EsSalud
MAS SALUD PARA MAS PERUANOS

RESOLUCION DE GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD N° 055-GCPS-ESSALUD-2009

Lima, 28 SEP 2009

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 230-PE-ESSALUD-2008 de fecha 20 de Mayo del 2008, se aprobó la Estructura Orgánica y el Reglamento de Organización y Funciones de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud.

Que, mediante el referido Reglamento de Organización y Funciones se establece en el inciso d) del artículo 7° como una de las funciones de la Gerencia Central de Prestaciones de Salud: conducir y controlar las prestaciones de salud en el contexto de los órganos desconcentrados y acorde con las normas técnicas establecidas;

Que, mediante el referido Reglamento de Organización y Funciones se establece en el artículo 6° como unidad orgánica de línea a la Gerencia de Prestaciones Hospitalarias, que tiene dentro de sus funciones: Conducir la formulación de los lineamientos para la implementación de las Estrategias Sanitarias Nacionales en concordancia con las disposiciones sectoriales, en los aspectos vinculados a la prevención y control de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA, en coordinación con la gerencia de Prestaciones Primarias de Salud

Que, sobre la base de los objetivos institucionales relacionados con el otorgamiento de prestaciones integrales con eficacia y calidad, la administración eficiente y transparente de los recursos, la Institución viene introduciendo elementos de reforma con la finalidad de reorientar el accionar de ESSALUD hacia el cumplimiento de sus fines y objetivos, que la sitúen a la altura de las necesidades de los asegurados

Que, en este sentido, resulta necesario aprobar un documento técnico normativo que garantice la continuidad y oportunidad de los cuidados relacionados con la Coinfección Crónica por VIH y VHC, acorde con las normas institucionales vigentes; por lo que la Gerencia de Prestaciones Hospitalarias encargó al Comité Nacional de Control de ITS-VIH/SIDA la elaboración de los mismos

Estando a lo propuesto y de conformidad a la delegación conferida:

SE RESUELVE:

3. **APROBAR** la "Guía de Manejo del Paciente Portador de Coinfección Crónica por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Virus de Hepatitis C (VHC) de ESSALUD"

2. **ENCARGAR** a la Gerencia de Prestaciones Hospitalarias a través de la Sub Gerencia de Servicios Finales, la difusión, evaluación e implementación de la indicada Guía

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE

Dr. ALFREDO BARREDO MOYANO
Gerente Central de Prestaciones de Salud
ESSALUD

EsSalud

MAS SALUD PARA MAS PERUANOS

GUIA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL MANEJO DEL PACIENTE PORTADOR DE COINFECCIÓN CRÓNICA POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) Y VIRUS DE HEPATITIS C (VHC)

Dr. F. BERNUY B. GERENTE GCPS-ESSALUD

H. MONTOYA M. Sub-Gerente GPH-GCPS-ESSALUD

2009

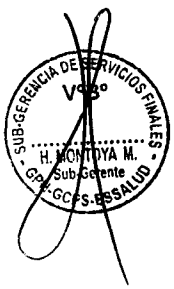
Ing. Fernando Barrios Ipenza
Presidente Ejecutivo de EsSalud

Dr. Javier Rosas Santillana
Gerente General

Dr. Alfredo Barredo Moyano
Gerente Central de Prestaciones de Salud



Dr. Félix Alberto Bernuy Barrera
Gerente de Prestaciones Hospitalarias



Dr. Héctor Montoya Molina
Sub-Gerente de Servicios Finales

TITULO ORIGINAL: GUIA DE PRÁCTICA CLINICA PARA EL MANEJO DEL PORTADOR DE COINFECCIÓN CRÓNICA POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) Y VIRUS DE HEPATITIS C (VHC)

GERENCIA CENTRAL DE PRESTACIONES DE SALUD
GERENCIA DE PRESTACIONES HOSPITALARIAS
SUB-GERENCIA DE SERVICIOS FINALES
Jr. Domingo Cueto N° 120-8°piso- Lima 11-Perú

DERECHOS DE AUTOR
Queda hecho el depósito que previene la Ley
Este documento no puede reproducirse total o parcialmente por ningún método gráfico, electrónico o mecánico, incluso los sistemas de fotocopiado, registro magnetofónico o alimentación de datos, sin permiso previo de la Gerencia de Prestaciones Hospitalarias – Gerencia Central de Prestaciones de Salud –EsSalud.

