



## RESUMEN EJECUTIVO

# Guía de Práctica Clínica Manejo y tratamiento de la infección crónica por virus de la Hepatitis C (VHC)



VERSIÓN COMPLETA de la Guía de Práctica Clínica Manejo y tratamiento de la infección crónica por virus de la Hepatitis C (VHC) en:  
<http://diprece.minsal.cl/le-informamos/auge/acceso-guias-clinicas/guias-clinicas-desarrolladas-utilizando-manual-metodologico/>

MINISTERIO DE SALUD. RESUMEN EJECUTIVO GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE MANEJO Y TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN CRÓNICA POR VIRUS DE LA HEPATITIS C (VHC). SANTIAGO: MINSAL.

Fecha de publicación: 2020

Todos los derechos reservados. Este material puede ser reproducido total o parcialmente para fines de disseminación y capacitación. Prohibida su venta.

## RECOMENDACIONES DE LA GUÍA

RECOMENDACIONES	GRADO DE RECOMENDACIÓN	CERTEZA EN LA EVIDENCIA
<p>En personas mayores de 45 años o de cualquier edad con factores de riesgo, el Ministerio de Salud SUGIERE realizar tamizaje (IgG) para hepatitis C por sobre no realizar.</p>	CONDICIONAL	BAJA ⊕ ⊕ ○ ○
<p>En mujeres embarazadas, el Ministerio de Salud SUGIERE NO realizar el test de tamizaje para hepatitis C de forma rutinaria.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dada la baja prevalencia de Hepatitis C en mujeres en edad fértil, el beneficio poblacional de tamizaje universal probablemente es pequeño en comparación a sus costos y potenciales inconvenientes derivados de potenciales falsos positivos. Sin embargo, en pacientes con riesgo aumentado de infección por VHC el beneficio del tamizaje podría ser mayor y su implementación podría estar justificada. El panel definió como riesgo aumentado de infección las siguientes condiciones: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mujeres que hayan usado drogas intravenosas</li> <li>○ Mujeres con hemofilia con alta exposición a hemoderivados</li> <li>○ Mujeres en hemodiálisis</li> <li>○ Mujeres con antecedentes de VHC</li> <li>○ Mujeres infectadas con VIH/SIDA</li> <li>○ Mujeres con pareja sexual VIH (+)</li> <li>○ Mujeres con pareja sexual VHC (+)</li> <li>○ Mujeres con antecedentes de ITS</li> </ul> </li> </ul>	CONDICIONAL	MUY BAJA ⊕ ○ ○ ○
<p>En personas con diagnóstico confirmado de hepatitis C, el Ministerio de Salud SUGIERE realizar elastografía de transición por sobre analizar el puntaje APRI (relación entre transaminasa glutámico-oxalacética sérica - SGOT - y recuento de plaquetas).</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ambas técnicas son no invasivas y pueden ser complementarias.</li> <li>- Actualmente no es necesaria la biopsia hepática como evaluación estándar.</li> </ul>	CONDICIONAL	MUY BAJA ⊕ ○ ○ ○
<p>En personas con hepatitis C crónica, cirróticos y no cirróticos, el Ministerio de Salud SUGIERE tratamiento con antivirales de acción directa (AAD) por sobre peginterferon y ribavirina.</p>	CONDICIONAL	MUY BAJA ⊕ ○ ○ ○

