INFECCIONES EN EL EMBARAZO

DRA. M. EUGENIA ACEVEDO

JEFE DE SEC CION EMBARAZO DE ALTO RIESGO

HOSP. B RIVADAVIA

INFECCION DEL TRACTO URINARIO

- Las ITU son la segunda patología más común del embarazo después de la anemia.
- Se estima que 5-10% de las mujeres desarrollarán algún tipo de ITU durante el embarazo.
- La ITU es el tipo de infección más frecuente durante el embarazo, y representa el 5% de todas las admisiones hospitalarias de embarazadas

CLASIFICACION

- BACTERIURIA ASINTOMATICA
- CISTITIS
- PIELONEFREITS

CISTITIS

Incidencia del 1-4% de las embarazadas, siendo en el 2 semestre la mayor prevalencia. Es de destacar que una de cada tres embarazadas con BA desarrollará cistitis aguda.

La cistitis aguda polaquiuria (puede ser fisiológica)

disuria

tenesmo vesical

hematuria.

El diagnóstico: sedimento de orina y urocultivo

UC negativo se debe descartar el SÍNDROME URETRAL (Chlamydia trachomatis, Mycoplasma homminis y Ureaplasma urealiticum).

El tratamiento se inicia en forma empírica y debe ajustarse según antibiograma.

Revisión sistemática Cochrane no se encontraron diferencias significativas entre los tratamientos antibióticos disponibles en cuanto a tasa de curación, infección recurrente, incidencia de pretérmino, admisión a unidad de cuidados intensivos neonatales y fiebre prolongada.

TRATAMIENTO DE CISTITIS

Pueden utilizarse las siguientes opciones:

- 1) **Cefalexina** 500 mg c/8-6 horas (AI), otros β -lactamicos
- 2) Nitrofurantoína 100 mg c/6-8 horas (AI) (evitar en embarazo de término o trabajo de parto).
- 3) **Fosfomicina** 3 g única dosis (AI)

Tratamientos cortos (4-7 días), que han mostrado ser eficaces

Monodosis solo fosfomicina.

UC de control 7-15, y mensualmente hasta finalizar el embarazo.

En caso de recidiva, se debe actuar en función del antibiograma.

Si después de dos tratamientos completos persiste la cistitis, está indicado el tratamiento supresor profiláctico. (nitrofurantoina 200mg/dia)

PIELONEFRITIS

Aparece en 1-4% de las gestaciones y aumenta al 6% cuando no se ha realizado control de BA durante el embarazo. El 80-90% de las pielonefritis aparecen en el 2° - 3° trimestre y en el puerperio.

Clínica: dolor lumbar o en el flanco

fiebre (>38oC)

nauseas - vómitos,

hipersensibilidad en ángulo costo-vertebral (PPR+ uni-bilateral).

síntomas miccionales pueden estar o no presentes.

Diagnóstico diferencial: -Colecistitis -Apendicitis -Corioamnionitis

-Degeneración o necrosis de mioma -Ruptura o torsión de quiste ovárico

-Ruptura uterina -Trabajo de parto.

En **10-20**% de las pacientes existe bacteriemia, esto **NO** implica un peor pronóstico o que requiera un tratamiento diferente.

PIELONEFRITIS

Alrededor del 20% desarrollará complicaciones:

- shock séptico síndrome de distrés respiratorio del adulto (SDRA)
- anemia hemolítica insuficiencia respiratoria
- insuficiencia renal abscesos renales y litiasis
- parto prematuro.

Se debe realizar **hemocultivos** ante síntomas sépticos o si tiene comorbilidades y/o falta de respuesta al tratamiento antibiótico inicial (BII).

Hospitalización para tratamiento EV hasta que la paciente esté afebril durante 24 a 48 horas y con mejoras sintomática.

Embarazadas con pielonefritis aguda sin anomalías renales o urológicas, complicaciones del embarazo, signos de sepsis o tratamientos antibióticos recientes podrían realizar tratamiento ambulatorio si se asegura un seguimiento adecuado (BI).

TRATAMIENTO DE PIELONEFRITIS

Esquemas terapéuticos

- 1) **Ceftriaxona** 1-2 g/24 h EV o IM (AII). Considerar 2 g ceftriaxona en 2do y 3er trimestre por el aumento del peso corporal y del volumen de distribución
- 2) En caso de alergia a β-lactámicos:
- Gentamicina 240 mg/24h IM/EV
- Aztreonam 1g-2g EV c/8-12 horas

según gravedad Tras 48-72 horas afebril continuar con antibióticos por vía oral (según resultado de antibiograma) hasta completar 10 días de tratamiento.

UC a los 7-14 días de finalizar el antibiótico.

20% de las pielonefritis recidivan, se debe realizar un UC mensual de control.

