
Consenso Nacional de Manejo de Hepatitis por Virus B

Grupo del Consenso

Dr. Ricardo Barahona García,	Gastroenterólogo, Hospital Calderón Guardia
Dr. Rodolfo Hidalgo Cuadra,	Gastroenterólogo, Hospital México
Dr. José Manuel Calvo Montero,	Gastroenterólogo, Hospital de Heredia
Dra. Marianella Madrigal Borloz,	Gastroenteróloga, Hospital México
Dr. José A. Ramírez Corrales,	Patólogo, Hospital Calderón Guardia
Dr. Fernando Brenes Pino,	Patólogo, Hospital México
Dr. Rolando Páez Sáenz,	Gastroenterólogo, Hospital Calderón Guardia
Dra. María San Román Johanning,	Microbióloga, Hospital San Juan de Dios
Dr. César Quirós Santana,	Residente de Gastroenterología, Universidad de Costa Rica
Dra. María Paz León Bratti,	Inmunóloga, Hospital México
Dr. José Pablo Garbanzo Corrales,	Cirujano de Trasplante Centro Nacional de Trasplante Hepático
Dr. Gerardo Avendaño Alvarado,	Gastroenterólogo, Hospital Calderón Guardia
Dr. Olger Rodríguez Jenkins,	Gastroenterólogo, Hospital México
Dr. Javier Cabas Sánchez,	Gastroenterólogo, Hospital Clínica Católica
Dr. Pablo Navarro Castillo,	Gastroenterólogo, Hospital de Alajuela
Dr. Alejandro Cañas Coto,	Residente de Gastroenterología, Universidad de Costa Rica
Dr. José Pablo Cortés Navarrete,	Gastroenterólogo Centro de Detección de Cáncer Gástrico
Dr. Luis Daniel Quesada Mora,	Gastroenterólogo, Hospital México
Dr. William Piedra Carvajal,	Gastroenterólogo, Hospital México
Dr. León De Mezerville Cantillo,	Gastroenterólogo, Hospital San Juan de Dios
Dr. Francisco Hevia Urrutia,	Gastroenterólogo, Hospital San Juan de Dios
Dr. Federico Salom Macaya,	Gastroenterólogo, Hospital México
Dr. William Pérez Martínez,	Gastroenterólogo, Torre Omega- Hospital Clínica Bíblica
Dra. Giselle Vindas Murillo,	Gastroenterólogo, Hospital San Juan de Dios
Dra. Flor Guillén Mora,	Gastroenteróloga, Clínica San Agustín
Dr. Hernando González Quirós,	Gastroenterólogo, Hospital San Juan de Dios
Dra. Elizabeth Rojas Cordero,	Microbióloga, Hospital San Juan de Dios
Dr. Cesar Borja Ledón,	Gastroenterólogo, Hospital de Cartago
Dra. Marcela Porras Alfaro.	Gastroenteróloga, Hospital Clínica Bíblica
Dr. Jorge Patiño Masís	Patólogo, Hospital Clínica Bíblica
Dra. Zaida García Solano	Microbióloga, Caja Costarricense de Seguro Social
Dr. Allan Quesada Olivares	Gastroenterólogo, Hospital San Carlos
Dra. Sandra Chaves Monge	Hospital San Juan de Dios
Dr. Henry Zamora Barquero	Gastroenterólogo, Hospital México
Dra. María Amalia Matamoros Ramírez	Cirugía Trasplante, Hospital Nacional de Niños “Dr. Carlos Sáenz Herrera
Dr. Álvaro Adolfo Herrera Muñoz	Nefrólogo, Hospital San Juan de Dios

Consenso

Dentro de los propósitos de la Asociación de Especialistas de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva de Costa Rica, se encuentra el fomentar la educación y proyección de la especialidad a la comunidad médica en general. Como se expuso previamente, con este propósito, es que se decide realizar el primer consenso para el manejo de hepatitis B, a nivel nacional.

Habiendo finalizado la primera etapa de revisión exhaustiva de la literatura y el análisis conjunto de la misma en una primera reunión, se procede a planear la actividad científica de Consenso. Para la misma se redacta una cantidad considerable de postulados, que se discutirían en la sesión y que comprenden la mayoría de tópicos necesarios para comprender la enfermedad y su manejo.

