

Resumen Ejecutivo  
Guía de Práctica Clínica  
Manejo y Tratamiento de la Infección por Virus de la Hepatitis  
B (VHB)

Aprobada por Resolución Exenta N° 1796 de fecha 18/12/2023



Año 2023



## VERSIÓN COMPLETA de la Guía de Práctica Clínica de Manejo y Tratamiento de la Infección por Virus de la Hepatitis B (VHB)

<https://diprece.minsal.cl/garantias-explicitas-en-salud-auge-o-ges>

MINISTERIO DE SALUD. RESUMEN EJECUTIVO GUIA DE PRÁCTICA CLÍNICA Manejo y Tratamiento de Infección crónica por Virus de la Hepatitis B (VHB).

Con esta nueva versión se deja sin efecto la GUÍA de Práctica Clínica Manejo y Tratamiento de la Infección Crónica por virus de la Hepatitis B (VHB) Año 2013.

Todos los derechos reservados. Este material puede ser reproducido total o parcialmente para fines de disseminación y capacitación. Prohibida su venta.

Fecha de Publicación: 2023



# Indice

|  |    |
|--|----|
| 1. DESCRIPCIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA DEL PROBLEMA O CONDICIÓN DE SALUD ..... | 5  |
| 2. OBJETIVO Y ALCANCES DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA .....            | 7  |
| 3. ELABORACIÓN DE RECOMENDACIONES.....                                 | 9  |
| 4. CÓMO INTERPRETAR LAS RECOMENDACIONES .....                          | 10 |
| 5. EQUIPO ELABORADOR.....  | 12 |
| 6. FINANCIAMIENTO DE LA GUÍA .....                                     | 14 |
| 7. REFERENCIAS .....   | 15 |



*Handwritten signature or mark.*

## RECOMENDACIONES DE LA GUÍA

| RECOMENDACIONES  | GRADO DE RECOMENDACIÓN | CERTEZA EN LA EVIDENCIA |
|--|------------------------|-------------------------|
| <b>RECOMENDACIONES: PREVENCIÓN</b>   |                        |                         |
| En personas sin factores de riesgo mayor de 18 años, el Ministerio de Salud SUGIERE no realizar tamizaje (HBsAG) para hepatitis B.   | CONDICIONAL            | MUY BAJA<br>⊕○○○        |
| En población de riesgo vacunada con hepatitis B, el Ministerio de Salud SUGIERE realizar anticuerpos de antígeno de superficie para hepatitis B cada 8 a 10 años.                                      | CONDICIONAL            | MUY BAJA<br>⊕○○○        |
| En personas embarazadas, el Ministerio de Salud SUGIERE realizar tamizaje para virus de hepatitis B en el primer trimestre del embarazo.   | CONDICIONAL            | MUY BAJA<br>⊕○○○        |
| En personas que recibirán terapia inmunosupresora el Ministerio de Salud SUGIERE realizar tamizaje con Antígeno de superficie de Hepatitis B más anticuerpos anticore total.                           | CONDICIONAL            | MUY BAJA<br>⊕○○○        |
| <b>RECOMENDACIONES DE DIAGNÓSTICO</b>  |                        |                         |
| En personas con hepatitis B crónica sin fibrosis o fibrosis leve con tratamiento antiviral, el Ministerio de Salud SUGIERE no realizar tamizaje de hepatocarcinoma con ecografía abdominal.            | CONDICIONAL            | MUY BAJA<br>⊕○○○        |
| En personas adultas con hepatitis B crónica, el Ministerio de salud SUGIERE utilizar la elastografía para el seguimiento de la progresión de la enfermedad.  | CONDICIONAL            | MUY BAJA<br>⊕○○○        |
| <b>RECOMENDACIONES DE TRATAMIENTO</b>  |                        |                         |
| En personas adultas con hepatitis B crónica, con carga viral > 2000 UI/mL y un nivel de transaminasas normal, el Ministerio de Salud SUGIERE usar tratamiento antiviral por sobre manejo expectante.   | CONDICIONAL            | BAJA<br>⊕⊕○○            |
| En personas con cirrosis con hepatitis B con cargas virales bajas menor a 2.000 UI/ml el ministerio de salud SUGIERE usar tratamiento antiviral por sobre no usar.                                     | CONDICIONAL            | BAJA<br>⊕⊕○○            |
| En personas con hepatitis B crónica en que se va a utilizar tratamiento antiviral, el Ministerio de Salud SUGIERE usar tenofovir alafenamida (TAF) por sobre usar Tenofovir disoproxil fumarato (TDF). | CONDICIONAL            | BAJA<br>⊕⊕○○            |



