

Consejería de Salud

PROCESO
PROCESO
ASISTENCIAL
ASISTENCIAL
INTEGRADO
INTEGRADO

HEPATITIS VÍRICAS



PROCESO PROCESO
ASISTENCIAL ASISTENCIAL
INTEGRADO INTEGRADO

HEPATITIS VÍRICAS



HEPATITIS víricas : proceso asistencial
integrado. -- [Sevilla] : Consejería de Salud,
[2003]

98 p. ; 24 cm

ISBN 84-8486-123-6

1. Hepatitis viral humana 2. Calidad de la
atención de salud 3. Andalucía I. Andalucía.
Consejería de Salud

WC 536

HEPATITIS VÍRICAS

Edita: Consejería de Salud

Depósito Legal: SE-2419-2003

ISBN: 84-8486-123-6

Maquetación: PDF-Sur s.c.a.

Coordinación y producción: Forma Animada

Presentación

Con la configuración del Mapa de Procesos Asistenciales Integrados del Sistema Sanitario Público de Andalucía, y con el objetivo común de ofertar a los ciudadanos andaluces unos servicios sanitarios de alta calidad, hemos iniciado un camino que esperamos sea de estímulo para todos los profesionales implicados.

La Gestión por Procesos es una herramienta con la que se analizan los diversos componentes que intervienen en la prestación sanitaria, para ordenar los diferentes flujos de trabajo de la misma, integrar el conocimiento actualizado y procurar cierto énfasis en los resultados obtenidos, teniendo en cuenta las expectativas que tienen los ciudadanos y profesionales, e intentando disminuir la variabilidad de las actuaciones de estos últimos hasta lograr un grado de homogeneidad razonable.

Se trata, pues, de impulsar un cambio en la organización basado en la fuerte implicación de los profesionales y en su capacidad de introducir la idea de mejora continua de la calidad, y de llevarlo a cabo desde un enfoque centrado en el usuario.

Cuando nos referimos a la gestión por procesos en Andalucía estamos aludiendo a un abordaje integral de cada uno de ellos - incluidos en el Mapa que se ha definido- y ello conlleva el reanálisis de las actuaciones desde que el paciente demanda una asistencia hasta que ésta termina. En este contexto, la continuidad asistencial y la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales se convierten en elementos esenciales.

Cada uno de los libros que se presentan recoge el fruto del importante esfuerzo que ha realizado la organización sanitaria pública de Andalucía, y en especial los profesionales que prestan la asistencia, por analizar cómo se están haciendo las cosas y, sobre todo, cómo deberían hacerse, creando una propuesta de cambio razonable, coherente, innovadora y abierta para el Sistema Sanitario Público de nuestra Comunidad Autónoma.

Por todo ello, queremos expresar nuestro más profundo agradecimiento al numeroso grupo de profesionales que han hecho posible que podamos contar con un Mapa de Procesos del Sistema Sanitario de Andalucía, que iremos desarrollando e implantando de forma progresiva, y que será, sin duda, el referente para instaurar una mejor práctica asistencial y avanzar en la idea de mejora continua de la calidad en nuestras organizaciones sanitarias.

Antonio Torres Olivera
Director General de Organización de Procesos y Formación



EQUIPO DE TRABAJO

Fco. Javier Salmerón Escobar (Coordinador); Raúl J. Andrade Bellido; Jaime Boceta Osuna; Carmen Cortes Martínez; Manuel de la Mata García; Encarnación López García, Manuel Romero Gómez; Gloria Soler Rojas; Juan Tomás Gilabert; Rafael Vázquez Molina.

COLABORADORA

Antonia Fiol Alomar.

Índice

1. INTRODUCCIÓN	11
2. DEFINICIÓN GLOBAL	15
3. DESTINATARIOS Y OBJETIVOS	17
Destinatarios y expectativas	19
Objetivos. Flujos de salida. Características de calidad	20
4. COMPONENTES	23
Descripción general	23
Profesionales. Actividades. Características de calidad	27
Competencias profesionales	40
Recursos. Características generales. Requisitos	53
Unidades de soporte	54
5. REPRESENTACIÓN GRÁFICA	55
6. INDICADORES	63
Anexos	
Anexo 1: Respuestas a preguntas comunes planteadas por pacientes y familiares.	67
Anexo 2: Propuesta de información básica a pacientes y familiares.....	71
Anexo 3: Manejo diagnóstico de la hipertransaminasemia de origen no filiado	73
Anexo 4: Información básica a pacientes y familiares sobre la biopsia hepática	81
Anexo 5: Tratamiento de la hepatitis viral crónica. Información para pacientes.....	83
Anexo 8: Evidencia actual sobre el tratamiento de la hepatitis crónica C	85
Abreviaturas	87
Bibliografía	91

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.

2

DEFINICIÓN GLOBAL

Designación del proceso: Proceso de atención a pacientes con hepatitis víricas.

Definición funcional: Conjunto de actividades encaminadas al diagnóstico precoz de la hepatitis vírica aguda o crónica, a la instauración del tratamiento y seguimiento, y a la aplicación de las medidas preventivas y educativas oportunas.

Límite de entrada:

- Paciente con signos/síntomas clínicos compatibles con hepatitis aguda o crónica.
- Hallazgo casual o no de parámetros bioquímicos alterados y/o serología viral positiva.
- La población general en situación de riesgo.

Límite final:

- Curación, dependiendo del tipo de hepatitis vírica.
- No confirmación de hepatitis vírica.

Límites marginales:

- Dadas sus especiales características vamos a excluir de este proceso las hepatitis víricas en niños, los casos de VIH positivo y los enfermos incluidos en programa de hemodiálisis.
- Hepatitis delta y hepatitis E.
- Diagnóstico y tratamiento de cirrosis hepática.
- Trasplante hepático (desarrollado en otro proceso asistencial).
- Las medidas preventivas en el ámbito comunitario.

3 DESTINATARIOS Y OBJETIVOS

Destinatarios y expectativas

PACIENTES

- Que no me repitan pruebas innecesariamente.
- Que no me confundan, dándome recomendaciones diferentes.
- Que pueda acceder fácilmente y sin demora a la atención sanitaria.
- Que se respete mi intimidad y la confidencialidad de mis datos.
- Que pueda consultar mis dudas y necesidades con el personal sanitario.
- Que me atiendan de forma personalizada.
- Que las áreas de atención (consultas y hospitalización) tengan un entorno limpio y tranquilo y se garantice el buen funcionamiento de las instalaciones y del aparataje o material con el que se me asiste.
- Que me tengan informado del resultado de todas las pruebas y los tratamientos que me prescriban.
- Que me faciliten el acceso a una segunda opinión en caso de que la demande.
- Que se respete mi deseo de confidencialidad sobre la información de que deben disponer mis familiares y allegados.
- Que se me permita optar sobre diferentes opciones de tratamiento.

FAMILIARES

- Que me den información clara y precisa de lo que tiene mi familiar.
- Apoyo social y emocional.
- Que tenga posibilidad de acompañarlo en todo momento.
- Que se garantice la confidencialidad de los datos de mi familiar.
- Tener acceso a educación para la salud.
- Que mantengan la confidencialidad ante conductas de riesgo.
- Tener acceso a material preventivo (jeringuillas desechables, preservativos).

FACULTATIVOS Y PROFESIONALES SANITARIOS

Médico de Familia

- Disponibilidad suficiente de tiempo.
- Infraestructura adecuada en consulta.
- Accesibilidad a pruebas complementarias para apoyo al diagnóstico.
- Coordinación interniveles que permita la derivación ágil del paciente.
- Información periódica entre profesionales.
- Formación continuada, acceso y participación en proyectos de investigación.
- Que esté protocolizada la información sobre medidas preventivas y prácticas de riesgo que evite los mensajes contradictorios.

Enfermera

- Disponibilidad de tiempo suficiente.
- Información sobre el paciente.
- Mejor coordinación entre médico y enfermera.
- Formación continuada, acceso y participación en proyectos de investigación.
- Recursos destinados a educación para la salud.
- Que esté protocolizada la información sobre medidas preventivas y prácticas de riesgo que evite los mensajes contradictorios.

Trabajador Social

- Mejor coordinación con los demás profesionales implicados.

Digestivo

- Disponibilidad suficiente de tiempo.
- Infraestructura adecuada en la consulta.
- Compartir información del paciente (historia clínica compartida).

- Coordinación interniveles que permita la derivación ágil del paciente.
- Información periódica entre profesionales.
- Formación continuada, acceso y participación en proyectos de investigación.
- Derivación del paciente desde Atención Primaria con un informe clínico completo.
- Disponer de distintos recursos para la adecuada atención del paciente (tratamientos especiales, pruebas complementarias, hospitalización, hospital de día).
- Informe anatomopatológico, microbiológico, bioquímico y radiológico completos.

Anatomopatólogo-Microbiólogo

- Infraestructura suficiente.
- Que se envíen las muestras correctamente etiquetadas y procesadas.
- Que se aporte un informe clínico completo.

Sº de Farmacia

- Que la indicación de tratamiento esté cumplimentada de forma correcta y clara.

Banco de Sangre

- Derivación ágil y adecuada de pacientes.
- Coordinación con otros niveles asistenciales.

Servicios de Salud Pública

- Que se realice la declaración obligatoria individualizada en los diferentes niveles asistenciales.
- Utilización de un formato estándar para la recogida completa de información.
- Cumplimiento de instrucciones para la prevención de la infección nosocomial.



Objetivos. Flujos de salida. Características de calidad

DESTINATARIO: **PACIENTE**

FLUJOS DE SALIDA: **INFORMACIÓN SANITARIA**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- El entorno en que se realice la consulta debe garantizar la intimidad.
- Los sistemas de información utilizados deben garantizar la confidencialidad de los datos obtenidos del paciente.
- Deberá disponerse de información escrita estandarizada en lenguaje comprensible para complementar la facilitada por el profesional.
- Sistemas de información que garanticen el aviso de los cambios de citas con antelación suficiente.
- La información sobre el diagnóstico, el pronóstico y las opciones de tratamiento debe ser actualizada, estandarizada y suficiente para permitir al paciente participar en la toma de decisiones.

FLUJOS DE SALIDA: **ASISTENCIA SANITARIA**

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Coordinación adecuada entre las distintas estructuras asistenciales.
- Garantizar la accesibilidad del paciente a los servicios sanitarios.
- Tiempo de demora para la asistencia en AE inferior a 30 días.
- Establecer citas preferentes en función de la situación clínica del paciente.
- Realización de pruebas complementarias: la extracción sanguínea para la analítica general y la serología no debe demorarse más de 3 días, y la ecografía hepatobiliar no más de 3 semanas, salvo casos urgentes.
- Demora inferior a 7 días para conocer los resultados de la serología.
- Confidencialidad sobre los resultados de las pruebas solicitadas.

DESTINATARIO: FAMILIARES

FLUJOS DE SALIDA: INFORMACIÓN

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Disponer de información sobre el proceso de atención que sigue el paciente.
- Establecer el lugar, el profesional y la periodicidad con que deben ser informados los familiares.
- Favorecer el acompañamiento del paciente cuando éste así lo desee.

DESTINATARIO: PROFESIONALES SANITARIOS

FLUJOS DE SALIDA: COORDINACIÓN

CARACTERÍSTICAS DE CALIDAD

- Disponer de acceso a las pruebas complementarias que determina el proceso.
- Mecanismos de contacto entre profesionales para el manejo compartido del paciente.
- Los informes del paciente en cada nivel asistencial deben recoger aquellos aspectos que se determinan como básicos.
- Las pruebas complementarias deben indicarse evitando la duplicidad, siendo para el manejo común de los diferentes niveles asistenciales.
- Evitar demoras y duplicidades en los procedimientos administrativos necesarios en el tratamiento y seguimiento de pacientes (renovación de tratamientos, visados, entrega de material preventivo...).
- Estudio e instauración de medidas de profilaxis y educación sanitaria oportunas para los convivientes.
- Aplicación de las medidas de profilaxis post-exposición en los casos necesarios.
- Existencia de protocolos consensuados de tratamiento, fundamentalmente en lo relacionado con la hepatitis C crónica.
- Documentación explícita de cada caso sobre indicación de tratamiento y revisión del mismo.

4

COMPONENTES

Descripción general

QUÉ	GESTIÓN DE CITA PARA MÉDICO DE FAMILIA (1ª CONSULTA)
QUIÉN	UAU de AP
CUÁNDO	1º
DÓNDE	Centro de Salud
CÓMO	Manual de procedimientos

QUÉ	VALORACIÓN INICIAL <ul style="list-style-type: none"> • Historia clínica • Pruebas complementarias • Educación para la salud
------------	--

QUIÉN	Médico de Familia
CUÁNDO	2º
DÓNDE	Centro de Salud
CÓMO	Guías de actuación

QUÉ	GESTIÓN DE CITA PARA: <ul style="list-style-type: none"> • Pruebas complementarias • Médico de Familia (2ª consulta)
------------	---

QUIÉN	UAU de AP
CUÁNDO	3º
DÓNDE	Centro de Salud
CÓMO	Manual de procedimientos

QUÉ	REALIZACIÓN DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
------------	---

QUIÉN	Enfermera/Personal de Laboratorio/Radiólogo
CUÁNDO	4º
DÓNDE	Centro de Salud/CPE/Hospital
CÓMO	Según procedimientos establecidos

QUÉ	VALORACIÓN EN 2ª CONSULTA
------------	----------------------------------

QUIÉN	Médico de Familia
CUÁNDO	5º
DÓNDE	Centro de Salud
CÓMO	Guías de actuación

QUÉ	GESTIÓN DE CITA PARA DIGESTIVO (1ª CONSULTA)
QUIÉN	UAU de AP
CUÁNDO	6º
DÓNDE	Centro de Salud
CÓMO	Manual de procedimientos

QUÉ	VALORACIÓN INICIAL
QUIÉN	Digestivo
CUÁNDO	7º
DÓNDE	CPE/Hospital
CÓMO	Guías de actuación

QUÉ	GESTIÓN DE CITA PARA: <ul style="list-style-type: none"> • Realización de pruebas diagnósticas • Digestivo (2ª consulta)
QUIÉN	UAU de AE
CUÁNDO	8º
DÓNDE	CPE/Hospital
CÓMO	Manual de procedimientos

QUÉ	REALIZACIÓN DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
QUIÉN	Radiólogo
CUÁNDO	9º
DÓNDE	CPE/Hospital
CÓMO	Manual de procedimientos

QUÉ	VALORACIÓN EN 2ª CONSULTA
QUIÉN	Digestivo
CUÁNDO	10º
DÓNDE	CPE/Hospital
CÓMO	Guías de actuación

QUÉ	GESTIÓN DE CITA PARA:· • Biopsia hepática • Digestivo (3ª consulta)
QUIÉN	UAU de AE
CUÁNDO	11º
DÓNDE	CPE/Hospital
CÓMO	Manual de procedimientos

QUÉ	VALORACIÓN EN 3ª CONSULTA
QUIÉN	Digestivo
CUÁNDO	12º
DÓNDE	CPE/Hospital
CÓMO	Guías de actuación

QUÉ	SEGUIMIENTO EN AE/AP
QUIÉN	Digestivo, Médico de Familia
CUÁNDO	13º
DÓNDE	CPE/Hospital/ Centro de Salud
CÓMO	Guías de actuación



Profesionales. Actividades. Características de calidad

Unidad de Atención al Usuario de AP

Actividades	Características de calidad
1°. Gestión de cita para Médico de Familia (1ª consulta)	<ul style="list-style-type: none">• Atención amable y con respeto.• Se realizará registro, completo y sin errores, de datos administrativos.• Cita sin demora en función de la situación del paciente, incluyendo la posibilidad de dar una cita inmediata si lo requiere la intensidad de los síntomas.

Médico de Familia

Actividades	Características de calidad
2°. Valoración inicial	<p>Esta consulta tiene como finalidad:</p> <ul style="list-style-type: none">• Realizar anamnesis:<ul style="list-style-type: none">– Antecedentes de etilismo, ingesta de medicamentos. Encuesta epidemiológica sobre un posible contagio reciente o remoto por el virus de la hepatitis.– Antecedentes de dolor en hipocondrio derecho, fiebre no filiada, ictericia, coluria, acolia, y otros signos/síntomas relacionados con la hepatitis.• Exploración física:<ul style="list-style-type: none">– Se investigará la presencia de hepatomegalia, ictericia o subictericia, signos de hepatopatía crónica, hipertensión portal y signos de encefalopatía hepática (feto hepático, asterix).• Pruebas complementarias:<ul style="list-style-type: none">– Solicitud de hemograma y bioquímica. Debe incluir necesariamente: ALT, AST, GGT, bilirrubina total y fraccionada, fosfatasa alcalina (Anexo 3).– Actividad de protombina o INR.– Solicitud de la serología que debe incluir: antiVHA-IgM, antiHBc-IgM, HBsAg, antiVHC, HBeAg y AntiHbe (Anexo 3).– Solicitud de ecografía hepatobiliar.

- Información y educación para la salud sobre mecanismos de contagio y prevención de los convivientes:
 - HEPATITIS A:
 - Lavado cuidadoso de manos después de la higiene personal.
 - Aislamiento entérico de enfermos.
 - Uso de lejías y detergentes en la limpieza de enseres y fómites.
 - HEPATITIS B y D:
 - En caso de drogodependencia, no compartir jamás jeringuillas y otros útiles.
 - No manipular material contaminado con sangre y derivados.
 - Métodos de barrera en las relaciones sexuales y vacunación de la pareja estable.
 - No compartir útiles de aseo, como maquinillas de afeitar y otros.
 - No compartir material de tatuajes, *piercings*, acupuntura y útiles cortantes en general.
 - HEPATITIS C:
 - En caso de drogodependencia, no compartir jamás jeringuillas y otros útiles.
 - No manipular material contaminado con sangre y derivados.
 - Debido a la baja contagiosidad de la vía sexual (0-4%, según las series), no es necesario el uso de métodos barrera en las parejas estables, tan sólo durante el periodo menstrual.
 - No compartir útiles de aseo (maquinillas de afeitar u otros).
 - No compartir material de tatuajes, *piercings*, acupuntura y útiles cortantes en general.

Unidad de Atención al Usuario de AP

Actividades	Características de calidad
<p style="text-align: center;">3º.</p> <p>Cita para:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Pruebas complementarias – Médico de Familia (2ª consulta) 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención amable y con respeto. • Se realizará registro completo de datos administrativos. • La extracción para la analítica no debe demorarse más de 3 días. • La ecografía hepatobiliar debe realizarse en un periodo inferior a 3 semanas, salvo en casos urgentes. • Cita para el Médico de Familia, asegurándose de que los resultados analíticos estarán disponibles para el momento de la consulta.

Enfermera/Personal de Laboratorio/Radiólogo

Actividades	Características de calidad
4°. Realización de pruebas complementarias	<ul style="list-style-type: none">• La extracción y manipulación de las muestras de sangre se realizará conforme a los procedimientos establecidos.• Las muestras serán correctamente identificadas, según procedimientos establecidos.• Existirá un registro diario que permita el control y gestión de cada muestra extraída.

Médico de Familia

Actividades	Características de calidad
5°. Valoración en 2ª consulta	<ul style="list-style-type: none">• Información sobre el resultado de la serología y analítica solicitadas. Valoración de ecografía (Anexo 3).• Valoración de posibilidad de "periodo ventana" en caso de resultado negativo.• Diagnóstico de hepatitis aguda viral (Anexo 3).<ul style="list-style-type: none">– antiVHA-IgM positivo: hepatitis aguda A.– antiHBC-IgM positivo: hepatitis aguda B.– antiVHC positivo y ALT > 10 veces valor normal: sospecha de hepatitis aguda C (no hay marcador de infección aguda).• Diagnóstico o sospecha de hepatitis crónica B si:<ul style="list-style-type: none">– Persistencia de HbsAg más allá de 6 meses tras el diagnóstico sin antiHBs.– Presencia de antiHBC-IgG.– Positividad de HBeAg o del anti-Hbe.– Positividad de ADN-VHB.• Diagnóstico o sospecha de hepatitis crónica C si:<ul style="list-style-type: none">– Presencia de antiVHC y ARN-VHC con ALT elevada o normal.• Informar sobre la enfermedad y educación para la salud con refuerzo positivo de las medidas preventivas utilizadas (Anexos 1 y 2).• Responder a las demandas del paciente, miedos y preocupaciones.• Registro en historia clínica.• Derivación, si procede:<ul style="list-style-type: none">– Hepatitis aguda A y B no se derivan salvo criterios de mal pronóstico:<ul style="list-style-type: none">- Actividad de protombina inferior al 70% o INR superior a 1,5.- Presencia de signos de encefalopatía hepática.

