

## Editorial

El primer trabajo que en nuestro país hacía referencia concreta a la existencia de alteraciones hepáticas en adictos a drogas por vía parenteral (ADPV) fue publicado por Aquino y cols. de la Fundación Jiménez Díaz en 1981. Entre 1981 y 1985 como consecuencia lógica del imprevisto (?) y espectacular aumento de la heroínomanía en España surgieron numerosos trabajos que —como en otros países que nos precedieron en este problema— permitieron conocer que dentro de las complicaciones infecciosas tan comunes en este tipo de pacientes, las relacionadas con infecciones agudas y crónicas causadas por virus productores de hepatitis, sobre todo VHB y NoA-NoB, representaban el 60% de todas ellas, según datos del Grupo Español para el Estudio de Enfermedades Infecciosas en Toxicómanos.

Por la posibilidad actual de conocer perfectamente en cada caso la existencia de infección presente o pasada por el VHB, hoy sabemos que en nuestro país el 10% de los ADPV son portadores crónicos del VHB y que un 80% de ellos presentan marcadores de infección presente, o pasada, frente a dicho agente viral. Conocemos también que el 50% de dicho colectivo presenta hipertransaminasemia mantenida como signo bioquímico de daño hepático crónico. Estas hipertransaminasemias crónicas, no sólo están relacionadas con la infección por VHB, sino también con la causada por los virus NoA-NoB, ya que asimismo la presentan el 50% de los ADPV seronegativos para el VHB.

Otro hecho interesante ha sido el hallazgo epidemiológico observado por diferentes grupos de trabajo, entre ellos el nuestro, consistente en que si la antigüedad de adicción es menor a un año, el porcentaje de seronegatividad al VHB sube hasta valores que oscilan alrededor del 40%. Este

tipo de pacientes representa en nuestra serie aproximadamente el 25% de todos los casos estudiados, que actualmente han superado ya el millar durante los cuatro últimos años. Extrapolando estas cifras al conjunto de todo el país, ello implicaría que sobre una cifra teórica de unos 100.000 heroínómanos, seguramente 25.000 no habrían tenido contacto con VHB y serían susceptibles de vacunación. Este dato es conocido hace ya varios años y como tantas veces ha ocurrido en España, la voluntad del legislador en este sentido, plasmada en el Real Decreto de 28 de diciembre de 1983 sobre suministro, distribución, prescripción y control de la vacuna de la Hepatitis B, en el que entre otros grupos de riesgo a vacunar se incluye a «personas que practiquen punciones cutáneas frecuentes no controladas médicamente (drogadictos, etc.)», no ha tenido realización práctica mediante una campaña de vacunación de los miembros de este colectivo, que han solicitado asistencia en Centros de Toxicómanos, tanto oficiales como privados. ¿Que ha supuesto este hecho? Ciñéndonos a nuestra propia experiencia, que al menos un 25% de los 1.000 heroínómanos controlados en nuestro Servicio durante los últimos cuatro años y susceptibles de vacunación no lo han sido y, es más que probable que, dado que el índice de ataque de la Hepatitis B es del 20% en este grupo de riesgo, prácticamente todos ellos hayan tenido contacto con dicho virus. A este hecho, ya de por sí importante, ha venido a añadirse la evidencia actual de que en España los ADPV se han convertido en el reservorio activo, prácticamente exclusivo, de infección por Virus de la Hepatitis Delta, el cual —como es sabido— sólo puede afectar a sujetos portadores crónicos del virus de la hepatitis B o a aquéllos que no tengan anticuerpos frente a él. La vacunación

---

frente al virus de la Hepatitis B es, pues, el único medio de que se dispone actualmente para la prevención de la infección por virus Delta. Recordemos además que la infección por virus Delta condiciona una mayor incidencia de formas de Hepatitis Fulminante y un elevado porcentaje de paso a formas crónicas rápidamente evolutivas hacia cirrosis hepática. Baste señalar a este respecto que el 90% de nuestras cirrosis hepáticas en menores de 30 años han sido causadas por la infección Delta... ¿Cuántas cirrosis se podría haber evitado en los ADPV con una campaña de vacunación iniciada en 1984 en toda España? Es posible que más de un centenar. ¿Cuántas tendremos dentro de 10 años? Probablemente, «muchas». Posiblemente, «demasiadas».

Tres años después del Real Decreto sobre vacunación frente a la Hepatitis B, en la memoria del Plan Nacional contra la Droga de 1986 se señala como una de las prioridades del plan para 1987 la «Prevención y Asistencia a otros problemas de salud de los drogadictos, tales como el SIDA y Hepatitis B». Por ello, hacemos un llamamiento a las Administraciones Centrales y Autonómicas para que esta prevención —léase vacunación— comience antes de que acabe el año 1987, tal como tenían

previsto. Hoy en día con la extensión a todo el país de los Centros de Tratamiento y Deshabituación esta tarea ya dispone de una infraestructura que facilitaría el hecho de que todo heroinómano que acude a ellos fuera estudiado en relación a su estado inmunológico frente al VHB y en caso de seronegatividad ser vacunado. Esta campaña, dada la existencia actual de vacunas recombinantes y la mayor disponibilidad de vacuna, su coste asequible y la mayor disponibilidad individual y social de una campaña de este tipo, hace que su presupuesto global —menos de 2 millones anuales en la Comunidad Valenciana por ejemplo— ofrezca una relación coste/eficacia favorabilísima, dada la enorme repercusión individual y social de la infección por VHB y VHD en ADVP y en los grupos potencialmente relacionados con ellos, sobre todo familiares y personal sanitario.

J.M. Rodrigo Gomez y M.A Serra Desfilis.  
Servicio de Aparato Digestivo.  
Hospital Clínico Universitario. Valencia.

Centro Piloto para el estudio de Enfermedades Hepáticas en Toxicómanos. Conselleria de Sanitat i Consum. Generalitat Valenciana.