

Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

Volumen 37, Especial Congreso 2, Septiembre 2019

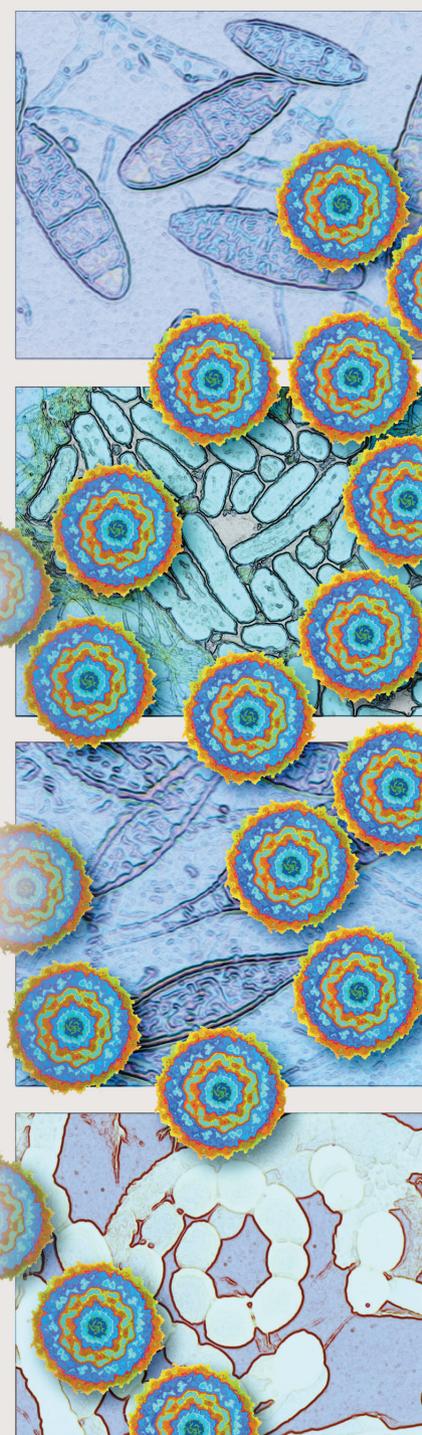
Publicación mensual



PUBLICACIÓN OFICIAL
DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS
Y MICROBIOLOGÍA CLÍNICA

V Congreso Nacional del Grupo
de Estudio de las Hepatitis
Víricas (GEHEP) de la SEIMC

Cáceres, 26-28 de septiembre de 2019



V Congreso Nacional del Grupo de Estudio de las Hepatitis Víricas (GEHEP) de la SEIMC

Cáceres, 26-28 de septiembre de 2019

Comité Organizador

Presidente

Carlos Martín Ruiz

Vicepresidenta

Guadalupe Rodríguez Rodríguez

Vocales

Piedad Arazo Garcés

Luis Buzón Martín

Felicitas Díaz-Flores Estévez

Luis Carlos Fernández Lisón

Juan Flores Cid

Miguel García Deltoro

Purificación Hernández Pérez

Andrés Marco Mouriño

Marta Montero Alonso

Antonio Ocampo Hermida

María Pilar Ortega García

Rosario Palacios Muñoz

María del Carmen Pecero Hormigo

Juan Antonio Pineda Vergara

Pilar Robledo Andrés

Pablo Ryan Murúa

Jesús Santos González

Pilar Tajada Alegre

Francisco Téllez Pérez

Jordi Usó Blasco

Comité Científico

Copresidentes

Álvaro Mena de Cea

Ignacio de los Santos Gil

Vocales

Ana Avellón Calvo

Verónica Briz Sebastián

Benjamín Climent Díaz

Carlos Galera Peñaranda

Federico García García

Lucio Jesús García-Fraile

Rafael Granados Monzón

Esperanza Merino de Lucas

Carlos Mínguez Gallego

Luis Enrique Morano Amado

María Dolores Ocete Mochón

Mohamed Omar Mohamed-Balghata

María del Carmen Pazos Pacheco

María José Pena López

Sergio Reus Bañuls

Carmen Ricart Olmos

Antonio Rivero Juárez

Antonio Rivero Román

Iria Rodríguez Osorio

Pablo Saiz de la Hoya Zamacola

Patrocinador platino de GEHEP: GILEAD

Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

PUBLICACIÓN OFICIAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y MICROBIOLOGÍA CLÍNICA

Volumen 37, Especial Congreso 2, Septiembre 2019

V Congreso Nacional del Grupo de Estudio de las Hepatitis Víricas (GEHEP) de la SEIMC

Cáceres, 26-28 de septiembre de 2019

Programa científico		VHC: tratamiento	25
Comunicaciones orales		Coinfección VIH/VHC	29
Comunicaciones orales I – Viernes 27 de septiembre, 13:00 h	1	VHC: otros	33
Comunicaciones orales II – Viernes 27 de septiembre, 16:00 h	5	VHB: epidemiología	35
Pósteres discutidos		VHB: tratamiento	36
Pósteres discutidos I – Viernes 27 de septiembre, 09:00 h	10	VHB: otros	37
Pósteres discutidos II – Sábado 28 de septiembre, 09:00 h	14	VHA	37
Pósteres		VHE	38
VHC: epidemiología	19	Miscelánea	40
VHC: diagnóstico	20	Índice de autores	41

Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

PUBLICACIÓN OFICIAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y MICROBIOLOGÍA CLÍNICA

V Congreso Nacional del Grupo de Estudio de las Hepatitis Víricas (GEHEP) de la SEIMC

Cáceres, 26-28 de septiembre de 2019

Programa Científico

Jueves 26 de septiembre de 2019

17:00-18:30 h **Curso de formación**

Moderadores:

- Carlos Dueñas. *Unidad de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario de Valladolid*
- Miguel Fernández-Bermejo. *Servicio de Aparato Digestivo, Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres*

Casos:

- 1. Tratamiento de la hepatitis crónica por VHC GT-3**
Juan Macías. *Unidad de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, Hospital Universitario de Valme, Sevilla*
- 2. Diagnóstico de hepatitis VHC**
Carolina Freyre. *UGC de Microbiología, Hospital Universitario Puerto Real, Cádiz*
- 3. Hepatitis por VHD**
Luis Morano. *Unidad de Patología Infecciosa, Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro, Vigo*

18:30-19:00 h **Pausa-café**

19:00-19:30 h **Acto inaugural**

19:30-20:30 h **Conferencia inaugural**

Hepatitis por VHC: más allá de la respuesta viral sostenida

- **Moderador:** Carlos Martín. *Presidente del Comité Organizador*
- **Ponente:** Miguel Ángel Simón. *Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Clínico Universitario, Zaragoza*

20:30 h **Cóctel de bienvenida**

Viernes 27 de septiembre de 2019

09:00-10:00 h **Pósteres discutidos I**

Moderadores:

- Ana Belén Pérez. *Servicio de Microbiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba*
- Dolores Merino. *Unidad Clínica de Enfermedades Infecciosas, Complejo Hospitalario Universitario de Huelva*

Comunicaciones: PO-01 a PO-10

PO-01

Cambios en las características de los pacientes tratados con AAD en España: 2015-2018

PO-02

Cambios en la supervivencia del carcinoma hepatocelular en los pacientes infectados por VIH tras la optimización de su abordaje: análisis de la cohorte GEHEP-002

PO-03

Cascada de tratamiento de la hepatitis C en un centro de adicciones

PO-04

Epidemiología actual del virus de la hepatitis A y del virus de la hepatitis E en nuestro medio

PO-05

Fallos del diagnóstico en un solo paso: pacientes no derivados o que no acuden

PO-06

Microeliminación de la hepatitis C en el Área de Medicina Interna de un hospital de especialidades

PO-07

Microeliminación de la hepatitis C: estrategia de citación directa de los nuevos diagnósticos de Atención Primaria

PO-08

Mortalidad y oportunidades perdidas de atención sanitaria en pacientes con hepatitis C y diagnóstico subóptimo

PO-09

Objetivo OMS 2030 en Kinshasa (R.D. del Congo): diagnóstico de la hepatitis C a partir de sangre seca mediante diferentes inmunoensayos

PO-10

VHA y VHB en el paciente VIH: ¿los estamos protegiendo adecuadamente?

10:00-11:00 h **Simposio I. Abbvie**

11:00-11:30 h **Pausa-café**

11:30-13:00 h **Sesión plenaria I: Hepatitis infecciosas sin virus hepatotropos**

Moderadores:

- Miguel García Deltoro. *Servicio de Enfermedades Infecciosas, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia*
- José María Eiros. *Servicio de Microbiología, Hospital Universitario Río Ortega, Valladolid*

Ponencias:**1. Infecciones transmitidas por artrópodos**

José Antonio Oteo. *Departamento de Enfermedades Infecciosas, Hospital San Pedro de la Rioja, Logroño*

2. Leptospirosis

Agustín Muñoz. *Departamento de Patología Infecciosa, Facultad de Medicina, UEX, Badajoz*

3. Hepatitis por CMV

David Navarro. *Servicio de Microbiología, Hospital Clínico Universitario, Valencia*

13:00-14:30 h **Comunicaciones orales I**

Moderadores:

- Pilar Robledo Andrés. *Servicio de Aparato Digestivo, Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres*
- Alfredo Pérez Rivilla. *Servicio de Microbiología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid*

Comunicaciones: OR-01 a OR-10**OR-01**

Barreras para la eliminación de la infección por VHC en usuarios de drogas y otros colectivos con riesgo de exclusión social: proyecto Hepcare Europe Spain

OR-02

Cribado de la hepatitis C en población de 40-70 años. Proyecto GEHEP-015

OR-03

Exposición y vacunación frente a la infección por el virus de la hepatitis A en individuos infectados por el VIH

OR-04

Hepatitis C en pacientes con antecedentes de adicciones: epidemiología diferente, resultados de tratamiento excelentes

OR-05

Hepatitis E en el conejo silvestre (*Oryctolagus cuniculus*) y en la liebre ibérica (*Lepus granatensis*): ¿son una fuente de infección zoonótica en el sur de España?

OR-06

Infección por VHC conocida y “oculta” en los ingresados en las prisiones de Cataluña

OR-07

Prevalencia de hepatitis aguda por el VHC en seroconvertidores en una clínica de infecciones de transmisión sexual

OR-08

Prevalencia de hepatitis C activa en las personas sin hogar en Madrid

OR-09

Programa Focus-Crivalvir: cribado universal (VIH, VHB y VHC) en el Departamento de Salud del Hospital General Universitario de Valencia (360.000 habitantes)

OR-10

Rescate de fracasos a glecaprevir y pibrentasvir (g/p) en la cohorte GEHEP-004

14:30-16:00 h **Almuerzo**

16:00-17:30 h **Comunicaciones orales II**

Moderadores:

- José María Saponi Cortés. *Servicio de Medicina Interna, Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres*
- Ana Martínez-Sapiña. *Servicio de Microbiología, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza*

Comunicaciones: OR-11 a OR-20**OR-11**

Cinética de aparición de las complicaciones hepáticas en pacientes con infección por VHC y fibrosis avanzada que alcanzan RVS

OR-12

Efectos sobre la evolución de la porfiria cutánea tarda de la curación de la infección por VHC en pacientes infectados por VIH

OR-13

Elevada variabilidad interensayo en la tasa de falsos positivos entre los sistemas comerciales de detección de anticuerpos frente a VHC

OR-14

Eliminamos el virus pero no el riesgo de hepatocarcinoma en pacientes con hepatitis C F3 Y F4 crónica

OR-15

Hepatitis C en unidades de atención al drogodependiente: linkage al sistema sanitario. Estudio piloto

OR-16

Historia epidemiológica y resistencia basal a la región NS5A del genotipo 1A del virus de la hepatitis C en España

OR-17

Influencia del TAR sobre la rigidez hepática en pacientes coinfectados por VIH/VHC entre el inicio de tratamiento del VHC y la respuesta viral sostenida

OR-18

Interacción de los polimorfismos del gen de la apolipoproteína E y los genotipos del virus de la hepatitis C en la viremia de pacientes naïve

OR-19

Seguimiento del VHC en usuarios de drogas en terapias sustitutivas de opiáceos. Nuevas estrategias

OR-20

Valor predictivo de la rigidez hepática para hemorragia digestiva por hipertensión portal en pacientes infectados por VHC con RVS tras AAD

17:30-18:30 h **Simposio II. Gilead**

18:30-19:00 h **Pausa-café**

19:00-20:00 h **Sesión de debate: Infección por VIH: ¿la enfermedad hepática sigue siendo un problema relevante?**

Moderador:

- Rafael Granados. *Unidad de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria*

No

Antonio Rivero Román. *UGC de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba*

Sí

Carlos Mínguez. *Servicio de Medicina Interna, Hospital La Magdalena, Castellón*

21:30 h **Cena Oficial del Congreso**

Sábado 28 de septiembre de 2019

9:00-10:00 h **Pósteres discutidos II**

Moderadores:

- Benjamín Climent. *Unidad de Toxicología, Servicio de Medicina Interna, Consorcio Hospital Universitario de Valencia*
- Juan Carlos Alados. *UGC de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, Hospital Universitario de Jerez, Jerez de la Frontera*

Comunicaciones: PO-11 a PO-20

PO-11

Diferencias en la eficacia antiviral de regímenes AAD de primera y segunda generación en las poblaciones con mono infección VHC y coinfección VIH-VHC (periodo 2015-2019)

PO-12

Elevada prevalencia de lúes latente entre pacientes con infección crónica por virus C (VHC)

PO-13

Evaluación de 2 inmunoensayos para el diagnóstico serológico de la hepatitis E

PO-14

Evolución clínica de los pacientes cirróticos con mono infección VHC y coinfección VIH-VHC que recibieron tratamiento con AAD en Cartagena. Periodo 2015-2019

PO-15

Experiencia de tratamiento con sofosbuvir/velpatasvir/voxilaprevir en pacientes con fracaso virológico en la infección por el virus de la hepatitis C

PO-16

Factores asociados con la respuesta a los AAD de última generación en pacientes coinfectados por VIH/VHC

PO-17

Identificación y clasificación de cepas del VHE circulantes en Andalucía: estudio GEHEP-0017

PO-18

Importancia del virus de la hepatitis E (VHE) en la epidemiología de las hepatitis virales agudas sintomáticas en un hospital de tercer nivel

PO-19

Incidencia de infección por VHA, sífilis primaria y *chlamydia trachomatis* en pacientes infectados por VIH (2008-2017)

PO-20

Subtipo 3r del virus de la hepatitis E en el jabalí: un riesgo emergente ¿de importancia en salud pública?

10:00-11:00 h **Simposio III. MSD**

11:00-11:30 h **Pausa-café**

11:30-13:00 h **Sesión Plenaria II. Temas candentes en hepatitis**

Moderadores:

- Antonio Aguilera. *Servicio de Microbiología, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela*
- Manuel Cervantes. *Servicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario Parc Taulí, Sabadell*

Ponencias:

1. Reactivaciones del VHB

Ángeles Castro. *Unidad de Enfermedades Infecciosas, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña*

2. Diagnóstico de infección aguda por VHC

Gabriel Reina. *Microbiología Clínica, Universidad de Navarra, Pamplona*

3. Actualización en la vacunación de las hepatitis virales

Ángel Gil de Miguel. *Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad Rey Juan Carlos, Madrid*

13:00-13:15 h **Clausura del Congreso**



Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Comunicaciones orales

V Congreso Nacional del Grupo de Estudio de las Hepatitis Víricas (GEHEP) de la SEIMC

Cáceres, 26-28 de septiembre de 2019

Comunicaciones orales I

Viernes 27 de septiembre, 13:00 h

OR-01. BARRERAS PARA LA ELIMINACIÓN DE LA INFECCIÓN POR VHC EN USUARIOS DE DROGAS Y OTROS COLECTIVOS CON RIESGO DE EXCLUSIÓN SOCIAL: PROYECTO HEP CARE EUROPE SPAIN

J. Macías, M. Fernández-Fuertes, P. Rincón, A. Corma, N. Merchante, J. Gómez-Mateos, L.M. Real y J.A. Pineda

Hospital Universitario de Valme, Sevilla.

Introducción y objetivos: Para alcanzar la eliminación de la infección por el VHC, es imprescindible que todos los pacientes infectados sean identificados y que tengan acceso al tratamiento. Determinados colectivos en situación de fragilidad o con riesgo de exclusión social, como son los usuarios de drogas (UD), pueden presentar dificultades a múltiples niveles para acceder al sistema sanitario. De este modo, serían un reservorio de infección por VHC no identificado. Además, los UD activos son un grupo con dificultades para mantener el seguimiento que requiere el tratamiento de la infección por VHC. Los objetivos de los subproyectos HepCheck y HepLink, comprendidos en HepCare Europe, fueron evaluar la prevalencia de la infección por VHC en dichos colectivos y la capacidad para vincular a la asistencia especializada a los pacientes con infección activa por VHC.

Métodos: En el subproyecto HepCheck un equipo sanitario se ha desplazado a los centros de tratamiento de adicciones, comunidades terapéuticas y organizaciones no gubernamentales, para detectar marcadores de infección por VHC en sangre o saliva. En el subproyecto HepLink, se le facilita acceso directo a la asistencia especializada a los pacientes con ARN-VHC detectable.

Resultados: Invitamos a participar a 897 individuos (enero 2017-marzo 2019), no aceptaron 33 (4%) y no acudieron a la primera visita de cribado 228 (25%). De los 636 individuos cribados, 449 (69%) desconocían su situación serológica, de los que 167 (38%) mostraron una serología frente al VHC positiva y, de ellos, 89 (53%) presentaban ARN-VHC detectable. Del total de pacientes cribados, 108/636 (17%) mostraron una infección activa por VHC. Se citó directamente a todos ellos para valoración especializada, acudieron a la cita 79 (73%) pacientes. Tras la primera visita, se perdieron de seguimiento 13/79 (16%) pacientes, de ellos 6 (46%) tenía previsto iniciar tratamiento. Comenzaron tratamien-

to 57/79 (72%) individuos, 41 (72%) de los cuales han alcanzado RVS12, 2 (4%) pacientes han recidivado y 2 (4%) pacientes ha abandonado. De 108 pacientes con ARN-VHC detectable, se ha conseguido eliminar la infección en 41 (38%), y se perdieron otros 41 (38%) de ellos.

Conclusiones: En una población mayoritariamente constituida por UD, cerca de una quinta parte presenta infección activa por VHC. Con un acceso facilitado a la asistencia especializada, es posible tratar con AAD y curar a estos pacientes. Sin embargo, no será posible la eliminación de la infección por VHC en este colectivo por la alta frecuencia de pérdidas de seguimiento, salvo que se implementen otras medidas para tratarlos.

OR-02. CRIBADO DE LA HEPATITIS C EN POBLACIÓN DE 40-70 AÑOS. PROYECTO GEHEP-015

J.C. Alados Arboledas¹, E. Torres Martos¹, A. de la Iglesia², M.J. Pérez Santos³, P. Cantudo⁴, C. Freyre⁵, A. Muñoz⁶, I. Viciania⁷, L. Valero Balboa⁴, M. Ribero Berenjeno³, C. Martínez⁵, M. Luque¹ y E. Clavijo⁷

¹Hospital Universitario de Jerez, Jerez de la Frontera; ²Hospital Infanta Elena, Huelva; ³Hospital General Básico de la Serranía, Ronda;

⁴Hospital Universitario San Agustín, Linares; ⁵Hospital Universitario de Puerto Real, Puerto Real; ⁶Hospital San Juan de la Cruz, Úbeda;

⁷Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Introducción: En la actualidad se estima que hasta el 40% de las personas infectadas por el virus de la hepatitis C (VHC) desconocen su estado. Estudios de prevalencia en distintas zonas de España describen cifras 1,2-0,87% (presencia de anticuerpos) y 0,48-0,37% (viremia) en población general. Un reciente trabajo detectó en Andalucía que 79% ocurrían en pacientes de 40-70 años. El Plan estratégico para el abordaje de la hepatitis C en el SNS (2015) solo recomienda el cribado en pacientes de riesgo, aunque diferentes modelos concluyen que el cribado universal de la infección por VHC es coste efectivo y probablemente sea la única vía para conseguir la eliminación del VHC. **Objetivos:** Valorar una estrategia de cribado poblacional de hepatitis C en población residente en Andalucía nacida entre 1947-1977 y no cribada previamente.

Métodos: Estudio prospectivo realizado durante el segundo semestre de 2018 y primero de 2019 en el que participaron seis centros que cubrían una población aproximada de 1,5 millones de personas. Criterio de in-

clusión: población de 40-72 años sometida a una extracción sanguínea en la que no se solicitase determinación de marcadores serológicos de hepatitis C. Criterio de exclusión: tener alguna determinación serológica previa frente a VHC. Para la aplicación de estos criterios se revisaron los datos del Sistema Informático de Laboratorio (SIL) e Historia electrónica (DIRAYA). Para la detección de anticuerpos, detección de ARN y/o antígeno core VHC se utilizaron las técnicas habituales de cada laboratorio. El estudio fue aprobado por el Comité de ética de Cádiz.

Resultados: Se han incluido 1.214 pacientes nacidos entre 1946-1978 (55,2% mujeres). La mediana de edad fue de 58 años (IQR 51-65). Las muestras procedían mayoritariamente de consultas externas (48,8%) y Atención Primaria (48,1%), el resto de Atención Hospitalaria. Se han detectado 9 pacientes infectados (5 mujeres) procedentes de AP (n = 6) y CE (n = 3) lo que supone una prevalencia de anticuerpos de 0,74%. Tan solo dos pacientes infectados presentaban viremia, lo que supone una prevalencia de infección activa en esta población del 0,16%.

Conclusiones: La tasa de anticuerpos e infección activa encontrada ha sido más baja a la esperada y próxima a la descrita recientemente en población general por otros estudios. Aunque la población diana donde más efectivo puede ser el cribado consideramos que es éste grupo de edad, nuestros resultados indican que sería necesario diseñar estrategias que permitan el acceso a las subpoblaciones donde se concentran las personas infectadas.

OR-03. EXPOSICIÓN Y VACUNACIÓN FRENTE A LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA HEPATITIS A EN INDIVIDUOS INFECTADOS POR EL VIH

A. Corma Gómez¹, P. Rincón¹, M. Fernández Fuertes¹, L.M. Real¹, A. de Salazar², A. Fuentes², F. García², J. Vargas¹, J. Macías¹ y J.A. Pineda¹

¹Hospital Universitario de Valme, Sevilla; ²Hospital Universitario Campus de la Salud, Granada.

Introducción: El virus de la hepatitis A (VHA) es una de las causas más frecuentes de hepatitis aguda en nuestro medio. En nuestro medio, se producen brotes epidémicos cíclicos que afectan fundamentalmente a hombres que tienen sexo con hombres (HSH), la mayoría de ellos infectados por VIH. Sin embargo, la información seroepidemiológica de la infección por VHA en nuestra zona es escasa y el grado de cobertura vacunal actualmente es desconocido.

Objetivos: Evaluar la seroprevalencia de exposición al VHA en pacientes infectados por el VIH y en los seronegativos, determinar la razón por la que lo son.

Métodos: Estudio transversal en el que se incluyeron todos los pacientes infectados por el VIH en seguimiento en 2018 en la Unidad Clínica de Enfermedades Infecciosas y Microbiología (UCEIM) del Hospital de Valme. Se definió como seropositivo a toda persona infectada por el VIH con presencia de anticuerpos específicos totales frente a VHA en suero. Los seronegativos se consideraron como no inmunes. Se investigó la situación vacunal a partir de la información recogida en el módulo específico de vacunas de la Historia de Salud electrónica.

Resultados: En total se incluyeron 639 pacientes de los cuales 111 (17%) fueron seronegativos frente al VHA. La prevalencia de seronegativos frente al VHA por grupo de riesgo fue: HSH 46 (24%); vía heterosexual 23 (17%); usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP) 32 (12%); otros 8 (30%) (p = 0,002). Del total de seronegativos, 48 (44%) habían sido derivados a Medicina Preventiva (MP) para vacunación y 31 individuos fueron finalmente vacunados (29%). Las causas de la no vacunación fueron: 57 pacientes no fueron derivados a MP (79%); 6 pérdidas de seguimiento de la UCEIM (8%); no disponibilidad de la vacuna (6; 8%); 4 pérdidas de seguimiento de la consulta de MP (6%); por causas desconocidas (4; 6%) y en 6 casos MP desestimó la vacunación (5%).

Conclusiones: Existe una elevada proporción de pacientes infectados por el VIH que son seronegativos frente al VHA, especialmente entre

los HSH. La principal causa es la no derivación de estos pacientes a la unidad responsable de la administración de la vacuna. Esto implica que una proporción importante de la población con VIH está en riesgo de contraer la infección en futuros brotes epidémicos. Es necesario incrementar el acceso a vacunación en este colectivo.

OR-04. HEPATITIS C EN PACIENTES CON ANTECEDENTES DE ADICCIONES: EPIDEMIOLOGÍA DIFERENTE, RESULTADOS DE TRATAMIENTO EXCELENTES

A. Afonso Díaz¹, A. Arencibia Almeida¹, S. Acosta López¹, L.G. Santiago Gutiérrez², P. Díaz García¹, M. Lara Pérez¹, A. González Rodríguez¹, F.J. García Solo de Zaldívar¹, G. Suárez Rodríguez³ y F. Pérez Hernández¹

¹Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife; ²Asociación de Cooperación Juvenil San Miguel, Santa Cruz de Tenerife; ³Consejería de Sanidad, Dirección General de Programas Asistenciales, Santa Cruz de Tenerife.

Introducción: Los pacientes atendidos en las Unidades de Atención al Drogodependiente (UADs) tienen mayor prevalencia de virus C. No existe mucha evidencia sobre su acceso al tratamiento y resultados del mismo.

Objetivos: 1) Definir la población registrada en UADs que hemos tratado con antivirales de acción directa (DAA). 2) Resultados del tratamiento.

Métodos: 1) Incluimos población registrada en UADs y/o en Centro Penitenciario que ha recibido DAA. 2) Analizamos edad, sexo, genotipo viral, estadio de fibrosis, respuesta al tratamiento (SVR12). Utilizamos paquete estadístico SPSS versión 25. Variables continuas como medias \pm DE, discretas como frecuencias (%). Correlación entre variables cualitativas mediante el chi cuadrado de Pearson (significativa p < 0,05).

Resultados: El estudio epidemiológico incluyó 198 pacientes. La edad media fue de 46,16 \pm 7,37 (23-63) años. Hombres 176 (88,9%) y mujeres 22 (11,1%). Disponemos del genotipo de 179 pacientes: Genotipo 1a n = 89 (46,4%), genotipo 1b n = 19 (10,6%), genotipo 1 no subtipado n = 3 (1,7%), genotipo 3 n = 58 (30,4%) y genotipo 4 n = 16 (8,9%). Estadios de fibrosis: F0-1 n = 65 (32,8%), F2 n = 40 (20,2%), F3 n = 35 (17,7%) y F4 n = 57 (28,5%); en un paciente no se pudo establecer. No encontramos diferencias significativas al comparar sexo y genotipo, edad y grado de fibrosis, genotipo y estadio de fibrosis. Disponemos de resultado del tratamiento en 128 pacientes. En el análisis ITT la tasa de SVR12 fue del 88,3% (113/128), en el análisis mITT la SVR12 fue del 100%; mITT excluye 15 pacientes de los que no conocemos el resultado final (9 se perdieron durante el tratamiento -abandono de tratamiento o no acudieron a consulta final de tratamiento-, 6 completaron el tratamiento con respuesta al final del mismo, pero no acudieron a la consulta posterior).

Conclusiones: 1) En relación a nuestra cohorte general de pacientes tratados con DAA: la población de este estudio es más joven, con mayor predominio de hombres y con diferente distribución de genotipos (más frecuente es el 1a y más representados genotipos 3 y 4. 2) Más del 40% de estos pacientes tienen fibrosis avanzada o cirrosis. 3) Los resultados virológicos del tratamiento son excelentes. Se requieren estrategias para disminuir las pérdidas de seguimiento.

OR-05. HEPATITIS E EN EL CONEJO SILVESTRE (*ORYCTOLAGUS CUNICULUS*) Y EN LA LIEBRE IBÉRICA (*LEPUS GRANATENSIS*): ¿SON UNA FUENTE DE INFECCIÓN ZONÓTICA EN EL SUR DE ESPAÑA?

J. Caballero Gómez¹, I. García-Bocanegra², F. Gómez-Guillamón³, L. Camacho-Sillero³, I. Zorrilla⁴, P. López-López¹, M. Frías¹, I. Zafra¹, C. Ruiz-Rubio⁴ y A. Rivero-Juárez¹

¹Unidad de Enfermedades Infecciosas, Grupo de Virología Clínica y Zoonosis, Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC), Hospital Reina Sofía, Universidad de Córdoba (UCO), Córdoba; ²Departamento de Sanidad Animal, Universidad de Córdoba (UCO), Córdoba; ³Programa de Vigilancia Epidemiológica de la Fauna Silvestre en Andalucía (PVE), Consejería de Agricultura, Ganadería, Pesca y Desarrollo Sostenible, Junta de Andalucía, Málaga; ⁴Centro de Análisis y Diagnóstico de la Fauna Silvestre (CAD), Agencia de Medio Ambiente y Agua (AMAYA), Consejería de Medio Ambiente y Ordenación del Territorio, Junta de Andalucía, Málaga.

Introducción: En Europa, los casos de hepatitis E (HE) han incrementado considerablemente durante los últimos años, estando principalmente asociados al consumo de productos crudos o poco cocinados de origen porcino. Sin embargo, los estudios epidemiológicos de genotipos emergentes de carácter zoonótico como el 3ra, cuyo principal reservorio es el conejo, son todavía muy limitados. El principal objetivo de este estudio fue evaluar la infección por el virus de la HE (VHE) en conejo silvestre (*Oryctolagus cuniculus*) y liebre ibérica (*Lepus granatensis*) en Andalucía.

Métodos: Durante el periodo 2011 y 2018 se obtuvieron 453 muestras de hígado de conejos silvestres y liebres en 110 cotos de caza menor o áreas protegidas de Andalucía (Almería: 56; Cádiz: 45; Córdoba: 44; Granada: 62; Huelva: 68; Jaén: 62; Málaga: 47; Sevilla: 69). El ARN se extrajo mediante el kit High Pure PCR Template Preparation (Roche) y el mini kit RNeasy (QIAGEN) para las muestras de conejos y liebres, respectivamente. Se evaluó la presencia de ARN viral mediante una PCR a tiempo real de amplio espectro desarrollada y patentada por nuestro grupo. La prevalencia de infección se estimó a partir de la relación entre resultados positivos y la suma total de animales examinados, con la exacta binomial y un intervalo de confianza del 95% (IC95%).

Resultados: Se incluyeron en el estudio 374 conejos y 79 liebres. En ninguno de los 453 lagomorfos analizados (0,0%; IC95%: 0,0-0,8%) se detectó presencia de ARN viral en tejido hepático.

Conclusiones: Dada la prevalencia obtenida en nuestro estudio, el riesgo de transmisión zoonótica del genotipo 3ra del VHE por consumo de estas especies puede considerarse bajo.

OR-06. INFECCIÓN POR VHC CONOCIDA Y "OCULTA" EN LOS INGRESADOS EN LAS PRISIONES DE CATALUÑA

A. Marco¹, E. Yela², C. Bullich³, X. Freixenet⁴, R.A. Guerrero⁵, E. Turu⁵ y GRUMIP⁵

¹Programa de Salud Penitenciaria, Institut Català de la Salut, CIBERESP, Barcelona; ²EAPP Brians-1, Barcelona; ³EAPP Ponent, Lleida; ⁴EAPP Puig de les Basses, Girona; ⁵Programa de Salud Penitenciaria, Institut Català de la Salut, Barcelona.

Introducción y objetivos: Las prisiones son claves para detectar infecciones por VHC. El objetivo es determinar la prevalencia de infección por VHC en los ingresados en prisiones de Cataluña, así como la de infección desconocida u "oculta" (IO) y sus variables predictivas.

Métodos: Se analizaron los ingresados en prisiones de Cataluña en el periodo 01.01.2019-30.04.2019. Al ingreso se realiza cribado universal de la infección por VHC (diagnóstico "en paso único") excepto: si hay: a) RNA-VHC positivo previo; b) serología negativa de < 1 año de antigüedad y no factores de riesgo de infección; c) rechazo del estudio; o d) estancia ultracorta (< 1 semana). Se calculó la prevalencia de infección y se consideró IO si el paciente desconocía estar infectado y no había constancia de infección en la historia clínica compartida. Se recogieron las variables: edad, sexo, tipo de prisión (preventivos o penados), provincia, lugar de nacimiento, consumo de drogas, coinfección (VIH y/o VHB), trastorno psiquiátrico (DSM-V), tratamiento

previo de la hepatitis y reinfección. Para estudiar la asociación entre variables cualitativas se utilizó la χ^2 y el test exacto de Fisher. Para conocer la probabilidad de ocurrencia de IO se utilizó la *odds ratio* con su intervalo de confianza al 95%.

Resultados: Ingresaron 1.932 internos diferentes y se analizaron 1.637 (83,7%). Se detectaron 76 (4,6%) infecciones. El 90,8% eran hombres, de edad media 41,9 años (rango: 23-59). El 60,5% eran españoles y el 88,2% tenía antecedente de consumo endovenoso de drogas. Solo 2 declararon no haber consumido nunca heroína y/o cocaína. El 42,1% estaba coinfectado por VIH. El 25% estaba diagnosticado de enfermedad psiquiátrica. Además, el 7,9% ya había sido tratado previamente y el 6,6% eran reinfecciones. Hubo 18 (1,1%) casos de IO, 6 en españoles y 12 (5 de Georgia) en inmigrantes. La única variable asociada estadísticamente a la IO fue ser extranjero (36,7% de "ocultos" en los casos detectados en extranjeros frente a 15,2% en españoles; $p = 0,03$; OR: 3,23; IC = 1,08-9,64).

Conclusiones: La prevalencia de infección por VHC detectada es alta. La mayoría de infectados son consumidores o exconsumidores de heroína y/o cocaína y casi una cuarta parte (23,7%) eran infectados desconocidos. La única variable asociada a la IO fue ser extranjero. El cribaje al ingreso en prisión es clave para detectar estos casos, tratarlos, curarlos y evitar la diseminación de la infección.

OR-07. PREVALENCIA DE HEPATITIS AGUDA POR EL VHC EN SEROCONVERSORES EN UNA CLÍNICA DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

E.E. Lozano Rincón¹, C. Rodríguez Martín², Ó. Ayerdi Aguirrebengoa², M. Vera García², T. Puerta López², M. Raposo Utrilla² y J. del Romero Guerrero²

¹Hospital Universitario del Henares, Madrid; ²Centro Sanitario Sandoval. IdISSC. Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: El objetivo de este trabajo es determinar la prevalencia de hepatitis aguda por el virus de la hepatitis C (VHC) en una población de seroconvertidores, en una clínica de infecciones de transmisión sexual (ITS), en base al género, la orientación sexual, el lugar de procedencia y la asociación con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y otras ITS.

Métodos: Estudio retrospectivo realizado en el Centro Sanitario Sandoval (CSS), clínica de referencia de ITS en la Comunidad de Madrid (CAM), entre el 01 de enero de 2013 y el 31 de diciembre de 2017. Se analizaron todas las personas seroconvertoras al VHC que fueron diagnosticadas de hepatitis aguda por este virus en el periodo descrito.

Resultados: Desde el 1 de enero de 2013 y hasta el 31 de diciembre de 2017 se han diagnosticado un total de 102 seroconvertidores al VHC en el CSS. La prevalencia de hepatitis aguda por VHC ha sido del 51% (52 seroconvertidores diagnosticados). De estos, 50 eran hombres (96%), 1 era mujer (2%) y 1 (2%) era transexual (TSX). La edad media fue de 38,5 años. En relación a la orientación sexual, 48 (92%) eran hombres que tienen sexo con hombres (HSH), 3 (6%) eran bisexuales y 1 (2%) heterosexual (HTX). En cuanto al lugar de procedencia, 35 (67%) eran españoles. De los 52 seroconvertidores al VHC diagnosticados de hepatitis aguda por este virus, 42 (81%) estaban coinfectados por el VIH y 23 (44%) presentaron algún episodio de ITS al diagnóstico de la hepatitis aguda por el VHC.

Conclusiones: La prevalencia de hepatitis aguda por el VHC en nuestra población es del 51%, lo que supone un incremento importante en relación al periodo analizado. Se observa un cambio del perfil epidemiológico, predominando el diagnóstico de hepatitis aguda por el VHC en HSH (92%), probablemente asociado al incremento del uso de drogas para el sexo (Chemsex) en este colectivo. Además, el 81% estaba coinfectado por el VIH y el 44% presentó algún episodio de ITS al diagnóstico de la hepatitis aguda.

OR-08. PREVALENCIA DE HEPATITIS C ACTIVA EN LAS PERSONAS SIN HOGAR EN MADRID

P. Ryan¹, C. Cabezon², D. Lozano³, A. Martín², A. Ramírez², J. Paz², A. Rodríguez², J. Troya¹, G. Cuevas¹, J. Gutiérrez² y J. Valencia²

¹Hospital Infanta Leonor, Madrid; ²Madrid Positivo, Madrid; ³Fundación SEIMC-GESIDA, Madrid.

Introducción: Las personas sin hogar (PSH) tienen limitado acceso al cribado, diagnóstico y tratamiento de la hepatitis C. Se desconoce la prevalencia de hepatitis C en este colectivo. A continuación, se presentan datos preliminares los datos recogidos por la Unidad Móvil de Cribado (UMC) en Madrid.

Métodos: La UMC realizó un acercamiento a los centros donde se concentran las PSH en Madrid y se ofreció cribado de VIH y hepatitis C mediante prueba rápida. A todos los sujetos incluidos se les recogieron datos socio-demográficos. Los sujetos con prueba positiva se les ofreció realización de PCR-VHC mediante GenXpert®. Aquellos con infección activa se les ofreció derivación y/o acompañamiento a su hospital de referencia mediante un circuito alternativo para recibir tratamiento.

Resultados: Entre 1/03 y el 25/6 del 2019 se incluyeron en el análisis a 511 PSH. El cribado tuvo lugar en centros de PSH (80%), la calle (4%) y en poblados marginales (16%). De los 511 PSH el 77% eran varones, y 278 (54%) extranjeros y 93 estaban en situación irregular. De todas las PSH 148 (29%) consumían alcohol y 398 (78%) eran fumadores. 213 PSH (42%) refirieron consumo problemático alguna vez en su vida y de estos se habían inyectado alguna vez 121 (57%), 48 (40%) en el último año y 100 (47%) están en programa sustitutivo de opiáceos. Presentaron anti-VIH+ 40/446 (9%) de estos 2 fueron nuevos diagnósticos. Presentaron anti-VHC+ 121/500 (24%) y 46/110 (42% de aquellos con serología positiva y 9% del total de las PSH) presentaban PCR-VHC+. El 20% de los que han presentado consumo problemático de drogas alguna vez en la vida presentaban hepatitis C activa frente al 2% en los que no tenían consumo problemático. La hepatitis C activa se asociaba de forma significativa a consumo problemático a alguna sustancia en algún momento de la vida, OR ajustada: 10 (IC95%, 4-29) p < 0,001.

Conclusiones: La prevalencia de hepatitis C activa en las PSH de Madrid fue del 9%. El consumo problemático de drogas en algún momento de la vida en PSH se asocia a hepatitis C activa. Este estudio ha sido financiado parcialmente por Gilead Sciences y Abbvie.

OR-09. PROGRAMA FOCUS-CRIVALVIR: CRIBADO UNIVERSAL (VIH, VHB Y VHC) EN EL DEPARTAMENTO DE SALUD DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA (360.000 HABITANTES)

E. Ortega González¹, M. Martínez Roma¹, M. García Deltoro¹, M. Diago Madrid¹, M.D. Ocete¹, C. Gimeno¹, A. Fornos¹, R. Ros¹ y E.C. González²

¹Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia;

²Departamento de Salud Hospital General Universitario de Valencia, Valencia.

Introducción: Las evidencias actuales apuntan a que un examen universal de todos los individuos de 18 a 80 años sería la estrategia más efectiva y rentable, tanto desde una perspectiva individual como social de la erradicación del VHC. Supondría la estrategia más pragmática y eficiente de prevención para de "microeliminación" Anualmente más de 3.000 nuevos casos de VIH en España 300 de ellos en la CV. En este caso a estrategia más aceptada para evitar la transmisión es el "testar y tratar". En cuanto a la hepatitis B, nuestra población se encuentra vacunada en edades inferiores a los 34 años, pero no existen datos de prevalencia por encima de dichos intervalos de edad.

