

“CALIDAD DE VIDA Y PERFIL EPIDEMIOLOGICO EN LOS PACIENTES PORTADORES DEL VIRUS DE HEPATITIS C”

2026

Médico residente de tercer año: Médico Denisse Gerardo Tovilla



Universidad Autónoma de
Querétaro
Facultad de Medicina
Dirección de Investigación y
Posgrado

**Calidad de Vida y Perfil epidemiológico en los pacientes
portadores del virus de Hepatitis C**

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtención del Diploma en
Especialidad de Medicina Familiar

Presenta:

Médico General Denisse Gerardo Tovilla

Dirigido por:

Médico Especialista Oscar Eduardo Duran Castillo

Querétaro, Qro. 2026

La presente obra está bajo la licencia:
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>



CC BY-NC-ND 4.0 DEED

Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional

Usted es libre de:

Compartir — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato

La licenciante no puede revocar estas libertades en tanto usted siga los términos de la licencia

Bajo los siguientes términos:



Atribución — Usted debe dar [crédito de manera adecuada](#), brindar un enlace a la licencia, e [indicar si se han realizado cambios](#). Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciante.



NoComercial — Usted no puede hacer uso del material con [propósitos comerciales](#).



SinDerivadas — Si [remezcla, transforma o crea a partir](#) del material, no podrá distribuir el material modificado.

No hay restricciones adicionales — No puede aplicar términos legales ni [medidas tecnológicas](#) que restrinjan legalmente a otras a hacer cualquier uso permitido por la licencia.

Avisos:

No tiene que cumplir con la licencia para elementos del material en el dominio público o cuando su uso esté permitido por una [excepción o limitación](#) aplicable.

No se dan garantías. La licencia podría no darle todos los permisos que necesita para el uso que tenga previsto. Por ejemplo, otros derechos como [publicidad, privacidad, o derechos morales](#) pueden limitar la forma en que utilice el material.



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina
Dirección de Investigación y Posgrado

**Calidad de Vida y Perfil epidemiológico en los pacientes
portadores del virus de Hepatitis C**

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtención del Diploma en Especialidad de
Medicina Familiar

Presenta:

Médico General Denisse Gerardo Tovilla

Dirigido por:

Médico Especialista Oscar Eduardo Duran Castillo

Med. Esp. Oscar Eduardo Duran Castillo
Presidente

Med. Esp. Ericka Esther Cadena Moreno
Secretario

Med. Esp. Santiago Herrera Ortiz
Vocal

Dra. Sandra Margarita Hidalgo
Martínez
Suplente

Dr. Nicolas Camacho Calderon
Suplente

Centro Universitario, Querétaro 2026

Resumen

Introducción. La Hepatitis C es una infección viral del hígado ocasionada por el virus de la Hepatitis C (VHC), denominado virus Hepatitis no A no B, previo al año de 1989. El VHC es un virus RNA, miembro de la familia flaviviridae, género hepacivirus, que se replica preferentemente en los hepatocitos. Es un importante problema de salud mundial, que afecta aproximadamente a 70 millones de personas o al 1% de la población mundial. La infección crónica por VHC se asocia con una morbilidad y mortalidad sustanciales, con complicaciones relacionadas con el hígado que incluyen cirrosis, insuficiencia hepática y carcinoma hepatocelular.

Objetivo. Conocer calidad de vida y perfil epidemiológico en los pacientes portadores del virus de Hepatitis C. **Material y métodos:** Se realizó un estudio Observacional de tipo transversal descriptivo. Se calculó el tamaño de muestra con la fórmula para población infinita con resultado de 21 pacientes con una prevalencia esperada de 0.79% y un nivel de confianza del 95. Muestreo no aleatorizado por conveniencia. Se estudiaron variables sociodemográficas (estado civil, ocupación, nivel socioeconómico y escolaridad), como Calidad de Vida relacionada a la salud (SF36) así como también comorbilidades, Consumo de drogas ilícitas, Tipo de Droga Consumida, Vía de administración de drogas ilícitas. Si es Personal de salud o no, el consumo de alcohol y su frecuencia, si ha tenido Trasplante de órgano, o han tenido Estancia en prisión. Si han realizado Transfusión sanguínea. Así como también Numero Parejas Sexuales, Inicio de vida sexual y la Calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con Hepatitis con remisión o no, que estén actualmente o no con tratamiento antiviral, utilizando estadística descriptiva como promedio, frecuencia, porcentaje e intervalo de confianza, fuente de análisis programa SPSS.

Resultados: La media de edad de la población estudiada es de 55.33 años con un rango de 38 a 74 años. el 52.4% es masculino, el 61.9% de la población es Casada, el 57.1% tiene ocupación Empleado/-obrero con escolaridad en un 33.3% para

Primaria y Secundaria de mismo porcentaje. Con hipertensión arterial en un 42.9%. Se encontró que el 85.7% no consumen sustancias ilícitas. El 57.1% no consume alcohol y en relación a transfusiones sanguíneas el 47.6% no ha sido receptor ni donador de hemoderivados. En referencia a la actividad viral de Hepatitis C el 76.2% son No reactivos. En cuanto al tratamiento actual con antivirales el 33.3% usa interferón pegilado/Ribavirina seguido de los que solo utilizan Interferón con un 28.6%. En relación a la calidad de vida el 66.7% corresponden a buena. En relación a nivel socio económico el 38.1% corresponden a Estratos IV seguido de un 33.3% de los de Estratos III de Graffar - Méndez. **Conclusión.** Los pacientes con diagnóstico de Virus de Hepatitis C, tienen Buena Calidad de Vida, de acuerdo al sexo hay diferencia, ya que se ha estudiado de que el predominio es en hombres. Con estratos económico medio alto.

Palabras clave: Calidad de Vida, Hepatitis C, Antivirales, Perfil epidemiológico

Summary

Introduction. Hepatitis C is a viral infection of the liver caused by Hepatitis C virus (HCV), known as Hepatitis A non-A non-B virus, prior to 1989. HCV is an RNA virus, member of the flaviviridae family, genus hepacivirus, which replicates preferentially in hepatocytes. It is a major global health problem, affecting approximately 70 million people or 1% of the world's population. Chronic HCV infection is associated with substantial morbidity and mortality, with liver-related complications including cirrhosis, liver failure, and hepatocellular carcinoma. **Objective.** To determine the quality of life and epidemiological profile of patients with Hepatitis C virus. **Material and methods:** A descriptive cross-sectional observational study was carried out. The sample size was calculated with the formula for infinite population with a result of 21 patients with an expected prevalence of 0.79% and a confidence level of 95. Non-randomized convenience sampling. Sociodemographic variables were studied (marital status, occupation, socioeconomic level and schooling), such as health-related Quality of Life (SF36) as well as comorbidities, illicit drug use, type of drug used, route of administration of illicit drugs. Whether or not they are health personnel, alcohol consumption and its frequency, if they have had an organ transplant, or have had a prison stay. If they have had blood transfusion. As well as number of sexual partners, start of sexual life and health-related quality of life in patients with Hepatitis C in remission or not, who are currently or not on antiviral treatment, using descriptive statistics such as mean, frequency, percentage and confidence interval, source of analysis SPSS program.

Results: The mean age of the population studied was 55.33 years with a range of 38 to 74 years. 52.4% was male, 61.9% of the population was married, 57.1% was employed/worker with 33.3% primary and 33.3% secondary schooling. Arterial hypertension was found in 42.9%.

It was found that 85.7% do not consume illicit substances. In relation to blood transfusions, 47.6% have not been recipients or donors of blood derivatives. In reference to Hepatitis C viral activity, 76.2% are non-reactive. Regarding current treatment with antivirals, 33.3% use pegylated interferon/Ribavirin followed by those who only use Interferon with 28.6%. In relation to quality of life, 66.7% corresponded to good. In relation to socioeconomic level, 38.1% correspond to Strata IV followed by 33.3% of those of Strata III of Graffar-Mendez. **Conclusion.** The patients with diagnosis of Hepatitis C Virus have a good quality of life, according to sex there is a difference, since it has been studied that the predominance is in men. With medium-high economic strata.

Key words: Quality of Life, Hepatitis C, Antivirals, Epidemiological profile).

Dedicatorias

A Dios, por ser mi guía, mi fortaleza y mi refugio en cada momento de este camino. Gracias por darme la sabiduría, la perseverancia y la fe necesarias para alcanzar la meta.

A mis Padres, por su amor, comprensión y sacrificio en todos estos años, por haberme forjado como la persona que soy ahora en día; muchos de mis logros se los debo a ustedes entre los que se incluye este. Me formaron con reglas y con algunas libertades, pero al final de cuentas, me motivaron constantemente para alcanzar mis sueños.

A Emilio, por ser mi luz, mi fuerza y mi razón para poder superarme cada día, que este logro sea un ejemplo de que los sueños se cumplen cuando se lucha con el corazón.

A Paty y Pedro, mis amigos de toda la vida, gracias por creer en mí, cuando yo misma dudaba, por entenderme y por alentarme a seguir adelante a lo largo de este largo camino, siempre les estaré agradecida.

Agradecimientos

A la coordinación de enseñanza e Investigación de la UMF7.

A mis profesores, con los que roté en consulta externa de la UMF 7 como en HGZ3 de San Juan del Río.

A mi director de tesis el Dr. Oscar Eduardo Duran Castillo por su enseñanza fuera dentro del aula, por la paciencia y por fomentar mi crecimiento profesional.

A mi compañeras y amigas Xóchilt y Paloma, por el apoyo que me brindaron en estos últimos meses de residencia.

Índice	
Contenido	
Resumen.....	3
Summary.....	5
Dedicatorias	7
Agradecimientos.....	8
Índice.....	9
Contenido	9
Índice de cuadros.	11
Cuadro de Abreviaturas y siglas	12
I. Introducción	13
II.- Antecedentes	14
III. Fundamentación Teórica.....	15
III.I Concepto de Hepatitis C.....	17
III.II Epidemiología	18
III.III Vía de Transmisión	19
III.IV Factores de Riesgo.....	19
III.V Síntomas Clínicos.....	21
III.VI Diagnóstico	22
III.VII Tratamiento	23
III.VIII Calidad de Vida.....	25
III.IX Calidad de vida relacionada a la salud.	25
III.IX.I La Encuesta de Salud SF 36.....	26
IV. Hipótesis.....	28
V. Objetivos.....	28
V.I Objetivo general.....	28

V.II Objetivo específico	28
VI. Material y Métodos	28
VI.I Tipo de investigación	28
VI.II Población o Unidad de análisis	28
VI.III Muestra y Tipo de Muestra.....	28
VI.IV Definición de las unidades de observación	29
VI.V Criterios de Inclusión.....	30
VI.VI Criterios de Exclusión	30
VI.VII Criterios de Eliminación	30
VI.VIII Variables Estudiadas	30
VII. Procedimientos.....	30
VIII. Análisis Estadístico.....	31
IX. Consideraciones Éticas	31
X. Resultados	32
X.I. Características del paciente con Hepatitis C	32
XII. Conclusiones	48
XII. Propuestas	49
XIV. Referencias bibliográficas	50
XV. Anexos.....	54
XV.I. Instrumento de Recolección de datos	54
XV.II. Consentimiento informado	55

Índice de cuadros.

