

TeleCondutas[®]

Hepatite B

Versão digital
2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
Faculdade de Medicina – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia
TelessaúdeRS/UFRGS
Rua Dona Laura, 320 – 11º andar
Bairro Rio Branco
CEP: 90430 – 090 – Porto Alegre/RS
Tel.: (51) 3333-7025
Site: www.telessauders.ufrgs.br
E-mail: contato@telessauders.ufrgs.br

Coordenação Geral:
Marcelo Rodrigues Gonçalves
Roberto Nunes Umpierre

Organizadores:
Milena Rodrigues Agostinho
Natan Katz

Autores:
Elise Bottesele de Oliveira
Jerônimo De Conto Oliveira
Laura Ferraz dos Santos
Milena Rodrigues Agostinho
Natan Katz

Design:
Luiz Felipe Telles

Diagramação:
Carolyne Vasques Cabral
Luiz Felipe Telles

Revisão ortográfica:
Rosely de Andrades Vargas

TelessaúdeRS-UFRGS
Porto Alegre, 2017

TELECONDUTAS - HEPATITE B

TeleCondutas tem por objetivo serem materiais de apoio de fácil utilização e busca rápida, passíveis de serem consultados durante o atendimento aos pacientes. Foram elaboradas pela equipe de teleconsultores do canal 0800 644 6543 do TelessaúdeRS-UFRGS.

*Médicos e enfermeiros da Atenção Primária à Saúde (postos e unidades básicas de saúde) de todo o Brasil podem utilizar o canal **0800 644 6543**, gratuitamente, de segunda a sexta-feira, das 08:00h às 17:30. Por esse canal é possível solicitar apoio sobre o diagnóstico e/ou tratamento de qualquer condição de saúde.*

Sumário

[Forma de Transmissão](#)

[Quadro Clínico](#)

[Suspeita ou diagnóstico de cirrose](#)

[Diagnóstico de Hepatite B](#)

[Avaliação sorológica da Hepatite B](#)

[Avaliação de paciente com Hepatite B aguda](#)

[Avaliação de paciente com Hepatite B crônica](#)

[Rastreamento](#)

[Vacina para Hepatite B](#)

[Encaminhamento para serviço especializado](#)

Introdução

As hepatites virais apresentam formas clínicas diversas, desde infecções assintomáticas até quadros de hepatopatia avançada, como cirrose e hepatocarcinoma. A equipe da atenção primária deve investigar pessoas com sinais e sintomas comuns da infecção, bem como assintomáticos que fazem parte de grupos de risco.

Forma de Transmissão

O vírus da Hepatite B (HBV) causa infecção aguda ou crônica. A transmissão pode ser vertical (mais associada à cronificação), por relações sexuais desprotegidas (principal forma de transmissão e mais associada às hepatites agudas) e mais raramente por transfusão de sangue, procedimentos invasivos e uso de drogas injetáveis.

Quadro Clínico

Em 70% dos casos de infecção aguda em adultos, o paciente está anictérico, assintomático ou apresenta sintomas leves. Os sintomas costumam durar de 2 a 4 semanas, podendo cursar com fadiga, inapetência, náuseas, dor ou desconforto abdominal, febre baixa, icterícia, colúria e acolia. No exame físico pode se identificar hepatomegalia e, raramente, esplenomegalia. A avaliação complementar é descrita nos tópicos seguintes.

A hepatite fulminante ocorre em menos de 1% das pessoas. Os sintomas iniciais são inespecíficos, porém devem ser encaminhados para emergência os pacientes com sinais de encefalopatia (alteração de comportamento, fala arrastada ou incoerente, confusão mental ou letargia, flapping*) ou alargamento do tempo de protrombina (INR acima de 1,5) ou bilirrubina acima de 10 mg/dL por mais de 4 semanas



* Ilustração do flapping (asterixis)

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS

A infecção aguda tem resolução espontânea em 95% dos casos. Entretanto, 5% dos adultos evoluem para a forma crônica. Quando há icterícia, o risco de cronificação é menor. Por outro lado, quando a transmissão é vertical, o bebê tem 90% de chance de evoluir para Hepatite B crônica.