COMITE NACIONAL DEL PROGRAMA DE CONTROL DE ITS/VIH-SIDA - 2008

Dr.	Luís Hercilla Vásquez.	Presidente
Lic.	Liliana Chirinos Aponte.	Coordinadora Técnica
Dra.	Lourdes Rodríguez Piazze.	Miembro
Dra.	Rosa Núñez Melgar Yáñez.	Miembro
Lic.	Rosario Romero Rivera.	Miembro
Lic.	Celia Carhuarupay Atapaucar.	Miembro
Lic.	Eleana Rodríguez Pacheco.	Miembro
Lic.	Nelly Rodríguez Pacheco.	Miembro

REVISADO POR

COMITE NACIONAL DEL PROGRAMA DE CONTROL DE ITS/VIH-SIDA - 2009

Dr.	Fernando Mendo Urbina.	Presidente
Dr.	Ricardo Illescas Mucha.	Miembro
Dr.	Humberto Vasquez Cubas.	Miembro
Dr.	Jesus Robles Barzola	Miembro
Dr.	Luis Chiroque Benites	Miembro
Dra.	Rita Meza Padilla	Miembro
Dra.	Gloria Riesco de la Vega	Miembro
Lic.	Rosario Romero Rivera.	Miembro
Lic.	Cristina Minaya León.	Miembro
Lic.	Yovanna Seclen Ubillus.	Miembro
Lic.	Nelly Rodríguez Pacheco.	Miembro
Lic.	Lily Jefferson Cortez.	Coordinadora Técnica

1. INDICE

1. OBJETIVOS 7
2. DEFINICION DEL PROBLEMA DE SALUD.....7
3. POBLACION OBJETIVO.....7
4. MANEJO.....7
5. SEGUIMIENTO Y CONTROL.....10
6. CRITERIOS DE ALTA Y REFERENCIA.....12
7. NIVELES DE ATENCIÓN.....12
8. RECURSOS HUMANOS Y DE INFRAESTRUCTURA.....13

BIBLIOGRAFIA.....14

ANEXOS.....15

V°B° H. MONTOYA M. Sub-Gerente GPH-GCPS-ESSALUD

V°B° J. F. BERMUY B. GERENTE GCPS-ESSALUD

INTRODUCCION

Según reportes internacionales, aproximadamente 33% de pacientes VIH-positivos en los países industriales tienen infección asociada por virus de la hepatitis C (VHC). Se considera que la gran mayoría de estas personas (85%) evoluciona a la enfermedad crónica por VHC, lo que tiene consecuencias serias a largo plazo sobre la función hepática (altos riesgos para cirrosis, hepatocarcinoma, hepatopatía crónica) y sobre la evolución de la infección por VIH, así como la respuesta al tratamiento a ambas condiciones. Por ejemplo, se ha encontrado que el riesgo de progresión a cirrosis en 3-4 veces mayor cuando hay infección por VIH que cuando no la hay.

En nuestra institución no se dispone de cifras para la población general, pero se han reportado cifras de seropositividad para VHC muy altas en los pacientes renales crónicos (alrededor del 30%). En la población que actualmente recibe tratamiento antirretroviral (TARV) en el HNGAI se ha detectado 4.5 % de coinfección de VHC y VIH, aunque no se ha evaluado qué porcentaje tiene enfermedad crónica, ni se han revisado las cifras para el total de pacientes en seguimiento. En cualquier caso, parece que en nuestro medio, la frecuencia de la coinfección es relativamente baja, y esto explica en parte que no haya existido necesidad de formalizar el manejo terapéutico de estos pacientes.

En los últimos años, varios grupos de expertos y entidades han preparado revisiones con recomendaciones para el manejo de la coinfección VHC/VIH [1-7], que se basan en publicaciones de estudios clínicos randomizados recientes que han evaluado específicamente el tratamiento de los pacientes coinfectados. La presente sección recoge estas contribuciones e incluye as publicaciones más recientes [8-10]. El sistema de valoración de la evidencia utilizado en la guía de tratamiento británica es el único disponible y es el que se ha considerado en la presente Guía de Práctica Clínica para el manejo para nuestros pacientes VIH coinfectados con VHC. Se asigna nivel I a meta-análisis o ensayo clínico randomizado, nivel II a otros estudios clínicos de buena calidad, nivel III reportes de casos o estudios observacionales y nivel IV a opinión de expertos [10].

