



# 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 O<sub>2</sub> 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<sup>er</sup> trimestre.

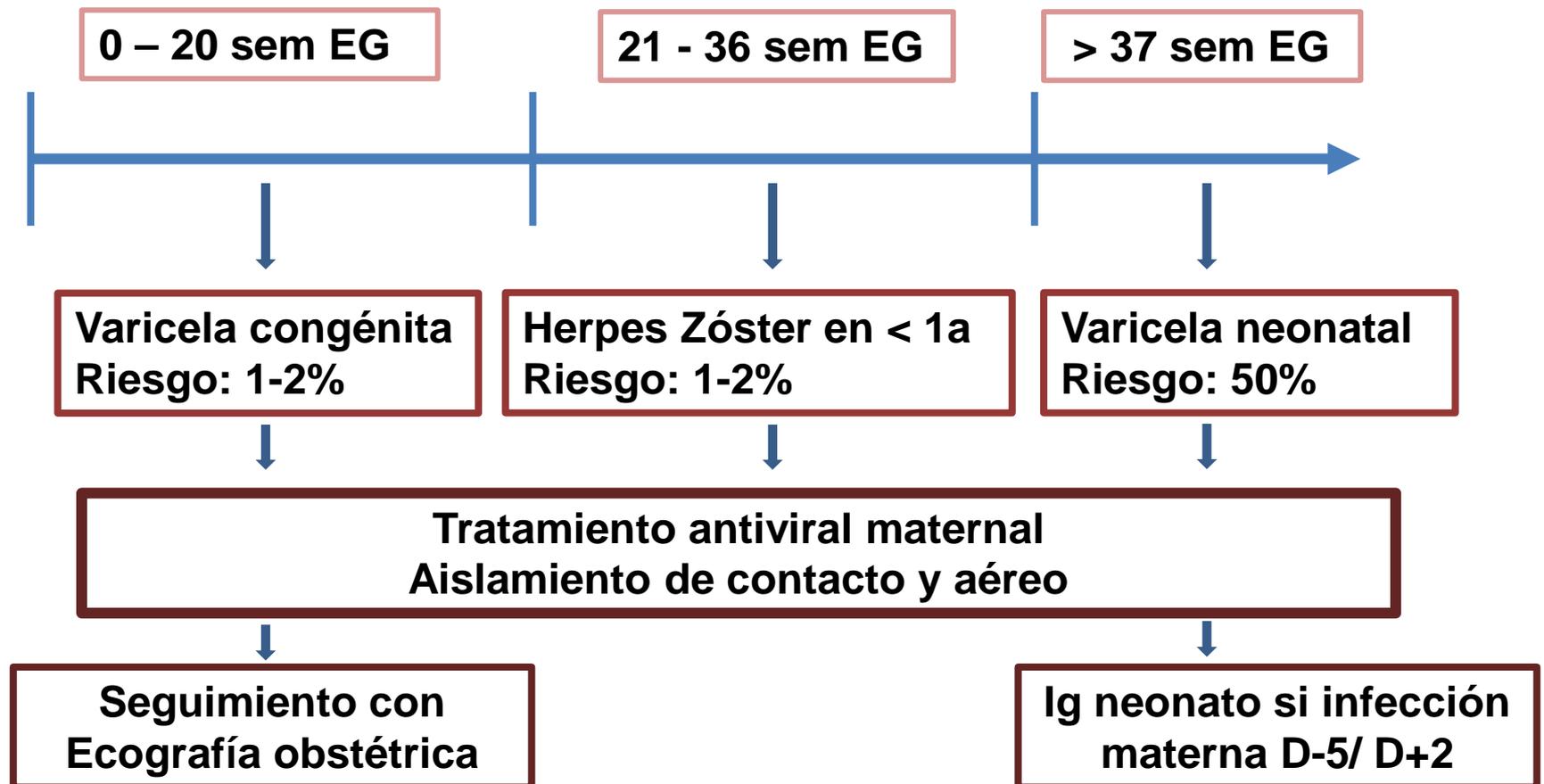


# Infección Fetal-Neonatal

- **Síndrome de Varicela Congénita:**
  - Infección materna en 1<sup>er</sup> 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:**

