



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA

TRABAJO ACADÉMICO

GESTANTE A TÉRMINO CON HEPATITIS B ATENDIDA EN

HOSPITAL NIVEL II-1, 2021

PRESENTADO POR:

MELISSA GEORGETE LOYOLA MOREANO

ASESOR:

Mg. ELIZABETH ENI YALAN LEAL DE MICHILOT

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
OBSTETRICIA CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS,
ALTO RIESGO Y CUIDADO CRÍTICOS MATERNOS**

MOQUEGUA – PERÚ

2022

ÍNDICE DE CONTENIDO

PÁGINA DE JURADOS	i
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	ii
RESUMEN.....	iii
CAPÍTULO I.....	1
PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	1
1.1. Descripción del problema.....	1
1.2. Justificación	3
1.3. Marco teórico.....	3
1.3.1. Antecedentes	3
1.3.2. Bases Teóricas.....	6
CAPÍTULO II	15
CASO CLÍNICO	15
2.1.Objetivo:.....	15
2.1.1.Objetivo General	15
2.1.2.Objetivos Específicos.....	15
2.2.Datos relevantes del caso clínico.	15
2.3.Discusión.....	28
2.4.Conclusiones	29
2.5.Recomendaciones.....	30
BIBLIOGRAFÍA.....	31

RESUMEN

La hepatitis B es una de las principales enfermedades a nivel mundial, causa aproximadamente el 4% de casos de infecciones de transmisión sexual, considerando que el riesgo de transmisión de madre a feto es variante de acuerdo a la zona en el mundo. La Organización Mundial de la Salud recomienda realizar la vacunación contra la hepatitis B al nacimiento, sin embargo, solo 3 de 10 reciben esta vacuna en el orbe (1).

Existen diferentes intervenciones de prevención precoz para hepatitis B, así como para otras enfermedades virales, estas son medidas de salud pública para disminuir la transmisión vertical de la enfermedad, si bien las gestantes pueden tener acceso a pruebas diagnósticas y a medidas preventivas con el objeto de disminuir la transmisión temprana esta puede ocurrir, sin embargo, al ser manejada adecuadamente puede reducir el daño al mínimo posible (2).

El presente es un caso clínico de una gestante a término con diagnóstico de hepatitis B en el primer trimestre del embarazo, que no presentó complicaciones durante la gestación y que acude al establecimiento para la atención de parto, inicialmente se le programa para una cesárea electiva por antecedente previo, sin embargo, se realiza parto vaginal luego del cual el recién nacido es vacunado contra hepatitis B, gestante no presenta complicaciones y se le indica iniciar tratamiento contra hepatitis B para lo cual es citada por consultorio externo.

En los últimos 25 años MINSA ha registrado más de 50 recién nacidos con madres con hepatitis B de los cuales el 40% ha recibido inmunoglobulina y vacuna contra hepatitis B (3).

Palabras claves: hepatitis B, gestación a término, infección de transmisión sexual.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción del problema

El virus de la hepatitis B es un virus de doble cadena de ADN que pertenece a la familia Hepadnaviridae, es 100 veces más infeccioso que el virus del VIH, se encuentra en fluidos y sangre corporal y puede permanecer activo más de una semana en sangre desecada en el medio ambiente, debemos hacer una revisión de este virus pues trae consecuencias y repercusiones en el recién nacido (4).

La hepatitis es una de las principales causas de enfermedad aguda y crónica en el mundo, que tiene una alta tasa de mortalidad, se han especificado cinco virus de la hepatitis, cada una con características epidemiológicas definidas, en el caso de la hepatitis B es un virus que se estima está en 2 billones de habitantes en el mundo, los cuales se estima que 350 millones son portadores crónicos y una cuarta parte de ellos podría morir por hepatitis crónica (2). El Perú se encuentra entre los países endémicos para hepatitis B con significativa prevalencia en algunas ciudades, por

ejemplo, en la selva la endemicidad está entre media y alta desde un 2.5% hasta un 83% en población indígena en Iquitos, en Lima la prevalencia esta cercana a 3.5%. El virus de la hepatitis B puede transmitirse a través de piel y mucosas, por ello un grupo de alto riesgo son los recién nacidos de madres con hepatitis y las personas que están en contacto común con sangre, líquidos corporales, material contaminado, ya sea en función a enfermedades cómo la hemofilia, profesionales como personal de salud o estilos de vida como drogadictos o promiscuos (5).

En los recién nacidos, la transmisión es vertical de madre a hijo y en los demás casos es horizontal o vía parenteral, durante la gestación la placenta cumple la función de impedir el paso de la hepatitis B, en mujeres con antígeno hepatitis B, el antígeno pasa la placenta y puede detectarse en dos de tres recién nacidos, pero en títulos que no guardan relación con el título materno, en los niños que son infectados con el antígeno de hepatitis B puede dejar de detectarse entre 6 y 12 meses después de haber nacido, en caso de no haber profilaxis la posibilidad de transmisión es del 80 a 90% y en el caso de usar algún tipo de profilaxis se reduce al 8% (5).

La proporción de transmisión perinatal de la hepatitis B en las madres infectadas es menor al 10% en países occidentales, sin embargo, en países endémicos como China la tasa de infección puede ser mayor al 90%, la transmisión de la madre al infante puede ocurrir durante la gestación a través de la circulación materno fetal, en el momento del parto, durante el pasaje por el canal del parto o después del mismo, en el contacto entre madre y recién nacido, debemos mencionar que la cesárea no ha demostrado que pueda eliminar el riesgo de adquirir infección perinatal y aunque se ha encontrado antígeno de hepatitis B en la leche materna no hay evidencia que la transmisión del hepatitis puede realizarse a través de la

lactancia, la vacunación en los países del sudeste asiático a inicios de los años 80 a tenido buenos resultados (1).

