



IV Jornada Malalties Infeccioses a l'AP

Albert Boada Valmaseda

HEPATITIS C

Barcelona, 4 de novembre de 2025

Clasificación , epidemiología y clínicas de los virus de la hepatitis humanas

características

	A	B	C	D	E
Tipo de virus	<i>Picornaviridae</i>	<i>Hepadnaviridae</i>	<i>Flaviviridae</i>	<i>Deltaviridae</i>	<i>Calciviridae</i>
Ácido nucleico	ARN	ADN	ARN	ARN	ARN
Periodo de incubación medio en días	30 (15-50)	80 (28-160)	50 (14-160)	Variable	40 (15-45)
Modo transmisión	Fecal-oral	Parenteral	Parenteral	Parenteral	Fecal-oral
Curso fulminante	Raro	Raro	Raro	Común	Durante gestación
Cronicidad	No	Frecuente	Muy frecuente	Muy frecuente	No

Hepatitis virals Importància del problema

Alta prevalença mundial

Disminució en la incidència per:

- ❑ Millora condicions **socio-sanitàries** (VHE, VHA)
- ❑ Programes de **vacunació** (Antihepatitis A, Antihepatitis B)
- ❑ Major **control** principals **mecanismes de transmissió**:
 - ✓ via parenteral (VHB i VHC): transfusions sang, UDVP
 - ✓ via sexual (VHB): relacions sexuals sense protecció

2025 Calendari de vacunacions i immunitzacions sistemàtiques



	Infecció per virus respiratori sincicial	Diftèria Tètanus Tos ferina	Poliomielitis	Malaltia per <i>Haemophilus influenzae</i>	Hepatitis B	Infecció per rotavirus	Malaltia per pneumococ	Malaltia per meningococ	Xarampió Rubèola Parotiditis	Varicel·la	Hepatitis A	Infecció per virus del papil·loma humà	Grip	Herpes zòster
0 mesos	Virus respiratori sincicial ¹													
2 mesos			Hexavalent				Pneumococ conjugada	Meningococ B						
4 mesos			Hexavalent			Rotavirus ²	Pneumococ conjugada	Meningococ C conjugada Meningococ B						
6 mesos														
11 mesos			Hexavalent				Pneumococ conjugada							
12 mesos								Meningococ conjugada tetravalent (ACWY) Meningococ B	Triple virica				Grip cada any (de 6 a 59 mesos)	
15 mesos										Varicel·la	Hepatitis A			
3 anys									Triple virica	Varicel·la				
4 anys														
6 anys		DTPa-PI									Hepatitis A			
11-12 anys		dTpa						Meningococ conjugada tetravalent (ACWY) ³		Varicel·la ⁴	Hepatitis A ⁴	Virus del papil·loma humà		
Embarassades		dTpa ⁵											Grip	
40 anys		Td												
A partir de 60 anys														
65 anys		Td					Pneumococ conjugada						Grip cada any	Herpes zòster ⁶
80 anys														Herpes zòster ⁶

1. Immunització de tots els infants menors de 12 mesos, en la seva primera temporada epidèmica del VRS, de la següent manera: nascuts i nascudes amb anterioritat a l'inici de la temporada epidèmica del VRS (entre abril i setembre), durant el mes de setembre-octubre, i nascuts i nascudes durant la temporada epidèmica de VRS (d'octubre a març), preferentment abans de l'alta al naixement.

2. Vacunació contra el rotavirus a partir dels 2 mesos d'edat i seguint la pauta segons la vacuna disponible.

3. Contra el meningococ conjugada tetravalent (MACWY) s'han de vacunar els adolescents d'11-12 anys d'edat que no hagin rebut cap dosi de la vacuna MACWY a partir dels 10 anys d'edat. També s'ha de fer repesca fins als 18 anys d'edat, inclosos.

4. Vacuna contra l'hepatitis A (HA) i vacuna contra la varicel·la (V): només s'han de vacunar als 11-12 anys els infants no immunitzats (no vacunats o sense antecedents de malaltia) o parcialment vacunats (la pauta vacunal consta de dues dosis).

5. S'ha d'administrar la vacuna dTpa a les embarassades, en cada embaràs, a partir de les 27 setmanes, preferentment entre les setmanes 27 i 32.

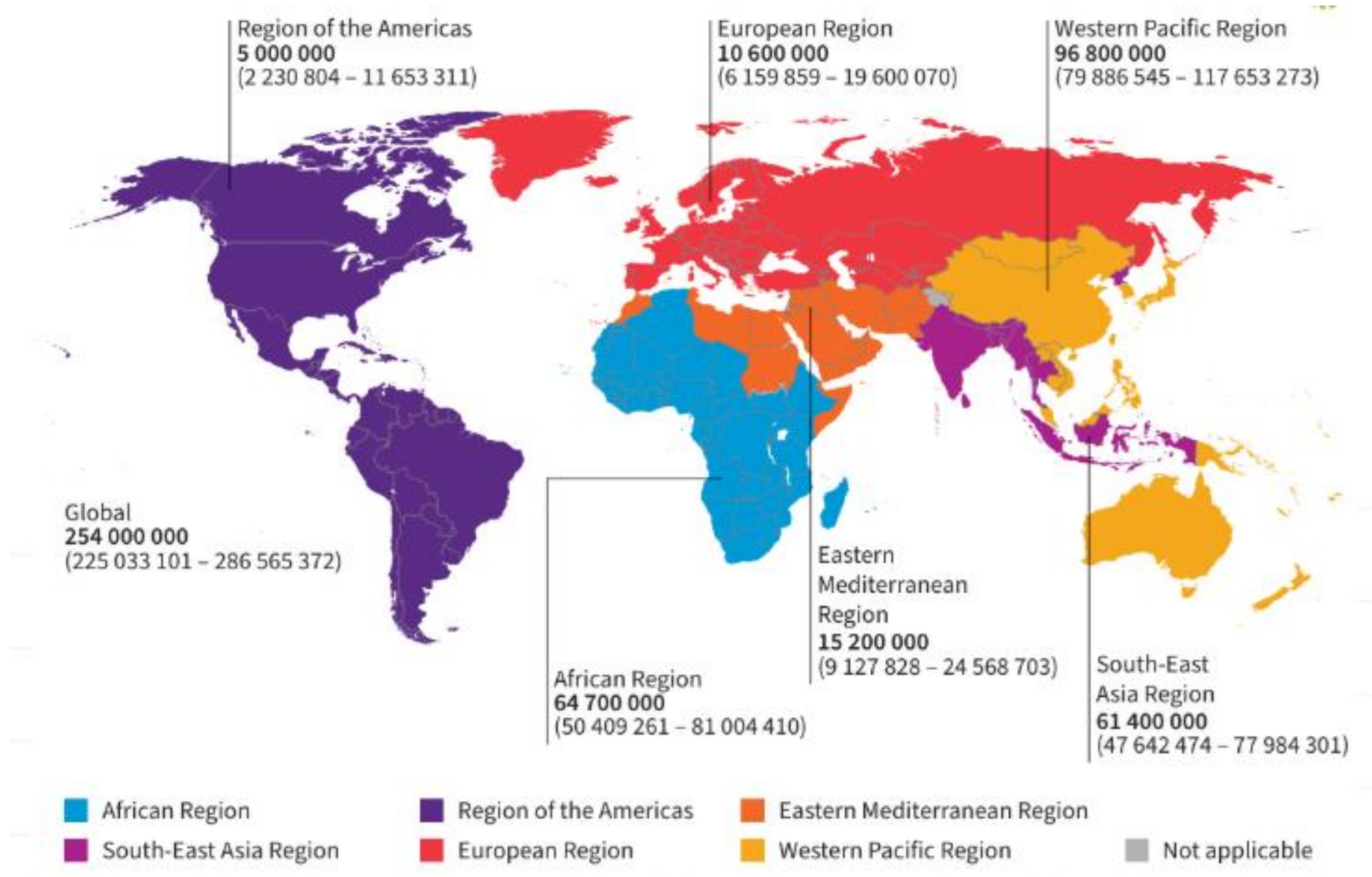
6. S'han d'administrar dues dosis de la vacuna contra l'herpes zòster a les persones que compleixin 65 anys o 80 anys.

Nota: Es recomana la vacunació contra el SARS-CoV-2 cada any durant la campanya de tardor, segons les recomanacions vigents (persones majors de 60 anys i altres amb condicions de risc).