El día 15 de marzo de 2007, en reunión solemne de la Asociación, se cita a gastroenterólogos, hepatólogos, y colegas de especialidades relacionadas, así como a otros profesionales de disciplinas afines, lográndose una participación muy importante y se constituye con los asistentes “El Grupo de Consenso”. Se discute ampliamente los lineamientos propuestos y posteriormente se vota cada una de las recomendaciones. Este ejercicio resulta sin lugar a dudas sumamente enriquecedor, pues las recomendaciones emanadas de la literatura combinadas con las opiniones de los expertos, fundamentadas en su conocimiento y experiencia, generan una serie de lineamientos ajustados a nuestra realidad, que se presentan a continuación. La sesión fue filmada en su totalidad para cotejar los datos a posteriori. Aunado a este proceso, una feliz circunstancia nos proporciona la posibilidad de una discusión científica con un experto de gran trayectoria dentro del campo de la Hepatología. Durante el congreso de la AWIG (Association of West Indian Gastroenterologists), que se realizó en nuestro país en el mes de junio de 2007, se contó con la participación entre otros expertos del Dr Emmet Keeffe, connotado hepatólogo de renombre internacional, quien amablemente aceptó discutir con los gastroenterólogos nacionales el tópico de hepatitis B y aclararnos algunas dudas, que se le plantearon directamente en una sesión titulada “Hacia una Declaración Nacional de Consenso sobre la Hepatitis B en Costa Rica-Una discusión del Panel”. Con esta importante colaboración se completó el bosquejo del proyecto de consenso.

La importancia de presentarles este documento, radica en que se expone en él, en forma simple y sintética los argumentos básicos para poder entender la enfermedad y contar con normas que guíen el juicio clínico de los médicos tratantes, ajustándose a la realidad de nuestro medio. Además se sugiere algunas medidas que pueden repercutir en las políticas de salud pública, con el consecuente impacto en los índices de salud del país.

Las recomendaciones que se exponen a continuación son, por lo tanto, el compendio de información simplificada y procesada, que esperamos les sea de gran utilidad, en la práctica del acto médico cotidiano, mezcla de ciencia y arte.

Dr. Ricardo Barahona García
Dr. Francisco Hevia Urrutia
Dra. Marianella Madrigal Borloz
Coordinadores

Concenso de manejo de HBV

Recomendaciones finales

Epidemiología: vías de transmisión

Las vías de transmisión del virus de hepatitis B varían en los diferentes países, considerándose la vía vertical (madre a hijo) la más importante en los orientales, en cambio el uso de drogas IV y comportamiento homosexual en países europeos y Estados Unidos. En Costa Rica, la vía de transmisión más importante del virus de hepatitis B no se conoce por falta de estudios.

Existen las siguientes vías de transmisión del virus B: sexual, sanguínea, contactos y vertical. Se debe recomendar tamizaje a grupos de riesgo desde temprana edad.

Es muy importante conocer los grupos potenciales de riesgo, para combatir y prevenir al virus de hepatitis B, los cuales son los siguientes, según CDC:

Cuadro 1. Adultos con riesgo de infección por hepatitis B

- a. Compañeros sexuales de personas con antígeno de superficie positivo
- b. Personas sexualmente activas que no tienen una relación monógama de largo plazo (más de un compañero sexual durante los últimos 6 meses)
- c. Personas buscando evaluación o tratamiento por enfermedad de transmisión sexual
- d. Hombres que tengan sexo con hombres
- e. Adictos a drogas inyectables recientes o actuales
- f. Contactos intradomiciliarios de personas HBs-Ag positivo
- g. Personal y paciente de instituciones para la atención de pacientes con discapacidades
- h. Trabajadores del área de la salud o relacionados con riesgo de exposición a sangre o a líquidos corporales contaminados con sangre
- i. Persona con enfermedad renal terminal incluyendo prediálisis, hemodiálisis, diálisis peritoneal y dializados a domicilio
- j. Receptores de transfusiones frecuentes
- k. Viajeros internacionales a regiones con niveles altos o intermedios de infección endémica por virus B (prevalencia de antígeno de superficie igual o mayor de 2%)
- l. Persona con enfermedad hepática
- m. Persona con infección por HIV positivo
- n. Privados de libertad
- o. Toda persona que busque protección de infección por virus B
- p. Hijos de madres portadoras del virus
- q. Hepatopatía crónica

Recomendación 1:

Se debe hacer Serología por Virus B a las siguientes personas o grupos: orientales; homosexuales; drogadictos I.V.; contactos sexuales e intradomiciliarios de HBsAg + crónicos; receptores de transfusiones frecuentes; HIV y enfermedades renales crónicas; trabajadores de la salud en contacto con pacientes; pacientes con enfermedades hepáticas crónicas.

