

Prevalencia de la hepatitis B y C en España: se necesitan más datos

La infección crónica por los virus de la hepatitis B (VHB) y C (VHC) constituye un problema de salud pública a nivel mundial. La prevalencia del VHB publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su última actualización de julio de 2013 es para el VHB de 2 billones de personas infectadas, de los cuales más de 240 millones (5 % de la población general) presentan una hepatitis crónica (1). La prevalencia global del VHC es inferior a la del VHB, con una estimación de 150 a 170 millones (3 % de la población general) y una incidencia anual de hasta 3-4 millones de nuevos casos (2). Además, la OMS ha publicado que el número de casos de muerte asociados a cirrosis hepática, carcinoma hepatocelular y fallo hepático es superior a 600.000 al año para el VHB y de más de 350.000 al año en los infectados por el VHC (1-3). Entre las principales vías de transmisión asociadas a ambos virus destacan: a) transfusión sanguínea (antes de 1992 para el VHC); b) consumo de drogas por vía parenteral o no parenteral; c) tatuajes y *piercings* realizados en condiciones de higiene deficiente; d) transmisión perinatal (sobre todo para el VHB en países donde no existe una profilaxis adecuada); e) transmisión sexual (mecanismo menos común para el VHC); y f) transmisión nosocomial.

La distribución geográfica de estas infecciones virales es universal, aunque su prevalencia varía de unos países a otros en función del control ejercido sobre los diferentes mecanismos de contagio y el grado de instauración de la vacunación preventiva para el VHB. La hepatitis B se considera endémica, con prevalencias entre el 10-20 % en zonas como el Sudeste Asiático, China, el África subsahariana y la India, donde la mayoría de las infecciones se producen durante la infancia. En Europa occidental y Norteamérica, la población con infección crónica no llega al 1 %. Las tasas más altas de infección crónica por el VHC se encuentran en Egipto (15 %), Pakistán (4,8 %) y China (3,2 %), siendo el principal factor de riesgo las inyecciones aplicadas con material contaminado. La prevalencia del VHC en los diferentes países europeos varía entre el 0,1-5 % (4).

En este número de la *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, Calleja Panero y cols. (4) analizan la prevalencia de los marcadores serológicos del VHB y VHC en una población trabajadora sana de Murcia y Madrid. Este estudio sobre 5.017 voluntarios presenta tres aportaciones interesantes: primero, una prevalencia inferior a la descrita en trabajos anteriores (0,7 % para el VHB y 0,6 % para el VHC); segundo, la población AgHBs positivo presentó valores normales de transaminasas, aunque con un ligero incremento en los valores de AST y, sin embargo, en los anti-VHC positivos los valores de las transaminasas y GGT fueron superiores a la normalidad; finalmente, cabe destacar como medio de infección predominante y común a las dos patologías, las transfusiones sanguíneas previas, la presencia de tatuajes y la convivencia con personas infectadas. El uso de drogas intravenosas solo fue un factor de riesgo para la

Editorial

infección del VHC. La hospitalización no se asoció con un incremento en la tasa de infección.

Con respecto a la prevalencia de la infección por VHB, la OMS considera a España como un país de prevalencia intermedia (2-8 %), en consonancia con el resto de países mediterráneos. No obstante, los últimos estudios publicados indican que ha disminuido considerablemente, se describe una prevalencia entre el 0,27 % y 1,69 % (Tabla I). En cuanto al VHC, la prevalencia de los anticuerpos frente a dicho virus se sitúa entre el 1,6 % y el 2,6 % en la población general. Además, la prevalencia de los marcadores serológicos depende de la edad y de la región estudiada. La infección por VHC en niños y adolescentes se sitúa entre 0-0,7 % (5-7) y asciende al 3,1-5,5 % en los mayores de 60 años (8,9). En la tabla I se muestra una visión de la distribución geográfica de la prevalencia del VHB y VHC en España.

A diferencia del VHB, el VHC carece de vacunación preventiva. En España, desde finales de los años 90, todas las comunidades autónomas inmunizan sistemáticamente a los recién nacidos frente al VHB. Es interesante reseñar que la vacunación universal, el control sistemático de las donaciones de sangre y el cribado serológico de las gestantes en el tercer trimestre han contribuido a que la incidencia y la mortalidad hayan descendido en España durante los últimos años (1997-2005); si bien, a partir de 2005, ha sufrido un repunte, al igual que el resto de Europa (10). Este evento ha sido atribuido al aumento de la población inmigrante de zonas con elevada prevalencia, al cambio de ciertas conductas sociales y al perfeccionamiento de la notificación de los casos y de las técnicas diagnósticas. En este mismo sentido apuntan los datos de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, que indican una reducción progresiva de la prevalencia del VHC en España a lo largo de los últimos años. Esta reducción se puede atribuir al mejor conocimiento de la enfermedad y a la disminución de algunos factores de riesgo como el uso compartido de jeringuillas y el control sistemático de las donaciones de sangre. A diferencia del consenso general sobre la influencia creciente de la inmigración en la prevalencia del VHB en España y Europa, el trabajo de Calleja Panero y cols., no confirma tal asociación. Asimismo, el personal sanitario y de salud pública con contacto frecuente con la sangre constituye uno de los principales grupos de riesgo para contraer la hepatitis B, circunstancia no analizada en dicho trabajo. En cuanto a la prevalencia del VHC en población inmigrante, hay que reseñar que es muy baja en los latinoamericanos, relativamente baja en los procedentes del este de Europa

