GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN CRÓNICA POR EL VIRUS DE HEPATITIS C GENOTIPO 1

VERSIÓN EN EXTENSO

I. Lista de recomendaciones y puntos de buenas prácticas clínicas.

Pregunta N°	Enunciado	Tipo *	Fuerza y dirección **	Calidad de la evidencia **
Tamizaje				
1	En pacientes con alto riesgo de infección crónica por VHC (pacientes con una historia de exposición o comportamiento de alto riesgo para adquirir la infección por VHC), se recomienda realizar una prueba de tamizaje para identificar a los pacientes que han sido expuestos al VHC.	**R**	**Fuerte a favor**	**Moderado (⊕⊕⊕⊖)**
	La prueba de tamizaje se realizará mediante un análisis de serología para identificar anticuerpos contra el VHC.	**BPC**		
	Se considerarán pacientes con factores de alto riesgo de infección por VHC a: • Los receptores de productos sanguíneos infectados con VHC y los pacientes sometidos a procedimientos invasivos en centros sanitarios cuyas prácticas de control de la infección por VHC no sean las óptimas. • Pacientes con enfermedad renal crónica en diálisis • Personas infectadas por el VIH o VHB • Los niños nacidos de madres infectadas por el VHC • Personas cuyas parejas sexuales están infectadas por el VHC • Los usuarios de drogas inyectables o por vía nasal • Reclusos o exreclusos • Personas que hayan tenido tatuajes o perforaciones ornamentales (piercings). • Paciente con sospecha de enfermedad hepática crónica • Personal de salud expuesto a contacto con fluidos de pacientes con HVC	**BPC**		
	Los pacientes con una prueba de tamizaje positiva serán referidos a gastroenterólogos,	**BPC**		

	infectologos, nefrólogos y médicos internistas con capacitación en hepatitis C.			
	Los pacientes con una historia de exposición o comportamiento de alto riesgo para adquirir la infección por VHC y cuya prueba de tamizaje fue negativa, deben recibir consejería y tener un nuevo tamizaje anualmente.	**BPC**		
Diagnóstico				
2	En pacientes con una prueba de tamizaje de anticuerpos positiva para virus de hepatitis C, se sugiere realizar la prueba cuantitativa de RNA viral para confirmar la infección del VHC y cuantificar la carga viral.	**R**	**Condicional a favor**	**Baja (⊕⊕⊖⊖)**
	Los pacientes con una historia de exposición o comportamiento de alto riesgo para adquirir la infección por VHC y cuya prueba confirmatoria fue negativa, deben recibir consejería y tener una prueba confirmatoria anualmente.	**BPC**		
Evaluación				
3	En pacientes con infección crónica por el VHC, recomendamos realizar la evaluación del grado de fibrosis hepática usando el índice APRI o FIB-4 como pruebas de primera elección.	**R**	**Fuerte a favor**	**Baja (⊕⊕⊖⊖)**
	En pacientes con infección crónica por el VHC en quienes exista duda del resultado del APRI y/o del FIB-4 o existiera alguna condición clínica que altere sus resultados, se sugiere realizar la evaluación del grado de fibrosis hepática usando elastografía hepática.	**R**	**Condicional a favor**	**Baja (⊕⊕⊖⊖)**
Tratamiento				
4	En pacientes adultos con infección crónica por el VHC, se debe evaluar las comorbilidades y el uso de medicación actual.	**BPC**		
	En pacientes adultos con infección crónica por el VHC, se debe solicitar los siguientes exámenes auxiliares antes de iniciar el tratamiento. • Hemograma completo • Perfil hepático completo • Perfil de coagulación completo más INR • Pruebas de función renal (creatinina sérica para cálculo de la TFG) • Dosaje de alfa-fetoproteína • Serología para VHB (HBsAg y anti-HBc) • Serología para VIH • Prueba de embarazo en mujer en edad fértil	**BPC**		

