



Registro Brasileiro para Eliminação da Hepatite C nas Unidades de Diálise

Transmissão de hepatite C: estratégias para prevenção de soroconversão e controle do surto em ambiente de hemodiálise

Autores:

Patrícia Ferreira Abreu – SONESP; UNIFESP

Alexandre Minetto Brabo - SONESP

Maria Lúcia Gomes Ferraz – IBRAFIG; SBH; UNIFESP

Presidente: Osvaldo Merege Vieira Neto
Vice Presidente Nacional: Daniel Costa Chalabi Calazans
Secretária Geral: Andrea Pio de Abreu
Primeiro Secretário: Alan Fernandes Laurindo
Tesoureiro: David José de Barros Machado
Diretor Científico: José Hermogenes Rocco Suassuna
Diretor de Políticas Associativas: Ciro Bruno Silveira Costa
Vice Presidente Norte: Tatiara Bueno Parreira
Vice Presidente Nordeste: Jose Andrade Moura Neto
Vice Presidente Sudeste: Álvaro Pacheco e Silva Filho
Vice Presidente Sul: Denise Rodrigues Simão
Presidente da SONESP: Lucio Roberto Requião Moura

Prefácio:

Apesar da redução na prevalência da hepatite C na população em terapia renal substitutiva no país, ainda há risco de transmissão em pacientes em tratamento em unidades de diálise. A iniciativa da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN), em parceria com a Sociedade Brasileira de Hepatologia (SBH) e com o Instituto Brasileiro do Fígado (IBRAFIG), na elaboração de um projeto para a eliminação da hepatite C nas unidades de diálise deu início a medidas robustas de controle desse risco. A Sociedade de Nefrologia do Estado de São Paulo (SONESP), através de seus representantes no projeto, em colaboração com a SBN, apresentou recomendações para prevenção de soroconversão e controle do surto no ambiente das unidades de diálise, divulgadas neste documento. As informações geradas a partir do Registro Brasileiro para Eliminação de Hepatite C nas Unidades de Diálise, o tratamento dos casos prevalentes e



incidentes com medicações efetivas e seguras, e o controle de eventuais surtos são ações que se complementam para a eliminação do vírus da hepatite C em pacientes em diálise no nosso país.

Introdução:

A prevalência de anticorpos contra o vírus da hepatite C (anti-HCV) em unidades de hemodiálise no Brasil vem diminuindo ao longo dos anos, tendo passado de 19.3% em 2000 para 2,8% em 2020, que representa cerca de 4.053 pacientes. Entretanto, é quatro vezes maior do que a prevalência na população geral brasileira (0,7%). Dados do *Center of Disease Control* (CDC) revelam ainda que mais da metade dos surtos de hepatite C de 2008 a 2015 ocorreu em ambiente de hemodiálise. Vários fatores estão envolvidos na correlação direta entre a presença de hepatite C e os cuidados com o paciente dialítico pela equipe de saúde, tais como: baixa aderência ou violação às medidas de precaução universais, não detecção precoce de casos suspeitos e o não encaminhamento para o tratamento. De acordo com vários estudos com análise filogenética, o maior risco de adquirir HCV ocorre nos pacientes que dialisam próximos ao paciente infectado, e não na mesma máquina, ressaltando a importância dos cuidados de higiene entre as trocas de turno.

Quando pacientes em hemodiálise com hepatite C são comparados com aqueles anti-HCV negativos, observa-se pior qualidade de vida, maior risco de hospitalização, óbito e chance de evolução para cirrose e carcinoma hepatocelular. O desafio é ainda maior pela dificuldade no diagnóstico precoce de infecção pelo vírus nessa população, pois a maioria dos casos tem apresentação assintomática durante a infecção aguda, os testes diagnósticos apresentam menor sensibilidade e muitos deles evoluem com viremia intermitente. Soma-se ao fato que ainda não há vacinas disponíveis contra o vírus da hepatite C e também não existe profilaxia após exposição. Entretanto, atualmente, a hepatite C pode ser eliminada nas clínicas de hemodiálise. Faz-se necessário prevenir a soroconversão, minimizar e controlar os surtos e tratar precocemente os casos diagnosticados.

Por que eliminar?

1. Esta medida traria aos pacientes em hemodiálise não infectados maior chance de não contaminação pelo HCV em ambiente dialítico;

-
2. Esta medida traria aos pacientes em hemodiálise já tratados para hepatite C anteriormente uma maior chance de não reinfecção pelo HCV;
 3. Esta medida traria aos profissionais da área da saúde menor risco de auto contaminação e de transmissão da doença de um paciente contaminado para aqueles susceptíveis.