<p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Si bien no existen estudios evaluando la efectividad comparativa, el panel de expertos considera que los antivirales de acción directa (AAD) son la mejor opción terapéutica.</li> </ul>		
<p>En personas con hepatitis C crónica no cirróticos, el Ministerio de Salud SUGIERE tratamiento con antivirales de acción directa (AAD) por 8 semanas por sobre un tratamiento por 12 semanas.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Actualmente, la canasta GES de hepatitis C garantiza varias terapias de AAD. En el caso de Sofosbuvir/Velpatasvir la terapia está indicada para 12 semanas.</li> </ul>	<p><b>CONDICIONAL</b></p>	<p><b>MUY BAJA</b></p> <p>⊕ ○ ○ ○ ○</p>
<p>En personas con hepatitis C crónica cirróticos, el Ministerio de Salud SUGIERE tratamiento con antivirales de acción directa (AAD) por 12 semanas por sobre un tratamiento por 8 semanas.</p>	<p><b>CONDICIONAL</b></p>	<p><b>MUY BAJA</b></p> <p>⊕ ○ ○ ○ ○</p>
<p>En personas con diagnóstico confirmado de hepatitis C aguda, el Ministerio de Salud SUGIERE iniciar tratamiento precoz con antivirales directos (AAD) por sobre no tratar.</p>	<p><b>CONDICIONAL</b></p>	<p><b>MUY BAJA</b></p> <p>⊕ ○ ○ ○ ○</p>
<p>En personas con hepatitis C crónica o cirróticas compensadas que no responden a un tratamiento de 8-12 semanas de antivirales de acción directa (AAD), el Ministerio de Salud SUGIERE un tratamiento de rescate con sofosbuvir, velpatasvir y voxilaprevir por sobre mantener el tratamiento por 12 semanas más.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La falta de financiamiento del tratamiento de rescate pudiera ser una barrera para la implementación de esta recomendación.</li> <li>- En caso de no disponer de tratamiento de rescate, la terapia prolongada de sofosbuvir/velpatasvir por 24 semanas es la alternativa terapéutica aceptable.</li> </ul>	<p><b>CONDICIONAL</b></p>	<p><b>BAJA</b></p> <p>⊕ ⊕ ○ ○ ○</p>
<p>En personas con hepatitis C crónica candidatos a trasplante con un MELD mayor o igual a 18 puntos, el Ministerio de Salud SUGIERE iniciar tratamiento previo al trasplante por sobre iniciarlo post trasplante.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En la actualidad la gran mayoría de las personas con hepatitis C crónica candidatas a trasplante hepático esperan más de seis meses en lista. En este caso, el panel consideró que el uso de antivirales de acción directa (AAD) podría beneficiarlos estabilizando el cuadro. Sin embargo, en caso de que el</li> </ul>	<p><b>CONDICIONAL</b></p>	<p><b>MUY BAJA</b></p> <p>⊕ ○ ○ ○ ○</p>

trasplante hepático sea inminente, puede iniciarse el tratamiento post trasplante.		
<p>En personas con hepatitis C crónica y con daño hepático crónico compensado, el Ministerio de salud SUGIERE usar sólo antivirales directos (AAD) por sobre usar AAD+ ribavirina.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El panel considera que personas con hepatitis C crónica con un daño hepático crónico descompensado, podrían beneficiarse de adicionar ribavirina para lograr respuesta viral sostenida.</li> </ul>	<b>CONDICIONAL</b>	<b>MUY BAJA</b> ⊕ ○ ○ ○
<p>En personas tratadas con antivirales de acción directa (AAD), respondedores a la terapia (curados) con fibrosis hepática menor o igual a F2 y que no hayan presentado un valor mayor antes de la terapia, el Ministerio de Salud SUGIERE NO realizar ecografía abdominal cada 6 meses en forma rutinaria.</p> <p><i>Comentarios del Panel de Expertos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El panel considera que aquellas personas con factores de riesgo para desarrollo de cirrosis/hepatocarcinoma, tales como diabetes, síndrome metabólico, obesidad, consumo de alcohol u otros, sí se beneficiarían de mantener seguimiento con ecografía abdominal con una periodicidad según el criterio médico.</li> <li>- Aquellas personas con fibrosis hepática F3 y F4 podrían beneficiarse de seguimiento con ecografía abdominal cada 6 meses mientras mantengan dicha condición.</li> </ul>	<b>CONDICIONAL</b>	<b>MUY BAJA</b> ⊕ ○ ○ ○

