



La influenza pandémica A(H1N1) en mujeres embarazadas

Armando Torres-Ramírez*

RESUMEN

La pandemia de influenza causada por el A(H1N1), que se inició en México en 2009 y que persiste todavía aunque con tasas de morbilidad y mortalidad muy reducidas, no tuvo las repercusiones de las pandemias de influenza que la precedieron en el siglo XX, porque los países miembros de la Organización Mundial de la Salud se anticiparon a preparar todo lo necesario para combatirla desde 1997, año en el que ese organismo internacional emitió una voz de alarma y sugirió esa preparación, en virtud de que el virus de la influenza aviar H5N1 estaba sufriendo mutaciones genéticas y se estaba creando un nuevo subtipo de virus que ya había causado defunciones de seres humanos. La información oportuna de la OMS permitió crear estrategias para proteger a la mayoría de la población mundial y, particularmente, a los grupos más vulnerables, entre ellos las mujeres embarazadas. En este grupo, en efecto, las complicaciones pulmonares y en especial los cuadros de neumonía, obligan a la hospitalización de las pacientes con mucha mayor frecuencia y elevan las tasas de mortalidad perinatal. Los signos y síntomas de la influenza estacional (invernal), y los de la influenza A(H1N1), en mujeres gestantes, son siempre más agudos, y por su gravedad obligan a tratamientos más intensos. No obstante su gravedad, no obligan a hospitalizar a todas las pacientes, ni tampoco a comprobar con exámenes de laboratorio complejos la existencia del virus A(H1N1). A todas las enfermas se les debe clasificar, por sus signos y síntomas, de acuerdo con la escala de Triage, y su hospitalización sólo debe efectuarse cuando después de un aislamiento estricto en su domicilio, su cuadro clínico empeora, o se complica alguna enfermedad crónica debilitante preexistente (diabetes, VIH-SIDA, cardiopatía, asma, obesidad mórbida, etc.). Según la escala en la que se haya clasificado a la paciente debe aislarse en su domicilio e iniciar un tratamiento sintomático; y sólo agregar fármacos antivirales en los casos sospechosos de influenza pandémica. Sin embargo, si la enfermedad respiratoria se agrava en el domicilio o aparecen síntomas de alarma, se le debe hospitalizar de inmediato en alguna unidad debidamente equipada, que cuente con servicio de terapia intensiva. A toda la población masculina y femenina se le debe inmunizar con la vacuna contra la influenza A(H1N1), pero en particular a las mujeres sanas embarazadas, así como a las que están lactando. Debe considerarse que a las gestantes se les debe vacunar en cualquier trimestre del embarazo, pero en especial en el último, para evitar complicaciones maternas y fetales, así como elevación de la mortalidad perinatal.

Palabras clave: influenza A(H1N1), embarazo, lactancia, vacuna.

ABSTRACT

Pandemic influenza caused by A H1N1 virus, that started in Mexico in 2009 and that persist though with mortality and morbidity much lower rates, did not have the repercussions of the other pandemics in the 20th Century, this is because the members of the World Health Organization anticipated everything that was necessary to fight it since 1997, when that international organism suggested to be prepared because the bird flu H5N1 was suffering mutations and was creating a new type of virus that have already caused human deaths. This information allowed the creation of strategies to protect the world population and mainly the most vulnerable groups such as pregnant women. In this group the lung complications specially the pneumonia cases, leads to the patient hospitalization with a higher perinatal mortality rates. The signs and symptoms of seasonal influenza as well as A H1N1 influenza in pregnant women are always more serious, and this is why they need intensive treatments. However, not all patients need to be hospitalized nor to check with sophisticated exams the presence of the virus. Every unhealthy women need to be classified by their signs and symptoms according Triage scale, and their hospitalization has to be only if the situation gets worse or if a chronic disease complicate it such as diabetes, AIDS, heart condition, asthma, obesity, etc. According to the scale in which the patient has been classified, she needs to be isolated in her home and start a symptomatic treatment and add antiviral medications only in suspicious pandemic influenza cases. However if respiratory pathology gets worse the patient should be hospitalized immediately in a unit with the proper equipment. Every citizen must receive the A H1N1 vaccine, but pregnant women and breastfeeding women particularly. Pregnant women should receive the vaccine in any trimester of pregnancy, but especially in the last to prevent maternal and fetal complications as well as elevation of perinatal mortality.