Cuadro 1. Descriptivo sobre Edad del paciente	32
Cuadro 2. Descriptivo sobre el sexo del paciente.....	33
Cuadro 3. Descripción sobre Ocupación	33
Cuadro 4. Descripción sobre estado civil.....	34
Cuadro 5. Descripción sobre Escolaridad	34
Cuadro 6. Descripción sobre Comorbilidad	35
Cuadro 7. Descripción sobre Consumo de Drogas	35
Cuadro 8. Descripción Sobre tipo de droga consumida.....	36
Cuadro 9. Descripción sobre Vía de administración de Drogas	36
Cuadro 10. Descripción sobre frecuencia de alcohol	37
Cuadro 11. Descripción sobre cantidad de alcohol consumida.....	37
Cuadro 12. Descripción sobre pacientes con trasplante.....	38
Cuadro 13. Descripción sobre estancia en prisión.....	38
Cuadro 14. Descripción sobre si han recibido transfusión sanguínea	39
Cuadro 15. Descripción sobre inicio de vida sexual activa	39
Cuadro 16. Descripción sobre el número de parejas sexuales	39
Cuadro 17. Descripción sobre Calidad de Vida	40
Cuadro 18. Descripción sobre la remisión de Hepatitis C.....	40
Cuadro 19. Descripción sobre tratamiento con antivirales.....	41
Cuadro 20. Descripción sobre pacientes con piercing	41
Cuadro 21. Descripción sobre pacientes con tatuajes	42
Cuadro 22. Descripción sobre Estratos Económico.....	42
Cuadro 23. Descripción sobre la calidad de vida según Sexo	43
Cuadro 24. Descripción sobre la calidad de vida y antivirales.....	43
Cuadro 25. Descripción Sobre calidad de vida y actividad celular Hepatitis C	44
Cuadro 26. Descripción sobre calidad de vida y nivel socio económico.....	44

Cuadro de Abreviaturas y siglas

Cuadro de Abreviaturas	
VHC	Virus de Hepatitis C
HAS	Hipertensión Arterial Sistémica
DM2	Diabetes mellitus tipo 2
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
ERC	Enfermedad renal Crónica
IDO	Enzima indoleamina 2,3 dioxigenasa
RNA	Ácido Ribonucleico
OMS	Organización mundial de la salud
CRH	Hormona liberadora de adrenocorticotropo
CDC	Center Of disease control
SF36	Cuestionario de Salud 36
CHC	Carcinoma Hepatocelular
VHB	Virus de Hepatitis B
HSH	Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres
HBEAG	Indicador de replicación viral activa Hepatitis
ELISA	Prueba Enzimoinmunoanálisis de adsorción
RIBA	Prueba que detecta anticuerpos contra el HCV
RSV	Respuesta viral sostenida
INF-PRG/RBV	Interferón pegilado/Ribavirina
TVR	Telaprevir
BOC	Boceprevir
DAAD	Ensayo de inmunoadsorción ligado a enzima
IP	Inhibidores de Proteasa
CVRS	Calidad de vida relacionada a la salud

I. Introducción

La hepatitis C es la inflamación del hígado por el virus de la hepatitis C, un flavivirus de RNA monocatenario. Esta enfermedad se puede presentar de forma aguda o crónica, y puede ocasionar cirrosis y/o cáncer de hígado. Esto se debe a que los síntomas, que se manifiestan de manera escasa, pueden severarse, cronicarse y condensarse. (OMS, 2024)

Para la evaluación de la salud de un individuo, es necesario que detente una calidad de vida adecuada. La hepatitis crónica por virus C, de manera multifactorial, de forma permanente, y en la mayoría de los casos, la cura de una determinada infección, a pesar de un impacto epidemiológico, no se logra.

El seguimiento y la vigilancia de los casos y su epidemiología resultan problemáticos debido a los casos que no se diagnostican temporalmente (GPC VHC, 2010)

La tarea de obtener una estimación precisa sobre la prevalencia de la infección por VHC resulta difícil de alcanzar. La razón de esto es que una gran parte de los casos de infección aguda se pueden presentar asintomáticos. En cuanto a las infecciones agudas y las crónicas se pueden valorarse mediante las pruebas serológicas, y así obtener una mejor evaluación.

El diagnóstico de VHC impacta en la vida diaria y los hábitos de las personas y puede, también, desencadenar una gran variedad de alteraciones emocionales.

Los pacientes que reciben tratamiento antiviral con Interferón Pegilado y Ac. Interferón mencionan insomnio, fatiga y pérdida de apetito, entre otros, que son cambios de orden cognitivo y cultural. Esto puede, en parte, relacionarse con la activación del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal, cambios de humor por disfunción del sistema serotoninérgico con catabolismo de triptófano por IDO, y estrés por activación del sistema neuroendocrino con CRH (Sanz-Pastor et al. 2024). Investigaciones sobre el impacto que una infección crónica por hepatitis C tiene sobre la calidad de vida del paciente han sido poco recurrentes.

Considerar las implicaciones hepáticas y extrahepáticas que se presentan de forma crónica, la presión del paciente por estudios diagnósticos que son realmente complejos, y el empeño que se requiere de forma persistente, son indicadores de carga que se asocian al estigma, de tal forma que el resultado puede producir aislamiento social que, sin lugar a dudas, afecta la calidad de vida del paciente. (Mallolas et al., 2019).

II.- Antecedentes

A nivel mundial hay aproximadamente 170 millones de personas con hepatitis C. Cada año hay entre 3 y 4 millones de nuevos casos. Se estima que el 30% de las personas con el virus no lo saben. La hepatitis C, anualmente, causa 350,000 muertes en el mundo (OMS 2024).

En el mundo hay 71 millones de personas con hepatitis C crónica y, por lo tanto, 71 millones de personas con hepatitis C infecciosa. En 2016, la OMS informó que el VHC había causado 399,000 muertes en 2016, la mayoría por cirrosis y cáncer primario de hígado. De estas 399,000 muertes, OMS estima que 71 millones de personas en el mundo padecen infecciones crónicas de la hepatitis. En el mismo 2016, el informe de la OMS sobre el VHC, estimó 399,000 muertes por el VHC, la mayoría de estas muertes por cirrosis y cáncer de hígado primario.

Los reportes en distintas partes del mundo indican que la propagación más amplia ocurrió en la región del Mediterráneo Oriental y en Europa, donde en 2015 la prevalencia estimada de infecciones crónicas por VHC fue de 2.3% y 1.5%, respectivamente (OMS, 2024).

Asimismo, la OMS señala que para ese año la prevalencia de la infección por VHC en el mundo era de 1% o menor, y que en 2015, a nivel global, se registraron 1.75 millones de nuevos casos de VHC, lo que equivale a 23.7 casos por cada 100,000 habitantes.

Desde hace diez años, México ha reportado anualmente, en promedio, 2108 casos de Hepatitis C. De estos, 1368 casos fueron reportados en 2020, lo que corresponde a una disminución de 57% en relación a 2019 y el 57% también constituye la disminución de casos más pronunciada en la última década. La tasa de infección en 2020 fue de 1.06 por cada 100,000 habitantes de México. Baja California, Chihuahua y Colima, que se han caracterizado como el epicentro, siguen siendo la zona más prominente en el país en cuanto a tasas de infección (DGE, 2020).

Un ejemplo es, en 2015 se realizó un estudio de seroprevalencia en una población cerrada y se calculó que la tasa de Hepatitis C fue de 0.0682%. A una estimación de la población total de México se especula que la prevalencia para esos años fue de 1.4% (Santiago-Torres et al., 2015).

En el estado de Puebla, en un estudio transversal de bancos de sangre, se encontró una prevalencia de 0.88%. Por el contrario, en otros estados de la república, como Guanajuato y la región de Querétaro, la prevalencia fue de 0.79% (Santiago-Torres et al., 2015)

En un estudio realizado en Querétaro, se analizaron 7,022 sujetos de muestra de diferentes unidades médicas familiares, específicamente de IMSS UMF 6, UMF 9 y UMF 16, y la edad media fue de 40.5 ± 12.5 años.

Este es el intervalo de edad con mayor prevalencia 58-62 años (0.270%). Un factor relevante históricamente fue la transfusión de sangre antes de 1995 con un 0.669% (Santiago et al., 2015).

III. Fundamentación Teórica.

La hepatitis C fue reconocida por primera vez a comienzos de los años 80, a partir del estudio de los casos de hepatitis infecciosa. Por los estudios de los virus que existían, se determinó que el contagio por los virus A y B no era posible (no A, no B). Se comenzaba a clasificar los casos de hepatitis C (Alter & Houghton, 2020).

Poco tiempo después, se habían establecido claves sobre la transmisión recurrente del virus y el reconocimiento de su propagación.

Fue la primera justificación para el inicio de estudios diagnósticos en personas con historia de transfusiones, uso de drogas intravenosas, hemodiálisis y relaciones sexuales con personas con VHC (Marvi et al., 2018).

En el primer aislamiento del virus en 1989, los especialistas del Centro para el Control de Enfermedades y Prevención de Enfermedades documentaron el aislamiento del virus Hepatitis C por primera vez en la historia y su complejo genotipo ha avanzado documentadamente y mostrado nuevos patrones donde de los 7 VHC conocidos y documentados en la literatura, 5 comparten un ancestro en común de 400 años (Marvi et al. 2018).

El virus de la hepatitis C (VHC) también considerado como un virus ARN de cadena simple y de sentido positivo, forma parte de la familia Flaviviridae. El VHC posee un genoma de ARN de 9.6 kb, monovalente y codifica un polipéptido de 3000 aminoácidos que realiza funciones importantes en la proteasa celular y viral.

Según la literatura, y por la variación de la secuencia genómica, el VHC se clasifica en siete genotipos y múltiples subtipos, siendo los genotipos 1, 2 y 3 los más prevalentes (Marvi, et al., 2018).

La hepatitis C plantea un problema importante para la salud pública y para México en particular y Centroamérica en general ha ido cumpliendo con los intentos de la OMS con la eliminación de la hepatitis C para el año 2030 (Marvi et al., 2018).

III.I Concepto de Hepatitis C

La hepatitis C es una infección sistémica silenciosa, y adicionalmente, su hepatotropismo (focalización en irritar e infectar el hígado) y cronicidad son marcadas, volviéndose una infección fácilmente ignorada.

Dentro del hígado, la enfermedad provoca una forma de inflamación en la que la respuesta del sistema inmunológico del huésped patogénico se exagera (con la consiguiente liberación de citoquinas y quimiocinas) (Laura et al., 2017).

La infección crónica por VHC empeora inmensamente el complejo de cirrosis y fallo hepático, y también predispone al hígado al carcinoma hepatocelular (CHC como consecuencia de la infección por VHC), todo lo cual aumenta significativamente la morbilidad y mortalidad (Laura et al., 2017).

La hepatitis C es una infección viral del hígado causada por el virus de la hepatitis C. La condición era conocida como hepatitis 'no A, no B' antes de 1989. El virus de la hepatitis C es un virus de ARN y es un miembro de la familia Flaviviridae, género Hepacivirus. El virus es una infección hepática crónica (hepatotrópica) y no es citopático (Organización Mundial de la Salud, 2024).