|   |             |                  |
|---|-------------|------------------|
| En personas con hepatitis B crónica sin cirrosis, con HBsAg negativo y carga viral indetectable, el Ministerio de Salud SUGIERE suspender la terapia antiviral luego de un periodo de consolidación por sobre mantenerla en forma indefinida. | CONDICIONAL | MUY BAJA<br>⊕○○○ |
| En personas con hepatitis B aguda grave (INR >1.5), el Ministerio de Salud RECOMIENDA iniciar tratamiento antiviral en forma precoz en adición al tratamiento de soporte.   | FUERTE      | MUY BAJA<br>⊕○○○ |
| En personas embarazadas de entre 24 y 32 semanas de gestación con carga viral > a 200.000UI/mL el Ministerio de Salud SUGIERE comenzar el tratamiento con tenofovir al momento del parto en comparación a una conducta expectante.            | CONDICIONAL | MUY BAJA<br>⊕○○○ |
| En personas con hepatitis B crónica en estado de portador inactivo que recibirán inmunosupresión, el Ministerio de Salud SUGIERE usar antivirales como profilaxis por sobre manejo expectante.  | CONDICIONAL | MUY BAJA<br>⊕○○○ |
| En personas con prueba de anticore positivo y prueba de antígeno de superficie negativo que serán sometidos a inmunosupresión, el Ministerio de Salud SUGIERE usar tratamiento profiláctico con antivirales por sobre manejo expectante.      | CONDICIONAL | MUY BAJA<br>⊕○○○ |

#### RECOMENDACIONES SEGUIMIENTO

|  |             |                  |
|--|-------------|------------------|
| En personas monoinfectadas con hepatitis B crónica sin indicación de tratamiento antiviral el Ministerio de Salud SUGIERE monitoreo con ALT y carga viral cada 6 a 12 meses dependiendo de la evaluación clínica del paciente. | CONDICIONAL | MUY BAJA<br>⊕○○○ |
|--|-------------|------------------|

*Las recomendaciones fueron formuladas durante el año 2022 utilizando metodología GRADE.*

Las Guías de Práctica Clínica (GPC) constituyen una herramienta esencial en el ámbito de la atención médica al ofrecer recomendaciones fundamentadas en una minuciosa revisión sistemática de la evidencia científica disponible, por lo que se encuentran respaldadas por una evaluación ponderada de los riesgos y beneficios de las intervenciones médicas alternativas, jugando un papel crucial para proporcionar una base sólida para la toma de decisiones clínicamente informadas.

Sin perjuicio de lo anterior, las GPC no se encuentran ligadas intrínsecamente a un régimen de garantías específicas ni a los mecanismos de coberturas financieras determinadas en las leyes y reglamentos de nuestro país, por lo que únicamente se centran en optimizar la atención de salud a nivel individual y colectivo según corresponda.



*Handwritten signature or mark.*

# 1. DESCRIPCIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA DEL PROBLEMA O CONDICIÓN DE SALUD

## PRESENTACIÓN CLÍNICA.

La infección por virus de hepatitis B, es una de las enfermedades infecciosas más frecuentes en el mundo, con una distribución amplia y variable según áreas regionales. Se estima que aproximadamente 2 mil millones de personas en el mundo se han infectado en algún momento de su vida por el VHB, y de éstas, alrededor de 250-290 millones persisten activamente con una infección crónica (Antígeno de superficie (HBsAg) positivo por al menos 6 meses), lo cual corresponde a aproximadamente a un 3,5% de la población mundial. La mayoría de estos pacientes son portadores inactivos con baja carga viral y 75% de ellos residen en China (1).

