

Informe de Priorización de Preguntas

Guía de Práctica Clínica Guía Manejo y Tratamiento de la Infección Crónica por Virus de la Hepatitis, 2019

La División de Prevención y Control de Enfermedades en conjunto con la División de Planificación Sanitaria, periódicamente elaboran y actualizan Guías de Práctica Clínica (GPC), lo cual implica definir las potenciales preguntas clínicas en formato específico, para luego priorizarlas¹.

FORMULACIÓN DE PREGUNTAS CLÍNICAS

En una reunión presencial el Equipo Coordinador del Ministerio de Salud², después de instruir en la metodología GRADE para la elaboración de GPC, incentivó al panel de expertos³ a formular preguntas de decisión clínica centradas en los efectos de intervenciones a comparar.

La formulación de las preguntas asociadas a la temática de la GPC, se contextualizan en el escenario de la práctica clínica de Chile, considerando tanto el sistema de salud público como privado. En esta etapa se definieron los siguientes componentes de la pregunta: población, la intervención de interés y la intervención de comparación⁴.

1

Tabla n°1: Estructura “Población, Intervención, Comparación” (PIC) para pregunta clínicas.

P	Población	Población a la cual está dirigida la intervención. Se requiere precisar lo más detalladamente posible: edad, etapa de la enfermedad, factores de riesgo, etc.
I	Intervención	Intervención que se quiere evaluar, suele ser una intervención innovadora o reciente.
C	Comparación	Intervención comparadora, por lo general es la intervención que se realiza habitualmente. La comparación debe ser una intervención que sea válida tanto en términos éticos como en términos de factibilidad.

Tras el debate entre los panelistas y asesorías del Equipo Coordinador se formularon **21 preguntas** clínicas (ver Tabla n°2).

¹ Ministerio de Salud de Chile. [Manual Metodológico Desarrollo de Guías de Práctica Clínica](#). Gobierno de Chile. Santiago; 2014.

² Equipo del Ministerio de Salud, constituido por profesionales de División de Prevención y Control de Enfermedades y División de Planificación Sanitaria de la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud, cumpliendo funciones de coordinador temático y coordinador metodológico respectivamente.

³ Expertos clínicos, referentes del MINSAL y en algunos casos representantes de pacientes y representantes de FONASA, convocados especialmente para la elaboración de la GPC.

⁴ Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Atkins D, Brozek J, Vist G, et al. GRADE guidelines: 2. Framing the question and deciding on important outcomes. *J Clin Epidemiol* [Internet]. 2011 Apr 1 [cited 2018 Jun 12];64(4):395–400.

VALORIZACIÓN DE PREGUNTAS CLÍNICAS

Tras formular las potenciales preguntas, cada miembro del panel de experto tuvo la oportunidad de valorarlas a través de un cuestionario online, donde se les solicitó que evaluaran las preguntas y señalaran cuáles consideraban más importantes de considerar en la actualización 2019, en función de los siguientes criterios:

- a. ¿Es una pregunta que el equipo clínico se hace con frecuencia en la práctica clínica?
- b. ¿Existe nueva evidencia con respecto a la pregunta clínica?
- c. ¿Existe variabilidad clínica significativa en la práctica relacionada con la pregunta clínica?
- d. ¿La intervención genera impacto importante en el uso de recursos, ya sea en ahorro o gastos?

Tras la votación se calculó el promedio de todas las preguntas formuladas, resultando lo siguiente:

Tabla n°2: Preguntas clínicas formuladas y promedio de la importancia asignada a la pregunta clínica asignada por el panel.

Preguntas clínicas formuladas	Promedio ¹ de la importancia asignada a la pregunta clínica (n=7) ²
En personas con daño hepático o con evidencia de hipertensión portal con anticuerpos positivos para VHC ¿Se debe “realizar determinación de carga viral” en comparación a “realizar PCR”?	3,29
En personas mayores de 45 años o de cualquier edad con factores de riesgos ¿Se debe “realizar screening (IgG)” en comparación a “no hacer el test”?	5,86
En personas con Hepatitis C crónica (cirróticos y no cirróticos) ¿Se debe “realizar tratamiento con antivirales de acción directa (AAD)” en comparación a “usar peg interferon y ribavirina”?	4,86
En personas con diagnóstico confirmado de hepatitis C ¿Se debe “realizar elastografía de transición” en comparación a “analizar puntaje APRI ”?	4,29
En personas con diagnóstico confirmado de hepatitis C ¿Se debe “hacer Elastografía de transición/transicional” en comparación a “otro método no invasivo”?	3,00
En personas con hepatitis C crónica cirróticos o no cirróticos ¿Se debe “realizar tratamiento con antivirales directos (AAD) durante 8 semanas” en comparación a “realizar tratamiento con AAD durante 12 semanas”?	4,71
En mujeres embarazadas y mujeres puerperas con hepatitis C crónica, ¿Se debe “realizar tratamiento con AAD durante el embarazo o puerperio” en comparación a “no dar”?	2,43
En mujeres embarazadas ¿Se debe “realizar Test de screening” en comparación a “no realizar”?	4,43
En personas con diagnóstico confirmado de hepatitis C crónica ¿Se debe “dar AAD” en comparación a “dar AAD pangenotipos”?	3,29

