



GAIXOTASUN
INFEKZIOSEN
AURKAKO
JARDUERA-PROTOKOLOAK (III)

PROTOCOLOS DE
ACTUACIÓN FRENTE A
ENFERMEDADES
INFECCIOSAS (III)

Hepatitis c



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA
DEPARTAMENTO DE SANIDAD

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia

Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

ISBN 84-457-2148-8



9 788445 721483

P.V.P.: 3 €

**Gaixotasun infekziosoen aurkako
jarduera-protokoloak (III)**
**Protocolos de actuación
frente a enfermedades infecciosas (III)**

HEPATITIS C

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

OSASUN SAILA
Osasun Sailburuordetza
Osasun Publikoko Zuzendaritza

DEPARTAMENTO DE SANIDAD
Viceconsejería de Sanidad
Dirección de Salud Pública

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia

Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

Vitoria-Gasteiz, 2004

Hepatitis C / [autores, Juncal Artieda Arandia ... et al. ; revisores, Raquel Bengoa Hernández, Manuel García Bengoechea]. – 1ª ed. – Vitoria-Gasteiz : Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia = Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 2004
p. ; cm. – (Gaixotasun infekziosoen aurkako jarduera-protokoloak = Protocolos de actuación frente a enfermedades infecciosas ; 3)
Contiene, además, con portada y paginación propias, texto contrapuesto en euskera: "C Hepatitisa"
ISBN 84-457-2148-8
1. Hepatitis. I. Artieda Arandia, Juncal. II. Euskadi. Dirección de Salud Pública. III. Título (euskera).
IV. Serie
616.36-002

Autores: Juncal Artieda Arandia
Visitación de Castro Laiz
Fernando González Carril
Miguel Angel García Calabuig
Iraida Hurtado de Saracho Echevarría

Revisores: Raquel Bengoa Hernández. Hospital Txagorritxu
Manuel García Bengoechea. Hospital Donostia

Edición: 1.ª julio 2004

Tirada: 5.000 ejemplares

© Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco
Departamento de Sanidad

Internet: www.euskadi.net:

Edita: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco
Donostia-San Sebastián, 1 - 01010 Vitoria-Gasteiz

Fotocomposición: Composiciones RALI, S. A.
Particular de Costa, 8-10, 7.ª - 48010 BILBAO

Impresión: Estudios Gráficos ZURE, S. A.
Carretera Lutxana-Asua, 24-A. Erandio-Goikoa (Bizkaia)

ISBN: 84-457-2148-8

Depósito legal: BI-1995-04

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	7
HISTORIA NATURAL	9
TRANSMISIÓN	11
DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO	13
DEFINICIÓN DE CASO	17
MEDIDAS PREVENTIVAS	19
Pruebas de detección de anticuerpos.....	19
Control del caso y de los contactos	20
Actuación sobre la población general	21
BIBLIOGRAFÍA	23
ENCUESTA	27

INTRODUCCIÓN

El virus de la hepatitis C (VHC) es un virus de ARN que pertenece a la familia Flaviviridae. Desde 1989 la disponibilidad de una prueba para detectar anticuerpos frente a este virus ha permitido comprobar que gran parte de las hepatitis conocidas hasta entonces como hepatitis no A no B eran causadas por este virus. El reservorio es el ser humano.

Este virus presenta una gran variabilidad genética que, tal vez, explica la capacidad del virus para evadir el sistema inmunológico del huésped y que puede ser la causa del elevado porcentaje de infección crónica y de las dificultades para desarrollar una vacuna efectiva para prevenir la infección por el VHC.

La prevalencia varía en función de los diferentes grupos de población. Así por ejemplo, los valores más altos se dan en el grupo de usuarios de drogas inyectables y la menor prevalencia corresponde al grupo de donantes de sangre. En nuestro medio, hay datos de prevalencia en la población general en torno al 2 %.

No existe una prueba que permita diferenciar la infección aguda de la crónica, lo cual, añadido a la elevada tasa de cronificación y a la ausencia de sintomatología en gran parte de los casos, dificulta la investigación epidemiológica y explica que en muchas ocasiones el diagnóstico de la hepatitis sea casual y mucho tiempo después de que la infección se haya producido.

