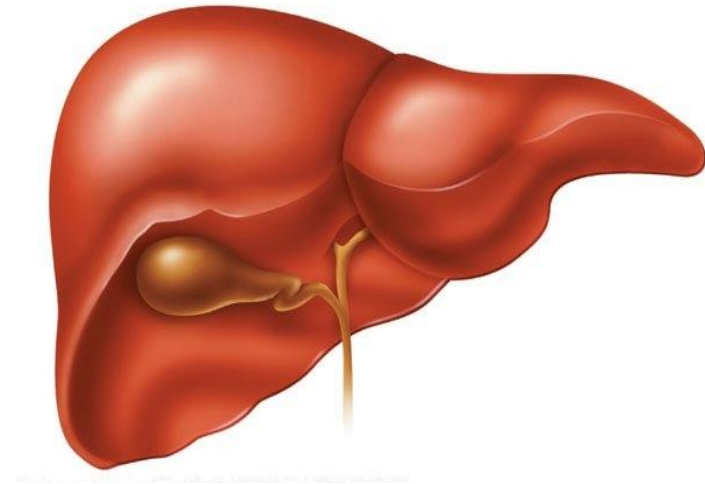


HEPATITIS VIRALES

Curso de Hepatología para Atención Primaria

Dr Ignacio Martín-Granizo
Servicio Aparato Digestivo EOXI Vigo
Vigo, 14 de Diciembre del 2017



HEPATITIS VIRALES

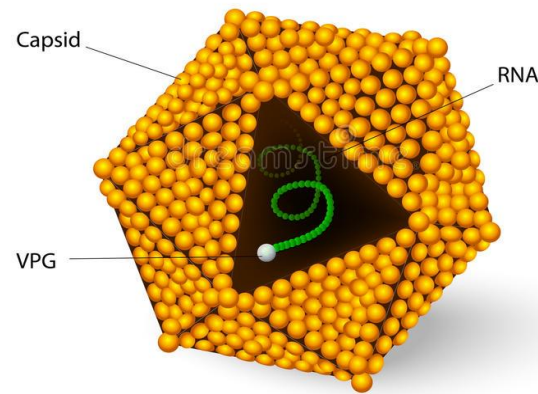
© David Yu



Hepatitis Happy Hour

HEPATITIS VHA

Hepatitis A virus



Muy contagioso

Transmisión fecal oral

Contagio:

- por exposición a una fuente común (alimentos/agua contaminada)

- por contacto directo con una persona enferma

Clínica: Hepatitis aguda





Una epidemia de hepatitis A obliga al Sergas a empezar a vacunar a adultos de grupos de riesgo

Sanidade se pone en alerta por el aumento de la incidencia de la infección, sobre todo entre homosexuales

[Carmen Villar](#) 13.06.2017 | 15:30

Virus de la Hepatitis A. // Getty

Alerta por la **hepatitis A**, hasta el punto de que Sanidade empezará pasado mañana a **vacunar a adultos de riesgo**. La Dirección Xeral de Saúde Pública de la Consellería de Sanidade iniciará **este jueves** la vacunación gratuita frente a la hepatitis A en los centros de salud para adultos que pertenezcan a los grupos de riesgo prioritario. Así lo señala **la Xunta** en un comunicado en el que **advierte** que la situación epidemiológica en Galicia indica "**un aumento significativo**" en la incidencia de esta infección desde el pasado año. En esa línea, aseguran que frente a los cinco casos registrados hasta mediados de **junio del año pasado**, este año, en el mismo período, se elevan ya a **22**.

Sanidade explica que la dolencia afecta "fundamentalmente" a personas de **entre 20 y 44 años**, y "principalmente" a **hombres que tienen sexo con hombres (HSH)**.

HEPATITIS VHA: VACUNAS



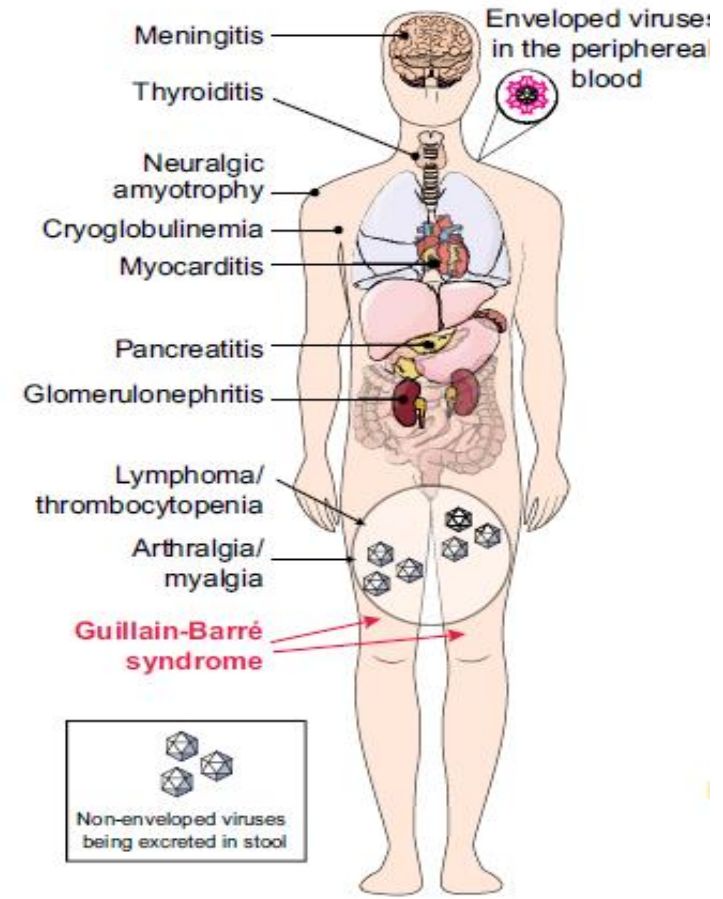
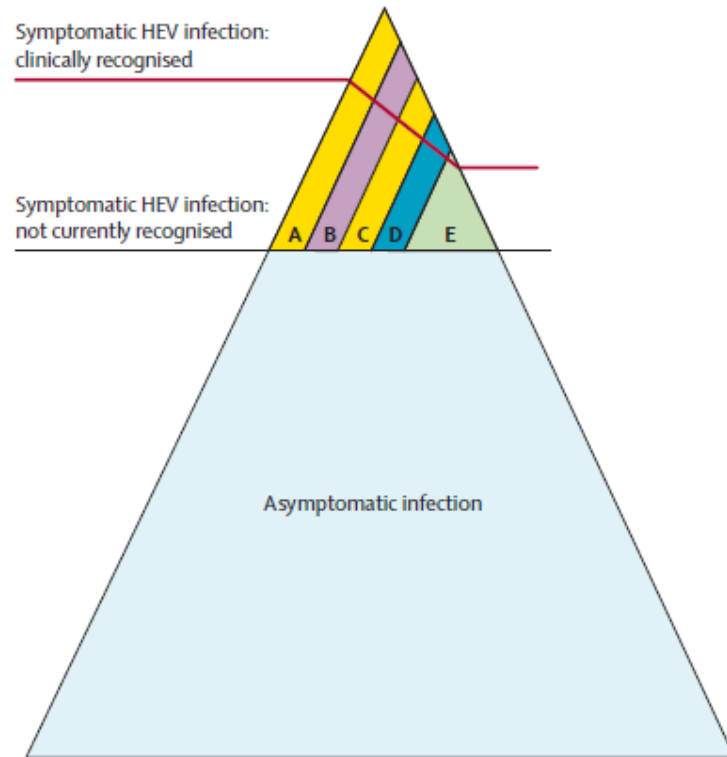
HEPATITIS VHE

EPIDÉMICA		ESPORÁDICA	
Fecal-oral		Zoonosis	
	Agua contaminada	Alimentos contaminados, trasplante/trasfusión, Vertical	
Países en vías de desarrollo		Países desarrollados	
Genotipo 1	Genotipo 2	Genotipo 3	Genotipo 4
Asia	África, México	Europa, USA (mundial)	Este Asia
Adultos jóvenes (15-35 años) Alta mortalidad embarazadas (10-25%)		Adultos mayores	
No cronifica		Puede cronificar (gen 3)	

“brotes”

“autóctona”

HEPATITIS VHE PRESENTACION CLÍNICA



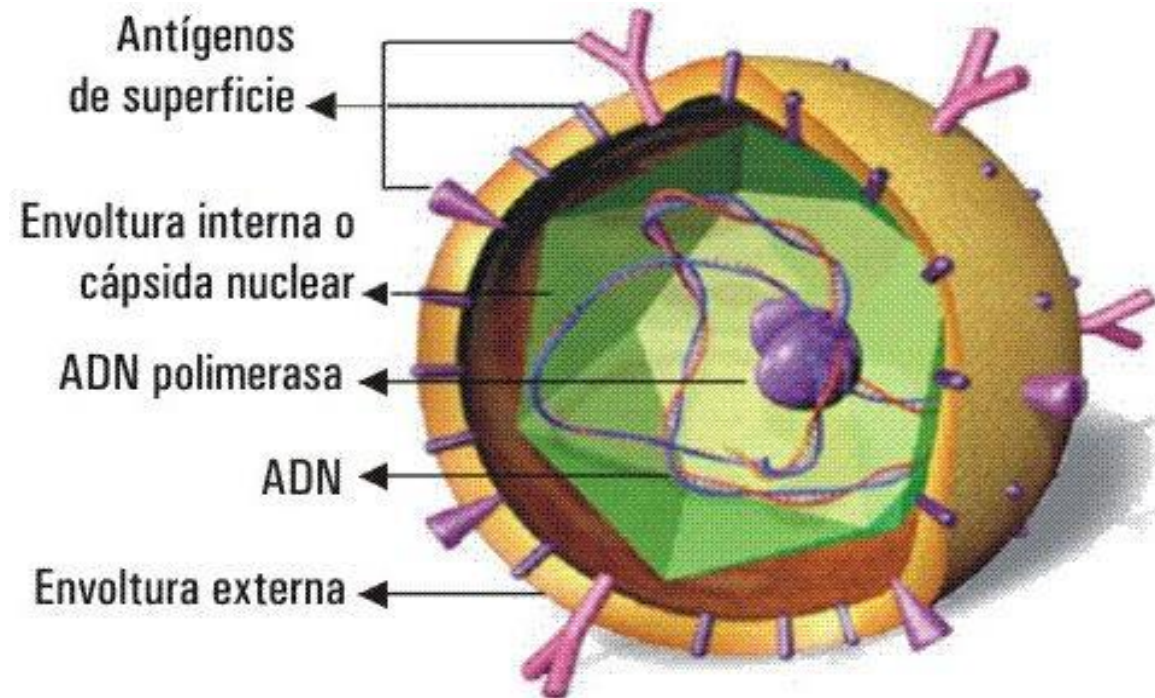
“Proyectos de estrategias mundiales del sector de la salud: Hepatitis víricas”