En personas con hepatitis C crónica no respondedores a AAD ¿Se debe “mantener tratamiento prolongado con AAD (mayor a 12 semanas)” en comparación a “tratamiento a AAD de rescate (sofosbuvir/velpatasvir/voxilaprevir)”?	3,86
En lactantes mayores de 18 meses hijos de madre portadora de hepatitis C crónica que permanecen con anticuerpos positivos ¿Se debe “iniciar tratamiento con AAD” en comparación a “no dar tratamiento”?	2,86
En personas con diagnóstico confirmado de hepatitis C aguda ¿Se debe “iniciar tratamiento precoz con AAD” en comparación a “no tratar”?	3,71
En personas con tratamiento completo ¿Se debe “realizar examen de carga viral al año post tratamiento” en comparación a “no realizar”?	3,29
En personas con hepatitis C en tratamiento ¿Se debe “realizar carga viral durante el tratamiento ” en comparación a “no realizar durante el tratamiento”?	2,29
En personas con hepatitis C crónica candidatos a trasplante con MELD>18 ¿Se debe “iniciar tratamiento previo al trasplante ” en comparación a “iniciar tratamiento post trasplante”?	4,86
En personas tratadas por hepatitis C reinfectadas ¿Se debe “tratar” en comparación a “no tratar”?	1,43
En pacientes con hepatocarcinoma y con diagnóstico confirmado de hepatitis C ¿Se debe “dar tratamiento con AAD ” en comparación a “no dar”?	2,86
En personas tratados con AAD, respondedores a la terapia (curados) con F2 menor o igual ¿Se debe “realizar ecografía abdominal cada 6 meses” en comparación a “no realizar”?	4,71
En personas con hepatitis C + insuficiencia renal con clearance <30 ¿Se debe “realizar tratamiento con sofosbuvir ” en comparación a “usar grazoprevir/elbasvir”?	2,86
En personas con hepatitis C + insuficiencia renal con clearance <30 ¿Se debe “realizar tratamiento con sofosbuvir ” en comparación a “Glecaprevir/pibrentasvir”?	2,86
En personas con hepatitis C crónica cirróticos ¿Se debe “tratar con ribavirina+AAD” en comparación a “tratar con AAD (sin ribavirina)”?	4,14

¹ Escala entre 0 a 7: No importante de considerar en la actualización “0”, Importante “3” y Muy importante “7”.

² Número de votantes

PREGUNTAS PRIORIZADAS

Tras la votación de los panelistas, se revisó la priorización con la Coordinadora Clínica⁵, quien tuvo la oportunidad de precisar la pregunta pregunta 2, quedando finalmente las siguientes 11 preguntas a actualizar en la versión 2019 de la GPC:

Tamizaje:

1. En personas mayores de 45 años o de cualquier edad con factores de riesgos ¿Se debe “realizar tamizaje (IgG)” en comparación a “no hacer el test”?
2. En mujeres embarazadas ¿Se debe “realizar test de tamizaje” en comparación a “no realizar”?

Diagnóstico:

3. En personas con diagnóstico confirmado de hepatitis C ¿Se debe “realizar elastografía de transición” en comparación a “analizar puntaje APRI” (relación entre transaminasa glutámico-oxalacética sérica -SGOT - y recuento de plaquetas)?

Tratamiento:

4. En personas con Hepatitis C crónica (cirróticos y no cirróticos) ¿Se debe “realizar tratamiento con antivirales de acción directa (AAD)” en comparación a “usar peg interferon y ribavirina”?
5. En personas con hepatitis C crónica cirróticos ¿Se debe “realizar tratamiento con antivirales directos (AAD) durante 8 semanas” en comparación a “realizar tratamiento con AAD durante 12 semanas”?
6. En personas con hepatitis C crónica no cirróticos ¿Se debe “realizar tratamiento con antivirales directos (AAD) durante 8 semanas” en comparación a “realizar tratamiento con AAD durante 12 semanas”?
7. En personas con diagnóstico confirmado de hepatitis C aguda ¿Se debe “iniciar tratamiento precoz con AAD” en comparación a “no tratar”?
8. En personas con hepatitis C crónica no respondedores a AAD ¿Se debe “mantener tratamiento prolongado con AAD (mayor a 12 semanas)” en comparación a “tratamiento con AAD de rescate (sofosbuvir/velpatsvir/voxilaprevir)”?
9. En personas con hepatitis C crónica candidatos a trasplante con MELD>18 ¿Se debe “iniciar tratamiento previo al trasplante” en comparación a “iniciar tratamiento post trasplante”?
10. En personas con hepatitis C crónica cirróticos ¿Se debe “tratar con ribavirina+AAD” en comparación a “tratar con AAD (sin ribavirina)”?

⁵ Coordinador Clínico: profesional elegido por el panel de expertos para representarlo y solucionar dudas clínicas del equipo metodológico.

Seguimiento:

11. En personas tratados con AAD, respondedores a la terapia (curados) con F2 menor o igual ¿Se debe “realizar ecografía abdominal cada 6 meses” en comparación a “no realizar”?

Las restantes preguntas que no fueron priorizadas, quedarán pendientes para ser consideradas en futuras actualizaciones de la Guía.

MIEMBROS DEL EQUIPO ELABORADOR QUE PARTICIPARON DE LA PRIORIZACIÓN DE PREGUNTAS DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

Nombre	Profesión, instituciones
Andrea Peña Otárola	Matrona. Departamento Enfermedades Transmisibles. MINSAL
Francisco Zamora Vargas	Médico Infectólogo. Hospital Barros Luco Trudeau
Gabriel Mezzano Puentes.	Médico Gastroenterólogo- Hepatólogo. Hospital Salvador
Iris Cerda Alvarado	Matrona. DIVAP. MINSAL
Katherine Gonzalez Lagos	Médico. Universidad de Chile
María Fernanda Espinoza Soto.	Enfermera. Hospital Barros Luco Trudeau
Pamela Yaquich Saud	Médico. Hospital San Juan de Dios