

PERFIL CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DE EMBARAZADAS CON CHIKUNGUNYA BAJO VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN CORPOSALUD, ESTADO ARAGUA. AÑO 2014.

CLINICAL EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF PREGNANT WITH CHIKUNGUNYA IN CORPOSALUD WATCH IN STATE EPIDEMIOLOGICAL ARAGUA 2014

Ramón Rivas D.^{1,2}, José A. Rodríguez², Alexandra Rojas², Rosanny Rodríguez², María Rumbos², Daniela Romero², Mercedes Herrera³

ABSTRACT

Chikungunya in pregnant women is a nosological state that endangers life maternal and child during the perinatal period. In order to determine the clinical and epidemiological profile of pregnant women with Chikungunya under epidemiological surveillance, descriptive and retrospective epidemiological study with a sample of 100 pregnant epidemiological chips with Chikungunya was conducted during the second half of the year 2014. Los data were processed and analyzed using measures of central tendency, percentages and confidence intervals. The results indicate an average of 27 years of age, being the Metropolitan axis of the city of Maracay the highest incidence with 86% of cases the federal entity. The average length of pregnancy was between weeks 36 and 40 in 30% of them. The public network represented 53% of the references. Clinical manifestations include fever 94%, arthralgia 84%, headache 75%, 64% rash, nausea and vomiting 45% and 43% respectively and substantially decreased hematocrit. In the evolution of pregnant women with Chikungunya a different triad clinical behavior of the disease was found. good prenatal care with a normal standard 6 prenatal visits was evident. A low percentage of pregnant entered the intensive care unit. The most frequent complications were severe preeclampsia and preterm labor. The poor completion of clinical histories and files kept detailed knowledge significant advances in making decisions regarding the disease.

KEY WORDS: Chikungunya in pregnant, Epidemiological surveillance, Alphavirus.

RESUMEN

Chikungunya en la mujer embarazada constituye un estado nosológico que pone en peligro la vida materno-infantil durante el periodo perinatal. Con el objetivo de determinar el perfil clínico epidemiológico de embarazadas con Chikungunya bajo vigilancia epidemiológica, se realizó un estudio descriptivo y epidemiológico retrospectivo con una muestra de fichas epidemiológicas de 100 embarazadas con Chikungunya durante el segundo semestre del año 2014. Los datos obtenidos fueron procesados y analizados utilizando medidas de tendencia central, porcentajes e intervalos de confianza. Los resultados indican un promedio de 27 años de edad, siendo el eje Metropolitano de la ciudad de Maracay el de mayor incidencia con 86% de los casos de la entidad federal. El promedio del tiempo de embarazo fue entre las semanas 36 y 40 en 30% de ellas. La red pública representó 53% de las referencias. Las manifestaciones clínicas incluyen fiebre 94%, artralgias 84%, cefalea 75%, erupción cutánea 64%, náuseas y vómitos 45% y 43% respectivamente y disminución sustancial del hematocrito. En la evolución de las gestantes con Chikungunya no se encontró un comportamiento distinto al de la triada clínica de la enfermedad. Se evidenció un buen control prenatal con un estándar normal de 6 controles prenatales. Un bajo porcentaje de las embarazadas ingresó a la unidad de cuidados intensivos. Las complicaciones más frecuentes fueron la preeclampsia grave y la amenaza de parto pretérmino. El mal llenado de las fichas e historias clínicas impidió conocer con detalle los avances significativos en la toma de decisiones con respecto a la enfermedad.

PALABRAS CLAVE: Chikungunya en embarazadas, Vigilancia epidemiológica, Alfavirus.

INTRODUCCIÓN

Chikungunya (CHIK) es una enfermedad emergente causada por un virus ARN que pertenece al género *Alfavirus* de la familia *Togaviridae*, (CHIKV). Es transmitida por la picadura principalmente de *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus*, las mismas especies involucradas en la transmisión de dengue.^{1,2} Así mismo, puede ocurrir por la exposición en el laboratorio y la posible transmisión del virus a través de hemoderivados, los cuales se presentan con menos frecuencia.³

Recibido: 29/02/2016 Aprobado: 15/03/2016

¹Corposalud Aragua. ²Departamento de Salud Pública. Escuela de Medicina "Dr. Witremundo Torrealba". Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo-Núcleo Aragua. ³ Departamento de Obstetricia y Ginecología. Escuela de Medicina "Dr. Witremundo Torrealba". Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo-Núcleo Aragua..