Per a més informació: **061** / Salut Respon canalsalut.gencat.cat

HEPATITIS C

DISTRIBUCIÓ AL MON



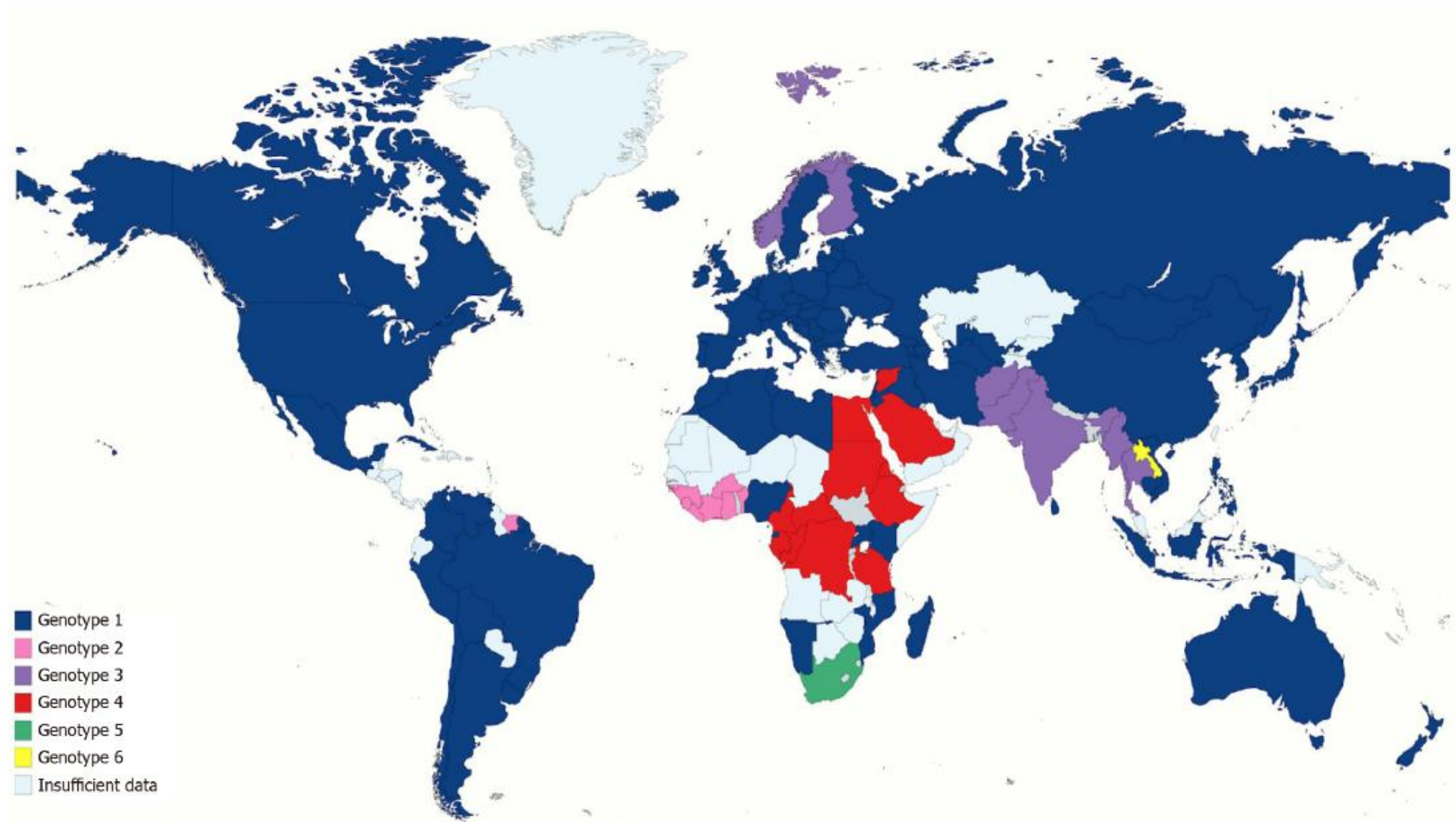
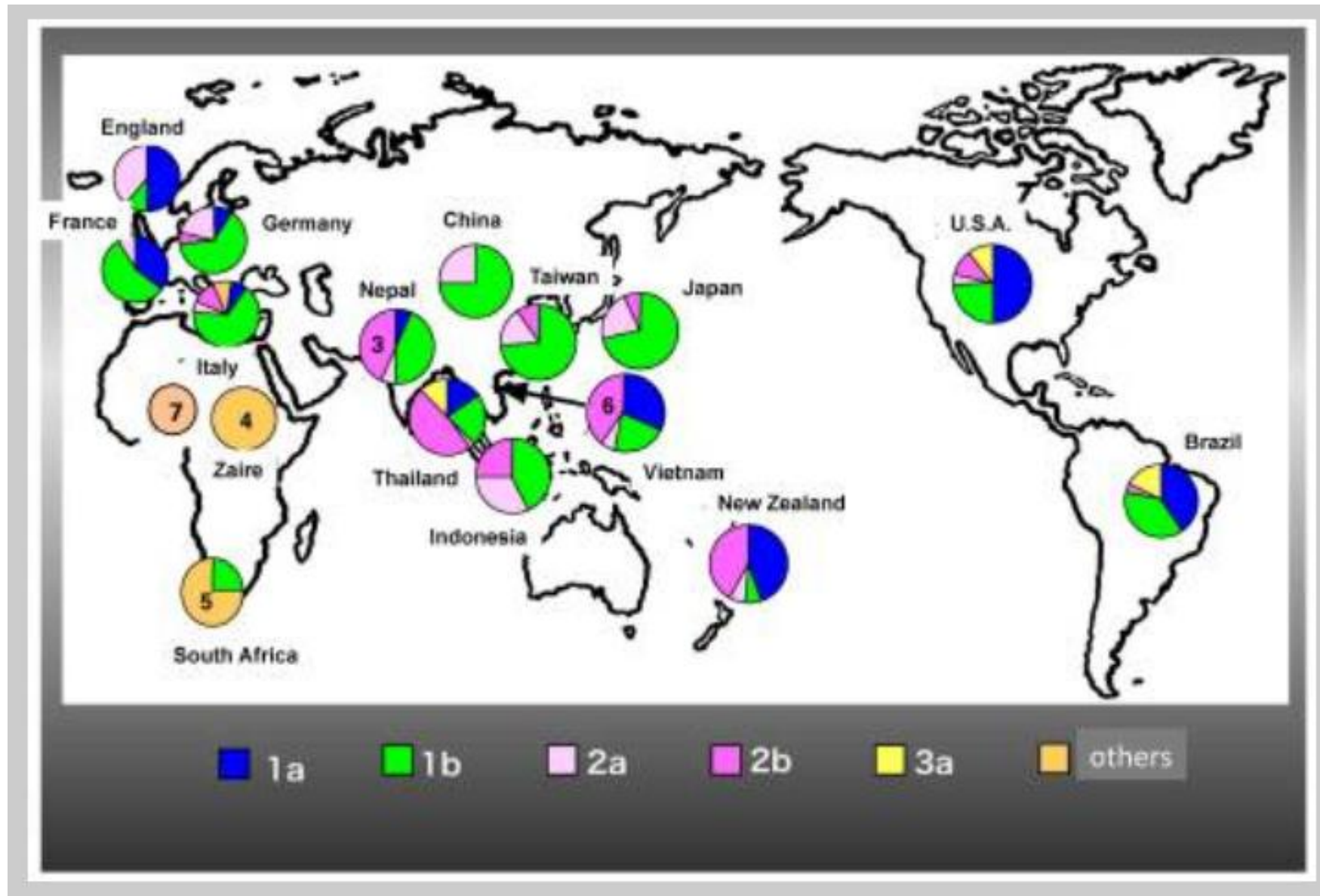


Figure 3 Global geographic distribution of most common hepatitis C virus genotype per country.





Country	Median prevalence (%) of cHCV (95% credible interval)	Population with cHCV (95% credible interval)	Least proportion (%) attributable to injection drug use (95% credible interval)
EU/EEA	0.50 (0.46, 0.55)	1,782,923 (1,638,132, 1,941,583)	35.76 (33.07, 38.60)
Eastern Europe	0.88 (0.81, 0.94)	634,273 (587,854, 684,696)	40.34 (37.14, 43.58)
Bulgaria	1.11 (0.83, 1.60)	62,610 (47,032, 90,766)	62.56 (43.14, 82.76)
Czechia	0.78 (0.55, 1.11)	66,794 (46,853, 94,196)	24.60 (17.22, 35.10)
Hungary	0.23 (0.20, 0.25)	17,984 (15,962, 20,101)	48.31 (42.51, 53.36)
Poland	0.36 (0.27, 0.45)	108,210 (82,261, 137,566)	4.27 (3.16, 5.83)
Romania	2.26 (2.11, 2.41)	348,939 (326,554, 372,034)	46.81 (43.61, 49.97)
Slovakia	0.62 (0.47, 0.78)	27,407 (20,658, 34,501)	87.12 (74.69, 95.18)
Northern Europe	0.41 (0.37, 0.45)	120,493 (109,815, 134,393)	70.03 (65.03, 73.98)
Denmark	0.27 (0.25, 0.30)	12,423 (11,262, 13,621)	97.43 (96.05, 98.45)
Estonia	1.71 (1.49, 2.06)	17,634 (15,413, 21,306)	85.48 (71.19, 95.16)
Finland	0.59 (0.53, 0.66)	25,650 (22,801, 28,477)	95.91 (94.66, 96.94)
Iceland	0.10 (0.05, 0.20)	279 (151, 547)	83 (41.63, 100)
Ireland	0.21 (0.13, 0.35)	7844 (4,711, 13,035)	62.31 (37.01, 99.78)
Latvia	0.77 (0.68, 0.87)	11,640 (10,236, 13,090)	81.26 (75.43, 87.61)
Lithuania	1.01 (0.94, 1.09)	22,410 (20,761, 24,139)	25.05 (22.60, 27.68)
Norway	0.22 (0.14, 0.30)	9164 (5,954, 12,631)	76.81 (66.64, 85.48)
Sweden	0.16 (0.07, 0.31)	12,758 (5,174, 24,732)	41.89 (33.35, 53.17)
Southern Europe	0.59 (0.50, 0.69)	633,109 (540,571, 737,905)	19.38 (16.66, 22.67)
Croatia	0.74 (0.46, 1.11)	24,274 (15,060, 36,404)	9.31 (4.92, 17.57)
Cyprus	0.19 (0.15, 0.25)	1353 (1,035, 1756)	59.79 (46.03, 73.76)
Greece	0.55 (0.36, 0.80)	46,260 (30,310, 67,042)	11.49 (7.75, 17.72)
Italy	0.96 (0.80, 1.15)	459,000 (379,172, 549,698)	16.68 (13.87, 20.14)
Malta	0.27 (0.20, 0.35)	1083 (812, 1398)	87.56 (76.85, 94.78)
Portugal	0.50 (0.37, 0.78)	41,161 (30,370, 64,216)	67.35 (43.13, 90.12)
Slovenia	0.07 (0.02, 0.14)	1078 (317, 2319)	83.94 (35.54, 99.35)
Spain	0.15 (0.06, 0.27)	54,676 (21,352, 101,774)	15.13 (7.94, 38.84)
Western Europe	0.27 (0.23, 0.34)	554,737 (497,454, 604,226)	44.63 (36.45, 53.68)
Austria	0.33 (0.29, 0.38)	23,860 (20,931, 26,854)	93.95 (91.72, 95.72)
Belgium	0.18 (0.09, 0.36)	16,178 (7,737, 31,562)	20.17 (9.76, 42.62)
France	0.29 (0.16, 0.46)	142,921 (77,226, 227,201)	34.28 (20.84, 51.32)
Germany	0.30 (0.21, 0.42)	196,671 (137,554, 279,639)	49.29 (37.66, 62.99)
Luxembourg	0.25 (0.15, 0.39)	1243 (760, 1894)	73.09 (54.36, 88.46)
Netherlands	0.04 (0, 0.16)	6183 (0, 21,759)	26.06 (10.01, 73.86)

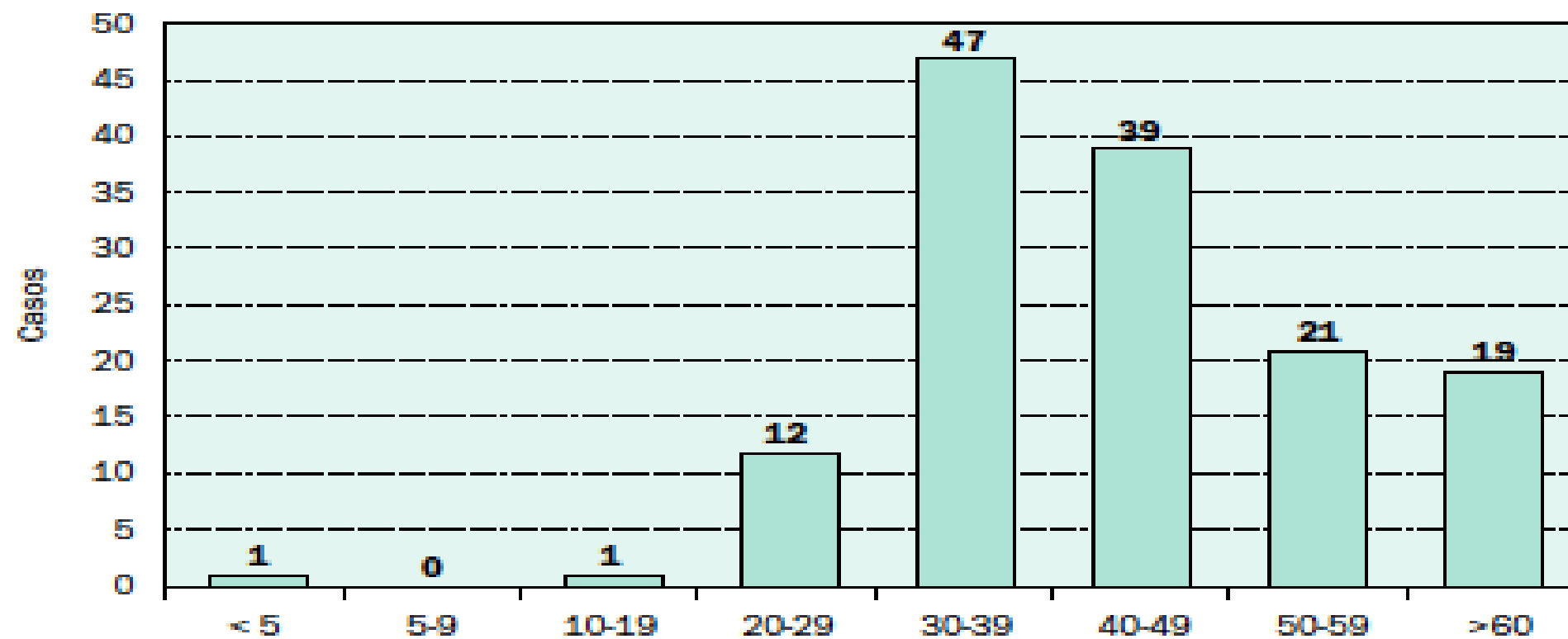
Note: HCV-RNA prevalence is used as a proxy for chronic HCV infection (cHCV); Population: 15–79 years old; Sub-regions names denote the EU/EEA countries within the United Nations sub-regions; Cyprus was grouped into Southern Europe for this analysis.