Métodos: La población asistida es de 360.000 habitantes 48% hombres y 52% mujeres; 186.365 "baby boomer" y 50.000 personas foráneas. La estructura sanitaria comprende en Hospital General Universitario y de Salud; 9 Centros Auxiliares, 5 Centros de Salud Integrados, 6 Centros de Salud Sexual y Reproductiva, 3 Centros de Conductas Aditiva y 3 Unidades de Salud Mental. Se realizó cribado universal en personas de 16-80 años de los virus VIH, VHB y VHC en atención primaria y servicio de urgencias en el departamento de salud Hospital General de Valencia. El diagnóstico del VHC se realiza en un solo paso y se activa el aviso telemático del resultado. La estrategia está incluida en los acuerdos de gestión departamentales y es el primer programa FOCUS en un departamento de Salud fuera de los Estados Unidos. Se procedió a la elaboración de posters y dípticos del programa CRIVALVIR y se establecieron sesiones formativas y de actualización conocimientos de VHB, VIH, VHC destinadas médicos de familia y enfermería de C. de Salud y U. de Apoyo. Estas sesiones se intensificaron previamente a la iniciación del proceso de cribado y una vez iniciado se visitaron por los especialistas los centros de Salud para apoyar y contestar a problemas puntuales.

Resultados: Desde el 17 de febrero al 30 de mayo de 2019 se han testado 3.897 personas., que corresponden a diversos rango de edad. Entre los foráneos la mayoría de los testados han sido los nacidos en Rumanía y en áreas centro-sudamericanas. Se han detectado 3 pacientes VIH, 17 pacientes con infección activa por el VHC y 28 hepatitis B. que corresponden a una prevalencia en la muestra de 0,07; 0,43 y 0,71% respectivamente.

OR-10. RESCATE DE FRACASOS A GLECAPREVIR Y PIBRENTASVIR (G/P) EN LA COHORTE GEHEP-004

A. de Salazar¹, A. Fuentes¹, A.B. Pérez², J. Cabezas³, M. García Deltoro⁴, N. Gómez⁴, J.C. Alados⁵, M.Á. Jiménez⁶, E. Fernández⁷, F. Téllez⁸, M. Macías⁹, J.I. Arenas¹⁰, C. Quílez¹¹, J.M. Rosales¹² y F. García¹

¹Hospital Universitario San Cecilio, Granada; ²Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba; ³Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander; ⁴Hospital General Universitario de Valencia, Valencia; ⁵Hospital Universitario de Jerez, Jerez; ⁶Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga; ⁷Hospital de Poniente, El Ejido; ⁸Hospital Universitario Puerto Real, Cádiz; ⁹Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz; ¹⁰Hospital Universitario de Donostia, Donostia; ¹¹Hospital Marina Baixa, Villajoyosa; ¹²Hospital Costa del Sol, Marbella.

Introducción: El tratamiento de la infección crónica por el virus de la hepatitis C (VHC) con glecaprevir y pibrentasvir (G/P) da como resultado altas tasas de éxito virológico tanto en ensayos clínicos como en vida real. Sin embargo, hay poca información sobre las características virológicas de los pacientes que fallan a esta combinación y sobre el régimen y la eficacia del retratamiento. En este estudio presentamos los datos sobre fallo a G/P en diferentes genotipos de VHC que hemos analizado en la cohorte GEHEP-004.

Métodos: Estudio observacional en el que se recogen los pacientes que se han remitido a nuestro servicio para estudio de resistencias, tras haber fallado a un régimen basado en G/P. Se recogieron los datos demográficos, clínicos (cirrosis, tratamientos previos, co-infección por VIH, retratamiento), y virológicos (carga viral, genotipo y resistencias en NS5A, NS3 y NS5B).

Resultados: Presentamos los resultados de 17 pacientes con fracaso virológico a G/P, de ellos, 13 (76%) fallaron a un tratamiento de 8 semanas de duración, mientras que 4 fueron tratados durante 12 semanas. 14 pacientes eran hombres (82%) con una mediana de edad de 54 años (IQR, 47-62). Tres presentaban co-infección con VIH. La distribución de genotipos fue la siguiente: 35% pacientes infectados por el genotipo (GT) 3a, 35% por GT1a, 18% por GT1b, y 12% por GT2. Cuatro pacientes (2 infectados por GT1a y 2 por GT3a) presentaban cirrosis. Quince pacientes eran naïve a AAD y 4 habían sido tratados

previamente con interferón. Tras el fallo a G/P, 10 (59%) pacientes desarrollaron RAS en NS5A y 4 (23%) en NS3. El patrón de RAS más frecuente en NS5A se presentó en los infectados por GT3, y fue A30K (5/6), que se acompañó de Y93H en cuatro casos. En 2 pacientes infectados por GT1a y GT1b se detectó la delección P32, relacionada con pérdida de actividad de pibrentasvir. Hasta la fecha, 15 pacientes han sido retratados con la combinación de sofosbuvir/velpatasvir/voxilaprevir; hasta el momento disponemos de datos de RVS en 4 de ellos, alcanzando todos estos RVS12.

Conclusiones: Presentamos la serie nacional más amplia de fracasos a G/P. Tras el fallo existe mayor compromiso de la actividad de los inhibidores de NS5A que de los inhibidores de NS3, siendo la combinación de mutaciones A30K+Y93H la más frecuentemente encontrada. La mayoría de pacientes se han retratado con sofosbuvir/velpatasvir/voxilaprevir, y están en espera de completar RSV12.

Comunicaciones orales II

Viernes 27 de septiembre, 16:00 h

OR-11. CINÉTICA DE APARICIÓN DE LAS COMPLICACIONES HEPÁTICAS EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR VHC Y FIBROSIS AVANZADA QUE ALCANZAN RVS

A. Corma-Gómez¹, F. Téllez², L.E. Morano³, M. Frías⁴, R. Granados⁵, M.J. Ríos⁶, J.C. Alados⁷, F. Vera⁸, R. Palacios⁹, C. Galera¹⁰, I. de los Santos¹¹, L.M. Real¹, D. Merino^{12,13}, P. Geijo¹⁴, A. Imaz¹⁵, S.J. Reus¹⁶, M.Á. Ruz¹⁷, I. Pérez-Camacho¹⁸, J. Macías¹ y J.A. Pineda¹

¹Hospital Universitario de Valme, Sevilla; ²Hospital Universitario de Puerto Real, Puerto Real; ³Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro, Vigo; ⁴Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba; ⁵Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria; ⁶Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla; ⁷Hospital de Jerez, Jerez de la Frontera; ⁸Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena; ⁹Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga; ¹⁰Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia; ¹¹Hospital Universitario La Princesa, Madrid; ¹²Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva; ¹³Hospital Infanta Elena, Madrid; ¹⁴Hospital Virgen de la Luz, Cuenca; ¹⁵Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona; ¹⁶Hospital General Universitario de Alicante, Alicante; ¹⁷Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada; ¹⁸Hospital Universitario de Valme, El Ejido.

Introducción: Pese a alcanzar respuesta viral sostenida (RVS) con antivirales de acción directa (AAD), una minoría de pacientes infectados por el virus de la hepatitis C (VHC) continúa en riesgo de desarrollar complicaciones hepáticas. Por este motivo, el cribado de complicaciones hepáticas, entre ellas el hepatocarcinoma (HCC), se sigue recomendando de por vida en individuos con cirrosis pre-tratamiento. Sin embargo, hay poca información sobre la incidencia de eventos hepáticos post-RVS y su distribución en el tiempo en vida real.

Objetivos: Describir la cinética de aparición de complicaciones hepáticas tras la RVS en pacientes infectados por el VHC, con fibrosis avanzada y curados con regímenes basados en AAD.

Métodos: Estudio prospectivo de cohortes, multicéntrico, en el que se incluyeron pacientes mono infectados por VHC y coinfectados por VIH/VHC de las cohortes HEPVIR-DAA y GEHEP-MONO que cumplieron los siguientes criterios: 1) Presentar una rigidez hepática (RH) \geq 9,5 KPa pre-tratamiento; 2) Haber conseguido RVS con regímenes basados en AAD; 3) Tener una medición de la RH en RVS. El momento de la RVS fue considerado la visita basal.

Resultados: Se incluyeron 962 pacientes, de los cuales 640 (67%) estaban coinfectados por VIH/VHC. 523 (54%) individuos presentaban

cirrosis compensada previa al tratamiento. Tras 31 (21-37) meses de mediana (Q1-Q3) de seguimiento se produjeron 36 (3,7%) eventos hepáticos: 14 (1,5%) descompensaciones hidrópicas (DH), 11 (1,1%) HCC, 4 (0,4%) hemorragias digestivas por hipertensión portal (HDHTP) y 4 (0,4%) episodios de encefalopatía hepática. El tiempo mediano hasta el desarrollo de cada tipo de evento fue: DH 5,4 (1,8-9,0) meses; EH 8,5 (9,5-15,3) meses; HCC 16,8 (14,5-19,1) meses y HDHTP 20,4 (5,8-31,8) meses.

Conclusiones: La gran mayoría de las complicaciones hepáticas que aparecen en individuos con fibrosis avanzada que alcanzan RVS con AAD se desarrollan en los dos primeros años de seguimiento tras la RVS. Específicamente, DH y episodios de EH no suelen producirse tras este periodo. En cambio, HCCs y HDHTP sí se producen a largo plazo, lo que obliga a identificar a los pacientes que siguen en riesgo de ellas para continuar implementando en ellos medidas de cribado.

OR-12. EFECTOS SOBRE LA EVOLUCIÓN DE LA PORFIRIA CUTÁNEA TARDA DE LA CURACIÓN DE LA INFECCIÓN POR VHC EN PACIENTES INFECTADOS POR VIH

M.D.C. Pecero Hormigo, M. Correa Matos, Á. Domínguez Sánchez, L.N. López Lara, Á. Agea García, A.M. Gómez Hurtado, L. Gámez Salazar, A. González Nieto y C. Martín Ruiz

Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres, Cáceres.

Introducción: La porfiria cutánea tarda (PCT) surge de la deficiencia de uroporfirinógeno decarboxilasa (UROD) hepática, estando asociada de manera infrecuente a la infección por VHC (1%) (Cacoub et al. Medicine (Baltimore). 2000;79:47), lo que sugiere la existencia de factores de susceptibilidad individuales. Se desconoce el impacto de los programas de erradicación actuales de la hepatitis C en los pacientes VHC y PCT.

Objetivos: Analizar la evolución de la PCT en pacientes VHC con respuesta viral sostenida (RVS) tras tratamiento con agentes antivirales directos (AAD).

Métodos: Evaluación pre y post tratamiento antiviral VHC (tras 1 año de seguimiento) en los niveles de porfirinas en orina de pacientes con PCT coinfectados VIH-VHC.

Resultados: Se incluyeron 5 pacientes: 2 pacientes GT (genotipo) 1a, 2 GT4 y 1 GT3; 1/5 F0, 3/5 pacientes F3, y 1/5 F4 mediante Fibroscan. Todos los pacientes alcanzaron RVS con las combinaciones terapéuticas utilizadas durante 12 semanas (sofosbuvir-ledipasvir (60%), sofosbuvir-velpatasvir (40%). Comparado con los niveles previos al tratamiento con AAD, se observó una reducción estadísticamente significativa de todos los datos analíticos de las porfirinas (tabla). De manera paralela, se constató una desaparición de las lesiones dérmicas y fotosensibilidad en todos los pacientes tras 1 año de RVS.

Resultados analíticos (porfirinas) de los pacientes con PCT previo al tratamiento con AAD para VHC y después, tras 1 año de RVS

	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4	Paciente 5
Uroporfirina antes	702	392	61	163	214
Uroporfirina después	7	7	7	11	9
Hepacarboxilporfirina antes	435	219	219	232	196
Heptacarboxilporfirina después	2	2	< 2	< 2	< 2
Coproporfirina antes	82	90	60	50	35
Coproporfirina después	8	< 5	12	11	12
Hexacarboxilporfirina antes	77	21	13	3	8
Hexacarboxilporfirina después	< 2	< 2	< 2	< 2	< 2
Pentacarboxilporfirina antes	83	86	7	7	12
Pentacarboxilporfirina después	< 2	< 2	< 2	< 2	< 2

Conclusiones: En nuestra serie de pacientes coinfectados VIH-VHC con PCT, la respuesta viral sostenida (RVS) de la hepatitis C indujo una remisión clínica y mejoría analítica de la PCT. El papel de la infección por VIH en este fenómeno está por determinar y debe ser estudiado en grandes series comparando pacientes VHC sin VIH con coinfectados.

OR-13. ELEVADA VARIABILIDAD INTERENSAYO EN LA TASA DE FALSOS POSITIVOS ENTRE LOS SISTEMAS COMERCIALES DE DETECCIÓN DE ANTICUERPOS FRENTE A VHC

A. Fuentes López¹, F. García García¹, C. Roldán², F. García García¹ y A. Aguilera³

¹Hospital Universitario de San Cecilio, Granada; ²Hospital Universitario Ciudad de Jaén, Jaén; ³Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela.

Introducción: En la actualidad los ensayos comerciales para la detección de anticuerpos frente al VHC tienen una excelente sensibilidad y especificidad. Con fines epidemiológicos, para estudios de seroprevalencia, la estimación del nº de falsos positivos de estos ensayos puede resultar de interés. En nuestro trabajo presentamos la tasa de falsos positivos de cuatro enzimmunoensayos comerciales: Elecsys anti HCV II (Roche), ADVIA Centaur HCV, Liaison XL Murex HCV Ab (Diasorin), ARCHITECT Anti-HCV assay (Abbott).

Métodos: Se han analizado todas las muestras con resultado positivo de anti-VHC en las que se disponía de un resultado de test suplementario de detección de anticuerpos (Inno-Lia HCV Ab). Se ha calculado la tasa de falsos positivos y de resultados indeterminados para cada ensayo, así como el rango de los índices (S/CO) de positividad del anti-VHC en las muestras falsos positivos.

Resultados: Se han analizado un total de 1.131 muestras con resultado inicial positivo para anti-VHC, siendo la tasa de falsos positivos global de anti-VHC de 8,6%. Para el ensayo ADVIA Centaur HCV se analizaron 121 muestras anti-VHC positivo (año 2014), de las que 3 (2,54%), no se confirmaron mediante el test suplementario (rango de S/CO 1,57-8,81). Para el ensayo ARCHITECT Anti-HCV se analizaron 125 muestras anti-VHC positivo (año 2014), de las que 10 (8%), no se confirmaron mediante el test suplementario (rango de S/CO 1,51-8,84). Para el ensayo Elecsys anti HCV II se analizaron 334 muestras anti-VHC positivo (año 2018), de las que 45 (13,5%) no se confirmaron mediante el test suplementario (rango de S/CO 1-22,4). Para el ensayo Liaison XL Murex HCV Ab se analizaron 551 muestras anti-VHC positivo (año 2018), de las que 39 (7,07%) no se confirmaron mediante el test suplementario (rango de S/CO 1-4,3).

Conclusiones: Existe una elevada variabilidad inter-ensayo en cuanto a la tasa de falsos positivos de VHC, que no se corresponden con las especificaciones técnicas de los fabricantes. Aunque este dato es importante para los estudios de seroprevalencia, la confirmación mediante test suplementarios de anticuerpos no debe suponer una barrera para la detección de viremia y la eliminación de la hepatitis C.

OR-14. ELIMINAMOS EL VIRUS PERO NO EL RIESGO DE HEPATOCARCINOMA EN PACIENTES CON HEPATITIS C F3 Y F4 CRÓNICA

C. Alventosa Mateu, J.J. Urquijo Ponce, J.D. Prieto Climent, M. Latorre Sánchez, L. González González, E. Sánchez Ramos, M. García Deltoro y M. Diago Madrid

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia.

Introducción y objetivos: El carcinoma hepatocelular (CHC) es un importante problema de salud, especialmente en pacientes con hepatopatía avanzada, en los que tiene indicación su cribado precoz

mediante ecografía semestral. La incidencia anual observada de CHC en F4 es: 1-8% (EASL), 2-4% (AASLD) y 3% (Registro Español CHC). Tras la introducción de los antivirales de acción directa (AAD) para el VHC se debatió si éstos aumentaban el riesgo de CHC, aunque estudios posteriores reflejaron una incidencia anual incluso menor en este subgrupo (1-1,5%). El objetivo es determinar en nuestro centro la incidencia de CHC en pacientes F3-F4 tras el tratamiento de VHC con AAD.

Métodos: Analizamos la incidencia de CHC en los 12 meses posteriores al tratamiento en F3-F4 analizando las variables: género, edad, genotipo, Child-Pugh score y estadio del BCLC. Consideramos F3 Fibroscan $\geq 9,6$ kPa y F4 $\geq 12,6$ kPa y/o criterios analíticos y radiológicos compatibles. Excluimos pacientes que no completaron 12 meses de seguimiento por causas distintas al CHC.

Resultados: Se trataron 472 pacientes (p): 119 F3 y 353 F4. Se diagnosticó CHC en 2 pacientes F3 (1,7%): varones, edad media 59 años, genotipos 1a y 3, uno estadio 0 y el otro estadio D del BCLC. En el grupo F4 presentaron CHC 17 pacientes (4,8%). El 82% eran hombres. La edad media era de 64,5 años (rango 47-85). Predominó el genotipo 1b (11p; 65%), seguido del 1a (4p; 23%). La mayoría (15 p; 88%) fueron Child Pugh A y el resto (2p; 12%) Child B. El tiempo medio desde la finalización del tratamiento hasta el diagnóstico de HCC fue de 72 meses (rango 1-12). El 21% (4p) requirieron resección quirúrgica (estadio 0 BCLC), el 26% (5p) terapia ablativa (estadio A), el 16% (3p) trasplante hepático (estadio A), el 21% (4 p) TACE (estadio B) y el 16% (3p) tratamiento paliativo por enfermedad metastásica (estadios C y D). Por tanto, el 37% presentaban BCLC avanzado, no subsidiario de tratamiento curativo. 21% (4 p) fallecieron en un plazo de 4 meses tras el diagnóstico del CHC.

Conclusiones: Nuestra incidencia de HCC en F4 tras tratamiento con AAD es similar a la de los registros generales en pacientes cirróticos, por lo que estaría indicado continuar con el cribado. En cambio, en los F3 debido a la baja incidencia no podemos establecer conclusiones, pero creemos que podría no ser coste-efectivo, aunque necesitaremos estudios específicos para identificar subgrupos de riesgo.

OR-15. HEPATITIS C EN UNIDADES DE ATENCIÓN AL DROGODEPENDIENTE: LINKAGE AL SISTEMA SANITARIO. ESTUDIO PILOTO

L.G. Santiago Gutiérrez¹, S. Acosta López², T. Santana Rodríguez¹, M. Lara², A.M. la Serna Ramos¹, T. de la Rosa Vilar¹, P. Díaz Ruiz¹, A. González Rodríguez², C.M. Cabrera Hernández¹ y F.A. Pérez Hernández²

¹ACJ San Miguel Adicciones, Santa Cruz de Tenerife; ²CHUNS Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

Introducción: La población de las Unidades de Atención al Drogodependiente (UADs) tiene alta prevalencia de hepatitis C (VHC) y baja vinculación al sistema sanitario. Plan C es una estrategia de microeliminación del VHC que pretende acercar el tratamiento a esta población.

Objetivos: Evaluar aplicabilidad de Plan C en las UADs y analizar las características de los tratados.

Métodos: Intervención biopsicosocial en usuarios de las UADs como entrada de los pacientes en el circuito y como método para mantener la adherencia. Extracción de sangre capilar (técnica "gota seca") a usuarios de las UADs con sospecha de infección de VHC o seleccionados de forma aleatoria (*screening*). Determinación hospitalaria directa del RNA. Comunicación de resultados a las UADs. Cita en una única consulta hospitalaria, en pocas semanas tras la extracción, los pacientes positivos: Historia clínica, analítica basal, elastografía hepática y dispensación inicial del tratamiento. Seguimiento en UADs mediante dispensación directamente observable. Evaluación de la curación mediante "gota seca" extraída en las UADs, doce semanas tras finalización del tratamiento.

Resultados: Incluidos 39 pacientes: 1) Se hizo *screening* en 85 pacientes, fueron positivos de 30 (35,5%). Se excluyeron tres (1 cambio de domicilio y 2 coinfecciones por VIH). Incluidos 27 pacientes, iniciaron tratamiento 25 (92,6%). 2) 12 pacientes con sospecha confirmada de infección por VHC, todos iniciaron tratamiento (100%). Analizamos los 37 tratados: 86,5% hombres, edad media 49 (36-63) años, 86,5% naive. 40,5% F0-1, 18,9% F2, 10,8% F3 y 29,7% cirrosis. Genotipo: 35,5% 1a, 6,5% 1b, 35,5% 3a y 21,9% 4. Hasta el momento de este análisis: completaron tratamiento 12/12 pacientes (100%), 8 con RNA negativo al finalizar el tratamiento, 3 en espera de resultado, 1 sin extracción de muestra. Acudieron a visita semana 4 de tratamiento 32/32 pacientes (100%), todos (salvo uno sin datos) con RNA negativo o inferior a 150 U/ml.

Conclusiones: Los pacientes de las UADs que tratamos con antivirales fueron mayoritariamente varones jóvenes, genotipo no 1b y con alta prevalencia de cirrosis. La estrategia *Plan C* consigue alta adherencia al tratamiento de la hepatitis C, lo que sugiere que es válida para el objetivo de microeliminación en esta población.

OR-16. HISTORIA EPIDEMIOLÓGICA Y RESISTENCIA BASAL A LA REGIÓN NSSA DEL GENOTIPO 1A DEL VIRUS DE LA HEPATITIS C EN ESPAÑA

C. Palladino¹, I.J. Ezeonwumelu¹, P. Borrego¹, I. Mate-Cano², P. Martínez-Román², S. Arca de Lafuente², S. Resino², N. Taveira³ y V. Briz²

¹Research Institute for Medicines (iMed.Ulisboa), Lisboa; ²Instituto de Salud Carlos III, Majadahonda; ³Research Institute for Medicines (iMed.Ulisboa); Centro de Investigação Interdisciplinar Egas Moniz (CiEM), Lisboa.

Introducción y objetivos: El genotipo (GT) 1 de la infección por el VHC es el más frecuente a nivel mundial y el GT1a representa casi el 40% de las infecciones de GT1 en España. El objetivo fue caracterizar el origen, la historia epidemiológica, la dinámica de transmisión y la diversidad y la resistencia del GT1a-VHC en España.

Métodos: Estudio transversal con muestras de pacientes con infección crónica VHC-GT1a distribuidos por 90 hospitales españoles. La región NSSA fue secuenciada mediante secuenciación directa. Mediante análisis filogenético se identificaron los subtipos virales y grupos de transmisión. El linaje (clado I y clado II) fue confirmado por *geno2pheno*[HCV]. Mediante métodos bayesianos se reconstruyó la historia epidemiológica del GT1a-VHC en España. La resistencia a los antivirales de acción directa (AADs) aprobados para uso clínico específicos de la región NSSA fue caracterizada mediante *geno2pheno*.

Resultados: Se incluyeron 588 pacientes: 300 mono infectados VHC y 288 coinfectados VIH/VHC. El clado II fue más prevalente que el clado I (82,3% frente a 17,7%, $p < 0,001$) y más antiguo (origen estimado en 1.907 frente a 1.952). La epidemia causada por el clado II está se encuentra en disminución a diferencia de lo observado con la epidemia causada por el clado I que ha alcanzado un equilibrio y se concentra en el norte de España y las Islas Canarias. 58 sustituciones individuales asociadas a resistencia (SARs) fueron identificadas siendo las más comunes: M28A/T/V (37,9%), Y93C/F/H/N (24,1%) y Q30E/H/R (20,7%). El nivel de prevalencia varió entre regiones. Los fármacos con mayor nivel de resistencia fueron daclatasvir (62,0%) y ledipasvir 52,0%. El 64,0% de los pacientes con SARs tenían sustituciones que conferían resistencia a más de 1 AAD. La epidemia del GT1a clado II precedió al clado I en 45 años [tiempo hasta el ancestro común más reciente (TMRCA), 95% más alta densidad posterior (95% HPD): 1907, 1879-1932 frente a 1952, 1939-1965]. La epidemia clado II GT1a comenzó en el País Vasco, se dispersó por todo el país y ahora está disminuyendo. La actual epidemia de clado I GT1a se concentra principalmente en el norte de España y las Islas Canarias.

Conclusiones: La epidemia actual de la infección por el GT1a del VHC HCV-GT1a en España está impulsada por el clado I, que parece tener

diferentes rutas de difusión en relación con el clado II. Se observó un nivel moderado de presencia de SARs para los AADs de la región NSSA con marcadas diferencias entre regiones.

OR-17. INFLUENCIA DEL TAR SOBRE LA RIGIDEZ HEPÁTICA EN PACIENTES COINFECTADOS POR VIH/VHC ENTRE EL INICIO DEL TRATAMIENTO DEL VHC Y LA RESPUESTA VIRAL SOSTENIDA

A. González-Serna, A. Corma Gómez, L.M. Real, P. Rincón, M. Fernández, M. Rodríguez, N. Merchante, J. Macías y J.A. Pineda

Hospital Universitario de Valme, Sevilla.

Introducción y objetivos: En pacientes infectados por VHC que consiguen respuesta viral sostenida (RVS) tras el tratamiento con fármacos de acción directa, la rigidez hepática es un marcador subrogado de la evolución clínica posterior. Los factores responsables de la regeneración hepática y del nivel de rigidez hepática alcanzado tras RVS hoy día son desconocidos. El tratamiento antirretroviral (TAR) podría influir en la evolución hepatopatía tras la RVS en pacientes coinfectados por VIH y VHC. Nuestro objetivo es analizar la relación entre el TAR administrado en pacientes coinfectados desde el inicio del tratamiento frente al VHC con fármacos de acción directa (ADD) hasta la consecución de RVS, y la evolución de la rigidez hepática (RH) observada durante dicho periodo.

Métodos: Se incluyeron pacientes incluidos en el estudio GEHEP 011, que cumplieron los siguientes criterios: 1) co-infectados por VIH/VHC; 2) rigidez hepática pretratamiento $\geq 9,5$ Kpa; 3) lograr RVS 12 semanas después de finalizar el tratamiento con ADD; 4) tener una determinación de la rigidez hepática en ese momento; información disponible sobre el TAR administrado entre el inicio de los AAD y la RVS. Se analizará la relación entre la administración de cada fármaco antirretroviral, de manera individual y por familias, con la evolución de la rigidez hepática durante el periodo de estudio.

Resultados: Noventa pacientes cumplieron los criterios de inclusión. La evolución mediana (Q1-Q3) de la RH (RH pretratamiento – RH en RVS) fue de 5,4 (2,8-16,8) en pacientes recibieron DGT frente a 3 (0,5-7,1) en los que no recibieron DGT durante el periodo de estudio ($p = 0,063$). Se observó una tendencia línea positiva entre los meses de tratamiento con DGT y la evolución de la RH (0,188, $p = 0,078$). En el análisis multivariante frente a otras variables como edad, sexo, genotipo y peso, el tiempo de tratamiento con DGT fue la única variable independientemente asociada (HR: 0,713; IC95% 0,004-1,543; $p = 0,049$). El resto de fármacos, individualmente o en familias, no mostraron asociaciones, o éstas fueron menores.

Conclusiones: La administración de DGT parece estar asociada a una mejor evolución de la rigidez hepática entre el inicio del tratamiento del VHC y la RVS en pacientes coinfectados por VIH y VHC. Tanto el favorable perfil metabólico como la alta potencia antiviral intrínseca de DTG podrían relacionarse con este fenómeno. Estos resultados plantean la necesidad de hacer un estudio con mayor número de pacientes, idealmente un ensayo clínico, para reevaluar esta relación.

OR-18. INTERACCIÓN DE LOS POLIMORFISMOS DEL GEN DE LA APOLOPROTEÍNA E Y LOS GENOTIPOS DEL VIRUS DE LA HEPATITIS C EN LA VIREMIA DE PACIENTES NAÏVE

A. Martínez-Sapiña, E. López Gonzales, D. Ortega Larrea, A. Tristancho, M. Fernández Esgueva, V. Bernal, D. Casas Deza, M.P. García Sobreviela, E. Fernández Bonilla y J.M. Arbonés-Mainar

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Introducción: El virus de la hepatitis C (VHC) se asocia con la apolipoproteína E (APOE) para producir lipo-viropartículas. El gen APOE es polimórfico, 2 polimorfismos de un solo nucleótido (SNP) dan lugar

a seis genotipos: APOE *22, *23, *33, *34, *24 y *44. En este estudio hemos investigado 1) la distribución de genotipos de APOE en individuos con y sin infección por VHC y 2) la relación de genotipos de APOE con genotipos de VHC y carga viral.

Métodos: Se utilizaron las sondas TaqMan SNP (ThermoFisher) y Real Time HCV Genotype II (Abbott) para determinar por qPCR los genotipos APOE y HCV, respectivamente. La carga viral se midió utilizando el sistema Cobas 6800 (Roche). Los individuos se clasificaron posteriormente en dos categorías según el genotipo de APOE: APOE3E3 (APOE *33 homocigotos) y no APOE3E3 (APOE *22, APOE *23, APOE *34, APOE *24 y APOE *44). También se categorizaron como de alta carga viral cuando las viremias estaban en el cuartil superior. Los valores descriptivos se expresaron como frecuencias o medianas con rangos intercuartiles. Las diferencias se evaluaron mediante la prueba de la χ^2 o la prueba de Mann-Whitney para las variables categóricas y continuas, respectivamente.

Resultados: La frecuencia del genotipo APOE no difirió entre individuos sanos (n = 4.660) e infectados por el VHC (n = 110) (0,45% frente a 0%, 10,1% frente a 9,01%, 71% frente a 71,2%, 16,3% frente a 17,1%, 1,24% frente a 1,80%, 0,92% frente a 0,90, p = 0,949 para APOE *22, *23, *33, *34, *24, y *44 y sanos frente a infectados por el VHC, respectivamente). El subtipo de VHC más frecuente en la población estudiada fue 1b, seguido de 1a, 4, 3 y 2. Sin embargo, el subtipo 1b del VHC estaba sobre representado en los portadores de APOE3E3, mientras que el 1a era el más común en sujetos sin APOE3E3. Curiosamente, el genotipo 3 del VHC más agresivo afectó a un número desproporcionadamente grande de individuos sin APOE3E3. La presencia de APOE3E3 no disminuyó significativamente la carga viral y redujo las probabilidades de tener una alta carga viral.

Conclusiones: Una carga viral disminuida y la presencia del genotipo 3 del VHC en los portadores de APOE3E3 sugieren un efecto menos virulento y, por lo tanto, protector de este alelo en la infección crónica por VHC.

OR-19. SEGUIMIENTO DEL VHC EN USUARIOS DE DROGAS EN TERAPIAS SUSTITUTIVAS DE OPIÁCEOS. NUEVAS ESTRATEGIAS

C. Egea Zapata¹, L. Carvajal Pérez¹, R.M. Gómez Sánchez¹, C. Seiquer de la Peña¹, R. Martínez Sánchez¹, M.I. Aguilar¹, J.T. Quiñonero², E. Bernal Morrell³, J. Bravo⁴, H. Albendín⁵, R. Blázquez⁴, M.A. Muñoz³ y C. Galera Peñaranda⁵

¹Centro de Atención de Drogodependencias de Murcia, Murcia; ²Centro Penitenciario Murcia I, Murcia; ³Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia; ⁴Hospital Morales Meseguer, Murcia; ⁵Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción y objetivos: Los pacientes usuarios de drogas son una población con una alta prevalencia de VHC, y con mala adherencia a los programas de tratamiento/seguimiento del VHC. El objetivo es analizar una nueva estrategia iniciada para detectar a los pacientes con VHC que acuden a un programa sustitutivo de opiáceos en un Centro de Atención de Drogodependencias (CAD).

Métodos: En noviembre de 2018 se organiza un grupo de trabajo integrado por médicos del CAD, médicos de Sanidad Penitenciaria de los dos centros de nuestra región, y de las tres Unidades de referencia de Enfermedades Infecciosas (UEI). Tras una reunión inicial donde se establecen los objetivos, se crea un grupo de Whatsapp para facilitar la coordinación en la derivación y seguimiento de los pacientes. Los pacientes en programa sustitutivo de opiáceos, son revisados por los médicos del CAD, que valoran si se han realizado las serologías programadas (VIH, VHC, VHB, y lúes). A través de mensajes de Whatsapp, se solicita y confirma la citación a tiempo real en la UEI correspondiente, de aquellos pacientes susceptibles de nuevas actuaciones médicas, ya sean diagnósticas o terapéuticas. También, se mantiene un feedback respecto al tratamiento, evolución, y cambios en su si-

tuación personal (ingreso en prisión, hospitalización...) entre los tres ámbitos de asistencia sanitaria (CAD, prisiones y UEI).

Resultados: Al programa de dispensación de sustitutivos de opiáceos acuden unos 400 pacientes, bien en horario de mañana o tarde, 5 días/semana. Actualmente hay 73 pacientes revisados. Treinta y nueve presentan serología positiva para el VHC, 7 coinfectados por el VIH. Treinta dos pacientes se han derivado, de ellos 13/32 (40,6%) no acudieron a la cita programada. De aquellos valorados en las UEI, 11 tenían criterios de tratamiento del VHC (VHC replicativo), 2 no lo iniciaron. Ocho completaron de forma correcta el tratamiento del VHC, todos con RV final de tratamiento, dos de ellos a través de tratamiento directamente observado (TDO) por el equipo del CAD. Un paciente está actualmente en tratamiento.

Conclusiones: En los pacientes con adicción a drogas el acceso al seguimiento médico y el tratamiento de patologías como el VHC es muy complejo. Opciones como el tratamiento directamente observado, facilitación de los fármacos AAD al equipo del CAD y acceso inmediato al especialista, son claves para poder acceder a esta población. Herramientas y programas de coordinación como la que hemos iniciado, pueden ser una oportunidad para salvar estas dificultades.

OR-20. VALOR PREDICTIVO DE LA RIGIDEZ HEPÁTICA PARA HEMORRAGIA DIGESTIVA POR HIPERTENSIÓN PORTAL EN PACIENTES INFECTADOS POR VHC CON RVS TRAS AAD

A. Corma-Gómez¹, F. Téllez², S. Castro Sánchez³, M. Frías⁴, M. Serrano⁵, M.J. Ríos⁶, M. Santos⁷, F. Vera⁸, R. Palacios⁹, H. Albendín¹⁰, I. de los Santos¹¹, L.M. Real¹, D. Merino^{12,13}, P. Geijo¹⁴, A. Imaz¹⁵, S.J. Reus¹⁶, M.Á. Ruz¹⁷, I. Pérez-Camacho¹⁸, J. Macías¹ y J.A. Pineda¹

¹Hospital Universitario de Valme, Sevilla; ²Hospital Universitario de Puerto Real, Puerto Real; ³Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro, Vigo; ⁴Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba; ⁵Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria; ⁶Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla; ⁷Hospital de Jerez, Jerez de la Frontera; ⁸Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena; ⁹Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga; ¹⁰Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia; ¹¹Hospital Universitario La Princesa, Madrid; ¹²Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva; ¹³Hospital Infanta Elena, Madrid; ¹⁴Hospital Virgen de la Luz, Cuenca; ¹⁵Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona; ¹⁶Hospital General Universitario de Alicante, Alicante; ¹⁷Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada; ¹⁸Hospital de Poniente, El Ejido.

Introducción: Un valor de rigidez hepática inferior (RH) a 21 KPa identifica a los pacientes con infección activa por el virus de la hepatitis C (VHC) sin riesgo de desarrollar episodios de hemorragia digestiva por hipertensión portal (HDHTP), por lo que este dato se ha incorporado a los algoritmos de manejo del paciente infectado por VHC con cirrosis, de tal modo que a los pacientes con valores de RH menores de esta cifra no se les somete a cribado endoscópico de varices esofágicas. Sin embargo, no hay información sobre su valor predictivo en individuos con curación de la infección por VHC.

Objetivos: Evaluar la capacidad predictiva del punto de corte de 21 KPa de RH, medida por elastografía hepática de transición, para el desarrollo de un primer episodio de HDHTP en pacientes infectados por el VHC con fibrosis avanzada, que alcanzan RVS con regímenes basados en antivirales de acción directa (AAD).

Métodos: Estudio prospectivo multicéntrico de la cohorte GEHEP 011 que incluye pacientes mono infectados por VHC y coinfectados por VIH y VHC, que cumplen los siguientes criterios: 1) Haber alcanzado la RVS con al menos un AAD; 2) RH pre-tratamiento $\geq 9,5$ KPa; 3) Medición de la RH en el momento de la RVS disponible. Se excluyeron pacientes con HDHTP previa a la RVS.

Resultados: Se incluyeron 962 pacientes, de los cuales 640 (67%) estaban coinfectados por el VIH. 576 (60%) tenían cirrosis previa al

tratamiento y de ellos, 345 (60%) presentaron valores de RH superiores a 21KPa. En RVS 398 (41%) pacientes tenían una RH > 14KPa y 212 (22%) > 21 KPa. 11 pacientes fueron excluidos por un episodio de HDA previa a la RVS. Durante los 31 (21-37) meses de seguimiento mediano (Q1-Q3), se produjeron 5 episodios de HDHTP (0,83%), todas en pacientes con valores de RH > 21 KPa en el momento de la RVS, por lo que el VPN de una rigidez hepática de < 21 KPa en RVS fue del 100%.

Conclusiones: El valor pronóstico del punto de corte de 21 KPa de rigidez hepática observado en pacientes con infección activa por VHC se mantiene también en pacientes infectados por VHC que alcanzan RVS con regímenes basados en AAD. Por tanto, una rigidez hepática tras la RVS por debajo de ese nivel permite identificar a los pacientes sin riesgo de desarrollar HDHTP después de la RVS, a los que se les puede evitar de forma segura el cribado endoscópico anual.



Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Pósteres discutidos

V Congreso Nacional del Grupo de Estudio de las Hepatitis Víricas (GEHEP) de la SEIMC

Cáceres, 26-28 de septiembre de 2019

Pósteres discutidos I

Viernes 27 de septiembre, 09:00 h

PO-01. CAMBIOS EN LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES TRATADOS CON AAD EN ESPAÑA: 2015-2018

P. Rincón¹, M. Rodríguez-Fernández¹, J. Macías¹, L. Morano², R. Granados³, F. Téllez⁴, Á. Camacho⁵, D. Merino⁶, R. Palacios⁷, J. Cucurull-Canosa⁸, M. Paniagua-García⁹, F.J. Vera-Méndez¹⁰, L. García-Fraile¹¹, C. Galera¹², M. García Deltoro¹³, A. Collado¹⁴ y J.A. Pineda¹

¹Hospital Universitario de Valme, Sevilla; ²Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro. Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur, Vigo;

³Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria;

⁴Hospital Universitario de Puerto Real, Puerto Real;

⁵Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba; ⁶Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva;

⁷Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga;

⁸Hospital de Figueres-Fundació Salut Empordà, Figueres; ⁹Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla;

¹⁰Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena; ¹¹Hospital Universitario de La Princesa, Madrid;

¹²Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia;

¹³Consortio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia;

¹⁴Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

Introducción y objetivos: Desde la implantación del Plan Estratégico para el Abordaje de la Hepatitis C en el SNS (PEACH), disponemos de antivirales de acción directa (AAD) con perfiles de eficacia y seguridad que han mejorado progresivamente desde 2015 hasta la actualidad. Además, el espectro de pacientes con criterios de tratamiento contemplados por el PEACH se ha ido ampliando hasta abarcar a la totalidad de los infectados por VHC. Con combinaciones de AAD más eficaces y pacientes potencialmente más fáciles de tratar, las tasas de RVS deberían haber aumentado progresivamente. Por ello, analizamos los cambios en las tasas de RVS y en el perfil de paciente en las cohortes HEPVIR-DAA y GEHEP-MONO desde 2015 a 2018.

Métodos: La cohorte HEPVIR-DAA, que recluta pacientes coinfectados por VIH/VHC, y la cohorte GEHEP-MONO, que incluye individuos mono infectados por VHC, son cohortes prospectivas multicéntricas abiertas que incluyen pacientes que inician tratamiento frente a la infección por VHC. Se analizaron las tasas globales de RVS12 por intención de tratar (ITT) anuales.