- Hepatitis aguda C se deriva siempre.
- Hepatitis crónica B y C se derivan siempre para la valoración e indicación de tratamiento específico, incluso aquellos casos en los que no está realizado dicho tratamiento (pacientes mayores de 70 años, coexistencia de enfermedades crónicas, si existen datos de cirrosis hepática, como actividad de protombina inferior al 50% junto con signos de hipertensión portal por ecografía e hiperesplenismo).
- Notificación del caso según lo estipulado en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica.
- Iniciar estudio de contactos ofertando serología a convivientes y pareja sexual.
- Profilaxis a convivientes y parejas según las siguientes recomendaciones:
 - HEPATITIS A:
 - Inmunoprofilaxis pasiva (gammaglobulina).
 - La gammaglobulina está especialmente indicada en la profilaxis post-exposición, como son los contactos domésticos o los sexuales.
 - Se puede indicar en casos de profilaxis pre-exposición cuando no se disponga de tiempo para que la vacuna sea efectiva (viaje imprevisto a países endémicos).
 - Inmunoprofilaxis activa (vacuna).
 - Para proteger a personas que viajan a países endémicos.
 - Indicada en manipuladores de alimentos.
 - Para controlar brotes epidémicos.
 - Se debe vacunar a los pacientes con hepatitis crónica B o C, hepatitis autoinmune, cirrosis alcohólica y cirrosis biliar primaria.
 - HEPATITIS B:
 - Inmunoprofilaxis pasiva (gammaglobulina hiperinmune).
 - La indicación de la inmunoglobulina específica VHB queda restringida a la profilaxis post-exposición:
 - Recién nacidos de madres portadoras del VHB.
 - Inoculaciones accidentales con material positivo al VHB.
 - Contacto sexual con portadores del VHB.
 - La administración será lo más precoz posible tras la eventual exposición al VHB y se iniciará la pauta vacunal antihepatitis B.
 - Inmunoprofilaxis activa (vacuna).
 - Está dirigida especialmente a grupos de población con mayor riesgo de padecer infección.
 - Convivientes y contactos sexuales de portadores del VHB.
 - Usuarios de drogas por vía parenteral.

	<ul style="list-style-type: none"> - Actividad laboral con riesgo de contagio como funcionarios de prisiones, policías, personal de limpieza, etc. - Personal de servicios sanitarios. - Personas sometidas a hemodiálisis y receptores de hemoderivados. - Personas internadas en instituciones cerradas. - Personas con contactos sexuales múltiples o con pareja desconocida. - Pacientes con hepatitis crónica C. <p>Es recomendable determinar marcadores prevacunales (HBsAg, AntiHBs) para localizar la infección en personas que se hallan en situación de riesgo. No así para la población general.</p>
--	--

Unidad de Atención al Usuario de AP

Actividades	Características de calidad
<p>6°.</p> <p>Gestión de cita para Digestivo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Atención amable y respetuosa. • Se realizará un registro completo de datos administrativos. • Cita para la Consulta de Digestivo en un plazo no superior a 30 días desde su solicitud. • Establecer citas preferentes en función de la situación clínica del paciente (especificar en cuánto tiempo).

Digestivo

Actividades	Características de calidad
<p>7°.</p> <p>Valoración inicial:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración de analítica y ecografía que se aportan. • Confirmación de diagnóstico y valoración de tratamiento con solicitud de marcadores virales: <ul style="list-style-type: none"> - ADN-VHB: cualitativo y cuantitativo antes del tratamiento. - ARN-VHC: cualitativo y cuantitativo antes del tratamiento. - Genotipo VHC: antes del tratamiento. • Completar analítica (hemograma, coagulación, albúmina, alfa-fetoproteína, creatinina, bioquímica hepática, autoanticuerpos no órgano-específicos y pruebas tiroideas (T3, T4 y TSH). • Solicitud de ecografía hepatobiliar, si previamente no se ha realizado.

Unidad de Atención al Usuario de AE

Actividades	Características de calidad
<p>8°. Gestión de cita para: – Pruebas complementarias – Digestivo (2ª consulta)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Atención amable y respetuosa. • Se realizará un registro completo de los datos administrativos. • La extracción para la analítica no debe superar los 3 días. • La ecografía hepatobiliar debe realizarse en un periodo inferior a 3 semanas, salvo en casos urgentes. • Establecer citas preferentes en función de la situación clínica del paciente tanto para las pruebas complementarias como para la 2ª visita al Digestivo.

Enfermera/Personal de Laboratorio/Radiólogo

Actividades	Características de calidad
<p>9°. Realización de pruebas complementarias</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La extracción y manipulación de las muestras de sangre se realizará conforme a los procedimientos establecidos. • Las muestras serán correctamente identificadas según procedimientos establecidos. • Existirá un registro diario que permita el control y la gestión de cada muestra extraída. • Ecografía: valoración de la ecogenicidad hepática y de los signos de cirrosis; presencia de lesiones ocupantes de espacio y del diámetro del colédoco.

Digestivo

Actividades	Características de calidad
<p>10°. Valoración en 2ª consulta</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración de ecografía abdominal, si se ha realizado. • Valoración de la analítica y del estudio virológico para la confirmación del diagnóstico y valoración de tratamiento: <ul style="list-style-type: none"> – Hepatitis crónica VHB salvaje: HBsAg+, antiHBc+, HBeAg+, ADN-VHB+. – Hepatitis crónica VHB mutante precoz: HBsAg+, antiHBc+, antiHBe+, HBeAg–, ADN-VHB+ . – Hepatitis B en fase no replicativa HBeAg+, antiHBc+, antiHBe+, ADN-VHB–, ALT normal. – Hepatitis crónica C: antiVHC+, ARN-VHC+, ALT elevada o normal. – Infección VHC curada: antiVHC+, ARN-VHC–, ALT normal.

- Hepatopatía crónica no VHC: antiVHC-, ARN-VHC-, ALT elevada.
- Información detallada de la enfermedad y opciones de tratamiento.
- Refuerzo positivo de las medidas preventivas utilizadas.
- Registro en la historia clínica.
- Solicitud de biopsia hepática previa información al paciente (Anexo 4) para la firma del consentimiento informado según las siguientes indicaciones:
 - Previa al tratamiento para:
 - Confirmación de las lesiones inflamatorias y establecimiento del grado de lesión inflamatoria y del estadio de fibrosis de la hepatitis crónica por virus B y C.
 - Descartar otras enfermedades que podrían estar asociadas a la hepatitis crónica viral o no, como la hepatopatía alcohólica, la hepatitis autoinmune, la esteatohepatitis no alcohólica, la enfermedad de Wilson o la hemocromatosis.
 - Posterior al tratamiento para evaluar su eficacia antiviral.
- En el caso de que exista algún impedimento para la realización de la biopsia hepática, bien por alteración de los parámetros de la coagulación o por negativa del paciente, puede considerarse la instauración del tratamiento antiviral sin ésta, sobre todo en el caso de la hepatitis crónica por virus C.
- Para los pacientes con hepatitis crónica B es más arriesgado prescindir de la biopsia hepática debido a que pueden encontrarse en fase de cirrosis, en la que los riesgos adversos de la administración de interferón pueden ser muy graves. En estos casos sería más seguro optar por la terapia con lamivudina.
- La terapia antiviral sin biopsia hepática basal implica, además de los riesgos señalados, una limitación considerable en la evaluación de su eficacia.

Unidad de Atención al Usuario de AE

Actividades	Características de calidad
<p>11°. Gestión de cita: – Realización de biopsia hepática – Digestivo (3ª consulta)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Atención amable y respetuosa. • Se realizará registro completo de datos administrativos. • La cita para la biopsia hepática debe ser inferior a 3 semanas. • Establecer citas preferentes en función de la situación clínica del paciente.

Digestivo

Actividades	Características de calidad
<p>12°. Valoración en 3ª consulta</p>	<ul style="list-style-type: none">• La interpretación de la biopsia debe reflejar los siguientes aspectos:<ul style="list-style-type: none">– Fibrosis: valorada de 0 a 4 según el índice de clasificación de Scheuer¹.– Actividad inflamatoria: valorada según el índice de actividad histológica de Knodell² :<ul style="list-style-type: none">• Inflamación portal: de 0 a 4.• Inflamación lobulillar: de 0 a 4.• Necrosis periportal: de 0 a 10.– Grado de esteatosis:<ul style="list-style-type: none">• Ausente (0% de hepatocitos con vacuolas grasas).• Leve (menos del 33% de los hepatocitos con vacuolas grasas).• Moderada-grave (más del 33% de hepatocitos con vacuolas grasas).– Valoración de la presencia de daño biliar.• Valoración de tratamiento:<ul style="list-style-type: none">– Hepatitis crónica B:<ul style="list-style-type: none">• La decisión de tratar debe basarse en el análisis de una combinación de datos que incluye los niveles séricos de ALT, análisis virológicos (presencia de HBeAg y/o DNA-VHB detectable), histología hepática indicando, al menos, inflamación moderada y fibrosis, y test virológicos para excluir la infección concomitante por los virus C, D o HIV.• La eficacia del tratamiento se mide por:<ul style="list-style-type: none">- Respuesta bioquímica: capacidad de inducir normalización de la ALT sérica.- Respuesta virológica: capacidad de disminuir el DNA-VHB hasta niveles indetectables y pérdida del HBeAg en pacientes inicialmente positivos.- Respuesta histológica: capacidad de disminuir en al menos 2 puntos el índice de actividad histológica pretratamiento.- Además, la respuesta puede evaluarse al final del tratamiento o pasados, al menos, 6 meses desde su finalización (respuesta sostenida).• Fármacos: el interferón alfa (IFN-α) y la lamivudina pueden utilizarse indistintamente como tratamiento inicial en la hepatitis crónica B.<ul style="list-style-type: none">- El IFN-α: Sus ventajas son la duración limitada del tratamiento y la ausencia de inducción de mutaciones

resistentes. Sus inconvenientes son los efectos adversos y su mayor coste.

- La lamivudina. Es mejor tolerada y más económica (si se administra por un periodo no superior a 1 año), pero tanto la durabilidad de la respuesta como el significado a largo plazo de los mutantes resistentes que induce son inciertos.
- Los diferentes contextos en que pueden presentarse los pacientes con hepatitis crónica B y las indicaciones específicas de tratamiento son:

HEPATITIS CRÓNICA B, HBeAg+:

- ALT > 2 x LSN o hepatitis crónica moderada/severa en la biopsia. Está indicado el tratamiento antiviral dado que hay expectativas reales de respuesta virológica, bioquímica e histológica (Nivel de evidencia I) y de mejoría evolutiva (Nivel II). El tratamiento puede iniciarse con IFN- α o lamivudina.

- El IFN- α debe administrarse por vía subcutánea a dosis de 5-6 MU/ día o 9-10MU/ 3 x semana durante 16 semanas. Los resultados esperados son (referidos a controles no tratados) de una diferencia del 20% en respuesta virológica, del 18% en seroconversión a antiHBe y del 23% en respuesta bioquímica. Hasta el 65% de los pacientes HBeAg-respondedores a largo plazo al IFN- α , aclaran el HBsAg a los 5 años de seguimiento. Los pacientes respondedores parecen tener una supervivencia global y libre de descompensación hepática más prolongadas. El IFN- α está contraindicado en el embarazo o ante la incapacidad de prevenirlo y ante cirrosis hepática descompensada.

En pacientes con trastornos psiquiátricos graves, epilepsia mal controlada, cardiopatía descompensada, alcoholismo o drogadicción activa produce numerosos efectos adversos. Los más frecuentes son: síndrome pseudogripal, astenia, leucopenia y depresión. La mayoría de los pacientes desarrollan tolerancia al síndrome pseudogripal transcurridas algunas semanas, pero la astenia, la anorexia, la alopecia y los disturbios emocionales, tales como la ansiedad, la irritabilidad y la depresión pueden persistir durante todo el tratamiento, e incluso unas semanas después de finalizarlo. El IFN- α también puede precipitar o enmascarar trastornos autoinmunes latentes. Aproximadamente un 35% de los pacientes necesitan una reducción de dosis y un 5% la interrupción prematura del IFN- α . Debe advertirse a los pacientes de tales contraindicaciones, efectos adversos y precauciones de uso del IFN- α .

- La lamivudina se debe administrar por vía oral a dosis de 100 mg/día durante 1 año. Los resultados esperados son (referidos a controles no tratados) de una diferencia del 12% en seroconversión a antiHBe y de 29% de respuesta histológica. En pacientes que sufren un rebrote de la infección, debido a la emergencia de mutantes resistentes a la lamivudina, se puede continuar con el tratamiento tanto tiempo como se demuestre el beneficio del mismo, basándose en los niveles de ALT y de DNA-VHB. La lamivudina está contraindicada durante el embarazo o si existe imposibilidad de prevenir la gestación. Es muy bien tolerada, no habiéndose descrito efectos adversos significativos.
- ALT persistentemente normal o mínimamente elevada ($< 2 \times$ LSN). En esta situación no está indicado iniciar tratamiento a menos que exista necroinflamación significativa en la biopsia (Nivel II).

HEPATITIS CRÓNICA B, HBeAg-:

Considerar tratamiento con IFN- α o lamivudina si DNA-VHB $> 10^5$ copias/ml y ALT $> 2 \times$ LSN o hepatitis moderada/severa en la biopsia (Nivel de evidencia II).

- El IFN- α debe utilizarse por un periodo no inferior a 1 año. Los resultados esperados son una tasa de respuesta virológica sostenida de entre un 15-25% frente a un 0% en controles. Un 15-30% de pacientes con respuesta virológica sostenida aclaran el HBsAg.
 - Los resultados obtenidos con lamivudina utilizada durante 1 año han sido de un 65% de respuesta virológica al final del tratamiento y de un 60% de respuesta histológica. Sin embargo, el 90% de los pacientes sufren recidivas al suspender el tratamiento, por lo que la duración óptima del mismo no ha sido establecida.
 - Casos en los que no ha habido respuesta al tratamiento previo con IFN- α : pueden ser nuevamente tratados con lamivudina si se cumplen los criterios enumerados anteriormente (Nivel II). Los resultados son similares a los de los pacientes no tratados previamente.
 - Portadores inactivos de HBsAg: no indicado el tratamiento antiviral.
- Hepatitis crónica C.**
- Todos los pacientes con hepatitis C crónica son candidatos al tratamiento antiviral. No obstante, está especialmente indicado en los que presentan un riesgo mayor de evolucionar a cirrosis. Éstos se caracterizan por niveles de

ARN-VHC mayores de 50 UI/ml (mínimo detectable), una histología hepática con fibrosis portal o en puentes (escala de fibrosis de Ishak mayor de 2) y, al menos, moderada inflamación y necrosis. En la actualidad, la hepatitis C crónica con ALT normal no se trata, salvo en el marco de ensayos clínicos.

- Antes del tratamiento es necesario realizar: hemograma, bioquímica general, estudio tiroideo y autoanticuerpos no órgano-específicos. El estudio viral debe incluir el ARN-VHC, la carga viral y el genotipo. Se debe realizar una biopsia hepática antes del tratamiento. Sin embargo, un paciente con un aumento persistente de ALT y actividad viral se puede tratar aunque rechace la biopsia.

Los diferentes contextos en que pueden presentarse los pacientes con hepatitis C:

- Pacientes previamente no tratados, con o sin cirrosis.
- Recidivantes o recaedores al tratamiento combinado con monoterapia (interferón) o combinado con interferón + ribavirina. Al suspender el tratamiento aparece de nuevo el ARN-VHC.
- No respondedores al tratamiento con monoterapia (interferón) o combinado de interferón + ribavirina. Los pacientes que no negativizan el ARN-VCH durante el tratamiento.

1) Tratamiento de los pacientes previamente no tratados (*naive*) con o sin cirrosis:

- Pacientes con genotipo 1 y 4: Interferón pegilado -un vial subcutáneo semanal (IFN-Peg α -2a, 180 μ g; IFN-Peg α -2b, 1,5 μ g/kg) + 1.000-1.200 mg de ribavirina al día, durante 48 semanas.
- Pacientes con genotipo 2 y 3: Interferón pegilado -un vial subcutáneo semanal (IFN-Peg α -2a, 180 μ g; IFN-Peg α -2b, 1,5 μ g/kg) + 800 mg de ribavirina al día, durante 24 semanas.

2) Tratamiento de los pacientes recidivantes o recaedores.

Aunque los datos son todavía preliminares, existen ya estudios que demuestran una respuesta virológica sostenida en recaedores tratados con IFN-Peg + ribavirina del 66%. Es necesario esperar para confirmar estos datos, pero hay que tener en cuenta que este tipo de pacientes muestra siempre una tendencia favorable a la respuesta con los antivirales, especialmente en los genotipo 1 y los que presentan una carga viral baja (menos de 800.000 UI/ml). Aunque no hay estudios, los recaedores tras el tratamiento con interferón + ribavirina serán también, probablemente, candidatos al IFN-Peg + ribavirina.

- Interferón pegilado -un vial subcutáneo semanal (IFN-Peg α -2a, 180 μ g; IFN-Peg α -2b, 1,5 μ g/kg) + 1.000-1.200 mg de ribavirina al día, durante 48 semanas. Tasa de respuesta virológica alrededor del 65%.
- 3) Tratamiento de los pacientes no respondedores al IFN o a IFN + ribavirina pero que presentan genotipo 1 o una carga viral baja.
- Interferón pegilado -un vial subcutáneo semanal (IFN-Peg α -2a, 180 μ g; IFN-Peg α -2b, 1,5 μ g/kg) + 1.000-1.200 mg de ribavirina al día, durante 48 semanas.
- Criterios para suspender el tratamiento: A la 12ª semana se debe hacer el ARN-VHC:
 - Si el ARN-VHC es negativo, hay que continuar con la medicación hasta el tiempo establecido, ya que predice la respuesta virológica.
 - Si el ARN-VHC es positivo, se realizará una carga viral: si disminuye con respecto a la basal (más de 2 log) hay que continuar con la medicación, ya que se considera un factor predictivo de respuesta favorable; en caso contrario, hay que suspender la medicación porque las posibilidades de respuesta son mínimas.
 - En los genotipos 2 y 3 que responden favorablemente, no es necesario controlar la respuesta a las 12 semanas, ya que la mayoría responderán en un tratamiento corto de 24 semanas.
 - Reforzar la adherencia al tratamiento:

Está comprobado que los pacientes que completan el tratamiento con la dosis establecida tienen más posibilidades de presentar una respuesta virológica sostenida y se reduce la tasa de recidivas. Por lo tanto, es importante incluir medidas para reducir los efectos secundarios. En caso necesario, es mejor reducir la dosis de los fármacos que suspender el tratamiento, ya que la tasa de respuesta virológica es mayor en el primer caso.
 - Controles durante el tratamiento:
 - Durante el tratamiento hay que hacer controles de hemograma y bioquímica cada 15 días los 2 primeros meses y, posteriormente, todos los meses hasta el 6º mes.
 - Si hay que continuar el tratamiento durante 6 meses más, se pueden hacer controles cada 2 meses.
 - Al finalizar el tratamiento y 6 meses después, hay que determinar las transaminasas y el ARN-VHC para conocer el tipo de respuesta.
 - Tipo de respuesta al tratamiento antiviral:
 - Respuesta virológica sostenida. Pacientes que a los 6 meses de haber suspendido el tratamiento mantienen el ARN-VHC

	<p>negativo y la ALT normal. Este tipo de respuesta es muy estable y se puede hablar de curación.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recidivantes. Pacientes que, al suspender el tratamiento, presentan de nuevo el ARN-VHC y un aumento de la ALT. - No respondedores. Pacientes que, durante el tratamiento, no negativizan el ARN-VHC ni normalizan la ALT. <p>Tratamiento de la infección aguda del virus de la hepatitis C:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El tratamiento antiviral está indicado en estos pacientes para prevenir la evolución a infección crónica. Como es difícil detectar pacientes con infección aguda, ya que una gran proporción presentan infecciones asintomáticas, no hay estudios controlados para definir su tratamiento. - Se debe comenzar el tratamiento a los 3-4 meses después del diagnóstico, ya que el 15-30% de los enfermos aclaran espontáneamente el virus. - Tratamiento: interferón estándar α-2a o α 2b (3 megaU, 3 veces en semana) asociado a ribavirina (1.000-1.200mg al día) durante 6 meses. Se podría sustituir el interferón estándar por el pegilado a las dosis indicadas en la infección crónica. - Respuesta al tratamiento: la misma que en la infección crónica. Se determinará el ARN-VHC 6 meses después de suspender la medicación.
--	---

Digestivo/Médico de Familia	
Actividades	Características de calidad
<p>13° Seguimiento durante y después del tratamiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar con detalle los efectos adversos y secundarios, pautas de tratamiento, y fomentar la adherencia al mismo. • En la hepatitis crónica B, y durante el tratamiento, se realizará, cada 2 meses, un control de hemograma y bioquímica. Después del tratamiento se efectuará un estudio del ADN-VHB y un control de bioquímica al menos 6 meses después de finalizar el tratamiento. • En la hepatitis crónica C se realizará: hemograma y bioquímica hepática los meses 1°, 3°, 6° y 12°, así como a los 6 meses de finalizar el tratamiento; ARN-VHC cualitativo y, si es positivo, cuantitativo al tercer mes de tratamiento; ARN-VHC cualitativo 6 meses después de suspenderse el tratamiento. • Realizar un informe de evolución y/o alta definitiva cuando ésta se produzca, que contenga información clara y precisa sobre el tratamiento.

