



Ateneo

Varicela y embarazo

Junio 2015

Dra. Valeria Alonso

Residente Clínica Ginecotocológica "B"

Dra. Mariana Guirado

Asist. Cátedra de Enfermedades Infecciosas

Dra. Graciela Pérez

Prof. Adj. Cátedra Enfermedades Infecciosas



Caso clínico

Sexo femenino, 27 años. Vive con su hija en un refugio en Montevideo.

2 gestaciones, 2 cesáreas. 1 óbito (pre-eclampsia severa a las 34 semanas).

Cursa embarazo de 33 semanas, captación precoz, mal controlado en cantidad y calidad.

Ingresa al Hospital de Clínicas el 29 de mayo de 2015 por erupción cutánea generalizada de 3 días de evolución.

Lesiones vesiculosas, pústulas y costras. Pruriginosas.

Fiebre en dos oportunidades de hasta 38,5°C axilar.



Caso clínico: examen físico

Examen físico: Vigil BOTE Bien hidratada y perfundida. Tax: 36.5°C.

PyM: múltiples lesiones en cara, tronco y miembros algunas vesiculosas, otras pustulosas y algunas en etapa de costra.

CV: RR 90 cpm RBG No soplos. PA 150/90 mmHg.

PP: Eupneica. Ventilación ambos campos, no estertores. Sat O₂ VEA 99%.

Abdomen: Altura Uterina 29 cm Tono uterino normal, no se constatan contracciones uterinas, latidos fetales normales con doptone. Feto único longitudinal cefálico

Tacto Vaginal: cuello posterior 2 cm longitud, orificio cervical externo cerrado.

SNC: Sin alteraciones



Caso clínico: examen físico





Caso clínico: exámenes paraclínicos

	29/05/15	2/06/15	3/06/15
UREA	19		31
CREATININEMIA	0,62		0,61
HEMOGLOBINA	12,4		11,7
PLAQUETAS	153.000		192.000
LEUCOCITOS	7.920		11.500
VES	58		
URICEMIA	6.0		6.0
TGO	24		26
TGP	13		13
LDH	574		
INDICE PROTEINURIA/CREATININURIA	0,466G/G	0,710G/G	
PROTEINURIA AISLADA	0,55G/L		
Serología VIH, Hepatitis B y toxoplasmosis	No reactivas		



Caso clínico

En suma:

- Sexo femenino, 27 años. Vulnerabilidad social.
- 2 gestaciones, 2 cesáreas. Preeclampsia en gestación previa, 1 óbito.
- Cursando 33 semanas de edad gestacional de embarazo mal controlado.
- Varicela sin evidencias de neumonitis ni compromiso del SNC.
- Estado hipertensivo del embarazo. Síndrome pre-eclampsia-eclampsia.



Caso clínico: tratamiento y evolución

- Ingresa a sala de cuidados moderados.
- Se establecen medidas de de precaución de contacto y respiratorias.
- Se realiza notificación a División Epidemiología del Ministerio de Salud Pública y al Comité de Infecciones Hospitalarias.
- Se inicia tratamiento con aciclovir 500 mg iv cada 8 horas.
- Inducción de la maduración fetal con dexametasona 6 mg im cada 12 horas por 48 horas.

- Buena evolución. En apirexia a partir del 5to día. No nuevas lesiones. Actualmente todas las lesiones en etapa costrosa.



Varicela y embarazo

Indice

- Generalidades – Epidemiología
- Prevención de complicaciones maternas
- Prevención de complicaciones fetales
- Control de la transmisibilidad



Generalidades

- Virus varicela Zoster: Virus ADN, familia Herpes.
- Altamente transmisible, tasa de ataque secundario 60-90%.
- Transmisión respiratoria y contacto (48hs pre-erupción).

3 problemas:

- Varicela grave del adulto.
- Transmisión materno-fetal: síndrome de varicela congénita.
- Infección neonatal severa en el parto.



