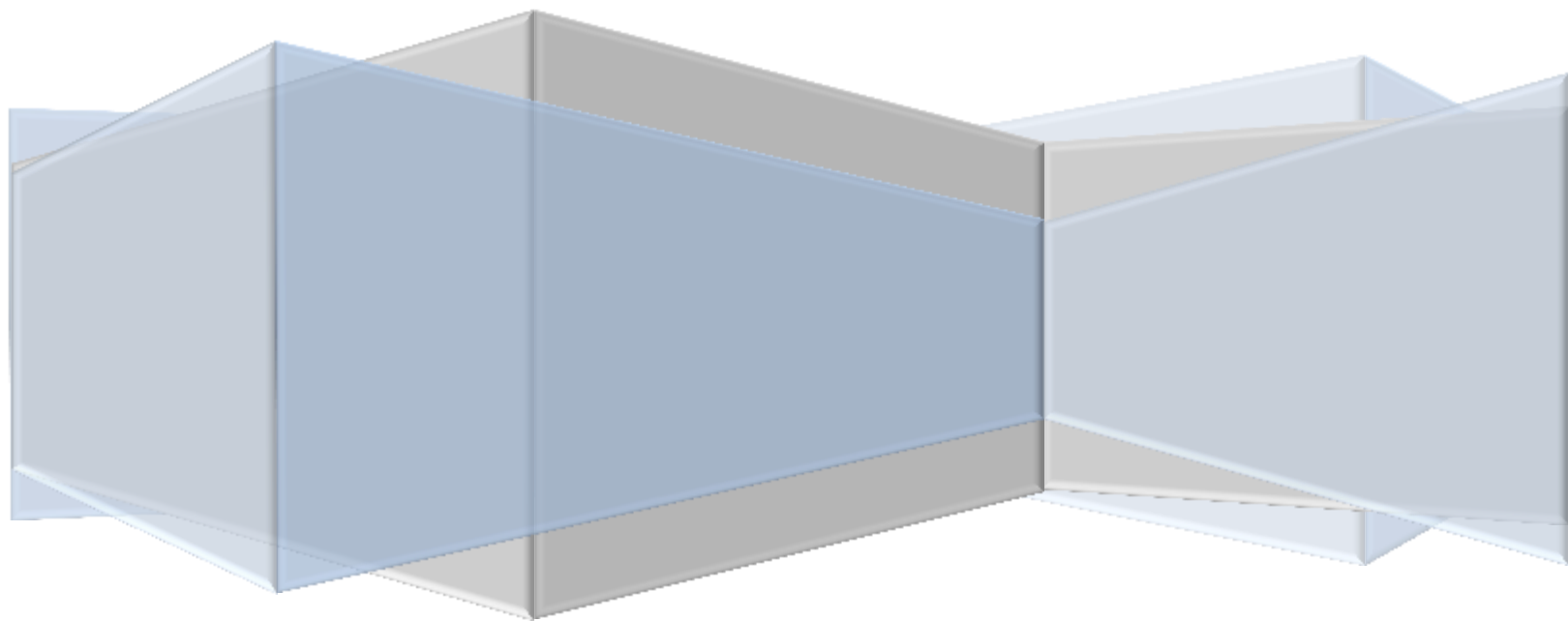


Prevencción de la TV de hepatitis B



PREVENCIÓN DE LA TV DE HEPATITIS B

INTRODUCCIÓN:

La Hepatitis B es uno de los mayores problemas de Salud Pública en el mundo. Se calcula que en 2015 tenían infección crónica por el HBV unos 257 millones de personas en todo el mundo.

La República Argentina está considerada de baja endemicidad debido a que la prevalencia de infección crónica en la población (HBsAg +) es menor al 2%. Sin embargo dado el continuo intercambio de personas, por las migraciones y el aumento de turismo mundial hacia áreas de mediana y alta endemicidad, las regiones no pueden considerarse como compartimentos estancos.