Correspondencia: rivaramon@gmail.com

Para abordar su tratamiento, el diagnóstico es fundamentalmente clínico, partiendo del caso sospechoso, el cual se define como todo paciente con inicio agudo de fiebre $>38,5-40^{\circ}\text{C}$, artralgias graves discapacitantes o artritis no explicada por otra condición médica y erupción máculopapular, quien reside o ha visitado áreas endémicas dentro de las dos semanas previas al inicio de síntomas. Si aunado a esto, el paciente satisface los criterios de laboratorio para CHIKV, se clasifica como caso confirmado.⁴

Para el diagnóstico confirmatorio de CHIKV se utilizan tres pruebas de laboratorio: aislamiento viral, reacción en cadena de polimerasa con transcriptasa reversa (RT-PCR) y serología. Las muestras deben ser tomadas la primera semana del inicio de los síntomas y deben ser analizadas por métodos serológicos (ELISA para IgM e IgG) y virológicos (RT-PCR y aislamiento viral).⁵

La frecuencia de mujeres en estado de gravidez afectadas por CHIKV es variable. La embarazada con Chikungunya se constituye en un estado nosológico que pone en peligro la vida de la mujer y al producto de la concepción durante la etapa gravídica y/o puerperal, y requiere la atención médica o quirúrgica inmediata por personal especializado para reducir el riesgo de mortalidad materna.⁶

Como antecedentes de esta enfermedad en embarazadas, han sido reportados los resultados de Touret y colaboradores (2006)⁷, en la Isla Reunión, quienes presentaron los tres primeros casos de transmisión materno-fetal del virus Chikungunya (CHIKV) antes de 16 semanas de gestación, los cuales fueron confirmados por los resultados positivos para anti-CHIKV IgM específica. Estos embarazos culminaron con muerte fetal, evidenciándose el genoma viral mediante RT-PCR en el líquido amniótico de los tres fetos y en la placenta y cerebro de dos. En estos hallazgos se demuestran principios de la transmisión materno-fetal del CHIKV, que sugieren estar directamente vinculado a las muertes fetales.⁷ En Venezuela se reporta un primer caso importado que fue confirmado el 6 de junio de 2014, tratándose de un ciudadano venezolano proveniente de República Dominicana.⁸

La presencia de los vectores que participan en la transmisión del CHIKV, especialmente *Aedes aegypti*, ha provocado el aumento progresivo de casos autóctonos.³ Ante la presencia de estos vectores, el CHIKV tiene la capacidad de emerger, reemerger y diseminarse rápidamente en nuevas áreas geográficas, lo que hace prioritario mejorar la vigilancia y la preparación del personal de salud para hacer frente a esta enfermedad.⁹

En este sentido, la Oficina Sanitaria Panamericana (OPS) reunió a expertos en Chikungunya de diferentes países, incluyendo Venezuela, y publicó las experiencias en su edición titulada "Preparación y respuesta ante la eventual introducción del Virus Chikungunya en las Américas 2011."⁵

Con el propósito de construir una base epidemiológica que permita la aplicación de políticas de salud para prevenir y combatir las condiciones de riesgos asociadas con las muertes maternas, contribuyendo al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, propuestos en la Organización de Naciones Unidas, y expresados en los apartados 4 y 5 de la Misión Niño Jesús del Ministerio del Poder Popular para la Salud,¹⁰ se planteó este estudio epidemiológico que evidencia la situación epidemiológica de esta enfermedad en el estado Aragua, Venezuela.

El objetivo fue dirigido a determinar el Perfil Clínico Epidemiológico de las Embarazadas con Chikungunya, bajo vigilancia epidemiológica en CORPOSALUD estado Aragua durante el año 2014, haciendo énfasis en el diagnóstico, en la definición de causas y factores que incrementan la morbilidad por Chikungunya en la embarazada y en la evaluación del comportamiento de las gestantes en el estado Aragua.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio epidemiológico descriptivo y retrospectivo, mediante la revisión y análisis de las fichas epidemiológicas de casos confirmados por Chikungunya en las gestantes que ingresaron bajo vigilancia epidemiológica a CORPOSALUD Aragua durante el período comprendido entre junio- diciembre 2014. Fueron seleccionadas 100 fichas correspondientes a igual número de pacientes. A su vez se realizó una búsqueda en el registro estadístico automatizado del Departamento de Historias Médicas del Hospital Central de Maracay y de la Maternidad La Floresta de aquellas pacientes que requirieron hospitalización.