Hasta la fecha, se han descrito seis genotipos de VHC y más de cincuenta subtipos. Diagnósticamente y clínicamente, tal heterogeneidad genética considerable es compleja y altamente relevante. Complica la creación de vacunas efectivas y también afecta la forma en que los pacientes responden a los tratamientos disponibles (OMS, 2024).

Entre los genotipos, el genotipo 1 es el más común y se estima que representa entre el 70 y el 75 por ciento de todas las infecciones por VHC en los Estados Unidos, América del Norte y México.

Además, se ha documentado que este genotipo está asociado con tasas de respuesta al tratamiento más bajas en comparación con otros genotipos (OMS, 2024).

III.II Epidemiología

La estratificación y los datos epidemiológicos son vitales para planificar y diseñar medidas preventivas que optimicen los esfuerzos de respuesta para el manejo de la Hepatitis C. La medición de la magnitud del problema en términos de morbilidad y mortalidad de la enfermedad también es importante. (DGE, 2020)

A nivel mundial, se reportan 170 millones de infecciones crónicas por VHC, con nuevos casos estimados entre tres y cuatro millones. Además, se piensa que el 30% de los casos son indetectados. Se estima que hay 350,000 muertes debido al VHC en un año. (DGE, 2020)

La OMS estimó en 2016 que hay 71 millones de casos crónicos infectados de Hepatitis C a nivel mundial y que hubo 399,000 muertes debido a las complicaciones de la Hepatitis C, que son cirrosis y carcinoma hepatocelular. Las áreas de la OMS con los informes de casos más altos en 2015 fueron en el Mediterráneo Oriental y Europa, con una prevalencia de 2.3% y 1.5%, respectivamente. (DGE, 2020)

Según el Informe Mundial sobre la Hepatitis, 2017, el rango de prevalencia crónica de VHC de 0.5% - 1.0% refleja la variabilidad geográfica de la enfermedad. También según la OMS, en 2015, los nuevos casos de infecciones por VHC alcanzaron 1.75 millones con una tasa de incidencia anual de 23.7 casos por cada 100,000 personas en la población global (DGE, 2020).

En los últimos 11 años, el Centro para el Control de Enfermedades de México reportó un promedio de 2,108 casos de Hepatitis C al año. Sin embargo, en 2020, hubo una disminución del 57% en las notificaciones en relación con el año anterior. Para ese año, México reportó 1,366 casos de Hepatitis C con una tasa de incidencia nacional estimada de 1.06 por cada 100,000 habitantes. Las tasas de incidencia más altas en el país se reportaron para Baja California, Chihuahua y Colima (DGE 2020).

En 2015, se determinó la seroprevalencia para una cohorte poblacional particular en un 0.882% de la población con VHC en México. Esto sirvió de base para una prevalencia estimada de VHC del 1.4% para el país. Una revisión de la investigación realizada para el banco de sangre en Puebla reportó una prevalencia del 0.88%

para esa población en particular, y en la región de Guanajuato del 0.70%, y en la región de Querétaro del 0.79% (Santiago et al, 2015).

III.III Vía de Transmisión

En el estudio de epidemiología, el mecanismo de infección es en la mayoría de los casos, directamente o indirectamente, a través de la sangre, por lo que cualquier persona que tenga un riesgo de exposición, podrá contraer el virus. Las formas de transmisión más frecuentes son:

- En el ámbito sanitario, el uso de instrumentos quirúrgicos, en especial jeringas y agujas, de forma reutilizable o la desinfección inadecuada;
- La transfusión de sangre y de hemoderivados sin un control exhaustivo; y
- El uso de drogas por inyección.

Existen otros modos de transmisión, como la transmisión vertical de la infección por Hepatitis C en la sangre, e en otras personas durante prácticas sexuales que involucran sangre (promiscuidad sexual); no obstante, la transmisión por estas vías es poco común.

Las madres que están infectadas no transmiten Hepatitis C por la lactancia. La transmisión de Hepatitis C no es posible por los alimentos o el agua y el contacto social, como abrazar, besar, y durante la convivencia en que se come o se bebe en compañía de la persona infectada (OMS.2024).

III.IV Factores de Riesgo

Se han definido múltiples elementos de riesgo que han sido descritos como determinantes críticos para la probabilidad de adquirir Hepatitis C. La adquisición parental es la modalidad de transmisión más común, e incluye el uso compartido de agujas y el uso de drogas intravenosas, así como el empleo de agujas de acupuntura y tatuajes, y cualquier cirugía médica o dental realizada sin prácticas de higiene médica o dental adecuadas. (Guía de Práctica Clínica sobre el Diagnóstico y Tratamiento de la Hepatitis Viral. [GPC], 2015).

La población de reclusos de estancia prolongada ha sido objeto de investigación y se ha documentado que constituye un factor de riesgo para contraer Hepatitis C. Asimismo, cualquier infección asociada al sistema de salud, que ocurre, por ejemplo, en personas que se encuentran en hemodiálisis, transfusiones de sangre, así como en trasplantes de órganos y tejidos, también incurre riesgo significativo (GPC, 2015).

La ocurrencia de casos de enfermedades transmisibles entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres se ha documentado. Este riesgo puede ser potencializado por el uso de algunas drogas recreativas y el uso de juguetes sexuales. Analizando los diferentes modos de transmisión, el riesgo de contagio de Hepatitis B y C se concentra en determinados segmentos de la población.

(IDSA-AA SLD., 2018).

La Dirección General de Epidemiología en nuestro país señala las siguientes poblaciones como de riesgo ante dicha infección: personas con VIH/SIDA en estadio avanzado, pacientes en hemodiálisis, hijos de madres infectadas con VHB y VHC, convivientes familiares, pacientes y personal de hemodiálisis, usuarios de drogas por vía parenteral que compartan jeringas, personas que se tatúan o se les realizan acupunturas, parejas sexuales del mismo sexo o con múltiples parejas, la población penitenciaria y el personal médico (DGE., 2020).

Los consumidores de drogas por vía parenteral, hombres que tienen sexo con hombres y la población privada de libertad suelen cargar con la mayor parte de la infección crónica por VHC. La utilización de drogas inyectables constituye la mayoría de las infecciones recientes por VHC y el incremento en el consumo de opioides es uno de los elementos que ayudan a la epidemia a perpetuarse (Aguilera et al., 2006).

La infección aguda por el VHC es más frecuente en hombres que tienen sexo con hombres, con y sin VIH, esto por diversas razones que componen los factores de riesgo.

El VHC también afecta de manera desproporcionada a aquellas personas que se encuentran privadas de la libertad, con una prevalencia que se estima entre el 17% y 23%. Estas cifras son preocupantes frente al 1.0% de la población que no se encuentra en prisión.

La reincorporación al grupo de la población general de personas recuperadas de infecciones virales sigue contribuyendo a mantener la activamente transmisible infección por virus de la hepatitis C (VHC). Este predominante caso de reincorporación de personas recuperadas al 90 % de la población es muy preocupante por el riesgo que en esta fase presenta las diversas complicaciones que puede sufrir la persona recuperada de la infección por VHC, ya que las puede ser hepáticas o extra hepáticas (Gower et al, 2014).

III.V Síntomas Clínicos

A pesar de lo expuesto, la hepatitis C crónica puede ser asintomática, lo que puede durar períodos variables y depende del estado y la severidad del caso. La hepatitis C debe ser diagnosticada a través de pruebas serológicas, que dependen de la historia de transfusiones sanguíneas, tratamientos con productos sanguíneos y conductas sexuales de alto riesgo. (Fai-Meng Sou, et al, 2018)

La acumulación de grasa en el hígado, la fibrosis avanzada y la cirrosis constituyen las manifestaciones más comunes. De estas, la cirrosis es la única que puede llegar a requerir en algún momento un trasplante hepático y que, a su vez, puede progresar hacia un carcinoma hepatocelular (CHC). El virus, en el linfocito B del hospedador, logra replicarse, que es asociable a la estimulación persistente y que, en etapas más avanzadas, llevan al daño en el hígado (Fai-Meng Sou et al, 2018). El período de incubación del virus de la hepatitis C oscila entre 2 y 26 semanas. Las manifestaciones hepáticas del virus de la hepatitis C son similares a las de otras hepatitis virales, estas incluyen náuseas, dolor en el hipocondrio derecho y, en algunos casos, parece aparecer un cuadro de ictericia un tercio de las veces. El contexto en el que puede surgir es la hepatitis C aguda, que puede permanecer completamente asintomática.

El diagnóstico de hepatitis C, a diferencia de A y B, tiene un aumento mínimo en la concentración de transaminasas que vuelve a la normalidad dentro de 2-12 semanas (Clinical Gastroenterology and Hepatology, [CGH]., 2019).

La hepatitis C no tiene la capacidad de generar un tipo fulminante de hepatitis, y las secuelas que deja son de naturaleza leve. Las personas que se recuperan de la enfermedad son propensas a reinfecciones con el virus, ya que la inmunidad es temporal (CGH., 2019).

III.VI Diagnóstico

Hay que realizar un diagnóstico específico para todas las personas con factores de riesgo para la infección por el virus de la hepatitis C.

El diagnóstico de infección por el virus de la hepatitis C (VHC) se constituye de manera secuencial y consta de dos fases principales. La primera es la detección de anticuerpos anti-VHC a través de un análisis serológico, el cual establece si el paciente estuvo en contacto o no con el virus. Esta prueba se utiliza con frecuencia como un mecanismo de detección en primera línea para personas con riesgo y para aquellos que se presentan con pruebas de función hepática anormales.

Durante la segunda fase, que se sigue a la respuesta positiva a pruebas para anticuerpos, se tiene que confirmar la presencia o no de una infección activa o crónica. Esto se logra a través de una prueba que determina la presencia de RNA viral por técnicas de amplificación (PCR o pruebas de carga viral). Este paso es de importancia particular porque el 30% de las personas que están infectadas pueden espontáneamente disolver la infección y el virus, aunque pueden continuar (Mousumi y Ratna, 2019).

Por su sensibilidad, durante las primeras pruebas para la detección de anticuerpos, se opta por la prueba ELISA (ensayo por inmunoabsorción ligado a enzimas). Tras la confirmación de la infección por VHC, se procede a su ARN viral, el cual permite determinar la carga y la replicación viral activa.

Esto es fundamental para la elaboración y la posterior realización de seguimiento del diagnóstico en el tratamiento del paciente (Mousumi y Ratna, 2019). VHC debe diagnosticar también a las personas con aminotransferasa alanina, por mucho tiempo y sin justificación, en ascenso, a personas usuarias de drogas intravenosa, sin ropa, a personas con el VIH, a personas antes de 1996 que recibieran transfusión de sangre o de productos transfusionales, a personas con contacto sexual a personas con VHC y de sangre (GPC., 2025)

III.VII Tratamiento

Al optar por un tratamiento antiviral, el clínico debe considerar la gravedad de la enfermedad hepática, el manejo de la enfermedad hepática del paciente en el pasado, las comorbilidades, los efectos adversos de la terapia, la disposición del paciente y la voluntad general del paciente en relación al tratamiento.