Table 1: Estimates of the hepatitis C virus (HCV) chronically infected population (% prevalence and absolute numbers) and the proportion (%) of chronic hepatitis C virus infection (cHCV) attributable to injection drug use in European Union—European Economic Area (EU/EEA) countries.

Thomadakis C, Gountas I, Duffell E, Gountas K, Bluemel B, Seyler T, Pericoli FM, Kászoni-Rückerl I, El-Khatib Z, Busch M, Schmutterer I, Vanwolleghem T, Klamer S, Plettinger E, Mortgat L, Van Beckhoven D, Varleva T, Kusanovic Licina ML, Nemeth Blazic T, Nonković D, Theophanous F, Nemecek V, Maly M, Christensen PB, Cowan S, Rützel K, Brummer-Korvenkontio H, Brouard C, Steffen G, Krings A, Dudareva S, Zimmermann R, Nikolopoulou G, Molnár Z, Kozma E, Gottfredsson M, Murphy N, Kondili LA, Tosti ME, Ciccaglione AR, Suligoi B, Nikiforova R, Putnina R, Jancorienne L, Seguin-Devaux C, Melillo T, Boyd A, van der Valk M, Op de Coul E, Whittaker R, Kløvstad H, Stępień M, Rosińska M, Valente C, Marinho RT, Popovici O, Avdičová M, Kerlik J, Klavs I, Maticic M, Diaz A, Del Amo J, Lundberg Ederth J, Axelsson M, Nikolopoulos G. Prevalence of chronic HCV infection in EU/EEA countries in 2019 using multiparameter evidence synthesis. Lancet Reg Health Eur. 2023 Dec 13;36:100792. doi: 10.1016/j.lanepe.2023.100792. PMID: 38188273; PMCID: PMC10769889.

Indicador (Año)	Valor	Fuente
Indicadores de prevalencia:		
Prevalencia de Ac frente a hepatitis C (2017-2018)	0,85 (0,64%-1,08%)	Estirado et al (1)
Prevalencia de hepatitis C activa (PCR +) (2017-2018)	0,22 (0,28%-1,57%)	Estirado et al (1)
Fracción no diagnosticada de hepatitis C activa	29%	Estirado et al (1)
Estimación de prevalencia de hepatitis C activa a nivel estatal (2019)	0,15% (0,06-0,27)	Thomadakis et al (2)
Estimación de número de personas con hepatitis C activa a nivel estatal (2019)	54.676 (21.352-101.774)	Thomadakis et al (2)
Estimación de número de personas con hepatitis C activa no diagnosticada a nivel estatal (2019)	15.856 (6.192-29.514)	Elaboración propia
Estimación de proporción de hepatitis C activa atribuida a uso de drogas inyectadas (2019)	15,13% (7,94%-38,84%)	Thomadakis et al (2)
Estimación de prevalencia de hepatitis C activa a nivel estatal (2022)	0,12% (0,03-0,24)	Datos provisionales (no publicados)

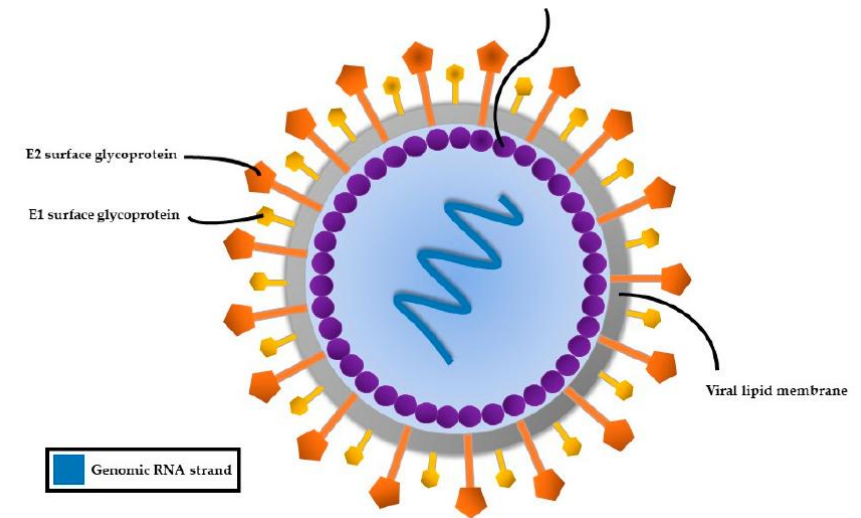
Hepatitis C segons el grup d'edat. Catalunya, 2011-2014*



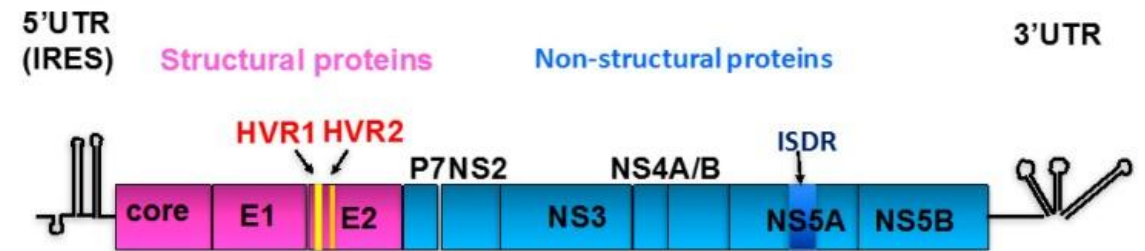
*Dades provisionals



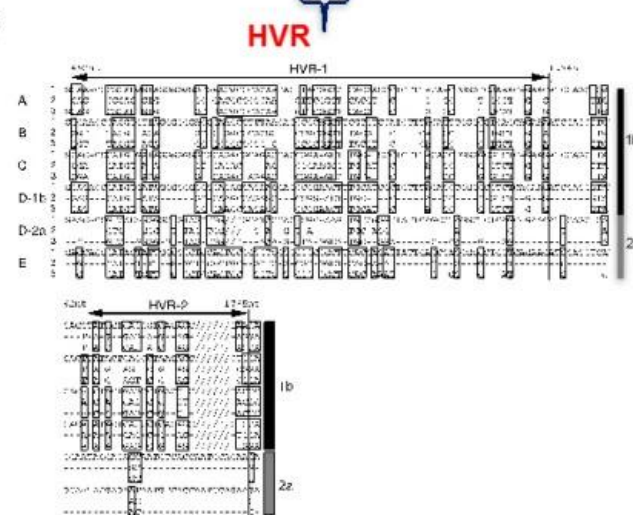
Proteínas estructurales	Función
Core (C)	Proteína altamente conservada que conforma la nucleocápside viral y juega un rol importante en la patogénesis
E1	Proteína altamente glucosilada que participa en la entrada del virus a la célula
E2	Proteína altamente glucosilada que participa en la entrada del virus a la célula. Cuenta con tres regiones hipervariables.
Proteínas no estructurales	Función
p7	Polipéptido que sirve de secuencia señal para la translocación de NS2 al interior del retículo endoplásmico para su procesamiento ulterior
NS2	Proteína transmembrana necesaria para la replicación viral, con actividad proteasa
NS3	Función proteasa (afecta la vía de señalización del interferón y TLR-3) y helicasa
NS4A	Actúa como cofactor de la proteasa NS3 y de la proteína NS4B
NS4B	Proteína pequeña hidrofóbica requerida para el reclutamiento de otras proteínas virales
NS5A	Fosfoproteína hidrofílica necesaria para la replicación
NS5B	Polimerasa de RNA dependiente de RNA, altamente propensa a errores