La información recopilada incluyó variables epidemiológicas y demográficas, semanas de gestación, red de referencia, municipios de residencia de las pacientes, aspectos clínicos y resultados de laboratorios; así como también las comorbilidades, complicaciones, condición de alta de las gestantes y las condiciones de los recién nacidos, que fueron obtenidos a través de las fichas epidemiológicas y de la revisión de las historias clínicas respectivamente.

Estos datos fueron ingresados en una base de datos a través del Programa en EXCEL 97-2003 para Windows y EpiInfo versión 3.5.4, para su tabulación. Posteriormente las variables fueron expresadas en frecuencia (n) y porcentaje (%), con su intervalo de confianza calculado con un 95% de probabilidad (IC 95%). Así mismo, para la variable cuantitativa de edad se obtuvo la media y su desviación estándar (DE). Luego se estableció la relación entre las variables mediante la aplicación de un grado de estimación, que permitió determinar el nivel de riesgo que tiene la muestra en estudio, y de esta manera evidenciar la necesidad de proponer herramientas que permitan disminuir la mortalidad materna e infantil.

RESULTADOS

De las 100 fichas epidemiológicas de embarazadas con Chikungunya bajo vigilancia en CORPOSALUD Aragua, durante el período de estudio, se evidenció que la edad predominante correspondió al rango de 20-29 años con un promedio de 27 años, representando 45% de la muestra, seguido de 30-39 años con un 43%. En relación con los ejes territoriales de procedencia, se evidenció que 86% de las pacientes provenían del eje metropolitano centro I y II; siendo el municipio capital Girardot el de mayor frecuencia con 26 embarazadas (26%). (Tabla 1).

Tabla 1. Datos demográficos y epidemiológicos de las embarazadas con Chikungunya bajo vigilancia epidemiológica en Corposalud, estado Aragua, año 2014.

VARIABLES	Frecuencia n=100	%	IC95%
Edad			
	27,6± 6,27		
Grupo de edad			
10-19 años	12	12	
20-29 años	45	45	
30-39 años	43	43	
Municipios			
Eje metropolitano Centro I , II	86	86	
Girardot	26	26	17,7 - 35,7
Mario Briceño Iragorry	12	12	6,4 - 20
Santiago Mariño	14	14	7,9 - 22,4
Sucre	5	5	1,6 - 11,3
Lamas	2	2	0,2 - 7
Libertador	4	4	1,1 - 9,9
Francisco Linares Alcántara	8	8	3,5 - 15,2
Zamora	15	15	8,6 - 23,5
Eje Este	6	6	
José Félix Ribas	5	5	1,6 - 11,3
Bolívar	1	1	0 - 5,4
Fuera de Área	8	8	3,5 -15,2

Fuente: Fichas epidemiológicas de la Coordinación Nacional de Vigilancia Epidemiológica CORPOSALUD Aragua, 2014.

La correlación entre los grupos de edad y controles prenatales evidenció, que de los ejes territoriales, el eje metropolitano reporto mayor porcentaje (45,3%) de embarazadas con Chikungunya, con edades comprendidas entre 30-39 años, seguido del grupo de 20-29 años con 41,9% y en el grupo de 10-19 años de edad 12,8%. En el eje Este la mayor frecuencia correspondió a las edades entre 20-29 años, con 83,3% de los casos. Las pacientes residenciadas fuera de área se distribuyen equitativamente en dos rangos de edad, de 20-29 y 30-39 con 50%. En relación al control prenatal, se determinó que las 75,6% de las embarazadas provenían del eje metropolitano asistieron en más de 6 oportunidades a sus controles. No obstante, las 5 pacientes del eje Este, (83,3%) y fuera de área, 4 obtuvieron más de 6 controles y 4 fueron no controladas que se corresponde con 50% cada una. (Tabla 2).

La detección de Chikungunya en las embarazadas se presentó con mayor frecuencia entre las 36 y 40 semanas de gestación; representando 30 % de la muestra, seguida de 19% entre las semanas 31-35. (Tabla 3).