Resultados: 4.555 pacientes tratados con AAD han alcanzado la fecha de evaluación de RVS12. Las tasas de RVS12 por año fueron: 2015

(N = 1.972): 95%; 2016 (N = 1.141): 96%; 2017 (N = 937): 96%; 2018 (N = 505): 95%, (p = 0,918). La frecuencia de recidivas fue: 2015, 2,5%; 2016, 2%; 2017, 1,7%; 2018, 1,6%, (p = 0,085). Abandonaron voluntariamente tratamiento por año: 2015, 1,3%; 2016, 2,1%; 2017, 2,7%; 2018, 4,1%, (p = 0,001). La proporción de pacientes naïve para AAD aumentó desde 55% en 2015 a 81% en 2018 (p < 0,001), mientras que la frecuencia de cirrosis decreció desde 48% en 2015 a 14% en 2018 (p < 0,001). Los pacientes tratados con terapia con agonistas opiáceos aumentaron desde 11% en 2015 a 19% en 2018 (p < 0,001).

Conclusiones: Las tasas de RVS12 alcanzadas anualmente en los años 2015-2018 fueron similares, a pesar de una menor frecuencia de recidivas. Este hecho se debe a una mayor proporción de abandonos, paralelo a la incorporación de más pacientes con terapia con agonistas opiáceos en los últimos años.

PO-02. CAMBIOS EN LA SUPERVIVENCIA DEL CARCINOMA HEPATOCELULAR EN LOS PACIENTES INFECTADOS POR VIH TRAS LA OPTIMIZACIÓN DE SU ABORDAJE: ANÁLISIS DE LA COHORTE GEHEP-002

I. de los Santos Gil¹, M. Rodríguez-Fernández², F. Rodríguez-Arondo³, B. Revollo Barriga⁴, S. Ibarra Ugarte⁵, E. Merino de Lucas⁶, M. Montero Alonso⁷, F. Téllez Pérez⁸, M.J. Galindo Puerto⁹, A. Rivero-Juárez¹⁰, M. García Deltoro¹¹, M. Delgado-Fernández¹², F.J. Vera-Méndez¹³, M.A. García Gonzalo¹⁴, M.J. Ríos-Villegas¹⁵, M. Villalobos Hernández¹⁶, C. Galera Peñaranda¹⁷, M. Raffo Márquez¹⁸, M. Omar Ampa¹⁹, C. Mínguez Gallego²⁰, J.A. Pineda² y N. Merchante Gutiérrez²

¹Hospital Universitario de La Princesa, Madrid; ²Hospital Universitario de Valme, Sevilla; ³Hospital Donostia, San Sebastián; ⁴Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona; ⁵Hospital de Basurto-Osakidetza, Bilbao; ⁶Hospital General Universitario de Alicante, Alicante; ⁷Hospital Universitario La Fe, Valencia; ⁸Hospital Universitario Puerto Real, Cádiz; ⁹Hospital Clínico de Valencia, Valencia; ¹⁰Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba; ¹¹Consortio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia; ¹²Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga; ¹³Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena; ¹⁴Hospital Universitario de Galdakao, Galdakao; ¹⁵Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla; ¹⁶Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga; ¹⁷Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia; ¹⁸Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva; ¹⁹Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén; ²⁰Hospital General Universitario de Castellón, Castellón.

Introducción y objetivos: El carcinoma hepatocelular (CHC) se ha erigido como causa importante de morbimortalidad en los pacientes infectados por VIH en los últimos 20 años. En estudios previos, la supervivencia tras el diagnóstico de CHC en los pacientes VIH ha sido extremadamente baja, principalmente como consecuencia del diagnóstico tardío y una baja tasa de tratamiento. Esta situación podría estar cambiando en los últimos años. **Objetivo:** analizar los cambios en el manejo del CHC en pacientes infectados por VIH.

Métodos: Estudio multicéntrico de cohortes (1999-2019). Se incluyeron los casos de CHC diagnosticados en pacientes VIH de la cohorte GEHEP-002. Para el análisis se dividió la cohorte en dos periodos de tiempo en función del año de diagnóstico del CHC (1999-2009 frente a 2010-2019) y se compararon las características de los casos entre ambos periodos, incluyendo la supervivencia tras el diagnóstico de CHC.

Resultados: Se incluyeron 373 pacientes, 120 en el periodo 1999-2009 y 253 en el periodo 2010-2019. En el primer periodo, el diagnóstico de CHC se hizo tras RVS en 12 (10,5%) enfermos frente a 66 (27%) en el segundo periodo ($p < 0,001$). En el segundo periodo hubo una mayor proporción de diagnósticos en cribado (129 [51,2%] frente a 46 [38,3%] pacientes; $p = 0,02$). Del mismo modo, hubo una mayor frecuencia de diagnósticos en estadios precoces (estadio BCLC 0-A) al diagnóstico (95 [37,5%] frente a 25 [21%] pacientes; $p = 0,001$). Sesenta y cuatro (53,3%) pacientes recibieron algún tipo de tratamiento frente al CHC en el periodo 1999-2009, mientras que esto ocurrió en 186 (73,5%) en el periodo 2010-2019 ($p < 0,001$). Asimismo, la proporción de pacientes en los que se aplicaron tratamientos curativos fue mayor en el segundo periodo (109 [43,1%] frente a 28 [23,3%]; $p < 0,001$). La mediana (Q1-Q3) de supervivencia tras el diagnóstico de CHC fue de 6 (2,93-9,07) meses en el periodo 1999-2009 y de 16 (9,9-22,1) meses a partir de 2010 ($p = 0,035$).

Conclusiones: El manejo clínico del CHC en los pacientes VIH ha mejorado en la última década en España. Así, ha aumentado la proporción de diagnósticos en estadios precoces, posiblemente motivado por un mayor número de diagnósticos dentro de programas de cribado, lo que ha llevado a una mayor tasa de tratamientos curativos. Como consecuencia de lo anterior, la supervivencia del CHC en los pacientes VIH ha aumentado considerablemente en los últimos años.

PO-03. CASCADA DE TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C EN UN CENTRO DE ADICCIONES

A. Fuentes López¹, A. de Salazar González¹, F. García García¹, M. Ruiz², M. Ruiz Maldonado², J. Valencia³, J. Troya⁴, G. Cuevas⁴, P. Ryan⁴ y F. García García¹

¹Hospital Universitario de San Cecilio, Granada; ²Servicio Provincial de Drogodependencia, Granada; ³Unidad Móvil de Reducción de Daños del SERMAS, Madrid; ⁴Hospital Infanta Leonor, Madrid.

Introducción y objetivos: Uno de los principales reservorios de la hepatitis C en España son los usuarios de drogas. En estos pacientes los circuitos asistenciales son extremadamente complicados y requieren numerosas visitas. Para conseguir la eliminación de la hepatitis C se necesita acceder a estos pacientes y mejorar los circuitos de diagnóstico. En nuestro trabajo hemos pilotado el uso de Dried Blood Spots (DBS) para realizar un diagnóstico en un solo paso de la hepatitis C y hemos medido las mejoras en el circuito asistencial de estos pacientes.

Métodos: Nuestro estudio piloto se ha llevado a cabo en dos fases. En primer lugar, hemos evaluado la correlación de nuestra metodología en DBS para la detección de anticuerpos anti-VHC (Architect, Abbott) y de carga viral de VHC (Cobas 6800, Roche). En segundo lugar, hemos analizado muestras de pacientes que atienden regularmente el Centro de Atención de Adicciones (CTA) de la zona norte de Granada COIS Norte. Los DBS eran enviados directamente a nuestro laboratorio, y

los resultados se remitían también directamente al médico del CTA. Además del número de nuevos diagnósticos, hemos cuantificado el número de pacientes que no han acudido a través del circuito convencional de atención primaria.

Resultados: Para la fase de validación analizamos DBS de 27 pacientes seropositivos. Encontramos una correlación del 96,3% para la detección de anticuerpos y del 100% para la detección de viremia. En términos cuantitativos, los valores de viremia fueron significativamente inferiores en DBS que en plasma (carga viral: 78.069 frente a 723.103; log carga viral: 4,89 frente a 5,85). En la fase de análisis hemos recogido DBS de 57 pacientes. En todos se ha realizado detección de anti-VHC y de viremia. La prevalencia de anti-VHC ha sido del 23% y la de viremia del 21%. El 48% han acudido a atención primaria para completar el circuito asistencial habitual. Solo 4 pacientes (33,3%) han sido derivados a Atención Especializada, 3 han acudido a la cita y 2 han iniciado tratamiento con Maviret.

Conclusiones: El diagnóstico de infección por virus de la hepatitis C en DBS permite identificar pacientes con infección activa. Aunque cuantitativamente los valores de viremia han sido inferiores en DBS, y la sensibilidad es inferior que para plasma, esta metodología permite diagnosticar pacientes que por sus características no acuden a centros de atención primaria. Se necesitan medidas adicionales para avanzar en la microeliminación.

PO-04. EPIDEMIOLOGÍA ACTUAL DEL VIRUS DE LA HEPATITIS A Y DEL VIRUS DE LA HEPATITIS E EN NUESTRO MEDIO

M. Belda Álvarez, M.D. Ocete Mochón, B. Fuster Escrivá, M. Diago, J.J. Urquijo, M. Torrecillas, R. Madolell, M.C. Bresó, N. Aparisi y C. Gimeno Cardona

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia.

Introducción y objetivos: Actualmente se han producido cambios epidemiológicos en las hepatitis de transmisión fecal-oral como son la hepatitis A y E (VHA y VHE). El VHA asociado a brotes a nivel mundial y el VHE apareciendo como patógeno emergente. Los objetivos del estudio son determinar la epidemiología actual y los cambios epidemiológicos de los últimos años (2010-2018) de las hepatitis por VHA y VHE en Consorcio Hospital General Universitario de Valencia (CHGUV) y su área de influencia.

Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo de las hepatitis A y E diagnosticadas entre 2010-2018 en CHGUV, se recogieron las serologías del VHA y VHE (Ac IgM/IgG) y la viremia en VHE, con determinación de prevalencia (% positivos), mediante el sistema informático de laboratorio (SIL, GestLAB). Las variables estudiadas fueron: año, sexo, edad y procedencia de los pacientes. El análisis de los resultados se realizó mediante SPSS-18.

Resultados: Del VHA se analizaron 22.520 pacientes, 92 IgM positivos (prevalencia 0,41%), inmunizados 53% (IgG positiva). Los pacientes con infección aguda por VHA fueron 64% hombres y 36% mujeres, edad media de 33 años. Se detectaron dos picos de incidencia, 2010 y 2017, epidemiológicamente diferentes. En 2010 con clínica más leve y fue más predominante en mujeres > 40 años, con una edad media de 47 años. En 2017 la clínica fue más grave y fue predominante en hombres con una edad media de 36 años. Del VHE se analizaron 78 pacientes (2017-2019), 7 fueron IgM positivos (prevalencia 9%) e inmunizados un 8% (IgG positiva). Los pacientes con infección aguda por VHE fueron 86% hombres y un 14% mujeres y la edad media fue de 57 años.

Conclusiones: Tasa de pacientes infectados para el VHA fue del 0,41% y la tasa de inmunización del 53%. Se detectaron dos picos de incidencia, en 2010 y 2017, de características epidemiológicas diferentes. Tasa de pacientes infectados por VHE fue del 9% y la tasa de inmunización del 8%. VHE afecta significativamente más a hombres > 50 años. La edad media de los pacientes con hepatitis aguda infectados por

VHA es significativamente inferior que la de los pacientes infectados por VHE. Los cambios epidemiológicos puestos de manifiesto en nuestro estudio justifican actualizar los criterios diagnósticos en ambos tipos de virus, en el VHA por los cambios en los factores de riesgo y en el VHE como patógeno emergente en nuestro medio.

PO-05. FALLOS DEL DIAGNÓSTICO EN UN SOLO PASO: PACIENTES NO DERIVADOS O QUE NO ACUDEN

J. Macías, J. Vargas, P. Rincón, M. Fernández-Fuertes, A. Corma-Gómez, N. Merchante, J. Gómez-Mateos, L.M. Real y J.A. Pineda

Hospital Universitario de Valme, Sevilla.

Introducción y objetivos: El diagnóstico en un solo paso (Dx1P) permite agilizar la identificación de pacientes virémicos en la atención extrahospitalaria. El disponer de la información sobre el ARN-VHC en los pacientes seropositivos frente al VHC, junto con una recomendación de derivación a consultas especializadas, debería promover la evaluación para tratar de los pacientes así identificados. Sin embargo, disponemos de poca información sobre el rendimiento de este modelo en términos de derivaciones y asistencias a consultas. En este sentido, evaluamos las derivaciones y asistencias a consultas especializadas de pacientes con viremia VHC identificados por medio del Dx1P.

Métodos: Estudio retrospectivo desde que se comienza el Dx1P en nuestra Unidad (octubre 2017-mayo 2019). Se analizaron los pacientes identificados por medio del Dx1P, es decir, seropositivos para VHC a los que en la misma muestra se encontraba ARN-VHC detectable. Se determinó si fueron derivados a asistencia especializada y si, una vez hecha la derivación, acudieron a las citas para valoración y tratamiento.

Resultados: Se sometieron a Dx1P 383 pacientes, de los que 71 provenían de unidades distintas de Enfermedades infecciosas o Digestivo. De ellos, no se derivaron 14 (20%). La razón para no derivar en dos casos fue fallecimiento y un cáncer avanzado. Por lo que 12 (17%) sujetos no fueron derivados sin justificación clínica. De los 57 derivados, no acudieron 7 (12%). Globalmente, en 28% (n/N = 19/69) de los pacientes virémicos no se consiguió que llegasen a valoración para tratarse.

Conclusiones: El Dx1P falla en su propósito de facilitar el acceso al tratamiento de los pacientes infectados por VHC en una proporción muy elevada de casos. Son necesarias acciones formativas complementarias sobre Atención Primaria para evitar los fallos de derivación. Los pacientes derivados que no asisten suponen un problema más complejo, que requiere un abordaje alternativo al tratamiento centrado en el hospital.

PO-06. MICROELIMINACIÓN DE LA HEPATITIS C EN EL ÁREA DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL DE ESPECIALIDADES

A. Fuentes López, J.L. García-Fogeda Romero, A. de Salazar González, M.L. Tornero Divieso, F. García García, P. Giner Escobar y F. García García

Hospital Universitario de San Cecilio, Granada.

Introducción: En ausencia de un programa específico de eliminación de la hepatitis C, las iniciativas de microeliminación a nivel local son esenciales. En nuestro trabajo hemos establecido un programa de microeliminación en los pacientes atendidos en el área de Medicina Interna de nuestro hospital

Métodos: Durante el periodo febrero a mayo de 2019 hemos realizado serología de VHC a todos los pacientes que ingresaron en el área de Medicina Interna de nuestro hospital. En los anti-VHC positivos se

realizó diagnóstico en un solo paso, y se derivaron a enfermedades infecciosas/digestivo para evaluación para tratamiento.

Resultados: Hemos analizado los datos de 441 pacientes, el 51,7% hombres, con una mediana de edad de 80 años (IQR 69-87), siendo el 52% hombres. La distribución por rangos de edad fue: 15 pacientes < 40 años; 17 pacientes de 40-49; 28 pacientes entre 50-59; 52 pacientes entre 60-69; 105 pacientes entre 70-79; y 224 con > 80 años. La seroprevalencia de hepatitis C global fue del 2,9%, y por rangos de edades del 5,8% (n = 1) entre 40-49; 50-59, 7,4% (n = 2); 2,9% (n = 3) entre 70-79, y 3,1% en los pacientes con ≥ 80 años. La prevalencia de infección activa fue del 1,8% (n = 13), concentrándose en los rangos de edades de 50-59 (n = 1; 3,6%), 70-79 (n = 2; 1,9%), y sobre todo en los pacientes con ≥ 80 años (n = 5; 2,2%). Por sexo, la seroprevalencia en hombres fue del 2,2% y en mujeres del 3,7%. De los 13 pacientes con antiVHC positivo, 8 eran virémicos y solo 4 fueron nuevos diagnósticos; 4 pacientes no han sido candidatos para tratamiento (por ser pacientes pluripatológicos, con demencia y dependientes para actividades de vida cotidiana), 2 han iniciado tratamiento con Maviret, y los 2 restantes están pendientes de revisión. De los 5 pacientes que aclararon el ARN, en 2 de ellos se había hecho tratamiento previo.

Conclusiones: El acceso al hospital es una buena oportunidad para el diagnóstico de la infección activa por VHC. Las estrategias de cribado deberían considerar el ingreso de pacientes en los hospitales para conseguir la microeliminación. En nuestra serie, la infección por VHC es muy prevalente en población con más de 80 años.

PO-07. MICROELIMINACIÓN DE LA HEPATITIS C: ESTRATEGIA DE CITACIÓN DIRECTA DE LOS NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

A. Fuentes López, F. García García, E. Ruiz Escolano, F.L. Sousa y F. García García

Hospital Universitario de San Cecilio, Granada.

Introducción: Aunque en atención primaria el número de pacientes que quedan por diagnosticar sea cada vez menor, para conseguir la microeliminación de la hepatitis C hacen falta estrategias innovadoras y de adaptación local. En nuestro estudio hemos iniciado una estrategia de comunicación de resultados y de citación directa de los pacientes desde atención hospitalizada.

Métodos: Estudio piloto, prospectivo, en el que los pacientes diagnosticados de infección activa de hepatitis C mediante diagnóstico en un solo paso en el Servicio de Microbiología en el periodo enero-junio de 2019, son citados directamente desde atención hospitalizada para valoración de tratamiento. Se analiza la tasa de derivación, el tiempo desde el diagnóstico hasta la primera visita, el nº de pacientes que han iniciado tratamiento, y el tiempo hasta el inicio de tratamiento.

Resultados: En el periodo de estudio se han diagnosticado en nuestro centro, 29 nuevos diagnósticos de infección activa por VHC remitidos desde atención primaria. La mediana de edad de los pacientes fue de 54 años [49-75 años], el 69% eran hombres, las medianas de CV o Ag core fueron de 1.290.000 UI/ml [1.152.96-5.510.000] y 3.220,5 [1.386,3-5.400,61] respectivamente, la distribución por genotipos fue 24,1% 1a, 37,9% 1b, 10,3% 2, y 13,8% 3a sin resistencias asociadas a NS3 o NS5a; la mediana del grado de fibrosis fue de 8,1 kpa. El 86,4% (19/22) de los pacientes citados a fecha de Junio acudieron. De estos, se valoró iniciar tratamiento en 15/22 (68,2%); en 2 pacientes se decidió no tratar por tratarse de personas mayores pluripatológicas y dependientes para la realización de actividades de la vida cotidiana, uno está en espera de realización de Fibroscan, y otro está en espera de que abandone el consumo de alcohol. El tiempo desde el diagnóstico hasta la primera visita fue de 13 días, [7,5-19 días], al igual que el tiempo hasta el inicio de tratamiento. Los pacientes han iniciado tratamiento con sofosbuvir/velpatasvir 12 semanas (n = 6), o glecaprevir/pibrentasvir 8/12 semanas (n = 9).

Conclusiones: En nuestro estudio piloto, la estrategia de citación de los pacientes directamente desde Atención Hospitalaria ha resultado en una elevada tasa de inicio de tratamiento, con una importante reducción del tiempo desde el diagnóstico hasta el inicio de tratamiento.

PO-08. MORTALIDAD Y OPORTUNIDADES PERDIDAS DE ATENCIÓN SANITARIA EN PACIENTES CON HEPATITIS C Y DIAGNÓSTICO SUBÓPTIMO

A. Hernández Bustabad, M. Hernández-Guerra, O. Crespo, D. Morales Arrez, C. Reygosa Castro, E. Quintero Carrión y F. Díaz Flores

Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna.

Introducción: Los pacientes con infección por el virus de la hepatitis C (VHC) y con diagnóstico subóptimo (anticuerpos anti-VHC sin viremia conocida) tienen mayor riesgo de progresión de la fibrosis y presentación tardía de la enfermedad. Sin embargo, existen pocos datos sobre mortalidad y oportunidades perdidas de atención sanitaria en esta población, siendo relevante para identificar y planificar estrategias adecuadas de rescate.

Métodos: Se identificaron pacientes con anticuerpos anti-VHC positivo y/o test de viremia (RNA) realizado durante los años 2005-07 y 2011-12 en nuestro laboratorio de referencia para un área de 400.000 habitantes. Se clasificaron en cuatro grupos según el test de RNA y su resultado hasta finalizar el seguimiento (fallecimiento o última visita). Se excluyeron aquellos casos duplicados o sin confirmación positiva de anticuerpos. Se recopilaron variables clínicas para evaluar la mortalidad, causa, fecha, tipo de asistencia sanitaria y área de influencia sanitaria.

Resultados: Se identificaron 1.365 pacientes, siendo incluidos 1.263 (71,4% varones, media $43 \pm 14,5$ años). Tras una mediana de seguimiento de 5,9 años (0-14,2) los pacientes se clasificaron en "RNA indetectable al inicio" (n = 319; 25,3%), "RNA indetectable durante el seguimiento" (n = 195; 15,4%), "RNA detectable" (n = 225; 17,8%) y "anticuerpos anti-VHC positivo sin RNA" (n = 524; 41,5%). En total, 293 (23,2%) pacientes fallecieron (10,7%; 9,2%; 29,4% y 38,7% en cada grupo, respectivamente (log rank, p < 0,001). Las complicaciones de la cirrosis fueron la principal causa de muerte (31,8%), representando el 11,4%, 9,1%, 34,1% y 45,5% en cada grupo. Entre aquellos pacientes vivos (n = 501) susceptibles de ser rescatados por nuestro sistema sanitario, actualmente el 49,5% permanece en la misma área sanitaria. Estos pacientes usaron los servicios sanitarios en los últimos 6 (27,9%), 12 (42,1%) y 36 meses (56,3%) para citas médicas y/o análisis de sangre. La cohorte 2011-12 frente a la cohorte 2005-07 mostró una mortalidad más baja (14,5 frente a 29,7%), tasa similar de positividad de anticuerpos anti-VHC sin RNA conocido (39,0 frente a 43,3%) y mayor porcentaje de pacientes en la misma área sanitaria (66,5 frente a 36,4%).

Conclusiones: Nuestros resultados muestran una mayor tasa de mortalidad entre los pacientes con infección activa por VHC con diagnóstico subóptimo, siendo las complicaciones de la cirrosis la principal causa de muerte. Los pacientes vivos son susceptibles de ser rescatados y vinculados nuevamente a la asistencia sanitaria, sin embargo, se necesitan planes regionales de colaboración bien diseñados para conseguir una microeliminación eficiente entre los pacientes previamente diagnosticados y perdidos en el seguimiento.

PO-09. OBJETIVO OMS 2030 EN KINSHASA (R.D. DEL CONGO): DIAGNÓSTICO DE LA HEPATITIS C A PARTIR DE SANGRE SECA MEDIANTE DIFERENTES INMUNOENSAYOS

D. Barquín¹, T. Carrasco¹, A. Ndarabu², M. Fernández-Alonso¹, M. Rubio³, S. Carlos⁴, Á. Holguín³ y G. Reina¹

¹Clínica Universidad de Navarra, Pamplona; ²Centro Hospitalario Monkole, Kinshasa; ³Hospital Ramón y Cajal, Madrid; ⁴Universidad de Navarra, Pamplona.

Introducción y objetivos: La OMS ha propuesto desarrollar estrategias para la eliminación de la hepatitis C (VHC) en 2030. Globalmente, 71 millones de personas tienen infección activa, pero en África Subsahariana (ASS) únicamente el 6% de los pacientes están diagnosticados. Recientemente se han detectado variantes en ASS cuya detección serológica puede ser compleja. En este contexto, la recogida y transporte de muestras de sangre seca (*Dried Blood Spots*, DBS) permite enviar fácilmente muestras a laboratorios externos. El objetivo de este estudio es comparar la capacidad de tres métodos de detección de anticuerpos frente a VHC a partir de sangre seca en una cohorte de pacientes adultos en Kinshasa (R.D. Congo).

Métodos: Entre 2016 y 2018 se recogieron muestras en DBS de 364 pacientes atendidos en los Hospitales Monkole y Kalembelembe (Kinshasa, RDC) e integrados en la cohorte OKAPI (*Observational Kinshasa AIDS Prevention Initiative*). Éstas fueron congeladas y enviadas en hielo seco a nuestro centro. A partir de la sangre seca eluida se analizó, en paralelo sobre 94 muestras, la presencia de anticuerpos VHC mediante los sistemas VIDAS Anti-HCV (bioMérieux) y Anti-HCV II COBAS e411 (Roche). Además, se realizó el test INNO-LIA HCV Score (Fujirebio) y detección molecular sobre 21 y 37 muestras, respectivamente, para resolver resultados discrepantes y/o detectar viremia. Se calculó sensibilidad, especificidad y valores predictivos para cada técnica, teniendo en cuenta la prevalencia de VHC previa descrita en Kinshasa (5,8%).

Resultados: La población estudiada tenía una edad de 43 ± 13 años, 56% eran mujeres y 69% presentaban infección por VIH. Un 10,6% de los pacientes estudiados tenían anticuerpos frente a VHC (7,7% viremia detectable). Los resultados obtenidos con los tres métodos evaluados se muestran en la tabla. Los pacientes estudiados presentaban exclusivamente infección por genotipo 1b.

Resultados obtenidos con tres técnicas serológicas para diagnóstico de hepatitis C a partir de sangre seca (n = 94)

	VIDAS Anti-HCV (bioMérieux)	Anti-HCV II (Roche)	INNO-LIA HCV (Fujirebio)
VHC negativo	81	81	13
VHC positivo	13	13	8
Sensibilidad	70,0%	77,8%	88,9%
Especificidad	92,9%	100%	100%
Valor predictivo positivo	37,6%	100%	100%
Valor predictivo negativo	98,0%	98,7%	99,3%

Conclusiones: Las técnicas Anti-HCV II (Roche) e INNO-LIA HCV (Fujirebio) presentan un alto valor predictivo positivo cuando se trabaja con muestras de sangre seca recogidas en una población con una prevalencia alta de hepatitis C. Emplear las herramientas diagnósticas adecuadas es necesario para detectar correctamente la infección e implementar estrategias preventivas y terapéuticas adecuadas en la zona.

PO-10. VHA Y VHB EN EL PACIENTE VIH: ¿LOS ESTAMOS PROTEGIENDO ADECUADAMENTE?

S. Castro González, I. de los Santos Gil y J. Sanz Sanz

Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

Introducción: Se recomienda la profilaxis universal del VHA y VHB en todo paciente VIH positivo independiente del estadio de la enfermedad. **Objetivos:** Evaluar si se está cumpliendo correctamente el protocolo de profilaxis en todos aquellos VIH positivos que presenten una serología negativa para el VHA y VHB.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, descriptivo y unicéntrico. Incluimos un total de 412 pacientes con diagnóstico de VIH

procedente de las Consultas Externas de Enfermedades Infecciosas del Hospital de la Princesa desde el 2015 hasta la actualidad. Se analizó la serología inicial para ambos virus, la administración de la vacuna en aquellos con serologías negativa y si existe seroconversión posterior en el caso del VHB.

Resultados: En nuestro estudio un 68,02% de los pacientes presentaban inmunoprotección para el VHA, se indica la vacunación en el 88,05% de aquellos con *screening* negativo, el 87,03% cumple la pauta de vacunación completa y el 71,4% presentan un *screening* positivo de control. A un 4% de los pacientes no se les hizo *screening* de VHA al diagnóstico de la infección por VIH. En cuanto al VHB el 38,8% presentaban un AchBs basal negativo, se indicó la vacunación al 77,45%; al 13,55% no se les indica la vacunación estando indicado. En el 55,9% se utiliza la pauta estándar de vacunación, el 85,09% completa la pauta de vacunación y el 57,4% presentan una seroconversión positiva. Se indica una segunda vacunación en el 62,09%, por tanto quedan sin indicación de revacunación el 37,91% de los pacientes.

Conclusiones: Todavía queda un 4% de pacientes en los que no se hace *screening* de VHA al diagnóstico y un 13,55% de pacientes en los que estaría indicada la vacunación frente VHB y esta sin inmunoprotección frente al VHB a los que no se les indica la vacunación. La tasa de seroconversión para VHA es media/alta, para el VHB media/baja a pesar de una segunda vacunación.

Pósteres discutidos II

Sábado 28 de septiembre, 09:00 h

PO-11. DIFERENCIAS EN LA EFICACIA ANTIVIRAL DE REGÍMENES AAD DE PRIMERA Y SEGUNDA GENERACIÓN EN LAS POBLACIONES CON MONOINFECCIÓN VHC Y COINFECCIÓN VIH-VHC (PERIODO 2015-2019)

F.J. Vera Méndez, A. García Pérez, J. Trujillo Santos, M.H. García Lagunar, R. Rojano Torres, I. Muñoz García, M.J. del Amor Espín, L. Martínez Fernández, O. Martínez Madrid, N. Cobos Trigueros, B. Alcaraz Vidal, A. Jimeno Almazán, M. Alcalde y J. García García

Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena.

Introducción: En vida real se han documentado eficacias similares a los de estudios pivotaes con AAD de primera y segunda generación. En nuestro estudio se pretende analizar la existencia de diferencias en el grado de eficacia de los AAD en función de dos periodos de estudio, en los que se concentran diferentes esquemas o regímenes de AAD de 1ª o 2ª generación de forma secuencial.

Objetivos: Analizar el uso de diferentes regímenes de AAD de 1ª o 2ª generación en las poblaciones con mono infección VHC (MONO) y con coinfección VIH-VHC (COINF), así como el grado de eficacia (RVS12) en dos periodos de estudio.

Métodos: Estudio descriptivo ambispectivo en el que se analizaron en la Unidad de Enfermedades Infecciosas del Hospital Universitario Santa Lucía los regímenes de AAD preferenciales utilizados en los sujetos MONO y COINF, y su grado de eficacia (RVS12) según análisis por ITT (PS y PA = F) y por tratamiento (PT) observado durante el periodo A (1 abril 2015-30 mayo 2017) y periodo B (1 junio 2017-30 mayo 2019).

Resultados: Durante el periodo del estudio recibieron tratamiento con AAD 221 pacientes, 91 MONO (41%) y 130 COINF (59%). En el periodo A los regímenes AAD más utilizados fueron: SOF-LDV (N = 71; 45,2%), SOF-DCV (N = 34; 21,7%), 3D (N = 22; 14%), 2D (N = 11; 7%), GZP-EBV (N = 9; 5,7%), SOF-SMP (N = 8; 5,1%), SOF-RBV (N = 1; 0,6%) y SOF-VEL (N = 1; 0,6%). En el periodo B fueron: SOF-VEL (N = 34; 53%), GRZ-EBV (N = 16; 25%), G-P (N = 12; 18,8%), SOF-LDV (N = 2; 3,1%). En el análisis de eficacia (RVS12) por ITT en el periodo 1 abril 2015-30

mayo 2019, 183/191 (91%) sujetos MONO y COINF lograron RVS12. En análisis PT, 183/191 (96%) alcanzaron RVS12. El grado de eficacia según análisis PT y por periodos fue: 144/155 (95% RVS12) en periodo A y 39/39 (100% RVS12) en periodo B.

Conclusiones: Los regímenes de AAD de 2ª generación han sustituido paulatinamente en nuestra cohorte los AAD de 1ª generación en último periodo de estudio, destacando el uso preferente del régimen SOF-VEL. La mayor eficacia de los regímenes de 2ª generación (100% PT) corrobora la descrita en los estudios pivotaes y de vida real y justifica su uso preferente frente a los regímenes AAD de 1ª generación.

PO-12. ELEVADA PREVALENCIA DE LÚES LATENTE ENTRE PACIENTES CON INFECCIÓN CRÓNICA POR VIRUS C (VHC)

E. Sáez, M. Serrano, K. Mohamed, A. Alauí, J.M. Robaína y R. Granados

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción y objetivos: La sífilis y la infección crónica por VHC comparten vías comunes de transmisión y constituyen problemas de salud pública mundial, no solo por sus consecuencias clínicas a corto plazo y su carácter de enfermedades transmisibles, sino por la facilidad para pasar desapercibidas durante años con consecuencias potencialmente letales a largo plazo. La OMS estima la prevalencia global de lúes latente en población general en 0,48%, siendo ésta en Canarias según un estudio reciente del 1,55%. Sin embargo, la prevalencia de lúes latente entre personas con infección crónica por VHC se desconoce. Nuestro objetivo principal fue conocer esta prevalencia en nuestra cohorte de pacientes

Métodos: Diseño: estudio ambispectivo, en el Hospital Dr. Negrín de Las Palmas entre marzo/15-diciembre/18. Criterios de inclusión: 1) tener infección crónica por VHC con criterios de tratamiento, 2) Disponer de serología de lúes pre-tratamiento y datos de diagnóstico/tratamiento previo en su historia clínica y 3) Aceptar participar. Diagnóstico de lúes: para el diagnóstico de lúes se siguió la estrategia de diagnóstico reverso y se consideró como lúes latente la presencia de un test treponémico positivo en ausencia de tratamiento previo y como lúes tratada cuando había recibido tratamiento. El resto fueron considerados negativos. Para determinar la importancia de la prevalencia hallada en nuestra cohorte se contrastó ésta con las estimadas en la población general global mundial y canaria en particular. Estadística: el análisis se realizó con SPSSV20.0.

Resultados: Durante el periodo analizado se evaluaron para su inclusión 547 pacientes de los cuales fueron incluidos 420. Los otros 127 fueron excluidos, 2 por no prestar su consentimiento y el resto por no cumplir los criterios de inclusión. De los 420 pacientes analizados, 390 resultaron negativos y 30 positivos. De éstos 30 con serología positiva, 10 habían sido ya tratados y 20 presentaron una lúes latente, lo que representa una prevalencia del 4,76%. La prevalencia de lúes latente fue significativamente más frecuente en mujeres que en varones (7,35% frente a 3,52%, $p < 0,05$) y en infectados por VIH respecto de los negativos (13,7% frente a 4%, $p < 0,05$).

Conclusiones: 1) La prevalencia de lúes latente en nuestra cohorte fue del 4,76% (10 veces mayor que la global estimada por la OMS y 3 veces mayor que la estimada en población general en Canarias). 2) Estos datos justifican el *screening* sistemático de lúes latente entre los pacientes con infección crónica por VHC.

PO-13. EVALUACIÓN DE 2 INMUNOENSAYOS PARA EL DIAGNÓSTICO SEROLÓGICO DE LA HEPATITIS E

M. Rodríguez-Mateos, P. Martínez de Aguirre, A. Pérez-García, M. Fernández-Alonso, M. Íñigo y G. Reina

Clínica Universidad de Navarra, Pamplona.

Introducción y objetivos: El virus de la hepatitis E (VHE) puede producir antroponosis de transmisión fecal-oral (VHE1/VHE2) o zoonosis tras consumir carne/vísceras (VHE3/VHE4). Los síntomas, similares a otras hepatitis virales, suelen presentarse 15-60 días tras la primoinfección. La detección de anticuerpos específicos permite un diagnóstico indirecto de infección aguda (IgM) o exposición previa (IgG). Recientemente se han desarrollado diferentes métodos que facilitarán el diagnóstico clínico. **Objetivo:** evaluar dos inmunoensayos de detección de anticuerpos anti-VHE en sangre de pacientes adultos de Navarra y Madrid.

Métodos: Estudio retrospectivo de 26 muestras de suero/plasma recogidas entre julio'18 y junio'19 a pacientes con sospecha de hepatitis aguda o mononucleosis, principalmente. Las muestras fueron congeladas y, posteriormente, analizadas mediante VIDAS Anti-HEV IgG/VIDAS Anti-HEV IgM (bioMérieux) y VIRCLIA Hepatitis E IgG Monotest/VIRCLIA Hepatitis E IgM Monotest (Vircell). Además, se recogieron datos serológicos y bioquímicos de los pacientes.

Resultados: El 58% de los pacientes eran hombres con edad de 44 ± 16 años, incluyendo 4 pacientes trasplantados hepáticos y 2 casos VIH (+). La mediana (RIC) de los parámetros bioquímicos (U/L) fue: GOT 108 (21-288), GPT 121 (30-434), GGTP 85 (25-305) y fosfatasa alcalina 128 (84-269). Se detectaron 6 muestras anti-VHE-IgG positivas (23%) y ninguna infección aguda. Las tablas recogen los principales resultados. Valores de 0,05-0,32 U/mL de IgG anti-VHE VIDAS fueron interpretados como positivos al estudiarlos con el método Virclia. No se observó reactividad cruzada en ninguno de los dos métodos con marcadores de infección aguda o pasada de hepatitis A, B, C, VIH, CMV o VEB.

Tabla 1. Resultados de lectura de casos positivos y negativos de los sistemas evaluados (n = 26)

	Casos positivos (mediana)	Casos negativos (mediana)
Hepatitis E Virclia IgG (Index). Cut-off: 1,1	2,503	0,284
Hepatitis E Virclia IgM (Index). Cut-off: 0,5	-	0,039
VIDAS Anti-HEV IgG (U/mL). Cut-off: 0,56 U/mL	1,47	< 0,10
VIDAS Anti-HEV IgM (VT). Cut-off: 1,00	-	0,050

Tabla 2. Resultados comparativos de las dos técnicas serológicas para detección de IgG anti-VHE (n = 26)

	Hepatitis E Virclia IgG (Vircell)		
	Positivo	Negativo	Total
VIDAS Anti-HEV IgG (bioMérieux)	Positivo	3	0
	Negativo	3	20
	Total	6	20

Conclusiones: Las técnicas VIDAS Anti-HEV IgG y VIRCLIA Hepatitis E IgG presentan una sensibilidad analítica similar, aunque se detectan diferencias en la interpretación de los resultados siguiendo las recomendaciones de cada fabricante. Es necesario definir el valor clínico de los resultados positivos con bajo nivel de lectura en estos sistemas para interpretar correctamente los resultados diagnósticos y epidemiológicos.

PO-14. EVOLUCIÓN CLÍNICA DE LOS PACIENTES CIRRÓTICOS CON MONOINFECCIÓN VHC Y COINFECCIÓN VIH-VHC QUE RECIBIERON TRATAMIENTO CON AAD EN CARTAGENA. PERIODO 2015-2019

F.J. Vera Méndez, A. García Pérez, L. Martínez Fernández, J. Trujillo Santos, M.H. García Lagunar, I. Muñoz García, M.J. del Amor Espín, B. Alcaraz Vidal, N. Cobos Trigueros, A. Jimeno Almazán, O. Martínez Madrid y J. García García

Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena.

Introducción: Los pacientes cirróticos, especialmente en fases avanzadas, se consideran una población especial por su menor tasa de RVS, mayor toxicidad a regímenes AAD y posibles complicaciones clínicas hepáticas y no hepáticas en el seguimiento.

Objetivos: Analizar el tipo de régimen AAD utilizado en pacientes cirróticos con mono infección VHC (MONO) y coinfección VIH-VHC (COINF), el grado de eficacia antiviral (RVS12) a un primer régimen AAD, y las complicaciones clínicas en el seguimiento.

Métodos: Cohortes ambispectiva en el que se analizan las variables: estadio Child-Pugh, proporción MONO y COINF con F4, régimen AAD utilizado en periodo A (1 abril 2015-30 mayo 2017) y periodo B (1 junio 2017-30 mayo 2019), análisis de eficacia antiviral (RVS12) según análisis por intención de tratar (ITT) y por tratamiento (PT), complicaciones hepáticas y causas de fallecimiento.

Resultados: Durante el periodo 1 abril 2015-30 mayo 2019 fueron evaluados 221 pacientes MONO y COINF, de los cuales, 51 (23%) tenían fibrosis F4. 49/51 (96%) presentaban estadio C-P A5, 2/51 (3,9%) A6 y 1/51 (1,9%) B9. 23/91 (25%) de los pacientes MONO y 28/130 (21%) de pacientes COINF tenían F4 ($p = 0,52$). En ambos grupos los regímenes empleados en el periodo A fueron: SOF-LDV (N = 17; 42,5%), SOF-DCV (N = 10; 25%), 3D (N = 7; 17,5%), SOF-SMP (N = 4; 10%), 2D (N = 1; 2,5%), GZP-EBV (N = 1; 2,5%). En el periodo B, los regímenes preferentes fueron: SOF-VEL (N = 8; 72,7%), GZP-EBV (N = 2; 18,2%), G-P (N = 1; 9,1%). La eficacia antiviral (RVS12) en ambos grupos por ITT fue 40/47 (85,1%) siendo en MONO 18/21 (86%) y en COINF 22/26 (85%), $p = 0,92$. En el análisis de eficacia PT, 40/45 (89%) tuvieron RVS12, siendo en MONO 18/20 (90%) y en COINF 22/25 (88%). Las complicaciones hepáticas analizadas (PT) en el seguimiento fueron: descompensación hídrica 3/45 (6,7%), CHC 3/45 (6,7%) y HDA por varices esofágicas 1/45 (2,2%). En sujetos que desarrollaron CHC, la fibrosis hepática pretratamiento AAD fue $16 \pm 0,9$ Kpa y la fibrosis hepática al diagnóstico del CHC y post-TTO con AAD $8,3$ Kpa $\pm 0,5$ Kpa. El fallecimiento se objetivó en 4/45 (8,8%) sujetos por: CHC (N = 1), insuficiencia hepática grave (N = 1), sepsis foco abdominal (N = 1) y causa desconocida (N = 1).