La hepatitis C es una enfermedad de declaración obligatoria que precisa declaración individual desde que se crea el Sistema de Vigilancia Epidemiológica mediante el Decreto 312/1996 del Gobierno Vasco.

HISTORIA NATURAL

El período de incubación es de 6 a 9 semanas, aunque el intervalo puede extenderse desde dos semanas a seis meses. El período de transmisibilidad puede comenzar una o varias semanas antes del comienzo de los síntomas y puede persistir por tiempo indefinido. La susceptibilidad es general. Se desconoce el grado de inmunidad que confiere la infección; un mismo individuo puede presentar más de un episodio de hepatitis C.

Infección aguda

Un 60%-90% de las personas con infección aguda no presentan síntomas y el resto presentan ictericia o tienen síntomas inespecíficos (fiebre, malestar general, anorexia, náuseas y molestias abdominales). Muchos casos de hepatitis C no conocen su condición de portadores debido a la ausencia de sintomatología.

Entre 1 y 3 semanas después de la exposición se puede detectar en el suero el **ARN** del VHC. Semanas después se produce la elevación de los niveles séricos de **alanina aminotransferasa (ALT)** y se detectan los anticuerpos **anti-VHC**.

La recuperación se caracteriza por la desaparición de la sangre del ARN del VHC y la vuelta a la normalidad de los enzimas hepáticos. Si la infección se resuelve, la reactividad para anti-VHC se debilita, pero los anticuerpos pueden ser detectados durante largo tiempo.

Es muy raro que la infección por el VHC cause una hepatitis fulminante.

Infección crónica

La infección por el virus de la hepatitis C llega a ser crónica en un 60-85% de los adultos pero su evolución clínica es lenta y no se manifiesta hasta que no han pasado 20 años o más. La presencia de anticuerpos **anti-VHC** o de **ARN** del VHC circulante puede demostrarse en casi todos los pacientes.

Hepatitis crónica

Inflamación hepática en pacientes con **infección crónica** caracterizada por niveles anormales de **ALT**. La mayoría de los pacientes (más de un 90%) con infección crónica presentan alteraciones de la ALT de forma persistente o fluctuante.

De un 3% a un 20% de las infecciones crónicas conducen a cirrosis y de éstas de un 1% a un 5% a cáncer hepático. Hay factores que incrementan el riesgo de progresión a cirrosis y a hepatocarcinoma: ser hombre, índice de masa corporal alto, consumo de más de 30 gr diarios de alcohol en hombres y más de 20 gr diarios en mujeres, la mayor edad en el momento de la infección, coinfección con VIH o con el virus de la hepatitis B y la existencia de lesión histológica en la biopsia inicial.

Los pacientes con hepatitis C crónica, a diferencia de los que padecen una hepatitis B, presentan un riesgo importante de sufrir una hepatitis fulminante por una infección por el virus de la hepatitis A.

Ocasionalmente, los pacientes con hepatitis C crónica presentan manifestaciones extrahepáticas o síndromes de origen inmune, incluyendo liquen plano, glomerulonefritis, crioglobulinemia mixta, etc.

El tratamiento de los pacientes con hepatitis C crónica evitaría un número importante de cirrosis, degeneración que puede conducir a la necesidad de un trasplante. La hepatitis C es la primera causa de trasplante de hígado.

TRANSMISIÓN

La hepatitis C se transmite principalmente por vía parenteral. Existen datos contradictorios respecto a la presencia del virus con capacidad infectiva en otros fluidos además de la sangre.

Mecanismos de transmisión como el uso de drogas por vía parenteral, pinchazos accidentales con agujas contaminadas, compartir objetos contaminados con sangre, transfusiones, contactos sexuales, etc., explican una gran parte de las infecciones. Pero hay un porcentaje de las mismas en el que no se identifica una fuente de infección y probablemente son debidas a mecanismos parenterales que aún no se han valorado suficientemente.

Transfusiones y trasplantes

El riesgo de infección por transfusiones y trasplantes ha disminuido considerablemente tras la utilización de pruebas para detectar anticuerpos anti-VHC en los donantes (Orden de 22 de enero de 1990, del Consejero de Sanidad y Consumo).

Usuarios de drogas inyectables

Muchas personas con infección crónica por el VHC podrían haber adquirido la infección años antes como resultado de la inyección ocasional de drogas por vía parenteral.

