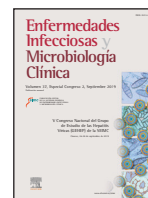




# Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

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. Rincón<sup>1</sup>, M. Rodríguez-Fernández<sup>1</sup>, J. Macías<sup>1</sup>, L. Morano<sup>2</sup>, R. Granados<sup>3</sup>, F. Téllez<sup>4</sup>, Á. Camacho<sup>5</sup>, D. Merino<sup>6</sup>, R. Palacios<sup>7</sup>, J. Cucurull-Canosa<sup>8</sup>, M. Paniagua-García<sup>9</sup>, F.J. Vera-Méndez<sup>10</sup>, L. García-Fraile<sup>11</sup>, C. Galera<sup>12</sup>, M. García Deltoro<sup>13</sup>, A. Collado<sup>14</sup> y J.A. Pineda<sup>1</sup>

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

<sup>3</sup>Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria; <sup>4</sup>Hospital Universitario de Puerto Real, Puerto Real;

<sup>5</sup>Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba; <sup>6</sup>Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva; <sup>7</sup>Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga;

<sup>8</sup>Hospital de Figueres-Fundació Salut Empordà, Figueres; <sup>9</sup>Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla; <sup>10</sup>Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena; <sup>11</sup>Hospital Universitario de La Princesa, Madrid; <sup>12</sup>Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia;

<sup>13</sup>Consortio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia;

<sup>14</sup>Hospital 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 Gil<sup>1</sup>, M. Rodríguez-Fernández<sup>2</sup>, F. Rodríguez-Arondo<sup>3</sup>, B. Revollo Barriga<sup>4</sup>, S. Ibarra Ugarte<sup>5</sup>, E. Merino de Lucas<sup>6</sup>, M. Montero Alonso<sup>7</sup>, F. Téllez Pérez<sup>8</sup>, M.J. Galindo Puerto<sup>9</sup>, A. Rivero-Juárez<sup>10</sup>, M. García Deltoro<sup>11</sup>, M. Delgado-Fernández<sup>12</sup>, F.J. Vera-Méndez<sup>13</sup>, M.A. García Gonzalo<sup>14</sup>, M.J. Ríos-Villegas<sup>15</sup>, M. Villalobos Hernández<sup>16</sup>, C. Galera Peñaranda<sup>17</sup>, M. Raffo Márquez<sup>18</sup>, M. Omar Ampa<sup>19</sup>, C. Mínguez Gallego<sup>20</sup>, J.A. Pineda<sup>2</sup> y N. Merchante Gutiérrez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario de La Princesa, Madrid; <sup>2</sup>Hospital Universitario de Valme, Sevilla; <sup>3</sup>Hospital Donostia, San Sebastián; <sup>4</sup>Hospital

Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona; <sup>5</sup>Hospital

de Basurto-Osakidetza, Bilbao; <sup>6</sup>Hospital General Universitario

de Alicante, Alicante; <sup>7</sup>Hospital Universitario La Fe, Valencia; <sup>8</sup>Hospital

Universitario Puerto Real, Cádiz; <sup>9</sup>Hospital Clínico de Valencia, Valencia;

<sup>10</sup>Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba; <sup>11</sup>Consortio Hospital

General Universitario de Valencia, Valencia; <sup>12</sup>Hospital Regional

Universitario de Málaga, Málaga; <sup>13</sup>Hospital General Universitario

Santa Lucía, Cartagena; <sup>14</sup>Hospital Universitario de Galdakao,

Galdakao; <sup>15</sup>Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla;

<sup>16</sup>Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga; <sup>17</sup>Hospital Clínico

Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia; <sup>18</sup>Hospital Universitario

Juan Ramón Jiménez, Huelva; <sup>19</sup>Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén;

<sup>20</sup>Hospital General Universitario de Castellón, Castellón.

**Introducción y objetivos:** El carcinoma hepatocelular (CHC) se ha erigido como causa importante de morbilidad 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 López<sup>1</sup>, A. de Salazar González<sup>1</sup>, F. García García<sup>1</sup>, M. Ruiz<sup>2</sup>, M. Ruiz Maldonado<sup>2</sup>, J. Valencia<sup>3</sup>, J. Troya<sup>4</sup>, G. Cuevas<sup>4</sup>, P. Ryan<sup>4</sup> y F. García García<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario de San Cecilio, Granada; <sup>2</sup>Servicio Provincial de Drogodependencia, Granada; <sup>3</sup>Unidad Móvil de Reducción de Daños del SERMAS, Madrid; <sup>4</sup>Hospital 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. Barquín<sup>1</sup>, T. Carrasco<sup>1</sup>, A. Ndarabu<sup>2</sup>, M. Fernández-Alonso<sup>1</sup>, M. Rubio<sup>3</sup>, S. Carlos<sup>4</sup>, Á. Holguín<sup>3</sup> y G. Reina<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Clínica Universidad de Navarra, Pamplona; <sup>2</sup>Centro Hospitalario Monkole, Kinshasa; <sup>3</sup>Hospital Ramón y Cajal, Madrid; <sup>4</sup>Universidad 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  $43 \pm 13$  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 RÉGIMENES 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  $44 \pm 16$  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)		Total
		Positivo	Negativo	
VIDAS Anti-HEV IgG (bioMérieux)	Positivo	3	0	3
	Negativo	3	20	23
	Total	6	20	26