Como eliminar?

1. Tratar os casos de infecção ativa: as novas terapias livres de interferon, isentas de eventos adversos, e pangentópicas (eficazes contra os 6 genótipos do vírus) vêm alcançando uma resposta virológica sustentada acima de 90%;
2. Prevenção de soroconversão e controle dos surtos: de acordo com dados norte-americanos, mais da metade dos surtos de hepatite C entre 2008 e 2015 ocorreu em ambientes de hemodiálise;
3. Pacientes soropositivos que tiveram resultado de HCV-RNA indetectável ou negativo deverão passar a ser atendidos junto aos pacientes soronegativos, posto que eles correm o risco de reinfecção ou novo contágio ao serem atendidos junto aos pacientes com HCV-RNA detectado ou desconhecido (se o conceito adotado na unidade de diálise é o de atender os pacientes anti-HCV positivos em sala separada).

Como diagnosticar?

1. Anti HCV: ensaios imunoenzimáticos de 3ª geração apresentam especificidade ao redor de 99% e janela imunológica entre 5 e 10 semanas após exposição. Teste positivo pode significar infecção ativa ou infecção resolvida, por isso é necessária a realização do HCV-RNA em todos os casos. Falso negativo pode ocorrer em indivíduos dialíticos por diminuição da produção de anticorpos contra antígenos de superfície do HCV. Falso positivo: muito improvável. Frequência do exame: na admissão e coleta semestral;
2. HCV-RNA: a detecção quantitativa do ácido nucleico do HCV segue como padrão ouro para o diagnóstico de infecção ativa, com especificidade acima de 99% para os 6 genótipos. Ele pode detectar a infecção pelo HCV em 1 a 2 semanas após exposição. Falso negativo pode ocorrer em indivíduos dialíticos por conta da viremia intermitente. Falso positivo: muito improvável. A coleta de sangue deve ser realizada sempre PRÉ-diálise. Enfatizamos que a pesquisa de HCV-RNA é possível nos Centros de Referências para tratamento da hepatite C;

3. Alanina aminotransferase (TGP): pacientes dialíticos podem ter níveis de TGP inferiores se comparados à indivíduos com função renal normal. Sugere-se que o acréscimo acima de 50% no valor basal de TGP deve alertar o médico para iniciar rastreamento de possíveis causas. Uma elevação discreta de TGP muitas vezes é o primeiro sinal de infecção aguda. Frequência do exame: admissão e coleta mensal.

Recomendações para prevenção de soroconversão

A transmissão do HCV ocorre principalmente por meio de contato com produtos sanguíneos contaminados, o que torna o ambiente de hemodiálise de alto risco para a soroconversão ou reinfecção. Além disso, a admissão de pacientes infectados e não diagnosticados favorece a presença de surtos (> 1 caso). Isto é, na transmissão da hepatite C em hemodiálise, geralmente vários fatores de violação de protocolo são encontrados. Para mitigar a soroconversão de HCV recomenda-se:

1. Seguir as medidas de precaução universais para segurança em diálise e manter os programas de educação continuada multiprofissional;
2. Seguir o protocolo para admissão de pacientes novos, em trânsito ou que estavam internados:
 - verificar origem: ambulatorial, hospitalar, transferência ou trânsito;
 - verificar história recente de fatores de risco: transfusão de derivados de sangue; uso de drogas endovenosas, procedimentos cirúrgicos, internações; tatuagens; contato com portadores de hepatite C; tratamento dentário;
 - valorizar queixas clínicas e exame físico suspeitos;
 - checar sorologias virais e valores de transaminases prévios.

Recomendações em caso de suspeita de soroconversão: figura 1

Pacientes com TGP com elevação recente acima de 50% do valor basal de causa indefinida e/ou presença de fatores recentes de transmissão de HCV:

- comunicar o caso à equipe de saúde;
- Iniciar uso único do capilar (reembolso não é preconizado pelo SUS para casos suspeitos);
- Solicitar anti-HCV: se negativo, realizar uma nova coleta em 15 – 30 dias a depender da provável data de exposição (janela imunológica de 5 a 10 semanas) OU coleta imediata de HCV-RNA;

-
- Se anti-HCV positivo: soroconversão confirmada (seguir recomendações em soroconversão).