Metas a alcanzar con las hepatitis víricas fijadas por la OMS:

- **Incidencia:** Nuevos casos de infecciones crónicas por virus de las hepatitis B y C
 - Situación inicial 2015: Entre 6 millones y 10 millones de infecciones se reducen a 900 000 para 2030 (una disminución del 80% de las infecciones por virus de la hepatitis C)
 - **Meta para el 2030: Reducción del 90%**
- **Mortalidad:** Muertes por hepatitis víricas B y C
 - Situación inicial 2015: Los 1,4 millones de muertes se reducen a menos de 500 000 para 2030
 - **Meta para el 2030: Reducción del 65%**

HEPATITIS VHB



Patrones serológicos:

- HBsAg: infección** (aguda/crónica)
- AntiHBc: contacto previo
- AntiHBs: inmunización

MECANISMOS DE TRANSMISIÓN VHB

- MECANISMO: Exposición parenteral o mucosa al virus
- INFECTIVIDAD: Relación **carga viral** en sangre o fluídos biológicos
 - 1)PERINATAL:
 - vía más frecuente en áreas hiperendémicas
 - 2)PERCUTÁNEA:
 - ADVP
 - TRANSFUSIONAL
 - 3)**SEXUAL**: causa más frecuente hepatitis aguda
 - 4)NOSOCOMIAL
 - 5)PERSONA-PERSONA: niños
 - 6)DESCONOCIDO

SEROPREVALENCIA VHB ESPAÑA

Prevalencia	1989	1996	2002
HBsAg	1.5	1	0.7
antiHBc	17	11	8.7

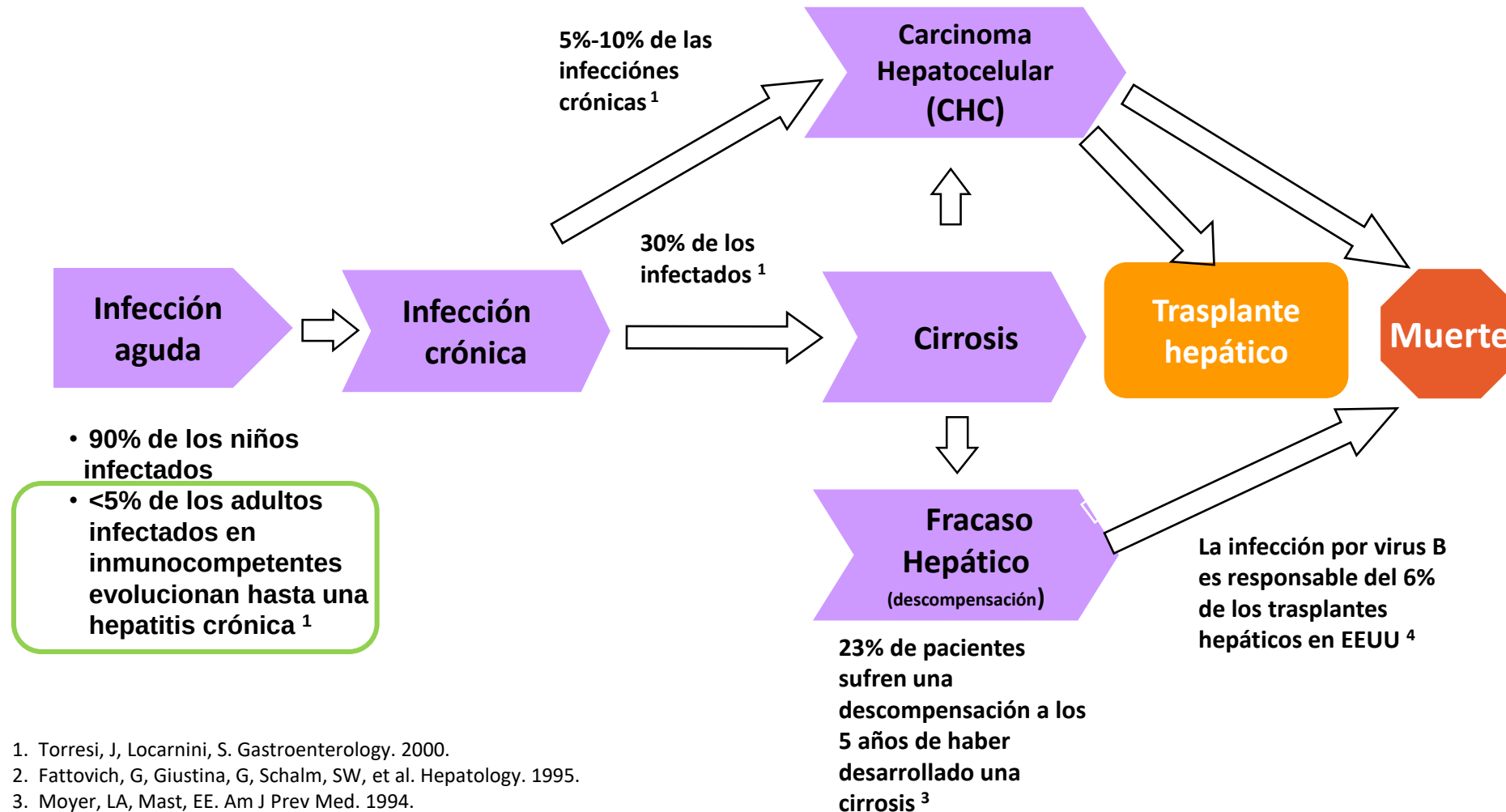
1984: Vacunación grupos de riesgo
1990: Vacunación universal

Edad	antiHBc
25-35	4.9
35-45	9
45-55	10.1
55-65	15

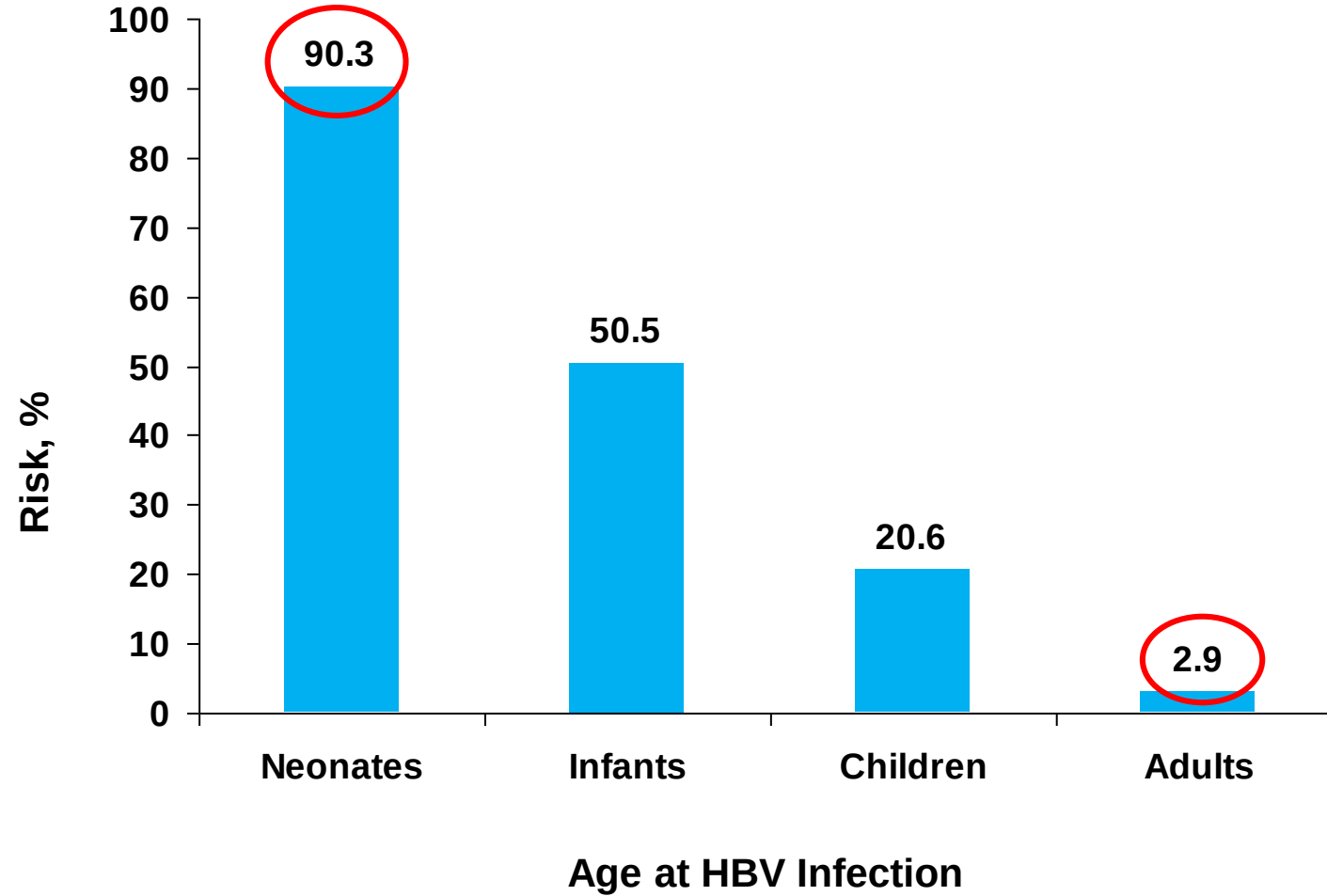
Actualmente España tiene un patrón de endemicidad bajo
El riesgo de infección es el doble en los nacidos fuera

Declining prevalence of VHB infection after the introduction of
universal vaccination.Salleras et al. Vaccine 2007

HISTORIA NATURAL DE LA INFECCION CRONICA POR VIRUS HEPATITIS B



RIESGO CRONIFICACIÓN HEPATITIS B



Chang MH. *Hepatol Int* 2008;2:S28-S36; McMahon BJ et al. *J Infect Dis.* 1985;151(4):599-603; Tassopoulos NC et al. *Gastroenterology.* 1987;92(6):1844-1850.