Este documento ha sido preparado siguiendo las pautas establecidas por el documento "Metodología para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica", publicada por la Gerencia Central de Atención Especializada de EsSalud el 2004.

1. OBJETIVOS:

1.1 Objetivo general

Normar la aplicación de la terapia del paciente portador de Coinfección Crónica por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Virus de Hepatitis C (VHC)

1.2 Objetivos específicos

- Establecer los criterios diagnósticos y de severidad de la infección crónica por VHC.
- Definir esquemas de manejo aplicables a la realidad institucional para los pacientes VIH-positivos en quienes se diagnostica infección crónica por VHC (atención por niveles y criterios de referencia/contrarreferencia).
- Precisar las indicaciones de tratamiento, las pautas de monitoreo durante el mismo y de seguimiento posterior.

2. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA DE SALUD

La infección por el virus de la hepatitis C (VHC) está reconocida como un problema de salud en el nivel mundial, la importancia radica en que 70 a 80 % de los infectados evoluciona hacia la cronicidad en un período de 20 a 30 años; de estos, 15 % pudiera desarrollar una cirrosis hepática y 5 % un carcinoma hepatocelular. El VHC y el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) comparten las vías de transmisión y algunas características epidemiológicas son similares. En los coinfectados VHC/VIH, la evolución de la hepatitis se ve acelerada y la infección por VHC agrava el curso clínico de la infección por VIH, por esto, la coinfección por VHC es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en los pacientes VIH (+), por lo que se considera una infección oportunista.

3. POBLACIÓN OBJETIVO

Pacientes portadores de la infección por VIH en control regular en algún CAS de ESSALUD

4. MANEJO

4.1 Consideraciones

Es necesario tener la serología para VHC en el estudio basal de todo paciente con diagnóstico de infección por VIH, junto con las pruebas de bioquímica hepática (IV).

Aquellos individuos positivos deben tener medición de la carga viral sérica para VHC.

Así mismo, en lo posible deberá ser determinado el genotipo del VHC, dada la diferencia en el pronóstico y respuesta en lo que se refiere al genotipo 1 (menor respuesta) frente a genotipos 2 y 3 (I).

En nuestro medio la determinación del genotipo es difícil por el alto costo de la prueba. De manera alternativa, la definición del pronóstico de respuesta puede

ser resuelta midiendo la respuesta de la carga viral para VHC a las 12 semanas de tratamiento.

Todo paciente coinfectado deberá:

- Ser aconsejado para abstenerse de consumo de alcohol (III)
- Recibir vacunación para hepatitis B y hepatitis A si es susceptible (I)
- Ser informado sobre las formas de prevenir ambas infecciones (III)

4.2 CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

Criterios de sospecha diagnóstica

- Serología positiva con ELISA para VHC en la evaluación basal del paciente con infección por VIH.
- Transaminasas por encima del valor normal.
- La prueba de RIBA puede ser negativa o indeterminada en los pacientes coinfectados (20% de pruebas de serología falso negativas en VIH-positivos) y no es necesaria cuando hay sospecha de coinfección VIH-VHC. En cambio la prueba de PCR para VHC es indispensable para la confirmación del diagnóstico.

Criterios de diagnóstico de infección crónica por virus de la hepatitis C

- La serología positiva para VHC (ELISA) más PCR para VHC >50 copias/Ml (que indica enfermedad activa) es el principal parámetro para hacer diagnóstico de hepatitis viral activa por virus C y establece la necesidad de tratamiento [2].
- Las transaminasas pueden estar en valores normales o por encima de los rangos.
- En individuos con factores de riesgo altos para VHC, debe considerarse estudio de PCR aun cuando la serología sea negativa, si es que existen transaminasas persistentemente elevadas (>6 meses) sin explicación alternativa (III). Esta consideración es aplicable sobretodo en los siguientes casos: parejas de pacientes coinfectados, historia de uso de drogas intravenosas, adquisición de infección VIH en lugares de alto riesgo de coinfección como EEUU, Europa, Brasil o Argentina.
- Los resultados de la biopsia hepática, pueden ser de ayuda pero no deben ser utilizados para decidir la terapia. La decisión se toma con la carga viral.

