captación de persoas con factores/conduas de risco.

Neste caso, a situación de hospitalización permitiría completar a avaliación clínica do paciente respecto á súa hepatitis C e iniciar o tratamento en moitas destas persoas.

Ademais, establecerase un protocolo específico de realización de seroloxía fronte á hepatitis C naquelas unidades de hospitalización públicas ou privadas que prestan asistencia a enfermos de calquera idade con trastorno mental grave (que inclúe trastornos como a esquizofrenia, o trastorno esquizoafectivo, o trastorno bipolar, algúns trastornos obsesivo-compulsivos ou algúns trastornos da personalidade), xa que se trata dun grupo de pacientes con alta prevalencia da infección, especialmente se existe unha patoloxía dual (trastorno mental grave e trastorno adictivo).

No caso das mulleres embarazadas nas que a proba da hepatite c non foi solicitada con anterioridade, deberá solicitarse no momento do ingreso para o parto.

3.2.2. Busca activa de persoas de difícil captación

a) Organizacións non gobernamentais e outras entidades colaboradoras

Algúns grupos de alto risco caracterízanse polo seu escaso ou nulo contacto cos servizos sanitarios, o que dificulta o acceso a calquera medida de cribado e tratamento convencional. Entre eles destacan as persoas que se inxectan drogas, as persoas con patoloxía social, as persoas sen teito, e algúns colectivos de inmigrantes. Nestes casos hai experiencias de colaboración estreita con organismos non gobernamentais, os recursos da Consellería de Política Social e outras entidades colaboradoras de ámbito municipal e supramunicipal que proporcionan asistencia básica social e de saúde.

Como factores importantes que condicionan/dificultan a consecución do obxectivo de cribado, diagnóstico e tratamento podemos destacar:

- A dificultade de captación: é esencial o papel que desempeñan as organizacións antes mencionadas para identificar as persoas con factores de risco de padecer hepatite C e ofrecerlles unha proba diagnóstica rápida.
- A necesidade de realizar un tratamento descentralizado do ámbito hospitalario: a avaliación completa do paciente pode ser máis laxa, priorizando "tratar e curar" o maior número de pacientes fronte a unha avaliación clínica exhaustiva convencional na que se perdan pacientes no proceso (aproximadamente o 50%). Estudarase a posibilidade de establecer un protocolo para o tratamento fóra do eido hospitalario neste colectivo.

As actuacións a este respecto son:

- Identificar as entidades clave en Galicia para ofrecerlles a colaboración necesaria e os medios para a captación e realización de probas rápidas de detección de anticorpos anti-VHC en saliva.

Moitas destas entidades están xa identificadas polo Plan galego anti-VIH/sida e outras infeccións de transmisión sexual, así como a través dos programas de prevención e

asistencia ás drogodependencias. Contactar con elas para ampliar os termos de colaboración (destácanse as entidades que teñen programas como os de café-calor, que acollen persoas sen teito ou con outras patoloxías sociais e que terán un importante papel de difusión da información sobre a hepatite C e a oferta da proba de cribado).

- Establecer un centro de referencia sanitario para a derivación das persoas candidatas do cribado da hepatite C (todas aquelas con idade comprendida entre os 40 e os 69 anos de idade e aquelas con prácticas ou situacións de risco, independentemente da súa idade).
- Protocolizar a realización de probas rápidas e alternativas de detección da infección polo virus da hepatite C, como a recollida dunha mostra de sangue capilar en tarxetas de sangue seco ou unha proba en saliva.
- Protocolizar, xunto cos servizos clínicos especializados en hepatite C, a avaliación clínica rápida e a instauración dun tratamento fóra do ámbito hospitalario para as persoas que poidan beneficiarse del.

b) Unidades de atención a drogodependentes

As persoas con antecedentes de consumo pasado ou activo de inxección de drogas representan un grupo de elevada prevalencia e incidencia de hepatite C. Unha gran parte destas persoas son atendidas e seguidas polas unidades de atención a drogodependentes.

Nestas unidades existen protocolos de detección das hepatitis víricas, incluída a hepatite C, entre outras infeccións prevalentes neste grupo de especial risco, aínda que non se especifica a periodicidade da realización das probas. Así, as persoas admitidas para o seu tratamento nestas unidades no ano 2019 (último ano prepandemia) foron 3.806, das que 2.620 teñen realizada unha proba serolóxica para a hepatite C e o 13,05% foron positivas.

As accións para reforzar a detección de persoas infectadas polo virus da hepatite C nestas unidades son:

- Revisar e consensuar os protocolos para a detección da hepatite C establecendo a periodicidade das probas e as condicións para a súa realización (consentimento

verbal), etc. Incluírase o seguimento a través dunha seroloxía anual daquelas persoas que teñan unha seroloxía negativa e unha PCR anual naquelas con antecedentes de hepatite C curada pero que seguen a ter prácticas ou situacións de risco, independentemente do resultado do cribado.

- Valorar a integración do perfil serolóxico da hepatite C por defecto na solicitude das analíticas por calquera outro motivo no grupo de idade de 40 a 69 anos dende estas unidades.
- Poñer á disposición destes establecementos a posibilidade de realizar probas de diagnóstico alternativas, como a recollida dunha mostra de sangue capilar en tarxetas de sangue seco ou en saliva para as persoas nas que se detecte dificultade e/ou rexeitamento á venopunción.
- Protocolizar, xunto cos servizos clínicos especializados en hepatite C, a avaliación clínica rápida e a instauración dun tratamento fóra do ámbito hospitalario para as persoas que poidan beneficiarse del.

c) Centros penitenciarios e de inserción social

En Galicia existen 5 centros penitenciarios e 2 centros de inserción social dependentes do Ministerio do Interior (táboa 5).

As accións propostas para alcanzar a eliminación da hepatite C neste colectivo deben incluír tanto persoas condenadas a penas privativas de liberdade como aquelas suxeitas a penas non privativas de liberdade que cumpren sentenzas centralizadas nos centros de inserción social.

•Centros penitenciarios

Aínda que a prevalencia do virus da hepatite C en centros penitenciarios se reduciu dende o 11% ao 1,2% en España entre os anos 2015 e 2020, esta diminución non é homoxénea en todo o territorio nacional e só un número reducido de centros penitenciarios foron declarados libres de hepatite C. Por outro lado, a poboación reclusa presenta unha elevada prevalencia de factores de risco de padecer unha hepatite C e de transmisión da infección no propio ámbito penitenciario (51).

En Galicia existe un “Protocolo para a atención sanitaria de pacientes afectados polo virus da hepatitis C ingresados en centros penitenciarios situados na Comunidade Autónoma de Galicia” que establece o fluxo de información e o rexistro dos datos sobre tratamentos establecidos e o papel tanto dos profesionais do Servizo Galego de Saúde como dos servizos de farmacia dos centros penitenciarios.

Pero o obxectivo da eliminación da hepatitis C como problema de saúde pública esixe, ademais dun enfoque terapéutico, a creación dun programa permanente baseado na prevención e detección dos casos nesta poboación de alta prevalencia de infección, coordinar a instauración dos tratamentos e asegurar o seu seguimento ata a constatación dunha resposta viral sostida. Isto implica unha estreita colaboración entre cada centro penitenciario ou centro de inserción social e os servizos dos hospitais de referencia de cada un deles, creando unha rede profesional multidisciplinaria e definindo o papel de cada axente implicado.

As actuacións de cribado, diagnóstico, indicación do tratamento e seguimento da infección polo virus da hepatitis C realizaranse a través dos servizos hospitalarios correspondentes. As institucións penitenciarias serán as responsables da dispensación dos medicamentos utilizados para o tratamento.

Os obxectivos definidos son os que se relatan a continuación:

- Realizarlles unha proba serolóxica ás persoas internas nos centros penitenciarios e novas admisións.
- Repetir a proba serolóxica no momento da posta en liberdade do interno para diminuír o risco de transmisión dentro da comunidade.
- Instaurar o tratamento con antivirais de acción directa para todos os internos con infección activa cunha estancia superior a 30 días.
- Realizar o seguimento do tratamento antiviral, así como establecer as canles de comunicación e coordinación con outras entidades asistenciais para as persoas que abandonen o centro antes de finalizar o tratamento.

Para a consecución dos obxectivos, levaranse a cabo as seguintes accións:

- Adaptar e coordinar as liñas de actuación descritas nesta Estratexia ás circunstancias concretas dos internos nos centros penitenciarios para asegurar, en todos os casos, o correcto diagnóstico e tratamento.
- Realizar a proba diagnóstica mediante unha mostra de sangue capilar en tarxetas de sangue seco ou en fluído oral como alternativa para situacións específicas.
- Designar nos distritos sanitarios e centros penitenciarios unha persoa de referencia que coordine as actividades necesarias para desenvolver as accións previstas na Estratexia, prestando especial atención á comunicación cos servizos hospitalarios implicados no diagnóstico, tratamento en seguimento da infección polo virus da hepatitis C.
- Establecer un sistema para que aqueles internos que vaian abandonar o centro penitenciario, ben por remataren a súa condena ou ben por trasladarse a outro centro penitenciario da comunidade autónoma ou fóra dela, poidan continuar co seu tratamento no lugar de destino.
- Consensuar cos responsables dos centros penitenciarios as actividades formativas e informativas dirixidas aos internos (datas, contidos, relatores, canles da formación, etc.). O obxectivo principal destas sesións é informarlos do programa, das características da enfermidade e das súas consecuencias, da posibilidade de curación mediante a instauración e adherencia a un tratamento farmacolóxico, así como da colaboración que se solicita deles ou do carácter voluntario da súa participación.
- Avaliar de xeito específico nesta poboación a consecución dos obxectivos a través da análise do rexistro da hepatitis C.

•Centros de inserción social

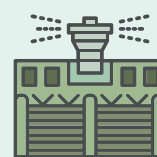
Estudios epidemiolóxicos realizados en España indican que a prevalencia de infección activa polo virus da hepatitis C nesta poboación obxectivo é do 2,9% (52), ao redor de 10 veces superior á da poboación xeral.

Este grupo poboacional considérase de elevada vulnerabilidade e con difícil acceso ao sistema sanitario, o que representa retos adicionais tanto no diagnóstico da hepatitis C como no tratamento, seguimento e adherencia dos casos identificados. Neste contexto, cómpre realizar as seguintes accións para eliminar a hepatitis C nos centros de inserción social:

- Ofrecer o diagnóstico da infección polo virus da hepatite C mediante unha proba de gota seca (mostra de sangue capilar en tarxetas de sangue seco). Así, ás características desta proba (que evita a venopunción) súmase a súa realización no propio centro de inserción social, o que, *a priori*, podería mellorar a aceptación e adherencia a esta.
- Implantar a estratexia de "diagnosticar e tratar" con antivirais de acción directa fronte ao virus da hepatite C.
- Estudar a posibilidade de implantar un programa de telemedicina, a través de TELEA, unha plataforma de asistencia domiciliar integrada cos sistemas de información corporativos que facilita o acceso telemático do paciente a diversos servizos asistenciais e permite o control asistencial de pacientes no seu domicilio, así como a comunicación asíncrona.
- Designar un coordinador/xestor de casos da Estratexia de eliminación da hepatite C nos distritos sanitarios correspondentes, cuxa función será facilitar o contacto entre o paciente diagnosticado no centro de inserción social cos servizos hospitalarios pertinentes, os cales completarán a avaliación e indicarán o tratamento e o seguimento necesarios. Así mesmo, solicitarase aos responsables dos centros de inserción social que axuden e orienten os internos na realización dos trámites necesarios para utilizar a rede sanitaria pública extrapenitenciaria.
- Establecer un protocolo de actuación que garanta a coordinación e colaboración entre o xestor de casos e o coordinador do centro de inserción social que permita dar solucións conxuntas aos problemas que se detecten no proceso de diagnóstico, tratamento, seguimento e adherencia.
- Consensuar cos responsables dos centros de inserción social as actividades formativas e informativas dirixidas ás persoas atendidas nestes centros sobre o programa, as súas características e, sobre todo, acerca dos beneficios que se esperan deste en termos de curación da enfermidade mediante a instauración e a adherencia a un tratamento farmacolóxico.