Competencias Profesionales

Competencias Generales del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA)

La competencia es un concepto que hace referencia a la capacidad necesaria que ha de tener un profesional para realizar un trabajo eficazmente, es decir, para producir los resultados deseados, y lograr los objetivos previstos por la organización en la que desarrolla su labor. Así entendida, la competencia es un valor susceptible de ser cuantificado.

Las competencias se pueden clasificar en tres áreas:

- Conocimientos: el conjunto de saberes teórico-prácticos y la experiencia adquirida a lo largo de la trayectoria profesional, necesarios para el desempeño del puesto de trabajo.
- Habilidades: capacidades y destrezas, tanto genéricas como específicas, que permiten garantizar el éxito en el desempeño del puesto de trabajo.
- Actitudes: características o rasgos de personalidad del profesional que determinan su correcta actuación en el puesto de trabajo.

El Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía incluye, entre sus objetivos, la puesta en marcha de un Sistema de Gestión Profesional por Competencias. Con esta finalidad, se ha constituido un grupo de trabajo central de Gestión por Competencias y, tras diversas reuniones con profesionales del SSPA, se ha generado, para cuatro grupos profesionales (médicos, enfermeras, matronas y fisioterapeutas), un Mapa General de Competencias tipo, en el que se han establecido las competencias que son nucleares para el desempeño y desarrollo exitoso de cada puesto de trabajo en la organización sanitaria actual, con independencia del nivel o proceso asistencial en el que se ubiquen los respectivos profesionales.

En una segunda fase, se han categorizado dichas competencias nucleares para cada nivel de exigencia (de selección, de experto o de excelencia), de acuerdo a dos categorías: imprescindible (I) y deseable (D).

En el nivel de excelencia, todas las competencias identificadas tienen el carácter de imprescindible. Sin embargo, no son entre sí de igual valor relativo. Para esta discriminación, se ha dado un valor relativo a cada competencia, siendo 1 el valor de menor prioridad y 4 el de la máxima. Se ha generado así el perfil relativo de competencias para el nivel de excelencia que, por término medio, se alcanza entre los 3 y 5 años de incorporación al puesto de trabajo.

Con toda esta información, se han construido los Mapas de Competencias tipo de los profesionales del SSPA, en los que no se incluyen las Competencias Específicas de cada proceso o nivel asistencial.

A partir de este punto, y para la adecuada puesta en marcha de la Gestión por Competencias, resulta necesario definir específicamente las competencias de los distintos niveles, tal y como se ha hecho, por ejemplo, para los profesionales de los servicios de urgencia, para los de las empresas públicas de reciente constitución, etc.

Competencias Específicas

En el caso concreto del diseño de los procesos asistenciales, resulta también necesario definir las competencias que deben poseer los profesionales para el desempeño de su labor en el desarrollo de dichos procesos.

No obstante, no es pertinente detenerse en la definición de las Competencias Específicas de cada una de las especialidades o titulaciones, puesto que éstas se encuentran ya estandarizadas y definidas muy detalladamente en los planes específicos de formación correspondientes a cada una de las mismas.

Sin embargo, sí resulta de mucha mayor utilidad definir concretamente aquellas otras competencias que, si bien son consideradas necesarias para el desarrollo de los procesos asistenciales, no se incluyen habitualmente, o de manera estándar, en los planes de formación especializada, o bien, aún estando contempladas en éstos, requieren de un énfasis especial en su definición.

Esto, además, representa un desafío importante para el SSPA, pues debe diseñar y gestionar las actividades de formación adecuadas y necesarias para conseguir que los profesionales que participan en los procesos, que ya cuentan con determinados conocimientos, habilidades y actitudes adquiridas durante su formación académica en orden a lograr su titulación, puedan incorporar ahora esas otras competencias que facilitarán que el desarrollo de los mismos se realice con el nivel de calidad que el SSPA quiere ofrecer al ciudadano, eje central del sistema.

De esta forma, y una vez definidos los Mapas de Competencias Generales (Competencias tipo) de médicos/as y enfermeros/as, se han establecido las Competencias Específicas por Procesos Asistenciales, focalizando la atención básicamente en las competencias que no están incluidas habitualmente (o no lo están con detalle) en la titulación oficial exigible para el desempeño profesional en cada uno de los niveles asistenciales. Para determinar estas competencias, se ha utilizado una metodología de paneles de expertos formados por algunos de los miembros de los grupos encargados de diseñar cada proceso asistencial, pues son ellos quienes más y mejor conocen los requisitos necesarios para su desarrollo. El trabajo final de elaboración global de los mapas ha sido desarrollado por el grupo central de competencias.

A continuación, se presenta el Mapa de Competencias para el proceso, que incluye tanto la relación de Competencias Generales para médicos/as y enfermeros/as del SSPA (Competencias tipo) como las Competencias Específicas de este proceso, las cuales, como ya se ha mencionado a lo largo de esta introducción, no están incluidas con el suficiente énfasis en los requisitos de titulación.

Así, los diferentes profesionales implicados en los procesos, junto con los correspondientes órganos de gestión y desarrollo de personas, podrán valorar, según su titulación específica y las competencias acreditadas, cuáles son las actividades de formación y de desarrollo profesional que les resultan necesarias para adquirir las nuevas competencias en aras de lograr un mayor nivel de éxito en el desarrollo de los procesos asistenciales.

COMPETENCIAS PROFESIONALES: MÉDICOS

CONOCIMIENTOS		FASE A Criterio de selección	FASE B Experto	FASE C Excelente	PERFIL			
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
C-0573	Diagnóstico, tratamiento y pronóstico específicos	I	I	I				
C-0555	Guías prácticas de uso "según proceso"	I	I	I				
C-0533	Conocimiento sobre las técnicas diagnóstico-terapéuticas "de su ámbito de responsabilidad"	I	I	I				
C-0556	Semiología bioquímica e indicación de las pruebas complementarias en ". " proceso	I	I	I				
C-0085	Formación básica en prevención de riesgos laborales	I	I	I				
C-0577	Medidas preventivas	I	I	I				
C-0540	Aspectos preventivos y de detección precoz	I	I	I				
C-0184	Educación para la salud, consejo médico, estilos de vida	I	I	I				
C-0098	Epidemiología	I	I	I				
C-0024	Informática, nivel usuario	I	I	I				
C-0077	Soprote Vital Avanzado Cardiológico	I	I	I				
C-0161	Organización y legislación sanitaria (conocer la organización sanitaria de España y Andalucía, prestaciones del SNS y específicas de Andalucía, así como la cartera de servicios del SSPA)	I	I	I				
C-0181	Derechos y deberes de los usuarios	I	I	I				
C-0032	Metodología de la investigación nivel básico (elaboración de protocolos; recogida, tratamiento y análisis de datos; escritura científica, búsquedas bibliográficas, normas de publicación)	I	I	I				
C-0082	Inglés, nivel básico	I	I	I				
C-0069	Metodología en gestión por procesos	D	I	I				
C-0619	Conocimiento avanzado del proceso asistencial	D	I	I				
C-0613	Estructura organizativa y funcional de la organización	D	I	I				
C-0023	Tecnologías para la información y las comunicaciones	D	I	I				
C-0167	Medicina basada en la evidencia: aplicabilidad	D	I	I				
C-0168	Planificación, programación de actividad asistencial	D	I	I				
C-0169	Prestaciones del SNS y específicas de Andalucía	D	I	I				
C-0173	Metodología de calidad	D	I	I				
C-0175	Bioética de las decisiones clínicas y de la investigación	D	I	I				
C-0176	Cartera de servicios del Sistema Sanitario Público de Andalucía	D	I	I				
C-0180	Definición de objetivos y resultados: dirección por objetivos (DPO)	D	D	I				
C-0060	Dirección de equipos de trabajo. Gestión de personas	D	D	I				
C-0107	Sistemas de evaluación sanitaria	D	D	I				

COMPETENCIAS PROFESIONALES: MÉDICOS

HABILIDADES		FASE A Criterio de selección	FASE B Experto	FASE C Excelente	PERFIL			
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
H-0094	Visión continuada e integral de los procesos	I	I	I				
H-0087	Entrevista clínica	I	I	I				
H-0071	Utilización adecuada de los medios y equipos de protección	I	I	I				
H-0411	Técnicas de exploración física específicas según proceso	I	I	I				
H-0019	Adecuada utilización de los recursos disponibles	I	I	I				
H-0005	Capacidad de análisis y síntesis	I	I	I				
H-0023	Capacidad para tomar decisiones	I	I	I				
H-0024	Capacidad de relación interpersonal (asertividad, empatía, sensibilidad, capacidad de construir relaciones)	I	I	I				
H-0059	Capacidad de trabajo en equipo	I	I	I				
H-0054	Informática, nivel usuario	I	I	I				
H-0412	Manejo adecuado de las técnicas de limpieza, asepsia y esterilidad, según las necesidades	I	I	I				
H-0297	Realización de técnicas diagnósticas específicas y exploraciones complementarias	D	I	I				
H-0310	Interpretación de pruebas complementarias	D	I	I				
H-0349	Establecimiento y seguimiento del plan terapéutico según proceso. Medidas generales y específicas	D	I	I				
H-0390	Manejo de las técnicas terapéuticas	D	I	I				
H-0413	Educación del paciente en el manejo de su enfermedad y promoción del autocuidado	D	I	I				
H-0311	Registro y cumplimentación de datos	D	I	I				
H-0417	Capacidad de establecer relaciones entre las diferentes áreas/lineas de la organización	D	I	I				
H-0009	Capacidad de asumir riesgos y vivir en entornos de incertidumbre	D	I	I				
H-0026	Capacidad para delegar	D	I	I				
H-0031	Gestión del tiempo	D	I	I				
H-0032	Comunicación oral y escrita	D	I	I				
H-0083	Capacidad de promover y adaptarse al cambio	D	I	I				
H-0085	Dar apoyo	D	I	I				
H-0042	Manejo de telemedicina	D	I	I				
H-0055	Capacidad docente	D	I	I				
H-0080	Aplicación de técnicas básicas de investigación	D	I	I				
H-0331	Capacidad para adiestrar y apoyar a la familia en su rol cuidador	D	D	I				
H-0010	Capacidad de ilusionar, motivar, incorporar adeptos y estimular el compromiso	D	D	I				
H-0021	Habilidad negociadora y diplomática	D	D	I				
H-0025	Capacidad de liderazgo	D	D	I				
H-0035	Técnicas de comunicación, presentación y exposición audiovisual	D	D	I				
H-0078	Afrontamiento del estrés	D	D	I				

COMPETENCIAS PROFESIONALES: MÉDICOS

ACTITUDES		FASE A Criterio de selección	FASE B Experto	FASE C Excelente	PERFIL			
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
A-0001	Actitud de aprendizaje y mejora continua	I	I	I				
A-0009	Dialogante, negociador	I	I	I				
A-0018	Honestidad, sinceridad	I	I	I				
A-0024	Juicio crítico	I	I	I				
A-0027	Orientación al cliente (el ciudadano como centro). Respeto de los derechos de los pacientes	I	I	I				
A-0040	Orientación a resultados	I	I	I				
A-0041	Capacidad de asumir compromisos	I	I	I				
A-0043	Discreción	I	I	I				
A-0046	Flexible, adaptable al cambio	I	I	I				
A-0047	Generar valor añadido a su trabajo	I	I	I				
A-0048	Talante positivo	I	I	I				
A-0049	Respeto y valoración del trabajo de los demás, sensibilidad a sus necesidades, disponibilidad y accesibilidad	I	I	I				
A-0050	Responsabilidad	I	I	I				
A-0051	Sensatez	I	I	I				
A-0007	Creatividad	D	I	I				
A-0038	Resolutivo	D	I	I				
A-0044	Autocontrol, autoestima, autoimagen	D	I	I				
A-0045	Colaborador, cooperador	D	I	I				
A-0072	Fomentar la autonomía en el paciente	D	I	I				
A-0052	Visión de futuro	D	D	I				
A-0003	Asertividad	D	D	I				

COMPETENCIAS PROFESIONALES: ENFERMEROS

CONOCIMIENTOS		FASE A Criterio de selección	FASE B Experto	FASE C Excelente	PERFIL			
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
C-0165	Metodología de cuidados (procedimientos, protocolos, guías de práctica clínica, mapas de cuidados, planificación de alta y continuidad de cuidados)	I	I	I				
C-0563	Protocolos, procedimientos y guías prácticas para la enfermera según proceso	I	I	I				
C-0085	Formación básica en prevención de riesgos laborales	I	I	I				
C-0577	Medidas preventivas	I	I	I				
C-0540	Aspectos preventivos y de detección precoz	I	I	I				
C-0389	Manipulación de residuos	I	I	I				
C-0171	Promoción de la salud (educación para la salud, consejos sanitarios)	I	I	I				
C-0161	Organización y legislación sanitaria (conocer la organización sanitaria de España y Andalucía, prestaciones del SNS y específicas de Andalucía, así como la cartera de servicios del SSPA)	I	I	I				
C-0181	Derechos y deberes de los usuarios	I	I	I				
C-0077	Soprote Vital Avanzado Cardiológico	I	I	I				
C-0069	Metodología en gestión por procesos	D	I	I				
C-0619	Conocimiento avanzado del proceso asistencial	D	I	I				
C-0510	Conocimientos básicos de técnicas diagnósticas y terapéuticas según proceso	D	I	I				
C-0597	Promoción de la enseñanza de los autocuidados al paciente y a su entorno familiar	D	I	I				
C-0179	Conocimientos básicos de gestión de recursos (planificación, programación de actividad asistencial, indicadores de eficiencia, control del gasto...)	D	I	I				
C-0643	Enfermería basada en la evidencia	D	I	I				
C-0004	Conocimientos básicos de calidad (indicadores, estándares, documentación clínica, acreditación, guías de práctica clínica)	D	I	I				
C-0032	Metodología de la investigación nivel básico (elaboración de protocolos; recogida, tratamiento y análisis de datos; escritura científica, búsquedas bibliográficas, normas de publicación)	D	I	I				
C-0174	Bioética	D	D	I				
C-0060	Dirección de equipos de trabajo. Gestión de personas	D	D	I				
C-0023	Tecnologías para la información y las comunicaciones	D	D	I				
C-0082	Inglés, nivel básico	D	D	I				

COMPETENCIAS PROFESIONALES: ENFERMEROS

HABILIDADES		FASE A Criterio de selección	FASE B Experto	FASE C Excelente	PERFIL			
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
H-0089	Individualización de cuidados	I	I	I				
H-0180	Manejo del aparataje necesario	I	I	I				
H-0071	Utilización adecuada de los medios y equipos de protección	I	I	I				
H-0005	Capacidad de análisis y síntesis	I	I	I				
H-0032	Comunicación oral y escrita	I	I	I				
H-0059	Capacidad de trabajo en equipo	I	I	I				
H-0412	Manejo adecuado de las técnicas de limpieza, asepsia y esterilidad, según las necesidades	I	I	I				
H-0094	Visión continuada e integral de los procesos	D	I	I				
H-0335	Técnicas específicas según proceso	D	I	I				
H-0029	Capacidad de planificación y organización	D	I	I				
H-0019	Adecuada utilización de los recursos disponibles	D	I	I				
H-0022	Resolución de problemas	D	I	I				
H-0023	Capacidad para tomar decisiones	D	I	I				
H-0024	Capacidad de relación interpersonal (asertividad, empatía, sensibilidad, capacidad de construir relaciones)	D	I	I				
H-0026	Capacidad para delegar	D	I	I				
H-0313	Atención familiar: utilización de instrumentos y técnicas psicosociales	D	I	I				
H-0387	Tratar a cada persona de acuerdo con su entorno sociocultural	D	I	I				
H-0331	Capacidad para adiestrar y apoyar a la familia en su rol cuidador	D	I	I				
H-0413	Educación del paciente en el manejo de su enfermedad y promoción del autocuidado	D	I	I				
H-0243	Manejo de sistemas informáticos específicos del área	D	I	I				
H-0417	Capacidad de establecer relaciones entre las diferentes áreas/lineas de la organización	D	I	I				
H-0055	Capacidad docente	D	I	I				
H-0078	Afrontamiento del estrés	D	I	I				
H-0031	Gestión del tiempo	D	I	I				
H-0083	Capacidad de promover y adaptarse al cambio	D	I	I				
H-0054	Informática, nivel usuario	D	I	I				
H-0080	Aplicación de técnicas básicas de investigación	D	I	I				
H-0419	Elaboración de planes de cuidados según proceso	D	D	I				
H-0009	Capacidad de asumir riesgos y vivir en entornos de incertidumbre	D	D	I				
H-0010	Capacidad de ilusionar, motivar, incorporar adeptos y estimular el compromiso	D	D	I				
H-0021	Habilidad negociadora y diplomática	D	D	I				
H-0035	Técnicas de comunicación, presentación y exposición audiovisual	D	D	I				
H-0069	Facilidad para la comunicación	D	D	I				

COMPETENCIAS PROFESIONALES: ENFERMEROS

ACTITUDES		FASE A Criterio de selección	FASE B Experto	FASE C Excelente	PERFIL			
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL				1	2	3	4
A-0001	Actitud de aprendizaje y mejora continua	I	I	I				
A-0009	Dialogante, negociador	I	I	I				
A-0018	Honestidad, sinceridad	I	I	I				
A-0024	Juicio crítico	I	I	I				
A-0027	Orientación al cliente (el ciudadano como centro). Respeto de los derechos de los pacientes	I	I	I				
A-0040	Orientación a resultados	I	I	I				
A-0041	Capacidad de asumir compromisos	I	I	I				
A-0043	Discreción	I	I	I				
A-0046	Flexible, adaptable al cambio	I	I	I				
A-0047	Generar valor añadido a su trabajo	I	I	I				
A-0048	Talante positivo	I	I	I				
A-0049	Respeto y valoración del trabajo de los demás, sensibilidad a sus necesidades, disponibilidad y accesibilidad	I	I	I				
A-0050	Responsabilidad	I	I	I				
A-0051	Sensatez	I	I	I				
A-0007	Creatividad	D	I	I				
A-0038	Resolutivo	D	I	I				
A-0044	Autocontrol, autoestima, autoimagen	D	I	I				
A-0045	Colaborador, cooperador	D	I	I				
A-0052	Visión de futuro	D	D	I				
A-0003	Asertividad	D	D	I				

COMPETENCIAS RELACIONADAS CON EL PROCESO ASISTENCIAL DE HEPATITIS

CONOCIMIENTOS

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL	DESCRIPCIÓN COMPETENCIA
C-0023	Tecnologías para la información y las comunicaciones	El/la profesional conoce las nuevas tecnologías en materia de telecomunicaciones e informática
C-0024	Informática, nivel usuario	El/la profesional utiliza adecuadamente los paquetes informáticos básicos de su organización
C-0032	Metodología de la investigación nivel básico (elaboración de protocolos; recogida, tratamiento y análisis de datos; escritura científica, búsquedas bibliográficas, normas de publicación)	El/la profesional conoce las metodologías y técnicas básicas para participar adecuadamente en un proyecto de investigación o liderarlo
C-0060	Dirección de equipos de trabajo. Gestión de personas	El/la profesional ha adquirido conocimientos específicos en gestión de personas
C-0069	Metodología en gestión por procesos	El/la profesional conoce métodos para gestionar una organización por procesos
C-0077	Soporte Vital Avanzado Cardiológico	Técnicas específicas de aplicación en Soporte Vital Avanzado
C-0082	Inglés, nivel básico	El/la profesional puede hablar y comprender una lectura a nivel básico en inglés
C-0085	Formación básica en prevención de riesgos laborales	El/la profesional tiene conocimientos generales suficientes sobre la prevención de riesgos en su puesto de trabajo
C-0098	Epidemiología	El/la profesional tiene conocimientos específicos sobre epidemiología. Específicamente referido a la vigilancia epidemiológica
C-0107	Sistemas de evaluación sanitaria	El/la profesional conoce la metodología específica en evaluación sanitaria
C-0161	Organización y legislación sanitaria (conocer la organización sanitaria de España y Andalucía, prestaciones del SNS y específicas de Andalucía, así como la cartera de servicios del SSPA)	El/la profesional conoce la estructura organizativa del SSPA
C-0165	Metodología de cuidados (procedimientos, protocolos, guías de práctica clínica, mapas de cuidados, planificación de alta y continuidad de cuidados)	Técnica específica
C-0167	Medicina basada en la evidencia: aplicabilidad	Técnica específica
C-0168	Planificación, programación de actividad asistencial	El/la profesional conoce cómo establecer la planificación de la actividad asistencial de su ámbito de responsabilidad
C-0169	Prestaciones del SNS y específicas de Andalucía	El/la profesional conoce las prestaciones del SNS y las específicas de Andalucía
C-0171	Promoción de la salud (educación para la salud, consejos sanitarios)	Técnica específica
C-0173	Metodología de calidad	Técnica específica
C-0174	Bioética	Técnica específica
C-0175	Bioética de las decisiones clínicas y de la investigación	Técnica específica
C-0176	Cartera de servicios del Sistema Sanitario Público de Andalucía	El/la profesional conoce la cartera de servicios de los distintos centros de trabajo sanitarios
C-0179	Conocimientos básicos de gestión de recursos (planificación, programación de actividad asistencial, indicadores de eficiencia, control del gasto...)	El/la profesional tiene conocimientos básicos de gestión de recursos acordes con su ámbito de responsabilidad
C-0180	Definición de objetivos y resultados: dirección por objetivos (DPO)	El/la profesional conoce la dirección por objetivos y cómo se aplica
C-0181	Derechos y deberes de los usuarios	El/la profesional conoce la carta de derechos y deberes de los ciudadanos en Andalucía
C-0184	Educación para la salud, consejo médico, estilos de vida	Técnica específica
C-0389	Manipulación de residuos	Técnica específica
C-0510	Conocimientos básicos de técnicas diagnósticas y terapéuticas según proceso	Técnicas específicas

CONOCIMIENTOS

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL	DESCRIPCIÓN COMPETENCIA
C-0533	Conocimiento sobre las técnicas diagnóstico-terapéuticas de su ámbito de responsabilidad	Técnicas específicas: incluye la biopsia hepática
C-0540	Aspectos preventivos y de detección precoz	Técnicas específicas
C-0555	Guías prácticas de uso según proceso	Técnicas específicas: incluye el programa de vacunas hepático
C-0556	Semiología bioquímica e indicación de las pruebas complementarias en *.* proceso	Técnicas específicas: referida a la ecografía hepatobiliar
C-0563	Protocolos, procedimientos y guías prácticas para la enfermera según proceso	El/la profesional conoce los procedimientos específicos según el proceso en que trabaja: incluye las técnicas de aislamiento y el programa de vacunas hepático
C-0573	Diagnóstico, tratamiento y pronóstico específicos	Específico por patología
C-0577	Medidas preventivas	El/la profesional conoce aspectos generales relacionados con medidas de prevención de los riesgos específicos de su puesto de trabajo
C-0597	Promoción de la enseñanza de los autocuidados al paciente y a su entorno familiar	El/la profesional posee conocimientos sobre el desarrollo de contenidos, orientaciones y estrategias que facilitan a los individuos (pacientes y entorno familiar) aprender a adaptarse y a vivir con mayor calidad de vida
C-0613	Estructura organizativa y funcional de la organización	El/la profesional conoce la estructura organizativa y funcional de la organización a la que pertenece: referido al área sanitaria
C-0619	Conocimiento avanzado del proceso asistencial	El/la profesional conoce la guía del proceso asistencial específico y sus componentes (técnicas específicas de aplicación en el proceso, guías de práctica clínica, indicadores, etc...)
C-0643	Enfermería basada en la evidencia	Área específica de conocimiento referida a la utilización de la evidencia científica como herramienta básica en la creación y actualización de protocolos, guías prácticas, procedimientos,... de la práctica enfermera.

