



clínica e investigación en ginecología y obstetricia

www.elsevier.es/gine



CASO CLÍNICO

Influenza a H1N1 y embarazo. Reporte de caso



E. Reyna-Villasmil*, J. Aragón-Charris y U. Suárez-Torres

Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Central «Dr. Urquinaona», Maracaibo, Estado Zulia, Venezuela

Recibido el 25 de septiembre de 2013; aceptado el 24 de febrero de 2014

Disponible en Internet el 5 de agosto de 2014

PALABRAS CLAVE

Influenza A H1N1;
Embarazo;
Neumonía

Resumen Se describe un caso de influenza A H1N1 en una embarazada de 23 años con embarazo de 36 semanas quien consultó por presentar tos productiva, fiebre, mialgia y náuseas de 5 días de evolución. La radiografía de tórax reveló infiltrados en la parte inferior de ambos campos pulmonares compatibles con neumonía basal bilateral, iniciándose el tratamiento con antibióticos y antivirales. Posteriormente, se obtienen los resultados de virología que confirman la infección por virus de influenza A H1N1. Al quinto día la paciente presenta contracciones uterinas, produciéndose parto vaginal sin complicaciones, obteniéndose un recién nacido vivo femenino. Las condiciones clínicas de la paciente mejoraron lentamente y fue dada de alta al sexto día del puerperio.

© 2013 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Influenza A H1N1;
Pregnancy;
Pneumonia

Influenza a h1N1 and pregnancy. A case report

Abstract We describe a case of influenza A H1N1 in a 23-year-old woman at 23 weeks of pregnancy who presented with a 5-day history of productive cough, fever, myalgia, and nausea. Chest radiography showed infiltrates in the lower lobes of both pulmonary fields compatible with bilateral basal pneumonia. Treatment was started with antibiotic and antiviral therapy. Virology results subsequently confirmed influenza A H1N1 virus infection. On the fifth day, the patient developed uterine contractions and delivered a live female neonate through the vaginal route without complications. The patient's clinical status slowly improved and she was discharged on the sixth day of the puerperium.

© 2013 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sippenbauch@gmail.com (E. Reyna-Villasmil).

Introducción

Las embarazadas constituyen un grupo de alto riesgo para morbimortalidad relacionada con la influenza¹. Se ha reportado que el embarazo aumenta las complicaciones mortales secundarias a la infección por influenza A H1N1^{2,3}. También existen reportes sobre un incremento en el riesgo de abortos, alteraciones fetales y parto pretérmino cuando el embarazo se asocia con la infección por influenza A^{3,4}. El primer caso letal de infección respiratoria por H1N1 en un adulto en los Estados Unidos fue reportado en una embarazada en 2009⁵. Se presenta el caso de una infección por influenza A H1N1 durante el embarazo con resultados positivos.

Reporte de caso

Paciente primigesta de 23 años con embarazo de 36 semanas que es hospitalizada por presentar tos productiva, fiebre, mialgia y náuseas de 5 días de evolución. Los síntomas persistieron a pesar del tratamiento con amoxicilina prescrito por su médico tratante. La paciente no tenía antecedentes de enfermedades médicas ni de uso de algún otro medicamento. No recordaba ningún contacto con alguna persona enferma y negaba haber viajado recientemente. El embarazo hasta ese momento no había presentado ninguna complicación.

En el momento del ingreso la paciente estaba taquicárdica (105 latidos por minuto), normotensa (112/65 mm de Hg) y tenía 39 °C de temperatura corporal. Al examen físico se encontró la presencia de linfadenopatías submaxilares y crepitantes en ambas bases pulmonares. La radiografía de tórax reveló infiltrados en la parte inferior de ambos campos pulmonares compatibles con neumonía basal bilateral. El abdomen estaba blando y no doloroso. La frecuencia cardíaca fetal era de 149 latidos por minuto. Los valores de laboratorio fueron: hemoglobina de 9,8 g/dl y cuenta blanca de $11.000 \times \text{mm}^3$. Los gases arteriales estaban dentro de límites normales. Se inició el tratamiento con ampicilina-sulbactam intravenoso y azitromicina oral. De igual forma a la paciente se le tomaron muestras para la detección de influenza H1N1, se trató con zanamivir 5 mg 2 veces al día y fue adecuadamente aislada.

