

MEDICINA AL DIA

INMUNIZACIONES Y EMBARAZO

Dr. Emil Kasse Acta
 Pediatra Honorífico Hospital Infantil "Reid Cabral"
 Director Centro de Pediatría y Especialidades.

Compete tanto al obstetra como al pediatra este tema, que también es responsabilidad del inmunólogo, y que escuetamente trataremos de desarrollar ante el planteamiento que con suma frecuencia se hace el médico de la conveniencia o no de vacunar a las embarazadas.

Sin dudas, el aspecto de las inmunizaciones en el embarazo constituye un renglón de sumo interés en referencia a la disminución de la morbimortalidad perinatal.

Aunque en los últimos años se han venido publicando investigaciones relativas a la influencia ejercida por la vacunación en el embarazo, ¹ a la cifra de abortos y partos prematuros con ella relacionados, así como a la frecuencia de malformaciones en general, otros estudios convienen en que el estado de gravidez no representa una contraindicación contra las vacunaciones. ² Con esta vacunación se busca producir inmunidad tanto en la madre como en el niño, en este último, en sus primeros meses de la vida. ^{2A} Aunque algunas investigaciones han intentado demostrar que la vacunación en el curso del embarazo no sea óptima, en la madre tal vez por la influencia de hormonas hipofisarias, pero en lo que respecta a la inmunidad fetal, se logran títulos adecuados de anticuerpos si la vacunación se realiza en el último trimestre del embarazo.

Es necesario asegurarse de una eficacia profiláctica que ofrezca ventajas en relación a la enfermedad que se trata de modificar o de evitar. De ahí que se distingan diferentes niveles de protección, ³ y esta consideración la traemos no en el caso específico de las vacunaciones en embarazadas, sino en las inmunizaciones en general.

Estos niveles de protección ⁴ pueden estar dirigidos:

1.— A evitar la infección y la enfermedad. (Tal es el caso de la Rubeola);

2.— A impedir la enfermedad clínica sin evitar las infecciones. En la Hepatitis Infecciosa por Virus A y en la Poliomiélitis es aceptable que pueda ocurrir la infección sin las manifestaciones del cuadro clínico ordinario, (Hepatitis sin Ictericia y Polio sin Parálisis);

3.— Disminuir la gravedad del cuadro clínico: hay vacunas que no logran evitar la infección y en ocasiones tampoco la enfermedad clínica. ⁵ Sin embargo, en estos fracasos de personas vacunadas que contraen la infección y la enfermedad, las manifestaciones clínicas son menos graves, hay menos complicaciones y la mortalidad es menor en referencia al grupo no vacunado. (Ej. en la Difteria

evita la miocarditis, y la parálisis de nervios craneales son menos frecuentes; en la viruela, vacunaciones en los anteriores 20 años al contagio atenúa la gravedad de la enfermedad y sus complicaciones; similares situaciones se observan en el tétanos, tosferina e influenza).

4.— Abatir la frecuencia de complicaciones graves. (Por ej. En el caso de la tuberculosis además de disminuir la tasa de enfermedad evita los cuadros de meningitis, y en el sarampión los casos de encefalitis).

5.— Aminorar las oportunidades de contagio al contacto: (Por ej. en la Poliomiélitis la eliminación del virus atenuado se espera que compita con el virus salvaje y reduzca las posibilidades de infecciones comunitarias).

SE DISTINGUEN 3 TIPOS DE VACUNAS DIFERENTES:

1.— Vivas, ej.: sarampión, rubeola, paperas, polio, etc.

2.— Muertas o inactivadas, ej.: polio Salk, tosferina, tifoidea, meningocócica polisacáridas A y C, tíficas y paratíficas, cólera, etc.

3.— Toxoides, ej.: tetánico y diftérico, etc.

Conviene sintetizar los pro y los contra de los más conocidos productos vacunales en referencia a su uso durante la gestación.

La vacunación antitetánica se tolera bien y aparte de evitar el tétanos puerperal es fundamental para la protección del tétanos en el recién nacido, sobre todo en zonas agrícolas y países tropicales. ⁶

La vacunación antipolio puede ser aplicada por vía parenteral (Salk) o por vía oral Sabin. No se han reportado casos inconvenientes. Se recomienda durante la preñez considerando que la poliomiélitis refleja un curso especialmente grave en las mujeres embarazadas. Es preferible vacunar previamente con Salk y luego utilizar la oral de Sabin en adultos.