Según los datos suministrados por el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud (SNVS) vinculados con hepatitis B en embarazadas, en el 2012 se notificaron 296 pruebas con HBsAg reactivo (0,18%), en el 2013, 300 (0,14%) y en el 2014, 284 (0,11%). En la provincia de Neuquén, en el año 2017 se obtuvieron 9 pruebas con HbsAg reactivo (0,11%) de las muestras analizadas de los datos obtenidos del SIVILA y SIL.

La hepatitis B no altera el curso del embarazo y no es causa de malformación fetal. La transmisión se produce en el 95% de los casos en el momento del parto y el 5% restante, intraútero. El riesgo de infección del recién nacido depende de la infectividad del suero materno.

La infección pasa a la cronicidad en el 90% de los neonatos expuestos y el 25% de éstos pueden morir por cirrosis o carcinoma hepatocelular primario en edad adulta.

En Argentina, la vacunación para HVB es obligatoria en todos los RN desde noviembre del año 2000 (Res 940/00 del MSN). La primera dosis se aplica antes de las 12 horas del nacimiento y se completa con 3 dosis sucesivas (2-4-6 meses). Ambas medidas (vacunación y aplicación de IGHB administrada dentro de las 12 horas del nacimiento, cuando corresponda) han demostrado tener una eficacia del 95%. En Marzo del 2003, se incluyó la vacuna para niños/niñas al cumplir 11 años. En 2012 se definió la estrategia de vacunación universal contra hepatitis B con el objetivo de fortalecer el proceso de control y eliminación de la hepatitis B en la Argentina y disminuir la incidencia de complicaciones y mortalidad, asociada a la infección por este virus.

Fue oficialmente incorporada al Calendario Nacional de Vacunación para toda la población adulta, con carácter gratuito y obligatorio por Resolución N°52/2014 del Ministerio de Salud de la Nación.

OBJETIVO:

Prevenir la transmisión del virus B al recién nacido.

OPORTUNIDAD:

Detectar embarazadas infectadas.

Detectar embarazadas sin inmunizar.

CONDUCTA DURANTE EL EMBARAZO:

1-Solicitar el dosaje de HBsAg a toda embarazada en el 1ª control (de ser posible en el primer trimestre) y repetir en el tercer trimestre, cuando éste haya sido negativo.

Debe solicitarse en cada embarazo aunque hayan sido testeadas o vacunadas previamente.

Solicitar serología a la pareja en el primer control.

El resultado del HBsAg debe figurar en el carnet perinatal para optimizar tiempo y recursos.

Si la embarazada llegara al parto sin el control para HBV correspondiente, se efectuará el HBsAg con Elisa, QL, o método de sensibilidad similar dentro de las 24 horas.

2- A la embarazada o puérpera con HBsAg NEGATIVO sin antecedente de vacunación, se le deberá indicar el esquema de 3 dosis. Conducta similar deberá adoptarse con la pareja.

3- Si el HBsAg resulta POSITIVO se completará el algoritmo diagnóstico para HBV en la embarazada o puérpera, con envío de muestra para carga viral al HPN.

Realizar consulta al especialista en infectología a fin de definir si corresponde tratamiento durante el embarazo.

En caso de madre HBsAg POSITIVO se deberá comunicar al establecimiento donde se producirá el nacimiento para asegurar la provisión de gamaglobulina hiperinmune (IGHB) en el momento del parto. Cada hospital deberá garantizar la provisión en tiempo y forma de IGHb.

RECOMENDACIONES

Pedir las pruebas para sífilis, VIH y hepatitis B en la primera consulta a la embarazada y a su pareja dentro de la rutina del control prenatal.

Recomendar el uso de preservativo durante el embarazo.

MÉTODO

Se realizará el HBsAg por un método de screening en muestra de suero.

