



Región de Murcia
Consejería de Salud

Dirección General de Salud Pública
y Adicciones

Servicio de Epidemiología

Ronda Levante 11
30008 Murcia

☎ 968 36 20 39 ☎ 968 36 66 56
✉ epidemiologia@carm.es

Informes Epidemiológicos 3 / 2017
<http://www.murciasalud.es/epidemiologia>

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA HEPATITIS C

Nuevos diagnósticos en la Región de Murcia en el periodo 2013-2015

Mayo / 2017

Edita:
Servicio de Epidemiología
Dirección General de Salud Pública y Adicciones
Consejería de Salud
Región de Murcia



RESUMEN:

El Sistema de Información de Nuevos Diagnósticos de hepatitis C (SINHEPAC), implantado en la Región de Murcia (RM) en el año 2015, nos permite por primera vez estimar el número anual de casos de nuevo diagnóstico de infección por VHC en la población y conocer las distintas características epidemiológicas de los casos al diagnóstico.

En el trienio 2013-2015, la incidencia anual media de nuevos diagnósticos de VHC en la Región es de 9,0 casos por 100.000 habitantes.

En este periodo los nuevos diagnósticos de VHC son más elevados en el grupo de edad de 40 a 59 años en ambos sexos. En todos los grupos de edad se registran más nuevos diagnósticos de VHC en varones que en mujeres siendo mayor la diferencia observada en el grupo de edad de 40 a 59 años, y menor para los de mayor edad (≥ 60 años). Respecto al país de origen, los españoles representan el 81% de todos los casos.

De los 395 nuevos diagnósticos de VHC registrados en 2013-2015, se constató infección activa por PCR+ en el 66% de los casos, no constando realización de la PCR en 34%. En cuanto a la **presentación clínica al diagnóstico**, el 4% corresponden a infecciones agudas, el 58% a infecciones crónicas y en el 38% de los casos restantes la presentación clínica no consta. Las infecciones agudas se observan en su mayoría en los pacientes más jóvenes, entre 20 y 39 años, no existiendo diferencias en la presentación clínica al diagnóstico entre sexos.

Por otro lado, se dispone de información sobre el **grado de fibrosis** hepática en el 57% de los casos de nuevo diagnóstico, presentando el 52% de estos casos fibrosis de grado F3 o F4. El porcentaje de casos con fibrosis avanzada o grave, a los que se ha considerado de diagnóstico tardío a efectos de este informe, aumenta gradualmente con la edad del paciente. Cabe destacar que los casos con fibrosis de grado F4, cirrosis y/o hepatocarcinoma constituyen el 32% de todos los casos con grado de fibrosis conocido.

En cuanto a la determinación del **factor de riesgo** asociado a la infección, en las hepatitis crónicas es muy complicado poder establecerlo en gran porcentaje de los casos debido al largo período de latencia de la enfermedad. En las hepatitis agudas determinar los factores de riesgo es más factible y permite tener una aproximación a los mecanismos probables de infección en un período reciente. En las 17 infecciones agudas registradas durante el trienio, el antecedente de uso actual o pasado de drogas inyectadas constituyó el factor atribuible de riesgo más común, seguido por los procedimientos relacionados con la asistencia sanitaria.

Por último, entre los casos de nuevo diagnóstico de VHC en los que constaba información sobre infección por VIH o infección por VHB, el 7% presentaban **coinfección VHC/VIH** y el **2% coinfección VHC/VHB**.

Cita recomendada: MP Mira-Escolano, R García-Pina, P Yepes, C Navarro, JH Gómez, A García-Fulgueiras.

Vigilancia epidemiológica de la hepatitis C: nuevos diagnósticos de infección por VHC en la Región de Murcia en el periodo 2013-2015. Murcia: Consejería de Salud, 2017. Informes epidemiológicos 3/17.



INDICE

INTRODUCCIÓN	4
SISTEMA DE INFORMACIÓN DE NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE INFECCIÓN POR EL VHC (SINHEPAC) EN LA REGIÓN DE MURCIA. PERIODO 2013-2015.	6
INCIDENCIA DE NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE INFECCIÓN POR VHC	10
VHC SEGÚN SEXO Y EDAD	11
VHC SEGÚN PRESENTACIÓN CLÍNICA AL DIAGNÓSTICO	11
VHC SEGÚN ÁREA DE SALUD DE RESIDENCIA	13
VHC SEGÚN PAÍS DE ORIGEN	13
DIAGNÓSTICO TARDÍO DE LAS INFECCIONES POR VHC	14
GENOTIPO DE LOS NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE INFECCIÓN POR VHC	16
VHC SEGÚN CATEGORÍA DE TRANSMISIÓN	17
ANÁLISIS DE LA COINFECCIÓN CON VIRUS DE LAS HEPATITIS B Y VIH.....	19
BIBLIOGRAFÍA	20