Usuarios de drogas no inyectables

El material para la inhalación de cocaína por vía nasal contaminado con sangre puede ser un instrumento de inoculación parenteral.

Actividad sexual

El riesgo de transmisión sexual es bajo. Aunque el VHC puede transmitirse entre parejas habituales de larga duración, se considera que el riesgo de transmisión en este contexto es mínimo (la prevalencia de anticuerpos en las parejas habituales es de 0 a 10 %). Algunos expertos consideran que solamente tendrían que tomar medidas durante la menstruación y si tienen úlceras genitales.

El riesgo aumenta si se tienen múltiples parejas, pero no se sabe si este aumento se debe a una transmisión sexual o a exposiciones percutáneas no detectadas.

También aumenta el riesgo en individuos coinfectados por el VIH u otra enfermedad de transmisión sexual.

La prevalencia de anticuerpos parece ser similar en homosexuales y heterosexuales, aunque en algunos estudios se ha encontrado un incremento de riesgo en relaciones sexuales que implican pequeños traumatismos.

Exposiciones percutáneas

Las exposiciones percutáneas, como la perforación de partes corporales, la acupuntura o el tatuaje, son fuentes potenciales de transmisión si se utilizan instrumentos contaminados.

Exposición ocupacional

El personal sanitario y todos aquellos profesionales que puedan estar expuestos a sangre tienen un riesgo de adquirir la infección. Este riesgo es mayor si en la fuente se ha detectado ARN en sangre.

El riesgo de infección por el VHC tras un pinchazo accidental con una aguja contaminada es intermedio entre el de adquirir el VIH y la hepatitis B.

Nosocomial

La transmisión nosocomial es posible si las técnicas de control de la infección son inadecuadas y el material contaminado es compartido entre pacientes.

Probablemente, esto explica que la prevalencia de anticuerpos sea mayor en pacientes sometidos a hemodiálisis.

Transmisión vertical

La infección perinatal se produce en un 0-15% de los casos. El riesgo aumenta si la madre está coinfectada por el VIH o si la carga viral materna es alta.

No hay evidencia de que por la lactancia materna se transmita el VHC de madre a hijo. No hay datos concluyentes respecto a la protección de una cesárea electiva frente a un parto por vía vaginal.

Contactos familiares

La transmisión del VHC en estos casos es muy baja. Los estudios existentes dan datos de prevalencia de un 2-3% en los contactos familiares. La transmisión puede ocurrir por compartir objetos contaminados con sangre, como maquinillas de afeitarse y cepillos de dientes.

DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO

Anticuerpos anti-VHC

Para su detección se emplean antígenos sintéticos o recombinantes, dado que el virus no ha podido ser visto ni cultivado hasta el momento. Su positividad indica que el paciente estuvo o está infectado por el virus y no permite distinguir entre infección aguda, infección crónica y curación.

- *Enzimoimmunoanálisis (EIA) de tercera generación:* es la prueba inicial para el diagnóstico de la hepatitis C, con una sensibilidad superior a un 99% y una especificidad de un 99% en inmunocompetentes. Sin embargo, un 15-35% de los resultados son falsos positivos debido a la baja prevalencia, por lo que es necesaria una prueba de confirmación.

En inmunocomprometidos, como la seroconversión puede producirse en meses o incluso años, es necesario realizar una prueba de detección de ARN del VHC.

Un resultado negativo es suficiente para descartar infección en sujetos inmunocompetentes.

- *Técnicas inmunoblot:* son pruebas más específicas y pueden utilizarse como confirmación de un resultado positivo por EIA en personas de bajo riesgo y en personas con EIA positivo y prueba de ARN negativa. Un resultado negativo indica un falso positivo previo.

ARN viral

Dado que la viremia puede ser escasa, su detección se realiza mediante pruebas de amplificación genómica (PCR u otras) que requieren procedimientos de laboratorio especiales.

Es una prueba de confirmación de infección activa. Es positiva una vez transcurridas 1-3 semanas desde la exposición (se puede detectar antes de la elevación de las transaminasas y de la detección de anti-VHC). Su positividad confirma la presencia del virus. Su negatividad no descarta la infección debido a que la viremia es intermitente.