Recomendações em caso de soroconversão e controle de surto: figura 2

Conceito de soroconversão recente: casos com sorologia anti-HCV ou HCV-RNA negativos com exame sorológico positivo subsequente. Um NOVO CASO de SOROCONVERSÃO em uma unidade de diálise deve IMEDIATAMENTE desencadear ações para identificar casos adicionais e evitar novas transmissões. Para tanto, revisar sorologias e TGP de todos os pacientes da clínica e revisar todos os casos antigos de anti-HCV positivo tratados é de extrema valia. Segue abaixo recomendações na soroconversão confirmada e ações para controle de surto:

- caso índice de soroconversão confirmada

- a) iniciar uso único do capilar (reembolso preconizado pelo SUS para anti-HCV positivo independente da carga viral);
- b) coleta pré diálise de HCV-RNA (na clínica ou centro de referência);
- c) se HCV-RNA positivo comunicar ao paciente e familiares/cuidador; notificar a Vigilância Sanitária local (notificação compulsória);
- d) rever história clínica; rever TGP e sorologias dos últimos 12 meses; rever fatores de risco de transmissão;
- e) identificar funcionários e pacientes que tiveram contato com este caso;
- f) não é necessário isolamento ou uso de máquinas exclusivas nos casos infectados ou suspeitos (apenas se a unidade estiver com falhas na execução das boas práticas no controle de infecções);
- g) encaminhar paciente para centro de referência para tratamento de HCV.

- Pacientes contactantes do caso índice: pacientes que utilizaram a mesma sala de reuso; pacientes que dialisaram na mesma sala e mesmo turno; pacientes que utilizaram a mesma cadeira ou mesma máquina em outros turnos diferentes: **Figura 3.**

- a) uso único até conclusão da investigação (reembolso não é preconizado pelo SUS para casos suspeitos)

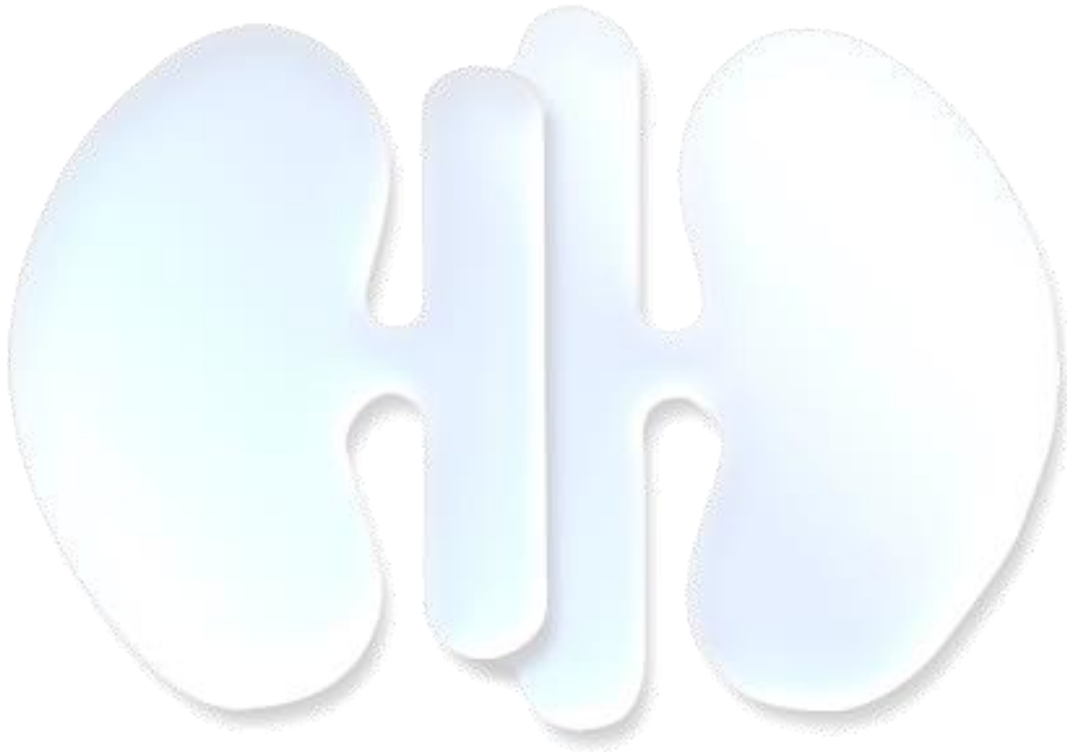
-
- b) coleta de TGP e anti-HCV
 - c) coleta de HCV-RNA imediato para contactantes com suspeita elevada de contaminação (por exemplo paciente com elevação de TGP)
 - c) se anti-HCV positivo: uso único (reembolso preconizado pelo SUS para anti-HCV positivo independente da carga viral) e coleta imediata de HCV-RNA
 - d) se anti-HCV negativo: coleta de HCV-RNA em até 2 semanas (a depender da data provável de exposição); manter uso único (reembolso NÃO é preconizado pelo SUS para casos suspeitos) Se HCV-RNA negativo retornar à rotina habitual e manter anti-HCV mensal por 3 meses
 - e) se HCV-RNA positivo seguir recomendações em soroconversão
 - f) à critério, realizar estudo epidemiológico com testes moleculares para genotipagem
- Enfermagem:
- a) identificar os profissionais que entraram em contato com o caso de soroconversão
 - b) analisar a necessidade de coleta de anti-HCV e HCV-RNA
 - c) avaliar a possibilidade de transmissão de hepatite C pelo profissional aos outros pacientes
- Iniciar Análise de Causa Raiz: de acordo com o Protocolo de cada serviço.