	• Ecografía abdominal • Endoscopia digestiva alta si el paciente tiene el diagnóstico de cirrosis (F4)			
	Para determinar la TFG se usará la formula CKD-EPI y/o según criterio médico se hará uso de estimación de TFG a través de depuración de creatinina en orina de 24hrs.	**BPC**		
	En pacientes adultos con infección crónica por el VHC, se debe realizar genotipificación en los pacientes con cirrosis hepática y enfermedad renal crónica severa (TFG < 30 ml/min por 1.73m2) o diálisis, con el fin de optimizar el tratamiento, pero esto no debería retrasar el inicio del mismo.	**BPC**		
	Los pacientes con manifestaciones extrahepáticas clínicamente significativas, debida a la infección crónica por VHC; serán evaluados y tratados según el grado de fibrosis hepática y función renal. El tratamiento será individualizado y se priorizará según el estado clínico del paciente.	**BPC**		
4.1	En pacientes con infección crónica por VHC genotipos 1 al 6, sin cirrosis (F2 a F3) o con cirrosis compensada (F4 y Child-Pugh A), y nunca antes tratados; recomendamos usar Sofosbuvir/Velpatasvir durante 12 semanas.	**R**	**Fuerte a favor**	**Moderada (⊕⊕⊕⊖)**
	En pacientes con infección crónica por VHC genotipo 3, con cirrosis compensada (F4 y Child-Pugh A), y nunca antes tratado; se debe realizar el manejo de manera individualizada.	**BPC**		
4.2	En pacientes con infección crónica por VHC genotipos 1 al 6, sin cirrosis (F2 a F3) o con cirrosis compensada (F4 y Child-Pugh A), antes tratados; recomendamos usar Sofosbuvir/Velpatasvir por 12 semanas.	**R**	**Fuerte a favor**	**Baja (⊕⊕⊖⊖)**
	En pacientes con infección crónica por VHC genotipo 3, con cirrosis compensada (F4 y Child A), y antes tratados; se debe realizar el manejo de manera individualizada.	**BPC**		
4.3	En pacientes con infección crónica por VHC genotipos 1 o 4, sin cirrosis (F2 a F3) o con cirrosis compensada (F4 y Child-Pugh A), y con enfermedad renal crónica (TFG < 30 ml/min por 1.73m2) o diálisis; recomendamos usar el esquema Grazoprevir/Elbasvir por 12 semanas.	**R**	**Fuerte a favor**	**Muy Baja (⊕⊖⊖⊖)**
	En pacientes adultos con infección crónica por VHC genotipo 1a o 4, con carga viral > 800 000 UI/ml, y con enfermedad renal crónica (TFG < 30 ml/min por 1.73m2) o diálisis; se debe usar	**BPC**		

	el esquema Grazoprevir/Elbasvir por 16 semanas.			
	En pacientes adultos con infección crónica por VHC genotipo 1a o 4 pero con carga viral ≤ 800 000 UI/ml, y con enfermedad renal crónica (TFG < 30 ml/min por 1.73m2) o diálisis; se debe usar el esquema Grazoprevir/Elbasvir por 12 semanas.	**BPC**		
4.4	En pacientes con infección crónica por VHC con cirrosis descompensada (Child-Pugh B o C), genotipos 1 al 6; recomendamos usar tratamiento con Velpatasvir/Sofosbuvir por 24 semanas.	**R**	**Fuerte a favor**	**Muy Baja (⊕⊖⊖⊖)**
	En pacientes con infección crónica por VHC con cirrosis descompensada (Child-Pugh B o C), genotipos 1 al 6; sugerimos usar tratamiento con Velpatasvir/Sofosbuvir más ribavirina por 12 semanas.	**R**	**Condicional a favor**	**Baja (⊕⊕⊖⊖)**
	En pacientes candidatos a ribavirina, la dosis inicial de ribavirina puede ser 600 mg al día, e ir aumentando según tolerancia.	**BPC**		
	La dosis de ribavirina debe ser basada en el peso del paciente: en los pacientes con peso <75 kg la dosis debe ser de 1000 mg al día; y si el peso es ≥75 kg la dosis debe ser 1200 mg al día.	**BPC**		
	En pacientes con cirrosis descompensada o en pacientes con antecedentes de descompensación no se debe indicar tratamientos que contengan un inhibidor de proteasa.	**BPC**		
	En los pacientes con cirrosis descompensada con indicación de trasplante de hígado y con un puntaje MELD ≥ 18, se debe trasplantar primero y tratar después del trasplante; pero si el tiempo de lista de espera estimado será mayor a 6 meses, se puede tratar antes del transplante.	**BPC**		
	Estos pacientes deben ser manejados en hospitales nivel III y IV.	**BPC**		
4.5	En pacientes adultos postrasplante hepático con infección crónica por el VHC genotipos 1 al 6 sin cirrosis (F2 a F3) o con cirrosis compensada (F4 y Child-Pugh A); sugerimos administrar sofosbuvir/velpatasvir por 12 semanas o manejo individualizado de cada caso.	**R**	**Condicional a favor**	**Muy Baja (⊕⊖⊖⊖)**
	En pacientes adultos postrasplante hepático con infección crónica por el VHC, el momento óptimo de tratamiento debe ser individualizado según condición clínica y			