Portadores de Hepatite B crônica geralmente são assintomáticos até que haja hepatopatia avançada com suspeita de cirrose ([ver quadro 1](#)); isso ressalta a importância da vacinação universal, orientações para prevenção de transmissão e do rastreamento de contatos.

Quadro 1 - Suspeita ou diagnóstico de cirrose

Manifestações clínicas	Aranhas vasculares, eritema palmar, ginecomastia, ascite, icterícia, encefalopatia (inversão do ciclo sono-vigília, confusão mental, flapping), esplenomegalia			
Laboratório	Plaquetopenia, elevação no tempo de protrombina, hipoalbuminemia			
Achados ecográficos	Fígado com bordos rombos, nodular, reduzido de tamanho ou com aumento do lobo esquerdo, ascite, esplenomegalia.			
Escore Child-Pugh para classificação da cirrose		1 ponto	2 pontos	3 pontos
	Bilirrubina sérica	< 2,0 mg/dL	2,0-3,0 mg/dL	> 3,0 mg/dL
	Albumina sérica	> 3,5 g/dL	2,8-3,5 g/dL	< 2,8 g/dL
	Ascite	Nenhuma	Leve (detectada apenas à ecografia)	Moderada a grave (detectada ao exame físico)
	Encefalopatia	Nenhum	Leve (desatenção, fala arrastada, desorientação temporal)	Moderada a grave (sonolência, discurso, incoerente, confusão, coma)
	Tempo de protrombina (acima do controle) Ou INR	< 4 segundos Ou <1,7	4-6 segundos Ou 1,7-2,3	> 6 segundos Ou >2,3
	Child A: 5-6 pontos	Child B: 7-9 pontos	Child C: 10-15 pontos	

Fonte: Adaptado de FEDLDMAN (2015); GOLDBER (2017)

Diagnóstico de Hepatite B

O teste rápido, que dosa o antígeno viral HBsAg em amostra de sangue por punção digital, é uma excelente forma de rastreamento da Hepatite B. Se a pessoa apresentar o teste rápido positivo, deve-se confirmar o diagnóstico com a dosagem laboratorial do HBsAg.

O diagnóstico de Hepatite B é confirmado através da dosagem laboratorial do HBsAg.

O anti-HBc IgM é positivo somente na hepatite aguda. Nos pacientes com Hepatite B aguda, ocorre negatização do HBsAg 4 a 6 meses após o início da infecção, com surgimento do anticorpo anti-HBs. Persistência do HBsAg por mais de 6 meses é diagnóstico de Hepatite B crônica.

Nas pessoas vacinadas, o único exame positivo é o anti-HBs.

O anti-HBc total é o exame que indica contato com o vírus e está presente tanto naqueles com infecção ativa (com HBsAg positivo) quanto nos com infecção resolvida (com HBsAg negativo). O painel de sorologias do HBV está resumido no [quadro 2](#).

Quadro 2 - Avaliação sorológica de infecção ou imunidade ao HBV

Hepatite B	HBsAg	Anti-HBc total	Anti-HBc IgM	Anti-HBs
Infecção aguda	+	+	+	-
Infecção crônica ativa	+	+	-	-
Infecção prévia resolvida	-	+	-	+
Imunidade vacinal	-	-	-	+

HBsAg: indica infecção ativa
Anti-HBs: indica imunidade a HBV
Anti-HBc total: indica contato com HBV (infecção ativa ou resolvida)

- Infecção ativa: associado a HBsAg +
- Imunidade: associado a Anti-HBs +
- Se achado isolado (HBsAg e Anti-HBs negativos): provavelmente imunidade de longo prazo com títulos de Anti-HBs abaixo do limite de detecção. Discutir caso com especialista.

Anti-HBc IgM: indica infecção aguda na maior parte das vezes.

Fonte: DYNAMED (2016), DOOLEY (2011).

Avaliação do paciente com Hepatite B aguda

O tratamento da infecção aguda é de suporte, com repouso e sintomáticos para dor e febre (evitando medicações com maior potencial hepatotóxico). Pacientes oligossintomáticos ou sem sinais de encefalopatia (alteração de comportamento, fala arrastada ou incoerente, confusão mental ou letargia, flapping) podem ser acompanhados ambulatorialmente. Sugere-se inicialmente avaliar o paciente com hemograma, plaquetas, AST (TGO), ALT (TGP), bilirrubinas e tempo de protrombina (TP).