INMUNOTOLERANCIA

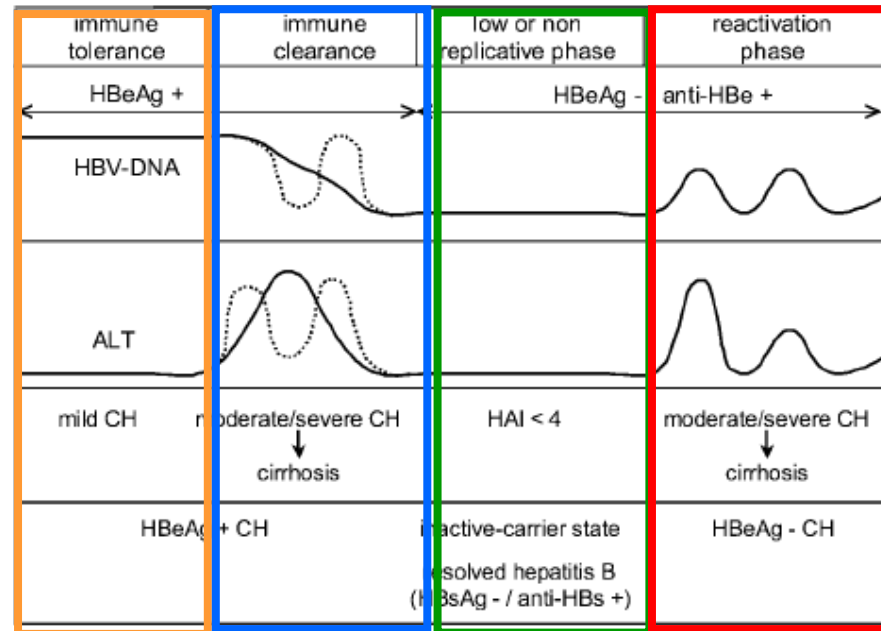
- Respuesta inmune no eficaz
- Duración larga tras primoinfección perinatal y corta en adulto
- DNA $>10^8$ cop/ml
- **ALT normal**
- AgHBe+
- Inflamación leve

PORTADOR INACTIVO

**BAJA o NULA
REPLICACIÓN**

- Seroconversión del AgHBe+ a AgHBe-/antiHBe+
- DNA indetectable por hibridación
- **ALT normal**
- Resolución de necroinflamación

Fases virológicas de infección crónica



INMUNOACTIVA

- Respuesta inmune citolítica eficaz
- Duración: meses-años
- DNA $>10^5$ cop/ml
- ALT elevada
- AgHBe+
- Inflamación moderada-grave

**Hepatitis crónica
AgHBe +**

REACTIVACIÓN

- Inmunosupresión o mutación del core/precore
- DNA $>10^4$ cop/ml
- ALT elevada
- AgHBe+ o AgHBe-
- Inflamación moderada-grave

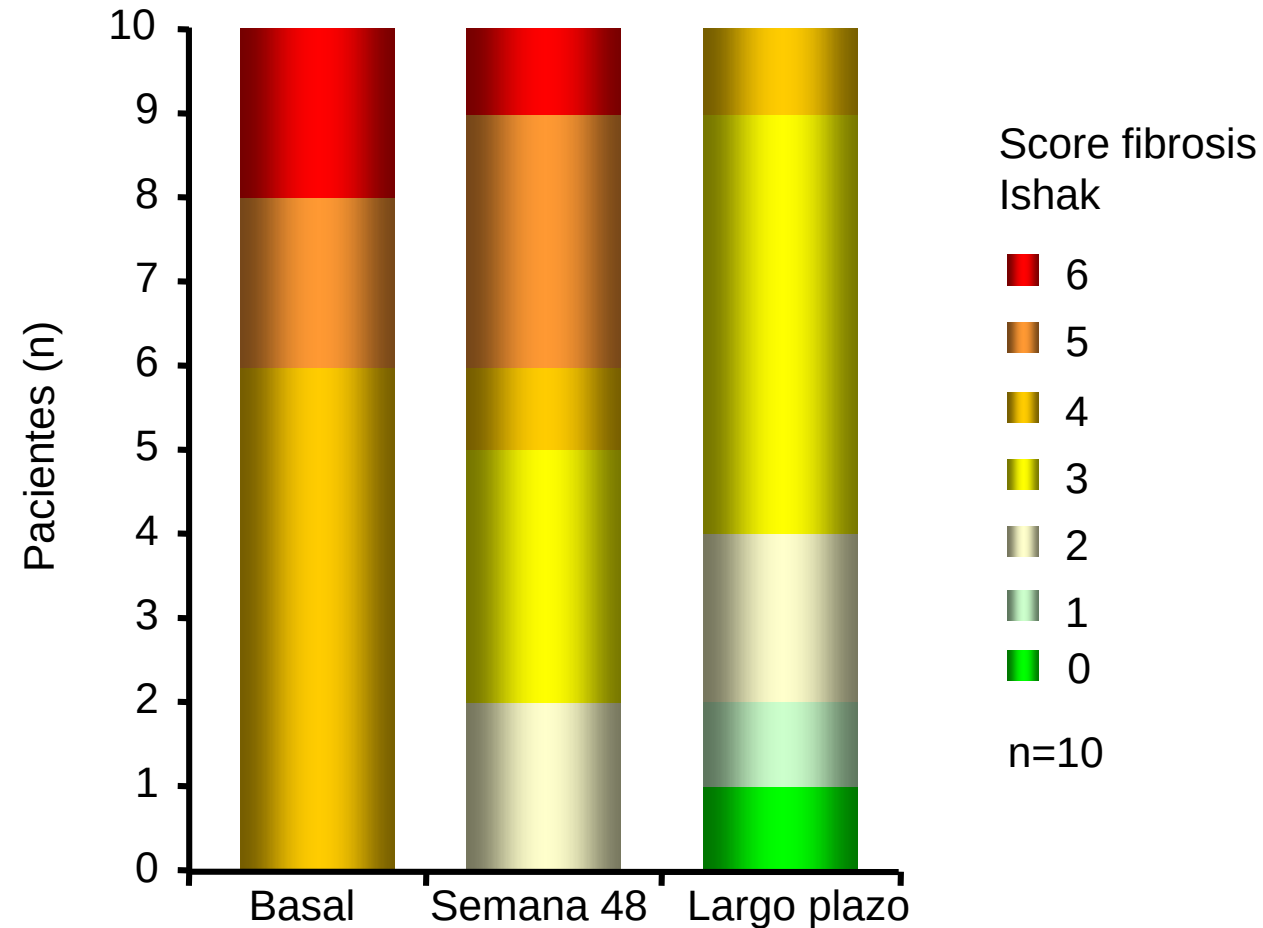
**Hepatitis crónica
AgHBe -**

Fattovich, Sem Liver Dis 2003

EASL 2017 Clinical Practice Guidelines on the management of hepatitis B virus infection[☆]

	HBeAg positive		HBeAg negative	
	Chronic infection	Chronic hepatitis	Chronic infection	Chronic hepatitis
HBsAg	High	High/intermediate	Low	Intermediate
HBeAg	Positive	Positive	Negative	Negative
HBV DNA	>10 ⁷ IU/ml	10 ⁴ -10 ⁷ IU/ml	<2,000 IU/ml [°]	>2,000 IU/ml
ALT	Normal	Elevated	Normal	Elevated*
Liver disease	None/minimal	Moderate/severe	None	Moderate/severe
Old terminology	Immune tolerant	Immune reactive HBeAg positive	Inactive carrier	HBeAg negative chronic hepatitis

REGRESIÓN FIBROSIS TRAS TRATAMIENTO ANTIVIRAL (AN)



Long-term Entecavir therapy results in the reversal of fibrosis/cirrhosis and continued histological improvement in patients with chronic hepatitis B. Chang et al. Hepatology 2010

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN

- Prevención transmisión **perinatal**: testar gestantes y tratar si alta carga viral
- Vacunación rutinaria en **niños**
- Vacunación **adolescentes**
- Vacunación de **adultos** pertenecientes a grupos de alto riesgo



