

**III JORNADAS DE
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**
para atención primaria a través de
casos clínicos

Lunes 24 de noviembre de 2014



Hospital Universitario Infanta Elena

Comunidad de Madrid

VACUNAS EN LA GESTACIÓN



Dra. Yurena Diaz Bldart
Obstetricia y Ginecología

- Secundigesta subsahariana de 22 años. Acude gestante de 15 semanas, tras traumatismo. La paciente, presenta una herida contaminada con tierra en la pierna. Reinterrogándola refiere que durante los 5 años que lleva en España no se ha vacunado. No recuerda si completó las vacunas recomendadas en su país. ¿cuál será la actitud más correcta?
- A) Limpiar la herida. Administrar dosis de recuerdo de DTpa. No administrar IG antitetánica, ya que la gestación lo contraindica.
- C) Limpiar la herida. La DTP es una vacuna que se administra a nivel mundial no necesita recuerdo.
- E) Limpiar la herida. Administrar DTpa + IG antitetánica específica IM. No conocemos si recibió la vacunación completa y se trata de una herida contaminada.
- D) Limpiar la herida. Administrar DTpa + IG antitetánica específica IM. No conocemos si recibió la vacunación completa y se trata de una herida contaminada. Administrar otra dosis entre la semana 27 y la 36, para asegurar una mayor protección frente a la tos ferina en el neonato.

- Secundigesta subsahariana de 22 años. Acude gestante de 15 semanas, tras traumatismo. La paciente, presenta una herida contaminada con tierra en la pierna. Reinterrogándola refiere que durante los 5 años que lleva en España no se ha vacunado. No recuerda si completó las vacunas recomendadas en su país. ¿cuál será la actitud más correcta?
- A) Limpiar la herida. Administrar dosis de recuerdo de DTpa. No administrar IG antitetánica, ya que la gestación lo contraindica.
- C) Limpiar la herida. La DTP es una vacuna que se administra a nivel mundial no necesita recuerdo.
- E) Limpiar la herida. Administrar DTpa + IG antitetánica específica IM. No conocemos si recibió la vacunación completa y se trata de una herida contaminada.
- D) Limpiar la herida. Administrar DTpa + IG antitetánica específica IM. No conocemos si recibió la vacunación completa y se trata de una herida contaminada. Administrar otra dosis entre la semana 27 y la 36, para asegurar una mayor protección frente a la tos ferina en el neonato.

Profilaxis antitetánica en herida en gestante...

¿REQUIERE PROFILAXIS?	HERIDA LIMPIA		HERIDA CONTAMINADA	
	<10 AÑOS	>10 AÑOS	<5 AÑOS	>5 AÑOS
ULTIMA VACUNACIÓN...				
VACUNACION COMPLETA PREVIAMENTE	NO	SI	NO	SI
VACUNACIÓN INCOMPLETA PREVIAMENTE	SI	SI	SI (+ IG)	SI (+IG)

Si no se trata de una herida...

Profilaxis de Td /dTpa

- Gestantes nunca vacunadas 0,1, 6 (entre la sem 27 y 36)
- Gestantes con primovacunación incompleta.
Completar la pauta
- Gestantes que han recibido la vacunación completa (sem 27 y 36)



Vacunas con microorganismos atenuados, contraindicadas en la gestación...

- Triple vírica (sarampión, rubeola y parotiditis)
- Varicela
- BCG
- Tifoidea oral.
- Fiebre amarilla.

Se debe esperar un mínimo de un mes para quedar embarazada tras su administración.

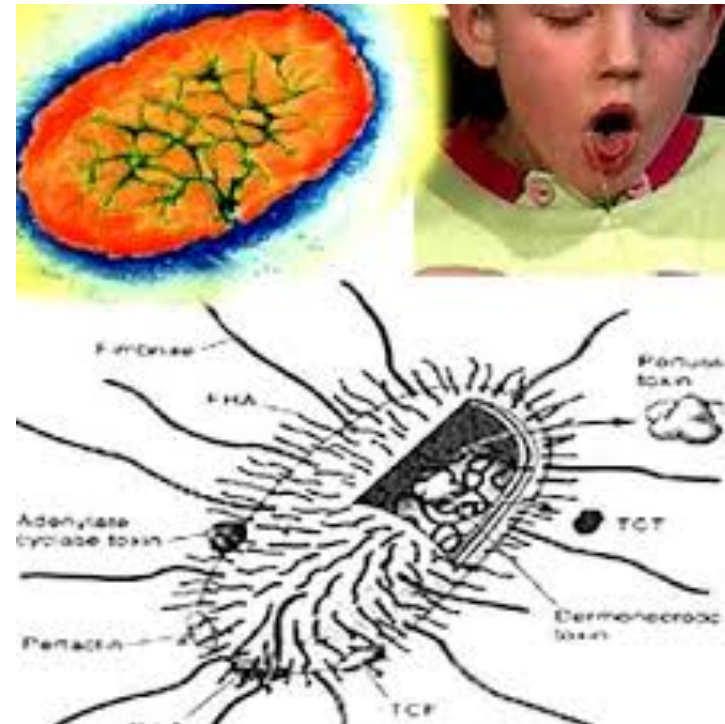
Vacunas con microorganismos inactivados, indicadas en la gestación

- dTpa. A todas las gestantes, 27-36 SA.
Si nunca vacunada, dos dosis de TD y otra de dTpa
- Antigripal (octubre a mayo)
- Hepatitis B.