Conclusiones: La cirrosis hepática fue similar en ambas poblaciones y explicó una menor tasa de RVS12 a un primer régimen AAD (ITT y PT). Los regímenes AAD más utilizados fueron SOF-LDV (periodo A) y SOF-VEL (periodo B). Entre las complicaciones hepáticas y causas de muerte destacaron la descompensación hepática y el CHC.

PO-15. EXPERIENCIA DE TRATAMIENTO CON SOFOSBUVIR/VELPATASVIR/VOXILAPREVIR EN PACIENTES CON FRACASO VIROLÓGICO EN LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA HEPATITIS C

J. Pitarch Fabregat, Y. Cabanes Hernández, F. Alonso Ecenarro, Á. García Campos, C. de Andrés David, M. García Rodríguez, E. Ballester Belda, J. Gutiérrez Salcedo, P. Rubio Cuevas, N. Gómez Muñoz, M. Diago Madrid, E. Ortega González y M. García Deltoro

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia.

Introducción y objetivos: El tratamiento con sofosbuvir/velpatasvir/voxilaprevir (SOF/VEL/VOX) durante 12 semanas en pacientes con fracaso virológico a antivirales de acción directa (AAD) ha demostrado, tanto en estudios pivotaes como en vida real, tasas de respuesta en torno al 95%, prácticamente por igual en todos los genotipos y con ausencia de efectos secundarios apreciables. La mayoría de los fracasos previos a AAD se debe a mutaciones de NS3 y NS5A, no afectando estas de manera significativa a la tasa de respuesta posterior a SOF/VEL/VOX. El objetivo del estudio fue analizar la respuesta al retratamiento con SOF/VEL/VOX en pacientes con fracaso virológico previo, así como las causas de éste, en la práctica clínica.

Métodos: Se analizaron las características, tanto demográficas como respecto a la infección por VHC, de los pacientes de un hospital terciario que habían presentado fracaso virológico a tratamiento previo y que requerían tratamiento con SOF/VEL/VOX.

Resultados: Se incluyeron un total de 8 pacientes tratados con SOF/VEL/VOX. En cuanto a las características generales, la mayoría eran varones (75%), con una media de edad de $61,25 \pm 4,68$ años. No había casos de coinfección VIH. Había 2 pacientes F2, 1 paciente F3 y 5 con F4, habiendo presentado uno hepatocarcinoma tratado con cirugía (segmentectomía). Cinco pacientes (62,5%) tenían genotipo 3, de los cuales uno había recibido tratamiento previo con SOF/VEL, tres con SOF/DACLA y uno con GLE/PIB. Los 3 pacientes restantes presentaban genotipo 1b y dos de ellos recibieron tratamiento previo con SOFO/LEDI y el otro con SOFO/SIME. Todos los pacientes recibieron tratamiento durante 12 semanas con SOF/VEL/VOX, excepto un paciente con esquema de 24 semanas, precisamente este es el único que continúa con tratamiento activo con respuesta en tratamiento y el resto presentan respuesta viral sostenida a las 12 semanas (RVS12). El estudio de resistencias encontró mutaciones relevantes en 6 pacientes (75%). Se identificó la mutación en NS5A (93H) en cuatro casos. En dos pacientes había mutaciones que afectaban a NS3 (156T) y NS5A (30K y 93H).

Conclusiones: El retratamiento con SOF/VEL/VOX es una opción eficaz de tratamiento en pacientes que hayan presentado fracaso virológico a AAD, independientemente de la presencia de mutaciones en NS3 y/o NS5A.

PO-16. FACTORES ASOCIADOS CON LA RESPUESTA A LOS AAD DE ÚLTIMA GENERACIÓN EN PACIENTES COINFECTADOS POR VIH/VHC

J. Macías¹, F. Téllez², R. Granados³, D. Merino⁴, J. Cucurull-Canosa¹, A. Camacho⁵, S. Castro⁶, A. Bautista⁷, Z. Palacios⁸, O. Martínez⁹, M. García Deltoro¹⁰, A. Pérez-Salvador¹¹, M. Villalobos¹², A. Collado¹³ y J.A. Pineda¹

¹Hospital Universitario de Valme, Sevilla; ²Hospital Universitario Puerto Real, Cádiz; ³Hospital Universitario Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria; ⁴Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva; ⁵Hospital Reina Sofía, Córdoba; ⁶Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro. Instituto de Investigación Sanitaria Galicia, Vigo; ⁷Hospital Universitario La Princesa, Madrid; ⁸Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla; ⁹Hospital Universitario Santa Lucía, Cartagena; ¹⁰Hospital General Universitario de Valencia, Valencia; ¹¹Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia; ¹²Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga; ¹³Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

Introducción y objetivos: Los factores relacionados con la respuesta viral sostenida (RVS) al tratamiento con los AAD más antiguos en pacientes coinfectados por VIH/VHC ha incluido cofactores identificados en los mono infectados por VHC, como la cirrosis, el pretratamiento o la infección por genotipo 3, o factores propios de la infección por VIH, como el recuento de CD4 o el tratamiento anti-retroviral. Disponemos de escasa información acerca de los factores asociados con la RVS a las pautas de AAD más modernas. Por ello, analizamos los factores asociados con la RVS a las combinaciones de AAD disponibles más recientemente en pacientes coinfectados por VIH/VHC.

Métodos: La cohorte HEPVIR-DAA es una cohorte prospectiva multicéntrica y abierta, que incluye pacientes coinfectados por VIH/VHC que inician tratamiento frente a la infección por VHC. Se analizaron los factores asociados con la RVS12 por intención de tratar entre los pacientes coinfectados por VIH/VHC que recibieron GZR/EBR, SOF/VEL o GLE/PIB.

Resultados: 347 coinfectados por VIH/VHC han alcanzado la fecha de evaluación de RVS12. La tasa de RVS12 fue 96,5% [intervalo de confianza 95%: 94-98%]. La proporción de distintos desenlaces del tratamiento fue: Recidivas, 1,4%; suspensiones por efectos adversos: 0%; abandonos voluntarios: 2,6%. La frecuencia de RVS12 según la genotipo fue: 1a, 98,9%; 1b, 93,2%; 1 otros subtipos, 100%; 2, 100%; 3, 95,5%; 4, 95,7% ($p = 0,406$). El 94,4% ($n/N = 51/54$) de los pacientes con cirrosis alcanzaron RVS12 frente al 96,8% ($n/N = 276/285$) de aquellos sin cirrosis ($p = 0,415$). La frecuencia de RVS12 según la pauta de AAD fue: GZR/EBR ($n = 199$), 186 (96,7%); SOF/VEL ($n = 202$), 195 (96,5%); GLE/PIB ($n = 55$), 53 (96,5%) ($p = 0,923$). El antecedente de UDVP, el uso de terapia sustitutiva con opiáceos o el tratamiento previo del VHC no se relacionaron con la RVS12. 83/88 (94,3%) sujetos con $CD4 < 350$ cel/ μ l mostraron RVS12 frente a 221/227 (97,4%) en aquellos con $CD4 \geq 350$ cel (μ l ($p = 0,189$). Ninguna combinación específica de TAR se asoció con RVS12.

Conclusiones: Los pacientes coinfectados por VIH/VHC alcanzan tasas de RVS12 superiores al 95% con los AAD actualmente disponibles. No se identificó ningún factor predictivo de RVS12 en esta situación de elevada respuesta a los AAD. Únicamente los sujetos con CD4 bajos mostraron una tendencia a RVS12 más baja.

PO-17. IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE CEPAS DEL VHE CIRCULANTES EN ANDALUCÍA: ESTUDIO GEHEP-0017

P. López López¹, M. Frías¹, F. Téllez², E. Ramírez de Arellano³, A. Fuentes⁴, P. Rincón⁵, I. Zafra-Soto¹, C. Freyre², M.J. Ríos³, M. Fernández⁵ y A. Rivero-Juárez¹

¹Hospital Universitario Reina Sofía, Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC), Córdoba;

²Hospital Universitario de Puerto Real, Universidad de Cádiz,

Cádiz; ³Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla; ⁴Unidad de Gestión de Microbiología Clínica, Hospital Universitario San Cecilio, Granada; ⁵Unidad Clínica de Enfermedades Infecciosas y Microbiología, Hospital Universitario de Valme, Sevilla.

Introducción y objetivos: El virus de la hepatitis e (VHE) es una de las principales causas de hepatitis aguda en todo el mundo. El objetivo de nuestro estudio fue identificar y clasificar las cepas del VHE que circulan en nuestro medio.

Métodos: Estudio prospectivo en el que se incluyeron muestras de pacientes con hepatitis aguda por VHE diagnosticadas desde febrero 2018 a mayo 2019 en 4 hospitales Andaluces incluidos en la cohorte HepE-Cohort (GEHEP-0017). Todas las muestras fueran testadas por detección de ácidos nucleicos del VHE mediante PCR a tiempo real mediante protocolo estandarizado por nuestro laboratorio. En las muestras positivas se realizó secuenciación de la región ORF2 (420nt) del genoma viral para identificar el genotipo y subtipo. Se realizó el árbol filogenético incluyendo secuencias similares a las identificadas mediante BLAST así como las cepas propuestas como estándar por Smith y colaboradores.

Resultados: De los 21 pacientes incluidos en la cohorte con muestra disponible en el centro coordinador, en 7 pacientes se detectó ARN viral y se pudo realizar secuenciación. Todas las cepas fueron consistentes con genotipo 3 y subtipo f. Mediante análisis filogenético, se identificaron dos cadenas virales con una homología superior al 99%, habiendo sido aisladas en 2 pacientes de provincias diferentes y con una temporalidad entre casos de 4 días. Uno de los casos presentó hepatitis fulminante y el otro paciente hepatitis aguda sin criterios de gravedad. Se presentará estudio epidemiológico de estos dos casos durante el congreso.

Conclusiones: Nuestro estudio identifica y clasifica cepas circulantes en Andalucía. Es necesario el establecimiento de un sistema de vigilancia que evalúe la circulación de estas cepas, así como su posible vía de transmisión.

PO-18. IMPORTANCIA DEL VIRUS DE LA HEPATITIS E (VHE) EN LA EPIDEMIOLOGÍA DE LAS HEPATITIS VIRALES AGUDAS SINTOMÁTICAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

A. Pérez-Rivilla, A.B. Carlavilla Martínez, I. Fradejas, C. Cueto-Felgueroso, J. Origién, C. Martín-Higuera, F. González-López, M.J. Sánchez-García, I. Fernández Vázquez, T. Valdés Lacasa, S. Mesa García, R.M. Cornejo González y C. Terrón Rodas

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Introducción y objetivos: La disminución de la incidencia de las hepatitis causadas por los virus de las hepatitis (VHA, VHB, VHC, VHD, VHE) observada en España y en otros países desarrollados se debe, por un lado, a la aplicación de medidas higiénicas y preventivas de carácter sanitario en el caso del VHA y VHB y, por otro lado, a la generalización del tratamiento de la infección activa con los nuevos antivirales en el caso del VHC. Con respecto al VHE, aunque en otros países europeos, es ya la causa más frecuente de hepatitis vírica aguda, en nuestro país no disponemos de estudios de incidencia de la infección. El objetivo de nuestro estudio fue estimar la incidencia de las hepatitis agudas causadas por los virus de las hepatitis en el área sanitaria atendida por nuestro centro hospitalario.

Métodos: Estudio observacional prospectivo de incidencia, de los casos de hepatitis aguda debida a los virus de la hepatitis A-E diagnosticados en nuestro hospital de febrero 2018 a mayo de 2019. Se incluyeron pacientes mayores de 1 año, atendidos en los Servicios de Urgencias y en los Centros de Atención Primaria adscritos a nuestro centro, que cumplieron los siguientes criterios: aparición de algún síntoma de hepatitis aguda (fatiga, malestar general, dolor abdominal, inapetencia, ictericia, fiebre, náuseas y/o vómitos) y niveles de alanina aminotransferasa (ALT/GPT) \geq 400 UI/L. En estos pacientes se realizó la determinación de los siguientes marcadores: IgM anti-VHA, HBsAg y anti-HBc, anti-VHC y Ag-VHC o RNA-VHC, IgM e IgG anti-VHE. En los casos HBsAg + se realizó anti-VHD y si IgM e IgG anti-VHE+, se determinó RNA-VHE.

Resultados: Se estudiaron un total de 493 muestras de suero pertenecientes a pacientes con episodios de hepatitis aguda. Se detectaron 61 hepatitis víricas agudas: 42 (68,9%) por VHA, 10 (16,4%) por VHE, 6 (9,8%) por VHB y 3 (4,9%) por VHC. El número de casos y las tasas de incidencia (Nº casos/100.000 habitantes/año) se muestran en la tabla.

Virus	Nº casos	Tasa de incidencia (Nº casos/100.000 habitantes/año)
VHA	42	8,4
VHE	10*	2,0
VHB	6**	1,2
VHC	3	0,6
Total	61	12,1

*10/10 se confirmaron con RNA-VHE+; **1/6 fueron probables reactivaciones de hepatitis B crónicas.

Conclusiones: El VHA fue la primera causa de hepatitis vírica aguda, lo cual probablemente es consecuencia del brote que comenzó en 2016. El VHE fue la segunda causa, confirmándose así la importancia de este virus como causa de hepatitis aguda viral.

PO-19. INCIDENCIA DE INFECCIÓN POR VHA, SÍFILIS PRIMARIA Y CHLAMYDIA TRACHOMATIS EN PACIENTES INFECTADOS POR VIH (2008-2017)

M. Fernández-Fuertes¹, A. Salazar², P. Rincón¹, A. Fuentes², A. Corma-Gómez¹, F. García², N. Merchante¹, J. Gómez-Mateos¹, L.M. Real¹, J.A. Pineda¹ y J. Macías¹

¹Hospital Universitario de Valme, Sevilla; ²Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

Introducción y objetivos: Se ha observado un aumento progresivo de la prevalencia anual de casos declarados de ITS en Andalucía. La infección por VHA, por otro lado, sigue brotes epidémicos periódicos. La mayoría de los casos de ITS y de infección por VHA se concentran en hombres que tienen sexo con hombres (HSH) infectados por VIH. Desconocemos si la incidencia de ITS está aumentando en individuos infectados por VIH de nuestra área y, si ello se acompaña de un riesgo mayor de infección por VHA. Por estos motivos, evaluamos la seroincidencia de sífilis, infección por VHA y *C. trachomatis* (CT) durante el periodo 2008-2017 en pacientes infectados por VIH.

Métodos: Estudio retrospectivo de seroincidencia (2008-2017) en el que se incluyeron todos los pacientes infectados por VIH atendidos en nuestra unidad si disponían de suero congelado en la primera y última visitas. Se consideraron casos incidentes aquellos con serología negativa basal y positiva final. En estos casos, se realizaron serologías anuales para identificar el año de seroconversión. Se determinaron las serologías anti-VHA IgG, sífilis (cribado test treponémicos) y CT IgG. Se calculó la incidencia anual como casos con seroconversión/total de susceptibles por año.

Resultados: Se evaluaron 920 sujetos, de los que 227 (24,7) eran HSH, 477 (51,8) heterosexuales y 180 (19,6) UDVP. Las prevalencias basales fueron: Anti-VHA IgG, 654 (71%); sífilis 128 (14%) y CT 358 (39%). De los 266 sujetos susceptibles al VHA, 157 (59%) no fueron vacunados durante el periodo de estudio. Entre ellos, se produjeron 23 (15%) infecciones incidentes por VHA, 14 (61%) de ellos HSH. Se produjeron 37 (4,7%) casos seroincidentes de sífilis y 155 (28%) de CT. Entre los HSH, se observaron 32/150 (21%) casos de sífilis y 58/147 (40%) de CT. Los casos seroincidentes de VHA se acumularon en 2009 [6/89 (6,7%)], 2012 [4/103 (3,9%)] y 2017 [10/108 (9,3%)]. Se produjeron dos picos de seroincidencia de CT: 2012, 49/378 (13%) y 2017, 28/316 (8,6%). La seroincidencia de sífilis se mantuvo en torno a 0,5% desde 2008 a 2014, aumentando posteriormente hasta un 0,9%-1,7%.

Conclusiones: Una proporción alta de pacientes infectados por VIH no fue vacunado frente al VHA durante el periodo de estudio. Entre ellos se producen brotes periódicos de infecciones por VHA que podrían ser paralelos a brotes de infección por CT. La incidencia de sífilis primaria, correspondiente al primer episodio, está aumentando en los últimos años en pacientes infectados por VIH.

PO-20. SUBTIPO 3R DEL VIRUS DE LA HEPATITIS E EN EL JABALÍ: UN RIESGO EMERGENTE ¿DE IMPORTANCIA EN SALUD PÚBLICA?

J. Caballero-Gómez¹, P. López-López¹, S. Jiménez-Ruiz², J. Vicente³, M.Á. Rialde⁴, D. Cano-Terriza², M. Frías¹, J.Á. Barasona⁵, I. Zafra¹, A. Rivero¹, A. Rivero-Juárez¹, J.M. Díaz-Cao², L. Ruiz-Torres¹ e I. García-Bocanegra²

¹Unidad de Enfermedades Infecciosas, Grupo de Virología Clínica y Zoonosis, Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC), Hospital Reina Sofía, Universidad de Córdoba (UCO), Córdoba; ²Departamento de Sanidad Animal, Universidad de Córdoba (UCO), Córdoba; ³Grupo de Sanidad y Biotecnología (SaBio), Instituto de Recursos Cinegéticos (IREC; CSIC-UCLM-JCCCM), Ciudad Real; ⁴Departamento de Anatomía y Anatomía Patológica Comparada, Universidad de Córdoba, Córdoba; ⁵Centro de Vigilancia Sanitaria Veterinaria (VISAVET), Universidad Complutense de Madrid, Madrid.

Introducción: La hepatitis E (HE) es una enfermedad zoonótica emergente que afecta anualmente al menos a 20 millones de personas en el mundo. En países industrializados, el consumo de productos crudos o poco cocinados de suidos y el contacto con animales infectados, son las principales vías de transmisión del virus de la HE (VHE). En este sentido, el jabalí (*Sus scrofa*) es el principal reservorio silvestre del VHE. El objetivo del presente estudio fue evaluar la circulación del VHE en jabalí en el Parque Nacional de Doñana (PND) (suroeste de España).

Métodos: Durante 2015, se tomaron muestras de sangre de 99 jabalíes del Parque. El suero se analizó en paralelo utilizando un ELISA indi-

recto (PrioCHECK™ HEV Antibody ELISA Kit, porcine. Thermo Fisher Scientific, Massachusetts, EEUU) y una RT-PCR en tiempo real. El ARN de cada muestra se extrajo a partir de 200 µl de suero con el kit QIAmp MinElute Virus Spin (QIAGEN, Hilden, Alemania). El análisis filogenético de las muestras positivas a ARN del VHE se llevó a cabo amplificando una región de la ORF-2 empleando una nested RT-PCR.

Resultados: Un total de 57 de los 99 jabalíes analizados (57,6%; IC95%: 47,8-67,3%) presentaron anticuerpos frente al VHE, indicando una

amplia distribución del virus en el Parque. Así mismo, se detectó ARN del VHE en un único animal (1,0%; IC95%: 1,0-3,0%), cuya secuencia pertenece al subtipo emergente 3r.

Conclusiones: En los últimos años, se ha identificado un nuevo subtipo (3r) en casos de hepatitis aguda en pacientes de España y sur de Francia. Nuestros resultados muestran un potencial riesgo de transmisión zoonótica de este nuevo subtipo, lo cual podría tener importantes implicaciones en Salud Pública.



Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Pósteres

V Congreso Nacional del Grupo de Estudio de las Hepatitis Víricas (GEHEP) de la SEIMC

Cáceres, 26-28 de septiembre de 2019

VHC: epidemiología

P-01. ESTUDIO DE LA TASA DE INCIDENCIA DE REINFECCIÓN DE LA POBLACIÓN TRATADA EN EL ÁREA DE INFLUENCIA DEL CONSORCIO HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA (CHGUV)

N. Aparisi, M.D. Ocete, B. Fuster, M. Belda, M. Torrecillas, M.C. Bresó, S. Cortés, M. Diago, M. García Deltoro y C. Gimeno

Consortio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia.

Introducción: Se define reinfección como la detección de una cepa del VHC distinta de la primaria después de la supresión espontánea o inducida por el tratamiento.

Objetivos: Conocer la tasa de incidencia de reinfección de la población tratada en el Departamento del CHGUV (incluyendo el centro penitenciario de Picassent), durante el periodo 2007-2018.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de los pacientes de la base de datos del Servicio de Microbiología con una determinación del RNA-VHC negativa o indetectable y una determinación posterior en el tiempo ≥ 1.000 UI/mL. En los pacientes con sospecha de reinfección se revisó la historia clínica y se recogieron las variables: RNA-VHC, genotipo, edad, género, procedencia, tratamientos, y vía de transmisión.

Resultados: De los 4.421 pacientes con alguna determinación de RNA-VHC positiva, se encontraron 21 con una posible reinfección. En otros 3 no se pudo aclarar si se trataba de una reinfección o una recidiva. En el periodo 2007-2016 fueron 14 pacientes con sospecha de reinfección, de los que 13 habían recibido biterapia estándar con RVS > 2 años, y 1 había curado espontáneamente. En 6 pacientes se observó distinto genotipo. En el 50% la vía de transmisión fue la ADVP; el 78,6% eran coinfectados VHC-VIH; y el 78,6% procedían del centro penitenciario. Todos nacieron en las décadas 60-70; y salvo una mujer todos eran hombres. En 2017-2018 fueron 7 pacientes, 2 habían sido tratados con biterapia estándar, y 5 con AAD sin interferón. Se observó distinto genotipo en 4 pacientes. La ADVP fue la vía de transmisión en 2 pacientes y la vía sexual (HSH) en otros 2; el 71,4% eran coinfectados VHC-VIH; y el 57,1% eran reclusos. Todos nacieron en las décadas 60-70, y todos eran hombres. La tasa de incidencia de reinfección en 2007-2016 fue de 1,3 casos por cada 100 pacientes tratados y año; y en 2017-2018 fue de 0,8-1,1 casos por cada 100 pacientes tratados y año. En las reinfecciones predominaron los genotipos 1a, 3 y 4 en ambos periodos.

Conclusiones: La reinfección después del aclaramiento del VHC sigue siendo una posibilidad. Los resultados del estudio reiteran que en determinados grupos de riesgo (HSH, coinfectados VHC-VIH, usuarios de drogas por vía parenteral y pacientes en régimen penitenciario) se debe recomendar la monitorización periódica del ARN del VHC, tal como se refiere en las guías de tratamiento. Por otro lado, el genotipo resulta de gran utilidad ante una posible reinfección-recidiva.

P-02. EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE MICROELIMINACIÓN EN EL ÁREA SANITARIA DEL HOSPITAL ARNAU DE VILANOVA

J. Flores Cid

Hospital Arnau de Vilanova, Valencia.

Evaluamos un protocolo de microeliminación de la hepatitis C en nuestra área sanitaria basándonos en la búsqueda activa de casos en colaboración con las Unidades de conductas adictivas (UCAS) de la zona y los médicos de atención primaria, para lo cual lo primero que se realizó es una actualización de la hepatitis C acudiendo a los centros de primaria y a las Unidades de conductas adictivas, así mismo en estas reuniones se ofertaba la posibilidad de tratar a los pacientes en su centros de salud o en las UCAS, los médicos de familia o de las UCAS seleccionaban a los pacientes que por diversos motivos no querían ir al Hospital y el equipo se desplazaba allí con un Fibrosan, previamente se le había realizado una extracción en la que mediante un diagnóstico en un solo paso, ya sabíamos el genotipo y la carga viral en el momento de ir al centro, realizándose entonces el Fibrosan y el paciente ya se iba con el tratamiento, posteriormente el seguimiento se hace conjuntamente con el especialista y los médicos de UCA y de familia. Así hemos conseguido aflorar 22 casos en estos 6 primeros meses de inicio del programa, presentamos edad, sexo, vía probable de transmisión, comorbilidades, adicciones, posibles interacciones, analítica basal, genotipos más frecuentes, carga viral, estadio de fibrosis, tipo de tratamiento, cumplimiento y respuesta al tratamiento.

P-03. INCONSISTENCIA ENTRE LAS PERSONAS A QUIENES SE LES OFRECE EL TEST ANTI-HVC Y AQUELLOS QUE SON SEROPREVALENTES EN ATENCIÓN PRIMARIA. CATALUÑA, 2011-2016

J. Reyes-Urueña, N. Vives, A. Celly, S. Moreno y J. Casabona

CEEISCAT, Badalona.

Introducción y objetivos: En la era de medicamentos eficaces y seguros para la hepatitis por el virus C (HVC), generar información estratégica y sólida debe ser indispensable para simplificar la estrategia de “test & treat”. Por tanto, los objetivos de este estudio fueron: 1). Comparar las características epidemiológicas de las personas a las que se les ha ofrecido el test anti-HVC, con respecto a aquellas seroprevalentes en atención primaria (AP) en Cataluña (2011-2016), así como, 2). Identificar la tasa de vinculación de los pacientes que tienen un anti-HVC positivo con hepatología.

Métodos: Analizamos los datos de los registros clínicos de pacientes registrados en 274 centros de AP, que se incorporaron al Sistema de Información para el Desarrollo de la Investigación en AP, que contiene información longitudinal de más de 5,6 millones de personas. Las variables analizadas incluyeron características sociodemográficas, solicitud anti-HVC, resultado y fecha del diagnóstico de infección por HVC (CIE-10). Para calcular denominadores se utilizó la población asignada a las ABS en la mitad del periodo de estudio.

Resultados: La tasa de oferta de test anti-VHC fue de 26,7 por 100.000 personas para todo el período, con un aumento del 14,5% de 2011 a 2016. Las tasas de oferta más altas se observaron entre las mujeres (30 pruebas por 100.000 mujeres), las personas entre 25 y 34 años (52,5 pruebas por 100.000 personas) y entre los migrantes de América Latina (47,6 pruebas por cada 100.000 migrantes) y Asia (47,1 pruebas por cada 100.000 migrantes). Por el contrario, la seroprevalencia fue estable durante todo el período de estudio (0,62), con los valores más altos en hombres (0,7), personas entre 45 y 54 años (1,2) y 57 y 84 años (1,3) y población española. Finalmente, se encontró que solo el 50% de las personas con un resultado anti-HVC positivo tenían un diagnóstico de HVC asociado.

Conclusiones: La oferta de pruebas de HVC en AP no está dirigida a las personas que tienen mayor riesgo de estar infectadas por el virus de la hepatitis C. AC es la puerta de acceso inicial para brindar acceso oportuno al tratamiento contra el HVC, sin embargo, se evidenció que una vez se conoce el resultado positivo para HVC; solo la mitad de los casos son vinculados al hepatólogo.

P-04. PREVALENCIA DE HEPATITIS C EN UNA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

M. Navarro Rodríguez, A. Pérez Salvador, A.P. Herrero Molina, H. Albendín Iglesias, I. Lozano, M. Sánchez de las Matas, F. Toledo, C. Medina, A. Moreno, A. Iborra y C. Galera Peñaranda

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción y objetivos: Los pacientes con patología psiquiátrica, han tenido un menor acceso al tratamiento de la hepatitis C, por un lado por la contraindicación relativa del uso de las terapias previas con interferón, y por otro lado por la dificultad para la adherencia a planes de cuidados en esta población, incluso con tratamientos tan sencillos como los actuales AAD. El objetivo del trabajo es analizar la prevalencia de hepatitis C, en los pacientes que ingresan en un servicio de Psiquiatría de un hospital de tercer nivel.

Métodos: Estudio prospectivo de prevalencia de hepatitis C en los pacientes que ingresan en el servicio de Psiquiatría, en un hospital regional de tercer nivel de 900 camas, desde el 15/2 al 15/6 de 2019. Tras una sesión de formación con los médicos de plantilla y residentes del servicio de Psiquiatría, se acordó solicitar serología del VHC, VIH, VHB y lúes en el protocolo analítico de todos los pacientes al ingreso en dicho servicio.

Resultados: Durante el periodo de estudio, se han producido 141 ingresos en un total de 137 pacientes, en el Servicio de Psiquiatría, 69 varones, 68 mujeres, con una edad media de 41,5 años. Se han solicitado un total de 64 estudios serológicos (64/137, 46,7%), de los cuales 6 han mostrado ELISA VHC positivo (6/64, 9,4%), de ellos cuatro pacientes tenían replicación activa (4/64, 6,25% de los pacientes criba-

dos). Ningún paciente de los que se hicieron análisis, tuvo serología VIH positiva. De los 4 pacientes con replicación, 2 han completado el tratamiento con AAD con RV final de tratamiento, 1 ha iniciado el tratamiento, y 1 paciente ha sido remitido a consulta de Digestivo, pero no ha iniciado tratamiento.

Conclusiones: 1. Pese a la formación dirigida y la supervisión del estudio, solo se realizó serología a uno de cada dos pacientes ingresados en el servicio de Psiquiatría. 2. La prevalencia de hepatitis C en la Unidad de Psiquiatría estudiada, ha sido excepcionalmente elevada, pero pueden existir sesgos al no cribar a todos los pacientes ingresados. 3. Persisten pacientes no diagnosticados que se pueden beneficiar de una estrategia de cribado dirigida del VHC, adherirlos a un plan de seguimiento facilitado e inicio inmediato del tratamiento frente al VHC. 4. Los pacientes con patología psiquiátrica, podrían tener una mayor prevalencia de hepatitis C y deberían ser considerados en las estrategias de cribado dirigido.

VHC: diagnóstico

P-05. ¿ESTAMOS LLEGANDO AL AGOTAMIENTO DIAGNÓSTICO DE LA HEPATITIS C?

J.C. Alados Arboledas, E. Torres Martos, J.M. Sánchez-Calvo, I. Pavón, M.D. López Prieto y M.J. Blanco Ramírez

Hospital Universitario de Jerez, Jerez de la Frontera.

Introducción: Según diferentes estudios (Buti et al 2018; Hill et al, 2018), con las actuales tasas de diagnóstico, en el año 2022 se puede llegar al fenómeno de “agotamiento diagnóstico” de la hepatitis C. En el Área de Gestión Sanitaria Jerez, costa noroeste y sierra de Cádiz (AGSJ) con una población aproximada de 400.000 habitantes se estima, en el mejor de los escenarios, que puedan existir más de 4.000 personas infectadas.

Objetivos: Analizar la tendencia de los nuevos diagnósticos de hepatitis C en el AGSJ durante los últimos 7 años.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo en el que se revisan todos los pacientes mayores de 16 años con anticuerpos frente al VHC (AcVHC) desde enero 2013 a mayo 2019. La viremia se determinó mediante la detección de ARN-VHC (Ampliprep-TaqMan®Roche) y/o detección de AgVHC (HCV core-antigen assay®Abbott). Los nuevos diagnósticos de hepatitis C se establecieron tras la revisión del sistema informático del laboratorio (SIL) e historia clínica electrónica (DIRAYA).

Resultados: Se realizaron un total de 68.159 determinaciones de AcVHC. De estas, en 1.017 fueron positivas, siendo considerados como nuevos diagnósticos solo 545 pacientes (tabla). De ellos, el 75,6% fueron hombres, observándose un descenso acusado si se compara 2013 con 2018 (87,7% y 71,4%, $p = 0,023$). La mediana de edad en hombres y mujeres, fue 50 años (IQR 46-55) y 54 años (IQR 54-73), respectivamente. El número de solicitudes de determinación de AcVHC se mantuvo constante hasta 2017, produciéndose después un aumento. Se observa una disminución en el porcentaje de nuevos diagnósticos de VHC a partir del 2016, siendo estadísticamente significativo ($p < 0,001$) entre los años 2016 y 2018 (1,06% y 0,64%, respectivamente). La tasa de viremia en los nuevos diagnósticos se mantiene estable durante estos 7 años ($p = 0,64$). Si sumamos los nuevos pacientes diagnosticados en este periodo con los del periodo 2004-2012 encontramos un total de 2.677 pacientes, muy lejos de las cifras estimadas.

Conclusiones: Se observa una marcada disminución en el número de nuevos diagnósticos de hepatitis C, tendencia que parece continuar en 2019, a pesar del importante número de pacientes aún no diagnosticados. Se deberían plantear estrategias de búsqueda que permitan el acceso al diagnóstico y tratamiento de la población infectada

que desconoce su situación. El incremento de solicitudes de AcVHC puede ser debido al “efecto llamada” de los nuevos AADs y a la mayor concienciación del personal médico, hechos que han repercutido en un incremento en el cribado de VHC en mujeres.

P-06. ANÁLISIS DE LOS NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE HEPATITIS C ACTIVA RESULTANTES DE LA RECIENTE IMPLEMENTACIÓN DEL DIAGNÓSTICO EN UN SOLO PASO EN EL HOSPITAL

A.B. Jiménez, J.L. Montero Álvarez, A. Rivero Román, M. Causse del Río y L. Martínez Martínez

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción y objetivos: Las altas tasas de eficacia junto al acceso universal a los antivirales de acción directa frente al virus de la hepatitis C (VHC) permiten plantearse la eliminación de la enfermedad en nuestro país. Para ello es clave la optimización de estrategias de diagnóstico precoz. Evaluamos los nuevos diagnósticos de hepatitis C activa detectados tras la implementación del diagnóstico en un solo paso (Dx1SP) en nuestro centro.

Métodos: La implementación del Dx1SP se inició el 4 de marzo de 2019 y analizamos datos hasta el 20 de junio de 2019. Inicialmente, realizamos un cribado de anticuerpos IgG frente al VHC mediante Advia Centaur (Siemens) según demanda clínica; cuando este resulta positivo o indeterminado (zona gris), automáticamente y a partir de la misma muestra, se generan dos alícuotas paralelas, una para confirmación de anticuerpos con InnoLia (Fujirebio) y otra para realización de la carga viral en el equipo Cobas 6800 (Roche). Si el paciente disponía ya de estudio de anticuerpos previo positivo, el sistema anula esta determinación y genera automáticamente la carga viral para valorar si la infección está activa. Desde el Servicio de Microbiología se ha optimizado el proceso, analizando los resultados periódicamente y comunicando en paralelo por correo electrónico a la Unidad de Enfermedades Infecciosas y de Hepatología los nuevos diagnósticos para un mejor control de la derivación de los pacientes.

Resultados: Se han estudiado 7.107 pacientes, de los cuales 172 han resultado positivos en el cribado de anticuerpos VHC (2,4%). 27/172 se confirmaron como nuevos diagnósticos con infección activa por VHC (0,4%), 78% varones y con una mediana de 55 años. Su procedencia fue mayoritariamente de atención primaria o de centro penitenciario (AP: 7 y CP: 7; 26%, respectivamente), seguido de Enfermedades Infecciosas (5; 18,5%) y el resto, de otros servicios hospitalarios. Más de la mitad de los casos han sido ya evaluados o están programados por atención especializada (63%), esperando mejorar este porcentaje próximamente al ser diagnósticos muy recientes. Diez enfermos presentaban factores de riesgo como ADVP y, cuatro tienen coinfección con VIH. El 26% ha iniciado ya tratamiento antiviral.

Conclusiones: La estrategia Dx1SP ha permitido detectar un alto porcentaje de nuevos casos en el corto periodo de tiempo que lleva implementada en nuestro hospital. Una adecuada coordinación entre las unidades de atención especializada y el servicio de Microbiología, permite garantizar la derivación de los nuevos diagnósticos de infección por VHC para evaluación de inicio de tratamiento.

P-07. BÚSQUEDA ACTIVA DE PACIENTES INFECTADOS POR HEPATITIS C EN UN CENTRO DE ADICCIONES

J.J. Ruiz Ruiz¹, P. Ruiz García², A. Ramírez Gómez³ y F. Gómez Villaespesa⁴

¹Centro Provincial de Drogodependencias y otras Adicciones de Málaga, Málaga; ²CTA, Málaga; ³UAX, Madrid; ⁴CTA Marbella, Marbella.

Introducción: La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido un objetivo para el 2030, 90% de reducción de la incidencia

de hepatitis C, 90% población diagnosticada y que el 80% de la población elegible para tratamientos sea tratada. A día de hoy se está produciendo un agotamiento diagnóstico y hay que tomar medidas proactivas para buscar esos “pacientes” que no saben que están infectados sino no alcanzaremos el objetivo de la OMS. En nuestro Centro de Adicciones estamos realizando un análisis de la situación serológica de la hepatitis C (VHC) de los pacientes que están en activo en nuestro centro, para poder tomar las medidas necesarias y que todos aquellos que no estén tratados puedan hacerlo.

Objetivos: Conocer la prevalencia de la infección de hepatitis C en los pacientes en activo en nuestro Centro, usuarios de drogas por vía parenteral en activo (UDPV), en terapia sustitutiva de opiáceos (TSO) o con cualquier otra adicción.

Métodos: Revisión de las historias de los pacientes que están en activo, aproximadamente 1.200, para ver en qué situación serológica se encuentran respecto a la hepatitis C. Aquellos que tengan RNA VHC positivo y no se hayan tratado, derivarlos directamente al especialista para su evaluación y tratamiento. Los que no tengan hecha ninguna analítica, se la realicen en el Centro de Salud o si tienen resistencia a ello, se realizarán en nuestro Centro con los test de sangre seca y a través de nuestro personal, preferiblemente su médico.

Resultados: Por ahora hemos revisado un total de 428 historias en las que hemos encontrado: 32 no tienen realizadas las analíticas (7,47%); 396 si las tienen (92,52%): 241 (60,85%) presentan serología negativa; 59 (14,89%) son negativos por tratamiento; 13 (3,28%) son negativos por aclaramiento espontáneo; 83 (20,95%) son positivos, aunque de estos se desconoce la situación real en la que se encuentran, se ha informado a sus médicos de referencia en el CPD para que intenten aclarar dicha situación e intentar que tengan acceso al diagnóstico y al tratamiento.

Conclusiones: Hay un 20% de pacientes con infección activa de hepatitis C, que de no haber hecho una búsqueda activa no se habrían encontrado. En esta población vulnerable es importante eliminar la infección para evitar posibles contagios y reinfecciones.

P-08. CONTINUIDAD EN EL ABORDAJE ASISTENCIAL DE LA INFECCIÓN POR VHC EN COMPARACIÓN CON LA INFECCIÓN POR VIH

D. Ortega Larrea, E. López González, H. Navarro Aznárez, A. Pinilla Rello, O. Algara Robles, A. Trisancho, P. Arazo y A. Martínez-Sapiña

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Introducción: La OMS tiene como objetivo para el año 2030 la eliminación VHC en nuestro medio, para ello es fundamental que los pacientes diagnosticados de VHC inicien tratamiento en el menor tiempo posible.

Objetivos: Comparar el proceso asistencial de nuevos diagnósticos de dos infecciones virales crónicas; VIH y VHC a lo largo de los últimos años.

Métodos: La unidad de infecciosas en nuestro centro cuenta con una consulta de alta resolución que inicia el proceso asistencial el mismo día que desde microbiología se informa de una serología positiva de VIH. El diagnóstico de la infección VIH se realiza mediante una serología, que obliga a realizar una segunda extracción para carga viral en plasma como estudio basal de su infección. El diagnóstico de la infección de VHC se realiza con un cribado serológico y si este es positivo en la misma muestra se programa la carga viral, si es positiva se establece el diagnóstico de infección VHC. Se buscaron los nuevos diagnósticos de VHC y VIH de 2016, 2017 y 2018 de serologías enviadas a microbiología del Hospital Universitario Miguel Servet, se valoró el tiempo de inicio de tratamiento para cada una de estas infecciones y el tiempo para derivar estos pacientes a las unidades de infecciosas

(VIH) y Digestivo o infecciosos (VHC). Asimismo, se identificó el número de pacientes perdidos o sin seguimiento.

Resultados: Se presentan en las tablas.

