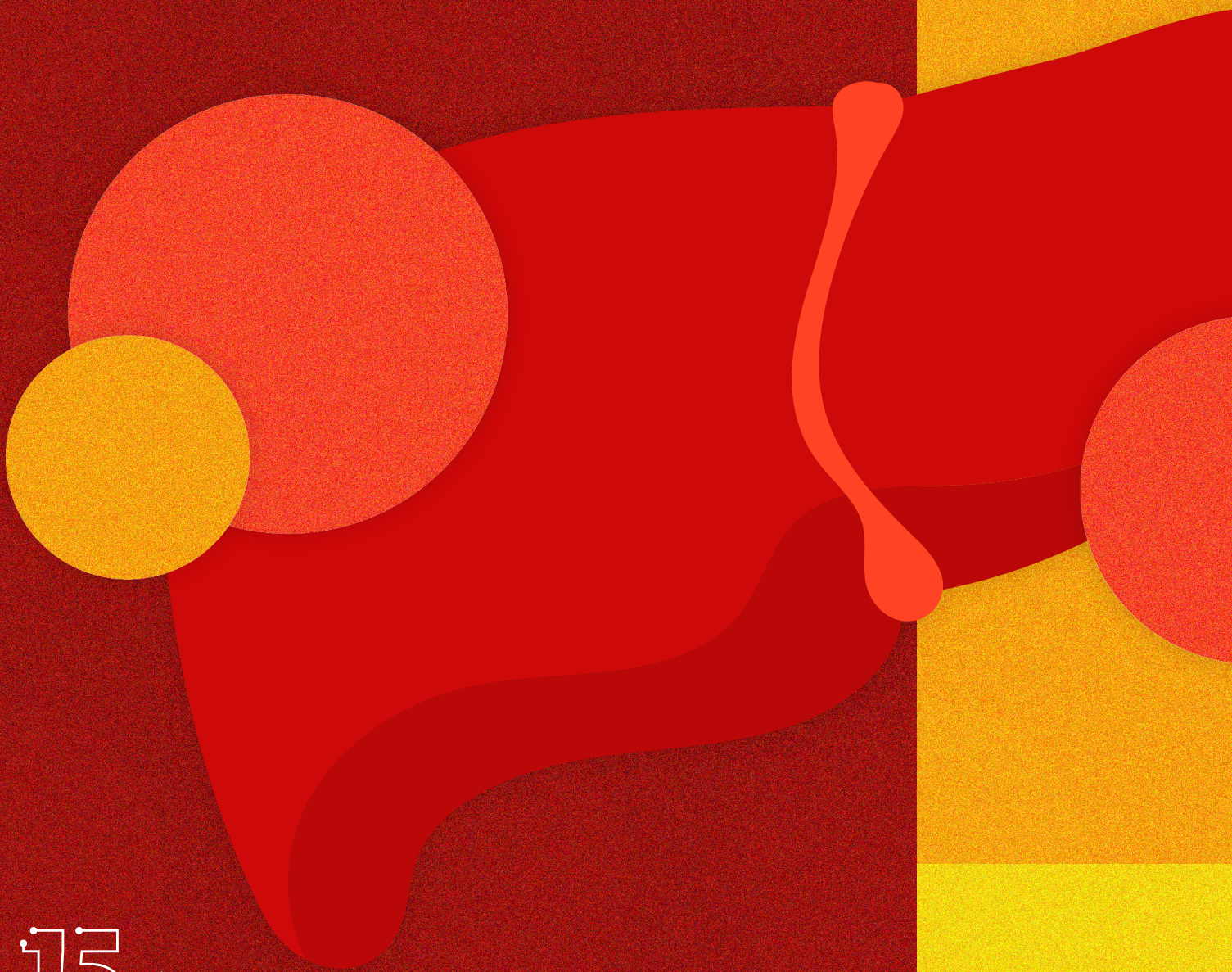
# SITUACIÓN DE LA
# HEPATITIS C CRÓNICA
## EN LOS REGÍMENES SUBSIDIADO Y CONTRIBUTIVO DE COLOMBIA 2021



15 AÑOS

CUENTA DE ALTO COSTO

Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo

*Transformando la información en acciones para una mejor salud*

# Situación de la hepatitis C crónica en los regímenes subsidiado y contributivo de Colombia 2021







CUENTA DE ALTO COSTO

Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo

# Situación de la hepatitis C crónica en los regímenes subsidiado y contributivo de Colombia 2021

Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo
Cuenta de Alto Costo (CAC)
ISSN: 2711-1474

Periodicidad: una edición anual

Bogotá, D. C., Colombia, noviembre de 2022

© Todos los derechos reservados

**Citación sugerida:** Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, Cuenta de Alto Costo (CAC). Situación de la hepatitis C crónica en los regímenes subsidiado y contributivo de Colombia, 2021; Bogotá, D. C. 2022.

Se prohíbe la reproducción total o parcial de este libro sin autorización escrita de la Cuenta de Alto Costo

## Junta directiva

### Presidente

Mauricio Serra Tamayo
Compensar EPS

Juan Pablo Rueda Sánchez
Sanitas EPS

Beda Margarita Suárez
Anas Wayuu EPS Indígena

José Joaquín Cortés
Cajacopi Atlántico EPS

Jaime González Montaño
Coosalud EPS

José Fernando Cardona
Nueva EPS

Justo Jesús Paz Wilches
Mutual SER EPS

## Cuenta de Alto Costo

Lizbeth Acuña Merchán
Directora Ejecutiva

## Coordinadores técnicos y equipos de trabajo de las coordinaciones de la Cuenta de Alto Costo:

María Teresa Daza
Coordinadora de Auditoría

Lina Johana Herrera Parra
Coordinadora de Gestión del Conocimiento (e)

Luis Alberto Soler
Coordinador de Gestión del Riesgo

Ana María Valbuena García
Coordinadora de Innovación, Investigación y Desarrollo

Fernando Valderrama
Coordinador de Gestión de la Tecnología y Gestión de la Información

## Grupo desarrollador


Lina Johana Herrera Parra
Coordinadora de Gestión del Conocimiento (e)

María Teresa Daza Fonseca
Coordinadora de Auditoría

Luis Alejandro Moreno Ramírez
Líder de Gestión del Conocimiento

Andrés Felipe Patiño Aldana
Epidemiólogo

Sandra Milena Vásquez Vásquez
Líder de Auditoría

## Comité editorial

Lizbeth Acuña Merchán
Presidenta

Ana María Valbuena García
Secretaria

Luis Alberto Soler
Vocal

Fernando Valderrama
Vocal

María Teresa Daza
Vocal

Liliana Barbosa Vaca
Vocal

Luisa Giraldo
Vocal



Corrección de estilo, diseño y diagramación:

Alejandro Niño Bogoya – Unidad de Comunicación y Difusión

Angie Tatiana Silva Salamanca – Unidad de Comunicación y Difusión

## Revisores clínicos

Javier Enrique Hernández Blanco
Médico especialista en medicina interna, gastroenterología y endoscopia digestiva, máster en epidemiología clínica y en enfermedades hepáticas. Docente investigador Universidad del Magdalena. Presidente de la Asociación Colombiana de Hepatología (2021 - 2023).

Mauricio Orrego Beltrán
Médico especialista en medicina interna, gastroenterología y endoscopia digestiva, hepatología y trasplante de hígado. Miembro de la Asociación Colombiana de Hepatología.

Cielo Yaneth Ríos Hincapié
Médica, magíster en salud pública. Dirección de Promoción y Prevención. Ministerio de Salud y Protección Social.

## Abreviaturas

**AAD:** Antiviral de acción directa.

**APRI:** *AST to Platelet Ratio Index* (índice de aspartato aminotransferasa/plaquetas).

**ARN:** Ácido ribonucleico.

**ARV:** Antirretroviral.

**BDUA:** Base de datos única de afiliados.

**DANE:** Departamento Administrativo Nacional de Estadística.

**CAC:** Cuenta de Alto Costo.

**CV:** Carga viral.

**INR:** *International Normalized Ratio* (razón normalizada internacional).

**DE:** Desviación estándar.

**RIC:** Rango intercuartílico.

**IC:** Intervalo de confianza.

**EAPB:** Entidad Administradora de Planes de Beneficios.

**ERC:** Enfermedad renal crónica.

**EPS:** Entidad Promotora de Salud.

**GPC:** Guía de práctica clínica.

**INVIMA:** Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos.

**IPS:** Institución Prestadora de Servicios de Salud.

**MSPS:** Ministerio de Salud y Protección Social.

**OMS:** Organización Mundial de la Salud.

**PA:** Prevalencia ajustada.

**PBS:** Plan de beneficios en salud.

**PC:** Prevalencia cruda.

**PCR:** *Polymerase chain reaction* (Reacción en cadena de la polimerasa).

**RVS:** Respuesta viral sostenida.

**SGSSS:** Sistema General de Seguridad Social en Salud.

**SOF:** Sofosbuvir.

**TAR:** Terapia antirretroviral.

**VEL:** Velpatasvir.

**VHB:** Virus de la hepatitis B.

**VHC:** Virus de la hepatitis C.

**VIH:** Virus de la inmunodeficiencia humana.

## Lista de entidades que reportaron información a la Cuenta de Alto Costo en el periodo y que fueron incluidas en el análisis[1]

| Código | Nombre de la empresa administradora de planes de beneficios (EAPB) |
|---|---|
| **Régimen contributivo** | |
| EAS027 | Fondo de Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia |
| EPS001 | Aliansalud EPS |
| EPS002 | Salud Total EPS |
| EPS005 | Sanitas EPS |
| EPS008 | Compensar EPS |
| EPS010 | Sura EPS |
| EPS012 | Comfenalco Valle EPS |
| EPS016 | Coomeva EPS |
| EPS017 | Famisanar EPS |
| EPS018 | Servicio Occidental de Salud EPS |
| EPS037 | Nueva EPS |
| EPS044 | Medimás EPS |
| EPS042 | Coosalud EPS S.A.S. |
| EPS048 | Mutual Ser EPS |
| **Régimen subsidiado** | |
| CCF055 | Caja de Compensación Familiar Cajacopi Atlántico |
| EPS045 | Medimás EPS |
| EPSI03 | Asociación Indígena del Cauca - AIC EPSI |
| EPSS40 | Savia Salud EPS |
| EPSS41 | Nueva EPS |
| ESS024 | Coosalud ESS |
| ESS062 | Asmet Salud EPS |
| ESS076 | Asociación Mutual Barrios Unidos de Quibdó - Ambuq ESS |
| ESS207 | Mutual Ser EPS |

[1] La Resolución 1692 de 2017 es reportada por régimen contributivo y subsidiado desde el 1° de enero de 2020.

## Glosario

| | |
|---|---|
| **APRI:** | El índice de la relación Aspartato aminotransferasa (AST) / plaquetas (APRI) es una medida simple para estimar la fibrosis hepática con base en una fórmula derivada de las concentraciones de AST y de plaquetas. La fórmula dada para calcular el APRI es: APRI = (AST/Límite Superior Normal) x 100) / recuento de plaquetas (109/L) (1,2). |
| **Elastografía (Fibroscan):** | Una técnica para medir la rigidez del hígado (como indicador de fibrosis) y se basa en la propagación de una onda de corte a través del órgano (1). |
| **Escala Metavir:** | Escala de clasificación del daño hepático, la cual, cuantifica la fibrosis hepática en 4 grados, de acuerdo con el resultado de la biopsia hepática. Cabe precisar que dicha clasificación se ha extrapolado para determinar el grado de fibrosis mediante la realización de varias pruebas no invasivas como el fibroscan, fibrotest, FIB4 y APRI (3,4). |
| **F0** | Estadio 0. Ausencia de fibrosis. |
| **F1** | Estadio 1. Fibrosis leve. |
| **F2** | Estadio 2. Fibrosis moderada. |
| **F3** | Estadio 3. Fibrosis grave o avanzada. |
| **F4** | Estadio 4. Cirrosis. |
| **FIB-4:** | Un índice simple para estimar la fibrosis hepática con base en un cálculo derivado de AST, ALT, la concentración de plaquetas, y la edad. La fórmula para el cálculo de FIB-4 es: FIB-4 = (edad (años) x AST (UI/L)) / (recuento de plaquetas (109 /L x [ALT (UI L) 1/2]) (1). |
| **FibroTest:** | Prueba de biomarcadores, que utiliza los resultados de seis marcadores de la sangre para estimar la fibrosis hepática (1). |
| **Respuesta Viral Sostenida (RVS):** | ARN VHC indetectable 12 semanas después del final del tratamiento (1). |
| **VHC agudo:** | Presencia de VHC dentro de los 6 meses después de la adquisición de la infección (1). |
| **VHC crónico:** | Presencia continuada de VHC seis meses o más después de adquirir la infección (1). |
| **Vía clínica:** | El plan de atención orientado a tareas, que detalla los pasos esenciales en el cuidado de los pacientes con un problema clínico específico y describe el curso de atención esperado de los pacientes. El objetivo de las vías clínicas es estandarizar la atención con base en la evidencia disponible, mejorar los resultados en salud y hacer más eficiente el uso de los recursos (1). |

**Entidad territorial:** De conformidad con la Constitución Política de Colombia, Artículo 286; son entidades territoriales los departamentos, los distritos, los municipios y los territorios indígenas.

**Gestión del riesgo:** Es el proceso de identificación de los factores que afectan la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado en una población, el análisis de las consecuencias derivadas del impacto de las amenazas, la delimitación de la incertidumbre relativa a la ocurrencia del evento crítico que se desea evitar, y los mecanismos para reducir la amenaza y afrontar el evento crítico si llega a ocurrir (5,6).

**Gestión del riesgo en salud:** Es la estrategia para afrontar la incertidumbre sobre la situación en salud de una población, buscando reducir o mantener la ocurrencia de enfermedades en niveles aceptables, a través de medidas preventivas y mitigadoras, en un marco de modelos de gestión y uso de herramientas para la evaluación de resultados en salud (5,6).

# Tabla de contenido


Abreviaturas ..... 9

Lista de entidades que reportaron información a la Cuenta de Alto Costo en el periodo y que fueron incluidas en el análisis[1] ..... 10

Glosario ..... 11

Introducción ..... 18

Aspectos éticos y legales ..... 19

**Aspectos metodológicos ..... 20**

Generalidades del reporte ..... 20

Población de interés y periodo evaluado ..... 20

Calidad de la información ..... 20

Malla de validación en los sistemas de información ..... 20

Verificación de la información con fuentes externas ..... 20

Auditoría de campo ..... 20

Ajuste de los datos posterior a la auditoría ..... 22

Análisis epidemiológico ..... 24

Análisis descriptivo ..... 24

Estimación de la morbilidad y la mortalidad ..... 24

**1. Caracterización de los casos incidentes de hepatitis C crónica ..... 27**

Contenido infográfico capítulo 1 ..... 28

1.1. Caracterización demográfica de los casos incidentes de hepatitis C crónica ..... 29

1.1.1. Distribución de los casos incidentes según la edad y el sexo ..... 30

1.1.2. Distribución de los casos incidentes por la región según el sexo ..... 31

1.2. Caracterización clínica de los casos incidentes de hepatitis C crónica ..... 31

1.2.1. Características clínicas de los casos incidentes de hepatitis C crónica según el genotipo ..... 33

**2. Caracterización de los casos prevalentes de hepatitis C crónica ..... 35**

Contenido infográfico capítulo 2 ..... 36

2.1. Caracterización demográfica de los casos prevalentes de hepatitis C crónica ..... 37

2.1.1. Distribución de los casos prevalentes según la edad y el sexo ..... 38

2.1.2. Distribución de los casos prevalentes según la región y el sexo ..... 38

2.2. Caracterización clínica de los casos prevalentes de hepatitis C crónica ..... 39

2.2.1. Características clínicas de los casos prevalentes de hepatitis C crónica según el genotipo ..... 40

**3. Morbilidad y mortalidad en la población con hepatitis C crónica ..... 44**
Contenido infográfico capítulo 3 ..... 45
3.1. Incidencia ..... 46
3.1.1. Incidencia según el sexo ..... 46
3.1.2. Incidencia de la hepatitis C crónica según la región ..... 46
3.1.3. Incidencia de hepatitis C crónica según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora ..... 47
3.2. Prevalencia de la hepatitis C crónica ..... 47
3.2.1. Prevalencia de la hepatitis C crónica según el sexo ..... 48
3.2.2. Prevalencia de la hepatitis C crónica según la región y el departamento ..... 48
3.2.3. Prevalencia de la hepatitis C crónica según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora ..... 49
3.3. Mortalidad en las personas con hepatitis C crónica ..... 49
3.3.1. Mortalidad en las personas con hepatitis C crónica según la región y departamento ..... 50
3.3.2. Mortalidad en las personas con hepatitis C crónica según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora ..... 50
**4. Tratamiento en las personas con hepatitis C crónica ..... 51**
Contenido infográfico capítulo 4 ..... 52
4.1. Generalidades del tratamiento ..... 53
4.2. Efectividad del tratamiento con AAD ..... 54
**5. Pacientes con coinfección VHC y VIH ..... 57**
Contenido infográfico capítulo 5 ..... 58
5.1 Caracterización demográfica de los casos con coinfección por hepatitis C crónica y VIH ..... 59
5.1.1. Distribución de los casos con coinfección por hepatitis C crónica y VIH según la región ..... 59
5.1.2. Características clínicas de los casos con coinfección por hepatitis C crónica y VIH ..... 61
**6. Manejo médico especializado de las personas con hepatitis C crónica ..... 63**
Contenido infográfico capítulo 6 ..... 64
**7. Indicadores de la gestión del riesgo ..... 67**
Contenido infográfico capítulo 7 ..... 68
**8. Análisis del impacto de la pandemia por el virus SARS CoV 2 (Covid-19) en el diagnóstico de los casos incidentes con hepatitis C crónica ..... 73**
**Discusión y conclusiones ..... 80**
Referencias ..... 82

## Lista de tablas

**Tabla 1.** Calidad de la información reportada en la cohorte de las personas con hepatitis C crónica en la auditoría según el renglón del aseguramiento, Colombia 2021 ..... 21

**Tabla 2.** Hallazgos relevantes identificados durante la auditoría de la información en la cohorte de hepatitis C crónica, Colombia 2021 ..... 21

**Tabla 3.** Características sociodemográficas de los casos incidentes de hepatitis C crónica según el régimen de afiliación, Colombia 2021 ..... 30

**Tabla 4.** Casos incidentes de hepatitis C crónica por región según el sexo, Colombia 2021 ..... 31

**Tabla 5.** Características clínicas de los casos incidentes de hepatitis C crónica ..... 32

**Tabla 6.** Características clínicas de los casos incidentes de hepatitis C crónica según el genotipo ..... 33

**Tabla 7.** Características sociodemográficas de los casos prevalentes de hepatitis C crónica según el régimen de afiliación ..... 37

**Tabla 8.** Casos prevalentes de hepatitis C crónica por la región según el sexo, Colombia 2021 ..... 38

**Tabla 9.** Características clínicas de los casos prevalentes de hepatitis C crónica ..... 39

**Tabla 10.** Características clínicas de los casos prevalentes de hepatitis C crónica según el genotipo ..... 41

**Tabla 11.** Incidencia de la hepatitis C crónica según el sexo ..... 46

**Tabla 12.** Incidencia de la hepatitis C crónica por 100.000 habitantes según la región ..... 47

**Tabla 13.** Incidencia de la hepatitis C crónica por 100.000 afiliados según el régimen de afiliación ..... 47

**Tabla 14.** Prevalencia de la hepatitis C crónica según el sexo, Colombia 2021 ..... 48

**Tabla 15.** Prevalencia de la hepatitis C crónica x 100.000 habitantes según la región, Colombia 2021 ..... 49

**Tabla 16.** Prevalencia de la hepatitis C crónica x 100.000 afiliados según el régimen de afiliación, Colombia 2021 ..... 49

**Tabla 17.** Mortalidad de la hepatitis C crónica según el sexo, Colombia 2021 ..... 49

**Tabla 18.** Mortalidad de la hepatitis C crónica x 100.000 habitantes según la región, Colombia 2021 ..... 50

**Tabla 19.** Mortalidad de la hepatitis C crónica x 100.000 afiliados según el régimen de afiliación, Colombia 2021 ..... 50

**Tabla 20.** Caracterización del tratamiento actual en las personas con hepatitis C crónica según régimen de afiliación ..... 53

**Tabla 21.** Efectividad del tratamiento con Antivirales de Acción Directa (AAD) en las personas con hepatitis C crónica según esquema y características clínicas, Colombia 2021 ..... 55

**Tabla 22.** Distribución de los casos con coinfección por hepatitis C crónica y VIH según la región y la entidad territorial, Colombia 2021 ..... 60

**Tabla 23.** Características clínicas de los casos con coinfección por hepatitis C crónica y VIH, Colombia 2021 ..... 61

**Tabla 24.** Distribución del número de atenciones recibidas por paciente según la especialidad, Colombia 2021 ..... 65

**Tabla 25.** Distribución del número total de consultas durante el periodo según el tipo de profesional y el estado de la fibrosis, Colombia 2021 ..... 65

**Tabla 26.** Descripción de los indicadores de gestión del riesgo en hepatitis C crónica ..... 69

**Tabla 27.** Indicadores de gestión del riesgo (1, 2, 3 y 7) según el régimen, Colombia 2021 ..... 70

**Tabla 28.** Indicadores de gestión del riesgo (1, 2, 3 y 7) según la región, Colombia 2021 ..... 71

**Tabla 29.** Indicadores de la gestión del riesgo (4, 5 y 6) según el régimen de afiliación, Colombia 2021.... 72

**Tabla 30.** Indicadores de la gestión del riesgo (4, 5 y 6) según la región, Colombia 2021 ..... 72

## Lista de figuras

**Figura 1.** Flujograma de la obtención de los registros incluidos en los análisis epidemiológicos y de los indicadores de la gestión del riesgo en la cohorte de hepatitis C crónica, Colombia 2021 ..... 23

**Figura 2.** Población proyectada por el DANE según la entidad territorial, Colombia 2020 - 2021 ..... 25

**Figura 3.** Número de afiliados según la Empresa Administradora de Planes de Beneficios, Colombia 2021 ..... 26

**Figura 4.** Tendencia del número de casos incidentes de hepatitis C crónica según el sexo, Colombia 2017 - 2021 ..... 29

**Figura 5.** Pirámide poblacional de los casos incidentes de hepatitis C crónica, Colombia 2021 ..... 30

**Figura 6.** Tendencia del número de casos prevalentes de hepatitis C crónica, Colombia 2017 - 2021 ..... 37

**Figura 7.** Pirámide poblacional de los casos prevalentes de hepatitis C crónica, Colombia 2021 ..... 38

**Figura 8.** Distribución del grado de fibrosis hepática en los casos prevalentes de hepatitis C crónica según el tiempo de diagnóstico ..... 43

**Figura 9.** Tendencia de la incidencia cruda de la hepatitis C crónica, Colombia 2017 - 2021 ..... 46

**Figura 10.** Tendencia de la prevalencia cruda de la hepatitis C crónica, Colombia 2017 - 2021 ..... 48

**Figura 11.** Tendencia en la efectividad del tratamiento con AAD en las personas con hepatitis C crónica, Colombia 2017 - 2021 ..... 54

**Figura 12.** Tendencia del número de casos con coinfección por hepatitis C crónica y VIH según el sexo, Colombia 2017 - 2021 ..... 59

**Figura 13.** Distribución de la población con coinfección por hepatitis C crónica y VIH según la edad y el sexo, Colombia 2021 ..... 60

**Figura 14.** Tendencia de los indicadores de proceso en la gestión del riesgo (1, 2, 3 y 7), Colombia 2017 - 2021 ..... 70

**Figura 15.** Tendencia de los indicadores de resultado en la gestión del riesgo, Colombia 2017 - 2021 ..... 71

**Figura 16.** Oportunidad del tratamiento desde la fecha de diagnóstico según la región, Colombia 2020 - 2021 ..... 75

**Figura 17.** Oportunidad del tratamiento desde la fecha de diagnóstico según el régimen de afiliación, Colombia 2020 - 2021 ..... 76

**Figura 18.** Distribución de la estadificación de la fibrosis hepática según el régimen de afiliación, Colombia 2020 - 2021 ..... 76

**Figura 19.** Distribución de la estadificación de fibrosis hepática según la edad, Colombia 2020 - 2021 ..... 77

**Figura 20.** Distribución de la cirrosis hepática según el régimen de afiliación, Colombia 2020 - 2021 ..... 78

**Figura 21.** Distribución de la cirrosis hepática según la edad, Colombia 2020 - 2021 ..... 78

**Figura 22.** Distribución de la cirrosis hepática según el sexo, Colombia 2020 - 2021 ..... 79

# Introducción

La infección por el virus de la hepatitis C (VHC) crónica representa una de las principales causas de cirrosis, insuficiencia hepática y carcinoma hepatocelular en el mundo (7). Sus características genéticas han provocado fallas en el desarrollo de las vacunas, dificultando el control de la enfermedad. Los principales avances se han presentado en la prevención de la transmisión viral por medio de la tamización de la sangre donada, la esterilización adecuada de los instrumentos médicos y el surgimiento de tratamiento con antivirales de acción directa (AAD) que garantizan la curación o respuesta viral sostenida (RVS) en más del 95% de los casos (8).

Para el 2020 se estima que había 56,8 millones de infecciones por el VHC crónica en todo el mundo, correspondiente a una prevalencia global de 0,70% (IC 0,70 - 0,90%). Estas cifras revelan una disminución de 6,8 millones de infecciones en comparación con la estimación de 2015, año en el que se consideraba una prevalencia de 0,90% (IC 0,80 - 1,00%). Además, de los casos que tienen la infección a nivel global, se estima que solamente el 22,71% conocen el diagnóstico, y de estos el 4,97% reciben tratamiento con AAD (9).

En menos de la mitad de los países de América Latina se han realizado estudios de prevalencia del VHC. Las estimaciones actuales se realizan por el observatorio Polaris, basado en la recolección de datos epidemiológicos de publicaciones locales. Para Colombia se espera que aproximadamente 409.000 personas tengan la infección en el 2030. Se ha avanzado, en el desarrollo de guías clínicas para el diagnóstico y tratamiento de la infección, en la creación de un programa nacional de hepatitis virales y en la implementación de estrategias de financiamiento de los AAD, sin embargo, aún está pendiente mejorar las estrategias de tamización que no solo se enfoquen en los factores de riesgo y a la vez contar con opciones genéricas del tratamiento (10).

Entre el 1° de enero y el 31 de diciembre de 2021, aumentó en el 32,40% el reporte de casos nuevos con infección por VHC en el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), en comparación con el periodo anterior. En total, se notificaron 878 casos, los cuales representan una incidencia de 1,70 por cada 100.000 habitantes (11).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció tres objetivos de eliminación global de la hepatitis para el 2030: tratar el 80% de las personas elegibles, reducir el 90% de nuevas infecciones y el 65% de la mortalidad por hepatitis B y C (12). Según las predicciones de Polaris, con el comportamiento actual, se estima que para el 2051 Colombia logre el cumplimiento de estas metas (13).

La principal intervención establecida por el Ministerio de Salud y Protección Social colombiano fue la estrategia de negociación y compra centralizada, la cual se inició desde el 2017. Se realizaron estudios previos acerca de la demanda de tratamientos antivirales en el país, según las diferentes fuentes epidemiológicas y de financiación, que permitieron proyectar las necesidades de medicamentos de alto costo para todo el país, para posteriormente crear un acuerdo con el Fondo Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que permitió disminuir las barreras administrativas en el acceso al tratamiento y la reducción del costo entre 14 a 16 veces (14–17).

Desde la Cuenta de Alto Costo (CAC), se ha realizado el seguimiento al reporte de información de todas las EAPB de los regímenes contributivo y subsidiado. A continuación, se presentan los resultados, con el fin de fortalecer la toma de decisiones y mejorar la gestión realizada por los aseguradores y prestadores de servicios. Inicialmente, se describen las características poblacionales de las personas que fueron atendidas por el sistema de salud colombiano, se estiman las medidas de morbimortalidad, se incluye un análisis de las personas con coinfección con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), se expone el modelo de manejo médico especializado, y se analiza el comportamiento de los indicadores de la gestión del riesgo.

## Aspectos éticos y legales

Toda la información presentada en este documento corresponde al análisis de los datos obtenidos a partir del reporte obligatorio que las entidades realizaron a la CAC en cumplimiento a la Resolución 1692 de 2017 para el periodo comprendido entre el 1° de enero y el 31 de diciembre de 2021.

Su objeto es producir y difundir la información y el conocimiento útiles para la toma de decisiones, desde las perspectivas administrativa, clínica y de gestión, orientadas a la protección y la promoción de la salud, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de las enfermedades de alto costo, con el propósito de contribuir a mejorar los resultados en la salud pública e individual de los colombianos, y promover el uso eficiente y equitativo de los recursos limitados del sistema de salud; generando valor social, científico, informativo e investigativo para el país.

El contenido de este informe es el producto de un riguroso ejercicio académico correspondiente a una investigación documental retrospectiva clasificada sin riesgo, en la que se insta por la pluralidad en la obtención de la información en Colombia, garantizando que sea recolectada de fuentes de datos primarias; se administren, conserven, custodien y se mantengan en anonimato, confidencialidad, privacidad e integridad, según las normas internacionales para la investigación con seres humanos (Declaración de Helsinki, Informe Belmont y Pautas CIOMS) y la normativa colombiana establecida por la Resolución 8430 de 1993, por la que se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud y para este caso en particular, la protección de los datos clínicos derivados del manejo de la historia clínica reglamentada por la Resolución 1995 de 1999 y la Ley Estatutaria de Habeas Data 1581 de 2012, por la cual se dictan las disposiciones generales para la protección de los datos personales sancionada mediante la Ley 1581 de 2012 y reglamentada por el Decreto Nacional 1377 del 2013 que regula el manejo adecuado de los datos sensibles.

Los autores declaran la ausencia de conflictos de intereses de tipo económico, político, de prestigio académico o cualquier interés compartido.

# Aspectos metodológicos

## Generalidades del reporte

Los datos presentados corresponden a la información radicada a la CAC con corte al 31 de diciembre de 2021, por las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las EAPB (Empresas Administradoras de Planes de Beneficios) que operan en los regímenes contributivo y subsidiado, en cumplimiento de la Resolución 1692 de 2017 del Ministerio de Salud y Protección Social (14), por la cual se establece la obligatoriedad del reporte mensual de la población con hepatitis C crónica. Se obtuvo información de 23 entidades durante el periodo.

## Población de interés y periodo evaluado

La población objeto de reporte está conformada por todas las personas diagnosticadas con hepatitis C crónica afiliadas a alguna de las entidades aseguradoras durante el periodo comprendido entre el 1° de enero y el 31 de diciembre de 2021. Se incluyeron las personas diagnosticadas antes del periodo que hasta la fecha de corte no habían logrado la curación de la enfermedad, las diagnosticadas durante el periodo (casos incidentes) y los fallecidos durante el tiempo de observación.

## Calidad de la información

Los datos fueron auditados con el fin de garantizar su calidad y confiabilidad. Este proceso se desarrolló en tres fases: i) la verificación inicial realizada en la malla de validación, ii) el cruce de los datos con las fuentes externas y finalmente, iii) la auditoría de los registros contra los soportes de la historia clínica. A continuación, se describe cada una de ellas:

### Malla de validación en los sistemas de información

Su objetivo fue identificar los errores durante el reporte con el fin de retroalimentar a las entidades que lo realizan en tres aspectos: estructura, consistencia y coherencia entre las variables. Posteriormente, se obtuvieron los registros únicos mediante la aclaración de las personas coincidentes en la misma entidad o aquellos compartidos entre diferentes entidades.

### Verificación de la información con fuentes externas

Los casos fueron verificados a través del cruce de datos con la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA), en la cual se identificó la situación administrativa relacionada con el estado de afiliación y las novedades asociadas con el estado vital.

### Auditoría de campo

En este proceso, todos los casos nuevos con infección por hepatitis C crónica reportados a la CAC en el periodo, fueron validados comparando la información cargada en la plataforma SISCAC (módulo de cargue de archivo plano) contra la historia clínica y los soportes de entrega de medicamentos, con el fin de asegurar la presencia del diagnóstico y la calidad del dato de todas las variables solicitadas.