Diagnóstico

La carga viral ha adquirido gran importancia para el manejo de los portadores crónicos por virus B. Si un paciente es portador crónico de virus B, se le debe realizar, al menos, una determinación de carga viral, siempre que sea posible. La realización de una biopsia hepática es importante, para definir un tratamiento en algunas situaciones clínicas.

La evaluación completa de estos pacientes requiere:

1. Determinación de transaminasas
2. Ultrasonido de hígado
3. Serología completa: HBsAg, AntiHBsAg, HBeAg, AntiHBeAg, Anticore Ig M, Anticore Total. Serología por virus C, HIV
4. Carga Viral (si es posible)
5. Alfa feto proteína

Recomendación 2:

- a. Realizar carga virales a todo paciente con hepatitis viral crónica por virus B.

Recomendación 3:

Realizar biopsia hepática en situaciones especiales:

A. Pacientes HBsAg e (positivo), se les realizará biopsia si:

- a1. Carga viral mayor de 10^5 copias/ml y ALT normales
- a2. Opcional si carga virales menor de 10^5 copias/ml y ALT normales
- a3. La biopsia hepática no es necesaria si la carga viral es mayor de 10^5 copias/ml y la ALT está elevada.

B. Para los Pacientes Antígeno e (negativo):

- b1 La biopsia hepática es opcional si la carga viral es $<10^4$ y ALT normales
 - b2 La biopsia hepática se debe hacer siempre si la carga viral es $>10^4$ y ALT nls
 - b3 No es necesaria para dar tratamiento, si ALT están elevadas y carga viral $>10^4$
- Requiere colocar unidades /ml

Clasificación histológica

La clasificación histológica recomendada en el ámbito nacional para ser reportada por todos los patólogos es la de Scheuer, modificada para hepatitis crónica, que es la siguiente:

1 Grado

A. Inflamación Portal y hepatitis interfase

- 0. Ausente o mínima
- 1. Solamente inflamación portal
- 2. Leve o hepatitis interfase localizada
- 3. Moderada o hepatitis interfase más extensa
- 4. Severa y hepatitis interfase esparcida

B. Actividad Lobular

- 0. Ninguna
- 1. Células inflamatorias pero sin daño hepatocelular
- 2. Necrosis focal o apoptosis
- 3. Severo daño hepatocelular
- 4. Necrosis en puente confluyente

2. Estadio

- 0. No fibrosis
- 1. Fibrosis confinada a los tractos portales
- 2. Septos periportales o portal-portal con relaciones vasculares intactas
- 3. Fibrosis con estructuras distorsionadas pero sin cirrosis obvia
- 4. Cirrosis probable o definitiva

Recomendación 4:

Estandarizar el reporte de las biopsias hepáticas, en los servicios de patología, con la clasificación de Scheuer.

Prevención

El control prenatal es básico para evitar la transmisión de madre a niño (vertical) del virus de hepatitis B. Se debe realizar el antígeno de superficie (HBsAg) durante la primera consulta prenatal y al momento del parto.

La prevención es el manejo más importante en las enfermedades virales crónicas, y se debe educar en forma adecuada, tanto a los portadores del virus como a la población en general con respecto a esta patología.

Se recomienda siempre usar preservativo en pacientes con virus B, excepto que el compañero o compañera tenga niveles de anti HBs mayores de 10 $\mu\text{U/L}$ por vacunación previa.

Recomendación 5:

- a. Se debe hacer antígeno de superficie (HbsAg) a toda embarazada al inicio del embarazo y al momento del parto.
- b. Se recomienda hacer guías de prevención contra el virus de hepatitis B por parte del Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social para los portadores de virus B y para la población universal.
- c. Los pacientes portadores de virus B deben usar siempre preservativo, excepto que su compañero sexual esté vacunado y tenga anticuerpos contra el virus de hepatitis B (anti- HBs) mayor de 10 UI/ml.