Poblaciones de riesgo:

- ✓ recién nacidos
- ✓ embarazadas
- ✓ inmunodeprimidos
- ✓ enfermedad cutánea o pulmonar crónica
- ✓ tratamiento corticoideo prolongado

Formas diseminadas y más graves





Epidemiología:

En Uruguay vacunación de los niños desde 1999

- Era pre vacunal:

- ✓ Endemo-epidémica
- ✓ Brotes en primavera
- ✓ Muy prevalente
- ✓ Mayoría en niños < 4 años
- ✓ Alta carga para sistema de salud



- Era post vacunal:

- ✓ del 71-84% de los casos, 88% de las internaciones
- ✓ Descenso de Mortalidad 92% en niños de 1 a 4 años

PERO

- ✓ Persisten brotes
- ✓ Corrimiento hacia adolescentes, adultos con mayor riesgo severidad



Varicela en adolescentes-adultos

- Infección primaria por virus Varicela Zoster (VVZ).
- Más del 90% de los casos sucedían antes de los 15 años en era prevacunada, ahora se corrieron edades
- Impregnación viral, fiebre, erupción maculopapular y vesiculosa.
- Diagnóstico clínico, en casos de duda PCR-IFI de lesiones.
- Transmisión:
 - Respiratoria: 48hs previas a erupción y hasta 5 días posteriores.
 - Contacto: vesículas hasta costra.

Clínica



Pre vacunal

Post vacunal en vacunado

100 – 500 lesiones

< 50 lesiones

Pródromo importante

Pródromo leve

> transmisión y complicaciones

< transmisión y complicaciones

Recuperación lenta

Recuperación rápida



Varicela durante embarazo

- Complica 2-3/1000 embarazos.
- Igual frecuencia de neumonitis que en otros adultos.
- Mortalidad:
 - Aumenta con la edad (adultos 15 veces más que niños).
 - Mayor en embarazadas que en otros adultos.
 - Mayoría de muertes vinculadas a neumonitis.
 - Pre-antiviral: 24-45%
 - Post-antiviral: 14%
 - Mayor en 3^{er} trimestre.

