

*Manejo de la hepatitis crónica C
en Atención Primaria*

Virus C

9 genotipos diferentes
40 subgenotipos

170 millones personas infectadas
800.000 portadores en España
Prevalencia hepatitis C crónica: 1,5-2%

Transmisión VHC (I)

Percutánea

Transfusiones (0,5%)

A.D.V.P. (40-90%)

Hemodiálisis crónica (10-20%)

Transmisión VHC (II)

No percutánea

Contacto sexual

(0-7% en parejas sexuales)

Vertical (<5%)

Esporádica (40%)

Historia natural (I)

80% de infección aguda es subclínica

80% evolucionan a la cronicidad

Enfermedad asintomática.

40% de hepatitis crónicas con GPT normal (benigna)

20% evolucionan a cirrosis tras 30 años (20-50)

Carcinoma hepatocelular: incidencia anual de 1-4%

Historia natural (II)

Peor evolución en:

alcohólicos activos
inmunodeficiencia VIH
coinfección con el virus B

Clínica

Asintomática

Astenia, malestar

Complicaciones: cirrosis con HTP, CHC

Manifestaciones extrahepáticas

(autoinmunes)

Diagnóstico (I)

Determinación anti VHC

ELISA

RIBA

Diagnóstico (II)

Determinación directa VHC

PCR (RNA)

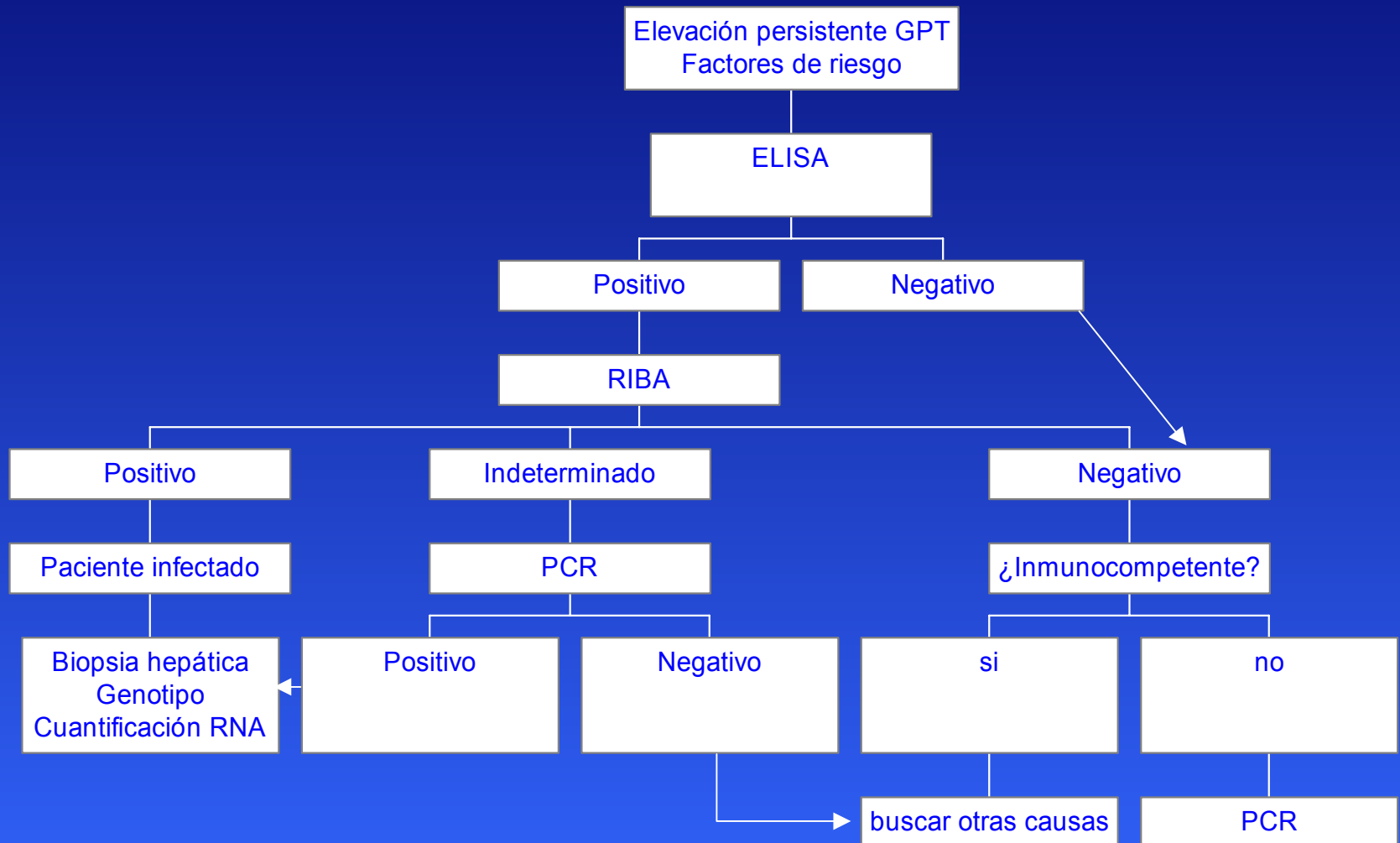
Cuantificación RNA

Genotipos

Cuasiespecies

Biopsia hepática

Algoritmo diagnóstico



Tratamiento (I)

IFN (Interferón α -2b recombinante): 3MU s.c. tres veces por semana +
Ribavirina: 1000-1200 mgrs. diarios v.o. durante 24 a 48 semanas.