Diagnóstico según servicio solicitante durante los años 2016, 2017 y 2018

	Atención primaria	Otras especialidades	Total
VIH	97	121	218
VHC	98	95	193
Total	195	216	411

Media de días para atención especializada e inicio de tratamiento

		Dg-Esp	Esp-Tto	Dg-Tto
VIH	Total	27d	29d	56d
	Infecciosos	0d		
VHC	Total	56d	438d	494d
	Infecciosos	36d		
	Digestivo	71d		

Pacientes en situaciones especiales

VIH	Fallecidos	4
	No adherente al SS	28
	No tratamiento	1
VHC	Fallecidos	11
	No adherente al SS	11
	No tratamiento	16

Conclusiones: Los pacientes diagnosticados por VIH acceden más rápido al sistema de salud e inician más precozmente TAR, en comparación con los pacientes diagnosticados de VHC. El acceso a una consulta de alta resolución es un beneficio individual y de salud pública para los pacientes con VIH y que sería necesario coordinar e implantar el modelo asistencial de VIH en VHC. Siguen existiendo diagnósticos de VIH y VHC que tienen poca adherencia al sistema de salud y resulta difícil recuperarlos.

P-09. CRIBADO DE LA INFECCIÓN POR VIH Y VHC EN PACIENTES QUE ACUDEN A UN CENTRO DE ATENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS: ESTUDIO HIVDEN-C

V. Muñoz¹, B. de la Fuente-Darder², D. Cáceres-Anillo³, M. Castro-Granados², M. Lizaur-Barbudo², M.V. Cabrera-Gisbert³, J. Redondo-Ecija², A. Aparicio Aparicio², L. Manchado-López², A. Camacho¹, I. Machuca¹, L. Cobos⁴, A. Rivero-Juárez¹ y A. Rivero¹

¹Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba, Córdoba; ²UDA-CPD, Córdoba; ³Hogar Renacer, Córdoba; ⁴Cruz Roja, Córdoba.

Introducción y objetivos: Para alcanzar el objetivo de eliminación del VHC es necesario el cribado de población de riesgo. El objetivo de nuestro estudio fue el cribar frente al VHC y el VIH pacientes en seguimiento en centros de atención de drogodependencias de Córdoba.

Métodos: Se incluyeron en el estudio pacientes en seguimiento en centros de atención a drogodependencia de la provincia de Córdoba entre los meses de marzo y junio de 2019. Todos los pacientes se derivaron a la unidad de enfermedades infecciosas de nuestro hospital para extracción sanguínea y cribado de infección por el VIH y VHC, aplicando procedimiento diagnóstico de un solo paso. El personal de enfermería contactaba con cada paciente para concretar cita, comunicación de resultados y, en caso necesario, cita de consulta para inicio de tratamiento y realización de pruebas complementarias.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 393 individuos. De ellos, en 60 (12,5%) no se pudo contactar para realización de extracción sanguínea. De los 333 citados, 30 (9,9%) no acudieron a cita para extracción. En total, 303 pacientes acudieron a consulta para extracción

sanguínea. De ellos, principalmente eran hombres (84,8%), con una edad mediana de 47 años (IQR: 38-56). Respecto a la adicción que presentaban los pacientes incluidos, el 42% consumía cocaína, el 17,3% heroína, el 83,7% alcohol, el 37,5% cannabis, el 1,1% drogas de síntesis, y el 3,9% presentaba adicción sin sustancia. Se identificaron 37 pacientes con anticuerpos frente al VHC (12,2%), de los que 17 (6% del total; 48,6% de los pacientes con anticuerpos positivos) presentaban una infección activa. De ellos, a fecha de realización de este abstract, 13 han iniciado tratamiento frente al VIH. En 3 (1,2%) pacientes se diagnosticó infección por el VIH (1 de ellos coinfectado por el VHC). Se encontró asociación con serología positiva frente al VHC el consumo de cocaína (19,3% frente a 6,7%; $p = 0,002$), consumo de heroína (42,9% frente a 5,6%; $p < 0,001$), y consumo de cannabis (22,6% frente a 5,6%; $p < 0,001$), y una mayor edad (49,94 años frente a 45,35 años; $p = 0,068$). Mediante análisis multivariante, solo la edad y el consumo de heroína fueron factores independientes asociados con serología positiva frente al VHC.

Conclusiones: En nuestro estudio se evidencia una alta tasa de infección por el VHC y el VIH en pacientes en seguimiento en centros de atención de drogodependencia.

P-10. CRIBADO DEL VHC EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

M. Navarro Rodríguez, A. Pérez Salvador, L. Guirado Torrecillas, M. Molina Cifuentes, A. Iborra Bendicho, H. Albendín Iglesias y C. Galera Peñaranda

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción y objetivos: La OMS ha establecido unos objetivos para la eliminación del virus hepatitis C (VHC) en 2030 que incluyen reducir la incidencia en un 90% y la mortalidad en un 65%. Uno de los mayores obstáculos para ese objetivo es conseguir el diagnóstico en los pacientes con infección oculta. Actualmente es un tema controvertido si el cribado en la población general es superior al cribado dirigido por grupos de edad o prácticas de riesgo. En este contexto, el ingreso hospitalario podría ser una oportunidad para el diagnóstico de infección por VHC oculta. El objetivo de nuestro estudio es evaluar la realización de cribado de infección por VHC en pacientes ingresados en una Unidad de Corta Estancia (UCE) de un hospital de tercer nivel.

Métodos: Se revisaron todos los pacientes ingresados a cargo de UCE, entre 18 y 75 años, durante los meses de marzo, abril y mayo de 2019. Se recogieron las variables: edad, sexo, motivo de ingreso, serología previa y durante ingreso. El cribado de VHC se realizó mediante la determinación de anti-VHC y el diagnóstico por la presencia de ARN-VHC. Se excluyeron aquellos pacientes con infección conocida por VHC.

Resultados: Ingresaron 463 pacientes, de los cuales 315 (68,03%) fue por patología médica y el resto (31,97%) para procedimiento diagnóstico. La edad media fue de 51,81 años (52,69% hombres y 47,31% mujeres). El 37,3% (173) tenía serología de VHC realizada con anterioridad al ingreso (el 5,3% en el último año). Durante el ingreso se solicitaron un total de 47 serologías de VHC, lo que supone un 10,15% de todos los ingresos y un 10,6% de todos los enfermos que nunca se había realizado serología (31 de 290). Se obtuvieron 7 resultados anti-VHC positivo (14,89%), de los cuales 6 fueron excluidos ya que estaban diagnosticados previamente. Se confirmó el diagnóstico en el paciente restante, de modo que se obtuvo 1 nuevo diagnóstico de las 47 serologías solicitadas (2,1%).

Conclusiones: Se ha realizado cribado de VHC durante el ingreso hospitalario a una muy baja proporción de pacientes, tan solo al 10,6% de los pacientes ingresado en la UCE. Es necesario tomar medidas para ello, un ejemplo sencillo y simple sería protocolizar la extracción analítica de ingreso con la inclusión de serología de hepatitis.

P-11. CRIBADO DEL VHC EN UN CENTRO DE TRATAMIENTO DE ADICCIONES DE MARBELLA Y DERIVACIÓN DIRECTA AL ESPECIALISTA

M.F. Gómez Villaespesa¹, M.P. Ceballos Gómez¹, J.J. Ruiz Ruiz², M. Moreno Morales¹, M.C. Pérez Segovia¹, M.R. Ota Gallardo¹, J.M. Cuevas Barranquero¹, M.J. Pretel Pretel¹, A. Ramírez Gómez³ y P. Ruiz García⁴

¹Centro de Tratamiento de Adicciones de Marbella, Marbella; ²CPD, Málaga; ³UAX, Madrid; ⁴CTA, Málaga.

Introducción: El municipio de Marbella tiene una población de 141.463 habitantes y dispone de 2 Centros de Tratamiento Ambulatorios (CTAs), uno en San Pedro de Alcántara y otro en Marbella. Realizamos de forma protocolaria un *screening* serológico de hepatitis B (VHB) y C (VHC), VIH y lúes; los usuarios con serología positiva son derivados vía Atención Primaria al especialista; esto supone altas pérdidas de seguimiento, retrasos en el diagnóstico y/o en el inicio del tratamiento, incluso que muchos pacientes al final no se traten. Realizamos este proyecto para conseguir el diagnóstico y tratamiento de todos los usuarios del centro.

Objetivos: Conocer la prevalencia en el CTA Marbella de VHB, VHC e VIH, derivación directa al especialista de los pacientes RNA-VHC positivo (RNA+) para su tratamiento, seguimiento de adherencia, así como de la tasa de respuesta viral sostenida (RVS).

Métodos: Revisión de la serología de los usuarios del centro, si no la tiene o es muy antigua solicitud de la misma desde el CTA a través del Centro de Salud (por sangre) y en los positivos, solicitud de RNA-VHC por diagnóstico en un solo paso. Derivación directa al digestivo del Hospital Costa del Sol de Marbella, de pacientes con RNA VHC + para diagnóstico y tratamiento. Registro en base de datos de los resultados de serología VHB, VHC, VIH, RNA- VHC, RVS, aclaramiento espontáneo de VHC; Drogas que consumen y/o tratamiento con metadona o buprenorfina.

Resultados: Se han registrado 287 determinaciones serológicas con los siguientes resultados: VIH+: 27 (9,40%) VHB+: 55 (19,16%); anti VHC+: 83 (28,91%). De los 83 pacientes anti-VHC+: susceptibles de tratamiento 47 (56,2%): 37 (78%) han sido tratados, 6 (7,22%) actualmente en tratamiento, 1 rechaza (2,12%) el tratamiento y 3 pendientes de tratamiento. 36 (76,59) con RVS, 1 (2,12%) con fracaso viral, 6 con aclaramiento espontáneo (7,22%). Quedan 20 pacientes (24,09%) pendientes de aportar resultados de RNA del VHC. 10 pacientes (12,04%) no solicitado el RNA porque estar en situación de abandono.

Conclusiones: La prevalencia de Anti- VHC+, en el CTA de Marbella es del 28,91%. Hemos conseguido que el 100% de pacientes RNA VHC +, se hayan tratado o están en tratamiento, con una tasa de RVS del 97,82% Mejorando las estrategias conseguiríamos que los 20 pacientes pendientes de CV, se clasificaran y si lo necesitasen se trataran.

P-12. DIAGNÓSTICO EN UN SOLO PASO (DX1P): UNA APUESTA SEGURA EN LOS LABORATORIOS DE MICROBIOLOGÍA PARA LA ELIMINACIÓN DE LA HEPATITIS C

A. Aguilera¹, J.M. Eiros² y F. García³

¹Servizo de Microbioloxía, Complexo Hospitalario Universitario de Santiago, Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago, Santiago de Compostela; ²Servicio de Microbiología, Hospital Universitario Río Hortega, Departamento de Microbiología, Universidad de Valladolid, Valladolid; ³Servicio de Microbiología, Hospital Universitario San Cecilio, Instituto de Investigación Biosanitaria de Granada, Granada.

Introducción: La demostración, en el estudio piloto Granada/Santiago, de que la implementación del DX1P tiene un impacto real sobre la cascada del tratamiento de la hepatitis C, al permitir un mayor acceso de los pacientes a este al aumentar su derivación y la posterior publicación del documento interdisciplinario sobre DX1P, han cons-

tituido unos acontecimientos muy importante de cara a la generalización de su implementación dentro del SNS.

Objetivos: El objetivo de nuestro estudio ha sido demostrar que la incorporación de estas estrategias de diagnóstico por los servicios de Microbiología son imprescindibles para contribuir a la eliminación de la hepatitis C.

Métodos: En esta comunicación se pone de manifiesto la actividad divulgativa realizada por nuestros centros para la implementación del DX1P en los Servicios de Microbiología del SNS durante el periodo de tiempo 2017-2019, teniendo como base los resultados de la encuesta de hospitales realizada a tal fin.

Resultados: Con la finalidad reseñada han sido publicados tres artículos científicos que ponen de manifiesto: los resultados de la implementación del DX1P en la derivación de pacientes para valoración terapéutica, las condiciones existentes en los laboratorios de microbiología del SNS para su generalización y la demostración del coste/beneficio de su implementación respectivamente, y un libro que recoge, en 42 cuestiones razonadas, conocimientos actualizados y referenciados acerca de los aspectos esenciales de la infección por VHC y especialmente en lo que al DX1P se refiere. Por otra parte, se han realizado 19 actividades formativas con especialistas en microbiología dedicados al diagnóstico de las infecciones causadas por virus hepatotropos en diferentes ciudades de distintas CCAA y que representaban a la mayor parte de los hospitales del SNS. En estas reuniones se han puesto de manifiesto iniciativas de mejora enfocadas a la simplicidad de los algoritmos y a la formación, así como otras encaminadas al acercamiento y abordaje del DX1P en las poblaciones vulnerables y también en la recuperación de pacientes perdidos en el sistema a partir de las bases de datos del laboratorio.

Conclusiones: De cara a la eliminación del VHC todas aquellas actividades que contribuyan a la divulgación y al "state of art" del DX1P deben de ser potenciadas al constituir uno de los puntos clave para que los pacientes accedan al tratamiento y curación de su enfermedad.

P-13. ESTRATEGIA DE MICROELIMINACIÓN EN POBLACIONES VULNERABLES: BÚSQUEDA ACTIVA DEL VIRUS DE LA HEPATITIS C EN LAS UNIDADES ASISTENCIALES DE DROGODEPENDENCIAS MEDIANTE CRUCE DE DATOS

M.J. Pena López¹, E. Lagarejos¹, A. Martín Gómez¹, A. Martín Fuentes¹, G. Suárez Rodríguez² y C.T. Torres Medina²

¹Hospital Universitario Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria;

²Servicio Canario de Salud, Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción: La infección activa por el virus de la hepatitis C (VHC) es más frecuente entre los usuarios de las Unidades Asistenciales de Drogodependencias (UAD) que en la población general. Para lograr el objetivo de la OMS respecto a la eliminación del VHC como problema de Salud Pública, es necesario diseñar un plan de diagnóstico en esta población, que tiene como principal barrera la desconexión de los servicios sanitarios.

Objetivos: Evaluar los resultados de una intervención activa para conocer la situación de los usuarios de las UAD en relación con la infección por el VHC, con el fin de acercar el tratamiento a los mismos y de priorizar la realización de la prueba en aquellos pacientes en los que desconozcamos su situación.

Métodos: En junio de 2019 se realizó un cruce de los datos de las UAD con los del laboratorio de Microbiología, que dispone de un histórico desde el año 1995. Se revisaron las pruebas serológicas para detección de anticuerpos frente al VHC y los datos de viremia por PCR, que se habían realizado a los 1.722 usuarios de las UAD que tenían como centro de referencia nuestro hospital.

Resultados: De los 1.722 pacientes, 1.553 (90,2%) tenían una serología realizada. En 260 (16,7%) era positiva y en 1.293 (83,3%) negativa. De los 260 seropositivos, 96 (36,9%) eran virémicos y 118 (45,4%) no virémicos, 8 (3,1%) estaban en tratamiento y a 38 (14,6%) no se les había realizado nunca una PCR. De los 1.411 pacientes no virémicos (1.293

seronegativos y 118 con PCR negativa), 622 (44,1%) tenían una serología y/o PCR realizada en el último año y 291 (20,6%) no la tenían en los últimos tres años. Estos resultados revelan una prevalencia de anticuerpos del 16,7% y una prevalencia de infección activa del 6,3%. **Conclusiones:** La coordinación entre las UAD, Salud Pública, Atención Primaria y Atención Especializada permitió el cruce de datos, en poco tiempo y sin recursos económicos adicionales. Con esta estrategia se pudo detectar un número importante de pacientes con infección activa para iniciar tratamiento y además permitirá priorizar la realización de pruebas microbiológicas a la población de seropositivos sin datos de PCR, a los seronegativos sin una serología en el último año y a los que nunca se les ha realizado una serología.

P-14. ESTRATEGIAS HACIA LA MICROELIMINACIÓN DEL VHC: BÚSCUDA DE PACIENTES VIRÉMICOS EN LAS BASES DE DATOS MICROBIOLÓGICOS EN EL ÁREA DEL HOSPITAL GENERAL DE VALENCIA (CHGUV)

M.D. Ocete, N. Aparisi, M. Belda, B. Fuster, M. Torrecillas, R. Madolell, M. Miranda, M. Diago, M. García Deltoro y C. Gimeno

Consortio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia.

Objetivos: Conocer qué pacientes con infección por el VHC son susceptibles de tratamiento en el Departamento del CHGUV.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de los pacientes registrados en la BBDD de Microbiología con alguna determinación del RNA-VHC ≥ 1.000 UI/mL, así como Ag core y/o Ac anti-VHC positivos sin viremia. La población incluida corresponde al periodo 2007-2018.

Resultados: De los 4.421 pacientes con RNA-VHC positivo, en 2.205 no se registró un resultado posterior negativo que indicara tratamiento o resolución espontánea. Estos pacientes se consideraron susceptibles de tratar, junto con 86 pacientes con Ag core VHC positivo sin RNA-VHC. Se distribuyeron en función del año de la última determinación y de lo encontrado en el último registro de su historia clínica (tabla). En el periodo 2015-2018, y en relación a los otros periodos, se observó un descenso de pacientes no tratados procedentes del centro penitenciario, un aumento de pacientes en tratamiento o en espera del mismo, un aumento de pacientes con edad extrema y patologías graves, y un descenso de los perdidos por una mayor derivación al especialista, en parte por la aplicación del diagnóstico en un solo paso del paciente virémico. Durante el periodo de estudio se observaron 968 pacientes Ac anti-VHC positivos sin determinación de viremia, aunque solo el 9,8% pertenecían al último periodo.

Pacientes RNA/AgCore+ (N = 2.291)	2007-2010 N (%)	2011-2014 N (%)	2015-2018 N (%)
Pertencientes a otras áreas	140 (17,5)	39 (5,3)	108 (14,2)
Procedentes del centro penitenciario	220 (27,6)	244 (33,2)	146 (19,2)*
Derivados a otros centros	23 (2,9)	32 (4,4)	30 (4,0)
En tratamiento	2 (0,3)	10 (1,4)	42 (5,5)*
En espera de tratamiento	1 (0,1)	6 (0,8)	91 (12,0)*
Previos al diagnóstico de un solo paso	0	39 (5,3)	40 (5,3)
Exitus	14 (1,8)	30 (4,1)	45 (5,9)
No indicación de tratamiento	24 (3,0)	75 (10,2)	140 (18,4)*
Adicción drogas/alcohol	6	28	27
Edad	1	7	31
Enfermedad grave	5	18	37
Enfermedad mental	6	13	18
Mal control del VIH	3	5	3
Reticente al tratamiento	3	3	15
Otras	0	1	9
Perdidos	362 (45,4)	240 (32,7)	95 (12,5)*
Abandono del tratamiento	4	5	6
No derivado al especialista	244	111	51
Proceso social	1	6	6
No consta	113	118	32
Fracaso del tratamiento/Reinfección	4 (0,5)	4 (0,5)	4 (0,5)
Sin clasificación	8 (1,0)	15 (2,0)	18 (2,4)
Total	798	734	759

*p < 0,001.

Conclusiones: Las características de la infección por el VHC hacen que existan pacientes virémicos no tratados. Nuestro estudio muestra la eficacia de plantear la búsqueda activa de pacientes en las bases de datos de microbiología como una medida útil hacia la eliminación del VHC.

P-15. IMPLEMENTACIÓN DEL DIAGNÓSTICO EN UN PASO DEL VIRUS DE LA HEPATITIS C EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA

M.D. Macià Romero¹, P.A. Fraile-Ribot¹, L. Suárez Bode¹, F. Salvà Armengod¹, V. Candia Lagomarsino¹, S.R. Avella-Klaassen¹, M.D.M. Sureda Barbosa², J.M. Alonso Ramis³ y A. Rodríguez Macías⁴

¹Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca; ²Centro de Salud Son Cladera, Palma de Mallorca; ³Unidades de Conductas Adictivas (UCA), Palma de Mallorca; ⁴Centro Penitenciario Mallorca, Palma de Mallorca.

Introducción: El tratamiento con agentes antivirales de acción directa (AADs) consigue una curación superior al 95%. Para detener la transmisión y las patologías asociadas es prioritario que todos los pacientes con virus de la hepatitis C (VHC) accedan al tratamiento. La Asociación Española para el Estudio del Hígado, la Sociedad Española de Patología Digestiva, y la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica recomiendan el diagnóstico de VHC en un paso, ya que disminuye el tiempo de acceso al tratamiento con AADs y aumenta el número de pacientes evaluados; representa, además, una herramienta para conseguir el objetivo de eliminación global de VHC en 2030 marcado por la Organización Mundial de la Salud. **Objetivos:** Describir la metodología de la reciente implementación del diagnóstico en un paso de la infección por VHC (y su repercusión) en un hospital de referencia.

Métodos: Desde junio 2019 se identificaron los diagnósticos de VHC (sin determinación previa de viremia) a partir de muestras de suero con anticuerpos anti-VHC y mediante la revisión de los sistemas de información Servolab, Gestlab, iGestlab, Millennium e Historia de Salud. Se determinó la carga viral de VHC en dichas muestras; cuando ésta fue positiva se añadió el comentario: "Infección activa por VHC. Se ruega remitir a Hepatología para su valoración terapéutica" y negativa". Los resultados serológicos, junto con la determinación de la carga viral VHC, indican una infección pasada/curada". Se envió un documento encriptado con los pacientes virémicos a los facultativos referentes en Atención Primaria, Unidades de Conductas Adictivas y/o Centro Penitenciario para asegurar la derivación a hepatología y/o el tratamiento con AADs. La detección de anticuerpos totales anti-VHC y la cuantificación del ARN-VHC se realizaron mediante las plataformas automatizadas Architect[®] y m2000sp[®]/m2000rt[®] (Abbott), respectivamente.

Resultados: Se identificaron 46 nuevos casos, en 33 (71,7%) procedió a realizar la determinación de la viremia. En 22 pacientes (66,7%) la determinación de la carga viral fue positiva con un rango de 49-11.222.652 UI/mL. De éstos, 17 fueron varones (77,3%). La media de edad de los pacientes virémicos fue de 56 años (rango 32-86). En 7 pacientes (31,8%) constaban datos de consumo de tóxicos.

Conclusiones: Existe un elevado número de pacientes con VHC activa no diagnosticados. La mayoría de los pacientes virémicos son varones y en un alto porcentaje consta relación con drogas. Es necesario aumentar la experiencia en la implementación de este diagnóstico para poder analizar los datos epidemiológicos con valor estadístico.

P-16. IMPLEMENTACIÓN GENERALIZADA DEL DIAGNÓSTICO EN UN SOLO PASO (DX1P) DE LA HEPATITIS C EN GALICIA: RESULTADOS PARA REFLEXIONAR

A. Vallejo¹, L. Moldes², M. Trigo³, P. Ordóñez⁴, L. Rodríguez-Otero⁵, X. Cabrera⁶, M.J. Gude⁷, A. Cañizares², M. García-Campello³, A. Agulla⁴, J. García-Costa⁵, S.M. Pérez-Castro⁶, M.P. Alonso⁷ y A. Aguilera¹

¹Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, Santiago de Compostela; ²Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, A Coruña; ³Complejo Hospitalario de Pontevedra, Pontevedra; ⁴Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide-Profesor Novoa Santos, Ferrol; ⁵Complejo Hospitalario de Ourense, Ourense; ⁶Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro, Vigo; ⁷Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo.

Introducción y objetivos: Dos estudios recientes realizados en 2017 han demostrado por una parte que la instauración del diagnóstico en un solo paso conjuntamente a la implementación de alertas informativas reducía significativamente, del 35% al 16%, la cifra de pacientes diagnosticados por el algoritmo tradicional que no eran remitidos al hepatólogo para su valoración terapéutica. y por otra que en España el 81% de los hospitales disponía de medios para realizar el diagnóstico de la infección por virus de la hepatitis C (VHC) en un solo paso, aunque únicamente lo hacía el 31%. En esta línea, presentamos en detalle en este trabajo los primeros resultados de la implementación generalizada y escalonada durante 2018 del DX1P en Galicia y con la intención de conocer su magnitud y posibilidades de mejora.

Métodos: Estudio retrospectivo anonimizado, realizado durante 2018 en el ámbito de los Servicios de Microbiología de todos los hospitales de Servicio Gallego de Salud (SERGAS) en el que, desde la implementación del DX1P, se han identificado y caracterizado los pacientes diagnosticados por primera vez de infección activa por VHC.

Resultados: Durante 2018 identificamos un total de 305 pacientes con infección activa por VHC no diagnosticados previamente, (69,9% hombres y edad media de 52,2 años) procedentes de consultas de UAP (54,8%), atención especializada (39,8%) y otras (5,0%) de las Áreas Sanitarias de Santiago (29,7%), A Coruña (27,4%), Pontevedra (13,9%), Ferrol (12,0%), Ourense (8,5%), Vigo (4,6%) y Lugo (3,95). De los 305 pacientes fueron derivados al hepatólogo para valoración terapéutica un 81,1%, con una mediana de 54 días (RIC 19,25-80,25) desde su diagnóstico. Los rangos absolutos de derivación encontrados oscilaban del 63,6% al 93,5%, en UAP del 61,1% al 100% y en AE del 53,8% al 100%. El genotipo 1 con el subtipo 1a fue el encontrado mayoritariamente (54,4% y 27,4% respectivamente), en el 58,3% de los casos se determinó el ARN-VHC para el DX1P y el 58,4% de los pacientes fue tratado con una RVS del 93,5%.

Conclusiones: La implementación generalizada y escalonada del DX1P conjuntamente a alertas informativas en Galicia nos ha permitido obtener globalmente tasas de derivación similares a las obtenidas en otros estudios. Sin embargo, estas presentan una amplia variabilidad con rangos del 30% entre distintos centros, que puede tener relación el momento de implantación del DX1P, pero que exigen la incorporación de mejoras, como la formación del personal o la utilización de medidas de rescate para su optimización.

P-17. LA COINFECCIÓN POR VIH Y VHC REDUCE EL RIESGO DE DIAGNÓSTICO SUBÓPTIMO PERO AUMENTA EL RIESGO DE PERMANECER CON INFECCIÓN ACTIVA POR VHC

C. Reygosa Castro, M. Hernández-Guerra, O. Crespo, D. Morales Arráez, A. Hernández Bustabad, E. Quintero Carrión y F. Díaz Flores

Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna.

Introducción: Con los nuevos antivirales la efectividad del tratamiento en los coinfectados es equivalente a los mono infectados y deben ser tratados para evitar la progresión de la enfermedad hepática. Además, el tratamiento de estos pacientes ha demostrado que logra disminuir la tasa de nuevas infecciones y reinfecciones, por lo que es una prioridad su identificación y tratamiento desde el punto de vista de salud pública. En mono infectados es sabido que existe un número de pacientes con diagnóstico subóptimo (anticuerpo positivo sin RNA solicitado) y RNA positivo que permanece sin tratamiento, sin que se sepa si esto ocurre y en qué medida en coinfectados.

Métodos: Se evaluó en dos cohortes (2005-2007 y 2011-2012) de pacientes con solicitud de serologías VHC o RNA, el porcentaje de pacientes con RNA positivo sin negativización y anticuerpos positivos sin RNA durante el seguimiento hasta muerte o 27/abril/2019. Se registraron variables demográficas, clínicas, muerte y su causa, y fecha de último contacto con sistema sanitario.

Resultados: Se identificaron un total de 968 pacientes (74,1% hombres, 44,5 ± 12,5 años, 11,6% coinfectados) tras descartar 54 casos duplicados, con un 39,9% de RNA positivos y 60,1% con anticuerpos positivos basalmente. Tras un seguimiento de mediana 8,3 años (0-14,3 años), pasaron a ser un 24,1% RNA negativos, 54% con anticuerpos sin solicitud de RNA, y un 21,9% RNA positivos. Globalmente, hubo un total de 259 fallecimientos con una mayor mortalidad en el grupo de coinfectados comparado con los mono infectados (43,8% frente a 24,5%, p < 0,001), siendo la principal causa de muerte conocida las infecciones y cirrosis, respectivamente. Al final del seguimiento y al comparar ambos grupos, entre los coinfectados hubo un menor porcentaje de pacientes sin solicitud de RNA (39,3% frente a 56%), pero un mayor porcentaje de pacientes con RNA positivo (39,3% frente a 19,6%, p < 0,001). El porcentaje de pacientes de coinfectados y mono infectados que acudieron a citas/analíticas en el hospital en los últimos 6 (21,4% frente a 21,3%), 12 (26,8% frente a 30,9%) y 36 meses (35,7% frente a 43,9%) no fue diferente.

Conclusiones: Los pacientes coinfectados por VIH y VHC tienen mayor mortalidad que los pacientes mono infectados. Durante el seguimiento, en estos pacientes se investiga más el estado de infección activa. Sin embargo, es mayor el porcentaje de pacientes que no se tratan a pesar de tener el mismo seguimiento que los mono infectados. Los pacientes coinfectados deben ser tratados si queremos prevenir nuevos casos de infección y alcanzar los objetivos de la OMS.

VHC: tratamiento

P-18. ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA EN EL TRATAMIENTO DEL VIRUS DE LA HEPATITIS C, LA SOLUCIÓN A TODOS LOS PROBLEMAS

P. Barriga Rodríguez, C. Caba Hernández, P. Tena Alejandre, J.J. Duque Aguilar, S. Arnaiz Díez, A. Dobrito Pallés y L.C. Fernández Lisón

Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres, Cáceres.

Objetivos: Analizar los tratamientos con antivirales de acción directa (AAD) en el tratamiento del virus de la hepatitis C (VHC) y evaluar su efectividad y seguridad.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de un año de duración (enero 2018 a enero 2019) de los pacientes que iniciaron o estaban en tratamiento con AAD para el tratamiento del VHC. Los datos que se recogieron fueron: sexo, edad, coinfección VHC/VIH, tratamiento previo, combinación de AAD empleada, interacciones, tiempo de tratamiento, respuesta viral sostenida (RVS) a las 12 y 24 semanas y reacciones adversas al tratamiento.

Resultados: Recibieron tratamiento con AAD 119 pacientes, 31 mujeres y 88 hombres, con una mediana de 53 años [35-88 años]. La distribución del genotipo viral fue: 61% genotipo 1 (53% Ib); 3% genotipo 2; 21% genotipo 3, y 15% genotipo 4. En cuanto a fibrosis, un 26% tenían un grado F0, un 12% F1, un 42% F0-1, un 10% F2, un 3% F3, y un 7% F4. El 100% de los pacientes F4 eran cirróticos. El 28% coinfectados con VIH. La distribución de tratamientos fue: 72 (61%) sofosbuvir/velpatasvir ± ribavirina (S/V ± R), 36 (30%) glecaprevir/pibrentasvir (G/P), 6 (5%) sofosbuvir/ledipasvir ± ribavirina (S/L ± R), 3 (3%) elvasbir/grazoprevir (E/G) y 2 (1%) simeprevir/sofosbuvir/ribavirina (S/S/R).

Todos los pacientes eran naïve para los AAD excepto 3 pacientes (3%), 1 se trató con boceprevir previo al inicio de L/S ± R y 2 con sofosbuvir/ledipasvir previo a iniciar S/S/R. Las interacciones farmacológicas más frecuentes se debieron al tratamiento antirretroviral el cual fue modificado antes de iniciar el AAD en 4 pacientes. Todos los pacientes presentaron RVS a las 12 y 24 semanas, excepto 3 de los que no se dispone de datos en su historial. Respecto a la seguridad, los efectos adversos descritos durante el tratamiento fueron: astenia (n = 2), pirosis (n = 2), náuseas (n = 1), pérdida de peso (n = 1), urticaria (n = 1), insomnio (n = 1) y toxicidad hematológica (n = 1) en posible relación con la ribavirina que se le suspendió. El tratamiento se mantuvo durante el tiempo establecido excepto en 1 paciente tratado con S/V ± R que se suspendió a las 8 semanas por posible intolerancia al tratamiento.

Conclusiones: El tratamiento con las diferentes combinaciones de AAD aprobadas para el VHC presenta un buen perfil de efectividad y seguridad, alcanzándose RVS a las 12 semanas en todos los pacientes, y efectos adversos leves con una incidencia baja.

P-19. EFICACIA DE LAS COMBINACIONES GLECAPREVIR/PIBIRENTASVIR Y SOFOSBUVIR/VELPATASVIR EN UNA COHORTE DE PACIENTES

G. Hernández García¹, G. Zapico Aldea², L. Rodríguez Fernández², J. Sanz Moreno² y C. Dueñas Gutiérrez²

¹Hospital Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares; ²Hospital Clínico Universitario, Valladolid.

Objetivos: Analizar si existen diferencias en las características epidemiológicas, la tasa de curación, así como los efectos secundarios de los pacientes tanto de mono infectados como co-infectados por el VHC y VIH, tratados con glecaprevir/pibirentasvir (G/P) y con sofosbuvir/velpatasvir (S/V) en una cohorte de pacientes de dos hospitales españoles.

Métodos: Se realizó un estudio comparativo, retrospectivo, observacional de todos los pacientes tratados con G/P (grupo A) y con S/V (grupo B) que iniciaron el tratamiento 20 semanas antes del final del estudio. Se analizaron las variables demográficas de la enfermedad por VHC así como efectos adversos.

Resultados: Se incluyeron 140 pacientes en el grupo A y 89 pacientes en el grupo B (n = 227). La mayoría en ambos grupos eran varones con una mediana de edad de 52 años y una CV por encima de 800.000 copias/ml. 13 pacientes estaban coinfectados por VIH en el grupo A y en el grupo B, 20 pacientes. Respecto al genotipo, en el grupo A, el 60% fueron genotipo 1 y 10%, genotipo 3. En el grupo B, 48% se definían como genotipo 3 y 30% como genotipo 1. La mayoría de los pacientes del grupo A presentaron un grado de fibrosis F0- F1 (67%) mientras que el 8% (n = 11) fueron F3- F4. En el grupo B, 37 pacientes (42%) presentaron grado de fibrosis avanzado (F3- F4) mientras que 35 pacientes (40%) presentaron un grado de fibrosis F0- F1. En el grupo A, el 98% de los pacientes presentaron una respuesta viral sostenida (RVS) mientras que en el grupo B, el 95%. En el grupo A, 4 pacientes no eran naïve, y en el grupo B, 15 pacientes, habiendo fracasado todos en tratamiento previo con interferón-ribavirina. Tres de ellos sufrieron recidiva después de haber recibido el tratamiento (genotipo 4, F3- F4 y CV VHC mayor de 10⁶ copias). La CV VIH permanece indetectable en todos los pacientes del estudio.

Conclusiones: Las coformulaciones de G/P y S/V alcanzaron tasa de RVS 12 semanas del 95% en nuestro medio, lo que corrobora publicaciones anteriores. La eficacia es ligeramente mejor para G/P siendo probablemente debido al menor número de pacientes incluidos en el grupo B así como al mayor porcentaje de genotipo 3. En nuestra cohorte, ambas pautas terapéuticas son seguras y eficaces para tratar todo tipo de pacientes con infección por VHC.

P-20. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PREFERENCIA POSOLÓGICA DE LOS PACIENTES QUE VAN A INICIAR TRATAMIENTO FRENTE A LA HEPATITIS C

P. Ryan Murúa¹, O. Rojo² y M.Á. Simón³

¹Hospital Infanta Leonor, Madrid; ²AMBER, Madrid; ³Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Introducción y objetivos: El objetivo de este estudio fue conocer las preferencias posológicas de los pacientes en relación con los nuevos antivirales de acción directa (AADs) pangenotípicos frente al VHC.

Métodos: Estudio de preferencia de pacientes realizado entre noviembre 2018 y enero 2019. Los criterios de inclusión fueron: ≥ 18 años, diagnosticados de hepatitis C crónica y pendientes de recibir tratamiento. Tras la firma del consentimiento informado eran contactados telefónicamente para realizar un cuestionario dividido en 3 apartados (datos demográficos, de diagnóstico y preferencias de tratamiento). Para evitar sesgos de respuesta, durante todo el estudio se obviaron los nombres de los AADs (principios activos o nombres comerciales) y del promotor del estudio. Las respuestas fueron analizadas de forma agregada manteniendo la confidencialidad, y se hizo un análisis descriptivo de los resultados.

Resultados: Se incluyeron 104 pacientes de todo el territorio español. Un 64% eran varones y el 54% con más de 50 años. En pregunta abierta, el aspecto más relevante para los pacientes a la hora de elegir una u otra opción de tratamiento fueron los efectos adversos del mismo (35%). En preguntas con respuestas cerradas los aspectos más relevantes fueron la compatibilidad con otros tratamientos concomitantes (31%), el número de pastillas (24%), la duración del tratamiento (22%) y la flexibilidad para tomarlo con o sin alimentos (13%). Cuando los pacientes fueron cuestionados sobre que tratamiento elegirían entre dos opciones diferentes de acuerdo al número de comprimidos, duración del tratamiento, momento de la toma y necesidad de hacerlo con comidas, el 72% de los pacientes eligió la opción de 12 semanas de tratamiento con un único comprimido, respecto a la opción de 8 semanas con 3 comprimidos. Los pacientes con más de 45 años se decantaron en mayor porcentaje por esa opción de un único comprimido, llegando hasta el 79% en la franja 45-49 años.

Conclusiones: En este estudio, los aspectos más relevantes para los pacientes a la hora de elegir un AAD fueron por orden de preferencia: la compatibilidad con otros tratamientos concomitantes, el número de pastillas, la duración del tratamiento y la flexibilidad para tomarlo con o sin alimentos. La implicación del paciente en la toma de decisiones terapéuticas resulta un aspecto a considerar.

Este proyecto ha sido financiado por Gilead Sciences.

P-21. EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO PARA LA HEPATITIS C EN LA POBLACIÓN CON TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS

M.P. Ortega García, L. Sánchez Albiñana, M. Vaquer Mut, P. Pérez Villalón, M. Dorado García, C. Cortell Cortell, M.S. Gilibert Fos, A. González Marquina, M. Diago Madrid y M. García Deltoro

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia.

Objetivos: Evaluar la adherencia al tratamiento para la hepatitis C en pacientes con trastorno por consumo de sustancias (PTCS) tras la creación de un equipo interdisciplinar con hepatólogo, infectólogo, médicos de las unidades de conductas adictivas (UCA), enfermera de acompañamiento terapéutico y farmacéutica.

Métodos: Estudio retrospectivo con PTCS que inician y finalizan tratamiento con antivirales de acción directa (AAD) entre febrero 2018-abril 2019, en un hospital general universitario con una población de

referencia de 361.526 habitantes. Se registró la información demográfica y clínica a partir del formulario establecido por la Consejería de Sanidad para la autorización de estos tratamientos. La adherencia se midió con el registro de las dispensaciones de la medicación. Otra información clínica se obtuvo de la historia clínica electrónica. Los datos se analizaron con el programa SPSS v.24.

Resultados: 49 pacientes (43, 87,8% hombres) con una mediana de edad de 49 años (rango intercuartil (RIQ) 9,4) y una carga viral basal de 2.570.000 UI/mL (RIQ 9.185.000). 43 (87,8%) procedentes de UCA y 12 (28%) con acompañamiento terapéutico. 26 (53,1%) estaban en tratamiento con metadona. 7 (14,3%) coinfectados con VIH. Los principales genotipos fueron el 3 (18, 36,7%) y el 1a (16, 32,6%). 15 (30,6%) eran cirróticos. 8 (16,3%) tratados previamente, 7 con interferón y 1 con AAD, 1 era una reinfección. 39 (79,6%) pacientes habían finalizado el tratamiento al menos 12 semanas antes de finalizar el estudio y se conoce el estado serológico en 32 (82%), todos indetectables, sin embargo hay 7 (18%) sin analítica de control, de los cuales solo 1 contó con acompañamiento terapéutico. 13 (26,5%) tuvieron una adherencia < 100%, 7 (14,3%) < 95% y tan solo 1 (2%) < 85%. El número de pacientes con adherencia < 100%, < 95% y < 85% fue menor en los pacientes con acompañamiento terapéutico (2 frente a 11, 1 frente a 6 y 0 frente a 1, respectivamente), aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas.

Conclusiones: No está establecido cual es el porcentaje óptimo de adherencia al tratamiento con AAD, con los tratamientos previos se estableció un umbral del 85%, aunque el objetivo siempre debe ser el 100%. De los pacientes con problemas de adherencia, la mayoría no tenían acompañamiento terapéutico, 18 frente a 3 y en estos tres casos la adherencia fue \geq 95%. También la pérdida de seguimiento a las 12 semanas posttratamiento fue mayor en los pacientes sin acompañamiento (6 frente a 1). El grupo de PTCS, presenta unas características especiales que complican el seguimiento clínico y el cumplimiento del tratamiento, por lo que en estos casos la colaboración interdisciplinar es fundamental.

