

¿Cuál es la razón? Tal vez la cultura de investigación, pues son comunidades que también destacan en otros ámbitos diferentes de la atención primaria. Con todo, también es cierto que son las comunidades autónomas que desde hace años tienen estructuras de investigación (fundaciones, unidades de investigación) que apoyan y fomentan específicamente la investigación en atención primaria. ¿Es ésta la razón? Posiblemente haya otras, pero una buena parte pienso que se justifica por este motivo. Canadá, Reino Unido, Países Bajos son países que hace años desarrollaron y apoyaron estructuras de investigación en atención primaria, y hoy ocupan un lugar destacado en este tema.

También me parece una magnífica sugerencia lo de profundizar en el análisis, y les animo al diseño que plantean, ofreciéndome a colaborar en la medida que estimen oportuno.

I. Fernández Fernández

Médico de Familia. Responsable de la Sección de Investigación de la semFYC.

Carter YH, Shaw S, Sibbald B. Primary care research networks: an evolving model meriting national evaluation. *Br J Gen Pract* 2000;50:859-60.

Fenton E, Harvey J, Griffiths F, Wild A, Sturt J. Reflections from organization science on the development of primary health care research networks. *Family Practice* 2001;18:540-4.

Griffiths F, Wild A, Harvey J, Fenton E. The productivity of primary care research networks. *Br J Gen Pract* 2000;50:913-5.

Thomas P, Griffiths F, Kai J, O'Dwyer A. Networks for research in primary health care. *BMJ* 2001;322:588-90.

Van Weel C, Smith H, Beasley JW. Family practice research networks. Experiences from 3 countries. *J Fam Pract* 2000;49:938-43.

Prevalencia de hepatitis A y hepatopatías crónicas: un reto a desarrollar

Esta carta surge tras la lectura del interesante artículo de Martínez Adell et al sobre la prevalencia de hepatitis C y cobertura vacunal¹.

El objetivo no es tanto matizar ninguna de las conclusiones reseñadas en el trabajo como completar algunos de los datos que, desde nuestra experiencia, hemos podido estudiar, con el fin de dar mayor peso a las mismas conclusiones que, en general, asumimos.

Nuestra experiencia se circunscribe a una población específica de drogodependientes, que hemos estudiado durante el año 2002. Como es natural, las peculiares condiciones de este colectivo hacen que las infecciones virales sean mucho más frecuentes, encontrándose una prevalencia de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) que ronda el 18,7%, de hepatitis B (VHB) del 42,6% y de hepatitis C (VHC) del 62,7%.

No queremos detenernos en este dato, pero sí profundizar en la prevalencia de hepatitis A en nuestro colectivo.

El 63,2% de nuestros usuarios presentan anticuerpos IgG frente al virus de la hepatitis A (VHA) que, como sabemos, muestran la presencia de inmunidad vacunal.

No hemos encontrado diferencias en la prevalencia de anti-VHA en función del sexo, el tipo de drogas consumido, la vía de administración o el tiempo de antigüedad en el consumo. Sí se observan diferencias en función de la edad, de tal manera que, de acuerdo a lo obtenido en otros estudios, a mayor edad, mayor prevalencia de anti-VHA.

La tabla 1 describe la asociación entre la infección por el VHA y la coinfección por VIH, VHB y virus de la hepatitis C. Observamos una asociación entre la presencia

TABLA 1. Asociación entre la infección por el virus de la hepatitis A (VHA) y coinfecciones

	N	Anti-VHA +	%	p
VHB Positivo	89	69	77,5	< 0,001
Negativo	120	63	52,5	
VHC Positivo	131	90	68,7	0,02
Negativo	78	42	53,8	
VIH Positivo	39	28	71,8	NS
Negativo	170	104	61,2	
PPD Positivo	81	46	75,4	0,02
Negativo	103	60	58,3	

VHB: virus de la hepatitis B; VHC: virus de la hepatitis C.

de anti-VHA y marcadores tanto de hepatitis B y hepatitis C. En los infectados por *Mycobacterium tuberculosis* (PPD positivo) también se observa un incremento significativo de marcadores de hepatitis A pasada. No hay diferencias en la prevalencia de anti-VHA entre los adictos VIH positivos y negativos.

Teniendo en cuenta la indicada aparición de hepatitis fulminante en pacientes con hepatopatía crónica, deberíamos incrementar nuestros esfuerzos en detectar la prevalencia de hepatitis A y proceder a una vacunación selectiva frente a la hepatitis A en los pacientes susceptibles. Nuevos estudios han de mostrar la conveniencia o no, en función de criterios de coste/beneficio, de realizar detección de marcadores prevacunales.

P. Bachiller Luque^a,
C. Navarro Cañadas^b, A. Almaraz
Gómez^c y A. Orduña Domingo^c

^aMedicina interna, Hospital Río Hortega. Valladolid. ^bDrogodependencias, ACLAD. ^cUnidad de investigación, Hospital Clínico Universitario. Valladolid. España.

- Martínez Adell MA, Vives Argilagós A, Sibera Aresté FX, Navarrete Durán P, Barro Lugo S, Urbina García P. Estudio epidemiológico del virus de la hepatitis C en nuestra población y cobertura vacunal. *Aten Primaria* 2003;31:428-32.

Hepatitis C: diagnóstico y prevención desde la consulta de atención primaria

Tras leer el trabajo de Martínez Adell et al¹, nos ha llamado la atención la escasa cobertura vacunal de los pacientes diagnosticados de infección por el virus de la hepatitis C (VHC) en las áreas básicas de Florida Norte y Sur frente a las hepatitis A y B. Según refieren los autores no se había realizado serología de la hepatitis B al 22% de estos pacientes ni al 87% de los mismos en el caso de la hepatitis A.

Entre quienes sí se habían realizado marcadores hepáticos, debían vacunarse frente