



HEPATITIS C (CIE 10: B17.1; B18.2) SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA, ENERO-DICIEMBRE, 2014

Datos provisorios, semanas epidemiológicas 1 a 53 de 2014

Índice

- [Antecedentes Generales](#)
- [Situación epidemiológica](#)
- [Medidas de manejo y control](#)
- [Comentarios y conclusiones](#)

DEFINICIÓN DE CASO

Caso Sospechoso:

Caso compatible con la descripción clínica y que presenta niveles elevados de transaminasas sin evidencia de padecer otra enfermedad hepática y antecedentes compatibles con transmisión de esta enfermedad.

Caso Confirmado:

Un caso sospechoso confirmado por el laboratorio de referencia nacional (ISP) con serología o histopatología compatible.

MODALIDAD DE VIGILANCIA

Universal

El médico tratante debe notificar cada caso con todos los datos contenidos en el Boletín ENO.

CRITERIOS DE LABORATORIO

Serología positiva anti-VHC, examen está disponible en todos los bancos de sangre del país. Debido a que hay muchos falsos positivos (población sana asintomática) deben ser confirmados por técnicas suplementarias por el ISP.

PCR que detecta el ARN del virus

Antecedentes generales

La hepatitis C es una enfermedad causada por un virus ARN, siendo la gran mayoría de estas infecciones de curso asintomático, por lo cual, la mayoría de los individuos desarrollan la forma crónica de la enfermedad.

El virus se transmite principalmente por vía parenteral, siendo uno de sus principales factores de riesgo la exposición a productos derivados de la sangre, otros son: el uso de drogas inyectables, la exposición a procedimientos médicos (inyecciones, diálisis y otros.) y en una proporción menor las relaciones sexuales no protegidas y los tatuajes. En nuestro país el factor de riesgo más frecuente es el antecedente de transfusión de productos sanguíneos, situación que significaba un grave problema de salud pública hasta antes de la adopción del tamizaje obligatorio en bancos de sangre en Chile (1 enero, 1996)¹.

Es una enfermedad de alto impacto social y económico debido principalmente a las complicaciones que puede generar: el virus de la hepatitis C es responsable del 27% de los casos de cirrosis hepática y del 25% de los casos de carcinoma hepatocelular en el mundo. Se estima que existen 180 millones de personas en el mundo infectadas con el virus de la hepatitis C, que representan aproximadamente el 3% de la población mundial, de estos unos 130 millones son portadores crónicos con riesgo de desarrollar cirrosis y/o cáncer.^{2,3}

En Chile, la hepatitis C es considerada de baja endemicidad. Según la [Encuesta Nacional de Salud](#) 2009-2010⁴ la prevalencia de VHC fue de 0,01% (IC 95%:0,00-0,04).

La hepatitis C es de vigilancia universal según el DS N° 158/2004. El médico tratante debe notificar según se establece en la definición de caso todos los casos confirmados por el Instituto de Salud Pública (ISP). A partir del año 2012, las confirmaciones de laboratorio para hepatitis C realizadas en el ISP, se encuentran exentas de pago, medida que ha permitido fortalecer la vigilancia epidemiológica de esta enfermedad.

Para realizar el presente informe se utilizó la información de las bases Enfermedades de Notificación Obligatoria (ENO), estadísticas vitales y de egresos hospitalarios del Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), utilizando los códigos CIE 10: B17.1; B18.2.

¹Ministerio de Salud. Guía Clínica Manejo de la infección por virus de hepatitis C. Stgo, 2010.

²Unión Internacional Contra el Cáncer (UICC). Protección contra las infecciones que provocan cáncer, Campaña Mundial contra el Cáncer 2010; 13.

³Perz JF, Armstrong GL, Farrington LA, Hutin YJ, Bell BP. The contributions of hepatitis B virus and hepatitis C virus infections to cirrhosis and primary liver cancer worldwide. J Hepatol 2006;45:529-538.