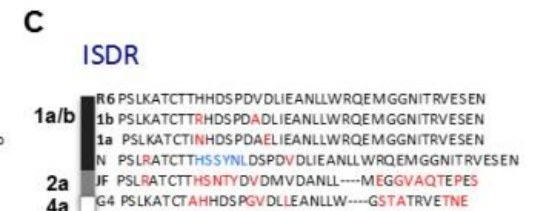
A



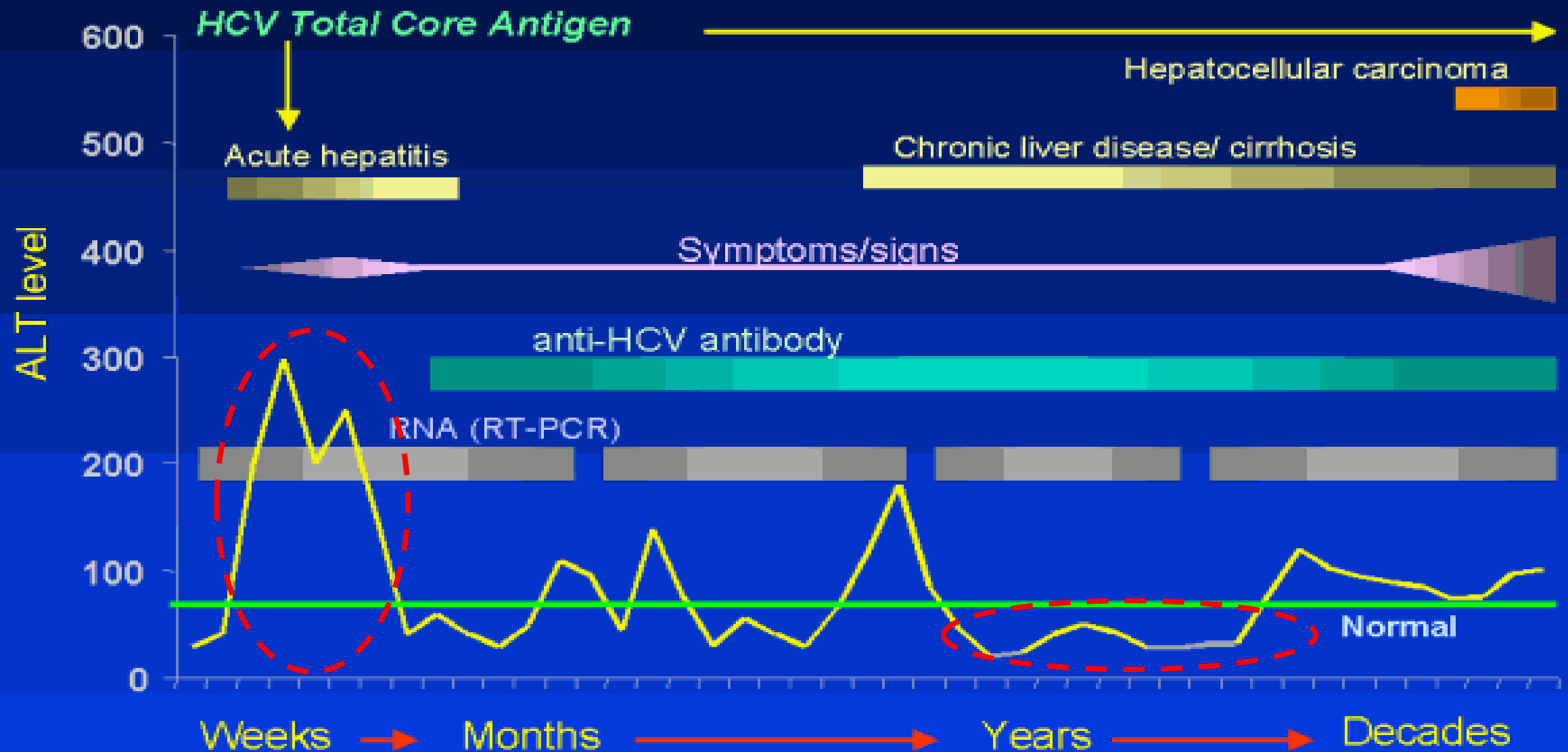
B



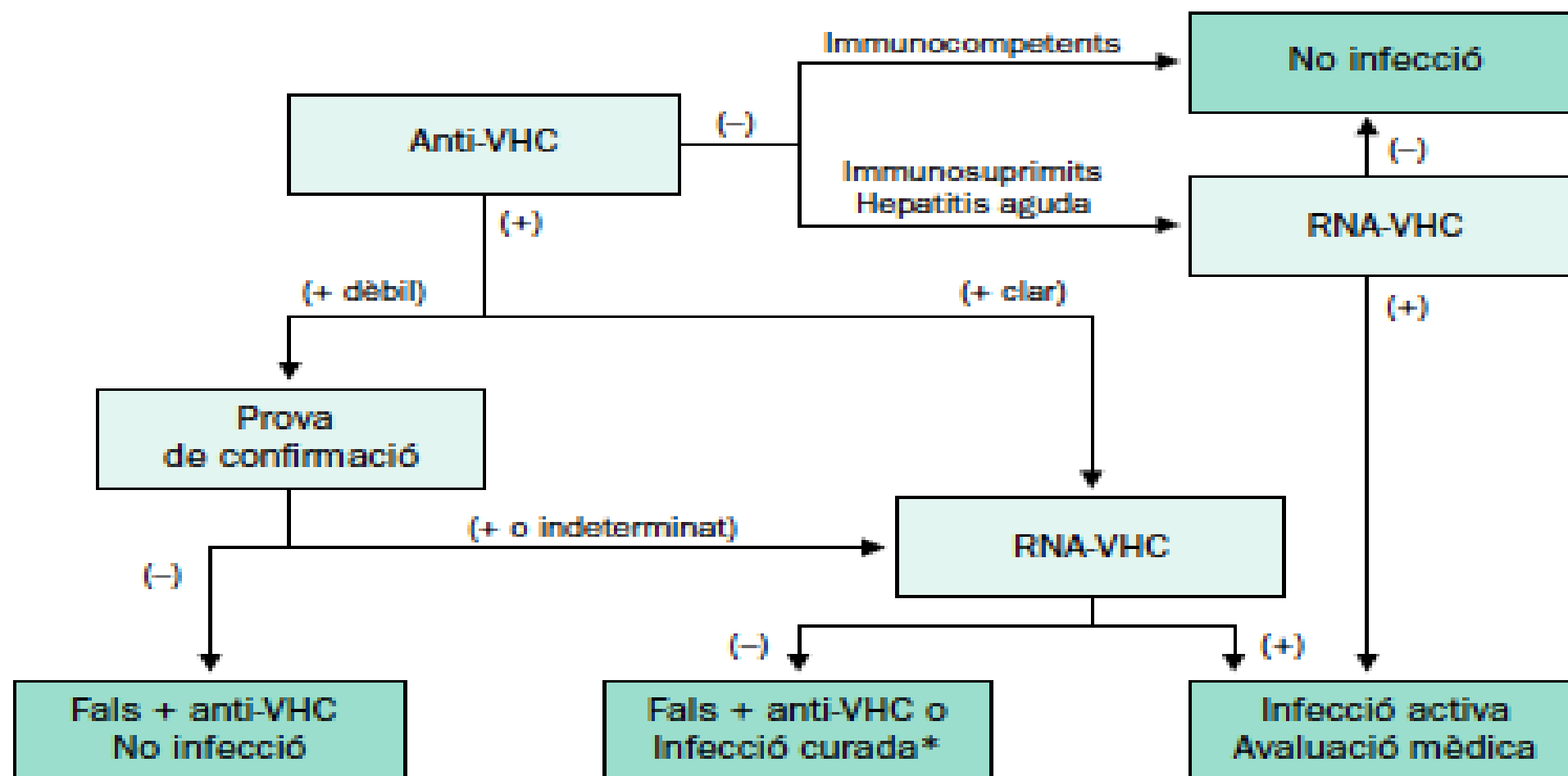
C



Natural History of HCV Infection

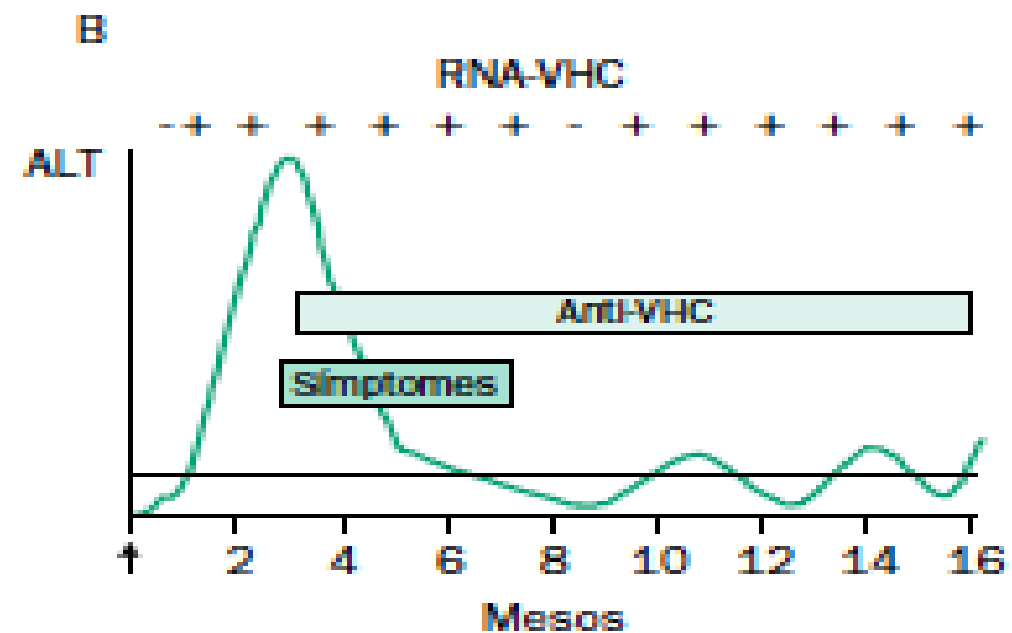
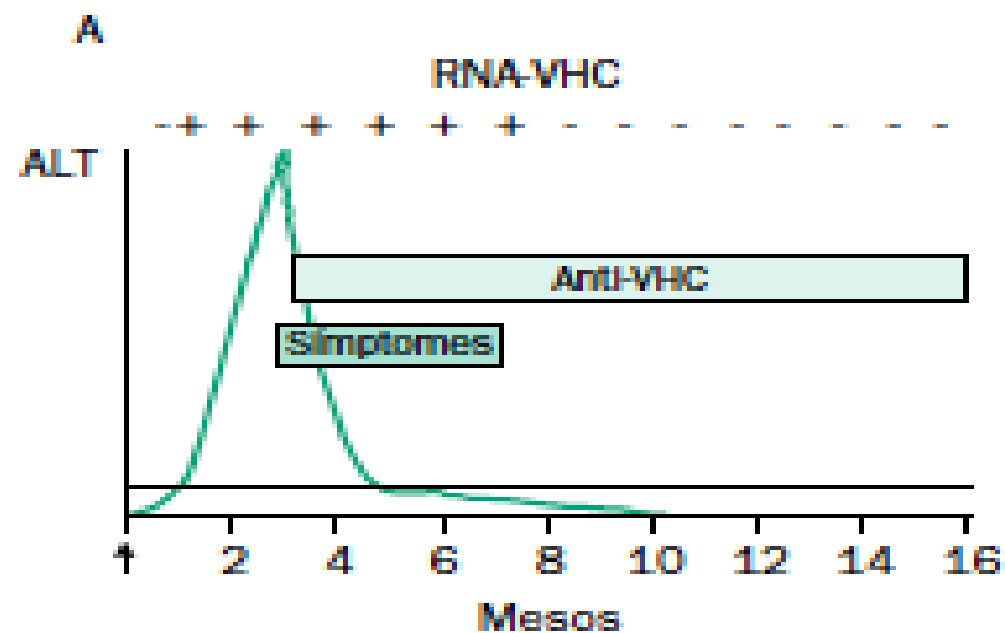