Permite detectar una transmisión vertical ya que los anticuerpos transmitidos pasivamente de la madre al niño pueden persistir 12-18 meses, mientras que el ARN puede ser detectado a partir del primer o segundo mes.

Estas pruebas pueden ser cualitativas (presencia o ausencia de ARN) y cuantitativas (concentración de ARN). Las cuantitativas son menos sensibles que las cualitativas y por tanto no deben ser utilizadas para confirmar o excluir un diagnóstico de infección.

Esta prueba está indicada en pacientes con anti-VHC negativos con sospecha de infección aguda y en inmunodeprimidos con niveles inexplicablemente altos de ALT.

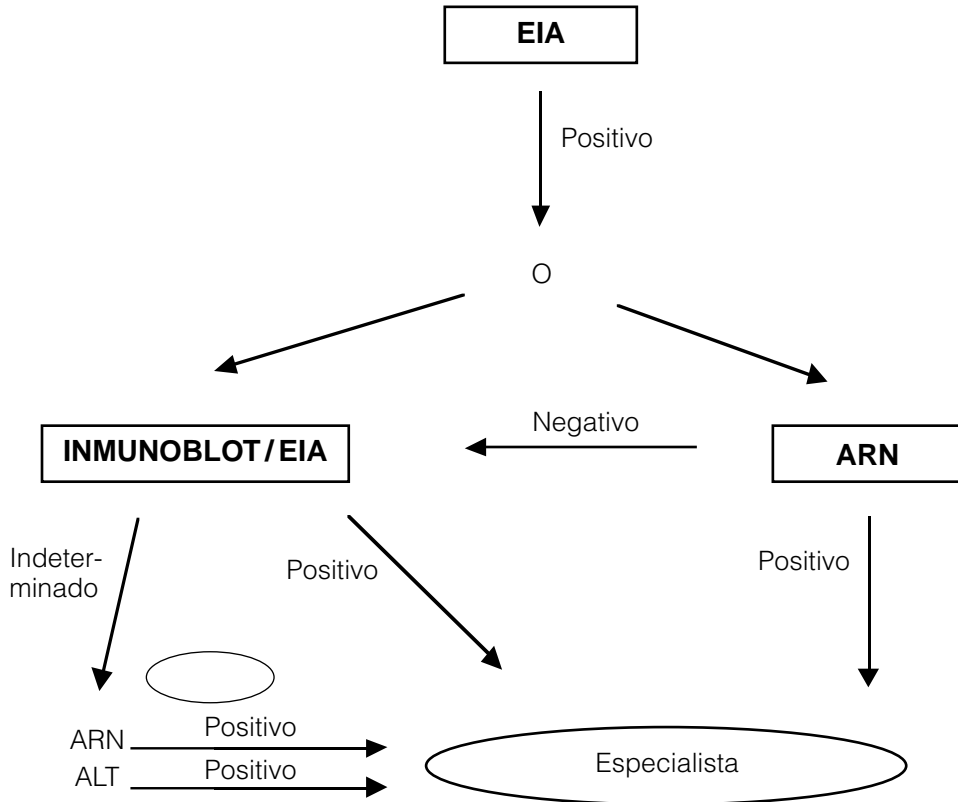
Genotipo

Se han identificado hasta 6 genotipos del VHC y más de 50 subtipos. El genotipo más frecuente en nuestro entorno es el 1b.

Su determinación es importante para la valoración clínica y pronóstica de la hepatopatía crónica, al estar relacionados los genotipos con la respuesta al tratamiento antiviral.

La determinación del genotipo del VHC y las pruebas cuantitativas de ARN se emplean para establecer la duración del tratamiento.

DIAGNÓSTICO EN UN CASO ASINTOMÁTICO



DEFINICIÓN DE CASO

Cuadro clínico: comienzo discreto con fiebre, malestar general, anorexia, náuseas, molestias abdominales, coluria e ictericia y/o elevación de los niveles de alanina aminotransferasa.

Diagnóstico de laboratorio

- Anticuerpos anti-VHC positivos

y/o

- ARN viral positivo.

Clasificación de casos

Infección aguda

Confirmada: seroconversión de anti-VHC

Posible: detección de ARN viral y/o anti-VHC, sin seroconversión, cuando las circunstancias clínico epidemiológicas lo indiquen.