Key words: A H1N1 influenza, pregnancy, breastfeeding, vaccine.

RÉSUMÉ

La pandémie provoquée par la grippe A (H1N1), qui a commencé au Mexique en 2009 et qui persiste encore même si les taux de morbidité et de mortalité très faibles, n'ont pas eu l'impact des pandémies de grippe qui l'a précédé dans le XX siècle, parce que les pays membres de l'Organisation mondiale de la santé est prévu de préparer tout le nécessaire pour lutter contre ce fléau depuis 1997, année où l'organisme international qui a émis un signal d'alarme et a suggéré que la préparation, dans le cadre du virus de la grippe aviaire H5N1 a été souffrant de mutations génétiques et a été la construction d'un nouveau sous-type de virus qui avait causé des décès chez les humains.

Le signalement précoce permis à l'OMS d'élaborer des stratégies visant à protéger la majorité de la population mondiale, et en particulier les groupes les plus vulnérables, y compris les femmes enceintes. Dans ce groupe, en effet, des complications pulmonaires et surtout les photos de pneumonie nécessitant une hospitalisation des patients beaucoup plus fréquemment et à accroître les taux de mortalité périnatale. Les signes et les symptômes de la grippe saisonnière (hiver) et la grippe A (H1N1) chez les femmes enceintes, sont toujours plus aiguë, et sa gravité nécessitent un traitement plus intensif. En dépit de sa gravité, ne nécessitant pas d'hospitalisation de tous les patients, ni de vérifier avec le laboratoire d'essais complexes de l'existence de la grippe A (H1N1). Tous les malades doivent être classés par leurs signes et symptômes, selon l'échelle de triage et l'hospitalisation n'a lieu que lorsque, après un isolement strict à la maison, son état s'aggrave cliniques, ou complique la maladie chronique débilite préexistante (diabète, le VIH / sida, les maladies cardiaques, l'asthme, l'obésité morbide, etc.). Selon l'échelle à laquelle il a placé le malade doit être isolé à la maison et d'entamer un traitement symptomatique et des médicaments antiviraux ajouter uniquement dans les cas suspectés de grippe pandémique. Toutefois, si aggrave les maladies respiratoires à domicile ou symptômes d'alarme, elle doit être hospitalisé immédiatement dans une unité bien équipée, étayée par un service de soins intensifs. Une population entière est de sexe masculin et féminin doivent être vaccinés avec le vaccin contre la grippe A (H1N1), mais en particulier aux femmes enceintes en santé et ceux qui sont en lactation. Une attention particulière devra être accordée aux femmes enceintes qu'elles doivent obtenir dans n'importe quel trimestre de la grossesse, mais surtout dans celui-ci, afin de prévenir les complications maternelles et foetales et de mortalité périnatale élevée.

Mots-clés: influenza A (H1N1), grossesse, allaitement, des vaccins.

