



## INFLUENZA A H1N1 EN EL EMBARAZO

Desde abril de 2009 un nuevo virus de gripe denominado H1N1 está afectando a los humanos con la particularidad que se trasmite fácilmente entre las personas. La epidemiología, la clínica y las complicaciones de esta infección se encuentran en investigación, observación epidemiológica y continuo cambio de acuerdo con los hallazgos.

Cualquier persona puede ser infectada con el virus, lo que depende de sus contactos con individuos afectados, y la embarazada no está exenta de ello. Los cambios en el sistema inmunológico que se producen durante el embarazo hacen que la gestante sea más susceptible a contraer la infección con riesgo de progresión rápida de la enfermedad, y de presentar complicaciones mayores. De los reportes presentados en pandemias pasadas, se ha observado que esta gripe puede ser más grave durante la gravidez, provocando resultados adversos tanto para la madre como para el feto, con un aumento en la tasa de abortos, de parto pretérmino, de restricción del crecimiento intrauterino y de oligohidramnios, sobre todo, en los casos complicados con neumonía.

Asimismo, hay reportes de sufrimiento fetal asociado según la severidad de la enfermedad materna. Esta enfermedad cursa con fiebre elevada por tanto se debe recordar que la hipertermia importante y continua en el primer trimestre de la gestación, puede asociarse a defectos y malformaciones fetales; y si se presenta en el momento del nacimiento puede producir trastornos neurológicos en el recién nacido.

La clínica en las embarazadas con influenza A H1N1 es la típica enfermedad respiratoria aguda con tos, rinorrea, estornudos, acompañados de cefalea, odinofagia, fiebre y malestar general. Ésta puede tener un curso típico sin complicaciones. Sin embargo, y por el estado de inmunodeficiencia relativa que se observa durante la gestación, en algunas embarazadas la enfermedad puede avanzar rápidamente y complicarse, presentando infección respiratoria aguda grave con infecciones bacterianas secundarias principalmente neumonía.

**En vista de lo anterior, el embarazo se considera como una “comorbilidad”, y la embarazada con influenza AH1N1 debe considerarse de alto riesgo, por lo que su manejo debe ser muy estricto.**

## DEFINICIÓN DE CASOS

En la gestante al igual que en el resto de los pacientes nos regimos por las siguientes definiciones de casos:

**Caso clínico de enfermedad tipo influenza (ETI):** persona que cursa con enfermedad de inicio súbito, caracterizada por fiebre (temperatura igual o mayor a 38,0°), cefalea, mialgias y síntomas respiratorios (tos, odinofagia, rinorrea), en ausencia de otros diagnósticos.

**Caso clínico de infección respiratoria aguda grave:** persona que cursa con enfermedad de inicio súbito de fiebre (temperatura igual o mayor a 38,0°), cefalea, mialgias, astenia con síntomas respiratorios (tos y/o odinofagia, rinorrea) y que además presenta dificultad respiratoria.

Se considera embarazada sospechosa de nueva influenza A H1N1 a toda gestante que:

- a. Cumple con la definición de caso clínico de enfermedad tipo influenza (ETI)
- b. Tiene cuadro clínico de infección respiratoria aguda grave (IRAG)
- c. Fallece por cuadro clínico de infección aguda grave de causa inexplicada.

**La Influenza A H1N1 constituye una enfermedad de notificación obligatoria y por tanto su registro y posterior notificación debe realizarse a la dirección de epidemiología regional y estatal una vez identificada la paciente.**

## CONDUCTA ANTE GESTANTE CON INFLUENZA A H1N1

Una vez que se presente la embarazada con enfermedad tipo influenza (ETI), se deben identificar los factores asociados que aumenten la posibilidad de complicaciones (co-morbilidad asociada) y la presencia de infección respiratoria aguda grave (IRAG). Si no se encuentran estos factores, se toma

muestra para confirmación de casos y se indica tratamiento ambulatorio con aislamiento domiciliario por 7 días, es importante el control de la fiebre con acetaminofén 500 mg cada 6 horas, y tratamiento antiviral con oseltamivir (TAMIFLU®) un inhibidor de la neuraminidasa a dosis de una tableta de 75 mg cada 12 horas por 5 días.