HABILIDADES

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL	DESCRIPCIÓN COMPETENCIA
H-0005	Capacidad de análisis y síntesis	El/la profesional tiene la capacidad de extraer lo esencial de una gran cantidad de información, aplicar métodos de simplificación, resumen y sinopsis, sacando conclusiones acertadas de la información o de la situación.
H-0009	Capacidad de asumir riesgos y vivir en entornos de incertidumbre	El/la profesional se comporta con comodidad en situaciones no seguras, ante proyectos no del todo definidos y los aborda como una oportunidad, sin resistencia
H-0010	Capacidad de ilusionar, motivar, incorporar adeptos y estimular el compromiso	El/la profesional establece mecanismos de relación interpersonal que, inducen estímulos positivos en sus colaboradores éstos manifiestan interés en trabajar en los proyectos presentados por dicho profesional, confianza en su trabajo e ilusión por los resultados
H-0019	Adecuada utilización de los recursos disponibles	El/la profesional identifica claramente la cantidad y calidad necesarios para cada actividad, utilizándolos de forma eficiente
H-0019	Adecuada utilización de los recursos disponibles	El/la profesional identifica claramente la cantidad y calidad necesarios para cada actividad, utilizándolos de forma eficiente
H-0021	Habilidad negociadora y diplomática	El/la profesional utiliza de forma adecuada métodos de gestión positiva de conflictos
H-0022	Resolución de problemas	El/la profesional analiza las situaciones con criterio y juicio analítico para identificar posibles alteraciones y aplicar la solución adecuada
H-0023	Capacidad para tomar decisiones	El/la profesional toma decisiones sobre la base de su responsabilidad, asumiendo las consecuencias de las mismas con autonomía, y no requiriendo de forma sistemática la aprobación de su superior

HABILIDADES

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL	DESCRIPCIÓN COMPETENCIA
H-0024	Capacidad de relación interpersonal (asertividad, empatía, sensibilidad, capacidad de construir relaciones)	El/la profesional tiene habilidades sociales que pone de manifiesto en su entorno profesional y en cualquier situación de interacción personal
H-0025	Capacidad de liderazgo	El/la profesional es capaz de generar entusiasmo en los demás y conseguir que sus colaboradores hagan lo que sin él no habría ocurrido
H-0026	Capacidad para delegar	Capacidad para la gestión de tareas y encomendarlas a otras personas bajo su responsabilidad
H-0029	Capacidad de planificación y organización	Capacidad para identificar lo urgente, lo importante. Incorporar criterios de temporalidad, uso adecuado de recursos, identificación de objetivos y resultados a cualquier actividad
H-0031	Gestión del tiempo	El/la profesional genera eficiencia para con su tiempo y con el de los demás
H-0032	Comunicación oral y escrita	El/la profesional optimiza sus relaciones interpersonales mediante la capacidad de expresarse adecuadamente de forma oral y escrita
H-0035	Técnicas de comunicación, presentación y exposición audiovisual	El/la profesional utiliza de forma adecuada herramientas de presentación audiovisual
H-0042	Manejo de telemedicina	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0054	Informática, nivel usuario	Habilidad para el tratamiento de programas informáticos en entorno Windows
H-0055	Capacidad docente	El/la profesional tiene habilidades pedagógicas para la planificación e impartición de acciones formativas.
H-0059	Capacidad de trabajo en equipo	El/la profesional manifiesta capacidad de colaborar y trabajar adecuadamente con los demás miembros del equipo en la consecución de objetivos comunes, generando un entorno de apoyo mutuo
H-0069	Facilidad para la comunicación	El/la profesional tiene capacidad para transmitir y expresar oralmente ideas y pensamientos. Específicamente, se refiere a la comunicación telefónica
H-0071	Utilización adecuada de los medios y equipos de protección	El/la profesional es capaz de manejar los equipos de prevención de accidentes. Específicamente referido a la extracción de muestras de sangre en la enfermera
H-0078	Afrontamiento del estrés	El/la profesional maneja técnicas de relajación y las aplica en su puesto de trabajo
H-0080	Aplicación de técnicas básicas de investigación	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0083	Capacidad de promover y adaptarse al cambio	El/la profesional manifiesta conductas de flexibilidad ante nuevos retos
H-0085	Dar apoyo	El/la profesional es capaz de establecer mecanismos facilitadores en sus relaciones interpersonales
H-0087	Entrevista clínica	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0089	Individualización de cuidados	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0094	Visión continuada e integral de los procesos	El/la profesional enfoca su actividad desde una visión global del proceso en que ésta se inserta
H-0180	Manejo del aparataje necesario	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica. Específicamente referido a la biopsia hepática
H-0243	Manejo de sistemas informáticos específicos del área	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica. Específicamente incluye TASS y DIRA-YA
H-0297	Realización de técnicas diagnósticas específicas y exploraciones complementarias	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica

HABILIDADES		
CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL	DESCRIPCIÓN COMPETENCIA
H-0310	Interpretación de pruebas complementarias	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica. Específicamente incluye la biopsia hepática
H-0311	Registro y cumplimentación de datos	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica. Incluye Sistema de Información de Alerta y EDO
H-0313	Atención familiar: utilización de instrumentos y técnicas psicosociales	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0331	Capacidad para adiestrar y apoyar a la familia en su rol cuidador	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0335	Técnicas específicas según proceso	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica. Específicamente incluye técnicas de aislamiento, inyecciones subcutáneas
H-0349	Establecimiento y seguimiento del plan terapéutico según proceso. Medidas generales y específicas	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0387	Tratar a cada persona de acuerdo con su entorno sociocultural	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0390	Manejo de las técnicas terapéuticas	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0411	Técnicas de exploración física específicas según proceso	Manifestación adecuada en la práctica diaria del manejo de la técnica
H-0412	Manejo adecuado de las técnicas de limpieza, asepsia y esterilidad, según las necesidades	El/la profesional manifiesta la habilidad de realizar su actividad diaria garantizando las condiciones de asepsia, limpieza y esterilidad en todas las situaciones relacionadas con su actividad diaria: aseo personal, comportamiento, utilización de instrumental
H-0413	Educación del paciente en el manejo de su enfermedad y promoción del autocuidado	El/la profesional manifiesta la capacidad de orientar, aconsejar e informar al paciente sobre la evolución de su enfermedad y las posibilidades de adaptación, fomentando la participación activa del paciente en sus cuidados para conseguir así una mayor calidad
H-0417	Capacidad de establecer relaciones entre las diferentes áreas/lineas de la organización	El/la profesional manifiesta la capacidad de establecer una relación óptima entre las distintas áreas y líneas de trabajo dentro de la institución
H-0419	Elaboración de planes de cuidados según proceso	El/la profesional es capaz de diseñar planes de cuidados de acuerdo con las necesidades del paciente y según el proceso específico, según las intervenciones (NIC) y los resultados esperados (NOC) oficialmente reconocidos

ACTITUDES

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL	DESCRIPCIÓN COMPETENCIA
A-0001	Actitud de aprendizaje y mejora continua	El/la profesional busca continuamente cómo obtener un aprendizaje, incluso de los errores, para mejorar su actividad diaria
A-0003	Asertividad	El/la profesional establece sus relaciones interpersonales sobre la base de un comportamiento de acercamiento procurando establecer conexión con las necesidades y los planteamientos de los demás
A-0007	Creatividad	El/la profesional intuitivamente, o con técnicas, es capaz de hacer planteamientos no habituales, se adapta bien a los cambios y mantiene la apertura mental necesaria para incorporar cosas nuevas sin trauma ni resistencia
A-0009	Dialogante, negociador	El/la profesional comunica bien, establece una relación buscando acuerdos y sabe establecer mecanismos de ganar-ganar
A-0018	Honestidad, sinceridad	El/la profesional es coherente consigo mismo y con el entorno. Piensa lo que dice, dice lo que piensa, y hace lo que piensa y dice

ACTITUDES

CÓDIGO	COMPETENCIA LITERAL	DESCRIPCIÓN COMPETENCIA
A-0024	Juicio crítico	El/la profesional no actúa sin saber qué, por qué, cómo. Se pregunta y pregunta cuestionándose todo desde una perspectiva positiva
A-0027	Orientación al cliente (el ciudadano como centro). Respeto de los derechos de los pacientes	El/la profesional antepone las necesidades del cliente y sus expectativas a cualquier otra consideración o interés
A-0038	Resolutivo	El/la profesional es capaz de lograr soluciones, incluso en situaciones no predefinidas ni protocolizadas
A-0040	Orientación a resultados	El/la profesional manifiesta una clara orientación al logro de los objetivos, no conformándose con hacer bien las cosas
A-0041	Capacidad de asumir compromisos	El/la profesional es capaz de adquirir la responsabilidad de un proyecto desde la confianza de que saldrá adelante de forma óptima
A-0043	Discreción	El/la profesional establece con criterio qué información debe utilizar y dónde, no generando ni prestándose al cotilleo fácil o el rumor
A-0044	Autocontrol, autoestima, autoimagen	El/la profesional manifiesta una adecuada concepción de sí mismo lo que le potencia en su trabajo
A-0045	Colaborador, cooperador	El/la profesional es esa persona que todo el mundo quiere tener en su equipo de trabajo por cuanto hace y como lo hace
A-0046	Flexible, adaptable al cambio	El/la profesional incorpora sin resistencias lo nuevo
A-0047	Generar valor añadido a su trabajo	El/la profesional busca aportar algo más en lo que hace, no le satisface la tarea por la tarea, sino que procura la mejora
A-0048	Talante positivo	El/la profesional se plantea, ante todo, que las cosas son posibles
A-0049	Respeto y valoración del trabajo de los demás, sensibilidad a sus necesidades, disponibilidad y accesibilidad	El/la profesional es consciente de que, sin los demás, su trabajo no sería óptimo. Sabe reconocer las aportaciones, sabe establecer mecanismos de potenciación.
A-0050	Responsabilidad	El/la profesional es un/a profesional
A-0051	Sensatez	El/la profesional piensa las cosas antes de hacer o decir
A-0052	Visión de futuro	El/la profesional trabaja hoy para mañana
A-0072	Fomentar la autonomía en el paciente	El profesional persigue la toma de decisiones informadas por el paciente y promueve su autonomía



Recursos. Características de calidad. Requisitos

RECURSOS	REQUISITOS
Papelería	<ul style="list-style-type: none">- Historias clínicas- Hojas de petición de analítica y pruebas complementarias unificadas- Hojas de informe- Hojas informativas (según los anexos)- Documentos de registros de citas
Equipo informático	<ul style="list-style-type: none">- Equipo convencional del SAS- Programa integrado
Mobiliario e instrumental	<ul style="list-style-type: none">- Esfingomanómetro- Oftalmoscopio- Linterna- Tallímetro y peso- Cinta métrica- Camilla de exploración- Electrocardiógrafo- Cama para biopsias hepáticas- Ecógrafo
Material fungible	<ul style="list-style-type: none">- Guantes desechables- Depresores- Hisopos- Contenedores
Vacunas e inmunoglobulinas	<ul style="list-style-type: none">- Hepatitis A y hepatitis B

Unidades de soporte

UNIDADES DE SOPORTE	
Servicio de Laboratorio	Analítica convencional y serología.
Servicio de Anatomía Patológica	Biopsia hepática.
Servicio de Radiodiagnóstico	Pruebas de radiodiagnóstico y ecografía.
Servicio de Almacén	Material fungible.
Servicio de Personal	Selección de profesionales formados.
Servicio de Atención al Usuario	Selección de profesionales formados en gestión de citas.

5

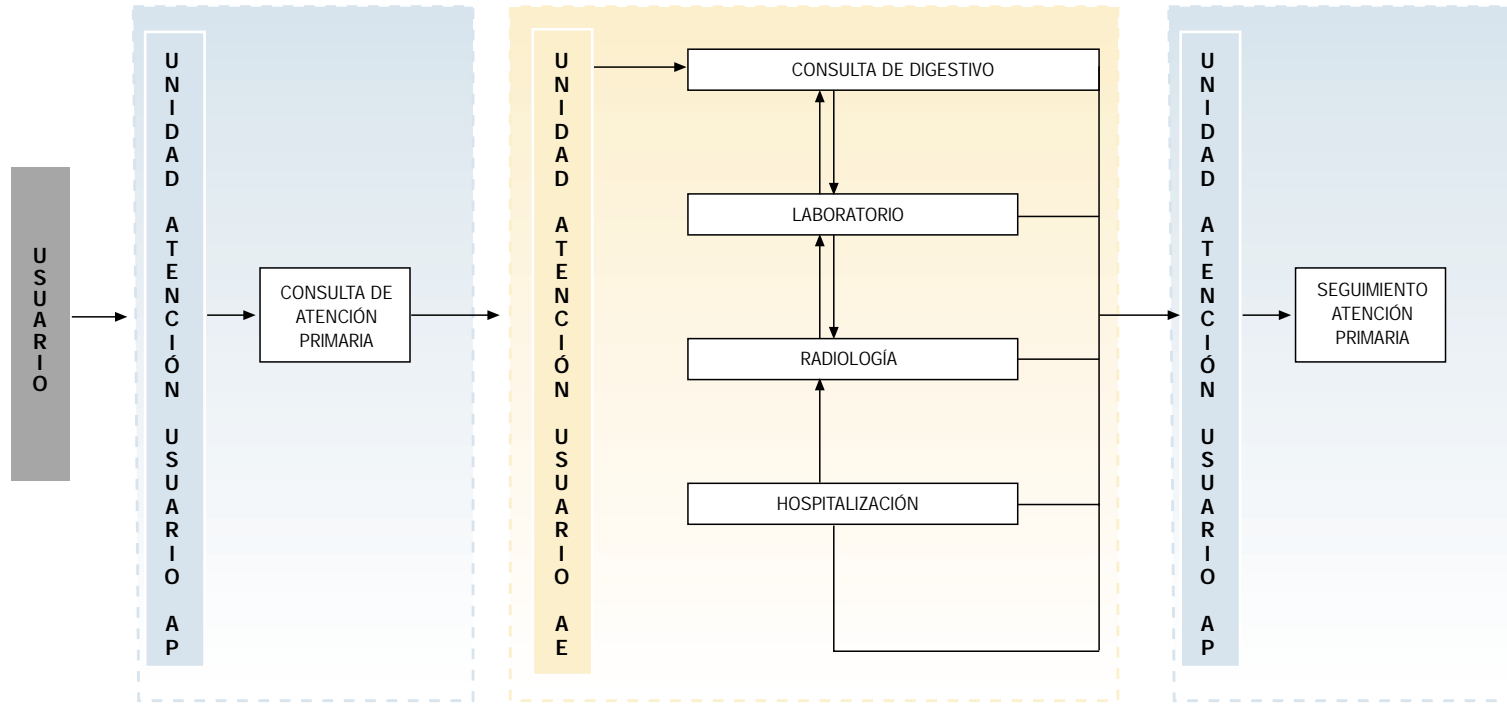
REPRESENTACIÓN GRÁFICA

ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 1: HEPATITIS VÍRICAS

PROCESOS ESTRATÉGICOS

CONTRATO
PROGRAMAPLAN
DE CALIDAD

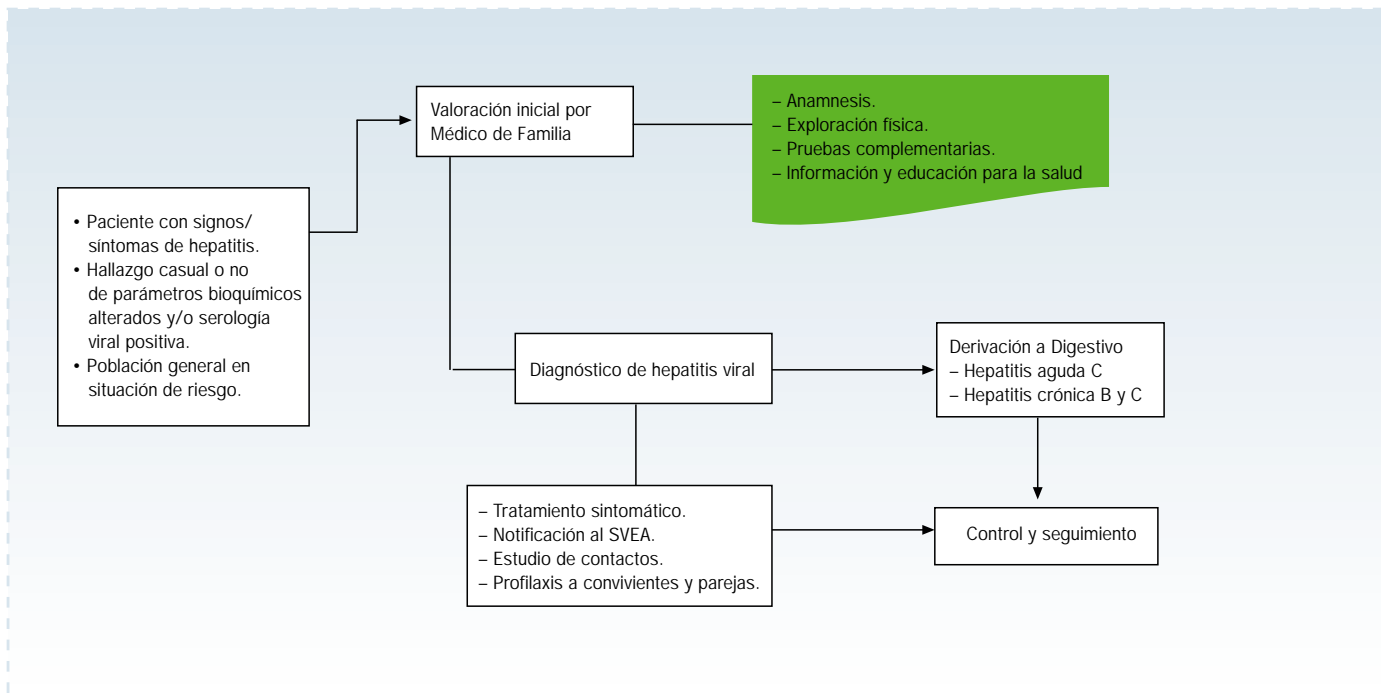
GPC

PLANES
DE CUIDADOSPLANIFICACIÓN
DE FORMACIÓNPLANIFICACIÓN
DE DOCENCIA

ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 2: AP

PROCESOS ESTRATÉGICOS

CONTRATO PROGRAMA	PLAN DE CALIDAD	GPC	PLANES DE CUIDADOS	PLANIFICACIÓN DE FORMACIÓN	PLANIFICACIÓN DE DOCENCIA
-------------------	-----------------	-----	--------------------	----------------------------	---------------------------



