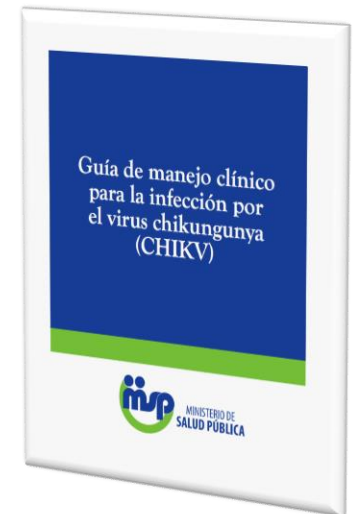


# Fiebre Chikungunya

## Clínica y manejo en embarazadas

Taller de capacitación  
Dr. Edgar Allan Vargas  
Asunción , Paraguay  
Agosto 2014



**“El virus de chikungunya no perdonaría a nadie, y por esto las embarazadas es una población que requiere de una protección especial.”** (cita un periódico costaricense).

- De los reportes y estudios obtenidos de la epidemia 2005-2006 en la Isla Reunión, que es cuando se reporta por primera vez la transmisión madre-hijo; estamos aprendiendo de sus experiencias al tiempo que comparamos estadísticas y la presentación de signos y síntomas en nuestros pacientes.
- La presentación de datos sobre la enfermedad en nuestras pacientes, tienen igual frecuencia e intensidad que los encontrados en los estudio de Reunión.
- Afectando de igual manera al niño, con presentación clínica y complicaciones que se repiten.

# Chikungunya y embarazo

- Esta vía de transmisión se produce cuando no hay tiempo suficiente para la producción de anticuerpos protectores maternos.
- Transmisión materno-infantil
  - 1<sup>er</sup> trimestre riesgo  $\approx$  0
  - 2<sup>o</sup> y 3<sup>er</sup> trimestre riesgo = 0
  - Peripartum riesgo  $\approx$  **50%**

# Chikungunya y embarazo

- ❑ La infección de la madre al niño alrededor del parto se debe probablemente a la contaminación durante el parto de la sangre fetal por partículas libres de virus de madres altamente virémica a través infracciones placentarias iniciados por la inducción del parto.
- ❑ Sin embargo, la cesárea no parece tener un efecto protector y no se recomienda.
- ❑ La infección materna se produjo del 4<sup>o</sup> día de preparto al 2<sup>o</sup> día después del parto, los recién nacidos desarrollaron la enfermedad a partir de 2-10 días (media de 4 días) después del nacimiento.

# Chikungunya y embarazo

- No hay suficiente evidencia de aborto espontáneo.
- El riesgo de aborto y muerte fetal aumentó antes de la 22<sup>a</sup> semana de embarazo.
- No hubo mayor riesgo de malformación.
- De 33 partos en mujeres positivas a CHIKV 16 RN (48.5%) presentaron chikungunya neonatal.

- 75/79 madres tenían síntomas obvios y activos de chikungunya.
- Todos los neonatos sintomáticos nacieron de madres virémicas o sintomáticas.
- No reportados abortos o malformaciones.

Chikungunya infection in pregnancy. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17003745>

Gerardin P, Barau G, Michault A et al. Multidisciplinary prospective study of mother-to-child Chikungunya virus infections on the island of La Reunion. PLoS Med 5, e60 (2008).

# Chikungunya y embarazo

- ❑ Incluyó a 38 neonatos.
- ❑ Todas las madres sintomáticas entre –D4 y D1 al parto.
- ❑ 22/24 positivos por PCR-RT en LCR
- ❑ Promedio inicio de síntomas en neonatos el día D4 (D3-D7)
- ❑ Intervalo promedio entre inicio de síntomas madre y RN fue de 5 días (rango: 3 a 9)
- ❑ Clínica en neonatos
  - Fiebre (79%)    -Dolor (100%)    -Rash (82%)    -Edema periférico (58%)
- ❑ Complicaciones:
  - Convulsiones (6/38)    -Síndrome hemorrágico (6/38)    -Desorden hemodinámico (10/38)
- ❑ Ecocardiografía (16) mostró:
  - Hipertrofia de miocardio(5) -Disfunción ventricular(2) -Pericarditis (2) – dilatación coronaria (6)
- ❑ Una defunción por enterocolitis necrotizante (ECN)