INTRODUCCIÓN

Según un reciente informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) el número de muertes debidas a hepatitis C en el mundo continúa aumentando, habiendo pasado de 499.000 en 2010 a 704.000 en 2013. A pesar de la disminución de la incidencia, un gran número de personas que resultaron infectadas hace 30-60 años están ahora muriendo por cirrosis y carcinoma hepatocelular relacionados con el virus de hepatitis C. La última revisión sistemática sobre prevalencia de personas infectadas estima que existen actualmente unos 115 millones de personas anti-VHC positivas en el mundo, de las cuales 80 millones tienen una infección crónica¹

Datos recientes del ECDC apuntan que en 2014 se notificaron 35.321 casos de hepatitis C en 28 países miembros de la Unión Europea (UE) entre los que no se incluía España, constituyendo una tasa de 8,8 casos por 100000 habitantes². En el 75,7% de ellos se desconocía la presentación clínica (aguda/crónica) al diagnóstico y en el 78,1% de los casos no existía información completa sobre forma de transmisión. El mismo informe señala que durante el período comprendido entre 2006 y 2014 el número de casos notificados se ha incrementado cerca de un 30%².

El VHC puede originar desde una afección leve o asintomática hasta patología severa, pudiendo dar lugar a cirrosis o hepatocarcinoma décadas después de la infección. Se estima que entre el 15-45% de las personas infectadas son capaces de eliminar el virus de forma espontánea sin necesidad de tratamiento, mientras que quienes desarrollan hepatitis crónica pueden permanecer asintomáticos durante décadas hasta la aparición de daño hepático grave, situación que se estima puede ocurrir hasta en un 15-30% de estos casos³. De hecho, la infección crónica por VHC es actualmente una de las principales causas de hepatocarcinoma y trasplante hepático³.

Sin embargo, es importante destacar que la hepatitis C se considera una enfermedad potencialmente eliminable al conocerse las vías de transmisión de la infección por VHC y al existir un tratamiento eficaz frente al virus. En mayo de 2016, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó la primera Estrategia mundial contra las hepatitis víricas cuyo objetivo es eliminar las hepatitis víricas como problema de salud pública, siendo sus principales metas reducir los nuevos casos de infecciones crónicas por virus de las hepatitis B y C en un 90% y las muertes en un 65% antes del año 2030.⁴



Región de Murcia
Consejería de Salud

Dirección General de Salud Pública
y Adicciones



Servicio de Epidemiología

Ronda Levante, 11
30008 Murcia

En España, en 2015 se aprobó el *Plan Estratégico para el abordaje de la hepatitis C en el Sistema Nacional de Salud*,³ el cual establece unas líneas estratégicas entre las que se encuentra cuantificar la magnitud del problema, describir las características epidemiológicas de los pacientes infectados por el virus y establecer las medidas de prevención. La implantación del Sistema de Información de Nuevos Diagnósticos de hepatitis C (SINHEPAC) en la Región de Murcia nos permite, por vez primera, estimar el número de nuevos casos de hepatitis C diagnosticados anualmente en la población y conocer las distintas características sociodemográficas, epidemiológicas y clínicas de los casos al diagnóstico.



SISTEMA DE INFORMACIÓN DE NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE INFECCIÓN POR EL VHC (SINHEPAC) EN LA REGIÓN DE MURCIA. PERIODO 2013-2015.

ÁMBITO GEOGRÁFICO, POBLACIÓN Y PERIODO DE ESTUDIO

El SINHEPAC es un nuevo Sistema de Información de **carácter poblacional** que se ha puesto en marcha en la Región de Murcia dentro de la Red Regional de Vigilancia Epidemiológica e integrado a su vez en la Red Nacional de Vigilancia (RENAVE). Su puesta en marcha a finales de 2015 responde a lo establecido en El *Plan Estratégico para el abordaje de la hepatitis C en el Sistema Nacional de Salud* aprobado en marzo de 2015. Dicho plan en su línea estratégica 1 sobre la necesidad de cuantificar la magnitud del problema, describir las características epidemiológicas de los pacientes con infección por virus de la hepatitis C y establecer las medidas de prevención, indica la necesidad de implantar un sistema de vigilancia de nuevos diagnósticos de hepatitis C.

En este primer informe del SINHEPAC se presentan los resultados correspondientes a la vigilancia de los nuevos diagnósticos de hepatitis C realizados en la Región de Murcia en el trienio 2013-2015.

METODOLOGÍA Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

Para detectar los nuevos diagnósticos de VHC realizados anualmente en los centros sanitarios de la Región de Murcia se ha efectuado una **búsqueda activa** de información a partir de la identificación de todas las serologías anti-VHC positivas emitidas por los laboratorios hospitalarios de la región en el periodo 2013-15 (media de 665 serologías positivas/año). En primer lugar se eliminaron del análisis los casos duplicados entre centros y todos los posibles casos se investigaron en historia clínica para eliminar aquellos con un diagnóstico previo al año 2013. Se incluyeron en el análisis aquellos casos con residencia habitual en la Región de Murcia, que cumplen la definición de caso y en los que no existiera constancia de diagnóstico previo tras revisar la información de atención primaria y especializada. Finalmente, en todos los casos confirmados de nuevo diagnóstico de VHC en 2013, 2014 y 2015 se completó una encuesta clínico-epidemiológica a partir de la revisión



de la historia clínica de los pacientes. Los casos con serología positiva en laboratorio pero en los que no constaba ningún diagnóstico clínico ni dato alguno sobre VHC en la historia clínica del paciente se han excluido del análisis.