Factores de riesgo:

- Ocupación: Sanitaria, fuerzas de seguridad
- Enfermedad de base: VIH, IR, receptoras habituales de hemoderivados
- Estilos de vida: ADVP, trabajadoras sexuales, parejas serodiscordantes

TOS FERINA



Tos ferina en España. Epidemiología

- Incluida en calendario vacunal desde 1965
- DTPa 3 dosis: 2-4-6m, 4º dosis DTPa: 15-18 m, 5º dosis dTPa: 3-7 años.
- La Incidencia disminuyo hasta 2007 1/100.000
- En 2010 se ha incrementado x 6. El 40% en niños menores de un año.

Los lactantes menores de 4 meses son el grupo más vulnerable.

- Mortalidad de 1 a 1.5 % en menores de un año.
- El 70-85% requieren hospitalización



Tos ferina. Clínica.

- Catarral o prodrómica: 1-2 semanas. Inespecífica, coriza
- Paroxística: 2-6 semanas. Accesos de tos seca irritativa y vómitos postusígenos. Paroxismos de tos que aumentan en intensidad y frecuencia (5-10 accesos en una espiración)
- Convalecencia. Tos crónica paroxística > de 2 semanas.

Complicaciones. Neumonías, otitis media, insuficiencia respiratoria.

Diagnóstico

	Sensibilidad	Especificidad	Ventajas	Inconvenientes
Diagnóstico clínico	+	++	Rápido	Baja sensibilidad en la era vacunal Casos atípicos
Cultivo	++	++++	Estandarizado. Tipificación de la cepa	medios de cultivo específicos Tarda 7-14días
PCR	+++	+++	Rapidez. No requiere que la bacteria esté viva. Fases tardías	Falsos positivos No estandarizada
IFD	+	+++	Rápida . Fases tardías	Reactividad cruzada con otras bacterias Personal entrenado
Serología (ELISA)	+++	++++	Fácil. Fases muy tardías. (convalecencia)	Tarda de 2-3 semanas Interferencia con AC vacunales

Tratamiento	<ul style="list-style-type: none">• Durante la fase catarral puede disminuir la intensidad de los síntomas• El objetivo es disminuir la contagiosidad• Macrólidos. Azitromicina, claritromicina. Misma eficacia y mejor adherencia que eritromicina. <p>Eritromicina asociada a estenosis hipertrófica de píloro</p>
Quimioprofilaxis postexposición	<ul style="list-style-type: none">• Macrólidos a los convivientes asintomáticos.• Especialmente importante en niños menores 1 año.• No está indicado en los compañeros escolares.• Debe ser precoz. No más allá de 21 días.

Tratamiento

Tabla 3. Recomendaciones de tratamiento de la tos ferina (CDC, 2005)¹⁹

Edad	Azitromicina	Eritromicina	Claritromicina	Cotrimoxazol
< 1 mes	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendado • 10 mg/kg/día, dosis única, 5 días 	<ul style="list-style-type: none"> • Si no es posible con azitromicina • 40-50 mg/kg/día, en 4 dosis, 14 días 	No recomendado	Contraindicado en menores de 2 meses
1-5 meses	10 mg/kg/día, dosis única, 5 días	40-50 mg/kg/día, en 4 dosis, 14 días	15 mg/kg/día, en 2 dosis, 7 días	≥ 2 meses: 8-40 mg/kg/día, en 2 dosis, 14 días
≥ 6 meses y niños	10 mg/kg/día, dosis única día 1; 5 mg/kg/día, días 2 a 5	40-50 mg/kg/día (máximo 2 g/día), en 4 dosis, 14 días	15 mg/kg/día (máximo 1 g/día), en 2 dosis, 7 días	8-40 mg/kg/día, en 2 dosis, 14 días
Adultos	500 mg, dosis única, día 1; 250 mg días 2 a 5	500 mg/6 horas, 14 días	500 mg/12 horas, 7 días	160-800 mg/12 horas, 14 días

Nuevas estrategias de vacunación.

- 3 dosis antes de los 6 meses. 4º dosis a los 10-12 meses. 5º dosis 3-7 años. Dosis de recuerdo a los 10-18 años.
- Adolescentes. Fácil dT x dTpa. De reciente incorporación. Aprobado Comité Asesor de Vacunas de la AEP. 2013
- Cada 10 años dosis de recuerdo en Francia. Adultos. Cobertura vacunal baja.
- Personal sanitario
- Estrategia de Nido.