Con relación a la red de referencia, se determinó que 53% de las embarazadas fueron atendidas por la red pública, principalmente por la red hospitalaria, con 46%

de los casos, y la red privada refirió 47% de las pacientes. (Tabla 4).

Dentro de los signos y síntomas que presentaron las embarazadas con Chikungunya, los más frecuentes fueron: fiebre 94%, artralgias 84%, cefalea 75%, erupción cutánea 64%, náuseas y vómitos 45%-43% respectivamente. (Tabla 5).

De acuerdo a los resultados de laboratorio se logró evidenciar disminución en valores de la hemoglobina en 71% de las embarazadas y disminución del hematocrito en 86%, así como también parámetros disminuidos de leucocitos y plaquetas con 40% y 47% respectivamente. (Tabla 6).

Por otra parte, dentro de las comorbilidades presentadas por las pacientes, destaca el hecho de que 91% de las mismas no reportó la presencia de alguna patología de base. Solo 2% de las embarazadas padeció hipertensión arterial sistémica, al igual que 2% presentó infecciones urinarias y vaginales. (Tabla 7).

Con relación a las complicaciones de las gestantes con Chikungunya no se obtuvo reporte en 86% de los casos. Los signos con mayor porcentaje fueron preeclampsia y eclampsia y el oligohidramnio

Tabla 2. Grupo de edad, y número de controles por ejes territoriales de las embarazadas con Chikungunya bajo vigilancia epidemiológica en Corposalud, estado Aragua. Año 2014.

	Eje Metropolitano FR (%)	Eje Este FR (%)	Fuera de área FR (%)	Valor p*
Grupo de Edad n=100				0,16
10 - 19 años	11 (12,8)	1 (16,7)	0	
20 - 29 años	36 (41,9)	5 (83,3)	4 (50)	
30 - 39 años	39 (45,3)	0	4 (50)	
Controles Prenatales				
< 6 controles	8 (9,3)	0	0	
> 6 controles	65 (75,6)	5 (83,3)	4 (50)	
No controlado	13 (5,1)	1 (16,7)	4 (50)	

Fuente: Coordinación Regional de Vigilancia Epidemiológica CORPOSALUD Aragua 2014. Historias clínicas del Hospital Central de Maracay y Maternidad la Floresta. Maracay, estado Aragua.

Tabla 3. Semanas de gestación en las embarazadas con Chikungunya bajo vigilancia epidemiológica en Corposalud. Estado Aragua, año 2014.

Semanas de Gestación	Frecuencia (n=100)	%	IC95%*
< 20 semanas	16	16	9,4-24,7
21 - 25 semanas	12	12	6,40-20
26 - 30 semanas	15	15	8,6-23,5
31 - 35 semanas	19	19	11,8-28,1
36 - 40 semanas	30	30	21,2-40
41- >41 semanas	1	1	0-5,4
No reportado	7	7	2,9-13,9

Fuente: Fichas Epidemiológicas de la Coordinación Regional de vigilancia epidemiológica CORPOSALUD Aragua 2014.

Tabla 4. Red de referencia de los establecimientos de salud de las embarazadas con Chikungunya bajo vigilancia epidemiológica en Corposalud. Estado Aragua, año 2014.

Tipo de Red	Frecuencia	%	IC95%*
Red Privada	47	47	36,9 - 57,2
Red Pública	53	53	42,8 - 63,1
Red Hospitalaria	46	46	36 - 56,3
NAP	2	2	0,2 - 7
Consultorios Populares Tipo 1	2	2	0,2 - 7
Consultorios Populares Tipo 2	2	2	0,2 - 7
Coordinación Municipal de Salud	1	1	0 - 5,4

Fuente: Fichas Epidemiológicas de la Coordinación Regional de Vigilancia Epidemiológica. CORPOSALUD, Aragua 2014.

Tabla 5. Aspectos clínicos en las embarazadas con Chikungunya bajo vigilancia epidemiológica en Corposalud. Estado Aragua año 2014.