Las poblaciones utilizadas para el cálculo de las tasas de incidencia regionales corresponden a las del padrón municipal de habitantes en el año a estudio.

DEFINICIÓN DE CASO de nuevo diagnóstico de VHC en el año en curso:

Criterio de laboratorio⁵

Diagnóstico de infección por VHC confirmado por laboratorio con al menos uno de los siguientes criterios:

- Detección de ácido nucleico del virus de la hepatitis C por PCR.
- Detección de antígeno core del virus de la hepatitis C.
- Respuesta de anticuerpos frente al virus de la hepatitis C, confirmada por otras pruebas de confirmación (como inmunoblot) en personas de más de 18 meses y sin evidencia de infección resuelta.

Nota: No se incluyen los casos de infección resuelta o pasada en el momento del diagnóstico (pacientes con Ac específicos frente a VHC junto con un resultado negativo en las pruebas que indican infección activa como son las pruebas de detección del RNA del virus por PCR o la prueba de detección del Ag core).

Criterio clínico-epidemiológico⁵

Caso con alguno de los criterios de laboratorio en el año en curso, en el que no consten antecedentes de pruebas positivas/diagnóstico previo de VHC en la historia clínica (sistemas de información de atención primaria, especializada y de laboratorios de microbiología).

Respecto a la **presentación clínica** del caso se han considerado los siguientes criterios:

Infección/hepatitis aguda (definición RENAVE):

- Seroconversión documentada en el último año, ó
- Detección del ácido nucleico del VHC o detección del antígeno core del VHC y anticuerpos negativos para VHC en persona inmunocompetente, ó



- Casos con pruebas de función hepática anormal, transaminasas elevadas (>10 veces el límite superior de lo normal) con IgM negativa para VHB, VHA y VHE, con un antecedente reciente (menos de dos años) de exposición de riesgo y alguno de los criterios de confirmación de laboratorio sin antecedentes de pruebas positivas previas.

Infección/Hepatitis no aguda (crónica/no clasificable):

Se han considerado casos de infección crónica aquellos con presencia de fibrosis hepática de grado F2 o superior, presencia de cirrosis o hepatocarcinoma o bien diagnóstico clínico de hepatitis C crónica con serología positiva para VHC y sin evidencia de otros factores posibles de deterioro hepático (farmacológicos, toxicológicos o infecciosos). También se clasificarían como casos de infección crónica aquellos en los que se ha comprobado la persistencia de infección (PCR positiva) al año del diagnóstico, pero la comprobación de este dato precisaría, además de la repetición sistemática de la PCR, la revisión de la historia clínica en sucesivos años posteriores al del diagnóstico, actividad no aplicable todavía en el actual sistema de vigilancia.

Por tanto, existe un porcentaje de casos que permanecen como no clasificables, aunque se estima que corresponden en su gran mayoría a infecciones crónicas en las que no se ha podido comprobar la permanencia de infección al año del diagnóstico.

Se han clasificado como casos con **“diagnóstico tardío” (DT)** de infección por VHC aquellos casos de nuevo diagnóstico que presentaban dentro del año de diagnóstico un grado de fibrosis hepática $\geq F3$ por biopsia hepática, elastografía de transición u otras técnicas no invasivas, cirrosis hepática y/o hepatocarcinoma, de acuerdo con la definición de consenso propuesta recientemente en Europa⁶.

Por último, para el estudio de los **factores de riesgo** se ha investigado en la historia clínica de los casos cualquier antecedente que pudiera constituir un factor de riesgo para la infección.



Los factores de riesgo se agruparon en grandes categorías de transmisión: los relacionados con la asistencia sanitaria (incluyendo antecedentes de intervención quirúrgica, ingresos hospitalarios, hemodiálisis, infiltraciones, transfusiones, trasplantes u otras exposiciones), uso de drogas inyectadas/otras (actual y/o pasado), contacto interpersonal con persona infectada por el virus (contacto sexual, transmisión vertical) y transmisión por material punzante (lesiones ocupacionales y no ocupacionales).

A continuación se presentan los principales resultados de la vigilancia epidemiológica de los nuevos diagnósticos de hepatitis C correspondientes al período 2013-2015.



INCIDENCIA DE NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE INFECCIÓN POR VHC

En la Región de Murcia la incidencia anual media de nuevos diagnósticos de infección por VHC para el período estudiado (2013-2015) es de 9,0 casos por 100.000 habitantes, superior a la incidencia anual media de nuevos diagnósticos de VIH para el mismo período (6,5 casos por 100.000 habitantes).

