

Hepatitis C: Percepción Local de los Profesionales de la Salud. Marzo. 2021

Históricamente el tratamiento de los pacientes con infección crónica por hepatitis C (HCV) era difícil y a menudo decepcionante, ya que las tasas de curación eran bajas. Desde hace algunos años esto cambió significativamente, y en la actualidad contamos con fármacos bien tolerados, con pocos eventos adversos y que permiten altas tasas de curación (superiores al 92-95%). Sumado a estas ventajas, los fármacos actuales, llamados Antivirales de Acción Directa (AAD) se administran por un período corto de tiempo (2 ó 3 meses en la mayor parte de los casos), y los pueden utilizar tanto pacientes con escaso daño hepático (fibrosis), así como pacientes con estadios avanzados (cirrosis), pacientes que aguardan un trasplante hepático, pacientes que ya se han realizado un trasplante y pacientes infectados con el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV). Aquellos que han sido tratados en años previos, con otros fármacos y no han respondido, también alcanzan buenas tasas de curación con los AAD.

Por lo tanto, en la actualidad la respuesta al tratamiento (o sea la curación) es posible con pocos meses de tratamiento y para la inmensa mayoría de los pacientes. Sin embargo, nos encontramos con otros **problemas** que ya no están relacionados a los fármacos, ni a las características de los pacientes, sino que están **vinculados al sistema de salud y a ciertos pasos o requisitos que debemos realizar** para que una persona con HCV acceda al tratamiento. A estos pasos se los llama “Cascada de Atención en Hepatitis C” y esto se refiere al proceso desde la primera consulta al sistema de salud, hasta la obtención de los AAD.

Los pasos habituales son:

1. **Aguardar el turno para la primera consulta médica.**
2. **Primera consulta** médica donde se solicitan los estudios iniciales para hepatitis.
3. Concurrir al **laboratorio** para extracción de sangre (a veces hay que sacar turno previamente).
4. **Segunda consulta** médica para que el profesional evalúe los resultados (en general hay que sacar turno antes). Si el resultado del estudio de hepatitis C dio positivo, hay que pedir estudios extra (confirmación de la infección, estudios de estadificación de la enfermedad hepática).
5. **Realizar los estudios solicitados** (mínimamente dos turnos nuevos).
6. **Tercera consulta médica** para evaluar esos resultados. En el mejor de los casos, en esta consulta el paciente se lleva las recetas y resumen de historia clínica para solicitar el tratamiento.
7. **Presentación de las recetas** (O social, prepaga o sistema público).

8. **Aguardar los tiempos de evaluación del tratamiento solicitado.**

9. **Otorgamiento de los fármacos.**

10. **Fin del tratamiento (2 a 3 meses).**

11. **Evaluar curación** (3 meses después de finalizar el tratamiento).

Estos 11 pasos son variables, pudiendo en algunas ocasiones ser algunos menos ó algunos más. Lo cierto es que sean 11; 8 ó 16 generan un proceso que puede derivar en que los pacientes abandonen los controles (pérdida de seguimiento). A esta situación se la conoce como **“Barreras en la Cascada de Atención”**.

A fin de evaluar la percepción local (Argentina) sobre estas barreras y como marco de un proyecto mayor en el que actualmente estoy involucrado, es que durante febrero y marzo 2021 elaboré una encuesta anónima, y quisiera compartir algunos de los resultados y análisis:

- La encuesta estuvo disponible durante 21 días y fue difundida en dos modalidades:

- 1- **Envío proactivo y específico a diferentes especialistas** (hepatólogos, gastroenterólogos, Infectólogos, especialistas y medicina interna y familiar, nefrólogos y otros): Esta modalidad fue enviada a **185 profesionales** (vía email, o servicios de mensajería instantánea por telefonía celular como *WhatsApp* y *Telegram*).

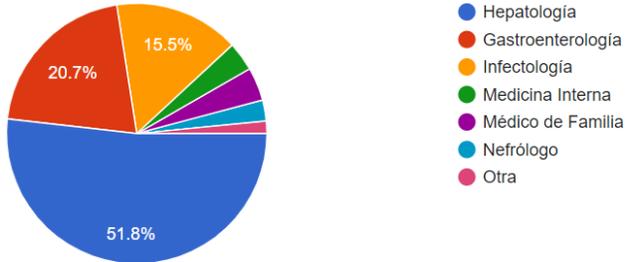
De los 185, 134 la respondieron (72,4%).

- 2- Difusión por redes sociales. Accesible libremente. Esta modalidad estuvo disponible menos tiempo, para disminuir sesgos (respuestas duplicadas, falsas y que respondieran personas ajenas al sistema de salud): **62 personas la respondieron.**

- O sea que un total de 196 personas respondieron la encuesta. De estos, 3 no autorizaron a que sus datos sean analizados o difundidos, por lo que sus datos fueron excluidos, siendo la ***n*** (población o universo a evaluar), de la presente encuesta de **193**.

RESULTADOS

Grafico 1: ¿Cuál es su especialidad?



- Hepatólogos= 100 -Gastroenterólogos= 40 -Infectólogos= 30 -Med. Interna= 7-Med. Familiar= 8- Nefrólogos = 5- Otros= 3
- Más de 15 años ejerciendo su especialidad= 35% - Entre 10 y 15 años de ejercicio: 23%

Gráfico 2: ¿Dónde ejerce principalmente su especialidad?