2017

VACINAS

	Ata 35 anos	36-49 anos	50-59 anos	60 ou máis anos
Td (tétano e difteria)	Completar ou iniciar pauta de vacinación (5 doses) Se ten calendario infantil completo: 1 dose de recordo ao redor dos 65 anos			
dTpa ⁽¹⁾	Embarazadas (semana 28-36, preferiblemente 32): 1 dose en cada embarazo			
Gripe	Se existe factor de risco: 1 dose anual			1 dose anual
Pneumocócica conxugada 13 v	Se existe factor de risco: 1 dose			1 dose ao cumprir 65 anos
Pneumocócica polisacáridos 23 v	Se existe factor de risco: 1 dose (intervalo mínimo 1 ano despois de PnC13)			1 dose aos 66 anos ⁽²⁾
Hepatite B	Se non foron vacinados previamente: 3 doses	Nados antes de 1982, se existe factor de risco: 3 doses		
Triple vírica ⁽³⁾ (sarampelo, rubéola e parotidite)	Se non foron vacinados previamente e naceron despois de 1981: 2 doses Se non cumpren criterios de inmunidade e naceron entre 1968 e 1981: 1 dose			
Varicela ⁽⁴⁾	Vacinação se non cumpren criterios de inmunidade: 2 doses			
Meningococo C	Se non foron vacinados previamente: 1 dose	Se existe factor de risco: 1 dose		
Virus do papiloma humano (VPH) mulleres	Non vacinadas previamente, nadas a partir 1994: 3 doses	Se existe factor de risco: 3 doses ⁽⁵⁾		

PROFILAXIS POSTEXPOSICIÓN: HBIG

En grupos de alto riesgo (deben ser vacunados):

- **Recién nacidos de madres portadoras:**
 - incrementa inmunogenicidad vacuna
 - primeras 12 horas
 - junto a vacuna, IM, en sitio diferente
- **Contacto sexual con portador HBsAg**
- **Exposición percutánea o mucosa accidental (ocupacional o no)**

Cribado y derivación de pacientes con VHB del centro de salud al especialista

Madrid, 26 febrero 2015

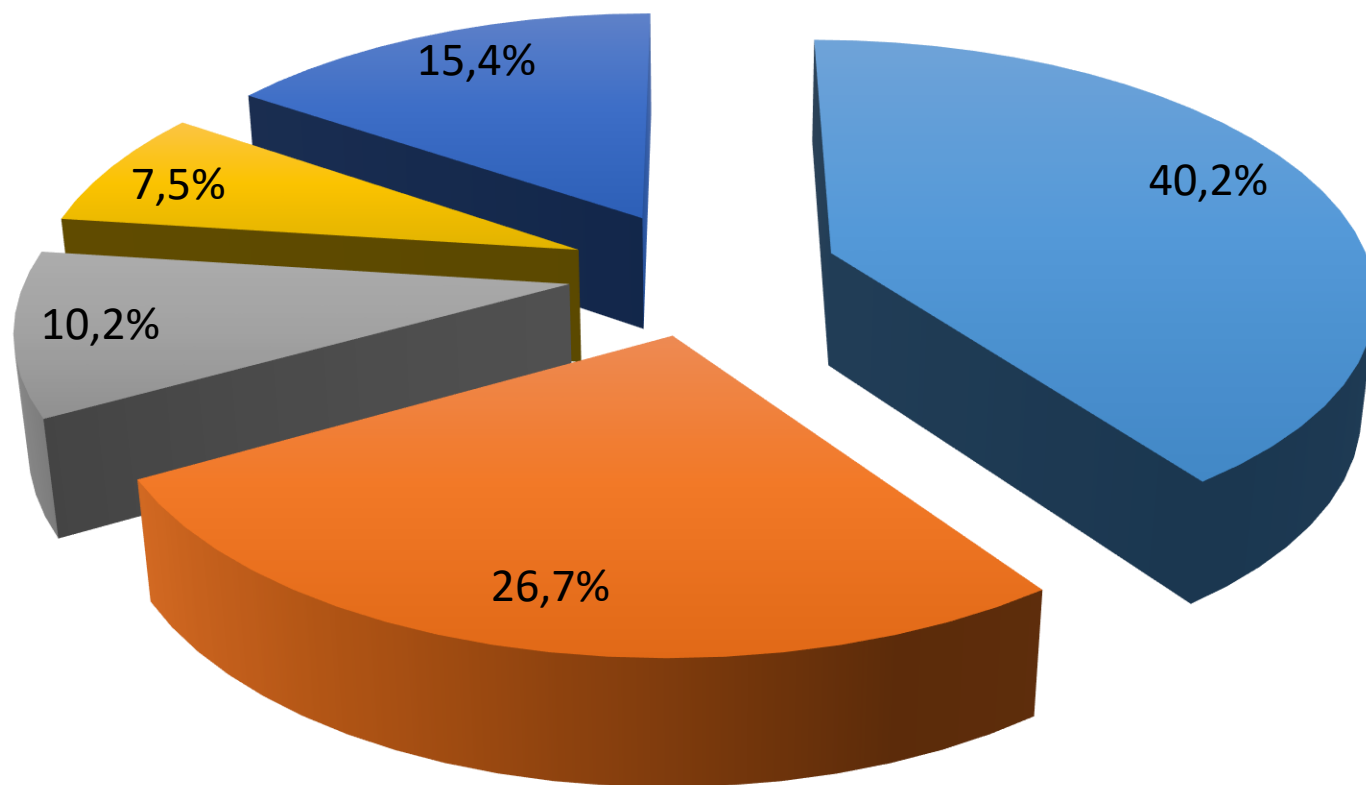
M.A. Simón, M.J. Domper y M. Solano
Hospital Clínico Universitario. Zaragoza

OBJETIVO Y METODOS

- Conocer los **patrones de derivación** de pacientes VHB (HBsAg+) en el área del HCU de Zaragoza:
 - Centros de Salud
 - Obstetricia
 - CC EE Hospitalarias
- Evaluar **pacientes no derivados**
- Evaluar las **prácticas de diagnóstico y tratamiento** en la consulta especializada
- Se recogieron las muestras de **pacientes HBsAg +** realizadas en el Laboratorio central de Microbiología HCU durante los años 2012 y 13

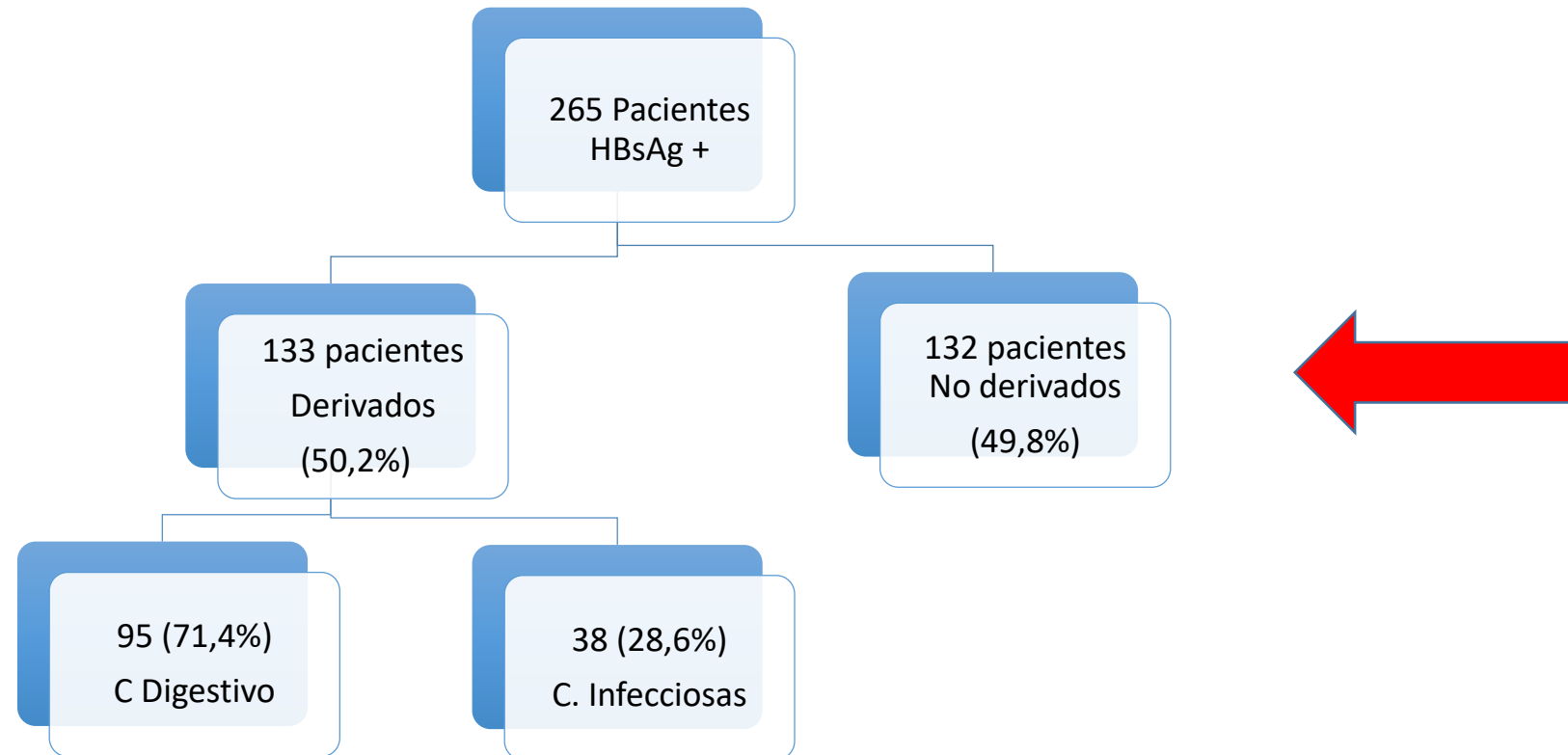
Distribución pacientes HBsAg +

■ Centro Salud ■ Digestivo ■ Obstetricia ■ Infecciosas ■ Otros



Pacientes HBsAg + vistos en Centros Salud

- **265 HBsAg+.** 110 mujeres y 153 (57,7%) hombres
 - Edad media 37,06 años
 - **63,4% Caucásicos.** Asiáticos 4,15 %. Subsaharianos 29,4%.