Para realizar la confirmación diagnóstica de la infección por hepatitis C crónica, se tuvo en cuenta el cumplimiento de los criterios establecidos en la vía clínica para el tratamiento de hepatitis C crónica (1), el cual fue posible confirmar en 1.306 casos.

Posterior a la auditoría, y con el ánimo de mejorar los resultados, se identificaron los aspectos relevantes a intervenir entre los aseguradores y los prestadores; estos se socializaron a través de foros y talleres de capacitación generando alertas para que las entidades tomen las acciones necesarias, orientadas a mejorar los procesos de atención.

En la **tabla 1,** se presentan los resultados de la calidad de la información desagregado por el renglón del aseguramiento, en todos ellos se observa una disminución en la calidad del dato reportado.

**Tabla 1.** Calidad de la información reportada en la cohorte de las personas con hepatitis C crónica en la auditoría según el renglón del aseguramiento, Colombia 2021

| Renglón del aseguramiento | Dato conforme (%) | Datos de no calidad (%) | Comodín de no gestión (%) | Inconsistencias general (%) |
|---|---|---|---|---|
| CCF contributivo | 96,06 | 2,84 | 1,10 | 0,00 |
| CCF subsidiado | 89,92 | 7,75 | 2,33 | 0,00 |
| Comerciales contributivo | 96,17 | 1,59 | 2,25 | 0,00 |
| Comerciales subsidiado | 93,41 | 3,49 | 3,10 | 0,03 |
| Cooperativas contributivo | 95,17 | 4,15 | 0,67 | 0,00 |
| Solidarias subsidiado | 93,07 | 4,71 | 2,22 | 0,05 |
| Indígenas y adaptadas | 85,60 | 12,84 | 1,56 | 0,17 |
| Públicas y mixtas | 95,04 | 2,98 | 1,98 | 0,00 |
| **Total general** | **95,57** | **2,54** | **1,89** | **0,00** |

[1] **Dato conforme:** dato reportado que coincide exactamente con el dato observado en los soportes.
[2] **Dato de no calidad:** dato reportado que no coincide con el observado en los soportes o que no cuenta con soportes verificables por la auditoría.
[3] **Dato con comodín:** corresponde a las variables donde la entidad reportó un comodín de no realización o desconocimiento.

En la **tabla 2** se describen los hallazgos más importantes de la auditoría y las recomendaciones dirigidas a las inconsistencias de la información.

**Tabla 2.** Hallazgos relevantes identificados durante la auditoría de la información en la cohorte de hepatitis C crónica, Colombia 2021

| Temática o hallazgo | Descripción de la temática y/o hallazgo |
|---|---|
| Registro de información en soportes | Se evidenció que en un 29,60% no está registrado el mecanismo de transmisión del virus en las historias clínicas. Razón por la cual se deben fortalecer esfuerzos desde la consulta médica para que el profesional encargado de la atención, interrogue y registre el mecanismo de trasmisión. |
| Inconsistencias | Se presentaron 4 inconsistencias durante el 2021. Dos casos no contaron con soportes para auditoría y validación de la información, y en los otros dos casos se pudo evidenciar antecedente de la enfermedad y dispensación del tratamiento, pero para el periodo se encontraban curados de la enfermedad. Por esta razón fueron excluidos del análisis. |
| Curación espontánea | Se identificaron 2 casos que presentaron curación espontanea de la enfermedad. Aunque inicialmente se realizó el diagnóstico de la infección por hepatitis C, posteriormente se descartó la cronicidad de la enfermedad, por lo cual se abordaron como infecciones agudas con auto resolución de su cuadro clínico. |
| Alta voluntaria | En el periodo se encontraron 4 casos que decidieron solicitar un alta voluntaria del programa de atención. Tres casos no aceptaron inicio del tratamiento con AAD y un caso recibió inicialmente 4 tabletas de Epclusa (velpatasvir/sofosbuvir) porque estaría fuera de la ciudad, sin embargo, no hubo adherencia al inicio del tratamiento y devolvió el tratamiento al prestador de servicios y disintió del seguimiento. |
| Abandono | El 1,16% (n= 12) de los casos se encuentran en abandono del programa de seguimiento médico. En seis casos se logró el tratamiento completo con AAD por medio de la compra centralizada, pero no fue posible realizar la carga viral de control para definir la RVS y así determinar la curación de la enfermedad. Los seis casos restantes no iniciaron tratamiento para su enfermedad y se desconoce su estado actual. |
| Suspensión de tratamiento por orden médica | Se presentó un caso en el que el médico tratante decidió suspender el tratamiento, dado que el paciente tenía un elevado riesgo de fracaso o abandono por tener antecedente de adicciones. Se decidió esperar a que se garantice la rehabilitación del paciente para dar inicio al tratamiento con AAD. |

**Tabla 2.** Hallazgos relevantes identificados durante la auditoría de la información en la cohorte de hepatitis C crónica, Colombia 2021 (continuación)

| Temática o hallazgo | Descripción de la temática y/o hallazgo |
|---|---|
| Causas de reingreso a la cohorte en 2021 | Se presentaron 58 casos de reingreso a la cohorte de la CAC. El 84,48% (n= 49) presentaron reinfección por hepatitis C crónica relacionado a práctica de conductas de riesgo. Todos los casos de reingreso tenían coinfección por VIH. El 13,79% (n= 8) corresponden a reingresos por cambio de EAPB. Uno de los casos (1,72%) reingresó después de 2 años a la cohorte, en 2019 había notificado un alta voluntaria, pero decidió acceder al tratamiento en 2021. |
| Eventos adversos al tratamiento AAD | En el total de pacientes que recibieron tratamiento con AAD no se identificaron eventos adversos asociados a los AAD. |

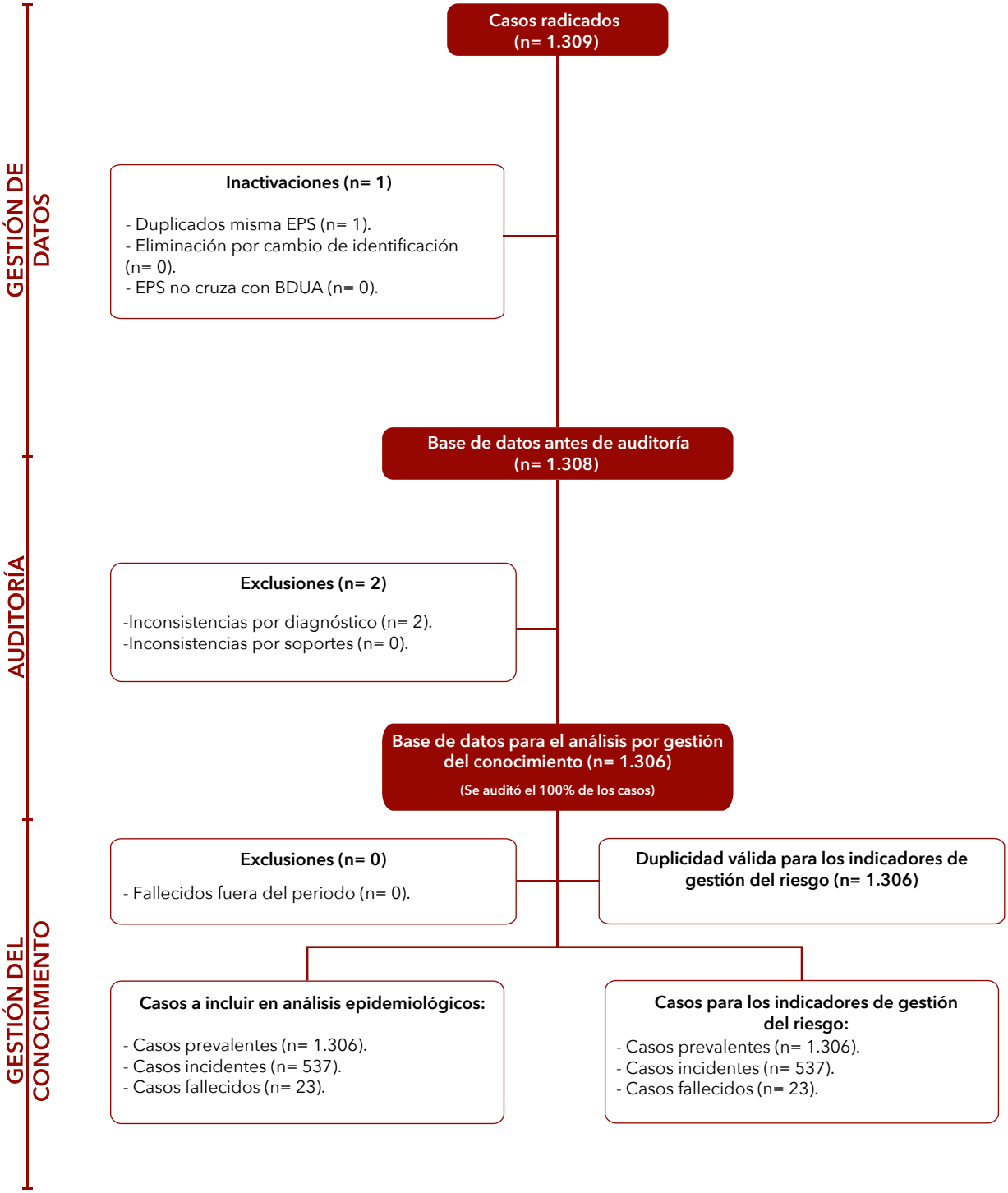
## Ajuste de los datos posterior a la auditoría

Una vez finalizada la auditoría de campo, se incorporaron los ajustes definitivos y la información fue dispuesta en una bodega de datos para realizar los análisis respectivos. Se verificaron los casos duplicados considerados como válidos y se excluyeron de los ánalisis los registros con inconsistencias (soporte o diagnóstico) y los fallecidos fuera del periodo.

En conclusión, para el periodo de interés se radicaron 1.309 registros, de los cuales 1 fue inactivado por duplicidad. Posteriormente, durante la auditoría fueron marcados con inconsistencia en el diagnóstico 2 casos. Finalmente, la base de datos contó con 1.306 pacientes.

Para realizar los análisis epidemiológicos se consideraron los casos únicos de hepatitis C crónica prevalentes (n= 1.306), de los cuales 537 son casos incidentes y 23 fallecidos. Para el análisis de los indicadores de la gestión del riesgo se tienen en cuenta todos los registros (n= 1.306), dado que no se encontraron personas con atenciones por dos entidades. En la **figura 1** se observa el proceso de consolidación de los casos a analizar en cada población.

**Figura 1.** Flujograma de la obtención de los registros incluidos en los análisis epidemiológicos y de los indicadores de la gestión del riesgo en la cohorte de hepatitis C crónica, Colombia 2021




Descargar figura

## Análisis epidemiológico

### Análisis descriptivo

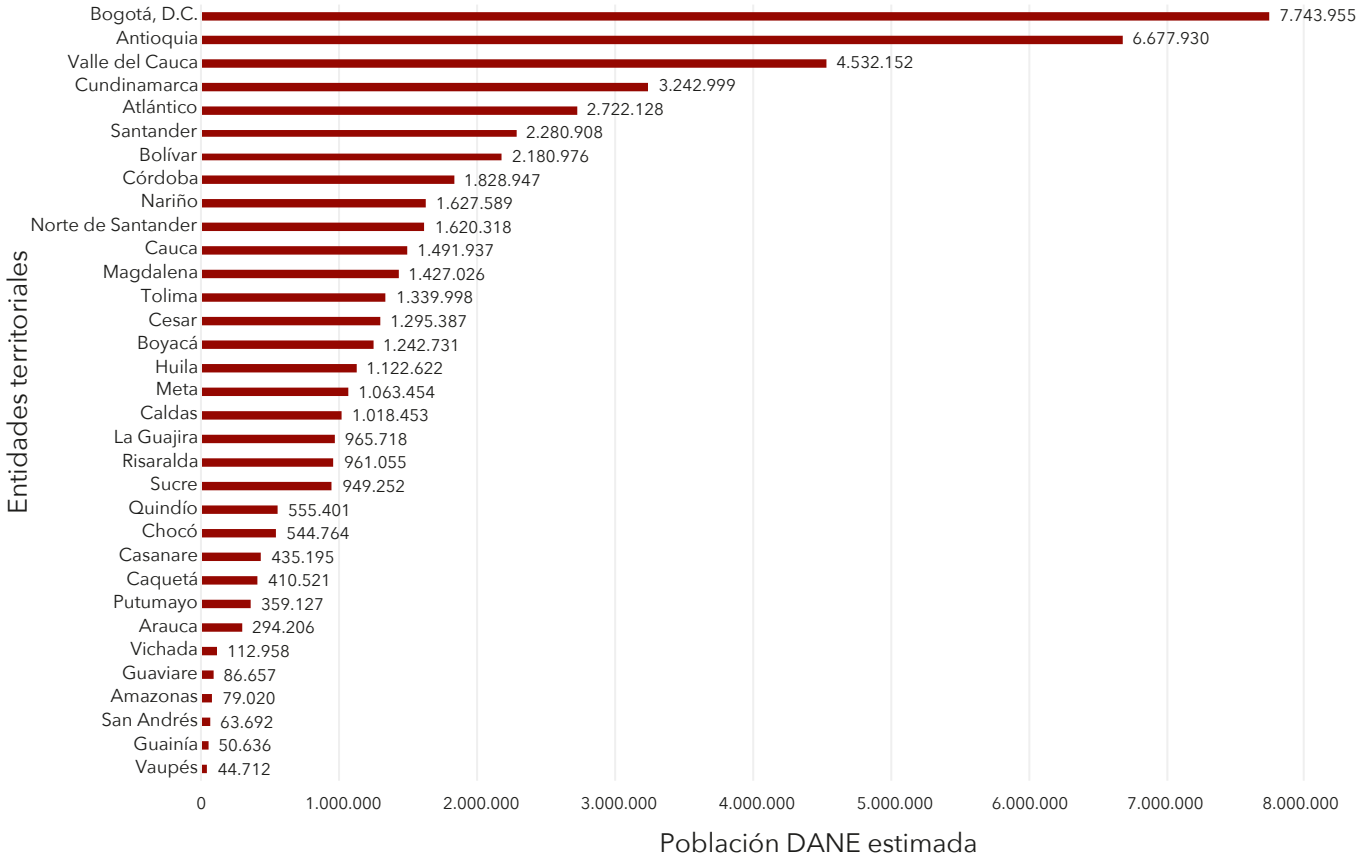
Se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y clínicas de interés. En el primer grupo se describió la edad, el sexo, la entidad territorial, el régimen de afiliación y la entidad que realizó el reporte. En el segundo se incluyeron las relacionadas con el diagnóstico (incidentes), las comorbilidades, los resultados de los laboratorios clínicos, el seguimiento a las atenciones y al tratamiento. Las cuantitativas fueron analizadas utilizando medidas de tendencia central y dispersión; y las cualitativas con frecuencias y proporciones.

### Estimación de la morbilidad y la mortalidad

Se calcularon la incidencia, la prevalencia y la mortalidad, definidas para este documento de la siguiente forma:

- Incidencia: corresponde a las personas con fecha de diagnóstico de la infección por hepatitis C crónica entre el 1° de enero y el 31 de diciembre de 2021. Se reporta como el número de casos nuevos por 100.000 habitantes o afiliados, según corresponda.
- Prevalencia: se refiere al número de personas con hepatitis C crónica reportadas durante el periodo de interés, independiente del estado vital a la fecha de corte, es decir, se calculó una prevalencia de periodo. Se informa como el número de casos por 100.000 habitantes o afiliados.
- Mortalidad: los fallecimientos se definieron con base en las novedades administrativas del reporte y el cruce con la base de datos de mortalidad de la BDUA, considerada como la fuente oficial, debido a que su información ha sido cruzada con el Registro Único de Afiliados (RUAF) de la Registraduría Nacional del Estado Civil y el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Se reporta como el número de casos fallecidos con diagnóstico de hepatitis C crónica por 100.000 habitantes o afiliados.
- Las medidas de morbimortalidad se estandarizaron por la edad, utilizando el método directo, tomando como referencia la población colombiana estimada por el DANE (n= 50.372.424) según quinquenios, con corte 30 de junio de 2021 **(figura 2).** Para ajustar las estimaciones nacionales se tomó como referencia la población proyectada por las Naciones Unidas para Latinoamérica y el Caribe para el año 2021 (18). La morbimortalidad se calculó para las regiones del país, que son definidas por el DANE según el producto interno bruto.

**Figura 2.** Población proyectada por el DANE según la entidad territorial, Colombia 2020 - 2021




**Fuente:** Departamento Administrativo Nacional de Estadística, proyección a 30 de junio de 2021.

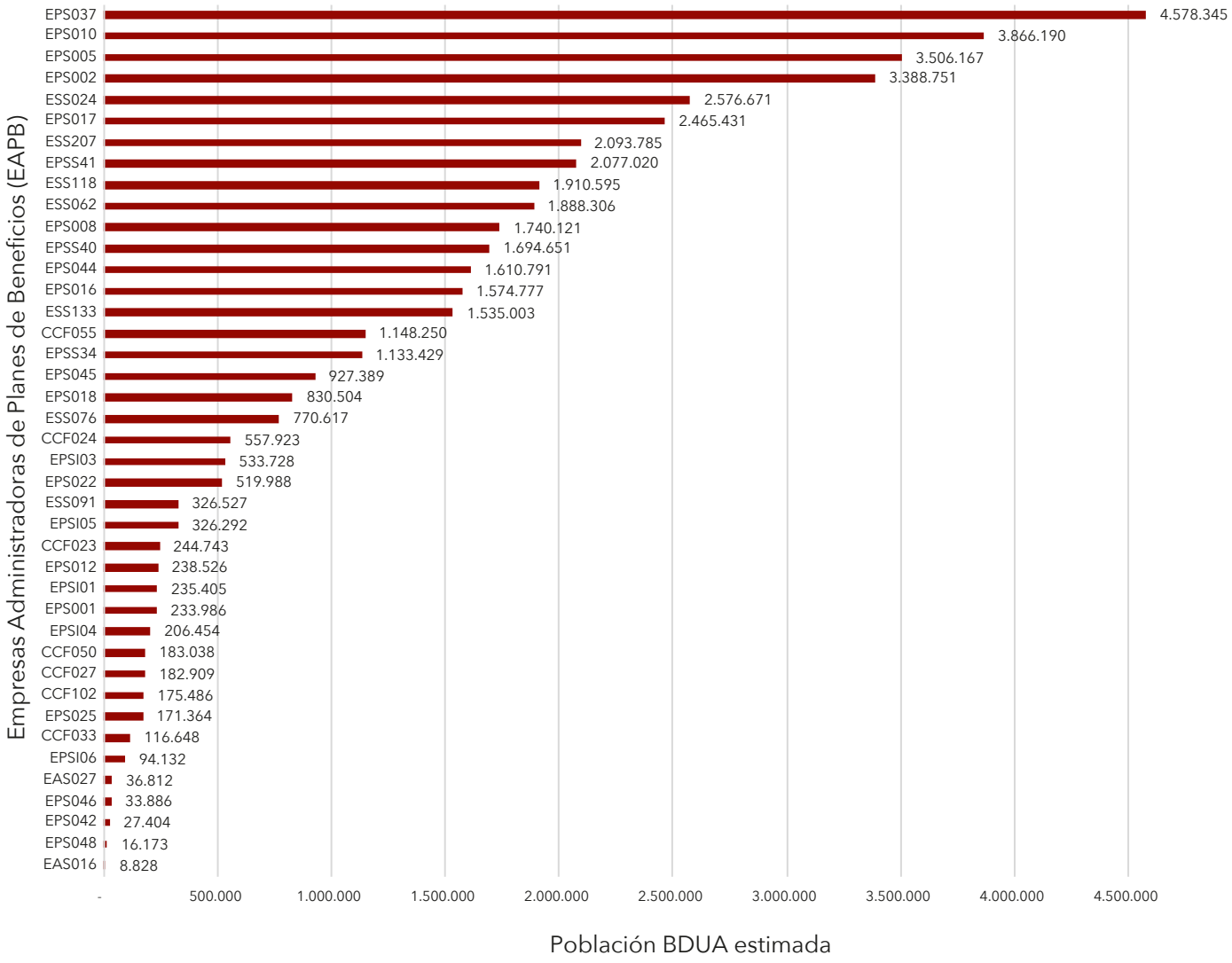
Descargar figura

Para los análisis que tuvieron como denominador la población afiliada al sistema de salud colombiano, se usó el conteo de afiliados para cada EAPB (n= 45.787.045) con corte al 30 de junio de 2021 obtenido de la BDUA **(figura 3).** Se incluyeron todas las entidades que reportaron en el periodo, independiente de su estado de existencia en el momento de la publicación de este documento. La población analizada incluyó tanto a las personas activas como a las suspendidas porque fueron susceptibles de atención en el periodo.

## Análisis de los indicadores de la gestión del riesgo

Se calcularon los 7 indicadores establecidos en la vía clínica para el tratamiento de la hepatitis C crónica o generados por el seguimiento realizado por la CAC a la compra centralizada de medicamentos, evaluando la tendencia en los periodos de medición.

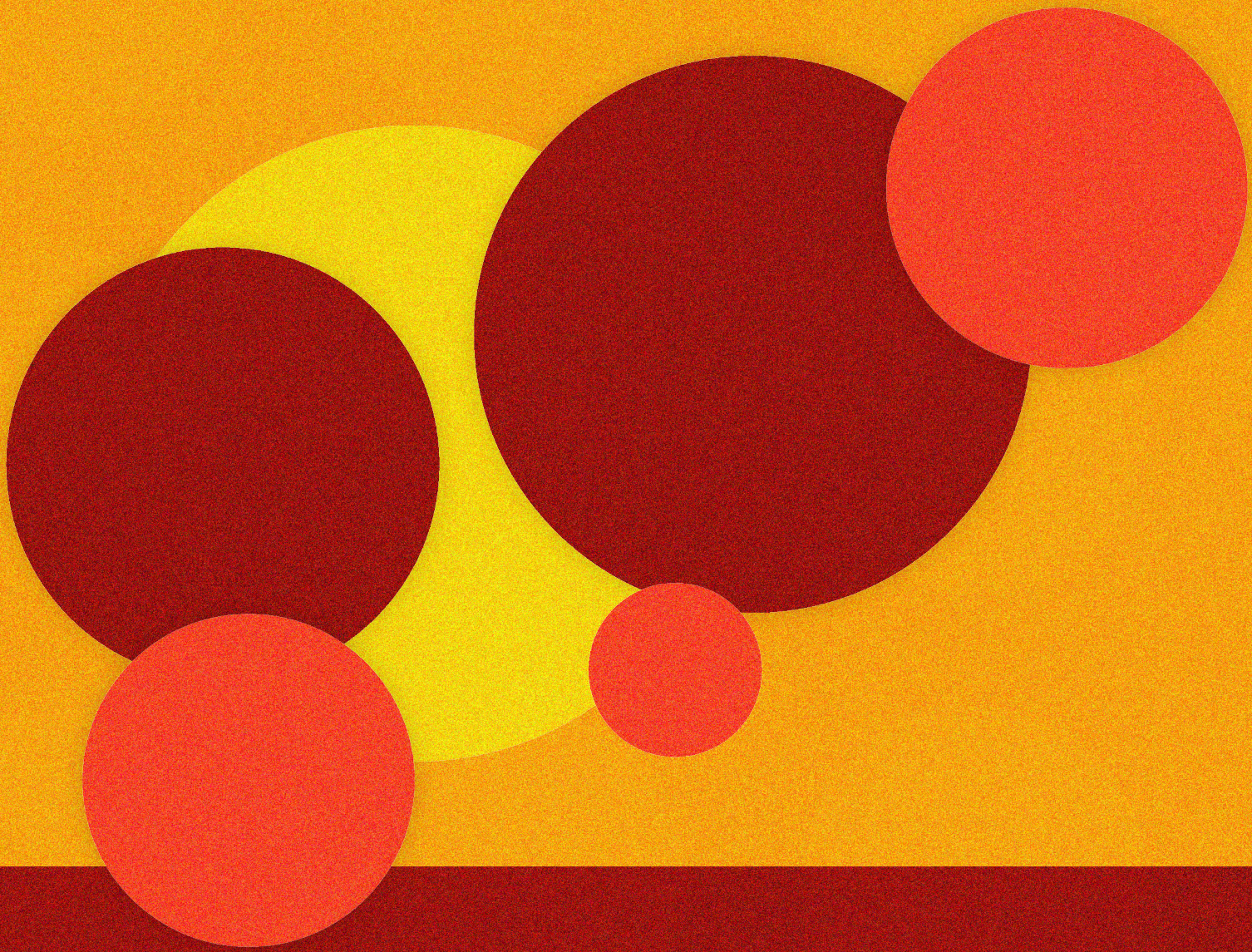
**Figura 3.** Número de afiliados según la Empresa Administradora de Planes de Beneficios, Colombia 2021




**Fuente:** Base Única de Afiliados, Ministerio de Salud y Protección Social y reporte de las entidades de los regímenes especial y excepción, corte al 30 de junio de 2021.

Descargar figura

# 1. Caracterización de los casos incidentes de hepatitis C crónica



15 AÑOS
CUENTA DE ALTO COSTO
Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo
Transformando la información en acciones para una mejor salud

# Resumen

Capítulo 1 Caracterización de los casos incidentes de hepatitis C crónica

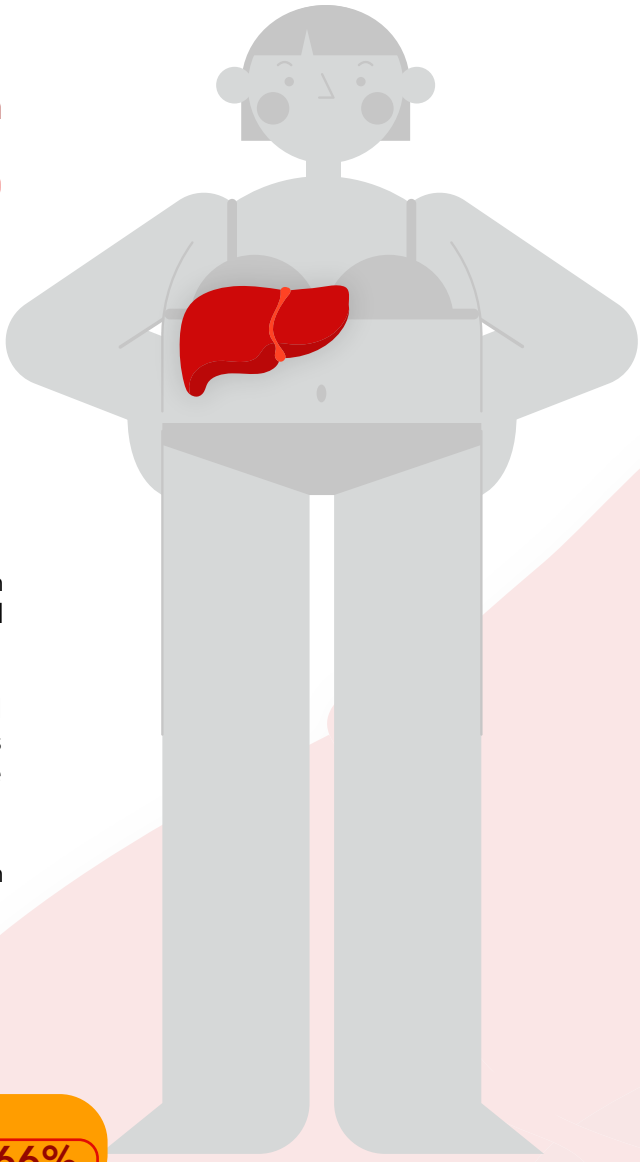
**Periodo: entre el 1° de enero y el 31 de diciembre de 2021**

## Para el 2021 se registraron

# 537 casos

## nuevos de hepatitis C crónica

**con un incremento del 71,02% respecto al año anterior.**



Según el sexo, se observó un incremento del 68,03% en la frecuencia de los casos incidentes en los hombres, pasando de 244 a 410, y en las mujeres fue de 81,43%, cambiando de 70 a 127.

## El 80,45% (n= 432) de los casos

**corresponden al régimen contributivo.** La mayoría de la población se concentró en las regiones Bogotá, D. C., (46,93%) y en la Central (25,14%).

En los hombres, el 59,51% se ubicó en los grupos de edad de 25 a 29, 30-34 y 35 a 39 años; mientras que en las mujeres la mayor frecuencia se observó en el grupo de edad de 70 a 74 años.

El 59,59% de los casos incidentes tenían coinfección con VIH y el 13,41% presentaba cirrosis.

## El principal mecanismo de transmisión es el sexual con el 49,91%, seguido por la hemotransfusión con el 12,66%.

Descargar figura

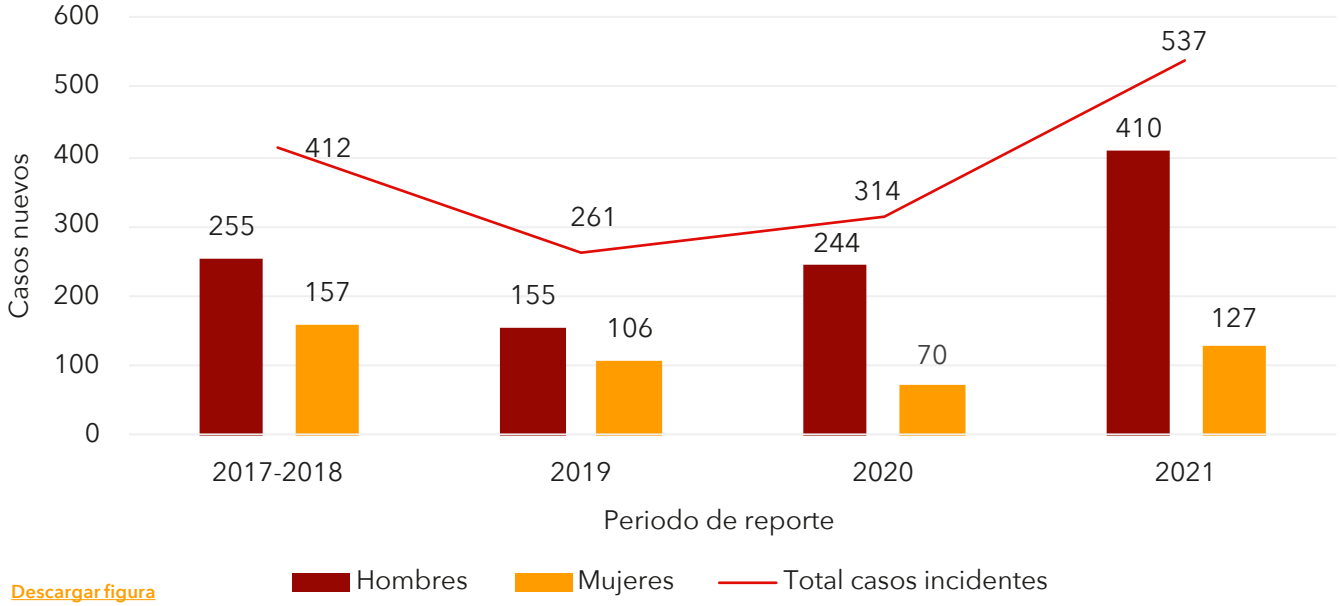
# 1. Caracterización de los casos incidentes de hepatitis C crónica

Para el periodo comprendido entre el 1° de enero y el 31 de diciembre de 2021, se informaron a la CAC 1.306 personas con diagnóstico de hepatitis C crónica, 537 fueron casos incidentes. A continuación, se describen sus principales características sociodemográficas y clínicas.

## 1.1. Caracterización demográfica de los casos incidentes de hepatitis C crónica

Aumentó en el 71,02% la identificación de casos incidentes en comparación con el periodo anterior (n= 314). Según el sexo, se observó un incremento del 68,03% en la frecuencia de casos incidentes en los hombres, pasando de 244 a 410, y en las mujeres fue de 81,43%, cambiando de 70 a 127.