Tratamiento antibiótico supresor en pielonefritis recidivante durante la gestación o tras un episodio pielonefritis con patología renal o de vías excretoras previa.

INFECCIONES RESPIRATORIAS

RINITIS

- PROCESOS VIRALES AUTOLIMITADOS
- TRATAMINETO SINTOMATICO (NUBULIZACIONES)
- AINES COMO PARACETAMOL
- SPRAY NASAL (IPRATROPIO, CORTICOIDES O SOLUCION SALINA)

SINUSITIS

RINORREA Y OBSTRUCCION AL FLUJO NASAL MOYOR A 7 DIAS

FIEBRE

PUNTOS DOLOROSOS EN SENOS MAXILAR, ETMOIDAL Y/O FRONTAL (PUNTO EWING Y/O GRUNWALD)

TRATAMIENTO ANTIBIOTICO:

- ✓ β-LACTAMICOS: AMOXIXILINA 500-875mg/8-12hs, AMOXICILINA-AC.CLAVULANICO 1GR/8-12hs, CEFUROXIMA 500mg/12HS.
- ✓ SPRAY NASAL DE SOLUCION SALINA Y/O CORTICOIDES

INFECCIONES RESPIRATORIAS

BRONQUITIS

INFECCION EN GENERAL AUTOLIMITADA,

ES VIRAL EN UN 90%

CLINICA:

- DOLOR TORACICO RETROESTERNAL
- TOS NO PRODUCTIVA

TRATAMIENTO SINTOMATICO

- PARACETALOL 500mg-1gr ?8 HS O SEGUN SINTOMATOLOGIA
- NEBULIZACIONES

GRIPE

CUADRO DE INFECCION VIRAL, ESTACIONAL, AUTOLIMITADO

CLINICAMENTE SE PRESENTA COMO CUADRO DE VIAS AEREAS SUPERIORES ASOCIADO CON SINDROME FEBRIL, CEFALEA, MIALGIA Y ASTENIA

SE DEBE INDICAR VACUNACION ANTIGRIPAL A TODAS LAS EMBARAZADAS Y PUERPERAS

ESTE CUADRO PRESENTA MAYOR MORBILIDAD EN EL
EMBARAZO CON RIESGO DE COMPLICACIONES GRAVES QUE
REQUIERE INTERNACION HOSPITALARIA TENER EN CUENTA SI
PRESENTA

- DISNEA -SIGNOS DE HIPOXIA -ALTERACION EN LA RX DE TORAX

TRATAMIENTO GENERAL ES SINTOMATICO

- REPOSO E HIDRATACION
- AINES COMO PARACETAMOL

INFECCIONES RESPIRATORIAS

NEUMONIA AGUDA DE LA COMUNIDAD(NAC)

PRESENTA UNA INCIDENCIA SIMILAR A LA POBLACION

CLINICA:

.FIEBRE

DOLOR TORACICO TIPO PLEURITICO

.TOS PRODUCTIVA

CREPITANTES EN LA AUSCULTACION

DIAGNOSTICO: RX TORAX

HEMOCULTIVO

LBT GRAL

CULTIVO DE ESPUTO EVALUAR BIENESTAR

FETAL (ECOGRAFIA-NST)

TRATAMIENTO

- B-LACTAMICOS COMO CEFTRIAXONA
- ERITROMICINA, AZITROMICINA
- CLINDAMICINA
- AINES-ANTIPIRETICOS COMO PARACETAMOL

COMPLICACIONES

- -EDEMA AGUDO DE PULMON
- PARTO PRETERMINO
- SEPSIS

INFECCION POR COVID-19 EN EMBARAZADAS

INFECSION VIRAL POR EL CORONAVIRUS SARS-Co2 SE PRESENTA COMO UN SINDROME RESPIRATORIO AGUDO EN EL EMBARAZO. SE GENERA UN CUADRO PROINFLAMARORIO CON DISFUNCION ENDOTELIAL SISTEMICA Y DEL SISTEMA RENINA ANGIONTENSINA PROVOCANDO VASOCONSTRICCION AL UNIRSE AL RECEPTOR 2 DE ANGIOTENSINA

CLINICA: ES MUY VARIABLE

-ASINTOMATICOS PACIENTES CON PCR+ (CONTACTO ESTRECHO HISOPADOS)

-SINTOMATICOS: SE SUBDIVIDEN EN LEVES Y GRAVES

LEVES: FIEBRE, ASTENIA, ADINAMIA, MIALGIA, CEFALEA,

ANOSMIA AGEUSIA, TOS SECA, ODINOFAGIA, CONJUNTIVITIS,

RINITIS, DIARREA ERITEMA CUTANEO NAUSEAS VOMITOS

DOLOR ABDOMINAL COLICO

GRAVES: DISNEA DOLOR PRECORDIAL, DOLOR TORACICO TIPO PLEURITICO

IMPOSIBILIDAD DE MOVIMIENTO O HABLA ALTERACION DE LA CONCIENCIA

SIGNOS PERISFERICOS DE CIANOSIS SATURACION ≤92%

DIAGNOSTICO

-HISOPADO NASAL Y/O FARNGEO CON TEST PCR + COVID 19

-RX TORAX: EN EMBARAZO CON PROTECCION ABDOMINAL

-LBT: (VER CUADROS)-

Los marcadores bioquímicos más frecuentemente utilizados para evaluar este tipo de pacientes son:

- a. Estado ácido base arterial.
- b. Hemograma con recuento de plaquetas y relación linfocitos/neutrófilos (RLN).
- c. Glucemia.
- d. Perfil renal: urea, creatinina, ionograma con clor
- e. Hepatograma.
- f. Dímero D.
- g. Fibrinógeno.
- h. Troponina ultrasensible.
- i. Ferritina.
- j. Proteína C reactiva.
- k. Ácido láctico.
- 1. Procalcitonina.
- m. Interleuquina 6.
- n. CPK
- o. LDH

Parámetro de laboratorio	Potencial importancia clínica y biológica
Leucocitosis con neutrofilia y linfopenia	Infección/Disminución de la respuesta inmunológica al virus/Infección bacteriana
Trombocitopenia	Coagulopatía
PCR aumentada	Inflamación
Eritrosedimentación aumentada	Inflamación
Ferritina sérica aumentada	Inflamación
Procalcitonina aumentada	Infección bacteriana
LDH aumentada	Lesión pulmonar y / o daño generalizado de órganos
Aminotransferasas (ALT/AST)	Daño hepático y / o daño generalizado a órganos
Aumento de bilirrubina	Daño hepático
Aumento de creatinina	Lesión renal
Aumento de troponinas cardíacas	Lesión cardiaca
Albúmina sérica disminuida	Deterioro de la función hepática.
Pruebas de coagulación alteradas	Activación de la coagulación sanguínea y / o coagulopatía diseminada.
Valor aumentado de Dímero D	Activación de la coagulación sanguínea y / o coagulopatía diseminada.

TRATAMIENTO EN EMBARAZADAS

LAS EMBARAZADAS REQUIEREN INTERNACION Y CONTROL ESTRICTO

SEGUN EL CUADRO CLINICO DE LA PACIENTE

- AINES: PARACETAMOL 500mg-1gr/8-6HS
- CORTICOIDES (DEXAMETASONA)
- HEPARINA (ENOXAHEPARINA O HBPM)
- ANTIBIOTICOS (AZITROMICINA 500mg/dia Y AMOXICICILINA-AC-CLAVULANICO 1gr CADA 12-8HS)
- OXIGENOTERAPIA

EN CUADROS SEVEROS SE DERIVA A UTI-UCI PARA ARM

COMPLICACIONES ASOCIADAS A COVID-19

CUADROS DE COVID GRAVES PRESENTARON:

- AUMENTO DE PREECLAMPSIA
- PARTO PRETERMINO E INGRESO A UCIN
- MUERTE FETAL
- MAYOR INDICE DE CESAREA
- RCUI O BAJO PESO (ALTERACION DE LA PERFUCION PLACENTARIA)

AUN FALTA MAYOR INFORMACION Y NUEVOS ESTUDIOS CON DATOS FEACIENTES PARA ANALIZAR LA FISIOPATOLOGIA Y ASI ELAVORAR ESTRATEJIAS PARA PREVENIR RESULTADOS ADVERSOS

INFECCIONES DE TRANSMISION VERTICAL

TORCH

- TOXOPLASMOSIS
- RUBEOLA
- CITOMEGALOVIRUS (CMV)
- VIRUS DEL HERPES SIMPLE (VHS) Y VARICELA ZOSTER
- PARVOVIRUS B19, ENTEROVIRUS (COXACKIE, ECHO, POLIO),
- TREPONEMA PALLIDUM,
- LISTERIA MONOCYTOGENES, ETC.