Pacientes HBsAg + Centros de Salud

	No Derivados N=132	Derivados N=133	Total N=265
Edad (años)	38,5	36,2	37,1
Hombres (%)	65,9%	56,4%	57,7%
Raza Blanca/negra	65,9/31,6%	60,9%/27,3%	63,4%/29,4%
ALT solicitada	95,4%	95,4%	97%
ALT elevada	19,0%	20,6%	19,8%
ADN solicitado	12,9%	86,5%	49,8%
ADN >2.000	29,4%	22,6%	23,5%
HBeAg solicitado	99,4%	98,5%	98,8%
HBeAg negativo	93,9%	94,6%	94,3%
ALT + CV	12,9%	85,7%	49,4%
ALT + ADN (↑)	0%	7,07%	6,1%
Fibroscan	0,7%	9,02%	4,9%

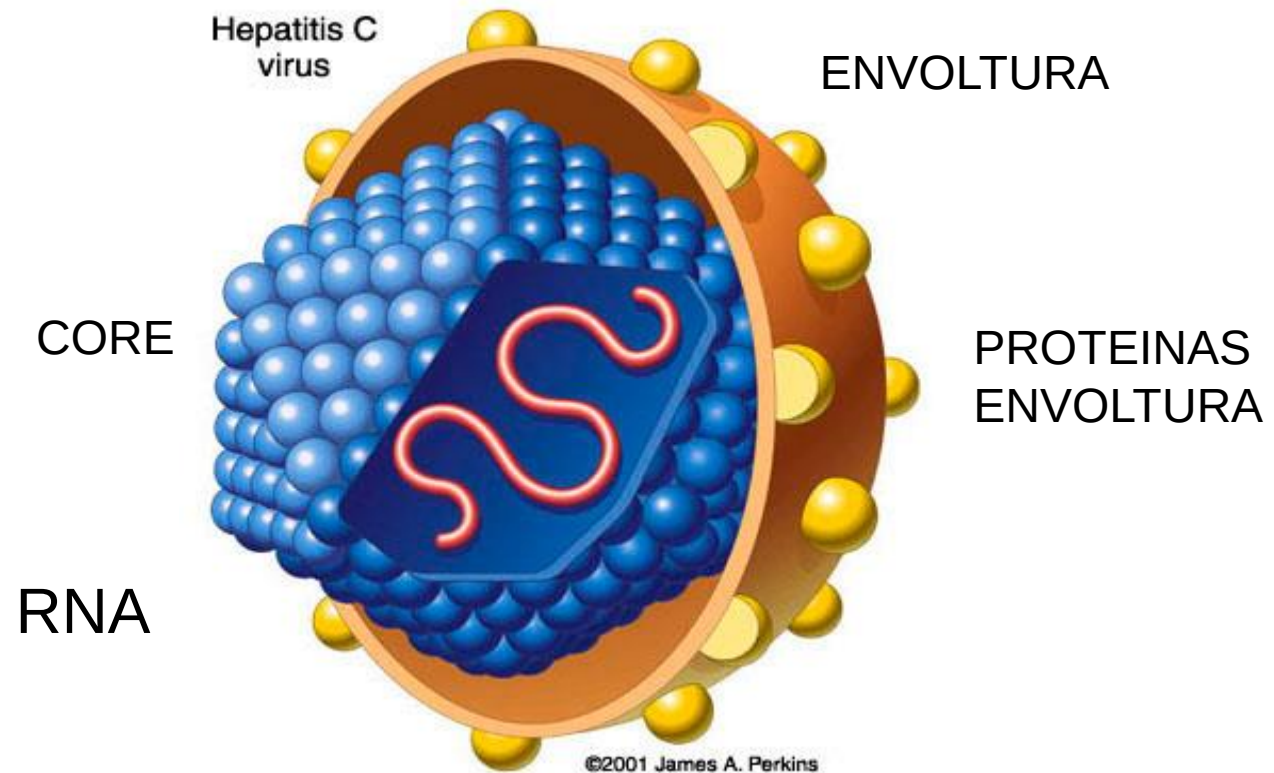
Pacientes HBsAg + atención hospitalaria

- ¿Qué especialidades solicitaron HBsAg?

	Dermatología	Hematología	Banco de Sangre	Reumatología	Oncología	Otros
TOTAL (n)	3	6	3	5	0	35
DERIVADOS	1	2	1	3	0	
NO DERIVADOS	2	4	2	2	0	

Ninguno en ONCOLOGIA!!

HEPATOPATÍA CRÓNICA VHC



MECANISMO DE TRANSMISIÓN

- Exposición **parenteral** a material infectado con el virus
- Vías:
 - ADVP
 - Transfusión sangre/hemoderivados “pre-90”
 - Vertical
 - Sexual (excepcional)
 - Nosocomial
 - Otros (tatuaje, piercing...)
 - Desconocido (50%)

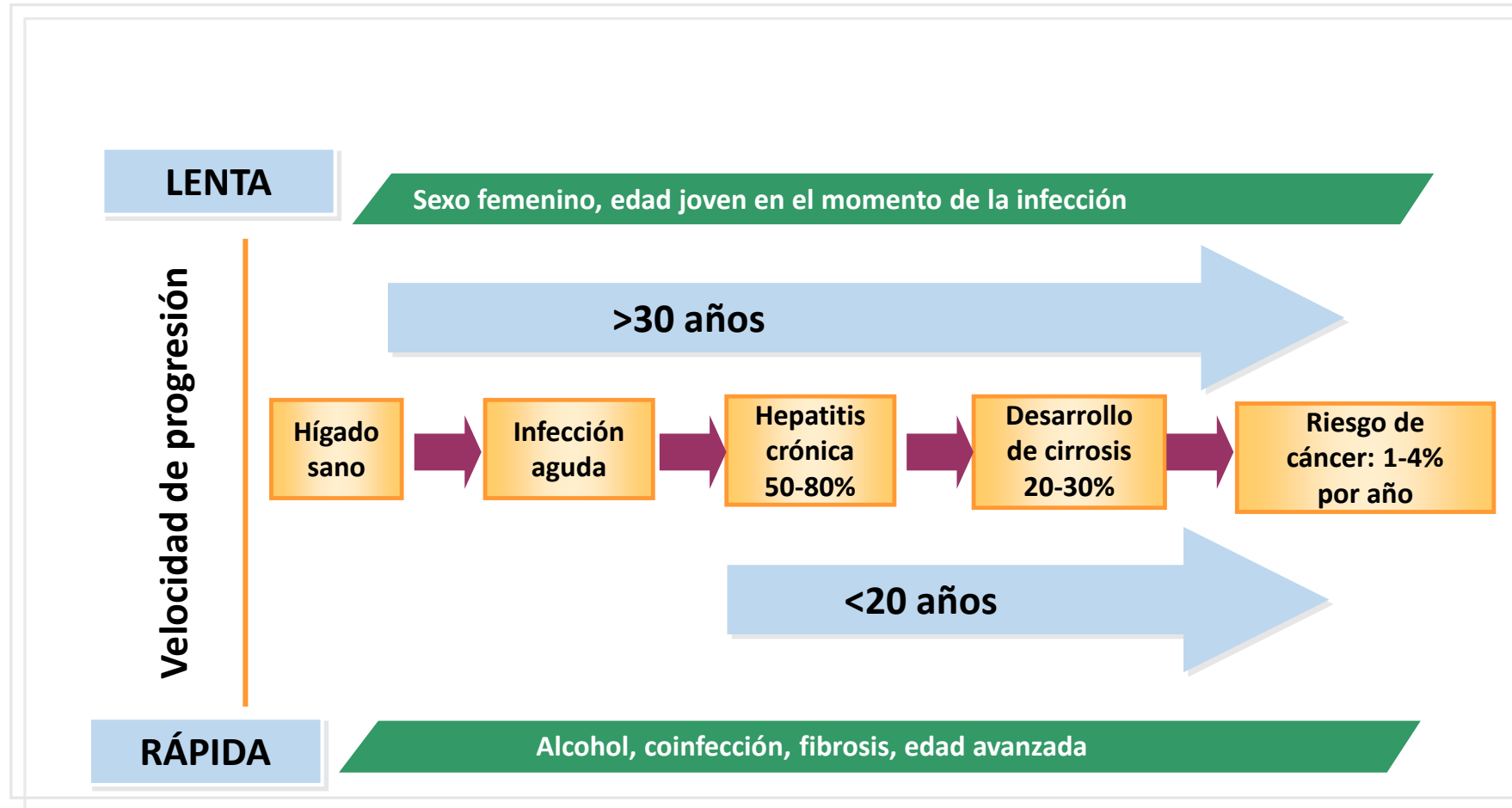
Pacientes virémicos VHC en España 2017

Área	Población (n)	Sero-prevalencia	ARN-VHC+ (%de los seropositivos)	Autor	Año
Cantabria/ Madrid/ Valencia	General; 20-79 años (>9.200)	1,19%	0,31% (26%)	Cuadrado y cols (AEEH)	2017
Cataluña	General; >18 años (1.051)	1,1%	0,42% (38%)	Rodríguez-Taje S. y cols (AEEH)	2017
Sur de la Provincia de Cáceres	Población General (9.918)	0,87%	0,50% (57%)	Fernández Bermejo M y cols (AEEH)	2017

Alrededor 200.000 pacientes virémicos en España
30% de ellos desconocen el diagnóstico

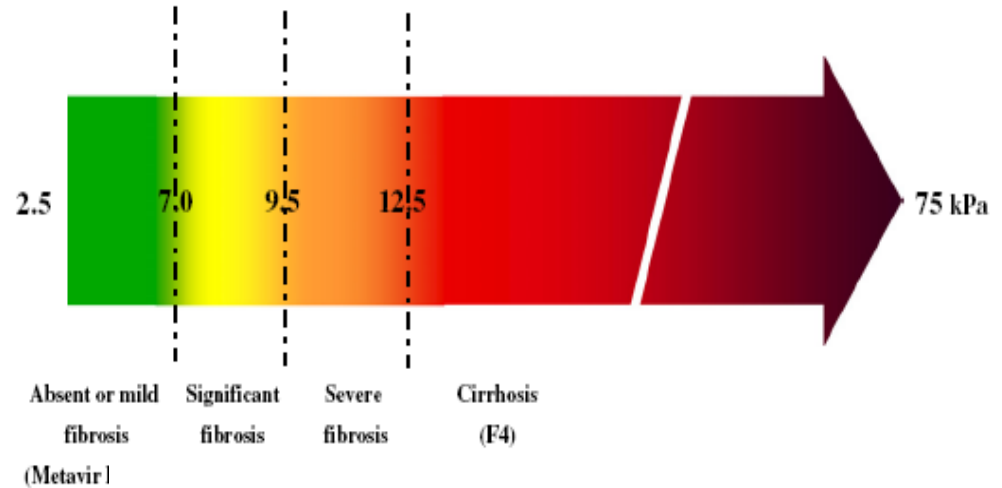
HISTORIA NATURAL DE LA HEPATITIS CRÓNICA C

VARIABILIDAD INDIVIDUAL



1. Thomas DL, et al. Clin Liver Dis. 2005;9:383-398 Strader DB, et al. Eur J Gastroenterol Hepatol. 1996;8:324-328.
2. Seeff LB, et al. Hepatology. 2002;36(suppl):S1-S2. Seeff LB, et al. Hepatology. 2002;36(suppl):S35-S46.
3. Liang TJ, et al. Ann Intern Med. 2000;132:296-305. Fattovich G, et al. Gastroenterology. 1997;112:463-472.