Por ello es que se deben de continuar con las revisiones sistemáticas de estos temas con el objeto de prevenir la enfermedad y sus complicaciones.

1.2. Justificación

En el Perú, los estudios que se han realizado de la población endémica como en Ayacucho muestran una prevalencia baja de antígeno hepatitis B, lo cual indica que la infección no ocurre en el momento del parto sino durante los primeros años de vida del niño, en una exposición a portadores crónicos ya sea dentro o fuera del hogar. En el Perú las tasas son muy bajas, cuando la madre es antígeno hepatitis B se considera que es imprescindible la inmunización del recién nacido durante las primeras 12 horas de nacido, conocido que la alta tasa de evolución hacia la cronicidad de los casos de hepatitis B se dan en los primeros años de vida es importante la vacunación como estrategia para reducir drásticamente a los portadores crónicos. Es por ello que es importante realizar esta revisión pues nos permite conocer la prevalencia de casos con el objetivo que nos permita establecer medidas preventivas y evitar complicaciones y consecuencias tanto a la madre como al recién nacido.

1.3. Marco teórico

1.3.1. Antecedentes

a.- Antecedentes Internacionales

Andrade L, et al (Ecuador-2021). Tesis titulada “Vacunación contra hepatitis B”, que realiza una revisión de los conceptos acerca de esta patología, este estudio fue una revisión de los últimos 10 años, se identifican los factores que predisponen al riesgo y en quienes son las personas que están con mayor probabilidad de riesgo, se concluye que se debe realizar el cuidado preventivo para evitar contagiarse de hepatitis B (6).

Bojorquez C (Guatemala-2020). Tesis titulada “Infecciones de Transmisión Sexual en embarazadas” que tiene como objetivo determinar la frecuencia de las ITS a través de un estudio descriptivo, en la que se encuentra que el 0.09% tuvo resultados reactivos para hepatitis B, se concluye que las principales ITS son sífilis, hepatitis B y VIH en las gestantes (7).

Maia de Oliveira M (Brasil-2018). Estudio denominado “Hepatitis B y C en embarazadas atendidas en un hospital universitario”, en la que se revisa la morbimortalidad de la enfermedad y la seroprevalencia a través de un estudio descriptivo, cuantitativo y retrospectivo, entre los resultados tenemos 1.9% de prevalencia de hepatitis B y de 35.9% de antígeno de hepatitis B, se concluye que hay una alta prevalencia de la enfermedad y se debe realizar actividades preventivas para disminuir las tasas de infección (8).

Navío M (España-2017). “Protocolo clínico de hepatitis y embarazo”, en la que se establece que la prevalencia de la hepatitis B es de 1/1000 y aunque no se establece un tratamiento específico, se debe prevenir, reducir y controlar la infección, el

objetivo es establecer un tamizaje estandarizado y sistematizado para no perjudicar a la madre y el recién nacido (9).

Basantes G, et al (Ecuador-2017). Tesis titulada “Prevalencia de Hepatitis B y sus consecuencias en Mujeres Embarazadas en la Población Indígena” que realiza un análisis de la hepatitis B y los cuadros agudos y crónicos. Se hace un análisis sistemático, transversal, se evaluaron 88 historias clínicas, entre los resultados obtenidos tenemos: anemia 22.7%, anemia y preeclampsia 4.5%, anemia y RPM 4.5% con mayor prevalencia en la adolescencia, sin excluir otras etapas de la vida (10).

b.- Antecedentes Nacionales

Basilio-Rojas M (Perú-2020). Revisión titulada “Prevalencia de VIH, sífilis y hepatitis B en gestantes del primer nivel de atención”, con el objetivo de conocer la prevalencia de ITS y hepatitis B, se realizó un estudio transversal en 5185 gestantes atendidas entre 2019 y 2020, se evaluó las características demográficas y se obtuvo que el 0.34% presentó hepatitis B, se concluye que la prevalencia de VIH, sífilis y hepatitis B se ha incrementado respecto del año previo (11).

Rodríguez R (Perú-2020). “Cumplimiento de las medidas de prevención y detección de VIH, sífilis y hepatitis B”, es un estudio de tipo descriptivo, prospectivo en la que se evalúa a puérperas inmediatas y recién nacidos a los cuales se les tamiza para VIH, sífilis y hepatitis, dentro de los resultados se tienen la alta

prevalencia de hepatitis B en gestantes y se concluye la necesidad de realizar actividades preventivas (12).

Nuñez T, et al (Perú – 2019). Tesis titulada “Prevalencia del virus de la hepatitis B”, cuyo estudio fue tipo observacional, transversal y analizó a 185 gestantes para detectar antígeno de superficie de la hepatitis B, y se detectó 8 casos positivos, luego del análisis se determina que la endemidad es mediana en el lugar donde se desarrolla la evaluación (13).

Borda-Olivas A, et al (Perú – 2018). Estudio acerca del “Cumplimiento de la vacunación contra el virus de la hepatitis B en recién nacidos de Lima y Callao” de tipo descriptivo, multicéntrico a nivel público y privado, se realizaron entrevistas a los padres e incluyó a 935 recién nacidos y se obtiene que el 85.1% recibió la vacuna contra hepatitis B. Se concluye que las metas ideales de vacunación aún están lejos de lo requerido por el Ministerio de Salud (14).

Ferrandiz J, et al (Perú-2017). Estudio titulado “Hepatitis B Crónica”, que realiza una actualización en el diagnóstico y tratamiento, por ello se describe la epidemiología, genotipos e historia natural de la enfermedad y el tratamiento realizado en la población general y en embarazadas. Se concluye que la revisión debe realizarse de manera consecutiva y dentro de los cambios que en la medicina basada en evidencias aparecen (15).

