

1 INTRODUCCIÓN

Las hepatitis virales, fundamentalmente las hepatitis A, B y C, constituyen un problema de salud de primer orden. El virus de la hepatitis A (VHA) origina siempre una infección aguda. En cambio el virus de la hepatitis B (VHB) y C (VHC) pueden ocasionar tanto una infección aguda como crónica. La diferencia fundamental es que el VHB se cronifica en menos del 5% de los pacientes a los que afecta, frente a un 80% en el caso del VHC.

La hepatitis A es una enfermedad autolimitada, de curso generalmente benigno, que se transmite por vía oro-fecal. Se estima que cada año aparecen en el mundo 1,4 millones de nuevos casos. En los países menos desarrollados es una enfermedad endémica, que afecta casi exclusivamente a los niños. Por lo tanto, la mayoría de la población está inmunizada cuando alcanza la edad adulta. En los países más desarrollados la mayoría de la población carece de anticuerpos y pueden adquirir la infección cuando viajan a zonas endémicas. En España, el aumento del nivel económico y sanitario producido en las últimas décadas se asocia a un patrón epidemiológico intermedio, que se caracteriza por una escasa proporción de niños y adultos jóvenes inmunizados, mientras que la mayoría de los adultos de más de 40 años sí lo están. Esto explica que se esté desplazando la morbilidad a los adultos jóvenes. Al contrario que en los niños, la infección en los adultos es sintomática dado que la gravedad de la enfermedad se relaciona directamente con la edad del paciente. El 70% de los pacientes presentan ictericia frente a menos del 10% en niños y el 11-22% de los casos precisan ingreso. La hepatitis fulminante aparece casi exclusivamente en los individuos de más de 50 años. Se ha calculado que los adultos pierden una media de 27 días de trabajo por cada episodio, con los consiguientes costes directos e indirectos. La hepatitis A requiere únicamente tratamiento sintomático. Recientemente se ha desarrollado una vacuna muy

efectiva, cuya administración está reservada a individuos con factores de riesgo y a personas que viajan a países con alta endemia.

La OMS estimaba para el año 2000 unos 400 millones de personas infectadas por el VHB. Esta infección irá aumentando hasta que la vacunación sea universal. Con esta medida se calcula que los países de alta endemia pasarían a tener una prevalencia menor del 2%. En España, considerado un país de endemia intermedia, la prevalencia está alrededor del 1,5%. Se calculan entre 35.000-70.000 los casos nuevos que aparecen por año. En los adultos la infección se transmite fundamentalmente por vía parenteral y sexual, en los recién nacidos a partir de la madre en el momento del parto y en la edad infantil a través de los hermanos y otros compañeros de juego. En España, la infección se presenta sobre todo en adolescentes y adultos jóvenes. Es muy importante el momento de la infección en relación con el riesgo de cronicación. El 95% de los neonatos infectados en el nacimiento se transforman en portadores crónicos asintomáticos del VHB. Este porcentaje disminuye al 30% en los infectados después del periodo neonatal pero antes de los 6 años de edad y un 3-5% en los infectados en la edad adulta. De los pacientes con infección crónica el 2-3% desarrollan cada año una cirrosis hepática. Para los pacientes con cirrosis hepática compensada la supervivencia a los 5 años es del 84%, mientras que los que están en fase descompensada es del 14%. Aunque el carcinoma hepatocelular se asocia a los pacientes con cirrosis, el 30-50% de los carcinomas ocurren en su ausencia. En la actualidad se dispone de un tratamiento con interferón o lamivudina que es efectivo en el 40% de los casos. Además existe una profilaxis pasiva y activa muy efectivas.

El VHC representa un problema personal y social con un gran impacto sanitario y económico, siendo, en la actualidad, la principal causa de trasplante hepático. Se estima que en el mundo hay unos 200 millones de infectados y que cada año aparecen de 3 a 4 millones de casos nuevos. La prevalencia varía de unos países a otros, con una prevalencia media del 3% (en nuestro país se sitúa entre el 1,5% y el 2%). Existe, todavía, una proporción importante de pacientes que no han sido diagnosticados. Por lo tanto, es muy importante que los grupos de riesgo, como son los pacientes transfundidos, hemofílicos, trasplantados o adictos a drogas por vía parenteral, sean diagnosticados lo más precozmente posible. Este procedimiento ayudará a diagnosticar a un grupo de enfermos que no presentan síntomas a pesar de la infección y nos permitirá prevenir la transmisión a la población sana. La vía principal de transmisión es el contacto directo con productos sanguíneos. También en los países desarrollados destaca el uso de drogas por vía intravenosa y otras actividades que rompen la barrera de la piel, como los tatuajes o el *piercing*. Aunque el 80% se cronifica, la infección es muy silenciosa y dura muchos años, pudiendo fallecer el paciente por otras causas no relacionadas con su hepatitis. Sólo una pequeña proporción presentará una enfermedad más progresiva y grave (entre el 10 y el 20% desarrollará una cirrosis hepática, que se detecta en la segunda o tercera década después de la infección y entre el 1-5% un carcinoma hepatocelular). Afortunadamente los resultados de los tratamientos actuales son muy esperanzadores. Si bien en una primera época se usaba el interferón estándar con una respuesta virológica que no superaba el 15% de los pacientes, se optó posteriormente por terapias combinadas de interferón más ribavirina que permitieron alcanzar tasas de respuesta del 40% hasta el momento actual en que la tendencia es el tratamiento con interferón pegilado más ribavirina obteniéndose respuestas virológicas favorables en cerca del 55% de los tratados.

Por otra parte, aún no disponemos de una vacuna efectiva porque el virus muta con mucha facilidad y ello está retrasando su elaboración. En cualquier caso, la vacuna será el método de prevención más efectivo.

Es imprescindible reforzar las estrategias de atención que permitan modificar la historia natural de estos virus hepatotropos mediante actuaciones de prevención, diagnóstico y tratamiento. Este proceso desarrolla la atención a los pacientes con hepatitis víricas y su seguimiento. Se han excluido de este proceso las hepatitis víricas en los niños al considerar este grupo de trabajo que probablemente necesiten un proceso diferenciado. Por último, no se han incluido los pacientes VIH positivo y los enfermos en hemodiálisis que están infectados por estos virus.

En general, este proceso tiene su puerta de entrada en Atención Primaria y, en menos ocasiones, en los servicios de urgencias de los hospitales o en los centros de transfusión sanguínea. La primera preocupación, sin duda la más importante, son las medidas de prevención de las hepatitis víricas, que incluyen la educación sanitaria en nuestra población y aplicación de medidas concretas cuando están indicadas. En segundo lugar, el diagnóstico es básico y determina los pacientes que deben ser enviados a los centros especializados para completar su estudio. Se han elaborado una serie de recomendaciones prácticas de tratamiento para las hepatitis crónicas.