**Figura 4.** Tendencia del número de casos incidentes de hepatitis C crónica según el sexo, Colombia 2017 - 2021




Descargar figura

En la **tabla 3** se presenta la caracterización general de los casos nuevos. El 80,45% (n= 432) corresponde al régimen contributivo y el 19,55% (n= 105) al subsidiado. Con relación al sexo, la mayor proporción se presentó en los hombres. La mediana de edad general fue de 38 años (RIC: 31 - 56). Según la región de residencia, la mayoría de la población se concentró en Bogotá, D. C., (46,93%) y en la Central (25,14%).

**Tabla 3.** Características sociodemográficas de los casos incidentes de hepatitis C crónica según el régimen de afiliación, Colombia 2021

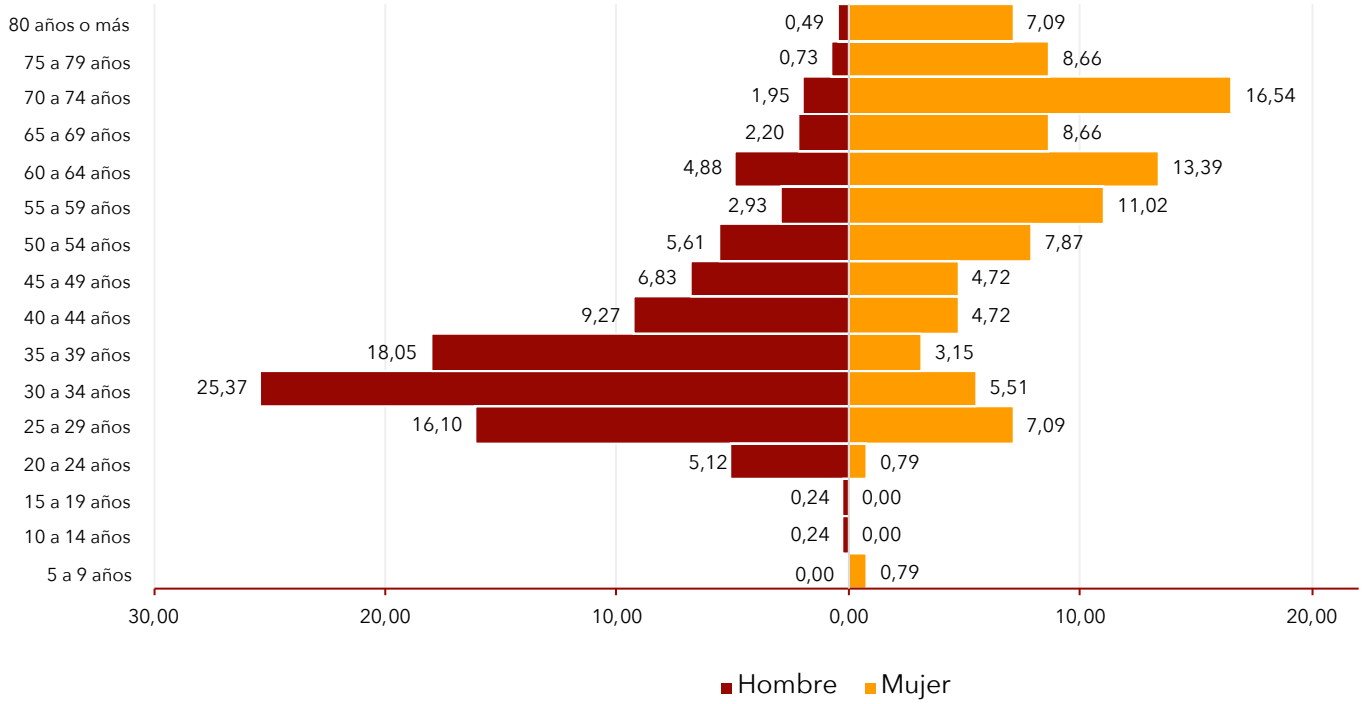
| Variables | Contributivo n (%) 432 (80,45) | Subsidiado n (%) 105 (19,55) | Total n (%) 537 (100%) |
|---|---|---|---|
| **Sexo** | | | |
| Mujer | 94 (21,76) | 33 (31,43) | 127 (23,65) |
| Hombre | 338 (78,24) | 72 (68,57) | 410 (76,35) |
| **Edad** | 39 (32 - 57) | 33 (30 - 47) | 38 (31 - 56) |
| **Región de residencia** | | | |
| Bogotá, D. C. | 246 (56,94) | 6 (5,71) | 252 (46,93) |
| Caribe | 25 (5,79) | 10 (9,52) | 35 (6,52) |
| Central | 73 (16,90) | 62 (59,05) | 135 (25,14) |
| Oriental | 30 (6,94) | 10 (9,52) | 40 (7,45) |
| Pacífica | 58 (13,43) | 17 (16,19) | 75 (13,97) |
| Amazonía/Orinoquía | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 0 (0,00) |

* Mediana (RIC).

### 1.1.1. Distribución de los casos incidentes según la edad y el sexo

El 25,37% (n= 111) de los casos incidentes pertenecía al grupo etario comprendido entre los 30 a los 34 años. Al analizar la distribución según el sexo, en los hombres el 59,51% se ubicó en los grupos de edad de 25 a 29, 30-34 y 35 a 39 años. Por su parte, en las mujeres, la mayor frecuencia (16,54%) se observó entre el grupo de edad de 70 a 74 años. Adicionalmente se reportaron dos casos incidentes en pacientes menores de 15 años **(figura 5).**

**Figura 5.** Pirámide poblacional de los casos incidentes de hepatitis C crónica, Colombia 2021




Descargar figura

### 1.1.2. Distribución de los casos incidentes por la región según el sexo

El mayor número de casos se agrupó en las regiones Bogotá, D. C., (46,93%) y en la Central (25,14%). El comportamiento es similar al desagregarlo por el sexo **(tabla 4).** En los departamentos que conforman la región de la Amazonía/Orinoquía no se reportaron casos incidentes.

**Tabla 4.** Casos incidentes de hepatitis C crónica por región según el sexo, Colombia 2021

| Región | Hombre n(%) | Mujer n(%) | Total n(%) |
|---|---|---|---|
| Bogotá, D. C. | 205 (50,00) | 47 (37,01) | 252 (46,93) |
| Central | 109 (26,59) | 26 (20,47) | 135 (25,14) |
| Pacífica | 52 (12,68 | 23 (18,11) | 75 (13,97) |
| Oriental | 24 (5,85) | 16 (12,60) | 40 (7,45) |
| Caribe | 20 (4,88) | 15 (11,81) | 35 (6,52) |
| Amazonía/Orinoquía | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 0 (0,00) |
| **Total** | **410 (100,00)** | **127 (100,00)** | **537 (100,00)** |

Las entidades con la mayor proporción de casos incidentes fueron la EPS005 (n= 143), EPS008 (n= 107) y la EPS010 (n= 50).

En la plataforma HIGIA (Hechos-Información-Gestión-Innovación-Acción) dispuesta en la página web de la CAC, se puede observar la distribución de los casos incidentes según la EAPB, el sexo, la entidad territorial, entre otros.

## 1.2. Caracterización clínica de los casos incidentes de hepatitis C crónica

La **tabla 5** describe las características clínicas de los casos incidentes según el sexo. En cuanto a las comorbilidades más relevantes como la cirrosis, se presentó en el 13,41% de los pacientes, siendo más frecuente en las mujeres (31,50%). La coinfección por VIH se presentó en el 59,59% con mayor frecuencia en los hombres (73,66%). El antecedente de trasplante hepático fue del 0,19% (n= 1); la ERC estadios 4-5 se identificó en el 1,68% (n =9); y la hepatitis B se observó en el 2,42% (n= 13).

Al analizar el mecanismo de transmisión según el sexo, en las mujeres predomina el mecanismo de hemotransfusión (36,22%) y en los hombres el sexual (61,71%). En el 25,14% de los casos incidentes, no fue posible identificar este dato. Respecto a la evaluación del grado de fibrosis hepática, se evidenció que el 14,34% de los casos se clasificó en F0, el 4,47% en F1 y el 4,47% en F2. Se resalta que en el 61,08% no se evaluó el grado de fibrosis. Además, se identificó que en el 13,41% (n= 65) de los casos se diagnosticó cirrosis hepática. Los genotipos virales más frecuentes fueron el 4 (17,88%; n= 96) y el 1B (4,66%; n= 25). No obstante, en el 75,05% (n= 388) este dato fue desconocido.

Por último, en el 8,38% (n= 45) de los casos incidentes, se observó antecedente de tratamiento para hepatitis C crónica. Entre estos, el antecedente fármaco-terapéutico reportado con mayor frecuencia fue el sofosbuvir (48,89%) seguido del ledipasvir-sofosbuvir (31,11%) asociados a una proporción de curación en episodios previos del 68,18% y 92,86% respectivamente.

**Tabla 5.** Características clínicas de los casos incidentes de hepatitis C crónica

| Variables | Hombre n (%) | Mujer n (%) | Total n (%) |
|---|---|---|---|
| **Comorbilidades** | | | |
| **Cirrosis** | | | |
| Sí | 32 (7,80) | 40 (31,50) | 72 (13,41) |
| No | 309 (75,37) | 68 (53,54) | 377 (70,20) |
| No evaluado | 69 (16,83) | 19 (14,96) | 88 (16,39) |
| **Coinfección VIH** | | | |
| Sí | 302 (73,66) | 18 (14,17) | 320 (59,59) |
| No | 82 (20,00) | 88 (69,29) | 170 (31,66) |
| No evaluado | 26 (6,34) | 21 (16,54) | 47 (8,75) |
| **Trasplante hepático** | | | |
| Sí | 0 (0,00) | 1 (0,79) | 1 (0,19) |
| No | 409 (99,76) | 126 (99,21) | 535 (99,63) |
| Sin dato | 1 (0,24) | 0 (0,00) | 1 (0,19) |
| **ERC 4 -5** | | | |
| Sí | 7 (1,71) | 2 (1,57) | 9 (1,68) |
| No | 403 (98,29) | 125 (98,43) | 528 (98,32) |
| **Hepatitis B** | | | |
| Sí | 12 (2,93) | 1 (0,79) | 13 (2,42) |
| No | 362 (88,29) | 104 (81,89) | 466 (86,78) |
| No evaluado | 36 (8,78) | 22 (17,32) | 58 (10,80) |
| **Mecanismo de transmisión** | | | |
| Transmisión sexual | 253 (61,71) | 15 (11,81) | 268 (49,91) |
| Hemotransfusión | 22 (5,37) | 46 (36,22) | 68 (12,66) |
| Uso de equipos de inyección contaminada | 36 (8,78) | 7 (5,51) | 43 (8,01) |
| Evento adverso relacionado con procedimientos de salud | 2 (0,49) | 9 (7,09) | 11 (2,05) |
| Otras formas de transmisión sanguínea | 2 (0,49) | 4 (3,15) | 6 (1,12) |
| Consumo de sustancias psicoactivas intranasales | 5 (1,22) | 0 (0,00) | 5 (0,93) |
| Exposición ocupacional | 0 (0,00) | 1 (0,79) | 1 (0,19) |
| Desconocido | 90 (21,95) | 45 (35,43) | 135 (25,14) |
| **Presencia de fibrosis hepática** | | | |
| F0 | 60 (14,63) | 17 (13,39) | 77 (14,34) |
| F1 | 20 (4,88) | 4 (3,15) | 24 (4,47) |
| F2 | 14 (3,41) | 10 (7,87) | 24 (4,47) |
| F3 | 9 (2,20) | 3 (2,36) | 12 (2,23) |
| F4 | 32 (7,80) | 40 (31,50) | 72 (13,41) |
| No tamizado | 275 (67,07) | 53 (41,73) | 328 (61,08) |
| **Cirrosis** | | | |
| Cirrosis compensada | 18 (4,39) | 23 (18,11) | 41 (7,64) |
| Cirrosis no compensada | 3 (0,73) | 7 (5,51) | 10 (1,86) |
| Cirrosis sin estadificar | 11 (2,68) | 10 (7,87) | 21 (3,91) |
| No tamizado | 69 (16,83) | 19 (14,96) | 88 (16,39) |
| Sin cirrosis | 309 (75,37) | 68 (53,54) | 377 (70,20) |

[1] Clasificación de la fibrosis hepática según la escala de Metavir. Se tuvieron en cuenta los resultados de test como el fibroscan, fibrotest, FIB4, APRI y en menor proporción la biopsia hepática.

**Tabla 5.** Características clínicas de los casos incidentes de hepatitis C crónica (continuación)

| Variables | Hombre n (%) | Mujer n (%) | Total n (%) | |
|---|---|---|---|---|
| **Genotipo** | | | | |
| 1A | 15 (3,66) | 8 (6,30) | 23 (4,28) | |
| 1B | 8 (1,95) | 17 (13,39) | 25 (4,66) | |
| 2 | 0 (0,00) | 4 (3,15) | 4 (0,74) | |
| 3 | 1 (0,24) | 0 (0,00) | 1 (0,19) | |
| 4 | 95 (23,17) | 1 (0,79) | 96 (17,88) | |
| Desconocido | 291 (70,89) | 97 (76,38) | 388 (72,25) | |
| **Tratamiento previo** | | | | |
| Sí | 44 (10,73) | 1 (0,79) | 45 (8,38) | |
| No | 366 (89,27) | 123 (99,21) | 492 (91,62) | |
| **Total** | **410 (100,00)** | **127 (100,00)** | **537 (100,00)** | |

[1] Clasificación de la fibrosis hepática según la escala de Metavir. Se tuvieron en cuenta los resultados de test como el fibroscan, fibrotest, FIB4, APRI y en menor proporción la biopsia hepática.

### 1.2.1. Características clínicas de los casos incidentes de hepatitis C crónica según el genotipo

El 27,74% de las personas incidentes tienen reporte de genotipificacion, el más frecuente fue el genotipo 4 (n= 96) seguido por el 1b (n= 25). Al comparar las características de estos grupos se identifica que aquellos con el genotipo 1b son 68,00% mujeres, con una mediana de edad de 62 años (RIC 51,00 - 67,00), sin casos de coinfección por VHB y con coinfección con VIH en un 20% de los casos; el 40,00% presenta cirrosis. Respecto a quienes tienen el genotipo 4, el 98,96% son hombres con edad mediana de 34 (29,75 - 41,00), sin casos de cirrosis, pero con 3 casos con ERC en estadios 4-5. Solo un caso incidente, sin genotipificación tenía antecedente de trasplante hepático. El mecanismo de transmisión más frecuente en los pacientes con el genotipo 1b fue por hemo-transfusión (44,00%), en contraste, para quienes tenían el genotipo 4 la vía más frecuente fue sexual (89,85%).

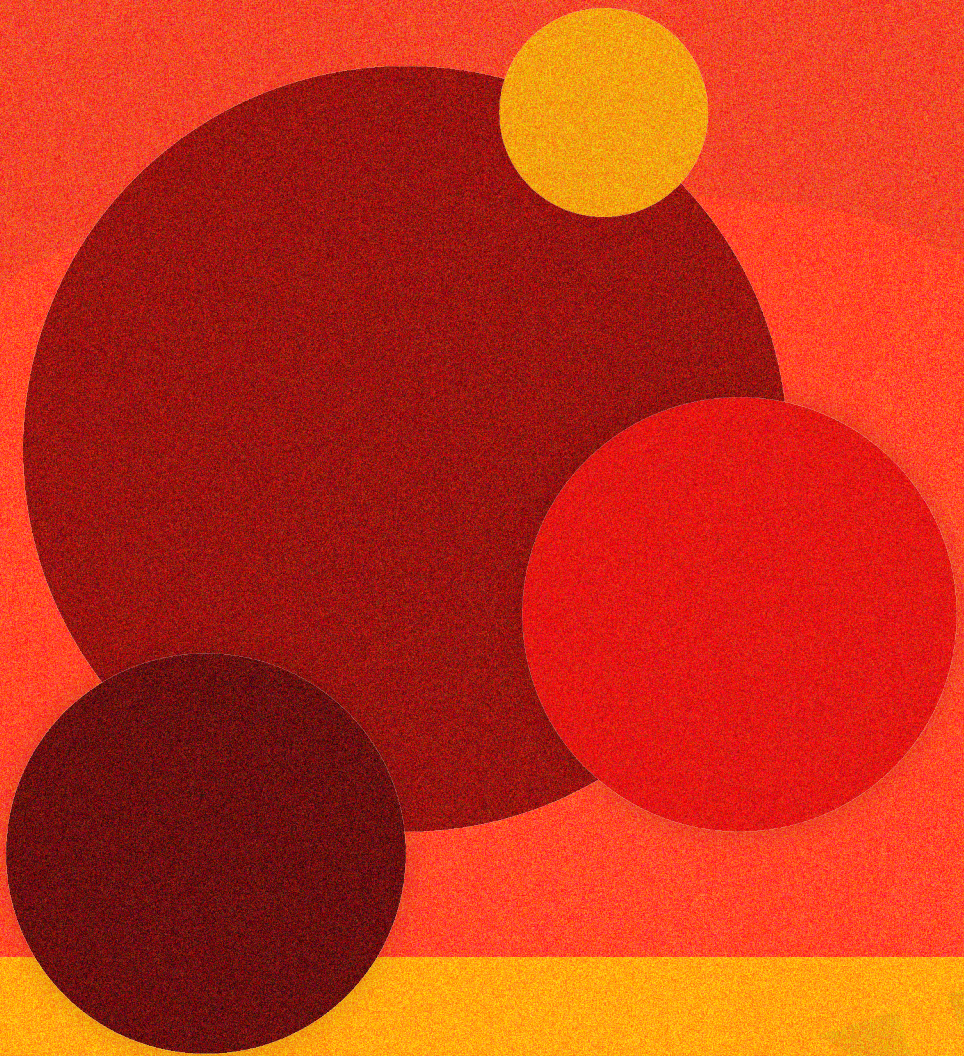
**Tabla 6.** Características clínicas de los casos incidentes de hepatitis C crónica según el genotipo

| Variables | 1a n(%) | 1b n(%) | 2 n(%) | 3a n(%) | 4 n(%) | Sin dato n(%) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Sexo** | | | | | | |
| Hombre | 15 (65,22) | 8 (32,00) | 0 (0,00) | 1 (100,00) | 95 (98,96) | 291 (75,00) |
| Mujer | 8 (34,78) | 17 (68,00) | 4 (100,00) | 0 (0,00) | 1 (1,04) | 97 (25,00) |
| **Mediana de edad (RIC)** | 39 (32,50-49,00) | 62 (51,00-67,00) | 63 (59,50-67,00) | 61 (61,00-61,00) | 34 (29,75-41,00) | 38 (31,00-57,00) |
| **Coinfección VIH** | | | | | | |
| Sí | 17 (73,91) | 5 (20,00) | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 94 (97,92) | 204 (52,58) |
| No | 5 (21,74) | 14 (56,00) | 3 (75,00) | 0 (0,00) | 2 (2,08) | 146 (37,63) |
| No evaluado | 1 (4,35) | 6 (24,00) | 1 (25,00) | 1 (100,00) | 0 (0,00) | 38 (9,79) |
| **Coinfección VHB** | | | | | | |
| Sí | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 3 (3,12) | 10 (2,58) |
| No | 16 (69,57) | 21 (84,00) | 3 (75,00) | 0 (0,00) | 93 (96,88) | 333 (85,82) |
| No evaluado | 7 (30,43) | 4 (16,00) | 1 (25,00) | 1 (100,00) | 0 (0,00) | 45 (11,60) |
| **Presencia de fibrosis hepática** | | | | | | |
| F0 | 5 (21,74) | 5 (20,00) | 3 (75,00) | 0 (0,00) | 13 (13,54) | 51 (13,14) |

**Tabla 6.** Características clínicas de los casos incidentes de hepatitis C crónica según el genotipo (continuación)

| Variables | 1a n(%) | 1b n(%) | 2 n(%) | 3a n(%) | 4 n(%) | Sin dato n(%) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| F1 | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 3 (3,12) | 21 (5,41) |
| F2 | 0 (0,00) | 1 (4,00) | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 6 (6,25) | 17 (4,38) |
| F3 | 1 (4,35) | 1 (4,00) | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 2 (2,08) | 8 (2,06) |
| F4 | 0 (0,00) | 10 (40,00) | 1 (25,00) | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 61 (15,72) |
| Sin dato | 17 (73,91) | 8 (32,00) | 0 (0,00) | 1 (100,00) | 72 (75,00) | 230 (59,28) |
| **Cirrosis** | | | | | | |
| Compensada (A) | 0 (0,00) | 6 (24,00) | 1 (25,00) | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 34 (8,76) |
| No compensada (B-C) | 0 (0,00) | 3 (12,00) | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 7 (1,80) |
| Cirrosis sin estadificar | 0 (0,00) | 1 (4,00) | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 20 (5,15) |
| No tiene cirrosis | 19 (82,61) | 14 (56,00) | 3 (75,00) | 1 (100,00) | 95 (98,96) | 245 (63,14) |
| No tamizado | 4 (17,39) | 1 (4,00) | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 1 (1,04) | 82 (21,13) |
| **ERC 4-5** | | | | | | |
| Sí | 1 (4,35) | 1 (4,00) | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 3 (3,12) | 4 (1,03) |
| No | 22 (95,65) | 24 (96,00) | 4 (100,00) | 1 (100,00) | 93 (96,88) | 384 (98,97) |
| Sin dato | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 0 (0,00) |
| **Trasplante hepático** | | | | | | |
| Sí | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 1 (0,26) |
| No | 23 (100,00) | 25 (100,00) | 4 (100,00) | 1 (100,00) | 95 (98,96) | 387 (99,74) |
| Sin dato | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 1 (1,04) | 0 (0,00) |
| **Mecanismo de transmisión** | | | | | | |
| Transmisión sexual | 13 (56,52) | 5 (20,00) | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 86 (89,58) | 164 (42,27) |
| Hemotransfusión | 3 (13,04) | 11 (44,00) | 4 (100,00) | 1 (100,00) | 0 (0,00) | 49 (12,63) |
| Uso de equipos de inyección contaminada | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 43 (11,08) |
| Evento adverso relacionado con procedimientos de salud | 0 (0,00) | 1 (4,00) | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 10 (2,58) |
| Otras formas de transmisión sanguínea | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 1 (1,04) | 5 (1,29) |
| Consumo de sustancias psicoactivas intranasales | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 5 (1,29) |
| Exposición ocupacional | 0 (0,00) | 1 (4,00) | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 0 (0,00) |
| Transmisión materno infantil | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 0 (0,00) |
| Desconocido | 7 (30,43) | 7 (28,00) | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 9 (9,38) | 112 (28,87) |
| **Tratamiento previo** | | | | | | |
| Sí | 6 (26,09) | 1 (4,00) | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 22 (22,92) | 16 (4,12) |
| No | 17 (73,91) | 24 (96,00) | 4 (100,00) | 1 (100,00) | 74 (77,08) | 372 (95,88) |
| **Total** | **23 (4,28)** | **25 (4,66)** | **4 (0,74)** | **1 (0,19)** | **96 (17,88)** | **388 (72,25)** |

# 2. Caracterización de los casos prevalentes de hepatitis C crónica



15 AÑOS
CUENTA DE ALTO COSTO
Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo
Transformando la información en acciones para una mejor salud

# Resumen

Capítulo 2 Caracterización de los casos prevalentes de hepatitis C crónica

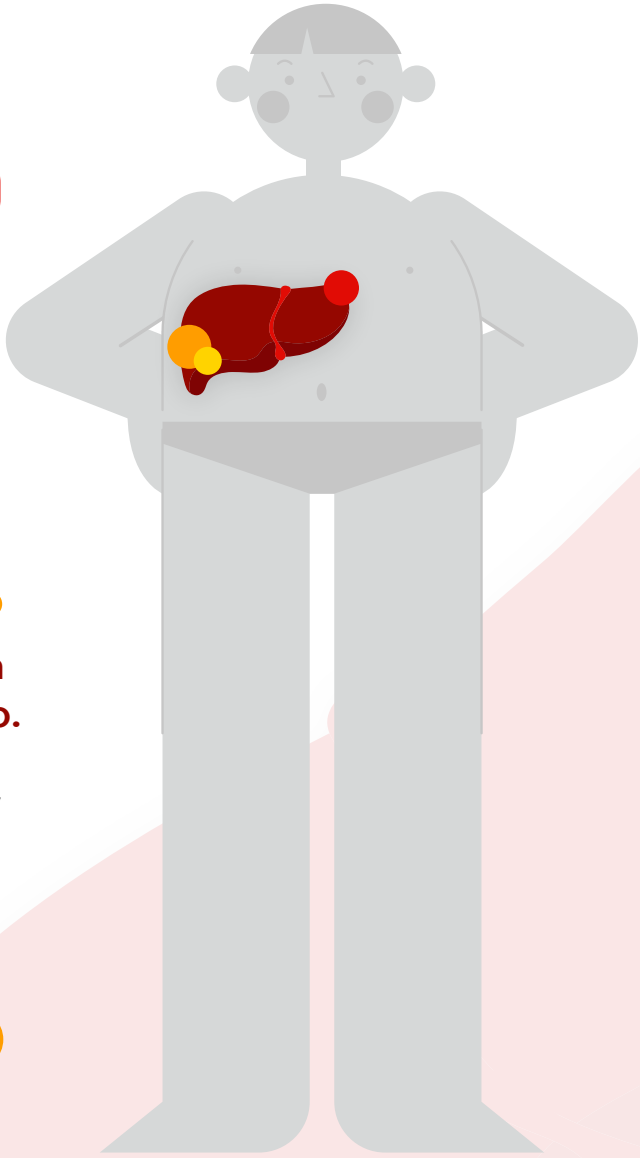
**Periodo: entre el 1° de enero y el 31 de diciembre de 2021**

Para el 2021 se registraron

**1.306 casos** prevalentes de

**hepatitis C crónica, lo que corresponde a un aumento del 108,63% con respecto al 2020.**

La mayor proporción de casos prevalentes se presentó en los hombres (76,57%); la mediana de edad general fue de 38,50 años (RIC: 31 - 56).



Las regiones con la mayor proporción de

**casos prevalentes son**

**Bogotá, D.C.**

**(55,18%) para el régimen contributivo, y la región Central (57,79%) para el subsidiado.**

En las mujeres predominó el genotipo 1B (14,71%, n= 45), mientras que en los hombres fue el 4 (22,10%, n= 221).

El principal

**mecanismo** de

**infección en los hombres**

**es la transmisión sexual (63,50%). En las mujeres prevalece la transmisión por hemotransfusión (36,93%).**

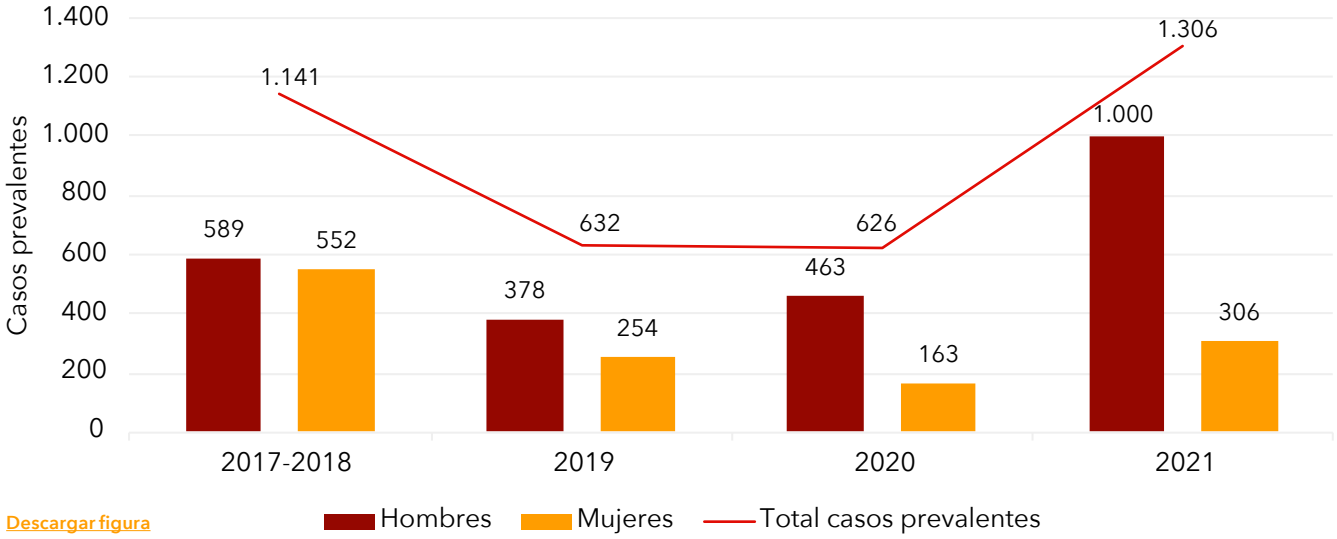
Descargar figura

# 2. Caracterización de los casos prevalentes de hepatitis C crónica

## 2.1. Caracterización demográfica de los casos prevalentes de hepatitis C crónica

Entre el 1° de enero y 31 de diciembre del 2021, se identificaron 1.306 casos prevalentes de hepatitis C crónica, lo que representa un aumento del 108,63% (n= 680) con respecto al 2020; al desagregar por el sexo, el incremento fue de 115,98% (n= 537) en los hombres y 87,73% (n= 143) en las mujeres.

**Figura 6.** Tendencia del número de casos prevalentes de hepatitis C crónica, Colombia 2017 - 2021




Descargar figura

La **tabla 7** describe las características sociodemográficas de los casos prevalentes con hepatitis C crónica. La mayoría se concentraron en el régimen contributivo con un 81,32% (n= 1.062) y en menor proporción en el subsidiado con el 18,68% (n= 244).

Según el sexo, la mayor proporción corresponde a los hombres (76,57%), la mediana de edad general fue de 38,50 (RIC: 31 - 56). Las regiones con la mayor proporción de casos prevalentes son Bogotá, D. C., (55,18%) para el régimen contributivo, y la Central (57,79%) para el subsidiado.

**Tabla 7.** Características sociodemográficas de los casos prevalentes de hepatitis C crónica según el régimen de afiliación

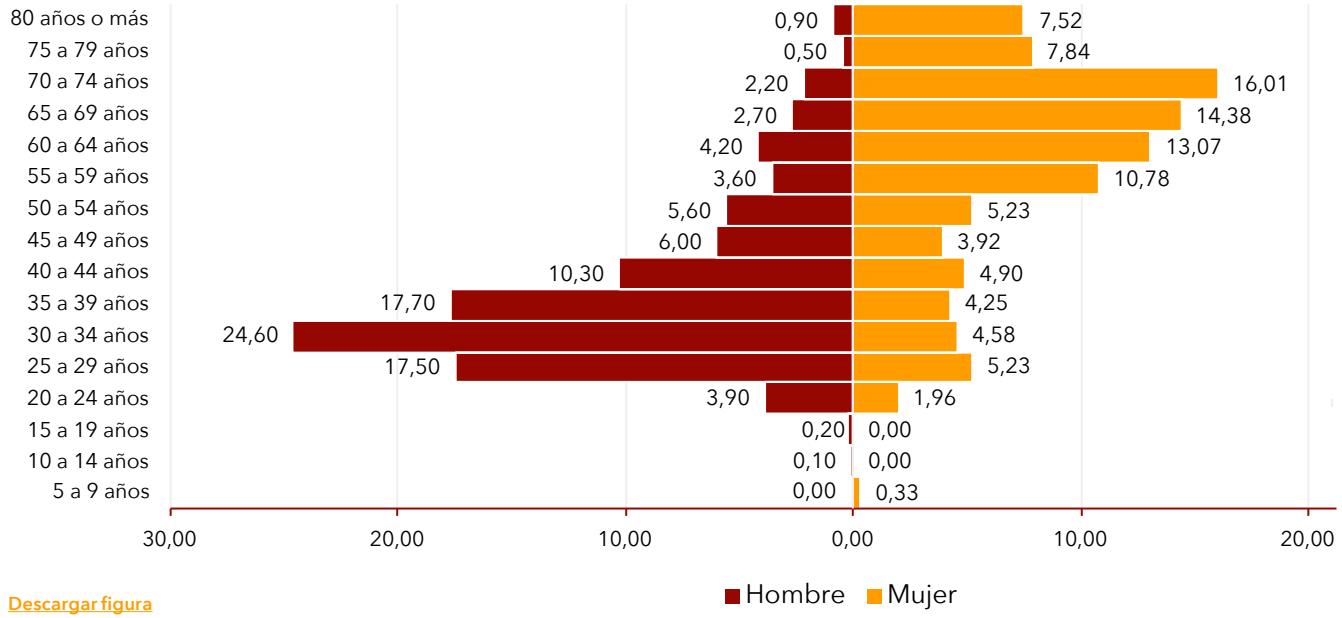
| Variables | Contributivo n (%) 1.062 (81,32) | Subsidiado n (%) 244 (18,68) | Total n (%) 1.306 (100,00) |
|---|---|---|---|
| **Sexo** | | | |
| Mujer | 231 (21,75) | 75 (30,74) | 306 (23,43) |
| Hombre | 831 (78,25) | 169 (69,26) | 1.000 (76,57) |
| **Edad*** | 39 (31 - 57) | 36 (30,50 - 53,50) | 38,50 (31 - 56) |
| **Región de residencia** | | | |
| Bogotá, D. C. | 586 (55,18) | 16 (6,56) | 602 (46,09) |
| Central | 217 (20,43) | 141 (57,79) | 358 (27,41) |
| Pacífica | 117 (11,02) | 27 (11,07) | 144 (11,03) |
| Caribe | 66 (6,21) | 40 (16,39) | 106 (8,12) |
| Oriental | 74 (6,97) | 20 (8,20) | 94 (7,20) |
| Amazonía/Orinoquía | 2 (0,19) | 0 (0,00) | 2 (0,15) |

* Mediana (RIC).