Centro	Enderezo
Centro penitenciario	
Centro Penitenciario de Bonxe	Bonxe - Outeiro de Rei. 27153 Outeiro de Rei (Lugo)
Centro Penitenciario de Monterroso	Estrada de Vegadeo-Pontevedra, s/n. 27192 Monterroso (Lugo)
Centro Penitenciario de Teixeira	Estrada de Paradela, s/n. 15310 Teixeira-Curtis (A Coruña)
Centro Penitenciario de Pereiro de Aguiar	A Derrasa, s/n. 32792 O Pereiro de Aguiar (Ourense)
Centro Penitenciario da Lama	Monte Racelo, s/n. 36830 A Lama (Pontevedra)
Centros de integración social (CIS) de Galicia	
CIS Carmela Arias y Díaz de Rábago	Paseo Marítimo Alcalde Francisco Vázquez, s/n. 15002 A Coruña (A Coruña)
CIS Carmen Avendaño	Avda. de Madrid 136. 36214 Vigo (Pontevedra)

Táboa 5: Centros penitenciarios e de inserción social de Galicia.



4 Diagnóstico e tratamento

Liña estratéxica 4.1. Facilitación do diagnóstico

Obxectivos estratéxicos

- Optimizar o diagnóstico de todas as infeccións activas.
- Ao 100% dos casos con seroloxía anti-VHC positiva realizaráselles o diagnóstico nun só paso con determinación sobre a mesma mostra da carga viral indicativa de infección activa.

Accións

Co obxectivo de axilizar e facilitar o diagnóstico evitando a perda de pacientes durante o proceso, desenvolveranse as seguintes accións:

- Establecer de forma sistemática o diagnóstico nun só paso, que consiste na investigación de viremia na mesma mostra en todos os pacientes de novo diagnóstico serolóxico.
- Incluír nos protocolos clínicos a investigación das parellas sexuais dos novos pacientes diagnosticados, tendo en conta o maior risco de transmisión sexual se o caso índice está coinfectado polo VIH (53).
- Establecer estratexias para acercar e facilitar o diagnóstico para determinados colectivos de pacientes que se caracterizan polo seu escaso ou nulo contacto cos servizos sanitarios, o que dificulta o acceso a calquera medida de cribado e de

diagnóstico convencional (persoas que se inxectan drogas, persoas con patoloxía social, persoas sen teito, algúns colectivos de inmigrantes, e outros).

- Deseñar e implantar as canles de comunicación axeitadas que garantan a notificación diaria dos resultados positivos ao servizo de referencia en hepatite C, así como ao médico que solicita a analítica.

Liña estratéxica 4.2. Optimización do tratamento

No ano 2017 aprobáronse os antivirais de acción directa panxenotípicos, capaces de eliminar todos os xenotipos do virus da hepatite C. Estas novas terapias son efectivas nun prazo de 8 a 12 semanas e presentan as vantaxes de simplificar o tratamento, reducen as necesidades de seguimento dos pacientes, aumentan as taxas de curación a cifras superiores ao 95% e atrasan, se é o caso, a aparición de complicacións tardías e severas da enfermidade (54).

Obxectivos estratéxicos

- Tratar e verificar a eficacia do tratamento nos casos de infección activa pola hepatite C.
- Polo menos o 95% dos casos diagnosticados con infección activa polo virus da hepatite C iniciarán o tratamento con antivirais de acción directa.
- O tempo transcorrido entre o diagnóstico de infección activa polo virus da hepatite C e o inicio do tratamento será inferior a 21 días en, polo menos, o 95% dos casos.
- Constatarse o correcto cumprimento do tratamento en, polo menos, o 95% dos casos con infección activa polo virus da hepatite C que inician tratamento con antivirais de acción directa.
- Realizar o seguimento axeitado aos pacientes tratados pola hepatite C.

- Constatarse a resposta viral sostida en, polo menos, o 95% dos casos que inician tratamento con antivirais de acción directa mediante unha analítica ás 12 semanas de finalizar o dito tratamento.
- Realizarse unha nova determinación serolóxica anual ou determinación de infección activa, segundo o caso, nas persoas que persisten con prácticas ou exposición de risco no ámbito das unidades de atención a drogodependentes e nos centros penitenciarios e centros de inserción social.

Accións

Un dos aspectos máis importantes deste tratamento, e do que depende o seu éxito, é optimizar a adherencia terapéutica. Con este obxectivo, levaranse a cabo as seguintes accións:

- Mellorar a información sobre a enfermidade e o tratamento: para isto, publicaranse na páxina web da Consellería de Sanidade contidos que incidan na importancia da adherencia, así como información relativa á hepatitis C e ao seu tratamento (vídeos, infografías, dípticos, enlaces a outras webs e apps de interese. Incorporación destes contidos na app E-saúde).
- Protocolizar as canles de comunicación/coordinación con servizos sociais, organizacións non gobernamentais, unidades de atención a drogodependentes, etc., para a dispensación do tratamento aos pacientes de especial vulnerabilidade (persoas en risco social, persoas que se encontran en programas de redución de danos e nas que se detecten dificultades na adherencia ao tratamento, etc.).
- Estudar, xunto coa Subdirección Xeral de Farmacia, estratexias concretas para casos individuais, como a dispensación de sistemas personalizados de dosificación (SPD) ou a entrega da medicación no domicilio do paciente.
- Realizar o seguimento dos indicadores de tratamento farmacolóxico a través dos sistemas de información corporativos.

- Implantar programas de atención farmacéutica que faciliten a adherencia ao tratamento antiviral, a detección das reaccións adversas, a conciliación e revisión da medicación, etc.
- Desenvolver programas que axuden a avaliar a necesidade de establecer tratamentos directamente observados e a constatación da resposta viral sostida.

No anexo II, especifícanse os factores que inflúen na adherencia aos tratamentos, o modelo de identificación dos factores de risco do paciente, a súa estratificación e a forma de establecer as súas necesidades ao inicio do tratamento.

5 Formación e Investigación

A formación continua é un proceso de ensinanza-aprendizaxe activo e permanente destinado a actualizar e mellorar os coñecementos, habilidades e actitudes dos profesionais sanitarios e da poboación ante a evolución científica e tecnolóxica e as demandas e necesidades tanto sociais como do propio sistema sanitario.

Por outra banda, a investigación sanitaria contribúe á xeración de novo coñecemento científico, á mellora dos servizos asistenciais e ao coidado da saúde.

Liña estratéxica 5.1. Formación

A formación sobre hepatites virais dos profesionais e dos cidadáns é un factor clave para o correcto desenvolvemento desta Estratexia, así como para acadar os obxectivos definidos nela. Por este motivo, contarase cun programa de formación interna (dirixido aos profesionais sanitarios e non sanitarios) e outro de formación externa orientado á cidadanía.

Obxectivo estratéxico

- Acadar a capacitación profesional.

Accións

Divídense en dous grupos, formación interna e formación externa, que se pasan a detallar a continuación.

a) Formación interna

- Deseñar unha actividade formativa en liña sobre hepatites virais (dúas edicións ao ano) que estará dispoñible durante os dous primeiros anos da posta en marcha da Estratexia, a través da Escola Galega de Saúde Pública.

A modo orientador, os contidos serán os seguintes:

- Concepto e clasificación das hepatites virais.
- Descrición microbiolóxica.
- Clínica.
- Diagnóstico, prognóstico e tratamento.
- Estratexias de prevención: primaria, secundaria, terciaria, diagnóstico precoz, cribados poboacionais, detección activa de casos, etc.
- Estratexias de control e vixilancia epidemiolóxica das hepatites virais.

b) Formación externa

- Deseñar contidos distintos en función do grupo etario ao que vai dirixida a formación, así como un programa de paciente experto en hepatite C.

Os temas básicos que se deberán incluír son os seguintes:

- Vías de transmisión das distintas hepatites virais.
- Conceptos básicos da clínica da hepatite.
- Prevención: hixiene e condutas de risco.
- Verdades e falsidades sobre a hepatite: preguntas máis frecuentes, crenzas mitos, etc.
- Xestión da información sobre hepatite en Internet e nas redes sociais: fontes fiables e non fiables.

Liña estratéxica 5.2. Investigación

A investigación no ámbito sanitario é de suma importancia para mellorar a saúde da poboación, pois permite resolver preguntas con base científica que axuden a mellorar a calidade de vida das persoas e a proporcionar unha atención médica integral de calidade, así como o desenvolvemento de programas de prevención.

Obxectivo estratéxico

- Promover a investigación no campo das hepatitis virais.

Accións

- Crear a Rede Galega de Investigación en Hepatite (ReGalHep), da que formarán parte investigadores dos 14 distritos sanitarios, así como da Dirección Xeral de Saúde Pública.
- Regular a constitución e desenvolvemento da ReGalHep a través da fórmula normativa correspondente.



7. Avaliación

Realizarase unha avaliación anual dos resultados das intervencións propostas nesta Estratexia para monitorizar o avance na consecución dos obxectivos desta e redeseñar algunha das actuacións que se propoñen se se considera necesario.

Tras finalizar o período establecido na Estratexia, realizarase unha avaliación final coa análise da situación e dos indicadores recollidos no anexo III, así como a determinación da necesidade e oportunidade de establecer novas estratexias para eliminar a hepatitis C como problema de saúde pública.

A primeira avaliación terá lugar no primeiro trimestre do ano 2024 sobre as actividades realizadas no ano 2023.

Os indicadores clave para a avaliación da Estratexia obteranse dos sistemas de información corporativos existentes (sistema de información de vixilancia epidemiolóxica – VIXÍA, rexistro de mortalidade, Conxunto Mínimo Básico de Datos, rexistros de farmacia, etc.), sen menoscabo de empregar outras fontes de información que se precisen.