La incidencia es similar en los 3 años de estudio, con un ligero descenso de la incidencia en hombres, siendo la media anual de casos registrados en el trienio de 132 nuevos diagnósticos/año (tabla 1).

**Tabla 1. Nuevos diagnósticos de infección por el VHC. Región de Murcia.
Nº de casos y tasa por 100.000 habitantes según año diagnóstico. Período 2013-2015**

Año diagnóstico	Hombre		Mujer		Total	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
2013	93	12,6	43	5,9	136	9,2
2014	89	12,1	45	6,2	134	9,1
2015	82	11,1	43	5,9	125	8,5
Total	264	11,9	131	6,0	395	9,0

Fuente: SINHEPAC. Servicio de Epidemiología. DGSPA. Región de Murcia.

De los 395 nuevos diagnósticos registrados en el periodo, se constató infección activa por PCR+ en el 66% de los casos (n=262), no constando la realización de PCR en el año siguiente al diagnóstico en 34% de los casos.

Los casos de nuevo diagnóstico de hepatitis C del período no incluyen 82 posibles casos (25 en el año 2013, 28 en 2014 y 29 en 2015) en los que había un resultado de serología positiva en laboratorio, pero en los que no existía constancia de diagnóstico de infección por VHC en la historia clínica del paciente.



VHC SEGÚN SEXO Y EDAD

El 67% de las personas diagnosticadas de infección por VHC en la Región durante el trienio 2013-2015 son hombres, con una incidencia anual media de 12 casos por 100.000 habitantes. El 33% de los casos son mujeres con una incidencia anual media de 6 casos por 100.000 habitantes.

La distribución según edad y sexo de los nuevos diagnósticos de VHC se presenta en la tabla 2. La incidencia de nuevos diagnósticos de VHC es más elevada en el grupo de edad de 40 a 59 años en ambos sexos. En todos los grupos de edad los varones presentan una mayor incidencia que las mujeres, siendo mayor la diferencia observada en el grupo de edad de 40 a 59 años ($p < 0,01$), y menor en los de mayor edad (≥ 60 años). Se registró un solo caso menor de 20 años.

Tabla 2. Nuevos diagnósticos de infección por el VHC. Región de Murcia. Nº de casos y tasa por 100.000 habitantes según sexo y grupo de edad. Periodo 2013-2015

Grupo de edad	Hombre		Mujer		Total	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa	Casos	Tasa
	0-19	1	0,2	0	0,0	1
20-39	47	7,0	28	4,5	75	5,8
40-59	177	27,8	62	10,2	239	19,2
≥ 60	39	10,2	41	8,7	80	9,4
Total	264	11,9	131	6,0	395	9,0

Fuente: SINHEPAC. Servicio de Epidemiología. DGSPA. Región de Murcia.

VHC SEGÚN PRESENTACIÓN CLÍNICA AL DIAGNÓSTICO

Respecto a los casos de nuevo diagnóstico de VHC en función de la presentación clínica al diagnóstico, solo el 4% ($n=17$) de los casos presentaban infección aguda o seroconversión reciente, en el 58% ($n=228$) se constataba infección crónica y un 38% de los casos ($n=150$) se registraron como no clasificados por no constar en historia clínica la información necesaria para su clasificación.



En el análisis según sexo se observa como la proporción de casos según presentación clínica es muy similar entre hombres y mujeres (gráfico 1). En el análisis por grupo de edad según sexo tampoco se observan diferencias significativas, siendo mayor el porcentaje de casos de infección aguda en aquellos entre 20 y 39 años, tanto en hombres como en mujeres (gráfico 2).

Gráfico 1. Nuevos diagnósticos de VHC. Región de Murcia. Distribución porcentual de los casos según presentación clínica al diagnóstico y sexo. Período 2013-2015

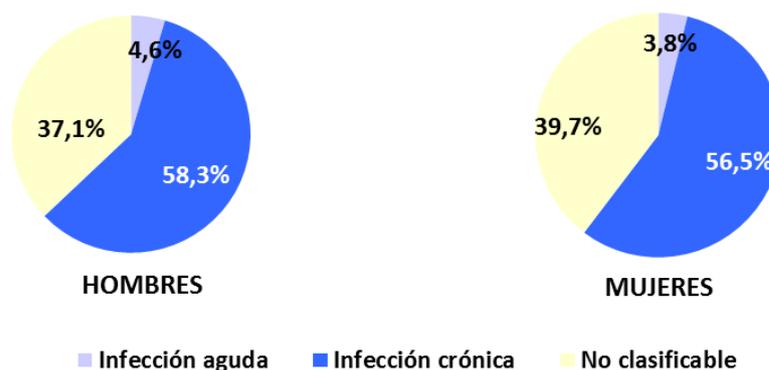
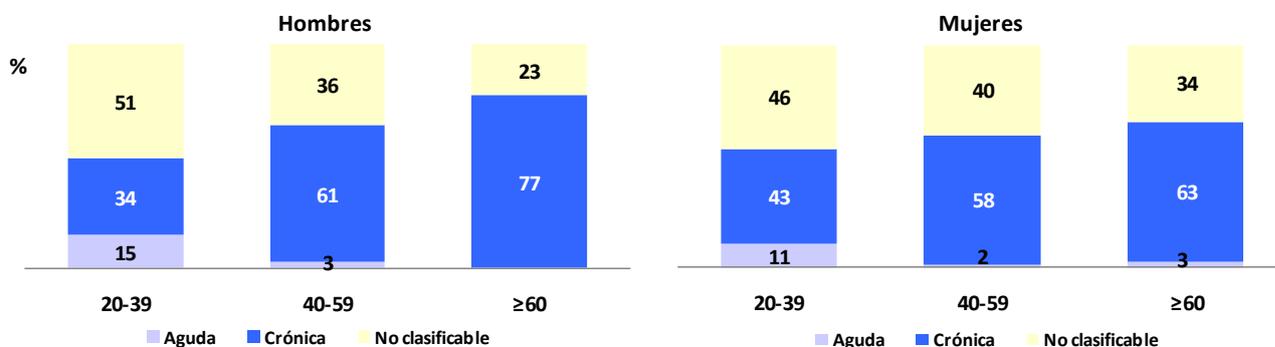