RESUMO

A pandemia causada pelo vírus influenza A (H1N1), que começou no México em 2009 e que ainda persiste apesar de morbidade e mortalidade muito baixa, não tiveram o impacto da pandemia de gripe que o precederam no século XX, porque os países membros da Organização Mundial da Saúde é antecipado para preparar tudo o necessário para combatê-lo desde 1997, ano em que o organismo internacional que emitiu um alarme e sugeriu que a preparação, sob o vírus da gripe aviária H5N1 foi sofrendo mutações genéticas e estava construindo um novo subtipo de vírus que causou mortes em humanos. Comunicação atempada habilitado OMS para desenvolver estratégias para proteger a maioria da população do mundo, e particularmente os grupos mais vulneráveis, incluindo mulheres grávidas. Neste grupo, com efeito, complicações pulmonares e, em especial as fotos da pneumonia que necessitem de hospitalização dos pacientes com muito mais frequência e aumentar as taxas de mortalidade perinatal. Os sinais e sintomas da gripe sazonal (inverno) e influenza A (H1N1), em mulheres grávidas, são sempre mais aguda, e sua gravidade exigem um tratamento mais intensivo. Apesar de sua gravidade, não necessitam de internação dos pacientes, nem para verificar com o laboratório de testes complexos da existência de vírus influenza A (H1N1). Todos os doentes devem ser classificados por seus sinais e sintomas, de acordo com a escala de triagem e internação só pode ter lugar quando, após um estrito isolamento em casa, sua condição piora clínica, ou doença crônica complica pré-existentes (diabetes debilitante, HIV / AIDS, doenças cardíacas, asma, obesidade mórbida, etc.). De acordo com a escala em que tenha colocado o paciente deve ficar isolado em casa e iniciar o tratamento sintomático e de drogas antivirais só adicionar em casos suspeitos de gripe pandêmica. No entanto, se agrava doenças respiratórias em casa ou sintomas de alarme, ela deve ser imediatamente hospitalizado em uma unidade devidamente equipada, apoiada por um serviço de cuidados intensivos. A população é do sexo masculino e feminino devem ser imunizadas com a vacina contra o vírus influenza A (H1N1), mas em especial para gestantes saudáveis e aqueles que estão amamentando. Consideração deve ser dada a mulheres grávidas que eles deveriam entrar em qualquer trimestre da gravidez, mas especialmente no último, para evitar complicações maternas e fetais e mortalidade perinatal elevada.

Palavras-chave: influenza A (H1N1), gestação, lactação, vacina.

En la historia de las pandemias* de influenza es obligatorio recordar, por su gravedad, a la influenza española de 1918, que probablemente causó 40 millones de defunciones, a la influenza asiática de 1957, que originó dos millones de muertes, y a la influenza Hong Kong de 1968, a consecuencia de la cual murió un millón de personas.¹ También debe recordarse que la

gran mortalidad en humanos que han causado los virus de la influenza, ha sido consecuencia de mutaciones que, cíclicamente, sufren los virus de la influenza que atacan a diversas especies animales, que al transformar su composición genética, de pronto se transmiten a la especie humana, extendiéndose masivamente entre ésta y causando infecciones respiratorias mortales a miles de personas.

Lamentablemente, nuestro país fue el asiento del primer brote de influenza causada por el virus A(H1N1), producto de la mutación de un virus de influenza porcina que, al cambiar su composición genética, adquirió la capacidad de infectar a los primeros humanos, quienes contagiaron

* Profesor Examinador del Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia. Coeditor Asociado de la revista Ginecología y Obstetricia de México.

Este artículo debe citarse como: Torres-Ramírez A. La influenza pandémica A(H1N1) en mujeres embarazadas. Ginecol Obstet Mex 2010;78(2):121-127.

La versión completa de este artículo también está disponible en: www.nietoeditores.com.mx

* Se define como pandemia el brote de una misma enfermedad en dos o más continentes, con la capacidad de afectar a un gran número de personas.

a muchos más, hasta extenderse fuera de nuestro país y constituir la pandemia que hoy se padece en el mundo.

En 1997 la Organización Mundial de la Salud¹ informó a los países miembros que se estaba gestando un nuevo subtipo de virus de la influenza, cuya composición en proteínas de superficie [hemaglutinina (H) y neuraminidasa (N)] se desconocía, y que poseía alta patogenicidad para los humanos, porque estaba provocando cada vez más fácilmente cuadros graves de infección respiratoria, con tasas de mortalidad hasta del 60%. En su información, agregó que ese nuevo subtipo de virus era la consecuencia de la mutación del virus de la influenza aviar A (H5N1), por lo que recomendó a todos sus afiliados iniciar los preparativos para afrontar una nueva pandemia de influenza, similar a las que ya habían asolado al mundo anteriormente durante el siglo XX.