Región da OMS	Prevalencia de hepatitis C entre a poboación total (%)	Personas que viven con hepatitis C entre a poboación en total	Incidenza de hepatitis C, número de casos	Personas que faleceron por hepatitis C
Región Africana	0,8 (0,6-1,4)	8.200.000 (6.200.000-14.700.000)	710.000 (560.000-970.000)	45.000 (25.000-72.000)
Región das Américas	0,5 (0,4-0,5)	4.800.000 (4.100.000-5.500.000)	67.000 (63.000-75.000)	37.000 (37.000-50.000)
Región do Suroeste Asiático	0,5 (0,4-0,6)	10.000.000 (8.000.000-12.000.000)	250.000 (208.000-290.000)	38.000 (37.000-50.000)
Región Europea	1,5 (1,1-1,5)	12.500.000 (10.000.000-15.000.000)	300.000 (240.000-360.000)	54.000 (39.000-70.000)
Región do Mediterráneo Oriental	1,8 (1,4-1,8)	7.800.000 (6.300.000-9.300.000)	470.000 (340.000-600.000)	290.000 (220.000-360.000)
Región do Pacífico Occidental	0,5 (0,4-0,7)	6.000.000 (4.300.000-7.700.000)	230.000 (170.000-290.000)	140.000 (100.000-180.000)

Táboa 2
Prevalencia, número de casos prevalentes e incidencias, e mortalidade por hepatitis C nas 6 rexións da OMS, Ano 2019
Fonte: Adaptado do Web Annex 1. Key Data at a glance: In-T and sexually transmitted infections, 2017. Accountability 2021 score for impact. Geneva: World Health Organi

8. Anexos

Anexo I Táboas e gráficas

Transmisión hemática	Anticorpos		Infección activa	
	%	IC 95%	%	IC 95%
Accupuntura, tatuaxes	Si 1,00	0,82-1,30	0,29	0,15-0,43
Infiltracións	Si 0,48	0,32-0,67	0,05	0,01-0,17
Transfusión	Si 0,88	0,56-1,27	0,05	0,01-0,17
Proba invasiva	Si 0,85	0,65-1,06	0,31	0,11-0,52
Dialise	Si 1,42	2,20-4,73	1,09	0,35-1,85
Hemofilia	Si 0,63	0,45-0,80	0,14	0,07-0,22
Convivencia cunha persoa infectada polo virus da hepatitis C	Si 1,10	0,85-1,47	0,22	0,08-0,56
Antecedentes de infección polo virus da hepatitis C	Si 1,56	0,43-0,81	0,21	0,13-0,33
Antecedentes de infección polo virus da hepatitis C	Si 0,85	0,40-2,04	0,00	0,00-0,00
Total	Si 0,89	0,67-1,03	0,22	0,00-0,00
	Si 4,12	0,69-1,08	0,22	0,00-0,00
	Si 0,16	1,85-6,78	0,22	0,15-0,30
	Si 83,76	0,00-0,31	1,59	0,00-3,46
	Si 51,07-75,55	0,18	0,10-0,27	
	Si 0,37	0,28-0,49	12,09	4,96-21,30
	0,85	0,64-1,08	0,22	0,13-0,31

Táboa 1
Prevalencia de anticorpos e infección activa polo virus da hepatitis C en España por factor de risco



Fonte: Adaptado de 2º Estudio de Seroprevalencia en España (2017-2018). Ministerio de Sanidade, Consumo e Benestar Social, 2019.

8. Anexos

Anexo I Táboas e gráficas

		Anticorpos		Infección activa	
		%	IC 95 %	%	IC 95 %
Transmisión hemática	Si	1,08	0,82-1,36	0,29	0,15-0,43
	Non	0,48	0,32-0,67	0,09	0,01-0,17
Acupuntura, tatuaxes, infiltracións	Si	0,88	0,56-1,22	0,31	0,11-0,52
	Non	0,85	0,65-1,06	0,17	0,08-0,28
Transfusión	Si	3,42	2,20-4,73	1,09	0,35-1,85
	Non	0,63	0,48-0,80	0,14	0,07-0,22
Proba invasiva	Si	1,16	0,85-1,47	0,22	0,08-0,38
	Non	0,62	0,43-0,81	0,21	0,12-0,33
Diálise	Si	1,96	0,40-4,94	0,00	0,00-0,00
	Non	0,85	0,67-1,03	0,22	0,00-0,31
Hemofilia	Si	0,00	0,00-0,00	0,00	0,00-0,00
	Non	0,86	0,69-1,06	0,22	0,15-0,30
Convivencia cunha persoa infectada polo virus da hepatite C	Si	4,12	1,85-6,78	1,59	0,00-3,36
	Non	0,16	0,00-0,33	0,18	0,10-0,27
Antecedentes de infección polo virus da hepatite C	Si	63,78	51,07-75,59	12,08	4,96-21,30
	Non	0,37	0,26-0,49	0,13	0,06-0,21
Total		0,85	0,64-1,08	0,22	0,13-0,31

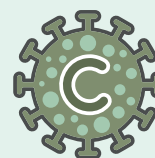
Táboa 1: Prevalencia de anticorpos e infección activa polo virus da hepatite C en España por factor de risco.



Fonte: Adaptado do 2º Estudio de Seroprevalencia en España (2017-2018). Ministerio de Sanidade, Consumo e Benestar Social; 2019.

Rexión da OMS	Prevalencia de hepatite C entre a poboación xeral (%)	Persoas que viven con hepatite C entre a poboación en xeral	Incidencia de hepatite C, número de casos	Persoas que falecen por hepatite C
Rexión Africana	0,8 [0,6-1,4]	9.200.000 [6.000.000-14.700.000]	210.000 [150.000-370.000]	45.000 [23.000-72.000]
Rexión das Américas	0,5 [0,4-0,5]	4.800.000 [4.100.000-5.500.000]	67.000 [63.000-73.000]	31.000 [19.000-84.000]
Rexión do Sueste Asiático	0,5 [0,4-0,9]	10.000.000 [8.000.000-18.900.000]	230.000 [200.000-430.000]	38.000 [37.000-130.000]
Rexión Europea	1,3 [1,1-1,5]	12.500.000 [10.000.000-13.700.000]	300.000 [240.000-320.000]	64.000 [39.000-72.000]
Rexión do Mediterráneo Oriental	1,6 [1,4-1,8]	11.800.000 [9.700.000-13.000.000]	470.000 [240.000-520.000]	31.000 [31.000-74.000]
Rexión do Pacífico Occidental	0,5 [0,4-0,7]	9.500.000 [8.200.000-13.600.000]	230.000 [220.000-260.000]	77.000 [77.000-140.000]

Táboa 2: Prevalencia, número de casos prevalentes e incidentes, e mortalidade por hepatite C nas 6 rexións da OMS. Ano 2019.



Fonte: Adaptado do *Web Annex 1. Key data at a glance. In: Global progress report on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections, 2021. Accountability for the global health sector strategies 2016-2021: actions for impact.* Geneva: World Health Organization; 2021.

País	2015		2016		2017		2018		2019							
	Todos		Todos		Todos		Todos		Todos		Aguda ^I		Crónica ^I		Descoñecida ^I	
	Casos	Taxa	Casos	Taxa	Casos	Taxa	Casos	Taxa	Casos	Taxa	Casos	Taxa	Casos	Taxa	Casos	Taxa
Austria	1.217	14,2	1.161	13,3	920	10,5	830	9,4	745	8,4	24	0,3	286	3,2	435	4,9
Bélxica	1.356	-	1.603	-	1.519	-	1.350	-	1.209	-	.	-	.	-	.	-
Bulgaria	85	1,2	81	1,1	84	1,2	83	1,2	88	1,3	.	-	.	-	.	-
Croacia	155	3,7	186	4,4	213	5,1	212	5,2	205	5,0	3	0,1	85	2,1	117	2,9
Chipre	2	0,2	1	0,1	21	2,5	40	4,6	27	3,1	0	0,0	27	3,1	0	0,0
República Checa	972	9,2	1.069	10,1	932	8,8	1.050	9,9	1.138	10,7	103	1,0	1.035	9,7	.	.
Dinamarca	321	5,7	240	4,2	192	3,3	183	3,2	122	2,1	11	0,2	111	1,9	.	.
Estonia	257	19,5	178	13,5	121	9,2	149	11,3	122	9,2	8	0,6	114	8,6	.	.
Finlandia	1.164	21,3	1.147	20,9	1.115	20,3	1.170	21,2	1.189	21,5	.	-	.	-	1.189	21,5
Alemaña	4.961	6,1	4.426	5,4	4.839	5,9	5.884	7,1	5.885	7,1	579	0,7	2.240	2,7	3.066	3,7
Grecia	14	0,1	80	0,7	152	1,4	125	1,2	119	1,1	2	0,0	22	0,2	95	0,9
Hungría ^{II}	.	-	.	-	.	-	.	-	.	-	7	0,1	.	-	.	-
Islandia	44	13,4	91	27,4	95	28,1	69	19,8	111	31,1	0	0,0	0	0,0	111	31,1
Irlanda	675	14,4	644	13,6	614	12,8	588	12,2	467	9,5	12	0,2	94	1,9	361	7,4
Italia	207	0,3	194	0,3	182	0,3	156	0,3	188	0,3	.	-	.	-	188	0,3
Letonia	1.985	99,9	1.832	93,0	1.675	85,9	1.436	74,2	1.061	55,3	48	2,5	1.013	52,8	.	-
Lituania ^{II}	.	-	.	-	.	-	.	-	.	-	21	0,8	.	-	.	-
Luxemburgo	58	10,3	58	10,1	95	16,1	69	11,5	34	5,5	.	-	0	0,0	34	5,5
Malta	10	2,3	13	2,9	18	3,9	18	3,8	31	6,3	0	0,0	0	0,0	31	6,3
Países Baixos ^{II}	.	-	.	-	.	-	.	-	.	-	45	0,3	.	-	.	-
Noruega	1.186	23,0	771	14,8	656	12,5	639	12,1	532	10,0	.	-	.	-	532	10,0
Polonia	4.285	11,3	4.261	11,2	4.010	10,6	3.442	9,1	3.343	8,8	16	0,0	501	1,3	2.826	7,4
Portugal	261	2,5	344	3,3	271	2,6	188	1,8	195	1,9	7	0,1	56	0,5	132	1,3
Romanía	60	0,3	73	0,4	70	0,4	87	0,4	22	0,1	18	0,1	4	0,0	.	-
Eslovaquia	334	6,2	268	4,9	156	2,9	225	4,1	240	4,4	27	0,5	213	3,9	.	-
Eslovenia	65	3,2	115	5,6	117	5,7	112	5,4	70	3,4	4	0,2	66	3,2	.	-
España	756	1,6	790	1,7	892	1,9	1.496	3,2	1.382	2,9	82	0,2	741	1,6	559	1,2
Suecia	1.902	19,5	1.831	18,6	1.664	16,6	1.610	15,9	1.397	13,7	157	1,5	916	9,0	324	3,2
Reino Unido	13.552	20,9	12.991	19,9	12.147	18,4	18.145	27,4	17.738	26,6	1.016	1,5	851	1,3	15.871	23,8
Total EU/EEA	35.884	8,5	34.448	8,0	32.770	7,6	39.356	9,3	37.660	8,9	2.190	0,6	8.375	2,5	25.871	7,2

:: datos non informados.

-: taxa non calculada.

I: inclúe os casos notificados polos países como agudos, crónicos ou descoñecidos mediante criterios de diferenciación. Os países que informaron só datos agregados (Bulgaria e Bélxica) non puideron clasificar os casos en agudos, crónicos ou descoñecidos.