CONDUCTA con el RN según el resultado del screening materno:

Si el HBsAg es negativo, se debe indicar vacuna al recién nacido de acuerdo a las guías vigentes antes de las 12hs.

Si el HbsAg es positivo, deberá solicitarse la provisión de IGHB para el centro que lleve a cabo el parto.

A todo RN de madre HBsAg POSITIVO, se deberá haber previsto la provisión de IGHB con la debida anticipación que se aplicará en el momento del nacimiento (0,5ml IM), junto con la primera dosis de vacuna, las que se colocarán en sitios diferentes. Ambas deben ser colocadas dentro de las primeras 12 horas (Recomendación 1A).

Si el diagnóstico materno se realizara al momento del parto y no se contara con la IGHB, se colocará la vacuna mientras se consigue la IGHB, la que preferentemente deberá ser colocada dentro de las 24 horas y no más allá de los 7 días. Tener en cuenta que ante la no disponibilidad para la aplicación simultánea de IGHB, deberá colocarse la vacuna mientras se consigue la IGHB.

La IGHB debe colocarse idealmente en las primeras 12 horas y no debe colocarse más allá de la semana de vida. La eficacia de la inmunoprofilaxis es del 90%, si se respetan los tiempos óptimos de aplicación de la misma.

La madre HBsAg positivo no tiene indicación de cesárea por esta razón. Los recién nacidos expuestos a Hepatitis B materna durante el embarazo pueden nacer por vía vaginal y deben ser bañados meticulosamente para limpiar los restos de sangre, secreciones vaginales, y contaminación por materia fecal materna.

No hay evidencia que la lactancia aumente el riesgo de contagio por lo que no se aconseja suspenderla. Según el CDC, si bien los datos son insuficientes, a las madres con HBsAg positivo, cuyos pezones estén agrietados y sangrando, se les podría sugerir dejar de amamantar temporalmente.

BIBLIOGRAFÍA

- Consenso sobre vacunas: vacuna contra hepatitis B y vacunas antipoliomielíticas. Estrategias para su implementación. Archivo argentino Pediátrico 2000; 98(2) 138
- Walid S. Ayoub and Erica Cohen. Hepatitis B Management in the Pregnant Patient: An Update. Journal of Clinical and Translational Hepatology 2016; 4: 241–247
- Jodie Dionne-Odom, MD, Alan T.N. Tita, MD, PhD, Neil S. Silverman, MD. Society for Maternal-Fetal Medicine. #38: Hepatitis B in pregnancy screening, treatment, and prevention of vertical transmission. AJOG 2016; 214 (1):6–14 <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2015.09.100>
- Informe Mundial sobre las Hepatitis, 2017/OMS
- Protocolo de prevención de la transmisión perinatal del virus de la hepatitis B. Servei de Medicina Preventiva i Epidemiologia Unitat de Patologia Infecciosa i Immunodeficiències de Pediatria (Servei de Pediatria) Servei de Neonatologia Servei d'Obstetrícia i Ginecologia Unitat de Hepatologia (Servei de Medicina Interna) Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona Junio 2017
- VPD Surveillance Manual. 4th Edition, 2008 Hepatitis B: Chapter 4-1. www.cdc.gov/vaccines/pubs/surv-manual/chpt04-hepb.pdf.
- Schillie S, Vellozzi C, Reingold A, et al. Prevention of Hepatitis B Virus Infection in the United States: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. MMWR Recomm Rep 2018; 67 (No.RR-1):1–31. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.rr6701a1>.
- Diagnóstico y Prevención de Infecciones Congénitas. Módulo 4 García Vázquez L, Sarubbi MA. CODECEM, FUNCEI. 2003, Buenos Aires
- Prevención de la transmisión perinatal de: sífilis, hepatitis B y VIH Recomendaciones para el trabajo de los equipos de salud. Ministerio de Salud. República Argentina, 2016

Algoritmo diagnóstico de Hepatitis B en embarazadas

