

Recomendaciones para el manejo de casos de enfermedades transmitidas por mosquitos (ETM). Dengue-Chikungunya-ZiKA. En el Embarazo. Marzo 2024

Hospital Materno Infantil Ramón Sardá

Dra. Marcela Dericco, Jefa Unidad 1 de Internación Obstetricia

Dra. María Alejandra Frailuna, Jefa División Obstetricia

Dra. Jessica Campos Flores, Jefa División Urgencias

Dr. Oscar Torres, Jefe Departamento de Diagnóstico

Dra. Laura Samaniego, Médica infectóloga

Con el Aval del Dr. Rubén Almada, Director de la Maternidad, Dr. Edgardo Presta, Subdirector Médico y la Dra. Sandra Susacasa, Jefa Departamento Tocoginecología.

Este protocolo de atención fue elaborado en base a la evidencia científica disponible acerca de las ETM, y de acuerdo con las recomendaciones generales del Ministerio de Salud de la Nación y de CABA, adaptado a personas gestantes.

El objetivo principal de este documento es definir los lineamientos y unificar criterios en el manejo de esta patología, de manera que las acciones de todos los integrantes del equipo de salud abocados a la atención de las pacientes sean coordinadas y eficientes.

1. ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA:

DEFINICIÓN DE CASO SOSPECHOSO DE DENGUE:

Síndrome febril inespecífico de menos de 7 días de duración, de inicio brusco, con ausencia de síntomas respiratorios, sin etiología definida y dos (2) o más de los siguientes signos o síntomas.

- Cefalea/dolor retroorbitario.
- Mialgias/artralgias.
- Erupción cutánea.
- Náuseas/vómitos.
- Anorexia/malestar general/diarrea.
- Petequias/prueba del torniquete positiva.
- Leucopenia/plaquetopenia.

Factores de riesgo generales:

- **Embarazo.**
- Diabetes mellitus.
- Obesidad.
- Niño menor de 3 meses.
- Alto riesgo socio ambiental.

2. INTERNACIÓN:

CRITERIOS DE INTERNACIÓN: SERVICIO DE URGENCIAS

Deben internarse los cuadros sospechosos para control y seguimiento a partir del segundo trimestre del embarazo, y todos aquellos casos sospechosos que independientemente del trimestre de embarazo, a criterio médico lo requieran por presentar signos de alarma o complicaciones.

Si bien el embarazo es considerado un factor de riesgo, cada caso debe ser evaluado de manera individualizada, y teniendo en cuenta que aquellas gestantes que, cumpliendo con la definición de caso sospechoso reunieran ciertos criterios, podrán tener un seguimiento ambulatorio:

- Primer trimestre del embarazo.
- Sin sangrado.
- Estabilidad hemodinámica.
- Recuento de glóbulos blancos superior a $2000/\text{mm}^3$
- Recuento plaquetario superior a $100000/\text{mm}^3$
- Tolerancia a la vía oral.
- Pautas de alarma y posibilidad de seguimiento.

Se citarán a las 48 horas para su reevaluación en consultorio de guardia durante el horario de la mañana.

- ✓ Ante empeoramiento del estado clínico y/o de los parámetros de laboratorio, se procederá a la internación.
- ✓ Con mejoría del cuadro clínico y de laboratorio, definida como:
 - Recuento de glóbulos blancos: incremento del 10% o más de los valores de inicio.

- Recuento de plaquetas: incremento del 10% o más de los valores de inicio.
- Cese de la fiebre.

Se citará a la paciente a control por consultorios externos de obstetricia (demanda espontánea) a las 72 horas.

- ✓ Con cuadro clínico y/o parámetros de laboratorio estacionarios, se recitará a las 72 horas, por guardia durante el horario de la mañana.

Si la paciente presentara mejoría, se citará a las 72 horas por consultorios externos de obstetricia (demanda espontánea).

Si presentara empeoramiento clínico y/o de laboratorio, se procederá a su internación.

Ver Anexo I (flujograma)

3. MANEJO.

3.1 INICIAL: EN SECTOR DE GUARDIA (CENTRO OBSTÉTRICO)

3.1.1. Control clínico y exámenes complementarios:

Una vez en centro obstétrico, se debe ubicar a la paciente en una unidad equipada para aislamiento de picadura de mosquito (cama con tul mosquitero), y se aplicara repelente (DEET) según recomendación cada 4 -6 horas. Se realizarán los controles clínicos y de laboratorio que permitan detectar la presencia de signos de alerta, y definir el grado de compromiso y la necesidad de aplicar las medidas terapéuticas necesarias.