Infección crónica

Anticuerpos anti-VHC por EIA positivos y posterior confirmación por una prueba inmunoblot o por otra técnica de EIA o por ARN viral, en dos ocasiones con una separación de 6 meses o más.

Infección perinatal

ARN viral positivo.

MEDIDAS PREVENTIVAS

Dado que no existe una vacuna efectiva para prevenir la infección por el VHC y la inmunización pasiva no se ha demostrado eficaz ni en la profilaxis pre-exposición ni en la post-exposición, las actuaciones se centran en intentar disminuir la transmisión de la infección.

Pruebas de detección de anticuerpos

Además de la disminución de la transmisión, la detección de anticuerpos permite a los pacientes diagnosticados beneficiarse de los tratamientos disponibles.

Se recomienda la realización de estas pruebas a las personas de riesgo:

- Usuarios de drogas inyectables (actuales o antiguos).
- Infectados por el VIH.
- Personas en hemodiálisis.
- Personas que tienen niveles persistentemente altos de ALT.
- Los niños nacidos de madres VHC+ deben ser sometidos a la prueba después de cumplir un año de edad.
- Ante una exposición percutánea o mucosa con sangre con anticuerpos anti-VHC.
- Parejas sexuales de pacientes infectados.
- Miembros del entorno familiar de pacientes infectados que hayan compartido objetos que pudieran estar contaminados con sangre.

Control del caso y de los contactos

Recomendaciones

- Parejas sexuales:
 - Parejas estables: deben ser informadas sobre el potencial riesgo de transmisión para que puedan decidir sobre la adopción de medidas.

Tienen que tomar medidas principalmente durante la menstruación y si tienen úlceras genitales.
 - Múltiples parejas: adopción de prácticas seguras con la ayuda de métodos de barrera.
 - Evitar prácticas sexuales que impliquen pequeños traumatismos.
- Los trabajadores sanitarios VHC + pueden seguir desarrollando su actividad habitual mientras cumplan las *Precauciones Estándar*.
- Respecto a un posible embarazo, informar sobre los riesgos a las mujeres infectadas para que ellas puedan tomar una decisión. La lactancia se considera segura.
- En los contactos familiares de una persona VHC +: no compartir maquinillas de afeitarse, cepillos de dientes y otros objetos personales que puedan tener sangre. Se pueden compartir comidas o utensilios.
- Las personas infectadas deberán tomar precauciones ante lesiones sangrantes, cubriendo heridas o lesiones en la piel, y desinfectar los objetos contaminados con sangre. Además deberán evitar el consumo de alcohol.

Vacunas

Vacunación contra la hepatitis A y contra la hepatitis B:

- En pacientes infectados por el VHC
- En usuarios de drogas inyectables

Inmunoprofilaxis

No está recomendada ante una exposición percutánea o mucosa con sangre con anticuerpos anti-VHC.

Antivirales

No están recomendados después de una exposición a sangre con anticuerpos anti-VHC.

Sin embargo, ante el beneficio de la terapia antiviral, cuando se detecta una infección el enfermo deberá ser enviado a un especialista.

Actuación sobre la población general

- Bancos de sangre: cumplimiento de las normas establecidas.
- Usuarios de drogas: educación sanitaria insistiendo en la importancia de la correcta utilización del material de inyección o inhalación.
- Exposiciones percutáneas: evitar tatuajes y perforaciones corporales realizados sin las garantías necesarias.
- Trabajadores sanitarios, de guarderías y establecimientos similares: cumplimiento de las *Precauciones Estándar*. Nadie debe ser excluido de la guardería, escuela, trabajo, etc. por estar infectado por el virus de la hepatitis C.

