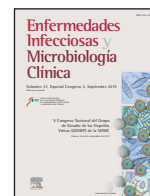




Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

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. Vicianá⁷, 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 la 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 seroconvertidoras 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. Cabezón², 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 enzimo-inmunoensayos 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 7,2 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% naïve. 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 NS5A 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 NS5A 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 NS5A fue caracterizada mediante *geno2pheno*.

Resultados: Se incluyeron 588 pacientes: 300 monoinfectados 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 NS5A 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 APOLIPOPROTEÍNA 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 monoinfectados 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.