La transmisión se puede producir a través de relaciones sexuales sin protección, de la madre al hijo o al estar en contacto con fluidos corporales o sangre contaminada. El virus de la hepatitis B puede sobrevivir fuera del cuerpo durante al menos 7 días. Durante este periodo puede infectar si penetra en el organismo de una persona no vacunada. El periodo medio de incubación oscila entre 30 y 180 días. El virus, que es detectable entre 30 y 60 días después de la infección, puede persistir y dar lugar a una hepatitis B crónica, sobre todo si el contagio se ha producido durante la etapa de lactancia o la infancia.

En las zonas de alta endemicidad, la transmisión se produce más frecuentemente de la madre al niño durante el parto (transmisión perinatal) o de modo horizontal (por exposición a sangre infectada). La cronificación es común en los lactantes infectados a través de su madre y en los menores de 5 años (2).

La transmisión se puede producir también a través de pinchazos, tatuajes, perforaciones y exposición a sangre o líquidos corporales infectados como la saliva, el semen y el flujo vaginal y menstrual. El virus también puede transmitirse al reutilizar agujas, jeringuillas u objetos cortantes contaminados en establecimientos de salud, en el entorno comunitario o al consumir drogas inyectables. La transmisión sexual es más frecuente en personas no vacunadas que tienen varias parejas sexuales (2).

El VHB es un virus ADN (familia hepadnavirus), de forma esférica de 42 nm de diámetro, que tiene una alta capacidad infectante y de replicación asimétrica a través de la enzima transcriptasa reversa, de un intermediario RNA en el hepatocito. Cuando el VHB infecta a una persona susceptible, el virus penetra en el hepatocito y su ADN se integra en el ADN hepatocitario transformándose en una forma de ADN covalente, circular, cerrado (ADN ccc) el cual luego se transcribe en el núcleo del hepatocito formando ARN, que posteriormente se traduce en el citoplasma formando nuevas partículas virales. Así el ADN ccc sirve de molde para la formación de nuevos virus que infectan nuevos hepatocitos y permanecerá en el núcleo del hepatocito hasta que éste sea destruido (1).

Existen al menos 10 genotipos del VHB (A-J) que se asocian a una cierta diferencia patogénica en la progresión de la enfermedad y en la respuesta a antivirales. Los genotipos presentan una distribución geográfica regional y están definidos por una divergencia de al menos un 8% de la secuencia nucleotídica. El genotipo A predomina en Norteamérica y Europa; El B y C en Asia, y el F en América del Sur, incluido Chile (80%). Los genotipos C y D se asocian a una mayor progresión a cirrosis y hepatocarcinoma; a una menor tasa de seroconversión espontánea del Antígeno e (HBeAg) y a una mayor frecuencia de mutaciones pre-S y de promotor core que los genotipos A y B. Los genotipos A y B presentan una mejor respuesta a terapia con interferón que los otros genotipos, pero la respuesta a análogos nucleotídicos es comparable entre todos los diferentes genotipos y por lo mismo, en la actualidad la utilidad clínica de la determinación del genotipo del VHB se considera poco relevante y no se realiza en la práctica clínica habitual (1).



La historia natural de la infección por VHB es muy heterogénea y depende de la interacción entre factores virales, del huésped (edad de adquisición) y factores ambientales. Si la exposición y la infección aguda ocurren en el recién nacido (transmisión vertical – perinatal) o en el niño, la infección se hace crónica en la mayoría de los casos (90%); en cambio, si la infección ocurre en el adolescente o adulto inmunocompetente, la curación es casi la regla y sólo un 3-5% de los casos se hace crónico (transmisión horizontal) (1).

## SINTOMATOLOGÍA

La mayoría de las personas no tienen síntomas inmediatamente después de infectarse. Sin embargo, algunas presentan un cuadro agudo con síntomas que duran varias semanas, como coloración amarillenta de la piel y los ojos (ictericia), orina oscura, cansancio extremo, náuseas, vómitos y dolor abdominal. La hepatitis aguda puede dar lugar a una insuficiencia hepática aguda, que es potencialmente mortal. Entre las complicaciones a largo plazo que puede causar la infección por el VHB, un pequeño grupo de personas padecen enfermedades hepáticas en estado avanzado, como la cirrosis y los carcinomas hepatocelulares, que dan lugar a una importante carga de morbimortalidad.