Algoritme per al diagnòstic d'infecció pel VHC

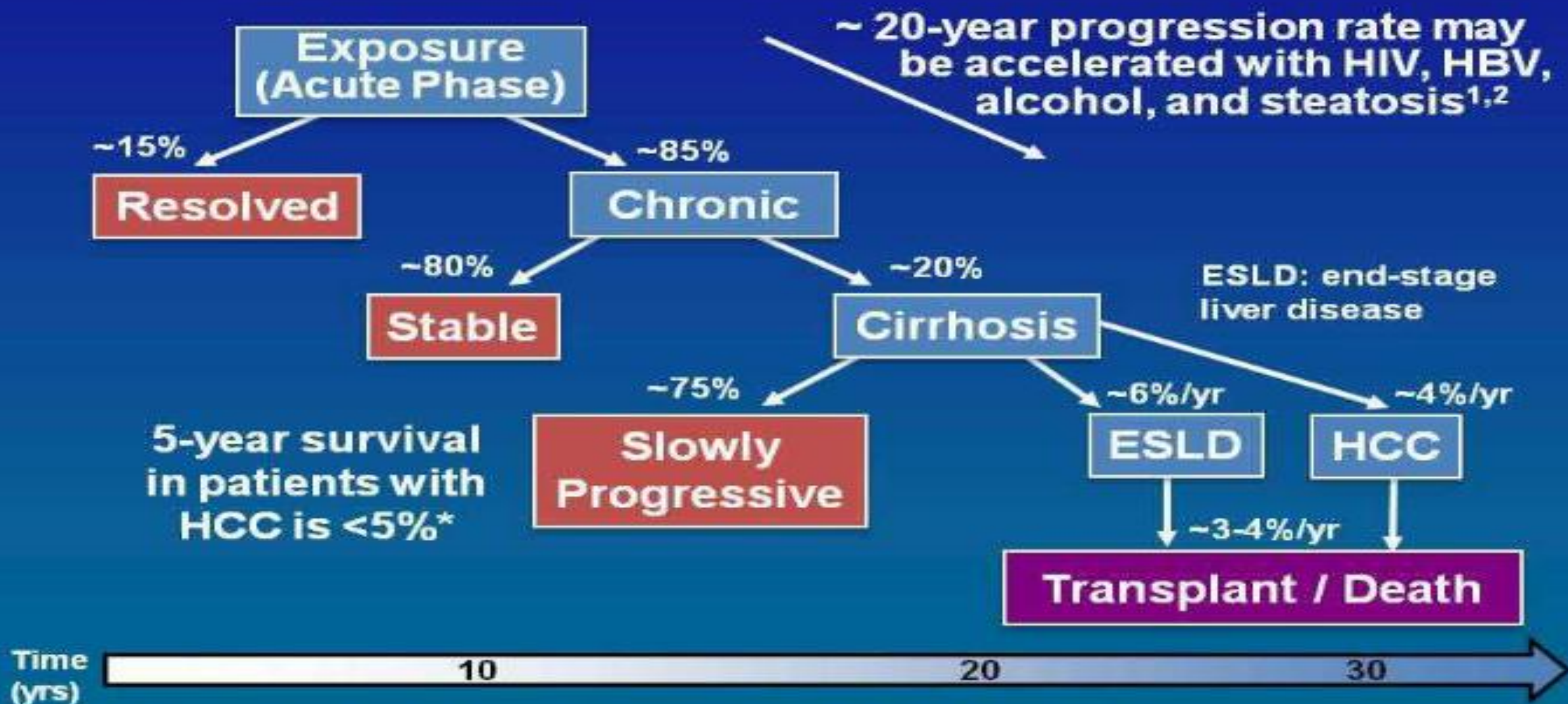


*Es recomana repetir la prova de detecció de l'RNA-VHC passat un mínim de 6 mesos

A) Evolució d'una hepatitis C aguda: resolució; B) Infecció pel VHC: cronificació



Natural history of HCV infection



*NIH Consensus Statement. June 10-12, 2002;19(3), March 24-26, 1997;15(3).

1. Di Bisceglie AM. Hepatol. 2000;31(4):1014; 2. Bialek SR, Terrault NA. Clin Liver Dis. 2006;10(4):697.

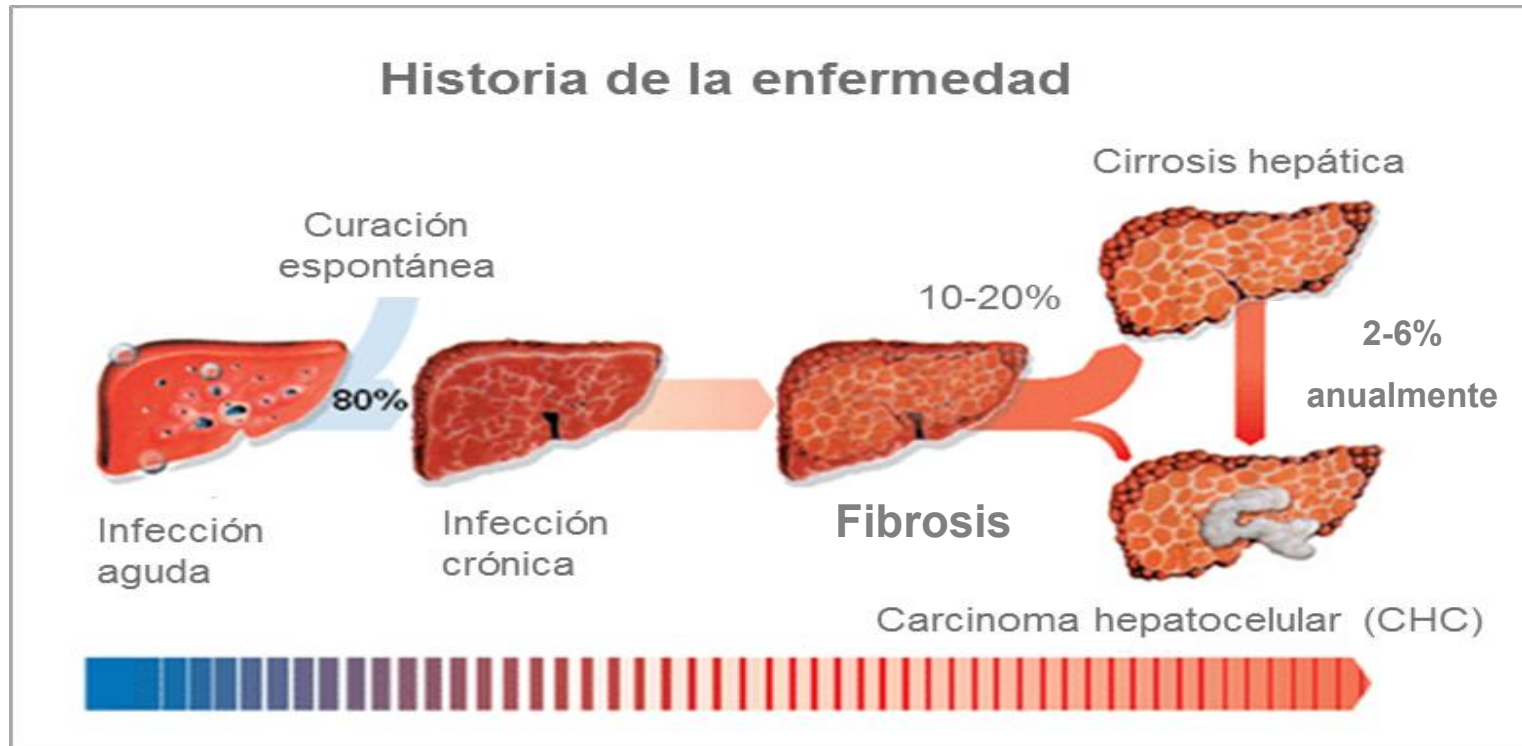
Diagnòstic sospita

Hepatitis cròniques virals

Cóm identificar als portadors crònics?

1. Hipertransaminèmia persistent
 2. Pertinença a grups de risc: nascuts entre 1945-1965 (baby boomers)
 5. Manifestacions hepàtiques i extrahepàtiques
 4. Examen de salut
-

La hepatitis C és una malaltia progressiva:¹⁴



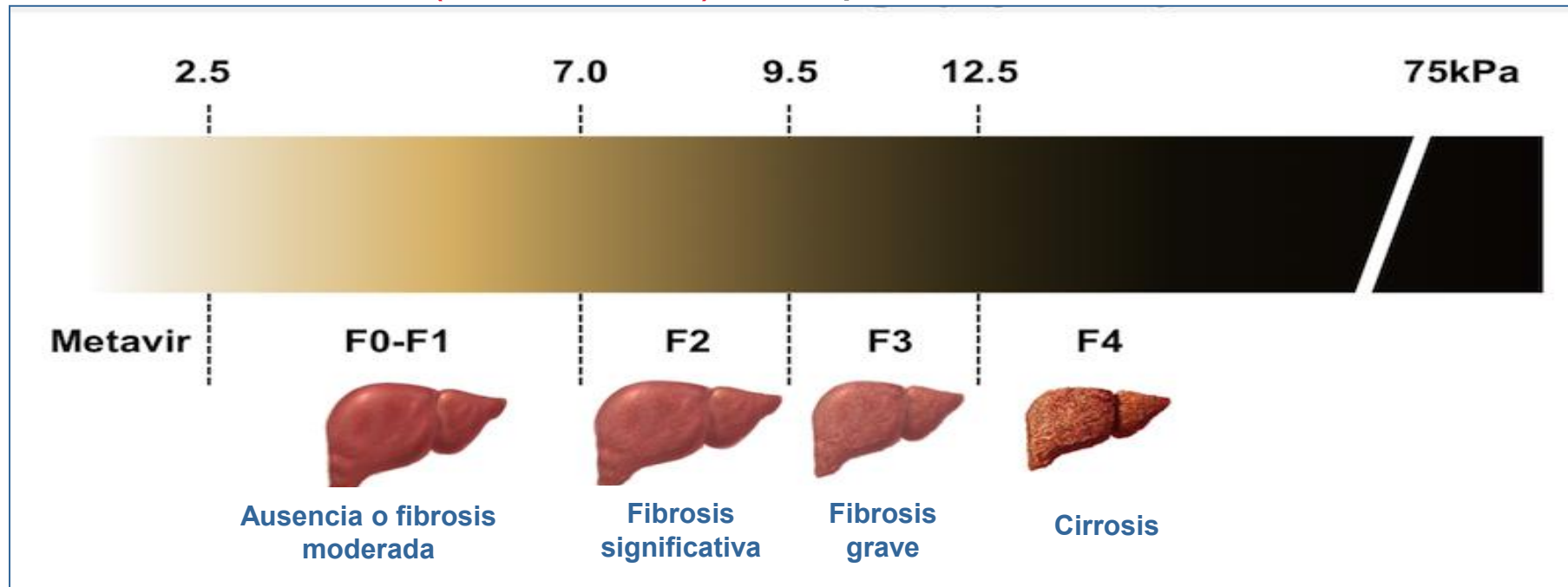
- El **risc de descompensació** augmenta des d'un 5% (1^{er} any) a un 30% (10 anys) a partir del diagnòstic de cirrosis¹⁵
- La **taxa de supervivència** en pacients amb cirrosis descompensada als 5 anys és del 50%¹⁵

Imagen extraída de: HCV Guidance App: Hepatitis C course of illness. Disponible en: <https://hcv.guidelinecentral.com/toolbox/patient-resources/course-of-illness-hep-c/>. Acceso: junio 2018.

