

Sobre la interpretación y reporte del anticuerpo Anti-VHC

La infección por el virus de la hepatitis C (VHC) representa un problema de salud pública en todo el mundo y se estima una población infectada de más de 180 millones de personas.¹ En México, la hepatitis C representa la segunda causa de hepatopatía crónica después del alcohol, pero en algunas poblaciones lo ha desplazado como la primera causa.² La importancia de la infección crónica por VHC es que se trata de la principal causa de cirrosis en el mundo, así como de carcinoma hepatocelular (CHC), y es la principal indicación para trasplante hepático. El principal mecanismo de transmisión en México fue ser transfundido antes de 1996, seguido por la drogadicción intravenosa y trabajadores sexuales.³

El diagnóstico de una enfermedad con una prevalencia como la de la hepatitis C debe ser lo más eficaz posible, dado que interesa identificar aquellas personas que son candidatas a tratamiento y separarlas de aquellas que son candidatas a vigilancia. La prevalencia de la infección por hepatitis C en México se calcula en 1.4%.³ El tratamiento para la infección crónica por VHC es caro y el éxito del mismo depende de varios factores, tanto del virus como del huésped. Desafortunada-

mente, para nuestro país, el genotipo más prevalente es el 1b, que es uno de los que menor tasa de éxito de tratamiento tiene, y de los que necesita un tratamiento más prolongado.

Por tal motivo, es necesario contar con mecanismos estrictos de selección de grupos de riesgo y de pacientes de manera independiente e individual, que permitan dirigir los tratamientos, disminuir costos, tanto en el diagnóstico oportuno, como en el tratamiento y, por último, evitar retrasos en el diagnóstico y tratamiento para evitar complicaciones a largo plazo como cirrosis o CHC.

En la medida en que una prueba detecte de manera acuciosa y rápida la menor cantidad de falsos positivos será posible ahorrar una gran cantidad de recursos que podrán ser utilizados en el tratamiento de aquellos verdaderos positivos que lo necesiten. Realizar dos o tres pruebas diagnósticas para una misma persona y una misma patología resulta costoso, y se puede incurrir en la pérdida de pacientes, ya que éstos pueden no realizar la segunda o la tercera. En cambio, si la primera prueba es efectiva en discernir cuáles de los pacientes tienen una alta y/o baja posibilidad de

presentar la enfermedad, puede disminuir la necesidad de realizar una segunda o tercera prueba que confirme el diagnóstico.

La prueba del anticuerpo contra el VHC se realiza bajo diferentes contextos, de escrutinio mayormente, aunque es la prueba inicial en el diagnóstico de pacientes con factores de riesgo para la enfermedad o con manifestaciones de la misma y tiene como mayor inconveniente que se trata de una prueba cualitativa. La posibilidad de tener una prueba cuantitativa de escrutinio es demasiado cara para ser aplicada a nivel poblacional, pero al aplicar una modificación en la manera de reportar e interpretar una prueba cualitativa, con la posibilidad de convertirla en una prueba semicuantitativa, aumenta su sensibilidad y especificidad y representa una estrategia barata y efectiva de mejorar la identificación potencial de pacientes en riesgo.⁴

Los autores hacen un análisis exhaustivo de la literatura médica en donde se habla de las pruebas diagnósticas para el VHC y sugieren la implementación de un cambio en el reporte, diferente al utilizado en la mayoría de los laboratorios clínicos de México. Por otro lado, realizaron una

encuesta de la manera de hacer el diagnóstico, así como de la tendencia por especialidad de los métodos utilizados en nuestro país.

El resultado de este análisis exhaustivo es la Guía de interpretación y reporte del Anti-VHC⁵ que implementa estrategias estructuradas para hacer llegar información valiosa y estandarizada en la manera de diagnosticar al VHC y en la manera de escoger la estrategia diagnóstica más adecuada para evitar retrasos y diagnósticos falsos, como lo demuestran los testimonios, y por último en la manera de interpretar un resultado de una prueba altamente sensible y específica.

Aunque los autores mencionan algunas limitantes de la Guía, éstas se aplican a grupos menores de riesgo, como son mujeres embarazadas y población infantil. De ser necesario, se podrá estu-

diar el impacto que la aplicación de esta Guía puede tener en poblaciones de menor riesgo, ya que en cualquier momento el riesgo se puede incrementar al sufrir alguna hospitalización en pacientes de estos grupos.

Por último, vale la pena mencionar que el análisis de costo-efectividad hace notar diferencias amplias e importantes en las diferentes estrategias estudiadas. Así, es posible calcular un ahorro potencial de millones de pesos anuales si tomamos en cuenta que se realizan anualmente alrededor de 1.3 millones de pruebas diagnósticas para el VHC.

REFERENCIAS

1. Rosen HR. Chronic hepatitis C infection. *N Engl J Med* 2011; 364: 2429-38.
2. Méndez Sánchez N, García Villegas E, Merino Zeferino D, et al. *Ann Hepatol* 2010; 9(4): 428-38.
3. Valdespino JL, Conde González CJ, Olaiz Fernández G, et al. Seroprevalence of hepatitis C among Mexican adults: An emerging public health problem? *Sal Pub Mex* 2007; 49(Suppl. 3): s395-s403.
4. Contreras AM, Ochoa Jiménez RJ, Celis A, et al. High antibody level: an accurate serological marker of viremia in asymptomatic people with hepatitis C infection. *Transfusion* 2010; 50: 1335-43.
5. Contreras AM, et al. Guía de interpretación y reporte del anticuerpo a hepatitis C. *Rev Invest Clin* 2012; 64 (6, pt. II): 641-78

Jorge Hernández-Calleros

Departamento de Gastroenterología
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y
Nutrición Salvador Zubirán
Vasco de Quiroga, Núm. 15
Col. Sección XVI
14080, México, D.F.
Correo electrónico:
jhcalleros@yahoo.com