4.3 TRATAMIENTO

- El tratamiento actual es peginterferon alfa más ribavirina (I). El objetivo del tratamiento es obtener la respuesta virológica sostenida, que lleva a la curación potencial de VHC. Se identifica con la negativización de la carga viral para VHC en los controles a las 12, 48 y 96 semanas.
- La efectividad de esta terapia ha sido menor en relación a los pacientes sin coinfección [11]. Sin embargo, estudios más recientes muestran que el incremento de la dosis de rivabirina así como el tratamiento por 48 semanas y con buena adherencia llevan a mejores tasas de respuesta, similares a la de los pacientes monoinfectados [12-15].
-

- Se ha establecido la clara superioridad en la respuesta obtenida con interferón pegilado frente a interferón convencional (I).
- El tratamiento de los pacientes coinfectados no debería ser retrasado innecesariamente, a menos que exista alguna contraindicación clara. Los estudios han demostrado que los pacientes coinfectados con buen control de la carga viral de VHC no progresan a enfermedad hepática y pueden obtener remisión o cura de la hepatitis C [16-17] (I)
- Los pacientes con desórdenes neuropsiquiátricos deben ser evaluados antes de ser considerados para terapia con interferón por ser esta droga causa potencial de transtornos depresivos severos

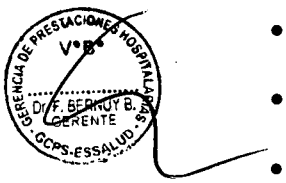
4.3.1 Criterios para inicio de tratamiento y estratificación de la severidad de VHC en pacientes infectados por VIH

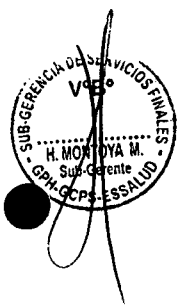
- Toda hepatitis por virus C tiene indicación de terapia si la carga viral mediante PCR para VHC con más de 50 IU/ml
- En casos seleccionados se utilizará los hallazgos de la biopsia hepática: Evidencia de fibrosis portal, inflamación moderada y necrosis. La biopsia hepática provee la mejor información sobre la actividad de la enfermedad y el estadio de fibrosis, así como para estimar pronóstico y otras causas de injuria hepática concomitantes; sin embargo este procedimiento no será requerimiento rutinario para el inicio de tratamiento (III).
- No se recomienda iniciar los tratamientos para VIH y VHC simultáneamente por su complejidad y toxicidad superpuesta. La experiencia clínica ha demostrado que la adherencia es mejor cuando los tratamientos se inician de forma separada. Debe verificarse la eficacia y la tolerancia del primer tratamiento antes de introducir el siguiente.
- Idealmente debería iniciarse primero el tratamiento para la VHC para disminuir el riesgo de la hepatotoxicidad de las drogas anti-
- VIH, para disminuir el riesgo potencial de descompensación hepática durante el síndrome de reconstitución inmune y para evitar la toxicidad aditiva de las drogas anti-VHC y anti-VIH.
- El tratamiento para la VHC debe iniciarse primero cuando la infección por VIH está estable y no requiere intervención terapéutica inmediata. Este es el caso cuando el recuento de linfocitos CD4 está por encima de 350 cel/ µL (I). .
- Los pacientes con CD4 ≤ 350 cels/µL o carga viral para VIH RNA >100 000 copies/mL deben inicialmente recibir terapia antirretroviral (TARV) para suprimir la replicación de VIH y recuperar el nivel inmunológico hasta alcanzar un recuento de CD4 >350 antes de iniciar terapia para VHC [13] (II).
- Debe evitarse el uso de didanosina (por riesgo de pancreatitis o acidosis láctica en el uso combinado con rivabirina, o en el uso con zidovudina, riesgo de anemia) (II).
- La adherencia al tratamiento para VHC debe ser enfatizada para lograr resultados positivos (IV).
- La toxicidad hepática después de iniciar terapia antirretroviral es más frecuente y la progresión de fibrosis a cirrosis así como a carcinoma hepatocelular es más rápida en coinfectados de VIH-VHC. Es por esta razón que la terapia debe ser basada en la carga viral de VHC y no en los hallazgos histológicos de este grupo de pacientes.