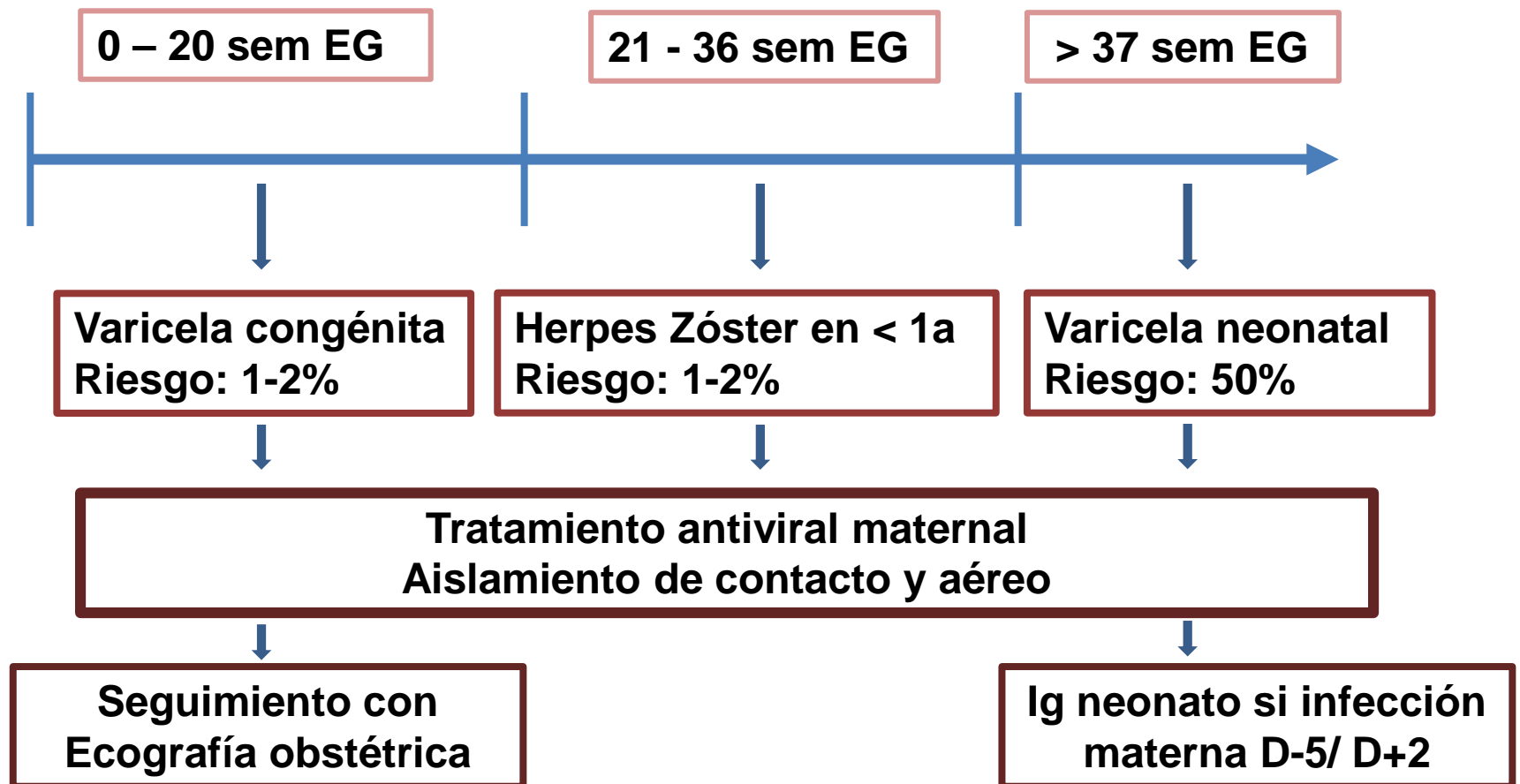


Infección Fetal-Neonatal

- **Síndrome de Varicela Congénita:**
 - Infección materna en 1^{er} mitad del embarazo.
 - Embriopatía secundaria a pasaje transplacentario de VVZ.
 - Coriorretinitis, atrofia cerebral, hidronefrosis, defectos cutáneos y óseos entre otros.
 - Edad gestacional <13 sem: 0,4%. Entre 13 y 20 sem: 2%.
 - Diagnóstico: ecografía obstétrica, PCR en líquido amniótico luego de 22 sem de edad gestacional.
- **Varicela neonatal:**
 - Exposición perinatal. Mayor riesgo 5 días antes y 2 luego de parto.
 - Enfermedad diseminada visceral y SNC. Mortalidad 30%.
 - Intensidad depende del pasaje de Inmunoglobulina materna.



Infección Fetal – Neonatal





Prevención de complicaciones maternas Tratamiento de la embarazada con varicela

- Aciclovir: inhibe replicación viral durante viremia materna.
- Valaciclovir: prodroga con mejor biodisponibilidad.
- Debe recibir tratamiento sea cual sea la severidad.
- Estudios randomizados con aciclovir:
 - Menor duración de síntomas y fiebre.
 - Comienzo antes de 24hs de iniciada la erupción.
- Aciclovir:
 - 800mg 5 veces al día \forall durante 7-14 días.
 - 10mg/kg \forall 8hs \forall durante 7 a 14 días si presenta elementos de severidad.
- Valaciclovir:
 - 1g \forall 8hs \forall durante 7 a 14 días.



Prevención de complicaciones maternas y fetales: Prevención de varicela en los contactos susceptibles

Susceptible:

- Sin historia previa y serología negativa.

Contacto:

- Domiciliario, > 1 hora en espacio cerrado ó >5 min cara-cara.



Prevención de Complicaciones Fetales

Prevención de infección intrauterina en embarazada con contacto con VVZ:

- Inmunoglobulina anti-VVZ.
- Aciclovir - Valaciclovir.