En el trabajo de Kevin et al. (2022) la fase post-viral de la hepatitis C en pacientes no cirróticos el hígado tiene el potencial de restablecer (al menos) recuperación funcional parcial y el riesgo de progresión de la enfermedad es considerablemente más bajo. Este trabajo hace eco del valor de tratar el virus de la hepatitis C y sus beneficios indirectos en la mejora de la salud hepática en el contexto de no cirrosis y la reducción del hígado cargado en el proceso (Kevin F et al., 2022)

En pacientes sin cirrosis, el riesgo de desarrollar formas más graves de la enfermedad es significativamente menor, lo que ayuda en su recuperación. Además de la recuperación, la salud y funcionamiento general del hígado después del tratamiento es significativamente más funcional y ayuda a mejorar la esperanza de vida del paciente con la enfermedad. (Bryan et al. 2015) .

Sugieren que la terapia de combinación junto con la terapia de ribavirina reduce enormemente el riesgo de desarrollar carcinoma hepatocelular, junto con mejorar la tasa de supervivencia general del paciente (O. L. Bryan et al., 2015).

Casi todos los pacientes (alrededor del 99%) que reciben terapia combinada con interferón y ribavirina logran una cura para el VHC con una respuesta virológica sostenida (RVS). Sin embargo, las tasas de respuesta varían según la región y el

genotipo viral. En América Latina, la tasa de RVS es de aproximadamente el 40%, y en Europa Occidental, es del 50%, con resultados intermedios para los genotipos 2, 3, 5 y 6 (O. L. Bryan et al., 2015).

El objetivo de la terapia antiviral para la hepatitis C es lograr una respuesta viral sostenida, disminuir las complicaciones de la enfermedad y reducir la mortalidad.

Los inhibidores de proteasa Telaprevir (TVR) y Boceprevir (BOC) recibieron aprobación en 2011 para su uso en el tratamiento de la hepatitis C crónica genotipo 1 y ambos están clasificados como inhibidores de proteasa de primera generación DAA (Antivirales de Acción Directa). Debido a que son inhibidores de proteasa, se pueden administrar en combinación con interferón y ribavirina (INF-PRG/RBV), así como en regímenes sin interferón.

Independientemente de si los pacientes estaban en una terapia de régimen triple o en terapia sin interferón, hubo una respuesta rápida al tratamiento en pacientes que estaban en terapia triple preexistente y en aquellos que fracasaron en la terapia dual INF-PRG/RBV y ribavirina, como se detalla en (Sabalena Lens & Ignacio., 2014).

La efectividad de las nuevas estrategias terapéuticas incluye mejorar la efectividad y la facilidad de uso de la administración, expandir el tratamiento a todos los genotipos virales, acortar la duración del tratamiento, así como mejorar la tolerabilidad.

El objetivo principal de los antivirales de acción directa es abordar los desafíos que plantea la hepatitis C y sus secuelas extrahepáticas, como la hepatitis necroinflamatoria, la fibrosis, la cirrosis, el carcinoma hepatocelular (CHC) y la mortalidad relacionada (Carolina, 2016). En México, la guía de práctica clínica recomienda un régimen basado en interferón pegilado (Peg-Interferón) con ribavirina, sin embargo, esta terapia está asociada a menor respuesta viral sostenida y más efectos adversos, por lo cual se recomienda siempre utilizar AAD como terapia de primera línea, en México ya hay disponible varios regímenes, entre ellos sofosbuvir + velpatasvir que deberían ser siempre la primera opción en caso de contar con ellos, seguramente la próxima actualización de la GPC incluye los AAD como terapia de primera línea (González-González, Juan et al.,2024)

III.VIII Calidad de Vida.

El número de componentes que influyen en la calidad de vida es múltiple y complejo. El trabajo y la vivienda, el nivel de urbanización de uno, la cohesión social, la infraestructura y, por supuesto, la recesión y la degradación ecológica, entre otras cosas. Todos los elementos articulados son de fundamental importancia para el desarrollo de cualquier comunidad en su totalidad. (Daza & Cindy, 2015).

Para resumirlo, añadiendo al trabajo realizado por Daza y Cindy (2015), se considera que la satisfacción mínima de las necesidades definidas social, personal, biopsicosocial, intelectual y ocupacionalmente, de las que cada individuo en su totalidad tiene derecho, es el componente fundamental del bienestar social (Daza & Cindy, 2015).

Desde una perspectiva distinta, la hepatitis C crónica puede ser considerada como una enfermedad crónica que conlleva importantes repercusiones en la calidad de vida de los pacientes. Esto se debe a que, adicionalmente a las manifestaciones extrahepáticas y los síntomas como la fatiga, la debilidad y las náuseas, se asociaría a enfermedad psicológica importante. (Borges González et al.,2023).

III.IX Calidad de vida relacionada a la salud.

El concepto llegó al campo de los cuidados sanitarios con la mirada de que el bienestar de los pacientes es un punto importante de ser considerado tanto en su tratamiento como en el sustento de vida (Urzua M, Alfonso., 2010).

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) ayuda a evaluar el estado de salud de una persona a través de una evaluación autogestionada. La hepatitis C crónica, como enfermedad sistémica, también deteriora fisiológica y mentalmente la condición de salud de una persona, principalmente debido a síntomas extrahepáticos que se manifiestan como una fatiga debilitante, dolor y náuseas que interrumpen considerablemente la vida cotidiana de una persona. (Velarde & Avila, 2002).

Se están logrando avances importantes en la mejora de la calidad de vida en las primeras fases del tratamiento, gracias a la utilización de los tratamientos antivirales de acción directa. La perspectiva de los pacientes en relación con el acceso a la atención médica, la carga de la enfermedad, la productividad y su vinculación con el sistema de salud, es un insumo importante para la promoción de una atención médica centrada en el paciente y basada en evidencia. No obstante, el avance en la atención de la hepatitis C, particularmente en el acceso a tratamientos, sigue siendo un reto, teniendo en cuenta que la CVRS de estos pacientes por la enfermedad y su tratamiento suele ser, casi en su totalidad, desconsiderada (Velarde & Avila, 2002).

La definición de CVRS se centra en analizar el impacto de la atención médica junto con las actividades preventivas y promocionales sobre la capacidad del individuo para lograr y mantener un funcionamiento óptimo y la capacidad de alcanzar objetivos en la vida y sostener un bienestar. Componentes esenciales de la definición de CVRS son el funcionamiento de la salud en las dimensiones física, psicológica, cognitiva y social. Estas dimensiones están interrelacionadas y son críticas para configurar el estado general de salud y el bienestar del individuo (Rubio Olivares et al., 2015).

III.IX.I La Encuesta de Salud SF 36.

El cuestionario de salud SF-36 fue diseñado a principios de los noventa, en los Estados Unidos, para su uso en el Estudio de Resultados Médicos (MOS). A través del proyecto de Evaluación Internacional de Calidad de Vida (IQOLA), que involucró a investigadores de 15 países, se completó la adaptación de la Encuesta de Salud de Forma Corta-36 (SF-36) para su uso en España. Aparte de las dificultades de traducción, la equivalencia en la puntuación de las versiones traducidas y originales fue alta.

El rango de los puntajes promedio para cada opción de respuesta de acuerdo con la clasificación asignada en el cuestionario, en todos los casos.

El coeficiente Alfa de Cronbach para medir la fiabilidad fue superior a 0,7 en todas las dimensiones (rango: 0,71 a 0,94), excepto para la escala de Funcionamiento Social (alfa = 0,45). . (Vilagut- Gemma et al., 2005).

El coeficiente de correlación intraclase entre ambas administraciones del cuestionario varió desde 0,58 hasta 0,99. El IQOLA concluyó que, el proceso de adaptación de la SF-36 fue un instrumento aparentemente equivalente al original y con un nivel aceptable de fiabilidad. Es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable tanto a los pacientes como a la población general. (Vilagut- Gemma et al., 2005).

Evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) ha sido útil en la población general y miembros de grupos específicos y en la comparación de la carga de diferentes enfermedades, en la identificación de beneficios en salud de una gran variedad de tratamientos, y en la valoración de estado de salud de pacientes individuales.³² El alcance de los estudios, sobre los que se sustentan las comparativas, y sus avaladas propiedades psicométricas en más de 400 estudios, lo consolidan como uno de los instrumentos más útiles en el CVRS, con gran potencial. (Vilagut- Gemma et al. 2005).

El Cuestionario de Salud SF-36, que evalúa el estado de salud de una persona, se compone de 36 preguntas (ítems) y se encuadra dentro de los negativos y los positivos. El SF-36 se desarrolló a partir de una extensa batería de cuestionarios empleados en el MOS que abordaba 40 conceptos relacionados con la salud. Para la creación del cuestionario, se escogió el número mínimo de conceptos que permitieran mantener la validez y las propiedades del test original. (SF-36v2 Estándar, España (español) Versión 2.0)

El último cuestionario final y su respectivo test cubre 8 escalas que representan aquellos principales conceptos más frecuentes en salud a partir de los cuestionarios de salud y los elementos que más se relacionan con enfermedad y con tratamiento. Los 36 ítems que componen el instrumento abarcan las escalas de: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental. Adicionalmente, el SF-36 incluye un ítem de transición que pregunta

el cambio en el estado de salud general respecto al año anterior.

Este cuestionario SF-36, se destaca ya que, es de autogestión, el cual funciona en validación en población general y en población con diversas enfermedades. (SF-36v2 Estándar, España (español) Versión 2.0).

IV. Hipótesis

Hipótesis de trabajo:

Según el tipo de estudio en la que se encuentra trabajando que es descriptivo no permite llevar hipótesis.

Hipótesis estadísticas:

Según el tipo de estudio en la que se encuentra trabajando que es descriptivo no permite llevar hipótesis.

V. Objetivos

V.I Objetivo general

Conocer calidad de vida y perfil epidemiológico en los pacientes portadores del virus de Hepatitis c.

V.II Objetivo específico

Conocer calidad de vida y perfil epidemiológico en los pacientes portadores del virus de Hepatitis C.

VI. Material y Métodos

VI.I Tipo de investigación

Transversal Descriptivo.

VI.II Población o Unidad de análisis

Pacientes portadores del virus de Hepatitis C mayores de 18 años adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 7 de San Juan del Río. Querétaro. IMSS.

VI.III Muestra y Tipo de Muestra

Pacientes portadores del virus de Hepatitis C, con prueba de laboratorio positiva.

Se utiliza fórmula para población infinita.

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 * p * q}{d^2}$$

Alfa (Máximo error tipo I)	α	0.050
Nivel de Confianza	$1 - \alpha/2$	0.950
Z de (1- $\alpha/2$)	Z (1- $\alpha/2$)	1.960
Prevalencia de la enfermedad	p	0.014 (1.4%)
Complemento de p	q	0.986
Precisión	d	0.050
Tamaño de la muestra	n	21.21

VI.IV Definición de las unidades de observación

Perfil epidemiológico, diseño de investigación el cual se trata de describir las características sociodemográficas como; edad, sexo, ocupación, escolaridad, etc. Mediante la hoja de recolección de datos.

Calidad de vida, hace referencia al concepto de bienestar o satisfacción con la vida a lo que se denomina “felicidad”, sentimiento de satisfacción y estado de ánimo positivo con aspectos del funcionamiento social, físico y psíquico, siendo la interacción entre ambas lo que determina la calidad de vida “Estado de bienestar”, recolectada con el instrumento SF36.