1.3.2. Bases Teóricas

Toda gestante al inicio del control prenatal debería realizarse un control de detección de antígenos de hepatitis B independientemente si ha sido vacunada o no, en el momento del parto esta prueba debe ser realizada a toda mujer que no tenga la prueba de antígeno de hepatitis B o aquellas que tienen alto riesgo de haberla contraído, por ejemplo, usuarias de drogas parenteral mujeres que tengan más de una pareja sexual en los últimos 6 meses, parejas con hepatitis B o aquellas que cursan un tratamiento de infección de transmisión sexual. Asimismo, se debe sugerir el tamizaje de los contactos e indicar la vacunación apropiada si no hay una evidencia de una inmunidad (16).

Epidemiología

La Organización Mundial de la Salud refiere que más de 250 millones de personas padecen de hepatitis B, un 20% de los afectados muere por causa de esta infección, la hepatitis B causa el 30% de los casos de cirrosis y un 50% de las hepatocarcinomas. La zona de alta endemia (>8%) está representada por Asia, África y la región amazónica de Sudamérica (17).

Marco conceptual

El virus de la hepatitis B, se replica en el hepatocito y produce la muerte de las células infectadas, esto debido a la respuesta inmune que genera.

La trasmisión se lleva a cabo por contacto directo con la sangre y fluidos corporales, podría encontrarse en secreciones vaginales, saliva, lagrimas, bilis, LCR, liquido pericárdico, líquido amniótico, aunque solo las secreciones vaginales tienen las concentraciones suficientes como para causar infección, otras secreciones no son

infecciosas a menos que contengan sangre, en la leche materna se pueden encontrar pequeñas cantidades de virus que son insuficientes para contagiar (8).

Vías de transmisión (18)

- Vía parenteral
- Vía sexual
- Transmisión vertical

Síntomas

Es la causa más común de ictericia durante el embarazo las embarazadas no tienen mayor susceptibilidad.

Dentro de los síntomas más frecuentes tenemos náuseas, vómitos, anorexia, fatiga, fiebre de manera inicial y posteriormente ictericia, coluria y acolia (19).

Clínica

La hepatitis B es admitida básicamente por contacto sexual y mediante suena infectado tiene un período de incubación de 28 a 160 días de evolución prolongada y grave durante la infección la bilirrubina y las aminotransferasas están más altas esa enfermedad es mundial pero se considera endémica en África y Asia luego de la transmisión del virus de la hepatitis B denominada DANE, se produce la infección hepática del antígeno de superficie para hepatitis B el cual no es infeccioso pero es muy útil como marcador de infección aparece 10 a 14 días antes de la sintomatología el antígeno de la hepatitis B generalmente aparece 6 a 8 semanas antes del comienzo de la evidencia clínica de la enfermedad y su presencia por más

de tres meses se asocia a una hepatitis crónica el diagnóstico se hace por las características clínicas y se confirma por su alteración inmunológica (20).

Hepatitis B durante el primer y segundo trimestre no trae mayor consecuencia sin embargo el tercer trimestre podría tener mortalidad fetal y riesgo de prematuridad la transmisión perinatal puede darse por la exposición a sangre o heces infectadas durante el parto la transmisión transplacentaria solo es del 5% y también puede considerarse el calostro en algunos según algunos autores (21).

Prevención de la infección perinatal.

La transmisión perinatal es atribuible a una microruptura en la placenta y el contacto de las secreciones en el momento del parto entre la madre y el recién nacido, la transmisión dentro del útero se considera inusual excepto si hay una evidencia de una infección aguda durante el último trimestre del embarazo, entre los principales factores de la infección intraútero de la hepatitis B está la positividad para antígenos de hepatitis B de la madre, historias de amenaza de parto pretérmino y presencia de hepatitis B en la placenta, hay una alta eficacia en la protección de los programas de vacunación postnatal en las que se indica que el alto riesgo de infección es predominantemente después del parto, luego de la vacuna se debe realizar una evaluación completa entre los 9 y 18 meses de edad dado que pruebas previas a los 9 meses pueden indicar anti-HBs de la hepatitis administrada lo cual va a desaparecer (19).

El embarazo no es una contraindicación para poder vacunarse contra la hepatitis B, toda gestante susceptible debe ser vacunada, en mujeres que han adquirido la

infección en el último trimestre suele incrementarse la tasa de prematuridad y se transmite el virus a más del 60% de los recién nacidos (9).

Dentro de los factores de mayor riesgo de transmisión de hepatitis B están la positividad para los antígenos de hepatitis B y el parto pretérmino, el antígeno hepatitis B usualmente no cruza la barrera placentaria, la transmisión intraútero podría reducirse con el uso de la vacuna de la hepatitis B y el uso de lamivudina. La administración de una vacuna entre la semana 28 a 36 reduce la transmisión del virus de la hepatitis B en un 27% (4).

Hepatitis B aguda durante el embarazo

Esta se presenta usualmente en forma subclínica o como una enfermedad leve en el 30% de los casos, puede provocar ictericia, náuseas, vómitos, dolor en el cuadrante superior derecho y los niveles de transaminasas se elevan por encima de las 10 UI/L, la mayoría de síntomas se resuelven en semanas, sin embargo, desarrollan en el 1.5% de los casos fallas hepáticas fulminantes y puede desarrollarse un diagnóstico diferencial de síndrome de HELLP (19).

La infección aguda de hepatitis B no ha demostrado ser teratogénica o estar asociado a un incremento de la mortalidad, no debería significar terminar con la gestación, sin embargo, se asocia alta tasa de bajo peso al nacer y prematuridad(4).

