

NOVEDADES DESDE LA VERSION ANTERIOR

- Se añaden las nuevas indicaciones de vacunación en primer trimestre de la gestación y en los primeros seis meses de puerperio. Se amplía la información acerca del protocolo andaluz de vacunación en embarazo (tipos de vacunas utilizadas, administración concomitante de otras vacunas, contraindicaciones...).
- Se incorporan a las pruebas diagnósticas de gripe A y B los test de antígenos rápidos en el servicio de Urgencias.
- Se modifica la necesidad de notificación al Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública.

INDICE

1. Introducción.
2. Vacunación.
3. Definición de caso de gripe.
4. Manejo de la paciente con gripe en el servicio de Urgencias.
5. Manejo de la paciente con gripe en el área de Hospitalización de Obstetricia.
6. Manejo de la paciente con gripe durante el parto y puerperio.
7. Bibliografía.

1. INTRODUCCIÓN

La gripe es la afección causada por los virus influenza A y B. Es una infección estacional que en climas templados se da en los meses de invierno. Se transmite por vía aérea o a través de contacto directo y por fómites. La presentación clínica de la gripe en embarazadas es habitualmente la misma que en mujeres no embarazadas. Las principales características clínicas de la gripe son: fiebre $>38^{\circ}\text{C}$, dificultad respiratoria, tos y malestar general. La mayoría de las pacientes presentan una linfopenia significativa y alteraciones de los enzimas hepáticos.

El tiempo que transcurre entre la exposición al virus y el inicio de la enfermedad es de entre **2 y 8 días**. La mayoría de síndromes gripales en las mujeres embarazadas son de carácter leve y cursan sin complicaciones. Sin embargo, en algunos casos la enfermedad puede progresar a una insuficiencia respiratoria grave, neumonía y/o aparecer complicaciones secundarias.

La Gripe A (H1/N1), surgida en el año 2009, fue una pandemia causada por una variante del *Influenzavirus A* de origen porcino (subtipo **H1N1**). Se trata de una enfermedad muy contagiosa, que se transmite fácilmente de una persona a otra a través de gotitas respiratorias. Esta nueva variante afecta a los mismos grupos de riesgo que los de la gripe estacional, fundamentalmente jóvenes, embarazadas y en general, personas de cualquier edad con una condición clínica especial que le predisponga a tener una gripe complicada: enfermos crónicos, diabéticos en tratamiento, obesos mórbidos, inmunodeprimidos, etc. Tiene un periodo de incubación de **7 días**.

Debido a los cambios fisiológicos que se producen en el sistema inmunitario, cardiovascular y respiratorio durante el embarazo y hasta 2 semanas después del parto, las embarazadas son más propensas a desarrollar complicaciones derivadas de la gripe que puedan requerir hospitalización e incluso provocar la muerte. Además, la infección por el virus de la gripe puede provocar riesgos para el desarrollo del feto, incluyendo nacimiento prematuro, bajo peso del neonato y un aumento del

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Gripe en embarazo y puerperio

riesgo de muerte intraútero. No se ha demostrado teratogenia por el virus cuando la madre tiene la infección en el primer trimestre.

2. VACUNACIÓN

Por todo ello, las embarazadas son consideradas como **población de riesgo**, estando indicada en ellas la **vacunación** con dos posibles actitudes:

1. Vacunación general con vacuna inactivada en las embarazadas sin problemas adicionales de salud en cualquier trimestre del embarazo.
2. Vacunación en los primeros 6 meses de puerperio.

En nuestra área, dicha vacunación se realizará con vacuna inactivada (trivalente o tetravalente). Los efectos adversos de la vacuna frente a la gripe, si se presentan, son leves y autolimitados, como en el resto de la población (eritema, hinchazón en la zona de punción, dolor muscular, dolor de cabeza).

Idealmente, la vacuna deberá ser administrada a finales de Octubre, aunque su vacunación en cualquier momento de la temporada de gripe ofrece protección durante el periodo en el que el virus circula por la comunidad. Es segura su administración durante la lactancia materna. Debemos recomendar la vacunación también de los convivientes de las gestantes.

La administración conjunta de la vacuna de la gripe con otras vacunas recomendadas en el embarazo (como la vacuna contra la tos ferina, contra la infección por COVID-19 o la gammaglobulina anti-D) no afecta a su efectividad o seguridad, eso sí, siempre deben administrarse en lugares anatómicamente diferentes.

La vacuna no está indicada en gestantes con alergia anafiláctica al huevo o reacción alérgica severa a una vacunación anterior de gripe, así como en el curso de una enfermedad aguda con fiebre elevada.