### 2.1.1. Distribución de los casos prevalentes según la edad y el sexo

La distribución por la edad según el sexo se mantiene similar a lo reportado en el periodo anterior. El 24,60% (n= 246) de los hombres incidentes se concentraron en el grupo etario de 30 a 34 años. En las mujeres, el 16,01% se agrupó entre los 70 a 74 años (n= 49) **(figura 7).**

**Figura 7.** Pirámide poblacional de los casos prevalentes de hepatitis C crónica, Colombia 2021




Descargar figura

### 2.1.2. Distribución de los casos prevalentes según la región y el sexo

Tanto en los hombres como en las mujeres, los casos se concentran principalmente en las regiones Bogotá, D. C., (hombres: 49,50%, mujeres: 34,97%) y en la Central (hombres: 29,50%, mujeres: 20,59%). En la Amazonía/Orinoquía se reportó únicamente una persona de cada sexo con la infección **(tabla 8).**

**Tabla 8.** Casos prevalentes de hepatitis C crónica por la región según el sexo, Colombia 2021

| Región | Hombre n(%) | Mujer n(%) | Total n(%) |
|---|---|---|---|
| Bogotá, D. C. | 495 (49,50) | 107 (34,97) | 602 (46,09) |
| Central | 295 (29,50) | 63 (20,59) | 358 (27,41) |
| Pacífica | 86 (8,60) | 58 (18,95) | 144 (11,03) |
| Caribe | 59 (5,90) | 47 (15,36) | 106 (8,12) |
| Oriental | 64 (6,40) | 30 (9,80) | 94 (7,20) |
| Amazonía/Orinoquía | 1 (0,10) | 1 (0,33) | 2 (0,15) |
| **Total** | **1.000 (100,00)** | **306 (100,00)** | **1.306 (100,00)** |

En las entidades EPS005 (n= 303), EPS008 (n= 216) y EPS010 (n= 166) se identificaron las mayores proporciones de casos prevalentes para el periodo de estudio.

La distribución de estos según la EAPB, la entidad territorial y el municipio se pueden observar en la plataforma HIGIA (Hechos-Información-Gestión-Innovación-Acción) dispuesta en la página web de la CAC.

## 2.2. Caracterización clínica de los casos prevalentes de hepatitis C crónica

La **tabla 9** describe las características clínicas según el sexo. El 14,78% (n= 193) de los casos fueron diagnosticados con cirrosis, el 75,90% (n= 759) de los hombres tenía coinfección con VIH, mientras que solo el 10,46% de las mujeres tenía coinfección VHC-VIH. 3 pacientes (0,23%) tenían historia de trasplante de hígado. El 4,25% (n= 13) de las mujeres y el 1,90% (n= 19) de los hombres, se reportaron en ERC estadios 4-5. Mientras que la coinfección con hepatitis B, fue más frecuente en estos últimos, con 2,90% (n= 29) y 0,98% (n= 3) respectivamente.

En los hombres predominó el mecanismo por transmisión sexual (63,50%, n= 635), mientras que en las mujeres fue la hemotransfusión (36,93%, n= 113). En el 26,49% (n= 346) de los casos no hay información sobre el mecanismo en la historia clínica.

Con relación al grado de fibrosis hepática, fue mayor la frecuencia del estadio F4 en las mujeres con el 33,01% (n= 101) en comparación con los hombres con el 9,20% (n= 92). Se destaca que el 56,81% (n= 827) de los casos no fueron tamizados. La cirrosis se presentó con mayor frecuencia en mujeres (33,01%, n= 101).

El genotipo viral más prevalente fue el 4 con una frecuencia del 17,15% (n= 224) en la población general. En las mujeres predominó el genotipo 1B (14,71%, n= 45), mientras que en los hombres fue el 4 (22,10%, n= 221). En el 70,14% de los casos no se reportó dato de genotipificación.

Finalmente, el 8,88% de los casos prevalentes, presentaron antecedente de tratamiento previo para hepatitis C crónica Entre estos, los esquemas reportados con mayor frecuencia fueron el sofosbuvir (30,17%) seguido por ledipasvir-sofosbuvir (24,14%) y el interferon pegilado/ribavirina (13,79%). Entre los pacientes reportados que recibieron cada uno de estos esquemas, la proporción de curación en los episodios previos fue del 60,00%, 92,86% y 12,50% respectivamente.

**Tabla 9.** Características clínicas de los casos prevalentes de hepatitis C crónica

| Variables | Hombre n (%) | Mujer n (%) | Total n (%) |
|---|---|---|---|
| **Comorbilidades** | | | |
| **Cirrosis** | | | |
| Sí | 92 (9,20) | 101 (33,01) | 193 (14,78) |
| No | 755 (75,50) | 156 (50,98) | 911 (69,75) |
| No evaluado | 153 (15,30) | 49 (16,01) | 202 (15,47) |
| **Coinfección VIH** | | | |
| Sí | 759 (75,90) | 32 (10,46) | 791 (60,57) |
| No | 191 (19,10) | 230 (75,16) | 421 (32,24) |
| No evaluado | 50 (5,00) | 44 (14,38) | 94 (7,20) |
| **Trasplante hepático** | | | |
| Sí | 2 (0,20) | 1 (0,33) | 3 (0,23) |
| No | 997 (99,70) | 304 (99,35) | 1.301 (99,62) |
| Sin dato | 1 (0,10) | 1 (0,33) | 2 (0,15) |
| **ERC 4 -5** | | | |
| Sí | 19 (1,90) | 13 (4,25) | 32 (2,45) |
| No | 980 (98,00) | 292 (95,42) | 1.272 (97,40) |
| Sin dato | 1 (0,10) | 1 (0,33) | 2 (0,15) |
| **Hepatitis B** | | | |
| Sí | 29 (2,90) | 3 (0,98) | 32 (2,45) |

[1] Mediana (RIC).

[2] Clasificación de la fibrosis hepática según la escala de Metavir. Se tuvieron en cuenta los resultados de test como el fibroscan, fibrotest, FIB4, APRI y en menor proporción la biopsia hepática.

**Tabla 9.** Características clínicas de los casos prevalentes de hepatitis C crónica (continuación)

| Variables | Hombre n (%) | Mujer n (%) | Total n (%) |
|---|---|---|---|
| No | 884 (88,40) | 266 (86,93) | 1.150 (88,06) |
| No evaluado | 87 (8,70) | 37 (12,09) | 124 (9,49) |
| **Mecanismo de transmisión** | | | |
| Transmisión sexual | 635 (63,50) | 25 (8,17) | 660 (50,54) |
| Hemotransfusión | 65 (6,50) | 113 (36,93) | 178 (13,63) |
| Uso de equipos de inyección contaminada | 60 (6,00) | 17 (5,56) | 77 (5,90) |
| Otras formas de transmisión sanguínea | 9 (0,90) | 11 (3,59) | 20 (1,53) |
| Evento adverso relacionado con procedimientos de salud | 4 (0,40) | 11 (3,59) | 15 (1,15) |
| Consumo de sustancias psicoactivas intranasales | 6 (0,60) | 0 (0,00) | 6 (0,46) |
| Exposición ocupacional | 0 (0,00) | 4 (1,31) | 4 (0,31) |
| Desconocido | 221 (22,10) | 125 (40,85) | 346 (26,49) |
| **Presencia de fibrosis hepática** | | | |
| F0 | 152 (15,20) | 39 (12,75) | 191 (14,62) |
| F1 | 67 (6,70) | 22 (7,19) | 89 (6,81) |
| F2 | 39 (3,90) | 24 (7,84) | 63 (4,82) |
| F3 | 17 (1,70) | 11 (3,59) | 28 (2,14) |
| F4 | 92 (9,20) | 101 (33,01) | 193 (14,78) |
| Desconocido | 633 (63,30) | 109 (35,62) | 742 (56,81) |
| **Cirrosis** | | | |
| Cirrosis compensada | 44 (4,40) | 57 (18,63) | 101 (7,73) |
| Cirrosis no compensada | 15 (1,50) | 18 (5,88) | 33 (2,53) |
| Cirrosis sin estadificar | 33 (3,30) | 26 (8,50) | 59 (4,52) |
| Sin cirrosis | 755 (75,50) | 156 (50,98) | 911 (69,75) |
| No tamizado | 153 (15,30) | 49 (16,01) | 202 (15,47) |
| **Genotipo** | | | |
| 1A | 49 (4,90) | 15 (4,90) | 64 (4,90) |
| 1B | 39 (3,90) | 45 (14,71) | 84 (6,43) |
| 2 | 4 (0,40) | 7 (2,29) | 11 (0,84) |
| 3A | 6 (0,60) | 1 (0,33) | 7 (0,54) |
| 4 | 221 (22,10) | 3 (0,98) | 224 (17,15) |
| Desconocido | 681 (68,10) | 235 (76,80) | 916 (70,14) |
| **Tratamiento previo** | | | |
| Sí | 95 (9,50) | 21 (6,86) | 116 (8,88) |
| No | 905 (90,50) | 285 (93,14) | 1.190 (91,12) |
| **Total** | **1.000 (100,00)** | **306 (100,00)** | **1.306 (100,00)** |

[1] Mediana (RIC).

[2] Clasificación de la fibrosis hepática según la escala de Metavir. Se tuvieron en cuenta los resultados de test como el fibroscan, fibrotest, FIB4, APRI y en menor proporción la biopsia hepática.

### 2.2.1. Características clínicas de los casos prevalentes de hepatitis C crónica según el genotipo

El 29,87% de los pacientes prevalentes tienen reporte de genotipificacion, el más frecuente fue el genotipo 4 (n= 224) seguido por el 1b (n= 84). El 53,57% de aquellos que tienen el genotipo 1b son mujeres, con una mediana de edad de 62 (RIC 42,75 - 72,00), con coinfección con VHB en el 2,38% y con VIH en el 22,62%, el

34,52% con cirrosis, en su mayoría compensada. Respecto a quienes tienen el genotipo 4, el 98,66% son hombres con 35 años (RIC 31,00 - 42,00); en el 97,77% de ellos se reportó coinfección con VIH y en el 2,68% con VHB, 5 casos (2,23%) han progresado a cirrosis y 3 (1,34%) tiene ERC estadios 4-5. Respecto al mecanismo de transmisión, se observó que el 40,48% de los pacientes con genotipo 1b se contagió por hemotransfusión, mientras que en el 81,25% se reportó transmisión sexual.

**Tabla 10.** Características clínicas de los casos prevalentes de hepatitis C crónica según el genotipo

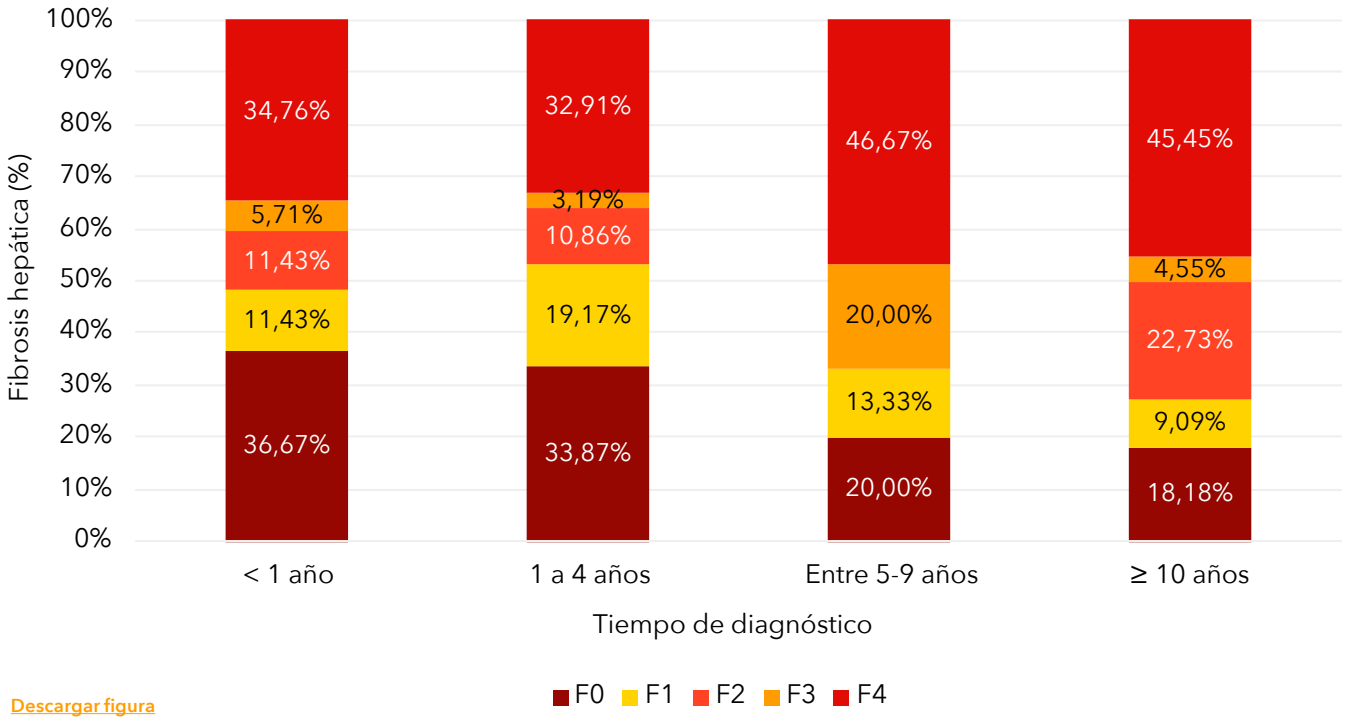
| Variables | 1a n (%) | 1b n (%) | 2 n (%) | 3a n (%) | 4 n (%) | Sin dato n (%) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Sexo** | | | | | | |
| Hombre | 49 (76,56) | 39 (46,43) | 4 (36,36) | 6 (85,71) | 221 (98,66) | 681 (74,34) |
| Mujer | 15 (23,44) | 45 (53,57) | 7 (63,64) | 1 (14,29) | 3 (1,34) | 235 (25,66) |
| **Mediana de edad (RIC)** | 39 (32,00 -44,00) | 62 (42,75-70,00) | 65 (53,00-72,00) | 60 (31,00-62,00) | 35 (31,00-42,00) | 38 (31,00 58,00) |
| **Coinfección VIH** | | | | | | |
| Sí | 43 (67,19) | 19 (22,62) | 2 (18,18) | 3 (42,86) | 219 (97,77) | 505 (55,13) |
| No | 17 (26,56) | 51 (60,71) | 6 (54,55) | 3 (42,86) | 5 (2,23) | 339 (37,01) |
| No evaluado | 4 (6,25) | 14 (16,67) | 3 (27,27) | 1 (14,29) | 0 (0,00) | 72 (7,86) |
| **Coinfección VHB** | | | | | | |
| Sí | 1 (1,56) | 2 (2,38) | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 6 (2,68) | 23 (2,51) |
| No | 50 (78,12) | 71 (84,52) | 9 (81,82) | 6 (85,71) | 209 (93,30) | 805 (87,88) |
| No evaluado | 13 (20,31) | 11 (13,10) | 2 (18,18) | 1 (14,29) | 9 (4,02) | 88 (9,61) |
| **Presencia de fibrosis hepática** | | | | | | |
| F0 | 12 (18,75) | 14 (16,67) | 3 (27,27) | 1 (14,29) | 35 (15,62) | 126 (13,76) |
| F1 | 2 (3,12) | 7 (8,33) | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 12 (5,36) | 68 (7,42) |
| F2 | 2 (3,12) | 5 (5,95) | 3 (27,27) | 0 (0,00) | 12 (5,36) | 41 (4,48) |
| F3 | 1 (1,56) | 4 (4,76) | 0 (0,00) | 1 (14,29) | 2 (0,89) | 20 (2,18) |
| F4 | 5 (7,81) | 29 (34,52) | 2 (18,18) | 2 (28,57) | 5 (2,23) | 150 (16,38) |
| Sin dato | 42 (65,62) | 25 (29,76) | 3 (27,27) | 3 (42,86) | 158 (70,54) | 511 (55,79) |
| **Cirrosis** | | | | | | |
| Compensada (A) | 2 (3,12) | 16 (19,05) | 1 (9,09) | 1 (14,29) | 2 (0,89) | 79 (8,62) |
| No compensada (B-C) | 1 (1,56) | 8 (9,52) | 0 (0,00) | 1 (14,29) | 0 (0,00) | 23 (2,51) |
| Cirrosis sin estadificar | 2 (3,12) | 5 (5,95) | 1 (9,09) | 0 (0,00) | 3 (1,34) | 48 (5,24) |
| No tiene cirrosis | 53 (82,81) | 45 (53,57) | 7 (63,64) | 4 (57,14) | 205 (91,52) | 597 (65,17) |
| No tamizado | 6 (9,38) | 10 (11,90) | 2 (18,18) | 1 (14,29) | 14 (6,25) | 169 (18,45) |
| **ERC 4-5** | | | | | | |
| Sí | 4 (6,25) | 5 (5,95) | 1 (9,09) | 0 (0,00) | 3 (1,34) | 19 (2,07) |
| No | 60 (93,75) | 79 (94,05) | 10 (90,91) | 7 (100,00) | 221 (98,66) | 895 (97,71) |
| Sin dato | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 2 (0,22) |
| **Trasplante hepático** | | | | | | |
| Sí | 0 (0,00) | 1 (1,19) | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 2 (0,22) |
| No | 64 (100,00) | 83 (98,81) | 11 (100,00) | 7 (100,00) | 223 (99,55) | 913 (99,67) |
| Sin dato | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 1 (0,45) | 1 (0,11) |

**Tabla 10.** Características clínicas de los casos prevalentes de hepatitis C crónica según el genotipo (continuación)

| Variables | 1a n (%) | 1b n (%) | 2 n (%) | 3a n (%) | 4 n (%) | Sin dato n (%) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Mecanismo de transmisión** | | | | | | |
| Transmisión sexual | 32 (50,00) | 17 (20,24) | 2 (18,18) | 2 (28,57) | 182 (81,25) | 425 (46,40) |
| Hemotransfusión | 11 (17,19) | 34 (40,48) | 4 (36,36) | 2 (28,57) | 1 (0,45) | 126 (13,76) |
| Equipos de inyección contaminada | 1 (1,56) | 1 (1,19) | 0 (0,00) | 1 (14,29) | 0 (0,00) | 74 (8,08) |
| Evento adverso relacionado en salud | 0 (0,00) | 1 (1,19) | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 14 (1,53) |
| Otras formas de transmisión sanguínea | 1 (1,56) | 1 (1,19) | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 1 (0,45) | 17 (1,86) |
| Sustancias psicoactivas intranasales | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 6 (0,66) |
| Exposición ocupacional | 0 (0,00) | 1 (1,19) | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 3 (0,33) |
| Transmisión materno infantil | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 0 (0,00) |
| Desconocido | 19 (29,69) | 29 (34,52) | 5 (45,45) | 2 (28,57) | 40 (17,86) | 251 (27,40) |
| **Tiempo de diagnóstico de la enfermedad (años)** | 1 (0,89-2,00) | 1 (0,87-2,00) | 2 (0,89-3,00) | 4 (1,54-5,00) | 1 (0,70-2,00) | 1 (0,62-2,00) |
| Sin dato | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 3 |
| **Tratamiento previo** | | | | | | |
| Sí | 15 (23,44) | 16 (19,05) | 1 (9,09) | 2 (28,57) | 39 (17,41) | 43 (4,69) |
| No | 49 (76,56) | 68 (80,95) | 10 (90,91) | 5 (71,43) | 185 (82,59) | 873 (95,31) |
| **Total** | **64 (4,90)** | **84 (6,43)** | **11 (0,84)** | **7 (0,53)** | **224 (17,15)** | **916 (70,13)** |

En la **figura 9** se muestra la distribución de los grados de fibrosis hepática según el tiempo de diagnóstico de la enfermedad para los casos que tuvieron estadificación. Entre aquellos que tienen menos de un año de diagnóstico, el 34,76% se reportó en estadio F4/cirrosis, seguido en frecuencia por los pacientes en F0 (36,67%). La proporción de pacientes con cirrosis fue de 32,91% para los pacientes con 1-4 años, 46,67% para quienes tienen entre 5-9 años y 45,45% para los pacientes con ≥ 10 años desde el diagnóstico. A mayor tiempo de diagnóstico de la enfermedad, se redujo la proporción de casos sin fibrosis (F0), siendo un 36,67% para los que tienen menos de 1 año, 33,87% para los de 1-4 años, 20,00% en los de 5-9 años y 18,18% para los que tenían más de 10 años.

**Figura 8.** Distribución del grado de fibrosis hepática en los casos prevalentes de hepatitis C crónica según el tiempo de diagnóstico




Descargar figura

# 3. Morbilidad y mortalidad en la población con hepatitis C crónica

15 AÑOS
CUENTA DE ALTO COSTO
Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo
Transformando la información en acciones para una mejor salud

# Resumen

Capítulo 3 Morbilidad y mortalidad en la población con hepatitis C crónica

**Periodo: entre el 1° de enero y el 31 de diciembre de 2021**

## La incidencia cruda de la hepatitis C crónica en el periodo fue de 1,07 casos nuevos por cada 100.000 habitantes.

Las regiones Bogotá, D. C., y Central, registraron las incidencias ajustadas de infección por VHC crónica más altas con: 3,09 y 1,14 casos por 100.000 habitantes respectivamente.

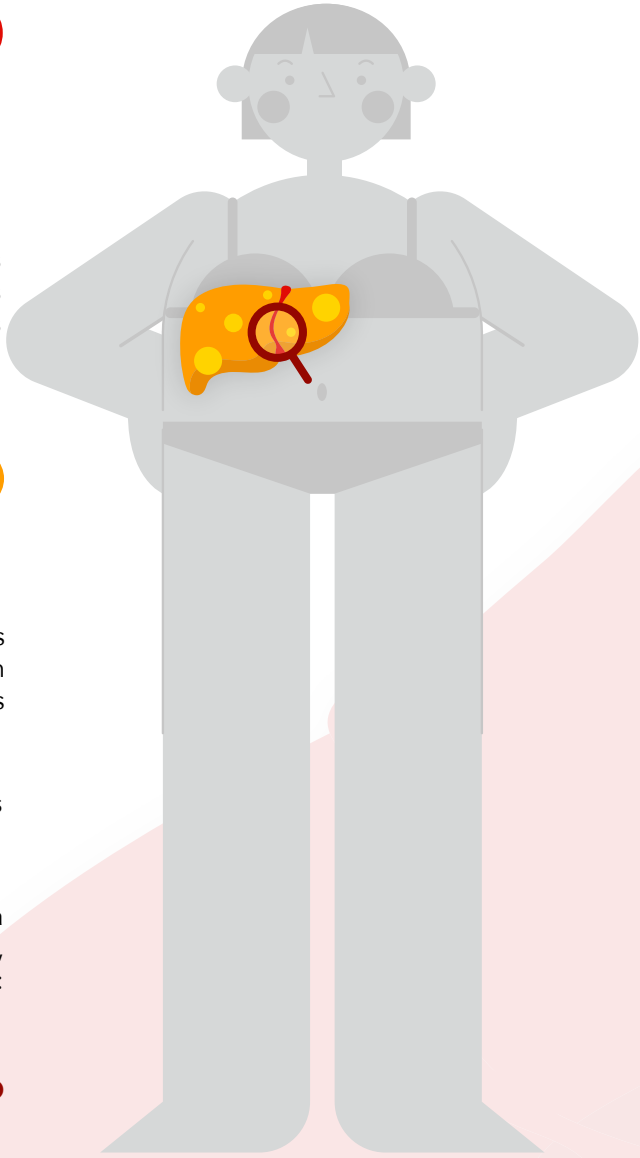
## La prevalencia cruda de la hepatitis C crónica fue de 2,59 casos por 100.000 habitantes.

La prevalencia ajustada por la edad fue mayor en los hombres (4,14 casos por 100.000 habitantes IC 95%:3,88 - 4,40) en comparación con las mujeres (1,10 casos por 100.000 habitantes IC 95%:0,98 - 1,24).

La mortalidad cruda para el 2021 fue de 0,05 defunciones por 100.000 habitantes.

Según la entidad territorial, Quindío (7,54 casos por cada 100.000 habitantes; IC 95%: 5,36 - 10,29) y Bogotá, D. C., (7,37 casos por cada 100.000 habitantes; IC 95%: 6,79 - 7,99) tuvieron las prevalencias más altas.

## La mortalidad ajustada más alta se presentó en Risaralda (0,35 por cada 100.000 habitantes IC 95%: 0,09 - 0,94) y en Quindío (0,19 por cada 100.000 habitantes IC 95%: 0,00 - 1,03).



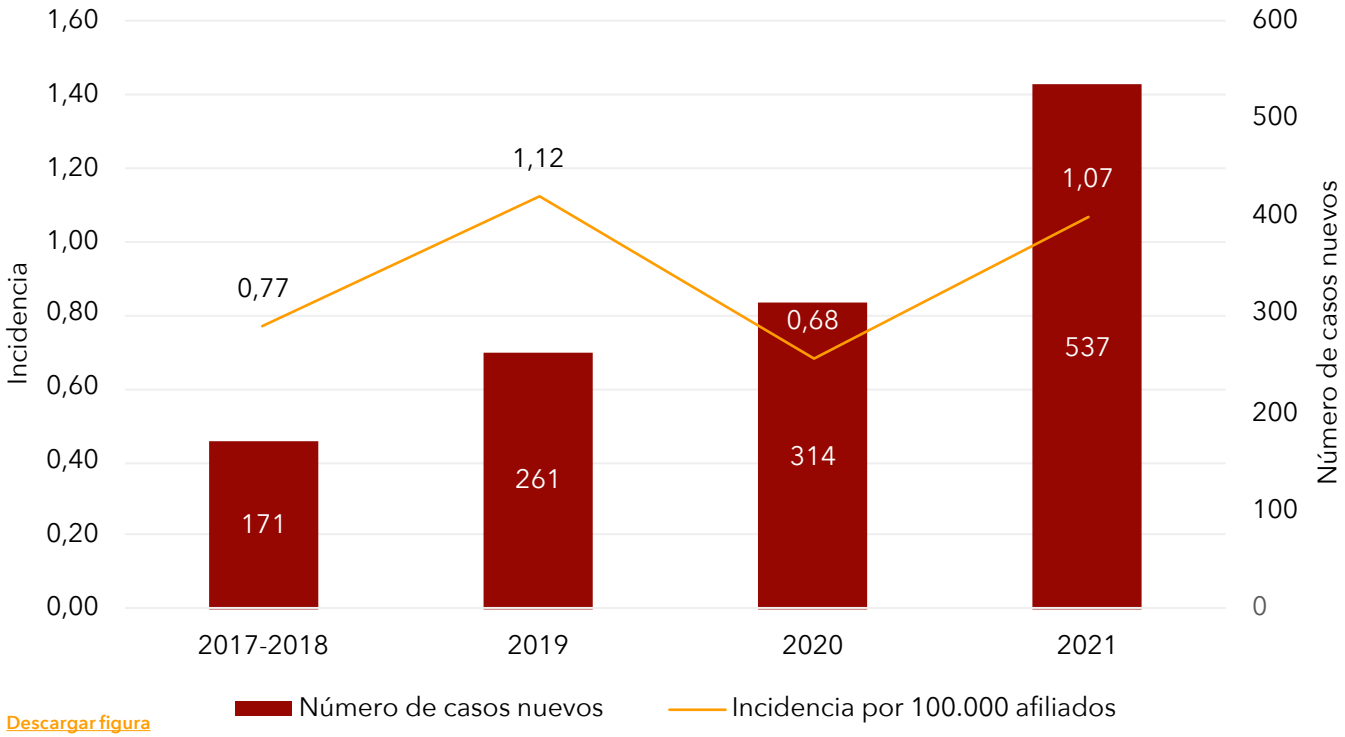
Descargar figura

# 3. Morbilidad y mortalidad en la población con hepatitis C crónica

## 3.1. Incidencia

La **figura 9** describe la tendencia de la incidencia cruda. Se observa un incremento importante con respecto al 2020 cambiando de 0,68 a 1,07 casos por cada 100.000 habitantes.

**Figura 9.** Tendencia de la incidencia cruda de la hepatitis C crónica, Colombia 2017 - 2021




Descargar figura

### 3.1.1. Incidencia según el sexo

En la **tabla 11** se observan las incidencias nacional cruda y estandarizada por la edad. A nivel país, es de 1,07 por cada 100.000 habitantes y la razón hombre - mujer de la tasa fue de 3,60 a 1.

**Tabla 11.** Incidencia de la hepatitis C crónica según el sexo

| Categoría | Incidencia (100.000 habitantes) | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Casos nuevos | Población | Cruda | Estandarizada[1] | IC 95%[2] |
| Hombres | 410 | 24.594.882 | 1,67 | 1,69 | 1,53 - 1,87 |
| Mujeres | 127 | 25.777.542 | 0,49 | 0,46 | 0,38 - 0,55 |
| **Total general** | **537** | **50.372.424** | **1,07** | **1,07** | **0,98 - 1,16** |

[1] Ajustada por la población proyectada por las Naciones Unidas para Latinoamérica y el Caribe para el año 2021.

[2] Intervalo de confianza al 95% para la incidencia ajustada.

### 3.1.2. Incidencia de la hepatitis C crónica según la región

La región con la incidencia estandarizada más alta fue Bogotá, D. C., (3,09 casos por cada 100.000 habitantes IC 95%: 2,72 - 3,50), seguido por la Central (1,14 casos por cada 100.000 habitantes IC 95%: 0,96 - 1,35). La más baja se estimó en la región Oriental (0,44 casos por cada 100.000 habitantes; IC 95%: 0,31 - 0,59).

**Tabla 12.** Incidencia de la hepatitis C crónica por 100.000 habitantes según la región

| Categoría | Incidencia (100.000 habitantes) | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Casos nuevos | Población | Cruda | Estandarizada[1] | IC 95%[2] |
| Bogotá, D. C. | 252 | 7.743.955 | 3,25 | 3,09 | 2,72 - 3,50 |
| Central | 135 | 12.085.980 | 1,12 | 1,14 | 0,96 - 1,35 |
| Pacífica | 75 | 8.196.442 | 0,92 | 0,95 | 0,74 - 1,19 |
| Caribe | 35 | 11.433.126 | 0,31 | 0,36 | 0,25 - 0,49 |
| Oriental | 40 | 9.450.410 | 0,42 | 0,44 | 0,31 - 0,59 |
| Amazonía/Orinoquía | 0 | 1.462.511 | ** | ** | ** |
| **Total general** | **537** | **50.372.424** | **1,07** | **1,07** | **0,98 - 1,16** |

[1] Ajustada por la proyección de la población DANE 2021 por quinquenios de edad con corte al 30 de junio.
[2] Intervalo de confianza al 95% para la incidencia ajustada.