EVALUACIÓN DE LA FIBROSIS: ELASTOGRAFÍA



FibroScan 402

Código: 8094746

Indicación: VHC

Fecha: 22/01/2013

Tipo de examen: Medium

Operador: MFA

Médico referente: MONTES

Rigidez hepática Mediana: **20.9 kPa**

Intervalo intercuartílico [IQR]: 8.4 kPa

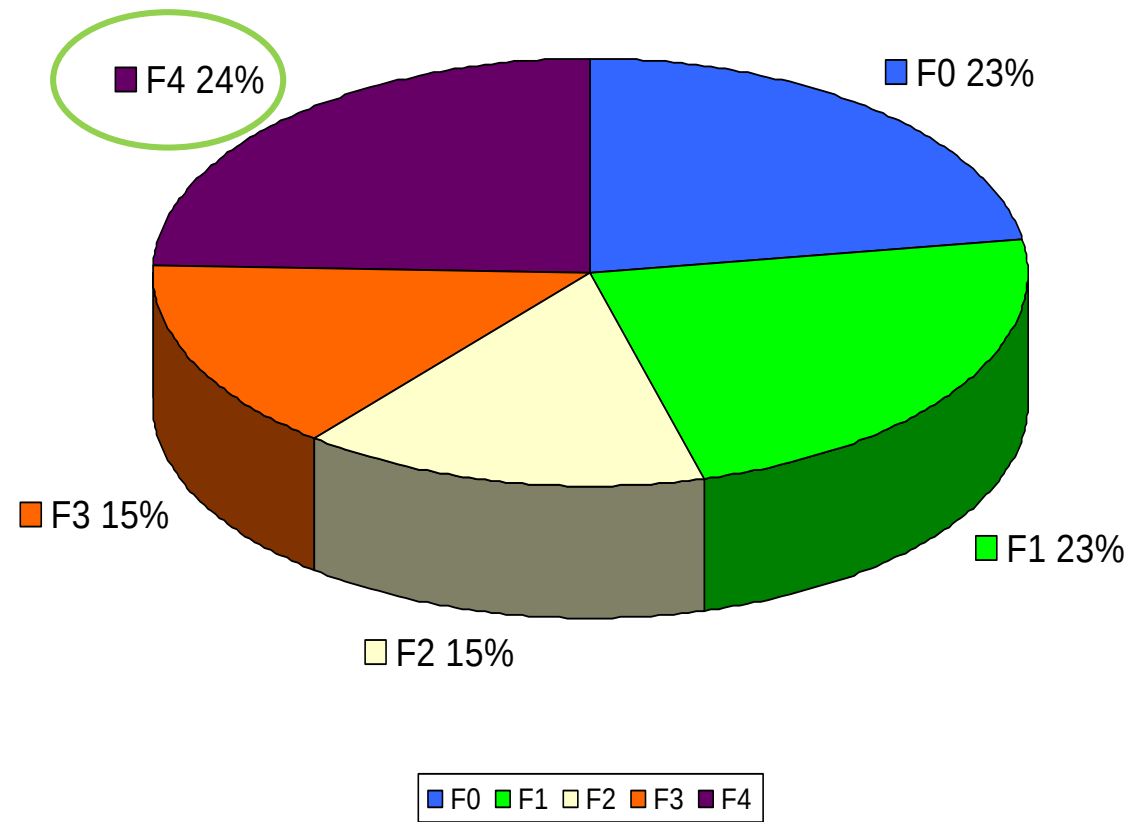
IQR/med: 2%

Mediciones válidas: 15

Número de mediciones: 15

Índice de éxito: 100%

EVALUACIÓN DE LA FIBROSIS: ELASTOGRAFÍA

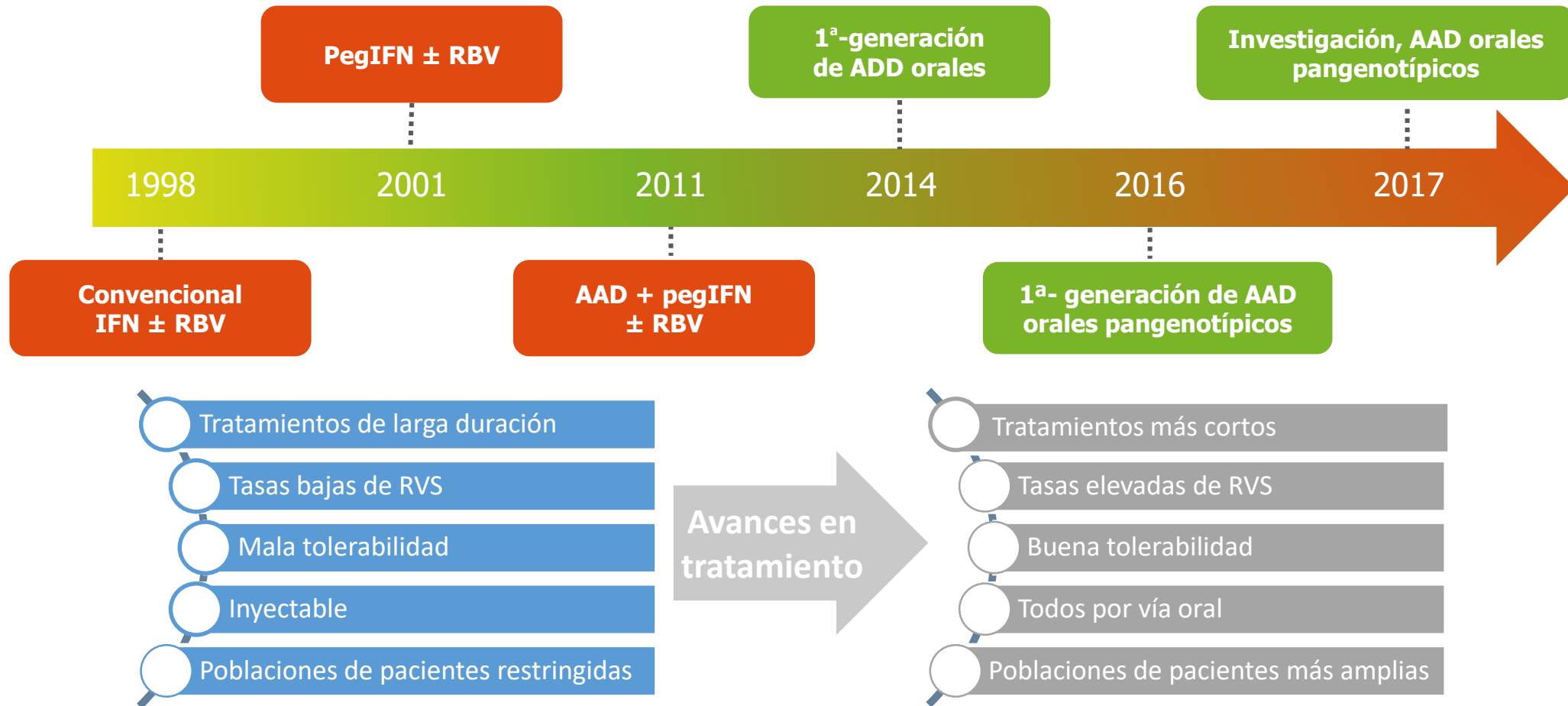


422 pacientes
Octubre 2013

F0: <5.5 kPa
F1: 5.6-7.5
F2: 7.6-9.5
F3: 9.6-12.5
F4: >12.6

F3+F4:39%
F2+F3+F4:54%

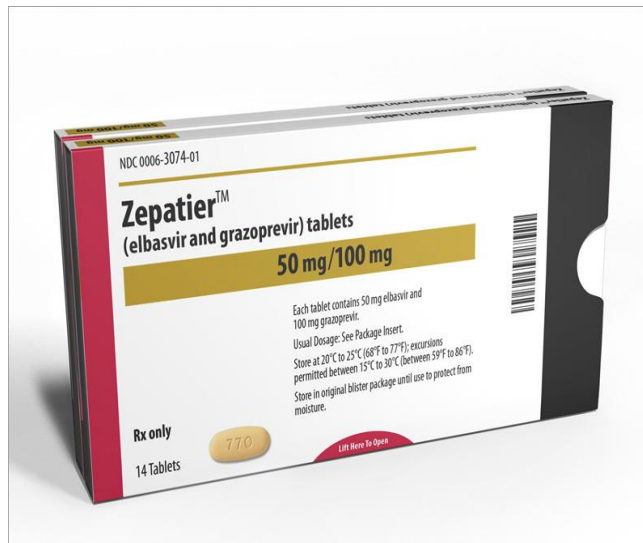
Evolución del tratamiento para el VHC



McHutchison JG, et al. N Engl J Med 1998; 339:1485–1492;
Manns MP, et al. Lancet 2001; 358:958–965;
Fried MW, et al. N Engl J Med 2002; 347:975–982;
Poordad F, et al. N Engl J Med 2011; 364:1195–1206;
Jacobson IM, et al. N Engl J Med 2011; 364:2405–2416;
Lawitz E, et al. N Engl J Med 2013; 368:1878–1887;

Fichas Técnicas Daklinza, Eplusa, Harvoni, Olysio, Viekirax, and Zepatier (Acceso Enero 2017).