Las recomendaciones fueron formuladas entre octubre y diciembre de 2019 utilizando el sistema GRADE

## 1. DESCRIPCIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA DEL PROBLEMA O CONDICIÓN DE SALUD

La Hepatitis C es una enfermedad del hígado causada por el virus de la Hepatitis C (VHC), el período de incubación puede variar de 2 semanas a 6 meses. Se puede presentar en etapa aguda o crónica. Aproximadamente un 30% (15-45%) de las personas infectadas elimina el virus espontáneamente en un plazo de 6 meses, sin necesidad de tratamiento alguno, el resto pasa a una etapa crónica, la que puede conducir a complicaciones como insuficiencia hepática, cirrosis, hepatocarcinoma, trasplante hepático y hasta la muerte. (3)

La Organización Mundial de la Salud estima que en el mundo existen 71 millones de personas con infección crónica por el virus de la hepatitis C y que cada año mueren aproximadamente 400.000 personas debido a las complicaciones por este virus. (1-2)

La principal vía de transmisión es la parenteral, siendo el principal factor de riesgo en Chile es la exposición a transfusiones sanguíneas antes del año 1996. Otras vías de transmisión son los procedimientos médicos, tatuajes, intervenciones quirúrgicas (piercing) y en menor proporción la transmisión de madre a hijo y las relaciones sexuales. (3)

En el año 2016, la Organización Mundial de la Salud, dentro de la Estrategia Mundial del sector de la salud contra las hepatitis víricas, 2016-2021, y respaldado por los Estados Miembros de la Asamblea Mundial de la Salud (AMS), definió que la eliminación mundial del VHC se lograría con la reducción de las muertes por esta causa en un 65% y de la incidencia en un 90% para el año 2030. (4)

En Chile la Hepatitis C se considera una endemia baja según los datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2009-2010 con una prevalencia de 0,01% [0,00-0,04%]. Según los últimos datos obtenidos en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud se estiman que existen aproximadamente 30.0000 casos infectados en Chile en el año 2017.

Según el perfil del paciente con Hepatitis C, un 54% es de sexo masculino, la edad se concentra entre los 50 y 69 años, más del 50% de los casos se encuentran en la Región Metropolitana, el 75% presenta virus genotipo 1,35% con cirrosis, un 6% coinfectado con VIH y en igual porcentaje son portadores de hemofilia.(5)

La Hepatitis C es una Enfermedad de Notificación Obligatoria (ENO), incluida en la modalidad de Garantías explícitas en Salud (GES) desde el año 2010. En la modificación del decreto GES del año 2019, se incluyó en las prestaciones el examen de anticuerpos para VHC en la Atención Primaria de Salud (APS), el examen de elastografía y las nuevas terapias farmacológicas.

Las prestaciones en salud están incluidas en la modalidad GES, las que incluyen, el diagnóstico, la evaluación pre tratamiento, tratamiento farmacológico y seguimiento del paciente.

La curación, también conocida como respuesta virológica sostenida (RVS), puede revertir los efectos de la fibrosis en estadio temprano y ralentizar la progresión de la enfermedad hepática y se asocia con una menor mortalidad por enfermedades hepáticas y un riesgo reducido de progresión a hepatocarcinoma.

En Chile ya se han entregado más de 1.300 terapias desde el año 2016 (6), lo que se traduce en que la mayoría de los pacientes bajo control en el sistema público de Salud, han accedido a estas terapias.

## 2. OBJETIVO Y ALCANCES DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

**Objetivo General:** Generar recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible acerca del manejo clínico de las personas con infección crónica por virus de Hepatitis C, relevando los grupos de mayor riesgo y contribuyendo a una mejor gestión de los recursos.

**Tipo de pacientes y escenario clínico:** Esta guía aborda aspectos relacionados a la sospecha, diagnóstico, evaluación, terapia farmacológica y seguimiento de las personas con Hepatitis C en etapa crónica, que reciben atención en el nivel primario, secundario y terciario de salud, tanto en el sector público y privado.

