V Jornada Malalties Infeccioses a l'Atenció Primària

Albert Boada VAlmaseda

Medicina Familiar i Comunitària

Barcelona, 2 de novembre de 2026

CURS DE MALALTIES INFECCIOSES

Hepatitis víriques 2026

Què canvia a la consulta de medicina de família?

Cribratge intel·ligent · simplificació diagnòstica · tractament precoç · seguiment compartit



Al final de 30 minuts...

1 Demanar millor

Cribratge orientat però menys dependent de “confessar” riscos.

2 Interpretar ràpid

Serologies B, confirmació reflex del C i sospita de D.

3 Actuar abans

Estadiar fibrosi, detectar gravetat i accelerar tractament/derivació.

4 No perdre ningú

Circuit de vinculació, reactivació, vacunació i vigilància del CHC.

Decisions, no memorització

Quatre canvis que sí mouen la pràctica

01

CRIBRATGE

El risc declarat i l'ALT normal deixen massa casos fora.

02

VHB 2025

Indicacions més simples i mirada més proactiva sobre risc i fibrosi.

03

VHD

Anti-VHD almenys un cop en tota persona HBsAg positiva; ARN si positiu.

04

VHC

Diagnòstic en un pas, tractaments pangenotípics i seguiment segons fibrosi.

El denominador comú: menys passos, menys pèrdues, més responsabilitat compartida.

Primer: és una hepatitis aguda greu?

ALARMES

- INR ≥1,5
- Encefalopatia
- Hipoglucèmia
- Ascites de novo
- Bilirubina/INR en ascens
- Embaràs + sospita VHE

Derivació hospitalària urgent

Patró — ALT/AST, FA, GGT, bilirubina

Funció — INR, glucosa, albúmina, creatinina

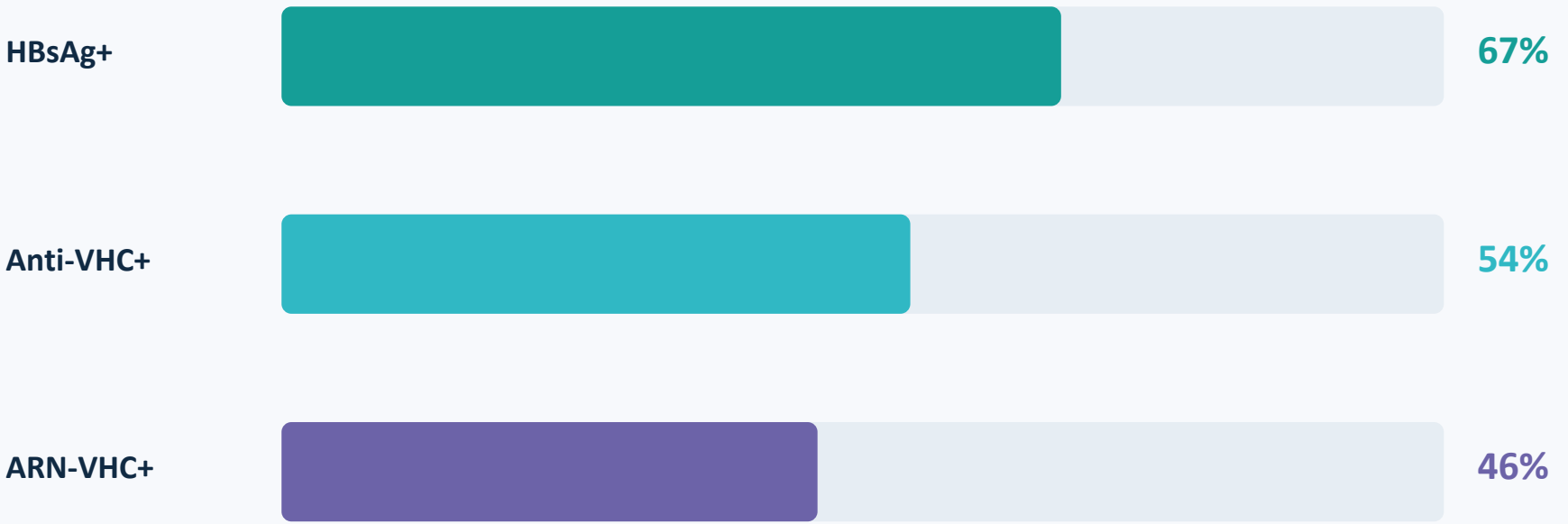
Etiologia — HAV IgM; HBsAg + anti-HBc IgM; anti-VHC + ARN; VHE segons context