Las condiciones de la paciente se mantuvieron estables en los siguientes 4 días después del ingreso. La monitorización fetal se realizó de forma diaria. Se obtienen los resultados de virología que confirman la infección por virus de influenza A H1N1. Al quinto día la paciente presenta contracciones uterinas dolorosas, produciéndose parto eutócico sin complicaciones, obteniéndose un recién nacido vivo femenino de 2.790 gramos. Los puntajes de Apgar fueron de 4 puntos al minuto y 7 puntos a los 5 minutos.

En el posparto se indicó oseltamivir 150 mg 2 veces al día por vía oral. Las condiciones clínicas de la paciente mejoraron lentamente y fue dada de alta al sexto día del puerperio. El recién nacido fue mantenido en observación por una semana y posteriormente fue dada de alta sin ningún tipo de manifestación respiratoria.

Discusión

Los pacientes con infección por el virus de influenza A H1N1 presentan síntomas respiratorios agudos (tos seca, dolor de garganta, congestión nasal y fiebre). Los síntomas son inespecíficos, por lo que no es sorprendente que en muchos pacientes se confirme en forma tardía la presencia de la influenza A⁶. La proporción de mujeres que presentan una patología (además del embarazo) que las pondría en alto riesgo de complicaciones asociadas a la influenza incluye asma (en especial aquellas que utilizan esteroides inhalados u orales), antecedentes de consumo de tabaco (en mujeres jóvenes) y obesidad⁶.

Se recomienda el uso de hisopados nasofaríngeos para la detección rápida de los antígenos de influenza A y B en pacientes con fiebre y síntomas respiratorios. Si existe evidencia de infección por el virus de la influenza A se deben hacer pruebas adicionales para identificar el virus H1N1 usando la técnica de reacción de cadenas de polimerasa, el cual es el método diagnóstico recomendado para la confirmación de la infección por H1N1⁵.

La viremia es rara en la influenza estacional y la transmisión transplacentaria parece ser infrecuente; esta vía solamente ha sido demostrada en cepas altamente patógenas, como la influenza aviar H5N1 con el hallazgo de secuencia genómica viral en células citotrofoblásticas de la placenta, pulmón, células mononucleares circulantes y macrófagos del hígado del feto. Aún en ausencia de transmisión transplacentaria, los efectos sobre el feto podrían ser secundarios a la respuesta inflamatoria materna, antes que el resultado de un efecto viral directo⁷.

En contraste con las complicaciones maternas de la influenza, las complicaciones fetales de la infección materna están poco definidas. Se desconoce si el virus H1N1 está asociado con transmisión placentaria y las implicaciones, si existen, que pueda tener sobre las complicaciones fetales a parte de los potenciales efectos de la hipertermia materna sobre el embarazo. Se ha reportado una alta tasa de parto pretérmino (alrededor del 40%) en ciclos previos de pandemia por influenza, especialmente en pacientes con neumonía⁸.

El tratamiento antiviral generalmente se retrasa en las embarazadas^{5,6}, pero se debe enfatizar que el tratamiento debe iniciarse tan pronto como sea posible basado en la presentación clínica (presencia de fiebre, o tos seca) sin esperar los resultados de virología, a menos que se sospeche otra causa de los síntomas⁶. Se debe comenzar el tratamiento en las 48 horas siguientes a la aparición de los síntomas relacionados con la influenza y continuarlos por 5 días. El virus H1N1 es sensible al oseltamivir (75 mg 2 veces al día) y zanamivir (2 inhalaciones de 5 mg 2 veces al día)⁹. El oseltamivir es el tratamiento preferido debido a su absorción sistémica. Los beneficios de tratar la influenza A superan cualquier riesgo teórico para el feto. Una revisión de 232 casos de exposición materna al oseltamivir, incluyendo 12 casos de alteraciones fetales, concluyó que no parece existir evidencia que sugiera que la exposición materna esté asociada con complicaciones del embarazo o alteraciones del feto¹⁰.