PROCESOS DE SOPORTE

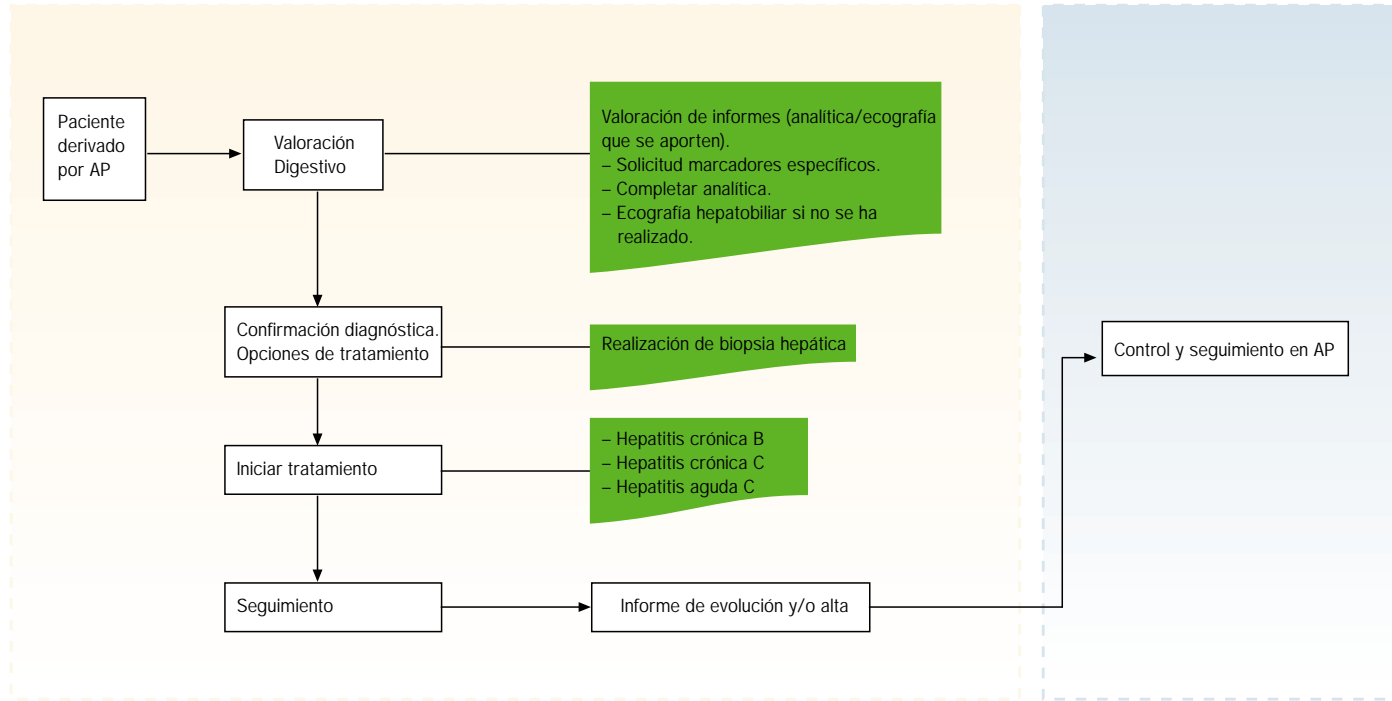
Sº RADIOLOGÍA	EXTRACCIONES	Sº ALMACÉN	TRANSPORTE
---------------	--------------	------------	------------

ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 2: AE

PROCESOS ESTRATÉGICOS

CONTRATO
PROGRAMAPLAN
DE CALIDAD

GPC

PLANES
DE CUIDADOSPLANIFICACIÓN
DE FORMACIÓNPLANIFICACIÓN
DE DOCENCIA

PROCESOS DE SOPORTE

Sº RADIOLOGÍA

Sº LABORATORIO

ANATOMÍA PATOLÓGICA

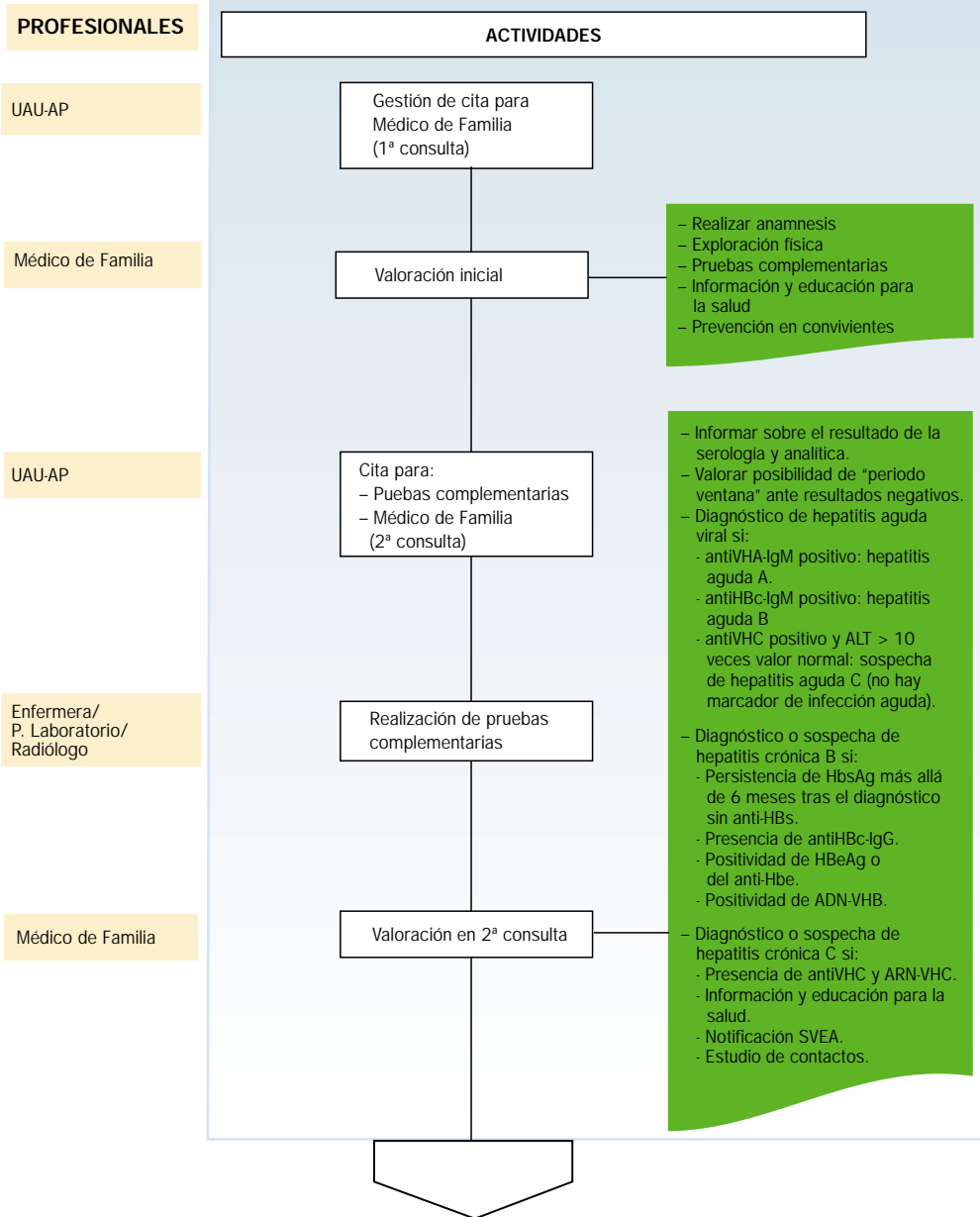
FARMACIA

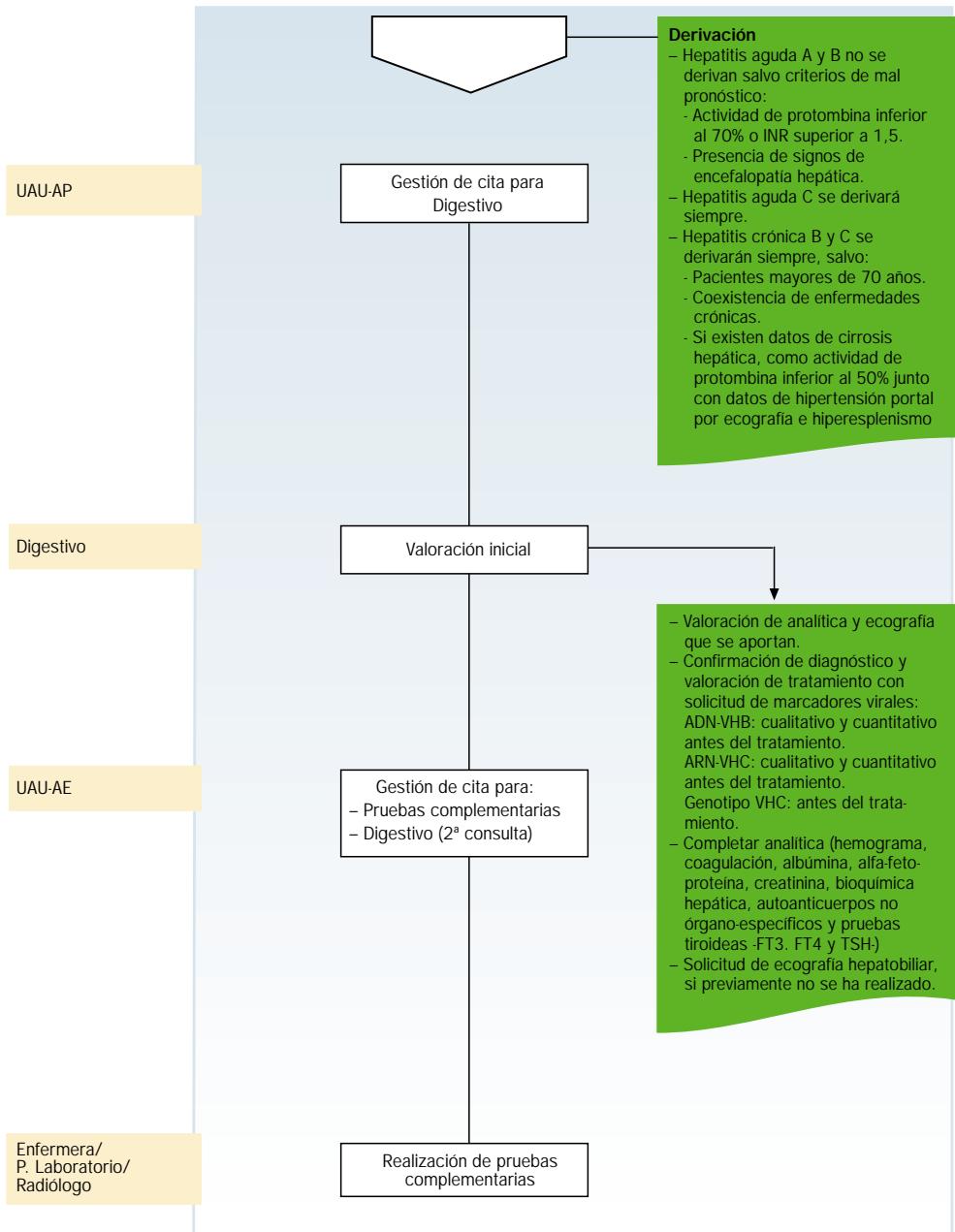
Sº ALMACÉN

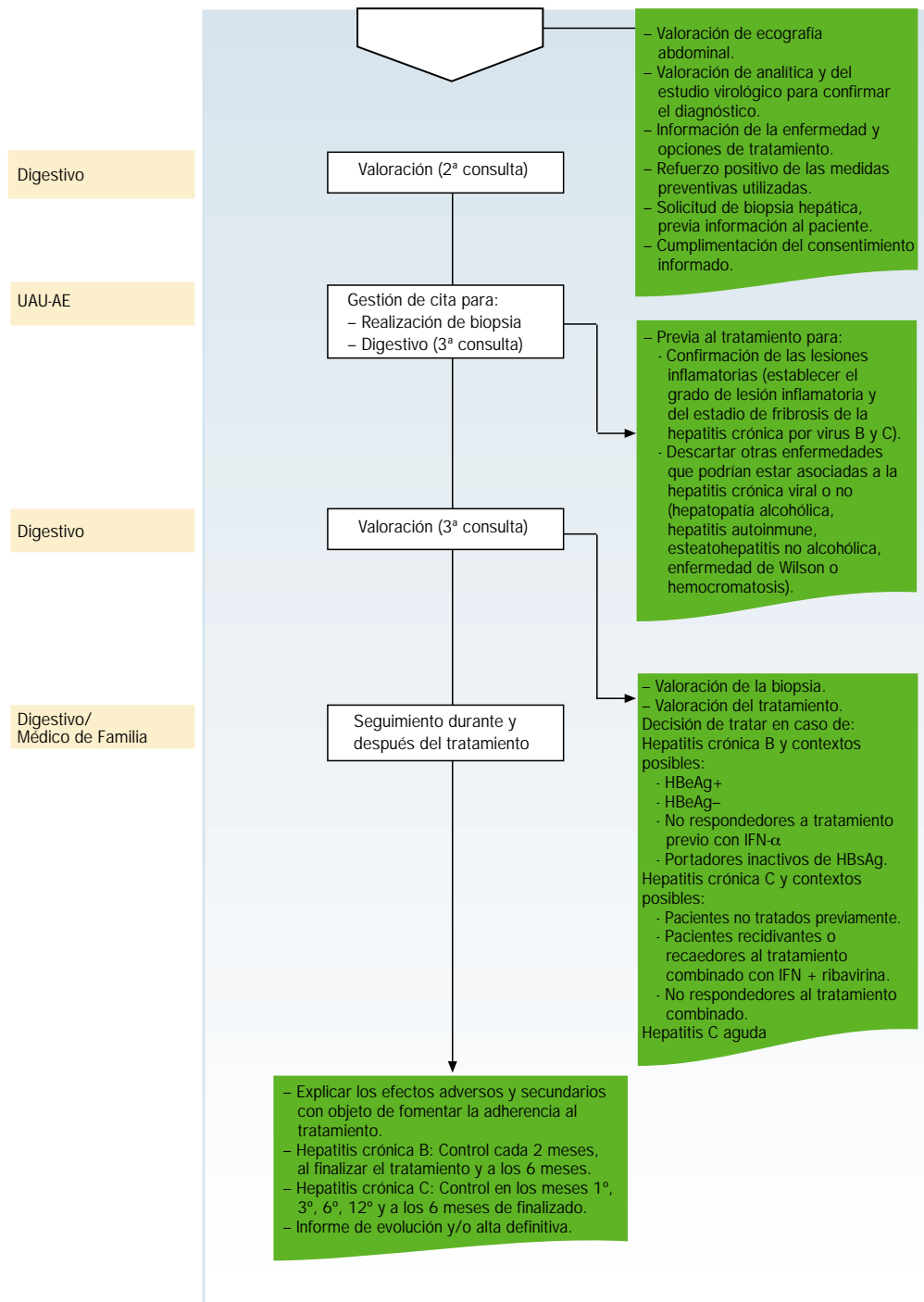
HOSTELERÍA

ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3

- Paciente con signos/síntomas de hepatitis.
- Hallazgo casual o no de parámetros bioquímicos alterados y/o serología viral positiva.
- Población general en situación de riesgo.







6 INDICADORES

INDICADOR: ESTUDIO DE CONVIVIENTES Y CONTACTOS SEXUALES

Denominación	Estudio de convivientes y contactos sexuales
Definición de términos	Conviviente: personas que residen en el mismo domicilio. Contacto sexual: personas con las que el paciente mantuvo relaciones sexuales en los últimos seis meses.
Tipo de indicador	De proceso, basado en índices.
Fundamento	Disminución de la tasa de transmisión de la enfermedad, diagnóstico y tratamiento precoz del conviviente y/o contacto sexual.
Población del indicador y cálculo	Numerador: número de convivientes y contactos sexuales de los casos índice con solicitud de serología x 100. Denominador: número total de convivientes y contactos sexuales de los casos índice.
Datos y fuentes	Datos: estudios serológicos de convivientes y contactos sexuales. Fuentes: historia clínica, laboratorio de microbiología/análisis clínicos.
Estándar	60%
Periodicidad y demora	Periodicidad: anual. Demora: trimestral.

INDICADOR: CASOS DECLARADOS DE HEPATITIS VÍRICAS

Denominación	Declaración de casos de hepatitis víricas
Definición de términos	Caso: paciente diagnosticado de hepatitis viral aguda o crónica. Caso declarado: declaración EDO remitida a los servicios de epidemiología.
Tipo de indicador	De proceso, basado en índices.
Fundamento	Conocer la epidemiología de las hepatitis víricas y la adopción de medidas preventivas.
Población del indicador y cálculo	Numerador: número de casos declarados de hepatitis vírica aguda o crónica x 100. Denominador: total de pacientes diagnosticados de hepatitis vírica aguda o crónica. * El numerador y denominador siempre deben estar referidos a un mismo tipo de hepatitis vírica.
Datos y fuentes	Datos: declaraciones EDO y bases de datos de los centros de vigilancia, epidemiología y bases de datos de las consultas de Atención Primaria y Atención Especializada, Fuentes: documento de declaración EDO.
Estándar	100%.
Periodicidad y demora	Periodicidad: anual. Demora: 3 meses.

INDICADOR: DEMORA DE PRIMERA VISITA A DIGESTIVO

Denominación	Demora de primera visita a Digestivo
Definición de términos	– Tiempo transcurrido desde la solicitud de primera visita al Digestivo hasta que ésta se produce. – Cálculo: $\frac{\sum \text{de días de demora}}{\text{n}^\circ \text{ total de primeras visitas}}$ – Indicador: < 30 días
Tipo de indicador	De proceso, basado en índices.
Fundamento	Criterio de accesibilidad al Digestivo desde el Proceso Hepatitis Víricas.
Población del indicador	Numerador: sumatorio de días de demora desde la solicitud de la cita hasta que se produce. Denominador: número de pacientes que cumplen algún criterio de derivación para primera visita a Digestivo.
Datos y fuentes	Datos: días de demora y total de primeras visitas efectuadas al Digestivo. Fuente: registro de cita previa de Consultas Externas especializada.
Estándares disponibles	75% con menos de 30 días de demora.
Periodicidad y demora	Periodicidad: anual. Demora: 3 meses.

INDICADOR: SATISFACCIÓN DEL PACIENTE CON LA INFORMACIÓN RECIBIDA

Denominación	Satisfacción del paciente con la de información recibida
Tipo de indicador	De resultados (satisfacción).
Fundamento	Evaluar la satisfacción con la información recibida sobre el proceso y planificar mejoras en la comunicación.
Recogida de datos y fuentes	Encuesta telefónica estructurada Registros de consulta de AP y AE.
Estándares	% satisfecho + % muy satisfecho > 80%. Puntuación > 8.
Periodicidad y demoras	Periodicidad: anual. Demora: trimestral.

INDICADOR: TASA DE CURACIÓN DE LA HEPATITIS C CRÓNICA

Denominación	Tasa de curación de la hepatitis C crónica
Tipo de indicador	De resultados (efectividad).
Fundamento	Conocer si los resultados de la terapia antiviral con interferón + ribavirina se ajustan a los estándares publicados.
Datos de población	Numerador: nº de pacientes con ALT normal y ARN-VHC- 6 meses después de finalizado el tratamiento x 100. Denominador: nº total de pacientes tratados de acuerdo con los protocolos aceptados.
Datos y fuentes	Historias clínicas de la Consulta de Digestivo.
Estándares	Tasa de curación: 40-50% (genotipo 1b).

INDICADOR: TASA DE CURACIÓN DE LA HEPATITIS B CRÓNICA

Denominación	Tasa de curación de la hepatitis B crónica
Tipo de indicador	De resultados (efectividad).
Fundamento	Conocer si los resultados de la terapia antiviral con interferón se ajustan a los estándares publicados.
Datos de población	Numerador: nº de pacientes con ALT normal y ADN-VHB- 6 meses después de finalizado el tratamiento x 100. Denominador: nº total de pacientes tratados de acuerdo con los protocolos aceptados.
Datos y fuentes	Historias clínicas de la Consulta de Digestivo.
Estándares	Tasa de curación: 40% .

RESPUESTAS A PREGUNTAS COMUNES PLANTEADAS POR PACIENTES Y FAMILIARES

1. ¿Qué es la hepatitis?