II: "Todos os casos" non se mostran para os países que só notifican casos agudos.



Táboa 3: Distribución dos casos de hepatite C por país. EU/EEA 2015-2019.

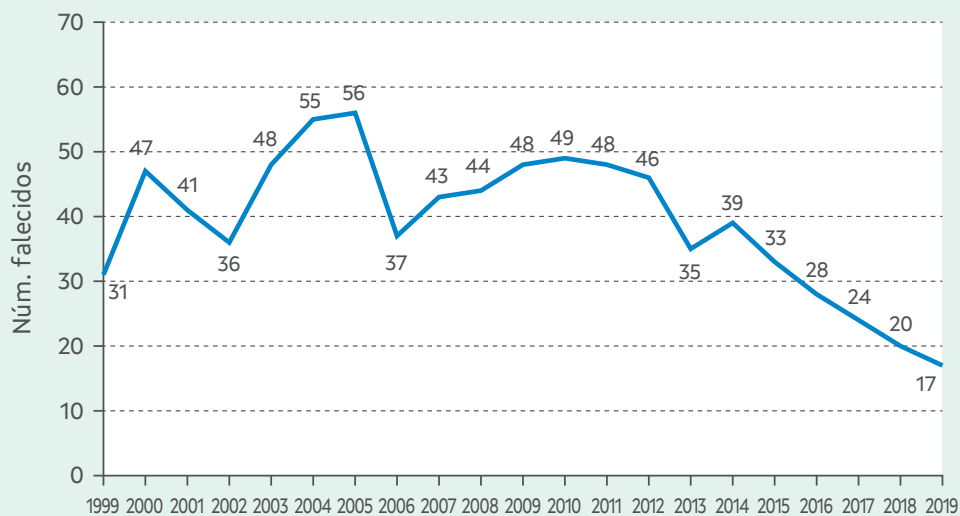
Fonte: Adaptado do European Centre for Disease Prevention and Control. *Hepatitis C. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2019.* Stockholm: ECDC; 2021.

		Anticorpos		Infección activa	
		%	IC 95 %	%	IC 95 %
Sexo	Home	1,24	0,92- 1,58	0,35	0,17-0,53
	Muller	0,46	0,28-0,66	0,08	0,01-0,18
Grupo de idade	20-29 (1997-1988)	0,07	0,00-0,15	0,00	0,00-0,00
	30-39 (1987-1978)	0,09	0,01-0,17	0,09	0,01-0,17
	40-49 (1977-1968)	0,99	0,57-1,48	0,14	0,00-0,28
	50-59 (1967-1958)	1,56	0,99-2,27	0,50	0,22-0,85
	60-69 (1957-1948)	0,83	0,48-1,25	0,34	0,06-0,69
	70-80 (1947-1937)	1,63	0,87-2,49	0,19	0,00-0,39
País de orixe	España	0,81	0,61-1,03	0,20	0,10-0,30
	Estranxeiro	1,30	0,44-2,44	0,34	0,00-0,96
Total		0,85	0,64-1,08	0,22	0,13-0,31
Fracción non diagnosticada		18,6		29,4	

Táboa 4: Prevalencia de anticorpos e infección activa polo virus da hepatite C en España por sexo, grupo de idade (cohorte de nacemento) e país de orixe.

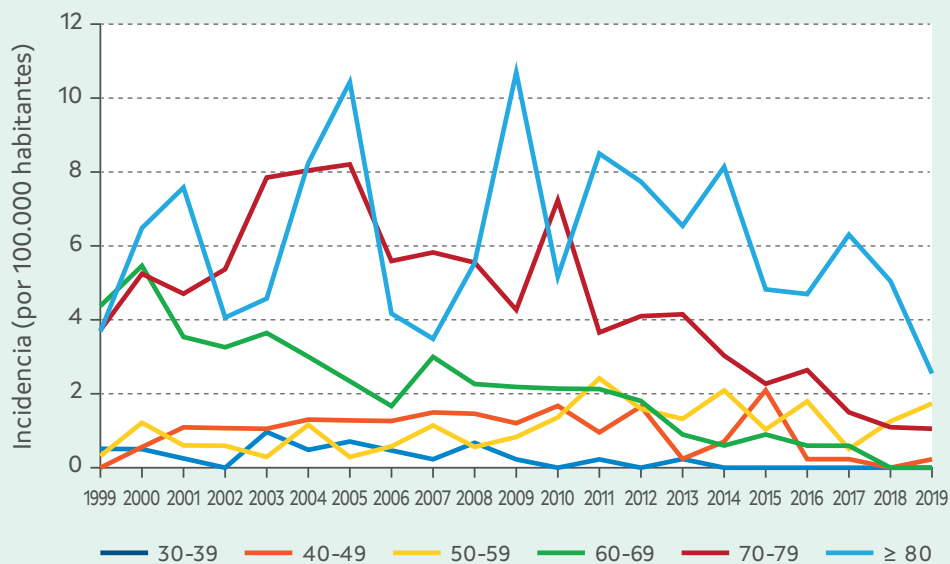


Fonte: Adaptado do 2º Estudio de Seroprevalencia en España (2017-2018). Ministerio de Sanidade, Consumo e Benestar Social; 2019.



Gráfica 1: Evolución do número de falecementos por hepatite C. Galicia 1999-2019.

Fonte: Servizo de Epidemioloxía. Subdirección Xeral de Información sobre Saúde e Epidemioloxía. Dirección Xeral de Saúde Pública. Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia (elaboración propia).



Gráfica 2: Taxa de mortalidade por hepatite C por grupo de idade. Galicia 1999-2019.

Fonte: Servizo de Epidemioloxía. Subdirección Xeral de Información sobre Saúde e Epidemioloxía. Dirección Xeral de Saúde Pública. Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia (elaboración propia).

Anexo II

Adherencia ao tratamento

No ano 2003 a OMS definiu o termo de adherencia como “o grao no que a conduta dun paciente, en relación coa toma de medicación, o seguimento dunha dieta ou a modificación dos hábitos de vida, se corresponde coas recomendacións acordadas co profesional sanitario”, e considerouna como o factor modificable máis importante que condiciona e compromete o resultado terapéutico. Cos anos, este termo evolucionou e incluíu o consentimento e a aceptación do paciente, así como a súa implicación activa no proceso asistencial (55) (56).

A falta de adherencia ten consecuencias clínicas, económicas e sociais, polo que se debe traballar en estratexias dirixidas a garantir e mellorar a adherencia. Dentro dos factores que inflúen na adherencia e cómpre ter en consideración, encóntranse os seguintes (55) (57):

- Complexidade do tratamento, politerapia e doses múltiples diarias.
- Efectos adversos á medicación ou medo a telos.
- Falta de confianza na efectividade do tratamento e/ou falta de coñecemento da enfermidade por parte do paciente.
- Deterioración cognitiva, problemas psicolóxicos.
- Enfermidade asintomática, crónica.
- Inadecuada relación profesional sanitario-paciente, falta de coordinación do equipo asistencial multidisciplinario.
- Inadecuado seguimento ou ausencia de plan terapéutico.
- Dificultades no desprazamento ao medio asistencial, o que supón a falta de asistencia, de continuidade no proceso asistencial: consultas de seguimento programadas, recollida dos medicamentos.

A intervención e a estratexia que cómpre aplicar son individualizadas, por iso primeiramente é preciso identificar os factores de risco do paciente, estratificalo e establecer as súas necesidades ao inicio do tratamento (58):

Variables e pesos relativos do Modelo de Selección de Pacientes VHC adaptado da SEFH				
Tipoloxía de variable	Variable	Definición	Peso	
Variables demográficas	<i>Idade</i>	Paciente >60 anos	2	
	<i>Nivel educativo</i>	Sen estudos (sen graduado escolar)	2	
	<i>Actividade laboral</i>	Activo		1
		* A modo informativo, rexistrarse a situación do paciente: parado, xubilado, de baixa, con carga doméstica		
Puntuación máxima: 5				
Variables sociosanitarias e do estado cognitivo e funcional	<i>Hábitos de vida non saudables</i>	Consumo de drogas e/ou de alcohol nos 6 meses previos (considerando como consumo de alcohol de calquera cantidade)	4	
		* A modo informativo, rexistrarse se o paciente consome alcohol, consome drogas, consome ambos		
	<i>Desordes mentais, deterioración cognitiva e dependencia funcional.</i>	O paciente ten desordes mentais ou condutuais non transitorios, con puntuación >10 no cuestionario PHQ-9 (<i>Patients Health Questionnaires</i> detecta presenza de depresión/ansiedade)	2	
		* A modo informativo, rexistrarse a puntuación do PHQ-9		
	<i>Puntuación máxima da variable: 4</i>	O paciente está a tratamento con algún medicamento dos grupos N05, N06 e N07 que corresponden a: antipsicóticos, ansiolíticos, sedantes, antidepressivos, psicoestimulantes, antidemencia e medicamentos para desordes adictivas	4	
		* A modo informativo, rexistrarse o medicamento		
		Leve	1	
		Deterioración cognitiva: cuestionario de Pfeiffer	Moderada	2
		Importante	4	
	* A modo informativo, rexistrarse a puntuación do cuestionario Pfeiffer			
	Dependencia funcional: índice de Katz (categorías C-G e outros)	2		
* A modo informativo, rexistrarse o índice de Katz				
<i>Soporte social e condicións socioeconómicas</i>	Paciente sen domicilio fixo ou sen soporte social ou familiar (tendo ou non dependencia funcional) ou con condicións socioeconómicas que poidan provocar que non se manteña ou se administre o medicamento en condicións salubres e conservación adecuadas ou mantemento de condicións de vida salubres	3		
Puntuación máxima: 11				

Variables e pesos relativos do Modelo de Selección de Pacientes VHC adaptado da SEFH

Tipoloxía de variable	Variable	Definición	Peso	
Variables clínicas e de utilización de servizos sanitarios	<i>Situación analítica</i>	Plaquetas e albumina (segundo rango de referencia do centro)	3	
		Paciente con descompensación hepática	3	
	<i>Situación clínica</i>	Presenza das seguintes manifestacións extrahepáticas:		
		• Crioglobulinemia sintomática		
		• Enfermidade por inmunocomplexos		
		• Nefropatía		
		• Vasculite leucocitoclástica		
	• Polineuropatía		1	
	• Porfiria cutánea			
	• Lique plano			
• Trombocitopenia				
• Desordes linfoproliferativos				
• DM-II				
	* A modo informativo, rexistraranse as manifestacións extrahepáticas, tanto se están incluídas na lista anterior como se non			
	Paciente en peritransplante		4	
	<i>Número de hospitalizacións</i>	O paciente tivo, polo menos, un ingreso nos últimos 6 meses	2	
	<i>Pluripatoloxía/ Comorbilidades</i>	Índice de comorbilidade de Charlson (ítem SIDA: considerar infección por VIH) ICC ≥6	3	
		* A modo informativo, rexistrase o índice de Charlson		
Puntuación máxima: 16				
Variables relacionadas coa medicación	<i>Polimedicação</i>	O paciente toma máis de 6 fármacos (incluído o tratamento antiviral)	4	
		* A modo informativo, rexistraranse os medicamentos		
	<i>Risco da medicación</i>	O paciente toma algún medicamento incluído na lista do ISMP español de medicamentos de alto risco en pacientes crónicos	2	
	<i>Interaccións do tratamento</i>	Interacción potencial: require a monitorización dalgún parámetro ou modificación de dose	1 Interacción potencial	2
			≥2 interaccións potenciais	4
	<i>Puntuación máxima da variable: 4</i>	* A modo informativo, rexistraranse as interaccións	Coadministracións non recomendadas	4
			Interacción non documentada nas bases de datos (Liverpool, Medscape, Lexicomp, Micromedex, ficha técnica)	2
	<i>Tipo de tratamento anti-VHC</i>	Terapia SEN PegIFN e CON RBV	3	
	<i>Duración do tratamento anti-VHC</i>	>12 semanas	2	
	<i>Índice de complexidade</i>	>5 segundo http://indicedecomplejidad.com/		4
* A modo informativo, rexistrase o índice de complexidade				
Puntuación máxima: 19				

En función das puntuacións anteriores, faise a clasificación dos pacientes en graos de prioridade:

- **Prioridade 1:** Pacientes con elevado risco global: variables relacionadas coa situación demográfica, co ámbito sociosanitario e o estado cognitivo e funcional, coa situación clínica e de utilización de servizos, coa medicación; 26 puntos ou máis de puntuación total.
- **Prioridade 2:** Pacientes con risco relacionados coa medicación ou con variables sociosanitarias; de 17 a 25 puntos de puntuación total.
- **Prioridade 3:** Resto dos pacientes crónicos; 16 puntos ou menos de puntuación total.

