

Sobre hepatitis por virus C, coinfección con HIV, diagnóstico y cobertura del tratamiento

Leímos con interés el artículo sobre hepatitis C publicado en *Medicina (B Aires)*¹. En referencia a la epidemiología de dicha enfermedad, se omite mención de las personas coinfectadas con virus HIV. En nuestro país, dicha población fue ampliamente estudiada, informándose coinfección con virus HCV en 21-58% de los pacientes HIV positivos^{2,3}. Es de resaltar que el curso de la enfermedad hepática en pacientes coinfectados es más veloz y más grave, con mayor incidencia de cirrosis que en los pacientes mono infectados.

Otras poblaciones de riesgo también han sido estudiadas y publicadas en nuestro país, como las personas privadas de su libertad. Nuestro grupo ha informado hasta 13% de prevalencia de serología de HCV positivo en un estudio retrospectivo multicéntrico en cárceles federales argentinas realizado sobre 1737 muestras analizadas entre los años 2009-2014, siendo el genotipo 1 el más frecuentemente hallado. Actualmente estamos realizando (juntamente con el Ministerio de Salud) estudios prospectivos de prevalencia de hepatitis crónicas y otras enfermedades infectocontagiosas en esa población.

Si bien el artículo no los nombra, consideramos importante aclarar que los nuevos métodos no invasivos para diagnóstico de fibrosis como el *Fibroscan* (elastografía hepática de transición) han reemplazado en la práctica diaria a la biopsia hepática. Lamentablemente dicho equipamiento se encuentra disponible en escasos centros tanto públicos como privados, concentrando su oferta principalmente en la Ciudad de Buenos Aires.

Los autores señalan la necesidad de ampliar la cantidad de pacientes tratados para disminuir el impacto en la población sobre la enfermedad. Sin embargo, proponen una estrategia de médicos "para cribaje y derivación oportuna" y "médicos especializados en el tratamiento". Queremos llamar la atención al respecto de esta visión. Consideramos que dicha estrategia se ha tornado obsoleta con los nuevos tratamientos vía oral, donde la mayoría de los pacientes cursan una enfermedad asintomática u oligosintomática, pudiendo recibir tratamientos con tasas de curación cercanas al 95% con mínimos o nulos efectos adversos durante solamente tres meses de terapia. Los investigadores del estudio ASCEND⁴ demostraron que el tratamiento con AAD es igualmente efectivo, indepen-

dientemente del tipo de prescriptor. Se estudiaron 382 pacientes tratados por tres grupos de profesionales de la salud: enfermeros, médicos generalistas y médicos especialistas (infectólogos/hepatólogos). Se incluyó un 24% de coinfectados HIV/HCV, 18% de pacientes previamente tratados y 20% cirróticos. En cuanto a las tasas de curación (con RVS 12) no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos de prescriptores. Es de subrayar la diferencia estadística hallada en la adherencia en los controles, a favor del grupo tratado por médicos generalistas vs. enfermeros o especialistas (81.5% vs. 63.8% respectivamente).

La reciente aprobación por ANMAT de la combinación de ledipasvir/sofosbuvir permite tratar a los pacientes Gen 1-4-5-6 con esquemas de un comprimido por día. Recientemente la FDA aprobó la combinación sofosbuvir/velpatasvir, un esquema pan genotípico también de un comprimido por día.

La única manera de lograr la expansión del tratamiento y así controlar la infección por HCV es que cada año se sumen más prescriptores a los especialistas de antaño. Australia, durante el año 2016, implementó la libre prescripción de AAD independientemente del estado de fibrosis y de la especialidad médica del prescriptor; se estima que Australia solicitó más de 14 600 tratamientos solamente durante los primeros dos meses de instituir dicha política sanitaria⁵.