Estrategia de NIDO. Vacunación en embarazadas

- Doble finalidad: Proteger a la madre y al bebé: Transmisión transplacentaria pasiva de AC al feto. Protección previa a la primovacunación a los 2-3 meses.
- ACOG, Reino Unido. Administración: 28 - 38 semanas de gestación. 2 semanas previo al nacimiento.
- Escasa evidencia científica sobre la seguridad y la inmunogenicidad de la vacuna dTpa en gestantes, se dispone de datos suficientes de la dT, que indican una buena tolerabilidad.
- Estudio en 20.000 gestantes, publicado en 2014. No aumenta el riesgo de muerte fetal ni de resultados obstétricos adversos. Se reduce al 90% la infección en lactantes.
- Los anticuerpos maternos no interfieren con la respuesta inmunitaria a las vacunas acelulares que se administra a partir de los 2 meses de edad. Puede haber un breve periodo con menor respuesta vacunal del lactante. Sin embargo es mayor el beneficio de la protección conferida del lactante menor de 3 meses, al riesgo de que aparezca tos ferina en el lactante mayor.

Estrategia de NIDO

- 84% casos de tos ferina en lactantes, la fuente de infección es un conviviente domiciliario. La madre es la transmisora más frecuente.
- NNT para prevenir una muerte es 1.000.000 de padres
- NNT para prevenir un ingreso en UCI 100.000
- NNT para prevenir una hospitalización 10.000



TOS FERINA

VACUNÁNDOTE LE PROTEGES

La mejor forma de proteger al bebé es la vacunación de su entorno más cercano



GRIPE



GRIPE ESTACIONAL.

En EEUU:

- 1997 la CDC recomendó vacunar en el 2 y 3 trimestre.
- 2004. Vacunar también en el primer trimestre.

En España el Ministerio de Sanidad recomienda vacunar en cualquier momento del embarazo:

1. Las complicaciones son más frecuentes en la embarazada
2. Se transfiere AC vacunales al feto, que protege al RN durante los primeros meses de vida.
3. Vacuna segura para el feto. Menores complicaciones respiratorias en RN cuyas madres se inmunizaron durante la gestación
4. Muy baja cobertura vacunal: 5 % de las gestantes.
Falsa idea de mejor vacunar tras gestación.

VARICELA

Varicela. Epidemiología

- Enfermedad exantemática infantil. VVZ. Herpesviridae.
- Cursa en brotes, invierno-primavera.
- Muy contagiosa, vía respiratoria o vesículas cutáneas.
- INC: 2/1000 embarazos.
- El 90% de los adultos son seropositivos.
- Está descrita la fetopatía por varicela (excepcional) y la varicela de adquisición perinatal, que puede ser muy grave.
- Varicela en gestantes se asocia a herpes zoster de los hijos en los 2 primeros años de vida.

Clinica materna: ENFERMEDAD EXANTEMÁTICA

- Máculo-pápulo-vesiculosa
- Inicio en cara y después tronco
- Pl. 15 días
- Contagio: 2 días previo al exantema hasta la semana de su aparición



Clinica materna: Hérpes zoster

- Menos contagioso.
- Transmisión vertical muy rara



Diagnóstico



- CLÍNICO
- En gestantes se aconseja serología.
- Ig M aparece a los 5 días del exantema, desaparece a los 3 meses
- Ig G dura toda la vida

Clinica fetal: Varicela congénita

- CLINICA:
- Cicatrices cutáneas
- Acortamiento de miembros
- Microftalmia, coriorretinitis
- CIR, retraso mental
- Microcefalia
- SIGNOS ECOGRÁFICOS: Focos ecogénicos: SNC, intestino, pulmones, PPBB; Hidramnios, placentomegalia...

Infección materna	Riesgo de afección fetal
8- 12 sem	0.5-1%
12- 21 sem	2%
21 a 28 sem	Excepcional

- DIAGNÓSTICO: PCR EN LA:
- Infección en gestantes de < 20 sem
- Contraindicada: si lesiones cutáneas.
- Positivo: pronostico incierto
- Falsos positivos
- infección no siempre afectación
- 20% de secuelas (leves- graves)
- Seguimiento: eco, RMN
- TRATAMIENTO:
- El aciclovir no ha demostrado disminuir la tasa de transmisión fetal.
-

Clinica: Varicela Perinatal

- Si varicela materna 5 días previos o 2 días tras parto
- 50% de transmisión vertical
- Varicela neonatal grave: 30% de mortalidad
- Tratamiento:
 - ✓ Aciclovir VO (800 mg 5 veces/día) o valaciclovir (1g/8h vo) para prevenir la neumonía... No mejora el pronóstico fetal
 - ✓ Indicación de tocolisis hasta 5 días tras aparición del exantema. Paso de AC maternos.
 - ✓ RN: aciclovir , Ig polivalente (uso compasivo)

Profilaxis post exposición materna:

- Exposición: contactos domésticos, cara a cara, en misma habitación durante 15 min.
- Evitar contacto
- IG humana hiperinmune o Ig polivalente(50% de eficacia)
- IVE

Vacunación de VVZ:

Contraindicada durante gestación

Conclusiones

- Las vacunas de microorganismos inactivados están indicadas en embarazo
- Las vacunas de microorganismos atenuados están contraindicadas en la gestación
- Dada la especial situación epidemiológica de la Tos ferina, es importante vacunar a la gestantes entre la semana 28 – 36
- La vacuna de la gripe está indicada durante la gestación y protege al lactante.