Virus de la Hepatitis C, enfermedad sistémica silenciosa secundaria a un virus hepatotrópico y linfotrópico con alta cronicidad de tipo C, el cual se identificó mediante el expediente clínico con prueba positiva de virus de Hepatitis C.

VI.V Criterios de Inclusión

- Pacientes mayores de 18 años, con el diagnóstico de Hepatitis C.
- Cualquier Sexo
- Pacientes diagnosticados que deseen participar firmando Consentimiento Informado.
- Que Sepa leer y Escribir
- Tener derechohabencia en IMSS, adscritos a la UMF 7.

VI.VI Criterios de Exclusión

- Pacientes que no deseen participar debido a la confidencialidad de su situación de salud.

VI.VII Criterios de Eliminación

- Pacientes que no completen el llenado correcto de los cuestionarios.
- Pacientes que fallecieron durante el estudio.
- Pacientes que pierdan la seguridad social.
- Pacientes que no deseen participar.

VI.VIII Variables Estudiadas

Se analizaron variables sociodemográficas (estado civil, ocupación, nivel socioeconómico y escolaridad) así como también comorbilidades, Consumo de drogas ilícita, Tipo de Droga Consumida, Vía de administración de drogas ilícitas. Si es Personal de salud o no, el consumo de alcohol y su frecuencia, si ha tenido Trasplante de órgano, o han tenido Estancia en prisión. Si han realizado Transfusión sanguínea. Así como también Numero Parejas Sexuales, Inicio de vida sexual y la Calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con Hepatitis C en remisión o no, que estén actualmente o no con tratamiento antiviral.

VII. Procedimientos.

El procedimiento para la recolección fue a través de cuestionario sociodemográfico, el cual fue respondido de manera personal y de Graffar para identificar estatus económico.

En el presente proyecto se solicitó al Departamento ARIMAC el listado nominal de pacientes portadores del Virus de Hepatitis C., mayores de 18 años con o sin tratamiento antiviral. Se aplicó el cuestionario de Sf36, como instrumento de medición, que consta de 36 items el cual cubre 8 escalas, que representan los conceptos de salud empleados con más frecuencia en los principales cuestionarios de salud, así como los aspectos más relacionados con la enfermedad y el tratamiento.

VIII. Análisis Estadístico

IX. Consideraciones Éticas

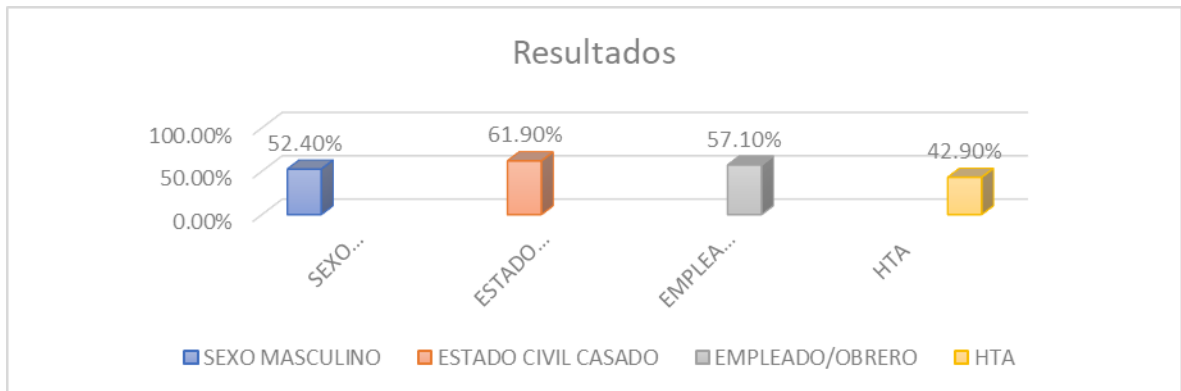
El proyecto fue aprobado por la Dirección de Investigación y Posgrado de la Universidad Autónoma de Querétaro, con número de registro. Fue evaluado y aceptado por el comité local de investigación y ética en investigación en salud del Instituto Mexicano del Seguro Social, con número de registro: R-2022-2201-124.

Este proyecto de investigación requirió carta de consentimiento informado, por la aplicación de un instrumento de recolección de datos a cada paciente. La información recabada se manejó con confidencialidad y se utilizó solo para el cumplimiento de los objetivos del estudio.

Este estudio se apegó a los principios enunciados en la declaración de la Asociación Médica Mundial de Helsinki de 1964 y su revisión en la Asamblea de Fortaleza, Brasil, en 2013. En la cual se establecen los principios éticos para la investigación médica en humanos, incluido la investigación de material humano y de información, que requiere consentimiento informado de los participantes, garantizando la confidencialidad de los resultados, así como la utilización de estos solo para el cumplimiento de los objetivos del estudio de investigación. (Declaración de Helsinki de la AMM, 2013).

X. Resultados

Se estudiaron un total de 21 pacientes derechohabientes de la Unidad Médica Familiar número 7 de San Juan del Rio, con el diagnóstico de Hepatitis C. Se da a conocer en base a nuestra recolección de datos que la población con Hepatitis C presentan buena calidad de vida en un porcentaje del 66.7%, con un predominio en el sexo masculino con un 52.4%, donde su estado civil predomina en Casado en un 61.9%, en el campo Empleado/Obrera como ocupación en un 57.1%, y en un 42.9% en la población tiene como comorbilidad Hipertensión arterial, el cual en estos pacientes fueron tratados en el momento del estudio con antivirales interferón pegilado/Ribavirina en un 33.3%, con una actividad viral no reactiva en un 76.2% de los pacientes diagnosticados.



X.I. Características del paciente con Hepatitis C

De 21 pacientes, La media de edad de la población estudiada es de 55.33 años (IC 95%; 51.05-59.62). en relación al sexo predomina en un 52.4% (IC 29.09-75.68) el masculino.

Cuadro 1. Descriptivo sobre Edad del paciente

	Media	Desv.	IC 95%	
			Inferior	Superior
Edad	55.33	9.409	51.05	59.62

n= 21

Fuente: Instrumento de recolección de datos del proyecto “Calidad de Vida y Perfil Epidemiológico en pacientes portadores de Hepatitis C”.

En relación al Sexo el predominante fue es Masculino en el 52.4% (IC 29.09-75.6), seguido del sexo Femenino con un 47.6% (IC 24.32-70.91), esto se debe a que en la unidad predomina más casos y expedientes clínicos en el sexo masculino.

Cuadro 2. Descriptivo sobre el sexo del paciente

n= 21

Sexo	Frecuencia	%	IC 95%	
			Inferior	Superior
Femenino	10	47.6	24.32	70.91
Masculino	11	52.4	29.09	75.68

Fuente: Instrumento de recolección de datos del proyecto “Calidad de Vida y Perfil Epidemiológico en pacientes portadores de Hepatitis C”.

En relación a la ocupación predomino empleado/obrero en un 57.1% (IC 34.06-80.23), seguido de personas que se dedican al Hogar en un 19% (IC 0.73-37.36).

Cuadro 3. Descripción sobre Ocupación

n= 21

Ocupación	Frecuencia	%	IC 95%	
			Inferior	Superior
Hogar	4	19	0.73	37.36
Empleado/Obrero	12	57.1	34.06	80.23
Desempleado	2	9.5	-4.17	23.22
Pensionado	2	9.5	-4.17	23.22

Fuente: Instrumento de recolección de datos del proyecto “Calidad de Vida y Perfil Epidemiológico en pacientes portadores de Hepatitis C”.

Se observo que el 61.9% (IC 39.25-84.56), corresponde a estado civil Casado, seguido de Unión libre/ Divorciado ambos en un 14.3% (IC -2.04-30.61).

Cuadro 4. Descripción sobre estado civil

n= 21

Estado Civil	Frecuencia	%	IC 95%	
			Inferior	Superior
Casado	13	61.9	39.25	84.56
Soltero	1	4.8	-5.17	14.70
Viudo	1	4.8	-5.17	14.70
Unión Libre	3	14.3	-2.04	30.61

Fuente: Instrumento de recolección de datos del proyecto “Calidad de Vida y Perfil Epidemiológico en pacientes portadores de Hepatitis C”.

Con relación a la escolaridad, predomino de igual manera Primaria y Secundaria en un 33.3% (IC 11.35-55.32), seguido de los que cursaron preparatoria en un 9.5% (IC -2.04-30.61).

Cuadro 5. Descripción sobre Escolaridad

n= 21

Escolaridad	Frecuencia	%	IC 95%	
			Inferior	Superior
Sin escolaridad	2	9.5	-4.17	23.22
Primaria	7	33.3	11.35	55.32
Secundaria	7	33.3	11.35	55.32
Preparatoria	3	9.5	-4.17	23.22
Licenciatura	2	9.5	-4.17	23.33

Fuente: Instrumento de recolección de datos del proyecto “Calidad de Vida y Perfil Epidemiológico en pacientes portadores de Hepatitis C”.

En relación con la comorbilidad se observó que los pacientes con Hepatitis C, tienen aunado otra enfermedad crónica predominante la hipertensión arterial en 42.9% (IC19.77-65.94), seguido con un19% (IC 0.73-37.36) de aquellas que no padecen alguna otra enfermedad crónica.

Cuadro 6. Descripción sobre Comorbilidad

n= 21

Comorbilidad	Frecuencia	%	IC 95%	
			Inferior	Superior
HAS	9	42.9	19.77	65.94
VIH	1	4.8	-5.17	14.70
ERC	1	4.8	-5.17	14.70
Diabetes Mellitus	3	14.3	-2.04	30.61
DM/HAS	1	4.8	-5.17	14.70
Cancer Hepatico	1	4.8	-5.17	14.70
Cirrosis Hepática	1	4.8	-5.17	14.70
Ninguna	4	19	0.73	37.36

Fuente: Instrumento de recolección de datos del proyecto “Calidad de Vida y Perfil Epidemiológico en pacientes portadores de Hepatitis C”.

En relación al consumo de drogas ilícitas se encontró que el 85.7% (69.39-102), no consumen drogas, seguido de 14.3% (IC -2.04-30.61), que mencionaron que si consumen.

Cuadro 7. Descripción sobre Consumo de Drogas

n= 21

Droga Consumo	Frecuencia	%	IC 95%	
			Inferior	Superior
SI	3	14.3	-2.04	30.61
NO	18	85.7	69.39	102

Fuente: Instrumento de recolección de datos del proyecto “Calidad de Vida y Perfil Epidemiológico en pacientes portadores de Hepatitis C”.

En relación al tipo de droga que consumen el 85.7% (IC 69.39-102), mencionaron que no aplica ya que no han consumido ningún tipo de droga, seguida de las personas que consumen marihuana en un 14.3% (IC -4.17-23.22).

Cuadro 8. Descripción Sobre tipo de droga consumida

Tipo Droga	Frecuencia	%	IC 95%	
			Inferior	Superior
Marihuana	2	14.3	-4.17	23.22
Heroína	1	4.8	-5.17	14.70
No aplica	18	85.7	69.39	102

n= 21

Fuente: Instrumento de recolección de datos del proyecto “Calidad de Vida y Perfil Epidemiológico en pacientes portadores de Hepatitis C”.