Vacunación e inmuno-profilaxis

El uso de inmunoglobulinas y la vacunación son efectivos para prevenir la infección por hepatitis B.

Se considera protección en pacientes vacunados si Anti HBs (HBS Ac) $>$ a 10 mUI/ml.

Recomendación 6:

- A. Se recomienda vacunar a:
- a. Todos los recién nacidos y niños no vacunados entre los 12 y 14 años.
 - b. Personas discapacitadas y drogadictos (as) intravenosos.
 - c. Pacientes en hemodiálisis o tratamiento con hemoderivados.
 - d. Contacto sexual de paciente con hepatitis B
 - e. Personas con más de un compañero sexual en 6 meses, hombres que tienen sexo con hombres.

- f. Viajeros a países endémicos (alta o mediana prevalencia)
- g. Privados de libertad.
- h. Pacientes en programa de trasplante de órganos.
- i. Pacientes que solicitan evaluación o tratamiento de enfermedades de transmisión sexual
- j. Pacientes con infección por HIV
- k. Hepatopatía crónica
- l. Personas con riesgo ocupacional: trabajadores de la salud, trabajadores públicos expuestos a sangre o a otros fluidos corporales potencialmente infecciosos, trabajadores de instituciones que atienden pacientes con discapacidad
- m. Contactos domiciliarios con pacientes con hepatitis B
- n. Hombres que tienen sexo con hombres
- o. Cualquier paciente que solicite la vacunación

B. Las vacunas e inmunización pasiva se aplican de la siguiente manera :

Dosis adultos: 20 ug a los 0-1 y 6 meses. En pacientes en hemodiálisis e inmunosuprimidos doble dosis. (La dosis puede variar de acuerdo con el fabricante).

Se considera protección en pacientes vacunados si anti HBsAg (HBsAc ó AUSAB) a 10 mUI/ml.

C. Se utiliza inmunización pasiva gamma globulina hiperinmune (HB Ig) en:

- c1. Niños recién nacidos de madres con hepatitis B: 0.5 ml en primeras 12 horas de nacido.
- c2. Exposición por pinchazo o contacto sexual: 0.04 a 0.07 ml/ Kg de peso no más de 7 días posterior, y hacer vacunación.

Embarazo y transmisión perinatal

Las madres portadoras de virus B pueden transmitir la infección a sus hijos recién nacidos.

Recomendación 7:

El manejo durante el embarazo es el siguiente:

- a) Madre HBsAg (+), HBe (+) o (-) y carga viral >105: Tratar con lamivudina después de 28 semanas de gestación.

- b) En caso de no contar con carga viral, si la madre es HBe Ag (+), iniciar lamivudina a las 28 semanas de gestación.
- c) Aplicar vacuna al recién nacido 0-1-2 y 6 m (1° dosis primeras 12 horas) y HB Ig 0.5 cc I.M. en primeras 12 horas, o primeros 7 días repitiendo a los 2 meses. Hacer serología: 9-15 meses
- d) Madre HBsAg (+), Hbe (+ / -) y carga viral <105: Aplicar el esquema sólo al niño.
- e) Madre con serología desconocida: Aplicar sólo vacuna y hacer serología a la madre lo antes posible.
- f) Recién nacido de pretérmino: vacunar cuando su peso sea >2 Kg.
- g) El embarazo o la lactancia no son contraindicación para vacunación
- h) No se debe prohibir la lactancia materna a las portadoras crónicas o enfermas de virus B
- i) En portadoras o enfermas de virus B embarazadas, la vía del parto (vaginal, cesárea) no es relevante.
- j) K. Toda embarazada debe realizarse una prueba de HBs Ag en la primera consulta del control prenatal y en el parto si hay factores de riesgo o no se realizó previamente.

Accidente laboral con HBV

Se define como pinchazo, corte o contacto de piel no intacta o mucosas con fluidos corporales de paciente con HVB. El riesgo de infección es de 37 a 62% si la fuente es HBe (+) y de 23 a 37% si la fuente es HBe (-).