Un de cada 3 trasplantaments hepàtics a Espanya són deguts al VHC¹⁰

Valoració del pacient: la fibrosi hepàtica

- Avaluar grau de fibrosi per conèixer l'evolució del dany hepàtic
- Per Fibroscan® (no invasivo) o biòpsia³⁰



Fibroscan® es propiedad de la empresa Echosens

mètodes no invasius per avaluar la fibrosis hepàtica

- Altres mètodes **no invasius** per **avaluar la fibrosis hepàtica**^{31,32}
 - ✓ Basats en paràmetres analítics convencionals, senzills i fàcils d'aplicar
 - ✓ Permet realitzar una primera aproximació al grau de fibrosis hepàtica a APiC
 - ✓ Més usats: **APRI y FIB-4**

$$\text{APRI}^{31} = \frac{\text{AST (UI/L)} / \text{LSN AST (UI/L)} \times 100}{\text{Nº DE PLAQUETAS (x 109/L)}}$$

$$\text{FIB-4}^{32} = \frac{\text{Edad (años)} \times \text{AST (UI/L)}}{\text{Nº DE PLAQUETAS (x 109/L)} \times \text{ALT (UI/L)}}$$

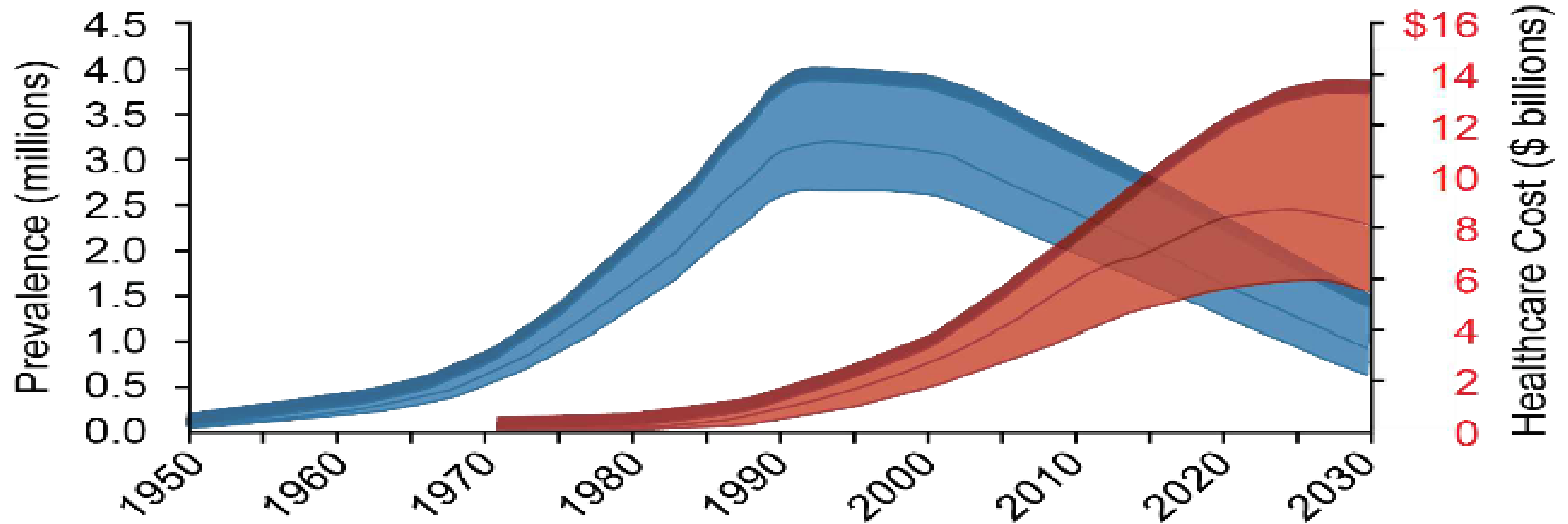
AST: Aspartato aminotransferasa (medido en UI/L); LSN: Límite superior normal; ALT: Alanina aminotransferasa (medido en UI/L)

31. Wai CT, et al. Hepatology. 2003;38(2):518-26. 32. Vallet-Pichard A, et al. Hepatology. 2007;46(1):32-6.

Factores asociados a la progresión de la fibrosis

Factores virales	Factores del huésped	Factores externos
Carga viral Genotipo Quasispecies	Edad de la infección Duración de la infección Sexo Estado inmunológico Susceptibilidad genética Co-infección por otros virus Esteatosis Enfermedades asociadas	Ingesta de alcohol Dieta Tabaco Cannabis Fármacos Contaminantes ambientales

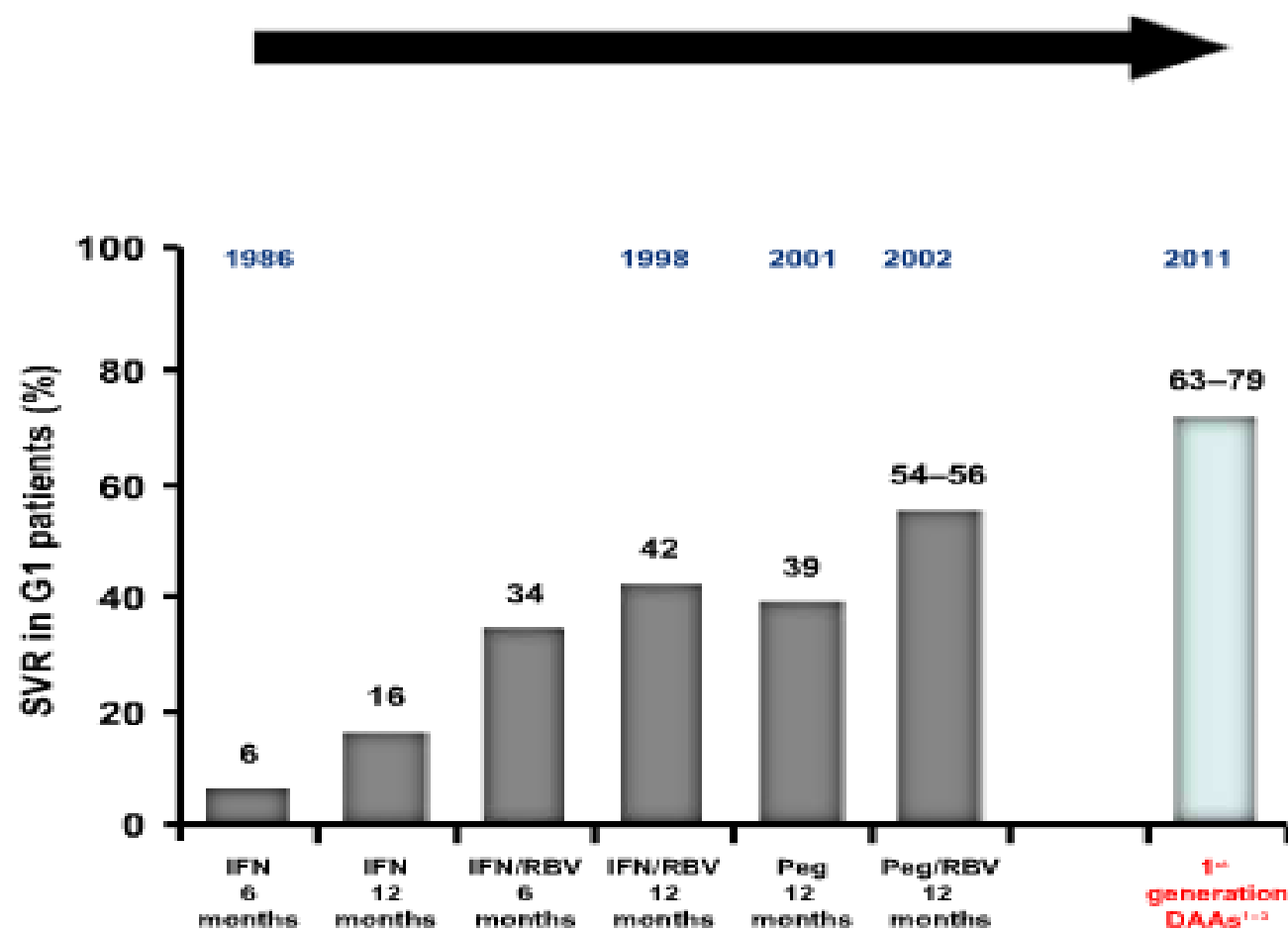
Los costes sanitarios están incrementándose debido a la progresión del paciente con infección por VHC a enfermedad hepática más avanzada



La población con infección por VHC está envejeciendo
La enfermedad hepática grave asociada con el VHC tendrá un mayor impacto en el sistema sanitario a medida que envejece la población infectada

Tratamiento HC. Donde estamos?

Milestones in therapy of chronic HCV



18 months' knowledge

More than 110,000 patients have been treated with TVR worldwide⁴



2014

2nd generation DAAs⁴
SOF
SMV

G1: genotype 1
PI: protease inhibitor

1. Telaprevir EU SmPC
2. Poordad F, et al. N Engl J Med 2011;364:1195-206
3. AASLD guidelines. Hepatology 2004;39:1147-71
4. Janssen Press Release 1 November 2013
5. AASLD Hepatitis C Guidelines. 2014; www.HCVguidelines.org

Evolución del tratamiento antiviral VHC

Eficacia clínica

6-16%

34-42%

39%

63-66%

69-75%

85-90%

90-100%

Alfa 2b-IFN

Alfa 2b-IFN
Ribavirina

Genotipo 1

Boceprevir

Telaprevir

Genotipo 1, 3 y 4

Daclatasvir

Genotipo 1 y 4

Dasabuvir

Ombitasvir

Paritaprevir
Ritonavir

Genotipo 1 y 4

Elbasvir

Grazoprevir

<1998

1998

2001

2011

2012

2013

2014

2015

2016

PEG-IFN
Ribavirina

Pangenotípico Genotipo 1 y 4

Simeprevir

Sofosbuvir

Genotipo 1 y 4

Ledipasvir

Sofosbuvir

Pangenotípico

Velpatasvir

Sofosbuvir

Terapia inmunomoduladora

Inhibidor de proteasa

Inhibidor de polimerasa NS5A

Inhibidor de polimerasa NS5B

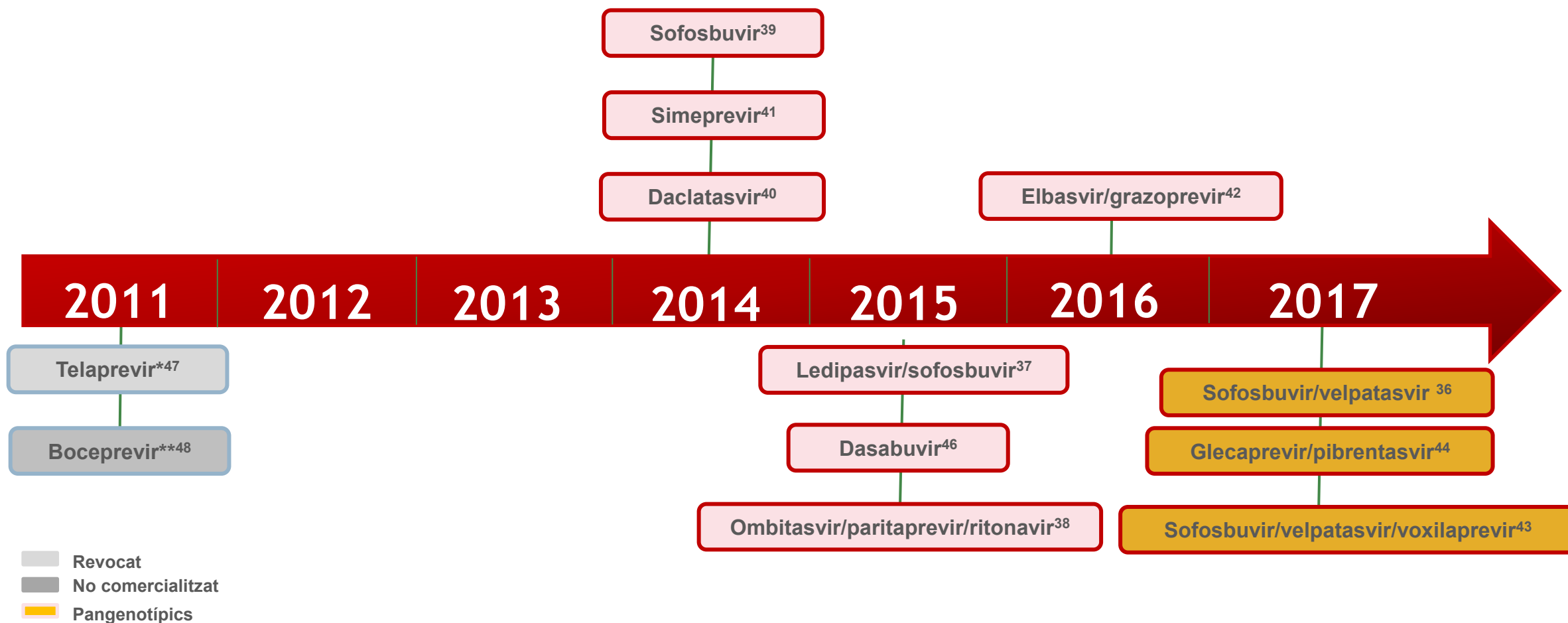
Acción directa

(7) Kamal SA. Advances in Treatment of Hepatitis C. En: Allam N (Editor). Advances in Treatment of Hepatitis C and B (Libro en línea). Rijeka: InTech; 2017. Disponible en: <https://goo.gl/nNHJsd>