4.4 Pautas de tratamiento: Medicamentos indicados, dosis y duración del tratamiento

- Rivabirina entre 600 y 1000 mg/día VO en asociación con
- Peginterferón alfa 2b SC 1.5 µg/kg c/semana ó
- Pginterferón alfa 2a SC 180 µg c/semana
- No existen estudios comparativos prospectivos para establecer la superioridad de alguna de las 2 formas existentes de interferón pegilado para el tratamiento de VHC. Sin embargo, todo el tratamiento debe hacerse con la misma forma de interferon pegilado.
- Si hay una disminución de por lo menos 2 log respecto al basal a las 12 semanas, el tratamiento deberá continuar hasta las 48 semanas, con un control para valorar la respuesta al tratamiento a las 24 semanas (I).
- Si no hay respuesta virológica en el control de las 12 semanas, se discutirá el caso en reunión clínica del servicio para definir la posibilidad de continuación del tratamiento, a pesar de la menor posibilidad de respuesta (IV).

4.5 Contraindicaciones para el tratamiento de la Hepatitis C en pacientes con VIH





- Los pacientes alcoholicos o que tienen alguna adicción a drogas, no deberían ser considerados para el tratamiento (II).
- Los pacientes con cirrosis descompensada no deberían ser tratados con interferón, dado el serio riesgo de falla hepática (II).
- Los pacientes que requieren usar didanosina en esquema antirretroviral y no pueda ser reemplazado por otro inhibidor nucleósido deberá considerarse el tratamiento sólo con peginterferón (II).
- La Rivabirina está contraindicada en pacientes con falla renal o enfermedad cardiopulmonar.
- La Rivabirina es una droga teratogénica por lo que mujeres en edad fértil deben usar algún método contraceptivo eficiente y debe descartarse el embarazo en los controles.

5. SEGUIMIENTO Y CONTROL

Las siguientes características pueden anticipar una mejor respuesta:

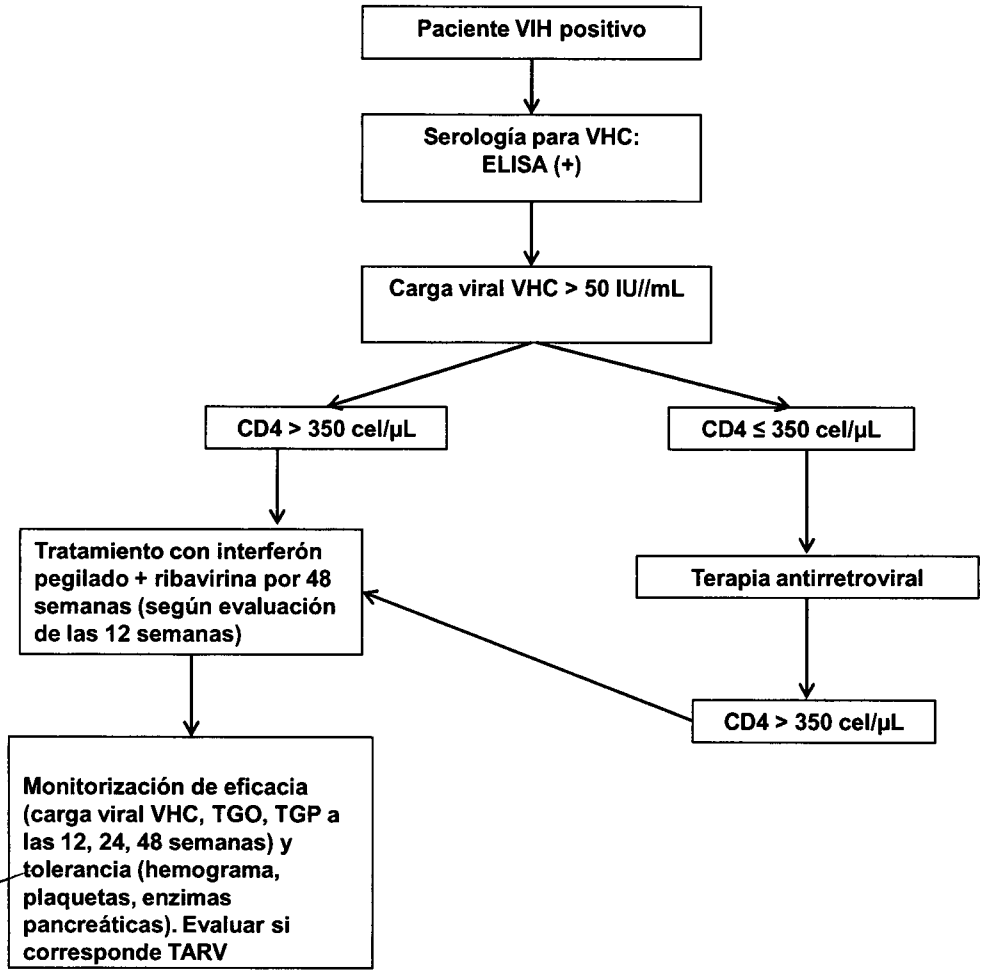
- Infección con genotipos 2 ó 3, o pacientes que a las 12 semanas de tratamiento experimentan una disminución de más de 1.5 log de la carga viral para VHC
- Baja carga viral para VHC
- Ausencia de cirrosis
- Menores de 40 años
- Concentraciones elevadas de enzimas TGP y TGO
- Recuento de CD4 mayor de 350 cel/µL
- Baja carga viral para VIH o indetectable.
- El monitoreo de la respuesta a tratamiento requiere controles de carga viral VHC a las 12, 24 y 48 semanas, junto con bioquímica hepática.
-