Aspectos clínicos	Frecuencia	%	IC95%
Fiebre	94	94	87,4-97,8
Artralgias	84	84	75,3-90
Cefalea	75	75	65,3-83,1
Poliartritis	37	37	27,6-47,2
Lumbalgia	21	21	13,5-30,3
Erupción cutánea	64	64	53,8-73,4
Mialgias	36	36	26,6-46,2
Náuseas	45	45	35-55,3
Vómitos	43	43	33,1-53,3
Diarrea	9	9	4,2-16,4
Dolor abdominal	18	18	11-26,9
Hepatomegalia	9	9	4,2-16,4
Menorragia	1	1	0-5,4
Hemorragia	6	6	2,2-12,6
Dolor retro ocular	3	3	0,6-99,4
Postración	2	2	0,2-7
Hipoquinesia fetal	2	2	0,2-7

Fuente: Fichas Epidemiológicas de la Coordinación Regional de vigilancia epidemiológica CORPOSALUD Aragua 2014.

severo con 4% para ambos, mientras que la amenaza de parto pretérmino representó 3%. (Tabla 8).

En cuanto a la resolución del embarazo se obtuvo que 55% de los casos fue por cesárea segmentaria en comparación al parto vaginal donde solo 3% se evidenció por esta vía. Así mismo, se demostró la presencia de un legrado uterino, representando 1% de la muestra; y la ausencia de reporte en 41% de la población tomada. (Tabla 9).

De igual modo, con respecto a la condición de alta de las embarazadas con Chikungunya no hubo reporte de la misma en 86% de los casos; solo 9% egresó con mejoría clínica, 3% se mantuvo en cuidados intermedios, mientras que 2 casos requirieron el ingreso a unidad de cuidados intensivos. (Tabla 10).

En cuanto a la condición del recién nacido, producto de madre con Chikungunya se reportó recién

nacidos vivos en 98% (IC95%: 93,0-99,8) de los casos mientras que 2% murió al nacer.

DISCUSIÓN

En Venezuela los estudios epidemiológicos permiten el análisis estadístico de la situación de salud en el país, por lo que este trabajo puede servir de base para otras investigaciones en el área, dentro y fuera del estado Aragua.

Durante el año 2014, se reportaron 1029 casos sospechosos de pacientes que presentaron clínica de Chikungunya, de los cuales 243 resultaron confirmados, 18 fallecidos y 143 pacientes se hospitalizaron, incluyendo a las gestantes con Chikungunya, según datos aportados por CORPOSALUD Aragua, permitió conocer la situación de salud de las embarazadas con Chikungunya que ingresaron bajo vigilancia epidemiológica.

Tabla 6. Resultados de laboratorio en embarazadas con Chikungunya bajo vigilancia epidemiológica en Corposalud. Estado Aragua, año 2014.

Valores	Frecuencia	%	IC95%
Hemoglobina			
Menor de 12.8 g/dl	71	71	61,10 – 79,60
12.8 - 14 g/dl	19	19	11,80 – 28,10
Mayor de 14 g/dl	1	1	0,00 – 5,40
No reportado	9	9	4,20 - 16,40
Hematocrito			
Menor de 41.3 %	86	86	77,60 – 92,10
41.3 - 45.3 %	3	3	0,60 – 8,50
Mayor de 45.3 %	2	2	0,20 - 7,00
No reportado	9	9	4,20 - 16,40
Leucocitos			
Menor de 5.77 10°/L	40	40	30,30 – 50,30
5.77 - 7.77 10°/L	17	17	10,20 – 25,80
Mayor de 7.77 10°/L	33	33	23,90 – 43,10
No reportado	10	10	4,90 - 17,60
Plaquetas			
Menor de 198000/mm3	47	47	36,90 – 57,20
198000 - 278000/mm3	27	27	18,60 – 36,80
Mayor de 278000/mm3	12	12	6,40 – 20,00
No reportado	14	14	7,90 - 22,40

Fuente: Fichas Epidemiológicas de la Coordinación Regional de Vigilancia Epidemiológica CORPOSALUD. Aragua 2014.^{11,12}

El rango de edad más frecuente fue de 20-29 años y el mayor número de pacientes residen en el eje metropolitano centro I y II que corresponde a los municipios Girardot, Mario Briceño Iragorry, Santiago Mariño, Costa de Oro, Sucre, Lamas, Libertador, Francisco Linares Alcántara y Zamora, que son los ejes con mayor densidad poblacional y con mayor índice de crecimiento vegetativo, además de contar con los centros de salud públicos y privados que pueden brindar una mejor atención. Igualmente, se evidenció un alto porcentaje de embarazadas con un buen control prenatal en más de 6 oportunidades proveniente de ambos ejes, y una mayor demanda de atención de la red pública en los periodos finales de la gestación.