- Evaluación del sensorio.
- Control estricto de TA.
- Control estricto de TAX.
- Laboratorio básico: hemograma con fórmula (evaluar recuento de glóbulos blancos y fórmula) y recuento de plaquetas, transaminasas, hematocrito (para valorar hemoconcentración).
- En caso de signos de alarma, como dolor abdominal o dificultad respiratoria: realizar placa de tórax y ecografía abdominal (descartar derrame en serosas, ascitis).
- Hidratación parenteral (si lo requiriera por clínica y laboratorio).
- Toma de muestras para diagnóstico de dengue.

Toma de muestras:

Es importante enviar las muestras junto a la ficha epidemiológica correspondiente, sin la cual las muestras no podrán derivarse.

Los criterios de selección de métodos de diagnóstico serán los siguientes:

- Si la muestra es obtenida entre los 0 y 3 días de evolución desde el inicio de la fiebre se estudiará por métodos directos: antígeno NS1 y PCR.
- Si la muestra es obtenida entre los 4 y 6 días de evolución desde el inicio de la fiebre, combinar un método indirecto (IgM) y al menos un directo (NS1, PCR)
- Si la muestra es obtenida con 7 días o más de evolución desde el inicio de la fiebre, estudiar por métodos indirectos (IgM) y evaluar derivación para Panel de Neutralización flavivirus.

Tubos utilizados:

Si la paciente consulta en los primeros 5 días del comienzo de la fiebre:

- Tubo 1: hemograma con EDTA, 2- 2.5 ml. de sangre. Mezclar bien.
- Tubo 2: Tubo seco tapa amarilla o roja 2-2.5 ml de sangre.
- Entregar en laboratorio con ficha epidemiológica completa por duplicado.

Si la paciente consulta después del 5° día de comienzo de la fiebre:

- Tubo 1: seco tapa amarilla o roja, 2 -2.5 ml. de sangre.
- Las muestras en tubo seco se repetirán en 7 a 10 días (máximo 30 días)

3.1.2. EVALUACIÓN DEL GRADO DE COMPROMISO: leve, moderado o grave según la presencia de signos de alerta o complicaciones:

Aquellas pacientes que no presentaran signos de alarma ni de dengue grave serán trasladadas a la sala de aislamiento (SALAS A o B) Unidad 1 de internación, que presentan unidades equipadas para aislamiento de picadura de mosquito.

En caso de escasez de camas con tul, se priorizará el uso para aquellas pacientes febriles en las últimas 24 hs.

Aquellas pacientes que presentarán signos de alarma o de dengue grave serán trasladadas a UTI.

Anexo II (recomendaciones de terapia transfusional en pacientes con dengue grave)

RECORDAR: La confirmación diagnóstica se realiza por PCR, aislamiento viral o seroconversión.

En contexto de brote, la positividad del antígeno NS1 por test rápido se considerará confirmatoria.

Ante la falta de disponibilidad de prueba rápida, todo caso que reúna los requisitos de caso sospechoso en contexto epidemiológico, se considerará caso probable a los efectos del manejo y la toma de decisiones

Signos de alarma:

- Dolor abdominal intenso y continuo.
- Vómitos persistentes.
- Taquipnea/dificultad respiratoria.
- Derrame seroso (peritoneal, pleural o pericardio).
- Sangrado abundante de mucosas o bien hemorragia ginecológica intensa.
- Somnolencia o irritabilidad.
- Hepatomegalia (> 2 cm.).
- Laboratorio: aumento del hematocrito, acompañado de un descenso del recuento plaquetario, aumento de las transaminasas.

Criterios de gravedad:

- Dificultad respiratoria debido a la extravasación grave de plasma.
- Choque evidenciado por: pulso débil o indetectable, taquicardia, extremidades frías, llenado capilar lento (> 2 segundos), presión de pulso ≤ 20 mmhg, (hipotensión en fase tardía).
- Sangrado grave: hematemesis, metrorragia voluminosa, sospecha de sangrado en el SNC.
- Compromiso grave de órganos: daño hepático (transaminasas \geq a 1000 UI) alteración de la consciencia, miocarditis

4. SALAS DE AISLAMIENTO:

El aislamiento del caso sospechoso consiste en evitar que sea picado por el vector (mosquito aedes aegypti) mientras cursa el período de viremia (aislamiento de la picadura de mosquito). Las precauciones deben mantenerse desde el ingreso hasta constatarse por lo menos 48 hs. sin fiebre. **Hay que recordar que no se transmite de persona a persona y que el mosquito tarda varios días en transformarse en infectante (Incubación extrínseca).**

Recomendaciones:

- Colocación del tul mosquitero sobre la cama de la paciente (Unidad 1).
- Aplicar repelente (deet: dietil meta tuolamida) a la paciente. No al recién nacido.
- Solicitar a la paciente que no deambule por áreas generales del hospital (si debiera deambular con la aplicación de repelente al salir de la sala).
- Colocar pastilla autoevaporable en la sala donde se encuentran las pacientes.
- Cabe destacar que las ventanas de las salas de internación cuentan con mosquitero (en su defecto deberán permanecer cerradas).