ANTIVIRALES DE ACCION DIRECTA



Plan Estratégico Nacional para el VHC 2015



PLAN ESTRATÉGICO PARA EL ABORDAJE DE LA HEPATITIS C EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD¹

3.2.2.3. Establecer los criterios generales para tratamiento de la HCC en el Sistema Nacional de Salud

- Los grupos de pacientes prioritarios para el tratamiento con antivirales orales de acción directa incluyen:
 - Pacientes con una fibrosis hepática avanzada (F2-F4), independientemente de la existencia o no de complicaciones previas de la hepatopatía.
- En cualquier caso y con independencia del grado de fibrosis se debe indicar tratamiento en:
 - Pacientes con riesgo elevado de transmisión de la infección
 - Mujeres en edad fértil con deseo expreso de embarazo

CONSULTA HEPATOLOGÍA

EQUIPO MULTIDISCIPLINAR: LABORATORIO, MICROBIOLOGÍA, FARMACIA, BANCO DE SANGRE, DERMATOLOGÍA, PSIQUIATRÍA, ENDOCRINO...

- Analítica, genotipado y carga viral
- Elastografía hepática
- Explicar efectos secundarios más relevantes
- Posología y fijar pauta de tratamiento
- Incentivar la adherencia
- Fijar calendario de visitas
- Revisar interacciones medicamentosas
- Establecer vía de comunicación consulta-paciente: **consulta telefónica**

EASL Recommendations on Treatment of Hepatitis C 2016[☆]

Table 6. Treatment recommendations for HCV-monoinfected or HCV/HIV coinfecting patients with chronic hepatitis C without cirrhosis, including treatment-naïve patients and patients who failed on a treatment based on pegylated IFN- α and ribavirin (treatment-experienced, DAA-naïve patients).

Patients	Treatment-naïve or -experienced	Sofosbuvir/ledipasvir	Sofosbuvir/velpatasvir	Ombitasvir/paritaprevir/ritonavir and dasabuvir	Ombitasvir/paritaprevir/ritonavir	Grazoprevir/elbasvir	Sofosbuvir and daclatasvir	Sofosbuvir and simeprevir
Genotype 1a	Treatment-naïve	8-12 wk, no ribavirin	12 wk, no ribavirin	12 wk with ribavirin	No	12 wk, no ribavirin if HCV RNA $\leq 800,000$ (5.9 log) IU/ml or 16 wk with ribavirin if HCV RNA $> 800,000$ (5.9 log) IU/ml ^b	12 wk, no ribavirin	No
	Treatment-experienced	12 wk with ribavirin ^a or 24 wk, no ribavirin					12 wk with ribavirin ^a or 24 wk, no ribavirin	
Genotype 1b	Treatment-naïve	8-12 wk, no ribavirin	12 wk, no ribavirin	8-12 wk, no ribavirin	No	12 wk, no ribavirin	12 wk, no ribavirin	No
	Treatment-experienced	12 wk, no ribavirin		12 wk, no ribavirin				
Genotype 2	Both	No	12 wk, no ribavirin	No	No	No	12 wk, no ribavirin	No
Genotype 3	Treatment-naïve	No	12 wk, no ribavirin	No	No	No	12 wk, no ribavirin	No
	Treatment-experienced		12 wk with ribavirin ^c or 24 wk, no ribavirin				12 wk with ribavirin ^c or 24 wk, no ribavirin	
Genotype 4	Treatment-naïve	12 wk, no ribavirin	12 wk, no ribavirin	No	12 wk with ribavirin	12 wk, no ribavirin	12 wk, no ribavirin	12 wk, no ribavirin
	Treatment-experienced	12 wk with ribavirin or 24 wk, no ribavirin				12 wk, no ribavirin if HCV RNA $\leq 800,000$ (5.9 log) IU/ml or 16 wk with ribavirin if HCV RNA $> 800,000$ (5.9 log) IU/ml	12 wk with ribavirin or 24 wk, no ribavirin	12 wk with ribavirin or 24 wk, no ribavirin
Genotype 5 or 6	Treatment-naïve	12 wk, no ribavirin	12 wk, no ribavirin	No	No	No	12 wk, no ribavirin	No
	Treatment-experienced	12 wk with ribavirin or 24 wk, no ribavirin					12 wk with ribavirin or 24 wk, no ribavirin	

^aAdd ribavirin only in patients with RASs that confer high-level resistance to NS5A inhibitors at baseline if RAS testing available.

^bProlong to 16 weeks and add ribavirin only in patients with RASs that confer resistance to elbasvir at baseline if RAS testing available.

^cAdd ribavirin only in patients with NS5A RAS Y93H at baseline if RAS testing available.



LATEST ARTICLES

Meeting Report - Hep DART 2011, Hawaii

Drug Interactions - Telaprevir and oral contraceptives.

Review - Use of nucleoside/tide analogues in HBV treatment.

Drug Interactions - Effect of HIV NRTIs on response to peg-IFN and ribavirin.

Meeting Report - 62nd AASLD Meeting, San Francisco.

Reviews - Drug interactions in HCV/HIV coinfecting patients.

[Click here for previous news items](#)

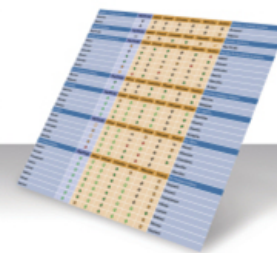
SITE UPDATES

Chart Updates

The interactions charts (on line and printable versions) have been updated to include studies from t...

[>>more](#)

DRUG INTERACTION CHARTS



Access our comprehensive, user-friendly, free, drug interaction charts

[CLICK HERE](#)

Providing clinically useful, reliable, up-to-date, evidence-based information



UNIVERSITY OF
LIVERPOOL

ASSOCIATED SITES



www.hiv-druginteractions.org

A comprehensive HIV drug-drug interaction resource, freely available to healthcare workers, patients and researchers.

FOLLOW US ON TWITTER



For the latest additions and updates to the site, click the button to follow [hepinteractions](#) on Twitter.

EMAIL UPDATES



Click here to register for website updates.

Please add noreply@hep-druginteractions.org and hivgroup@liv.ac.uk to your address book to assist in uninterrupted delivery and check your SPAM or BULK folder to ensure emails are not being lost.

INTERACTION CHARTS FOR YOUR SMART PHONE

HEP iChart - a new app for mobile devices

Download for free to Android and Apple devices (search for HEP iChart)



Apple: Search for HEP iChart in the App Store or [click here for the iTunes preview](#)

Android: [Click here](#) or scan the QR code with your device for a direct link to the download page (select internet/browser option if prompted).



This is an "offline" app that is downloaded to your device (~350 kb). An internet connection is not required to use the app, but is needed for downloading updates.

Last Reviewed: 16 December 2011

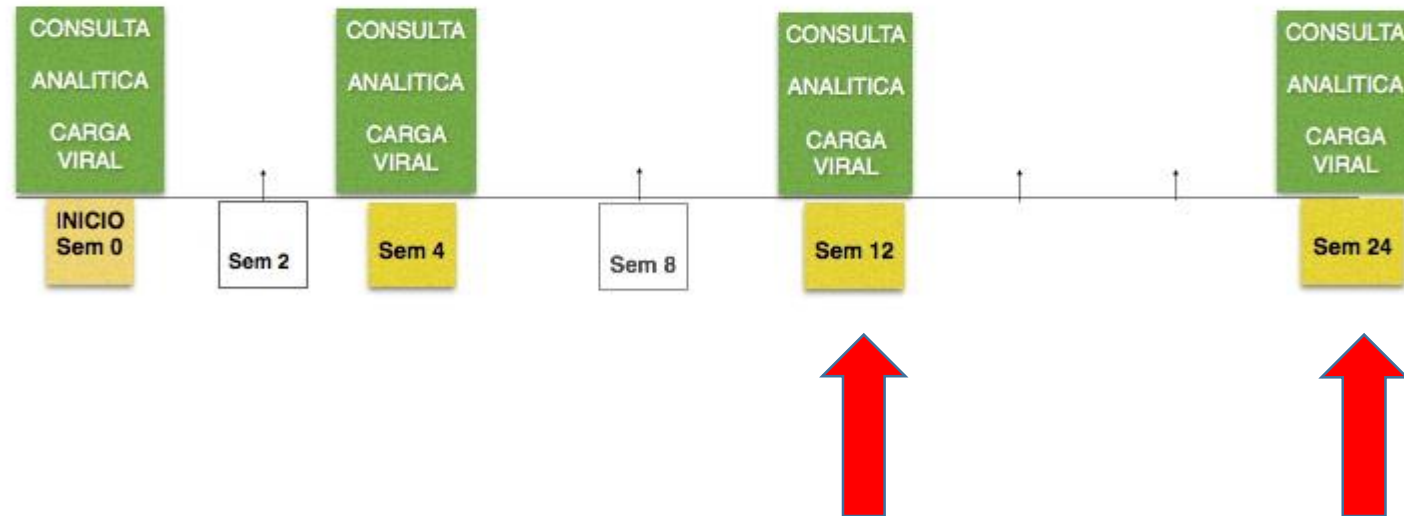
Copyright © 2010 The University of Liverpool. All rights reserved. Site developed and maintained by The University of Liverpool and eMedFusion.