P-22. RESULTADOS DE EFICACIA EN G3 DE FÁRMACOS PANGENOTÍPICOS FRENTE AL ESTÁNDAR DE TRATAMIENTO PREVIO CON DACLATASVIR

P. Rubio Cuevas, C. de Andrés David, N. Gómez Muñoz, Y. Cabanes Hernández, C. Nardini, P. Herrero Rodríguez, A. Broch Petit, V. Boschín Navarro, V. Abril López de Medrano, C. Ricart Olmos, M. García Rodríguez, E. Ortega González y M. García Deltoro

Consortio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia.

Introducción: Recientemente se han comercializado dos fármacos pangenotípicos con tasas de RVS superiores al 95% prácticamente en todos ellos. El genotipo 1a (GT1a) responde tan bien como cualquier otro y se ha quedado el genotipo 3 casi exclusivamente como el genotipo más difícil de tratar, especialmente en pacientes con una fibrosis avanzada. Queremos contrastar la eficacia de los fármacos pangenotípicos frente al estándar de tratamiento de la generación anterior para el GT3, sofosbuvir/daclatasvir (SOF/DCV). Presentamos los datos de nuestra cohorte de pacientes GT3, con resultado de semana 12 post tratamiento (RVS12) hasta junio 2019.

Objetivos: Evaluar la eficacia en vida real de las combinaciones pangenotípicas SOF/velpatasvir (VEL) y glecaprevir/pibrentasvir (GLE/PIB) con respecto a SOF/DCV en pacientes GT3 tratados en el Hospital General de Valencia desde marzo 2015 a junio 2019.

Métodos: Análisis retrospectivo de todos los pacientes tratados con antivirales de acción directa (AAD) hasta junio 2019 (Enfermedades Infecciosas y Hepatología). Se analizaron las tasas de RVS12. Análisis descriptivo y comparativo efectuado en SPSS frente a 24 mediante pruebas no paramétricas.

Resultados: Nuestra cohorte incluye 147 pacientes, 80% hombres, 18,5% tratados previamente, edad media 51,3 años. Obtuvimos datos de RVS12 en 128 de ellos. Fracasaron 5 pacientes: 3 en el grupo de DCV, 1 en el grupo de pacientes tratados con SOF/VEL y uno en el grupo (GLE/PIB). La distribución por AAD y estadio de fibrosis se detalla en las tablas.

		Antiviral de acción directa			
		Epclusa	Maviret	Daklinza	Total
Estadio fibrosis	F0 (2,5-5,4)	16 (23,5%)	5 (21,7%)	1 (1,8%)	22 (15%)
	F1 (5,5-7,6)	21 (30,9%)	6 (26,1%)	6 (10,7%)	33 (22,5%)
	F2 (7,7-9,5)	3 (4,4%)	4 (17,4%)	17 (30,4%)	24 (16,3%)
	F3 (9,6-12,4)	9 (13,2%)	2 (8,7%)	8 (14,3%)	19 (12,9%)
Total	68 (100%)	23 (100%)	56 (100%)	147 (100%)	

		Antiviral de acción directa			
		Epclusa	Maviret	Daklinza	Total
Tratado previamente para VHC	No	59 (86,77%)	23 (100%)	38 (67,86%)	120 (81,6%)
	Sí	9 (13,23%)	0 (0%)	18 (32,14%)	27 (18,34%)
Total		68	23	56	147

Conclusiones: La mayoría de los pacientes alcanza RVS con AAD. A pesar de la impresión subjetiva de que los fármacos pangenotípicos son más eficaces, nuestros datos retrospectivos no son concluyentes con dicha idea aún cuando el grupo de SOF/DCV presenta mayores tasas de fibrosis avanzada y pacientes pretratados. Hacen falta más estudios y un mayor número de pacientes para evaluar estas diferencias en las tasas de respuesta viral sostenida.

P-23. RESULTADOS EN LA VIDA REAL CON SOFOSBUVIR/VELPATASVIR EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL DE MADRID

G. Hernández García¹, A. Suárez Simón¹, A. Caro Leiro¹, J. Sanz Moreno¹ y C. Dueñas Gutiérrez²

¹Hospital Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares; ²Hospital Clínico Universitario, Valladolid.

Objetivos: Analizar las características de los pacientes, la tasa de curación, así como los efectos secundarios tanto de mono infectados como coinfectados por el VHC y VIH, tratados con sofosbuvir/velpatasvir (S/V).

Métodos: Se ha realizado un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo de todos los pacientes tratados con S/V, que iniciaron tratamiento 15 semanas antes del fin del estudio (1 de enero de 2019) en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares, Madrid. Se empleó un paquete estadístico SPSS V.18 para el análisis de los datos.

Resultados: Se incluyeron 46 pacientes, 29 de los cuales eran varones (63%) con una mediana de edad de 53 años (47-58). El 24% estaba coinfectado por el VIH y ninguno de ellos por VHB. Entre los pacientes VIH positivos, el 45% estaban en tratamiento antirretroviral con abacavir/lamivudina/dolutegravir. Respecto al genotipo, 19 pacientes (41%) eran 3, 7 (15%) eran 1B, 6 (13%) eran 1A, 6 (13%) eran 4, 6 (13%) eran bigenotípicos y 2 (4%) eran 2. En cuanto a datos de fibroelasticidad, 22 pacientes (48%) presentaban un grado de fibrosis F0-F1, 10 pacientes (22%) F4, 8 pacientes (17%) F2 y 6 pacientes (13%) F3. La CV media al inicio del tratamiento fue 7,6 log₁₀ IU/ml. Todos los pacientes realizaron tratamiento durante 12 semanas, salvo 2 con cirrosis que lo realizaron durante 14 semanas. 44 pacientes (96%) presentaron una respuesta viral sostenida (RVS) a las doce semanas. Dos pacientes seropositivos presentaron fracaso virológico (genotipo 4, Fibroscan F3). La CV de VIH se mantiene indetectable en los pacientes incluidos en el estudio.

Conclusiones: La coformulación de S/V alcanzó una tasa de RVS de 96%, al igual que lo publicado previamente. La baja tasa de fracaso

virológico no se vio afectada por la carga viral ni por el grado de fibrosis. En cuanto a la población VIH positiva, hubo dos fracasos virológicos, sin que estos tuviesen repercusión en la CV del VIH. sofosbuvir/velpatasvir es un tratamiento eficaz y bien tolerado tanto para pacientes mono infectados como coinfectados por VHC, independientemente de la carga viral de VHC, del genotipo, del grado de fibrosis y sin afectar la CV del VIH.

P-24. RESULTADOS EN LA VIDA REAL DEL TRATAMIENTO CON SOFOSBUVIR/VELPATASVIR EN PACIENTES CON VHC GENOTIPO 3

G. Zapico Aldea¹, L. Rodríguez Fernández¹, C.J. Dueñas Gutiérrez¹, I. Usategui Martín¹, J.M. Martín Guerra¹, G. Hernández García², E. Tapia Moral¹ y S. Gutiérrez González¹

¹Hospital Clínico Universitario, Valladolid; ²Hospital Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares.

Objetivos: Analizar las características epidemiológicas, tolerabilidad y tasa de curación de hepatitis C en pacientes con genotipo 3 tratados con sofosbuvir/velpatasvir (SOF/VEL), tanto mono infectados como coinfectados por el VIH.

Métodos: Estudio descriptivo observacional de todos los pacientes que habían completado tratamiento con SOF/VEL desde su introducción en dos hospitales de segundo y tercer nivel, respectivamente. Se analizaron variables demográficas, así como la carga viral antes del tratamiento, al finalizarlo y a las 12 semanas.

Resultados: Se incluyeron un total de 43 pacientes, 69% varones, con una edad media de 50,8 años. 10 de las cuales estaban coinfectados con VIH, y en tratamiento con emtricitabina/tenofovir más darunavir/p (2) o rilpivirina (2) en 4 pacientes; con abacavir/lamivudina con dolutegravir (3), raltegravir (1) o atazanavir (1) en 5 pacientes; y con lamivudina/dolutegravir/maraviroc en 1 paciente. Incluimos 38 pacientes naïve, 3 recaídas y 2 discontinuaciones por efectos adversos. Todos ellos recibieron 12 semanas de tratamiento con SOF/VEL. La elastografía hepática mostraba un grado de fibrosis F0-F1 en 20 pacientes (46,5%), F2 en 7 pacientes (16,3%), F3 en 4 pacientes (9,3%) y de F4 en 12 pacientes (27,9%), de los cuales 6 asociaron ribavirina. La carga viral media al inicio del tratamiento era de 1,720.000, siendo superior a 800,000 en 20 pacientes. Todos ellos, independientemente del género, carga viral, grado de fibrosis o presencia de coinfección presentaron carga viral indetectable al finalizar el tratamiento, con buena tolerancia al fármaco, que se confirmaba a las 12 semanas también con respuesta viral sostenida (RVS).

Conclusiones: La RVS a la semana 12 tras tratamiento con SOF/VEL, llega a estar muy cerca del 100% en los subgrupos con características basales más favorables. Sin embargo, las tasas de RVS12 más bajas se han observado en pacientes con genotipo 3 y características basales desfavorables (variaciones asociadas a resistencia de la proteína NS5A, carga viral basal ≥ 800.000 UI/ml, cirróticos y/o pretratados) siendo, según el ensayo ASTRAL-3, la respuesta viral sostenida del 91% en los pacientes con genotipo 3 cirróticos frente al 97% de los no cirróticos. La coformulación S/V alcanzó una RVS 12 en el 100% de nuestros pacientes. A pesar de ser genotipo 3, no se ha visto afectado por ningún factor de complicación. Por tanto, sofosbuvir/velpatasvir es un fármaco más efectivo en vida real para el tratamiento de la hepatitis C genotipo 3 independientemente de las características del virus, de los pacientes o de sus comorbilidades.

P-25. SIMILAR EFICACIA DE LOS AAD DE ÚLTIMA GENERACIÓN EN PACIENTES COINFECTADOS POR VIH/VHC Y MONOINFECTADOS POR VHC

J. Macías Sánchez¹, F. Téllez², R. Granados³, D. Merino⁴, J. Cucurull-Casona⁵, A. Camacho⁶, A. Morano⁷, L. García-Fraile⁸, M. Paniagua-García⁹, F.J. Vera Méndez¹⁰, M. García Deltoro¹¹, H. Albedín¹², R. Palacios¹³, A. Collado¹⁴ y J.A. Pineda¹

¹Hospital Universitario de Valme, Sevilla; ²Hospital Universitario Puerto Real, Cádiz; ³Hospital Universitario Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria; ⁴Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva; ⁵Hospital de Figueras-Fundació Salut Empordà, Lleida; ⁶Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba; ⁷Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro. Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur, Vigo; ⁸Hospital Universitario de La Princesa, Madrid; ⁹Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla; ¹⁰Hospital Universitario Santa Lucía, Cartagena; ¹¹Hospital General Universitario de Valencia, Valencia; ¹²Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia; ¹³Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga; ¹⁴Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería.

Introducción y objetivos: Las tasas de respuesta viral sostenida (RVS) al tratamiento con las combinaciones de AAD libres de interferón, disponibles desde 2015, de los pacientes coinfectados por VIH/VHC son menores que la de los mono infectados por VHC, fundamentalmente debido a una mayor tasa de recaídas. Este efecto era especialmente visible en situaciones que podían comprometer la RVS, como en los acortamientos de la duración estándar del tratamiento. Las nuevas pautas de AAD disponibles actualmente son más eficaces globalmente. Sin embargo, se desconoce si la RVS a estas combinaciones en los pacientes coinfectados por VIH/VHC siguen siendo inferiores a las de los pacientes mono infectados por VHC. Por este motivo, comparamos la respuesta a las combinaciones de AAD de última generación entre pacientes coinfectados por VIH/VHC y mono infectados por VHC.

Métodos: La cohorte HEPAVIR-DAA, que recluta pacientes coinfectados por VIH/VHC, y la cohorte GEHEP-MONO, que incluye individuos mono infectados por VHC, son cohortes prospectivas multicéntricas abiertas que incluyen pacientes que inician tratamiento frente a la infección por VHC. Se compararon las tasas de RVS12, recaídas, abandonos voluntarios y suspensiones por efectos adversos entre los pacientes coinfectados por VIH/VHC y los mono infectados por VHC, globalmente y por pauta de AAD (GZR/EBR, SOF/VEL, GLE/PIB). El análisis de RVS12 se hizo por intención de tratar (ITT) y por protocolo (PP).

Resultados: En las cohortes, 347 coinfectados por VIH/VHC y 578 pacientes mono infectados por VHC han alcanzado la fecha de evaluación de RVS12. La tasa de RVS12 (ITT) de los coinfectados fue 96,5% [intervalo de confianza 95% (IC95%): 94-98%] comparada con 94,3% (IC95%: 92-96%) de los mono infectados ($p = 0,123$). La proporción de distintos desenlaces del tratamiento en los pacientes coinfectados frente a mono infectados fueron: recaídas, 1,4 frente a 1,2% ($p = 0,771$); suspensiones por efectos adversos: 0 frente a 0,7% ($p = 0,303$); abandonos: 2,6 frente a 4,3% ($p = 0,175$). La frecuencia de RVS12 (ITT) de los coinfectados frente a mono infectados según pauta de AAD fue: GZR/EBR ($n = 289$), 96,7 ($n/N = 186/199$) frente a 93,5% ($n/N = 87/90$) ($p = 0,406$); SOF/VEL ($n = 410$), 96,5 ($n/N = 195/202$) frente a 93,3% ($n/N = 194/208$) ($p = 0,134$); GLE/PIB ($n = 226$), 96,5 ($n/N = 53/55$) frente a 96,4% ($n/N = 165/171$) ($p = 0,964$). La tasa de RVS12 (PP) de los coinfectados fue 98,2% (IC95%: 96-99%) comparada con 98,4% (IC95%: 97-99%) de los mono infectados ($p = 0,868$).

Conclusiones: La respuesta de los pacientes coinfectados por VIH/VHC a los AAD actualmente disponibles son superponibles a las de los mono infectados por VHC. Al contrario de lo observado con pautas de AAD más antiguas, la frecuencia de recaídas no mostró diferencias según el estatus de infección por VIH.

P-26. USO CONCOMITANTE DE AAD Y FÁRMACOS CON ACCIÓN SOBRE EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (SNC): CONSIDERACIONES EN EL PERFIL ACTUAL DEL PACIENTE CON HEPATITIS C

A. Sicras Mainar¹ y R. Morillo-Verdugo²

¹Real Life Data, Madrid; ²Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.

Introducción y objetivos: Recientemente se ha reportado una alta tasa de comorbilidad y comedicación en población española con hepatitis C. Se ha evaluado el potencial impacto de uso concomitante de los fármacos sobre SNC y los nuevos AADs pangenotípicos.

Métodos: Subanálisis de un estudio observacional, multicéntrico y de carácter retrospectivo, en el que durante el año 2017 se identificaron 3.430 pacientes españoles con hepatitis C y su medicación concomitante asociada. En este subanálisis se identificaron aquellos que estaban recibiendo como medicación concomitante uno de los siguientes grupos terapéuticos con acción sobre el SNC: anticonvulsivantes, analgésicos opioides, antidepresivos, ansiolíticos, antipsicóticos, sedantes o hipnóticos. Se procedió a realizar un análisis descriptivo de los fármacos sobre SNC más empleados en nuestro país en esta población. Estos datos se cruzaron con las potenciales interacciones farmacológicas (DDIs) descritas por la herramienta de la Universidad de Liverpool (abril 2019) con los AADs pangenotípicos (AAD panG) disponibles en España (GLE/PIB, SOF/VEL y SOF/VEL/VOX).

Resultados: Se identificaron 1.170 pacientes (34%) con hepatitis C que estaban recibiendo medicación concomitante con acción en SNC (grupo ATC N): 744 (28%) pacientes con psicolepticos-ansiolíticos, 679 (20%) con psicoanalépticos-antidepresivos, 494 (14%) antiepilépticos y 429 (13%) analgésicos. Entre los principios activos pertenecientes a estos grupos terapéuticos y que mostraran potenciales DDIs con un AAD panG destacaron (> 10 pacientes): quetiapina (n = 117), fentanilo (79), paliperidona (79), buprenorfina (51), oxicodona (38), aripiprazol (33), oxcarbazepina (32) y clotiapina (19). La magnitud de las DDIs se etiquetan en Liverpool como contraindicación (oxcarbazepina), débiles (buprenorfina y clotiapina) y significativas (el resto). Con GLE/PIB siete de los ocho fármacos sobre SNC mostraban potenciales DDIs (1 contraindicación y 6 significativas), tres con SOF/VEL/VOX (1 contraindicación, 1 significativa y 1 débil), y dos con SOF/VEL (1 contraindicación y 1 débil) (tabla).

Potenciales interacciones farmacológicas entre los AADs PanG y los fármacos sobre el SNC (n = 1.170)

AAD PanG	n	Fármaco SNC	Magnitud DDI
GLE/PIB	32	Oxcarbazepina	Contraindicado
	117	Quetiapina	Significativa
	79	Fentanilo	
	79	Paliperidona	
	38	Oxicodona	
	33	Aripiprazol	
	19	Clotiapina	Débil
SOF/VEL/VOX	32	Oxcarbazepina	Contraindicado
	79	Paliperidona	Significativa
	51	Buprenorfina	Débil
SOF/VEL	32	Oxcarbazepina	Contraindicado
	51	Buprenorfina	Débil

Conclusiones: En este análisis se evidencia que en uno de cada tres pacientes con hepatitis C existe un uso concomitante de fármacos para el SNC, siendo importante de cara a la simplificación del tratamiento de la hepatitis C la selección de un AAD PanG con ausencia de interacciones con este grupo farmacológico.

Coinfección VIH/VHC

P-27. ANÁLISIS DE CONCORDANCIA DE MÉTODOS NO INVASIVOS DE ESTIMACIÓN DE LA FIBROSIS CON ELASTOGRAFÍA HEPÁTICA EN COINFECTADOS VIH/VHC

M. Correa Matos, M.D.C. Pecero Hormigo, L.N. López Lara, O. Durán Torres, Á. Agea García, L. Gámez Salazar, A.M. Gómez Hurtado y A. González Nieto

Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres.

Objetivos: Comparar los métodos no invasivos de estimación de fibrosis hepática (marcadores séricos) con la elastografía hepática en pacientes coinfectados VIH/VHC previo al tratamiento con antivirales de acción directa (AAD) en el Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres (CHUC) en un periodo de tiempo desde octubre 2018-mayo 2019.

Métodos: Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo en el que se comparan los índices predictivos de fibrosis hepática que incluyen datos clínicos y/o analíticos con la elastografía hepática a través de la revisión de las historias clínicas digitalizadas. Se han empleado marcadores indirectos basados en pruebas diagnósticas hematológicas de rutina denominados: Relación AST/ALT, Forns, Fibroindex, APRI y FIB-4. Se analizó la concordancia entre los métodos indirectos y la elastografía hepática a través del índice kappa de Cohen. El nivel de significación utilizado fue $p \leq 0,05$. Se analizaron los datos con el programa SPSS versión 21.0.

Resultados: Del total de pacientes analizados, 77,8% fueron varones. El 22,2% de los pacientes presentaban una edad comprendida entre 30 y 50 años. La media de los valores obtenidos en la elastografía hepática al inicio del tratamiento fue de 5,76 KPa. Analizando los métodos no invasivos de estimación de fibrosis hepática, el valor medio del índice de Forns fue de 5,77, Fibroindex de -1,85, APRI de 0,67, FIB-4 de 2,19, así como la relación AST/ALT de 0,71. En el análisis de concordancia entre el índice de Forns y la elastografía hepática, se observó una concordancia del 88,9% con un índice de kappa de Cohen de 0,609 ($p = 0,047$), con el índice de APRI del 100% (kappa 1,0; $p = 0,03$) y con el FIB-4 del 88,9% (kappa 0,609; $p = 0,047$). No se obtuvieron resultados estadísticamente significativos en el análisis de asociación con el Fibroindex.

Conclusiones: Con el objetivo de mejorar los medios para el diagnóstico y seguimiento de pacientes coinfectados de VIH/VHC, se requiere la realización de pruebas reproducibles y no invasivas, especialmente en los centros hospitalarios en los que no se dispone de elastografía hepática. En nuestro estudio, hemos demostrado la elevada concordancia que existe entre los métodos no invasivos predictivos con la elastografía hepática, especialmente con APRI.

P-28. ANÁLISIS DE LAS COMORBILIDADES Y DEL USO DE POLIFARMACIA EN PACIENTES CON MONOINFECCIÓN VHC Y COINFECCIÓN VIH-VHC EN UNA COHORTE DEL SURESTE ESPAÑOL

F.J. Vera Méndez, A. García Pérez, O. Martínez Madrid, L. Martínez Fernández, J. Trujillo Santos, M.H. García Lagunar, I. García Muñoz, M.J. del Amor Espín, V. Cavas García, M. Alcolea López, R. Rojano Torres, B. Alcaraz Vidal, A. Jimeno, N. Cobos Trigueros, M. Alcalde, F. Vera Izquierdo y J. García García

Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena.

Introducción: Las comorbilidades y el uso de polifarmacia pueden favorecer en la población con hepatopatía crónica C una disminución de la esperanza de vida y un mayor grado de complejidad en el manejo del tratamiento antiviral.

Objetivos: Describir el tipo y frecuencia de comorbilidades, así como el uso de polifarmacia en pacientes con mono infección VHC (MONO) y coinfección VIH-VHC (COINF) que inician una terapia antiviral con AAD.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo en el que se analizan durante el periodo 1 de abril de 2015-30 de mayo de 2019 el grado y tipo de comorbilidades asociadas a la hepatitis C, así como el consumo de polifarmacia en pacientes con MONO y COINF que recibieron una terapia antiviral basada en regímenes de AAD libres de interferón.

Resultados: En 77/91 (85%) de MONO y en 119/129 COINF (92%) ($p = 0,07$) presentaron comorbilidad (≥ 1), asociada a hepatitis C (tabla). El índice de Comorbilidad Charlson fue $2,71 \pm 1,76$ en MONO y $5,22 \pm$

3,58 en COINF ($p < 0,001$). En 95/220 (43,2%) de los casos se describe consumo de polifarmacia (≥ 3). Por poblaciones, en 32/91 (35%) MONO y 63/129 (49%) COINF se observó consumo de polifarmacia ($p = 0,04$).

Comorbilidades

Comorbilidad	Monoinfección VHC (N = 91)	Coinfección VIH-VHC (N = 129)	p
HTA	N = 22 (24,2%)	N = 30 (23,3%)	0,87
Diabetes	N = 10 (11%)	N = 13 (10,1%)	0,82
Dislipemia	N = 13 (14,3%)	N = 29 (22,5%)	0,12
I. renal crónica	N = 3 (3,3%)	N = 11 (8,5%)	0,11
Cirrosis	N = 23 (25%)	N = 28 (21%)	0,52
Enolismo activo/reciente	N = 11 (12,1%)	N = 20 (15,5%)	0,47
Consumo cannabis	N = 14 (15,4%)	N = 16 (12,4%)	0,52
CP isquémica	N = 2 (2,2%)	N = 4 (3,1%)	0,68
E. cerebrovascular	N = 1 (1,1%)	N = 2 (1,6%)	0,79
Deterioro neurocognitivo	N = 1 (1,1%)	N = 7 (5,4%)	0,09
T psiquiátricos	N = 30 (33%)	N = 64 (49,6%)	0,01
Arteriopatía periférica	N = 1 (1,1%)	N = 3 (2,3%)	0,502
Lipodistrofia	N = 0 (0,0%)	N = 17 (13,2%)	0,001
Obesidad (IMC ≥ 30)	N = 12 (13,2%)	N = 9 (7,0%)	0,12
Osteopenia/osteoporosis	N = 1 (1,1%)	N = 19 (14,7%)	0,001
Polineuropatía S-M	N = 1 (1,1%)	N = 8 (6,2%)	0,06
T convulsivos	N = 1 (1,1%)	N = 6 (4,7%)	0,13
Neoplasia	N = 6 (6,6%)	N = 12 (9,3%)	0,47
EPOC	N = 4 (4,4%)	N = 16 (12,4%)	0,04
Tabaquismo	N = 42 (46,2%)	N = 67 (51,9%)	0,39

Conclusiones: En nuestro estudio se describe un mayor grado de comorbilidad (I. Charlson) y uso de polifarmacia (≥ 3) en la población con coinfección VIH-VHC, destacando en esta, una mayor proporción de T. psiquiátricos, lipodistrofia, EPOC y trastornos del metabolismo óseo.

P-29. CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES EPIDEMIOLÓGICAS, GENOTÍPICAS Y ELASTOGRÁFICAS DE LAS POBLACIONES CON MONOINFECCIÓN VHC Y COINFECCIÓN VIH-VHC EN EL ÁREA SANITARIA DE CARTAGENA, MURCIA. PERIODO 2015-2019

A. García Pérez, F.J. Vera Méndez, J. Trujillo Santos, L. Martínez Fernández, M.H. García Lagunar, I. Muñoz García, M.J. del Amor Espín, O. Martínez Madrid, B. Alcaraz Vidal, A. Jimeno Almazán, M. Alcalde Encinas y J. García García

Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena.

Introducción: Se han descrito diferencias epidemiológicas, demográficas y elastográficas en poblaciones con monoinfección VHC (MONO) y coinfección VIH-VHC (COINF), que pueden ser relevantes en el grado de eficacia y tolerabilidad a un régimen de AAD, así como en la evolución clínica de la hepatopatía crónica.

Objetivos: Analizar las características demográficas, genotípicas y elastográficas diferenciales en las poblaciones con monoinfección (MONO) VHC y coinfección (COINF) VIH-VHC en seguimiento tras iniciar un tratamiento con AAD en una Unidad de enfermedades infecciosas.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo en el que se analizaron variables epidemiológicas (edad, sexo), distribución de genotipos (GT 1-4), y el grado fibrosis basal y por estadios (F0-F2; F3-F4) antes de iniciar una terapia AAD libre de interferón en una Unidad de enfermedades infecciosas que atendió y trató a pacientes MONO y COINF durante el periodo 1 de abril de 2015 al 1 de junio de 2019.

Resultados: Un total de 221 pacientes, 91 sujetos monoinfectados VHC (41%) y 130 coinfectados (59%) fueron analizados. Predominó el género masculino en ambas poblaciones (79% MONO, 75% COINF, $p = N.S$), siendo la edad media $51,7 \pm 9,9$ en MONO y $50,3 \pm 5,5$ en COINF, ($p = N.S$). La distribución de genotipos (GT) en MONO frente a COINF fue: GT1a (N = 26; 29%, frente a N = 54; 42%), GT 1b (N = 28; 31% frente a N = 23; 18%), GT 2 (N = 3; 3,3% frente a N = 1; 0,8%), GT 3 (N

= 16; 18% frente a N = 20; 15%), GT 4 (N = 18; 20%; N = 32; 15%) ($p = 0,06$). La media global de fibrosis medida por elastografía transicional (Kpa) en la cohorte (N = 221) antes de iniciar un régimen AAD fue $12,9 \pm 11$. La determinación de la fibrosis media basal (Kpa) en ambas poblaciones fue: MONO ($14,5 \pm 13$) frente a COINF ($11,9 \pm 10,7$) ($p = 0,19$). La distribución del grado de fibrosis en MONO y COINF respectivamente fue: F0-F2 [N = 39 (46%) frente a N = 77 (61%)], F3-F4 [N = 46 (54%) frente a N = 49 (39%)] ($p = 0,029$).

Conclusiones: En nuestra cohorte predominó el género masculino, destacando el GT 1b en sujetos monoinfectados VHC y el GT1a en sujetos coinfectados. La media de fibrosis basal fue elevada en ambas poblaciones (12,9 Kpa). Antes de iniciar un primer régimen de AAD libre de interferón se observó una mayor proporción de sujetos MONO con fibrosis significativa (F3-F4) que en con la población coinfectada VIH-VHC.

P-30. COINFECCIÓN VIH/VHC: FACTORES DE RIESGO PARA MANTENER LA VIREMIA VHC

P. Herrero Rodríguez, Ó. Lorente Furió, A. Broch Petit, V. Boschín Navarro, C. de Andrés David, C. Nardini, Y. Cabanes Hernández, I. Mateo González, C. Ricart Olmos, V. Abril López de Medrano, P. Rubio Cuevas, N. Gómez Muñoz, E. Ortega González y M. García Deltoro

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia.

Introducción y objetivos: Pese a los avances en el tratamiento del VHC, seguimos encontrando pacientes con coinfección VIH/VHC. Analizamos los motivos de infección activa en la cohorte de pacientes coinfectados en 2019 de un hospital terciario y describimos las características que dificultan la curación del VHC.

Métodos: Revisamos la historia clínica electrónica de aquellos pacientes coinfectados VIH/VHC que persisten con carga viral detectable para el VHC a fecha de 31 de junio 2019. Los datos fueron obtenidos de nuestra base de datos Mediadd y el análisis estadístico se realizó con STATA v14.0.

Resultados: Nuestra cohorte incluye 20 pacientes VHC/VIH con viremia positiva para VHC. Las características generales de la muestra son: edad mediana de 48,5 (IQR 9,5) años, 65% hombres. Todos tenían prescrito tratamiento antirretroviral y el 80% se encontraban indetectables en la última analítica disponible, si bien la mayoría de pacientes (58,3%) presentaban pérdidas de seguimiento de hasta 2 años. En cuanto al VHC, el genotipo más frecuente es el 1a (63,16%), con una carga viral basal VHC mediana de 3.990.000 UI/ml (IQR 3.843.000). Solo un 40% de los pacientes se habían realizado Fibros-can, la mitad presentaba un F0 previa al tratamiento. La mayoría de los pacientes no habían sido tratados previamente (62,5%). En cuanto al tratamiento actual, 4 pacientes (20%) habían iniciado tratamiento entre finales de 2018 y principios de 2019 y estaban pendientes de comprobar RVS. Del 80% que todavía no había iniciado tratamiento, más de la mitad de los pacientes (56,25%) habían dejado de acudir a la consulta. Un 20% continuaba el seguimiento, pero de forma errática por lo que no se había propuesto iniciar tratamiento. Solo hay un paciente (6,25%) pendiente de iniciar tratamiento. En el resto de los casos (17,5%) no ha sido posible averiguar el motivo. Se han detectado posibles factores de riesgo asociados a la ausencia de tratamiento: comorbilidad psiquiátrica (62,50% en tratamiento psiquiátrico, 61,54% con más de un grupo farmacológico y 30,77% solo con BDZ), consumo de drogas (25% en consumo activo conocido y 43,75% en tratamiento de deshabituación) e internamiento en centro penitenciario (18,75% pacientes).

Conclusiones: Pese a la eficacia de los nuevos fármacos para el VHC, sigue existiendo un grupo de pacientes difíciles de tratar por la escasa adherencia a las consultas, lo que dificulta iniciar el tratamiento o

asegurar cumplimentación. Por tanto, hay que potenciar o desarrollar nuevas medidas para conseguir ligarlos al Sistema Sanitario.

P-31. ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LA PATOLOGÍA TUMORAL EN LA POBLACIÓN COINFECTADA VIH-VHC TRAS AAD

F. Mayor Sanabria, L. García-Fraile Fraile e I. de los Santos Gil

Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

Introducción: Los antivirales de acción directa (AAD) supusieron una revolución en el tratamiento del virus de la hepatitis C (VHC) por su elevada eficacia y tolerabilidad. Sin embargo, desde su introducción en la práctica clínica, algunos trabajos apuntaron a un aumento de efectos adversos graves, como tumores, tras su uso. Ha sido especialmente estudiada la aparición o recidiva del hepatocarcinoma (HCC), de características más agresivas y precoces según algunos reportes. La población coinfectada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el VHC es una colectiva poco representado en estos estudios pero es de especial interés, por su inmunodepresión y complejidad clínica, en el caso de que los AAD se relacionaran con estos eventos.

Objetivos: Describir las características de la patología tumoral que aparece tras el tratamiento con AAD en una población de pacientes coinfectados VIH-VHC.

Métodos: Se revisaron las historias clínicas de 172 pacientes coinfectados VIH-VHC que fueron tratados con AAD y seguidos posteriormente en la Unidad de Enfermedades Infecciosas de nuestro centro entre julio de 2015 y septiembre de 2018.

Resultados: Se detectaron 11 eventos tumorales en 10 pacientes (5,8%), con una tasa de incidencia de 22,7 casos por 1.000 pacientes año y una mediana de tiempo desde el fin del tratamiento con AAD hasta su aparición de 13,5 meses (rango intercuartílico 8). Todos ellos corresponden a tumores no definitivos de SIDA (TNDS), encontrando 4 casos de carcinomas pulmonares, 2 carcinomas epidermoides de cabeza y cuello, 2 carcinomas urológicos, así como 1 linfoma, 1 HCC y 1 recidiva de cáncer de mama con afectación metastásica al diagnóstico. Dos pacientes fallecieron durante el seguimiento, debido a la progresión tumoral.

Conclusiones: La tasa de incidencia de TNDS tras AAD reportada en este trabajo es superior a la descrita en la literatura en cohortes de población mono infectada VIH. Sin embargo, las características de los tumores son similares, en líneas generales, a las reportadas en los mismos estudios. La falta de representación de población coinfectada en la literatura y la heterogeneidad metodológica de los estudios disponibles dificulta establecer el papel de los AAD y la coinfección en el desarrollo de tumores, por lo que se precisan más estudios al respecto.

P-32. EVOLUCIÓN DE LA FUNCIÓN RENAL EN PACIENTES COINFECTADOS VIH-VHC TRAS LA CURACIÓN CON AAD. DATOS DE SEGUIMIENTO AL AÑO DE LA RVS12

A. Bautista Hernández, D. Martín Iglesias, L.J. García-Fraile Fraile, I. de los Santos Gil y J. Sanz Sanz

Hospital de La Princesa, Madrid.

Introducción: La infección por VHC afecta a la función renal. Descubrimos qué ocurre en el nuevo escenario de curación con AAD en pacientes coinfectados VIH-VHC.

Objetivos: Determinar la evolución de la función renal y parámetros relacionados tras la curación de pacientes coinfectados.

Métodos: Estudio retrospectivo, cohorte de pacientes coinfectados tratados con AADs (sin rivabirina) desde julio de 2015 hasta la actualidad, en una consulta especializada. Analizamos variables demográficas

y clínicas basales y en el momento del fin de tratamiento (FT) y al año de la respuesta viral sostenida en la semana 12 tras el FT (RVS12). **Resultados:** Se incluyeron 116 pacientes con RVS12. Datos basales: edad media 50 años (DE 4); hombres 87 (75%); grado de fibrosis por Fibroscan F0-1 64 (55,2%), F2 30 (25,9%), F3 11 (9,5%), F4 (9,5%); índice de Charlson (IC) mediana 2 (RIC 1-5). Alcanzan RVS24 109 (94%); 6 pacientes no han alcanzado la S24, 1 fracasó al tratamiento. Los valores de creatinina, urea y EFG basales y de seguimiento se muestran en la tabla: aumento de la creatinina 0,05 mg/dl ($p < 0,05$) y disminución de EFG 7,7 ml/min ($p < 0,05$) al año de RVS12. Análisis por subgrupos: aumento de creatinina 0,008 mg/dl en < 50 años y 0,0569 mg/dl en > 50 años ($p = 0,061$); aumento de 0,037 mg/dl en cirróticos y de 0,009 mg/dl en no cirróticos ($p = 0,530$); aumento de 0,03 mg/dl en pacientes sin comorbilidad y de 0,05 mg/dl en pacientes con IC > 2 ($p = 0,514$). Desciende la EFG 2,31 ml/min en < 50 años y 2,58 ml/min en > 50 años ($p = 0,370$); en cirróticos 6,5 ml/min frente a 2,44 ml/min en no cirróticos y en pacientes sin comorbilidades 2,83 ml/min frente a 2,31 ml/min en pacientes con IC > 2 ($p = 0,579$).

	Basal	Fin tratamiento	1 año tras RVS12	Diferencia	p
Creatinina (mg/dl)	0,87	0,92	0,93	+0,05	0,004
Urea (mg/dl)	31	33	33	+2	0,07
EFG (ml/min)	94,5	88,3	86,9	-7,6	0,019
Fósforo (mg/dl)	3,3	3,4	3,4	+0,1	0,149

Conclusiones: La función renal se afecta por la edad, presencia de cirrosis y comorbilidades. Observamos un descenso de EFG de forma global 7,7 ml/min al año de la RVS12; existe tendencia al mayor descenso en > 50 años. En el resto de grupos los datos no son significativos. Sería recomendable realizar estudios similares en cohortes más amplias y durante un periodo de seguimiento mayor para poder extraer más conclusiones.

P-33. IMPACTO DE LA CURACIÓN CON AAD DE LOS PACIENTES COINFECTADOS VIH-VHC EN EL PERFIL LIPÍDICO Y EN LA POLIFARMACIA. DATOS DE SEGUIMIENTO AL AÑO DE LA RVS12

A. Bautista Hernández, D. Martín Iglesias, L.J. García-Fraile Fraile, I. de los Santos Gil y J. Sanz Sanz

Hospital de La Princesa, Madrid.

Introducción: Asistimos a un nuevo escenario de curación de pacientes con coinfección VIH-VHC con el uso de los AAD. Estos pacientes presentan comorbilidades que requieren el uso de varios fármacos. Se ha descrito en algunas series un empeoramiento del perfil lipídico que conlleva un aumento en la polifarmacia.

Objetivos: Evaluar el impacto de la curación con AAD en el perfil lipídico y la toma de medicación concomitante.

Métodos: Estudio retrospectivo de una cohorte de pacientes con coinfección VIH-VHC tratados con AADs (pautas libres de rivabirina) desde julio de 2015 hasta la actualidad, en una consulta especializada en el Hospital de la Princesa (Madrid). Se analizaron variables demográficas y clínicas basales, así como valores de CT y aumento en la toma de fármacos al año de la respuesta viral sostenida en la semana 12 tras el FT (RVS12). Se definió polifarmacia como la toma de 4 o más fármacos en la visita basal.

Resultados: Se incluyeron 116 pacientes con RVS12. Datos basales: edad media 50 años (DE 4); hombres 87 (75%); grado de fibrosis por Fibroscan F0-1 64 (55,2%), F2 30 (25,9%), F3 11 (9,5%), F4 (9,5%); índice de Charlson mediana 2 (RIC 1-5); polifarmacia 73 (63,5%). Alcanzan RVS24 109 (94%); 6 pacientes no han alcanzado todavía la S24 en el momento del corte y 1 ha fracasado al tratamiento. El valor medio de CT basal es 172,5 mg/dl (DE 145-194) y al año de la RVS12 es 184,5

mg/dl (DE 165,25-202,75): aumento de 12 mg/dl ($p < 0,001$). No hay correlación entre el aumento de CT y la edad > 50 años ($p = 0,073$), ni con la cirrosis ($p = 0,928$), ni con un IC > 2 ($p = 0,388$), ni con la polifarmacia previa ($p = 0,374$). En todos los pacientes con empeoramiento de la cifra de CT se recomendaron medidas higiénico-dietéticas para su control. Se registró aumento de número de fármacos en 5 pacientes (5,5%): 5 iniciaron hipolipemiantes y 1 de ellos también antihipertensivo.

Conclusiones: La curación de la infección por VHC en pacientes coinfectados se asocia con un aumento significativo del colesterol de forma global pero solo 5 pacientes tuvieron que iniciar tratamiento dirigido. No aumenta la polifarmacia en el global de pacientes. Sería recomendable realizar estudios similares en cohortes más extensas y durante al menos 2 años de seguimiento para continuar extrayendo conclusiones.

P-34. IMPACTO SOBRE LA MORTALIDAD DEL TRATAMIENTO CON PAUTAS LIBRES DE INTERFERÓN. ANÁLISIS DE UNA COHORTE DE PACIENTES COINFECTADOS TRATADOS ENTRE 2014 Y 2018 (N: 944)

M. Navarro, S. Calzado, S. López-Góngora, O. Gasch, L. Falgueras, M.L. Machado, E. van den Eynde y M. Cervantes

Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell.