Gráfico 2. Nuevos diagnósticos de VHC. Región de Murcia. Distribución porcentual de los casos en función de la presentación clínica al diagnóstico según sexo y grupo edad. Período 2013-2015.



Fuente: SINHEPAC. Servicio de Epidemiología. DGSPA. Región de Murcia.

VHC SEGÚN ÁREA DE SALUD DE RESIDENCIA

La distribución por Área de Salud de los nuevos diagnósticos de VHC hace referencia a la residencia habitual del paciente en la fecha del diagnóstico. En la tabla 3 se presenta la información correspondiente al periodo 2013-2015.

**Tabla 3. Nuevos diagnósticos de infección por VHC. Región de Murcia.
Nº de casos e incidencia anual por Área de Salud.
Periodo 2013-2015**

Área de Salud	2013		2014		2015		Total periodo	
	Casos	Tasa*	Casos	Tasa*	Casos	Tasa*	Casos	Tasa anual media*
I: MURCIA OESTE	21	8,2	28	10,9	23	8,9	72	9,3
II: CARTAGENA	36	12,3	35	12,2	35	12,2	106	12,2
III: LORCA	9	5,2	13	7,5	15	8,7	37	7,1
IV: NOROESTE	5	6,8	5	6,8	4	5,6	14	6,4
V: ALTIPLANO	5	8,3	9	15,1	7	11,7	21	11,7
VI: VEGA MEDIA SEGURA	26	10,0	17	6,5	8	3,1	51	6,5
VII: MURCIA ESTE	18	9,1	17	8,6	16	8,1	51	8,6
VIII: MAR MENOR	12	11,5	8	7,7	14	13,5	34	10,9
IX: VEGA ALTA SEGURA	4	7,3	2	3,7	3	5,5	9	5,5
Total Región Murcia	136	9,2	134	9,1	125	8,5	395	9,0

* Casos/100.000 habitantes

Fuente: SINHEPAC. Servicio de Epidemiología. DGSPA. Región de Murcia.

La mayor incidencia anual media de los nuevos diagnósticos de VHC para el conjunto del periodo corresponde al Área de Cartagena, seguida de Altiplano, Mar Menor y Murcia Oeste.

VHC SEGÚN PAÍS DE ORIGEN

El 81% de los nuevos diagnósticos de infección por VHC en la Región de Murcia en el periodo estudiado corresponden a españoles y el 10% a personas originarias de otros países (tabla 4). En el 9% de casos se desconoce el país de origen. El 68% de los españoles y el 47% de las personas extranjeras diagnosticadas de VHC en dicho periodo son hombres.

**Tabla 4. Nuevos diagnósticos de VHC. Región de Murcia.
Distribución por año y zona geográfica de origen. Periodo 2013-2015**

	España	% Europa	Latino-				% NC	% Total	%					
			% américa	% África	% Otros	%								
2013	122	89,7	8	5,9	0	0,0	0	0,0	1	0,7	5	3,7	136	100,0
2014	100	74,6	9	6,7	1	0,7	4	3,0	3	2,2	17	12,7	134	100,0
2015	99	79,2	7	5,6	0	0,0	3	2,4	2	1,6	14	11,2	125	100,0
Total	321	81,3	24	6,1	1	0,2	7	1,8	6	1,5	36	9,1	395	100,0

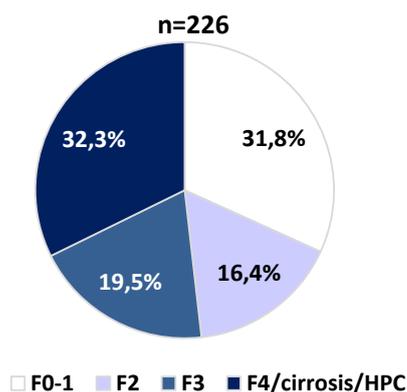
Fuente: SINHEPAC. Servicio de Epidemiología. DGSPA. Región de Murcia.