La vacunación antirábica debe practicarse en lesiones por mordedura sospechosa, ya que aquí no existe otra alternativa.

Hay circunstancias diferentes en la primo vacunación antivariólica la cual no debería practicarse sino en caso de contacto varioloso o en viajes a países en los que la viruela es endémica. A ser posible no debe aplicarse durante los 3 primeros meses de embarazo y de practicarse más adelante debe hacerse bajo protección con globulina específica hiperinmune antivariólica.

Las observaciones realizadas acerca de abortos y de malformaciones en las rubeolas de las embarazadas hacen recomendable el proceder aquí con suma prudencia. La vacunación antidiftérica y antipertúsica apenas se consideran en los adultos si bien años atrás se reportaban las vulvitis diftéricas en adolescentes sobretodo. En caso de que la vulvitis diftérica ⁷ sea diagnosticada correctamente en una embarazada joven no queda otro camino que recurrir a la antitóxica diftérica forma pasiva de vacunación pero en este caso el único agente disponible para tratamiento.⁸ Aunque no han sido reportados daños al producto de la concepción, su empleo durante el embarazo es de la entera responsabilidad del inmunólogo.⁹ La vacuna de la influenza debido a la posibilidad de provocar reacciones neurológicas (Guillan-Barre) no debe usarse durante el embarazo.

La vacuna tífica y paratífica, y meningocócica, polisacáridas A y C, la antituberculosa y la del cólera no deben ser empleadas en el embarazo.

En referencia a la vacuna antituberculosa, si existe el riesgo inevitable de exposición a la enfermedad puede contemplarse su uso durante el embarazo.

En cuanto a la vacunación pasiva en las embarazadas no hay ninguna contraindicación en usar la globulina específica hiperinmune humana la cual debe preferirse a la antitóxina tetánica heteróloga. La antitóxina contra el botulismo fue muy usada ante ninguna otra alternativa.¹⁰

COMENTARIOS:

A pesar de que en nuestro país la incidencia del tétanos en el recién nacido ha disminuído en los últimos años no son infrecuentes los casos, sobre todo cuando los partos son extra hospitalarios por el manejo aséptico del cordón umbilical, empleo de ligaduras sucias, y costumbres de colocar material contaminado sobre el muñón del cordón.

En el año 1978 la morbilidad por tétanos en la República Dominicana fue la siguiente:

MORBILIDAD GENERAL (TETANOS) 1978

(Población Nacional a Julio 78 — 5,124,394).

Nacidos vivos: 182,943.

TOTAL CASOS.	154 — (0.003 o/o de la Población Nacional).
RECIEN NACIDOS.	105 — (68.1 o/o) y (0.06% del total nacidos vivos).
ADULTOS.	49 — (31.9 o/o).

FUENTE: Div. Epid. SESPAS.

En el mismo año la mortalidad por tétanos en nuestro país fue la siguiente:

MORTALIDAD (TETANOS)

1978

Total Morbilidad.	154
Total Defunciones.	100—(64.9 o/o).

POR SEXO

Masculino.	61 (61 o/o)
Femenino.	39 (39 o/o)

FUENTE: (Div. Epid. SESPAS).

La mortalidad por grupo de edades fue como sigue:

MORTALIDAD (TETANOS)

1978

(Grupos Edades)

TOTAL DEFUNCIONES.	100 (De 154 casos) = (64.9 o/o).
HASTA 27 DIAS.	47 (47 o/o).
28 DIAS A 11 MESES.	10 (10 o/o).
11 MESES EN ADELANTE.	43 (43 o/o).

FUENTE: (Div. Epid. SESPAS).

En una encuesta realizada por nosotros sobre vacunación a embarazadas entre un grupo de obstetras de esta capital el resultado fue el siguiente:

ENCUESTA A OBSTETRAS

1979

Obstetras inscritos en Soc. Dom. Obstetricia.	160
Respondieron Encuesta.	49 (30.6 o/o)
Vacunan rutinariamente.	37 (75.5 o/o).
Nunca vacunan.	6 (12.2 o/o).
Vacunan ocasionalmente.	6 (12.2 o/o).