En México, la voz de alarma que emitió la OMS motivó que se iniciara un proceso de organización de grupos de expertos en áreas de la salud humana y animal, consejeros en economía, comunicación y otras muchas áreas sociales, para elaborar el “Plan Nacional de Preparación y Respuesta ante una Pandemia de Influenza”, que implicó a todos los sectores gubernamentales federales y estatales, y estableció las siguientes líneas de acción:

- Comunicación y promoción de la salud
- Coordinación
- Vigilancia epidemiológica y laboratorio
- Atención médica
- Reserva estratégica
- Investigación y desarrollo

Ese plan quedó totalmente estructurado en el año 2005 y, coordinado por la Secretaría de Salud, dejó preparados los sistemas de comunicación a la población, las líneas de coordinación entre las instituciones, los procedimientos de control epidemiológico y de laboratorio, las medidas de prevención y control en las unidades de atención médica, la adquisición de medicamentos antivirales y antibióticos, y la posibilidad de desarrollo de nuevos protocolos de investigación en materia de influenza. El plan se ensayó durante dos simulacros efectuados al año siguiente, y quedó preparado, por consiguiente, en 2006 (tres años antes del inicio de la pandemia que azota todavía a muchos países), todo lo necesario para enfrentar una pandemia de influenza, que no se sabía ni cómo ni cuándo se iniciaría.

Por lo tanto, la pandemia de influenza A(H1N1) que se inició lamentablemente en nuestro país el año pasado, no tomó desprevenidos a los países miembros de la OMS, empezando por el nuestro, y fue la voz de alarma que oportunamente dio ese organismo internacional por la que se logró controlar en muy poco tiempo su extensión y su gravedad, evitando tasas de mortalidad tan grandes como las que se alcanzaron en las pandemias que ocurrieron en el siglo pasado. En nuestro país, en efecto, el más reciente informe de la Secretaría de Salud señaló que el número de contagiados hasta el viernes 6 de enero de 2010 era de 68,788, y de éstos 880 fallecieron.²

INFLUENZA A(H1N1) DURANTE EL EMBARAZO

Las mujeres embarazadas constituyen un grupo poblacional con alto riesgo de sufrir complicaciones graves y aun mortales de tipo respiratorio si son infectadas por el virus A(H1N1), porque su sistema inmunológico se encuentra deprimido a consecuencia de la afectación de sus respuestas inmunológicas humorales y celulares con los antígenos específicos fetales; y también porque su capacidad respiratoria está disminuida como resultado del crecimiento abdominal paulatino, y el aumento notable de su volumen intravascular; todo esto crea un desequilibrio hemodinámico que afecta particularmente la función pulmonar en forma aguda y favorece el incremento de neumonías y otras enfermedades respiratorias graves,³ así como aumento de la mortalidad materna y perinatal.

Varios estudios basados en las experiencias de las pandemias de 1918 y 1957 demostraron que la mortalidad entre el grupo de embarazadas fue más elevada que entre el grupo de no embarazadas, y que cerca de 50% de aquéllas padecieron neumonía, que produjo la muerte a 27%, especialmente en el último trimestre de la gestación.⁴ En una reciente comunicación proveniente de Palo Alto Medical Foundation, se reporta una tasa de hospitalización mucho más elevada de la población gestante, con seis defunciones de individuos que recibieron el tratamiento tardíamente.⁴