# Chikungunya y embarazo: Reunión

7,504 embarazadas con 7,629 recién nacidos

739 (9.8%) con antecedentes de chikungunya (confirmado por laboratorio)

678 (9.0%) periodo antes del parto (antes de una semana al parto)

61 (0.8%) in periodo del parto (una semana antes del parto)

22 Preparto (-7D a -2D) y 39 Intraparto (-2D a D)

- Durante el invierno austral:
  - TA en embarazadas fue menor de 1% y en parturientas prevalencia menor del 5%
- Verano austral: (3 meses después)
  - TA en embarazadas 8.3% (95% IC 7.4%–9.3%) y en parturientas prevalencia de 27.5%. (pico mas alto de la epidemia)
  - 2 meses después la TA disminuyó rápidamente a 0.4% (95% IC 0.15%–0.6%)
- 19/39 transmisión vertical confirmada durante el parto (48.7%).
- 19/739 prevalencia de transmisión vertical entre mujeres embarazadas infectadas (0.25%)



# Chikungunya y embarazo: Reunión

- Todos los neonatos infectados estaban asintomáticos al nacer.
- Media de inicio de los síntomas en neonatos D4 (D3–D7).
- Fiebre, dolor y débil lactancia (100%): Necesidad de analgésicos y alimentación enteral
- Luego lesiones reumáticas y cutáneas: rash, bulas, epidermiolisis; edema distal (15/19), petequias (9/19), erupciones diversas tipo rubeola (10/19) o tipo roséola (7/19).
- Enfermedad severa fue observada en 10 casos (52.6%) y consiste en encefalopatía (9) y hemorragia (1).
- Cuatro presentaron permanente discapacidad
- La cesárea no tiene efecto protector
- La carga viral en placentas fue significativamente mayor en neonatos infectados
- Parto de gemelos dicigotos: uno fue infectado y otro no.
- En ausencia de distress fetal, se puede posponer el parto hasta que se resuelva la viremia materna. Esta medida debe ser evaluada.
- Si hay condiciones...., se recomienda hospitalizar al neonato por una semana, con mediciones biológicas diarias y su inmediato paso a una unidad intensiva neonatal al aparecer los síntomas.

# Chikungunya y embarazo

- ❑ 75/79 madres tenían síntomas obvios y activos de chikungunya.
- ❑ Comienzo de síntomas entre los D3 y D9 de vida
  
- ❑ Formas graves : 50% (4 fallecidos, D1-D16)
  
- ❑ Manifestaciones inespecíficas:
  - ❑ Fiebre
  - ❑ Dificultad para la alimentación
  - ❑ Irritabilidad
  
- ❑ Manifestaciones específicas:
  - ❑ Cutáneas (rash, epidermólisis, bullas, edema)
  - ❑ Miocarditis
  - ❑ Encefalopatía / encefalitis

# Chikungunya y embarazo

## Manifestaciones clínicas de la Madre

|        |    |
|--------|----|
| Fiebre | 77 |
|--------|----|

|               |    |
|---------------|----|
| Poliartralgia | 53 |
|---------------|----|