La hepatitis es la inflamación del hígado. Habitualmente está provocada por un virus, aunque también puede estar causada por el alcohol, algunos medicamentos y otras sustancias tóxicas para el hígado. Se puede presentar en forma aguda, o crónica, si la duración de la enfermedad es superior a los seis meses. Se conocen varios tipos de hepatitis vírica: la producida por el virus A, virus B, virus C y otros menos frecuentes.

Las hepatitis agudas A y B presentan síntomas como malestar, fiebre, náuseas, vómitos y coloración amarillenta de la piel (ictericia). En ocasiones, estos síntomas pasan inadvertidos.

La hepatitis C es generalmente asintomática y con frecuencia se descubre casualmente al realizar un análisis de sangre.

Las hepatitis crónicas B y C apenas originan síntomas, a veces cansancio o alguna molestia en el lado derecho del abdomen.

2. ¿Cómo puedo saber si padezco una hepatitis?

Cuando aparecen los síntomas pueden confundirse con los de otras enfermedades. El diagnóstico se realiza mediante un análisis para comprobar una elevación de transaminasas. Para determinar el tipo de hepatitis y saber si es aguda o crónica disponemos de análisis específicos.

3. ¿Es importante conocer el virus que produce la enfermedad?

Sí, porque si se conoce el virus se podrá disminuir la transmisión de la enfermedad y decidir la mejor forma de tratarlo. Además, sirve para prever la evolución: la hepatitis B pasa a crónica en un 5% de los casos y la hepatitis C en un 70-80%; en cambio, la hepatitis A nunca se cronifica.

4. ¿Cómo y cuándo he podido adquirir la enfermedad?

Sólo se podrá saber si se identifica el factor de riesgo; por ejemplo, transfusión sanguínea, pinchazo con una jeringuilla, determinadas prácticas en relación con el consumo de drogas, etc. No obstante, en más de la mitad de los casos no se identifica el origen.

La mayoría de los enfermos con hepatitis crónica B adquirieron la enfermedad en el parto o en los primeros años de vida. Actualmente este riesgo ha disminuido de forma importante, porque en todas las mujeres embarazadas se estudia la existencia o no del virus B.

5. ¿Cómo se transmite esta enfermedad?

La hepatitis A se transmite a través de alimentos y aguas contaminadas.

Las hepatitis B y C se transmiten por contacto con objetos contaminados con sangre de un paciente enfermo (maquinillas de afeitar, material de tatuajes, *piercings*, acupuntura y útiles cortantes en general, jeringuilla contaminada o canutillos que se preparan con billetes en el consumo de ciertas drogas).

En el caso de un pinchazo accidental, la enfermedad se transmite alrededor del 20% si proviene de un paciente con hepatitis B y del 3% si es una hepatitis C. Influyen la cantidad de sangre que tenga la aguja, la profundidad del pinchazo y la cantidad de virus del enfermo.

Del mismo modo, la transmisión de la enfermedad por vía sexual puede ser de más del 20% si un miembro de la pareja presenta el virus B y de un 3% si es del virus C. Si se usa el preservativo el riesgo es prácticamente nulo.

La transmisión al niño durante el embarazo y parto es muy frecuente si se trata de hepatitis B (90% si el virus está muy activo; si el virus no tiene actividad la transmisión es prácticamente nula) y menor si es la hepatitis C (6%).

6. ¿Puedo transmitir la infección a mi familia?

El riesgo es muy escaso en la hepatitis B si se toman las precauciones necesarias con los útiles personales y las relaciones íntimas, además de las medidas como la vacunación.

El riesgo en la hepatitis C es aún menor. No existe riesgo en las relaciones familiares normales, incluso con los besos. No es necesario tener un cuidado especial con los platos, vasos y ropa del paciente, salvo si se manchan con sangre.

La hepatitis A, debido a que el virus se elimina por heces, orinas y secreciones, se puede transmitir a través de las manos y objetos manipulables. El riesgo es menor con una buena higiene (lejía). Por ello es importante que los niños enfermos de hepatitis A no acudan a los centros escolares hasta que hayan superado la enfermedad.

7. ¿Deben examinarse mis familiares?

Sí, cuando se trata de una hepatitis B, porque existe la posibilidad de administrarles vacunación.

No, cuando se trata de una hepatitis C, porque existe muy bajo riesgo de contagio y, además, no se dispone de vacuna.

8. ¿Puedo hacer algo para que mi enfermedad no progrese?

En el caso de tener una hepatitis aguda, y si no existen signos de gravedad, no es necesaria la hospitalización. Tampoco es necesario el reposo absoluto en cama. La dieta debe ser normal y no es necesario suprimir ningún alimento especial si el paciente los tolera bien. Se desaconseja el consumo de alcohol para no sobrecargar un hígado enfermo.

Cualquier medicación debe ser revisada por el médico porque algunos fármacos pueden aumentar el daño en un hígado enfermo.

9. ¿Qué riesgos tiene la hepatitis en una mujer embarazada?

No existe riesgo de muerte del feto ni de malformaciones en los recién nacidos de mujeres con hepatitis, aunque sí riesgo de aborto.

En la hepatitis B el riesgo de infección en el niño es importante, pero existen medidas de prevención (una dosis de gammaglobulina específica, además de la vacuna). La lactancia materna se permite si el niño ha sido vacunado.

En la hepatitis C el riesgo de transmisión es mucho menor. Sin embargo, no hay actualmente medidas de prevención. La lactancia materna está permitida en el tipo C.

10. ¿Debo hacerme una biopsia hepática?

En una hepatitis aguda, no. La biopsia hepática es conveniente en la infección crónica pues aporta información útil sobre el estado de la enfermedad, y para conocer el pronóstico y la posible respuesta al tratamiento.

11. ¿Qué tratamientos existen?

En la hepatitis aguda, se tratan sólo los síntomas. En la actualidad está reconocido el tratamiento con interferón en la hepatitis aguda C, ya que disminuye drásticamente su evolución a enfermedad crónica. En la hepatitis aguda B no es necesario el tratamiento con interferón, porque los casos de evolución a la cronicidad son muy escasos.

Para la infección crónica se dispone del interferón y otros antivirales que consiguen una respuesta efectiva en el 50% de los casos. Este tratamiento no está justificado en todos los enfermos porque la respuesta no es buena en determinadas situaciones: edad avanzada, lesiones mínimas en la biopsia hepática y/o si las transaminasas son normales.

La inconveniencia de este tratamiento son sus efectos secundarios, aunque la mayoría son tolerables y transitorios.

11. ¿Qué probabilidad tengo de desarrollar una cirrosis?

Alrededor de un 20% de los pacientes con hepatitis C crónica desarrollan una cirrosis a partir de los 20 años después de la infección. El riesgo aumenta si se consume alcohol y si la infección se adquiere después de los 40 años.

En la hepatitis B crónica el riesgo de evolución a cirrosis es del 10 al 30%.

La cirrosis puede dar lugar a complicaciones graves e incluso, a largo plazo, originar cáncer de hígado.

12. ¿Podré donar sangre después de haber pasado una hepatitis?

La legislación española no lo autoriza incluso después de la curación clínica de la enfermedad.

13. ¿Se puede volver a pasar una hepatitis?

No se puede volver a padecer una segunda hepatitis por el mismo virus pero sí por uno distinto.

14. ¿Existen vacunas?

Para la hepatitis B sí existe y es muy efectiva. En cambio todavía no se ha desarrollado una vacuna para la hepatitis C.

También está disponible una vacuna para la hepatitis A, aunque se utiliza sólo para actividades de riesgo o para personas que viajen a determinados países.

15. ¿Qué debo hacer ante un pinchazo accidental o una situación de riesgo?

Deberá acudir en las próximas horas a su médico para iniciar las medidas preventivas existentes; es decir, recibir, si es preciso, inmunoglobulinas y la vacuna.

16. ¿Qué indica la situación de "portador sano" del virus de la hepatitis B?

Se trata de una situación especial en la que existen restos del virus B en sangre, pero sin producirse inflamación del hígado, siendo las transaminasas normales. Tampoco existe riesgo de contagio y no evoluciona a hepatitis crónica u otros estados.

PROPUESTA DE INFORMACIÓN BÁSICA A PACIENTES Y FAMILIARES

LA HEPATITIS

¿Qué es la hepatitis?

Es la inflamación del hígado, un órgano vital cuyas lesiones pueden ser graves o incluso fatales.

¿Cuántos tipos de hepatitis hay?

TÓXICAS: producidas por el consumo excesivo de alcohol o medicamentos u otras sustancias tóxicas para el hígado.

VÍRICAS: son las más frecuentes y se clasifican, según el virus que la origina en:

- HEPATITIS A
- HEPATITIS B
- HEPATITIS C
- Otras menos frecuentes.

¿Cómo se contagia el virus?

HEPATITIS A:

- Alimentos y aguas contaminadas.
- Secreciones orgánicas (saliva, orina y heces).

HEPATITIS B:

- Contacto con sangre de personas infectadas (transfusiones, pinchazos, de madre a hijo durante el parto).
- Semen y flujos vaginales (relaciones sexuales).
- Secreciones orgánicas (saliva, orina y heces).

HEPATITIS C:

- Principalmente por contacto con sangre de persona infectada.
- El riesgo es insignificante con el semen y demás secreciones.

¿Cómo se previene la hepatitis?

Actualmente existen vacunas contra la hepatitis A y B.

– Hepatitis A:

- La vacuna se recomienda a personas que vayan a realizar viajes a determinados países.

- Hepatitis B:
 - Evitar el contacto con la sangre (transfusiones, tatuajes y *pearcing*s).
 - No compartir jeringuillas, cuchillas de afeitarse ni cepillos de dientes.
 - Usar preservativos.
- Hepatitis C:
 - Evitar el contacto con la sangre (transfusiones, tatuajes y *pearcing*s).
 - No compartir jeringuillas, cuchillas de afeitarse ni cepillos de dientes.

¿Qué hepatitis se puede hacer crónica?

Cuando la enfermedad se prolonga más de seis meses se considera crónica.

- La hepatitis A nunca se hace crónica.
- La hepatitis B se hace crónica en el 5% de los casos.
- La hepatitis C se hace crónica en el 70-80% de los casos.

¿Cuál es el tratamiento?

1) Hepatitis aguda

- Las hepatitis víricas agudas no tienen un tratamiento específico. Éste se limita a intentar aliviar los síntomas que pudieran aparecer en el curso de la enfermedad.
- La mayoría de los pacientes no necesitan hospitalización.
- No es necesario guardar cama, salvo cuando el paciente tenga mucho cansancio.
- No hay dieta específica para este tipo de hepatitis, únicamente se recomienda no tomar alcohol.

2) Hepatitis crónica

- El enfermo con hepatitis crónica no requiere ni dieta ni reposo y será su médico el que indicará las pautas que debe seguir. Puede y debe realizar una vida normal.
- Se recomienda evitar la ingesta de alcohol, pues se ha comprobado que éste potencia la acción de los virus y aumenta el daño al hígado.
- En la actualidad, se dispone de tratamiento antiviral cuya prescripción la hace el médico.

MANEJO DIAGNÓSTICO DE LA HIPERTRANSAMINASEMIA DE ORIGEN NO FILIADO

Las transaminasas son enzimas intrahepatocitarias que se utilizan como marcadores bioquímicos de daño hepático. Las enzimas mejor caracterizadas y más utilizadas en el estudio de las hepatopatías son la AST (GOT) y la ALT (GPT).

La AST se localiza tanto en el hígado como en el músculo esquelético o cardíaco, riñón, cerebro, páncreas y hematíes. Se distinguen dos tipos de AST: la AST mitocondrial y la AST citoplásmica. La cromatografía es útil para diferenciar los tipos de AST. La AST mitocondrial alcanza muy bajas concentraciones en sangre, suele ser un marcador precoz de daño hepático y se eleva de forma selectiva en la hepatopatía alcohólica, por lo que se intentó usar como marcador de etilismo subrepticio. La AST citoplásmica es la fracción responsable de su elevación en sangre en la mayoría de las hepatopatías. Una elevación selectiva de la AST o un cociente AST/ALT > 1 se observa en pacientes con hepatopatía alcohólica, ya que el consumo crónico de alcohol provoca un déficit de piridoxina, cofactor necesario para la síntesis de ALT.

La ALT se localiza en el citoplasma de los hepatocitos y su elevación se considera más específica de enfermedad hepatocelular.

Las cifras de transaminasas no se alteran con la ingesta de alimentos. Aunque el nivel de normalidad de las transaminasas no está bien definido, en la práctica clínica habitual se acepta que el límite se sitúa en 41 U/L. En cambio, diversos estudios realizados en amplias series de donantes de sangre demuestran que los niveles de transaminasas dependen del índice de masa corporal (IMC)^{1, 2}, y del sexo³. En varones con IMC ideal, la cifra de ALT normal se sitúa en 44 U/L y si tienen IMC > 23 en 66 U/L; en mujeres con IMC < 23, la ALT normal sería hasta 31 U/L y con IMC > 23 hasta 42 U/L, tomados de un estudio reciente de Piton et al⁴. No obstante, todos estos estudios adolecen de un problema: no se realizó una biopsia hepática en el grupo de controles con ALT superior a los niveles normales, por lo que no pudo descartarse que presentaran esteatosis hepática, esteatohepatitis o hepatitis crónica criptogenética.

Las elevaciones de las transaminasas se pueden dividir en dos tipos:

1. Elevación aguda con incrementos superiores a 10 veces los valores normales.
2. Elevación persistente y oscilante habitualmente inferior a 10 veces los valores normales.

1. MANEJO DE UNA SOSPECHA DE HEPATITIS AGUDA

Ante un aumento de las transaminasas superior a 10 veces los valores normales, se debe iniciar un estudio etiológico exhaustivo para descartar cualquier causa de hepatitis aguda.

En la anamnesis se deben recoger datos de:

- a) Antecedentes epidemiológicos de hepatitis viral, como la realización de un viaje reciente a países en vías de desarrollo, el consumo de moluscos, el contacto reciente con persona icterica, tener un familiar en una guardería, la promiscuidad sexual, el consumo de drogas por vía parenteral o la hospitalización reciente.
- b) Consumo de fármacos, productos fitoterapéuticos, drogas recreacionales (éxtasis), setas y alcohol.
- c) Exposición a tóxicos industriales.
- d) Episodio en días previos de hipotensión o insuficiencia cardíaca.
- e) Golpe de calor.

Se debe solicitar una serología viral que incluya antiVHA-IgM, antiHBc-IgM, HBsAg. Si son positivos los marcadores de VHB, se solicitará antiVHD (total e IgM) basal y, en caso de negatividad, 4-8 semanas después.

Si son negativos los marcadores anteriores, se realizará antiVHC, ARN-VHC, antiVHE-IgM, antiVEB-IgM, antiCMV-IgM, antiVHS-IgM, antiVHZ.

Si toda la serología viral es negativa se determinará la presencia de anticuerpos antinucleares, antimúsculo liso y antiLKM para descartar una hepatitis autoinmune y, si el paciente tiene menos de 40 años, se le estudiará el cobre en orina de 24 horas y la ceruloplasmina para descartar una hepatitis aguda wilsoniana.

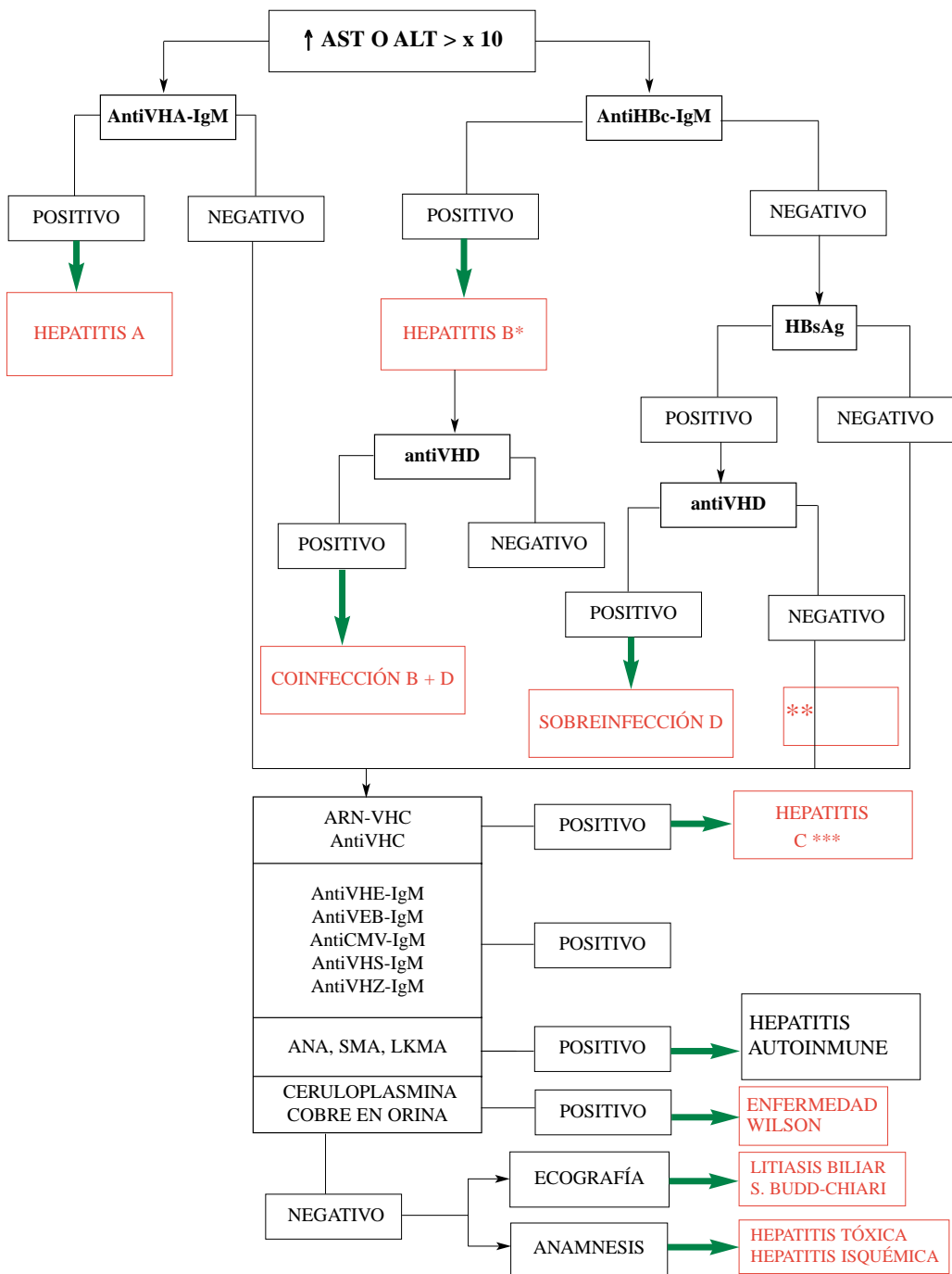
Si existe clínica de dolor abdominal, y en la analítica destaca un aumento de LDH con normalización de las transaminasas en 1-3 días, se realizará una ecografía abdominal para descartar una coleditiasis.

Si las transaminasas se normalizan en 1 semana y se acompañan de un gran aumento de LDH, se debe considerar una hepatitis isquémica.

Si existe ingesta excesiva de alcohol y las transaminasas son superiores a 500 UI/ml, aun siendo la relación AST/ALT > 2, se debe descartar otra etiología sobreañadida de hepatitis aguda. Incluso elevaciones por encima de 400 UI/ml son poco frecuentes en la hepatitis alcohólica.

En los casos que presenten manifestaciones clínicas específicas se realizarán estudios encaminados a descartar etiologías como el síndrome de Budd-Chiari o la hepatitis bacteriana. Asimismo, se debe considerar la posible infiltración por linfoma (u otras neoplasias) que sólo se diagnostica mediante una biopsia hepática.

En caso de negatividad de todos los estudios, se realizará un seguimiento hasta la normalización de las cifras de transaminasas. Si transcurren 6 meses, y éstas persisten elevadas, se debe diagnosticar una hepatitis crónica.



* Exacerbación de hepatitis crónica B si antiHBe positivo.

** Puede ser exacerbación de hepatitis crónica B.

*** Hepatitis aguda C si antiVHC negativo.

2. MANEJO DE UNA HIPERTRANSAMINASEMIA MANTENIDA

En caso de detectarse una hipertransaminasemia asintomática inferior a 10 veces los valores normales, hay que repetir la determinación ya que en un 50% de los casos se puede producir la normalización⁵. Si es así, se procederá al alta y no se indicará ningún estudio adicional.