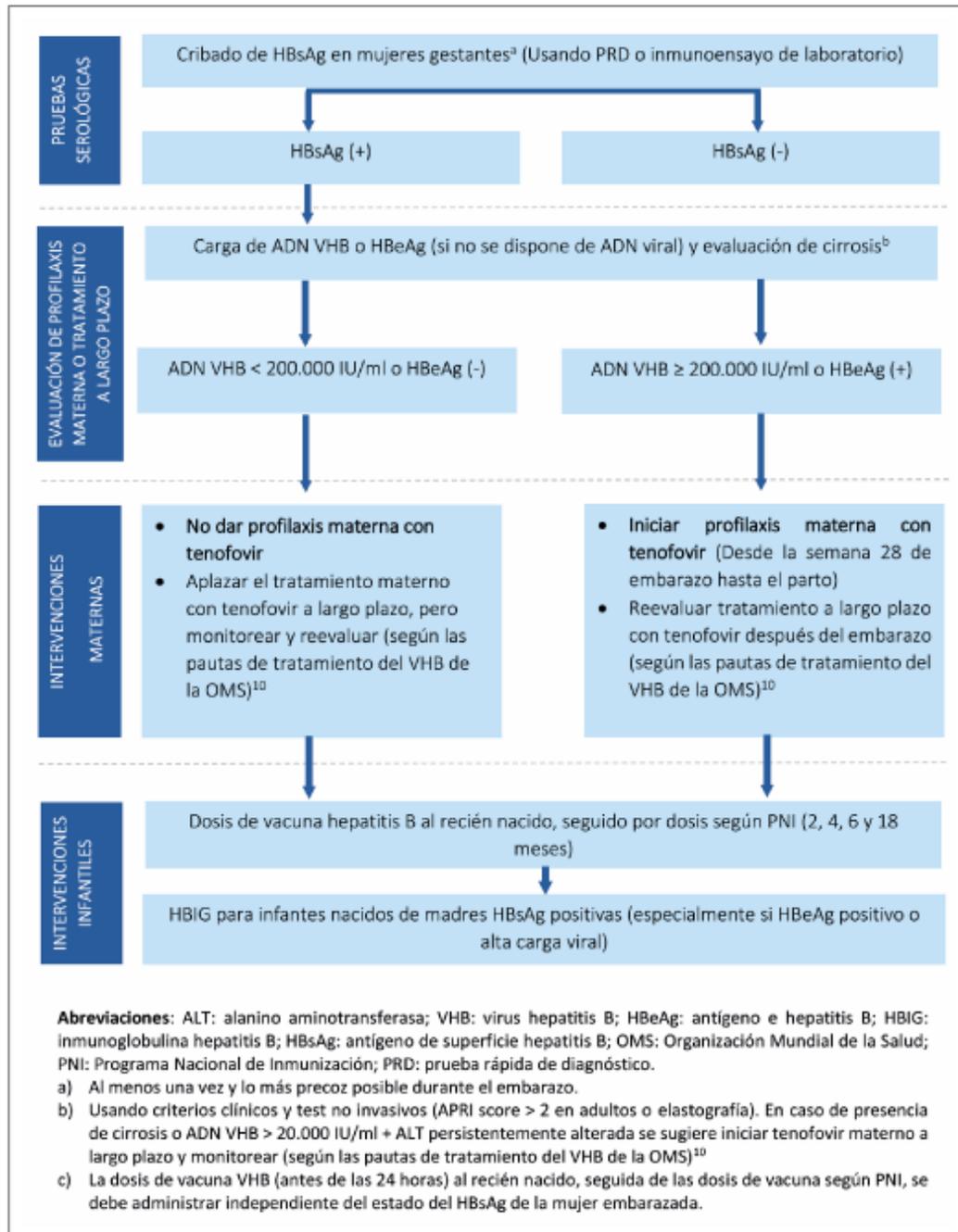
Hepatitis B Crónica durante el embarazo

La lamivudina, el interferón A son drogas clasificadas como categoría C. Los trabajos acerca de la hepatitis crónica son limitados y requieren mayor control, sí bien se puede utilizar la lamivudina, la experiencia sobre la seguridad de la gestante debe ser aún vigilada, el embarazo no afecta significativamente la farmacocinética de la droga puesto que no cruza la barrera placentaria, sin embargo, se han reportado casos de acidosis láctica por lo que se recomienda un monitoreo frecuente sobre todo durante el tercer trimestre en la que las transaminasas están elevadas, la decisión de continuar con una terapia antiviral durante la gestación depende de la enfermedad hepática materna y el beneficio potencial que brinde está a la madre. Las mujeres jóvenes en las que están propensas a iniciar un tratamiento después del embarazo se sugieren que esa línea terapéutica sea cambiada considerando utilizar un medicamento de primera línea para la hepatitis B crónica (15).

En diversos estudios realizados en el sudeste asiático revela un incremento en la incidencia de morbilidad materno infantil, distrés fetal, parto prematuro y peritonitis meconial, sin embargo, esto no se ha demostrado en países occidentales. En un análisis multivariado la hepatitis B se ha asociado a diabetes mellitus, hemorragia preparto, amenaza de parto prematuro, preeclampsia, rotura de membranas preparto (22).

Manejo

La OMS ha propuesto el siguiente algoritmo para intervenciones materno fetales que permitan prevenir la transmisión madre-hijo (5,17).



Algoritmo N° 1 Manejo de gestante con HBsAg (+) (5)

Hepatitis B Crónica impacto del embarazo

Si bien el curso de la infección en el embarazo es bien tolerado por las portadoras de hepatitis B, la gestación y la producción de corticoides como estrógenos y progesterona pueden tener efectos inmunosupresores que incrementan los niveles de antígenos para hepatitis B en sangre (7). Hace 50 años diversos estudios indicaban que el virus de la hepatitis B se transmitían por la leche materna y en varios de los países se prohibió la lactancia, sin embargo, diversos análisis establecieron que la infección en lactantes amamantados frente a bebés alimentados con fórmula tenía una prevalencia muy similar, con protocolos actuales y una vacunación para hepatitis B a todos los bebés de madres con antígenos positivos para hepatitis B alcanzan a una transmisión menor a 5%. Es así que la Academia Americana de Pediatría indica que la lactancia no está contraindicada para los bebés nacidos de madres con antígenos positivos para hepatitis B, pero ellas no deben participar en la donación de leche materna. No se recomienda el uso de lamivudina durante la lactancia, aunque parece ser segura en otras enfermedades virales (17).