Además de los fármacos antivirales, se debe utilizar acetaminofen debido a que la fiebre materna puede asociarse con defectos del tubo neural, convulsiones neonatales,

encefalopatía, parálisis cerebral y muerte neonatal². Los antibióticos deben ser utilizados en aquellas pacientes con neumonía y su selección depende de los patrones de resistencia de cada institución.

Diferentes observaciones sugieren que la infección por el virus de la influenza A H1N1 es relativamente benigna y no está asociada con complicaciones obstétricas significativas⁴. Es posible que los resultados favorables observados en el presente caso y en otras investigaciones sean atribuibles a la administración temprana del tratamiento antiviral, el cual ha demostrado disminuir la duración de la fiebre, la severidad de la enfermedad y la duración de la enfermedad¹¹. Al acortar la fase aguda de la enfermedad, el estado vírémico se reduce al igual que la posibilidad de diseminación de la enfermedad más allá del sistema respiratorio.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Valero N, Larreal Y, Arocha F, Gotera J, Mavarez A, Bermudez J </ET-AL>. Etiología viral de las infecciones respiratorias agudas. *Invest Clín*. 2009;50:359–68.
2. Vaillant L, La Ruche G, Tarantola A, Barboza P. Epidemic intelligence team at InVS. Epidemiology of fatal cases associated with pandemic H1N1 influenza 2009. *Euro Surveill*. 2009;14, pii: 19309.
3. Saraceni V, Nicolai C, Toschi W, Caridade M, Azevedo M, Rocha P, et al. Desfecho dos casos de influenza pandêmica (H1N1) 2009 em mulheres em idade fértil durante a pandemia, no município do Rio de Janeiro. *Epidemiol Serv Saúde*. 2010;19:339–46.
4. Rasmussen SA, Jamieson DJ, Macfarlane K, Cragan JD, Williams J, Henderson Z, Pandemic Influenza and Pregnancy Working Group. Pandemic influenza and pregnant women: Summary of a meeting of experts. *Am J Public Health*. 2009;99: S248–54.
5. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Novel influenza A (H1N1) virus infections in three pregnant women - United States April-May 2009. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2009;58:497–500.
6. Siston AM, Rasmussen SA, Honein MA, Fry AM, Seib K, Callaghan WM, et al., Pandemic H1N1 Influenza in Pregnancy Working Group. Pandemic 2009 influenza A(H1N1) virus illness among pregnant women in the United States. *JAMA*. 2010;303:1517–25.
7. Vásquez R, Chávez V, Gamio I, Muñoz R, Polar M, Montalvo R, et al. Probable transmisión vertical del virus de la influenza A (H1N1): a propósito de un caso. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2010;27:466–9.
8. Hewagama S, Walker SP, Stuart RL, Gordon C, Johnson PD, Friedman ND, et al. 2009 H1N1 influenza A and pregnancy outcomes in Victoria Australia. *Clin Infect Dis*. 2010;50:686–90.
9. Jefferson T, Jones M, Doshi P, del Mar C, Dooley L, Foxlee R. Neuraminidase inhibitors for preventing and treating influenza in healthy adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;2:CD001265.
10. Bearman G, Shankaran S, Elam K. Treatment of severe cases of pandemic (H1N1) 2009 influenza: Review of antivirals and adjuvant therapy. *Recent Pat Antiinfect Drug Discov*. 2010;5:152–6.
11. Li L, Cai B, Wang M, Zhu Y. A double-blind, randomized, placebo-controlled multicenter study of oseltamivir phosphate for treatment of influenza infection in China. *Chin Med J (Engl)*. 2003;116:44–8.