El espectro clínico de la infección por VHB varía si se trata de una infección aguda o crónica. En la infección aguda puede existir un cuadro subclínico poco sintomático, pasando por una hepatitis anictérica o icterica sintomática y en algunos casos (< 0,5%) presentarse como una hepatitis grave fulminante (con encefalopatía hepática e hipoprotrombinemia INR >1,5). En la infección crónica (persistencia del VHB/HBsAg por más de 6 meses), las manifestaciones clínicas van desde un portador asintomático, a una hepatitis crónica, cirrosis o hepatocarcinoma. Durante ambas infecciones, aguda o crónica, puede haber manifestaciones extrahepáticas (1).

## EPIDEMIOLOGÍA

Existen países con alta prevalencia de hepatitis crónica por VHB (endemia alta) como países de Asia del Este y Central, Asia Pacífico y África Subsahariana, donde el 5-8% de la población tiene VHB adquirida predominantemente por mecanismo perinatal. En el otro extremo, existen países de baja endemia del VHB (< 2% de portación crónica de VHB), como algunos países de Europa del Oeste, Norteamérica y Sudamérica, incluido Chile, donde el mecanismo de infección es más bien transversal, mediante infección transmitida por vía sexual no protegida entre adolescentes y adultos, y donde en la mayoría de los casos evolucionan como infección aguda (95% casos) que se resuelve espontáneamente, siendo en no más del 2-5% una infección crónica (1).

Chile se considera un país de baja endemia con menos de 0,5% de la población como portadores crónicos. La segunda Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2009-2010, en población chilena adulta (> 15 años) demostró una seroprevalencia de HBsAg (+) de 0,15% [IC: 0,04-0,53%] siendo más frecuente en hombres (0,31% v/s mujeres 0%; p<0,05). Un estudio de seroprevalencia de VHB en 178.509 adultos donantes de banco de sangre en Santiago Oriente (Complejo Hospital Salvador) entre 2001-2011, demostró una seroprevalencia de HBsAg (+) de 0,034% [IC 95%: 0,026%-0,043%] siendo en hombres dos veces más frecuentes que en mujeres (0,046% v/s 0,012%; p<0,05) y aumentando progresivamente con la edad de los donantes (1).

En Chile entre 2012-2021 se evidenció una disminución en la tasa de casos notificados por hepatitis B, alcanzando una cifra inferior a 5 por cien mil habitantes para el año 2021. Los hombres concentran cerca del 77% de las notificaciones, con una razón mayor a 3,4 para el 2021 (hombres 4,8 y mujeres 1,4 por cien mil habitantes). Según distribución por edad, el 56,8% de las notificaciones se concentró en el grupo de 20 a 39 años con una tasa de 5,6 casos por 100.000 hbtes. En cuanto a la vía de transmisión más probable, el mayor porcentaje correspondió a relaciones sexuales de hombres con hombres, representando cerca del 30% respecto al total de notificados (3).



En cuanto a las defunciones por esta patología, durante los años 2010 a 2019 las tasas de mortalidad por hepatitis B se mantuvieron estables, con una mortalidad de 0,2 por cien mil habitantes, con 138 defunciones para el periodo (3).

## 2. OBJETIVO Y ALCANCES DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

### OBJETIVO GENERAL:

Generar recomendaciones, basadas en la mejor evidencia disponible, para el manejo clínico de personas con hepatitis B crónica.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Entregar recomendaciones para el tratamiento clínico de personas con hepatitis B crónica.

### TIPO DE PERSONAS Y ESCENARIO CLÍNICO:

Personas de 15 años y más con diagnóstico de hepatitis B crónica a nivel secundario tanto en el sector público como privado de salud.

### USUARIOS DE LA GUÍA:

Equipos clínicos del sistema público y privado que estén capacitados para el abordaje de este problema de salud.