Tratamiento

El tratamiento es semejante en embarazadas y no embarazadas, se debe recibir una dieta balanceada, ingestión adecuada de proteínas, debe tener reposo absoluto y obviar medicamentos que puedan generar toxicidad en hepatitis B, si hay contactos de alto riesgo se debe colocar globulinas inmunitarias para la hepatitis B (6). Igualmente indicada en zonas endémicas, la profilaxis en los recién nacidos deben recibir inmunoglobulinas durante las primeras 12 horas de nacidos, los lactantes deben recibir una vacuna para hepatitis B intramuscular, preferiblemente en el

momento de recibir las inmunoglobulinas para hepatitis B, deben reforzarse las vacunas de hepatitis B al mes y a los 6 meses, la mejor profilaxis para hepatitis B es el interferón alfa en caso fulminantes trasplante hepático (9,15).

Así se tratamiento curativo por lo general lo que se debe hacer es tomar medidas preventivas sabiendo que la principal vía de contagio es vertical es en base a ello que se debe generar estrategias para incluir este hecho en las gestantes en 95% de las infecciones se resuelve espontáneamente sin embargo Si eso pasa en las primeras semanas podría causar un aborto espontáneo gestante cuando se realizará controles prenatales la obstetra debe detectar el antígeno para hepatitis B. La infección crónica es inversamente proporcional a la edad de momento del video presentando hepatitis el 90% de los lactantes positivo (15).

CAPÍTULO II

CASO CLÍNICO

2.1.- Objetivo:

2.1.1. Objetivo General

- Conocer el manejo de gestantes con hepatitis B en un hospital de nivel II-1

2.1.2. Objetivos Específicos

- Analizar el manejo de la hepatitis B en gestantes a término.
- Conocer cuáles son las complicaciones de la hepatitis B.

2.2.- Datos relevantes del caso clínico.

Antecedentes registrados en la historia clínica:

Antecedentes obstétricos:

Gesta 3: abortos 1, parto 2

Última gestación: 21 de marzo 2014

Antecedentes familiares: niega

Antecedentes personales: cesárea anterior

Peso habitual: 78 kg

Talla: 152 cm

Tipo de sangre: A Rh positivo

Hepatitis B positivo: enero 2021

Fecha de última regla: 6 Dic 2020

Fecha probable de parto: 12 Sep 2021

Hemoglobina: 10.7 gr/dl: 22 de Mar 2021

HIV: negativo

Orina: negativo

Glucosa: 86 mg/dl

Tabla N° 1 Datos de la tarjeta perinatal

	9/7/21	2/8/21	20/8/21	27/8/21	3/9/21	10/9/21
EG	30 sem	34 sem	36,5 sem	37,5 sem	38,5 sem	39,5 sem
Peso materno	80,4	81	81	81	82,8	82,5
Presión arterial	110/60	100/60	100/60	90/60	90/60	110/70
AU	32	32	33	35	34	34
FCF	145	144	148	136	148	140
Edema	-	-	-	-	-	-
FC	72		76	80		

15/02/2021

Diagnóstico:

- Hepatitis B complica embarazo.

Enfermedad actual:

Acude con resultado de posta, HBV reactivo del 11/02/2021. No antecedentes de hepatitis.

No presenta ictericia, BEG, BEH. BEN, LOTEPE.

Recomendación:

Se solicita carga viral HBV y antígeno HBV al INS.

Antígeno Australiano: REACTIVO

Hepatitis C: NO REACTIVO

HTLV1/HTLV 2: NO REACTIVO

23/02/2021

Diagnóstico:

- Hepatitis B

Enfermedad actual:

Se entrega resultado de antígeno HBV reactivo., se solicita perfil hepático y alfa feto proteína, urea, creatinina.

Se solicita que venga a tomarse muestras para INS.

Recomendación:

Con resultados se va a decidir si requiere medicación.

22/03/2021

Diagnóstico:

- Hepatitis crónica
- Hepatitis B complica el embarazo.

Enfermedad actual:

Gestante asintomática

No ictericia

Recomendación:

Se solicita nuevo análisis

RESULTADO DE EXAMENES

Creatinina 0.49 mg/dl

PERFIL HEPÁTICO

Proteínas Totales 5.19 gr/dl

Albumina 2.78 gr/dl

Bilirrubina Total 0.31 mg/dl

Bilirrubina Directa 0.18 mg/dl

TGO 16 UL

TGP 14 UL

Fosfatasa Alcalina 192 UL

30/03/2021

Diagnóstico:

- Hepatitis B crónica

Enfermedad actual:

Se entrega resultado

Carga viral HBV < 10 UI/ml

Recomendación:

No necesita tratamiento con tenofovir

16/09/2021

06:20 hrs

Paciente acude a establecimiento por dolor tipo contracción uterina

FCF 150x', PA 100/60 mmHg, T 36.5 C, FC 66x', FR 18x', FCF:150x', DU: NO.

Se indica hospitalización

Se toma antígeno: negativo

Se canaliza NaCl 9/1000

Motivo de consulta: paciente refiere contracciones hace 4 a 5 horas, niega sangrado vaginal, niega PLA.

Examen físico:

SO 98%, Peso: 84,6 kg.

Carga viral VHB (02/03/2021).

Examen gineco-obstetra:

Chance vaginal.