### 3.1.3. Incidencia de hepatitis C crónica según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

La incidencia ajustada de la hepatitis C crónica por la EAPB fue mayor en la EPS048 (7,64 casos por 100.000 habitantes IC 95%: 0,19 - 39,48) y en la EPS008 (5,66 casos por 100.000 habitantes IC 95%: 4,64 - 6,86). Para el régimen contributivo (1,67 casos por 100.000 habitantes IC 95%:1,51 - 1,83) se estimó una incidencia mayor que para el subsidiado (0,55 casos por 100.000 habitantes IC 95%: 0,44 - 0,65) **(tabla 13).**

Todas las estimaciones de la incidencia según la entidad territorial y la EAPB se pueden observar en la plataforma HIGIA (Hechos-Información-Gestión-Innovación-Acción) dispuesta en la página web de la CAC.

**Tabla 13.** Incidencia de la hepatitis C crónica por 100.000 afiliados según el régimen de afiliación

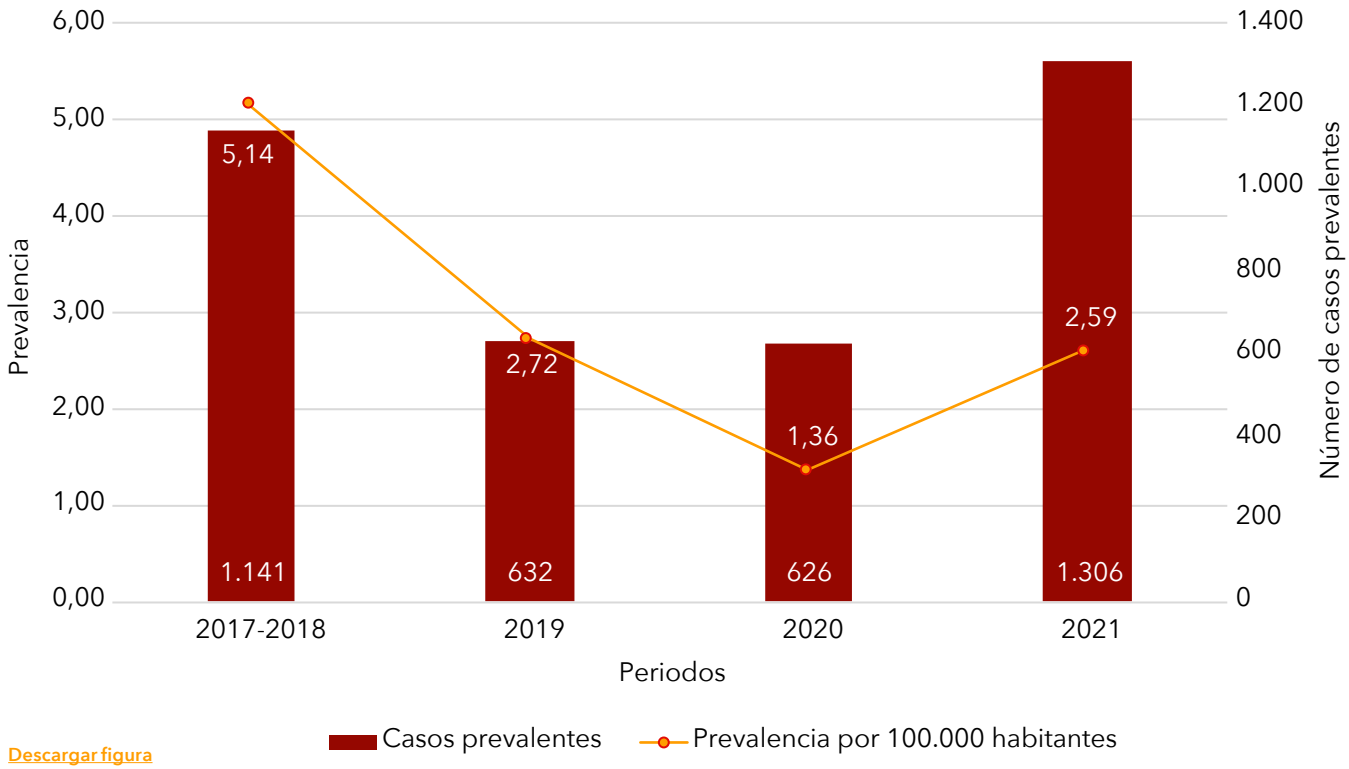
| Categoría | Incidencia (100.000 habitantes) | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Casos nuevos | Población | Cruda | Estandarizada[1] | IC 95%[2] |
| Contributivo | 432 | 24.156.692 | 1,79 | 1,67 | 1,52 - 1,84 |
| Subsidiado | 105 | 21.630.353 | 0,49 | 0,55 | 0,45 - 0,66 |

[1] Ajustada por la proyección de la población DANE por quinquenios de edad con corte a junio 30 de 2021.
[2] Intervalo de confianza al 95% para la incidencia ajustada.

## 3.2. Prevalencia de la hepatitis C crónica

Durante el 2021, la prevalencia cruda de la hepatitis C crónica fue de 2,59 casos por 100.000 habitantes. En el último periodo se modificó la tendencia decreciente que se observaba en los últimos tres años.

**Figura 10.** Tendencia de la prevalencia cruda de la hepatitis C crónica, Colombia 2017 - 2021




Descargar figura

### 3.2.1. Prevalencia de la hepatitis C crónica según el sexo

La prevalencia ajustada por edad de la hepatitis C crónica fue mayor en los hombres en comparación con las mujeres **(tabla 14).**

**Tabla 14.** Prevalencia de la hepatitis C crónica según el sexo, Colombia 2021

| Categoría | Prevalencia (100.000 habitantes) | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Casos prevalentes | Población | Cruda | Estandarizada[1] | IC 95%[2] |
| Hombres | 1.000 | 24.594.882 | 4,07 | 4,14 | 3,88 - 4,40 |
| Mujeres | 306 | 25.777.542 | 1,19 | 1,10 | 0,98 - 1,24 |
| **Total general** | **1.306** | **50.372.424** | **2,59** | **2,59** | **2,45 - 2,74** |

[1] Ajustada por la población proyectada por las Naciones Unidas para Latinoamérica y el Caribe para el año 2021.
[2] Intervalo de confianza al 95% para la incidencia ajustada.

### 3.2.2. Prevalencia de la hepatitis C crónica según la región y el departamento

La **tabla 15** muestra las prevalencias cruda y ajustada por la edad de la hepatitis C crónica por las regiones geográficas. La estimación más alta se identificó en Bogotá, D.C., y la más baja en la región de la Amazonía/Orinoquía. Entre tanto, las entidades territoriales de Quindío (7,54 casos por cada 100.000 habitantes; IC 95%: 5,36 - 10,29) y Bogotá, D.C., tuvieron las prevalencias más altas y, de aquellos que reportaron casos, Nariño (0,12 casos por cada 100.000 habitantes; IC 95%: 0,01 - 0,45) y La Guajira (0,12 casos por cada 100.000 habitantes; IC 95%: 0,00 - 0,73) registraron las más bajas.

**Tabla 15.** Prevalencia de la hepatitis C crónica x 100.000 habitantes según la región, Colombia 2021

| Categoría | Prevalencia (100.000 habitantes) | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Casos prevalentes | Población | Cruda | Estandarizada[1] | IC 95%[2] |
| Bogotá, D. C. | 602 | 7.743.955 | 7,77 | 7,37 | 6,79 - 7,99 |
| Central | 358 | 12.085.980 | 2,96 | 3,03 | 2,72 - 3,36 |
| Pacífica | 144 | 8.196.442 | 1,76 | 1,80 | 1,52 - 2,12 |
| Caribe | 106 | 11.433.126 | 0,93 | 1,08 | 0,89 - 1,31 |
| Oriental | 94 | 9.450.410 | 0,99 | 1,03 | 0,83 - 1,25 |
| Amazonía-Orinoquía | 2 | 1.462.511 | 0,14 | 0,22 | 0,03 - 0,73 |
| **Total general** | **1.306** | **50.372.424** | **2,59** | **2,59** | **2,45 - 2,74** |

[1] Ajustada por la proyección de la población DANE por quinquenios de edad con corte a junio 30 de 2021.
[2] Intervalo de confianza al 95% para la prevalencia ajustada.

### 3.2.3. Prevalencia de la hepatitis C crónica según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

La EPS048 (17,35 casos por cada 100.000 habitantes; IC 95%: 3,38 - 52,83), la EPS008 (11,52 casos por cada 100.000 habitantes; IC 95%: 10,03 - 13,19) y la EPS042 (11,10 casos por cada 100.000 habitantes; IC 95%: 1,62 - 42,34) presentaron las prevalencias más altas. Al analizar por el régimen, fue mayor la incidencia en el régimen contributivo comparado con el subsidiado **(tabla 16).**

En la plataforma HIGIA (Hechos-Información-Gestión-Innovación-Acción) dispuesta en la página web de la CAC, se puede interactuar para comparar las prevalencias crudas y estandarizadas de las diferentes EAPB del país.

**Tabla 16.** Prevalencia de la hepatitis C crónica x 100.000 afiliados según el régimen de afiliación, Colombia 2021

| Categoría | Prevalencia (100.000 afiliados) | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Casos prevalentes | Población | Cruda | Estandarizada[1] | IC 95%[2] |
| Contributivo | 1.062 | 24.156.692 | 4,40 | 4,10 | 3,85 - 4,35 |
| Subsidiado | 244 | 21.630.353 | 1,13 | 1,26 | 1,11 - 1,43 |

[1] Estandarización utilizando la población BDUA.
[2] Intervalo de confianza al 95% para la incidencia ajustada.

## 3.3. Mortalidad en las personas con hepatitis C crónica

Durante el periodo se reportaron 23 muertes, lo que corresponde a una mortalidad cruda por todas las causas de 0,05 defunciones por 100.000 habitantes. El 47,83% (n= 11) de las muertes se presentó en los hombres, lo que representa una mortalidad cruda de 0,04 defunciones por 100.000 hombres.

**Tabla 17.** Mortalidad de la hepatitis C crónica según el sexo, Colombia 2021

| Categoría | Mortalidad (100.000 habitantes) | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Casos fallecidos | Población | Cruda | Estandarizada[1] | IC 95%[2] |
| Hombres | 11 | 24.594.882 | 0,04 | 0,05 | 0,02 - 0,08 |
| Mujeres | 12 | 25.777.542 | 0,05 | 0,04 | 0,02 - 0,08 |
| **Total general** | **23** | **50.372.424** | **0,05** | **0,05** | **0,03 - 0,07** |

[1] Estandarización utilizando la población BDUA.
[2] Intervalo de confianza al 95% para la incidencia ajustada.

### 3.3.1. Mortalidad en las personas con hepatitis C crónica según la región y departamento

Al evaluar el comportamiento de la mortalidad por las regiones, la estimación estandarizada más alta se observó en las regiones Central y Caribe. En la Amazonía-Orinoquía no se reportaron muertes durante el periodo.

Por otra parte, de los departamentos en los que se presentaron defunciones, la mortalidad ajustada más alta se presentó en Risaralda (0,35 por cada 100.000 habitantes IC 95%: 0,09 - 0,94) y Quindío (0,19 por cada 100.000 habitantes IC 95%: 0,00 - 1,03).

**Tabla 18.** Mortalidad de la hepatitis C crónica x 100.000 habitantes según la región, Colombia 2021

| Categoría | Mortalidad (100.000 habitantes) | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Casos fallecidos | Población | Cruda | Estandarizada[1] | IC 95%[2] |
| Central | 8 | 12.085.980 | 0,07 | 0,06 | 0,03 - 0,13 |
| Caribe | 6 | 11.433.126 | 0,05 | 0,06 | 0,02 - 0,13 |
| Bogotá, D. C. | 4 | 7.743.955 | 0,05 | 0,05 | 0,01 - 0,13 |
| Pacífica | 4 | 8.196.442 | 0,05 | 0,05 | 0,01 - 0,12 |
| Oriental | 1 | 9.450.410 | 0,01 | 0,01 | 0,00 - 0,06 |
| Amazonía-Orinoquía | 0 | 1.462.511 | ** | ** | ** |
| **Total general** | **23** | **50.372.424** | **0,05** | **0,05** | **0,03 - 0,07** |

[1] Ajustada por la proyección de la población DANE por quinquenios de edad con corte a junio 30 de 2021.

[2] Intervalo de confianza al 95% para la prevalencia ajustada.

### 3.3.2. Mortalidad en las personas con hepatitis C crónica según el régimen de afiliación y la entidad aseguradora

El régimen contributivo presentó una mayor mortalidad con respecto al subsidiado **(tabla 19).** Las EAPB con las estimaciones más altas fueron la EPS018 (0,64 fallecimientos por 100.000 afiliados, IC 95%: 0,16 - 0,64), la EAS027 (0,37 muertes por 100.000 afiliados, IC 95%: 0,01 - 87,69) y la EPS045 (0,21 fallecimientos por 100.000 afiliados, IC 95%: 0,02 - 0,78).

En el aplicativo HIGIA (Hechos-Información-Gestión-Innovación-Acción) dispuesto en la página web de la CAC, se pueden observar las incidencias cruda y estandarizada por la edad desagregada por la entidad territorial y la EAPB.

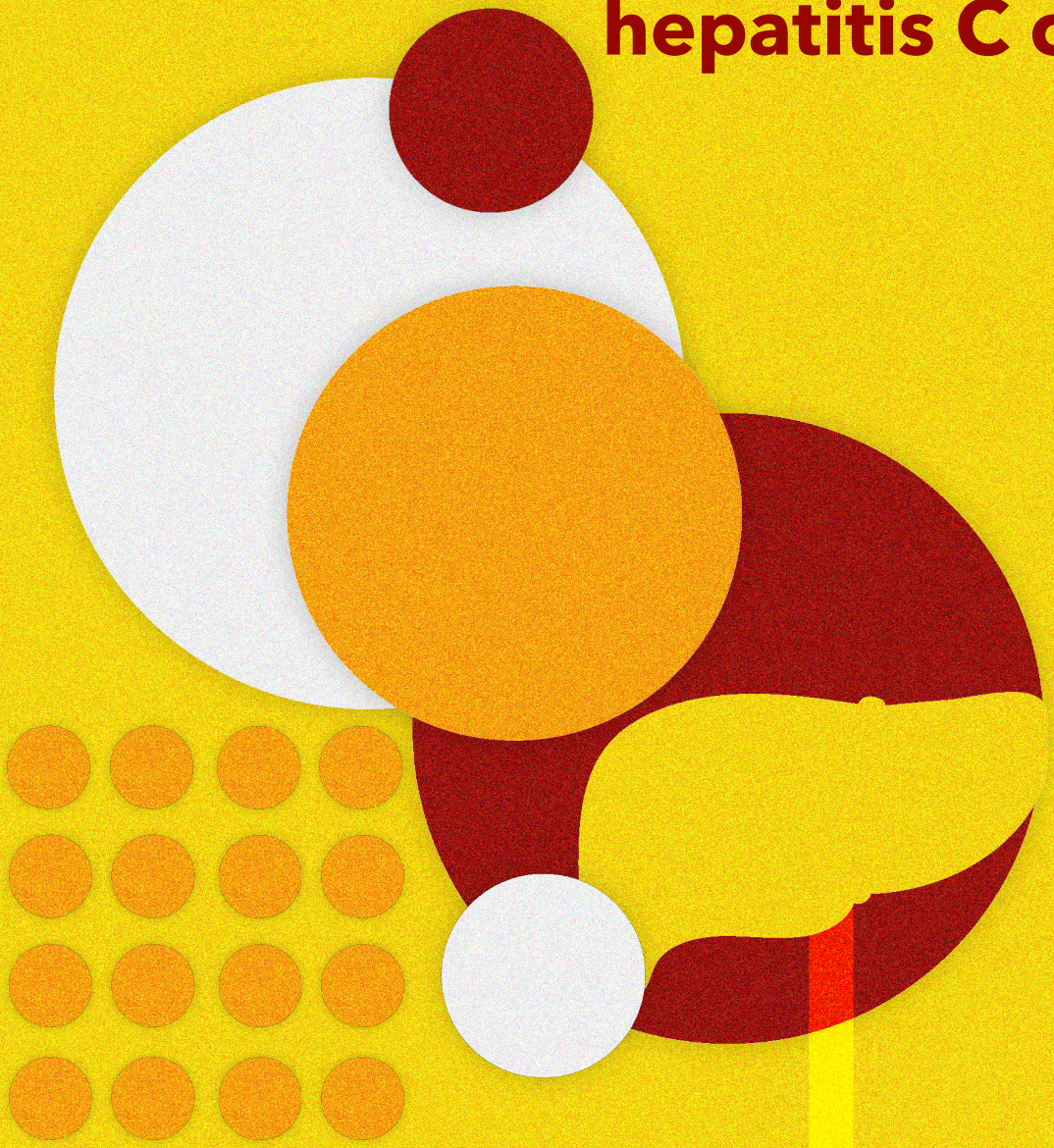
**Tabla 19.** Mortalidad de la hepatitis C crónica x 100.000 afiliados según el régimen de afiliación, Colombia 2021

| Categoría | Mortalidad (100.000 afiliados) | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Casos fallecidos | Población | Cruda | Estandarizada[1] | IC 95%[2] |
| Contributivo | 14 | 24.156.692 | 0,06 | 0,06 | 0,03 - 0,10 |
| Subsidiado | 9 | 21.630.353 | 0,04 | 0,05 | 0,02 - 0,09 |

[1] Estandarización utilizando la población BDUA.

[2] Intervalo de confianza al 95% para la incidencia ajustada.

# 4. Tratamiento en las personas con hepatitis C crónica



15 AÑOS
CUENTA DE ALTO COSTO
Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo
Transformando la información en acciones para una mejor salud

# Resumen

Capítulo 4 Tratamiento en las personas con hepatitis C crónica

**Periodo: entre el 1° de enero y el 31 de diciembre de 2021**

## El velpatasvir/sofosbuvir, fue el tratamiento más frecuente (99,04%) con una duración de 12 semanas en el 98,80% de los casos.

El tipo del seguimiento a la toma de los AAD más frecuente es el domiciliario (83,85%). La frecuencia diaria prevalece en el 94,02% de los casos.

## La RVS es superior al 95% a lo largo de los años de reporte.

## Para el 2021, se obtiene un 98,77% en todas las personas que culminaron el tratamiento.

La efectividad del tratamiento con velpatasvir/sofosbuvir en los pacientes con antecedente de cirrosis fue del 98,67% y con VIH del 98,21%.



Descargar figura

# 4. Tratamiento en las personas con hepatitis C crónica

El tratamiento actual de la hepatitis C crónica se basa en los medicamentos antivirales de acción directa (AAD). El objetivo principal de la terapia farmacológica es curar la infección por el VHC o lograr una Respuesta Viral Sostenida (RVS), que se mide a través de la realización de una carga viral a las 12 semanas después de terminado el tratamiento. Los principales fármacos prescritos en Colombia para el tratamiento de la hepatitis C crónica son las combinaciones velpatasvir/sofosbuvir y elbasvir/grazoprevir. La duración del tratamiento oscila entre las 8 y 24 semanas, algunos de ellos con una frecuencia de una tableta diaria. A continuación, se describen las características de los pacientes que recibieron el tratamiento y la efectividad encontrada.

## 4.1. Generalidades del tratamiento

Se suministró tratamiento con AAD a 836 personas con la infección por VHC en el periodo, de los cuales el 85,52% (n= 715) pertenecían al régimen contributivo. La mayoría de los pacientes (99,04%, n= 828) recibieron el esquema velpatasvir/sofosbuvir. La duración del tratamiento con AAD fue de 12 semanas en el 98,80% de los casos. Se continúa con una modalidad supervisada y controlada, siendo el seguimiento domiciliario (83,85%) y diario (94,02%) el que prevalece en la cohorte.

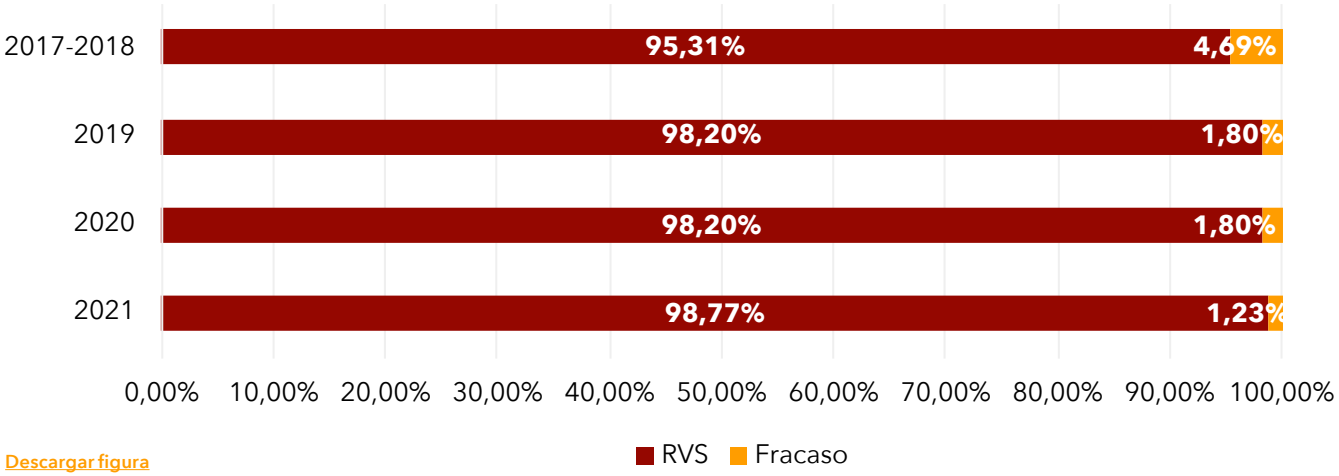
**Tabla 20.** Caracterización del tratamiento actual en las personas con hepatitis C crónica según régimen de afiliación

| Variables | Contributivo n (%) | Subsidiado n (%) | Total n (%) |
|---|---|---|---|
| **Esquema de tratamiento** | | | |
| Velpatasvir/Sofosbuvir | 709 (99,16) | 119 (98,35) | 828 (99,04) |
| Elbasvir - Grazoprevir | 6 (0,84) | 2 (1,65) | 8 (0,96) |
| **Esquema de tratamiento de compra centralizada** | | | |
| Sí | 707 (98,88) | 116 (95,87) | 823 (98,44) |
| No | 8 (1,12) | 5 (4,13) | 13 (1,56) |
| **Duración del esquema de tratamiento** | | | |
| 12 semanas | 707 (98,88) | 119 (98,35) | 826 (98,80) |
| 16 semanas | 0 (0,00) | 1 (0,83) | 1 (0,12) |
| 24 semanas | 8 (1,12) | 0 (0,00) | 8 (0,96) |
| Desconocido | 0 (0,00) | 1 (0,83) | 1 (0,12) |
| **Tipo de seguimiento a la toma del tratamiento** | | | |
| Ambulatorio | 15 (2,10) | 16 (13,22) | 31 (3,71) |
| Domiciliario | 626 (87,55) | 75 (61,98) | 701 (83,85) |
| Seguimiento telefónico | 73 (10,21) | 30 (24,79) | 103 (12,32) |
| Desconocido | 1 (0,14) | 0 (0,00) | 1 (0,12) |
| **Frecuencia del seguimiento a la toma del tratamiento** | | | |
| Diario | 693 (96,92) | 93 (76,86) | 786 (94,02) |
| Semanal | 18 (2,52) | 9 (7,44) | 27 (3,23) |
| Mensual | 3 (0,42) | 19 (15,70) | 22 (2,63) |
| Desconocido | 1 (0,14) | 0 (0,00) | 1 (0,12) |
| **Total** | **715 (85,52)** | **121 (14,47)** | **836 (100,00)** |

## 4.2. Efectividad del tratamiento con AAD

En la **figura 11** se describen los resultados de la efectividad del tratamiento a lo largo de los años de reporte. La RVS es superior al 95%, aumentando en los años 2019 y 2020 y presentando un leve incremento en el 2021. La proporción de no respuesta al tratamiento se mantiene inferior al 5%.

**Figura 11.** Tendencia en la efectividad del tratamiento con AAD en las personas con hepatitis C crónica, Colombia 2017 - 2021




Descargar figura

En la **tabla 21,** se describe la efectividad encontrada en cada esquema de tratamiento según las características clínicas. De los pacientes tratados, 407 contaban con reporte de carga viral 12 semanas posteriores al tratamiento hecha en el periodo, en ellos se valoró la efectividad mediante la RVS 12. Tanto velpatasvir/sofosbuvir como elbasvir/grazoprevir tienen una RVS óptima, siendo de 98,76% y 100%, respectivamente.

Al analizar la efectividad por el esquema y el tiempo de evolución de la enfermedad, la RVS fue ligeramente menor en los pacientes que recibieron velpatasvir/sofosbuvir y que tenían más de 10 años desde el diagnóstico (92,86%); no se evidencia una disminución sustancial de la proporción de pacientes curados en presencia de cirrosis o coinfección con VIH o VHB; por otra parte en los casos en los que el genotipo fue 3a, la RVS fue del 50,00%, y en el genotipo 4 fue de 95,35%; y en aquellos con antecedente de tratamiento previo se alcanzó un 92,86%. Como se mencionó anteriormente, la efectividad del esquema elbasvir/grazoprevir fue del 100% en los 5 casos que lo recibieron y a quienes se les realizó la carga viral 12 semanas posteriores al fin de la medicación, independiente del tiempo de diagnóstico, de la comorbilidad con cirrosis, hepatitis B, ERC, trasplante hepático, del antecedente terapéutico o del genotipo.

**Tabla 21.** Efectividad del tratamiento con Antivirales de Acción Directa (AAD) en las personas con hepatitis C crónica según esquema y características clínicas, Colombia 2021

| | Velpatasvir/Sofosbuvir | | | | Elbasvir/Grazoprevir | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Respuesta Viral Sostenida (RVS) n (%)[1] | Fracaso terapéutico n (%) | Total n (%) | | Respuesta Viral Sostenida (RVS) n (%)[1] | Fracaso terapéutico n (%) | Total n (%) |
| **Tiempo de diagnóstico** | | | | **Tiempo de diagnóstico** | | | |
| < 1 año | 40 (100,00) | 0 (0,00) | 40 (100,00) | < 1 año | 2 (100,00) | 0 (0,00) | 2 (100,00) |
| 1 a 4 años | 335 (98,82) | 4 (1,18) | 339 (100,00) | 1 a 4 años | 3 (100,00) | 0 (0,00) | 3 (100,00) |
| 5 - 9 años | 9 (100,00) | 0 (0,00) | 9 (100,00) | 5 - 9 años | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 0 (0,00) |
| >= 10 años | 13 (92,86) | 1 (7,14) | 14 (100,00) | >= 10 años | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 0 (0,00) |
| **Comorbilidades** | | | | **Comorbilidades** | | | |
| **Cirrosis** | | | | **Cirrosis** | | | |
| Sí | 74 (98,67) | 1 (1,33) | 75 (100,00) | Sí | 5 (100,00) | 0 (0,00) | 5 (100,00) |
| No | 266 (98,52) | 4 (1,48) | 270 (100,00) | No | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 0 (0,00) |
| No tamizado | 57 (100,00) | 0 (0,00) | 57 (100,00) | | | | |
| **Coinfección VIH** | | | | **Coinfección VIH** | | | |
| Sí | 220 (98,21) | 4 (1,79) | 224 (100,00) | Sí | 4 (100,00) | 0 (0,00) | 4 (80,00) |
| No | 150 (99,34) | 1 (0,66) | 151 (100,00) | No | 1 (100,00) | 0 (0,00) | 1 (20,00) |
| No evaluado | 27 (100,00) | 0 (0,00) | 27 (100,00) | | | | |
| **Trasplante hepático** | | | | **Trasplante hepático** | | | |
| Sí | 1 (100,00) | 0 (0,00) | 1 (100,00) | Sí | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 0 (0,00) |
| No | 396 (98,75) | 5 (1,25) | 401 (100,00) | No | 5 (100,00) | 0 (0,00) | 5 (100,00) |
| **ERC 4 - 5** | | | | **ERC 4 - 5** | | | |
| Sí | 4 (100,00) | 0 (0,00) | 4 (100,00) | Sí | 4 (100,00) | 0 (0,00) | 4 (80,00) |
| No | 393 (98,74) | 5 (1,26) | 398 (100,00) | No | 1(100,00) | 0 (0,00) | 1 (20,00) |
| **Hepatitis B** | | | | **Hepatitis B** | | | |
| Sí | 7 (100,00) | 0 (0,00) | 7 (100,00) | Sí | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 0 (0,00) |
| No | 358 (98,62) | 5 (1,38) | 363 (100,00) | No | 4 (100,00) | 0 (0,00) | 4 (80,00) |
| No evaluado | 32 (100,00) | 0 (0,00) | 32 (100,00) | No evaluado | 1 (100,00) | 0 (0,00) | 1 (20,00) |
| **Genotipo** | | | | **Genotipo** | | | |
| 1A | 12 (100,00) | 0 (0,00) | 12 (100,00) | 1A | 1 (100,00) | 0 (0,00) | 1 (20,00) |
| 1B | 23 (100,00) | 0 (0,00) | 23 (100,00) | 1B | 2 (100,00) | 0 (0,00) | 2 (20,00) |
| 2 | 4 (100,00) | 0 (0,00) | 4 (100,00) | 2 | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 0 (0,00) |
| 3a | 2 (50,00) | 2 (50,00) | 4 (100,00) | 3a | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 0 (0,00) |
| 4 | 41 (95,35) | 2 (4,65) | 43 (100,00) | 4 | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 0 (0,00) |
| Desconocido | 315 (99,68) | 1 (0,32) | 316 (100,00) | Desconocido | 2 (100,00) | 0 (0,00) | 2 (40,00) |
| **Tratamiento previo** | | | | **Tratamiento previo** | | | |
| Sí | 13 (92,86) | 1 (7,14) | 14 (100,00) | Sí | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 0 (0,00) |
| No | 384 (98,97) | 4 (1,03) | 388 (100,00) | No | 5 (100,00) | 0 (0,00) | 5 (100,00) |
| **Total** | **397 (98,76)** | **5 (1,24)** | **402 (100,00)** | **Total** | **5 (100,00)** | **0 (0,00)** | **5 (100,00)** |

Se identificaron 5 casos con fracaso terapéutico al esquema velpatasvir/sofosbuvir. De estos, el 80,00% (n= 4) tenían un tiempo de diagnóstico entre 1 y 4 años; el 80,00% (n= 4) tenían coinfección con VIH; y en el 80,00% (n= 4) el genotipo fue 3a o 4. Ninguno de los casos en fracaso tenía antecedente de trasplante hepático ni ERC.