Prevención de infección intrauterina-neonatal en embarazada con varicela:

- Aciclovir - Valaciclovir.
- Inmunoglobulina neonatal.

Prevención preconcepcional o post-parto en mujer:

- Vacuna virus vivos atenuados
- Medidas educativas.



Prevención en Embarazada con Contacto

Inmunoglobulinas anti-VVZ:

- 72-96hs post-exposición, hasta 10 días.
- Disminuye tasa de varicela post-exposición hasta un 70%.
- Principal indicación reducción de riesgo materno.
- No hay estudios cuyo endpoint considere efecto protector fetal. Si no hay varicela materna no existe afectación fetal.
- Efecto protector: 3 semanas
- Prolonga período de incubación hasta 28 días.
- 125 U im cada 10 Kg. Dosis máxima 625 U.
- Vacunación finalizado el embarazo y al menos 5 meses luego de Ig.

Aciclovir – Valaciclovir:

- Atraviesa placenta, penetra en tejidos fetales, cordón y líquido amniótico.
- Limita el pasaje transplacentario de VVZ.



Recomendaciones Nacionales

Inmunoglobulinas anti-VVZ:

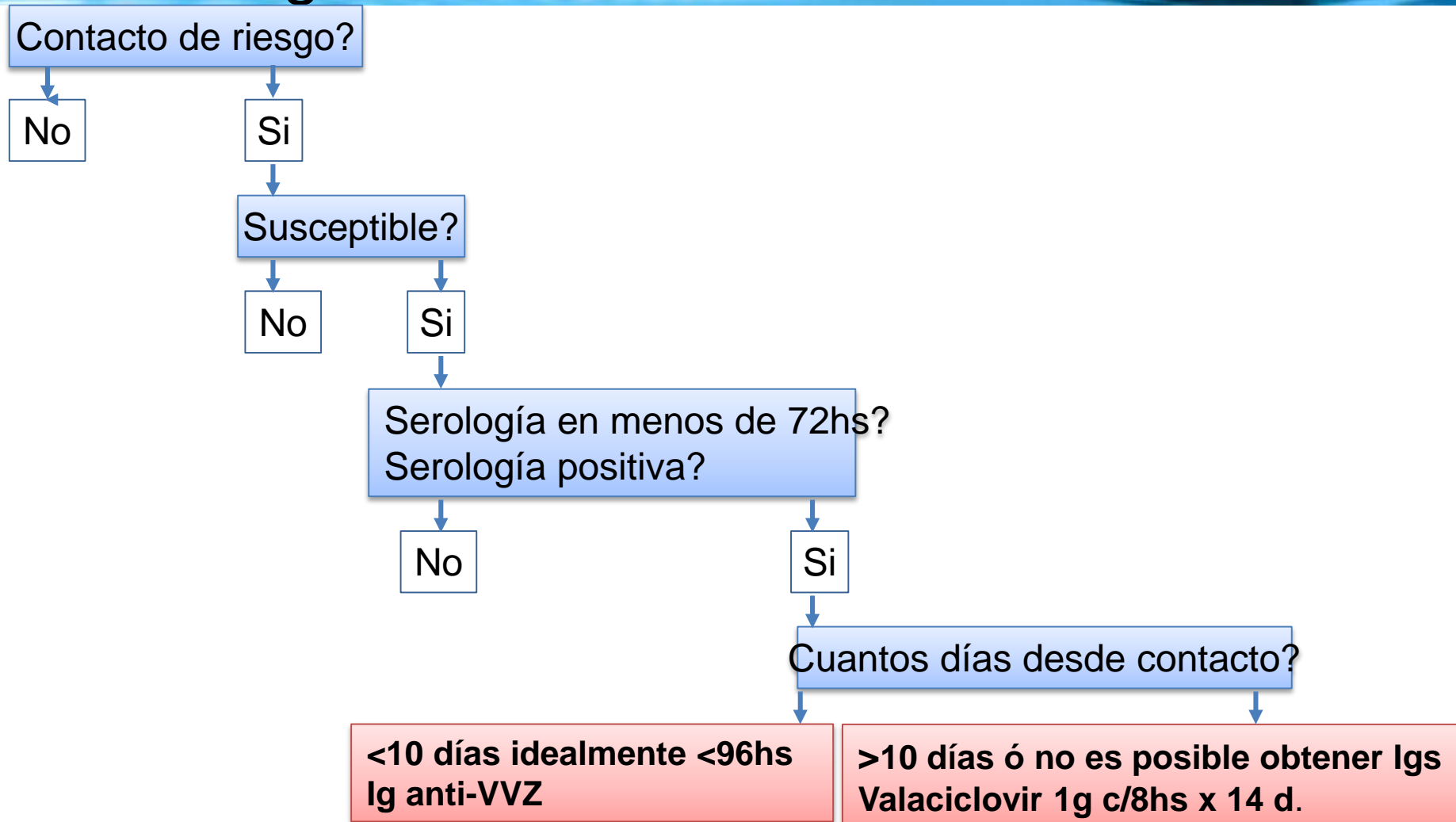
- Durante primer trimestre.
- Dosis: 125U c/10Kg I/M.
- Antes de 96hs post- exposición.