AU: 35 cm

Movimientos fetales: ++

FCF: 150x'

SPP: LCI

DU: no se evidencia

Tono uterino: normal

Ponderado fetal: 3500 gr

Pelvis ginecoide

Diagnóstico:

- Gestante 40 4/7 sem
- No trabajo de parto
- ARO
- Hepatitis B

Indicaciones:

- Se hospitaliza en sala de puerperio
- Monitoreo materno fetal
- Vía salinizada
- Interconsulta infectología
- Posibilidad de inducción
- Evaluación con Perfil Biofísico Fetal
- Se solicita interconsulta con neonatología

07:40 hrs

Gestante pasa a hospitalización, LCF 148x', DU esporádica, SV no, PLA no, movimientos fetales presentes.

PA 110/70 mmHg, T 37C, FC 80x', FR 18x'.

08:00 hrs

PA 100/60 mmHg, LCF 130X', DU No

08:30 hrs

LCF 130x', DU esporádica, SV no, PLA no, movimientos fetales presentes.

PA 100/60 mmHg, T 37C, FC 68x', FR 20x'.

10:00 hrs

Paciente es evaluada por infectólogo quien indica tomar antígeno HBV.

11:00 hrs

Paciente ingresa a unidad de bienestar fetal, con diagnóstico de gestante de 39 semanas, no trabajo de parto, hepatitis B.

FCF 130x', PA 100/70 mmHg, T 37C, FC 80x', FR 18x', DU 1/10+++35-40''

Se inicia NST.

11:30 hrs

PA 100/60 mmHg, LCF 144X', DU 1/10+++30'

11:37 hrs

NST reactivo, LCF 135x', DU 1/10+++40''

13:00 hrs

NOTA DE INGRESO OBSTÉTRICA

ANTECEDENTES

PERSONALES: HTA (-) TBC (-) DM (-), ASMA (-).

FUR: NR

PA: 120/70 mmHg, FR 17x', FC 73x', SO 99%

FAMILIARES: HTA (-) TBC (-) DM (-), ASMA (-).

14:00 hrs

PA 110/70 mmHg, LCF 150X', DU 1/10+++30'

15:04 hrs

Paciente refiere que ya no desea parto vaginal a pesar de informarle los beneficios y riesgos de un parto vaginal en una cesareada anterior.

Plan:

- Se solicita depósito de sangre
- Riesgo quirúrgico
- Preparar para cesárea electiva + BTB
- Planificación familiar

15:30 hrs

PA 120/70 mmHg, T 36.6 C, FR 18x'

16:00 hrs

PA 100/60 mmHg, LCF 144X', DU 2/10++30'

18:00 hrs

PA 110/70 mmHg, LCF 150X', DU 1-2/10++30'

18:40 hrs

LCF 144x', MF ++, DU 1/10++35'', SV no, PLA no.

PA 100/60 mmHg, T 37C, FC 70x', FR 20x'.

TV: D 4 cm, I 100%, membranas rotas espontáneamente.

18:43 hrs

Paciente de 37 años con diagnósticos planteados percibe movimientos fetales, niega sangrado vaginal, obstetra reporta DU 1-2/10 ++ 30', LCF 135x', ponderado fetal 3604 grs, placenta fúndica posterior, PBF 8/8.

Al examen: abdomen AU 35 cm, MF ++.

TV: D 4 cm, I 100%, membranas rotas espontáneamente.

Diagnóstico: Idem

Peso: 84 kg

G4P2012

Grupo O Rh +

Plaquetas: 180,000

Hb 11,5 gr/dl

TC 6'

TS 2'

Antígeno australiano reactivo

Diagnóstico:

- Gestante 40 4/7 sem x ECO
- Trabajo de parto fase activa
- Hepatitis B
- Obesidad tipo I
- ARO
- Aceptante AQV

Plan:

- Monitoreo materno fetal
- Vía salinizada
- Evolución espontánea
- Reevaluación 2 hrs
- Analgesia de parto

Tratamiento:

NaCl 9/1000 + oxitocina 10 UI

Dimenhidrinato 50 mg

19:00 hrs

Paciente ingresa a centro obstétrico

LCF 150x', MF ++, DU 1/10++35'', SV no, PLA no.

PA 110/70 mmHg, T 37C, FC 77x', FR 18x', DU 3/10++30'

20:00 hrs

PA 100/70 mmHg, FC 81 x', FR 18X', LCF 142X', DU 3/10++30'

20:45 hrs

Gestante de 40 4/7 sem.

Al examen: LCF 137x', MF ++, DU 3/10++30''

D 5 cm, I 90%, AP -3, PF 3400 grs.

PA 100/70 mmHg, FC 82x', FR 17x', T 37 C

21:00 hrs

PA 100/70 mmHg, FC 82 x', FR 17X', LCF 137X', DU 3/10++30'

TV: D 5 cm, I 90%, AP -3.

21:30 hrs

PA 100/70 mmHg, FC 82 x', FR 17X', LCF 132X', DU 3/10++30'

Se administra dimenhidrinato 50 mg IM

21:35 hrs

Se administra dimenhidrinato 50 mg EV

21:40 hrs

Se inicia estimulación con oxitocina por indicación médica

22:00 hrs

PA 100/70 mmHg, FC 81 x', FR 18X', LCF 133X', DU 4/10++30'

22:45 hrs

PA 100/70 mmHg, FC 82 x', FR 17X', LCF 131X', DU 5/10++30'

Paciente es evaluada

TV D 8 cm, I 100%, AP -2, LCF 131x', DU 5/10++30''

Paciente en observación y control

Reevaluación en 2 horas

23:10 hrs

Paciente con sensación de pujo es evaluada, pasa a expulsivo, LCF 150x'.

23:15 hrs

Se continua con monitoreo intermitente en expulsivo. LCF 120 – 142x'.

23:45 hrs

Parto vaginal, RN varón, Apgar 9 al 1', 9 a los 5', pinzamiento inmediato de cordón umbilical. Se administra 10 UI de oxitocina.