La mortalidad por causa hepática y cualquier causa está incrementada en los pacientes coinfectados por VIH y VHC, incluso cuando el VIH está controlado por el tratamiento. Los tratamientos antiVHC con interferón demostraron reducir la mortalidad global y la hepática si conseguían RVS (alrededor del 50%). La aparición de los regímenes basados en antivirales directos consiguen RVS en el 95% de los casos, y por lo tanto su influencia sobre la mortalidad debería ser aún mayor. Las evidencias sobre su efecto en la mejoría hepática son abrumadoras, llegando incluso a desplazar al VHC como principal causa de trasplante. Revisamos los pacientes coinfectados del Hospital Universitario Parc Taulí entre 1 de enero de 2014 y 31 de diciembre de 2018 (944 al fin del periodo). Revisamos las bajas por exitus, causa de muerte, y si recibieron tratamiento AAD durante ese período, así como si obtuvieron RVS. En enero de 2014 en nuestra cohorte de 820 pacientes VIH + VHC, 250 tenían RNA-VHC por PCR. Todos ellos excepto 6 han recibido tratamiento en este periodo, junto a los escasos nuevos pacientes incorporados. En total hemos realizado 260 tratamientos, (252 con datos de RVS12, correspondientes a 243 pacientes). Tuvimos 9 recidivas, 4 pérdidas de seguimiento y 6 reinfecciones, lo que significa una RVS por ITT entre 92 y 95%. Entre 2014 y 2018 han fallecido 9 de los pacientes tratados con AAD (3,7% en 5 años). Esta mortalidad anual menor de 0,8% es claramente inferior a la mortalidad global de nuestra serie (entre 1,3 y 3%). Ninguno de los pacientes murió por causa hepática. Cáncer en 4 casos, Cardiovascular en 3 y Relacionado con drogas de abuso en 2 fueron las causas determinantes. En una cohorte de alrededor de 900 pacientes con más del 60% coinfectados por VIH y VHC hemos conseguido tratar el 97% de los pacientes con una RVS $> 95\%$ y una reducción de la mortalidad anual, tanto por causa hepática como global.

P-35. INCIDENCIA DE INFECCIONES EN LOS PACIENTES COINFECTADOS VIH-VHC TRAS EL TRATAMIENTO CON ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA

F. Mayor Sanabria, L. García-Fraile Fraile e I. de los Santos Gil

Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

Introducción: Los antivirales de acción directa (AAD) son los fármacos de elección para el tratamiento del virus de la hepatitis C (VHC)

por su elevada eficacia y tolerabilidad. Sin embargo, algunos estudios apuntan a un aumento de infecciones o reactivación de estas tras su uso. Concretamente, se han descrito reactivaciones del virus de la hepatitis B (VHB), virus herpes simple (VHS) y virus varicela-zoster (VVZ), así como casos puntuales de infecciones por *Leishmania*. La población coinfectada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el VHC es un colectivo poco representado en estos estudios. Sin embargo, por sus características y estado de inmunodepresión, sería un grupo de especial susceptibilidad en el caso de que los AAD se relacionaran con estos eventos.

Objetivos: Describir la aparición de infecciones tras el tratamiento con AAD en una población de pacientes coinfectados VIH-VHC.

Métodos: Se revisaron las historias clínicas de 172 pacientes coinfectados VIH-VHC que fueron tratados con AAD y seguidos posteriormente en nuestra Unidad de Enfermedades Infecciosas entre julio de 2015 y septiembre de 2018.

Resultados: Se detectaron infecciones en 13 pacientes (7,5%), con una tasa de incidencia de 29,5 casos por 1.000 pacientes-año. La mediana de tiempo hasta la aparición de las infecciones fue de 16 meses (rango intercuartílico 11) desde el fin del tratamiento con AAD. Solo una de las infecciones estaba asociada a SIDA, correspondiendo con una tuberculosis pulmonar. El resto de casos fueron infecciones no asociadas a SIDA, encontrando 7 enfermedades bacterianas, 3 víricas y 2 protozoarias.

Conclusiones: El tipo de infecciones reportadas en esta cohorte de coinfectados VIH-VHC tras tratamiento con AAD son similares, en líneas generales, a las reportadas en la literatura tras el uso de estos fármacos. Sin embargo, destaca el moderado aumento en el porcentaje de pacientes que desarrollan infecciones, si bien lo hacen de una forma más tardía a la reportada en otros estudios, encontrando además un menor número de infecciones asociadas a inmunodepresión. La heterogeneidad metodológica, la escasez de estudios en población coinfectada y su complejidad clínica, dificulta establecer comparaciones y dilucidar el papel específico de los AAD en la aparición de estos eventos, por lo que son necesarios más estudios al respecto.

P-36. INFLUENCIA DE LOS INHIBIDORES DE LA PROTEASA NS3/NS4A EN LA HOMEOSTASIS LIPÍDICA DURANTE LA TERAPIA FRENTE AL VHC EN PACIENTES VIH

M. Frías, A. Rivero-Juárez, Á. Camacho, I. Ruiz-Cáceres, I. Zafra-Soto, L. Ruiz-Torres, J. Caballero-Gómez, I. Machuca, P. López-López y A. Rivero

Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC), Córdoba.

Introducción y objetivos: La homeostasis lipídica ha sido descrita en los pacientes en terapia frente VHC y que han erradicado el virus. Sin embargo, se ha sugerido que esa homeostasis puede variar en función de la terapia empleada. En un anterior estudio, nuestro grupo observó que el régimen ombitasvir + dasabuvir + paritaprevir, basado en un inhibidor de la proteasa (IP) NS3/N4A ejercía un papel no hiperlipemiente en la homeostasis lipídica en pacientes infectados por VIH. El objetivo de este trabajo fue evaluar la homeostasis lipídica con otro régimen distinto que incluye un IP NS3/NS4A y analizarlo frente a otros regímenes que no incluyen IP.

Métodos: Estudio longitudinal prospectivo realizado entre 2017-2018 que incluyó a pacientes VIH con infección crónica por VHC (genotipo 1). Los pacientes se separaron en dos grupos en función del tipo de tratamiento recibido: i) Sin IP; sofosbuvir (SOF) + ledipasvir (LDV) o sofosbuvir + velpatasvir (VEL) y, ii) Con IP; glecaprevir + pibrentasvir (GLE/PIB). Para todos los pacientes se midieron los niveles de colesterol total y LDL en las semanas basal, 1, 2, 4, fin de tratamiento y

respuesta viral sostenida 12 (RVS12) y se compararon entre ambos grupos.

Resultados: Un total de 47 pacientes fueron incluidos en el estudio. De éstos, 23 (48,9%) iniciaron terapia con SOF/LDV, 9 (19,2%) iniciaron tratamiento SOF/VEL y 15 (31,9%) fueron tratados con GLE/PIB. Los pacientes que fueron tratados con GLE/PIB no sufrieron un incremento significativo de los niveles lipídicos durante todo el tratamiento (tabla). Por el contrario, los pacientes que fueron tratados con regímenes sin IP vieron aumentados los niveles de colesterol total y LDL durante las semanas de tratamiento. Los valores lipídicos se normalizaron en RVS a 12 semanas (tabla).

Mediana de colesterol total y LDL

Colesterol total (mg/dL); mediana (IQR)	No-IP (n = 32)	IP (n = 15)	p
Basal	171 (150-196)	174 (143-182)	0,76
Sem1	195 (159-232)	190 (163-226)	0,94
Sem2	211 (194-226)	169 (148-194)	0,04
Sem4	212 (174-235)	158 (144-188)	< 0,001
FT	209 (168-235)	179 (132-205)	0,08
RVS12	183 (168-204)	161 (150-209)	0,59
LDL (mg/dL); mediana (IQR)			
Basal	92 (70-108)	81 (72-117)	0,87
Sem1	110 (82-132)	96 (103-142)	0,84
Sem2	131 (108-138)	86 (105-124)	0,21
Sem4	127 (115-139)	91 (78-105)	< 0,001
FT	114 (103-148)	87 (75-143)	0,11
RVS12	111 (98-131)	96 (75-130)	0,22

Conclusiones: En consonancia con el estudio anterior, el uso de un IP NS3/N4A podría tener un efecto no hiperlipemiente sobre los niveles de colesterol total y LDL durante la terapia frente a VHC. El papel de este IP en la homeostasis lipídica podría tener impacto clínico en los pacientes con alto riesgo cardiovascular.

P-37. PREVALENCIA SIMILAR DE ENFERMEDAD HEPÁTICA GRASA EN PACIENTES CON HEPATITIS C CRÓNICA CON Y SIN INFECCIÓN POR VIH

M. Fernández Fuertes, J. Macías Sánchez, A. Corma Gómez, N. Merchante, J. Gómez Mateos, J.A. Pineda y L.M. Real Navarrete

Hospital Universitario de Valme, Sevilla.

Introducción y objetivos: La prevalencia de enfermedad hepática grasa no alcohólica (EHGNA) se encuentra en torno al 40% en pacientes infectados por VIH. La prevalencia de EHGNA se ha estimado en torno al 25% en población general. Sin embargo, no disponemos de datos comparativos directos entre grupos amplios de pacientes con y sin infección por VIH. Por ello el objetivo de nuestro estudio fue comparar la prevalencia de EHGNA en pacientes con hepatitis crónica C con y sin infección por VIH.

Métodos: Estudio retrospectivo trasversal. Se incluyeron todos los pacientes evaluados en nuestro centro que cumplieron los siguientes criterios: 1) Infección crónica virémica por VHC con o sin infección por VIH; 2) Un examen válido de elastografía hepática con evaluación de EHGNA por CAP. Un valor de CAP \geq 248 dB/m se consideró indicativo de esteatosis hepática.

Resultados: Se incluyeron 574 pacientes, de los cuales 246 (43%) estaban coinfectados por VIH. 147 individuos (45%) mono-infectados por VHC presentaban EHGNA frente a 100 individuos coinfectados (40,7%) ($p = 0,318$). En el análisis univariante, la EHGNA se relacionó con IMC, genotipo 3 del VHC, triglicéridos, colesterol total y HDL (tabla). En el análisis multivariante, la EHGNA se asoció con IMC, edad y genotipo 3 del VHC (tabla). La infección por VIH no fue un factor asociado con EHGNA (tabla).

Análisis de factores asociados a la esteatosis hepática

Variable	No.	Frecuencia de esteatosis** N (%)	p-univariante	OR (IC95%)	p-multi-variante
Sexo			0,762	0,868 (0,460-1,637)	0,662
Mujer	89	37 (41,6%)			
Hombre	485	210 (43,3%)			
Edad*			0,075	1,029 (1,000-1,058)	0,047
< 52	238	92 (38,7%)			
\geq 52	336	155 (46,1%)			
ADVP	414	167 (40,3%)	0,058	0,908 (0,533-1,545)	0,721
Otro	135	67 (49,6%)			
VIH			0,318	1,166 (0,719-1,892)	0,534
Positivo	246	100 (40,7%)			
Negativo	328	147 (44,8%)			
Genotipo VHC			0,102	1,901 (1,081-2,594)	0,026
3	97	49 (50,5%)			
Otro	477	198 (41,5%)			
Consumo alcohol (g/d)			0,01	1,318 (0,843-3,342)	0,164
< 50	346	134 (38,7%)			
\geq 50	228	113 (49,6%)			
FPG (mg/dL)*			0,148	1,003 (0,993-1,013)	0,566
< 100	394	163 (41,4%)			
\geq 100	147	71 (48,3%)			
Triglicéridos* (mg/dL)d			0,016	1,003 (0,999-1,007)	0,149
< 150	418	168 (40,2%)			
\geq 150	124	65 (52,4%)			
IMC (kg/m ²)*			< 0,001	1,264 (1,194-1,339)	< 0,001
< 25	285	67 (23,5%)			
\geq 25	272	171 (62,9%)			
Colesterol total (mg/dL)*			0,035	1,002 (0,996-1,009)	0,474
< 200	442	181 (41%)			
\geq 200	101	53 (52,5%)			
HDL (mg/dL)*			0,012	0,998 (0,987-1,009)	0,696
< 50	251	122 (48,6%)			
\geq 50	253	95 (37,5%)			

*Variable continua en la regresión logística. **CAP \geq 248dB/m.

Conclusiones: La prevalencia de EHGNA es similar en pacientes con hepatitis crónica C con y sin coinfección por VIH. Los factores asociados con EHGNA en la población de estudio completa fueron factores metabólicos y el genotipo 3 del VHC.

VHC: otros

P-38. ¿PODEMOS TRABAJAR EN EL RESCATE DE PACIENTES CON HEPATITIS C ACTIVA DESDE EL LABORATORIO DE MICROBIOLOGÍA?

I. Virto Peña, C. Freyre Carrillo, F. Téllez Pérez, E. Ríos Sánchez y C. Martínez Rubio

Hospital Universitario de Puerto Real, Puerto Real.

Introducción: La eliminación del VHC implica la detección y abordaje de los pacientes de nuevo diagnóstico así como aquellos con infección activa no estudiada ni tratada con anterioridad. El Laboratorio de Microbiología tiene un papel fundamental en el hallazgo y rescate de pacientes virémicos aplicando el diagnóstico en un solo paso.

Objetivos: Analizar, en los pacientes diagnosticados de VHC activa en nuestra área sanitaria, el seguimiento en atención especializada, tras generar una alerta en el informe de Microbiología y avisar vía telefónica al médico solicitante.

Métodos: Hemos revisado durante 17 meses (enero 2018-mayo 2019) la historia clínica informatizada (DAE) de los pacientes con antecedentes de infección activa por VHC, a cuyos médicos se había alertado previamente de la necesidad de derivación. Se ha elaborado una base de datos Excel registrando: NUHSA, sexo, edad, servicio peticionario, tratados (sí/no) y causas del "no tratamiento". Han sido incluidos los pacientes de los centros penitenciarios de nuestra área

sanitaria. Hemos confirmado con la base de datos del Servicio de Farmacia Hospitalaria, los pacientes ya tratados o en tratamiento.

Resultados: Se han incluido 89 pacientes, 67 hombres (75%) y 22 mujeres (25%), con una edad media de 53 años. La mayoría procedía de Atención Primaria 54 pacientes (61%), seguidos de Centro Penitenciario 18 (20%), Hospital 7 (8%), Consultas Externas 6 (7%) y Salud Mental 4, (4%). Respecto al tratamiento, 51/89 pacientes (57%) han recibido o están recibiendo tratamiento, 3 están pendientes de comenzar (3%) y 1 paciente ha sido exitus. Las causas de “no tratamiento” de los 34 (38%) pacientes restantes fueron: enfermedad grave concomitante: 6 (18%), decisión propia/familiar: 2 (6%), múltiples revisiones de estudio sin inicio de tratamiento: 8 (23%), no acudir a la cita: 7 (21%), no estar citado: 8 (23%), tener una cita para estudio sin que conste revisión posterior: 3 (9%).

Conclusiones: Las alertas aplicadas desde nuestro laboratorio de Microbiología para rescatar a pacientes ya conocidos de infección activa por VHC pero sin seguimiento, son efectivas, consiguiendo tratar al 60% de estos pacientes. Sin embargo, el porcentaje de pacientes no tratados frente al VHC en nuestra área por causas atribuibles al sistema es del 27%. Por tanto es necesario implementar consultas de acto único para evitar la demora en el tratamiento y la pérdida de pacientes.

P-39. EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-DEMOGRÁFICAS DE UN CONJUNTO DE PACIENTES CON HEPATITIS C CRÓNICA

P. Tena Alejandre, P. Barriga Rodríguez, C. Caba Hernández, J.J. Duque Aguilar, S. Arnaiz Díez, A. Dobrito Pallés y L.C. Fernández Lisón

Complejo Hospitalario de Cáceres, Cáceres.

Introducción y objetivos: Determinar la adherencia al tratamiento, definiendo los motivos por los que el paciente no se ha tomado correctamente su medicación y analizar las características demográficas y clínicas de los pacientes tratados de hepatitis C crónica.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de las dispensaciones realizadas de los pacientes tratados desde junio del 2017 hasta junio del 2109. Para analizar el registro de dispensaciones se utilizó el módulo de dispensación a pacientes externos del programa Dominion®. Se obtuvieron datos demográficos y clínicos a través de su historial clínico mediante la aplicación Jara®. Entre los datos de los pacientes se incluyeron edad y sexo como variables demográficas y en cuanto a los datos clínicos se recogieron cumplimiento del tratamiento, motivo del incumplimiento, genotipo del virus de la hepatitis C, confección con VIH y presencia y tipos de comorbilidades.

Resultados: Se registraron 69 pacientes, 22 (31,88%) son mujeres y 47 (68,12%) hombres, con una media de edad de 58,78 años (DE = 10,76). En cuanto a los datos clínicos de los pacientes se ha visto que 32 (46,38%) de ellos presentaba comorbilidades, siendo las más frecuentes cirrosis, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y dislipemia. Ninguno de ellos estaba coinfectado con VIH. Respecto a los genotipos encontrados en los pacientes infectados hubo 19 (27,54%) pacientes infectados con genotipo 1A, 28 (40,58%) genotipo 1B, 1 (1,45%) genotipo 1C, 2 (2,9%) genotipo 2, 12 (17,39%) genotipo 3, 6 (8,7%) genotipo 4 y 1 (1,45%) genotipo 5. Se observó una adherencia al tratamiento de un 76,81%. Mientras que 16 de los pacientes no han sido adherentes al tratamiento, en todos los casos por omisión de las tomas o por no acudir a recoger la medicación a la consulta de atención farmacéutica cuando correspondía.

Conclusiones: Los resultados de adherencia son bajos teniendo en cuenta que se trata de tratamientos cortos, probablemente se deba a las comorbilidades, ya que muchos de ellos tienen bastante medicación

concomitante. La alta edad media de los pacientes estudiados explica el elevado porcentaje de pacientes con comorbilidades asociadas. Pese a existir muchos genotipos del virus de la hepatitis C, es destacable que más del 85% de los pacientes están infectados por uno de los tres genotipos más frecuentes.

P-40. INTERVENCIONES DE ACERCAMIENTO, UNA NECESIDAD CLÍNICA PARA LOGRAR LA MICROELIMINACIÓN DEL VHC EN LA POBLACIÓN VULNERABLE

M.L. Dorado García¹, A. González Marquina¹, I. Prades Causera¹, C. Calzado Solaz¹, P. Ortega García², C. Cortell Cortell³, M.S. Gilbert Fos⁴, M. Diago Madrid⁵ y M. García Deltoro⁶

¹Unidad de Conductas Adictivas de Guillem de Castro, CHGUV, Valencia; ²Servicio de Farmacia, CHGUV, Valencia; ³Unidad de Conductas Adictivas San Isidro, CHGUV, Valencia; ⁴Unidad de Conductas Adictivas de Torrent, CHGUV, Valencia; ⁵Servicio de Hepatología, CHGUV, Valencia; ⁶Servicio de Enfermedades Infecciosas, CHGUV, Valencia.

Introducción: Para alcanzar una cobertura efectiva y con equidad, las barreras de acceso a los servicios deben ser identificadas en dos direcciones: identificando a quienes no acceden o acceden con mayor dificultad, e identificando en qué etapas del proceso tales barreras tienen lugar y así dirigir las intervenciones a factores específicos que están obstaculizando de alguna forma el acceso a los servicios de salud.

Objetivos: 1. Identificación de barreras de acceso a la atención sanitaria para microeliminación VHC en pacientes de la Unidad de Conductas Adictivas, con especial atención a los más vulnerables. 2. Identificación de necesidades y estrategias de intervención alternativas.

Métodos: Se identificaron los pacientes con VHC que no llevan seguimiento o que nunca han tenido tratamiento, que lo abandonaron o que no lo cumplieron correctamente. Se identificaron los pacientes que por sus características personales, sociales o patológicas, no acceden a la consulta para diagnóstico o es previsible que no se adhieran al tratamiento. Se diseñó una estrategia de intervención de aproximación a estos pacientes mediante consultas de enfermería previas de información y motivación para el acceso al diagnóstico y tratamiento. Creación de la figura de la “enfermera de enlace” que: Identifique en qué etapas del proceso de acceso a la atención sanitaria el paciente presenta mayor dificultad. Acompañe al paciente en el proceso terapéutico, eliminando las barreras existentes para el acceso a las consultas, pruebas diagnósticas o farmacia hospitalaria, creando elementos facilitadores de acceso a la atención de salud y facilite la adherencia al cumplimiento terapéutico, mediante tratamiento directamente observado (TDO).

Resultados: Se identificaron 151 pacientes diagnosticados VHC conocidos hasta noviembre 2018. El 35% de los pacientes no habían sido tratados, de estos tan solo 16 pacientes (30,0%) accedieron a tratamiento mediante derivación a medicina interna (digestivo o infecciosos) y 27 pacientes (51,0%) han accedido a valoración en consulta especializada, revisión o tratamiento mediante intervenciones especiales de enfermería.

Conclusiones: Es necesario promover programas de salud participativos e intersectoriales, que reduzcan o eliminen las barreras que son responsabilidad tanto nuestra como de sectores distintos al sector salud, con el fin de lograr el acceso equitativo a la atención de sanitaria. A su vez, es recomendable que los profesionales sanitarios adaptemos la provisión de servicios a las necesidades específicas de nuestra población, diseñando estrategias de búsqueda de grupos que no contactan con sistema de sanitario e incorporemos en la planificación de nuestros servicios elementos facilitadores.

P-41. PORFIRIA CUTÁNEA TARDA Y HEPATITIS C: OPORTUNIDADES PERDIDAS Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO

G. Hernández García¹, L. Rodríguez Fernández², A. Suárez Simón¹, A. Caro Leiro¹, G. Zapico Aldea² y C. Dueñas Gutiérrez²

¹Hospital Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares; ²Hospital Clínico Universitario, Valladolid.

Objetivos: La porfiria cutánea tarda (PCT) es la forma de porfiria más frecuente. Se produce por una disminución en la actividad de la enzima uroporfirinógeno descarboxilasa. La prevalencia de VHC en la PCT es geográficamente variable, desde muy baja en Nueva Zelanda (4%) y norte de Europa (17%), pasando por media en Estados Unidos (56%) a una prevalencia muy alta en el sur de Europa (Italia, España y sur de Francia, 70-90%). El típico paciente es un varón de edad media con historia de ingesta excesiva de alcohol, enfermedad hepática y sobrecarga de hierro orgánico. Las manifestaciones son características. Describimos los casos de PCT, su asociación con VHC y los casos no realizados cribado de la infección.

Métodos: Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo de todos los casos desde enero de 2008 hasta abril de 2018 en dos hospitales españoles. Se empleó un paquete estadístico SPSS V.18 para el análisis de los datos.

Resultados: De 35 pacientes incluidos con diagnóstico de porfiria, 27 cumplían criterios de PCT, 7 de porfiria aguda intermitente (PAI) y 1 de porfiria variegata (PV). El 71,4% fueron varones (n = 25) con mediana de edad de 56 años (43-67). 15 pacientes presentaban, como antecedente, enolismo crónico. En las PCT tan solo se solicitó serología VHC al 80% de los pacientes, resultando positivo en 10 (41,66%). En dos casos se objetivó coinfección por VIH. De los 10 casos asociados a VHC, 8 fueron tratados; de los dos restantes, uno se negó a la realización del mismo falleciendo posteriormente y el otro paciente no recibió tratamiento ya que falleció a causa de hepatopatía avanzada. Ocho de ellos fueron genotipo 1b con grado de fibrosis avanzado (F3-F4). Se trataron con sofosbuvir más ledipasvir y ribavirina durante 12 semanas lográndose respuesta viral sostenida. Hubo un caso de progresión a hepatocarcinoma.

Conclusiones: Pese a la conocida asociación PCT-VHC, sigue existiendo una proporción importante de pacientes a los que no se solicita serología para VHC. Conocer asociación de VHC con otras patologías facilitaría su diagnóstico para poder tratar precozmente a los casos y evitar complicaciones de hepatopatía crónica. Generar una alerta de solicitud de serología VHC contribuiría a disminuir la tasa de casos no diagnosticados ya que dicha enfermedad tiene tratamiento con antirretrovirales de acción directa con una eficacia que se aproxima al 100%.

P-42. PORFIRIAS: OPORTUNIDADES PERDIDAS

L. Rodríguez Fernández, G. Zapico Aldea, C.J. Dueñas Gutiérrez, C. Novoa Fernández, P. Tellería Gómez, G. Hernández García, X.T. Egues Torres y A. Dueñas Díez

Hospital Clínico Universitario, Valladolid.

Objetivos: Las porfirias son un grupo de enfermedades metabólicas causadas por la deficiencia de las enzimas que participan en la síntesis del grupo hemo, lo que provoca la acumulación de precursores y/o metabolitos intermediarios (porfirinas) responsables de las manifestaciones clínicas. De este grupo, la porfiria cutánea tarda es la más frecuente, y se asocia en la mayoría de los casos a infección por virus C, alcoholismo o a enfermedad hepática terminal. Nuestro objetivo fundamental es valorar las oportunidades perdidas para el diagnóstico y tratamiento de la hepatitis C asociada a esta patología.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo de todos los casos con diagnóstico de porfiria en los últimos diez años (2008-2018) en un hospital de tercer nivel.

Resultados: En el periodo de tiempo analizado se incluyeron a 12 pacientes diagnosticados de porfiria cutánea tarda (PCT). El 83% fueron varones, la media de edad de 55 años; presentando 5 pacientes como antecedente, enolismo moderado activo. Se solicitó serología para virus hepatitis C (VHC) en el 83% de los casos, resultando positivo en el 42% (n = 5). En uno de los casos se objetivó una coinfección con virus VIH. De los 5 casos que presentaron serología positiva para VHC, solo 4 recibieron tratamiento dado que 1 de ellos se negó a realización del mismo falleciendo posteriormente. Su asociación resultó mayor para el genotipo 1 con el 80% de los casos (genotipos 1b y 1a en el mismo porcentaje, 40%), siendo el 20% para el genotipo 4. El 60% presentaba grado de fibrosis avanzado (F3-F4) al momento del diagnóstico y un caso de progresión a hepatocarcinoma.

Conclusiones: Nuestra serie muestra como existe una proporción importante de pacientes diagnosticados de porfiria a los que no se solicita serología para virus hepatitis C probablemente debido a la ausencia de suficientes conocimientos sobre la asociación de estas enfermedades. Esto supone que cuando se diagnostica, lo hace en un elevado porcentaje de casos con fibrosis avanzada o con complicaciones de la cirrosis. Creemos necesario en nuestra área de atención sanitaria plantear la necesidad de alerta y solicitud de serología para virus hepatitis C en todos los casos de porfiria cutánea tarda y así disminuir la tasa de casos no diagnosticados ya que en la actualidad disponemos de antivirales de acción directa con unas excelentes tasas de curación.

VHB: epidemiología

P-43. DISTRIBUCIÓN DE GENOTIPOS VHB EN UNA UNIDAD DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS

S. Castro Sánchez¹, A. Morano Vázquez², G. Pousada¹, A. Pérez González³ y L. Morano Amado²

¹Instituto de Investigación Sanitaria Galicia Sur-Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo; ²Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid; ³Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo.

Introducción y objetivos: Actualmente, la prevalencia de infección crónica por el VHB en España es baja (< 2%), sin embargo, y a pesar de que hay una vacuna segura y eficaz, se sigue considerando un problema de salud mundial. Se conocen nueve genotipos (A-I) y varios subgenotipos del VHB, siendo el A y el D mayoritarios en Norteamérica, Europa y Norte y Este de África, mientras que el B es predominante en Asia. Dado que no siempre se realiza el genotipado de VHB en la práctica clínica habitual. Se ha analizado la distribución de genotipos del VHB en nuestra unidad en los años 2018-2019.

Métodos: Se ha realizado un estudio retrospectivo epidemiológico, virológico (CV, genotipo) y clínico, a partir de las historias clínicas de 23 pacientes con infección crónica por el VHB con genotipo realizado.

Resultados: De los 23 pacientes incluidos (13 hombres y 10 mujeres), 15 de ellos son de origen español, 5 de origen africano y 3 pacientes procedentes de China. Todos los pacientes españoles presentan el genotipo D del VHB excepto uno, con genotipo A. Destaca el hecho de que los tres pacientes senegaleses presentan tres genotipos distintos. La principal vía de transmisión del virus es la sexual, aunque en varios casos hacen referencia a la vía familiar. De todos los pacientes incluidos, tan solo ocho han necesitado recibir tratamiento con tenofovir disoproxil fumarato (TDF), en base a las guías EASL 2017 para el manejo de la infección por VHB. En cinco de estos casos se ha conseguido una respuesta virológica, al alcanzar una CV < 10 copias/mL, mientras que un paciente ha fallecido y los dos restantes han comenzado el tratamiento recientemente, pero ya se ha observado una disminución de la CV. Por lo que respecta al daño hepático, únicamente

dos pacientes presentaron un grado de fibrosis F4 ($\approx 9\%$), siendo predominante el grado F2 ($\approx 57\%$), y en todos los pacientes tratados se ha observado una mejora de este valor con el tratamiento.

Conclusiones: En base a estos resultados, podemos concluir que el genotipo D del VHB es el más frecuente en este grupo de pacientes, que se corresponde con aquellos de origen español, como cabía esperar. El tratamiento con TDF ha resultado eficaz, independientemente del genotipo, conduciendo a niveles indetectables de DNA del VHB en los pacientes tratados. Sin embargo, el genotipado del VHB podría aportar información sobre eficacia de algunos de los nuevos antivirales en desarrollo.

VHB: tratamiento

P-44. ADHERENCIA AL TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATO EN EL VIRUS DE LA HEPATITIS B

S. Arnaiz Díez, P. Barriga Rodríguez, C. Caba Hernández, P. Tena Alejandre, J.J. Duque Aguilar y L.C. Fernández Lisón

Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres, Cáceres.

Objetivos: Analizar la adherencia a tenofovir disoproxil fumarato (TDF) en infección por virus de la hepatitis B (VHB).

Métodos: Estudio observacional descriptivo que incluye todos los pacientes tratados con TDF hasta febrero de 2018, en un hospital universitario con unidades de referencia. Se excluyó a los pacientes de los que no se disponía historia clínica ni analíticas informatizadas. Se recogieron datos demográficos, duración y adherencia del tratamiento. La adherencia del tratamiento se calculó en función de las unidades prescritas y dispensadas a lo largo de todo el tratamiento: porcentaje de tasa de posesión de la medicación = número de unidades totales dispensadas/número de unidades totales teóricas prescritas en ese intervalo de tiempo $\times 100$. Se registró la carga viral al final del estudio determinada mediante la técnica PCR a tiempo real cuantitativa Cobas Taqman y se definió como carga viral detectable a más de 20 copias/ml. Se empleó para la recogida de datos el programa de dispensación a pacientes externos de farmacia y la historia clínica electrónica.

Resultados: Se incluyó en el estudio un total de 61 pacientes (24 hombres), con una mediana de edad de $62 \pm 12,9$ años. La media de duración del tratamiento con TDF fue 53 ± 33 meses. Se dispensaron una media de 1.462 ± 926 comprimidos por paciente. Se calculó una adherencia media del $94 \pm 20\%$. 10 (16,4%) pacientes tuvieron una adherencia menor al 80%. Únicamente 4 (6,5%) pacientes presentaron carga viral detectable, los cuales presentaban una adherencia del $83 \pm 6\%$.

Conclusiones: Cuando se habla de enfermedades crónicas, como la infección por VHB, la falta de adherencia al tratamiento es un problema prevalente y relevante en la práctica clínica. En nuestro estudio se obtuvieron altas tasas de adherencia y respuesta al tratamiento, aunque en los casos que se observaba incumplimiento, por mínimo que fuera, se veía aumentada la carga viral. Una vez más se reafirma la necesidad del papel del farmacéutico hospitalario en patologías crónicas que monitoriza la adherencia y la refuerza en aquellos pacientes en los que se vea comprometida.

P-45. EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO CON TENOFOVIR EN PACIENTES MONOINFECTADOS POR VHB

P. Pérez Villalón, M.P. Ortega García, M. Vaquer Mut, L. Sánchez Albiñana, R. del Río San Cristóbal, P. Blasco Segura y M. García Deltoro

Consortio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia.

Objetivos: Evaluar la adherencia al tratamiento con tenofovir en pacientes mono infectados por VHB y evaluar qué factores pueden influir en dicha adherencia.

Métodos: Estudio retrospectivo de adherencia al tratamiento con tenofovir del 1/1/2018 a 31/5/2019, en un hospital general universitario con una población de referencia de 361.526 habitantes. Se seleccionaron todos los pacientes a los que se les había dispensado tenofovir 245 mg en el periodo indicado (con al menos 6 meses de seguimiento-tratamiento). Se registraron las fechas y la cantidad dispensada para calcular el porcentaje de adherencia y datos demográficos (sexo, edad) y clínicos/terapéuticos (tratamientos previos a tenofovir, tratamientos concomitantes, finalización del tratamiento, última viremia). Los datos se analizaron con el programa SPSS v.24.

Resultados: 169 pacientes, 107 (63,3%) hombres, mediana de edad 52,8 (25-91) años. 6 (3,6%) en tratamiento concomitante con entecavir. 16 (9,5%) en tratamiento con biológicos y 19 (11,2%) en tratamiento onco-hematológico. 48 (28,5%) habían sido tratados previamente con otro fármaco activo frente al VHB (30 (17,8%) un fármaco, 16 (9,5%) dos fármacos y 2 (1,2%) tres fármacos). La mediana de años en tratamiento con tenofovir fue 3,9 (0,5-10,4) y la mediana de adherencia 98,7% (7,5-134). 50 (29,6%) tenían una adherencia $< 94\%$ y 23 (13,6%) $< 80\%$. 15 (8,9%) finalizaron el tratamiento durante el periodo del estudio, en 8 (4,7%) fue retirado, en 4 (2,4%) fue el paciente el que abandonó el tratamiento y el seguimiento y en 3 (1,8%) se cambió a entecavir. En 154 (91,1%) la última viremia era indetectable y solo un paciente tenía una viremia > 2000 UI/mL. La correlación de Spearman no fue significativa para la edad y la adherencia ($p = 0,089$ $p = 0,251$) ni para los años en tratamiento con tenofovir y la adherencia ($p = 0,029$ $p = 0,712$). Tampoco la prueba U-Mann Whitney encontró diferencias de adherencia en los pacientes onco-hematológicos o tratados con biológicos.

Conclusiones: En el tratamiento de la hepatitis B, la mala adherencia a los fármacos se relaciona con un mayor riesgo de replicación viral, progresión de la fibrosis hepática y aparición de resistencias. Se considera buena adherencia valores $> 94\%$. En nuestro estudio la mediana de adherencia supera este porcentaje, habiendo sido del 98,7%, con un 29,6% de los pacientes con adherencia $< 94\%$. No hemos encontrado correlación de la adherencia ni con la edad ni con los años en tratamiento con tenofovir y tampoco el hecho de estar en tratamiento con biológicos o onco-hematológicos ha aumentado o reducido la adherencia.

P-46. INFECCIÓN CRÓNICA POR EL VIRUS DE LA HEPATITIS B

A.M. Gómez Hurtado, L.N. López Lara, S. Núñez Gaspar, J. Galán González, F. Pérez Reyes, M. Chiquero Palomo, J. Antón Martínez y C. Martín Ruiz

Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres.

Objetivos: Analizar las distintas posibilidades de tratamiento en pacientes con infección crónica por virus de la hepatitis B.

Métodos: Se trata de un estudio transversal, observacional y descriptivo sobre las distintas posibilidades de tratamiento de la infección crónica por virus de la hepatitis B. Se diferenciaron dos tipos de pacientes, aquellos portadores inactivos (AgHBs+, AgHBe-, AntiHBe+, DNA < 2.000 UI/ml y transaminasas normales) que se encuentran en seguimiento y sin tratamiento farmacológico y aquellos pacientes con hepatitis crónica Ag HBe- (AgHBs+, AgHBe-, AntiHBe+, DNA > 2.000 UI/ml y transaminasas elevadas) que están en tratamiento farmacológico con nucleósidos y nucleótidos de inhibidores de la transcriptasa inversa.

Resultados: Se analizaron 62 pacientes de edades comprendidas entre 30-50 años, de los cuales el 45,16% son hombres y 54,83% son mujeres. El 40,32% se encuentran en tratamiento farmacológico con

nucleósidos y nucleótidos de inhibidores de la transcriptasa inversa, de los cuales el 72% están siendo tratados con entecavir, el 20% con tenofovir y el 8% con adefovir y sin apenas diferencias por sexo (52% hombres y 48% mujeres). El resto, más de la mitad de los pacientes, no requieren de tratamiento farmacológico al tratarse de pacientes con infección crónica por virus de la hepatitis B portadores inactivos. **Conclusiones:** El 40% de los pacientes con infección crónica por virus de la hepatitis B se encuentran en tratamiento farmacológico con nucleósidos y nucleótidos de inhibidores de la transcriptasa inversa, casi sin diferencias por sexo y siendo el fármaco más empleado el entecavir.

VHB: otros

P-47.DETERMINACIÓN Y PROFILAXIS DEL VIRUS DE LA HEPATITIS B EN LOS PACIENTES CON RITUXIMAB

C. Caba Hernández, P. Barriga Rodríguez, P. Tena Alejandre, J.J. Duque Aguilar, S. Arnaiz Díez¹, A. Dobrito Palles y L.C. Fernández Lisón

Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres.

Objetivos: Evaluar el grado de cumplimiento de la determinación serológica del virus de la hepatitis B (VHB) en pacientes tratados con rituximab, y del seguimiento de las recomendaciones establecidas por la European Association for the Study of the liver (EASL) y por la Asociación Española para el Estudio del Hígado (AEHH) en cuanto a la profilaxis necesaria para evitar su reactivación.

Métodos: Estudio observacional y retrospectivo desde enero de 2018 a enero de 2019 de los pacientes en tratamiento con rituximab en nuestro hospital. Los datos se obtuvieron a través del programa Farmatools y de la historia clínica digital. Los datos recogidos fueron: sexo, edad, inicio y finalización del tratamiento con rituximab, fecha de realización de la determinación del VHB, determinación de HBsAg, anticuerpos anti-HBc y anticuerpos anti-HBs.

Resultados: Se incluyeron un total de 93 pacientes, 48 hombres y 45 mujeres, cuya edad media fue 67 ± 13 años. En 87 pacientes (93,6%) se realizó la determinación del VHB, de los cuales, en 74 pacientes (85,1%) la analítica se hizo antes de comenzar el tratamiento con rituximab, y en 19 (21,9%) una vez iniciado el tratamiento. La determinación de HBsAg fue positiva en 2 pacientes en los que se inició tratamiento con un antiviral (tenofovir y lamivudina). En 71 pacientes (81,6%) la determinación de anticuerpos anti-HBs fue negativa y en 16 (18,4%) positiva. En 8 pacientes (11,3%) con serología negativa para el VHB se realizó la vacunación. En cuanto a la determinación de anticuerpos anti-HBc en 77 pacientes (88,5%) fue negativa y en 10 (11,5%) positiva. De esos 10 pacientes, 4 fueron tratados con tenofovir, 5 con lamivudina, y uno no recibió ningún tratamiento profiláctico. En cuanto a la duración del tratamiento profiláctico con antivirales (se recomienda mantenerlo 12 meses tras la finalización del tratamiento con rituximab), tan solo en 3 pacientes se cumplió dicho requerimiento.

Conclusiones: El cribado de VHB previo al tratamiento con rituximab es adecuado en nuestro hospital, por el contrario, la vacunación en los pacientes con serología negativa no se realiza correctamente. En cuanto a la profilaxis utilizada en los pacientes con anticuerpos anti-HBc positivos se cumple con las recomendaciones establecidas por la EASL y AEHH, sin embargo, la duración de dicho tratamiento no se ajusta a lo establecido. Por todo ello, es importante insistir a los servicios implicados en el cumplimiento de la duración del tratamiento profiláctico, así como la vacunación de aquellos pacientes con serología negativa.

VHA

P-48. ESTUDIO OBSERVACIONAL DE PACIENTES CON SEROLOGÍA IGG ANTI-VHA EN VALORES LÍMITE CERCANOS AL PUNTO DE CORTE

L.J. García-Fraile Fraile, B. Buendía, Á. Gutiérrez Liarte, J. Sanz Sanz e I. de los Santos Gil

Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

Introducción: El virus de la hepatitis A es un patógeno de transmisión orofecal cuya epidemiología ha cobrado especial importancia por su capacidad para producir epidemias entre HSH. En población no VIH las tasas de seroconversión con la vacuna son cercanas al 95% (menores en VIH). Pero algunas personas con respuesta frente a la vacuna podrían no quedar protegidos dado el bajo título presentado. Queremos en este estudio describir las características de los pacientes con serología IgG anti-VHA límite, así como las consecuencias clínicas preventivas de esta situación.

Métodos: Estudio observacional mediante revisión de historias. Se toma como muestra las serologías IgG anti-VHA solicitadas por el Servicio de E. Infecciosas entre 2015 y mayo'19, descartándose los resultados negativos y seleccionando los límites mediante revisión de distribución de resultados. Sobre la muestra bajo el valor considerado límite, se recogen: sexo, edad, VIH, infección previa por VHA, vacunación previa VHA (número de dosis), infección posterior por VHA y revacunación. SPSS v.22.0.