## 3. MÉTODOS

Para la elaboración de esta Guía se constituyó un **equipo elaborador** compuesto por: responsables temáticos, metodólogos, responsables de la búsqueda y síntesis de evidencia, expertos clínicos, referentes del Ministerio de Salud y del Fondo Nacional de Salud (FONASA), quienes realizaron su declaración de conflictos de interés y confidencialidad. Las reuniones se desarrollaron de manera telemática en modalidad sincrónica y fueron guiadas por los coordinadores metodológicos en el desarrollo de los juicios respecto de los dominios de la tabla de la Evidencia a la Decisión (EtD). Se discutió cada juicio de manera abierta y se llegó a conclusión mediante consenso, y cuando esto no fue logrado en una primera instancia, se realizó votación a través de herramienta de la plataforma utilizada para la reunión telemática.

- Ver más detalle en [Equipo Elaborador y declaración de potenciales conflicto de intereses](#)

Para cada una de las preguntas de la guía se realizó una búsqueda electrónica amplia de revisiones sistemáticas y estudios aleatorizados en las bases de datos Cochrane database of systematic reviews (CDSR); PubMed; EMBASE desde su fecha de inicio hasta el año 2022. No se aplicaron restricciones en base al idioma o estado de publicación. Dos revisores de manera independiente realizaron la selección de los títulos y los resúmenes, la evaluación del texto completo y la extracción de datos. Un tercer miembro del equipo resolvió cualquier discrepancia entre los distintos revisores. Adicionalmente se realizó una búsqueda de estudios de valores y preferencias de las personas.



*[Handwritten signature]*

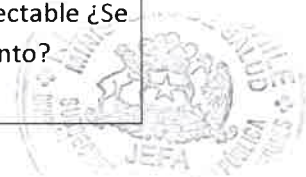


## PRIORIZACIÓN DE PREGUNTAS CLÍNICAS

El equipo elaborador planteó todas las potenciales preguntas, definiendo claramente la población, intervención y comparación. Inicialmente se redactaron 65 preguntas en el software GRADEpro GDT, luego de una revisión y eliminación de duplicados, se realizó la priorización de preguntas por parte del panel. Finalmente quedaron las siguientes 15 preguntas a desarrollar en la versión 2021-2022.

### Guía de Práctica Clínica Manejo y Tratamiento de la Infección por Virus de la Hepatitis B (VHB)

| Preguntas clínicas priorizadas por el panel  |
|--|
| 1. En población de riesgo (personal de salud, hijos de madre con hepatitis B, VIH, con coinfección, inmunosuprimida, contacto estrecho con virus B, hemodiálisis, conductas sexuales de riesgo) vacunada con hepatitis B ¿Se debe realizar anticuerpos de antígeno de superficie en comparación a no realizar? |
| 2. En embarazadas ¿Se debe realizar tamizaje para virus de hepatitis B en comparación a no realizar?   |
| 3. En personas mayores de 18 años ¿Se debe realizar tamizaje (HBsAg) a la población general en comparación a realizar tamizaje sólo a población de riesgo?   |
| 4. En personas adultas con hepatitis B crónica al momento del diagnóstico ¿Se debe “usar elastografía” en comparación a no usar?   |
| 5. En personas adultas con hepatitis B crónica sin fibrosis o fibrosis leve con tratamiento antiviral, ¿Se debe “hacer screening (ecografía abdominal) de Hepatocarcinoma” en comparación a “no hacer”?  |
| 6. En personas con hepatitis B crónica ¿Se debe usar tenofovir alafenamida (TAF)? en comparación a usar tenofovir disoproxil fumarato (TDF)  |
| 7. En personas cirróticas con hepatitis B crónica e independiente con carga viral >2000 UI/mL ¿Se debe usar tratamiento antiviral en comparación a no usar?  |
| 8. En personas cirróticas con cargas virales baja menor a 2.000UI/mL ¿Se debe usar tratamiento antiviral en comparación a no usar?   |
| 9. En personas con hepatitis B no cirróticos con HBsAg negativo y carga viral indetectable ¿Se debe suspender tratamiento antiviral en comparación a no suspender tratamiento?   |