Notificación epidemiológica obligatoria:

- Notificar a la Unidad de Promoción y Protección y a Infectología.
- Completar la ficha epidemiológica correspondiente (sospecha de dengue o seguimiento de dengue según corresponda). Evolucionar en el SIGHEOS, en caso de tener acceso.

Organización en la Maternidad Sardá:

Sector		Acciones	Observaciones
Guardia	Detectar sospecha de ETM	Interrogatorio dirigido para la detección de pacientes febriles	
Institucional	Todo el equipo de salud	Cierre de ventanas. Mosquiteros. Cartelera, difusión, folletos provistos por el Gobierno de la Ciudad. Señalética correcta.	
Sectores de aislamiento	Unidad 1 (sala A, sala B y C) #	Aplicación de medidas de aislamiento, control evolutivo y recomendaciones al alta.	Mosquitero de tul sobre la paciente. Repelente cuando deambula. No al recién nacido. Renovar el repelente cada 4 hs. el naranja y cada 6 hs. el verde. Máquina con pastilla repelente termo evaporable
Farmacia	Farmacéutico de guardia	Provisión permanente y según demanda del Kit. Se entregarán 4 pastillas que se renovarán cada 12 hs. cada una.	Máquina para pastillas auto evaporables más pastillas y repelentes. Repelente en aerosol.

#Unidad 1

Sala A: camas 100 a 104 todas con arco y tul (mosquitero cama) para aislamiento de la picadura de mosquitos. (Las 5 unidades equipadas)

Sala B: camas 105 a 115 (11 camas equipadas para aislamiento de la picadura de mosquitos).

Sala C: 11 camas disponibles para convalecencia (sin tul)

Seguimiento en sala:

- Control clínico diario, para detección de signos de alarma y complicaciones.
- Control de laboratorio (evaluar si cada 24 o 48 horas. En pacientes clínicamente estables sin signos de alerta y con laboratorio mejorado: cada 48 horas, de lo contrario control diario).
- A las 48 afebril se puede desaislar (recuperación) puede hacerlo en unidad 1 o si faltaran camas, en cualquier sala de obstetricia.
- Hay que recordar que las complicaciones suelen aparecer al declinar la fase febril (fase crítica). Mantener observación durante 48-72 horas de no presentar registros febriles.
- Promoción de la lactancia materna directa. Internación conjunta binomio madre-hijo.

5. CRITERIOS DE ALTA:

Paciente clínicamente estable (con más de 48 horas afebril) con laboratorio normal o mejorado (leucocitos, plaquetas en ascenso y enzimas hepáticas mejoradas).