# 5. Pacientes con coinfección VHC y VIH

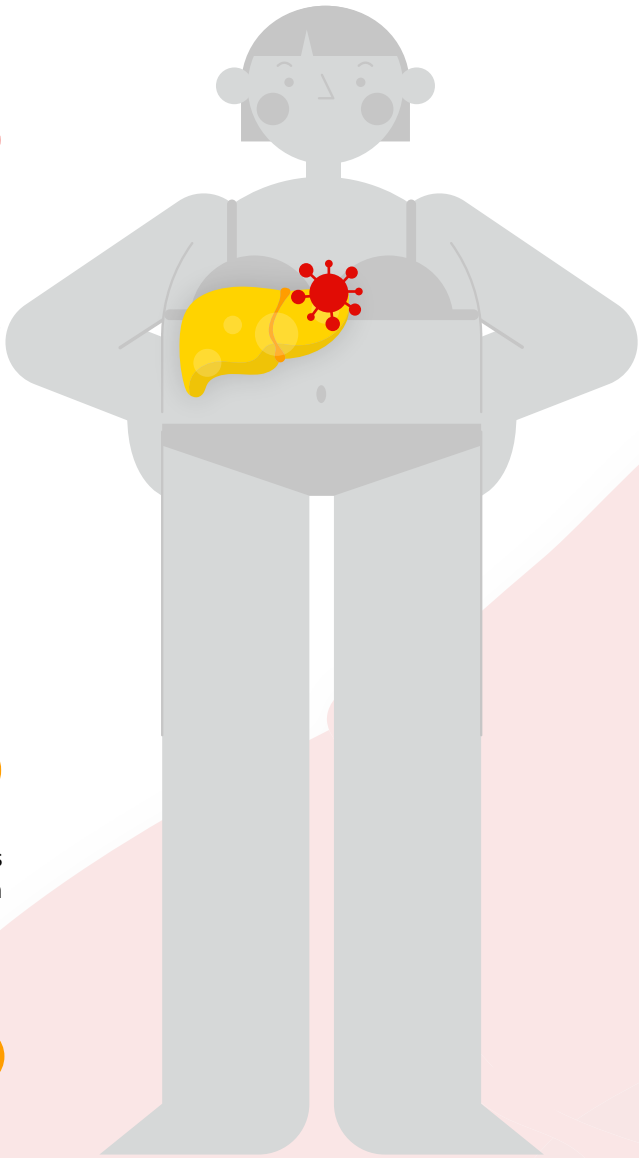
15 AÑOS
CUENTA DE ALTO COSTO
Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo
Transformando la información en acciones para una mejor salud

# Resumen

Capítulo 5 Pacientes con coinfección VHC y VIH

**Periodo: entre el 1° de enero y el 31 de diciembre de 2021**

Se observó un incremento del **129,94%** de los casos con **coinfección por VHC-VIH con relación al año 2020.**



La coinfección por VHC y VIH predomina en los hombres (95,95%) con respecto a las mujeres (4,05%).

El 54,99% (n= 435) de los casos con coinfección por hepatitis C crónica y VIH, se encuentran en las regiones Bogotá, D. C., y Pacífica (29,46%).

La mediana de la edad para los hombres con coinfección por VHC y VIH fue de 34 años (RIC: 29,00 – 41,00). Para las mujeres fue de 34 años (RIC: 28,50 - 40,50).

El **2,53%** de los **casos** con coinfección por VHC y VIH presentaron cirrosis.

**El 70,67% no fue estudiado para fibrosis hepática.**

El mecanismo de infección de mayor frecuencia en los pacientes con coinfección por VHC y VIH es la transmisión sexual que se presentó en el 79,14% de los casos.

**En los casos con coinfección por VHC y VIH predominó el genotipo 4 (27,69%).**

El **63,84%** de los casos no fue genotipificado.

**RIC:** rango intercuartil.



Descargar figura

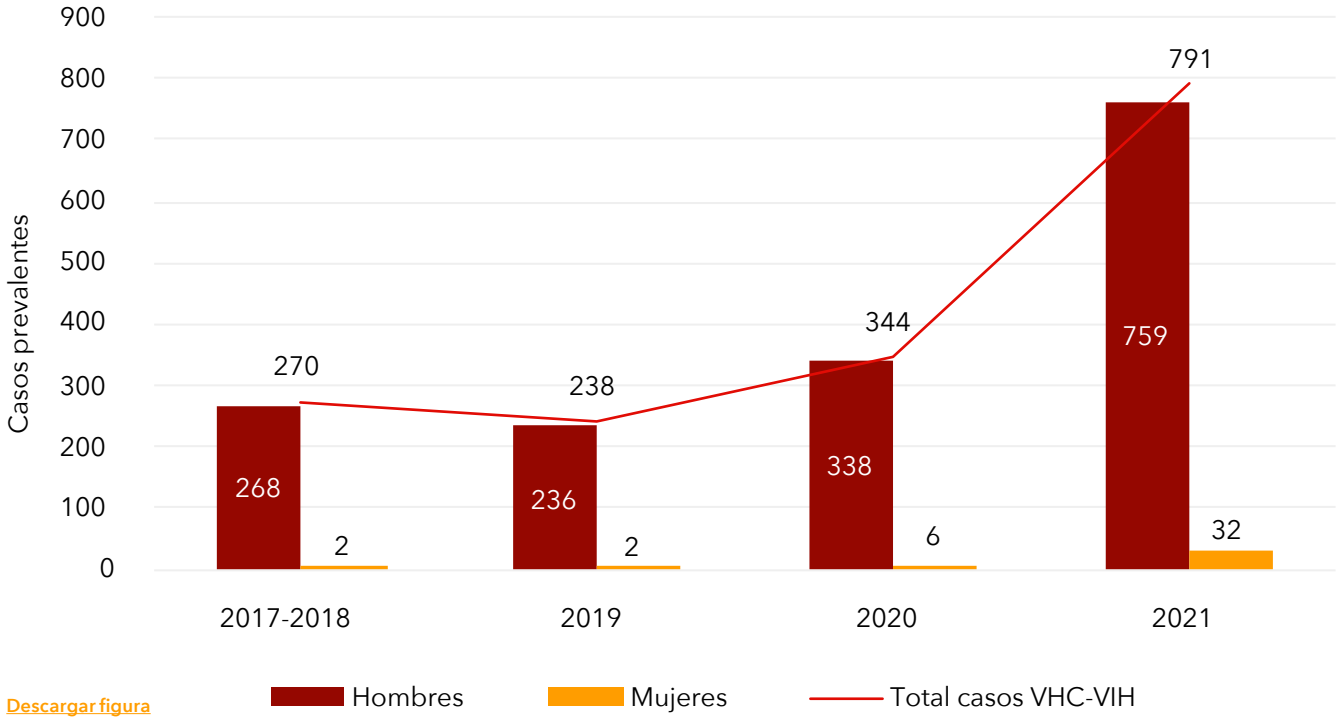
# 5. Pacientes con coinfección VHC y VIH

Se describirá la caracterización demográfica y clínica de los pacientes con coinfección por VHC crónica y VIH reportados durante el periodo.

## 5.1 Caracterización demográfica de los casos con coinfección por hepatitis C crónica y VIH

Durante el periodo se identificaron 791 personas con diagnóstico de coinfección por VHC y VIH, con un incremento del 129,94% (n= 447) de casos con relación al 2020. Tanto en los hombres como en las mujeres aumentaron los casos con coinfección **(figura 12).**

**Figura 12.** Tendencia del número de casos con coinfección por hepatitis C crónica y VIH según el sexo, Colombia 2017 - 2021




Descargar figura

### 5.1.1. Distribución de los casos con coinfección por hepatitis C crónica y VIH según la región

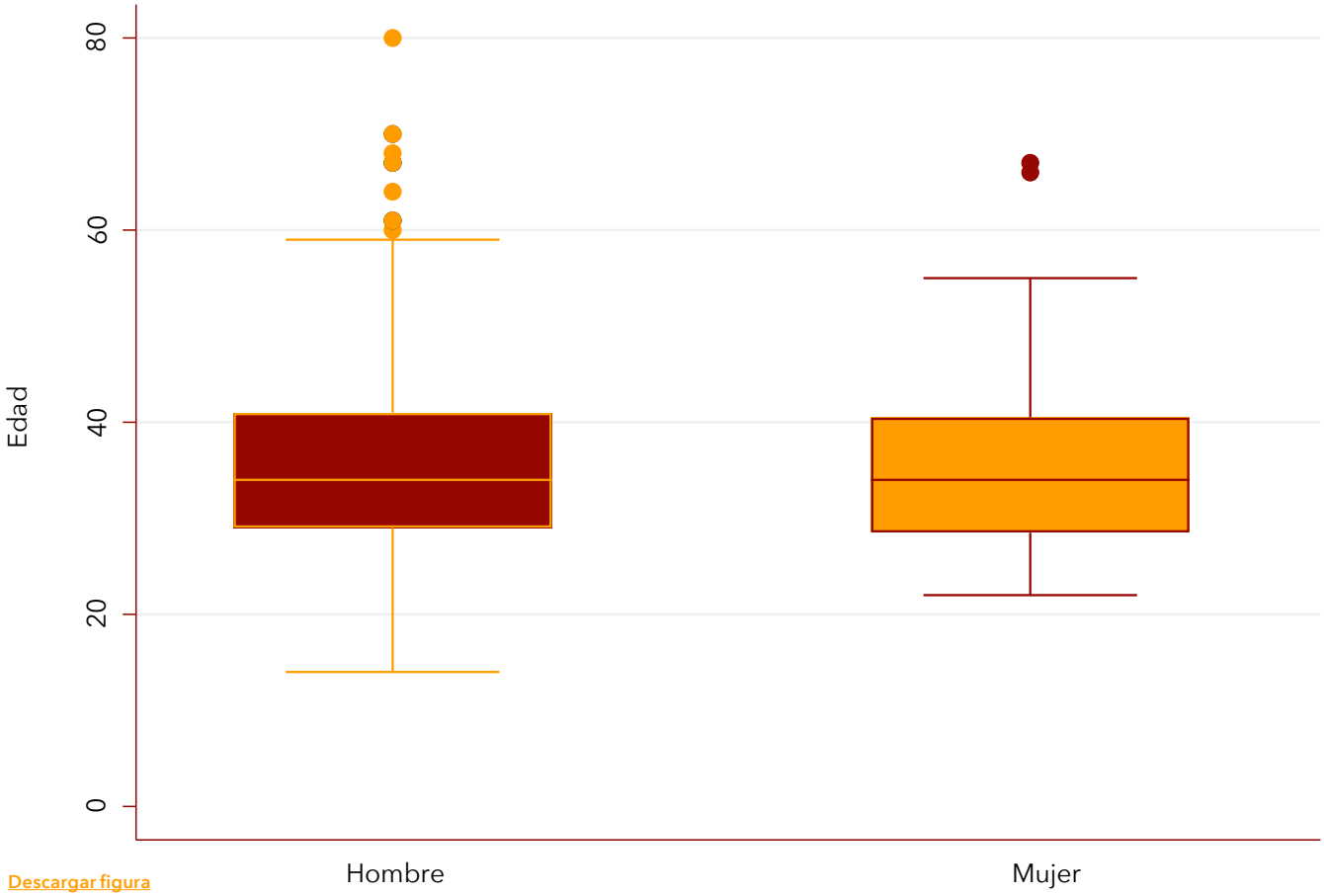
Según la distribución por la región, el 54,99% (n= 435) de los casos con coinfección por hepatitis C crónica y VIH se encuentran en las regiones Bogotá, D.C., y Pacífica (29,46%) **(tabla 22).** En la región Amazonía/Orinoquía no se reportaron casos.

**Tabla 22.** Distribución de los casos con coinfección por hepatitis C crónica y VIH según la región y la entidad territorial, Colombia 2021

| Región | Casos n (%) |
|---|---|
| Bogotá, D. C. | 435 (54,99) |
| Pacífica | 233 (29,46) |
| Caribe | 61 (7,71) |
| Oriental | 42 (5,31) |
| Central | 20 (2,53) |
| Amazonía/Orinoquía | 0 (0,00) |
| **Total** | **791 (100,00)** |

En la **figura 13,** se observa la distribución de la edad en los casos con coinfección por VHC y VIH por el sexo. Para los hombres la mediana de edad fue de 34 años (RIC: 29,00 – 41,00) y para las mujeres de 34 años (RIC: 28,50 - 40,50). El promedio de la edad fue 35,88 (DE ± 8,94) en el sexo masculino y 36,28 (DE ± 11,12) en el femenino.

**Figura 13.** Distribución de la población con coinfección por hepatitis C crónica y VIH según la edad y el sexo, Colombia 2021




Descargar figura

### 5.1.2. Características clínicas de los casos con coinfección por hepatitis C crónica y VIH

De las personas con coinfección por VHC/VIH el 58,41% (n= 462) fue diagnosticado de hace 1 a 4 años; con relación a las comorbilidades se observó que el 2,53% (n= 20) presentó cirrosis hepática (en su totalidad hombres), en tanto que el 15,04% (n= 119) no fue evaluado. Adicionalmente, el 3,16% (n= 25) presentó coinfección con hepatitis B y el 0,51% (n= 4) antecedente de ERC estadios 4 - 5.

La transmisión sexual es el mecanismo de infección con mayor frecuencia en esta población, el cuál predomina en los hombres (80,63%) comparado con las mujeres (43,75%). En estas últimas se destaca que el 25,00% (n= 8) se contagió a través del uso de equipos de inyección contaminada. En cuanto al grado de fibrosis hepática, el 14,54% (n= 115) de los casos fueron clasificados en estadio F0, seguido por el grado F2 con el 6,57% (n= 52), mientras que el 2,53 (n= 20) había progresado a cirrosis. El 70,67% (n= 559) de los pacientes no fue evaluado para fibrosis hepática.

Para esta población se evidenció un predominio del genotipo 4 (27,69%, n= 219). Sin embargo, en el 63,84% (n= 505) de los casos no se realizó genotipificación o no se encontró información en los soportes clínicos. Para finalizar, el 9,48% (n= 75) de los pacientes recibió tratamiento previo para VHC con resultado exitoso.

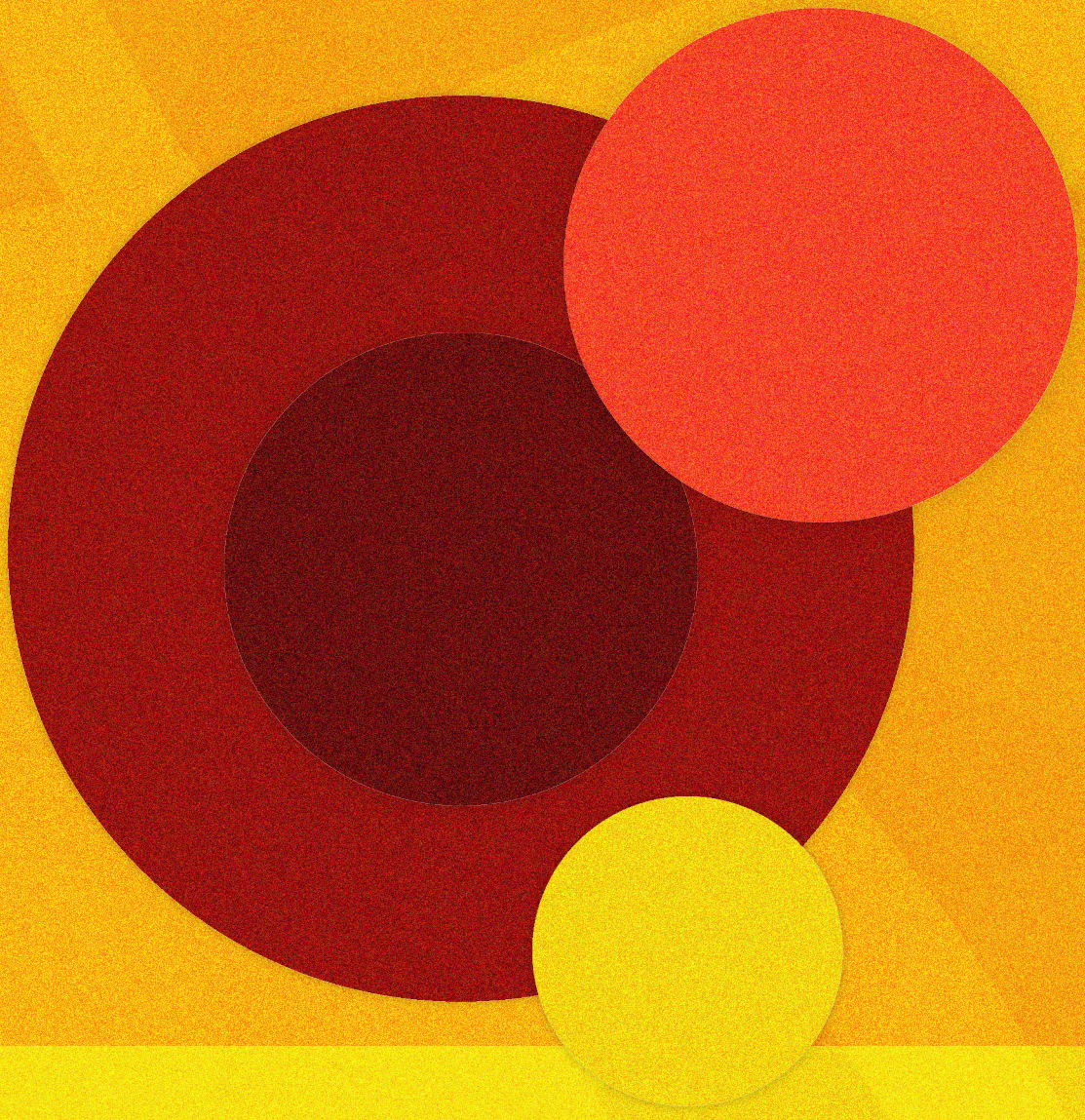
**Tabla 23.** Características clínicas de los casos con coinfección por hepatitis C crónica y VIH, Colombia 2021

| Variables | Hombre n (%) | Mujer n (%) | Total n (%) |
|---|---|---|---|
| **Tiempo de diagnóstico** | | | |
| < 1 año | 302 (39,79) | 18 (56,25) | 320 (40,46) |
| 1 a 4 años | 449 (59,16) | 13 (40,63) | 462 (58,41) |
| 5 - 9 años | 5 (0,66) | 0 (0,00) | 5 (0,63) |
| >= 10 años | 1 (0,13) | 0 (0,00) | 1 (0,13) |
| Desconocido | 2 (0,26) | 1 (3,13) | 3 (0,38) |
| **Comorbilidades** | | | |
| **Cirrosis** | | | |
| Sí | 20 (2,64) | 0 (0,00) | 20 (2,53) |
| No | 637 (83,93) | 15 (46,88) | 652 (82,43) |
| No evaluado | 102 (13,44) | 17 (53,13) | 119 (15,04) |
| **ERC 4 - 5** | | | |
| Sí | 3 (0,40) | 1 (3,13) | 4 (0,51) |
| No | 756 (99,60) | 31 (96,88) | 787 (99,49) |
| **Hepatitis B** | | | |
| Sí | 23 (3,03) | 2 (6,25) | 25 (3,16) |
| No | 696 (91,70) | 23 (71,88) | 719 (90,90) |
| No evaluado | 40 (5,27) | 7 (21,88) | 47 (5,94) |
| **Mecanismo de transmisión** | | | |
| Transmisión sexual | 612 (80,63) | 14 (43,75) | 626 (79,14) |
| Uso de equipos de inyección contaminada | 14 (1,84) | 8 (25,00) | 22 (2,78) |
| Hemotransfusión | 5 (0,66) | 0 (0,00) | 5 (0,63) |
| Consumo de sustancias psicoactivas intranasales | 2 (0,26) | 0 (0,00) | 2 (0,25) |
| Otras formas de transmisión sanguínea | 1 (0,13) | 0 (0,00) | 1 (0,13) |
| Evento adverso relacionado con procedimientos de salud | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 0 (0,00) |
| Exposición ocupacional | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 0 (0,00) |
| Transmisión materno infantil | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 0 (0,00) |
| Desconocido | 125 (16,47) | 10 (31,25) | 135 (17,07) |

**Tabla 23.** Características clínicas de los casos con coinfección por hepatitis C crónica y VIH, Colombia 2021 (continuación)

| Variables | Hombre n (%) | Mujer n (%) | Total n (%) |
|---|---|---|---|
| **Grado de fibrosis hepática** | | | |
| F0 | 110 (14,49) | 5 (15,63) | 115 (14,54) |
| F1 | 51 (6,72) | 1 (3,13) | 52 (6,57) |
| F2 | 29 (3,82) | 2 (6,25) | 31 (3,92) |
| F3 | 14 (1,84) | 0 (0,00) | 14 (1,77) |
| F4 | 20 (2,64) | 0 (0,00) | 20 (2,53) |
| No evaluado | 535 (70,49) | 24 (75,00) | 559 (70,67) |
| **Cirrosis** | | | |
| Compensada | 9 (1,19) | 0 (0,00) | 9 (1,14) |
| No compensada | 0 (0,00) | 0 (0,00) | 0 (0,00) |
| Sin estadificar | 11 (1,45) | 0 (0,00) | 11 (1,39) |
| Sin cirrosis | 637 (83,93) | 15 (46,88) | 652 (82,43) |
| No evaluado | 102 (13,44) | 17 (53,13) | 119 (15,04) |
| **Genotipo** | | | |
| 1A | 38 (5,01) | 5 (15,63) | 43 (5,44) |
| 1B | 16 (2,11) | 3 (9,38) | 19 (2,40) |
| 2 | 1 (0,13) | 1 (3,13) | 2 (0,25) |
| 3a | 3 (0,40) | 0 (0,00) | 3 (0,38) |
| 4 | 218 (28,72) | 1 (3,13) | 219 (27,69) |
| Desconocido | 483 (63,64) | 22 (68,75) | 505 (63,84) |
| **Tratamiento previo** | | | |
| Sí | 74 (9,75) | 1 (3,13) | 75 (9,48) |
| No | 685 (90,25) | 31 (96,88) | 716 (90,52) |
| **Total** | **759 (100,00)** | **32 (100,00)** | **791 (100,00)** |

# 6. Manejo médico especializado de las personas con hepatitis C crónica



15 AÑOS
CUENTA DE ALTO COSTO
Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo
Transformando la información en acciones para una mejor salud

# Resumen

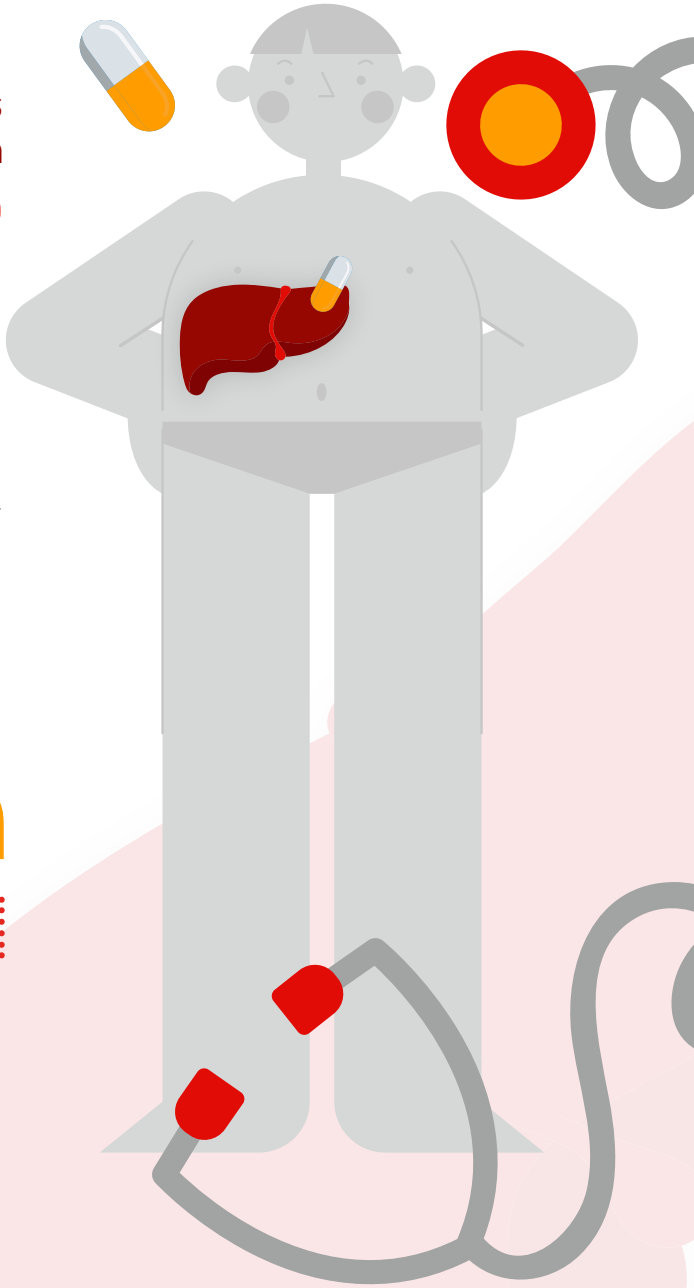
Capítulo 6 Manejo médico especializado de las personas con hepatitis c crónica

**Periodo: entre el 1° de enero y el 31 de diciembre de 2021**

El **47,77%** (n= 620) de los casos prevalentes recibieron mínimo una **atención por infectología,** el 17,18% (n= 223) al menos una valoración por hepatología, el 5,47% (n= 71) tuvieron una o más consultas por gastroenterología.

En los casos con cirrosis compensada se observó una mayor frecuencia en las consultas por los diferentes profesionales, con un promedio para hepatología de 1,96 (DE ± 1,44), gastroenterología 1,63 (DE ± 1,20), infectología 3,31 (DE ± 1,90) y medicina interna 4,50 (DE ± 3,53).

La especialidad de **infectología** lidera las atenciones en las personas con **VHC crónica.**



Descargar figura

## 6. Manejo médico especializado de las personas con hepatitis C crónica

La vía clínica para el tratamiento de hepatitis C crónica describe el manejo y seguimiento médico especializado que debe tener el paciente con diagnóstico confirmado; en la cual, según su necesidad y características como presencia de cirrosis hepática, trasplante hepático, coinfección VIH - VHC o falla previa al tratamiento con AAD y se evalúan los criterios de remisión a las diferentes especialidades.

Dentro del periodo, el 42,14% (n= 547) de los casos prevalentes recibieron mínimo una atención por medicina general, el 47,77% (n= 620) tuvo al menos una valoración por infectología, el 17,18% (n= 223) fue valorado una o más veces por hepatología, el 5,47% (n= 71) tuvo una consulta o más por gastroenterología, el 1,93% (n= 25) recibió atención por medicina interna y el 1,47% (n= 19) fue seguido al menos en una oportunidad por medicina familiar.

En la **tabla 24** se observa la distribución del número de atenciones recibidas por los pacientes según la especialidad, pudiendo concluirse que hay mayor frecuencia y acceso a las consultas por infectología y por medicina general.

**Tabla 24.** Distribución del número de atenciones recibidas por paciente según la especialidad, Colombia 2021

| Profesional | Número de consultas | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 0 n (%) | 1 n (%) | 2 n (%) | 3 n (%) | 4 n (%) | > 5 n (%) |
| Gastroenterología | 1.227 (94,53) | 47 (3,62) | 9 (0,69) | 8 (0,62) | 4 (0,31) | 3 (0,23) |
| Hepatología | 1.075 (82,82) | 152 (11,71) | 43 (3,31) | 15 (1,16) | 5 (0,39) | 8 (0,62) |
| Infectología | 678 (52,23) | 206 (15,87) | 125 (9,63) | 88 (6,78) | 78 (6,01) | 123 (9,48) |
| Medicina familiar | 1.279 (98,54) | 15 (1,16) | 3 (0,23) | 1 (0,08) | 0 (0,00) | 0 (0,00) |
| Medicina general | 751 (57,86) | 273 (21,03) | 117 (9,01) | 95 (7,32) | 28 (2,16) | 34 (2,62) |
| Medicina interna | 1.273 (98,07) | 15 (1,16) | 7 (0,54) | 2 (0,15) | 1 (0,08) | 0 (0,00) |

En relación con la frecuencia de las consultas según tipo de profesional, se observó que en los casos con cirrosis compensada hubo una mayor frecuencia por los diferentes profesionales, con un promedio para hepatología de 1,96 (DE ± 1,44), gastroenterología 1,63 (DE ± 1,20), infectología 3,31 (DE ± 1,90), medicina interna 4,50 (DE ± 3,53), y medicina general 2,05 (DE ± 2,05). En las especialidades de medicina familiar e infectología el promedio del número de valoraciones de aquellos pacientes que no tenían cirrosis fue de 1,20 (DE ± 0,41) y 3,05 (DE ± 2,15), respectivamente. De acuerdo con lo anterior, puede concluirse que independientemente del estado de fibrosis hepática, infectología lidera las atenciones en las personas con VHC crónica.

**Tabla 25.** Distribución del número total de consultas durante el periodo según el tipo de profesional y el estado de la fibrosis, Colombia 2021

| Profesional | Cirrosis | Frecuencia de las consultas | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Número* | Media (±DE) | Mediana (RIC) | Mín-Máx |
| Hepatología | Cirrosis compensada | 32 | 1,96 (1,44) | 1,00 (1,00 - 2,00) | 1 - 7 |
| | Cirrosis no compensada | 10 | 1,90 (1,59) | 1,00 (1,00 - 2,00) | 1 - 6 |
| | No tiene cirrosis | 137 | 1,38 (0,78) | 1,00 (1,00 - 2,00) | 1 - 6 |
| | Cirrosis sin estadificar | 14 | 2,50 (1,95) | 2,00 (1,00 - 3,00) | 1 - 7 |
| | No evaluado | 38 | 1,45 (0,96) | 1,00 (1,00 - 1,00) | 1 - 5 |
| | Todos | 231 | 1,56 (1,10) | 1,00 (1,00 - 2,00) | 1 - 7 |

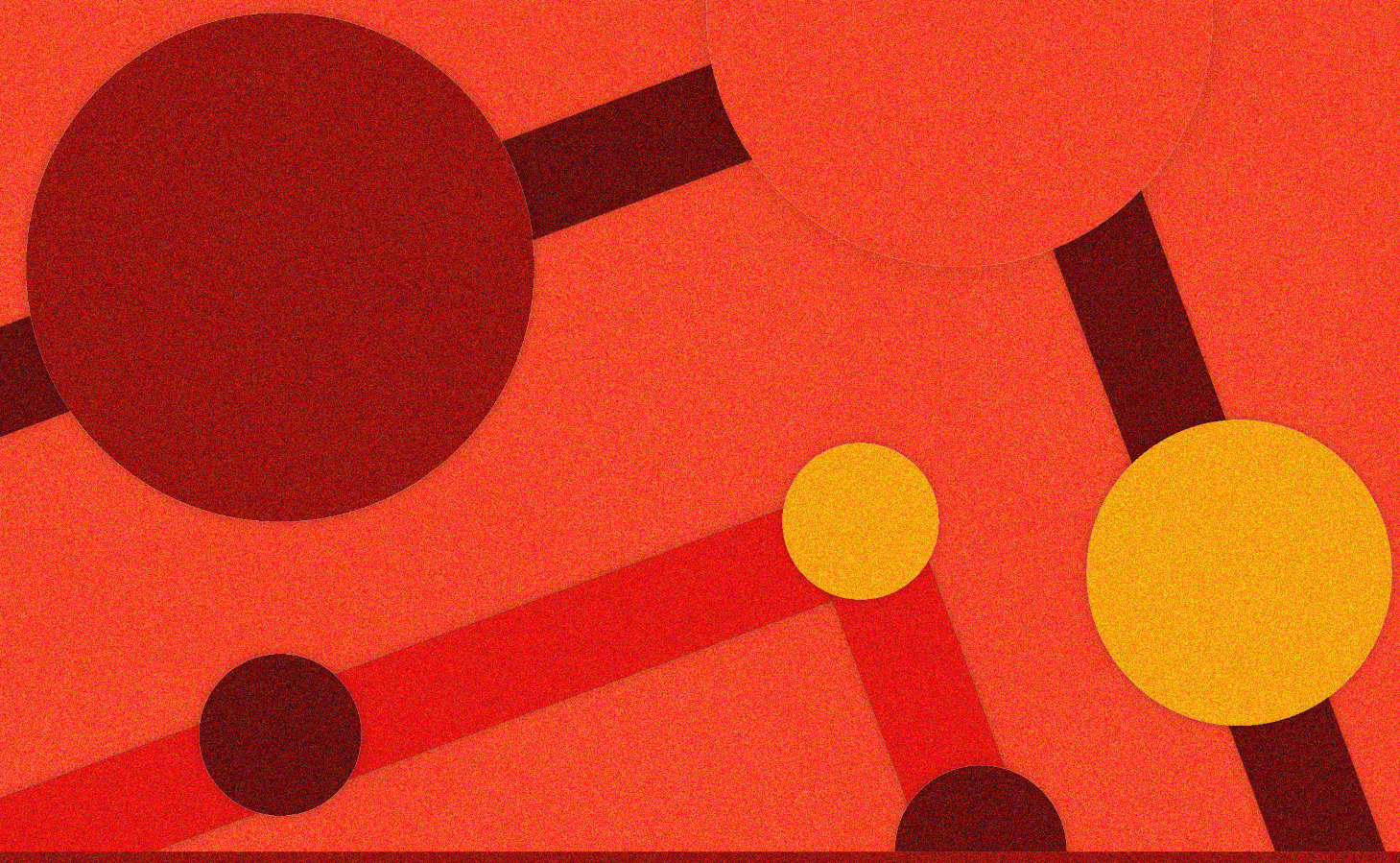
[1] Corresponde al número total de atenciones reportadas durante el periodo en las personas con hepatitis C crónica por cada profesional en medicina.