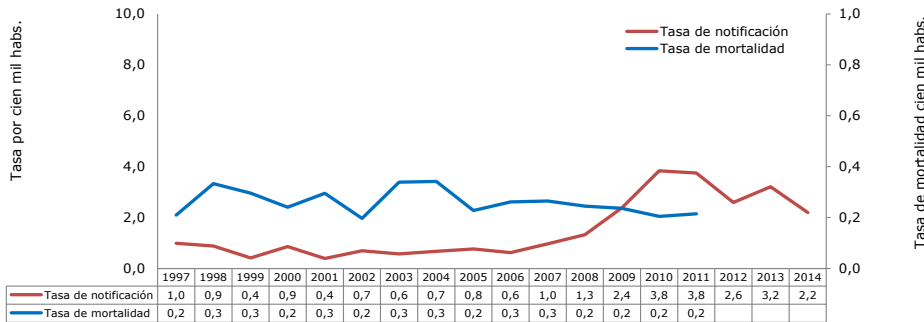
⁴Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud (ENS) Chile 2009-2010.

[Volver al Índice](#)

Situación Epidemiológica

A partir del año 2007, se observa una tendencia sostenida al alza de la notificación, con un máximo en el año 2010, para luego descender en el año 2012 hasta 2,5 por cien mil habs. y subir levemente el año 2013 con una tasa de 3,2 por cien mil habs. El aumento en la notificación se debe principalmente al refuerzo de la vigilancia epidemiológica de hepatitis B y C, a la búsqueda y notificación activa de casos y al cambio de la Circular en el año 2009, donde los casos son confirmados por el ISP. Es así que desde el año 2010, las SEREMI trabajan en forma coordinada con los servicios de salud para lograr la notificación de todos los casos confirmados por el Laboratorio de Referencia Nacional (Instituto de Salud Pública ISP), solicitando, si corresponde la notificación del caso a los establecimientos desde donde fue enviada la muestra.

Gráfico 1: Tasas de notificación y mortalidad de hepatitis C. Chile 1997-2014



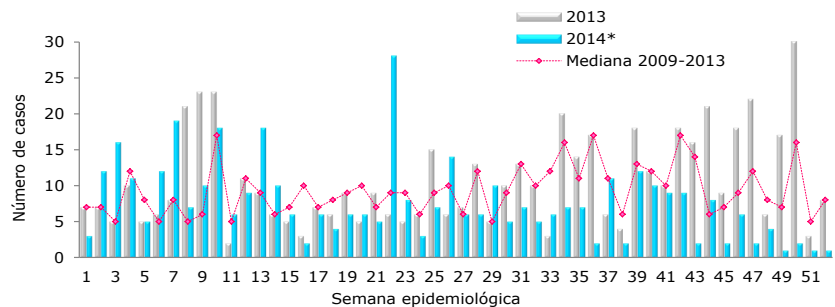
Año 2011, último año con datos de mortalidad disponibles
 2012-2014 Datos provisorios
 Fuente: DEIS y Dpto. Epidemiología, DIPLAS/ Ministerio de Salud de Chile.

La tasa de mortalidad por hepatitis C, muestra un comportamiento oscilante entre los años 1998 y 2007 con tasas entre 0,21 y 0,33

muertes por cien mil habs.; posteriormente se estabiliza en 0,20 por cien mil habs. desde el 2008 al 2011. Este comportamiento no coincide con el aumento de la tasa de notificación para este mismo año, hecho que apoya entre otras causas, la hipótesis que el aumento de las notificaciones es debido probablemente a la notificación retroactiva de casos y no necesariamente a un aumento brusco en la incidencia de la enfermedad (gráfico 1).

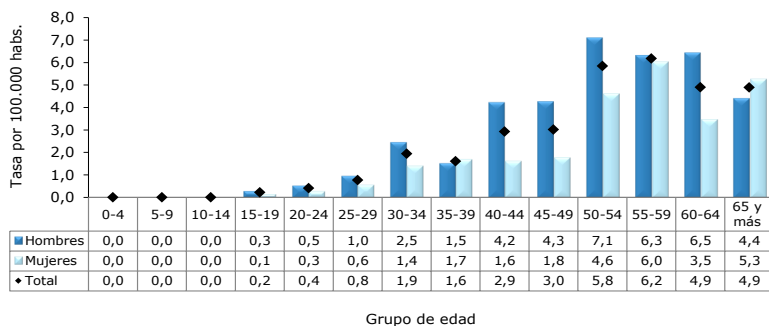
Hasta la semana epidemiológica (SE) 53 del año 2014, se han notificado 394 casos de hepatitis C (tasa de 2,2 por cien mil habs.), cifra inferior en 29% a lo registrado hasta la SE 52 del año 2013 (n=555) e inferior en 28% a la mediana del quinquenio anterior (n=550). El número de casos notificados muestra aumentos sobre la mediana del quinquenio anterior en 13 semanas de las 53 analizadas (gráfico 2), esta presentación es similar a lo ocurrido en el año 2013.