Cuadro 9. Descripción sobre Vía de administración de Drogas

En relación a la vía de administración de drogas predominó aquellas que no consumen drogas en un 85% (IC 69.39-102), seguido de un 9.5% (IC -4.17-23.22) de las que si consumen por vía oral.

Vía de Administración	Frecuencia	%	IC 95%	
			Inferior	Superior
Intravenosa	1	4.8	-5.17	14.70
Vía Oral	2	9.5	-4.17	23.22
No aplica	18	85.7	69.39	102

n= 21

Fuente: Instrumento de recolección de datos del proyecto “Calidad de Vida y Perfil Epidemiológico en pacientes portadores de Hepatitis C”.

En relación con la frecuencia de alcohol el 57.1% (IC 34.06-80.23) predominó en aquellos que no consumen alcohol. Seguido de aquellos que consumen Semanalmente en un 28.6% (IC 7.50-49.64)

Cuadro 10. Descripción sobre frecuencia de alcohol

n= 21

Frecuencia Alcohol	Frecuencia	%	IC 95%	
			Inferior	Superior
No consume	12	57.1	34.06	80.23
Diario	2	9.5	-4.17	23.22
Semanal	6	28.6	7.50	49.64
Mensual	1	4.8	-5.17	14.40

Fuente: Instrumento de recolección de datos del proyecto “Calidad de Vida y Perfil Epidemiológico en pacientes portadores de Hepatitis C”.

En relación sobre la cantidad de alcohol consumida el 57.1% (IC 34.06-80.23) no aplica ya que no consumen alcohol.

Cuadro 11. Descripción sobre cantidad de alcohol consumida

n= 21

Cantidad Alcohol	Frecuencia	%	IC 95%	
			Inferior	Superior
Entre 200-500ml	2	9.5	-4.17	23.22
Mayor 500ml	7	33.3	11.35	55.32
No aplica	12	57.1	34.06	80.23

Fuente: Instrumento de recolección de datos del proyecto “Calidad de Vida y Perfil Epidemiológico en pacientes portadores de Hepatitis C”.

En relación sobre pacientes con trasplante el 100% predominó en aquellos que no han sido trasplantados.

Cuadro 12. Descripción sobre pacientes con trasplante

Trasplante	Frecuencia	%	IC 95%	
			Inferior	Superior
NO	21	100	100	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos del proyecto “Calidad de Vida y Perfil Epidemiológico en pacientes portadores de Hepatitis C”.

En relación sobre estancia en prisión el 90.5% (IC 76.78-104) respondieron que no han estado en prisión.

Cuadro 13. Descripción sobre estancia en prisión

Prisión	Frecuencia	%	IC 95%	
			Inferior	Superior
SI	2	9.5	-4.17	23.22
NO	19	90.5	76.78	104

Fuente: Instrumento de recolección de datos del proyecto “Calidad de Vida y Perfil Epidemiológico en pacientes portadores de Hepatitis C”.

En relación sobre transfusión sanguínea el 47.6% (IC 24.32-70.91) contestaron que no han recibido transfusión a lo largo de su vida, seguido del 38.1% (IC 15.44-60.75) que contestaron que sí, antes de 1992.

Cuadro 14. Descripción sobre si han recibido transfusión sanguínea

Transfusión Sanguínea	Frecuencia	%	IC 95%	
			n= 21	
			Inferior	Superior
No	10	47.6	24.32	70.91
Si, antes de 1992	8	38.1	15.44	60.75
Si, después de 1992	3	14.3	-2.04	30.61

Fuente: Instrumento de recolección de datos del proyecto “Calidad de Vida y Perfil Epidemiológico en pacientes portadores de Hepatitis C”.

De 21 pacientes, con relación a vida sexual activa se tiene una media de 18.48 años (IC 16.16-20.80) de edad \pm 5.095 años.

Cuadro 15. Descripción sobre inicio de vida sexual activa

	Media	Desv.	IC 95%	
			n= 21	
Vida sexual activa	18.48	5.095	Inferior	Superior
			16.16	20.80

Fuente: Instrumento de recolección de datos del proyecto “Calidad de Vida y Perfil Epidemiológico en pacientes portadores de Hepatitis C”.

La media de número de parejas sexuales en pacientes con Hepatitis C fue de 4.19 (IC 2.13-6.25) parejas con \pm 4.523 de desviación estándar.

Cuadro 16. Descripción sobre el número de parejas sexuales

	Media	Desv	IC 95%	
			n= 21	
Número de Parejas sexuales	4.19	4.523	Inferior	Superior
			2.13	6.25

Fuente: Instrumento de recolección de datos del proyecto “Calidad de Vida y Perfil Epidemiológico en pacientes portadores de Hepatitis C”.

En relación a la calidad de vida en pacientes con Hepatitis C, el 66.7% (IC 44.68-88.65) corresponde a Buena Calidad, seguido de 33.3% (IC 11.35-55.32), que corresponde a tener Mala Calidad.

Cuadro 17. Descripción sobre Calidad de Vida

Calidad de Vida	Frecuencia	%	IC 95%	
			Inferior	Superior
			Buena (51-100)	14
Mala (0-50)	7	33.3	11.35	55.32

Fuente: Instrumento de recolección de datos del proyecto “Calidad de Vida y Perfil Epidemiológico en pacientes portadores de Hepatitis C”.

En relación a la actividad celular en el paciente con Hepatitis C, predomina en un 76.2% (IC 56.32-96.06) con resultado de laboratorio No Reactivo, seguido en un 23.8% (IC 3.94-43.68) de los que si tienen prueba Reactiva.

Cuadro 18. Descripción sobre la remisión de Hepatitis C

Remisión Hepatitis C	Frecuencia	%	IC 95%	
			Inferior	Superior
			Reactivo	5
No Reactivo	16	76.2	56.32	96.06

Fuente: Instrumento de recolección de datos del proyecto “Calidad de Vida y Perfil Epidemiológico en pacientes portadores de Hepatitis C”.

En relación al tratamiento con antivirales se encontró que el 33.3% (IC 11.35-55.32) tienen tratamiento con interferón/Ribavirina, seguido de los que únicamente tuvieron Interferón Pegilado en un 28.6%(IC 7.50-49.64), seguido de los que no tuvieron tratamiento en un 23.8%(IC 3.94-43.68).

Cuadro 19. Descripción sobre tratamiento con antivirales

Tratamiento	Frecuencia	%	IC 95%	
			n= 21	
			Inferior	Superior
Interferon/Ribavirina	7	33.3	11.35	55.32
Sofosbuvir/ribavirina	1	4.8	5.17	14.40
Ribavirina	2	9.5	-4.17	23.22
Interferon Pegilado	6	28.6	7.50	49.64
Sin tratamiento	5	23.8	3.94	43.68

Fuente: Instrumento de recolección de datos del proyecto “Calidad de Vida y Perfil Epidemiológico en pacientes portadores de Hepatitis C”.

En relación sobre los pacientes con Hepatitis C, que tienen piercing el 100% dijeron que no tienen piercing.

Cuadro 20. Descripción sobre pacientes con piercing

Piercing	Frecuencia	%	IC 95%	
			n= 21	
			Inferior	Superior
No	21	100	100	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos del proyecto “Calidad de Vida y Perfil Epidemiológico en pacientes portadores de Hepatitis C”.

En relación a la portación de tatuajes el 61.9% (IC 39.25-84.56), refieren tener tatuajes, seguido de un 38.1% (IC 15.44-60.75) que refirieron no portar tatuajes.

Cuadro 21. Descripción sobre pacientes con tatuajes n= 21

Tatuajes	Frecuencia	%	IC 95%	
			Inferior	Superior
Si	8	38.1	15.44	60.75
No	13	61.9	39.25	84.56

Fuente: Instrumento de recolección de datos del proyecto “Calidad de Vida y Perfil Epidemiológico en pacientes portadores de Hepatitis C”.

En relación al estrato económico de Méndez-Graffar el estrato que más predominó fue en un 38.1% (IC 15.44-60.75) estrato económico IV. Seguido del Estratos III en un 33.3% (IC 11.35-55.32), seguido del estrato II en un 23.8% (IC 3.94-43.68).

Cuadro 22. Descripción sobre Estratos Económico

Estratos Económico	Frecuencia	%	IC 95%	
			Inferior	Superior
I	1	4.8	-5.17	14.70
II	5	23.8	3.94	43.68
III	7	33.3	11.35	55.32
IV	8	38.1	15.44	60.75

Fuente: Instrumento de recolección de datos del proyecto “Calidad de Vida y Perfil Epidemiológico en pacientes portadores de Hepatitis C”.

Se observo que el 38.1 % del sexo masculino tienen buena calidad de vida, seguido de 28.6% que corresponde al sexo femenino con buena calidad de vida.

Cuadro 23. Descripción sobre la calidad de vida según Sexo

Calidad de Vida	Masculino		Femenino	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Excelente	0	0	0	0
Muy buena	0	0	0	0
Buena	8	38.1	6	28.6
Regular	0	0	0	0
Mala	3	14.3	4	19.0

n= 21

Fuente: Instrumento de recolección de datos del proyecto “Calidad de Vida y Perfil Epidemiológico en pacientes portadores de Hepatitis C”.

Se observo que los que tienen tratamiento con interferón pegilado/ribavirina en un 19% tienen mejor calidad de vida, seguido en un 19% con los que no han tenido tratamiento.

Cuadro 24. Descripción sobre la calidad de vida y antivirales

Calidad de Vida	Antivirales de Acción Rápida									
	Interferon pegilado/ ribavirina	%	sofosbuvir	%	Ribavirina	%	interferón Pegilado	%	Sin tratamiento	%
Excelente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Muy buena	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Buena	4	19.0	1	4.8	2	9.5	3	14.3	4	19.0
Regular	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mala	3	14.3	0	0	0	0	3	14.3	1	4.8

Fuente: Instrumento de recolección de datos del proyecto “Calidad de Vida y Perfil Epidemiológico en pacientes portadores de Hepatitis C”.

Se observo que tienen mejor calidad de vida aquellos pacientes que no son reactivos al virus en un 42.9%.

Cuadro 25. Descripción Sobre calidad de vida y actividad celular Hepatitis C

n= 21		
Remisión de Hepatitis C		
Calidad de vida	Reactivo	No reactivo
Excelente	0	0
Muy buena	0	0
Buena	5	9
Regular	0	0
Mala	0	7

Fuente: Instrumento de recolección de datos del proyecto “Calidad de Vida y Perfil Epidemiológico en pacientes portadores de Hepatitis C”.

Se observo que los que tienen mejor calidad de vida son aquellos pacientes que tienen un estrato económico III, Medio bajo en un 33.3%.

Cuadro 26. Descripción sobre calidad de vida y nivel socio económico.

n= 21				
Nivel socioeconómico	Estrato I	Estrato II	Estrato III	Estrato IV
Calidad de vida	Buena (51-100)	2	7	4
	Mala (0-50)	3	0	4

Fuente: Instrumento de recolección de datos del proyecto “Calidad de Vida y Perfil Epidemiológico en pacientes portadores de Hepatitis C”.