HOJA PELMATOSCÓPICA

Tipo de parto: Vaginal

Sexo: varón

Peso: 3575 grs

Talla: 50,5 cm

Perímetro cefálico: 34 cm

Perímetro torácico: 35 cm

Capurro: 39 sem

Temperatura: 36,6

23:50 hrs

Alumbramiento tipo Schultz, placenta y membranas completas.

Se agrega 30 UI de oxitocina, loquios hemáticos (+), se realiza sutura de episiotomía.

Neonatólogo indica vacunación a recién nacido contra Hepatitis B.

17/09/2021

00:20 hrs

Puérpera inmediata de parto vaginal con útero contraído, loquios hemáticos (+), en observación y control.

KARDEX DE OBSTETRICIA (PUERPERIO)

Tipo de parto vaginal

Diagnóstico de ingreso:

- Puérpera inmediata
- Parto vaginal

Plan

- Monitoreo materno
- Masaje uterino
- NaCl 9/1000 + 30 UI oxitocina

06:00 hrs

Paciente pasa la noche tranquila, no refiere molestias, bebé en alojamiento conjunto.

PA 100/70 mmHg, FR 18x', FC 78x', T 36.6 C

Al examen:

Mamas: blandas, secretantes

Abdomen: útero contraído, AU 13 cm.

Loquios hemáticos escasos, no mal olor

No edemas.

Diagnóstico:

Puérpera de +/- 7 horas

Hepatitis B

Plan:

Alta con indicaciones

Cita en 7 días por consultorios de infectología para iniciar tratamiento.

RESULTADO

HEMOGRAMA AUTOMATIZADO

Leucocitos 9,100 mm³

Abastados 00%

Segmentados 67%

Eosinófilos 08%

Basófilos 00%

Monocitos 05%

Linfocitos 20%

Hematíes: 3.50 mill/mm³

Hemoglobina 11.5 gr/dl

Hematocrito 33.3 %

Constantes Corpusculares VCM 94.6 fL

HCM 32.8

CHCM 34.6 gr/dl

RDW-C 13.2%

Plaquetas 180,000 mm³

Tiempo de Coagulación 6 Min

Tiempo de Sangría 2 Min

Protrombina 12.1 seg

Porcentaje de Actividad 96.2 %

INR 1.0

2.3. Discusión

- De acuerdo a lo mencionado por Gómez, la infección en el primer trimestre por hepatitis B, no complica el embarazo, pero puede predisponer a un parto pretérmino, sin embargo, este último hecho no concuerda con lo sucedido en el presente caso.
- Según lo referido por Ferrandiz acerca de formas de transmisión, refiere que la cesárea no ofrece una ventaja para proteger a un recién nacido, es por ello durante la atención se ofreció una consejería para precisar las ventajas del parto vaginal, si bien se programa una cesárea electiva, se logra atender el parto por vía vaginal.
- La vacunación del recién nacido posterior al parto es algo que se indicó realizar y se condice con lo expresado en el trabajo realizado por Andrade, que muestra los protocolos de vacunación que deben ejecutarse en los recién nacidos y en casos de madres con hepatitis B.

- Diversos autores entre ellos Castro, Mora, Rodríguez, refieren que el tratamiento en el caso de las gestantes puede realizarse de acuerdo a la evaluación después del parto, y en este caso se decidió lo mismo, debido a que durante la gestación no hubo un reporte acerca del tratamiento durante la misma, por ello es que se le cita en el periodo de 7 días para poder iniciar con el tratamiento.

2.4. Conclusiones

- El manejo que se realizó a la gestante con diagnóstico de hepatitis B fue realizado de acuerdo a la norma y protocolos del establecimiento, sin embargo, es preciso mencionar que al no haber un infectólogo durante todo el día en el establecimiento, el tratamiento no se realizó inmediatamente, aunque se actuó con dentro de la literatura, indicando iniciar el tratamiento en el puerperio y en el caso del recién nacido el neonatólogo indico la vacunación dentro de las 12 horas ocurrido el parto.
- No es usual según la literatura y los investigadores (Ferrandiz, Castro, Barros, entre otros) que una gestante con hepatitis B llegue al término de la gestación, es más lo usual es el parto pretérmino, sin embargo, la gestante tenía 40 4/7 semanas, entre otras variables que complicaron el manejo están que durante el control prenatal no se decidió realizar el tratamiento de la hepatitis B, no habían análisis acerca de otro tipo de enfermedades de transmisión sexual, y ello pudo complicar la salud de la madre y el recién nacido.
- Respecto a las complicaciones y consecuencias, no se han presentado durante la gestación ni en el parto, pero es necesario el seguimiento y control tanto para la madre y el recién nacido para evitar una complicación futura.