La influenza estacional también contribuye a aumentar la mortalidad de las mujeres embarazadas. Una revisión realizada en Estados Unidos, durante la estación invernal, señaló que las mujeres en el tercer trimestre del embarazo fueron cinco veces más propensas a la hospitalización por problemas cardíacos y pulmonares, que las que tenían pade-

cimientos crónicos y no estaban embarazadas.⁴ En nuestro país, desde el inicio de la influenza estacional en diciembre del año pasado, se ha observado un aumento constante de las muertes asociadas con influenza y neumonía en el grupo poblacional de mujeres embarazadas, que se llevó cinco veces en comparación con años previos. La Dirección General Adjunta de Epidemiología, de la Secretaría de Salud hizo notar que las mujeres embarazadas con influenza requirieron tres veces más hospitalización que las mujeres con esa infección no embarazadas; y, asimismo, que el riesgo de morir de una embarazada que contrae la influenza estacional se incrementa seis veces más, en relación con ese mismo riesgo en mujeres con influenza no embarazadas. El informe más reciente de esa dependencia (5 de enero de 2010)⁵ reveló que del 1 de enero al 31 de diciembre de 2009, ocurrieron 177 defunciones maternas por neumonía y otras enfermedades respiratorias, con una proporción de 16.3% en las causas de mortalidad materna, ocupando el tercer lugar después de la preclampsia-eclampsia (29%) y de la hemorragia posparto (16.7%), y desplazando de ese lugar a la sepsis puerperal.

Toda esta información obliga a meditar profundamente en las graves repercusiones en el embarazo cuando las mujeres padecen influenza estacional o la influenza causada por el virus A(H1N1), y en la necesidad imperiosa de proteger a las mujeres gestantes contra ambas infecciones. Afortunadamente, cada año el Sector Salud organiza campañas de vacunación durante el periodo invernal en las que se inmuniza a la población contra la influenza estacional; y, además, desde el mes de diciembre del año pasado, México cuenta con la vacuna contra la influenza A(H1N1), que ya está disponible desde el mes de enero de 2010 para toda la población y, en particular, para los grupos de alto riesgo, entre los que se cuenta prioritariamente el grupo de mujeres embarazadas.²

Signos y síntomas de alarma

Debe considerarse que las mujeres embarazadas han contraído la influenza A(H1N1) sin necesidad de realizar pruebas de laboratorio para confirmar el diagnóstico, cuando tienen fiebre mayor de 38 °C, acompañada de tos o dolor de garganta, y, además, uno o varios de los signos y síntomas siguientes: cefalea, rinorrea, mialgias, artralgias, astenia, dolor torácico y dolor abdominal. Si se reúnen esos síntomas se cuenta con elementos suficientes para sospechar fundadamente en una infección por el virus

A(H1N1), la cual no obliga a la hospitalización inmediata de las enfermas, sino sólo al tratamiento antiviral y al aislamiento en su domicilio. La hospitalización es obligatoria, en cambio, cuando en su casa las pacientes no mejoran sino, por el contrario, se agravan, o bien cuando las pacientes embarazadas padecen en forma concomitante enfermedades crónicas (cardiopatías, asma, diabetes mellitas, VIH-SIDA, obesidad mórbida, cáncer, nefropatías crónicas, etc.), así como drogadicciones o tabaquismo crónico.

Se considera que la embarazada se agrava y requiere hospitalización inmediata cuando muestra los siguientes signos y síntomas de alarma:

- Disnea intensa
- Vómito o diarrea persistente
- Trastornos de la conciencia
- Descompensación hemodinámica
- Agravamiento de una enfermedad crónica preexistente
- Hipotensión arterial
- Saturación de oxígeno < 90%
- Amenaza de interrupción del embarazo

Complicaciones maternas y fetales

La salud de la madre y del feto se ven seriamente afectadas cuando el cuadro respiratorio original de la paciente se agrava, o cuando empeora una enfermedad preexistente. En efecto, las complicaciones maternas más frecuentes en estos casos son: síndrome de dificultad respiratoria del adulto, neumonía bacteriana agregada, insuficiencia renal aguda, edema o embolia pulmonar; y por lo que se refiere al feto, las complicaciones más frecuentes de éste son: aborto, sufrimiento fetal agudo, nacimiento pretérmino y prematuridad.