3. DEFINICIÓN DE CASO DE GRIPE

Para facilitar el diagnóstico y el manejo de la embarazada con gripe, el ACOG y la CDC proponen el siguiente algoritmo diagnóstico en el embarazo:

Presencia de fiebre ($>37.9^{\circ}\text{C}$) + 1 o más de los siguientes criterios:

- Tos.
- Dolor de garganta.
- Congestión nasal.
- Dolor de cabeza o miastenia.
- Fatiga.
- Dificultad respiratoria o taquipnea.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Gripe en embarazo y puerperio

La ausencia de fiebre no descarta el diagnóstico de gripe durante el embarazo. Si la paciente no presenta fiebre pero sí varios de los síntomas anteriores, se considera igualmente caso probable.

Desde la aparición de la nueva infección por el virus SARS-CoV-2 las 2 infecciones pueden ser clínicamente indistinguibles, y aunque el abordaje inicial será el mismo, se deberá establecer el diagnóstico diferencial lo antes posible por las distintas implicaciones del manejo de la infección.

DEFINICIÓN DE CASO DE GRIPE:

Criterios clínicos:

1. Aparición **súbita** de los síntomas y
2. Síntomas generales (al menos uno o más): fiebre o febrícula, malestar general, cefaleas y mialgias.
3. Síntomas respiratorios (al menos uno o más): tos, dolor de garganta, disnea.
4. Ausencia de otra sospecha diagnóstica.

Criterios de laboratorio para gripe:

Al menos una de las siguientes pruebas con resultado positivo:

1. Detección por RT-PCR del virus de la gripe.
2. Aumento de 4 veces el título de anticuerpos neutralizantes frente al virus de la gripe.
3. Cultivo viral de virus de la gripe.
4. Test rápido de antígenos positivo frente a gripe.

4. MANEJO DE LA PACIENTE CON GRIPE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Ante cualquier caso de sospecha de gripe en gestante que acuda a Urgencias, se realizarán las siguientes actuaciones de forma consecutiva:

1. Poner mascarilla quirúrgica bien ajustada a la enferma. La paciente que presente buen estado general esperará en la sala de espera siempre que no tenga un nivel de prioridad 1-2, requiera monitorización o precise de tratamiento urgente.
2. Utilizar por el personal sanitario medidas de higiene habituales que eviten la transmisión por gotas y contacto (mascarilla quirúrgica, guantes desechables no estériles e higiene de manos).
3. Exploración física que deberá incluir necesariamente:
 - Temperatura, frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca, presión arterial, pulsioximetría.
 - Estado de conciencia.
 - Auscultación pulmonar y cardíaca.
 - Descartar otro foco infeccioso.
 - Si la saturación de oxígeno es inferior al 96%, se aplicarán las medidas incluidas en el protocolo de asma para mejorar la ventilación de estas pacientes.
4. Tomar muestras a la paciente para diagnóstico microbiológico: se llevará a cabo ante la sospecha de infección por gripe, con dos hisopos, uno faríngeo (parte más posterior de la cara interna del masetero) y otro nasal (ambas fosas), realizando un movimiento rotatorio para arrastrar las secreciones mucosas. Seguidamente se introducirían ambos hisopos en un

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Gripe en embarazo y puerperio

mismo tubo. Las muestras se enviarán al Servicio de Microbiología del hospital con la debida petición urgente de PCR del virus de la gripe. Actualmente en nuestro servicio se cuenta con test rápidos de detección de antígenos de COVID-19 y Gripe A y B. Debido a que estos test rápidos presentan peores resultados en sensibilidad y especificidad, la PCR sigue siendo el método de elección para el diagnóstico virológico, quedando reservados los test de antígenos para casos concretos. Un resultado negativo en el test de antígenos no descarta la infección.

Todas las gestantes con diagnóstico de gripe A o B son subsidiarias de tratamiento con **Oseltamivir**, independientemente del estado clínico (pauta: 75 mg/12h vía oral durante 5 días). El tratamiento se comenzará inmediatamente tras la toma de muestras para los estudios virológicos, y se podrá dispensar en farmacias a través de receta ordinaria. Es importante informar a la paciente del riesgo/beneficio para el feto (fármaco de categoría C en el embarazo, aunque no se han comunicado efectos adversos en los últimos años), y compartir con ella la decisión de iniciar o no el tratamiento. Hasta ahora no se han descrito resistencias con el fármaco. No se debe retrasar el tratamiento a la espera de confirmación diagnóstica de la gripe.