6. RECOMENDACIONES AL ALTA DE LAS PACIENTES CON DENGUE:

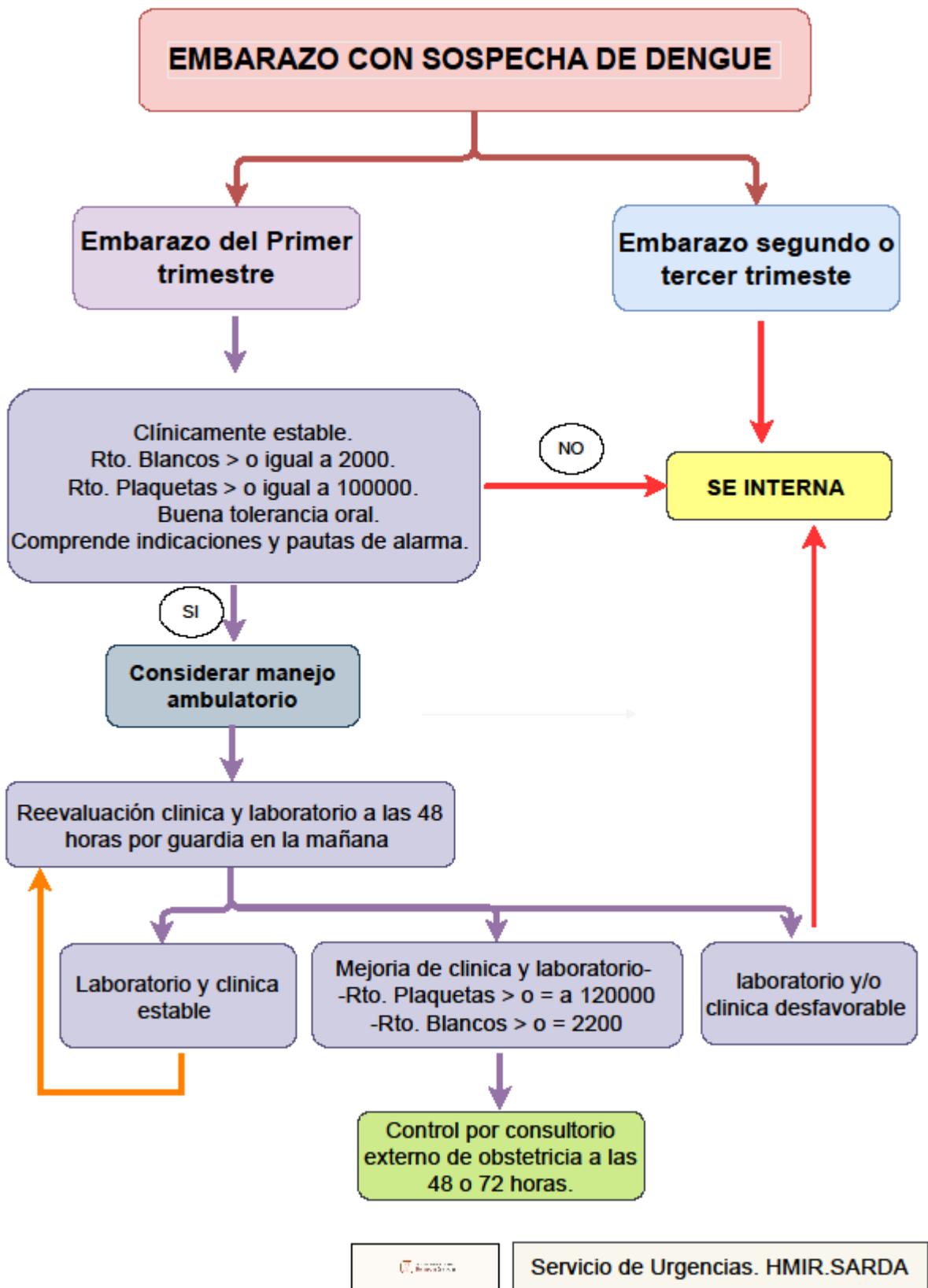
Una vez resuelto el cuadro clínico y mejorado o resuelto el de laboratorio, la paciente será externada con las siguientes recomendaciones.

- Seguimiento por consultorio de obstetricia según guía de control prenatal.
- Seguimiento por Infectología.
- Control de laboratorio (frecuencia determinada según laboratorio de ingreso/egreso).
- Pautas estrictas de alarma.

Bibliografía:

1. Enfermedades transmitidas por mosquitos (ETM) CABA.
https://r.search.yahoo.com/_ylt=AwrhQjg.VfhlxgQA34ST.Qt.; ylu=Y29sbwNiZiEEcG9zAzEEdnRpZAMEc2VjA3Ny/RV=2/RE=1711983167/RO=10/RU=https%3a%2f%2fbuenosaires.gob.ar%2fsalud%2fplan-dengue-y-otras-enfermedades-transmitidas-por-mosquitos-aedes-aegypti/RK=2/RS=2S0rLsicpKTP6bbjAicwwUaofrA-
2. Enfermedades transmitidas por mosquitos/Argentina.Gob.ar
https://r.search.yahoo.com/_ylt=AwrhQjg.VfhlxgQA74ST.Qt.; ylu=Y29sbwNiZiEEcG9zAzcEdnRpZAMEc2VjA3Ny/RV=2/RE=1711983167/RO=10/RU=https%3a%2f%2fwww.argentina.gob.ar%2fsalud%2fmosquitos/RK=2/RS=fsJl6ktPxzFeRPhh53ez1gmk2.c-
3. Sawai Singh, Sharvi Oberoi et al. Maternal and foetal- neonatal outcomes of dengue virus infection during pregnancy. Sistematic review and meta-analysis. Tropical Med Int Health. 2022, 27: 619-629.

Anexo I. Flujograma



Anexo II. Pautas para la terapia transfusional

Las recomendaciones se encuentran basadas en las Guías de la OPS para el manejo y tratamiento del Dengue (2018).