Recomendación 8:

- a) Se debe vacunar a todo trabajador de salud en riesgo de contacto con esquema de vacunación usual.
- b) Se debe confirmar desarrollo de inmunidad en los vacunados 2 meses después de la última dosis.
- c) En todo Hospital Central y Regional deben existir programas de prevención de exposición, protocolos de atención de accidentes y clínica de seguimiento, disponibilidad de HB Ig (Gamma globulina hiper-inmune para virus B) y vacunas. Todo lo anterior debe ser gestionado mediante el programa de salud ocupacional.
- d) La dosis de HB Ig es de 0.06 ml / Kg de peso, aplicado intramuscular en las primeras 24 horas, y el estudio serológico debe hacerse a los 45 días, 3, 6 y 12 meses post exposición.

El tratamiento se realiza de acuerdo con el siguiente esquema:

Situación del individuo expuesto	Fuente HBs Ag +	Fuente HBs Ag -	Fuente desconocida
Vacunado HbsAc > 10 U/ml	No recibe tratamiento	No recibe tratamiento	No recibe tratamiento
Vacunado HbsAc < 10 U/ml	Recibe HB Ig e inicia vacunación o doble dosis de HB Ig	No recibe tratamiento	Grupo de alto riesgo: Tratar como si fuera HBs Ag +
No vacunado o no sabe	Recibe HB Ig e inicia vacunación	Inicia vacunación	Grupo de alto riesgo: Recibe HB Ig e inicia vacunación

Transmisión de trabajadores a pacientes

Los trabajadores de la salud pueden transmitir enfermedades infecciosas a sus pacientes durante procedimientos propensos a exposición.

Recomendación 9:

- Según la literatura, los trabajadores de la salud con infección por virus B y HBeAg (+) o carga viral > a 10⁵ cop/ml deberían evitar realizar dichos procedimientos y recibir tratamiento, pero en este punto no hubo consenso.
- Los trabajadores de la salud deben ser tamizados para detectar infección y ser vacunados tempranamente en su formación.

Tratamiento

Hay dos tipos de tratamiento:

- Tratamiento de plazo fijo (interferón pegilado): trabaja sobre el virus y el área inmunológica del huésped, y su meta es la posibilidad de curación (aunque por el momento se reportan tasas bajas);
- Tratamiento de tiempo indeterminado (análogos de nucleós(t)idos), el cual trabaja sobre la replicación viral, tiene como meta la seroconversión a Ac e, VO.

Los análogos de nucleós(t)idos se clasifican en 3 grupos de acuerdo con su estructura química: a) L nucleósidos: lamivudina, emtricitabina, telvivudina y clevidina; b) fosfonatos acíclicos: adefovir, tenofovir y pradefavir; c) anillo pentano/ciclopentano: entecavir, carbovir, abacavir.

La similitud en estructura correlaciona con similitud en patrón de resistencia y tipos de mutaciones que inducen.

Recomendación 10:

- De acuerdo con las características de los pacientes, se considera tratamientos de primera elección cualquiera de los siguientes: interferón pegilado, lamivudina, telvivudina, entecavir o adefovir.
- Hay factores que influyen, favorablemente, la respuesta al tratamiento con Interferón pegilado: niveles bajos de HBV DNA, niveles altos de ALT, niveles bajos de Hbe y genotipos AyB.
En los pacientes portadores de enfermedad crónica Age+, Age-, sin cirrosis, con niveles de ALT mayores de 2x valor superior normal, sin contraindicaciones para el tratamiento, se debe considerar el tratamiento con Interferón Pegilado.
- El Interferón Pegilado se utilizará como monoterapia por un lapso de 48 semanas tanto en antígeno e positivo como negativo.
- Se debe considerar el tratamiento para pacientes Age+, Age-, con enfermedad hepática crónica compensada, con niveles de ALT por arriba de 2 veces el valor basal o con carga viral mayor de 10⁴ copias (2 mil UI/mL) si es e negativo o mayor de 10⁵ copias (20mil UI/mL) si es e positivo.
- Previo a la utilización de lamivudina a todos los pacientes debe hacerse tamizaje por HIV.
- Al documentarse resistencia a lamivudina, se debe agregar un agente de otro grupo para evitar resistencia cruzada.
- Es indispensable contar con "agentes de rescate", al iniciar tratamiento con lamivudina.
- Los pacientes en tratamiento antiviral deben tener monitoreo de PFH y PFR cada 3 meses.
- El seguimiento de los pacientes en tratamiento, será determinado por el medicamento utilizado.
- Si el paciente tiene contraindicaciones para interferón pegilado, la primera elección será tratamiento con cualquiera de los siguientes análogos de nucleós(t)idos: adefovir, lamivudina, telvivudina o entecavir.