Resultados: 926 positivos IgG VHA (según ficha > 1). Mediante histograma se observa una agrupación en torno a 2 valores determinándose un grupo "límite" entre 1 y 3. Se eliminan los duplicados quedando 97 pacientes. En este grupo: mediana de edad 39 años (RIC 17), 87,6% varones. 80,4% VIH-positivos. 1 paciente había pasado una infección por VHA, y el 62,9% han recibido alguna dosis de vacuna VHA (17 solo 1 dosis anti-VHA, 29: 2 dosis y 2: 3 dosis). Seguimiento posterior: el 5,2% fue revacunado para el VHA sin repetirse serología. 1 paciente sufrió una hepatitis A aguda tras la determinación inicial.

Conclusiones: Un 10% de las determinaciones serológicas de IgG frente al VHA se agrupan en torno a valores mínimos que podrían no conferir protección frente a la infección. El valor sobre el cual consta protección no está bien definido para los diferentes ensayos pudiendo haber dificultados en la interpretación. Esta "serología límite" se ha asociado al VIH y a vacunación incompleta, pero en nuestra muestra hay un alto número de pacientes sin VIH y con pautas aparentemente correctas. Sin tener clara la repercusión, se debe tener en cuenta el riesgo de infección por VHA a pesar de estos títulos bajos, de hecho, hemos presenciado un caso de hepatitis A aguda tras la determinación serológica. Se debería determinar qué valor es protector y si la revacunación sirve para conseguirlo, de forma análoga a la estrategia preventiva frente a la hepatitis B.

P-49. HEPATITIS A AGUDA EN EL ÁREA DE SALUD DE CÁCERES

P. Mata Romero, D. Martín Holgado, A. López Núñez, V.M. Sánchez Cerviño, G. Rodríguez Rodríguez, M. Cara Rodríguez, E. Martín Noguero, P. Robledo Andrés y M. Fernández Bermejo

Hospital Universitario de Cáceres, Cáceres.

Introducción: La incidencia de la hepatitis A (HA) en países desarrollados ha disminuido en las últimas décadas con la implantación de medidas higiénico-dietéticas, representando actualmente algún brote epidemiológico local a raíz de alimentos contaminados o transmisión sexual, siendo fundamental las medidas preventivas y notificación para limitar su transmisión.

Métodos: Análisis retrospectivo de las características epidemiológicas, clínicas y analíticas de todos los casos diagnosticados a través de serología (IgM VHA positiva) en el Hospital San Pedro de Alcántara desde enero de 2014 hasta diciembre de 2018.

Resultados: 40 pacientes han sido diagnosticados de Hepatitis A aguda en dicho periodo. La edad media es 41 años (3-90), con predominio en varones 75% y un 5% pediátricos. Se realizó notificación y estudio epidemiológico en tan solo el 65% (tabla 1), identificando 6 casos (15%) en convivientes. El origen etiológico fue: oral-fecal 37,5%, sexual 15%, inmunodeprimidos 12,5%, viaje a zona endémica 7,5% y desconocido un 27%. Existe un aumento progresivo de frecuencia, registrando el año 2018 el 42% de los casos, y los años 2017 y 2018 en conjunto el 75% del total, coincidiendo con aumento de la transmisión sexual en varones homosexuales, aunque la transmisión alimenticia continua siendo el principal origen etiológico (tabla 2). El 72% fueron sintomáticos, siendo los síntomas predominantes ictericia (64%), náuseas y vómitos (60%), fiebre (57%), y dolor abdominal (54%). Solo un 0,8% presentó coagulopatía, aunque fueron ingresados un 30% del total. No se describen complicaciones extrahepáticas.

Tabla 1

	2014	2015	2016	2017	2018
Total HA	3	1	6	13	17
Total notificaciones epidemiológicas	2	1	1	12	11

Tabla 2

	2014	2015	2016	2017	2018	p
Fecal oral	0	0	1 (16%)	9 (77%)	6 (35%)	0,06
Sexual	0	0	0	1 (0,8%)	5 (29%)	0,2
Inmunodeprimidos	0	0	2 (33%)	0	3 (17%)	0,2
Viaje zona endémica	0	1 (100%)	0	0	2 (0,12%)	0,006
Desconocido	3 (100%)		3 (50%)	3 (54%)	1 (0,1%)	

Conclusiones: La frecuencia de hepatitis A en nuestro área de salud ha aumentado en los últimos años coincidiendo con una mayor transmisión sexual en homosexuales, reforzando la indicación de vacunación activa en colectivos de riesgo. El principal origen etiológico continúa siendo la transmisión fecal oral acorde con una población mayoritariamente rural en Cáceres (52%). No todos los casos se han notificado debidamente, siendo fundamental para establecer el origen etiológico, identificar posibles contactos, y limitar la transmisión.

P-50. LA TRANSMISIÓN SEXUAL DEL VIRUS DE LA HEPATITIS A. ¿DE EPIDEMIA A ENDEMIA?

A. Ruedas López, B. Laguna Fonseca, S. Medrano Pardo, M. Escobar Porcel, F.J. Candel González y A. Arribi Vilela

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción y objetivos: La infección por el virus de la hepatitis A (VHA) suele ser aguda y autolimitada. Se transmite por vía oro-fecal mediante la ingesta de alimentos o agua contaminada, así como por vía sexual. Aunque en países desarrollados su incidencia es baja, se han producido numerosos brotes. El último, descrito en diversos países de Europa en los años 2016-2017, se ha asociado principalmente a hombres que tienen sexo con hombres (HSH). El objetivo de este estudio fue evaluar en nuestra área el impacto del brote descrito.

Métodos: Se trata de un estudio retrospectivo realizado en el Hospital Clínico San Carlos de Madrid en el que se han recogido los datos de nuevos diagnósticos de Hepatitis A de los últimos 5 años (enero de 2014-diciembre de 2018). El diagnóstico de infección por VHA se realizó mediante la detección de anticuerpos IgM por quimioluminiscencia (Advia Centaur XP®). Los datos se clasificaron según las variables demográficas de edad y sexo.

Resultados: Se analizaron los datos de las peticiones de IgM de VHA recibidas durante estos 5 años, resultando un total de 22317. En la tabla se muestran los datos clasificados por año. Se obtuvieron 158 determinaciones positivas distribuyéndose a lo largo del periodo estudiado de la siguiente forma: 2 (1,27%) en 2014; 5 (3,16%) en 2015; 15 (9,49%) en 2016; 102 (64,56%) en 2017 y 34 (21,52%) en 2018. Del total de determinaciones positivas, 133 (84,18%) pertenecían a varones, con una media de edad de 32,99 años. La media de edad de las mujeres con resultado positivo fue de 32,72 años.

Año	Negativos	Positivos	Indeterminado	No procesado	Total
2014	3.770	2	20	20	3.812
2015	4.137	5	25	27	4.194
2016	4.299	15	35	55	4.404
2017	4.809	102	48	55	5.014
2018	4.779	34	24	56	4.893
Total	21.794	158	152	213	22.317

Conclusiones: Nuestros datos reflejan el brote de hepatitis A ocurrido en Europa en 2017, con un pico importante de casos en ese año. Los varones jóvenes representan el mayor porcentaje de infección aguda por VHA, datos que concuerdan con la epidemia descrita mayoritariamente en HSH. A pesar de que los nuevos casos de hepatitis A disminuyeron en el 2018 en nuestro área, estos siguen siendo más numerosos que en los años previos al brote. Es fundamental promover medidas higiénico-alimentarias y de sexo seguro con métodos de barrera para la prevención de nuevas infecciones, así como vacunar a los grupos de riesgo.

VHE

P-51. HEPATITIS E CRÓNICA EN EL TRASPLANTE DE ÓRGANO SÓLIDO: A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Aguilera¹, N. Vallejo², A. Vallejo², A.I. Díaz-Mareque², M. Rodríguez-Velasco², E. Molina² y A. Rivero-Juárez³

¹Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago, Santiago de Compostela;

²Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, Santiago de Compostela; ³Hospital Universitario Reina Sofía. Instituto Maimónides de Investigación Biomédica, Córdoba.

Introducción: La infección crónica por el VHE, definida por la persistencia del ARN viral en suero o heces durante más de 6 meses, se ha descrito en pacientes inmunodeprimidos que habían recibido trasplante de órgano sólido y también en otras poblaciones de inmunodeprimidos, como pacientes oncohematológicos o infectados por el VIH. Los pacientes con hepatitis crónica E suelen estar asintomáticos e infectados principalmente por el genotipo 3.

Caso clínico: Paciente asintomático de 35 años, trasplantado renal desde hace seis, que presenta buen estado general pero con alteración de la bioquímica hepática mixta leve desde hace unos siete meses, siendo las analíticas previas normales y sin incidencias hepatobiliares, ni ictericia ni datos de coagulopatía. Desde el inicio de la alteración bioquímica se suspende la medicación que tomaba por sospecha de hepatitis medicamentosa, aunque no se observan cambios al respecto y continúa la ausencia de síntomas. La ecografía abdominal aporta datos de esteatosis hepática en hígado normofuncionante sin datos de fibrosis relevante y de etiología indeterminada, por lo que se remite a hepatología para valoración. Con los datos aportados por el laboratorio de microbiología se diagnostica de infección por el VHE con presencia de anticuerpos específicos IgG e IgM y ARN-VHE detectable, categorizada como "hepatitis crónica por VHE sin datos de

gravidad". El VHE es caracterizado genotípicamente como 3 y se inicia tratamiento con ribavirina a dosis de 200 mg cd 8 horas durante 12 semanas y con control del ARN-VHE en sangre y heces al finalizar. Al finalizar el tratamiento, se ha normalizado la bioquímica hepática y los controles de ARN-VHE tanto en plasma como en heces son negativos por lo que se decide suspender este y proceder al alta.

Discusión: Las diferentes guías de práctica clínica (GPC) para el manejo de la hepatitis E (BTS, EASL y GEHEP) recomiendan el cribado del VHE en trasplantados receptores de órgano sólido y pacientes inmunodeprimidos con los niveles de transaminasas por encima del límite normal, además de en todos los casos de hepatitis medicamentosa y de origen incierto. Sin embargo, estas recomendaciones no se están llevando a la práctica como lo demuestra el caso presentado en un receptor de trasplante renal. Se hace por tanto necesario recomendar explícitamente el cribado periódico del VHE en todos los pacientes trasplantados de órgano sólido con alteraciones de la bioquímica hepática con independencia del tipo de órgano trasplantado.

P-52. HEPATITIS E EN EL ÁREA SUR DE GRAN CANARIA

M.A. Hernández Betancor, N. Bastón Paz, T. Tosco Nuñez e I. de Miguel Martínez

Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción y objetivos: El virus de hepatitis E (VHE) es un virus hepatotrofo ampliamente distribuido a nivel mundial, principalmente de transmisión fecal-oral. Puede ocasionar hepatitis vírica aguda, y en pacientes inmunodeprimidos infección crónica. La implementación de nuevas técnicas de cribado automatizadas han facilitado su diagnóstico. A partir del año 2018 se incorpora el cribado de VHE en el algoritmo diagnóstico de hepatitis en el Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria con el objetivo de reducir los casos de hepatitis no filiada.

Métodos: En todo paciente con un cuadro clínico sugestivo de hepatitis infecciosa de etiología desconocida se detecta IgM e IgG frente a VHE mediante quimioluminiscencia (VIRCLIA, Vircell). Las muestras positivas son remitidas al Centro Nacional de Microbiología para su confirmación (immunoblot). En todos los casos de hepatitis aguda, y de infección pasada en paciente inmunodeprimido también se envió suero para la detección de VHE (RT-PCR).

Resultados: Se detectan 5 casos en varones de hepatitis E aguda. Uno de ellos probablemente importado en un paciente hindú, de 30 años, y el resto en pacientes con nacionalidad española, todos mayores de 50 años que requieren ingreso hospitalario. En todos los casos se confirmó IgM e IgG positiva, tres presentaron además PCR positiva en el momento del diagnóstico. Al menos dos pacientes presentan cirrosis hepática, uno de ellos por infección por virus de hepatitis C genotipo 1 con respuesta viral sostenida, que refiere como antecedente el consumo de queso fresco. El segundo paciente ingresado presenta cirrosis hepática de probable origen etílico con una serología compatible con hepatitis B pasada. En el tercer paciente durante el ingreso se aísla *Listeria monocytogenes* a partir de hemocultivos, coincidiendo con la confirmación diagnóstica de hepatitis E aguda. La infección bacteriana se trata con ampicilina y gentamicina, y la infección por VHE con ribavirina. El paciente refiere como antecedente de interés el manejo de estiércol. En todos los casos la evolución fue favorable. Además en dos mujeres se detectó la presencia de IgM positiva con IgG y PCR negativa, no remitiéndose una segunda muestra para la confirmación por seroconversión. Por último, se detectó la presencia de IgG positiva con IgM negativa, sugestiva de infección pasada, en 60 pacientes. En 29 de ellos se descartó cronicidad (RT-PCR).

Conclusiones: El VHE parece un virus ampliamente distribuido en nuestro medio. Parece recomendable realizar su cribado en todo paciente con un cuadro sugestivo de hepatitis infecciosa sin filiar.

P-53. INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA HEPATITIS E EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

B. Laguna Fonseca, A. Ruedas López, S. Medrano Pardo, M. Escobar Porcel, F.J. Candel González y A. Arribi Vilela

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción y objetivos: La infección causada por el virus de la hepatitis E (VHE) tiene un gran impacto global, con una relevancia cada vez mayor en países desarrollados debido a la transmisión zoonótica a través de alimentos contaminados. La población más afectada corresponde a los adultos jóvenes, con particular riesgo para las embarazadas, inmunodeprimidos y pacientes con enfermedad hepática subyacente. En este estudio revisamos los diagnósticos de infección por VHE tras la implementación de la técnica diagnóstica en nuestro centro.

Métodos: Estudio retrospectivo realizado en el Hospital Clínico San Carlos de Madrid desde enero de 2018 hasta junio de 2019, en el que se han recogido datos de infección aguda y pasada por VHE. Se estableció como infección aguda, la detección de anticuerpos anti-VHE-IgM, junto con la seroconversión (detección de anticuerpos anti-VHE-IgG) y la detección de carga viral (ARN-VHE). Se estableció como infección pasada la detección de anticuerpos anti-VHE-IgG en ausencia de anticuerpos anti-VHE-IgM. Hasta febrero de 2019 la detección de anticuerpos anti-VHE-IgM se realizó mediante inmunocromatografía (Biosynex). A partir de esta fecha, se perfeccionó la técnica diagnóstica con la aplicación de la quimioluminiscencia (Vir-Clia) para la determinación de anticuerpos anti-VHE-IgM y anti-VHE-IgG.

Resultados: Se realizaron un total de 160 peticiones de cribado diagnóstico al laboratorio de Microbiología, 83 peticiones en el 2018, y 77 en los meses de 2019. El servicio de Digestivo realizó un 55% de las peticiones, Urgencias un 14%, Nefrología y trasplante un 7%, Hematología un 4% y el restante 20% de peticiones fueron realizadas por otros servicios y centros de salud. Se diagnosticaron 6 infecciones agudas y 7 infecciones pasadas por VHE. En cuanto a la distribución por sexo de las infecciones agudas, la mitad correspondía a hombres y la mitad a mujeres. El 83% de los pacientes con infección aguda fueron inmunodeprimidos y requirieron ingreso hospitalario, produciéndose un exitus.

Conclusiones: La mayor relevancia de las infecciones por VHE se ha traducido en un incremento en la solicitud de peticiones de cribado diagnóstico en nuestro centro. Se debe ofrecer consejo terapéutico, en especial a personas inmunodeprimidas o hepatópatas, por el elevado riesgo de que la infección por VHE presente un curso grave. Desde el perfeccionamiento de las técnicas diagnósticas en nuestro centro, se tiene registro de infección por VHE pasada, ya que en la mayoría de las ocasiones se produce una infección asintomática, fundamentalmente en personas jóvenes, seguida de aclaramiento espontáneo del virus.

P-54. LOS PACIENTES VIH INFECTADOS NO TIENEN MAYOR RIESGO DE INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA HEPATITIS E: RESULTADOS DE UN METAANÁLISIS

P. López-López, M. Frías, Á. Camacho, I. Zafra-Soto, L. Ruiz-Torres, I. Ruiz-Cáceres, V. Muñoz-Moreno, J. Caballero-Gómez, L. Milla-Serrano, A. Rivero-Juárez y A. Rivero

Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba, Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC), Córdoba.

Introducción y objetivos: La infección por el virus de la hepatitis E (VHE) es la causa más común de hepatitis aguda en el mundo. No está bien establecido si las personas infectadas con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) son más susceptibles a la infección por VHE

que las personas no infectadas con el VIH. El objetivo de este metaanálisis fue evaluar si los pacientes con infección por VIH constituyen un grupo de riesgo para la infección por VHE.

Métodos: Se realizó una revisión sistemática y un metaanálisis en línea con PRISMA. Se compararon las seroprevalencia de VHE entre poblaciones infectadas por VIH y no infectadas. Se realizaron dos análisis: i) incluyendo estudios en el que se comparó la seroprevalencia de IgG frente a VHE entre pacientes infectados por el VIH y no infectados por el VIH, y ii) estudios de casos-control en el que se comparó la seroprevalencia de infección por el VHE en pacientes infectados por el VIH y no infectados por el VIH emparejados por sexo, edad y área geográfica.

Resultados: En la búsqueda bibliográfica se encontraron un total de 195 citas en la base de datos PubMed, de las cuales se seleccionaron 53 estudios que potencialmente se relacionaron con el objetivo de nuestro estudio. Para el primer metaanálisis se seleccionaron 17 artículos acorde a los criterios de selección. El resultado del análisis mostró un OR de 1,07 (IC95%: 0,71-1,61) por efectos aleatorios, con I² = 91%, y el gráfico en embudo no mostró ausencia de sesgo de publicación. Para el segundo metaanálisis se seleccionaron 3 artículos. El OR para los pacientes con VIH fue 0,87 (IC95%: 0,74-1,03) en el metaanálisis de efectos fijos y 0,88 (IC95%: 0,70-1,11) por efectos aleatorios, con I² = 47%, y el gráfico en embudo mostró la ausencia de sesgo de publicación.

Conclusiones: Nuestro metaanálisis no demostró que la infección por VIH sea un factor de riesgo para la infección por VHE en comparación con individuos no infectados por el VIH.

Miscelánea

P-55. CARACTERIZACIÓN DE LA ESTEATOSIS HEPÁTICA DIAGNOSTICADA POR FIBROSCAN EN UN SERVICIO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS

P. Rubio Cuevas, C. de Andrés David, N. Gómez Muñoz, E.M. Martínez Olivares, F. Alonso Ecenarro, Ó. Lorente Furió, Á. García Campos, M. Melero García, J.I. Mateo González, J.E. Ballester Belda, E. Ortega González y M. García Deltoro

Consortio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia.

Introducción: Tras las tasas de curación virológica alcanzadas con los antivirales de acción directa (AAD) para VHC, la enfermedad por hí-

gado graso se está convirtiendo en una de las causas actuales más frecuentes de enfermedad hepática crónica. Se estima que cerca del 25% de la población mundial padece esteatosis hepática relacionada a la presencia de al menos uno de los factores de síndrome metabólico: diabetes, sobrepeso, hipertrigliceridemia, hipercolesterolemia, hipertensión. Dado que la mayoría de las personas con esteatosis hepática se encuentran asintomáticas y se diagnostican incidentalmente, resulta de interés determinar los factores de riesgo asociados para el seguimiento de dicha patología.

Objetivos: Evaluar la prevalencia y caracterización de la esteatosis hepática en nuestras consultas, mediante el parámetro de atenuación controlada (CAP) del Fibroscan, una técnica no invasiva, fácil y rápida que determina de manera simultánea esteatosis y fibrosis hepática.

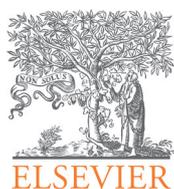
Métodos: Análisis retrospectivo de todos los pacientes que se les ha realizado un Fibroscan desde noviembre 2018 hasta junio 2019 en el Servicio de Enfermedades Infecciosas. Análisis descriptivo y comparativo efectuado en SPSS frente a 24 mediante pruebas no paramétricas.

Resultados: Se realizaron 256 exámenes, y un 33,6% presentaron esteatosis hepática. Nuestra cohorte incluye 86 pacientes, 71% hombres y edad media de 55,3 años (DE 10,81). El 34,9% presentaron esteatosis moderada F2 (242-280 dB/m) y 65,1% esteatosis grave F3 (283-400 dB/m). Nuestra cohorte estaba formada por 18,6% pacientes con dislipemia, 14% diabéticos, 19,8% hipertensos, 11,6% fumadores. La distribución en función de estado infección por virus VIH y hepatotropos se muestra en la tabla. No encontramos ninguna asociación entre las variables de riesgo estudiadas con el grado de esteatosis, así como tampoco hemos observado un mayor riesgo de esteatosis en función del estado de la presencia de VIH o coinfección con virus hepatotropos. Cabe destacar, sin embargo, una tendencia entre el estadio de fibrosis y el valor de esteatosis mediante CAP.

Distribución de pacientes en función de diagnóstico asociado

VIH	10 (11,6%)
VIH+VHC	19 (22,1%)
VIH+VHB	1 (1,2%)
VHC	16 (18,6%)
VHB	11 (12,8)
No virus	29 (33,7%)

Conclusiones: No encontramos ninguna asociación significativa entre factores de síndrome metabólico y esteatosis. Tampoco con la presencia de VIH y/o coinfección con virus hepatotropos. Hay que destacar, sin embargo, una tendencia entre el estadio de fibrosis y el valor de esteatosis mediante CAP. Hace falta un mayor tamaño muestral y estudios multicéntricos para sacar conclusiones más rigurosas.



Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Índice de autores

V Congreso Nacional del Grupo de Estudio de las Hepatitis Víricas (GEHEP) de la SEIMC

Cáceres, 26-28 de septiembre de 2019

- Abril López de Medrano, V., 27, 30
 Acosta López, S., 2, 6
 Afonso Díaz, A., 2
 Agea García, Á., 5, 29
 Aguilar, M.I., 8
 Aguilera, A., 6, 23, 24, 38
 Agulla, A., 24
 Alados, J.C., 4, 5
 Alados Arboledas, J.C., 1, 20
 Alauí, A., 14
 Albendín, H., 8, 28
 Albendín Iglesias, H., 20, 22
 Alcalde, M., 14, 29
 Alcalde Encinas, M., 30
 Alcaraz Vidal, B., 14, 15, 29, 30
 Alcolea López, M., 29
 Algara Robles, O., 21
 Alonso, M.P., 24
 Alonso Ecenarro, F., 15, 40
 Alonso Ramis, J.M., 24
 Alventosa Mateu, C., 6
 Antón Martínez, J., 36
 Aparicio Aparicio, A., 22
 Aparisi, N., 11, 19, 24
 Arazo, P., 21
 Arbonés-Mainar, J.M., 7
 Arca de Lafuente, S., 7
 Arenas, J.I., 4
 Arencibia Almeida, A., 2
 Arnaiz Díez, S., 25, 34, 36, 37
 Arribi Vilela, A., 38, 39
 Avella-Klaassen, S.R., 24
 Ayerdi Aguirrebengoa, Ó., 3
- Ballester Belda, E., 15
 Ballester Belda, J.E., 40
 Barasona, J.Á., 17
 Barquín, D., 13
- Barriga Rodríguez, P., 25, 34, 36, 37
 Bastón Paz, N., 39
 Bautista, A., 16
 Bautista Hernández, A., 31
 Belda, M., 19, 24
 Belda Álvarez, M., 11
 Bernal, V., 7
 Bernal Morrell, E., 8
 Blanco Ramírez, M.J., 20
 Blasco Segura, P., 36
 Blázquez, R., 8
 Borrego, P., 7
 Boschín Navarro, V., 27, 30
 Bravo, J., 8
 Bresó, M.C., 11, 19
 Briz, V., 7
 Broch Petit, A., 27, 30
 Buendía, B., 37
 Bullich, C., 3
- Caba Hernández, C., 25, 34, 36, 37
 Caballero Gómez, J., 3, 17, 32, 39
 Cabanes Hernández, Y., 15, 27, 30
 Cabezas, J., 4
 Cabezón, C., 4
 Cabrera, X., 24
 Cabrera-Gisbert, M.V., 22
 Cabrera Hernández, C.M., 6
 Cáceres-Anillo, D., 22
 Calzado, S., 32
 Calzado Solaz, C., 34
 Camacho, A., 16, 22, 28
 Camacho, Á., 10, 32, 39
 Camacho-Sillero, L., 3
 Candel González, F.J., 38, 39
 Candia Lagomarsino, V., 24
 Cano-Terriza, D., 17
 Cantudo, P., 1
- Cañizares, A., 24
 Cara Rodríguez, M., 37
 Carlavilla Martínez, A.B., 17
 Carlos, S., 13
 Caro Leiro, A., 27, 35
 Carrasco, T., 13
 Carvajal Pérez, L., 8
 Casabona, J., 19
 Casas Deza, D., 7
 Castro, S., 16
 Castro González, S., 13
 Castro-Granados, M., 22
 Castro Sánchez, S., 8, 35
 Causse del Río, M., 21
 Cavas García, V., 29
 Ceballos Gómez, M.P., 23
 Celly, A., 19
 Cervantes, M., 32
 Chiquero Palomo, M., 36
 Clavijo, E., 1
 Cobos, L., 22
 Cobos Trigueros, N., 14, 15, 29
 Collado, A., 10, 16, 28
 Corma, A., 1
 Corma Gómez, A., 2, 7, 33
 Corma-Gómez, A., 5, 8, 12, 17
 Cornejo González, R.M., 17
 Correa Matos, M., 5, 29
 Cortell Cortell, C., 26, 34
 Cortés, S., 19
 Crespo, O., 13, 25
 Cucurull-Canosa, J., 10, 16, 28
 Cueto-Felgueroso, C., 17
 Cuevas, G., 4, 11
 Cuevas Barranquero, J.M., 23
- De Andrés David, C., 15, 27, 30, 40
 De la Fuente-Darder, B., 22
 De la Iglesia, A., 1
- De la Rosa Vilar, T., 6
 De los Santos, I., 5, 8
 De los Santos Gil, I., 10, 13, 31, 32, 37
 De Miguel Martínez, I., 39
 De Salazar, A., 2, 4
 De Salazar González, A., 11, 12
 Del Amor Espín, M.J., 14, 15, 29, 30
 Del Río San Cristóbal, R., 36
 Del Romero Guerrero, J., 3
 Delgado-Fernández, M., 10
 Diago, M., 11, 19, 24
 Diago Madrid, M., 4, 6, 15, 26, 34
 Díaz-Cao, J.M., 17
 Díaz Flores, F., 13, 25
 Díaz García, P., 2
 Díaz-Mareque, A.I., 38
 Díaz Ruiz, P., 6
 Dobrito Palles, A., 37, 25, 34
 Domínguez Sánchez, Á., 5
 Dorado García, M., 26
 Dorado García, M.L., 34
 Dueñas Díez, A., 35
 Dueñas Gutiérrez, C., 26, 27, 35
 Dueñas Gutiérrez, C.J., 28, 35
 Duque Aguilar, J.J., 25, 34, 36, 37
 Durán Torres, O., 29
- Egea Zapata, C., 8
 Egues Torres, X.T., 35
 Eiros, J.M., 23
 Escobar Porcel, M., 38, 39
 Ezeonwumelu, I.J., 7
- Falgueras, L., 32
 Fernández, E., 4
 Fernández, M., 7, 16

- Fernández-Alonso, M., 13, 14
 Fernández Bermejo, M., 37
 Fernández Bonilla, E., 7
 Fernández Esgueva, M., 7
 Fernández Fuertes, M., 2, 33
 Fernández-Fuertes, M., 1, 12, 17
 Fernández Lisón, L.C., 25, 34, 36, 37
 Fernández Vázquez, I., 17
 Flores Cid, J., 19
 Fornos, A., 4
 Fradejas, I., 17
 Fraile-Ribot, P.A., 24
 Freixenet, X., 3
 Freyre, C., 1, 16
 Freyre Carrillo, C., 33
 Frías, M., 3, 5, 8, 16, 17, 32, 39
 Fuentes, A., 2, 4, 16, 17
 Fuentes López, A., 6, 11, 12
 Fuster, B., 19, 24
 Fuster Escrivá, B., 11
- Galán González, J., 36
 Galera, C., 5, 10
 Galera Peñaranda, C., 8, 10, 20, 22
 Galindo Puerto, M.J., 10
 Gámez Salazar, L., 5, 29
 García, F., 2, 4, 17, 23
 García-Bocanegra, I., 3, 17
 García-Campello, M., 24
 García Campos, Á., 15, 40
 García-Costa, J., 24
 García Deltoro, M., 4, 6, 10, 15, 16, 19, 24, 26, 27, 28, 30, 34, 36, 40
 García-Fogeda Romero, J.L., 12
 García-Fraile, L., 10, 28
 García-Fraile Fraile, L., 31, 32
 García-Fraile Fraile, L.J., 31, 37
 García García, F., 6, 11, 12
 García García, J., 14, 15, 29, 30
 García Gonzalo, M.A., 10
 García Lagunar, M.H., 14, 15, 29, 30
 García Muñoz, I., 29
 García Pérez, A., 14, 15, 29, 30
 García Rodríguez, M., 15, 27
 García Sobreviela, M.P., 7
 García Solo de Zaldívar, F.J., 2
 Gasch, O., 32
 Geijo, P., 5, 8
 Gilabert Fos, M.S., 26, 34
 Gimeno, C., 4, 19, 24
 Gimeno Cardona, C., 11
 Giner Escobar, P., 12
 Gómez, N., 4
 Gómez-Guillamón, F., 3
 Gómez Hurtado, A.M., 5, 29, 36
 Gómez-Mateos, J., 1, 12, 17, 33
 Gómez Muñoz, N., 15, 27, 30, 40
- Gómez Sánchez, R.M., 8
 Gómez Villaespesa, F., 21
 Gómez Villaespesa, M.F., 23
 González, E.C., 4
 González González, L., 6
 González-López, F., 17
 González Marquina, A., 26, 34
 González Nieto, A., 5, 29
 González Rodríguez, A., 2, 6
 González-Serna, A., 7
 Granados, R., 5, 10, 14, 16, 28
 GRUMIP, 3
 Gude, M.J., 24
 Guerrero, R.A., 3
 Guirado Torrecillas, L., 22
 Gutiérrez, J., 4
 Gutiérrez González, S., 28
 Gutiérrez Liarte, Á., 37
 Gutiérrez Salcedo, J., 15
- Hernández Betancor, M.A., 39
 Hernández Bustabad, A., 13, 25
 Hernández García, G., 26, 27, 28, 35
 Hernández-Guerra, M., 13, 25
 Herrero Molina, A.P., 20
 Herrero Rodríguez, P., 27, 30
 Holguín, Á., 13
- Ibarra Ugarte, S., 10
 Iborra, A., 20
 Iborra Bendicho, A., 22
 Imaz, A., 5, 8
 Íñigo, M., 14
- Jiménez, A.B., 21
 Jiménez, M.Á., 4
 Jiménez-Ruiz, S., 17
 Jimeno, A., 29
 Jimeno Almazán, A., 14, 15, 30
- La Serna Ramos, A.M., 6
 Lagarejos, E., 23
 Laguna Fonseca, B., 38, 39
 Lara, M., 6
 Lara Pérez, M., 2
 Latorre Sánchez, M., 6
 Lizaur-Barbudo, M., 22
 López-Góngora, S., 32
 López Gonzales, E., 7, 21
 López Lara, L.N., 5, 29, 36
 López-López, P., 3, 16, 17, 32, 39
 López Núñez, A., 37
 López Prieto, M.D., 20
 Lorente Furió, Ó., 30, 40
 Lozano, D., 4
 Lozano, I., 20
 Lozano Rincón, E.E., 3
 Luque, M., 1
- Machado, M.L., 32
 Machuca, I., 22, 32
 Macià Romero, M.D., 24
 Macías, J., 1, 2, 5, 7, 8, 10, 12, 16, 17
 Macías, M., 4
 Macías Sánchez, J., 28, 33
 Madolell, R., 11, 24
 Manchado-López, L., 22
 Marco, A., 3
 Martín, A., 4
 Martín Fuentes, A., 23
 Martín Gómez, A., 23
 Martín Guerra, J.M., 28
 Martín-Higuera, C., 17
 Martín Holgado, D., 37
 Martín Iglesias, D., 31
 Martín Noguerol, E., 37
 Martín Ruiz, C., 5, 36
 Martínez, C., 1
 Martínez, O., 16
 Martínez de Aguirre, P., 14
 Martínez Fernández, L., 14, 15, 29, 30
 Martínez Madrid, O., 14, 15, 29, 30
 Martínez Martínez, L., 21
 Martínez Olivares, E.M., 40
 Martínez Roma, M., 4
 Martínez-Román, P., 7
 Martínez Rubio, C., 33
 Martínez-Sapiña, A., 7, 21
 Martínez Sánchez, R., 8
 Mata Romero, P., 37
 Mate-Cano, I., 7
 Mateo González, I., 30
 Mateo González, J.I., 40
 Mayor Sanabria, F., 31, 32
 Medina, C., 20
 Medrano Pardo, S., 38, 39
 Melero García, M., 40
 Merchante, N., 1, 7, 12, 17, 33
 Merchante Gutiérrez, N., 10
 Merino, D., 10, 16, 28
 Merino de Lucas, E., 10
 Merino, D., 5, 8
 Mesa García, S., 17
 Milla-Serrano, L., 39
 Mínguez Gallego, C., 10
 Miranda, M., 24
 Mohamed, K., 14
 Moldes, L., 24
 Molina, E., 38
 Molina Cifuentes, M., 22
 Montero Alonso, M., 10
 Montero Álvarez, J.L., 21
 Morales Arráez, D., 25
 Morales Arrez, D., 13
 Morano, A., 28
 Morano, L., 10
 Morano, L.E., 5
 Morano Amado, L., 35
 Morano Vázquez, A., 35
- Moreno, A., 20
 Moreno, S., 19
 Moreno Morales, M., 23
 Morillo-Verdugo, R., 28
 Muñoz, A., 1
 Muñoz, M.A., 8
 Muñoz, V., 22
 Muñoz García, I., 14, 15, 30
 Muñoz-Moreno, V., 39
- Nardini, C., 27, 30
 Navarro, M., 32
 Navarro Aznárez, H., 21
 Navarro Rodríguez, M., 20, 22
 Ndarabu, A., 13
 Novoa Fernández, C., 35
 Núñez Gaspar, S., 36
- Ocete, M.D., 4, 19, 24
 Ocete Mochón, M.D., 11
 Omar Ampa, M., 10
 Ordóñez, P., 24
 Origién, J., 17
 Ortega García, M.P., 26, 36
 Ortega García, P., 34
 Ortega González, E., 4, 15, 27, 30, 40
 Ortega Larrea, D., 7, 21
 Otal Gallardo, M.R., 23
- Palacios, R., 5, 8, 10, 28
 Palacios, Z., 16
 Palladino, C., 7
 Paniagua-García, M., 10, 28
 Pavón, I., 20
 Paz, J., 4
 Pecero Hormigo, M.D.C., 5, 29
 Pena López, M.J., 23
 Pérez, A.B., 4
 Pérez-Camacho, I., 5, 8
 Pérez-Castro, S.M., 24
 Pérez-García, A., 14
 Pérez González, A., 35
 Pérez Hernández, F., 2
 Pérez Reyes, F., 36
 Pérez-Rivilla, A., 17
 Pérez Salvador, A., 16, 20, 22
 Pérez Santos, M.J., 1
 Pérez Segovia, M.C., 23
 Pérez Villalón, P., 26, 36
 Pineda, J.A., 1, 2, 5, 7, 8, 10, 12, 16, 17, 28, 33
 Pinilla Rello, A., 21
 Pitarch Fabregat, J., 15
 Pousada, G., 35
 Prades Causera, I., 34
 Pretel Pretel, M.J., 23

- Prieto Climent, J.D., 6
Puerta López, T., 3
- Quílez, C., 4
Quintero Carrión, E., 13, 25
Quiñonero, J.T., 8
- Raffo Márquez, M., 10
Ramírez, A., 4
Ramírez de Arellano, E., 16
Ramírez Gómez, A., 21, 23
Raposo Utrilla, M., 3
Real, L.M., 1, 2, 5, 7, 8, 12, 17
Real Navarrete, L.M., 33
Redondo-Ecija, J., 22
Reina, G., 13, 14
Resino, S., 7
Reus, S.J., 5, 8
Revollo Barriga, B., 10
Reyes-Urueña, J., 19
Reygosa Castro, C., 13, 25
Ribero Berenjeno, M., 1
Ricart Olmos, C., 27, 30
Rincón, P., 1, 2, 7, 10, 12, 16, 17
Ríos, M.J., 5, 8, 16
Ríos Sánchez, E., 33
Ríos-Villegas, M.J., 10
Risalde, M.Á., 17
Rivero, A., 17, 22, 32, 39
Rivero-Juárez, A., 3, 10, 16, 17, 22, 32, 38, 39
Rivero Román, A., 21
Robaína, J.M., 14
Robledo Andrés, P., 37
Rodríguez, A., 4
- Rodríguez, M., 7
Rodríguez-Arrondo, F., 10
Rodríguez Fernández, L., 26, 28, 35
Rodríguez-Fernández, M., 10
Rodríguez Macías, A., 24
Rodríguez Martín, C., 3
Rodríguez-Mateos, M., 14
Rodríguez-Otero, L., 24
Rodríguez Rodríguez, G., 37
Rodríguez-Velasco, M., 38
Rojano Torres, R., 14, 29
Rojo, O., 26
Roldán, C., 6
Ros, R., 4
Rosales, J.M., 4
Rubio, M., 13
Rubio Cuevas, P., 15, 27, 30, 40
Ruedas López, A., 38, 39
Ruiz, M., 11
Ruiz-Cáceres, I., 32, 39
Ruiz Escolano, E., 12
Ruiz García, P., 21, 23
Ruiz Maldonado, M., 11
Ruiz-Rubio, C., 3
Ruiz Ruiz, J.J., 21, 23
Ruiz-Torres, L., 17, 32, 39
Ruz, M.Á., 5, 8
Ryan, P., 4, 11
Ryan Murúa, P., 26
- Sáez, E., 14
Salazar, A., 17
Salvà Armengod, F., 24
Sánchez Albiñana, L., 26, 36
Sánchez-Calvo, J.M., 20
- Sánchez Cerviño, V.M., 37
Sánchez de las Matas, M., 20
Sánchez-García, M.J., 17
Sánchez Ramos, E., 6
Santana Rodríguez, T., 6
Santiago Gutiérrez, L.G., 2, 6
Santos, M., 8
Sanz Moreno, J., 26, 27
Sanz Sanz, J., 13, 31, 37
Seiquer de la Peña, C., 8
Serrano, M., 8, 14
Sicras Mainar, A., 28
Simón, M.Á., 26
Sousa, F.L., 12
Suárez Bode, L., 24
Suárez Rodríguez, G., 2, 23
Suárez Simón, A., 27, 35
Sureda Barbosa, M.D.M., 24
- Tapia Moral, E., 28
Taveira, N., 7
Tellería Gómez, P., 35
Téllez, F., 4, 5, 8, 10, 16, 28
Téllez Pérez, F., 10, 33
Tena Alejandro, P., 25, 34, 36, 37
Terrón Rodas, C., 17
Toledo, F., 20
Tornero Divieso, M.L., 12
Torrecillas, M., 11, 19, 24
Torres Martos, E., 1, 20
Torres Medina, C.T., 23
Tosco Nuñez, T., 39
Trigo, M., 24
Tristancho, A., 7, 21
Troya, J., 4, 11
- Trujillo Santos, J., 14, 15, 29, 30
Turu, E., 3
- Urquijo, J.J., 11
Urquijo Ponce, J.J., 6
Usategui Martín, I., 28
- Valdés Lacasa, T., 17
Valencia, J., 4, 11
Valero Balboa, L., 1
Vallejo, A., 24, 38
Vallejo, N., 38
Van den Eynde, E., 32
Vaquer Mut, M., 26, 36
Vargas, J., 2, 12
Vera, F., 5, 8
Vera García, M., 3
Vera Izquierdo, F., 29
Vera Méndez, F.J., 10, 14, 15, 28, 29, 30
Vicente, J., 17
Viciano, I., 1
Villalobos, M., 16
Villalobos Hernández, M., 10
Virto Peña, I., 33
Vives, N., 19
- Yela, E., 3
- Zafra, I., 3, 17
Zafra-Soto, I., 16, 32, 39
Zapico Aldea, G., 26, 28, 35
Zorrilla, I., 3