Los aspectos clínicos como la fiebre, artralgias, cefalea y erupción cutánea fueron los signos y síntomas que manifestaron las embarazadas con Chikungunya; correspondiéndose con la triada clínica clásica de la enfermedad, no descartándose la presencia de náuseas

y vómitos a la hora de tomar en consideración los aspectos clínicos que podrían estar más asociados al estado gravídico de la mujer, que a la enfermedad.

En cuanto a los parámetros de laboratorio, se determinó que la enfermedad de Chikungunya produce en las embarazadas una disminución sustancial del hematocrito, sugiriendo un estado de hemodilución presente, a su vez se mantienen cifras de hemoglobina menores a 12.8 g/dl como frecuentemente ocurre en el estado gravídico, además se observó trombocitopenia en 47% de las embarazadas, tal como suele manifestarse en la enfermedad antes mencionada, sin descartar el diagnóstico diferencial con la enfermedad del virus dengue y otras enfermedades de esta índole.¹²

Es necesario destacar la alta frecuencia de comorbilidad no reportada, tanto en las fichas epidemiológicas como en las historias clínicas; sin embargo se evidencia, la presencia de hipertensión arterial

Tabla 7. Comorbilidad asociada a embarazadas con Chikungunya bajo vigilancia epidemiológica en CORPOSALUD. Estado Aragua año 2014.

Comorbilidad de las Gestantes	Frecuencia	%	IC95%*
Hipertensión arterial	2	2	0,2 - 7,0
Infecciones urinarias y vaginales	2	2	0,2 - 7,0
Anemia	1	1	0,0 - 5,4
Asma Bronquial	1	1	0,0 - 5,4
Epilepsia	1	1	0,0 - 5,4
Lupus	1	1	0,0 - 5,4
Sin Reporte	91	91	83,2 - 96,4

Fuente: Fichas Epidemiológicas de la Coordinación Regional de vigilancia epidemiológica CORPOSALUD Aragua 2014 - Historias clínicas del Hospital Central de Maracay y Maternidad la Floresta

Tabla 8. Complicaciones de las embarazadas con Chikungunya bajo vigilancia epidemiológica en CORPOSALUD. Estado Aragua año 2014.

Complicaciones de las Gestantes	Frecuencia	%	IC95%*
Preeclampsia y eclampsia	4	4	1,10 - 9,9
Amenaza de parto pretérmino	3	3	0,6 - 8,5
Oligohidramnio severo	4	4	1,10 - 9,9
Feto macrosómico	1	1	0,0 - 5,4
Crecimiento fetal restringido	1	1	0,0 - 5,4
Aborto	1	1	0,0 - 5,4
Sin Reporte	86	86	77,6 - 92,1

Fuente: Fichas Epidemiológicas de la Coordinación Regional de vigilancia epidemiológica CORPOSALUD Aragua 2014 - Historias clínicas del Hospital Central de Maracay y Maternidad la Floresta.

Tabla 9. Resolución de la gestación en embarazadas con Chikungunya bajo vigilancia epidemiológica en CORPOSALUD. Estado Aragua año 2014.

Resolución del embarazo	Frecuencia	%	IC95%*
Parto vaginal	3	3	0,6 - 8,5
Cesárea segmentaria	55	55	44,7 - 65,0
Legrado uterino	1	1	0,0 - 5,4
Sin reporte	41	41	31,3 - 51,3

Fuente: Fichas Epidemiológicas de la Coordinación Regional de vigilancia epidemiológica CORPOSALUD Aragua 2014 - Historias clínicas del Hospital Central de Maracay y Maternidad la Floresta

Tabla 10. Condición clínica en pacientes embarazadas con Chikungunya bajo vigilancia epidemiológica en CORPOSALUD. Estado Aragua año 2014.