As actuacións sanitarias que cómpre realizar comprenden tres ámbitos de actuación; en función da prioridade na que se encaixe o paciente, intervírase de maneira adaptada ás súas necesidades (58):

- Seguimento farmacoterapéutico
- Educación e formación ao paciente
- Coordinación co equipo asistencial

Seguimento farmacoterapéutico

- Revisión e validación do tratamento antiviral.
 - Revisión do tratamento concomitante e monitorización das interaccións.
Primeira visita: detección dos factores prognósticos relacionados coa falta de adherencia.
Sucesivas visitas: seguimento da adherencia.
 - Planificación e coordinación cos servizos de dixestivo/interna/infecciosas.
-

Nos pacientes con prioridade 2, á parte destas actuacións, farase a conciliación do tratamento nos ingresos/altas.

Nos pacientes con prioridade 1, ademais das actuacións anteriores, incluída a da prioridade 2, débense desenvolver vías rápidas de comunicación co paciente ou co contorno familiar e cuidadores.

Educación e formación ao paciente

- Coñecer o grao de coñecemento que ten o paciente do tratamento, da súa enfermidade e o resultado dun tratamento correcto (curación); posteriormente, resolver as dúbidas xeradas.
- Informar sobre o seu tratamento antiviral.
- Facer recomendacións de sistemas recordatorios de toma da medicación adaptado ao paciente (app, relación con actividades cotiás).
- Fomentar corresponsabilidade no resultado do tratamento (curación) e no estilo de vida salubre.

Nos pacientes con prioridade 2 e 3, á parte destas actuacións, farase o seguimento dos pacientes mediante o emprego de novas aplicacións tecnolóxicas.

Coordinación co equipo asistencial

- Unificación de criterios entre os profesionais sanitarios e os niveis asistenciais.
- Asesoramento sobre asociacións de pacientes, webs.
- Disponibilidade de contido informativo na web do Servizo Galego de Saúde.
- Establecer un circuíto para a xestión e abordaxe de problemas relacionados co medicamento:
 - Interaccións
 - Reaccións adversas
 - Erros de medicación
 - Adherencia

Nos pacientes con prioridade 2, á parte destas actuacións, farase a coordinación cos servizos sociais ou cos servizos de psicoloxía e psiquiatría do centro hospitalario.

Establecer un programa de actuación cos axentes implicados no coidado do paciente en peritransplante.

Nos pacientes con prioridade 3, ademais das actuacións anteriores, facer reunións periódicas co servizo de dixestivo/interna/infecciosas establecendo unha periodicidade segundo o centro. Débense definir vías rápidas de comunicación permanente para abordar as reaccións adversas e resolución de incidencias.

Estratexias para mellorar a adherencia (55-58):

- Información sobre o seu tratamento antiviral de forma oral e por escrito mediante achega de material personalizado sobre: medicamento, pauta, conservación, esquecemento de tomas, que facer en caso de vómitos, efectos adversos e interaccións máis frecuentes e relevantes. Prevención e manexo das reaccións e seguimento.
- Resaltar a importancia da adherencia e motivar os pacientes para tomar axeitadamente a medicación, corresponsabilizar o paciente co seu tratamento a través da información e a educación.
- Ferramentas de contacto permanente (teléfono, correo electrónico...) para resolver calquera incidencia ou dúbida relacionada co seu tratamento.
- Entrevista motivacional para establecer unha relación adecuada entre o profesional sanitario e o paciente. Diferéncianse dúas fases:
 - *Fase 1:* Xéranse discrepancias internas, que permiten a identificación, a planificación e a valoración dos obxectivos en relación coa farmacoterapia. Nesta fase o primeiro paso é establecer unha axeitada relación farmacéutico-paciente, paso necesario para lograr achegar valor aos pacientes. Obtéñense datos, sintetízase a información e planifícanse e alíñanse os obxectivos a curto prazo cos de longo prazo.
 - *Fase 2:* Afrontar as resistencias e manter as fortalezas. Nesta fase resolutive enúncianse os problemas encontrados, infórmase do plan de actuación, négóciase e persuádese e lógranse manter os cambios propostos.
- Aplicación individualizada das actuacións sanitarias nos tres ámbitos descritos anteriormente (seguimento, educación e formación e coordinación). Desenvolvemento de procedementos normalizados de traballo (PNT) que sirvan como directrices das actuacións que cómpre realizar e acheguen calidade ao proceso. Rexistro das intervencións realizadas.
- Creación e desenvolvemento dunha páxina/apartado na web do Servizo Galego de Saúde onde se incorporen contidos informativos sobre a importancia da adherencia ao tratamento prescrito: vídeos, infografías, dípticos, enlaces a outras webs e apps de interese.

- Telefarmacia: entrega da medicación ao domicilio do paciente.
- Planificación personalizada do seguimento do paciente e das seguintes visitas en coordinación co resto de visitas ao centro.
- Coordinación e mellora da comunicación entre os servizos implicados e tamén entre os distintos niveis asistenciais ante a detección de problemas relacionados cos medicamentos, falta de adherencia...
- Coordinación e intervención asistencial nos centros penitenciarios.

Anexo III

Indicadores

A continuación defínense os indicadores para a avaliación da Estratexia para a eliminación da hepatite C como problema de saúde pública en Galicia.

III.A. Indicadores xerais de impacto da estratexia

Indicador 0.1	Incidenia anual de novos diagnósticos de hepatite C
Descrición	Número de novos diagnósticos de hepatite C por cada 100.000 habitantes
Fórmula	$\frac{\text{Nº persoas diagnosticadas de hepatite C}}{\text{Poboación do padrón continuo de habitantes (IGE)}} \times 100.000$
Periodicidade	Anual
Fonte	Sistemas de información sanitarios e de vixilancia epidemiolóxica
Desagregación	Galicia
Obxectivo	≤5 casos por 100.000 habitantes (en Galicia no ano 2026)

IGE: Instituto Galego de Estatística

Indicador 0.2	Taxa de mortalidade anual por hepatite C
Descrición	Número de persoas falecidas a causa da hepatite C por cada 100.000 habitantes
Fórmula	$\frac{\text{Nº persoas falecidas pola hepatite C}}{\text{Poboación do padrón continuo de habitantes (IGE)}} \times 100.000$
Periodicidade	Anual
Fonte	Sistemas de información sanitarios e de vixilancia epidemiolóxica
Desagregación	Galicia
Obxectivo	≤2 mortes por 100.000 habitantes (en Galicia no ano 2026)

III.B. Indicadores específicos relacionados cos eixes e liñas de actuación

EIXE 1. Vixilancia epidemiolóxica

LIÑA ESTRATÉXICA 1.1. Vixilancia e notificación de casos

Indicador 1.1.1 Casos notificados

Descrición	Casos de hepatite C notificados a Saúde Pública
Fórmula	N.º de casos declarados a través do sistema de vixilancia epidemiolóxica no período de estudo
Periodicidade	Anual
Fonte	Sistemas de información sanitarios e de vixilancia epidemiolóxica
Desagregación	Distribución xeográfica/grupo de idade/sexo/factores de risco/tipo de infección
Obxectivo	-

Indicador 1.1.2 Centros con notificación automatizada

Descrición	Centros sanitarios (públicos e privados) que teñen integrada a declaración automatizada a través dos sistemas de información
Fórmula	N.º de centros que teñen integrada a declaración automatizada a través dos sistemas de información
Periodicidade	Anual
Fonte	Sistemas de información sanitarios e de vixilancia epidemiolóxica
Desagregación	Distribución xeográfica/titularidade (pública/privada)
Obxectivo	100 % dos centros sanitarios ao longo do primeiro ano da estratexia

Indicador 1.1.3 **Abrochos por hepatite C**

Descrición	Número absoluto de abrochos relacionados con infección por hepatite C no período estudado
Fórmula	N.º de abrochos relacionados con infección por hepatite C no período estudado
Periodicidade	Anual
Fonte	Sistemas de información sanitarios e de vixilancia epidemiolóxica
Desagregación	Distribución xeográfica
Obxectivo	-

EIXE 1. Vixilancia epidemiolóxica

LIÑA ESTRATÉXICA 1.2. Vixilancia da morbilidade e mortalidade debida ás secuelas da hepatite C

Indicador 1.2.1 **Cirrose atribuíble á hepatite C**

Descrición	Porcentaxe de persoas con cirrose, diagnosticadas no período de estudo, atribuíble ao virus da hepatite C
Fórmula	$\frac{\text{N}^\circ \text{ persoas con cirrose diagnosticadas no período de estudo atribuíble ao VHC}}{\text{N}^\circ \text{ persoas con cirrose diagnosticada no período de estudo}} \times 100$
Periodicidade	Anual
Fonte	Sistemas de información sanitarios e de vixilancia epidemiolóxica
Desagregación	Distribución xeográfica/grupo de idade/sexo
Obxectivo	Tendencia decrecente

Indicador 1.2.2 Carcinoma hepatocelular atribuíble á hepatite C

Descrición	Porcentaxe de persoas con carcinoma hepatocelular, diagnosticadas no período de estudo, atribuíble ao virus da hepatite C
Fórmula	$\frac{\text{Nº persoas con hepatocarcinoma diagnosticado no período de estudo atribuíble ao VHC}}{\text{Nº persoas con hepatocarcinoma diagnosticado no período de estudo}} \times 100$
Periodicidade	Anual
Fonte	Sistemas de información sanitarios e de vixilancia epidemiolóxica
Desagregación	Distribución xeográfica/grupo de idade/sexo
Obxectivo	Tendencia decrecente