Gráfico 2: Casos de hepatitis C por semana epidemiológica. Chile 2013-2014 (*)



(*) datos provisorios
 Fuente: Base de datos ENO, DIPLAS - Ministerio de Salud de Chile.

Gráfico 3: Tasas específicas de notificación de hepatitis C, según sexo y grupo de edad. Chile, 2014 (*)



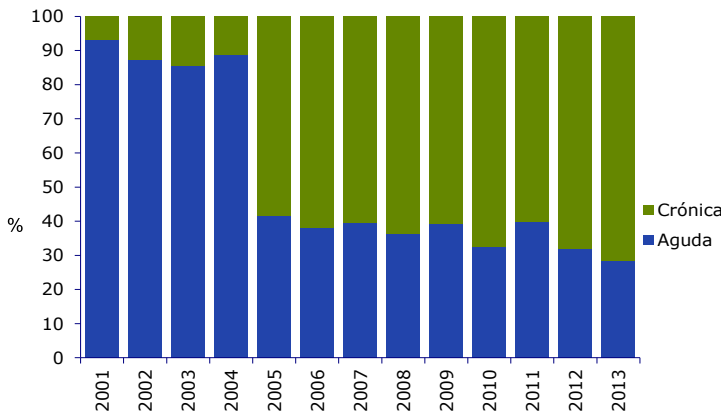
(*) Datos provisorios
 Fuente: Base de datos ENO, DIPLAS - Ministerio de Salud de Chile.

A partir de los 40 años de edad, se concentran las mayores tasas de hepatitis C (84% de los casos). Los grupos de 50 y más años presentan los mayores riesgos. No se presentan casos en menores de 15 años.

Los hombres representan 56% del total de casos, mostrando mayores tasas que las mujeres, (excepto en el grupo de 35-39 años y de 65 y más años). Su mayor riesgo se encuentra entre los 50 a 64 años, con tasas entre 6,5 y 7,1 por cien mil habs. En general, las mujeres aumentan su riesgo a medida que aumentan los años de vida, superando la tasa de los hombres a partir de los 65 años (gráfico 3).

[Volver al Índice](#)

Gráfico 4: Distribución porcentual de casos de hepatitis C aguda y crónica. Chile 2001-2013 (*)



(*) Años 2012 y 2013 datos provisorios
Fuente: Base de datos ENO, DIPLAS - Ministerio de Salud de Chile.

En relación a la clasificación del tipo de hepatitis, como aguda o crónica, hasta el año 2004 aproximadamente 90% de los casos eran notificados como tipo aguda, situación que se invierte a partir del año 2005, donde la forma crónica alcanza 68% de las notificaciones en el año 2012. El año 2013 este porcentaje baja hasta 52% (gráfico 4).

Este cambio en la distribución de la presentación clínica al momento de la notificación puede explicarse por el aumento producto de la pesquisa en los bancos de sangre, mejora en la calidad de los datos y debido a la historia natural de la enfermedad, la cual se diagnostica en formas crónicas dada su presentación asintomática.

Figura 1

Tasas* de notificación hepatitis C según región de ocurrencia. Chile, SE 1 a 53, año 2014 (&).