Bibliografia

- 1- Goodkin DA, Bieber B, Jadoul M, Martin P, Kanda E, Pisoni RL. Mortality, hospitalization, and quality of life among patients with hepatitis C infection on hemodialysis. Clin J Am Soc Nephrol 2017, 12:287-297 (acesso gratuito)
- 2- Constancio NS, Ferraz MLG, Martins CTB, Kraychete AC, Bitencourt PL, Nascimento MM. Hepatite C nas Unidades de Hemodiálise: diagnóstico e abordagem terapêutica. Braz J Nephrol 2019, 41:539-549.
- 3- Nguyen DB, Bixler D, Patel PR. Transmission of hepatitis C in the dialysis setting and strategies for its prevention. Semin Dial 2019, 32:127-134 (acesso gratuito)
- 4- Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite C, 2019.
- 5- Centers for Disease Control and Prevention. Testing and Clinical Management of Health Care Personnel Potentially Exposed to Hepatitis C Virus – CDC Guidance, United States, 2020

6- Moura-Neto JA, Ferraz MLG, Bittencourt PL, Vieira Neto OM. Brazilian registry for the elimination of hepatitis C in dialysis units: a call to action for Nephrology. J Bras Nefrol. 2021 Jul 7:S0101-28002021005054302.

Figura 1. Caso Suspeito



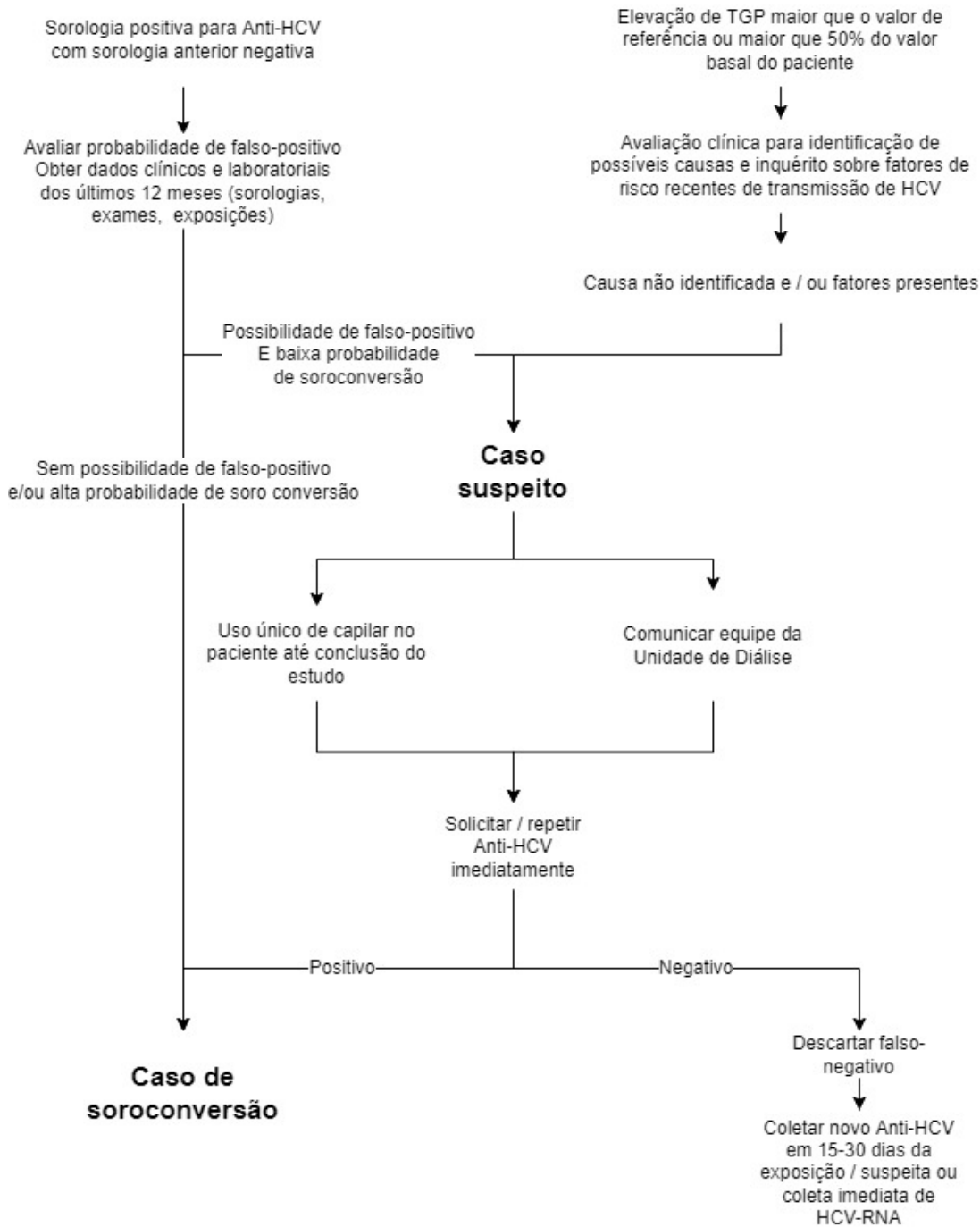


Figura 2. Caso de Soroconversão

Caso de Soroconversão

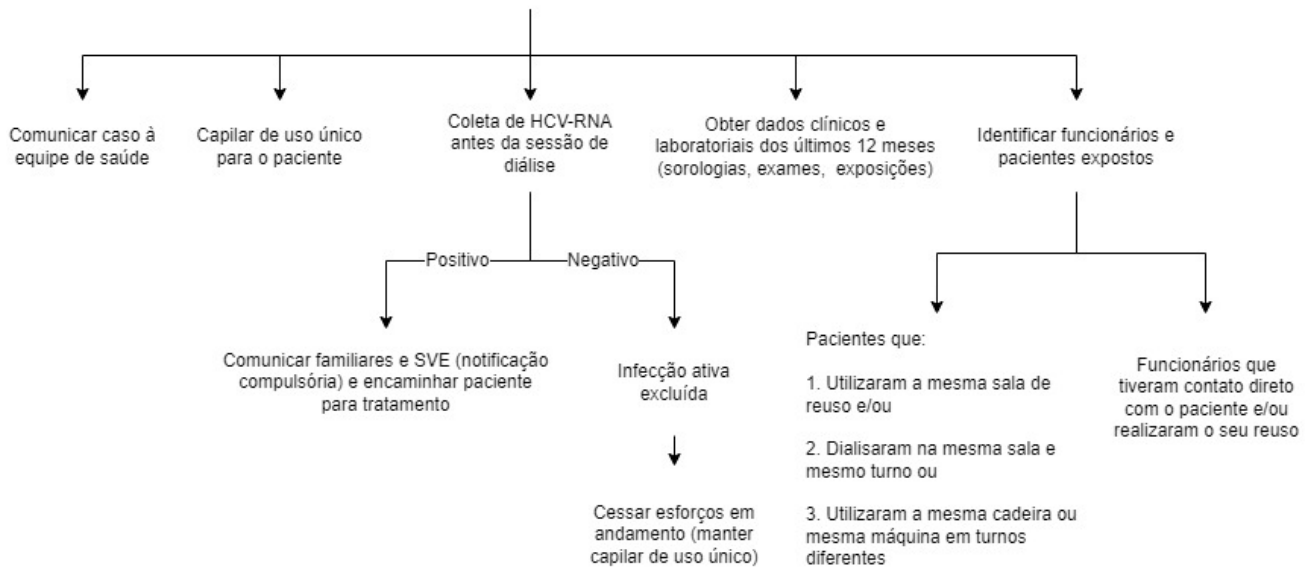


Figura 3. Pacientes Contactantes