DIAGNÓSTICO TARDÍO DE LAS INFECCIONES POR VHC

En el período 2013-2015, se dispone de información al año del diagnóstico sobre el estadio clínico según grado de fibrosis hepática y/o diagnóstico médico de cirrosis o hepatocarcinoma en el 57% (226) del total de casos registrados (395). Tal como se muestra en el gráfico 3, de las 226 personas que disponían de esta información, el 52% presentaban diagnóstico tardío, entendiendo como tal aquellos con grado de fibrosis hepática \geq F3 y/o diagnóstico de cirrosis o hepatocarcinoma.

Gráfico 3. Estadio clínico de los casos de nuevo diagnóstico de VHC con estadio conocido dentro del año del diagnóstico. Región de Murcia. Período 2013-2015.



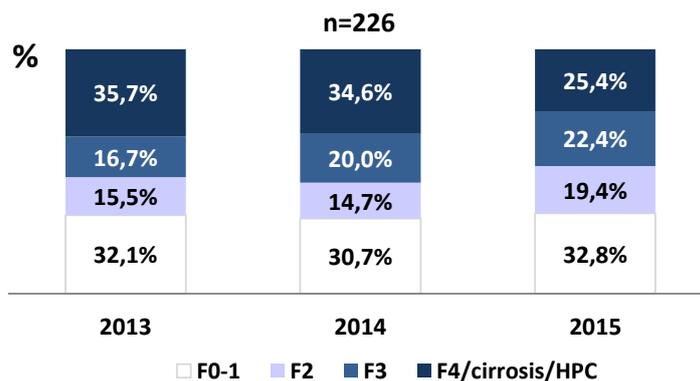
Fuente: SINHEPAC. Servicio de Epidemiología. DGSPA. Región de Murcia.

El gráfico 4 muestra la distribución porcentual de los casos según grado de fibrosis por año diagnóstico en aquellos con estudio elastográfico/biopsia realizado.

Tal como se observa, el porcentaje de nuevos diagnósticos con diagnóstico tardío en el período estudiado es del 52% en 2013, 55% en 2014 y 48% en 2015 (gráfico 4). Hay que destacar que de los casos en los que se dispone de esta información un 20% presentaban fibrosis avanzada de grado F3 y un 32% fibrosis de grado F4, cirrosis clínica o HCC en el año de diagnóstico (36% en 2013, 35% en 2014, y 25% en 2015).



Gráfico 4. Estadio clínico de los casos de nuevo diagnóstico de VHC con estadio conocido dentro del año del diagnóstico según año. Región de Murcia. Período 2013-2015.



Fuente: SINHEPAC. Servicio de Epidemiología. DGSPA. Región de Murcia

El porcentaje de diagnóstico tardío entre aquellos para los que se disponía de esta información se incrementa gradualmente con la edad (gráfico 5). Al realizar este análisis según sexo se observa cómo, a excepción de aquellos menores de 40 años, el porcentaje de diagnóstico tardío es mayor en hombres que en mujeres (gráfico 6), aunque esta diferencia solo es estadísticamente significativa en el grupo de edad de 40-59 ($p < 0,05$).

Gráfico 5. Nuevos diagnósticos de VHC. Región de Murcia. Diagnóstico tardío según grupos de edad. Período 2013-2015

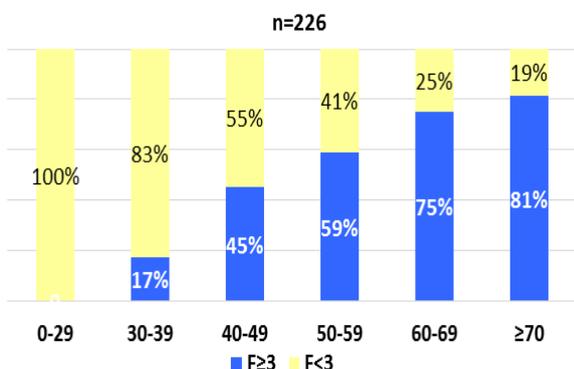
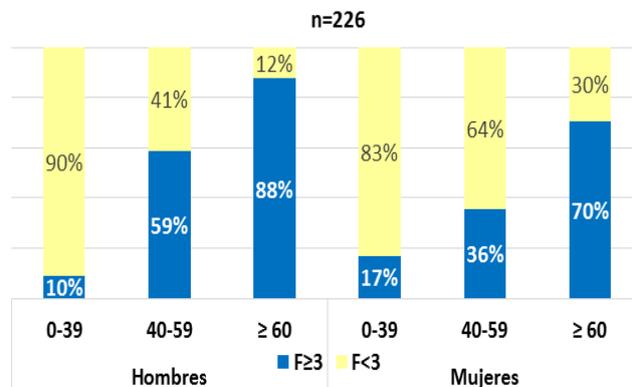


Gráfico 6. Nuevos diagnósticos de VHC. Región de Murcia. Diagnóstico tardío según grupo de edad y sexo. 2013-2015



Fuente: SINHEPAC. Servicio de Epidemiología. DGSPA. Región de Murcia.