Tabla I. Prevalencia de los marcadores serológicos del VHC y VHB en España

Región	n casos	Anti-VHC (%)	AgHBs (%)	Publicación
Rioja	890	2		1996 (8)
Madrid	1.109	2,5		1997 (15)
Gijón	453	1,76	1,2	1997 (16)
Asturias*	1.170	1,6		2001 (17)
Cataluña	2.194	2,6	1,69	2002 (9)
Zamora	675	0,74		2002 (18)
Granada (gestantes)	381	0,5	0,8	2005 (12)
Madrid**	651	46		2006 (19)
Castilla y León	364	1,1	< 0,27; 8,2***	2007 (20)
Cataluña	2.620		0,7; 8,7***	2007 (21)
Andalucía**	1.468	16		2009 (22)
Madrid/Murcia*	5.017	0,6	0,7	2013 (4)

*Población sana trabajadora; **Pacientes VIH positivos; ***Anti-HBc.

Editorial

y elevada entre asiáticos y subsaharianos. Por tanto, su influencia en la prevalencia de la población general dependerá del origen de la inmigración y varía considerablemente en las diferentes regiones españolas. En el estudio comentado no se encuentra una asociación significativa entre la prevalencia del VHC y la inmigración. Aunque no aportan datos sobre el origen de la misma, sí que indican que se trata de una población seleccionada, al tratarse de trabajadores con permiso de residencia y quizás, lo más relevante, una población más joven que la población general estudiada. Por último, hay que destacar las recomendaciones para el mejor manejo de la hepatitis B en España, publicadas por un grupo de expertos sobre el tema y de las que cabe comentar: el mantenimiento de los programas de vacunación (incidiendo en la cobertura y cribado de la población foránea), la mejora de la información sobre prevención, detección y tratamiento del VHB en la población general y sobre todo entre el personal sanitario, además de fomentar la investigación en relación con la prevención y el tratamiento innovador (11).

Por otro lado, se han realizado diferentes e interesantes estudios sobre estas hepatitis virales en el embarazo. En relación con el VHB, la prevalencia en gestantes en nuestro medio está en torno al 0,8 % y, al igual que en el VHC, la transmisión vertical (TV) del mismo ha sido uno de los mecanismos más importantes de infección (12). En nuestro país se aplica la profilaxis postexposición en el hijo, pero en estos momentos esta medida quizás no sea suficiente. En un artículo reciente en población asiática se ha demostrado que aproximadamente el 10% de los hijos nacidos de madre AgHBe positivo con alta carga viral ($7-8 \log_{10}$ copias/ml) presentan una infección crónica por el VHB a pesar de una correcta profilaxis. Esto demuestra la importancia del uso de antivirales en las madres con altas cargas virales en el tercer trimestre de la gestación (13). La prevalencia del VHC en gestantes es similar a la encontrada en la población general (0,53-1,4 %) (12). Aunque la tasa de TV y de cronificación del VHC es baja (alrededor del 5 %), sin embargo, se sabe que el 90 % de los niños infectados adquieren el virus por este mecanismo (14). Los factores implicados en la TV del VHC se desconocen en la mayoría de los casos. No obstante, se asumen como potenciales factores de riesgo la presencia de alta carga viral en el momento del parto y la coinfección con el VIH (20-30 %). A medida que aumenta el conocimiento sobre el VHC, sobre la importancia de los factores inmunogenéticos del hospedador y, sobre todo, con el desarrollo de agentes antivirales de acción directa libres de interferón pegilado y ribavirina (contraindicados en el embarazo), será posible profundizar en dichos factores y también actuar de forma preventiva en la TV.

Finalmente, son necesarios nuevos estudios que actualicen los datos de prevalencia y que tengan en cuenta las nuevas tendencias sociales, los cambios migratorios, los nuevos tratamientos y las estrategias de prevención actuales. Asimismo, los estudios deberían centrarse en la población general, ya que la mayoría de los datos de prevalencia de la infección por los citados virus se han obtenido a partir de poblaciones de alto riesgo que no son representativas de la prevalencia de la infección por VHB y VHC en España.