La hipertermia asociada a la gripe se debe tratar siempre dado que está demostrado su efecto perjudicial para el feto, especialmente si es elevada y sostenida. El Paracetamol (posología: 1 comprimido de 1gr/8h) es el medicamento de elección.

La CDC recomienda la **profilaxis postexposición** en pacientes embarazadas y en las dos semanas postparto (incluyendo aborto) que han tenido contacto íntimo con individuos contagiosos y diagnosticados de gripe con Oseltamivir 75mg, una dosis diaria durante 7 días, justificando que son pacientes con alto riesgo de desarrollar complicaciones derivadas de la gripe. Generalmente, se recomienda iniciar la profilaxis en las primeras 48 horas tras la exposición de riesgo, pasado dicho tiempo la utilidad se vuelve dudosa. Si no se hubiera administrado previamente, sería recomendable la vacunación para prevenir posteriores exposiciones.

En los casos que no precisen hospitalización se facilitará el número de teléfono de la consulta de Urgencias en el informe de alta. Las pacientes deberán llamar a las 24-48 horas de la toma de muestras (si es posible en horario de mañana) para recibir el resultado de la PCR viral de gripe A o B, en el caso que se solicite. Los fines de semana y días laborables a partir de las 8 p.m. no se realizan procesados de muestra (pero sí recogida), por lo que se debe tener en cuenta al anotar la fecha de la llamada. Si el resultado de la PCR fuese negativo, deberá suspender la medicación. Si el resultado fuese positivo, deberá continuar el tratamiento hasta completar la pauta 5 días. Es importante tener en cuenta que si la sospecha de infección es muy alta, el resultado negativo de la PCR no descarta totalmente la infección, recomendándose completar igualmente los 5 días de tratamiento.

En el informe de alta se les aconsejará guardar las medidas higiénico-sanitarias en domicilio para prevenir la transmisión (durante 7 días desde el inicio de los síntomas o hasta 48 horas tras la desaparición de la fiebre sin antitérmicos). Es importante dar indicaciones claras sobre los motivos de re-consulta al servicio de Urgencias (como aparición de dificultad respiratoria o fiebre alta no respondedora a antitérmicos).

El seguimiento domiciliario de la paciente caso se hará por el Centro de Salud correspondiente tras comunicación de la paciente al mismo.

5. MANEJO DE LA PACIENTE EN EL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN

En el caso que la paciente precise ingreso hospitalario se ingresará en la 3ª planta de Obstetricia. La paciente permanecerá en **aislamiento respiratorio**. Se limitarán las visitas a un solo familiar por paciente. Se seguirán las medidas higiénico-sanitarias recogidas en el Plan de Vigilancia y Control de la Infección Relacionada con la Asistencia Sanitaria elaborado por el Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública del Hospital en https://www.huvn.es/asistencia_sanitaria/medicina_preventiva_y_salud_publica/vigilancia_prevenccion_y_control_iras/documentos_procedimientos_y_protocolos

Ya no es necesaria la notificación de los casos de Gripe A y B al Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública (les llegará la notificación a través del servicio de Microbiología cuando los resultados de la PCR sean positivos).

Criterios de ingreso:

No es necesario el ingreso hospitalario de todas las gestantes, tomándose la decisión según la gravedad del cuadro clínico y la presencia o no de factores de riesgo adicionales.

1. Sospecha clínica de neumonía: auscultación cardio-respiratoria, radiografía de tórax, expectoración purulenta y dolor costal.
2. Síndrome gripal con criterios de sepsis.
3. Incapacidad para la ingesta oral que impidan la hidratación y toma de medicación oral.
4. Evolución tórpida de la enfermedad: persistencia de fiebre alta tras el tercer día del inicio de los síntomas, aparición de disnea, empeoramiento del estado general, enfermedad rápidamente progresiva.
5. Cualquier comorbilidad que implique inmunodepresión grave (trasplante, infección por VIH, tratamiento prolongado con corticoides, neutropenia, etc).
6. Problemas Sociales (que no garantice el cumplimiento del tratamiento o las medidas higiénico-sanitarias recomendadas).

Exploraciones complementarias:

A su llegada a la planta se solicitarán:

1. Hemograma con PCR y procalcitonina.
2. Saturación arterial.
3. Bioquímica ampliada.
4. Pruebas de coagulación.
5. Gasometría venosa con ácido láctico.
6. Radiografía de tórax postero-anterior y lateral.
7. Cultivo de esputo.
8. Hemocultivos (2 muestras) si fiebre superior a 37.8°C (o en caso de febrícula (37.2-37.7°C) con criterios de sepsis).
9. Antígenos de Legionella y neumococo en orina (determinación Urgente).
10. Exudado nasofaríngeo para RT-PCR para detección del virus VRS, SARS-COV-2 y gripe A y B (si no se ha cursado desde Urgencias). También se deberá incluir PCR de virus respiratorios

PROTOSCOLOS ASISTENCIALES

Gripe en embarazo y puerperio

(adenovirus, hantavirus, rinovirus, enterovirus...). Se contactará con microbiología de guardia. Si la primera RT-PCR fuese negativa, el cuadro clínico persiste y la sospecha de gripe se mantiene, deberá repetirse la RT-PCR en una nueva muestra.