Respuestas

No respuesta: persistencia RNA-VHC a los 6 meses (tto. combinado) del comienzo del tratamiento.

Respuesta al final del tratamiento: negativización del RNA al final del tratamiento.

Respuesta sostenida: negativización del RNA-VHC seis meses después de suspender la terapia.

Tratamiento (II)

Respuestas

IFN α en monoterapia/un año: 10-15% respuesta sostenida

IFN α + Ribavirina: respuestas sostenidas

24 semanas: 17% (genotipo 1)

66% (genotipos 2 y 3)

48 semanas: 30% (genotipo 1)

65% (genotipos 2 y 3)

Tratamiento (III)

Factores predictivos positivos

sexo femenino

genotipo 2 o 3

baja carga viral

menores de 40 años

sin fibrosis

raza blanca

Tratamiento (IV)

Grupos terapéuticos

Pacientes con hepatitis aguda

Pacientes con hepatitis crónica no tratados previamente

Pacientes con hepatitis crónica que recidivan tras respuesta con IFN

Pacientes con hepatitis crónica no respondedores a IFN

Pacientes con cirrosis

Pacientes con hepatitis crónica y transaminasas normales.

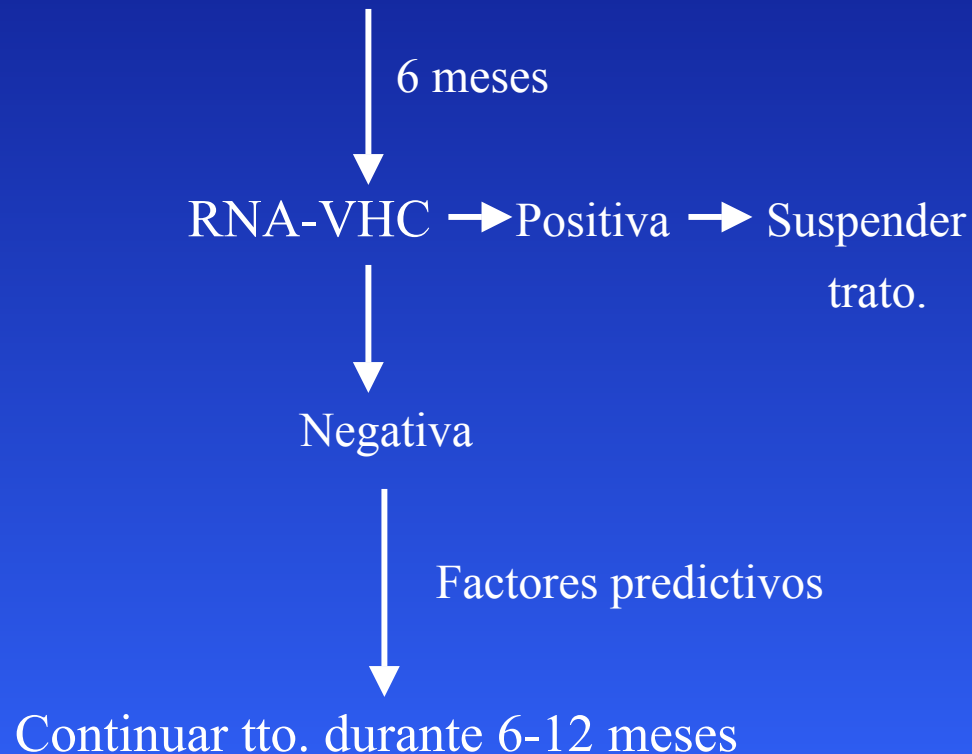
Pacientes con hepatitis aguda

El IFN α (3 MU, tres veces por semana, tres meses después de la aparición de los síntomas) previene la evolución a la cronicidad.

Respuesta sostenida del 98 %.

Pacientes con hepatitis crónica no tratados previamente (naive)

IFN α (3 MU, tres veces por semana, s.c.) + Ribavirina (1000-1200 mgrs/día) durante seis meses



Pacientes con hepatitis crónica que recidivan tras respuesta al final del tto. con IFN

IFN α + Ribavirina durante seis meses.

Tasas de respuesta sostenida:

Genotipo 1/carga viral elevada:	20%
Genotipo 2-3/baja carga viral:	90%

Pacientes con hepatitis crónica no respondedores a IFN

Un segundo curso de IFN en monoterapia es inefectivo.

