

¿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 Argilagos 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

a la hepatitis B y no lo habían hecho el 44% de los pacientes y el 8,2% frente a la hepatitis A.

Dado que la coinfección frente a otros virus hepatotropos es uno de los factores asociados a la aparición de complicaciones en la evolución de la hepatitis C² y que resulta sencillo evitarla mediante la vacunación, sería deseable que esta actividad preventiva se realizara de forma sistemática en atención primaria³.

Otro aspecto que nos gustaría comentar es la escasa prevalencia que se observa en el estudio. Tal y como apuntan los autores, existe un sesgo importante pero no consideramos que el problema se produzca «... al no poder ser incluidos aquellos pacientes que no fueron visitados en el área básica de salud», sino que al haberse realizado el estudio sobre población demandante habrá un número de portadores asintomáticos no diagnosticados, así como de pacientes diagnosticados pero controlados fuera del área de estudio⁴ que quedan fuera del numerador. Para realizar un estudio de seroprevalencia de una patología como la hepatitis, lo adecuado es realizar estudios poblacionales^{5,6}. De otra forma, si sólo buscamos el VHC entre los pacientes en los que se detecta una elevación de transaminasas, la infraestimación será muy importante.

¿Qué prevalencia encontraríamos en cualquier zona básica de salud si se determinara el número de pacientes seropositivos frente al VIH entre quienes se realizan la prueba en el centro de salud? Sin duda, muy por debajo de la que encontraríamos en un estudio poblacional, anónimo no relacionado.

Además, hay otro factor que, tal y como se puede observar en los centros en los que se realizan pruebas analíticas de forma anónima, contribuye a que en el centro de salud no se realice el seguimiento de algunos de estos pacientes. Hay pacientes con hepatitis C, en muchas ocasiones consumidores o ex consumidores de drogas por vía parenteral, que no acuden a su médico de familia a realizarse ningún tipo de control. Y si lo hacen no consultan ni comentan esta patología porque tienen otras prioridades que les preocupan más, habitualmente patologías agudas.

Por último, nos gustaría añadir que ante el cambio del perfil de riesgo que se está produciendo en la hepatitis C, de forma que cada vez hay menos pacientes con antecedentes de uso de material sanitario no desechable y más sin ningún factor de riesgo identificable o con factores relativamente nuevos como los *piercing* o los tatuajes entre adolescentes, debemos extremar la atención para poder diagnosticar esta enfermedad en su fase asintomática, detener su evolución y tratarla en los casos en que sea necesario para intentar evitar la cirrosis y el hepatocarcinoma.

Como se recordaba en un reciente editorial de esta misma revista³, la hepatitis C está ahí y es hora de actuar desde atención primaria.

**J.I. Alastrué Loscos^a,
M. Giner Valero^b
y F.J. Beltrán Armada^c**

^aMaster en Salud Pública. Centro de Información y Prevención del Sida de Valencia. Valencia. ^bEspecialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Salvador Pau. Valencia. ^cResidente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Salvador Pau. Valencia. España.

1. 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.
2. Zarski JP, Bohn B, Bastie A, Pawlotsky JM, Baud M, Bost-Bezeaux F, et al. Characteristics of patients with dual infection by hepatitis B and C viruses. *J. Hepatol* 1998;28:27-33.
3. Redondo Sánchez J, Mas Casals A, Martín Rillo MJ, Sureda Barbosa M. Hepatitis C: es hora de actuar. *Aten Primaria* 2003;31:211-3.
4. López Expósito F, Massagué Camins C, Cano Romera A, López Plana A, Espoña Barris R, López Martínez R. Estudio de la prevalencia de infección por el virus de la hepatitis C y estudio de contactos convivientes. *Aten Primaria* 1998;21:229-32.
5. Alter MJ, Kruszon-Moran D, Nainan OV, McQuilán GM, Fengxiang G, Moyer LA, et al. The prevalence of Hepatitis C virus infection in the United States, 1988 through 1994. *N Engl J Med* 1999;341:556-62.
6. Bolumar F, Giner R, Hernández I, Serra MA, Rebagliato M, Rodrigo JM. Epidemiology of hepatitis A in Valencia,

Spain: public health implications. *J Viral Hepatitis* 1995;2:145-9.

Respuesta de los autores

Nos complace comprobar que nuestro artículo sirve para crear discusión sobre un tema tan candente y a la vez tan desconocido en el ámbito de la atención primaria como es la hepatitis C y el estado serológico de estos enfermos con respecto a los virus de las hepatitis A (VHA) y B (VHB). El estado serológico de los pacientes incluidos en nuestro trabajo¹ se conocía a partir de los datos reflejados en la historia clínica. En nuestra área, el protocolo analítico de hepatopatía crónica únicamente incluye el VHB dado que el VHA no la produce. Sólo se pedía el VHA previo planteamiento de vacunación. Éste es uno de los principales motivos del escaso conocimiento del VHA en estos pacientes.

Sí, en cambio, actualmente²⁻⁴ es un importante problema de salud la no vacunación de estos pacientes sobre los VHA y VHB, aunque en el momento que se realizó el trabajo no todas las guías incluían la vacunación de forma sistemática en estos casos. A partir de la realización de este trabajo se llevó a cabo de forma activa el conocimiento del estado serológico y la posterior vacunación si era necesario, mejorando los resultados en cuanto al conocimiento (VHB 16%-VHA 71%) pero no tanto en cuanto a la vacunación. Compartimos el deseo de que sea en la atención primaria donde se realice esta actividad.

La baja prevalencia de nuestro trabajo¹ con respecto a otros⁵⁻⁷ evidentemente no incluye a los pacientes no diagnosticados. Se basa en lo determinado en la historia clínica. No era nuestra intención, por motivos materiales y económicos, realizar una detección de casos nuevos. Sí se incluyeron los pacientes diagnosticados y controlados fuera de nuestra área de influencia pero visitados en nuestros centros de salud.

Por descontado, lo deseable sería poder realizar un estudio poblacional para determinar la prevalencia real de la hepatitis C en nuestro país. Sería deseable y, creemos, necesario dada la historia de la enfermedad, los factores de riesgo conocidos y las op-