

GUÍAS CLÍNICAS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE HEPATITIS C

Epidemiología

Coordinadora: Dra. Laura Esthela Cisneros Garza

Participantes:

Dr. Manuel Avendaño Reyes

Dr. Juan Félix Cortés Ramírez

Dr. Guillermo Rafael Aceves Tavares

¿CUÁL ES LA FRECUENCIA EN MÉXICO COMPARADA CON OTROS PAÍSES?

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud del año 2000 realizada por el Instituto Nacional de Salud Pública de México,¹ publicada en el Boletín del mismo Instituto en 2005, con base en un estudio realizado en 43,479 viviendas en población abierta en todo el país, se obtuvieron un total de 21,271 sueros en mayores de 20 años y se encontró una prevalencia del anticuerpo contra el virus de la hepatitis C de 1.4% (IC 95%: 1.1-1.6%) y la determinación del RNA del virus C, interpretada como infección activa, fue positiva en 0.49%. No se observaron diferencias de género y se encontró una prevalencia discretamente mayor en las áreas urbanas vs. las rurales (1.8 vs. 1.4%) y en el norte del país. Además la frecuencia es inversamente proporcional al nivel educativo y al ingreso económico y tres veces mayor en personas de más de 60 años.

En otros países los reportes indican una prevalencia de 1.6% en Estados Unidos de América.² En Europa la prevalencia varía de 0.63 a 3.2% en diferentes países con niveles más altos en los países del Este.^{3,4}

La prevalencia más alta del mundo se localiza en África del Norte específicamente Egipto y es de 25%.⁵

En América del Sur la prevalencia es inferior a 1.9%.⁶ (*Nivel de evidencia I. Grado de Recomendación: A*).

¿CUÁL ES LA FRECUENCIA RELATIVA DE LOS DISTINTOS CUADROS CLÍNICOS Y PATOLÓGICOS Y LAS DIFERENCIAS EN FRECUENCIA ENTRE PRIMERO, SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN?

No existe hasta el momento información disponible en población mexicana.

Las diferentes entidades clínico-patológicas relacionadas con el virus C son:

1. Hepatitis aguda.
2. Hepatitis crónica.
3. Cirrosis hepática y sus complicaciones.
4. Hepatocarcinoma.
5. Manifestaciones extrahepáticas.

La presentación más frecuentemente observada es de pacientes asintomáticos, en los que de manera incidental se detecta alteración en el nivel de las aminotransferasas o positividad al anticuerpo contra el virus C.

La minoría corresponderá a un cuadro de hepatitis aguda, generalmente con el antecedente previo de una exposición de riesgo.⁷

(*Nivel de evidencia III y IV. Grado de Recomendación: D*).

De las cifras disponibles en población mexicana, la cirrosis hepática es causada por el virus C de la hepatitis

en 36.6% de los casos⁸ y el hepatocarcinoma en 45% de los casos.⁹

(Nivel de evidencia II. Grado de Recomendación: C).

No se tiene información disponible sobre las diferencias en frecuencias entre primero, segundo y tercer nivel de atención.

¿CUÁLES SON LOS GENOTIPOS DE LOS VIRUS C EN PACIENTES MEXICANOS?

En una revisión de tres estudios epidemiológicos, que incluyó pacientes de diferentes estados del país, se determinó el genotipo del virus de la hepatitis C en una población de 413 individuos correspondiendo a genotipo I 72.2% (I-b: 40.1%, I-a: 17.81%), genotipo II 18% y genotipo III 9.8%.¹⁰⁻¹²

(Nivel de evidencia II. Grado de Recomendación: C).

¿EN QUIÉN SOSPECHARLA?

En aquellos pacientes que tengan factores de riesgo reconocidos para la adquisición del virus C de la hepatitis:

1. Historia de transfusión sanguínea o sus derivados, inclusive después de 1992^{13,14}
2. Drogadicción IV o cocaína inhalada¹⁵
3. Hemofílicos
4. Pacientes en hemodiálisis
5. Promiscuidad sexual
6. Hombres que tienen sexo con otros hombres
7. Hijo de madre infectada por el virus C
8. Trabajadores de la salud
9. Evidencia de enfermedad hepática
10. Tatuajes o perforaciones corporales¹⁶

(Nivel de evidencia III. Grado de Recomendación: D).