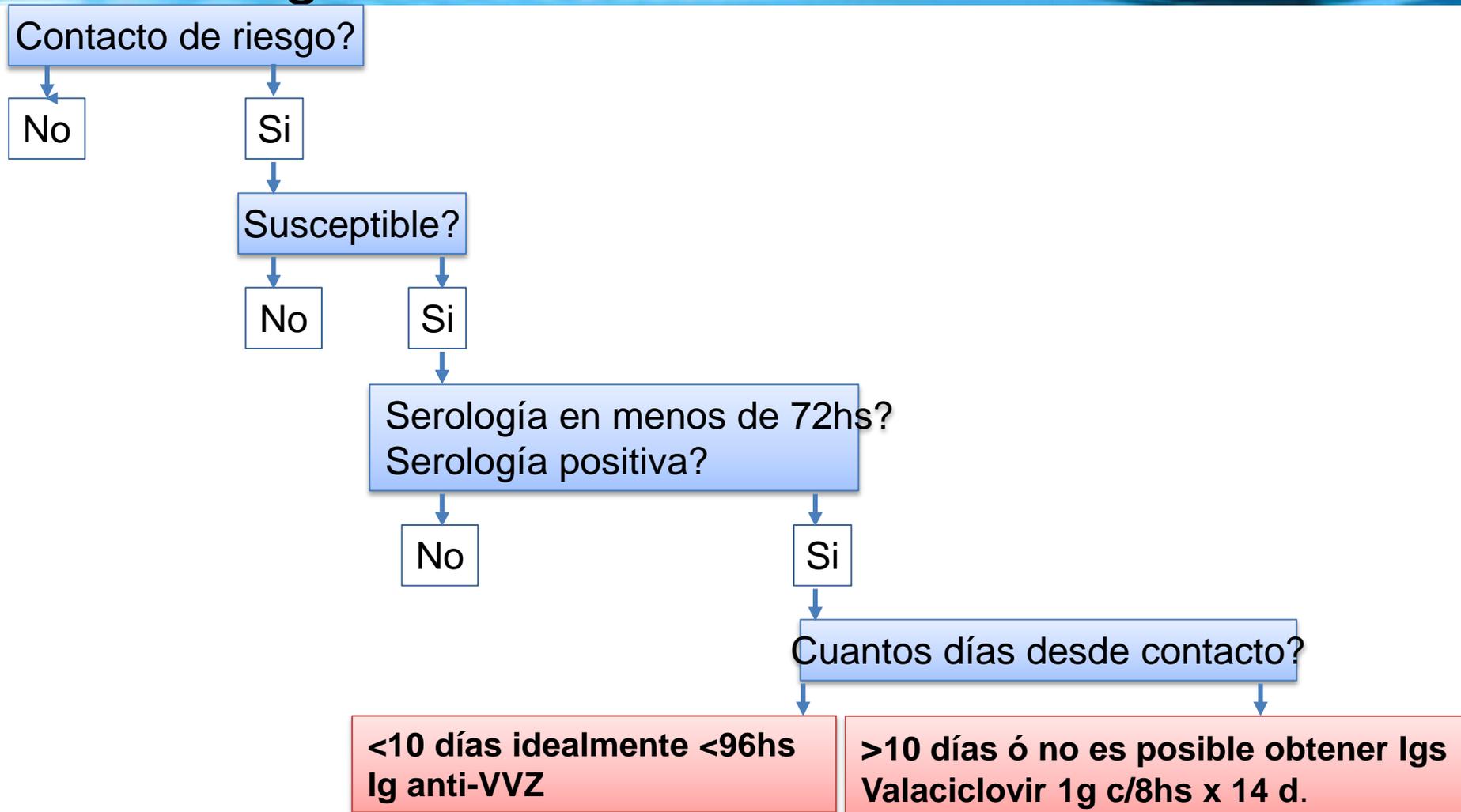
- Durante primer trimestre.
- Dosis: 125U c/10Kg I/M.
- Antes de 96hs post- exposición.

## **Aciclovir:**

- Durante 2<sup>do</sup> y 3<sup>er</sup> 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.