Las complicaciones maternas elevan considerablemente las tasas de mortalidad materna, particularmente en el tercer trimestre del embarazo. Se estima que el riesgo de muerte materna aumenta en 23.5% entre el primero y segundo trimestre, y 8.2% más entre el segundo y el tercero.⁴ Esta es la razón por la que la pandemia de influenza que nos afecta todavía incrementó en nuestro país las tasas de mortalidad materna por neumonía y otras enfermedades respiratorias en el año 2009, colocándolas como tercera causa de muerte de las mujeres embarazadas y desplazando a la septicemia al cuarto lugar; con el resultado de que la razón de muerte materna por 100 mil nacidos vivos fue

de 56, lo cual seguramente impedirá que México cumpla con el compromiso ante la OMS de reducir la razón a 22.3 en el año 2015.⁶

Es difícil valorar en qué medida la influenza causada por el virus A(H1N1) ha afectado a la mortalidad perinatal, puesto que la frecuencia de las complicaciones fetales mencionadas en el párrafo anterior, son enfermedades en las que participan muchos factores maternos y fetales, de tal manera que casi es imposible valorar el riesgo que por sí sola tiene la viremia como causante de cada una de esas afecciones.

Tratamiento

Antes de iniciar la terapéutica específica de las mujeres embarazadas infectadas por la influenza, es necesario clasificar a las pacientes de acuerdo con la escala de Triage, que es un sistema que permite valorar clínicamente a éstas, determinar su referencia de acuerdo con sus signos y síntomas, y finalmente establecer su tratamiento según sus condiciones iniciales y sus complicaciones. (Cuadro 1)

Cuando la mujer embarazada está sana se debe aprovechar su condición para vacunarla contra la influenza estacional y contra la influenza A(H1N1), y se evitará que esté en contacto con enfermos de influenza; por esto se recomienda que no asista a consulta en unidades médicas en las que se estén atendiendo simultáneamente pacientes con influenza, salvo que éstos estén convenientemente separados.

Si la paciente tiene síntomas compatibles con influenza estacional, deberá ser aislada y controlada en su domicilio, y recibir tratamiento sintomático.

También será referida a su domicilio, aun cuando presente signos y síntomas compatibles con la influenza pandémica, si carece de datos de alarma. Se tratará con medicamentos antivirales y sintomáticos pero se le informará adecuadamente acerca de las condiciones de alarma de la enfermedad, para que, de ser necesario, oportunamente sea hospitalizada.

Sólo será motivo de hospitalización inmediata el caso de la mujer embarazada que habiendo sido tratada inicialmente en su domicilio muestre signos y síntomas de alarma; o bien la que desde el inicio de su enfermedad curse con alguna enfermedad crónica debilitante y presente dichos signos y síntomas.

Tratamiento sintomático

Se administrará preferentemente paracetamol como anti-pirético y algún antitusivo que favorezca la expulsión de las secreciones bronquiales.

Tratamiento antiviral^{1,4,7}

Debe hacerse caso omiso de la leyenda que tienen los empaques de los antivirales indicados para la influenza, relativa a que “se desconocen sus efectos durante el embarazo y la lactancia”, porque las evidencias clínicas comprueban la eficacia y la inocuidad de estos fármacos en la madre, en el feto y en el lactante, así como su capacidad para disminuir complicaciones y reducir las tasas de morbilidad y mortalidad del padecimiento en mujeres embarazadas.

La inocuidad de los antivirales durante el embarazo permite prescribirlos como medicación profiláctica en

Cuadro 1. Escala de Triage

<i>Tipo de paciente</i>	<i>Referencia</i>	<i>Tratamiento</i>
Sana. Sin síntomas respiratorios.	Domicilio.	Medidas de prevención. Ofrecer vacunas contra la influenza estacional y contra el virus A(H1N1).
Sintomatología respiratoria no compatible con influenza A(H1N1).	Domicilio.	Sintomático. Control de infecciones respiratorias detectadas.
Caso sospechoso de influenza A(H1N1) por definición operacional, SIN signos y síntomas de alarma y oximetría > 90%.	Aislamiento en domicilio. Informar a la paciente sobre signos y síntomas de alarma. Reevaluar a las 24 horas si es necesario.	Antiviral. Sintomático.
Caso de influenza A(H1N1) por definición operacional, CON signos y síntomas de alarma, y/o enfermedad crónica agregada. Oximetría < 90% y/o estudio radiológico de tórax con signos patológicos.	Aislamiento en unidad hospitalaria equipada convenientemente, incluyendo unidad de terapia intensiva.	Antiviral. Tratamiento de complicaciones. Tratamiento antimicrobiano si es necesario. Control de enfermedades crónicas y complicaciones.