En hemorragias severas puede estar indicado el uso de hemocomponentes; considerando que su uso debe estar estrictamente justificado y que existen pocas evidencias sobre la indicación de la transfusión de concentrado de plaquetas y plasma fresco congelado.

Tener en cuenta que pueden exacerbar la sobrecarga de fluidos. Previo a su indicación, es necesario evaluar los niveles de los factores plasmáticos de la coagulación, fundamentalmente, el fibrinógeno, recordando que en la gestante, el índice de sangrado obstétrico grave es cuando el valor de este factor está por debajo de los 200 mg/dL:

Tratamiento del shock por dengue: Los pacientes con dengue grave deben ser ingresados, a cuidados intensivos. En el momento en que se produzca una disminución súbita del hematocrito y la paciente presente signos de hipoxia tisular, debe considerarse la necesidad de administrar concentrado de glóbulos rojos (5 a 10 ml/kg), cuyos volúmenes pueden repetirse según la evolución del paciente. Además, es necesario evaluar la función de coagulación del paciente (tiempo de protrombina (TP), tiempo parcial de tromboplastina activada (TTPa) y fibrinógeno). Si el nivel de fibrinógeno es menor de 200 mg/dl, será necesario transfundir crioprecipitados (Dosis: 5 unidades) o Concentrado de Fibrinógeno (Fibrinógeno objetivo (g/L)-fibrinógeno actual x (Kg/20) = gramos necesarios. Si el fibrinógeno es mayor a 200 mg y el TP y TTPa son más de 1,5 veces los valores normales del control, se debe considerar la transfusión de plasma fresco congelado (10 ml/kg) en 30 minutos.

Habrán de considerarse la transfusión de plaquetas en caso de:

- Sangrado persistente no controlado, después del estado de shock, con factores de coagulación corregidos y con trombocitopenia y tiempo de sangría mayor de 1,5 veces el normal.
- Cesárea u otra cirugía de urgencia con riesgo de sangrado, el recuento de plaquetas debe ser mayor de 50.000 mm³;-

Tratamiento de las complicaciones hemorrágicas

La hemorragia en mucosas puede presentarse en cualquier situación clínica de dengue, pero si la paciente está hemodinámicamente estable, el cuadro debe ser considerado de bajo riesgo. Por lo general, el sangrado mejora rápidamente durante la fase de recuperación. En el dengue, la trombocitopenia no es necesariamente un factor de causa de sangrado y no está indicado el uso profiláctico de plaquetas, ya que no se ha demostrado la utilidad transfundirlas en esa circunstancia. Si ya se ha presentado hemorragia, la decisión de transfundir plaquetas debe tomarse siempre a partir del cuadro clínico y de la situación particular de cada paciente y no justificarse solamente por un recuento plaquetario bajo. Se debe recordar que las hemorragias en el dengue son multicausales y no exclusivamente por trombocitopenia. Los pacientes con trombocitopenia marcada, cuyo recuento plaquetario es menor a 50.000 mm³, deben guardar reposo absoluto, y recibir pautas de alarma sobre traumatismos o algún sangrado ginecológico

espontáneo. No se deben aplicar inyecciones intramusculares para evitar hematomas. Es necesario tener en cuenta que la trombocitopenia en el dengue es transitoria y autolimitada y no requiere de la administración de corticoides. No se ha encontrado diferencia en los recuentos plaquetarios posteriores al tratamiento con altas dosis de inmunoglobulina intravenosa, tampoco en la duración de la trombocitopenia ni en los niveles de anticuerpos antiplaquetarios. Cuando el sangrado es significativo, generalmente es de origen digestivo o, si se trata de mujeres adultas, transvaginal. El sangrado en el tracto digestivo superior puede ser inaparente por varias horas, y manifestarse sólo por el episodio de melena. También pueden presentarse hemorragia pulmonar o intracraneal, ambas de mal pronóstico, por cuanto pueden constituir el inicio de la fase final del paciente. Debe ser considerado que, la mayoría de las veces, las grandes hemorragias se presentan durante o después del shock, por lo cual prevenirlo o tratarlo eficaz y tempranamente previene complicaciones de esa naturaleza. Los pacientes con riesgo de hemorragia grave son aquellos con:

- 1-Shock prolongado o resistente al tratamiento
2. Shock con hipotensión asociada a insuficiencia renal o hepática y acidosis metabólica grave y persistente
3. Uso de agentes antiinflamatorios no esteroideos
4. Tratamiento con drogas anticoagulantes
5. Pre existencia de úlcera péptica
6. Traumatismo de cualquier origen