Monitoreo de pacientes en tratamiento con medicamentos orales análogos de nucleot(s)idos

Las guías de manejo usualmente nos dan pautas para decidir a que pacientes tratar y con cuales medicamentos,

pero no contemplan los lineamientos de seguimiento que se deben realizar. Este adendum pretende establecer algunas definiciones y pautas al respecto.

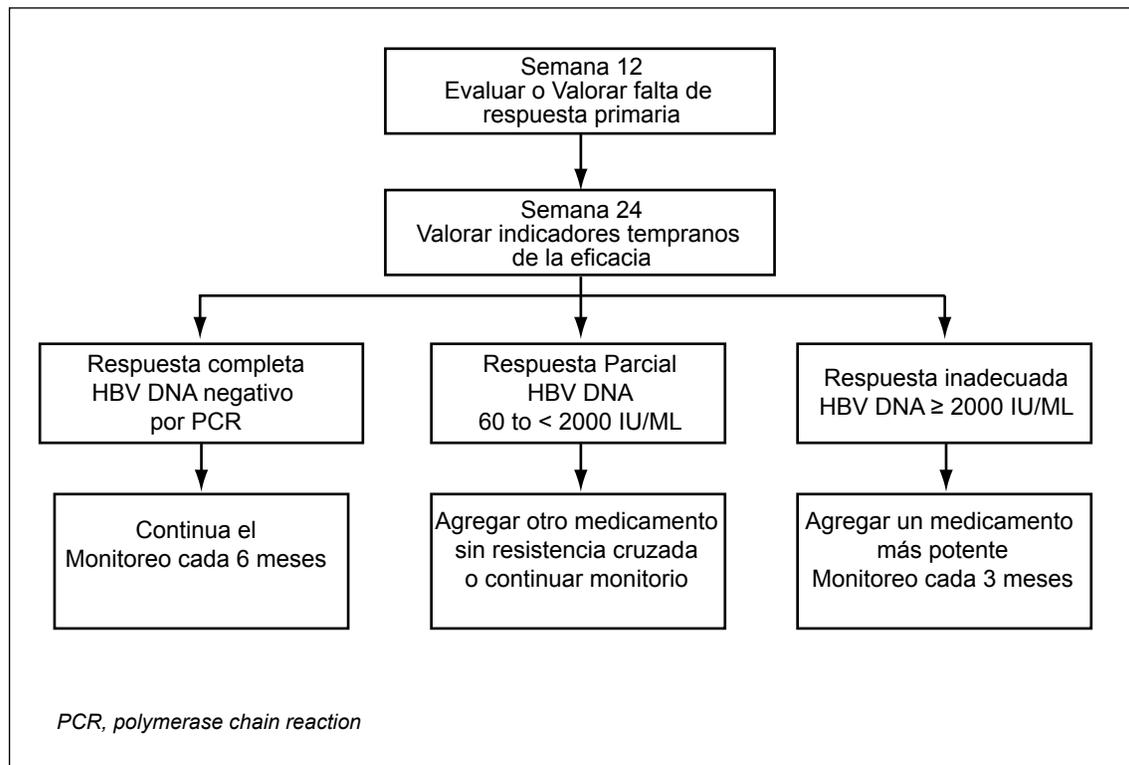


Figura 1.

Tomado de : Road Map for On-Treatment Management of Chronic Hepatitis B

Emmet B. Keeffe, MD, MACP
Professor of Medicine Emeritus
Stanford University School of Medicine
Stanford, California

Clinical Care Options - Hepatitis

Nuevos tratamientos

Recomendación 11:

- Los tratamientos con emtricitabina, clevudina, valtorcitabine, amdoxovir, lobucavir, pradefovir y heteroarilhidropiridinas, son medicamentos que requieren más investigación para establecer su rol dentro del manejo de esta patología.

Documentación de Resistencia

Recomendación 12:

- En un paciente en tratamiento, se documentará resistencia, con determinación cada 6 meses de carga viral (CV).
- En caso de no contar con determinaciones periódicas de CV, la resistencia se definirá por evaluación de cuadro clínico y Transaminasas

Reinfección, recaídas y no respondedores

No respondedores: pacientes que han sido tratados con interferones o análogos de nucleót(s)idos, sin respuesta en la supresión de carga viral o que no logren seroconversión de Ag e a anticuerpo e.