Discusión

El estudio en cuestión analiza las variables sociodemográficas y la calidad de vida de pacientes con Hepatitis C para identificar si el VHC podría ser uno de los determinantes de la calidad de vida que estos pacientes perciben. Para la presente investigación se consideró solo un criterio que fue la población, y el trabajo se ocupó de los factores sociodemográficos y la calidad de vida. A diferencia de los estudios que se analizaron, en los cuales cada variable cuenta con población de estudio, en los trabajos consultados, la temporalidad y la población de estudio se correlacionan con las variables, y con respecto a la literatura que trate de todas las variables que se consideran en este estudio, no fue posible encontrar fuentes escritas.

Los datos de edad de la población que se estudió se encuentran dentro del rango establecido por otros autores, como, por ejemplo, LEITE, Juliana Mayara da Silva et al. (2019) que tenía un rango de edad de 57-57.5 años y también R. Honrubia-López et al. (2019) que para factores sociodemográficos reporta 57.24 años, mientras que en este proyecto se reporta una media de edad de 55.33 años.

La mayoría de las investigaciones se han orientado al sexo masculino. Esto se alinea con este trabajo puesto que se reporta que el 52.4% de este sexo, en el (Informe anual epidemiológico de Hepatitis Virales, 2020).

Se documentó un predominio de 71.74%, siendo de 57.1% en la variable empleado/obrero en este estudio.

Antes de 1992, en cuanto a la variable Transfusión sanguínea se concluyó fue de 38.1% en promedio, dado que al momento de transfundir no se contaba con piloto, este porcentaje en el estudio de (Ramírez-Zamudio & Castillo-Barradas, 2020) fue reactivo a anti VHC en 1.3%. Por el contrario, en estudios antiguos refiere en un

estudio de cohorte (New England Journal of Medicine, 1992), la prevalencia de Hepatitis C mediante transfusiones sanguíneas era de un 45%.

Desde un enfoque local, en un estudio descriptivo de (Santiago-Torres et al., 2015) fue positivo en 57.6%, este antecedente predominó con 77.7% en la umf no. 16; 59.60% en la umf no. 9; y 12.40% en la umf no. 6, en 77.7%.

En nuestro presente estudio se determinó que en 90.5% no ha estado en prisión, sin embargo, en otros estudios. En Younossi et al. (2018), los pacientes que lograron SVR experimentaron una mejora en su calidad de vida, como lo evidencia la escala SF-36. En este estudio, el 66.7% de nuestros pacientes con Hepatitis C demuestran una mejora en su calidad de vida.

Se concluyó que el régimen más común durante el tiempo de este estudio incluía los antivirales con 33.3% siendo interferón/Ribavirina, lo que contradice un estudio transversal de R. Honrubia-López et al. (2019), en el cual la combinación de sofosbuvir/ledipasvir fue del 66.3%.

Justificamos la baja prevalencia de consumo de drogas en la población de nuestro estudio en función de la falta de drogas en un 85.7% de la población. Sin embargo, otros estudios, como el de Sánchez-Herrera D et al. (2022) en las ciudades de Tijuana y Juárez, en donde se presentan grandes concentraciones de personas adictas a drogas intravenosas, reportaron que el 85% de las personas adictas a drogas intravenosas estaban infectados por VHC.

Con respecto a las comorbilidades estudiadas, se encontró que la Hipertensión Arterial es un factor de riesgo más prevalente que la Hepatitis C en el 49.2% de los casos de nuestro estudio, comparado con el estudio de prevalencia de Rajewski et al. (2022) en donde se reporta en varones 24.1% y en mujeres 20.1% de casos de problemas cardiovasculares.

En nuestro estudio se reporta la mejora en la calidad de vida con el uso de antirretrovirales. Esto es congruente con el trabajo de cohortes, de Siqueira, F. M., et al. (2018) en donde 56 pacientes con VHC tratados con diferentes regímenes de AAD, fueron evaluados por el SF-36 y el CLDQ encontrando mejoría significativa.

Varios estudios muestran una relación entre el estatus socioeconómico y la calidad de vida con la Hepatitis C. Por ejemplo, en Brasil, Ribeiro y colegas de 2016 encontraron que los individuos de estratos socioeconómicos más bajos experimentan una mayor discriminación social.

De manera similar, un estudio realizado en México por Ramírez y colegas de 2020 mostró que los pacientes de estratos bajos con hepatitis C tienen más probabilidades de experimentar estrés económico.

Estos hallazgos están en línea con y ayudan a explicar los resultados de este estudio, que mostró una mayor prevalencia del estrato socioeconómico de ser medio-bajo en 33.3%, lo que se asemeja a los patrones descritos en la literatura.

XII. Conclusiones

En cuanto a los pacientes con Hepatitis C, predominantemente eran hombres, con una edad promedio de 55.33.

Entre los pacientes con la ocupación de empleado/obrero, hubo una predominancia del 57.1%, con un estado civil que comprende el 61.9% de individuos casados, con educación predominantemente también en el nivel Primaria y Secundaria, en un 33.3%.

Respecto a la comorbilidad, se registró que los pacientes con Hepatitis C tenían junto con otra enfermedad crónica, predominantemente hipertensión, un 42.9%. En cuanto al uso de drogas ilícitas, la mayoría, el 85.7%, fue registrada como no usuaria de drogas.

Con respecto a la calidad de vida, el 66.7% de los pacientes con Hepatitis C tenían una calidad de vida que fue evaluada como buena.

Se registró que los pacientes que recibieron tratamiento con interferón pegilado/ribavirina, el 19% de este grupo fue registrado como teniendo los mejores Estados de Calidad de Vida, seguido al 19% por aquellos que no han recibido tratamiento.

Se registró que los pacientes que tenían el mejor estado de Calidad de Vida eran aquellos que eran no reactivos al virus, el 42.9% de este grupo fue registrado como teniendo los mejor Calidad de Vida. Estos pacientes, junto con los pacientes de los estratos socioeconómicos más bajos III, el 33.3% de este grupo fue registrado como teniendo mejor Calidad de Vida.

XII. Propuestas

Implementar test de pruebas rápidas de bajo costo en plazas comerciales, farmacias, cárceles y puntos de atención a población vulnerable usando tecnologías que permitan la vinculación inmediata al tratamiento en la primera visita.

Desarrollar algoritmos predictivos basados en bases de datos médicos y/o en rastreos en dispositivos móviles y su implementación en la práctica clínica, con pacientes con sospecha de Hepatitis C.

Concientizar por medio de platicas o talleres a la población infectada y los no infectados con el objetivo de reducir contagios y orientar acerca del tratamiento específico oportuno.

Identificar por medio del Departamento de Servicio Social de la unidad médica familiar, bajo test de calidad de vida y estudio socioeconómico en pacientes con Hepatitis C, con la finalidad de ser referidos con envió 4.30.200 a Medicina Preventiva para realizar el seguimiento y prueba rápida en aquellos pacientes con factores de riesgo o ya diagnosticados con Hepatitis C.

Llevar a cabo de manera mensual revisión de expedientes clínicos y diagnósticos realizados por Medico Familiar en Consultorio por medio del servicio de ARIMAC y así tomar acciones que permitan identificar a pacientes con Hepatitis C, que no han recibido valoración tratamiento y derivación oportuna.

XIV. Referencias bibliográficas

- Aguilera Guirao A, et al. Epidemiología y manifestaciones clínicas de las hepatitis virales. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2006;24(4):264-76.
- Aponte Daza, Vaneska Cindy. calidad de vida en la tercera edad. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP0* 2015,13(2), 152-182. Recuperado en 18 de octubre de 2021.
- Beatriz eugenia botero de mejía* maría eugenia pico merchán. calidad de vida relacionada con la salud (cvrs) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. hacia la promoción de la salud, volumen 12, enero - diciembre 2007, págs. 11 – 24.
- Boletín de programa nacional de eliminación de la hepatitis c volumen 3,
- Bryan-Marrugo, O. L., Ramos-Jiménez, J., Barrera-Saldaña, H. A., Rojas-Martínez, A., Vidaltamayo, R., & Rivas-Estilla, A. M. (2015). History and progress of antiviral drugs: From acyclovir to direct-acting antiviral agents (DAAs) for Hepatitis C. *Medicina Universitaria*, 17(68), 165-174. <https://doi.org/10.1016/j.rmu.2015.05.003>
- Cavaliere ML, D'Agostino D. El hígado y la toxicidad por drogas, hierbas y suplementos dietéticos. *Arch Argent Pediatr* 2017;115(6): e397-e403.
- De Oliveira Almeida, P. A., Matiolo, C. E. L., Curvêlo, L. A., Rocco, R. A., Felga, G. E. G., Della Guardia, B., & Boteon, Y. L. (2021). Update on the management and treatment of viral hepatitis. *World Journal Of Gastroenterology*, 27(23), 3249-3261. <https://doi.org/10.3748/wjg.v27.i23.3249>.
- Dowsett, L. E., Coward, S., Lorenzetti, D., MacKean, G., & Clement, F. (2017). Living with Hepatitis C Virus: A Systematic Review and Narrative Synthesis of Qualitative Literature. *Canadian Journal Of Gastroenterology & Hepatology*, 2017, 1-11. <https://doi.org/10.1155/2017/3268650>.
- Gómez Mena Carolina. tratamiento de hepatitis virales. La Jornada, jueves 21 de julio de 2016, México, Distrito Federal, pág. 37.

- Gower, E., Estes, C., Blach, S., Razavi-Shearer, K., & Razavi, H. (2014). Global epidemiology and genotype distribution of the hepatitis C virus infection. *Journal of hepatology*, 61(1 Suppl), S45–S57. <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2014.07.027>
- Guía de 2018 AASLD-IDSA Hepatitis C • CID 2018: 67 (15 de noviembre).
- Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento de Hepatitis C Diagnóstico y Tratamiento de Hepatitis C, México: Diagnóstico y Tratamiento de Hepatitis C Instituto Mexicano del Seguro Social, (2010).
- Guía práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de las hepatitis virales. Secretaria De salud. Julio.2015.
- Hepatitis c crónica. vías de transmisión, diagnóstico, clínica y tratamiento. *offarm*. vol 23 núm. 3 marzo 2004.
- Hepatitis C: Discovery to cure in 25 years. Junio de 2018: https://www.ifpma.org/wpcontent/uploads/2018/05/IFPMA_50_Years_Stories_of_Progress_HepC.pdf
- Hutin YJ-F. How far are we from viral hepatitis elimination service coverage targets?. *Revista de la Sociedad Internacional del SIDA* 2018,21(S2):e25050 [http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jia2.25050](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jia2.25050/full) <https://doi.org/10.1002/jia2.250504>.
- Josep Mallolas, Adriana Ahumada, Javier Ampuero, José Ramón Blanco, Álvaro Hidalgo, Maria-Carlota Londoño, Esther Molina, Salvador Ruiz, Calidad de vida en los pacientes con hepatitis C. Importancia del tratamiento. *Gastroenterología y Hepatología*, Volume 42, Supplement 1, 2019, Pages 20-25, ISSN 0210-5705, [https://doi.org/10.1016/S0210-5705\(20\)30184-9](https://doi.org/10.1016/S0210-5705(20)30184-9).
- Kevin F Kamis, David L Wyles, Matthew S Minturn, Tracy Scott, Dean McEwen, Hermione Hurley, Scott J Prendergast, Sarah E Rowan, Hepatitis C Testing and Linkage to Care Among Adults on Probation in a Large US City, *Open Forum Infectious Diseases*, Volume 9, Issue 2, February 2022, ofab636, <https://doi.org/10.1093/ofid/ofab636>

Leite, Juliana Mayara da Silva, Inácio, Jéssica de Oliveira, Monteiro, Raissa Silva de Melo, Marques, Cristiane da Câmara, Barreto, Vanessa Pinheiro, & Feijão, Alexsandra Rodrigues. (2019). Caracterización sociodemográfica y clínica de pacientes portadores de hepatitis C crónica. *Enfermería Global*, 18(55), 157-194. Epub 21 de octubre de 2019. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.3.316971>

Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de las hepatitis virales. Secretaría de Salud Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud Dirección General de Epidemiología. 2012

Maryi Viviana Estrada Bonilla, MD, MSc (c) Francisco Javier Africano Díaz, MD Fabián Camilo Benítez Baracaldo, MD, MSc .(2018). historia y evolución de hepatitis c. *Revista infecto medica*. Edición No. 1 – Volumen 1 Abril – Junio de 2018.