Si se demuestra que existe una hipertransaminasemia persistente se realizará un estudio etiológico completo:

- 1.- Anamnesis para investigar los factores de riesgo asociados a las diferentes hepatopatías virales (transfusión, tatuajes, ADVP, ADNVP, promiscuidad sexual, hemodiálisis) y para descartar el consumo de alcohol o de fármacos. En caso de positividad de estos últimos, se retirará el tóxico y se valorará la evolución de las cifras de transaminasas.
- 2.- Ecografía abdominal.
- 3.- Estudio serológico viral:
 - a.- antiVHC
 - b.- HBsAg- y, si es positivo, antiVHD
- 4.- Anticuerpos no órgano-específicos: ANA, SMA, LKMA y AMA.
- 5.- Índice de saturación de transferrina (IST) y ferritina. Si el IST es superior al 45% se debe repetir la determinación y si, nuevamente es mayor de 45%, se ha de comenzar el estudio de hemocromatosis hereditaria.
- 6.- En caso de negatividad o normalidad de las pruebas realizadas, y si el paciente presenta al menos dos de las siguientes alteraciones: hígado hiperecogénico en la ecografía, sobrepeso (IMC > 25), colinesterasa superior al valor normal, relación FA/GGT superior a 5, dislipemias o diabetes mellitus, se procederá a indicar una pérdida del 10% del peso y se volverán a determinar las cifras de AST y ALT. Si éstas se han normalizado, se considera diagnóstico de esteatosis hepática.
- 7.- Si persiste la alteración tras la pérdida de peso se determinará: α 1-antitripsina, ceruloplasmina y cobre en orina de 24 horas (si el paciente es menor de 50 años) y porfirinas en orina de 24 horas.
- 8.- En caso de normalidad de todas las determinaciones realizadas, procederemos a descartar etiologías poco frecuentes de hipertransaminasemia mantenida con los siguientes estudios:
 - 8.1.- Hormonas tiroideas.

Tanto el hipertiroidismo como el hipotiroidismo pueden presentarse como una hipertransaminasemia asintomática. En pacientes con hipertiroidismo se aprecia elevación de ALT en el 23% y de AST en el 14% de los casos⁶. Probablemente, en el hipertiroidismo existe una mayor demanda de O₂ a nivel hepático, sin aumento del flujo, lo que provoca anoxia perivenular, daño hepático y la hipertransaminasemia. De todas formas, en pacientes con hipertiroidismo que presentan hipertransaminasemia, siempre se ha de descartar una hepatitis autoinmune o una hepatitis tóxica por propiltiouracilo.

Se ha detectado elevación de AST o ALT en el 48% de una serie de pacientes con hipotiroidismo no complicado. El mecanismo que provoca la hipertransaminasemia en pacientes con hipotiroidismo no está aclarado; se ha implicado una posible esteatosis hepática asociada⁷, aunque el hígado suele ser normal en estos pacientes⁸.

8.2.- Ac antiendomisio y Ac antigliadina.

Recientemente, se ha comunicado que la enfermedad celíaca puede manifestarse como una hipertransaminasemia asintomática. Se estipula que entre el 13%⁹ y el 40%¹⁰ de los pacientes con enfermedad celíaca presentan hipertransaminasemia en el momento del diagnóstico. No obstante, la mayoría de los pacientes muestran una hepatitis reactiva inespecífica en el estudio histológico¹¹. En una serie de 55 pacientes¹² con hipertransaminasemia no filiada se detectaron 5 casos de enfermedad celíaca y en otra serie de 140 pacientes se detectaron 13 casos¹³, por lo que aproximadamente un 10% de los pacientes con hipertransaminasemia no explicada podrían sufrir una enfermedad celíaca paucisintomática. La dieta sin gluten se acompaña de la normalización de la alteración hepática en más del 88% de los casos. El mecanismo implicado en el desarrollo de esta hipertransaminasemia no está aclarado, aunque se ha implicado un aumento de la permeabilidad intestinal, lo que permitiría una entrada de antígenos bacterianos, el paso de toxinas a la vena porta y desde ahí al hígado. Esta hipótesis se ha visto avalada por un estudio en el que, utilizando un test de lactulosa/manitol, se comprobó una estrecha relación entre la permeabilidad intestinal (cociente elevado) y las cifras de ALT (Novacek et al. EJGH). Si los anticuerpos resultan positivos, se debe practicar una biopsia intestinal para confirmar el diagnóstico de celíaca.

8.3.- CPK.

Las enfermedades musculares pueden manifestarse por una elevación aislada de las cifras de ALT y AST. En pacientes con distrofia miotónica se aprecia una elevación de AST y ALT en el 33% de los casos, así como una elevación de FA y GGT¹⁴. En estos pacientes la determinación de CPK permite el diagnóstico y evita la realización de una biopsia hepática. Existe un grupo de pacientes que pueden presentar una hiperCPKemia asintomática, que se acompaña de una alteración de la bioquímica hepática muy variada, pudiendo consistir en una ligera elevación de la ALT¹⁵ o AST¹⁶.

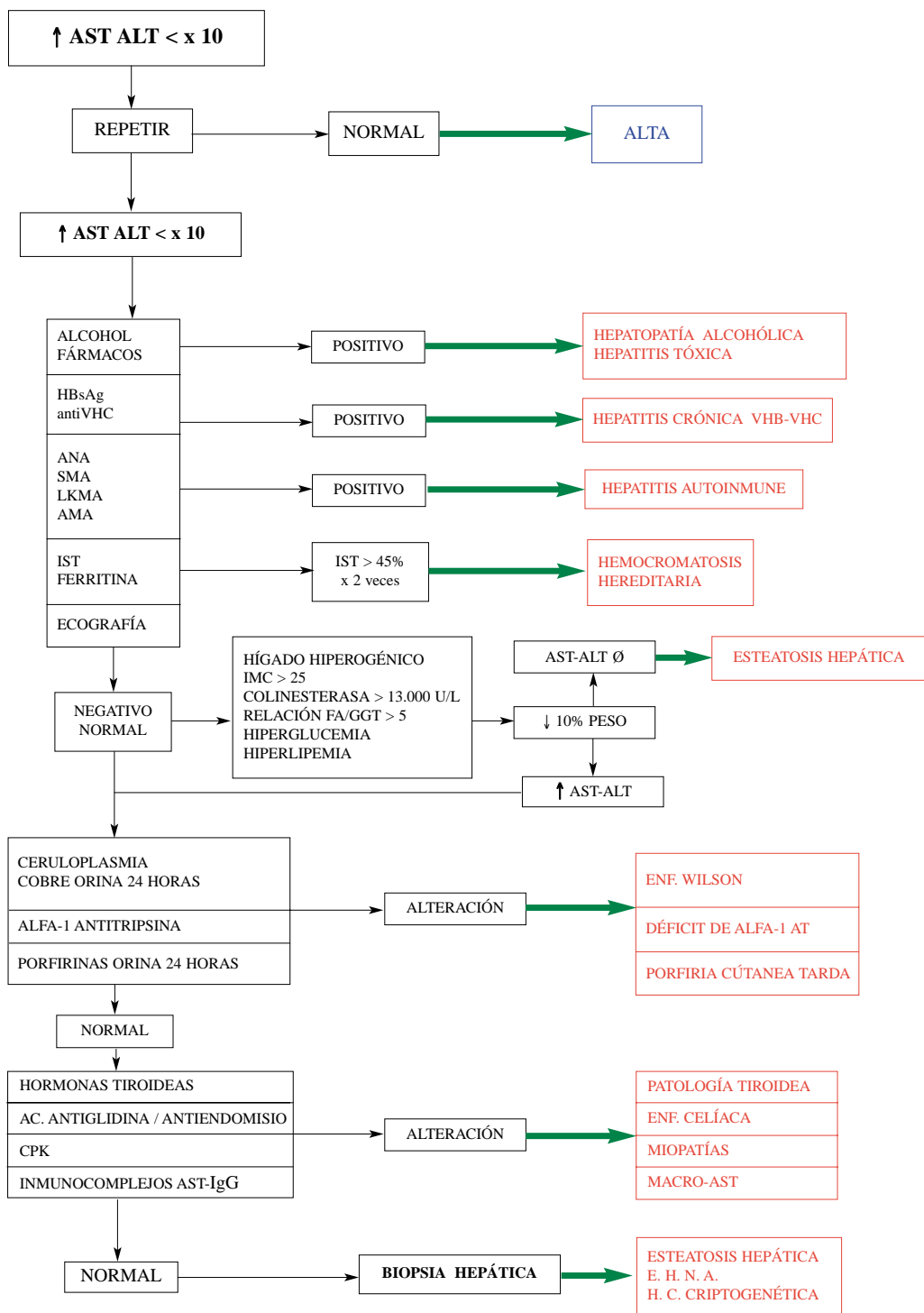
8.4.- Inmunocomplejos AST-IgG.

En caso de elevación aislada de la AST con ALT y CPK persistentemente normal se debe descartar una macroAST, mediante un estudio cromatográfico que permite identificar los inmunocomplejos formados por AST e inmunoglobulinas^{17, 18}.

9.- Si todo el estudio es negativo, las posibilidades etiológicas se reducen a:

- a) Esteatosis hepática.
- b) Esteatohepatitis no alcohólica (EHNA).
- c) Hepatitis crónica criptogénica.

En esta situación se debe realizar una biopsia hepática para diferenciar entre estas tres entidades ya que presentan diferentes implicaciones pronósticas. Por un lado, la esteatosis hepática "pura" (sin componente inflamatorio) puede considerarse una enfermedad no progresiva que permitiría transmitir tranquilidad al paciente y no someterlo a revisiones periódicas¹⁹. En cambio, los pacientes con EHNA pueden progresar a cirrosis hepática en un 43% de los casos^{20, 21}. Por último, la prevalencia de cirrosis en pacientes con hepatitis criptogénica puede alcanzar el 25%.



MANEJO DIAGNÓSTICO DE LA COLESTASIS INTRAHEPÁTICA CRÓNICA

La elevación de la fosfatasa alcalina y la GGT dos veces su valor normal, con cifras de transaminasas habitualmente inferiores a dos veces los valores normales y bilirrubina normal, conforman un grupo de pacientes que requieren un estudio etiológico pormenorizado.

- 1.- Anamnesis para descartar el consumo de fármacos.
- 2.- Ecografía que confirme la no dilatación de las vías biliares.
- 3.- AMA, ANA y p-ANCAs que permitirán el diagnóstico de cirrosis biliar primaria (CBP) o de colangitis esclerosante primaria (CEP). En caso de presentar AMA negativo y ANA positivo con positividad de Sp100 o Gp210 se sugiere el diagnóstico de CBP AMA negativo. En ausencia de dichos marcadores, la positividad de ANA sin AMA, asociado a datos de colestasis crónica, sustenta el diagnóstico de colangitis autoinmune (CAI).
- 4.- Actividad ECA y una Rx de tórax para descartar sarcoidosis.
- 5.- Si todos los estudios persisten negativos se realizará una biopsia hepática para descartar:
 - a) CBP seronegativa²².
 - b) Ductopenia idiopática del adulto²³.
 - c) Ductopenia idiopática del adulto paucisintomática²⁴.
 - d) Sarcoidosis²⁵.
 - e) Enfermedad de Hodgkin²⁶.
- 6.- En caso de que la biopsia hepática no sea diagnóstica se realizará una colangio-RM para descartar CEP.

INFORMACIÓN BÁSICA A PACIENTES Y FAMILIARES SOBRE LA BIOPSIA HEPÁTICA

- La biopsia hepática es una técnica de diagnóstico de las hepatitis virales que consiste en la obtención de un pequeño fragmento de tejido hepático para su estudio microscópico y, de esta manera, analizar con precisión el daño producido por la enfermedad. La muestra se obtiene introduciendo una aguja hasta el interior del hígado que succiona o corta el tejido.
- El lugar de punción se elige mediante la ecografía y suele estar situado en los espacios intercostales. Se le administra al inicio del procedimiento anestesia local en el tejido situado en el trayecto de la aguja.
- Para ser sometido a esta prueba diagnóstica el paciente debe permanecer ingresado en el hospital durante unas horas, en ocasiones un día completo.
- La biopsia se hará tras 8 horas de ayuno y después deberá permanecer en ayunas otro periodo de tiempo similar.
- La técnica, aun siendo segura, no está exenta de posibles complicaciones. Algunas están relacionadas con el lugar de la punción: neumotórax (introducción de aire en la pleura), hemotórax (sangrado en la pleura), hemoperitoneo (sangrado en la cavidad abdominal), punción de la vesícula, el colon o el riñón. Desde que se utiliza la ecografía para elegir el lugar de la punción, estas complicaciones son poco frecuentes (0,039 a 0,2%). Otras complicaciones son: descenso de la tensión arterial con mareos y sudoración, dolor en el lugar de punción o dolor irradiado a hombro derecho, hematoma en el interior del hígado, sangrado al interior de la vía biliar y paso transitorio de gérmenes a la sangre (5.8%). Las complicaciones graves son muy raras y el riesgo de muerte se sitúa entre el 0.16 y el 0.015% de los casos.

INFORMACIÓN BÁSICA A PACIENTES Y FAMILIARES SOBRE LA BIOPSIA HEPÁTICA

1. Tratamiento de la hepatitis crónica B

La hepatitis crónica B tiene pocas probabilidades de curación espontánea, por lo que es obligado el tratamiento en determinadas circunstancias.

En la actualidad, el tratamiento de la hepatitis B, en caso de tener éxito, no permite en la mayoría de los casos erradicar el virus del organismo sino, únicamente, dejarlo en una situación de 'inactividad', esto es, sin capacidad para multiplicarse. A esa situación puede llegarse básicamente incrementando las defensas del organismo para que luche contra el virus, o inhibiendo directamente la capacidad de éste para reproducirse.

- El interferón alfa es el medicamento que actúa principalmente incrementando las defensas del organismo frente al virus (y también inhibiendo directamente su replicación). Debe ser administrado en inyección subcutánea (cogiendo un pliegue de la piel) en el brazo o abdomen, a dosis de 5 a 10 millones de unidades, todas las semanas durante periodos prolongados de tiempo (4-6 meses). No todos los pacientes pueden recibir este medicamento ya que está contraindicada su utilización en el embarazo o si hay incapacidad para asegurar la anticoncepción; antecedentes o situaciones de depresión u otra enfermedad psiquiátrica; antecedentes de epilepsia mal controlada; adicción activa a drogas y alcoholismo, baja cifra en los análisis de glóbulos blancos y/o plaquetas; en pacientes trasplantados (excepto los hepáticos); con enfermedad cardíaca sintomática o cirrosis descompensada. Se hace complicado el empleo de interferón alfa en pacientes con diabetes descontrolada, y enfermedad de carácter autoinmune (del tiroides, artritis reumatoide, psoriasis, etc.) mal controladas.

El tratamiento con interferón alfa provoca frecuentemente efectos indeseables, aunque la mayoría de ellos son leves. Los más comunes son de tipo gripal y al inicio del tratamiento, como cansancio, dolores de cabeza, pérdida de apetito y de peso, caída del cabello y disminución en sangre de glóbulos blancos y plaquetas. Los más problemáticos son los efectos de tipo psíquico, tales como ansiedad, irritabilidad, depresión e, incluso, ideas e intentos de suicidio (aproximadamente el 1% de los pacientes). De hecho, son la depresión y la insuficiencia del tiroides permanente los efectos indeseables más importantes de entre los que se asocian al tratamiento. Como consecuencia de los mismos puede llegar a ser necesario reducir la dosis de interferón alfa (en un 5% de pacientes) o suprimirlo completamente (en un 2% de pacientes).

- La lamivudina es un medicamento con actividad para frenar la multiplicación del virus B. Se administra usualmente a dosis de 100 mg cada día (1 comprimido), durante periodos variables de tiempo, pero no inferiores a 1 año. La lamivudina está contraindicada en el embarazo o si hay incapacidad para asegurar la anticoncepción. Se tolera muy bien y los efectos indeseables apreciables son raros. En algunos pacientes pueden aparecer mareos, dolores de cabeza y musculares. Rara vez puede ocurrir un rebrote de la hepatitis debido a la aparición de virus resistentes durante el tratamiento con lamivudina.

2. Tratamiento de la hepatitis crónica C

La hepatitis crónica C tiene una probabilidad muy baja de curación espontánea, por lo que está indicado el tratamiento siempre, salvo en determinadas circunstancias.

El objetivo del tratamiento de la hepatitis C es erradicar el virus del organismo. Para ello se utiliza en la actualidad una combinación de fármacos: interferón alfa y ribavirina, que actúan principalmente aumentando las defensas del organismo lo que impide al virus multiplicarse. Sin embargo, en la actualidad la curación de la infección no se consigue más que en un porcentaje de los pacientes tratados (alrededor del 50%).

- El interferón alfa es el prototipo de medicamento que actúa principalmente incrementando las defensas del organismo frente al virus (aunque también inhibiendo directamente su replicación). Debe ser administrado en inyección subcutánea (cogiendo un pliegue de la piel) en el brazo o abdomen, todas las semanas durante periodos prolongados de tiempo (6-12 meses). No todos los pacientes pueden recibir este medicamento ya que su utilización está contraindicada en el embarazo o incapacidad para asegurar la anticoncepción; antecedentes o situaciones de depresión u otra enfermedad psiquiátrica; antecedentes de epilepsia mal controlada; adicción activa a drogas y alcoholismo; baja cifra en los análisis de glóbulos blancos y/o plaquetas, en pacientes trasplantados (excepto los hepáticos), con enfermedad cardíaca sintomática o cirrosis descompensada. Será, además, complicado el empleo de interferón alfa en pacientes con diabetes descontrolada, y con enfermedad de carácter autoinmune (del tiroides, artritis reumatoide, psoriasis, etc.) mal controladas.

El tratamiento con interferón alfa provoca frecuentemente efectos indeseables, aunque la mayoría de ellos son leves. Los más comunes son de tipo gripal al inicio del tratamiento, como cansancio, dolores de cabeza, pérdida de apetito y de peso, caída del cabello y disminución en sangre de las cifras de glóbulos blancos y plaquetas. Los más problemáticos son los efectos de tipo psíquico tales como ansiedad, irritabilidad, depresión e, incluso, idea e intentos de suicidio (1-2% cuando se administra asociado a la ribavirina). De hecho, son la depresión y la insuficiencia del tiroides permanente los efectos indeseables más importantes, entre los que se asocian al tratamiento. Como consecuencia de los mismos puede llegar a ser necesario reducir la dosis de interferón alfa (en un 5% de pacientes) o suprimirlo completamente (en un 2% de pacientes).

- La ribavirina es un medicamento con actividad para frenar la multiplicación del virus C de la hepatitis. Se toma asociado al interferón alfa en comprimidos (de 4 a 6 diarios). La ribavirina está contraindicada durante el embarazo o si existe incapacidad para asegurar la anticoncepción, en pacientes con anemia, y con insuficiencia renal (estén o no en programa de diálisis). Su utilización es complicada en pacientes con antecedentes de angina de pecho o infarto agudo de miocardio o problemas circulatorios cerebrales.

La ribavirina es generalmente bien tolerada. En algunos pacientes se puede producir anemia, sobre todo en las primeras semanas de tratamiento. Esto puede resolverse reduciendo la dosis del medicamento. Otros efectos más raros son la faringitis, el insomnio, la depresión leve, la ansiedad, la sensación de falta de aire, los picores generalizados, las lesiones en la piel de tipo alérgico, la caída del cabello, las náuseas, y la falta de apetito.

- Desde fecha reciente se dispone de un nuevo interferón alfa denominado pegilado, que se administra una vez por semana en lugar de tres. Esto puede suponer una ventaja para el paciente. Los estudios realizados con este nuevo medicamento indican que es más eficaz para erradicar el virus C que el interferón alfa normal, tanto si se utiliza solo como combinado con ribavirina. En este último caso se consigue la erradicación del virus C en un 57% de pacientes tratados, frente al 45% de la combinación interferón alfa normal y ribavirina. Los efectos indeseables del interferón alfa pegilado son similares a los del interferón alfa normal.

Evidencia actual sobre el tratamiento de la hepatitis crónica C

- 1.- Tratamiento con interferón + ribavirina. Alcanza una mayor tasa de respuesta sostenida, si bien requiere un mayor ajuste de la dosis y posee más incidencia de efectos adversos (Grado de recomendación A). Kjaergard et al.
- 2.- Tratamiento con interferón pegilado + ribavirina. Es más eficaz que el tratamiento con interferon estándar + ribavirina (Grado de recomendación A). Chander G, et. Hepatology 2002.
- 3.- El tratamiento con interferón estándar + ribavirina es superior al tratamiento con interferón sólo en los pacientes que no han respondido a un ciclo previo de interferón. No obstante, la tasa de respuesta en no respondedores es muy baja, situándose entre el 13%-14% (Grado de recomendación A).
- 4.- El tratamiento combinado durante un año es superior al tratamiento durante 6 meses en pacientes recidivantes a un ciclo previo (Grado de recomendación B).
- 5.- La respuesta al tratamiento combinado es superior en los pacientes recidivantes que en los no respondedores (Grado de recomendación B).

α_1 -antitripsina: α -1-antitripsina

ADVP: Adicto a drogas por vía parenteral

ALT (GPT): Alanina aminotransferasa

AMA, p-ANCAs: Anticuerpos tipo IgM del citomegalo virus.