Alternatives — Fàrmacs/suplements, isquèmia, autoimmune, obstrucció, EBV/CMV

No esperar serologies si hi ha fallada

Cribrar només per risc és insuficient

Proporció de casos positius sense risc identificable ni ALT elevada



Canvi mental

ALT normal ≠ infecció exclosa

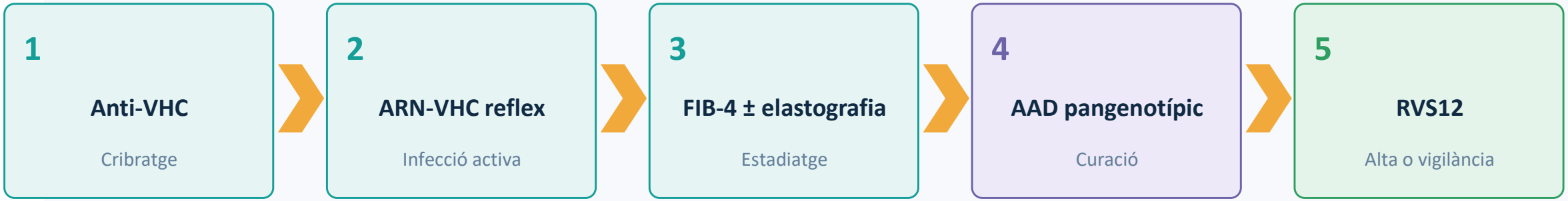
Absència de risc declarat ≠ absència de risc

Aprofitar qualsevol analítica i automatitzar reflexos

Estudi retrospectiu: 90.170 persones ateses en AP; article publicat el 2025.

Microeliminació + oportunisme

VHC: la cascada ideal cap en una línia



Punt crític: un anti-VHC positiu sense ARN automàtic és una oportunitat de curació que es pot perdre.

Reflex testing = vinculació

VHC: què pot resoldre AP abans de derivar?

✓ **Confirmar activitat**	ARN-VHC detectable
✓ **Quantificar fibrosi**	FIB-4; elastografia si disponible/indicada
✓ **Identificar exclusió**	Descompensació, CHC, trasplantament, embaràs, interaccions complexes
✓ **Prevenir dany**	Alcohol, pes/metabolisme, vacunació A/B si susceptible
✓ **Tancar el bucle**	RVS12 i pla postcuració segons fibrosi

El genotip ja no és sempre l'eix

Després de curar el VHC, no tots reben l'alta

Sense fibrosi avançada

Alta específica d'hepatologia si no hi ha altres hepatopaties.
Control metabòlic i alcohol.
Reinfecció: ARN si nova exposició.

F3/F4 o risc persistent

Vigilància de CHC segons protocol.
Seguiment de complicacions de cirrosi.
No "desetiquetar" el risc per tenir ARN negatiu.

RVS = curació virològica. No sempre = risc hepàtic zero.

La fibrosi decideix el futur

VHB: tres marcadors resolen la primera visita

HBsAg	anti-HBc total	anti-HBs	Interpretació / acció
–	–	–	Susceptible → vacunar si indicat
–	–	+	Immunitat vacunal
–	+	+	Infecció passada resolta → alerta reactivació
+	+	–/+	Infecció actual → ADN-VHB, ALT, fibrosi, VHD
–	+	–	Anti-HBc aïllat → repetir/context, risc reactivació

HBsAg+ → pensar VHD

VHB 2025: tractar abans, amb criteris més operatius

Cirrosi

ADN detectable → tractar

ALT

Persistència i context

DECISIÓ DE TRACTAR

Fibrosi

≥F2 pesa molt

ADN-VHB

Càrrega + trajectòria

També compten: edat, antecedents familiars de CHC/cirrosi, coinfeccions, immunosupressió i preferències.

VHB: el tractament és simple; el seguiment no és trivial

TDF

Potent i robust
Atenció a ronyó i os

TAF

Menor impacte renal/ossi
Context metabòlic i disponibilitat

ETV

Potent
Evitar monoteràpia si resistència prèvia a lamivudina

No suspendre “per inèrcia” La retirada és selectiva i requereix criteris, monitoratge estret i capacitat de rescatar una recaiguda. L’objectiu habitual és supressió viral; la curació funcional continua sent infreqüent.