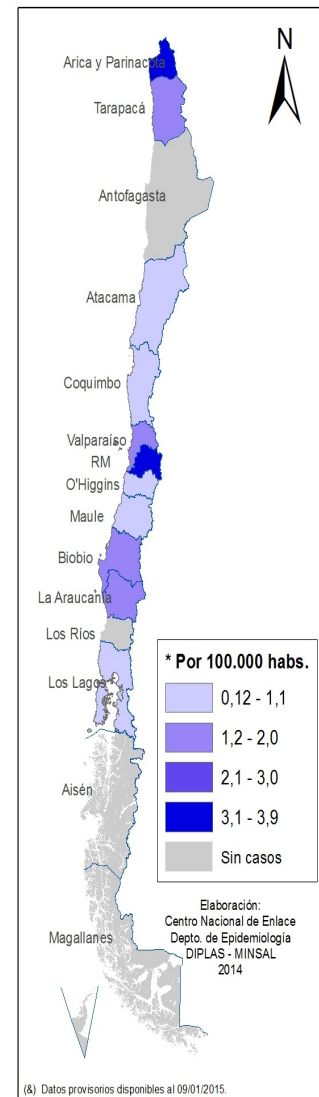


Tabla 1

Casos y tasas de hepatitis C por región de ocurrencia. Chile 2013-2014

Región	Año 2014 (*)		Mediana de casos acumulada. Años 2009-2013	Año 2013 (*)	
	Nº de casos acumulados a la SE 53	Tasa de incidencia(**) acumulada		Nº de casos anuales	Tasa de incidencia(**) anual
Arica y Parinacota	7	3,0	8	8	3,5
Tarapacá	5	1,5	8	6	1,9
Antofagasta	1	0,2	9	4	0,7
Atacama	1	0,3	2	1	0,3
Coquimbo	8	1,1	13	18	2,4
Valparaíso	36	2,0	59	45	2,5
Metropolitana	282	3,9	348	401	5,6
O'Higgins	9	1,0	8	8	0,9
Maule	2	0,2	14	10	1,0
Bío-Bío	27	1,3	44	33	1,6
Araucanía	15	1,5	10	9	0,9
Los Ríos	0	0,0	7	3	0,8
Los Lagos	1	0,1	5	4	0,5
Aisén	0	0,0	1	1	0,9
Magallanes	0	0,0	4	4	2,5
Total País	394	2,2	550	555	3,1

(*) Datos provisorios
(**) por cien mil hab.

Fuente: Base de datos ENO, DIPLAS - Ministerio de Salud de Chile.

Con relación a la distribución geográfica, hasta la SE 53 de 2014, las regiones Metropolitana (que concentra 72% del total de casos notificados) y la de Arica y Parinacota presentan las mayores tasas, superando la nacional. En el resto de las regiones, se observaron tasas bajo el valor del país. A pesar que la región Metropolitana tiene la tasa más alta, presenta un número de casos inferior a lo esperado para este periodo. Se destaca además, que en 3 regiones del país no se habían notificado casos hasta la SE 53 de 2014 (figura 1 y tabla 1).

Medidas de Manejo y Control

En la actualidad, se encuentran disponibles en el sitio web del [Ministerio de Salud](#), la siguiente normativa, para manejo y control:

“[Circular B511/16 Vigilancia epidemiológica de la Hepatitis B y Hepatitis C](#)”.

[Orientaciones para los procesos claves en las enfermedades transmisibles por sangre](#)

[Manejo y tratamiento de la infección por el virus de la Hepatitis B.](#)

Comentarios y conclusiones

En Chile, la hepatitis C muestra un aumento sostenido en las tasas de notificación entre los años 2007 y 2011 para luego bajar el 2012 y volver a mostrar una discreta alza en el 2013. La enfermedad se concentra principalmente en personas sobre 40 años, sin grandes diferencias por sexo y se notifica principalmente en la etapa crónica.

Según distribución geográfica, las mayores tasas de notificación acumulada se presentan en el extremo norte y centro del país.

En nuestro país la hepatitis C presenta características de una baja endemia, siendo el factor de riesgo más frecuentemente encontrado el antecedente de transfusión sanguínea. Estudios nacionales muestran que 41% de los pacientes no refiere ningún factor de riesgo conocido y la transmisión muy probablemente se deba al uso de medicación inyectable en el período previo a la adopción generalizada de las precauciones universales, de material cortopunzante y manejo de residuos en los establecimientos de salud¹.

En relación a la historia natural de la enfermedad, existe un largo período entre el momento de la infección y el desarrollo de complicaciones. En Chile, la principal fuente de detección es en bancos de sangre o por exámenes de rutina y la mayor parte de los afectados son diagnosticados en la etapa crónica. La importancia de esta pesquisa radica en el desconocimiento de la mayoría de los portadores y al difícil diagnóstico debido a la similitud con el resto de hepatitis virales, retrasando así el manejo oportuno de la enfermedad.

Debido al alto impacto que presenta esta enfermedad, en Enero de 2010, la hepatitis C fue incorporada como problema de salud con garantía explícita, y pasó a formar parte del “[Plan AUGÉ](#)”, asegurando así el acceso, oportunidad, protección financiera y calidad en la atención de esta enfermedad.

¹ Ministerio de Salud. [Guía Clínica Manejo de la infección por virus de hepatitis C](#). Stgo, 2010.

Nota: La información correspondiente a los años 2012 a 2014, podría ser modificada, debido al proceso de revisión y validación de las notificaciones. Por esta razón, la información aquí presentada podría ser diferente, respecto a la previamente informada.