Pacientes com sinais de encefalopatia ou com INR acima de 1,5 devem ser tratados inicialmente em serviços de emergência.

Pacientes ictericos, sem encefalopatia, podem ser acompanhados na APS. Porém, devem ser avaliados na emergência se persistir com bilirrubina total acima de 10 mg/dL por mais de 4 semanas. Quando há início da icterícia, os demais sintomas tendem a desaparecer.

Não existe uma periodicidade estabelecida para acompanhamento laboratorial de pacientes oligossintomáticos ou sem sinais de gravidade. Em pacientes com maior suspeita de gravidade, sugerimos acompanhar semanalmente com hemograma, plaquetas, AST (TGO), ALT (TGP), bilirrubinas e tempo de protrombina (TP) até observar normalização dos exames ou melhora significativa do quadro clínico. As aminotransferases voltam aos valores normais dentro de 8 a 12 semanas após o início da doença.

Avaliação complementar e tratamento da Hepatite B crônica

Para todos os pacientes com diagnóstico recente de Hepatite B (independentemente da fase ou dos sintomas), deve-se solicitar os seguintes exames: hemograma, plaquetas, AST (TGO), ALT (TGP), bilirrubinas e tempo de protrombina (TP). A ultrassonografia (ecografia) abdominal é solicitada para os pacientes com hepatite B crônica, pacientes com suspeita de cirrose (ver [quadro 1](#)) ou pacientes com sinais de gravidade (encefalopatia, INR > 1,5 ou bilirrubina total que persiste acima de 10 mg/dL por mais de 4 semanas).

HBeAg e anti-HBe não são essenciais na avaliação inicial, pois não alteram a conduta na infecção aguda. Na hepatite B crônica, ambas as sorologias são utilizadas para avaliar a fase em que o paciente se encontra e se há indicação de tratamento.

Na hepatite B crônica, recomenda-se solicitar hemograma, AST (TGO), ALT (TGP), albumina, bilirrubinas e tempo de protrombina a cada 3 a 6 meses e creatinina, sódio e potássio a cada 12 meses. A ultrassonografia (ecografia) abdominal é solicitada a cada 6 meses para rastreamento de hepatocarcinoma nos pacientes com cirrose ou história familiar dessa neoplasia.

Na avaliação do paciente com Hepatite B, devemos responder pelo menos as seguintes perguntas:

- 1) **Há sinais de hepatite ativa?** Alterações de AST ou ALT sugerem atividade viral;
- 2) **Se hepatite ativa, há sinais de gravidade?** Encefalopatia, INR > 1,5 ou bilirrubina total que persiste acima de 10 mg/dL por mais de 4 semanas, indica-se avaliação em emergência;
- 3) **Há suspeita de cirrose?** Suspeita-se de cirrose na presença de plaquetopenia, ascite, fígado reduzido de tamanho ([ver quadro 1](#)).

Pacientes com formas crônicas podem ou não necessitar tratamento, que é feito por infectologista ou gastroenterologista. Interferon, tenofovir e entecavir são os principais medicamentos. Em linhas gerais, portadores assintomáticos (com transaminases normais) não

necessitam tratamento. Pacientes com hepatite ativa ou sinais de fibrose avançada têm indicação de tratamento e, em alguns casos, o valor da carga viral orienta essa decisão; contudo não há necessidade dessa investigação inicial na atenção primária.

O tratamento com Interferon pode causar sintomas gripais (cefaleia, febre, artralgia, fadiga), anemia, leucopenia, plaquetopenia, distúrbios psiquiátricos e tireóideos. Tenofovir e entecavir são muito bem tolerados na hepatite B, sendo os efeitos adversos principais relacionados à rara elevação de creatinina e a tubulopatias. Pacientes coinfectados com HIV têm maior risco de efeitos adversos, especialmente de disfunção renal com tenofovir.

Rastreamento

Está indicado rastreamento em gestantes e pessoas em grupos de alto risco para a infecção: pessoas que vivem com portadores de HBV ou com história familiar de Hepatite B crônica (principalmente história materna), comportamento sexual de risco, elevação persistente de AST (TGO) ou ALT (TGP) e em portadores de HCV ou HIV.