|   |
|---|
| 10. En personas con hepatitis B aguda grave (INR > 1.5) ¿Se debe usar tratamiento antiviral en comparación a no usar?   |
| 11. En embarazadas entre 24 a 32 semanas de gestación con carga viral > 200.000 UI/mL ¿Se debe usar tenofovir en comparación a no usar?   |
| 12. En población que recibirán terapia inmunosupresora ¿Se debe realizar tamizaje con AgsHB más anticore total en comparación a no realizar?  |
| 13. En personas con hepatitis B crónica portador inactivo que será sometidos a inmunosupresión (terapia biológica, corticoides dosis > 20 mg/ día (4 semanas), quimioterapia, trasplante de médula ósea) ¿Se debe “usar tratamiento profiláctico con antivirales en comparación a no usar?              |
| 14. En personas con anticore positivo y antígeno de superficie negativo que será sometidos a inmunosupresión (terapia biológica, corticoides dosis > 20 mg/ día (4 semanas), quimioterapia, trasplante de médula ósea) ¿se debe usar tratamiento profiláctico con antivirales en comparación a no usar? |
| 15. En personas mono infectas con hepatitis B crónica sin indicación de tratamiento antiviral ¿se debe realizar monitoreo con ALT y carga viral cada 3 a 6 meses en comparación con monitorear ALT y carga viral cada 6 a 12 meses?   |

En el proceso de elaboración de recomendaciones, para una mejor comprensión o delimitación de la incertidumbre, se precisaron algunas preguntas por consenso del panel.

### 3. ELABORACIÓN DE RECOMENDACIONES

Las recomendaciones de esta Guía fueron elaboradas de acuerdo al sistema “*Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation*” (GRADE) (5). Para cada una de las preguntas seleccionadas, se realizó la búsqueda y la síntesis de evidencia respecto de:

1. Efectos deseables e indeseables de la intervención versus comparación: La síntesis de evidencia se realizó con el formato de Tabla de Resumen de Hallazgos GRADE (Summary of Findings - SoF) cuando fue posible.
2. Valores y preferencias de las personas respecto a la intervención versus comparación.
3. Costos de la intervención y comparación.
4. Impacto presupuestario de la intervención versus comparación cuando fue necesario.



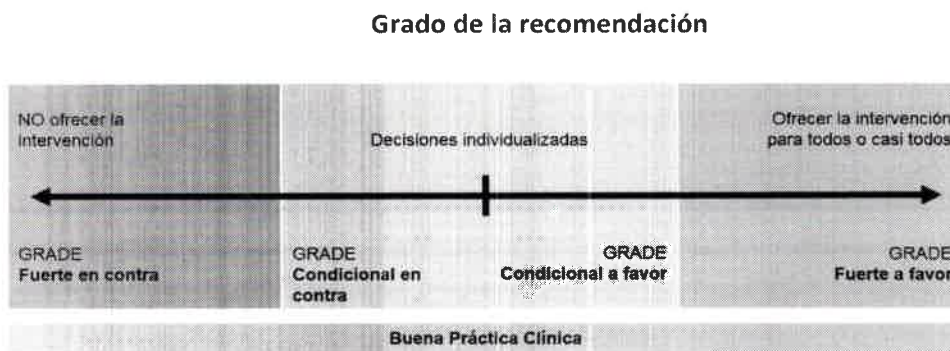
Ver más detalle en [Recomendaciones GRADE](#)

El grupo elaborador formuló las recomendaciones considerando su experiencia clínica, la evidencia respecto a los desenlaces de interés (por ejemplo: mortalidad, días de hospitalización, calidad de vida, etc.), los valores y preferencias de las personas, la viabilidad de implementación, y el uso de recursos.

Para mayor detalle consultar [Guía de Práctica Clínica](#)

#### 4. CÓMO INTERPRETAR LAS RECOMENDACIONES

El sistema GRADE distingue el grado de la recomendación y certeza de la evidencia sobre la cual se realiza la recomendación.