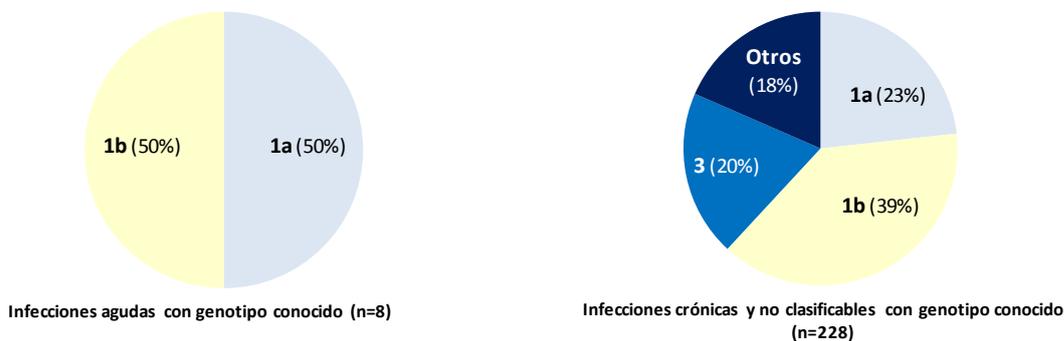
GENOTIPO DE LOS NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE INFECCIÓN POR VHC

De los 262 nuevos diagnósticos en los que se constató infección activa mediante PCR+, se determinó el genotipo del virus en 236 casos (90%).

En el gráfico 7 se presentan los genotipos de los nuevos diagnósticos de infección por VHC según la forma clínica de presentación. Se conocía el genotipo en el 60% (n=236) de los pacientes con nuevo diagnóstico (n=395). Del total de infecciones agudas en las que el genotipo era conocido (47%, n=8), la mitad de ellas correspondió a VHC genotipo 1a y el otro 50% a genotipo 1b.

En el caso de las infecciones crónicas o no clasificables en las que se disponía de información sobre el genotipo (60%, n=228), el más frecuente fue el 1b (88 casos), seguido por aquellos con genotipo 1a (53 casos), genotipo 3 (45 casos) y otros (42 casos).

Gráfico 7. Genotipo de nuevos diagnósticos de infección por VHC. Región de Murcia, 2013-2015



Fuente: SINHEPAC. Servicio de Epidemiología. DGSPA. Región de Murcia.



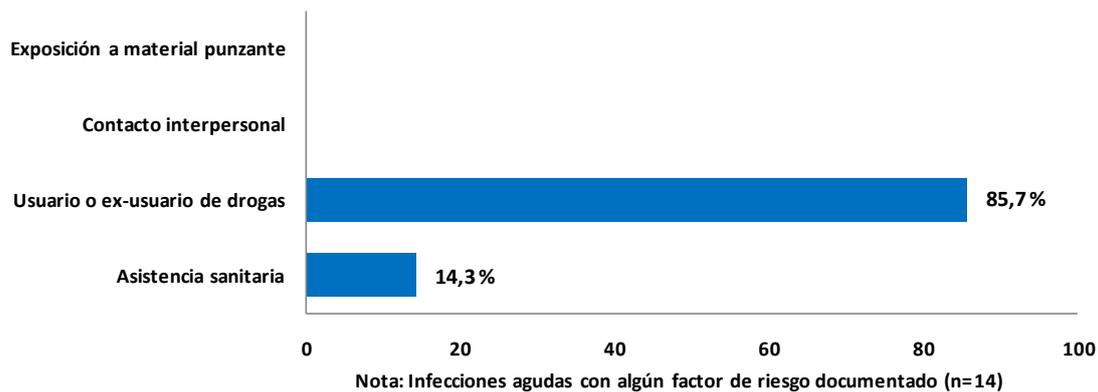
VHC SEGÚN CATEGORÍA DE TRANSMISIÓN

Cabe señalar que aunque conste un antecedente de riesgo registrado en la historia clínica que pudiese constituir un factor de riesgo para la infección por el VHC, esto no implica que se le pueda atribuir la infección si no se dispone de información sobre el período de exposición ni sobre la exposición al resto de factores. Por ello, en hepatitis C crónicas se requerirían estudios específicos para poder atribuir la infección según el mecanismo de transmisión más probable con estimaciones sobre el periodo de exposición y encuestas en profundidad, aunque con la dificultad añadida de contar con un período de latencia desde la infección al diagnóstico que puede ser de décadas.

En los casos de infección aguda sí se han investigado los factores de riesgo en el año previo a la infección. De los 17 casos de infección aguda por VHC existe constancia de un posible factor de riesgo para la infección en el 82% de los casos (n=14). En éstos, la categoría atribuible de transmisión más frecuente la constituye el consumo de drogas (86%), tanto en mujeres como en hombres (75% y 90% respectivamente), seguido de procedimientos relacionados con la asistencia sanitaria (14%) (gráficos 8 y 9). En ninguno de los casos la infección se atribuyó a contacto interpersonal ni exposición a material punzante.