BIBLIOGRAFÍA

- Agence Nationale d'Accreditation et d'Evaluation en Santé. Diagnostic et suivi virologiques des hépatites virales. Février 2001.
- Agence Nationale d'Accreditation et d'Evaluation en Santé. Dépistage de l'hépatite C – Populations à dépister et modalités du dépistage. Janvier 2001.
- Association of Genitourinary Medicine and the Medical Society for the Study of Venereal Diseases. National guideline on the management of the viral hepatitis A, B and C. London 2002.
- Booth JC, O'Grady J, Neuberger J. Clinical guidelines on the management of hepatitis C. *Gut* 2001; 49 Supl I: 1-21.
- Canadian Association for Study of the Liver (CASL) Consensus Conference Rapporteur Group. Canadian Consensus Conference on the Management of Viral Hepatitis. *Can J Gastroenterol* 2000; 14 Supl B: 5-20.
- Canadian Liver Foundation. National Hepatitis C Education Program. Hepatitis C: Medical Information Update. *Journal of Public Health* 2000; 91 Supl 1: 4-9.
- Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for laboratory testing and result reporting of antibody to hepatitis C virus. *MMWR* 2003; 52 (No. RR-3): 1-15.
- Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations for prevention and control of hepatitis C virus (HCV) infection and HCV- related chronic disease. *MMWR* 1998; 47 (No. RR-19): 1-40.
- Centers for Disease Control and Prevention. Updated U.S. Public Health Service Guidelines for the management of occupational exposures to HBV, HCV, and HIV and recommendations for postexposure prophylaxis. *MMWR* 2001; 50 (No. RR-11): 1-42.

- Centro Nacional de Epidemiología. Definiciones de caso y formularios de notificación al nivel central de las enfermedades de declaración obligatoria. 2ª Edición. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2001.
- Chimeno MM, Chocarro A, Brezmes P, Ochoa C, Pérez J. Seroprevalencia del virus de la hepatitis C en la población general. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2002; 20(2): 64-7.
- Chin J, editor. El control de las enfermedades transmisibles. Decimoséptima edición. Organización Panamericana de la Salud 2001.
- Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco. Recomendaciones para el control de la infección por VIH, VHB, VHC y otros microorganismos de transmisión sanguínea en el medio laboral sanitario. Julio 1998.
- Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco. Sistema de Vigilancia Epidemiológica del País Vasco. Guía de notificación. Enero 1998.
- Forns X. Biología molecular del virus de la hepatitis C: implicaciones para el desarrollo de nuevas terapias y de una vacuna profiláctica. *Med Clí (Barc)* 2001; 116: 191-197.
- Garner JS, Hospital Infection Control Practices Advisory Commitee. Guideline for isolation precautions in hospitals. (<http://www.cdc.gov>).
- Krajden M. Hepatitis C Virus Diagnosis and Testing. *Canadian Journal of Public Health* 2000; 91 Supl 1: 34-39.
- Lauer GM, Walker BD. Hepatitis C virus infection. *N Engl J Med* 2001; 345 (1): 41-52.
- León P, López JA, Amela C, Elola C, Echevarría JM. Prevalencia de tipos del virus de la hepatitis C en donantes de sangre españoles: resultados de un estudio multicéntrico de ámbito estatal. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 1999; 17: 448-454.
- Maddrey WC. Update in Hepatology. *Ann Intern Med* 2001; 134: 216-223.
- Memon MI, Memon MA. Hepatitis C: an epidemiological review. *Journal of Viral Hepatitis* 2002; 9: 84-100.
- Muñoz-Almagro C, Juncosa T, Fortuny C, Guillén JJ, González-Cuevas A, Latorre C. Prevalencia de la infección por el virus de la hepatitis C en mujeres embarazadas y transmisión vertical de este virus. *Med Clin (Barc)* 2002; 118 (12): 452-454.
- National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement. Management of Hepatitis C. 2002 June 10-12. (<http://consensus.nih.gov>)
- Nguyen HA, Ho SB. Natural history of chronic hepatitis C: Identifying a window of opportunity for intervention. *J Lab Clin Med* 2001; 137: 146-54.

- Patrick DM, Buxton JA, Bigham M, Mathias RG. Public Health and Hepatitis C. *Canadian Journal of Public Health* 2000; 91 Supl 1:18-20.
- Ramsay ME. Guidance on the investigation and management of occupational exposure to hepatitis C. *Commun Dis Public Health* 1999; 2: 258-62.
- Touceda S, Pereira M, Agulla A. Prevalencia de genotipos del virus de la hepatitis C en el área de El Ferrol (La Coruña). *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2002; 20(5): 200-4.
- WHO consultation organized in collaboration with the Viral Hepatitis Prevention Board, Antwerp, Belgium. Global surveillance and control of hepatitis C. *Journal of Viral hepatitis* 1999; 6: 35-47.