Recaídas post tratamiento: pacientes con supresión de la replicación viral mientras están con tratamiento con Interferón, que recaen en el seguimiento del DNA HBV, a la semana 12/24. Pueden tener negativo el antígeno e y luego aparecer positivo.

Reinfección: pacientes con trasplante de hígado por enfermedad terminal por virus B, que vuelven a tener cargas virales positivas post trasplante.

Recomendación 13:

- a. Para determinar el tratamiento adecuado de los no respondedores se requiere más investigaciones clínicas.
- b. A los pacientes con recaída post tratamiento con interferón pegilado, se les puede iniciar tratamiento con inhibidores de nucleós(t)idos.

Casos y situaciones especiales:

A. Portadores inactivos sometidos a inmunosupresión

Del 20 al 50% de los portadores inactivos del virus B activan enfermedad cuando reciben inmunosupresión o quimioterapia. Lamivudina o adefovir reducen la reactivación y complicaciones.

Recomendación 14:

- a) Se debe tamizar para virus B a los pacientes que serán sometidos a inmunosupresión o quimioterapia
- b) En pacientes con tiempo de tratamiento indefinido se debe monitorear carga viral y ALT, y dar tratamiento si aumentan
- c) En pacientes con tiempo de tratamiento definido se debe iniciar junto con lamivudina o adefovir y suspender 6 meses después de terminada la inmunosupresión.

B. Alcohol y virus B

Los alcohólicos tienen mayor incidencia de infección por virus B y mayor riesgo de hepatocarcinoma. El alcohol aumenta la necrosis e inflamación hepáticas y acelera el desarrollo de enfermedad crónica. También el alcohol puede provocar exacerbaciones agudas de hepatitis B crónica.

Recomendación 15:

- a- Se debe vacunar contra el virus B a todos los alcohólicos
- b- Todo paciente con virus B debe abstenerse de consumir alcohol.

C. Coinfección HBV y HIV

La coinfección con virus B y HIV afecta la evolución, pronóstico y tratamiento de ambas enfermedades. En coinfectados la inmunosupresión hace que las transaminasas estén normales o bajas en enfermedad activa. La infección con virus B aumenta la hepatotoxicidad de los antirretrovirales.

Recomendación 16:

- a- Los pacientes con HVB deben ser tamizados para HIV y viceversa.
- b- Los pacientes con HIV deben ser vacunados según el siguiente esquema:

-CD-4	>350	Esquema normal (20 ug, 0,1 y 6 meses)
-CD-4	< 350	No vacunar hasta inicio de tratamiento antirretroviral.

- c- En pacientes coinfectados con HBV y HIV la decisión de tratamiento y la escogencia de los fármacos se realiza de la siguiente manera:
 - 1) Si el paciente no necesita terapia anti retroviral, ni tiene indicación para tratamiento de la hepatitis B se debe monitorear al paciente con transaminasas cada 3 meses carga viral HVB cada 6 meses y discutir conveniencia de biopsia hepática
 - 2) Si el paciente necesita terapia anti retroviral y también tratamiento para virus B: incluir lamivudina (o emtricitabina) más tenofovir (o adefovir) o considerar uso de interferón.
 - 3) Si el paciente no necesita terapia antiretroviral pero sí necesita tratamiento para virus B usar interferón si es HBe + o adefovir si es HBe -, o como alternativa considerar la terapia antiretroviral más temprano.

D. Coinfección virus B y C

Es controversial si la coinfección con virus B y C aumenta la progresión a cirrosis y el riesgo de hepatocarcinoma. La presencia de ambos virus frecuentemente, hace que uno inhiba la replicación viral del otro o haya una inhibición mutua.

Recomendación 17:

En la bibliografía se recomienda establecer cuál es el virus dominante mediante carga viral y tratar de acuerdo con lo establecido para ese virus, pero en este punto no se logró consenso.

E. Transplante hepático y virus B

Pacientes con enfermedad hepática avanzada por virus B pueden beneficiarse con un trasplante.