mujeres embarazadas que se han expuesto al contagio de la influenza pandémica.⁹

Oseltamivir

Deben administrarse 75 mg cada 12 horas, por vía oral (VO), durante cinco días, iniciando en las primeras 48 horas. Sin embargo, si la paciente ha dilatado su atención, se deberá iniciar cuando acuda a consulta. En mujeres obesas (IMC > 40) se deberá duplicar la dosis (150 mg) y administrarla con el mismo horario y la misma duración.

Una comunicación reciente⁸ señala que algunas cepas del virus A(H1N1) se han hecho resistentes al oseltamivir, por lo que en estos casos debe optarse por el zanamivir o, como alternativa, asociar oseltamivir con rimantadina.

Zanamivir

Este antiviral se administra por inhalación a dosis de 10 mg cada 12 horas, durante cinco días, pero su indicación debe restringirse al medio hospitalario, particularmente en pacientes de riesgo con enfermedad respiratoria subyacente, que requieren una vigilancia estrecha.⁷

Las mujeres que amamantan a sus hijos deben recibir la misma dosificación de los antivirales mencionados y sin interrumpir la lactancia. Sólo se debe recomendar a la madre utilizar cubreboca y mantener una adecuada higiene de manos y ropa durante la lactancia.

En el mes de enero del 2010 la prensa comunicó que la Secretaría de Salud de nuestro país había adquirido un nuevo antiviral, denominado Peramivir, que al parecer era más potente que sus antecesores y estaba indicado particularmente cuando el efecto de alguno de éstos fracasaba.

Antibióticos^{1,4}

La sospecha de neumonía bacteriana como complicación de la influenza obliga al tratamiento con antibióticos. En estos casos se prescribirá ceftriaxona (1-2 g por vía intravenosa (IV) cada 12 horas, durante cinco días; máximo 4 g por día) si el agente etiológico es *Streptococcus pneumoniae* o *Haemophilus influenzae*; o bien cefuroxima (750 mg cada 8 horas por VO durante 7 días) o clindamicina (600 mg cada 6 horas por VO por 7 días) si el germen causal es *Staphylococcus aureus*. Cuando se refiera resistencia a esos antimicrobianos, se indicará vancomicina (1 g IV cada 12 horas por 7 días).

La ceftriaxona y la cefuroxima sólo deben administrarse en casos absolutamente necesarios en el primer trimestre

del embarazo, dado que atraviesan la barrera placentaria. Durante la lactancia deben evitarse porque se eliminan en pequeñas concentraciones por la leche materna.

Prevención^{4,7}

Vacuna contra la influenza A(H1N1)

La vacuna monovalente contra la influenza A(H1N1) que se aplique a las mujeres embarazadas debe ser la INACTIVADA SIN ADYUVANTE. Las que contienen virus atenuados (administradas por inhalación) están contraindicadas durante el embarazo porque eventualmente inducen la infección.

Se ha comunicado que la vacuna A(H1N1) produce transferencia pasiva de anticuerpos al feto y, además, que aplicada oportunamente reduce los cuadros de infección respiratoria en 29, 36 y 63% en el primero, segundo y tercer trimestre del embarazo, respectivamente,⁴ lo cual obliga a aplicarla particularmente en el último trimestre de la gestación.