IFN α + Ribavirina durante doce meses.

IFN pegilado

Tasa de respuesta sostenida: 10-15%.

El paciente debe conocer las escasas posibilidades de éxito.

Decisión de tratar individualizada.

Pacientes con cirrosis

La incidencia de hepatocarcinoma disminuye de forma significativa o desaparece en los pacientes con respuesta sostenida.

El tratamiento reduce el riesgo de descompensación de la hepatopatía.

El tratamiento se administrará en pacientes con cirrosis compensada. No está indicado en pacientes con cirrosis descompensada.

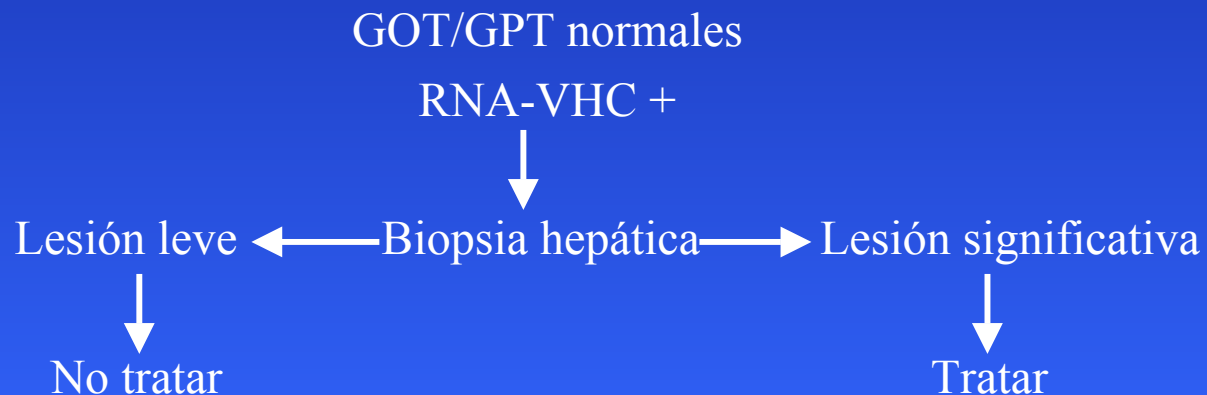
Pacientes con hepatitis crónica y transaminasas normales

GPT normal en 20-40% de pacientes con hepatitis C crónica.

La mayoría presentan lesiones histológicamente leves.

Baja probabilidad de empeoramiento.

Tasa muy baja de respuesta al tratamiento e incluso, en ocasiones, exacerbación de la necrosis con aumento de transaminasas.



Control del tratamiento

	Basal	Semanas 2 y 4; cada 6-8	6 meses	Final tto.	A los 6 meses
Hemograma	X	X		X	X
Bioquímica	X	X		X	X
RNA-VHC	X		X	X	X
Genotipo	X				
AC. anti tiroglobulina	X			X	

Efectos secundarios del tratamiento

	INTERFERON	RIBAVIRINA
Frecuentes y leves	Síntomas seudogripales Neuropsiquiátricos: irritabilidad, cambios humor Digestivos: náuseas, diarrea, dolor abdominal Laboratorio: leucopenia, trombopenia	Insomnio Dermatológicos: erupción, prurito Tos seca
Graves	Neuropsiquiátricos: depresión mayor, psicosis Mielosupresión Exacerbación enfermedad autoinmune	Anemia hemolítica Teratogenicidad

Contraindicaciones del tratamiento

Alteraciones psiquiátricas graves

Enfermedades cardiovasculares severas

Insuficiencia renal severa

Enfermedades autoinmunes

Anemia significativa

Síndromes mielodisplásicos

Peginterferon (I)

Peginterferón o IFN α 2b pegilado= IFN α 2b recombinante + polietilenglicol

Absorción s.c. más lenta

Aclaramiento sérico 10 veces más lento.

Semivida de eliminación más larga.

Niveles plasmáticos más prolongados y estables.

Puede administrarse *una sola vez a la semana*.

Menor inmunogenicidad.

Peginterferon (II)

Indicado en pacientes adultos con hepatitis C crónica probada histológicamente, con transaminasas elevadas, sin descompensación hepática, que sean ARN-VHC positivo:

- en pacientes no tratados previamente
- en pacientes con respuesta inicial al IFN en monoterapia pero que hayan recidivado posteriormente.

Peginterferon (III)

Tratamiento combinado de elección:

IFN α 2b pegilado (1,5 μ gr/Kg/semana, s.c.) + 800 mgrs/día de Ribavirina durante 6 meses.

IFN α 2b pegilado en monoterapia produce respuesta sostenida similar al tratamiento combinado estandar.

IFN α 2b pegilado + Ribavirina produce *respuesta sostenida en el 60-70% de los casos.*

Mayor incidencia de reacciones adversas que con IFN α 2b.

Más caro que IFN α .