**Usuarios de la Guía:** Todos los profesionales de salud con responsabilidades en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de personas infectadas con el virus de la hepatitis C, incluyendo entre otros a gastroenterólogos, hepatólogos, infectólogos, hematólogos, oncólogos, internistas, pediatras, médicos generales, enfermeros, químicos farmacéuticos y otros profesionales relacionados en la atención de estos usuarios.

## 3. MÉTODOS

Para la elaboración de esta Guía se constituyó un **equipo elaborador** compuesto por: un coordinador temático, metodólogos, responsables de la búsqueda y síntesis de evidencia, expertos clínicos, referentes del Ministerio de Salud y del Fondo Nacional de Salud (FONASA) y, cuando fue posible, pacientes.

Ver más detalle en [Equipo Elaborador y declaración de potenciales conflicto de intereses - Guía Manejo y tratamiento de la infección crónica por virus de la Hepatitis C \(VHC\) 2019](#)

Para la actualización de la Guía de Práctica Clínica Manejo y tratamiento de la infección crónica por virus de la Hepatitis C (VHC), se realizó una revisión de vigencia de recomendaciones claves de la Guía Clínica Manejo y tratamiento de la infección crónica por virus de la Hepatitis C (VHC) año 2015, con el objetivo de identificar las recomendaciones que proponen una acción concreta y que, según la experiencia clínica y el conocimiento de la evidencia actualmente disponible de los miembros del equipo elaborador de la guía (grupo de profesionales convocados), son prácticas que producen más beneficio que daño en la población y no están en desuso.

**Tabla N° 1: Recomendaciones vigente al 2019, de la Guía Clínica Manejo y tratamiento de la infección crónica por virus de la Hepatitis C año 2015**

1. Se recomienda el tamizaje a todas las personas mayores de 45 años por una vez en la vida o aquellas con factores de riesgo.
2. El examen de elección para el diagnóstico inicial es la determinación de anticuerpos contra el virus de hepatitis C, que deben ser confirmados mediante PCR.
3. Se desaconseja el consumo de alcohol en cualquier cantidad y el cigarrillo a los pacientes infectados.
4. Se debe educar a los pacientes en la importancia de mantener hábitos de alimentación y actividad física que eviten o corrijan el sobrepeso u obesidad.
5. Los pacientes infectados con virus de hepatitis C deben ser examinados para inmunidad para hepatitis A y B con IgG contra VHA, HBsAg y anti-HBc total, y recibir la vacuna respectiva en caso de no ser inmunes.
6. Todos los pacientes con hepatitis C deben evaluarse para tratamiento antiviral, individualizando su indicación y considerando contraindicaciones.
7. La terapia antiviral oral debe priorizarse en pacientes con fibrosis avanzada (METAVIR 3 y 4), con cirrosis descompensada, pre y post trasplante hepático y pacientes con manifestaciones extrahepáticas de la infección.
8. Pacientes menores de 70 años con MELD igual o mayor a 15 deben ser evaluados para trasplante hepático.
9. En pacientes con evidencias clínicas, histológicas o por métodos no invasivos de cirrosis se debe realizar vigilancia de hepatocarcinoma (ecografía abdominal y $\alpha$ -fetoproteína cada 6 meses), y de várices esofágicas (endoscopia digestiva alta cada 1 a 2 años).
10. Es necesario hacer un diagnóstico precoz de infección por VHC en pacientes con hemodiálisis para prevenir la transmisión nosocomial, complicaciones y mortalidad asociada.
11. Se debe tratar a todos los pacientes en Hemodiálisis infectados por VHC candidatos a trasplante renal y que no presenten contraindicación al tratamiento.
12. No se recomienda efectuar procedimientos invasivos en el tercer trimestre del embarazo (i.e. amniocentesis) ni monitorización cruenta del parto en madres infectadas con hepatitis C.