Revisar adherència + funció renal

VHD: una sola oportunitat de no oblidar-lo

HBsAg positiu

↓

anti-VHD almenys 1 cop

↓ si positiu

ARN-VHD

Per què importa?

Progressió més ràpida a cirrosi i descompensació; canvia prioritat i seguiment.

A qui repetir?

Exposició continuada, ALT inexplicada o deteriorament clínic, segons risc i protocol.

Novetat terapèutica

Bulevirtida ha obert una etapa de tractament específic a Europa; maneig especialitzat.

Reactivació del VHB: prevenir abans d'immunosuprimir

ABANS de corticoides prolongats, anti-CD20, quimioteràpia, trasplantament o teràpies dirigides:

01

Triple panel

HBsAg · anti-HBc · anti-HBs

02

Classificar risc

Virus + potència de la immunosupressió

03

Decidir

Profilaxi antiviral o monitoratge preemptiu

04

Coordinar

Data d'inici, durada i seguiment posttractament

HBsAg negatiu + anti-HBc positiu NO equival a risc zero.

Hepatitis A i E: “agudes” però no banals

VHA

Diagnòstic: IgM anti-VHA en clínica compatible.

Gravetat augmenta amb edat i hepatopatia crònica.

Vacunació, contactes i salut pública segons context.

No demanar IgM com a cribratge asimptomàtic.

VHE

Pensar-hi en hepatitis aguda sense causa.

Risc de cronicitat en immunosupressió.

Especial alerta en embaràs i hepatopatia.

Exposició alimentària/viatges orienta, però no exclou.

VHE: el gran oblidat

Vacunar és tractar el risc abans que aparegui

VHA	Hepatopatia crònica, exposicions, viatges, brots i altres indicacions del calendari.
VHB	Susceptibles amb risc, convivents/parelles, immunosupressió, hepatopatia i indicacions del calendari.
Després	Documentar pauta; comprovar anti-HBs en grups seleccionats i revacunar segons protocol.

La consulta d'hepatitis és una oportunitat de revisar vacunació, contactes i reducció de danys.

El circuit d'AP que evita pèrdues



Indicador recomanat: % anti-VHC+ amb ARN resolt · % HBsAg+ amb anti-VHD · temps fins a tractament

Mesurar la cascada, no només proves

Cas clínic: què faríeu dilluns?

Persona de 57 anys

ALT normal
Plaquetes 148 $\times 10^9$/L
Diabetis tipus 2
HBsAg positiu incidental
Sense “factors de risc” declarats

1. **Confirmar i completar** — ADN-VHB, HBeAg/anti-HBe, ALT seriada, funció renal, VIH/VHC.
2. **No oblidar** — anti-VHD → ARN si positiu.
3. **Estadiar** — FIB-4 i elastografia/imatge segons circuit.
4. **Decidir risc** — Tractament i vigilància CHC segons fibrosi, ADN i perfil.

ALT normal no tanca el cas.

Missatges per emportar-se

01 — Una ALT normal no exclou hepatitis vírica.

02 — Anti-VHC positiu necessita ARN, idealment reflex.

03 — HBsAg positiu activa ADN-VHB, fibrosi i cribratge VHD.

04 — Abans d'immunosupressió: HBsAg + anti-HBc + anti-HBs.

05 — **La fibrosi decideix tractament, derivació i vigilància.**

Simplificar no és banalitzar: és eliminar passos que no aporten valor.

Fonts clau per actualitzar la pràctica

1. EASL. Clinical Practice Guidelines on the management of hepatitis B virus infection. Journal of Hepatology. 2025;83(2):502–583.
2. WHO. Consolidated guidance on hepatitis B and C prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring. 15 febrer 2026.
3. Ministerio de Sanidad. Guía de cribado de la infección por el VHC. Revisió 22 setembre 2022.
4. Vargas-Accarino E, et al. Beyond Risk Factors: Rethinking HBV and HCV Screening in Primary Care. Liver International. 2025;45:e70330.
5. EASL. Clinical Practice Guidelines on hepatocellular carcinoma. 2024/2025 update.

Les decisions de prescripció, derivació, notificació i vigilància s'han d'adaptar al protocol territorial vigent.

Gràcies

CAMFiC
societat catalana de medicina familiar i comunitària