En este grupo de riesgo, se debe iniciar el tratamiento antiviral cuando se sospeche, sea probable y por supuesto en los casos confirmados de virus A H1N1 tan pronto como sea posible después de la aparición de síntomas, ya que se ha demostrado disminución de complicaciones con el inicio del tratamiento antes de las primeras 48 horas de iniciados los síntomas.

Si se identifica IRAG, malas condiciones de la embarazada o presenta mayor riesgo por asociación con co-morbilidad ésta se debe referir a un centro hospitalario con áreas de aislamiento, unidad de terapia intensiva, así como con salas de parto y pabellón aislados para su atención de éstas. Deben ser tratadas por un equipo interdisciplinario formado por internistas y/o infectólogos, intensivistas, neonatólogos y coordinado por el obstetra.

La paciente debe referirse en ambulancia con uso de mascarilla I-95 en todo momento (durante el traslado y su hospitalización). El personal debe cumplir con las normas de uso de equipo protección (de bata, guantes, lentes, mascarillas, gorro) cuando tenga contacto con estas pacientes.

En la evaluación inicial se identificarán las características clínicas a fin de determinar la necesidad de traslado a UCI. Si no tiene criterios, se hospitaliza en salas de aislamiento para embarazadas con Influenza A H1N1, se toma la muestras para confirmación de caso y se inicia el tratamiento antiviral antes mencionado.

## USO DE ANTIVIRALES EN EL EMBARAZO

A pesar de que el uso de las drogas antivirales durante la gestación no está suficientemente estudiado y su recomendación pudiera ser cambiada, actualmente no hay contraindicación para su uso en este grupo de pacientes, debido a que el riesgo de complicaciones graves en las embarazadas con influenza A H1N1 es alto y los beneficios del tratamiento superan el riesgo teórico del uso de oseltamivir (Tamiflu®), clasificado por la FDA como categoría “C” lo que significa que no hay estudios suficientes para evaluar la seguridad de estos medicamentos en las embarazadas, **pero se usan en el embarazo si el beneficio supera el riesgo potencial teórico para el embrión o feto.**

El oseltamivir se prefiere para el tratamiento de las embarazadas debido a su actividad sistémica y uso oral,

Hasta el presente, no hay vacuna disponible para prevenir la gripe A H1N1, sin embargo, el riesgo podría reducirse mediante la adopción de medidas para reducir la posibilidad de estar expuesto a las infecciones respiratorias, lo que incluye el lavado de manos frecuente, en los casos de personas enfermas insistir en el aislamiento, excepto para buscar atención médica, y reducir al mínimo el contacto con otras personas en el hogar.

## LACTANCIA MATERNA

El riesgo de transmisión de la gripe A H1N1 a través de la leche materna es desconocida. Sin embargo, los informes de la viremia en la infección por la influenza H1N1 son raras.

### **Tratamiento con medicamentos antivirales no es una contraindicación para la lactancia.**

Para llevarse a cabo la lactancia materna con seguridad se recomienda distanciar al recién nacido hasta que cumpla tres criterios:

1. La madre debe haber recibido 48 horas con tratamiento con oseltamivir.
2. No tenga fiebre.
3. Pueda manejar las secreciones respiratorias.

Se recomienda a las mujeres en puerperio que empiecen a amamantar a sus bebés enseguida y que lo hagan frecuentemente. Lo ideal es que estos niños reciban la mayor parte de su nutrición de la leche materna. En lo posible se debe evitar complementar la alimentación con leche en fórmula, para que el bebé reciba tantos anticuerpos maternos como sea posible. Si debido a su enfermedad la mamá no puede amamantar en forma segura se le debe recomendar que se extraiga manualmente la leche materna y darla con tetero.

Realizado por la Comisión de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela para las realización de Pautas en el Manejo de la Gestante con Influenza A H1N1 (Dres. Freddy González Arias, Judith Toro Merlo y Mireya González Blanco) con base en el material revisado:

Pautas del ACOG

Pautas del Control Disease Center (CDC) de Estados Unidos

Pautas de la Organización Mundial de la Salud

Reuniones del Comité de discusión del Protocolo del MPPS-OPS Venezuela