José Antonio Muñoz-Gámez y Javier Salmerón

*Unidad de Aparato Digestivo. Hospital Universitario San Cecilio.
CIBERehd. Granada*

Editorial

BIBLIOGRAFÍA

1. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs204/en/>
2. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs164/en/>
3. Cobb B, Pockros PJ, Vilchez RA, Vierling JM. HCV RNA viral load assessments in the era of direct-acting antivirals. *Am J Gastroenterol* 2013;108:471-5.
4. Calleja Panero JL, Llop Herrera E, Ruiz Moraga M, de la Revilla Negro J, Calvo Bonacho E, Pons Renedo F, et al. Prevalence of viral hepatitis (Band C) serological markers in healthy working population. *Rev Esp Enferm Dig* 2013;105:249-54.
5. Montes Martínez I, Agulla Budino A. Prevalence of antibodies against hepatitis A, B, C and E viruses in the rural child population in Northern Extremadura. *An Esp Pediatr* 1996;45:133-6.
6. Gil Miguel A, Ruedas A, Santos Santos M, Rey Calero YJ. Prevalence of hepatitis C virus infection in school children in an urban and suburban area of Madrid. *Aten Primaria* 1996;17:521-2.
7. Martínez Pérez JA, Gomeno Fernández C, González Praetorius A, Gascuena Luengo M, Calvo Orduna MJ, Caballero Moreno L. Seroprevalence of three types of hepatotropic virus in a population of adolescents of the province of Guadalajara. *Rev Esp Salud Pública* 2001;75:151-7.
8. Sacristan B, Gastanares MI, Elena A, Sacristan M, Barcenilla J, García JC, et al. Seroepidemiologic study of hepatitis C virus infection in a general population from the region of La Rioja, Spain. *Med Clin (Barc)* 1996;107:331-5.
9. Sola R, Cruz de Castro E, Hombrados M, Planas R, Coll S, Jordi R, et al. Prevalence of hepatitis B and hepatitis C viruses in different counties of Catalonia, Spain: cross-sectional study. *Med Clin (Barc)* 2002;119:90-5.
10. Hernando Sebastián M, Soler Crespo P, Garrido Estepa M, Cano Portero R, Llácer Gil de Rames A. Vigilancia epidemiológica de la Hepatitis B en España. Años 1997-2008. *Boletín epidemiológico semanal*, 18 oct 2010.
11. Grupo de Estudio de la Hepatitis B (GEsHeB). Orientaciones para un mejor manejo de la hepatitis B en España. *Rev Esp Sani Penit* 2009;11:87-95.
12. Ruiz-Extremera A, López-Garrido MA, Barranco E, Quintero MD, Ocete-Hita E, Muñoz de Rueda P, et al. Activity of hepatic enzymes from week sixteen of pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2005;193:2010-6.
13. Wen WH, Chang MH, Zhao LL, Ni YH, Hsu HY, Wu JF, et al. Mother-to-infant transmission of hepatitis B virus infection: Significance of maternal viral load and strategies for intervention. *J Hepatol* 2013;59:24-30.
14. Ruiz-Extremera A, Muñoz-Gómez JA, Salmerón-Ruiz MA, de Rueda PM, Quiles-Pérez R, Gila-Medina A, et al. Genetic variation in interleukin 28B with respect to vertical transmission of hepatitis C virus and spontaneous clearance in HCV-infected children. *Hepatology* 2011;53:1830-8.
15. Prieto Domingo JJ, Carrión Bolanos JA, Brandes Moya F. Prevalence of hepatitis C virus and excessive consumption of alcohol in a nonhospital worker population. *Gastroenterol Hepatol* 1997;20:479-83.
16. Suárez A, Viejo G, Navascués CA, García R, Díaz G, Saro C, et al. The prevalence of hepatitis A, B and C viral markers in the population of Gijón between 26 and 65 years old. *Gastroenterol Hepatol* 1997;20:347-52.
17. Riestra S, Fernández E, Leiva P, Garcia S, Ocio G, Rodrigo L. Prevalence of hepatitis C virus infection in the general population of northern Spain. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2001;13:477-81.
18. Chimeno MM, Chocarro A, Brezmes P, Ochoa C, Perez J. Seroprevalence of hepatitis C virus in the general population. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2002;20:64-7.
19. González Cerrajero M, Pazos García A, de los Santos Gil I, Sanz Sanz J. *An Med Interna*. Prevalence of hepatitis C virus among HIV-infected patients in Area 2 of Madrid 2006;23:111-4.
20. López-Izquierdo R, Udaondo MA, Zarzosa P, García-Ramón E, Garcinuño S, Bratos MA, et al. Seroprevalence of viral hepatitis in a representative general population of an urban public health area in Castilla y Leon (Spain). *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2007;25:317-23.
21. Salleras L, Domínguez A, Bruguera M, Plans P, Costa J, Cardeñosa N, et al. Declining prevalence of hepatitis B virus infection in Catalonia (Spain) 12 years after the introduction of universal vaccination. *Vaccine* 2007;25:8726-31.
22. Palacios R, Mata R, Aguilar I, Muñoz L, Ríos MJ, Vergara S, et al. High seroprevalence but low incidence of HCV infection in a cohort of patients with sexually transmitted HIV in Andalusia, Spain. *J Int Assoc Physicians AIDS Care* 2009;8:100-5.