Condición de alta	Frecuencia	%	IC95%*
Cuidados intermedios	3	3	0,6 - 8,5
Unidad de cuidados intensivos	2	2	0,2 - 7,0
Egreso por mejoría	9	9	4,2 - 16,4
Sin reporte	86	86	77,6 - 92,1

Fuente: Fichas Epidemiológicas de la Coordinación Regional de vigilancia epidemiológica CORPOSALUD Aragua 2014 - Historias clínicas del Hospital Central de Maracay y Maternidad la Floresta.

sistémica y de infecciones urinarias y vaginales, ambos en 2% de los casos; lo cual tiene relación, en las complicaciones frecuentes, preeclampsia y eclampsia y la amenaza de parto pretérmino.

La resolución del embarazo no fue reportada en un alto porcentaje; sin embargo, se evidenció mayor frecuencia de resolución por cesárea que por parto vaginal y esto concuerda con aquellas gestantes que acudieron a la red privada; al respecto pudiera pensarse que la decisión de aplicación de la cesárea, en la mayoría de estas situaciones, se da para evitar la transmisión vertical de la enfermedad.

En este sentido, investigaciones realizadas, sobre infecciones de madre a hijo del Virus Chikungunya en la isla de La Reunión, ha determinado 48.7% de transmisión vertical, en gestantes a término en el contexto de viremia intraparto, a su vez constatan que las cesáreas realizadas no tuvo efecto protector sobre la transmisión, por lo que los recién nacidos infectados tuvieron manifestaciones neonatales significativas en un promedio de 4 días postnatales.¹³

Los resultados nos permiten concluir que se reporto un mayor número de casos egresados por mejoría clínica, en las cuales se constató un mayor índice de cesáreas registradas en gestantes a término con viremia y se obtuvo un alto porcentaje de recién nacidos vivos; sin embargo, no excluye transmisión vertical del virus CHIKV. De esta manera se sugieren estudios subsiguientes para prevenir transmisión vertical, así como también seguimiento a los recién nacidos que podrían cursar con infecciones neonatales, ya que los síntomas no suelen presentarse de inmediato, tal como lo indica el estudio anteriormente mencionado, Este aspecto nos indica la necesidad del seguimiento por al menos una semana del neonato producto de la embarazada con Chikungunya, además de profilaxis a las pacientes obstétricas, para evitar complicaciones durante la gestación.

Cabe destacar que una gran limitación en este estudio, se debió al no tener un reporte específico de las fichas epidemiológicas, por lo que no se cuenta con todos los tópicos de las mismas y al hecho de no contar con el registro de todas las historias clínicas, lo que dificulta el análisis de los datos y la determinación específica de factores de riesgo, causas y consecuencias de la enfermedad en pacientes embarazadas y de igual manera en el producto del embarazo.

En definitiva este trabajo permitió conocer el comportamiento clínico-epidemiológico de las pacientes

embarazadas con Chikungunya que acuden a las emergencias obstétricas, a pesar de las debilidades del registro; por lo que se sugiere mejor capacitación a la hora del llenado de las fichas epidemiológicas, con el fin de promover nuevas estrategias de salud y mejorar las fortalezas y debilidades de la red de salud tanto pública como privada.

Por otra parte, se recomienda al equipo de salud de la red ambulatoria y hospitalaria, quienes forman parte integral de la red de atención primaria en salud, realizar una pesquisa precoz de las embarazadas con Chikungunya de cada localidad, por medio de estrategias definidas a través de la Misión Niño Jesús,¹⁰ la cual es una gestión social dirigida a la atención de las embarazadas y a los niños y niñas en sus primeros años de vida, garantizando así condiciones óptimas de salud.

Es fundamental la educación a la población en general sobre la promoción para la salud a las mujeres embarazadas, y no solamente a las portadoras del Chikungunya, donde se profundice a las gestantes que un embarazo controlado evita complicaciones y puede prevenir la morbimortalidad materna e infantil.

La Coordinación Regional de Salud Sexual y Reproductiva en conjunto con los Servicios de Epidemiología, deben asumir la responsabilidad de capacitar a todo el equipo de salud (enfermeras, enfermeros, médicos, médicas y especialistas) de los centros de atención para garantizar el fiel y correcto llenado de las fichas epidemiológicas y evitar el problema de subregistros de variables, que inciden directa e indirectamente en la toma de decisiones en cuanto a la corrección del problema obstétrico; así como también permitir la realización de investigaciones para futuros estudios y propuestas factibles.