Ver más detalle en [Informe de Vigencia de Recomendaciones de la Guía Anterior Manejo y tratamiento de la infección crónica por virus de la Hepatitis C \(VHC\) 2015.](#)



Posteriormente se realizó la **Definición y Priorización de las Preguntas para la actualización**. El equipo elaborador planteó todas las potenciales preguntas, definiendo claramente la población, intervención y comparación. Luego de un proceso de evaluación se definió que para la presente actualización se responderían las siguientes preguntas:

### **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)”?

### **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”?

Ver más detalle en [Informe de Priorización de preguntas - Guía Manejo y tratamiento de la infección crónica por virus de la Hepatitis C \(VHC\) 2019](#)

## Elaboración de recomendaciones

Las recomendaciones de esta Guía fueron elaboradas de acuerdo al sistema “*Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation*” (GRADE)<sup>1</sup>. Para cada una de las preguntas seleccionadas, se realizó la búsqueda y la síntesis de evidencia respecto de:

1. Efectos deseables e indeseables de la intervención versus comparación: La síntesis de evidencia se realizó con el formato de Tabla de Resumen de Hallazgos GRADE (Summary of Findings - SoF) cuando fue posible.
2. Valores y preferencias de los pacientes respecto a la intervención versus comparación.
3. Costos de la intervención y comparación
4. Costo efectividad de la intervención versus comparación.

Ver más detalle en [Recomendaciones GRADE](#)

**El grupo elaborador formuló las recomendaciones** considerando su experiencia clínica o personal, la evidencia respecto a los desenlaces de interés (por ejemplo: mortalidad, días de hospitalización, calidad de vida, etc.), los valores y preferencias de los pacientes, la viabilidad de implementación, y el uso de recursos.

Para asegurar la permanente **vigencia de las recomendaciones** de esta Guía, se generó un sistema de alerta que identifica periódicamente estudios que dan respuesta a las preguntas formuladas.

Para mayor detalle consultar [Guía de Práctica Clínica de Manejo y tratamiento de la infección crónica por virus de la Hepatitis C \(VHC\) versión extensa.](#)

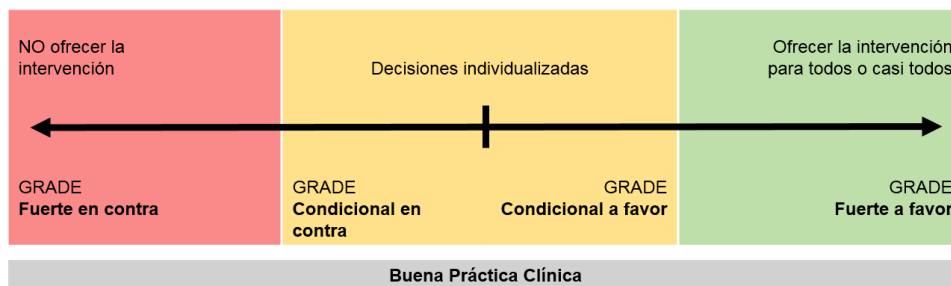
---

<sup>1</sup> Andrews J, Guyatt G, Oxman AD, Alderson P, Dahm P, Falck-Ytter Y, et al. GRADE guidelines: 14. Going from evidence to recommendations: the significance and presentation of recommendations. J Clin Epidemiol [Internet]. 2013 Jul [cited 2017 Dec 3];66(7):719–25. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23312392>

## 4. CÓMO INTERPRETAR LAS RECOMENDACIONES

El sistema GRADE distingue la dirección de la recomendación, su fuerza y la certeza de la evidencia sobre la cual se realiza la recomendación

### Grado de la recomendación



Las recomendaciones fuertes y condicionales deben interpretarse de la siguiente manera:

**FUERTE:** Indican que existe una alternativa claramente superior, por lo que seguir la recomendación es la conducta más apropiada en **TODAS** o **CASI TODAS LAS CIRCUNSTANCIAS O CASOS**. Salvo casos muy justificados, la gran mayoría de las personas deberían recibir el curso de acción recomendado.