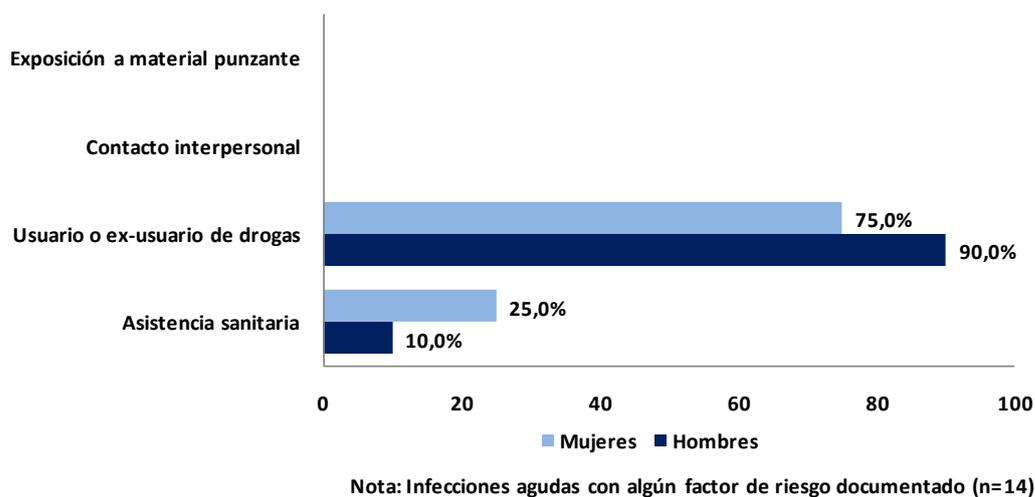


Gráfico 8. Distribución porcentual de factores de riesgo documentados.
Hepatitis C agudas. Región de Murcia, 2013-2015.



Fuente: SINHEPAC. Servicio de Epidemiología. DGSPA. Región de Murcia.

Gráfico 9. Distribución de factores de riesgo documentados en los nuevos diagnósticos según sexo.
Hepatitis C agudas. Región de Murcia, 2013-2015.



Fuente: SINHEPAC. Servicio de Epidemiología. DGSPA. Región de Murcia.



ANÁLISIS DE LA COINFECCIÓN CON VIRUS DE LA HEPATITIS B Y VIH

Del total de casos diagnosticados de infección por el VHC en 2013-2015 se dispone de información sobre coinfección con virus de hepatitis B (antígeno de superficie para VHB positivo) en el 89% de los casos (353) entre los cuales la prevalencia de coinfección con VHB es del 2%.

Del total de casos diagnosticados de infección por el VHC en 2013-2015 se dispone de información sobre coinfección con VIH en el 80% (315) de los casos, entre los cuales la prevalencia de coinfección con VIH es del 7%.

Respecto a los factores de riesgo que constan en la historia clínica de los casos de nuevo diagnóstico de infección por VHC coinfectados con VIH destaca el antecedente de consumo de drogas (actual o pasado) en el 76% de los casos (62% si consideramos únicamente UDI), seguido por los antecedentes de procedimientos relacionados con la asistencia sanitaria (presentes en el 38%), exposición a material punzante (14%) y contacto interpersonal (10%).



Agradecimientos

A los profesionales de los Servicios de Microbiología y de los Servicios de Medicina Interna y Digestivo de los hospitales de la Región de Murcia por su colaboración para hacer posible la elaboración de este informe.

REFERENCIAS

1. WHO. Guidelines for the screening, care and treatment of persons with hepatitis C infection. Updated versión, April 2016. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/205035/1/9789241549615_eng.pdf?ua=1
2. European Centre for Disease Prevention and Control. Annual Epidemiological Report 2016 – Hepatitis C. Stockholm: ECDC; 2016. Available from: http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/hepatitis_C/Documents/aer2016/AER-hepatitis-C.pdf
3. Plan Estratégico para el abordaje de la hepatitis C en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicio Sociales e Igualdad. 2015. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/docs/plan_estrategico_hepatitis_C.pdf
4. Estrategia mundial del sector de la salud contra las hepatitis víricas. 2016-2021. Hacia el fin de las hepatitis víricas. Organización Mundial de la Salud. Junio 2016. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250578/1/WHO-HIV-2016.06-spa.pdf?ua=1>
5. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Protocolos de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Madrid, 2013. Disponible en: http://www.isciii.es/ISCIIEs/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-procedimientos/PROTOCOLOS_RENAVE-ciber.pdf
6. S Mauss, S Pol, M Buti, E Duffell, Ch Gore, JV. Lazarus et al on behalf of the European consensus working group on late presentation for viral hepatitis care. Late presentation of chronic viral hepatitis for medical care: a consensus definition. BMC Medicine 2017; 15(92): 2-5. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28464883>