¿CUÁNDO SE DEBE PENSAR EN BUSCAR HEPATOPATÍA POR VIRUS C?

En todo paciente que tiene alteración en las aminotransferasas, cuadro clínico o histopatológico de cirrosis hepática o sus complicaciones, historia transfusional, así como en aquellos pacientes que presenten leucopenia, plaquetopenia, crioglobulinemia esencial, en pacientes

con antecedente de hemotransfusión y con factores de riesgo ya descritos. Se recomienda que en pacientes con astenia, adinamia y malestar general sin causa aparente, se haga la búsqueda del anticuerpo contra el virus C.

Sin embargo, hay que recordar que un 30% de los pacientes con hepatopatía crónica por virus C tendrán aminotransferasas normales.¹⁷

(Nivel de evidencia III-IV. Grado de Recomendación: D).

REFERENCIAS

1. Valdespino JL, Olaiz G, Conde C, et al. Reto de hepatitis C. Resumen de cifras para tomadores de decisiones. Instituto Nacional de Salud Pública; Centro de Información para Decisiones en Salud. México; 2005.
2. Armstrong GL, Simard EP, Wasley A, et al. The prevalence of hepatitis C virus infection in the United States, 1999-2002. *Hepatology* 2004; 40: 176A (Abstract 31).
3. Marco M, Schouten J. The Hepatitis Report. Epidemiology, modes of transmission, & Risk Factors for hepatitis C virus (HCV). *Infection* 2001; 9.
4. Naoumov N. Hepatitis C virus infection in Eastern Europe. *J Hepatol* 1999; 31: S84-7.
5. Arthur RR, Hassan NF, Abdallah MY, et al. Hepatitis C antibody prevalence in blood donors in different governorates in Egypt. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 1997; 91: 271-4.
6. World Health Organization. Global distribution of hepatitis A, B and C. 2001. *Weekly Epidemiological Report* 2002; 77(6): 45-7.
7. Ramos M. Historia natural de la hepatitis crónica C. Consenso Nacional sobre Hepatitis C. *Rev Gastroenterol Mex* 2002; 67(S2): 17-20.
8. Mendez-Sanchez N, Aguilar-Ramirez JR, Reyes A, et al. Etiology of liver cirrhosis in Mexico. *Ann Hepatol* 2004; 3(1): 30-3.
9. Mondragon-Sanchez R, Garduño-Lopez JL, Hernandez-Castillo E, et al. Hepatocellular carcinoma and hepatitis C in Mexico. *Hepatogastroenterology* 2005; 64(52): 1159-62.
10. Vera L, Juárez J, Díaz M, et al. Panorama epidemiológico y situacional de la hepatitis C en México. *Rev Gastroenterol Mex* 2005; 70: 25-32.
11. Dehesa-Violante M, Bosques-Padilla F, Kershenobich-Stalnikowitz D, et al. Prevalence of hepatitis C virus genotypes in Mexican patients. *Ann Hepatol* (en prensa).
12. Chiquete E, Panduro A. Low prevalence of anti-hepatitis C virus antibodies in Mexico: a systematic review. *Intervirology* 2007; 50: 1-8.
13. Vazquez-Flores JA, Valiente-Banuet L, Marian-Lopez RA. Safety of the blood supply in Mexico from 1999 to 2003. *Rev Invest Clin* 2006; 58(2): 101-8.
14. Chiquete E, Sanchez L, Becerra G, et al. Performance of the serologic and molecular screening of blood donations for the hepatitis B and C viruses in a Mexican transfusion center. *Ann Hepatol* 2005; 4(4): 275-8.
15. Conry-Contilena C, VanRadden M, Gibble J, et al. Routes on infection, viremia, and liver disease in blood donors found to have hepatitis C virus infection. *N Engl J Med* 1996; 334: 1691-96.
16. Consenso Nacional sobre Hepatitis C. *Rev Gastroenterol Mex* 2002; 67(2): 9-17.
17. Latin American Consensus Conference on Hepatitis C. *Ann Hepatol* 2006; 5(Suppl. 1): S15-18.