



I-006 - EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C CON ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA EN UN HOSPITAL COMARCAL

J. Blanch Falp¹, A. Soler Anaya³, D. Blancas Altabella¹, A. Tomas Viñas², J. García Pont¹, S. Albertos Rubio², B. Calahorra Medrano² y E. Rodríguez Gullelo²

¹Medicina Interna; ²Farmacia; ³Digestivo. Hospital Residència Sant Camil. Sant Pere de Ribes (Barcelona).

Resumen

Objetivos: Evaluar la efectividad del tratamiento con antivirales de acción directa (AAD) y las características de pacientes con hepatitis crónica C en un hospital comarcal. Como objetivo secundario evaluar la efectividad del tratamiento y características en pacientes coinfectados por el VIH.

Material y métodos: Se incluyeron todos los pacientes tratados con AAD desde abril de 2015 hasta diciembre de 2016, en el Consorcio Sanitario del Garraf. Estudio observacional y prospectivo. Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, carga viral basal, genotipo, grado de fibrosis hepática medido por elastografía, coinfección VIH, pretratados, tipo y duración del tratamiento, respuesta y complicaciones. Se realizó un análisis univariado y bivariado.

Resultados: Se incluyeron 181 pacientes, con una edad media de 58 años (36-87), el 31,1% tenían una edad > 65 años y el 68,5% eran varones. La mediana de carga viral fue de 1.016.172 copias, el 6,3% con una carga viral > 6 millones. Los genotipos fueron: G1a 22,8%, G1b 41,1%, G1c 2,2%, G2 1,7%, G3 14,4%, G4 17,2% y G5 0,6%. El grado de fibrosis hepática: F0-1 0,6%, F2 28,2%, F3 24,3%, F4 47%. El 16% habían sido tratados previamente. El 25,1% tenían coinfección VIH. El 47% fueron tratados con sofosbuvir/ledipasvir (SL) con/sin ribavirina (RBV), el 18,2% con ombitasvir-paritaprevir-ritonavir/dasabuvir (3D) con/sin RBV, el 6,6% con ombitasvir-paritaprevir-ritonavir/RBV (2D), el 16% con sofosbuvir/daclatasvir con/sin RBV y el 12,2% con otras combinaciones. Se obtuvo un 97,8% de respuestas virales sostenidas (RVS). En 18 pacientes que se debía añadir RBV, se prolongó el tratamiento sin RBV durante 24 semanas, con un 100% de RVS. Los pacientes VIH eran más jóvenes 52 vs 60 años (p 0,000), el 5,3% eran > 65 años vs el 38,1% en los no VIH (p 0,000), no habían diferencias significativas con el sexo y la carga viral, predominaba el genotipo 4 en los VIH 36%, y en los no VIH el genotipo 1b 51,1% (p 0,000), el grado de fibrosis predominaba en VIH el F2 en el 41% frente al 51,4% de F4 en los no VIH, no hubo diferencias en la RVS 100% en VIH vs 97,2% en no VIH. Cuatro pacientes presentaron fallo virológico, con las siguientes características: SL+RBV (G1a), 3D/RBV (G1a), SD (G3) y sofosbuvir/simeprevir (SS) (G1b), un paciente pretratado, media de carga viral 1.611.813 y tres tenían un grado de fibrosis F4 y uno F2. Un paciente falleció durante el tratamiento por pancreatitis aguda (SS). Hubo un abandono (vómitos, 3D). En cinco pacientes se detectó un hepatocarcinoma (HCC) y en uno un colangiocarcinoma, a los pocos meses de finalizar el tratamiento. Los pacientes con HCC tenían las siguientes características: 60 años de edad media, genotipos (2 G4, 1 G3, 2 G1b), grado de fibrosis (4 F4 y 1 F3), dos coinfectados y cuatro alcanzaron

la RVS.

Discusión: Los resultados de nuestro trabajo reflejan una excelente respuesta al tratamiento con AAD, coincidiendo con los resultados de otros estudios. Las diferencias en el genotipo de los pacientes VIH podría explicarse por haber priorizado el tratamiento con PEG/RVB en los genotipos 1 y 3, por la mala respuesta en el 4, Con respecto al predominio de F4 en los no VIH, podría deberse a que se trata de pacientes de mayor edad.

Conclusiones: 1. Elevada efectividad de los AAD. 2. Los pacientes coinfectados no presentan diferencias en cuanto a RVS, con los pacientes mono infectados. 3. En los casos que es necesario añadir RBV, es igual de eficaz prolongar el tratamiento 24 semanas sin RBV. 4. Necesidad de iniciar el tratamiento en estadios precoces para evitar el hepatocarcinoma.