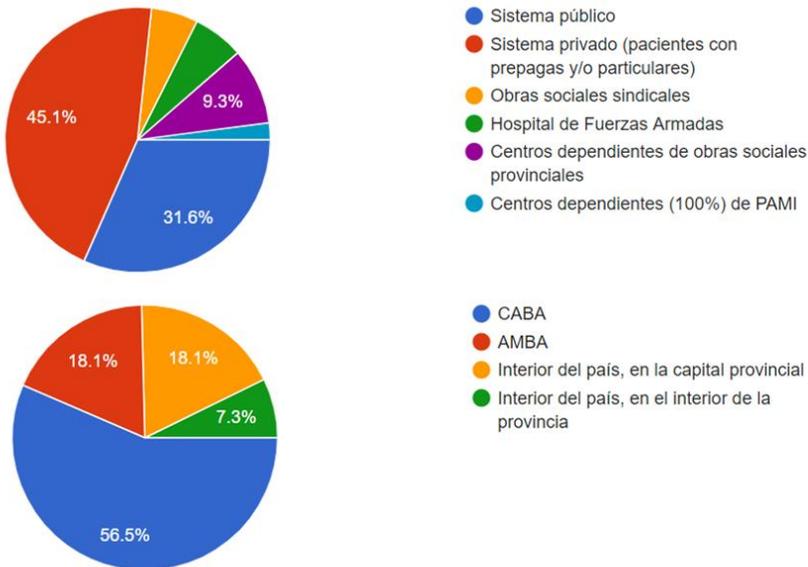
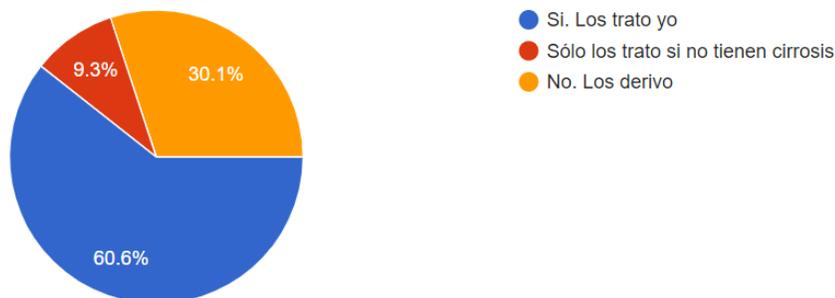


Gráfico 3: ¿Trata Ud. pacientes con Hepatitis C?



- De los 193 profesionales: **58 (30%)** manifestó **no tratar** pacientes con hepatitis C. De éstos: el **18%** lleva más de 10 años ejerciendo su especialidad.

TABLA 1

PUNTO DE LA CASCADA EVALUADO	DATO A DESTACAR
Estadificación	94% opta por métodos no invasivos
Solicitud de carga viral y genotipo pre tratamiento	Sólo 25% considera que dejaría de pedir estos estudios
Pérdida de seguimiento	63% considera que es un problema (45% considera que no es el problema principal). 55% considera que hace menos de lo que debería para mejorar la adherencia de los pacientes (25% consideró que “no es parte del trabajo” mejorar la adherencia).
Principales barreras percibidas en el acceso al tratamiento	1- Costos de los fármacos: 47% manifestó que en alguna oportunidad le han solicitado que “demore el pedido de los AAD” por cuestión de costos. 2- Falta de estrategias centralizadas por parte del sistema de salud. 3- Tiempos “excesivos” (turnos médicos, demora en los resultados, etc.).
Principal subgrupo de pacientes percibidos como más propensos a abandonar el seguimiento	Adictos a drogas. Pacientes con más de una patología.

COMENTARIOS:

Si bien la presente encuesta puede estar sujeta a algunos sesgos (errores) propios de este tipo de relevamientos, da una idea aproximada de algunos datos importantes de como perciben los profesionales la situación actual de la Hepatitis C en Argentina, particularmente sus barreras.

Por las características de los AAD (buena tolerancia, escasos eventos adversos, excelente perfil de respuesta en todas las subpoblaciones), la mayor parte de los profesionales de la salud estarían en condiciones de tratar a una gran cantidad de pacientes, reservando para los hepatólogos a aquellos pacientes “más difíciles de tratar”, como los que no respondieron a diversos esquemas previos, los cirróticos descompensados y los pacientes post trasplantados de cualquier órgano (éste último grupo quizás debería ser tratado por médicos hepatólogos involucrados en trasplante hepático por las interacciones farmacológicas con los inhibidores de calcineurina y situaciones propias y especiales de la subpoblación trasplantada).

Un estudio publicado en 2017 en *Annals of Internal Medicine* (Ann Intern Med 2017 Sep 5;167(5):311-318. doi: 10.7326/M17-0118), que evaluó la tasa de curación de 600 pacientes infectados por HCV, tratados por 3 grupos de profesionales (**médicos de atención primaria; especialistas –hepatólogos e Infectólogos- y nurse practitioners**) mostró tasas similares de respuesta virológica sostenida (curación) entre los 3 grupos y no hubo diferencias en las pérdidas de seguimiento. Lo destacable de este artículo es que la duración del entrenamiento para los profesionales **fue tan sólo de 3hs**. La capacitación fue sobre: Epidemiología, tamizaje, evaluación de fibrosis hepática, manejo de coinfección HCV/HIV y se basó en las guías de tratamiento publicadas. Es decir, que este estudio nos permite vislumbrar que con poco tiempo de capacitación, los médicos de atención primaria estarían en condiciones de tratar a pacientes con hepatitis C.

La descentralización del tratamiento, junto con mayores testeos, son dos piezas claves en la eliminación de la Hepatitis C, el cual es un lineamiento y objetivo propuesto por la Organización Mundial de la Salud.

Quizás el desafío para hepatólogos e Infectólogos consista en entrenar y apoyar a esos profesionales durante sus primeros pasos. Sería cuestión de intentar.

Dr. Fernando Gruz.

Hepatólogo. MN 107443