Vacina para Hepatite B

A vacina da hepatite B faz parte do Calendário Nacional de Imunizações e é composta pelo antígeno recombinante de superfície (HBsAg) inativado, podendo ser aplicada com outras vacinas, independentemente de qualquer intervalo.

Quadro 1 - Suspeita ou diagnóstico de cirrose

População	Aplicação
Recém-nascidos	Uma dose ao nascer, nas primeiras 12 a 24 horas, e mais três doses aos 2, 4 e 6 meses de idade (administrada com a vacina pentavalente – difteria, tétano, <i>pertussis</i> , hepatite B e <i>Haemophilus influenzae b</i>)
Pessoas não vacinadas (independente da faixa etária) *	Administrar três doses da vacina hepatite B com intervalo de 30 dias entre a primeira e a segunda dose e de seis meses entre a primeira e terceira dose (0, 1 e 6 meses). Deve-se iniciar ou completar o esquema para as pessoas que não tiverem registro que comprove a administração de três doses.
Gestantes	Completar ou iniciar o esquema em qualquer idade gestacional, sempre que não houver registro das três doses da vacina.

Fonte: Ministério da Saúde (2016).

* Crianças com idade menor que 7 anos, com esquema vacinal incompleto para hepatite B, deve-se levar em consideração completar o esquema com a vacina pentavalente.

Ela é administrada via intramuscular, porém indivíduos com discrasias sanguíneas podem receber via subcutâneo. O volume a ser administrado é de 0,5 ml, em pessoas com idade até 19 anos, e 1 ml a partir dos 20 anos. Em grupos de risco (renais crônicos, hemofílicos, entre outros) ocorre uma menor produção de anticorpos, condição que os faz necessitar do dobro do volume da dose da vacina hepatite B, ou seja: 1 ml para crianças e adolescentes até 19 anos e 2 ml para adultos a partir dos 20 anos.

A solicitação de anti-HBs após a vacinação de hepatite B não está indicada de forma rotineira devido à alta eficácia da vacina, exceto em casos de risco, tais como: pacientes em hemodiálise, pacientes HIV positivo, profissionais que trabalham em ambiente de risco de acidentes com utensílios contaminados com o vírus da hepatite B, pessoas que tenham relações sexuais com parceiros HBsAg positivos e crianças filhas de mães HBsAg positivas.

Deve-se repetir o esquema vacinal se o resultado for menor que 10 UI/ml, caso a sorologia seja feita entre 30 a 60 dias após a última dose do esquema vacinal. Não se deve repetir o esquema vacinal se a sorologia persistir menor que 10 UI/mL após a realização do segundo esquema vacinal. Nesses casos, considera-se o paciente como não respondedor e suscetível à infecção em caso de exposição. Se ocorrer exposição ao vírus da hepatite B, indica-se a realização de imunoglobulina anti-hepatite B nas pessoas não vacinadas ou não respondedoras à vacinação.

Caso a dosagem do anti-HBs seja realizada fora do período indicado (30 a 60 dias após o término do esquema vacinal) e o resultado encontrado for abaixo de 10 UI/mL, o paciente poderá ser um não respondedor (suscetível) ou poderá estar protegido (não suscetível) e ter ocorrido uma queda do marcador. Em nenhum desses casos está indicada a revacinação.

Encaminhamento para serviço especializado

Pessoas com Hepatite B aguda não devem ser encaminhados ao especialista.

Casos de hepatite aguda que evoluem para a forma crônica (HBsAg persiste positivo após 6 meses da infecção aguda) ou casos que já foram identificados na fase crônica (HBsAg positivo e anti-HBc total positivo) devem ser encaminhados ao especialista.