ANA, SMA, LKMA y AMA: Anticuerpos no órgano-específicos

anti CMV-IgM: Anticuerpos tipo IgM del citomegalo virus

antiHbc-IgG: Anticuerpos tipo IgG

antiHbc-IgM: Anticuerpos tipo IgM

antiHBe: Anticuerpos frente al antígeno HBe

antiHBs: Anticuerpos frente al antígeno de superficie

antiVEB-IgM: Anticuerpos tipo IgM del virus Epstein-Bar

antiVHA-IgM: Anticuerpos tipo IgM frente al virus de la hepatitis A

antiVHC: Anticuerpos frente al virus de la hepatitis C

antiVHD (total e IgM): Anticuerpos del virus de la hepatitis D

antiVHE-IgM: Anticuerpos tipo IgM del virus de la hepatitis E

antiVHS-IgM:

antiVHZ:

ARN-VHC: ARN del virus de la hepatitis C

AST (GOT): Apartato aminotransferasa

AST/ALT: Cociente apartato aminotransferasa/ alanina aminotransferasa

CAI: Colangitis autoinmune

CBP: Cirrosis biliar primaria

CEP: Colangitis esclerosante primaria

CPK: Creatinfosfoquinasa

ECA: Enzima convertidora de la angiotensina

EDO: Enfermedad de declaración obligatoria

EHNA: Esteatohepatitis no alcohólica

GGT: Gamma glutamiltranspectidasa

HBcAg: Antígeno del core del VHB

HBeAg: Antígeno e del VHB

HBsAg: Antígeno de superficie del VHB

IFN- α : Interferón alfa

IFN-Peg: Interferón pegilado

IMC: Índice de masa corporal

INR: Razón normalizada internacional

IST: Índice de saturación de transferrina

LDH: Lactodeshidrogenasa

LSN: Limite superior de la normalidad

Relación FA/GGT: Relación fosfatasa alcalina/ gamma glutamiltranspectidasa

TSH: Hormona estimulante del tiroides tiroprotina

VHA: Virus de la hepatitis A

VHB: Virus de la hepatitis B

VHC: Virus de la hepatitis C

VIH: Virus de la inmunodeficiencia humana

1. Allen MI, Deslauriers M, Andrews CW, et al. Identification and characterization of mutations in hepatitis B virus resistant to lamivudine. Lamivudine Clinical Investigation Group. *Hepatology* 1998; 27:1670-1677.
2. Alter MJ. Prevention of spread of hepatitis C. *Hepatology* 2002; 36: S93-S99.
3. Arguedas MR, Johnson A, Eloubeidi MA. Immunogenicity of hepatitis A vaccination in decompensated cirrhotic patients. *Hepatology* 2001; 34: 28-31.
4. Bacon BR. Available options for treatment of interferon nonresponders. *Am J Med* 1999; 107: 67S-70S.
5. Bayas JM, Vilella A. Hepatitis víricas. *Atención Primaria* 2002. Barcelona. 30(8): 514-520.
6. Bekkering FC, Brouwer JT, Leroux-Roels G, et al. Ultrarapid hepatitis C virus clearance by daily high-dose interferon in non-responders to standard therapy. *J Hepatol* 1998; 28: 960-964.
7. Bruguera M, Bayas JM, Vilella A, et al. Immunogenicity of a combined hepatitis A and hepatitis B vaccine in young adults. *Vaccine* 1996; 14: 1407-1411.
8. Carreno V, Marcellin P, Hadziyannis S, et al. Retreatment of chronic hepatitis B e antigen-positive patients with recombinant interferon alfa-2a. The European Concerted Action on Viral Hepatitis (EUROHEP). *Hepatology* 1999; 30:277-282.
9. Chander C, Sulkowski MS, Jenckes MW, et al. Treatment of chronic hepatitis C: A systematic review. *Hepatology* 2002;36: S135-S144.
10. Cheng SJ, Bonis PAL, Lau J, et al. Interferon and ribavirin for patients who did not respond to previous interferon therapy: a meta-analysis of controlled and uncontrolled trials. *Hepatology* 2001; 33: 231-240.
11. Chousterman M, Auray-Cartier V, Hagege H, et al. Pegylated interferon alfa-2b plus ribavirin in patients with chronic hepatitis C non responders to interferon monotherapy or standard combination therapy. *Hepatology* 2002; 36: 362A.
12. Craxi A, Lo Iacono O. Amantadine for chronic hepatitis C: a magic bullet or yet another dead duck? *J Hepatol* 2001; 35: 527-530.
13. Di Bisceglie AM, Hoofnagle JH. Optimal therapy of hepatitis C. *Hepatology* 2002; 36: S121-S128. Dienstag J, Perrillo R, Schiff E, et al. A preliminary trial of lamivudine for chronic hepatitis B infection. *N Engl J Med* 1995; 333:1657-1661.
14. Dienstag JL, Schiff ER, Wright TL, et al. Lamivudine as Initial Treatment for Chronic Hepatitis B in the United States. *N Engl J Med* 1999; 341:1256-1263.
15. Everson GT. Maintenance interferon for chronic hepatitis C: more issues than answers? *Hepatology* 2000; 32: 436-437.
16. Fried MW, Shiffman ML, Reddy KR, et al. Peginterferon alfa-2a plus ribavirin for chronic hepatitis C virus infection. *N Engl J Med*. 2002; 347: 975-982.

17. Hadziyannis S, Bramou T, Makris A, et al. Interferon alfa-2b treatment of HBeAg negative/serum HBV DNA positive chronic active hepatitis type B. *J Hepatol* 1990; 11(Suppl 1):S133-S136.
18. Hadziyannis SJ, Papatheodoridis GV, Dimou E, et al. Efficacy of long-term lamivudine monotherapy in patients with hepatitis B e antigen-negative chronic hepatitis B. *Hepatology* 2000; 32:847-851.
19. Hadziyannis SJ, Cheinquer H, Morgan T, et al. Peginterferon alfa-2a (40 kD) (PEGASYS) in combination with ribavirin (RBV): efficacy and safety results from a phase III, randomized, double-blind multicentre study examining effect of duration of treatment and RBV dose. *J Hepatol* 2002; 36: 3.
20. Honkoop P, de Man RA, Niesters HG, et al. Acute exacerbation of chronic hepatitis B virus infection after withdrawal of lamivudine therapy. *Hepatology* 2000; 32:635-639.
21. Hoofnagle JH, Di Bisceglie AM, Waggoner JG, Park Y. Interferon alfa for patients with clinically apparent cirrhosis due to chronic hepatitis B. *Gastroenterology* 1993; 104:1116-1121.
22. Hoofnagle JH. Course and outcome of hepatitis C. *Hepatology* 2002; 36: S21- S30.
23. Iruela López A. Atención al enfermo con hepatitis viral. Guía de actuación en Atención Primaria. Barcelona 2002: 1188-1191.
24. Janssen HL, Gerken G, Carreno V, et al. Interferon alfa for chronic hepatitis B infection: increased efficacy of prolonged treatment. The European Concerted Action on Viral Hepatitis (EUROHEP). *Hepatology* 1999; 30:238-243.
25. Kjaergard LL, Krogsgaard K, Gluud C. Ribavirin with or without alpha interferon for chronic hepatitis C. *Cochrane Database Syst Rev.* 2002;(2):CD002234. Review.
26. Kjaergard LL, Krogsgaard K, Gluud C. Interferon alfa with or without ribavirin for chronic hepatitis C: systematic review of randomised trials. *BMJ.* 2001; 323:1151-1155.
27. Knodell RG. Formulation and application of a numerical scoring system for assessing histological activity in asymptomatic chronic active hepatitis. *Hepatology* 1981; 1: 431-435.
28. Krawitt EL, Lidofsky SD, Ferrentino N, et al. Efficacy of peginterferon alfa-2b plus ribavirin in patients with chronic hepatitis C previously unresponsive to interferon based therapy. *Hepatology* 2002; 36: 295A.
29. Leung NW, Lai CL, Chang TT, et al. Extended lamivudine treatment in patients with chronic hepatitis B enhances hepatitis B e antigen seroconversion rates: results after 3 years of therapy. *Hepatology* 2001; 33:1527-1532.
30. Lampertico P, Del Ninno E, Manzin A, et al. A randomized, controlled trial of a 24-month course of interferon alfa 2b in patients with chronic hepatitis B who had hepatitis B virus DNA without hepatitis B e antigen in serum. *Hepatology* 1997; 26:1621-1625.
31. Liaw YF, Chien RN, Yeh CT, et al. Acute exacerbation and hepatitis B virus clearance after emergence of YMDD motif mutation during lamivudine therapy. *Hepatology* 1999; 30:567-572.

32. Lindsay K L. Introduction to therapy of hepatitis C. *Hepatology* 2002; 36: S114-S120.
33. Liu JP, Manheimer E, Tsutani K, et al. Medicinal herbs for hepatitis C virus infection. *Cochrane Database Syst Rev.* 2001;(4):CD003183. Review.
34. Lok AS, McMahon BJ. Chronic hepatitis B. *Hepatology.* 2001; 34: 1225-1241
35. Lok AS, Heathcote EJ, Hoofnagle JH. Management of hepatitis B: 2000-Summary of a workshop. *Gastroenterology* 2001; 120:1828-1853.
36. Manns MP, McHutchison JG, Gordon SC, et al. Peginterferon alfa-2b plus ribavirin compared with interferon alfa-2b plus ribavirin for initial treatment of chronic hepatitis C: a randomised trial. *Lancet.* 2001; 358: 958-965.
37. McHutchinson JG, Patel K. Future therapy of hepatitis C. *Hepatology* 2002; 36: S245-S252.
38. Myers RP. Interferon for interferon naive patients with chronic hepatitis C. *Cochrane Database Syst Rev.* 2002;(2):CD000370.
39. National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement: Management of Hepatitis C: 2002-June 10-12, 2002. *Hepatology* 2002; 36: S3-S21.
40. Niederau C, Heintges T, Lange S, et al. Long-term follow-up of HBeAg-positive patients treated with interferon alfa for chronic hepatitis B. *N Engl J Med* 1996; 334:1422-1427.
41. Oliveri F, Santantonio T, Bellati G, et al. Long term response to therapy of chronic anti-HBe-positive hepatitis B is poor independent of type and schedule of interferon. *Am J Gastroenterol* 1999; 94:1366-1372.
42. Papatheodoridis GV, Manesis E, Hadziyannis SJ. The long-term outcome of interferon-alfa treated and untreated patients with HBeAg negative chronic hepatitis B. *J Hepatol* 2001; 34:306-313.
43. Pareja A. Prevención de las enfermedades transmisibles. Actualización PAPPs. *Atención Primaria* 1999; 24: 104-105.
44. Pastore G, Santantonio T, Milella M, et al. Anti-HBe-positive chronic hepatitis B with HBV-DNA in the serum response to a 6-month course of lymphoblastoid interferon. *J Hepatol* 1992; 14:221-225.
45. Pawlotsky JM. Use and interpretation of virological tests for hepatitis C. *Hepatology* 2002; 36: S65-S74.
46. Perrillo R, Tamburro C, Regenstein F, et al. Low-dose, titratable interferon alfa in decompensated liver disease caused by chronic infection with hepatitis B virus. *Gastroenterology* 1995; 109:908-916.
47. Perrillo R, Schiff E, Yoshida E, et al. Adefovir dipivoxil for the treatment of lamivudine-resistant hepatitis B mutants. *Hepatology* 2000; 32:129-134.
48. Peters MG, Terrault NA. Alcohol use and hepatitis C. *Hepatology* 2002; 36: S220-S225.
49. Poynard T, Regimbeau C, Myers RP, et al. Interferon for acute hepatitis C. *Cochrane Database Syst Rev.* 2002;(1):CD000369. Review.

50. Recommendations from the National Institutes of Health consensus development conference statement: management of hepatitis C: 2002. *Hepatology*. 2002; 36: 1039.
51. Saldanha J. Validation and standardisation of nucleic acid amplification technology (NAT) assays for the detection of viral contamination of blood and blood products. *J Clin Virol*. 2001; 20: 7-13.
52. San Miguel R, Guillén F, Cabaesés JM, et al. Meta-analysis: combination therapy with interferon-a 2a/2b and ribavirin for patients with chronic hepatitis C previously non-responsive to interferon. *Aliment Pharmacol Ther* 2002; 16: 1611-1621.
53. Santantonio T, Mazzola M, Iacovazzi T, et al. Long-term follow-up of patients with anti-HBe/HBV DNA-positive chronic hepatitis B treated for 12 months with lamivudine. *J Hepatol* 2000; 32:300-306.
54. Schalm SW, Heathcote J, Cianciara J, et al. Lamivudine and alpha interferon combination treatment of patients with chronic hepatitis B infection: a randomised trial. *Gut* 2000; 46:562-568.
55. Scheuer PJ. Classification of chronic viral hepatitis: a need for reassessment. *J Hepatol* 1991; 13: 372-373.
56. Seeff LB. Natural history of chronic hepatitis C. *Hepatology* 2002; 36: S35-S47.
57. Shiffman M. Retreatment of patients with chronic hepatitis C. *Hepatology* 2002; 36: S128-S134.
58. Shiffman M, HALT-C Trial Investigators. Retreatment of HCV non-responders with peginterferon and ribavirin: results from the lead-in phase of the hepatitis C antiviral long-term treatment against cirrhosis (HALT-C) Trial. *Hepatology* 2002; 36: 295A.
59. Shiffman ML, Hofmann CM, Contos MJ, et al. A randomized, controlled trial of maintenance interferon therapy for patients with chronic hepatitis C virus and persistent viremia. *Gastroenterology* 1999; 117: 1164-1172.
60. Shiffman ML, Hofmann CM, Contos MJ, et al. A randomized, controlled trial of maintenance interferon therapy for patients with chronic hepatitis C virus and persistent viremia. *Gastroenterology* 1999; 117: 1164-1172.
61. Shouval D. Is universal vaccination against hepatitis B sufficient for control of HBV infection? Lessons from the immunization campaign in Italy
62. Suarez García E, Romero Gómez M, Grande Santamaría L. Tratamiento actual de la hepatitis B. *Gastroenterol Hepatol* 2001; 24: 35-50.
63. Stuyver LJ, Locarnini SA, Lok A, et al. Nomenclature for antiviral-resistant human hepatitis B virus mutations in the polymerase region. *Hepatology* 2001; 33:751-757.
64. Villeneuve JP, Condreay LD, Willems B, et al. Lamivudine treatment for decompensated cirrhosis resulting from chronic hepatitis B. *Hepatology* 2000; 31:207-210.
65. Wong DK, Cheung AM, O'Rourke MBA. Effect of alpha-interferon treatment in patients with hepatitis B e antigen-positive chronic hepatitis B. *Ann Intern Med* 1993; 119: 312-323.
66. Wright TL. Treatment of patients with hepatitis C and cirrhosis. *Hepatology* 2002; 36: S185-S195.

67. Yagura M, Harada H. Efficacy of amantadine hydrochloride in patients with chronic hepatitis C. *J Gastroenterol* 2001; 36: 792-793.
68. Yang H, Westland CE, Delaney IV WE, et al. Resistance surveillance in chronic hepatitis B patients treated with adefovir dipivoxil for up to 60 weeks. *Hepatology* 2002; 36:464-473.
69. Zamir C, Risphon S, Zamir D et al. Control of a community-wide outbreak of hepatitis A by mass vaccination with inactivated hepatitis A vaccine. *Eur J Clin Microbiol* 2001;20:185-187.

Bibliografía específica del Anexo 3

- 1 Ramesh V , Saraswat S, Choudhury N, Gupta RK. Relationship of serum alanine aminotransferase (ALT) to body mass index (BMI) in blood donors: the need to correct ALT for BMI in blood donor screening. *Transfus Med* 1995;5:273-4.
- 2 Lozano M, Cid J, Bedini JL, Mazzara R, Giménez N, Mas E, Ballesta A, Ordinas A. Study of serum alanine aminotransferase levels in blood donors in Spain. *Haematologica* 1998;83:237-9.
- 3 Leclercq I, Horsmans Y, De Bruyere M, Geubel AP. Influence of body mass index, sex and age on serum alanine aminotransferase (ALT) level in healthy blood donors. *Acta Gastroenterol Belg* 1999;62:16-20.
- 4 Piton A, Poynard T, Imbert-Bismut F, Khalil L, Delattre J, Pelissier E, Samsonetti N, Opolon P. Factors associated with serum alanine transaminase activity in healthy subjects: consequences for the definition of normal values, for selection of blood donors, and for patients with chronic hepatitis C. MULTIVIRC Group. *Hepatology* 1998;27:1213-9.
- 5 Kundrotas LW, Clement DJ. Serum alanine aminotransferase (ALT) elevation in asymptomatic US Air Force basic trainee blood donors. *Dig Dis Sci* 1993;38:2145-50.
- 6 Gurlek A, Cubankara V, Bayraktan M. Liver tests in hiperthyroidism effect of antithyroid therapy. *J Clin Gastroenterol* 1997;24:180-3.
- 7 Tajiri J, Shimada T, Naomi S, Umeda T, Sato T. Hepatic dysfunction in primary hypothyroidism. *Endocrinolog Jpn* 1984;31:83-91.
- 8 Bayraktar M, Van Thiel DH. Abnormalities in measures of liver function and injury in thyroid disorders. *Hepatogastroenterology* 1997;44:1614-8.
- 9 Novacek G, Miehsler W, Wrba F, Ferenci P, Penrer E, Vogelsang H. Prevalence and clinical importance of hipertransaminasaemia in coeliac disease. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1999;11:283-8.
- 10 Dickey W, McMillan SA, Collins JS, Watson RG, McLoughlin JC, Love AH. Liver abnormalities associated with celiac sprue. How common are they, what is their significance, and what do we do about them?. *J Clin Gastroenterol* 1995;20:290-2.
- 11 Jacobsen MB, Fausa O, Elgio K, Schrumpf E. Hepatic lesions in adult coeliac disease. *Scand J Gastroenterol* 1990;25:656-62.
- 12 Volta U, De Franceschi L, Lani F, Molinaro N, Zoli M, Bianchi FB. Coeliac disease hidden by cryptogenic hypertransaminasaemia. *Lancet* 1998;352:26-9.
- 13 Bardella MT, Vecchi M, Conte D, Del Ninno E, Fraquelli M, Pacchetti S, Minola E, Landoni M, Cesana BM, De Franchis R. Chronic unexplained hypertransaminasemia may be caused by occult celiac disease. *Hepatology* 1999;29:654-7.
- 14 Achiron A, Barak Y, Magal N, Shohat M, Cohen M, Bavar R, Gadoth N. Abnormal liver test result in myotonic dystrophy. *J Clin Gastroenterol* 1998;26:292-5.

- 15 Prella A, Rigoletto C, Moggio M, Sciacco M, Comi GP, Ciscato P, Fagiolani G, Rapuzzi S, Bignotti V, Scarlato G. Asymptomatic familial hyperCPKemia associated with desmin accumulation in skeletal muscle. *J Neurol Sci* 1996;140:132-136
- 16 Morrone A, Zammarchi E, Scacheri PC, Donati MA, Hoop RC, Servidei S, Galluzzi G, Hoffman EP. Asymptomatic dystrophinopathy. *Am J Med Genet* 1997;69:261-267.
- 17 Litin SC, O'Brien JF, Pruett S, Forsman RW, Burnit MF, Bartholomew LG, Baldus WP. Macroenzymeas a cause of unexplained elevation of aspartate aminotransferase. *Mayo Clin Proc* 1987;62:681-87.
- 18 Foust RT, O'Brien JF, Schiff ER. Isolated aspartate aminotransferase elevation due to macroenzyme formation with liver biopsy correlation. *Am J Gastroenterol* 1990;85:88-90.
- 19 Teli MR, James OF, Burt AD, Bennett MK, Day CP. The natural history of nonalcoholic fatty liver: a follow-up study. *Hepatology* 1995;22:1714-1719.
- 20 Lee RG. Nonalcoholic steatohepatitis: a study of 49 patients. *Hum Pathol* 1989;20:594-598.
- 21 Bacon BR, Farshvash MJ, Janney CG, Neuschwander-Tetri BA. Nonalcoholic steatohepatitis: an expanded clinical entity. *Gastroenterology* 1994;107:1103-1109.
- 22 Scheuer PJ. Pathologic features and evolution of primary biliary cirrhosis and primary sclerosing cholangitis. *Mayo Clin Proc* 1998;73:179-183.
- 23 Ludwig J, Weisner RH, LaRusso NF. Idiopathic adulthood ductopenia: A cause of chronic cholestatic liver disease and biliary cirrhosis. *J Hepatol* 1988;7:193-199.
- 24 Moreno A, Carreño V, Cano A, Gonzalez C. Idiopathic biliary ductopenia in adults without symptoms of liver disease. *N Engl J Med* 1997;336:835-838.
- 25 Ishak KG. Sarcoidosis of the liver and bile ducts. *Mayo Clin Proc* 1998;73:467-472.
- 26 Hubscher SG, Lumley MA, Elias E. Vanishing bile duct syndrome: a possible mechanism for intrahepatic cholestasis in Hodgkin's lymphoma. *Hepatology* 1993;17:70-77.