VARICELA

- EL 85-95% DE LOS ADULTOS SON INMUNES.
- LA TRANSMISIÓN POR VÍA RESPIRATORIA (DESDE 2 DÍAS ANTES DE LA APARICIÓN DEL EXANTEMA)
- TRANSMISIÓN VERTICAL <1% EN 1º TRIMESTRE, 2% EN 2º Y >50% A PARTIR DE SEMANA 36, MAYOR CERCANO AL PARTO.
- CLÍNICA: FIEBRE, MALESTAR GENERAL Y EXANTEMA PRURIGINOSO (PÁPULAS, VESÍCULAS Y COSTRAS EN DIFERENTES ESTADIOS) INICIA EN CABEZA, SE EXTIENDE TRONCO Y EXTREMIDADES.
- COMPLICACIONES: NEUMONÍA VARICELOSA (20-25% EN ADULTOS), EN LA GESTANTE ES MÁS GRAVE. APARECE A LOS 3-5 DÍAS DEL EXANTEMA (TOS, DISNEA, FIEBRE, INFILTRADOS NODULARES EN LA RADIOGRAFÍA DE TÓRAX). MORTALIDAD MATERNA DEL 15-40% SIN TRATAMIENTO. MAYOR RIESGO DE NEUMONÍA EN PACIENTES CON EXANTEMA MUY EXTENSO (>100 LESIONES).
- DIAGNÓSTICO: CLÍNICA, CON CONFIRMACIÓN SEROLÓGICA POSTERIOR.
- TRATAMIENTO SINTOMÁTICO EN DOMICILIO.
- SI LA PACIENTE PRESENTA DISNEA, TAQUIPNEA Y TOS DEBE REALIZARSE RADIOGRAFÍA DE TÓRAX.
- EN CASO DE NEUMONÍA, ACICLOVIR EV 5-10 MG/KG/8 H DURANTE 7 DÍAS. DISMINUYE LA MORTALIDAD.
- EMBARAZO DE TÉRMINO O PREPARTO, DEBE INTENTAR RETRASARSE EL PARTO AL MENOS 5-7 DÍAS(INMUNIDAD PASIVA)
- EMBARAZADAS ASINTOMÁTICAS EXPUESTA AL VIRUS *VARICELA-ZOSTER*, PRIMERO CONOCER SI TIENE INMUNIDAD. A LAS SERONEGATIVAS ADMINISTRACIÓN GAMMA-GLOBULINA HIPERINMUNE ANTI-VARICELA ZOSTER (VZIG) (EFICAZ HASTA 4 DÍAS DESPUÉS DEL CONTACTO) A DOSIS IM DE 625 U. NO PREVIENE LA TRANSMISIÓN VERTICAL PERO SÍ LA APARICIÓN DE COMPLICACIONES MATERNAS

HERPES GENITAL: HERPES SIMPLEX TIPO II, O HERPES SIMPLEX TIPO I.

TRANSMISIÓN VERTICAL POR VÍA TRANSPLACENTARIA (5%), MAYOR EN PRIMOINFECCIÓN, Y EN EL PARTO (90-95%), POR VÍA ASCENDENTE EN RPM O EN EL CANAL PARTO.

<u>CLÍNICA:</u> INFECCIÓN PRIMARIA, 70% ASINTOMÁTICAS. EN GENERAL PARESTESIAS, PRURITO, ESCOZOR O QUEMAZÓN, EDEMA Y ERITEMA, LESIONES PAPULOVESICULOSAS DOLOROSAS EN LA REGIÓN VULVOPERINEAL E INCLUSO EN CÉRVIX. PUEDEN APARECER ADENOPATÍAS DOLOROSAS, DISURIA Y EXUDADO URETRAL. EL CUADRO DURAR UNAS 3 SEMANAS.

LAS RECURRENCIAS SON FRECUENTES, EN LA MISMA LOCALIZACIÓN, CON SÍNTOMAS DE MENOR DURACIÓN E INTENSIDAD.

DIAGNÓSTICO: CLÍNICO, CONFIRMACION PCR VIRAL, SEROLÓGIA IGM-G PUEDE DETERMINAR INFECCIÓN PRIMARIA O RECURRENCIA

TRATAMIENTO

- EN LA PRIMOINFECCIÓN: **ACICLOVIR** ORAL **200 MG/5H Ó 400 MG/8H DURANTE 5-10 DÍAS** (O ENDOVENOSO SI SE SOSPECHA INFECCIÓN DISEMINADA). **FAMCICLOVIR Y VALACICLOVIR** SON SEGUROS.
- SI LA PRIMOINFECCIÓN EN EL PARTO, SE RECOMIENDA CESÁREA DE URGENCIA
- SI APARECE EN LAS 6 SEMANAS ANTES DE FPP, SE RECOMIENDA CESÁREA.
- SI ES UN EPISODIO RECURRENTE SE PUEDE PAUTAR ACICLOVIR ORAL PARA REDUCIR LA CLÍNICA Y LA ELIMINACIÓN VIRAL
- RECURRENCIA EN EL EMBARAZO ADMINISTRAR ACICLOVIR 400 MG/8H PREVENTIVO A LAS 36 SEMANAS HASTA EL PARTO, DISMINUYE LA RECURRENCIA
- RPM + HERPES EN EMBARAZO DE TÉRMINO: CESÁREA URGENTE. EN PRETÉRMINO, CONDUCTA EXPECTANTE (HASTA LA SEMANA 32-34) CON MADURACIÓN PULMONAR CON CORTICOIDES Y PROFILAXIS ANTIBIÓTICA Y ACICLOVIR