Tratamiento y seguimiento de la neumonía sospechosa/confirmada:

1. Medidas generales:
 - Insuficiencia respiratoria: oxigenoterapia.
 - Fluidoterapia y soporte hemodinámico según la evaluación inicial.
 - Tratamiento sintomático: antitérmicos (Paracetamol de elección); náuseas y vómitos, tos, rinorrea...
 - Restringir el uso de medicación nebulizada.
2. Tratamiento antiviral: administrar Oseltamivir 75 mg cada 12 horas por vía oral durante 5 días. El tratamiento se iniciará sin necesidad de esperar al resultado del test diagnóstico. El fármaco se dispensará a través de receta de planta; indicando si es posible a Farmacia el resultado positivo de la PCR de gripe A o B, o, en su defecto, en el test rápido de antígenos de gripe A o B. Se debe considerar suspender el tratamiento antiviral según la evolución clínica y los resultados microbiológicos.
3. Tratamiento antibacteriano: todas las pacientes con sospecha de neumonía por virus influenza deben recibir un tratamiento antibiótico que ofrezca una cobertura adecuada frente a *S. pneumoniae*, *S. aureus* y *H. influenza*. Se instaurará tratamiento con Claritromicina 500 mg/iv/12h y una cefalosporina como Cefotaxima 2g/iv/4-8h o Ceftriaxona 2 gr/iv/24h. También puede usarse Amoxicilina-Clavulánico 2g/iv/8h. El tratamiento se modificará en función de la evolución clínica y resultados del antibiograma en su caso.
4. Otras medidas: se puede considerar la administración de corticoides por vía intravenosa (Metilprednisolona 40 mg/24h) o por vía oral (Prednisona 30 mg/24h) ante la aparición de signos de dificultad respiratoria (broncoespasmo, sibilancias, roncus...). Las dosis de corticoides se irán disminuyendo progresivamente en función del estado del paciente.
5. Controles durante el tratamiento:
 - Interconsulta a Enfermedades Infecciosas o Neumología en horario de mañana. Durante la guardia se avisará al busca de Medicina Interna.
 - A las 48 horas del ingreso se llevará a cabo una reevaluación de la estabilización de la neumonía: ausencia de fiebre (<37.2°C); saturación O₂> 90%; FR < 24 rpm, FC < 100 lpm.
6. Una vez se ha producido una mejoría de los signos y síntomas de la infección, se ha alcanzado la estabilidad clínica y no exista imposibilidad para la ingesta oral se debe considerar el alta hospitalaria. En los casos de neumonía bacteriana aguda confirmada, se continuará con tratamiento antibiótico domiciliario siguiendo las mismas recomendaciones que la población general en cuanto a duración o vía de administración del fármaco.
7. Control después del alta: se recomienda realizar una visita médica con el servicio al que se le realizó la interconsulta durante el ingreso para seguir evolución clínica, analítica y radiológica de los pacientes 30 días después del alta hospitalaria.

Si una gestante con sospecha de gripe está ingresada o debe ingresar por motivos obstétricos se seguirán las mismas recomendaciones (aislamiento, toma de muestras, tratamiento con Oseltamivir, etc), junto con el tratamiento indicado por la patología obstétrica.

PROTOCOLOS ASISTENCIALES

Gripe en embarazo y puerperio

6. MANEJO DE LA PACIENTE DURANTE EL PARTO Y EL PUERPERIO

1. Si la gestante presenta la enfermedad (sospechosa o confirmada), durante el trabajo de parto se aconseja que lleve una mascarilla quirúrgica si la tolera.
2. Se debe tratar la fiebre durante el trabajo de parto.
3. El recién nacido debe considerarse potencialmente infectado si el parto tiene lugar entre dos días antes y siete después del comienzo de la enfermedad materna, comunicándolo, en tal caso, al Pediatra de guardia para que inicie las medidas oportunas.
4. Se recomienda iniciar la lactancia materna precozmente debido a los beneficios que se derivan para el niño de forma general, y particularmente en este caso (paso de anticuerpos protectores maternos a través de la leche). El riesgo de transmisión del virus por la leche materna es desconocido, aunque parece improbable, por lo que las pacientes en la etapa de puerperio podrán seguir con la lactancia materna. Tampoco el tratamiento ni la quimioprofilaxis con antivirales contraindican la lactancia. Se deberán extremar las medidas higiénico-sanitarias (como el uso de mascarilla) durante la fase aguda de la enfermedad (7 días) o en caso de tratamiento con Oseltamivir, durante los 5 días que dura el tratamiento.