- Los pacientes en tratamiento de VHC deben tener los siguientes controles de laboratorio:
  - Hemograma, hemoglobina, recuento de plaquetas a las 2 y 4 semanas; luego cada 2 meses hasta completar esquema.
  - Bioquímica hepática, según la misma periodicidad
  - Recuento CD4/CD8, carga viral VIH según protocolo institucional (cada 6 meses)
  - Enzimas pancreáticas, análisis de gases arteriales (según indicación clínica en casos individuales)
- Debe vigilarse cercanamente la tolerancia al tratamiento para VHC por el potencial de efectos secundarios que disminuye eficacia, adherencia y curso del tratamiento del VIH. Esta vigilancia incluye observación de síntomas respiratorios altos, alteraciones hematológicas, pancreatitis, acidosis láctica y manifestaciones neuropsiquiátricas.
- El recuento de CD4 puede disminuir como consecuencia del tratamiento para VHC, por lo que este parámetro debe ser interpretado cuidadosamente.
- Los pacientes que hayan completado terapia deben tener controles posteriores en forma regular que incluirán carga viral y bioquímica hepática (anualmente por 3 años, luego según evolución) (III). Se hará biopsia hepática según criterio clínico.

GERENCIA DE PRESTACIONES HOSPITALARIAS Y SUBSIDIOS V°B° Dr. F. BERNUY B. GERENTE GCPS-ESSALUD

SUB-GERENCIA DE SERVICIOS FINALES V°B° H. MONTOYA M. Sub-Gerente GPH-GCPS-ESSALUD

ALGORITMO DE DECISIONES CLINICAS



6. CRITERIOS DE ALTA, REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

- Los pacientes con diagnóstico de infección por VIH deben ser manejados por unidades especializadas en los CAS acreditados. La institución ha normado la referencia de estos pacientes a dichos niveles de atención para seguimiento y tratamiento crónico.
- La infección con virus de la hepatitis C es una complicación adicional que conlleva a morbilidad incrementada y requiere de recursos adicionales.
- Los pacientes coinfectados necesariamente deben ser manejados en Hospitales que cuenten con los medios de apoyo diagnóstico requeridos, ELISA para hepatitis C (opcionalmente RIBA), carga viral para hepatitis C, servicio de gastroenterología con capacidad de laparoscopía diagnóstica y servicio de anatomía patológica.
- Se requiere especialistas entrenados en el manejo de ambas infecciones (servicio de medicina interna, servicio o unidad de infectología, servicio de

gastroenterología o unidad de hígado, laboratorio de biomedicina molecular).