El empleo de vacunación contra el tétanos en embarazadas según se desprende de la encuesta fue el siguiente:

ENCUESTA A OBSTETRAS

1979

Encuestados.	49
Vacunan contra Tétanos.	42 (75.5 o/o)

En el:

4to. mes embarazo.	2
5to. mes embarazo.	7
6to. mes embarazo.	23 (54.7 o/o)
7mo. mes embarazo.	10

El empleo de vacuna contra la polio en embarazadas según se desprende de la encuesta fue el siguiente:

**ENCUESTA A OBSTETRAS
1979**

Encuestados.	49
Vacunan contra la Polio.	8 (16.3 o/o)
En el:	
4to. mes embarazo.	1
5to. mes embarazo.	3
6to. mes embarazo.	3
7mo. mes embarazo.	1

VACUNAN CONTRA TUBERCULOSIS. 1

Han tenido resultados satisfactorios con Anti-Rho (D). . . 41

Según Kúmate ¹¹ la transferencia de antitoxina tetánica de la circulación materna a la fetal y la producción de niveles profilácticos óptimos es un proceso que lleva de 100 á 120 días. De ahí que resulte recomendable el esquema de Albores ¹² para las vacunas más frecuentes usadas durante el embarazo como son la tetánica y la poliomiélfica.

VACUNACION TETANOS — POLIO

(En Embarazadas).

EN NO VACUNADAS:

5to. mes: 1 dosis antitetánica — 1 dosis Sabin.

6to. mes: 1 dosis antitetánica.

7mo. mes: 1 dosis antitetánica — 1 dosis Sabin.

YA VACUNADAS: (refuerzo)

7mo. mes: Refuerzo: 1 dosis antitetánica — 1 dosis Sabin.

FUENTE: Albores, J. M.

Tomo I — Compendio Pediatría — Ed. López librereros 1971, Buenos Aires — Argentina.

RECOMENDACIONES

El nivel óptimo sérico de protección es de 0.01-U/ml. de antitoxina. Resulta conveniente muchas veces además de utilizar un refuerzo de toxoide adsorbido de 10 unidades de floculación inyectar antitoxina homóloga ya que muchas veces se requieren de 4 á 5 días después del refuerzo de toxoide para alcanzar niveles de seguridad contra el tétanos. En Uganda, Senegal y Brasil y en vista de que en ciertas embarazadas de bajo nivel socio-económico cultural se dificulta aplicar dos o tres dosis de toxoides, se han hecho ensayos utilizando una sola dosis de toxoide inmunizante que contenga de 100 á 400 unidades de floculación adsorbidas en aluminio.

Se tiene como cierto que los toxoides fluídos generan niveles más bajos de antitoxinas y que éstos declinan más rápidamente cuando se usan toxoides absorbidos. Los toxoides con coadyuvantes oleosos han sido mal aceptados y se han desautorizado para uso médico.

Las contraindicaciones de las vacunaciones con polio-mielitis en embarazadas son las mismas que para las personas no embarazadas. Son contraindicaciones las enfermedades agudas gastrointestinales o respiratorias, la leucemia y la vacunación conjunta con otras vacunas de virus vivos.

BIBLIOGRAFIA

- 1.— Opitz, H. & Schmid: Enciclopedia Pediátrica — Tomo III. Ed. Morata, Madrid — 1969 — pág. 689 y 690.
- 2.— Opitz & Schmid, Págs. 665 y 666 — fuente señalada en 1.
- 2A.— Kurlat, D. M. — Inmunoprofilaxis. Ed. Médica Panamericana, Buenos Aires, Argentina — 1971 — Pág. 20.
- 3.—4.—5.— Kumate, Jesús — Inmunidad, Inmunización, Vacunas — 1ra. Edición, Ediciones Médicas Hospital Infantil de México — 1977 — Págs. 24 y 25.
- 6.— Opitz, H. & Schmid. Enciclopedia Pediátrica — Tomo III. Ed. Morata, Madrid — 1969 — Págs. 665 y 666.
- 7.— Conill Montobbio, V., Tratado de Ginecología y de Técnica Terapéutica Ginecológica — Ed. Labor, S. A., Barcelona — 1956 — Pág. 301.
- 8.—9.—10.— Jorge, Jaime, Drogas, Embarazo y Pediatría (libro en preparación).
- 11.— Kumate, Jesús — Inmunidad, Inmunización, Vacunas — 1ra. Edición, Ediciones Médicas Hospital Infantil de México — 1977 — Pág. 48.
- 12.— Albores, J. M., Compendio de Pediatría — Tomo I — Liberos López Editores — 1971 — Buenos Aires, Argentina — Pág. 416.
- 13.— Kumate, Jesús — Inmunidad, Inmunización, Vacunas — 1ra. Edición, Ediciones Médicas Hospital Infantil de México — 1977 — Pág. 45.