Indicador 1.2.3 Transplante hepático atribuíble á hepatite C

Descrición	Porcentaxe de persoas con transplante hepático, realizado no período de estudo, atribuíble ao virus da hepatite C
Fórmula	$\frac{\text{Nº persoas con transplante hepático realizado no período de estudo atribuíble ao VHC}}{\text{Nº persoas con transplante hepático realizado no período de estudo}} \times 100$
Periodicidade	Anual
Fonte	Sistemas de información sanitarios e de vixilancia epidemiolóxica
Desagregación	Distribución xeográfica/grupo de idade/sexo
Obxectivo	Tendencia decrecente

EIXE 2. Prevención primaria e promoción da saúde

LIÑA ESTRATÉXICA 2.1. Información á poboación xeral

Indicador 2.1.1 Intervencións informativas xerais

Descrición	Publicacións informativas e intervencións en redes sociais e medios de comunicación sobre hepatitis C destinada á poboación xeral
Fórmula	N.º de intervencións realizadas destinadas á poboación xeral
Periodicidade	Anual
Fonte	Dirección Xeral de Saúde Pública
Desagregación	Tipo de canle
Obxectivo	-

Indicador 2.1.2 Distribución de material divulgativo

Descrición	Distribución de materiais informativos sobre hepatitis C nos centros sanitarios, unidades de atención a drogodependentes, unidades de saúde mental, organizacións non gobernamentais e outras entidades colaboradoras
Fórmula	N.º de centros nos que se distribuiron materiais informativos sobre hepatitis C (centros sanitarios, unidades de atención a drogodependentes, organizacións non gobernamentais e outras entidades colaboradoras)
Periodicidade	Anual
Fonte	Dirección Xeral de Saúde Pública
Desagregación	Tipo de entidade
Obxectivo	-

EIXE 2. Prevención primaria e promoción da saúde

LIÑA ESTRATÉXICA 2.2. Promoción e prevención en persoas que se inxectan drogas

Indicador 2.2.1 Actividades formativas para profesionais que atenden estas persoas

Descrición	Actividades formativas realizadas cada ano, a través da Escola Galega de Saúde Pública, para profesionais da Rede de Tratamento de Condutas Adictivas, técnicos de prevención, profesionais sanitarios e sociais e outros colectivos relevantes
Fórmula	N.º de cursos realizados durante o período de estudo
Periodicidade	Anual
Fonte	Dirección Xeral de Saúde Pública
Desagregación	Tipo de entidade
Obxectivo	-

Indicador 2.2.2 Persoas beneficiarias das intervencións formativas para profesionais que atenden estas persoas

Descrición	Número de profesionais da Rede de Tratamento de Condutas Adictivas, técnicos de prevención, profesionais sanitarios e sociais e outros colectivos relevantes que se benefician cada ano das accións formativas
Fórmula	N.º de profesionais que recibiron as accións formativas durante o período de estudo
Periodicidade	Anual
Fonte	Dirección Xeral de Saúde Pública
Desagregación	Tipo de profesional
Obxectivo	-

Indicador 2.2.3 Programa de intercambio gratuíto de xiringas

Descrición Número de xiringas distribuídas a través do programa de intercambio gratuíto que se leva a cabo en Galicia

Fórmula N.º de xiringas distribuídas no período de estudo

Periodicidade Anual

Fonte Dirección Xeral de Saúde Pública

Desagregación -

Obxectivo -

Indicador 2.2.4 Evolución dos novos diagnósticos de hepatitis C nas persoas que se inxectan drogas

Descrición Novos diagnósticos de hepatitis C nas persoas que se inxectan drogas (PID)

Fórmula N.º de novos diagnósticos de hepatitis C que se asocian a persoas que se inxectan drogas (PID) no período de estudo

Periodicidade Anual

Fonte Sistemas de información sanitarios e de vixilancia epidemiolóxica

Desagregación Distribución xeográfica/grupo de idade/sexo

Obxectivo Tendencia decrecente

EIXE 2. Prevención primaria e promoción da saúde

LIÑA ESTRATÉXICA 2.3. Fomento das relacións sexuais seguras

Indicador 2.3.1 Intervencións informativas no eido da prevención da transmisión do virus da hepatite C por vía sexual

Descrición Publicacións informativas e intervencións en redes sociais e canles, propias da Consellería de Sanidade ou non, destinadas a previr a transmisión do virus da hepatite C por vía sexual en persoas de maior risco

Fórmula N.º de intervencións realizadas durante o período de estudo

Periodicidade Anual

Fonte Dirección Xeral de Saúde Pública

Desagregación Canle (páxina web, redes, YouTube...)

Obxectivo -

Indicador 2.3.2 Programa de distribución gratuíta de material de protección para a prevención da transmisión por vía sexual

Descrición Número de materiais distribuídos gratuitamente a través do programa específico que se leva a cabo en Galicia

Fórmula N.º de materiais distribuídos no período de estudo

Periodicidade Anual

Fonte Dirección Xeral de Saúde Pública

Desagregación Tipo de material (preservativos, outros...)

Obxectivo -

Indicador 2.3.3	Evolución dos novos diagnósticos de hepatitis C asociada a prácticas sexuais de risco
Descrición	Novos diagnósticos de hepatitis C asociada a prácticas sexuais de risco
Fórmula	N.º de novos diagnósticos de hepatitis C asociada a prácticas sexuais de risco no período de estudo
Periodicidade	Anual
Fonte	Sistemas de información sanitarios e de vixilancia epidemiolóxica
Desagregación	Distribución xeográfica/grupo de idade/sexo
Obxectivo	Tendencia decrecente

EIXE 2. Prevención primaria e promoción da saúde

LIÑA ESTRATÉXICA 2.4. Prevención nas prácticas de tatuaxe, micropigmentación, *piercing* e outros procedementos realizados con material punzante

Indicador 2.4.1	Evolución dos novos diagnósticos de hepatitis C asociada a prácticas de tatuaxe, micropigmentación, <i>piercing</i> (TMP) e similares
Descrición	Novos diagnósticos de hepatitis C asociada a prácticas de tatuaxe, micropigmentación, <i>piercing</i> (TMP) e similares
Fórmula	N.º de novos diagnósticos de hepatitis C asociada a prácticas de tatuaxe, micropigmentación, <i>piercing</i> (TMP) e similares no período de estudo
Periodicidade	Anual
Fonte	Sistemas de información sanitarios e de vixilancia epidemiolóxica
Desagregación	Distribución xeográfica/grupo de idade/sexo
Obxectivo	Tendencia decrecente

EIXE 2. Prevención primaria e promoción da saúde

LIÑA ESTRATÉXICA 2.5. Formación en prevención para profesionais sanitarios e non sanitarios

Indicador 2.5.1 Actividades formativas para profesionais sanitarios e non sanitarios

Descrición	Actividades formativas realizadas cada ano, a través da Escola Galega de Saúde Pública ou doutras entidades, para profesionais sanitarios e non sanitarios no eido da prevención da hepatitis C
Fórmula	N.º de cursos realizados durante o período de estudo
Periodicidade	Anual
Fonte	Escola Galega de Saúde Pública/xerencias das áreas sanitarias
Desagregación	Tipo de profesional/entidade coordinadora da formación
Obxectivo	-

Indicador 2.5.2 Profesionais sanitarios e non sanitarios beneficiarios das actividades formativas

Descrición	Número de profesionais sanitarios e non sanitarios que se beneficiaron das accións formativas realizadas no eido da prevención da hepatitis C
Fórmula	N.º de profesionais que recibiron as accións formativas durante o período de estudo
Periodicidade	Anual
Fonte	Escola Galega de Saúde Pública/xerencias das áreas sanitarias
Desagregación	Tipo de profesional/entidade coordinadora da formación
Obxectivo	-

Indicador 2.5.3	Evolución da hepatitis C recentemente adquirida asociada ao ámbito sanitario
Descrición	Casos de hepatitis C recentemente adquirida relacionados coa transmisión no ámbito sanitario
Fórmula	N.º de casos de hepatitis C recentemente adquirida relacionados coa transmisión no ámbito sanitario no período de estudo
Periodicidade	Anual
Fonte	Sistemas de información sanitarios e de vixilancia epidemiolóxica
Desagregación	Distribución xeográfica/grupo de idade/sexo
Obxectivo	0

EIXE 3. Prevención secundaria: Detección da infección

LIÑA ESTRATÉXICA 3.1. Busca activa de pacientes que tiveron con anterioridade unha proba positiva pero sen confirmación diagnóstica/curación

Indicador 3.1.1	Persoas recaptadas e con avaliación diagnóstica
Descrición	Porcentaxe de persoas recaptadas na busca activa ás que se lles realiza a avaliación diagnóstica para o estudo da súa situación clínica e posible tratamento
Fórmula	$\frac{\text{Nº persoas recaptadas que realizan a avaliación diagnóstica no período de estudo}}{\text{Nº persoas recaptadas na busca activa no período de estudo}} \times 100$
Periodicidade	Anual
Fonte	HEXIN e sistemas de información sanitarios
Desagregación	Distribución xeográfica/grupo de idade/sexo/factor de risco
Obxectivo	≥50 %

Indicador 3.1.2 Persoas recaptadas e avaliadas que inician tratamento

Descrición	Porcentaxe de persoas coa avaliación diagnóstica, tras a busca activa, que inician o tratamento fronte ao VHC
Fórmula	$\frac{\text{N}^\circ \text{ persoas, recaptadas e avaliadas, con infección activa que inician o tratamento no período de estudo}}{\text{N}^\circ \text{ persoas, recaptadas e avaliadas, con infección activa no período de estudo}} \times 100$
Periodicidade	Anual
Fonte	HEXIN e sistemas de información sanitarios
Desagregación	Distribución xeográfica/grupo de idade/sexo/factor de risco
Obxectivo	≥95 %

Indicador 3.1.3 Persoas recaptadas que completan o tratamento

Descrición	Porcentaxe de persoas recaptadas que inician o tratamento fronte ao VHC e que finalmente o completan
Fórmula	$\frac{\text{N}^\circ \text{ persoas recaptadas que finalizan o tratamento no período de estudo}}{\text{N}^\circ \text{ persoas recaptadas que inician o tratamento no período de estudo}} \times 100$
Periodicidade	Anual
Fonte	HEXIN e sistemas de información sanitarios
Desagregación	Distribución xeográfica/grupo de idade/sexo/factor de risco
Obxectivo	≥95 %

Indicador 3.1.4	Persoas recaptadas e tratadas que alcanzan a resposta viral sostida
Descrición	Porcentaxe de persoas recaptadas e que completaron o tratamento, nas que se constata a resposta viral sostida fronte ao VHC
Fórmula	$\frac{\text{N}^\circ \text{ persoas, recaptadas e tratadas, nas que se constata RVS no período de estudo}}{\text{N}^\circ \text{ persoas recaptadas e tratadas no período de estudo}} \times 100$
Periodicidade	Anual
Fonte	HEXIN e sistemas de información sanitarios
Desagregación	Distribución xeográfica/grupo de idade/sexo/factor de risco
Obxectivo	≥95 %