- De manera similar, el seguimiento posterior al tratamiento requiere continuar siendo en establecimiento del tercer nivel.

7. NIVELES DE ATENCION

8.1 Capacidad resolutiva por niveles

Primer nivel de atención (Postas, Centros médicos, Policlínicos y UBAPs)

- Evaluación clínica de pacientes con factores de riesgo para infección por VIH y/o VHC
- Referencia a Hospitales de Nivel superior para realización de pruebas diagnósticas (ELISA/RIBA para VHC) y manejo en los servicios de Infectología/Medicina Interna, Programa de VIH o Servicio de Gastroenterología.

Segundo nivel de atención (Hospital I y II)

- Evaluación clínica de pacientes con factores de riesgo para infección por VIH y/o VHC
- Referencia a Hospitales superior para realización de pruebas diagnósticas (ELISA/RIBA para VHC) y para manejo en los servicios de Infectología/Medicina Interna, Programa de VIH o Servicio de Gastroenterología en caso de no contar con recursos diagnósticos adecuados.

Tercer nivel de atención (Hospitales III, IV y Nacional)

- Evaluación clínica de pacientes con factores de riesgo para infección por VIH y/o VHC
- Indicación y realización de pruebas diagnósticas (ELISA/RIBA para VHC) en pacientes con sospecha clínica.
- Indicación y realización de pruebas serológicas para hepatitis viral en pacientes con diagnóstico de infección por VIH.
- Indicación y realización de las pruebas de PCR o de genotipificación del VHC para confirmar diagnóstico y definir terapia.
- Completar evaluación diagnóstica de ambas infecciones, VIH y VHC, y de las condiciones asociadas.
- Indicar tratamiento si la evaluación así lo requiere.

8. RECURSOS HUMANOS, DE INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO

8.1 Personal

- Médico infectólogo o médico internista
- Médico gastroenterólogo

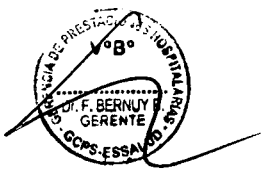
- Médico Patólogo Clínico

8.2 Infraestructura

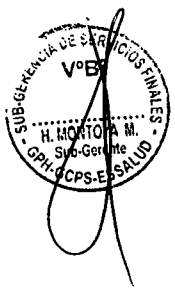
- Unidad o servicio de Infectologia o Programa de VIH
- Servicio de Gastroenterología o Unidad de Hígado
- Unidad o Laboratorio de Biomedicina Molecular

