

CMED y “La salud digestiva”

“Nuevos fármacos y estrategia de tratamiento de la hepatitis C crónica”

La hepatitis C crónica es la causa más frecuente de hepatopatía crónica en el mundo, estimándose en 160 millones el número de personas infectadas. La prevalencia de anticuerpos frente al virus de la hepatitis crónica C (VHC) en España oscila entre el 1,6 y el 2,6%, lo que permite calcular que en nuestro país debe haber entre 480.000 y 760.000 personas infectadas por el VHC.

El virus de la hepatitis C presenta una gran variabilidad genómica, identificándose 6 genotipos con varios subtipos cada uno. Aproximadamente el 80% de las infecciones por el VHC evolucionan a la cronicidad, y diversos factores epidemiológicos, virales y del huésped, intervienen en la progresión de la enfermedad. La evolución es muy variable, pudiendo producir mínimo daño histológico, progresar a cirrosis en un 20-30% de los casos, o bien desarrollar un carcinoma hepatocelular en el 5-10% de los mismos.



Hasta hace poco en España, el tratamiento aprobado para todos los genotipos del VHC era la biterapia con Interferón Pegilado (PegInf) y Ribavirina (RBV), consiguiendo una tasa de curación del 55% (40-80%, según los distintos genotipos), con una duración de tratamiento de entre 24 y 48 semanas y con numerosos efectos adversos que, en ocasiones, impiden concluir el mismo.

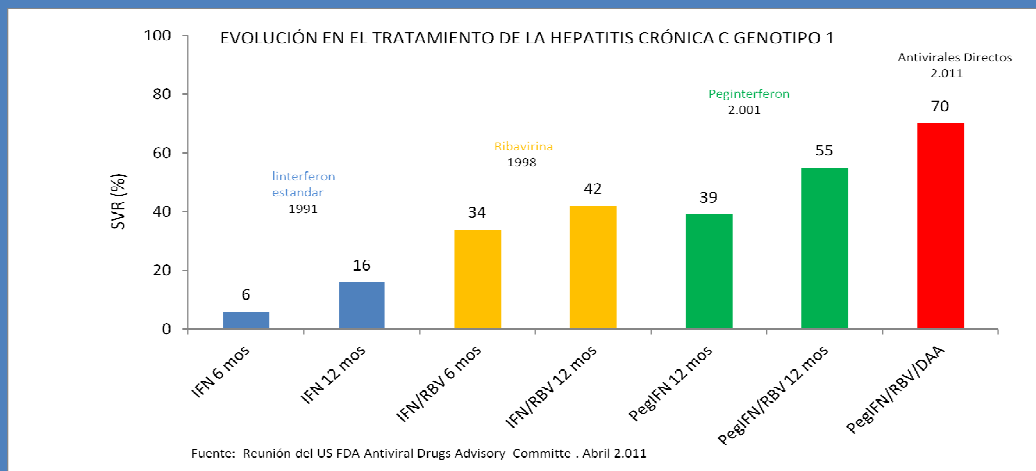
En 2012 se aprueba la triple terapia: PegInf/RBV y un inhibidor de la proteasa, Telaprevir Incivo® o Boceprevir Victrelis®, sólo para el tratamiento del genotipo 1 del VHC, con una tasa de respuesta viral sostenida global del 70%, beneficiándose principalmente los pacientes sin experiencia de tratamiento previa y con menor lesión histológica. La utilización de estos primeros fármacos de acción directa, inhibidores de la proteasa de primera generación, suponen un punto de inflexión muy importante en el tratamiento de VHC, pero a costa de tantos o más efectos secundarios que con biterapia.

CMED y “La salud digestiva”

En agosto de 2014 se aprueba para el tratamiento de genotipo 1 y 4 una nueva opción de triple terapia con Simeprevir Olysio® y PegInf/RBV. El Simeprevir Inhibidor de la proteasa de segunda generación también puede ser utilizado en combinación con otros Antivíricos de Acción Directa (AAD) en terapias libres de Interferón.