Las recomendaciones fuertes y condicionales deben interpretarse de la siguiente manera

**FUERTE:** Indican que existe una alternativa claramente superior, por lo que seguir la recomendación es la conducta más apropiada en TODAS o CASI TODAS LAS CIRCUNSTANCIAS O CASOS. Salvo casos muy justificados, la gran mayoría de las personas deberían recibir el curso de acción recomendado. Este tipo de recomendación puede ser **Fuerte a Favor** o **Fuerte en Contra** de la intervención.

**CONDICIONAL:** Seguir la recomendación es la conducta más adecuada en la MAYORÍA DE LOS CASOS, pero se requiere considerar y entender la evidencia de efectos, valores y preferencias, costos y disponibilidad de recursos en que se sustenta la recomendación. Estas recomendaciones se generan cuando existe incertidumbre respecto de cuál alternativa resulta mejor, por lo tanto, distintas opciones pueden ser adecuadas para distintas personas o circunstancias. Para aplicar una recomendación condicional puede ser importante conversar con la persona los potenciales beneficios y riesgos de la intervención propuesta, y tomar una decisión en conjunto que sea coherente con las preferencias de cada persona.

Este tipo de recomendación puede ser **Condicional a Favor** o **Condicional en Contra** de la intervención.



*[Firma manuscrita]*

**BUENAS PRÁCTICAS CLÍNICAS:** Son recomendaciones excepcionales relacionadas con intervenciones que corresponden a estándares mínimos y necesarios para la atención en salud para las cuales no es necesario realizar una búsqueda de evidencia.

Estas recomendaciones estarán categorizadas como **Buenas Prácticas Clínicas**.

## CERTEZA DE LA EVIDENCIA

El concepto de certeza de la evidencia se refiere a la confianza que se tiene en que los estimadores del efecto son apropiados para apoyar una recomendación determinada. El sistema GRADE propone cuatro niveles de certeza en la evidencia:

| Certeza          | Definición   |
|------------------|--|
| Alta<br>⊕⊕⊕⊕     | Tenemos alta confianza en que el valor verdadero de una variable se encuentra en un determinado rango o por sobre cierto umbral.   |
| Moderada<br>⊕⊕⊕○ | Tenemos una confianza moderada en que el valor verdadero de una variable se encuentra en un determinado rango o por sobre cierto umbral.   |
| Baja<br>⊕⊕○○     | Tenemos poca confianza en que el valor verdadero de una variable se encuentra en un determinado rango o por sobre cierto umbral.   |
| Muy baja<br>⊕○○○ | Tenemos muy poca confianza en que el valor verdadero de una variable se encuentra en un determinado rango o por sobre cierto umbral. Existe considerable incertidumbre respecto al efecto de la intervención |

Ver más detalle en [Manual metodológico Desarrollo de Guías de Práctica Clínica](#).



## 5. EQUIPO ELABORADOR

El equipo que ha participado de la presente elaboración es responsable, según sus competencias, del conjunto de las preguntas y recomendaciones formuladas.

|                     |   |
|---------------------|---|
| <b>Coordinación</b> | <b>Clínica:</b><br>Dra. Pamel Yaquich Saud. Especialista en enfermedades gastrointestinales. Hospital San Juan de Dios. Clínica Indisa.   |
|                     | <b>Temática:</b><br>Andrea Peña Otárola. Matrona. Encargada Programa hepatitis B y C. Departamento de Enfermedades Transmisibles. División de Control y Prevención de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud.          |
| <b>Metodólogos</b>  | <b>Coordinador:</b><br>Patricia Kraemer Gómez. Profesional Metodológico. Unidad de Evidencia Clínica. Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud. |
|                     | <b>Apoyo:</b><br>Paloma Herrera Omega. Profesional Metodológico. Unidad de Evidencia Clínica. Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud.         |