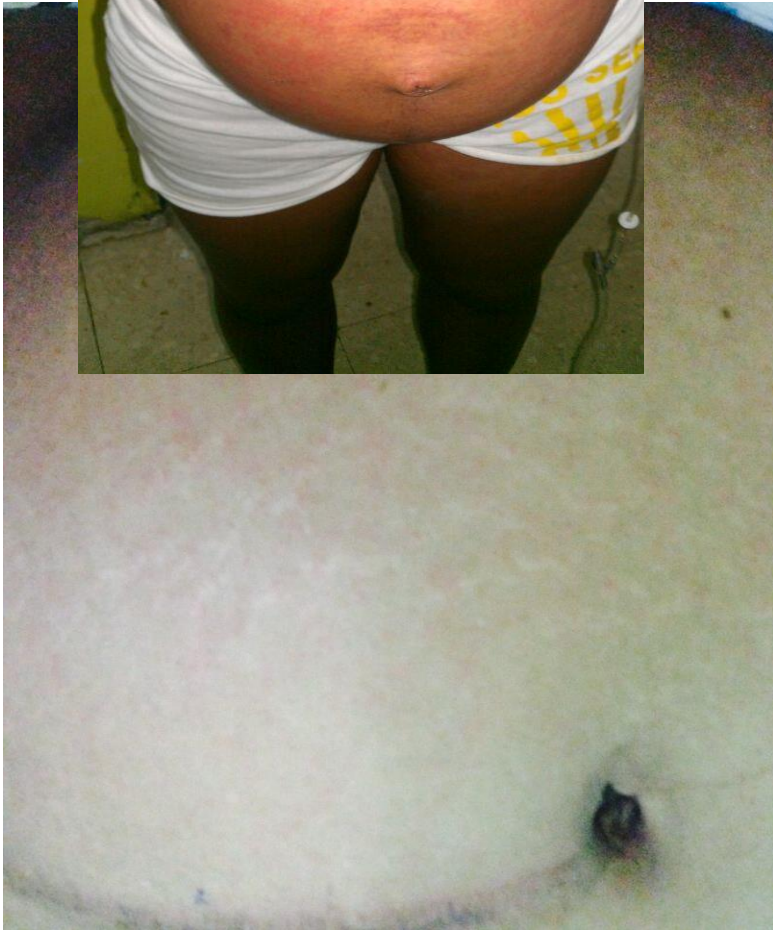
|          |    |
|----------|----|
| Cefaleas | 57 |
|----------|----|

|      |    |
|------|----|
| Rash | 26 |
|------|----|

|         |   |
|---------|---|
| Mialgia | 8 |
|---------|---|

|                  |   |
|------------------|---|
| Dolor de espalda | 3 |
|------------------|---|

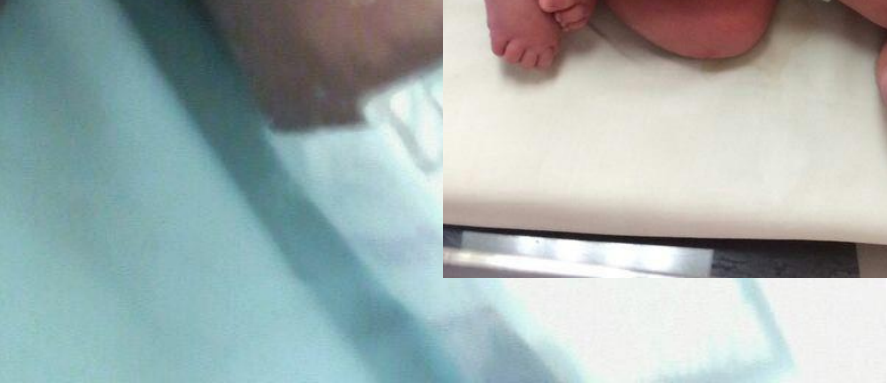
|                   |   |
|-------------------|---|
| Nauseas y vómitos | 1 |
|-------------------|---|



# Chikungunya y embarazo

| Manifestaciones clínicas del RN |    |
|---------------------------------|----|
| Dolor                           | 16 |
| Edema de extremidades           | 23 |
| Fiebre                          | 15 |
| Rash                            | 30 |
| Descamación                     | 1  |
| Lesiones bullosas               | 2  |
| Dificultad respiratoria         | 3  |
| Irritabilidad                   | 5  |
| Convulsiones                    | 1  |
| Otros                           | 23 |





# Muñeco de Goma



# Ampolla necrosante



## Evolucion de la enfermedad



**Dia 2**



**Dia 7**



**Dia 10**

# Chikungunya y embarazo

| Tiempo de Sintomatología materna |    |
|----------------------------------|----|
| 0 a 3 días                       | 67 |
| 4 a 7 días                       | 10 |
| 7 a 14 días                      | 3  |

| Aparición de Síntomas del RN |    |
|------------------------------|----|
| 0 a 24 hrs                   | 14 |
| 24 a 48 hrs                  | 7  |
| 48 a 72 hrs                  | 16 |
| 72 a 96 hrs                  | 7  |
| > 5 días                     | 14 |



# Tratamiento

- **Segundo nivel de atención:**
- Ingreso para observación de los siguientes pacientes sospechosos con (criterios de ingreso):
  - *Morbilidad agregada.*
  - *Embarazada sospechosa en periparto.*
  - *Manifestaciones clínicas atípicas que requieran atención por especialidades básicas (medicina interna, pediatría).*
  - *Pacientes con signos de alarma referidos desde el primer nivel de atención.*
- Referimiento al tercer nivel según corresponda a los pacientes con criterios de ingreso.