HEPATITIS C

ENCUESTA

DATOS DE FILIACIÓN

Nombre y apellidos: _____

Sexo: Varón Mujer Fecha de nacimiento _____ / _____ / _____
dd mm aaaa

Edad (años): _____ ; Para menores de 2 años (meses): _____

Dirección: _____

Municipio: _____ Territorio Histórico: _____

Teléfono: _____ Ocupación: _____

CLASIFICACIÓN DE CASO

- Agudo ¹
- Crónico de reciente diagnóstico
- Esporádico
- Asociado a brote

¹ Cuando se trata de una hepatitis aguda los datos deberán referirse a los seis meses anteriores al inicio de los síntomas.

DATOS CLÍNICOS

Fecha de inicio de los síntomas $\frac{\quad}{dd} / \frac{\quad}{mm} / \frac{\quad}{aaaa}$

Signos/síntomas

- | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ictericia | <input type="checkbox"/> Malestar general |
| <input type="checkbox"/> Anorexia | <input type="checkbox"/> Dolor abdominal |
| <input type="checkbox"/> Otros _____ | |

Complicaciones _____

Ingreso hospitalario

NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/>	_____	_____
		FECHA	CENTRO
		_____	_____
		FECHA	CENTRO
		_____	_____
		FECHA	CENTRO

DATOS DE LABORATORIO

- | | |
|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alanina aminotransferasa | Fecha $\frac{\quad}{dd} / \frac{\quad}{mm} / \frac{\quad}{aaaa}$ |
| <input type="checkbox"/> Anticuerpos anti-VHC por EIA | Fecha $\frac{\quad}{dd} / \frac{\quad}{mm} / \frac{\quad}{aaaa}$ |
| <input type="checkbox"/> Anticuerpos anti-VHC: inmunoblot | Fecha $\frac{\quad}{dd} / \frac{\quad}{mm} / \frac{\quad}{aaaa}$ |
| <input type="checkbox"/> ARN viral | Fecha $\frac{\quad}{dd} / \frac{\quad}{mm} / \frac{\quad}{aaaa}$ |

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

FACTORES DE RIESGO

— Transfusiones de sangre o productos hemáticos

No consta

No

Sí

_____	_____
FECHA	CENTRO
_____	_____
FECHA	CENTRO
_____	_____
FECHA	CENTRO

— Historia de uso de drogas por vía parentera

Pasada

Reciente

No consta

— Historia de uso de drogas por vía intranasal

Pasada

Reciente

No consta

— Contacto con material contaminado a través de mucosas o heridas en la piel

_____	_____	_____
TIPO	FECHA	CENTRO

— Realización de tatuajes

SÍ

NO

— Realización de “piercing”

SÍ

NO

— Inoculación percutánea accidental con material potencialmente contaminado

_____	_____	_____
TIPO	FECHA	CENTRO

— **Intervenciones quirúrgicas**

NO

SÍ

TIPO

FECHA

CENTRO

TIPO

FECHA

CENTRO

TIPO

FECHA

CENTRO

— **Pruebas diagnósticas invasivas**

NO

SÍ

TIPO

FECHA

CENTRO

TIPO

FECHA

CENTRO

TIPO

FECHA

CENTRO

— **Hemodiálisis**

SÍ

NO

— **Contacto reciente con el medio sanitario**

Dentista

FECHA

CENTRO

Extracción de sangre

FECHA

CENTRO

Acupuntura

FECHA

CENTRO

Otros

FECHA

CENTRO

— **Contacto estrecho con personas infectadas por el VHC**

- Sexual
 - Pareja estable
 - Varias parejas
- Familiar

OTROS ASPECTOS DE INTERÉS

- **Vacuna hepatitis A** Sí NO
- **Vacuna hepatitis B** Sí NO
- **Consumo de alcohol** Sí NO

DATOS DEL DECLARANTE

Fecha de declaración del caso ____ / ____ / ____

Médico que declara el caso:

Centro de trabajo: _____ Tfno.: _____

Municipio _____ Provincia _____

Fecha de la encuesta _____

Persona que realiza la encuesta _____