EIXE 3. Prevención secundaria: Detección da infección

LIÑA ESTRATÉXICA 3.2. Pacientes infectados que descoñecen esta situación

Indicador 3.2.1	Implantación do cribado poboacional oportunista nas persoas das cohortes etarias obxecto desta estratexia
Descrición	Grao de implantación do cribado poboacional oportunista, medido a través da porcentaxe de persoas dun grupo etario nas que se realizou unha determinación fronte ao VHC (segundo a secuencia anual de cribado das cohortes)
Fórmula	$\frac{\text{N}^\circ \text{ persoas do grupo etario que teñen unha determinación fronte ao VHC no período de estudo}}{\text{Poboación do padrón continuo de habitantes (IGE) no período de estudo}} \times 100$
Periodicidade	Anual para cada grupo etario e global ao final da estratexia
Fonte	Sistemas de información sanitarios e de vixilancia epidemiolóxica
Desagregación	Distribución xeográfica/grupo de idade/sexo
Obxectivo	45 %

Indicador 3.2.2 Prevalencia da infección polo VHC nas cohortes obxecto do cribado poboacional oportunista	
Descrición	Estimación da prevalencia da infección nas persoas das cohortes etarias obxecto desta estratexia, a través dos resultados do cribado poboacional oportunista
Fórmula	$\frac{\text{N}^\circ \text{ persoas do grupo etario con infección polo VHC no período de estudo}}{\text{N}^\circ \text{ persoas do grupo etario que participaron no cribado no período de estudo}} \times 100$
Periodicidade	Anual para cada grupo etario e global ao final da estratexia
Fonte	Sistemas de información sanitarios e de vixilancia epidemiolóxica
Desagregación	Distribución xeográfica/grupo de idade/sexo
Obxectivo	-

Indicador 3.2.3 Probas rápidas subministradas	
Descrición	Número absoluto de probas rápidas para a determinación de anticorpos fronte ao VHC que son subministradas cada ano pola Dirección Xeral de Saúde Pública
Fórmula	N.º de probas rápidas de anticorpos fronte ao VHC subministradas no período de estudo
Periodicidade	Anual
Fonte	Dirección Xeral de Saúde Pública
Desagregación	Distribución territorial/tipo de entidade
Obxectivo	-

Indicador 3.2.4 Probas rápidas positivas

Descrición	Número absoluto de probas rápidas que resultaron positivas fronte ao VHC
Fórmula	N.º de probas rápidas de anticorpos fronte ao VHC positivas no período de estudo
Periodicidade	Anual
Fonte	Dirección Xeral de Saúde Pública
Desagregación	Distribución territorial/tipo de entidade
Obxectivo	-

Indicador 3.2.5 Implantación do cribado nas unidades de atención a drogodependentes

Descrición	Grao de implantación do cribado fronte ao VHC nas unidades de atención a drogodependentes (UAD), medido a través da porcentaxe de persoas usuarias que teñen realizada, polo menos, unha proba diagnóstica
Fórmula	$\frac{\text{N.º persoas usuarias das UAD que teñen unha determinación fronte ao VHC no período de estudo}}{\text{Poboación total usuaria das UAD no período de estudo}} \times 100$
Periodicidade	Anual
Fonte	UAD e sistemas de información sanitarios
Desagregación	Distribución xeográfica/grupo de idade/sexo/UAD
Obxectivo	90% das novas admisións a tratamento na UAD

Indicador 3.2.6	Implantación do cribado nos centros penitenciarios e de reinserción social
Descrición	Grao de implantación do cribado fronte ao VHC nos centros penitenciarios e de reinserción social, medido a través da porcentaxe de persoas susceptibles que teñen realizada polo menos unha proba diagnóstica
Fórmula	$\frac{\text{Nº persoas de centros penitenciarios e de reinserción social con proba fronte ao VHC no período de estudo}}{\text{Poboación total de centros penitenciarios e de reinserción social no período de estudo}} \times 100$
Periodicidade	Anual
Fonte	Centros penitenciarios e de reinserción social e sistemas de información sanitarios
Desagregación	Distribución xeográfica/grupo de idade/sexo/centro
Obxectivo	≥80 % das persoas internadas/atendidas nestes centros ≥90 % dos novos ingresos

EIXE 4. Diagnóstico e tratamento

LIÑA ESTRATÉXICA 4.1. Facilitación do diagnóstico

Indicador 4.1.1	Diagnóstico nun só paso (DUSP)
Descrición	Porcentaxe anual de persoas con seroloxía anti-VHC positiva ás que se lles realiza o diagnóstico nun só paso
Fórmula	$\frac{\text{Nº persoas ás que se lle realiza o DUSP no período de estudo}}{\text{Nº persoas anti-VHC positivas no período de estudo}} \times 100$
Periodicidade	Anual
Fonte	Sistemas de información sanitarios
Desagregación	Distribución xeográfica/grupo de idade/sexo
Obxectivo	100 %

EIXE 4. Diagnóstico e tratamento

LIÑA ESTRATÉXICA 4.2. Optimización do tratamento

Indicador 4.2.1	Persoas que inician o tratamento con antivirais de acción directa (AAD)
Descrición	Porcentaxe anual de persoas con infección activa polo virus da hepatitis C que inician tratamento con antivirais de acción directa (AAD)
Fórmula	$\frac{\text{Nº persoas con infección activa polo VHC que inician o tratamento con AAD no período de estudo}}{\text{Nº persoas con infección activa polo VHC no período de estudo}} \times 100$
Periodicidade	Anual
Fonte	Sistemas de información sanitarios
Desagregación	Distribución xeográfica/grupo de idade/sexo/factor de risco
Obxectivo	≥95 %

Indicador 4.2.2	Persoas que finalizan o tratamento con antivirais de acción directa (AAD)
Descrición	Porcentaxe anual de persoas con infección activa polo virus da hepatitis C que finalizan o tratamento con antivirais de acción directa (AAD)
Fórmula	$\frac{\text{Nº persoas que finalizan o tratamento con AAD no período de estudo}}{\text{Nº persoas que inician o tratamento con AAD no período de estudo}} \times 100$
Periodicidade	Anual
Fonte	Sistemas de información sanitarios
Desagregación	Distribución xeográfica/grupo de idade/sexo/factor de risco
Obxectivo	≥95 %

Indicador 4.2.3 Demora do tratamento

Descrición	Demora do sistema sanitario entre o diagnóstico de infección activa polo virus da hepatitis C e o inicio do tratamento
Fórmula	Número de días entre o diagnóstico de infección activa polo virus da hepatitis C e o inicio do tratamento
Periodicidade	Anual
Fonte	Sistemas de información sanitarios
Desagregación	Distribución xeográfica/grupo de idade/sexo/factor de risco
Obxectivo	≤21 días, polo menos, no 95% dos tratados

Indicador 4.2.4 Efectividade do tratamento

Descrición	Porcentaxe anual de casos con constatación da resposta viral sostida
Fórmula	$\frac{\text{Nº persoas con RVS ás 12 semanas de finalizar o tratamento con AAD no período de estudo}}{\text{Nº persoas que finalizan o tratamento con AAD no período de estudo}} \times 100$
Periodicidade	Anual
Fonte	Sistemas de información sanitarios
Desagregación	Distribución xeográfica/grupo de idade/sexo/factor de risco
Obxectivo	≥95%



SURVEILLANCE REPORT

Hepatitis C

Annual Epidemiological Report for 2019

Key facts

- In 2019, 37 733 cases of hepatitis C were reported in 29 EU/EEA Member States. Excluding countries that only reported acute cases leaves 37 660 cases, which corresponds to a crude rate of 8.9 cases per 100 000 population.
- Of the cases reported, 6% were classified as acute, 22% as chronic and 69% as 'unknown'.
- Hepatitis C was more commonly reported among men than women, with a male-to-female ratio of 2.1:1. The most affected age group among both males and females was between 25-34 years.
- Mode of transmission was reported for just 21% of cases. The most commonly reported mode was injecting drug use, which accounted for 45% of cases with complete information on transmission status.

9. Bibliografía

1. Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations for prevention and control of hepatitis C virus infection and hepatitis C-related chronic disease. MMWR. 1998;47(RR19):1-39.
2. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development [Internet]. A/RES/70/1 oct 21, 2015. Disponible en: https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/A_RES_70_1_E.pdf
3. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. 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) [Internet]. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2019. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/INFORME_INFECION_VHC_ESPANA2019.pdf
4. Jameson J, Fauci A, Kasper D, Hauser S, Longo D, Loscalzo J. Principios de Medicina Interna. 20.ª ed. 2018.
5. Fanciulli C, Berenguer J, Busca C, Vivancos M, Téllez M, Domínguez L, et al. Epidemiological trends of HIV/HCV coinfection in Spain, 2015-2019. HIV Med. 2022;23(7):705-16.
6. Department of Health, Victoria, Australia. IDEAS: Infectious Diseases epidemiology and surveillance. Blue book: Guidelines for the control of infectious diseases. Hepatitis C [Internet]. Victoria, Australia; 2015. Disponible en: <http://ideas.health.vic.gov.au/bluebook/hepatitis-c.asp>
7. Heymann DL. Viral hepatitis C. En: Control of communicable diseases manual. 18.ª ed. Washington DC, USA: American Public Health Association; 2004. p. 217-20.
8. Aguilera Guirao A, Alonso Fernández R, Córdoba Cortijo J, Fuertes Ortiz de Urbina A. Diagnóstico microbiológico de las hepatitis víricas. Procedimientos en Microbiología Clínica [Internet]. Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC); 2014. Disponible en: <https://seimc.org/contenidos/documentoscientificos/procedimientosmicrobiologia/seimc-procedimientomicrobiologia50.pdf>

9. Secretaría General de Sanidad y Consumo. Plan Estratégico para el Abordaje de la Hepatitis C en el Sistema Nacional de Salud (PEAHC) [Internet]. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2020. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/GUIA_DE_CRIBADO_DE_LA_INFECCION_POR_EL_VHC_2020.pdf
10. World Health Organization. Web Annex 1. Key data at a glance. En: Global progress report on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections, 2021 Accountability for the global health sector strategies 2016-2021: actions for impact [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/342808/9789240030985-eng.pdf>
11. European Centre for Disease Prevention and Control. Hepatitis C. En: ECDC Annual epidemiological report for 2019 [Internet]. Stockholm: ECDC; 2021. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/AER-Hepatitis-C-2019.pdf>
12. Secretaría General de Sanidad y Consumo. Plan estratégico para el abordaje de la hepatitis C en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/hepatitisC/PlanEstrategicoHEPATITISC/docs/plan_estrategico_hepatitis_C.pdf
13. Vallejo A, Moldes LM, Trigo M, Ordoñez P, Rodríguez-Otero L, Cabrera JJ, et al. Implementación generalizada del diagnóstico en un solo paso (DUSP) de la hepatitis C en Galicia: resultados para la reflexión. *Enfermedades Infecc Microbiol Clínica* [Internet]. 2021; Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0213005X21000252>
14. Parada Vázquez P, Pérez Cachafeiro S, Ferrero Martínez J, Castiñeira Domínguez B, Rodríguez Otero M, Mera Calviño J, et al. Estudio de pacientes con hepatitis C crónica perdidos en el área sanitaria de Pontevedra e O Salnés: identificación y recuperación. 44(*Espec Congr 2*):72-3.
15. Morano et al. Microeliminación de la hepatitis C en usuarios de drogas en el área sanitaria de Vigo. 3º Congreso Mundial WADD (World Association of Dual Disorders). 6º edición del Congreso Internacional SEPD (Sociedad Española Patología Dual). Libro de Abstracts. 2019.
16. Picchio C, Lens S, Hernandez-Guerra M, Arenas J, Andrade R, Crespo J, et al. Late presentation of chronic HBV and HCV patients seeking first time specialist care in Spain: a 2-year registry review. *Sci Rep*. 2021;11(1):24133.
17. Ministerio de Sanidad. Estudio de monitorización efectividad terapéutica (SITHepaC) Plan Estratégico para el Abordaje de la Hepatitis C en el Sistema Nacional de Salud (PEAHC). Ministerio de Sanidad; 2021.