**Tabla 25.** Distribución del número total de consultas durante el periodo según el tipo de profesional y el estado de la fibrosis, Colombia 2021 (continuación)

| Profesional | Cirrosis | Frecuencia de las consultas | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Número* | Media (±DE) | Mediana (RIC) | Mín-Máx |
| Gastroenterología | Cirrosis compensada | 13 | 1,63 (1,20) | 1,00 (1,00 - 2,00) | 1 - 5 |
| | Cirrosis no compensada | 2 | 1,00 (0,00) | 1,00 (1,00 - 1,00) | 1 - 1 |
| | No tiene cirrosis | 47 | 1,64 (1,05) | 1,00 (1,00 - 2,00) | 1 - 5 |
| | Cirrosis sin estadificar | 5 | 1,80 (1,30) | 1,00 (1,00 - 2,00) | 1 - 4 |
| | No evaluado | 12 | 2,00 (1,448 | 1,00 (1,00 - 3,00) | 1 - 5 |
| | Todos | 79 | 1,69 (1,14) | 1,00 (1,00 - 2,00) | 1 - 5 |
| Infectología | Cirrosis compensada | 37 | 3,31 (1,90) | 3,00 (2,00 - 5,00) | 1 - 8 |
| | Cirrosis no compensada | 6 | 1,83 (0,98) | 1,50 (1,00 - 3,00) | 1 - 3 |
| | No tiene cirrosis | 462 | 3,05 (2,15) | 2,00 (1,00 - 4,00) | 1 - 12 |
| | Cirrosis sin estadificar | 12 | 2,66 (1,87) | 2,00 (1,00 - 4,50) | 1 - 6 |
| | No evaluado | 111 | 2,26 (1,77) | 2,00 (1,00 - 3,00) | 1 - 10 |
| | Todos | 628 | 2,90 (2,08) | 2,00 (1,00 - 4,00) | 1 - 12 |
| Medicina interna | Cirrosis compensada | 4 | 4,50 (3,53) | 2,00 (2,00 - 7,00) | 2 - 7 |
| | Cirrosis no compensada | 3 | 1,33 (0,57) | 1,00 (1,00 - 2,00) | 1 - 2 |
| | No tiene cirrosis | 18 | 1,46 (0,66) | 1,00 (1,00 - 2,00) | 1 - 3 |
| | Cirrosis sin estadificar | 2 | 1,00 (0,00) | 1,00 (1,00 - 1,00) | 1 - 1 |
| | No evaluado | 6 | 1,60 (0,89) | 2,00 (1,00 - 2,00) | 1 - 3 |
| | Todos | 33 | 1,72 (1,27) | 1,00 (1,00 - 2,00) | 1 - 7 |
| Medicina familiar | Cirrosis compensada | 3 | 1,00 (0,00) | 1,00 (1,00 - 1,00) | 1 - 1 |
| | Cirrosis no compensada | 0 | 0,00 (0,00) | 0,00 (0,00 - 0,00) | 0 - 0 |
| | No tiene cirrosis | 20 | 1,20 (0,41) | 1,00 (1,00 - 1,00) | 1 - 2 |
| | Cirrosis sin estadificar | 0 | 0,00 (0,00) | 0,00 (0,00 - 0,00) | 0 - 0 |
| | No evaluado | 4 | 1,66 (1,15) | 1,00 (1,00 - 3,00) | 1 - 3 |
| | Todos | 27 | 1,26 (0,56) | 1,00 (1,00 - 1,00) | 1 - 3 |
| Medicina general | Cirrosis compensada | 37 | 2,05 (2,05) | 1,00 (1,00 - 2,00) | 1 - 11 |
| | Cirrosis no compensada | 8 | 1,37 (0,74) | 1,00 (1,00 - 1,50) | 1 - 3 |
| | No tiene cirrosis | 366 | 1,99 (1,45) | 1,00 (1,00 - 3,00) | 1 - 10 |
| | Cirrosis sin estadificar | 18 | 2,27 (1,93) | 2,00 (1,00 - 3,00) | 1 - 9 |
| | No evaluado | 126 | 2,28 (1,61) | 2,00 (1,00 - 3,00) | 1 - 9 |
| | Todos | 555 | 2,06 (1,54) | 2,00 (1,00 - 3,00) | 1 - 11 |

[1] Corresponde al número total de atenciones reportadas durante el periodo en las personas con hepatitis C crónica por cada profesional en medicina.

# 7. Indicadores de la gestión del riesgo



15 AÑOS

CUENTA DE ALTO COSTO

Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo

Transformando la información en acciones para una mejor salud

# Resumen

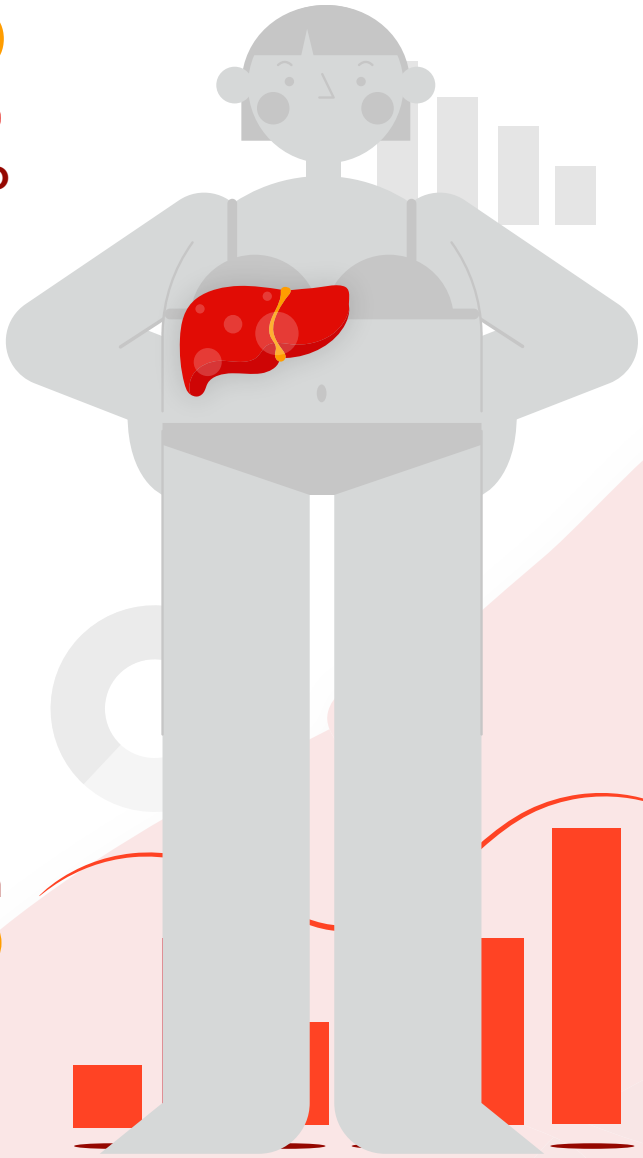
Capítulo 7 Indicadores de la gestión del riesgo

**Periodo: entre el 1° de enero y el 31 de diciembre de 2021**

En el régimen **contributivo** se observó un mejor resultado en la proporción de los casos que iniciaron tratamiento (91,86%) en comparación con el subsidiado (80,25%).

- El indicador de abandono obtuvo mejores resultados en el contributivo (2,04%) en comparación con el subsidiado (12,03%).
- La detección de la fibrosis hepática aumentó de 25,52% a 47,15% en los casos reportados, indicando una tardanza en la realización del diagnóstico de los pacientes.
- Las regiones Amazonía/Orinoquía y Caribe presentaron los resultados más bajos en la estadificación para fibrosis.

La RVS a las **12 semanas** de finalizado el tratamiento se mantuvo en rango de cumplimiento para ambos regímenes, al igual que la proporción de mortalidad atribuible a la infección por VHC.



Descargar figura

# 7. Indicadores de la gestión del riesgo

Desde el inicio de la estrategia de compra centralizada y la publicación de la guía y vía clínica para el tratamiento de la hepatitis C crónica en Colombia, la CAC, como parte del seguimiento de la cohorte, desarrolla el cálculo de los indicadores de la gestión del riesgo, los cuales, permiten medir los resultados asociados con el proceso de atención en salud de las personas con esta condición en el país. El seguimiento frecuente de sus resultados promueve la mejora continua de la calidad de los servicios prestados y la calidad de vida de los usuarios, por medio del planteamiento e implementación de estrategias. A continuación, se describen los resultados obtenidos en el periodo de medición por cada indicador.

En la **tabla 26** se observa la descripción del tipo y nombre de los indicadores, así como sus rangos de cumplimiento con la correspondiente semaforización.

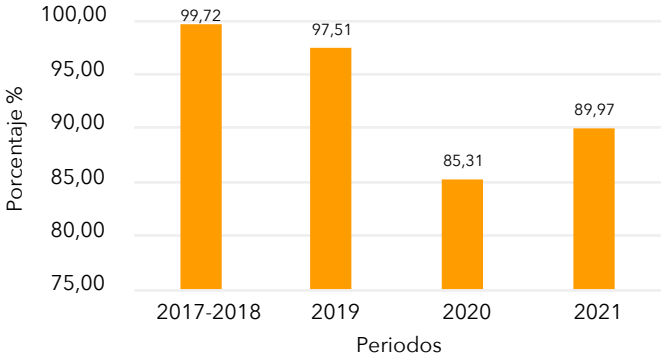
**Tabla 26.** Descripción de los indicadores de gestión del riesgo en hepatitis C crónica

| Tipo de indicador | N° | Indicador | Semaforización de cumplimiento | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | Alto | Medio | Bajo |
| Proceso | 1 | Proporción de personas con diagnóstico de hepatitis C crónica que iniciaron tratamiento. | ● ≥90% | ● ≥80 a <90% | ● <80% |
| Proceso | 2 | Proporción de pacientes con resultados de estadificación para fibrosis. | ● ≥95% | ● ≥90 a <95% | ● <90% |
| Proceso | 3 | Proporción de pacientes que iniciaron el tratamiento para hepatitis C crónica fuera de compra centralizada. | ● ≤5% | ● >5 a ≤10% | ● >10% |
| Resultado | 4 | Detección de fibrosis hépatica en personas con diagnóstico de hepatitis C crónica. | ● ≤20% | ● >20 a ≤40% | ● >40% |
| Resultado | 5 | RVS 12 semanas después de finalizado el tratamiento para hepatitis C crónica. | ● ≥90% | ● ≥85 a <90% | ● <85% |
| Resultado | 6 | Proporción en mortalidad atribuible a la infección por VHC. | ● ≤2% | ● >2 a ≤3% | ● >3% |
| Proceso | 7 | Proporción de personas con diagnóstico de hepatitis C crónica que abandonaron el tratamiento. | ● ≤5% | ● >5 a ≤10% | ● >10% |

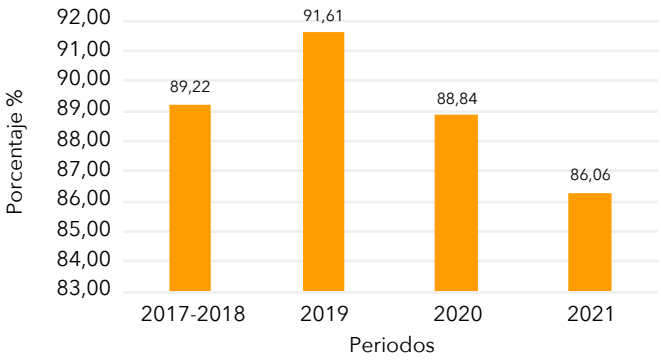
La tendencia de los indicadores de proceso evidencia un patrón de mejoría en la proporción de las personas que iniciaron tratamiento, siendo cada vez menos los que lo inician fuera de la compra centralizada, mientras que los indicadores de evaluación de fibrosis hepática y el número de personas que abandonaron el tratamiento presentaron un deterioro en su desempeño en el último año **(figura 14).**

**Figura 14.** Tendencia de los indicadores de proceso en la gestión del riesgo (1, 2, 3 y 7), Colombia 2017 - 2021

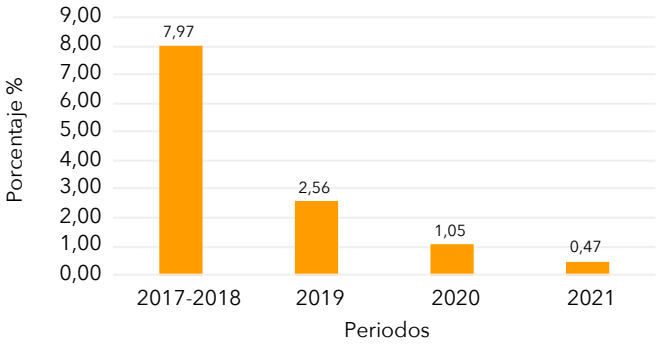
**A. Indicador 1. Proporción de personas con diagnóstico de hepatitis C crónica que iniciaron tratamiento**



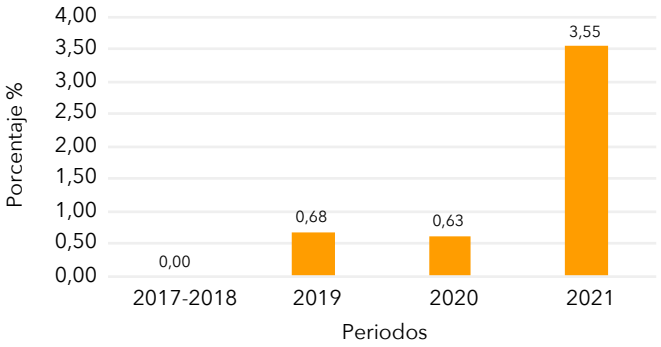

**B. Indicador 2. Proporción de pacientes con resultados de estadificación para fibrosis**




**C. Indicador 3. Proporción de pacientes que iniciaron el tratamiento para hepatitis C crónica fuera de compra centralizada**




**D. Indicador 7. Proporción de personas con diagnóstico de hepatitis C crónica que abandonaron el tratamiento**




Descargar figura

**Tabla 27.** Indicadores de gestión del riesgo (1, 2, 3 y 7) según el régimen, Colombia 2021

| Régimen | Indicador 1 (%) | Indicador 2 (%) | Indicador 3 (%) | Indicador 7 (%) |
|---|---|---|---|---|
| | ≥90% | ≥95% | ≤5% | ≤20% |
| | ≥80 a <90% | ≥90 a <95% | >5 a ≤10% | >20 a ≤40% |
| | <80% | <90% | >10% | >40% |
| Contributivo | 91,86 | 90,58 | 0,00 | 2,04 |
| Subsidiado | 80,25 | 66,39 | 3,10 | 12,03 |

En el aseguramiento, el régimen contributivo tuvo un mejor resultado en la proporción de los casos que iniciaron tratamiento (91,86%) en comparación con el subsidiado (80,25%), al igual que en la proporción de estadificación para fibrosis hepática, con un 90,58% y 66,39%, respectivamente. A su vez, el indicador de abandono obtuvo mejores resultados en el contributivo **(tabla 27).**

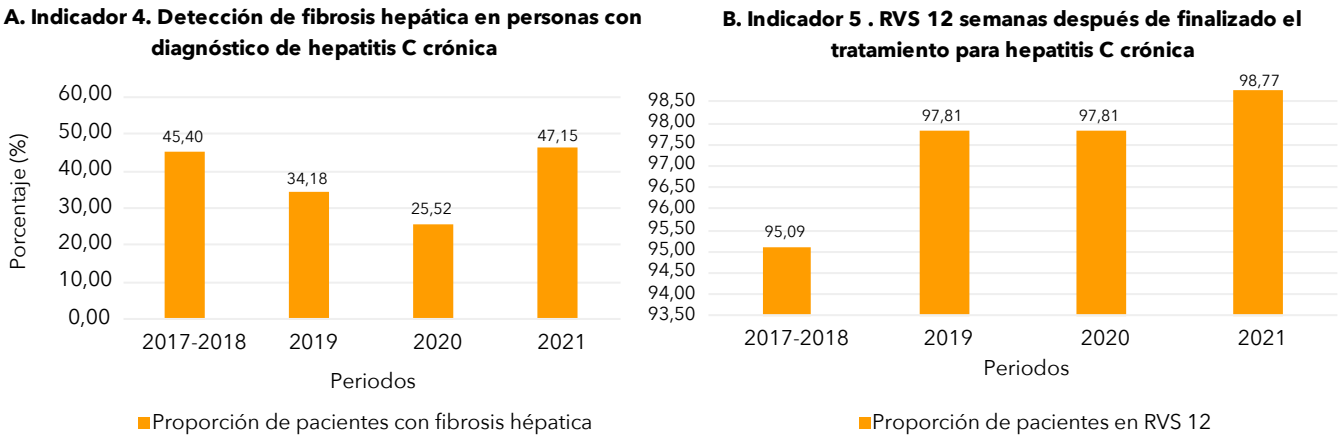
**Tabla 28.** Indicadores de gestión del riesgo (1, 2, 3 y 7) según la región, Colombia 2021

| Régimen | Indicador 1 (%) | Indicador 2 (%) | Indicador 3 (%) | Indicador 7 (%) |
|---|---|---|---|---|
| | ≥90% | ≥95% | ≤5% | ≤20% |
| | ≥80 a <90% | ≥90 a <95% | >5 a ≤10% | >20 a ≤40% |
| | <80% | <90% | >10% | >40% |
| Bogotá, D. C. | 91,48 | 94,85 | 0,00 | 2,04 |
| Caribe | 87,18 | 69,81 | 1,56 | 3,61 |
| Central | 87,08 | 79,05 | 1,34 | 5,07 |
| Oriental | 88,73 | 87,23 | 0,00 | 5,13 |
| Pacífica | 93,68 | 78,47 | 0,00 | 5,26 |
| Amazonía/Orinoquía | 100,00 | 50,00 | 0,00 | 0,00 |

Según las regiones, en Bogotá, D. C., se consiguieron los mejores resultados en la estadificación para fibrosis (indicador 2) y en la proporción de los casos en abandono (indicador 7). Las regiones de la Amazonía/Orinoquía y la Caribe presentaron los resultados más bajos de cumplimiento en la valoración de fibrosis hepática. La proporción de los casos en abandono del tratamiento cumple el rango para Bogotá, D. C., Amazonía/Orinoquía y Caribe siendo menor al 5% **(tabla 28).**

En **la figura 15** se presenta la tendencia de los indicadores de resultado. La detección de la fibrosis hepática aumentó de 25,52% a 47,15% en los casos reportados, representando una tardanza en la realización del diagnóstico de los pacientes. Por otra parte, el indicador de efectividad del tratamiento, se mantiene estable, continuando superior al 95%.

**Figura 15.** Tendencia de los indicadores de resultado en la gestión del riesgo, Colombia 2017 - 2021




Descargar figura

En el aseguramiento, se detectó una mayor proporción de casos con fibrosis hepática en el régimen contributivo (48,44%) comparado con el subsidiado (39,51%). La RVS a las 12 semanas de finalizado el tratamiento se mantuvo en un rango de cumplimiento para ambos regímenes, al igual que la proporción de la mortalidad atribuible a la infección por VHC **(tabla 29).**

**Tabla 29.** Indicadores de la gestión del riesgo (4, 5 y 6) según el régimen de afiliación, Colombia 2021

| Regimen | Indicador 4 (%) | Indicador 5 (%) | Indicador 6 (%) |
|---|---|---|---|
| | ≤20% | ≥90% | ≥90% |
| | >20 a ≤40% | ≥85 a <90% | ≥85 a <90% |
| | >40% | <85% | <85% |
| Contributivo | 48,44 | 98,87 | 0,09 |
| Subsidiado | 39,51 | 98,04 | 0,41 |

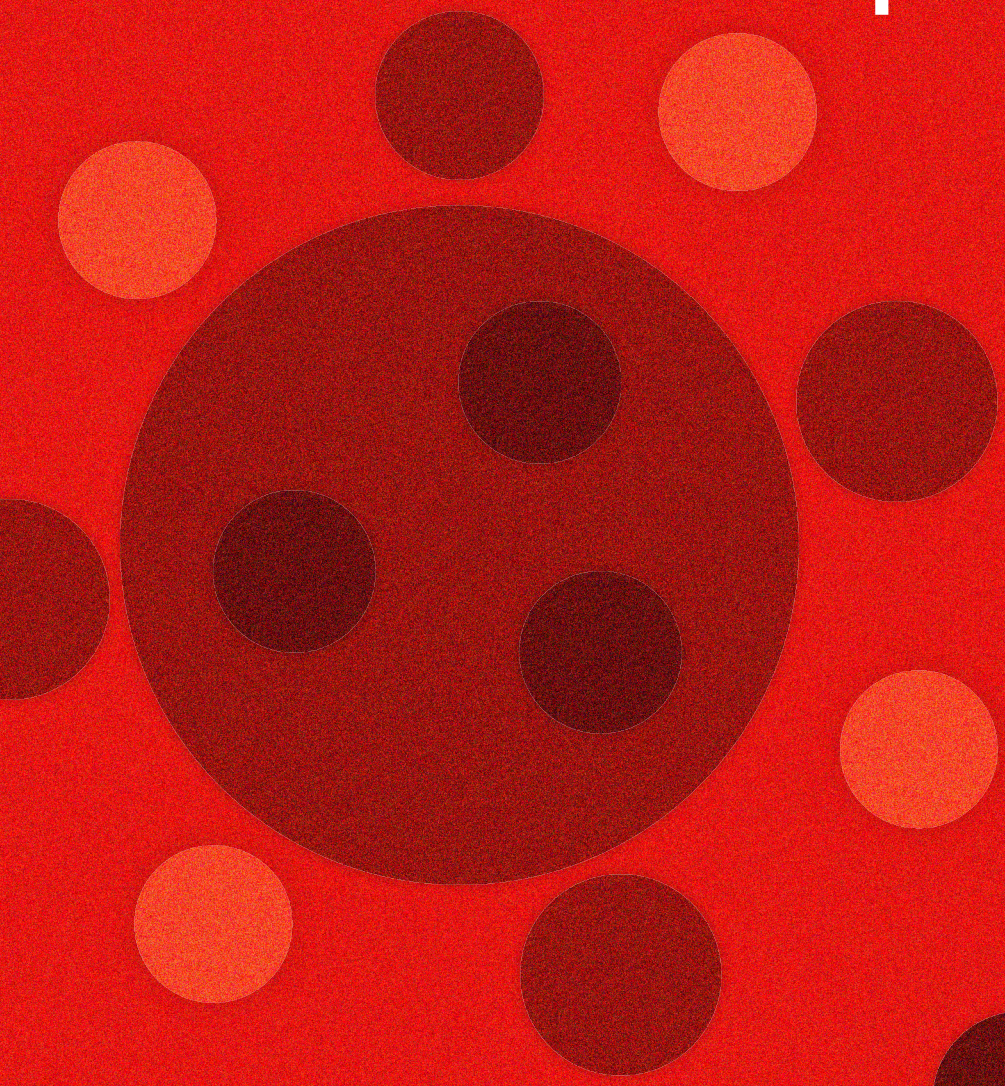
Según las regiones, la detección de la fibrosis hepática fue más baja en la Central, sin embargo, en ninguna se alcanzó el rango de cumplimiento. La RVS a las 12 semanas de terminado el tratamiento y la proporción de mortalidad atribuible a VHC consiguieron la meta en todas las regiones **(tabla 30).**

**Tabla 30.** Indicadores de la gestión del riesgo (4, 5 y 6) según la región, Colombia 2021

| Régimen | Indicador 4 (%) | Indicador 5 (%) | Indicador 6 (%) |
|---|---|---|---|
| | ≤20% | ≥90% | ≥90% |
| | >20 a ≤40% | ≥85 a <90% | ≥85 a <90% |
| | >40% | <85% | <85% |
| Bogotá, D. C. | 49,39 | 98,95 | 0,00 |
| Caribe | 70,27 | 100,00 | 0,00 |
| Central | 27,92 | 98,18 | 0,28 |
| Oriental | 58,54 | 96,77 | 1,06 |
| Pacífica | 61,06 | 100,00 | 0,00 |
| Amazonía/Orinoquía | 0,00 | 100,00 | 0,00 |

# 8.

# Impacto de la pandemia por el Covid-19



15 AÑOS
CUENTA DE ALTO COSTO
Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo
Transformando la información en acciones para una mejor salud

# 8

## Análisis del impacto de la pandemia por el virus SARS CoV 2 COVID-19 en el diagnóstico de los casos incidentes con hepatitis C crónica

La oportunidad del tratamiento desde la fecha de diagnóstico disminuyó en el régimen contributivo de una mediana de 12,86 semanas (RIC 5,86 - 20,30) en 2020 a 10,30 (4,86 - 17,40) en 2021.

En el régimen subsidiado aumentó la mediana de la oportunidad del tratamiento en 2021 pasando de 7,86 semanas (RIC 5,00 - 17,00) a 13,60 (6,11 - 19,00) semanas.

Para el año 2020 hubo una mayor proporción de casos incidentes diagnosticados con algún grado de cirrosis en ambos regímenes.

Se observó una menor proporción de pacientes incidentes con exámenes paraclínicos de estadificación de la fibrosis hepática en el año 2020 comparado con el 2021 especialmente en el régimen subsidiado.

**La cirrosis es más frecuente en el sexo femenino, teniendo en cuenta la mediana de edad de los casos incidentes por el sexo, esto podría estar relacionado con el tiempo de evolución de la enfermedad.**

En el 2021 hubo una discreta disminución en la proporción de los casos incidentes con cirrosis descompensada al diagnóstico comparada con el año 2020, posiblemente relacionado con las consecuencias en el acceso a los servicios de salud por la emergencia sanitaria.

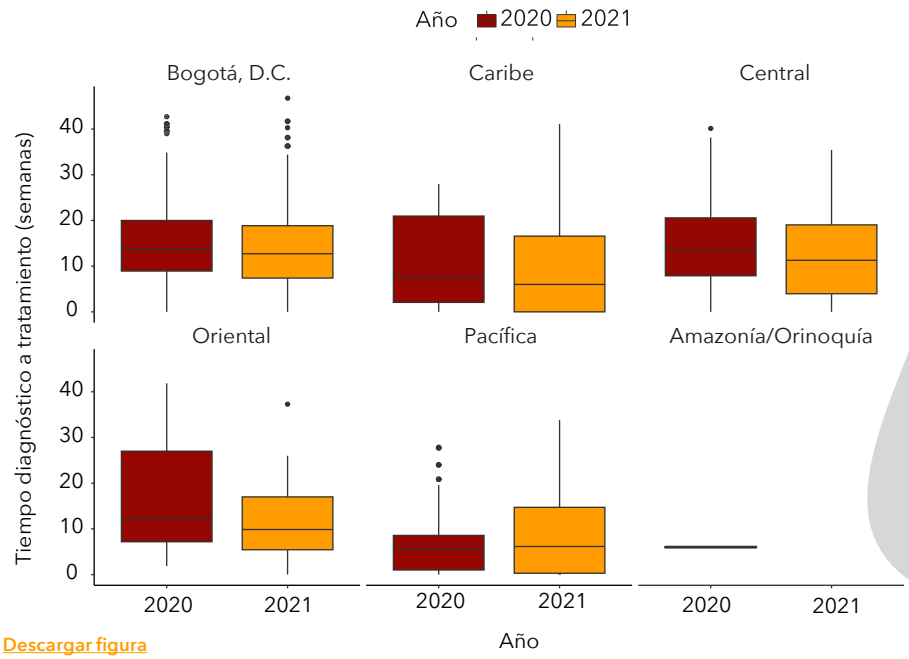




Descargar infografía

Como consecuencia de la emergencia sanitaria por la pandemia del **COVID-19,** el acceso a los servicios de salud se vio limitado, dado que el esfuerzo prioritario del sistema fue la contención de la propagación del virus. Así mismo, la implementación de las medidas de aislamiento redujo la frecuencia de consultas y de prestación de servicios de salud (19). En este capítulo se analiza el comportamiento en términos de tiempo de oportunidad y severidad de la enfermedad en los casos incidentes de los años 2020 y 2021.

**Figura 16.** Oportunidad del tratamiento desde la fecha de diagnóstico según la región, Colombia 2020 - 2021



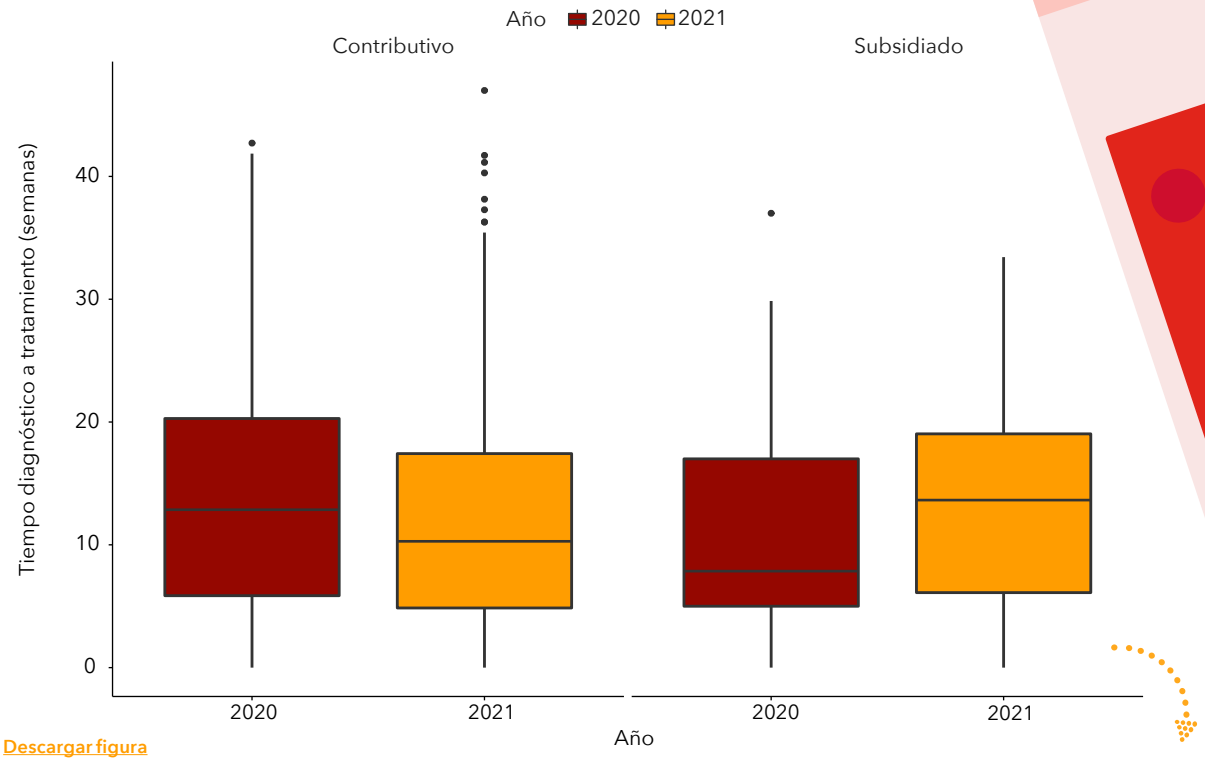

Descargar figura

La mediana de las semanas desde el diagnóstico de la hepatitis C crónica hasta el inicio del esquema terapéutico fue menor en el año 2021 en todas las regiones excepto en la Pacífica. A nivel nacional el tiempo de oportunidad fue de 12,70 semanas (RIC 5,86 - 20,30) en 2020 y de 11,71 (RIC 5,42 - 18,71) en 2021.