Este tipo de recomendación puede ser **Fuerte a Favor** o **Fuerte en Contra** de la intervención.

**CONDICIONAL:** Seguir la recomendación es la conducta más adecuada en la **MAYORÍA DE LOS CASOS**, pero se requiere considerar y entender la evidencia de efectos, valores y preferencias, costos y disponibilidad de recursos en que se sustenta la recomendación. Estas recomendaciones se generan cuando existe incertidumbre respecto de cuál alternativa resulta mejor, por lo tanto distintas opciones pueden ser adecuadas para distintas personas o circunstancias. Para aplicar una recomendación condicional puede ser importante conversar con la persona los potenciales beneficios y riesgos de la intervención propuesta, y tomar una decisión en conjunto que sea coherente con las preferencias de cada persona.

Este tipo de recomendación puede ser **Condicional a Favor** o **Condicional en Contra** de la intervención.

**BUENAS PRÁCTICAS CLÍNICAS:** Son recomendaciones excepcionales relacionadas con intervenciones que corresponden a estándares mínimos y necesarios para la atención en salud para las cuales no es necesario realizar una búsqueda de evidencia.

Estas recomendaciones estarán categorizadas como **Buenas Prácticas Clínicas**.

## Certeza de la evidencia

El concepto de certeza de la evidencia se refiere a la confianza que se tiene en que los estimadores del efecto son apropiados para apoyar una recomendación determinada. El sistema GRADE propone cuatro niveles de certeza en la evidencia:

Certeza	Definición
Alta ⊕⊕⊕⊕	Existe una alta confianza de que la evidencia identificada es apropiada para formular una recomendación
Moderada ⊕⊕⊕○	Existe una confianza moderada de que la evidencia identificada es apropiada para formular una recomendación
Baja ⊕⊕○○	Existe incertidumbre respecto de que la evidencia identificada es apropiada para formular una recomendación, ya sea porque existe poca evidencia o porque esta tiene limitaciones.
Muy baja ⊕○○○	Existe considerable incertidumbre respecto de que la evidencia identificada es apropiada para formular una recomendación, ya sea porque existe muy poca evidencia o porque esta tiene limitaciones importantes.

Ver más detalle en [Manual metodológico Desarrollo de Guías de Práctica Clínica.](#)

## 5. EQUIPO ELABORADOR

El equipo elaborador que ha participado de la presente actualización es responsable, según sus competencias, del conjunto de las preguntas y recomendaciones formuladas.

<b>Coordinación</b>	<b>Clínica: Pamela Yaquich Saud.</b> Médico. Gastroenteróloga. Hospital San Juan de Dios. Clínica Indisa
	<b>Temática: Andrea Peña Otárola.</b> Matrona. Programa de Hepatitis B y C. Departamento de Enfermedades Transmisibles. División de Prevención y Control de Enfermedades. Ministerio de Salud
<b>Metodólogos</b>	<b>Coordinador: S. Pamela Burdiles Fraile.</b> Matrona. Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud
	<b>Apoyo: Patricia Kraemer Gómez/Natalia Celedón Hidalgo.</b> Profesionales Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud
	<b>Asesor: Ignacio Neumann Burotto.</b> Médico Internista. GRADE Working Group. Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud

### Panel de expertos

<b>Gabriel Mezzano Puentes</b>	Médico Gastroenterólogo - Hepatólogo. Hospital del Salvador. Universidad de Chile. Clínica Universidad de los Andes
<b>Francisco Zamora Vargas</b>	Médico Internista- Infectólogo. Hospital Barros Luco Trudeau. Universidad de Santiago de Chile.
<b>María Fernanda Espinoza Soto</b>	Enfermera Jefe de Centro Gastroenterología, encargada del programa de VHC, Hospital Barros Luco Trudeau
<b>Katherine González Lagos</b>	Médico Gastroenteróloga Hepatóloga. Hospital Clínico Universidad de Chile Clínica Santa María. Integrante del Directorio de la Asociación Chilena de Hepatología
<b>Leyla Nazal</b>	Médico Gastroenteróloga Hepatóloga. Directora de la Sociedad de Gastroenterología Presidenta Asociación Chilena de Hepatología.
<b>Guillermo Mundt Villalón</b>	Fundación de Pacientes con Hepatitis (FUPAHEP)
<b>Sidia Matus Flores</b>	Enfermera. Departamento GES y Redes de alta Complejidad. División de Gestión de la Red Asistencial. Ministerio de Salud
<b>Fabiola Rosso Chamorro</b>	Ingeniero Comercial. Departamento de Coordinación de Garantías Sanitarias y Prestaciones en Salud. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud
<b>Karen Cáceres Burton</b>	Matrona. Departamento de Epidemiología. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud

<b>Iris Cerda</b>	Matrona. Departamento de Gestión de los cuidados. División de Atención Primaria. Ministerio de Salud
<b>Patricia Contreras Cerda</b>	Enfermera. Jefa Departamento de Enfermedades Transmisibles. División de Prevención y Control de Enfermedades. Ministerio de Salud.

### Responsables de la búsqueda y síntesis de evidencia

<b>Epistemonikos Foundation<sup>1</sup></b>	Búsqueda de evidencia de los efectos clínicos y magnitud de los beneficios y riesgos de las intervenciones
<b>Centro de evidencia UC<sup>1</sup></b>	Gabriel Rada Giacaman; Luis Ortiz Muñoz; Macarena Morel Marambio; Francisca Verdugo Paiva; Rocío Bravo Jeria. Elaboración de tablas de síntesis de evidencia de los efectos clínicos y magnitud de los beneficios y riesgos de las intervenciones
<b>Luis Pimentel Poulain<sup>2</sup></b>	Valores y preferencias de los pacientes.
<b>Francisco Araya Castillo<sup>2</sup></b>	Evaluaciones costo-efectividad de la intervenciones.
<b>Verónica Medina Urrutia<sup>3</sup></b>	Costos en Chile de las intervenciones.

<sup>1</sup> La búsqueda de evidencia fueron externalizadas del Ministerio de Salud a través de licitación pública y adjudicada a las empresas señaladas.

<sup>2</sup> Departamento Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud

<sup>3</sup> Departamento Desarrollo de Productos. Fondo Nacional de Salud (FONASA).

### Diseño, edición, desarrollo y mantención plataforma web

<b>Miguel Contreras Torrejón</b>	Ingeniero Informático. Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud
----------------------------------	---

### DECLARACIÓN DE POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Del total de integrantes del equipo colaborador, las siguientes personas declararon potenciales conflictos de interés:

- Gabriel Mezzano Puentes: Apoyo logístico para cursos de formación Laboratorio GADOR
- Katherine Gonzáles Lagos: Patrocinio educativo con invitación a congresos o curso de Gastroenterología o Hepatología en farmacéutica GILEAD.

Luego de analizar las declaraciones de los participantes, el equipo elaborador decidió no limitar la participación de estos colaboradores.

## REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Manual para la elaboración de los planes nacionales contra las Hepatitis virales. 2015
2. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción para la Prevención y el control de las hepatitis virales. 2015
3. Ministerio de Salud de Chile. Guía Clínica AUGE: Manejo y Tratamiento de la Infección crónica por Virus de la Hepatitis C (VHC). Julio 2015
4. Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial del sector de la salud contra las Hepatitis víricas 2016-2021. 2016
5. Ministerio de Salud de Chile. Informe de Caracterización del paciente con Hepatitis C bajo control en el Sistema Público de Salud. Chile. 2017
6. Ministerio de Salud de Chile. Informe: Pacientes con Hepatitis C tratados con antivirales de Acción Directa, por vía de Auxilio extraordinario. 2018