La ficha epidemiológica de investigación de fiebre Chikungunya, debe ser llenada completamente y al mismo instante en que la paciente consulte al centro asistencial, independientemente del nivel de atención, no dejando la responsabilidad única y exclusivamente al Servicio de Epidemiología del Hospital Central de Maracay, ya que esto acarrea una omisión importante de las variables indispensables para la caracterización de las gestantes.

El seguimiento integral al estado de salud que presenta la embarazada con Chikungunya durante su hospitalización, debe ser correctamente plasmado en la historia clínica ya que existen vacíos de información que impiden en su momento unificar criterios, realizar diagnósticos y elegir el tratamiento adecuado para evitar complicaciones por esta patología.

Se debe dejar hospitalizada a la madre y a su recién nacido por lo menos una semana posterior al parto o la cesárea, para poder realizar un mejor seguimiento de la enfermedad y observar comportamientos tanto de la madre como del recién nacido que pudiesen revelar

mayores aportes a la evolución del Chikungunya, evaluando a su vez con precisión, las condiciones de salud o enfermedad que determinen la estadía en el centro de salud o sus altas médicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Organización Panamericana de la Salud (OPS) / Organización Mundial de la Salud (OMS). Alerta Epidemiológica. Fiebre por Chikungunya; 2013; p:1. Disponible en: www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=23808+&Itemid=999999&lang=es
- 2) Ortíz A. JF. Guía de Bolsillo para el Manejo del Virus del Chikungunya. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. 2014
- 3) Manzur JL., Fernández de Kirchner C. Enfermedades infecciosas. Fiebre Chikungunya. Guía para el equipo de Salud. Dirección de Epidemiología - Ministerio de Salud de la Nación, República Argentina. Guía para el equipo de salud Nro. 13; 2015.
- 4) Organización Panamericana de la Salud -Organización Mundial de la Salud. Información para Proveedores de asistencia sanitaria. Fiebre Chikungunya. Enero, 2014. Disponible en: [SPA_CHIK_Aide_memoire_clinicans.pdf](#).
- 5) Organización Panamericana de la Salud. Preparación y respuesta ante la eventual introducción del virus Chikungunya en Las Américas. Washington, D.C.2011. 150p
- 6) Federal G. Detección y Tratamiento inicial de las Emergencias Obstétricas. Guía de Práctica Clínica.32. Instituto Mexicano del Seguro Social. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/436GRR.pdf>.
- 7) Touret Y, Randrianaivo H, Michault A, Schuffenecker I; Kauffmann E; Lenglet Y; Barau G; Fourmaintraux A. Early maternal-fetal transmission of the Chikungunya virus. 2006. Disponible en: <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=18224494>.
- 8) Venezolana de Television VTV. Ministro Armada confirmó primer caso importado de Chikungunya en Venezuela (+Tuit). Venezolana de Televisión. 5 de Junio de 2014. Disponible en: <http://www.vtv.gob.ve/articulos/2014/06/06/ministro-armada-confirmando-primer-caso-importado-de-chikungunya-en-venezuela-tuit-2438.html>
- 9) Ministerio del Poder Popular para la Salud. Guía de vigilancia epidemiológica para la fiebre Chikungunya. Área 1 EPIDEMIOLOGIA, modulo 1.1.- Vigilancia Epidemiológica. Unidad 1.1.13; 2014.
- 10) Programa Nacional de Atención a La Salud Materno-Infantil. "MISIÓN NIÑO JESÚS" 2009; 47-48.
- 11) Gella FJ, Olivella T, Cruz Pastor M, Arenas J, Moreno R, Durban R and Gómez JA. A simple procedure for routine determination of aspartate aminotransferase and alanine aminotransferase with pyridoxal phosphate. Clin Chim Acta 1985; 153: 241-247.
- 12) MINDRAY. Hematology Controls BC-6D. Rev 02/2013, Assay values and expected ranges.
- 13) Gérardin P & Cols. Neonatal and Pediatric Intensive Care Unit, Pôle Mère-Enfant, Groupe Hospitalier Sud-Réunion, Saint-Pierre, La Réunion, France. PLoS Medicine (Impact Factor: 14.43). 04/2008; 5(3): e60. DOI: 10.1371/journal.pmed.0050060 Source: PubMed.