Inicialmente en nuestro país, lógico es pensar que los pacientes coinfectados HIV/HCV serán diagnosticados y tratados por sus médicos infectólogos de cabecera, quienes conocen más al paciente y las múltiples interacciones medicamentosas entre los esquemas antirretrovirales y los nuevos AAD. Los pacientes no cirróticos, aquellos en su primer esquema de tratamiento, paciente HBV o HIV negativos deben ser tratados por médicos clínicos o generalistas. Ciertamente, para pacientes difíciles de tratar, como los cirróticos descompensados, aquellos en hemodiálisis, con insuficiencia renal o con otras comorbilidades graves se podrá requerir del *expertise* de los médicos más experimentados en la patología.

Es importante resaltar que la mayoría de las sociedades científicas actualmente propone el tratamiento para todo paciente portador de virus C, priorizando aquellos pacientes con enfermedad avanzada. El Ministerio de Salud de la Nación, a través del Programa Nacional de Control de las Hepatitis Virales tuvo durante el año 2016

una política de aplicación de tratamiento con AAD para pacientes con o sin cobertura social/prepaga, en aquellos pacientes con fibrosis F3-F4 en caso de mono infectados HCV, y en F2-F4 en caso de coinfectados HIV/HCV. También fueron considerados para tratamiento pacientes con manifestaciones extrahepáticas del HCV. Gracias a estas políticas, a la fecha más de 1200 pacientes han recibido cobertura directa de tratamiento a través del programa nacional.

Actualmente, las autoridades sanitarias se encuentran en plan de licitar la compra de nuevos tratamientos orales para la cobertura de nuevos pacientes que ingresarán al programa durante 2017. Las guías y las fichas de solicitud de la medicación se encuentran disponibles online, para cualquier médico (independientemente de su especialidad) que desee prescribir tratamientos con AAD, siempre que se presente la documentación respaldatoria solicitada por las autoridades⁶. Lamentablemente, en los últimos meses, debido a la falta de reactivos para confirmación diagnóstica por PCR y genotipo, el diagnóstico virológico de la portación crónica se vio comprometido para muchos pacientes, especialmente aquéllos que se asisten en el ámbito público. Es de esperar que dichos faltantes sean solucionados a la brevedad.

Compartimos la visión de los autores sobre el elevado costo de los nuevos tratamientos. Sin embargo, es de resaltar que en nuestro país existen medicamentos ge-

néricos licenciados y aprobados por ANMAT que reducen más de un 50% el costo del tratamiento.

Javier J. Ricart, José L. Francos
Hospital de Infecciosas Francisco Javier Muñiz,
Buenos Aires, Argentina
e-mail: javier_ricart@yahoo.com

1. Ridruejo E, Fainboim H, Villamil A. Cribado, diagnóstico y tratamiento de la hepatitis por virus C en la práctica clínica. *Medicina (B Aires)* 2016; 76: 390-8.
2. Laufer N, Querleri J, Bouzas MB, et al. Hepatitis B virus, hepatitis C virus and HIV coinfection among people living with HIV/AIDS in Buenos Aires, Argentina. *Sex Transm Dis* 2010; 37: 342-3.
3. Laufer NL, Quarleri JF, Bouzas MB, Perez HM, Salomon H, Cahn PE. Coinfecciones por HBV y HCV en pacientes HIV positivos en la "Era HAART": nuevos desafíos. *Medicina (B Aires)* 2007; 67: 82-91.
4. Kattakuzhy SM, Gross C, Teferi G, et al. A novel task shifting model to expand the HCV care continuum: the ASCEND investigation. *J Hepatol* 2016; 64: S224-5.
5. Hajarizadeh B, Grebely J, Matthews G, Martinello M, Dore G. Treatment uptake for chronic hepatitis C in Australia following universal access to interferon-free treatments. *AASLD The liver meeting*. Boston. November 11-15, 2016. (abstract 1917). En: <http://liverlearning.aasld.org/aasld/2016/thelivermeeting/144809/behzad.hajarizadeh.treatment.uptake.for.chronic.hepatitis.c.in.australia.html>; consultado el 13/01/2017.
6. Solicitudes de tratamiento para hepatitis, Ministerio de Salud de la Nación. En: www.msal.gob.ar/sida/index.php/equipos-de-salud/solicitudes/estudios-de-seguimiento; consultado el 04/01/2017.