## PANEL DE EXPERTOS

|                          |   |
|--------------------------|---|
| Pamela Yaquich Saud      | Médico cirujano Internista. Especialista en enfermedades gastrointestinales. Hospital San Juan de Dios. Clínica Indisa. |
| Basty Sanhueza Inostroza | Enfermera. Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena.   |
| Marcela Julio Bolados    | Enfermera. Servicio de Salud Coquimbo. Hospital San Juan De Dios La Serena.   |
| Guillermo Mundt Villalón | Economista. Fundación de pacientes con hepatitis virales.   |



|                           |   |
|---------------------------|---|
| José Miguel Valera Millas | Médico cirujano. Internista. Especialista en enfermedades gastrointestinales. Hospital La Serena.   |
| Leyla Nazal Nazal         | Médico cirujano. Internista. Especialista en enfermedades gastrointestinales. Asociación Chilena de Hepatología y Clínica Las Condes.                                     |
| Leonardo Chanqueo Cornejo | Médico cirujano. Internista. Especialista en enfermedades infecciosas. Sociedad Chilena de Infectología y Hospital San Juan de Dios.                                      |
| Giannina Izquierdo Copiz  | Médico cirujano. Pediatra. Especialista en enfermedades infecciosas. Hospital Exequiel González Cortés, Hospital Barros Luco y Clínica Las Condes.                        |
| Mónica Martínez Vargas    | Ingeniero químico. Fundación de pacientes con hepatitis virales   |
| María Paz Muñoz Fernández | Médico cirujano. Pediatra. Especialista en enfermedades gastrointestinales. Hospital Luis Calvo Mackenna, Universidad de Chile. Departamento pediatría y cirugía Oriente. |
| Rodrigo Zapata Larraín    | Médico cirujano Internista. Especialista en enfermedades gastrointestinales. Clínica Alemana de Santiago  |
| María Paulina Torrealba   | Enfermera. División Gestión Redes Asistenciales. Ministerio de Salud.   |
| Paola Aguilera Ibaceta    | Matrona. Departamento de Desarrollo de Productos. Fondo Nacional de Salud (FONASA).   |



## RESPONSABLES DE LA BÚSQUEDA Y SÍNTESIS DE EVIDENCIA

|  |   |
|--|---|
| <b>Universidad de Valparaíso</b> <sup>1</sup>                                    | Búsqueda de evidencia de los efectos clínicos, beneficios y riesgos de las intervenciones:<br>Eva Madrid, Roberto Acosta,         |
| <b>Patricia Kraemer</b> <sup>2</sup><br><b>Paloma Herrera</b> <sup>2</sup>       | Búsqueda y revisión de evidencia de los efectos clínicos, beneficios y riesgos de las intervenciones, como contraparte de Minsal. |
| <b>Juan Pablo Valenzuela</b> <sup>2</sup><br><b>Katherine Cerda</b> <sup>2</sup> | Valores y preferencias de las personas.   |
| <b>Francisco Araya</b> <sup>2</sup>  | Informes sobre evaluaciones económicas de las intervenciones.   |
| <b>Paola Aguilera</b> <sup>3</sup>   | Costos en Chile de las intervenciones.  |

<sup>1</sup> La búsqueda de evidencia fue externalizada por el Ministerio de Salud a través de licitación pública y adjudicada a las empresas señaladas.

<sup>2</sup> Departamento Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud

<sup>3</sup> Departamento Desarrollo de Productos. Fondo Nacional de Salud (FONASA).

## DISEÑO, EDICIÓN, DESARROLLO Y MANTENCIÓN PLATAFORMA WEB

|                                  |   |
|----------------------------------|---|
| <b>Miguel Contreras Torrejón</b> | Ingeniero en Informática. Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud. |
|----------------------------------|---|

## DECLARACIÓN DE POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Todo el integrante del equipo elaborador declaró no tener de potenciales conflictos de interés.

## 6. FINANCIAMIENTO DE LA GUÍA

El desarrollo de esta guía de práctica clínica fue financiado íntegramente por el Ministerio de Salud.



## 7. REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud, Orientación Técnica Manejo y Tratamiento de la Infección por Virus de la Hepatitis B (VHB)[Internet]. 2021.Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/10/OT-HEPATITIS-B-MINSAL-2021.pdf>
2. Organización Mundial de la Salud. Hepatitis B [Internet]. 2022 jun. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>
3. Informe Epidemiológico Anual Hepatitis B año 2021 [Internet]. 2022. Disponible en: <http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/09/Informe-Anual-Hepatitis-B-Chile-2021.pdf>