Mousumi Khatun and Ratna B. Ray . Mechanisms Underlying Hepatitis C Virus-Associated Hepatic Fibrosis Cells 2019, 8, 1249.

n. 1 /marzo 2022.

O.L. Bryan-Marrugo, J. Ramos-Jiménez, H. Barrera-Saldaña, A. Rojas- Martínez, R. Vidaltamayo, A.M. Rivas-Estilla, History and progress of antiviral drugs: From acyclovir to direct-acting antiviral agents (DAAs) for Hepatitis C, *Medicine Universitaria*, Volume 17, Issue 68, 2015, Pages 165-174, ISSN 1665-5796, <https://doi.org/10.1016/j.rmu.2015.05.003>.

Organización mundial de la salud. Notas descriptivas. Hepatitis C. julio.2020 Dirección General de Epidemiología. Informe Anual de Vigilancia Epidemiológica de Hepatitis Virales, México 2020.

Raúl Honrubia-López¹ , Antonio Madejón² , Miriam Romero² , Araceli García-Sánchez² , Pilar Castillo² , Jose Carlos Erdozain² , Antonio Oliveira² , Ana Robles² y Javier García-Samaniego. Estudio de calidad de vida en pacientes asintomáticos con hepatitis C.(2019). SF-36v2™ Health Survey © 1993, 2003 Health Assessment Lab, Medical Outcomes Trust, and QualityMetric

Incorporated. SF-36® is a registered trademark of Medical Outcomes Trust. (SF-36v2 Estándar, España (español) Versión 2.0).

Rubio Olivares, Doris Yisell; Rivera Martínez, Lilliam; Borges Oquendo, Lourdes de la Caridad; González Crespo, Fausto Vladimir “Calidad de vida en el adulto mayor” VARONA, núm. 61, julio-diciembre, 2015, pp. 1-7.

Santiago torres LE, Camacho calderón N, Guerrero Rodríguez GG. Seroprevalencia de hepatitis c en usuarios de medicina familiar en Querétaro, (2015.) México. *Aten Fam*;22(1):2-6.

Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico. Virus de Hepatitis C. 2020 2024, pág.12.

Sou, F. M., Wu, C. K., Chang, K. C., Lu, S. N., Wang, J. H., Hung, C. H., Chen, C. H., Kee, K. M., Yen, Y. H., Lin, M. T., Tsai, M. C., & Hu, T. H. (2019). Clinical characteristics and prognosis of HCC occurrence after antiviral therapy for HCV patients between sustained and non-sustained responders. *Journal of the Formosan Medical Association = Taiwan yi zhi*, 118(1 Pt 3), 504–513. <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2018.10.017> *Clinical Gastroenterology and Hepatology* 2019;17:2552–2560. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2019.02.024>.

Velarde-Jurado E, Avila-Figueroa C. Evaluación de la calidad de vida. *Salud Publica Mex* 2002;44:349-361.

Vera De León L y cols. Panorama epidemiológico y situacional de la hepatitis C en México. *Rev Gastroenterol Mex*, Vol. 70, Núm. 1, 2005.

Vermehren, J., Park, J. S., Jacobson, I. M., & Zeuzem, S. (2018). Challenges and perspectives of direct antivirals for the treatment of hepatitis C virus infection. *Journal of hepatology*, 69(5), 1178–1187. <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2018.07.002>

XV. Anexos

XV.I. Instrumento de Recolección de datos



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N.7



“PERFIL EPIDEMIOLOGICO Y CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES PORTADORES DEL VIRUS DEL HEPATITIS C”

Numero de seguridad social:						Folio:	
DATOS SOCIODEMOGRAFICOS							
Edad: _____ años.	Sexo: 1) Masculino 2) Femenino	Ocupación: 1) Hogar 2) Empleado /Obrero. 3) Profesionista 4) Desempleado 5) Pensionado 6) No trabaja. 7) Personal de salud			Escolaridad: 1) Sin escolaridad 2) Primaria 3) Secundaria 4) Preparatoria o Bachillerato 5) <u>Licenciatura</u>		Estado Civil: 1) Casado 2) Soltero 3) viudo 4) Unión libre 5) Divorciado o más.
Que tan frecuente consume alcohol: 1) No consume 2) Diario 3) Semanal 4) Quincenal 5) Mensual	¿Cantidad de alcohol que consume? 1) Menos de 200ml 2) Entre 200-500ml 3) Mayor 500ml 4) No aplica	Consumo de drogas: 1) Si 2) No	Tipo de Droga Consumida: 1) Marihuana 2) <u>Crack</u> 3) Piedra 4) Heroína 5) Cocaína 6) No aplica	Vía de administración: 1) Inhaladas 2) Intravenosa 3) Oral 4) No aplica	Ha recibido trasplante de Órgano 1) Si 2) No	Ha estado en Prisión 1) Si 2) No	
Calidad de vida relacionada a la Salud: 1) Bueno (51-100) 2) Mala (0-50)	Remisión de Hepatitis <u>C</u> : 1) Si 2) No	Transfusión Sanguínea 1) No 2) Si, Antes de 1992 3) Si, Después de 1992		Inicia de vida Sexual Activa: _____ Años.		Número de Parejas Sexuales: _____	
Comorbilidades que padece: 1) Hipertensión Arterial 2) VIH 3) Enfermedad Renal Crónica 4) Diabetes Mellitus 5) Diabetes/Hipertensión 6) cáncer Hepático 7) Cirrosis Hepática 8) Ninguna	Piercing: 1) Si 2) No Tatuajes: 1) Si 2) No	Nivel Socioeconómico: 1) Estrato I 2) Estrato II 3) Estrato III 4) Estrato IV 5) Estrato V		Medicamentos Antivirales Actualmente tomando: 1) Interferón Pegilado/Ribavirina 2) Ribavirina 3) Sofosbuvir/Ribavirina 4) Sofosbuvir/Velpatasvir 5) Ribavirina/Interferón 6) Interferón Pegilado 7) Sin tratamiento			

XV.II. Consentimiento informado

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	CALIDAD DE VIDA Y PERFIL EPIDEMIOLOGICO EN LOS PACIENTES PORTADORES DEL VIRUS DE HEPATITIS C
Patrocinador externo (si aplica)*:	
Lugar y fecha:	U.M.F. 07 IMSS, San Juan del Rio, Querétaro. Octubre 2021
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Justificación. La hepatitis c es una enfermedad crónica que constituye un grave problema de salud pública, es difícil determinar los casos ya que no presentan síntomas. Después de una serie de muestras de sangre se identifican los casos, y al recibir un <u>diagnostico</u> positivo de hepatitis c, los pacientes reportan diversas emociones y por lo consiguiente una perturbación en su vida diaria y estado de salud general. Por lo que a su vez influyen en complicaciones a largo plazo a su estado de salud. Objetivo. Es conocer el estado de salud general actual de los pacientes que viven con el virus de hepatitis c.
Procedimientos:	Le pediremos que acuda a su clínica médica familiar correspondiente, con ayuda de su expediente clínico electrónico, nos apoyaremos para realizarle una llamada telefónica, para que acuda a la clínica, para recolectar datos personales. La hora y fecha será a disponibilidad de usted para acudir a la clínica. Le pediremos en dicha cita, que nos proporcione datos personales sobre su escolaridad, ocupación. También le preguntaremos sobre su estado de salud general, mediante el cuestionario de 36 preguntas. En caso de no poder asistir a la clínica se le realizara visita domiciliaria con su previo consentimiento para acudir.
Posibles riesgos y molestias:	Al participar en esta investigación es posible que usted no se exponga a un riesgo mayor. Sin embargo, es posible que tenga alguna incomodidad al llenado del cuestionario de recolección de datos personales, como el número de parejas sexuales, administración ilícita de drogas intravenosas e inicio de vida sexual activa. Trataremos de disminuir las posibilidades de que ocurra este hecho, pero si ocurriera algo inesperado le proporcionaremos el beneficio de abandonar la investigación.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Si usted participa en esta investigación el beneficio que se le otorga es únicamente conocer su estado actual de salud. El cual dicho resultado se le proporcionara al final de nuestra investigación. Puede que el beneficio sea mínimo y que con su participación nos ayude a dar respuesta a nuestra pregunta de investigación, que a largo plazo beneficien a generaciones futuras.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se compartirá con usted el conocimiento de estos resultados que se obtengan en esta investigación, al término de <u>la misma</u> . Y se canalizaran a los servicios correspondientes de psicología, psiquiatría, trabajo social, nutrición y dietética para mejorar la calidad de vida, así lo requiera y a su vez desee.
Participación o retiro:	Usted no tiene por qué participar en esta investigación si no desea hacerlo y el negarse a participar no le afectara en ninguna forma a que sea tratado en esta clínica. Usted todavía tendrá todos los beneficios como derechohabiente que de otra forma tendría en esta clínica. Puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento que desee sin perder sus derechos como paciente aquí. Su tratamiento y seguimiento en esta clínica no será afectado en ninguna forma.
Privacidad y confidencialidad:	Toda información que se recabe en el cuestionario y la fuente de recolección de datos personales son totalmente confidencial, y será únicamente solo para fines de investigación. El nombre se mantendrá en anonimato, se utilizará únicamente número de seguridad social. Dicha información será resguarda en la computadora del investigador principal el cual tiene contraseña institucional.

Autorización de participación:

No autorizo participar en el estudio.
Si autorizo participar en el estudio.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

No aplica

Beneficios al término del estudio:

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: ejm

Dr. Oscar Eduardo Duran Castillo. Médico Especialista en Medicina Familiar. Teléfono:5539763466
Correo electrónico: doctor.duran.mf@gmail.com

Colaboradores: ejm

Dra Denisse Gerardo Tovilla. Médico Residente de Medicina Familiar, Teléfono: 4271235434, Correo electrónico: denisse.gerard.tovilla@hotmail.com

En caso de dudas, dirigirse al Comité de Ética en investigación localizado en la Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud del Hospital General Regional No. 1 Querétaro, Querétaro, de Lunes A Viernes de 08 a 16: 00 hrs. Al teléfono de 442 211 2337 en el mismo horario o al correo electrónico: comiteticainvestigacionhgr1qro@gmail.com

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá complementarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

* En caso de contar con patrocinio externo, el protocolo deberá ser evaluado por la Comisión Nacional de Investigación Científica.

Clave: 2810-009-0