BIBLIOGRAFIA

1. Soriano V, Puoti M, Sulkowski M *et al.* Care of patients with hepatitis C and HIV co-infection. Updated recommendations from the HIV-HCV International Panel. *AIDS* 2004; 18: 1–12.
2. Alberti A, Clumeck N, Collins S *et al.* Short statement of the first European Consensus Conference on the treatment of chronic hepatitis B and C in HIV co-infected patients. *J Hepatol* 2005; 42: 615–24.
3. Sulkowski M, Thomas D. Hepatitis C in the HIV-infected person. *Ann Intern Med* 2003; 138: 197–207.
4. Bräu N. Update on chronic hepatitis C in HIV/HCV-coinfected patients: viral interactions and therapy. *AIDS* 2003; 17: 2279–90.
5. Rockstroh J, Spengler U. HIV/HCV co-infection. *Lancet Infect Dis* 2004; 4: 437–44.
6. Braitstein P, Palepu A, Dieterich D *et al.* Special considerations in the initiation and management of antiretroviral therapy in individuals coinfected with HIV and hepatitis C. *AIDS* 2004; 18: 2221–34.
7. Soriano v, Barreiro B, Nunez M. Management of chronic hepatitis B and C in HIV-coinfected patients. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy* 2006 57(5): 815-818.
8. European AIDS Clinical Society. Guidelines or the clinical management and treatment of chronic hepatitis B and C coinfection in HIV-infcted aduts. Version 3. June 2008. Accesado en http://www.eacs.eu/guide/index.htm
9. Pol S, Soriano V. Management of chroic hepatitis C virus infection in HIV-infected patients. *Clin Infect Dis* 2008; 47:94-101.
10. Nelson M, Matthews G, Brook M. BHIVA guidelines on HIV and chronic hepatitis: coinfection with HIV and hepatitis C virus infection. *HIV Med* 2005; 6 Suppl 2:96-106
11. Torriani F, Rodriguez-Torres M, Rockstroh J *et al.* Peginterferon alfa-2a plus ribavirin for chronic hepatitis C virus infection in HIV-infected patients. *N Engl J Med* 2004; 351:438–50.
12. Chung RT, Andersen J, Volberding P *et al.* Pegiterferon alfa-2a plus ribavirin versus interferon alfa-2a plus ribavirin for chronic hepatitis C in HIV co-infected patients. *N Eng J Med* 2004; 351:451-9.
13. Carrat F, Bani-Sadr F, Pol S *et al.* Pegylated interferon alfa-2b vs standard interferon alfa-2b, plus ribavirin, for chronic hepatitis C in HIV-infected patients: a randomized controlled trial. *JAMA* 2004; 292: 2839–48.
14. Lindahl K, Stahle L, Bruchfeld A *et al.* High-dose ribavirin in combination with standard dose peginterferon for treatment of patients with chronic hepatitis C. *Hepatology* 2005; 41: 275–9.
15. Dixit N, Layden-Almer J, Layden T *et al.* Modeling how ribavirin improves interferon response rates in hepatitis C virus infection. *Nature* 2004; 432: 922–4.
16. Soriano V, Pérez-Olmeda M, Ríos P *et al.* Hepatitis C virus (HCV) relapses after anti-HCV therapy is more frequent in HIV-infected patients. *AIDS Res Hum Retroviruses* 2004; 20: 351–4.
17. Soriano V, Maida I, Garcia-Samaniego J *et al.* Long-term follow-up of HIV-infected patients with chronic hepatitis C virus infection treated with interferon-based therapies. *Antivir Ther* 2004; 9: 987–92.


V°B°
Dr. F. BERNUY P.
GERENTE
GCPS-ESSALUD

ANEXOS


V°B°
H. MORTOLA M.
GCPS-ESSALUD

ANEXO 1.

ENTIDADES QUE PREPARAN RECOMENDACIONES SOBRE MANEJO DE HEPATITIS C EN PACIENTES VIH-POSITIVOS:

www.**hiv**and**hepatitis**.com

http://www.mpaetc.org/coe/

http://www.hepatitis.va.gov/vahep?page=tp04-01-01-90

http://www.hepatitisc2000.com.ar/

ANEXO 2

Sistema para la clasificación de las recomendaciones de guías de práctica clíni-ca utilizado por la Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas (IDSA) y el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América (USPHS)

Fuerza de la recomendación	
A	Ofrecer siempre. Existen pruebas muy sólidas que avalan la eficacia y el beneficio clínico de la recomendación
B	Ofrecer por lo general. Las pruebas que avalan su eficacia: a) no son muy sólidas, o b) son sólidas pero el beneficio clínico de la recomendación es limitado
C	Opcional. a) No existen pruebas concluyentes que avalen la re-comendación o que la refuten, o b) las pruebas que avalan su eficacia no compensan los posibles efectos adversos (toxicidad, interacciones medicamentosas), el precio o soluciones alternati-vas
D	No ofrecer por lo general. Existen pruebas, de moderada solidez, que muestran: a) falta de eficacia, o b) que existe el riesgo de efectos adversos
E	No ofrecer nunca. Existen pruebas sólidas que muestran que la recomendación es ineficaz o supone un riesgo para el paciente
Calidad de las pruebas en las que se basa la recomendación	
I	Al menos un ensayo clínico aleatorizado y controlado bien dise-ñado
II	Al menos un ensayo clínico bien diseñado pero no aleatorizado o un estudio de cohortes o un estudio de casos y controles (prefe-riblemente multicéntrico) o múltiples series de casos o bien resul-tados espectaculares en estudios no controlados
III	Opiniones de profesionales con gran experiencia clínica en la materia, estudios descriptivos o recomendaciones de comités de expertos