Pessoas que já apresentam suspeita ou diagnóstico de cirrose devem ser encaminhadas para o gastroenterologista. Portadores de Hepatite B sem cirrose podem ser encaminhados tanto para o gastroenterologista como para o infectologista.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual dos centros de referência para imunobiológicos especiais**. 4 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de normas e procedimentos para vacinação**. Brasília, (DF): Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/dezembro/11/Manual-procedimentos-vacinacao-web.pdf>>. Acesso em: 31 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Informativa nº 149/2015/CGPNI/DEVIT/SVS/MS**, de 23 de outubro de 2015. Informa as mudanças no Calendário Nacional de Vacinação para o ano de 2016. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 10 nov. 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.533, de 18 de agosto de 2016**. Redefine o calendário nacional de vacinação, o calendário nacional de vacinação dos povos indígenas e as campanhas nacionais de vacinação, no âmbito do Programa Nacional de Imunizações (PNI), em todo o território nacional. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/8827-portaria-n-1-533-de-18-de-agosto-de-2016>>. Acesso em: 31 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para o tratamento da hepatite viral crônica B e coinfeções**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58192/arquivoweb_4_pcdt_17_05_2016_pdf_31085.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Nota informativa nº 149, de 2015/CGPNI/DEVIT/SVS/MS**. Informa as mudanças no calendário nacional de vacinação para o ano de 2016. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/legislacao/2015/58563/nota_informativa_149_pdf_23535.pdf>. Acesso em: 07 abr. 2017.

DYNAMED PLUS. Acute hepatitis B virus (HBV) infection [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO, 2016 [atualizado em 22 nov. 2016]. Disponível em: <<http://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T913216/Acute-hepatitis-B-virus-HBV-infection#Complications-and-Prognosis>>. Acesso em: 31 mar. 2017.

LOK, A. S. F. Clinical manifestations and natural history of hepatitis B virus infection. Waltham (MA): UpToDate, 2016. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-natural-history-of-hepatitis-b-virus->

[infection?source=search_result&search=acute%20hvb&selectedTitle=2~96](#)>. Acesso em: 31 mar. 2017.

FELDMAN, M. et al. **Sleisenger and Fordtran's gastrointestinal and liver disease: pathophysiology, diagnosis, management**. 10th edition. Philadelphia: Saunders;Elsevier, 2015.

GOLDBERG, E; CHOPRA, S. **Cirrhosis in adults**: Overview of complications, general management, and prognosis. Waltham (MA): UpToDate, 2017. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/cirrhosis-in-adults-overview-of-complications-general-management-and-prognosis>>. Acesso em: 07 abr. 2017.

LOK, A. S. F. Hepatitis B. In: DOOLEY, J. S et al. **Sherlock's diseases of the liver and biliary system**. 12th ed. Oxford: Wiley-Blackwell, 2011.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. **Instrução Normativa - Calendário Nacional de Vacinação - Adaptação: Núcleo de Imunizações DVE/CEVS/SES**. Porto Alegre: SESRS, 2016. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/20160413171340instrucao_normativa_calendario_nacional_de_imunizacoes_2016.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2017.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. **Memorando circular nº 005/13 – Núcleo de Imunizações/DVE/CEVS**: orientações sobre dosagem de anti-HBs. Porto Alegre, SESRS, 2013.

TELESSAÚDERS-UFRGS. TelessaúdeRS-UFRGS: Núcleo de Telessaúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul [homepage]. **Pergunta da Semana**: deve-se revacinar paciente contra hepatite b quando o resultado do anti-hbs for inferior à 10 ui/ml? [Internet]. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 2015. Disponível em: <<https://www.ufrgs.br/telessauders/perguntas/deve-se-revacinar-paciente-contr-hepatite-b-quando-o-resultado-do-anti-hbs-for-inferior-10-uiml/>>. Acesso em: 31 mar. 2017.

TELESSAÚDERS-UFRGS. **Protocolo de encaminhamento Gastroenterologia – TSRS** [Internet]. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 2016. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/Gastroenterologia.pdf>. Acesso em: 31 mar. 2017.

UPTODATE. **Child-Pugh classification of severity of cirrhosis**. Waltham (MA): UpToDate, 2017. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/image?imageKey=GAST%2F78401&topicKey=GAST%2F1263&rank=3~150&source=see_link&search=child%20pugh%20cirrhosis>. Acesso em: 07 abr. 2017.

TeleCondutas[®]



0800 644 6543

Para esclarecer dúvidas de:
MÉDICOS E ENFERMEIROS
da APS/AB de todo Brasil