	considerando un intervalo de 3 meses posterior al trasplante hepático.			
4.6	En pacientes adultos postrasplante renal con infección crónica por el VHC genotipos 1 y 4, sin cirrosis (F2 a F3) o con cirrosis compensada (F4 y Child-Pugh A); sugerimos administrar sofosbuvir/velpatasvir por 12 semanas o manejo individualizado de cada caso.	**R**	**Condicional a favor**	**Muy Baja (⊕⊖⊖⊖)**
4.7	En pacientes adultos con infección crónica por el VHC (F2 a F4) y con coinfección por VIH; se recomienda tratar de la misma manera que los pacientes sin VIH, siguiendo las recomendaciones antes mencionadas según antecedente de tratamiento previo, enfermedad renal crónica y estatus de cirrosis.	**R**	**Fuerte a favor**	**Muy Baja (⊕⊖⊖⊖)**
	El tratamiento con sofosbuvir/velpatasvir puede prescribirse con la mayoría de los antirretrovirales. Sin embargo, está contraindicado con los siguientes antirretrovirales: efavirenz, nevirapina, etravirina.	**BPC**		
	El Tratamiento con Grazoprevir/Elbasvir no debe ser prescrito con cobicistat, efavirenz, etravirina, nevirapina, ni con algún inhibidor de proteasa.	**BPC**		
	La Ribavirina no debe ser empleado con los siguientes fármacos: didanosina, estavudina, ni zidovudina.	**BPC**		
	Debido a que la terapia de sofosbuvir/velpatasvir aumenta los niveles de tenofovir. Esto significa que los pacientes con un régimen farmacológico que contenga fumarato de tenofovir disoproxil deben ser monitoreados por los eventos adversos renales.	**BPC**		
4.8	En pacientes con coinfección de VHB/VHC, se recomienda usar los esquemas antes mencionados según antecedente de tratamiento previo, enfermedad renal crónica y estatus de cirrosis.	**R**	**Fuerte a favor**	**Muy Baja (⊕⊖⊖⊖)**
	En todos los pacientes con infección de VHC, se debe realizar pruebas de VHB por riesgo de activación de este último, ante el uso de antivirales de acción directa para VHC.	**BPC**		
	En pacientes con coinfección de VHB/VHC con cirrosis, administrar terapia dual para VHB en caso tenga ADN de VHB detectable.	**BPC**		
	En pacientes con coinfección de VHB/VHC sin cirrosis con HBAgs positivo, monitorizar ADN	**BPC**		

	de VHB cada 4 a 8 semanas, y dar tratamiento para VHB en caso de reactivación.			
	En pacientes con coinfección de VHB/VHC sin cirrosis con anti-VHBc positivo, monitorizar transaminasas cada cuatro semanas y solicitar ADN viral en caso de elevación dos veces del valor normal y antígeno de superficie positivo.	**BPC**		

* Recomendación (R) o punto de buenas prácticas clínicas (BPC)

** La fuerza, dirección y calidad de la evidencia solo se establecen para las recomendaciones, mas no para los puntos de BPC.

III. Flujogramas del tamizaje, diagnóstico, evaluación y manejo de la infección crónica por VHC.