En noviembre de 2014 se autoriza en España, fuera del uso compasivo, el uso de Sofosbuvir Sovaldi®, fármaco que debe ir siempre combinado con otro medicamento, bien sea PegInf/RBV, sólo RBV u otros AAD. Este fármaco ofrece tasas de curación muy elevadas a los pacientes infectados con cualquiera de los genotipos del VHC.

En enero de 2015 es aprobado en nuestro país Daclatasvir Daklinza® para genotipos 1, 2, 3 y 4 combinado con otros AAD. En combinación con Sofosbuvir en tratamiento oral libre de Interferón, proporciona tasas de curación superiores al 90% en pacientes con enfermedad hepática avanzada y con fracaso a tratamientos previos. La duración de los tratamientos combinados libres de Interferón es más corta que en anteriores estrategias, entre 12 y 24 semanas, y con muchísimos menos efectos secundarios y tasa de abandono.

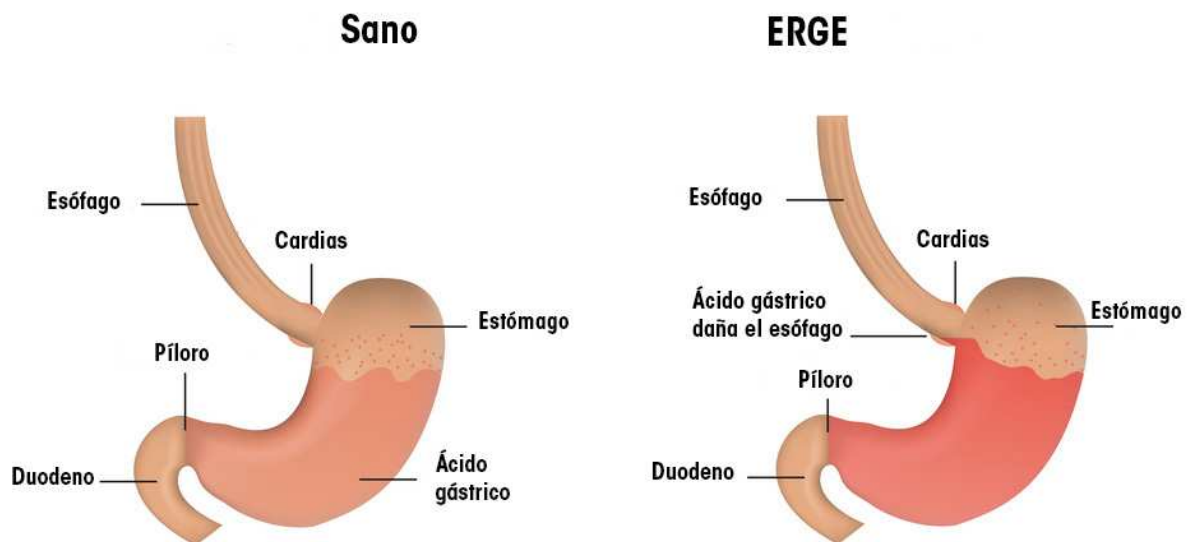


La Comisión Europea autorizó en noviembre del pasado año la comercialización del Combo de Gilead Sofosbuvir/Ledipasvir Harvoni® para genotipo 1 y 4 y en enero de 2015 el Combo de Abbvie Ombitasvir/Paritaprevir/Ritonavir Viekirax® y Dasabuvir Exviera® para el tratamiento con o sin Ribavirina de genotipos 1 y 4. Estas nuevas estrategias de tratamiento para genotipos 1 y 4, aun no aprobados en España para su uso, tienen tasas de respuesta mayores del 90%, incluidos pacientes cirróticos y no respondedores a anteriores terapias, con una duración de 12-24 semanas de tratamiento, con muy alta adherencia y mínimos efectos secundarios.

“Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE) y Tos Crónica”

Ya en 1980 se realiza la primera comunicación sobre ERGE y Asma Infantil y su resolución mediante tratamiento con inhibidores de la secreción gástrica. Es importante valorar la intensidad, la frecuencia y la duración de los síntomas del reflujo, ya que muchas de las personas que consultan, sobre todo en Atención Primaria, tendrán síntomas leves u ocasionales (reflujo ocasional) y, en ellos, el manejo debe ser diferente al de los pacientes con síntomas más frecuentes y que inciden negativamente en la calidad de vida.

Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE)



TIPOS DE PACIENTES DE ERGE

- **Sujetos con reflujo ocasional**, que no incide en la calidad de vida y sin síntomas de alarma. No existen datos concluyentes respecto a su manejo. Dada la benignidad de la clínica, el tratamiento será a demanda (tomar la medicación únicamente cuando se presentan los síntomas de pirosis o regurgitación), con antiácidos y/o antisecretores, junto con las medidas higiénico-dietéticas. Esto parece que puede ser suficiente en la mayoría de los casos. La decisión de usar antagonistas de H_2 , IBP o antiácidos, puede depender de la rapidez de acción del fármaco, la respuesta individual y el precio del producto.
- **Pacientes con ERGE sin síntomas de alarma** (síntomas más frecuentes de dos veces por semana y/o con incidencia en la calidad de vida). Puede iniciarse un tratamiento empírico con IBP. El tratamiento recomendable en pacientes con ERGE sin síntomas o signos de alarma, con endoscopia negativa y/o esofagitis leve, es un IBP a dosis estándar durante 4 semanas.

CMED y “La salud digestiva”

- **Pacientes con síntomas de alarma** (disfagia, odinofagia, etc.). Debe procederse a la realización de una endoscopia digestiva alta.
- **Enfermos con tos crónica**. En la mayoría de los casos, la endoscopia alta no puede ser resolutive o, cuanto menos, contradictoria, no apreciando alteración anatómica a nivel de hiato, que justifique la sintomatología. En estos casos, se requiere la realización de manometría y phmetría esofágicas, las cuales nos darán una evaluación de la realidad del reflujo, que justifique dicha tos crónica.

TRATAMIENTO EMPÍRICO DE LA ERGE

Los estudios que comparan diferentes dosis de IBP y duración del tratamiento demuestran que con dosis más elevadas, se consiguen mejores resultados. Por ello, ante la ausencia de respuesta o el alivio parcial, está justificado doblar las dosis y prolongar el tratamiento (8 semanas). Parece razonable realizar un ensayo de retirada en los pacientes que respondan adecuadamente al tratamiento empírico inicial, ya que algunos no volverán a recidivar nunca o muy de vez en cuando. De esta manera, podemos evitar un tratamiento prolongado innecesariamente.

Los pacientes con recidivas tras el ensayo de retirada o que han requerido doblar y completar la dosis, requerirán un tratamiento a largo plazo. En estos casos, debe buscarse un ajuste del tratamiento hasta encontrar la dosis mínima eficaz, lo que implica ir disminuyendo la dosis (step-down) y espaciando las tomas hasta que el paciente encuentre la posología más adecuada para controlar sus síntomas. Encontrar la dosis adecuada para cada paciente puede llevarnos algún tiempo, ya que no todos responderán a la misma pauta: algunos se controlarán con tratamiento a demanda de una o varias tomas en cada recurrencia, otros con tratamientos intermitentes y otros con dosis mínima diaria.

Si el paciente presenta mal control o necesita medicación continuada a dosis altas, y se han realizado los estudios oportunos (endoscopia alta y manometría y phmetría esofágicas) que confirman la ERGE, debe plantearse la opción quirúrgica.

EL OBJETIVO DE ESTE BOLETÍN ES OFRECER INFORMACIÓN ACTUALIZADA Y RIGUROSA DE LA PATOLOGÍA DIGESTIVA. SI USTED ESTÁ INTERESADO EN QUE TRATEMOS O PROFUNDICEMOS EN ALGÚN TEMA EN CONCRETO QUE AFECTE A NUESTRA ESPECIALIDAD Y PUEDA SERVIRLE DE APOYO EN LA PRÁCTICA DE LA SUYA, ESTAREMOS ENCANTADOS DE RECIBIR SUS SUGERENCIAS Y/O COMENTARIOS.

PUEDE PONERSE EN CONTACTO CON NOSOTROS EN LA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: drguerra@cmed.es