Sponsors



[Terms & Conditions](#)

ESQUEMA DE TRATAMIENTO ANTIVIRALES ACCION DIRECTA



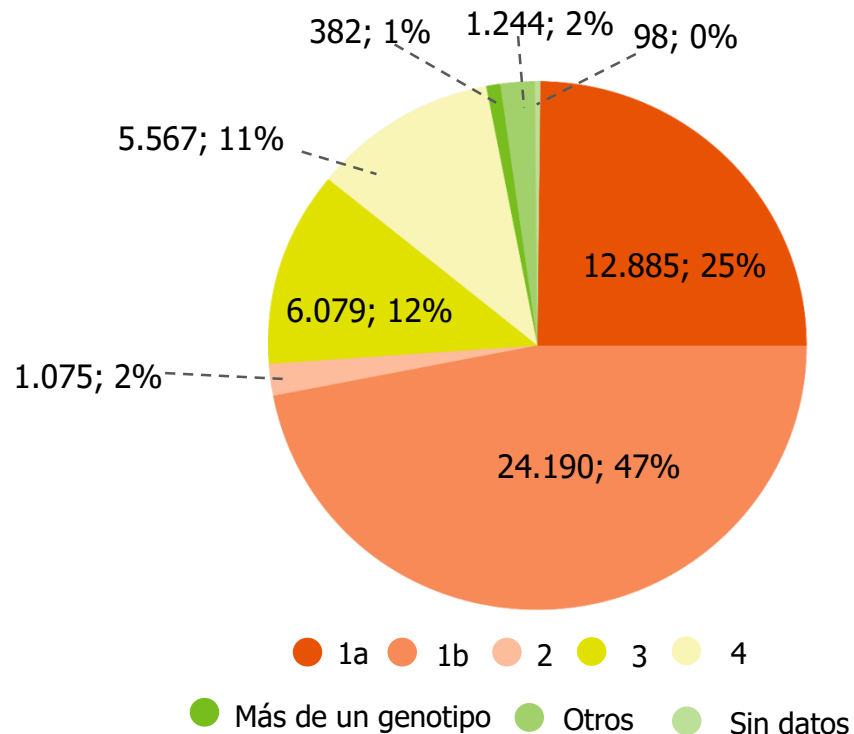
Resultados PEAHC (Jun 2017)

La mayoría de pacientes con fibrosis grave ya han sido tratados¹

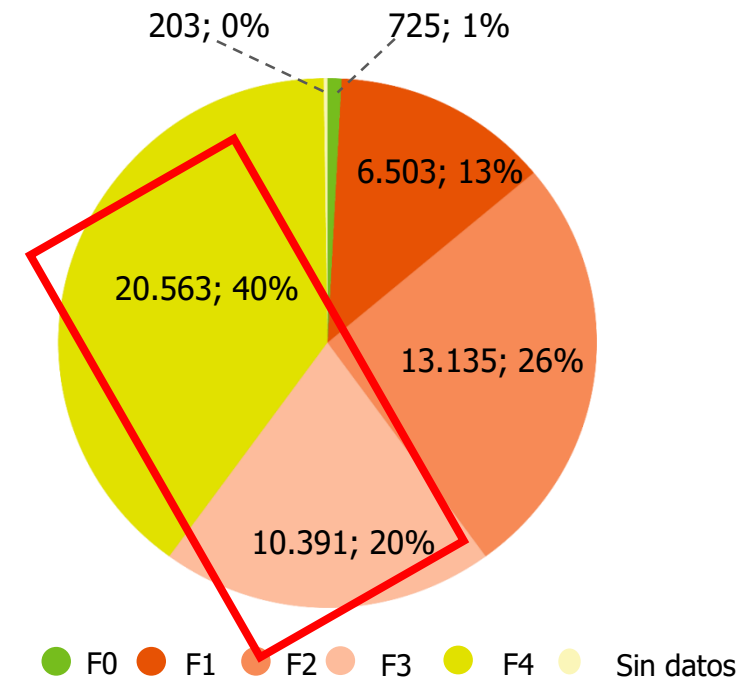
81.643 pacientes tratados (01/01/2015 al 30/06/2017)²

De ellos, se ha logrado respuesta viral sostenida en un **95,52%.**²

Pacientes según genotipo



Pacientes según grado de fibrosis



1.-Adaptado de Plan estratégico para el abordaje de la hepatitis C en el sistema nacional de salud. Septiembre 2017

2.-<https://www.diariofarma.com/2017/09/03/hepatitis-c-81-643-pacientes-tratados-9552-respuesta-positiva>

Ampliación PEAHC (Junio 2017)

Apertura de Tratamiento a todos los pacientes con VHC



Plan estratégico para el abordaje de la Hepatitis C en el Sistema Nacional de Salud (PEAHC)

Agosto 2015 – *Secretaría General de Sanidad y Consumo. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*

Aprobada CISNS 21-jun-2017

Actualización PEAHC

- Extender el tratamiento a todos los grados de fibrosis siempre a criterio medico.
- Incorporar los 2 nuevos medicamentos financiados.*
- Incorporar la eficiencia a los criterios que rigen la selección de los medicamentos.
- Recomendación de pautas de tratamiento con duración entre 8 y 24 semanas.
- Ampliación de PEAHC existente el 2020

*Referido a Zepatier y Epclusa en esa fecha.

CAMPOS DE ACTUACIÓN: ATENCIÓN PRIMARIA

- Liderazgo Atención Primaria: Realización de serología en casos indicados

- Investigar poblaciones vulnerables
 - ADVP antiguos o activos
 - Alcohólicos
 - Prostitutas
 - Hombres que tienen sexo con hombres
 - Enfermos mentales
 - Presos
- De enorme importancia dada la exclusión frecuente de los circuitos sanitarios habituales.
- Reservorio para la infección.
- Acción de gran importancia con impacto en salud pública.

- Derivación a Consulta Especializada según estrategia local

CAMPOS DE ACTUACIÓN: MICROBIOLOGÍA

- Posibilidad de que **AP pueda solicitar la carga viral** en pacientes con Serología positiva: habilitar la solicitud en la petición electrónica
- Posibilidad de **extracción de muestras en AP** (lunes-jueves) tanto para diagnóstico inicial como para controles en pacientes en tratamiento
- Posibilidad de que Microbiología haga **simultáneamente la Serología y la carga viral** en caso de positividad de la primera
- **Habilitar un circuito** de comunicación AP-Microbiología-Digestivo en todos los casos de carga viral detectable o HBsAg positivo



CAMPOS DE ACTUACIÓN: ATENCIÓN ESPECIALIZADA

- **Reuniones de formación** orientadas a:
 - diagnóstico de pacientes infectados: Serologías, Genotipos, CV, elastografía
 - seguimiento de pacientes curados
- Establecer **protocolos de derivación** entre AP y Especializada:
 - consulta presencial de Hepatología
 - consulta electrónica
- Crear **vías de comunicación conjuntas**



Tour n' Cure

FOR A WORLD FREE OF
Hepatitis C



www.tourncure.com



LIONEL MESSI

• TOUR N' CURE WORLD AMBASSADOR •

CURSO DE HEPATOLOGÍA PARA MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Jueves, 14 de diciembre de 2017

En **Vigo** Salón de Actos de la Sede Comarcal
del **Colegio de Médicos de Pontevedra**
C/ Ecuador, 84, 36204

Organizadores:

- Dra. Pamela Estévez Boullosa
- Dr. José Ignacio Rodríguez Prada

**BASES REGULADORAS
DE AYUDAS
DESTINADAS
A LA EJECUCION
DE PROYECTOS Y
ACTIVIDADES DE
EDUCACIÓN MÉDICA.**

CONVOCATORIA 2016
Pontevedra, de Sábado, 11 al 23 de Noviembre

Estas bases se encuentran disponibles en
www.gileadinfo.es/india.com



- ✓ **17:00-17:10** - Recepción y bienvenida. Presentación del curso
Dr. José Ignacio Rodríguez Prada. Jefe S. Digestivo H. Álvaro Cunqueiro. EOXI Vigo
- ✓ **17:10-17:30** - Evaluación de hipertransaminasemia en atención primaria
Dr. José Ramón Moliner de la Puente. S. Digestivo H. Álvaro Cunqueiro. EOXI Vigo
- ✓ **17:30-17:50** - Evaluación de colestasis en atención primaria
Dr. Sergio Vázquez Rodríguez. S. Digestivo H. Álvaro Cunqueiro. EOXI Vigo
- ✓ **17:50-18:10** - Diagnóstico, estadificación y manejo de la enfermedad hepática grasa no
alcohólica (NAFLD) en atención primaria
Dra. Pamela Estévez Boullosa. S. Digestivo H. Álvaro Cunqueiro. EOXI Vigo
- ✓ **18:10-18:30** - Hepatitis virales en atención primaria
Dr. Ignacio Martín-Granizo Barrenechea. S. Digestivo H. Álvaro Cunqueiro. EOXI Vigo
- ✓ **18:30-18:50** – Pausa café
- ✓ **18:50-19:10** - Actuación ante el hallazgo ecográfico de lesiones hepático/biliares en atención
primaria
Dr. Fulgencio Domínguez Rodríguez. S. Digestivo H. Álvaro Cunqueiro. EOXI Vigo
- ✓ **19:10-19:30** - Manejo del paciente cirrótico en atención primaria
Dr. José Antonio Hermo Brion. S. Digestivo H. Álvaro Cunqueiro. EOXI Vigo
- ✓ **19:30-19:50** - Organización de e-consulta
Dr. José Ignacio Rodríguez Prada. Jefe S. Digestivo H. Álvaro Cunqueiro. EOXI Vigo
- ✓ **19:50-20:10** - Conclusiones y clausura del curso
Dr. José Ignacio Rodríguez Prada. Jefe S. Digestivo H. Álvaro Cunqueiro. EOXI Vigo

Inscripción gratuita a través del **boletín online** disponible en la página web del Colegio de Médicos de Pontevedra **www.cmpont.es**