Aciclovir:

- Durante 2^{do} y 3^{er} trimestre.
- Dosis: 800mg vo 5 veces al día por 7-14 días.
- Entre el 7° y 10° día post-exposición.



Algoritmo: Contacto Materno





Varicela: control de la transmisibilidad I

- Notificación del caso: Vigilancia epidemiológica / Comité Infecciones del Hospital.
- Valorar requerimiento de ingreso.
- Tratamiento vo ó iv según la situación clínica.
- Limitar contactos, particularmente susceptibles y con riesgo de formas graves.



Varicela: control de la transmisibilidad II

Si requiere ingreso:

- Habitación con sistema de aire de presión negativa ó filtro HEPA ó salida de aire forzada /Habitación individual con puerta cerrada. Eventualmente cohortes.
- Medidas de precaución estándar + medidas de precaución de contacto + medidas de precaución respiratorias (guantes, bata, respirador N95).
- Asistencia por personal inmunizado previamente (varicela previa, inmunidad documentada mediante serología ó inmunización previa con vacuna).
- Limitar los traslados del paciente, uso de máscara quirúrgica durante el mismo y cubrir lesiones.



Varicela: control de la transmisibilidad III

Profilaxis post-exposición a contactos susceptibles:

- Vacuna antivariela: hasta 120 horas tras la exposición a susceptibles (contraindicada en embarazadas e inmunodeprimidos)
- Inmunoglobulina antivariela: contactos susceptibles con riesgo de complicaciones graves y contraindicación de vacuna. Hasta 10 días post-exposición:
 - Inmunodeprimidos
 - Embarazadas
 - RN de madres con inicio de varicela 5 días antes del nacimiento-48 horas post-nacimiento
 - Prematuros
 - Menores de un año de edad
- Inmunoglobulina hiperinmune ó Aciclovir/Valaciclovir: Si no es posible administrar inmunoglobulina específica.



Varicela: control de la transmisibilidad IV

- Recambio del aire.
- Higiene y desinfección de la habitación.
- Equipamiento utilizado: limpieza con jabón antiséptico-alcohol 70% ó toallitas cloradas.
- Aislar contactos hasta día 21-28.



Recomendaciones embarazo/preconcepcional mujeres susceptibles

- Valoración preconcepcional de inmunidad para VVZ.
- Vacunación en susceptibles, no inmunodeprimidas, al menos un mes previo al embarazo (2 dosis separadas 4 a 8 semanas).
- Evitar contacto con personas con varicela o herpes zóster en pacientes no inmunizadas.
- Si tiene contacto consultar inmediatamente.