# Tratamiento

- **Tercer nivel de atención:**
- Ingreso de los siguientes pacientes sospechosos (criterios de ingreso):
  - *Neonatos con o sin síntomas hijos de madres virémicas durante el parto o en los últimos 4 días antes del parto.*
  - *Menores de 1 año sospechosos con morbilidad agregada.*
  - *Todo caso sospechoso con morbilidad agregada y descompensados.*
  - *Todo caso sospechoso con manifestaciones clínicas atípicas que requieran especialidades no básicas (cardiología, neurología, oftalmología, nefrología, otras).*
- Embarazadas sospechosas en labor de parto.

# Manejo de los casos en embarazadas en labor de parto

- Nivel de complejidad de la atención requerida: **especializado y/o altamente especializado.**
- Ingresar para valoración de acuerdo a las normas de atención al embarazo, parto y puerperio.
- Valorar las condiciones para el ingreso inmediato del recién nacido en salas de cuidados intermedios o de observación.
- Garantizar abordaje en equipo obstetricia-pediatría durante el parto y la atención al recién nacido.
- **La cesárea no tiene efecto protector sobre el recién nacido, por lo tanto no está indicada.**
- **De ser posible retardar la cesárea cuando esta sea electiva, en madres febriles sospechosas.**
- **Solo utilizar acetaminofén para el manejo del dolor y la fiebre.**

# Manejo de los casos en recién nacidos:

1. Nivel de complejidad de la atención requerida: **altamente especializado.**
2. Manejar el recién nacido sin síntomas en sala de observación o cuidados intermedios de neonatología, durante al menos 3-5 días, o hasta la aparición de signos y síntomas.
3. Si al cuarto día de ingreso aún no se han presentado los síntomas, puede decidir continuar la observación en la casa, instruyendo adecuadamente a la madre sobre la posibilidad de inicio de síntomas hasta los 7 días de nacido.
4. Si el hospital cuenta con condiciones para extender la estadía del recién nacido en observación, en condiciones de asepsia, puede mantenerlo ingresado hasta los 7 días.
5. Asegurar la separación estricta de los recién nacidos en observación de las salas de infectología o aislamiento.
6. Mantener al recién nacido sin signos y síntomas sin canalización de vía endovenosa (solo observación), mientras no presente manifestaciones clínicas y la misma no sea necesaria. Preferir la vía oral.
7. Vigilar la presentación de signos y síntomas característicos de la chikungunya.
8. Inmediatamente el recién nacido desarrolle los síntomas, manejarlo en sala de cuidados intensivos neonatales.
9. **No se contraindica la lactancia materna durante la infección.**

# Caso neonatal Severo

- RN de madre 30 años, 39 semanas, con fiebre de 1 día con provable chikungunya.
- Cesarea, nace vigoroso 3.5 kg., talla: 53 cm. Apgar 8/9.
- Ingreso x vigilancia.
- 4to día: rash, ictericia. 5to día fiebre 40°C. Se indica bajar temp. y acetaminofen. Se torna irritable presentando convulsiones tónico/clónicas con pobre respuesta a Difenilhidantoina.
  - Punción lumbar: negativa.
  - Tratamiento: antibióticos.
  - Cultivos: negativos, siguen convulsiones menos frecuentes.
- Ecocardiografía: Foramen oval y PCA, Pericarditis?.
- 10mo día: Leve sangrado GI en. Persiste cuadro neurológico: TAC normal, sonografía transfontanela: Injuría Hipoxico-Isquémica.
- 13er día: deterioro, luce grave, anemia, distress resp. Se coloca en Cpap Phiser. Sigue grave.
  - Se transfunde sangre.
  - Electrolitos K y Cl bajos
  - Plaquetas (42,000)
  - GB > 35,000.
- Cambio antib: vancomicina +Imipenem.
  - Cultivos negativos.
  - Pobre función renal y hepática.
- Día 20 mejoría. 27 días de alta bien.
- Seguimiento: 14 días TAC ?. Sono: Encefalomalacia quística. Luce bien.

**Gracias...**