2.5. Recomendaciones

- Capacitar a las obstetras en el manejo de enfermedades crónicas que puedan ocurrir durante la gestación, para poder afrontar de manera adecuada las posibles complicaciones que se presenten.
- Mejorar las acciones preventivas antes y durante el embarazo que permita brindar una atención de calidad y anteponiéndose a posibles complicaciones.
- Realizar la presentación de casos clínicos no usuales durante la practica diaria , que permita conocer el manejo y las normas que se tienen para la atención del mismo.
- Trabajar con el equipo multidisciplinario para brindar una atención integral en pro de la madre y el recién nacido.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gómez I. Vista de Hepatitis viral en la gestación. Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]. 47AD [cited 2021 Nov 10];1. Available from: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/1329/1452>
2. Ramos M, Ruiz V, Moreno A. Cuidados en la prevención de la transmisión vertical del virus de la hepatitis B. Conoc Enferm [Internet]. 2020 May 4 [cited 2021 Nov 10];3(08):5–14. Available from: <https://www.conocimientoenfermero.es/index.php/ce/article/view/91>
3. Ministerio de Salud. Norma Técnica de atención.[Internet]. [cited 2021 May 10]. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4172.pdf>
4. Cañón K, Torres L, Caviedes J, Parra M, Granada C. Avances y progresos de la enfermedad hepática durante la gestación. Rev Neuronum [Internet]. 2019 Nov 23 [cited 2021 Nov 10];6(1):99–120. Available from: <http://eduneuro.com/revista/index.php/revistaneuronum/article/view/217>
5. Castro V, Faret C, Abarzúa C, Castro V, Faret C, Abarzúa C. Transmisión vertical de hepatitis B: Importancia de incorporar el cribado en el control prenatal en Chile. Rev Chil infectología [Internet]. 2021 Jun 1 [cited 2021 Nov 10];38(3):401–9. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182021000300401&lng=es&nrm=iso&tlng=es
6. Andrade L, Chamorro A. Vacunación contra Hepatitis B en Ecuador: Grupos de riesgo, comorbilidades y hábitos tóxicos en individuos no respondedores. 2021 Aug 10 [cited 2021 Nov 10]; Available from: <http://repositorio.unesum.edu.ec/handle/53000/3139>
7. Bojorquez C. Infecciones de transmisión sexual en embarazadas: estudio descriptivo retrospectivo sobre la detección de infecciones de transmisión sexual diagnosticadas por serología como virus de inmunodeficiencia humana, sífilis y hepatitis B en mujeres embarazadas atendidas en el Hospital Regional de Zacapa, durante los años de 2015 a 2019. 2020;
8. Barros M, Ronchini K, Soares R. Hepatitis B and C In Pregnant Women Attended by a Prenatal Program in an University Hospital in Rio de Janeiro, Brazil: Retrospective Study of Seroprevalence Screening. Arq Gastroenterol [Internet]. 2018 Jul 1 [cited 2021 Nov 10];55(3):267–73. Available from: <http://www.scielo.br/j/ag/a/hbnBjKFhFN5Js4Vx9Zgz9Bj/abstract/?lang=en>
9. Navío M. Protocolo clínico de hepatitis y embarazo. 2017 May 3 [cited 2021 Nov 10]; Available from: <http://repositori.uji.es/xmlui/handle/10234/167598>
10. Basantes G, Calo C, Mazón A. Prevalencia de hepatitis B y sus consecuencias en mujeres embarazadas en la población indígena que acudieron al Hospital José María Velasco Ibarra de la ciudad del Tena,

- período 2014-2016. 2017 [cited 2021 Nov 10]; Available from: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/15390>
11. Rojas B, Basilio-Rojas M, Morales J. Prevalencia de VIH, Sífilis y Hepatitis B en gestantes del primer nivel de atención del Callao. *Peruvian J Heal Care Glob Heal* [Internet]. 2020 Dec 29 [cited 2021 Nov 10];4(2):71–5. Available from: <http://revista.uch.edu.pe/index.php/hgh/article/view/69>
 12. Rodríguez R. Cumplimiento de las medidas de prevención y detección de VIH, sífilis y hepatitis B, según la norma técnica, en gestantes y recién nacidos atendidos en el Hospital Cayetano Heredia entre setiembre del 2020 y setiembre del 2021. 2020 [cited 2021 Nov 10]; Available from: <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/8465>
 13. Núñez B, Vilches T, Bulnes L, Trujillo A. Prevalencia del virus de la hepatitis b, en gestantes del Distrito de Santa Rosa. la mar-Ayacucho. enero a diciembre del 2016. *Univ Nac Trujillo* [Internet]. 2019 [cited 2021 Nov 10]; Available from: <http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/15235>
 14. Borda-Olivas A, Florián Á, Santillan E, Alegría M, Sánchez C, Toscano F. Cumplimiento de la vacunación contra el virus de la hepatitis b en recién nacidos de Lima y Callao. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2018 Jul 1;35(3):465–70.
 15. Quiroz J, Sihuas V, Zenteno D, Sandoval P. Hepatitis B crónica: Actualización en el diagnóstico y tratamiento. *Diagnóstico* [Internet]. 2017 [cited 2021 Nov 10];56(1):17–23. Available from: <http://142.44.242.51/index.php/diagnostico/article/view/163>
 16. Silva T. Fatores ambientais e individuais associados à vacinação contra Hepatite B em gestantes. 2018 [cited 2021 Nov 10];100–100. Available from: <http://hdl.handle.net/1843/ENFC-B9ARS3>
 17. Díaz M. Prevalencia y epidemiología de los virus de la hepatitis b y c en mujeres gestantes y en edad fértil en España. Factores de riesgo de transmisión vertical. 2020 Dec 9 [cited 2021 Nov 10]; Available from: <https://digibug.ugr.es/handle/10481/65379>
 18. Toro M, Velasquez B. Embarazada con preeclampsia y aplicación del proceso de atención de enfermería. propósito de un caso [Internet]. Universidad Técnica de Machala; 2020 [cited 2021 Oct 15]. Available from: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/15812>
 19. Velázquez K. Hepatitis B y C en el embarazo: ¿estamos atentos? *Rev GEN* [Internet]. 2017 Oct 16 [cited 2021 Nov 10];64(1):12–3. Available from: <http://genrevista.org/index.php/GEN/article/view/331>
 20. González C. HeberNasvac ® (vacuna recombinante terapéutica contra la infección por el virus de la hepatitis B). *Rev Cuba Farm* [Internet]. 2020 Sep 14 [cited 2021 Nov 10];53(1). Available from: <http://www.revfarmacia.sld.cu/index.php/far/article/view/425/339>

21. González M, Machado B, Rivero B. Monitoring children of hepatitis B surface antigen-positive mothers. *Medicentro*. 2018;22(4):351–4.
22. Toro-Rendón L. Infección por el virus de la Hepatitis B en el embarazo. *Medicas UIS* [Internet]. 2018 Sep 21 [cited 2021 Nov 10];31(2):49–56. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-03192018000200049&lng=en&nrm=iso&tlng=es