Este cambio fue más acentuado en la región Oriental que pasó de 12,30 (RIC 7,18 - 27,00) semanas en 2020 a 9,86 (RIC 5,43 - 17,00) en 2021. Seguido por la región Central que pasó de 13,50 semanas (RIC 7,89 - 20,60) en el 2020, a 11,30 (RIC 3,96 - 19,00) en el 2021.

Descargar infografía

**Figura 17.** Oportunidad del tratamiento desde la fecha de diagnóstico según el régimen de afiliación, Colombia 2020 - 2021

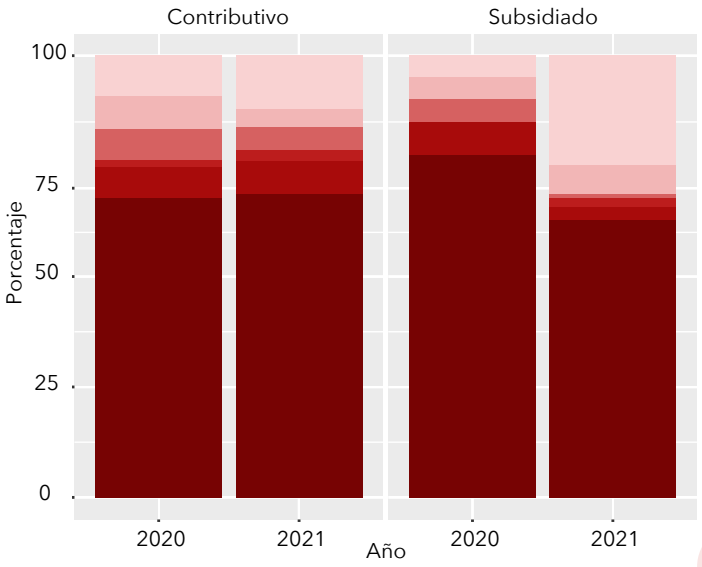



Descargar figura

En la **figura 17,** se evidencia que el régimen contributivo tuvo una mediana de 12,86 (RIC 5,86 - 20,30) semanas en 2020 y de 10,30 (4,86 - 17,40) en 2021. En contraste, el régimen subsidiado aumentó su tiempo de oportunidad pasando de una mediana de 7,86 semanas (RIC 5,00 - 17,00) en 2020 a 13,60 (6,11 - 19,00) en 2021.

**Figura 18.** Distribución de la estadificación de la fibrosis hepática según el régimen de afiliación, Colombia 2020 - 2021

En la **figura 18** se observa que, en el 2020 en el régimen subsidiado el 77,50% de las personas con hepatitis C crónica no tuvo valoración paraclínica del grado de fibrosis. Para el 2021 la frecuencia de observaciones sin dato se redujo a 62,85%, lo que indica un mayor número de casos tamizados, aumentando la proporción de pacientes en estadio F0 (24,76%). En contraste, en el régimen contributivo la variación entre ambos años fue menor.

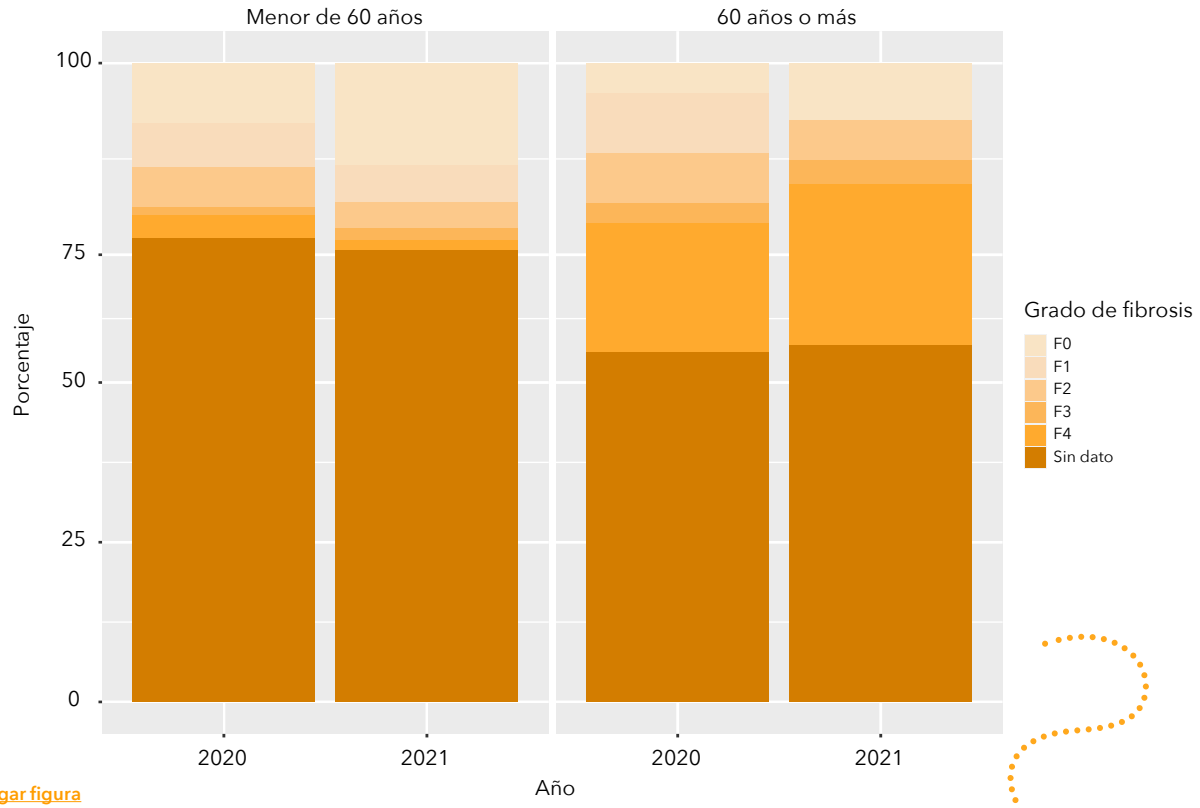



Descargar figura

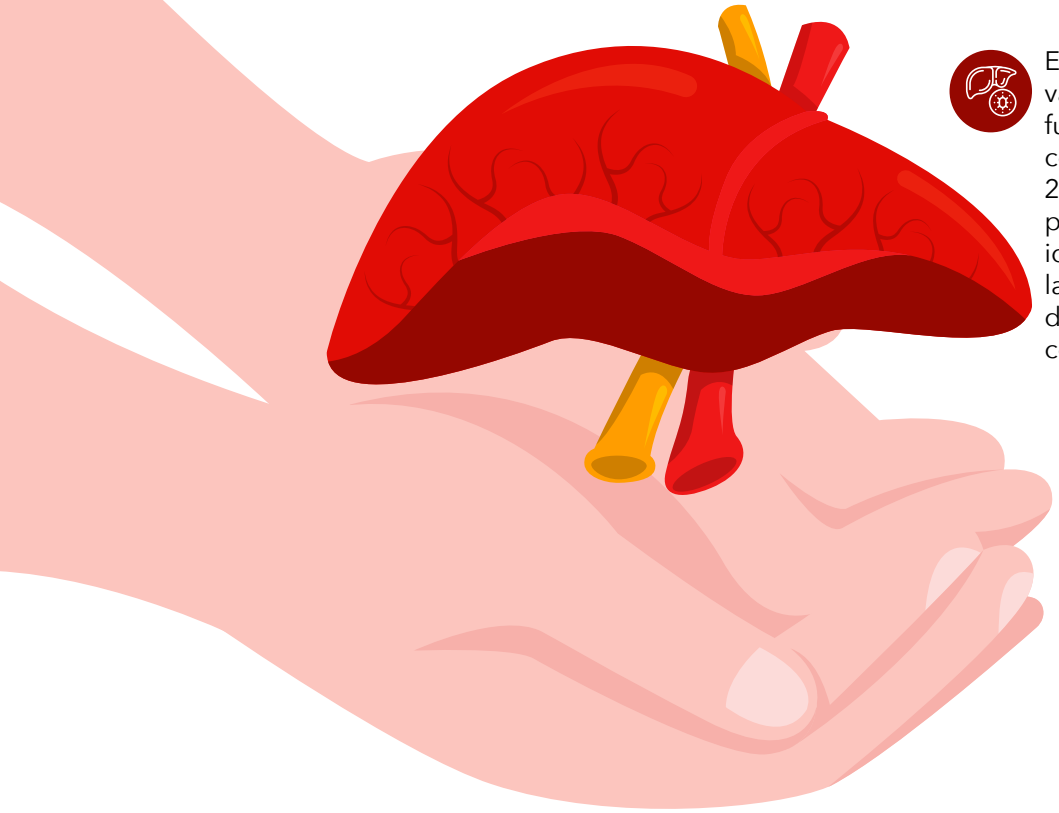


Descargar infografía

**Figura 19.** Distribución de la estadificación de fibrosis hepática según la edad, Colombia 2020 - 2021



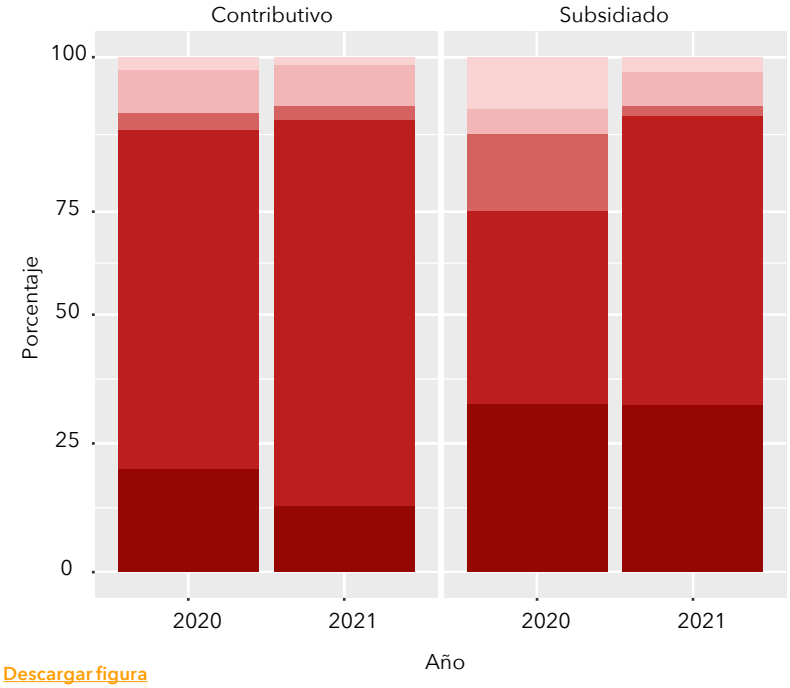

Descargar figura



En la **figura 19** se observa que la valoración paraclínica de la fibrosis fue más frecuente en las personas con 60 años o más, tanto en el año 2020 como en el 2021; en estos pacientes, en el año 2021 se identificó un discreto aumento en la proporción de casos en grado de fibrosis F2 o mayor (35,00%) comparado con el 2020 (30,00%).

Descargar infografía

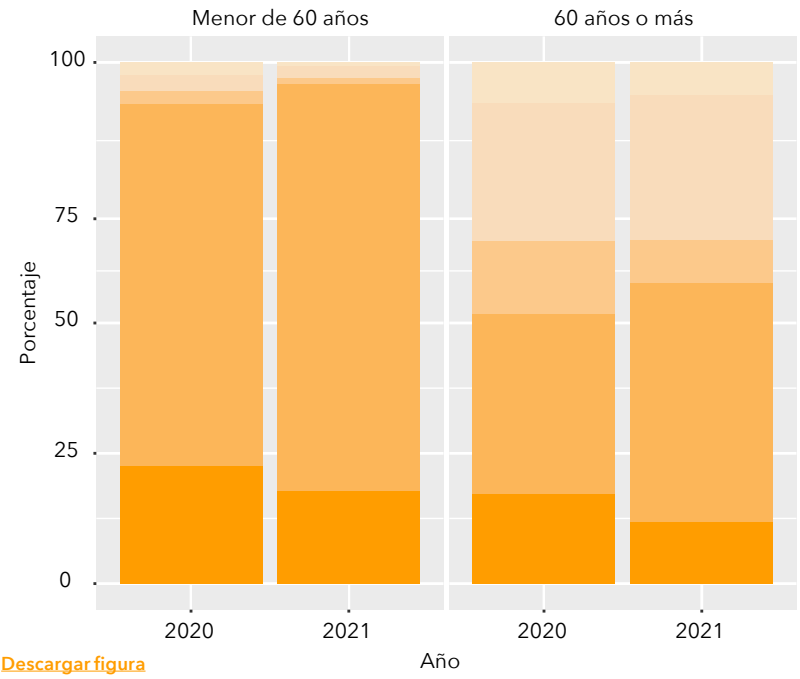
**Figura 20.** Distribución de la cirrosis hepática según el régimen de afiliación, Colombia 2020 - 2021




Descargar figura

En la **figura 20,** se observa que para el año 2020 en el régimen contributivo hubo una mayor proporción de casos incidentes en quienes no se tamizó la cirrosis comparado con el 2021. En el régimen subsidiado, se mantuvo constante la proporción de los pacientes evaluados en ambos años, pero disminuyó la frecuencia con la que se encontró algún grado de cirrosis (incluida aquella sin estadificar) pasando del 30% al 10% de casos incidentes con esta condición.

**Figura 21.** Distribución de la cirrosis hepática según la edad, Colombia 2020 - 2021



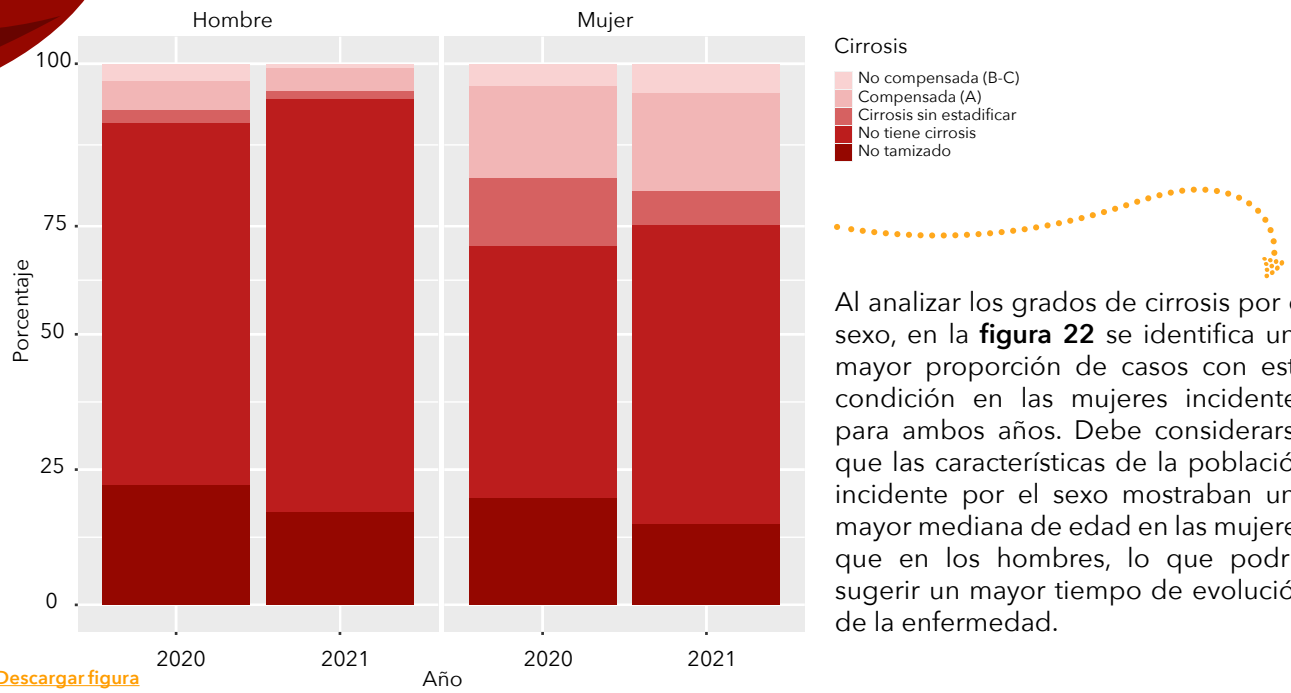

Descargar figura

Como es esperable, los pacientes con 60 años o más presentaron con mayor frecuencia algún grado de cirrosis hepática al momento del diagnóstico para ambos años calendario. En el año 2020 hubo una discreta mayor proporción de pacientes incidentes de 60 años o más con cirrosis no compensada (7,81%) comparado con el 2021 (6,30%). En los menores de 60 años la proporción de los casos con cirrosis no compensada pasó de 2,38% en el 2020 a 0,70% en el 2021.



Descargar infografía

**Figura 22.** Distribución de la cirrosis hepática según el sexo, Colombia 2020 - 2021




Descargar figura

Al analizar los grados de cirrosis por el sexo, en la **figura 22** se identifica una mayor proporción de casos con esta condición en las mujeres incidentes para ambos años. Debe considerarse que las características de la población incidente por el sexo mostraban una mayor mediana de edad en las mujeres que en los hombres, lo que podría sugerir un mayor tiempo de evolución de la enfermedad.

## En síntesis:



- Se identificó una prolongación en los tiempos de oportunidad desde el diagnóstico hasta el inicio del tratamiento entre el primer y segundo año de la pandemia por COVID-19 en el régimen subsidiado.
- Se observó una menor proporción de los pacientes incidentes con exámenes paraclínicos de estadificación de la fibrosis hepática en el año 2020 comparado con el 2021, especialmente en el régimen subsidiado.
- En el 2021 hubo una discreta disminución en la proporción de los casos con cirrosis descompensada al diagnóstico, comparada con el año 2020.
- Se identifica una mayor proporción de mujeres incidentes con algún grado de cirrosis respecto a los hombres, lo cual podría estar relacionado con el tiempo de evolución de la enfermedad.

**El cambio en estas estadísticas entre el primer y segundo año de la pandemia** podría estar relacionado con las consecuencias en el acceso a los servicios de salud por la emergencia sanitaria.

Descargar infografía

## Discusión y conclusiones

El reporte de los casos con infección por VHC a la CAC aumentó en el 2021, alcanzando su cifra más alta en los últimos 4 años, tanto en los casos incidentes como en los prevalentes. Este comportamiento es similar al encontrado en otras fuentes de información como el INS, donde se informó un aumento del 32,40% de notificación obligatoria en el país (10). Además, es un incremento esperado por la reapertura de los servicios a medida que disminuyeron las restricciones de la emergencia sanitaria por COVID-19, dado que, en el 2020 ante el aislamiento obligatorio, se disminuyeron las consultas y campañas de tamización donde era posible detectar la enfermedad (20).

La prevalencia de la enfermedad es mayor a la nacional (2,59 por cada 100.000 habitantes) en las entidades territoriales como Quindío, Bogotá, D. C., Risaralda, Antioquia, Valle del Cauca y Atlántico. No obstante, las estimaciones encontradas en todo el país son muy inferiores a las esperadas. En general, los estudios realizados con respecto a la prevalencia en los bancos de sangre, grupos de alto riesgo, reportes del INS como el informe ejecutivo de la red nacional de bancos de sangre, estiman una seroprevalencia de anticuerpos para la hepatitis C para población general entre el 0,32 y el 1,50% (21–23). Incluso en los estudios de población con el mayor riesgo de adquirir la enfermedad, como lo son las personas que se inyectan drogas, se han estimado seroprevalencias entre el 10,70% y 80,20% en ciudades como Bogotá, D. C., y Cali respectivamente (24–27). De la misma forma, al comparar la prevalencia con las estimaciones de otros países de Latinoamérica, se sigue encontrando una falta de diagnóstico de la infección en toda la población (10,13).




Entre las barreras para el diagnóstico oportuno se destacan el desconocimiento por parte del público respecto a la enfermedad, la falta de adherencia a las recomendaciones de cribado por parte de los profesionales de la salud, la disponibilidad y el acceso a las pruebas de tamización, así como el estigma y la discriminación. Ante las diferencias entre el reporte a la CAC y las estimaciones poblacionales, se deben implementar medidas que enfrenten directamente estas barreras para avanzar como país en las metas de eliminación de las hepatitis virales (28). En la atención, las principales barreras reportadas se encuentran en la continuidad de la atención y en los abandonos de tratamiento, por falta de información y educación del paciente y por demoras en la remisión al médico especializado, la formulación del tratamiento antiviral, y en la realización de la carga viral posterior al tratamiento para confirmar la curación de la infección (29).

Respecto a los indicadores de la gestión del riesgo analizados en el periodo, la cobertura del tratamiento para VHC viene en ascenso, mientras que la proporción de los pacientes que fueron estadificados para fibrosis continúa con tendencia decreciente. Sin embargo, es necesario analizar los resultados por las regiones y por los regímenes, debido a las brechas existentes en la cobertura, en la estadificación de la fibrosis y en la proporción de los pacientes que abandonan el tratamiento.

La estrategia de compra centralizada de medicamentos mantiene la efectividad del tratamiento con AAD por encima de lo esperado (>95%). A la vez, favorece el seguimiento de los pacientes, ha mejorado la oportunidad en el acceso y ha permitido mantener un bajo número de casos en abandono, aunque existen diferencias importantes por régimen de aseguramiento. Además, al enfocarse en compras de AAD pangenotípicos, permitió disminuir las variaciones en los esquemas terapéuticos prescritos.

Por otra parte, es importante mencionar el aumento de los casos con coinfección con VIH y VHC, tanto para los hombres como para las mujeres. Se ha descrito que en esta población se presentan reinfecciones por el VHC en el 7,30% de los casos, por lo cual es indispensable fortalecer las estrategias de educación para la reducción de los comportamientos de riesgo (relaciones sexuales sin protección), y vigilancia activa para identificar tempranamente las reinfecciones y tratarlas oportunamente (30).

En relación con la afectación de los servicios de salud secundario a la pandemia por COVID-19, se ha descrito una disminución importante del acceso a las consultas, tanto para el diagnóstico como para el seguimiento del paciente, así como demoras en el inicio del tratamiento antiviral (31). En la cohorte colombiana se encontró que en el 2021 comparado con el 2020 disminuyó este tiempo de oportunidad para el régimen contributivo mientras que aumentó para el subsidiado. A nivel nacional, la mediana de tiempo entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento fue de 12,17 semanas en 2020 y 11,10 en 2021. En comparativa, una cohorte de 830 pacientes seguida entre 2014 y 2015 en los Estados unidos reportó una mediana para inicio del tratamiento de 42,85 semanas (32). Esto muestra una línea de referencia importante para la mejora de los tiempos de oportunidad mediante la compra centralizada de medicamentos. Por otra parte, en el régimen subsidiado en el 2021 aumentó la proporción de los pacientes con exámenes de estadificación para la fibrosis, también se observó una disminución en la proporción de los casos con cirrosis descompensada al diagnóstico, posiblemente relacionado con una mejora en el acceso a los servicios de salud a medida que se resolvía la emergencia sanitaria.

Como país se identificaron retos importantes a abordar, como la necesidad de simplificar los algoritmos de diagnóstico de la hepatitis C, la inclusión del autotest para hepatitis C, el acortamiento en los tiempos entre el diagnóstico y el acceso al tratamiento, la erradicación del estigma asociado a la enfermedad, continuar con la disminución de los costos asociados al tratamiento con AAD, y aumentar el conocimiento de la infección con las diferentes herramientas tecnológicas disponibles (30).



# Referencias


1. Ministerio de salud y protección social. Vía clínica para el tratamiento de hepatitis C crónica. Bogotá D.C. [En línea]. Versión completa. Segunda edición. Diciembre. 2018. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/MET/via-clinica-tratamiento-hepatitisc.pdf
2. University of Washington. Hepatitis C Online [En línea]. Centers for Disease Control and Prevention. 2022 [citado el 18 de octubre de 2022]. Disponible en: https://www.hepatitisc.uw.edu/page/clinical-calculators/apri
3. Bedossa P, Poynard T, METAVIR Cooperative Study Group. An algorithm for the grading of activity in chronic hepatitis C. Hepatology [En línea]. 1996;24:289–93. Disponible en: https://aasldpubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hep.510240201
4. The METAVIR Cooperative Group. Inter- and intra-observer variation in the assessment of liver biopsy of chronic hepatitis C. Hepatology [En línea]. 1994;20:15–20. Disponible en: https://aasldpubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/hep.1840200104
5. Gómez A. Marco conceptual y legal sobre la gestión de riesgo en Colombia: Aportes para su implementación. Monit Estratégico [En línea]. 2014;(5):4–11. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/Articulo 1.pdf
6. Ministerio de Salud y Protección Social. Gestión integral del riesgo en salud [En línea]. MINSALUD. 2018. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/girs-prespectiva-desde-aseguramiento.pdf
7. D.L. T. Global Elimination of Chronic Hepatitis. N Engl J Med [En línea]. 2019;380(21):2041–50. Disponible en: https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMra1810477
8. Yim H. Elimination of hepatitis C: What would be the practical approach? Clin Mol Hepatol [En línea]. 27((1)):97–9. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7820208/
9. Blach S, Terrault NA, Tacke F, Gamkrelidze I, Craxi A, Tanaka J, et al. Global change in hepatitis C virus prevalence and cascade of care between 2015 and 2020: a modelling study. Lancet Gastroenterol Hepatol [En línea]. mayo de 2022;7(5):396–415. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2468125321004726
10. C.D.A.F.Foundation. Polaris Observatory [En línea]. 2022 [citado el 3 de agosto de 2022]. Disponible en: https://cdafound.org/polaris/
11. Instituto Nacional de Salud. Hepatitis B, C y coinfección B–D PE XIII de 2021. En: Informe de evento de interés en salud pública [En línea]. 2022. Disponible en: http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/HEPATITIS B, C Y COINFECCIÓN B-D PE XIII 2021.pdf
12. World Health Organization. Global health sector strategy on viral hepatitis 2016-2021. Towards ending viral hepatitis [En línea]. World Health Organization. 2016. Disponible en: https://apps.who.int/iris/handle/10665/246177
13. CDAF Foundation. Polaris Observatory: HCV Year of Achieving Elimination Targets [En línea]. 2022 [citado el 3 de agosto de 2022]. Disponible en: https://cdafound.org/polaris-countries-database/#hcv-goals
14. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución número 1692 de 2017 [En línea]. Colombia; 2017. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución No. 01692 de 2017.pdf
15. Ministerio de Salud y Protección Social. Estudio previo adquisición de medicamentos para el tratamiento del virus de la hepatitis C por intermedio del Fondo Rotatorio Regional para la adquisición de productos estratégicos de salud pública OPS/OMS [En línea]. Bogotá, D. C.; 2017. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/MET/estudios-previos-compra-centralizada-hepatitis-c.pdf
16. Ministerio de Salud y Protección Social. Estudios previos Orden de compra No. 0113 de 2019 de la compra centralizada de medicamentos para el tratamiento del virus de la Hepatitis C [En línea]. Bogotá, D. C.; 2019. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/MET/ep-compra-centralizada-hepc-2019final.pdf
17. Ministerio de Salud y Protección Social. Estudios previos Orden de compra No. 068 de 2021 de la compra centralizada de medicamentos para el tratamiento del virus de la Hepatitis C [En línea]. Bogotá D.C.; 2019. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/MET/estudios-previos-dmt.pdf
18. United Nations D of E and SAP. World Population Prospects [En línea]. 1st ed. New York; 2019. Disponible en: https://population.un.org/wpp/

19. Cuenta de alto costo. Situación de la hepatitis C crónica en los regímenes subsidiado y contributivo de Colombia [En línea]. Bogotá, D. C.; 2020. Disponible en: https://cuentadealtocosto.org/site/publicaciones/situacion-de-la-hepatitis-c-cronica-en-colombia-2020/?1660248798642

20. Ministerio de Salud y la Protección Social. Dirección de Epidemiología y Demografía. Análisis de Situación de Salud (ASIS) [En línea]. Bogotá, D. C.; 2021. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/analisis-situacion-salud-colombia-2021.pdf

21. L RM, R VG, J CA. Prevalencia de agentes transmisibles por transfusión y factores asociados en un banco de sangre de Córdoba-Colombia 2014-2016. Rev UDCA Actual Divulg Científica [En línea]. 2018;21(2). Disponible en: https://revistas.udca.edu.co/index.php/ruadc/article/view/969

22. Arias JAC, Duque JF, Gutiérrez LFH. Seroprevalencia del virus de la hepatitis C en un banco de sangre de Medellín-Colombia, 2005-2018. Acta Biológica Colomb [En línea]. 2019;24(3):486–492. Disponible en: https://revistas.unal.edu.co/index.php/actabiol/article/view/79399/74574

23. Instituto Nacional de Salud de Colombia. Informe Ejecutivo de la Red Nacional Bancos de Sangre Colombia 2008-2018 [En línea]. Bogotá: INS; 2018. Disponible en: https://www.ins.gov.co/Direcciones/RedesSaludPublica/DonacionSangre/AreasEstrategicas/informe-ejecutivo-bancos-de-sangre-colombia-2018.pdf

24. Toro-Tobón D, Berbesi-Fernandez D, Mateu-Gelabert P, Segura-Cardona ÁM, Montoya-Vélez LP. Prevalence of hepatitis C virus in young people who inject drugs in four Colombian cities: a cross-sectional study using Respondent Driven Sampling. Int J Drug Policy [En línea]. 2018;60:56–64. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6349253/

25. Toro-Tobón D, Berbesi-Fernández D. Prevalence of HIV/hepatitis C virus co-infection and injection risk correlations in people who inject drugs in Colombia: a cross-sectional study using respondent driven sampling. Subst Use Misuse [En línea]. 2020;55(3):414–423. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31691646/

26. López-Osorio MC, Beltrán M, Navas MC. Epidemiología de la infección por el virus de la hepatitis C en Colombia [Epidemiology of hepatitis C virus infection in Colombia Epidemiologia da infecção pelo vírus da hepatite C na Colômbia. Rev Panam Salud Publica [En línea]. 2021;45(e96). Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8442709/

27. Fundación Salutia. Estudio de prevalencia de VIH, Hepatitis Virales, Sífilis y comportamientos asociados en las personas que se inyectan drogas. Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y el área conurbada de Pereira y Dosquebradas. 2022. 1–250 p.

28. World Hepatitis Alliance. Barriers to diagnosis research, Find the missing millions [En línea]. 2018. Disponible en: https://www.worldhepatitisalliance.org/missing-millions/wp-content/uploads/2018/06/Find-the-Missing-Millions-Survey-Report-FINAL.pdf

29. Blanding DP, Moran WP, Bian J. Linkage to specialty care in the hepatitis C care cascade. J Investig Med [En línea]. 2021;69:324–332. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1136/jim-2020-001521

30. Shahid I, Alzahrani AR, Al-Ghamdi SS, Alanazi IM, Rehman S, Hassan S. Hepatitis C Diagnosis: Simplified Solutions, Predictive Barriers, and Future Promises. Diagnostics [En línea]. 2021;11:1253. Disponible en: https://doi.org/10.3390/diagnostics11071253

31. Bryn G. COVID-19 y hepatitis C: preocupaciones a nivel mundial [En línea]. Treatment Action Group. 2021. Disponible en: https://www.treatmentactiongroup.org/wp-content/uploads/2021/01/tag_hcv_covid_brief_2_21_spanish.pdf

32. Kwo PY, Puenpatom A, Zhang Z, Hui SL, Kelley AA, Muschi D. Initial uptake, time to treatment, and real-world effectiveness of all-oral direct-acting antivirals for hepatitis C virus infection in the United States: A retrospective cohort analysis. PLoS One [En línea]. el 22 de agosto de 2019;14(8):e0218759–e0218759. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31437170

15 AÑOS

**CUENTA DE ALTO COSTO**

Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo

Transformando la información en acciones para una mejor salud

**REPÚBLICA DE COLOMBIA**

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

MINISTERIO DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO

¡Síganos en nuestras redes sociales!