18. World Health Organization. Regional Office for Europe. Action plan for the health sector response to viral hepatitis in the WHO European Region [Internet]. World Health Organization. Regional Office for Europe; 2017. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/344154>
19. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial del sector de la salud contra las hepatitis víricas 2016-2021. Hacia el fin de las hepatitis víricas [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250578/1/WHO-HIV-2016.06-spa.pdf?ua=1>
20. World Health Organization. Interim guidance for country validation of viral hepatitis elimination [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240028395>
21. Crespo J, Albillos A, Buti M, Calleja JL, García-Samaniego J, Hernández-Guerra M, et al. Eliminación de la hepatitis C. Documento de posicionamiento de la Asociación Española para el Estudio del Hígado (AEEH). *Gastroenterol Hepatol*. 2019;42(9):579-92.
22. Schillie S, Wester C, Osborne M, Wesolowski L, Ryerson AB. CDC recommendations for hepatitis C screening among adults-United States, 2020. *MMWR Recomm Rep*. 2020;69(No. RR-2).
23. US Preventive Services Task Force. Draft Recommendation Statement: Hepatitis C Virus Infection in Adolescents and Adults: Screening. USPSTF Recommendations [Internet]. 2019. Disponible en: <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/draft-recommendation-statement/hepatitis-c-screening1>
24. Action Hepatitis Canada. Progress Towards Viral Hepatitis Elimination By 2030 In Canada: 2021 Report [Internet]. Toronto, ON; 2021. Disponible en: <https://www.actionhepatitiscanada.ca/progressreport>
25. The Canadian Network on Hepatitis C Blueprint Writing Committee and Working Groups. Blueprint to inform hepatitis C elimination efforts in Canada. Montreal, QC [Internet]. 2019. Disponible en: https://www.canhepc.ca/sites/default/files/media/documents/blueprint_hcv_2019_05.pdf
26. AASLD/IDSA. HCV Guidance: Recommendations for Testing, Managing, and Treating Hepatitis C. *Clin Liver Hoboken*. 2018;12(5):117.
27. Kondili L, Quaranta MG, Ferrigno L, Galli M, Andreoni M, Puoti M, et al. Eliminazione dell'epatite c cronica in Italia: strategie di screening gratuito. *Not Ist Super Sanità*. 2021;34(1):3-8.

28. Llanos-Méndez A, Molina-Linde J, Cerezo-Hidalgo C, Márquez-Peláez S. Efectividad clínica, seguridad y evaluación económica del cribado poblacional de hepatitis C. Revisión sistemática [Internet]. Sevilla: Madrid: AETSA Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; Ministerio de Sanidad; 2022. Disponible en: https://www.aetsa.org/download/AETSA_Cribado_VHC_DEF_WEB.pdf
29. Buti M, Domínguez-Hernández R, Casado M, Sabater E, Esteban R. El cribado y tratamiento del virus de la hepatitis C en población general española entre 20 y 79 años de edad es coste-efectivo. *Gastroenterol Hepatol*. 2018;41(SE1):96.
30. Crespo J, Cuadrado A, Perelló C, Cabezas J, Llerena S, Llorca J, et al. Epidemiology of hepatitis C virus infection in a country with universal access to direct-acting antiviral agents: Data for designing a cost-effective elimination policy in Spain. *J Viral Hepat*. 2020;27(4):360-70.
31. World Health Organization. Consolidated strategic information guidelines for viral hepatitis: planning and tracking progress towards elimination [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241515191>
32. World Health Organization. Technical considerations and case definitions to improve surveillance for viral hepatitis: technical report [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204501/9789241549547_eng.pdf
33. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Protocolos de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Madrid; 2015.
34. Estirado Gómez A, Justo Gil S, Limia A, Avellón A, Arce Arnáez A, González-Rubio R, et al. Prevalence and undiagnosed fraction of hepatitis C infection in 2018 in Spain: results from a national population-based survey. *Eur J Public Health*. 2021;31(6):1117-22.
35. World Health Organization. Web Annex 2. Template protocol for surveys to estimate the prevalence of biomarkers of infection with the hepatitis viruses. En: Consolidated strategic information guidelines for viral hepatitis planning and tracking progress towards elimination [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2019. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/280099/WHO-CDS-HIV-19.3-eng.pdf?ua=1>

36. World Health Organization. Web Annex 3. Protocol for surveillance of the fraction of cirrhosis and hepatocellular carcinoma attributable to viral hepatitis in clinical centres of excellence. En: Consolidated strategic information guidelines for viral hepatitis planning and tracking progress towards elimination [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2019. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/280097/WHO-CDS-HIV-19.4-eng.pdf>
37. Cereijo Fernández J, Esteban Meruendano L, Fernández Naveiro JM, González García I, Justo Vicente S, Otero Serrano E, et al. Manual de boas prácticas para profesionais de tatuaxe, micropigmentación e piercing. Dirección Xeral de Saúde Pública, Consellería de Sanidade (Xunta de Galicia). 2007.
38. DECRETO 13/2004, do 15 de xaneiro, polo que se establecen os requisitos técnicos e condicións sanitarias mínimas aplicables ás prácticas de tatuaxes, micropigmentacións e piercing. DOG Núm. 16 ene 26, 2004 p. 1.131-1.136.
39. DECRETO 51/2018, do 22 de marzo, polo que se regula a formación do persoal que realiza actividades de mantemento hixiénico-sanitario de instalacións susceptibles de propagar a lexielose, do persoal que realiza prácticas de tatuaxe, micropigmentación e piercing, así como calquera outra práctica de decoración corporal que implique a perforación da pel, mucosas ou tecidos, e do persoal operador de aparellos de bronceado artificial mediante radiacións ultravioleta. DOG Núm. 100 may 28, 2018 p. 26039-85.
40. Dirección Xeral de Saúde Pública. Programa sanitario de vixilancia dos establecementos de tatuaxe, micropigmentación e piercing (TMP) 2016-2020. 2016.
41. Guerra Veloz MF, Del Pino Bellido P, Cordero Ruiz P, Vega Rodríguez F, Bellido Muñoz F, Ramirez de Arellano E, et al. HCV microelimination strategies: An interventional study in diagnosed patients without access to the system. *Liver Int.* 2021;41(5):928-33.
42. Del Pino Bellido P, Guerra Veloz MF, Cordero Ruiz P, Bellido Muñoz F, Vega Rodríguez F, Caunedo Álvarez Á, et al. Chronic hepatitis C patients lost in the system: predictive factors of non-referral or loss of follow-up in Hepatology units. *Rev Esp Enferm Dig.* 2021;113(12):833-9.
43. Dirección Xeral de Saúde Pública. Recomendacións para o diagnóstico precoz do VIH en Galicia 2017 [Internet]. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade (Xunta de Galicia); 2017. Disponible en: https://www.sergas.es/Saude-publica/Documents/4799/Recomendacions_diagnostico_precoz_2017.pdf
44. Ayano G, Tulu M, Haile K, Assefa D, Habtamu Y, Araya G, et al. A systematic review and meta-analysis of gender difference in epidemiology of HIV, hepatitis B, and hepatitis C infections in people with severe mental illness. *Ann Gen Psychiatry.* 4 de mayo de 2018;17(1):16.

45. Hughes E, Bassi S, Gilbody S, Bland M, Martin F. Prevalence of HIV, hepatitis B, and hepatitis C in people with severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2016;3(1):40-8.
46. Cuadrado A, Cabezas J, Llerena S, Nieves Salceda J, Fortea J, Crespo-Facorro B, et al. Prevalence of hepatitis C in patients with non-affective psychotic disorders. 2020;112(7):550-4.
47. World Health Organization. WHO guidelines on hepatitis B and C testing [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549981>
48. Ohto H, Terazawa S, Sasaki N, Sasaki N, Hino K, Ishiwata C, et al. Transmission of hepatitis C virus from mothers to infants. The Vertical Transmission of Hepatitis C Virus Collaborative Study Group. *N Engl J Med*. 1994;330(11):744-50.
49. Benova L, Mohamoud Y, Calvert C, Abu-Raddad L. Vertical transmission of hepatitis C virus: systematic review and meta-analysis. *Clin Infect Dis*. 2014;59(6):765-73.
50. Calleja JL, Aguilera A, Buti M, Crespo J, García F, Jorquera F, et al. Ten steps to eliminating hepatitis C in hospitals. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 1 de agosto de 2022;19(8):481-3.
51. Cuadrado A, Llerena S, Cobo C, Pallás J, Mateo M, Cabezas J, et al. Erradicación del microambiente de la hepatitis C: un nuevo paradigma de tratamiento. *Am J Gastroenterol*. 2018;113(11):1639-48.
52. Cabezas J, Llerena S, Mateo M, Álvarez R, Cobo C, González V, et al. Hepatitis C Micro-Elimination beyond Prison Walls: Navigator-Assisted Test-and-Treat Strategy for Subjects Serving Non-Custodial Sentences. *Diagnostics*. 2021;11(5):877.
53. Lissen E, Alter H, Abad M, Torres Y, Pérez-Romero M, Leal M, et al. Hepatitis C virus infection among sexually promiscuous groups and the heterosexual partners of hepatitis C virus infected index cases. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 1993;12(11):827-31.
54. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Informe de Posicionamiento Terapéutico de sofosbuvir/velpatasvir (Epclusa®) en hepatitis C [Internet]. 2017. Report No.: IPT, 19/2017. V1. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/informesPublicos/docs/IPT-sofosbuvir-velpatasvir-Epclusa-hepatitisC.pdf?x25508>
55. Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán J. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora [Treatment adherence and persistence: causes, consequences and improvement strategies]. *Aten Primaria*. 2009;41(6):342-8.

56. GESIDA. Documento de consenso para mejorar la adherencia a la farmacoterapia en pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en tratamiento antirretroviral [Internet]. 2020. Disponible en: https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2020/04/GUIA_GESIDA_febrero_2020_Adherencia.pdf
57. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Lo que debes saber sobre la adherencia al tratamiento [Internet]. 2017. Disponible en: https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/Adherencia2017/libro_ADHERENCIA.pdf
58. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Diseño y adaptación del modelo de selección y atención farmacéutica al paciente VIH y/o VHC. 2015.

Consellería
de Sanidade

Saúde Pública

Plan

10

C



XUNTA
DE GALICIA

DIRECCIÓN XERAL
DE SAÚDE PÚBLICA



Xacobeo 21-22