La aplicación de esta vacuna puede causar dolor de pequeña intensidad durante la inyección, y excepcionalmente eritema, induración y rigidez pasajera del deltoides después de ser inyectada. También con muy poca frecuencia puede causar reacciones sistémicas, como: escalofrío, astenia, cefalea, mialgias y artralgias. Se han referido casos de síndrome de Guillain-Barré,¹⁰ pero con evidencias no significativas; no obstante, debe vigilarse cuidadosamente la aparición de cualquier síntoma que sugiera dicho síndrome.

La introducción de la vacuna contra la influenza A(H1N1) es muy reciente y, lógicamente, aún se carece de experiencia suficiente para conocer con exactitud todas sus ventajas y desventajas. Por tal razón, el personal de salud que aplique esta vacuna deberá reportar cualquier evento temporalmente asociado con la vacunación (ETAV) a la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS).

Vacuna contra la influenza estacional⁴

Esta vacuna no ofrece protección contra la influenza por el virus A(H1N1), pero puesto que la influenza estacional es causa de mayor morbilidad y mortalidad en mujeres embarazadas, así como de posibles epidemias simultáneas a la influenza pandémica, que motivan confusión diagnóstica con ésta, es necesario seguir vacunando a las mujeres embarazadas con la vacuna trivalente inactivada

contra la influenza estacional. Esta vacuna no causa ningún daño ni a la madre ni al feto, y carece también de efectos secundarios al neonato durante la lactancia. Entre los años 2000-2003, aproximadamente dos millones de mujeres embarazadas recibieron la vacuna trivalente inactivada, y sólo se documentaron 20 eventos adversos locales o sistémicos, todos de leve intensidad.

REFERENCIAS

1. Acosta ML, Coria I, Hernández M y col. Acciones básicas ante una pandemia de influenza. Bol INSP (Práctica Médica Efectiva). Diciembre, 2006.
2. Toribio L. SSa se vacuna contra la mala propaganda. 12 Ene 2010. <laura_toribio@nuevoexcelsior.com.mx>.
3. Rasmussen SA, Jamiesson DJ, Bresu JS. Pandemic influenza and pregnant women. *Emerg Infect Dis* 2008;14:95-100.
4. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. SSa. Guía de manejo clínico de influenza A(H1N1) en mujeres embarazadas. Noviembre, 2009.
5. López-Gatell RH. Mortalidad materna por influenza y neumonía. Dirección General Adjunta de Epidemiología. SSa. Enero, 2010.
6. Toribio L. Van diez años... sólo faltan cinco. 20 Ene 2010. <laura_toribio@nuevoexcelsior.com.mx>.
7. OMS. Departamento de Vigilancia y Respuesta de Enfermedades Transmisibles. Guía de la OMS para el uso de vacunas y antivíricos en las pandemias de influenza. 2005.
8. Medical Letter. More resistance to oseltamivir (Tamiflu). *Obstet Gynecol* 2009;113(5):1168.
9. Lee BY, Bailey RR, Wiringa AE, et al. Antiviral medications for pregnant women for pandemic and seasonal influenza. *Obstet Gynecol* 2009;114:971-980.
10. Juurlink DN, Stukel TA, Kwong J, et al. Guillain-Barré syndrome after influenza vaccination in adults: a population-based study. *Arch Intern Med* 2006;166:2217-2221.

“Las revistas españolas deben escribirse en español porque están dirigidas a médicos españoles y a todos los que leen esta lengua con fluidez. El lenguaje de la ciencia es, indiscutiblemente, el inglés, pero no puede producirse una publicación en inglés si su principal grupo de lectores a los que va dirigida son hispanohablantes. A los ingleses y a los norteamericanos les interesa que sus aportaciones no sólo sean leídas por los que tienen al inglés por lengua nativa, sino por la comunidad médica internacional... Hace falta claridad que ayude a determinar cuándo una revista es para lectores de una lengua y cuándo el interés es multinacional; y éste último, no siempre es el mejor o el de interés.”

Reproducido de: Arnuelle G. Utilidad de la indexación de las revistas médicas. En: Memorias del coloquio de editores. Barcelona: Almódena, 2009;p:178.