

Vacina Contra Hepatite A

Sociedade Brasileira de Pediatria

Elaboração Final: 10 de Julho de 2002

Autoria: Succi RCM

O Projeto Diretrizes, iniciativa conjunta da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, tem por objetivo conciliar informações da área médica a fim de padronizar condutas que auxiliem o raciocínio e a tomada de decisão do médico. As informações contidas neste projeto devem ser submetidas à avaliação e à crítica do médico, responsável pela conduta a ser seguida, frente à realidade e ao estado clínico de cada paciente.

MÉTODO DE COLETA DE EVIDÊNCIAS:

Pesquisa MEDLINE, utilizando as palavras-chave: hepatitis A, hepatitis A vírus, hepatitis A vaccine, no período de janeiro/1992 a janeiro/2002. Consulta às Normas dos Programas Nacionais de Imunizações Brasil de 2001 e EUA de 2002; Red Book/Academia de Pediatria de 2000.

GRAU DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DE EVIDÊNCIA:

- A: Estudos experimentais e observacionais de melhor consistência.
- B: Estudos experimentais e observacionais de menor consistência.
- C: Relatos ou séries de casos.
- D: Publicações baseadas em consensos ou opiniões de especialistas.

OBJETIVOS:

Orientar o médico generalista na prescrição e indicações da vacina contra a hepatite A.

CONCEITO

A vacina contra hepatite A produz proteção pré-exposição em crianças e adultos(D).

INDICAÇÃO

Está indicada para crianças e adultos que vivem em locais de alto risco para hepatite A, pessoas que viajam para locais de alta prevalência da infecção, homens que fazem sexo com homens, pessoas com exposição profissional ao vírus da hepatite A, pessoas com doença hepática crônica, coagulopatias e usuários de drogas¹(D).

COMPOSIÇÃO

Três vacinas inativadas contra hepatite A estão disponíveis no Brasil: Avaxim, Havrix e Vaqta. As três vacinas são constituídas por vírus inativados por formalina e adsorvidos em hidróxido de alumínio e devem ser aplicadas por via intramuscular em esquemas de duas doses com intervalo de 6 a 12 meses entre elas; todas induzem níveis protetores de anticorpos em mais de 90% dos vacinados 30 dias após a aplicação da primeira dose da vacina e praticamente em 100% dos que receberam as duas doses²(D). A combinação das vacinas contra hepatite A e hepatite B, num mesmo produto, induz imunogenicidade semelhante àquela obtida com os dois produtos aplicados separadamente³(A).

EFICÁCIA

A eficácia da vacina, avaliada através de estudos controlados, randomizados e duplo-cegos na proteção contra formas clínicas de hepatite em crianças vivendo em regiões com altos índices de doença, foi superior a 90%^{4,5}(A). A vacina também pode ser utilizada no controle de surtos em comunidades com altos índices de hepatite A e na profilaxia pós-exposição em contatos domiciliares de casos primários de infecção pelo vírus da hepatite A^{5,6}(A). A duração da proteção induzida pela vacina em indivíduos que participaram de ensaios clínicos e avaliada através de estudos matemáticos é superior a 20 anos em crianças e adultos⁷⁻⁹(A).

EVENTOS ADVERSOS

Os eventos adversos pós-vacinação são raros, e em geral apenas locais; nos raros casos de eventos graves, a aplicação concomitante com outras vacinas não permitiu a associação definitiva desses eventos com a vacina contra hepatite¹(D).

CONTRA-INDICAÇÃO

A vacina está contra-indicada apenas em indivíduos com história de reação severa a doses prévias da vacina contra hepatite A ou a seus componentes(D).

IMUNIZAÇÃO PASSIVA

A imunoglobulina para uso intramuscular (IG), quando aplicada num intervalo não superior a duas semanas após a exposição, previne 80% a 90% dos casos de doença clínica¹⁰(B). Embora a vacina seja preferível à IG na profilaxia da hepatite A, a IG está indicada para indivíduos não vacinados e expostos ao risco de adquirir a doença e que não possam receber a vacina: crianças menores de um ano e pessoas com alergia a qualquer componente vacinal. A dose de IG recomendada é de 0,02 a 0,06 mg/kg de peso.

REFERÊNCIAS

1. Prevention of hepatitis A through active or passive immunization: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR Recomm Rep* 1999; 48:1-37.
2. Clemens R, Safary A, Hepburn A, Roche C, Stanbury WJ, Andre FE. Clinical experience with an inactivated hepatitis A vaccine. *J Infect Dis* 1995; 171: S44-9.
3. Kallinowski B, Knoll A, Lindner E, Sanger R, Stremmel W, Vollmar J, et al. Can monovalent hepatitis A and B vaccines be replaced by a combined hepatitis A/B vaccine during the primary immunization course? *Vaccine* 2000; 19: 16-22.
4. Innis BL, Snitbhan R, Kunasol P, Laorakpongse T, Poopatanakool W, Kozik CA, et al. Protection against hepatitis A by an inactivated vaccine. *JAMA* 1994; 271:1328-34.
5. Wertzberger A, Mensch B, Kuter B, Brown L, Lewis J, Sitrin R, et al. A controlled trial of a formalin-inactivated hepatitis A vaccine in healthy children. *N Engl J Med* 1992; 327:453-7.
6. Sagliocca L, Amoroso P, Stroffolini T, Adamo B, Tosti ME, Lettieri G, et al. Efficacy of hepatitis A vaccine in prevention of secondary hepatitis A infection: a randomised trial. *Lancet* 1999; 353:1136-9.
7. Wiens BL, Bohidar NR, Pigeon JG, Egan J, Hurni W, Brown L, et al. Duration of protection from clinical hepatitis A disease after vaccination with VAQTA. *J Med Virol* 1996; 49:235-41.
8. Van Damme P, Thoelen S, Cramm M, De Groote K, Safary A, Meheus A. Inactivated hepatitis A vaccine: reactogenicity, immunogenicity, and long-term antibody persistence. *J Med Virol* 1994; 44:446-51.
9. Wiedermann G, Kundi M, Ambrosch F, Safary A, D'Hondt E, Delem A. Inactivated hepatitis A vaccine: long-term antibody persistence. *Vaccine* 1997; 15:612-5.
10. Lerman Y, Shohat T, Ashkenazi S, Almog R, Heering SL, Shemer J. Efficacy of different doses of immune serum globulin in the prevention of hepatitis A: a three-year prospective study. *Clin Infect Dis* 1993; 17:411-4.