Fàrmacs antivirals d'acció directa (AAD) per VHC

- 👉 Respostes virals sostingudes (RVS) > 95% en hepatitis crònica VHC.
- 👉 Diferents dianes terapèutiques:
 - ❖ Inhibidors de la proteasa NS3/NS4 (acaben en previr)
 - ❖ Inhibidors polimerasa NS5B (acaben en buvir)
 - ❖ Inhibidors complexe NS5A (acaben en asvir)
- 👉 Duració: 8-24 semanas (media 12 semanas)
- 👉 Combinar 2/3 fàrmacs en 1 comprimit
- 👉 Tractament individualitzat segons genotip (no pangenotípics) / pangenotípics
- 👉 Afegir ribavirina en alguns casos de malaltia avançada
- 👉 Efectes adversos molt poc freqüents (náusees, insomni, cefalea, astènia)
- 👉 Interaccions amb fàrmacs d'ús habitual (hasta 63%)

Nous fàrmacs pel tractament de la hepatitis C lliures de interferón: AADs (Antivirals d'Acció Directa)



36. Ficha Técnica Epclusa®, junio 2018. 37. Ficha Técnica de Harvoni®, julio 2018. 38. Ficha Técnica Viekirax®, propiedad de Abbvie. Acceso: agosto 2018. 39. Ficha Técnica Sovaldi®, agosto 2018. 40. Ficha Técnica Daklinza®, propiedad de Bristol-Myers Squibb Pharma EEIG. Acceso: agosto 2018. 41. Ficha Técnica Olysio®, propiedad de Janssen-Cilag International NV. Acceso: agosto 2018. 42. Ficha Técnica Zepatier®, propiedad de MSD. Acceso: agosto 2018. 43. Ficha Técnica Vosevi®, junio 2018. 44. Ficha Técnica Maviret®, propiedad de Abbvie. Acceso: agosto 2018. 46. Ficha Técnica Exviera®, propiedad de Abbvie. Acceso: agosto 2018. 47. Ficha Técnica Incivo®, propiedad Janssen-Cilag International N.V. Acceso: agosto 2018. 48. Ficha Técnica Victrelis®, propiedad MSD. Acceso: agosto 2018.

Proteínas estructurales

Proteínas no estructurales



**Inhibidores
proteasa NS3/4A
("previr")**

Glecaprevir, Grazoprevir,
Paritaprevir, Voxilaprevir,
Asunaprevir, Boceprevir,
Faldaprevir, Simeprevir,
Telaprevir

**Inhibidores NS5A
("asvir")**

Daclatasvir, Ledipasvir,
Velpastasvir, Ombitasvir,
Elbasvir, Pibrentasvir,
Coblopasvir

**Inhibidores
Polimerasa
("buvir")**

Beclabuvir,
Dasabuvir,
Sofosbuvir

Tractament Pangenotípics

- ❑ **Glecaprevir/pibrentasvir: 8 setmanes** en pacients naïve, amb o sense cirrosi compensada.
- ❑ **Sofosbuvir/velpatasvir: 12 setmanes**, també eficaç per a tots els genotips, amb o sense cirrosi compensada.

Pautes de tractament

Tractament	Temps de tractament / comp
sofosbuvir/velpatasvir	12 setmanes 1 comprimit
glecaprevir/pibrentasvir	8 setmanes 1 comprimit
sofosbuvir més daclatasvir	12 setmanes comprimits separats
sofosbuvir més ravidasvir	12 setmanes comprimits separats

Tratamientos	Cirrosis compensada	Cirrosis descomp. ^A	Coinfección VHB	Coinfección VIH	Postrasplante órgano sólido
SOF/VEL	12 semanas ^B	24 semanas ^C	12 semanas	12 semanas	12 semanas
GLE/PIB	8 semanas	Evitar	8 semanas	8 semanas	12 semanas
SOF/DCV	12 semanas ^D	24 semanas	12 semanas	12 semanas	12 semanas
SOF/RDV [56]	24 semanas	Evitar	Evitar	12 semanas	Evitar

DCV: daclatasvir; GLE: glecaprevir; PIB: pibrentasvir; RDV: ravidasvir; SOF: sofosbuvir; VEL: velpatasvir; VHB: virus de la hepatitis B; VIH: virus de inmunodeficiencia humana.

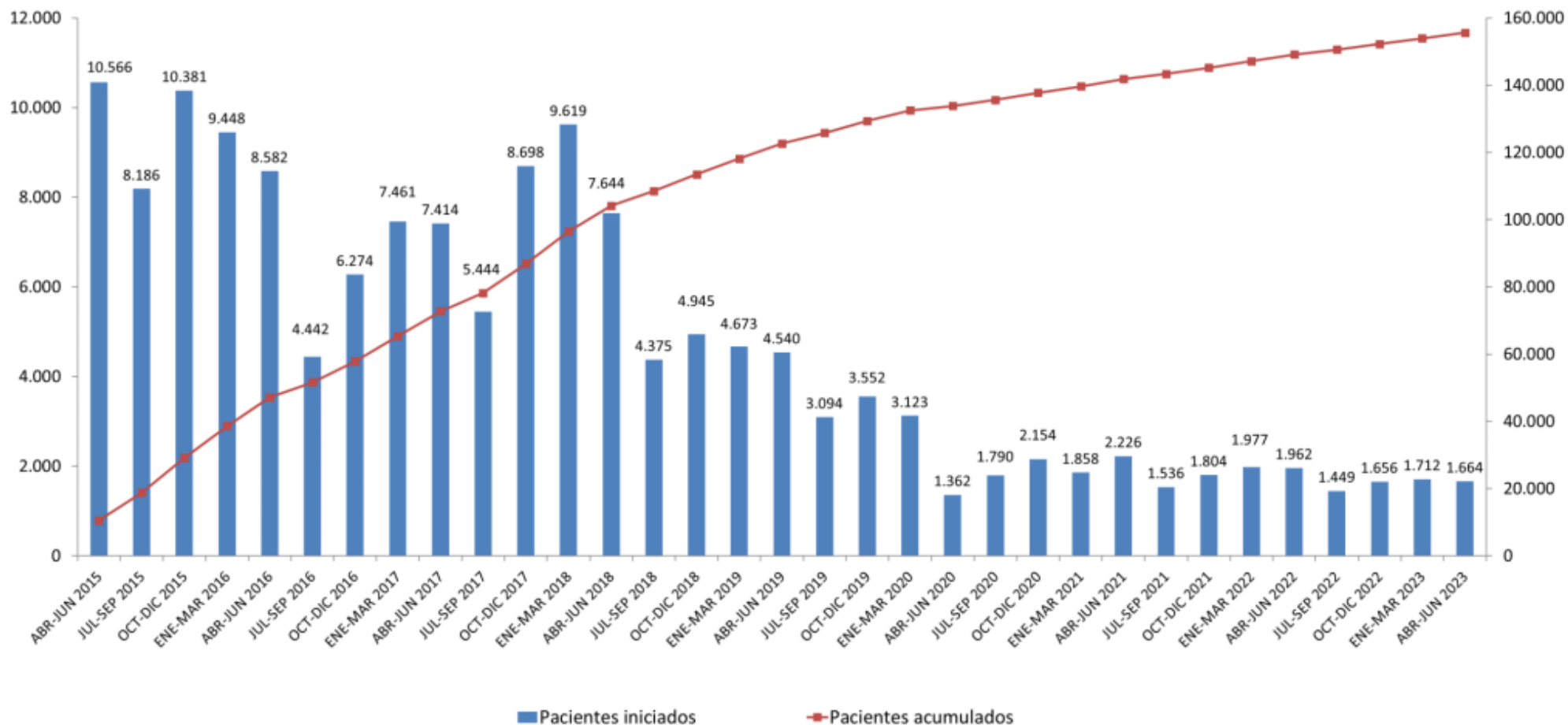
Genotip	Primera elecció	Durada	Alternatives
1a i 1b	Glecaprevir/pibrentasvir	8-12 setmanes	Sofosbuvir/velpatasvir, Ledipasvir/Sofosbuvir, Elbasvir/Grazoprevir
2	Sofosbuvir/velpatasvir	12 setmanes	Glecaprevir/pibrentasvir (12 setmanes)
3	Sofosbuvir/velpatasvir o Glecaprevir/pibrentasvir	12 setmanes	Sofosbuvir/daclatasvir (12 setmanes), especialment si hi ha contraindicacions
4, 5 i 6	Glecaprevir/pibrentasvir o Sofosbuvir/velpatasvir	8-12 setmanes	Altres combinacions segons guia actualitzada

Indicadores de tratamiento:

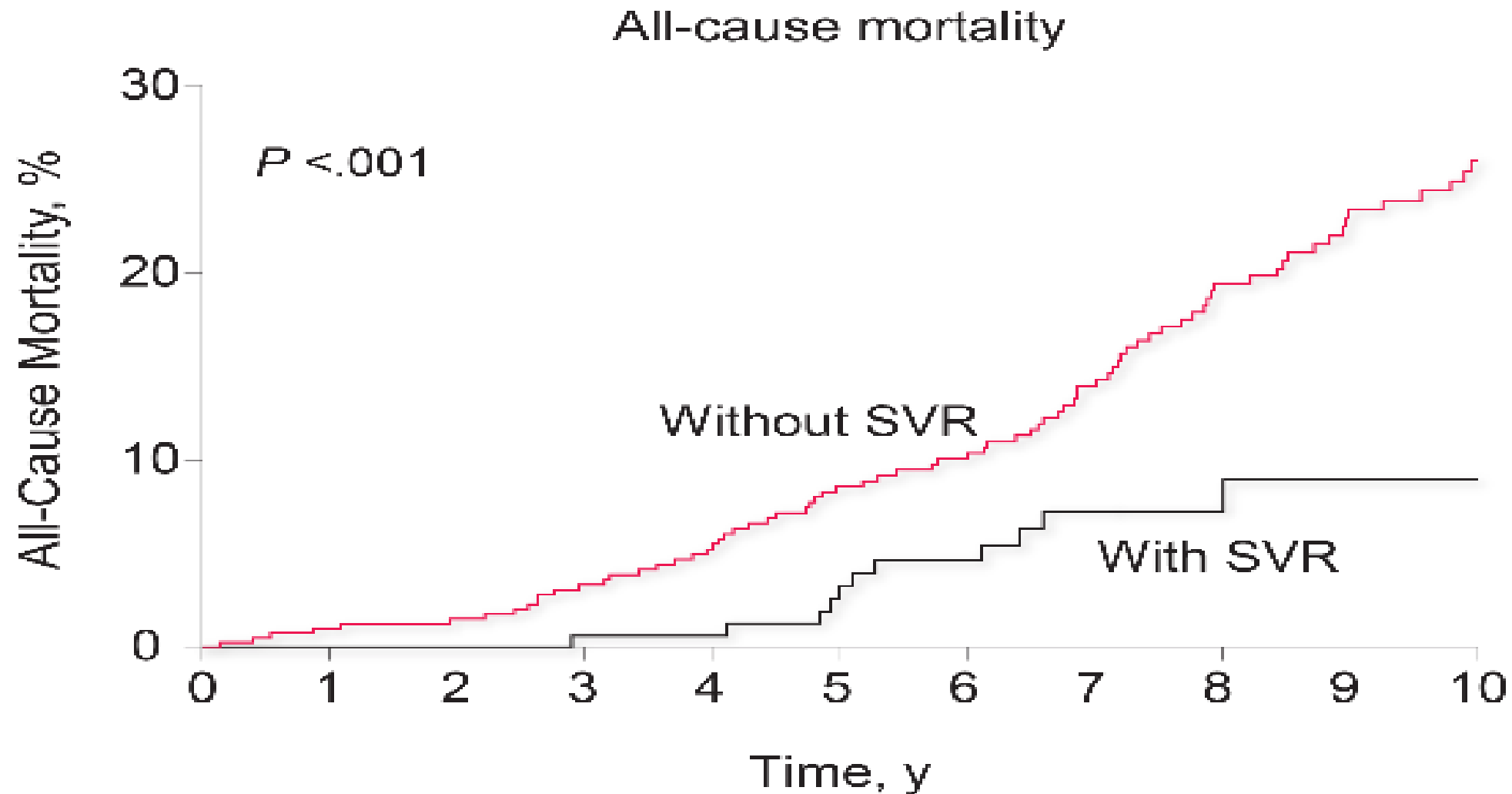
Nº acumulado de pacientes tratados con AAD (enero 2015- diciembre de 2024)	172.312	Ministerio de Sanidad (3)
Porcentaje de pacientes tratados con respuesta viral a las 12 semanas de finalizar el tratamiento	94.81%	Ministerio de Sanidad (4)

PACIENTES QUE INICIAN TRATAMIENTO MENSUALMENTE DESDE EL INICIO DEL PEAHC (ABRIL 2015 – JUNIO 2023)

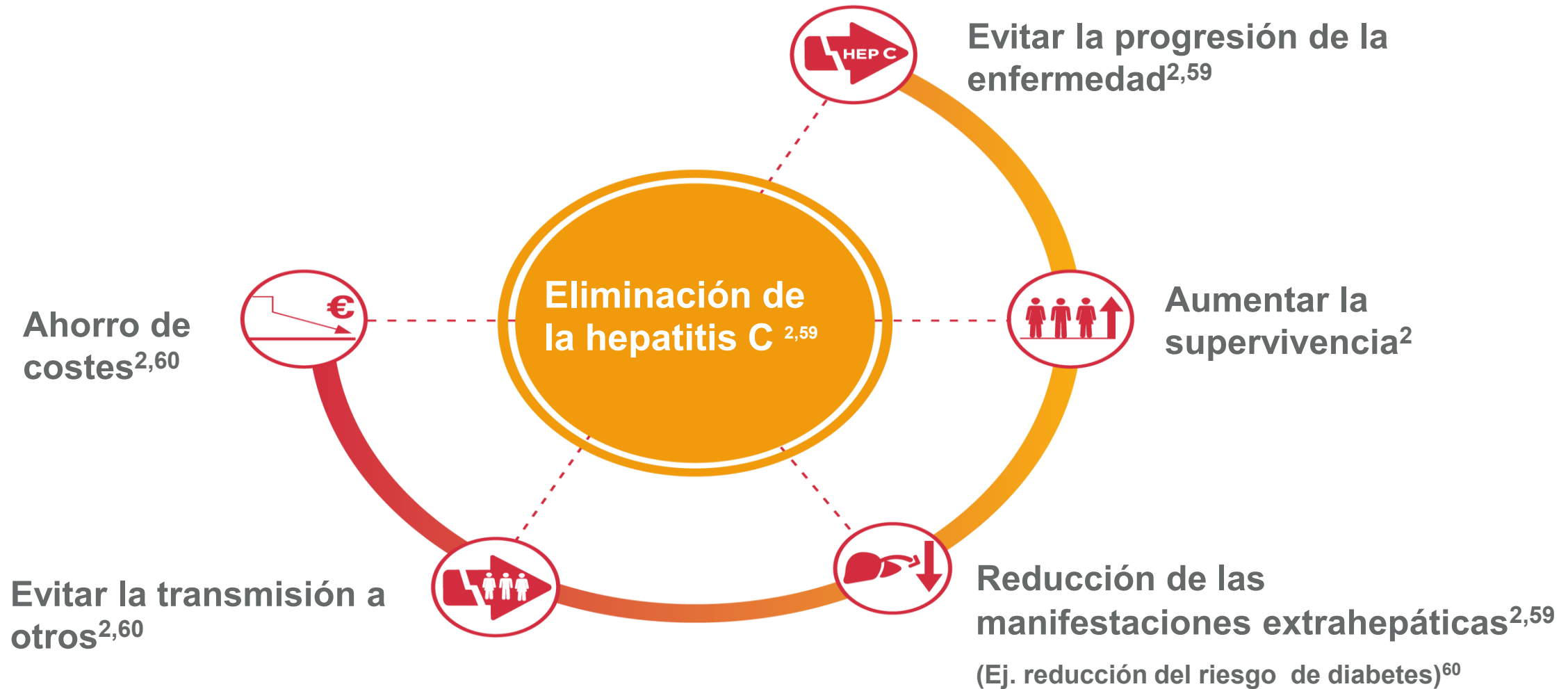
Media de 4.715 pacientes inician tratamiento/ trimestre



La RVS se asocia con una reducción de la mortalidad por todas las causas



Múltiples beneficios del tratamiento antiviral de la hepatitis C



2. Albillos A, et al. Consenso de recomendaciones para el diagnóstico precoz, la prevención y la atención clínica de la hepatitis C en Atención Primaria. Madrid: Luzán 5; 2017. 59. La vanguardia. Tratar a todos los pacientes, clave para avanzar hacia la eliminación de la hepatitis C. Disponible en: <http://www.lavanguardia.com/vida/20170207/414091731627/tratar-a-todos-los-pacientes-clave-para-avanzar-hacia-la-eliminacion-de-la-hepatitis-c.html>. Acceso: junio 2018. 60. Arase Y, et al. Hepatology. 2009;49(3):739-44.

Seguiment clínic dels pacients amb hepatitis crònica VHC, post tractament

Seguimiento en Atención Hospitalaria tras RVS:

- ❖ Fibrosis avanzada (F3) o cirrosis (F4): para el diagnóstico precoz del carcinoma hepatocelular (ecografía abdominal y analítica semestral).
- ❖ Cirrosis compensada, sin varices esofágicas al inicio del tratamiento: no realizar controles endoscópicos tras la RVS.

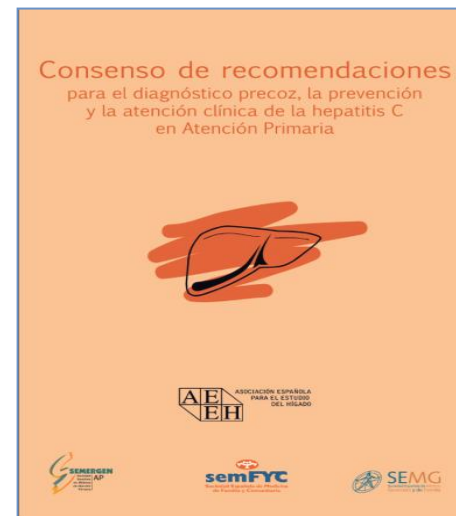
Seguimiento en Atención Primaria tras RVS:

- ❖ Sin fibrosis avanzada (F0-F2) ni factores de riesgo de reinfección: no seguimiento
- ❖ Persisten conductas/situaciones de riesgo: Control de reinfección (ARN-VHC/anual)
- ❖ Promover hábitos y estilos de vida saludables para evitar la reinfección y en enfermos para reducir la progresión de la enfermedad.
- ❖ Vacunaciones recomendadas hepatitis crónica VHC: Hepatitis A y B, gripe, neumococo.

2015: Plan estratégico para el abordaje de la Hepatitis C en el Sistema Nacional de Salud

Objetivos específicos de actuación desde Atención Primaria:⁵²

- Plan de **formación continuada** de los profesionales
- Promover el **diagnóstico precoz** en poblaciones prioritarias
- La **derivación** de pacientes desde Atención Primaria a especializada



Primer Consenso de las
tres Sociedades de AP
con la Sociedad de
Hepatología²

13

QUADERNS DE SALUT PÚBLICA

Guia per a la prevenció i el control de l'hepatitis C



C	E1	E2	p7	2	3	⁴ A	4B	5A	5B
---	----	----	----	---	---	----------------	----	----	----

ACCESSIBLE AL CANAL SALUT/ GRATUÏT

Guía AEEH de tratamiento de la Hepatitis C

seeh.es/2018/07/guia-aeeh-seimc-de-tratamiento-de-la-hepatitis-c/

Juan Tunes



Os informamos que ya está disponible la **actualización de la Guía de tratamiento de la infección por el virus de la Hepatitis C** realizada por la AEEH en colaboración con miembros de la SEIMC. El documento es de acceso libre y puede descargarse la [versión completa](#). Este documento incorpora la evidencia científica procedente de estudios comunicados y/o publicados durante los años 2017 y 2018, y contempla las opciones de tratamiento disponibles en España en el marco del Plan Estratégico para el abordaje de la Hepatitis C.

El documento incluye dos prácticas tablas de resumen de las opciones de tratamiento y duración recomendada de los mismos, en función del genotipo y la experiencia o no a un tratamiento antiviral previo basado en interferon, diferenciando entre pacientes sin cirrosis de aquellos con cirrosis hepática:



PROGRESS TOWARD»»
**Viral Hepatitis
ELIMINATION**
in the United States, 2017





CAMFiC

societat catalana de medicina
familiar i comunitària

Gràcies per la vostra atenció