7. INDICADORES DE EVALUACIÓN

Indicador	Fórmula	Fuente	Estándar
Diagnóstico de infección por gripe	% de casos diagnosticados en Urgencias tras sospecha clínica de infección	Diraya	80%

8. BIBLIOGRAFÍA

- American College of Obstetricians and Gynecologists. Influenza in pregnancy: prevention and treatment. Committee Statement No. 7. *Obstet Gynecol* 2024; 143:1–7.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. Influenza vaccination during pregnancy. Committee Opinion No. 732. *Obstetrics And Gynecology* 2018; 131(4), e109-e114. <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000002588>
- Polyzos KA, Konstantelias AA, Pitsa CE, et al. Maternal Influenza Vaccination and Risk for Congenital Malformations: A Systematic Review and Meta-analysis. *Obstetrics & Gynecology*. November 2015; 126(5): p1075-1084. DOI: 10.1097/AOG.0000000000001068
- Giles ML, Krishnaswamy S, Macartney K, et al. The safety of inactivated influenza vaccines in pregnancy for birth outcomes: a systematic review. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*. 2018; 15(3), 687–699. <https://doi.org/10.1080/21645515.2018.1540807>
- Kharbanda EO, Vazquez-Benitez G, Romitti PA, et al. First Trimester Influenza Vaccination and Risks for Major Structural Birth Defects in Offspring. *J Pediatr*. 2017 Aug; 187:234-239.e4. doi: 10.1016/j.jpeds.2017.04.039.
- Carlson A, Thung SF, Norwitz ER. H1N1 Influenza in Pregnancy: What All Obstetric Care Providers Ought to Know. *Reviews in obstetrics & gynecology*. 2009; 2(3), 139–145.
- Jamieson DJ, Honein MA, Rasmussen SA, et al. H1N1 2009 influenza virus infection during pregnancy in the USA. *Lancet*. 2009; 374(9688):451-458. doi:10.1016/S0140-6736(09)61304-0

PROTOSCOLOS ASISTENCIALES

Gripe en embarazo y puerperio

- European Centre for Disease Prevention and Control. Public health guidance: Seasonal influenza vaccination of children and pregnant women. 2012.
- Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations for Obstetric Health Care Providers Related to Use of Antiviral Medications for the Treatment and Prevention of Influenza. 2022.
- Beau AB, Hurault-Delarue C, Vial T, et al. Safety of oseltamivir during pregnancy: a comparative study using the EFEMERIS database. BJOG. 2014; 121(7):895-900. doi:10.1111/1471-0528.12617
- Beigi RH, Pillai VC, Venkataramanan R, et al. Oseltamivir for the treatment of H1N1 influenza during pregnancy. Clin Pharmacol Ther. 2015; 98(4):403-405. doi:10.1002/cpt.179
- Uyeki TM, Bernstein HH, Bradley JS, et al. Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America: 2018 Update on Diagnosis, Treatment, Chemoprophylaxis, and Institutional Outbreak Management of Seasonal Influenza. Clin Infect Dis. 2019; 68(6):e1-e47. doi:10.1093/cid/ciy866
- Lim WS, Macfarlane JT, Colthorpe CL. Treatment of community-acquired lower respiratory tract infections during pregnancy. Am J Respir Med. 2003;2(3):221-233. DOI:10.1007/BF03256651
- Plasencia W, Eguiluz I, Barber MA, et al. Neumonía y gestación. Clin Invest Gin Obst. 2006; 33(1): 15-21. DOI: [10.1016/S0210-573X\(06\)74076-X](https://doi.org/10.1016/S0210-573X(06)74076-X)
- Álvarez-Rocha L, Alos JI, Blanquer J, et al. Guías para el manejo de la neumonía comunitaria del adulto que precisa ingreso en el hospital. Med Intensiva. 2005; 29(1): 21-62. DOI: [10.1016/S0210-5691\(05\)74199-1](https://doi.org/10.1016/S0210-5691(05)74199-1)

Autores	Dra. López Criado, Dra. Mena Rina, Grupo PROA HUVN.		
Fecha elaboración	Marzo 2025	Vigencia	Marzo 2028