Recomendación 18:

- a. Las indicaciones para trasplante son:
 - a1) Expectativa de vida < a 2 años.
 - a2) Historia de peritonitis bacteriana espontánea recurrente
 - a3) Encefalopatía crónica / recurrente.
 - a4) Ascitis refractaria
 - a5) Sangrados digestivos recurrentes a pesar de tratamiento endoscópico de várices
- b. El tratamiento pre trasplante es el siguiente:
 - b1) Paciente HBs Ag (+) y carga viral <105: no dar tratamiento.
 - b2) Paciente HBs Ag (+) y carga viral >105: tratar con Lamivudina o Adefovir por 4 semanas o más previo a trasplante.
- c. El tratamiento con gamma globulina hiperinmune (HB Ig) post trasplante es:
 - c1) Fase anhepática: 10.000 U I.V.
 - c2) 1º semana posterior a trasplante: 10.000 U I.V. c /día x 6 d.
 - c3) DNA (-): medir niveles de anti HBsAc c/ semana, si es < de 100-150 UI/L aplicar otra dosis
 - c4) DNA (+): medir niveles de anti HBsAc c/ semana, si es < de 500 UI/L aplicar otra dosis y continuar Lamivudina o Adefovir.

F. Insuficiencia renal y H.V.B.

La infección por virus B produce daño renal glomerular por depósitos de antígenos (G.N membranosa y membrano-proliferativa) o daño vascular (poliarteritis nodosa) La infección por virus B contraindica el uso de inmunosupresores y complica el tratamiento de enfermedades renales.

Recomendación 19:

- a) Pacientes con IRC con HBs Ag (-) deben vacunarse, preferible doble dosis y refuerzos.
- b) Pacientes en diálisis hacer serología para HBV dos veces/año
- c) Vacunar al personal de salud de hemodiálisis

- d) Separar equipos usados en pacientes infectados.
- e) Controlar a los vacunados con niveles de anti HBs Ac
- f) El tratamiento es similar a cualquier paciente con hepatitis B crónica, excepto que no se debe usar adefovir por su toxicidad renal
- g) En vasculitis se puede usar ciclos cortos de esteroides y plasmaferesis si es severa.

G. Hemofilia y HBV

Los pacientes hemofílicos tienen mayor riesgo de hepatitis B transmitida por hemoderivados.

Recomendación 20:

- a) Todos los pacientes con desórdenes de sangrados, deberán ser vacunados contra Hepatitis A y B. Preferir vacunas S.C
- b) Los pacientes tratados con concentrados que no están inactivados para virus (previo a 1992) deberán realizarse estudios de Hepatitis A y B, antes de la inmunización
- c) Los pacientes que no responden a la vacuna de Hepatitis B, deberán recibir un esquema con doble dosis.
- d) Los respondedores deben ser revacunados cada 5 años.

Tamizaje por HCC y seguimiento en portadores

La incidencia anual de HCC en pacientes portadores del virus B de hepatitis es de 1-6%, lo que justifica el intentar realizar la detección temprana de esta patología en estos.

Recomendación 21:

- a) Los métodos de elección de tamizaje para detección temprana de HCC, en pacientes con Virus B, actualmente son la determinación de AFP y el US hígado, cada 6 meses.
- b) Hay grupos de mayor riesgo, en los cuales la vigilancia debe ser mayor: Hombres mayores de 45 años, portadores de HbsAg con cirrosis o una historia familiar de HCC. Estos deben de evaluarse cada 3 meses durante 2 años, luego si son normales, cada 6 meses.
- c) Los pacientes que han sido portadores del virus, aun si son portadores asintomáticos o ya hayan aclarado el virus, deben de monitorizarse al menos, una vez al año.

Pacientes con cirrosis

Debe darse tratamiento antiviral a los pacientes portadores de cirrosis descompensada, para prevenir la progresión hacia enfermedad hepática terminal. En caso de que sean candidatos a trasplante para estabilizar a los pacientes antes de la cirugía, retrasar la necesidad del mismo.

Recomendación 22:

- a) El tratamiento con interferón, está contraindicado en los pacientes con cirrosis descompensada.
- b) El tratamiento con lamivudina en pacientes con cirrosis descompensada es seguro y está indicado.
- c) Adefovir es un tratamiento factible para los pacientes con cirrosis descompensada y la dosis recomendada es de 10 mg/d.
- d) En los pacientes con cirrosis descompensada si se documenta resistencia a la lamivudina, se debe cambiar el tratamiento a adefovir, si no tiene insuficiencia renal.