**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 monoinfección 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. Macías<sup>1</sup>, F. Téllez<sup>2</sup>, R. Granados<sup>3</sup>, D. Merino<sup>4</sup>, J. Cucurull-Canosa<sup>1</sup>, A. Camacho<sup>5</sup>, S. Castro<sup>6</sup>, A. Bautista<sup>7</sup>, Z. Palacios<sup>8</sup>, O. Martínez<sup>9</sup>, M. García Deltoro<sup>10</sup>, A. Pérez-Salvador<sup>11</sup>, M. Villalobos<sup>12</sup>, A. Collado<sup>13</sup> y J.A. Pineda<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario de Valme, Sevilla; <sup>2</sup>Hospital Universitario Puerto Real, Cádiz; <sup>3</sup>Hospital Universitario Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria; <sup>4</sup>Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva; <sup>5</sup>Hospital Reina Sofía, Córdoba; <sup>6</sup>Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro. Instituto de Investigación Sanitaria Galicia, Vigo; <sup>7</sup>Hospital Universitario La Princesa, Madrid; <sup>8</sup>Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla; <sup>9</sup>Hospital Universitario Santa Lucía, Cartagena; <sup>10</sup>Hospital General Universitario de Valencia, Valencia; <sup>11</sup>Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia; <sup>12</sup>Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga; <sup>13</sup>Hospital 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/ $\mu$ l mostraron RVS12 frente a 221/227 (97,4%) en aquellos con  $CD4 \geq 350$  cel/ $\mu$ 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 López<sup>1</sup>, M. Frías<sup>1</sup>, F. Téllez<sup>2</sup>, E. Ramírez de Arellano<sup>3</sup>, A. Fuentes<sup>4</sup>, P. Rincón<sup>5</sup>, I. Zafra-Soto<sup>1</sup>, C. Freyre<sup>2</sup>, M.J. Ríos<sup>3</sup>, M. Fernández<sup>5</sup> y A. Rivero-Juárez<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Hospital Universitario de Puerto Real, Universidad de Cádiz, Cádiz; <sup>3</sup>Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla; <sup>4</sup>Unidad de Gestión de Microbiología Clínica, Hospital Universitario San Cecilio, Granada; <sup>5</sup>Unidad 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. Origiñen, 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-Fuertes<sup>1</sup>, A. Salazar<sup>2</sup>, P. Rincón<sup>1</sup>, A. Fuentes<sup>2</sup>, A. Corma-Gómez<sup>1</sup>, F. García<sup>2</sup>, N. Merchante<sup>1</sup>, J. Gómez-Mateos<sup>1</sup>, L.M. Real<sup>1</sup>, J.A. Pineda<sup>1</sup> y J. Macías<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario de Valme, Sevilla; <sup>2</sup>Hospital 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-Gómez<sup>1</sup>, P. López-López<sup>1</sup>, S. Jiménez-Ruiz<sup>2</sup>, J. Vicente<sup>3</sup>, M.Á. Rialde<sup>4</sup>, D. Cano-Terriza<sup>2</sup>, M. Frías<sup>1</sup>, J.Á. Barasona<sup>5</sup>, I. Zafra<sup>1</sup>, A. Rivero<sup>1</sup>, A. Rivero-Juárez<sup>1</sup>, J.M. Díaz-Cao<sup>2</sup>, L. Ruiz-Torres<sup>1</sup> e I. García-Bocanegra<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Unidad 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; <sup>2</sup>Departamento de Sanidad Animal, Universidad de Córdoba (UCO), Córdoba; <sup>3</sup>Grupo de Sanidad y Biotecnología (SaBio), Instituto de Recursos Cinegéticos (IREC; CSIC-UCLM-JCCCM), Ciudad Real; <sup>4</sup>Departamento de Anatomía y Anatomía Patológica Comparadas, Universidad de Córdoba, Córdoba; <sup>5</sup>Centro 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.