

Malaria EN EL EMBARAZO *

RAFAEL A. VILAR, M. £». **

Santurce, P. R.

Los textos de obstetricia dedican muy poco a la discusión de la malaria como una complicación del embarazo. De Lee, Williams, y Titus han escrito solamente un corto párrafo sobre la malaria y limitan sus comentarios a decir que esta enfermedad puede tener poca influencia sobre el embarazo, o puede ser el factor determinante de abortos y partos prematuros, los cuales son el resultado de la muerte del feto. Sin embargo, la opinión unánime de estos autores es que estos casos deben tratarse y preferiblemente con la quinina. Creemos que siendo la malaria una enfermedad endémica en nuestra isla, deberíamos darle más importancia y asesorarnos de sus efectos perjudiciales a la salud, tanto de la madre embarazada como del feto; y además, no debemos olvidar que hay que tratar a estos casos específicos.

Todos estamos familiarizados con el cuadro clínico de la malaria, ya bien sea en su estado crónico. Muchas autoridades son de la opinión que tanto la fiebre alta, producida en los casos agudos, como la toxemia, son las dos causas principales de la muerte del feto en útero. Graham, dice que en los casos de malaria hay una tendencia a la producción de un gran número de células retículo-endoteliales. El ha encontrado que en los casos de mujeres embarazadas, con malaria, los espacios inter biliares de la placenta, los cuales normalmente solamente contienen sangre, aparecen llenos de estas células haciendo difícil el explicarse como se nutre el feto. Puede ser que muchos de los abortos en los casos de malaria sean el resultado de la muerte del feto a causa de la obstrucción mecánica en la placenta de la sangre materna y no a los efectos de las toxinas y de la hipertermia.

Existe la posibilidad de que la malaria sea transmitida en útero y que el niño nazca con la infección. Hay varias autoridades que creen que esto es posible y que es la causa de la muerte de muchos niños, a los pocos días, de nacer. Blacklock y Gordon dicen que el 83 % de las placentas de mujeres nativas de África Occidental, al examinarse, contenían grandes cantidades del plasmodium falciparum y que el 25 % de los niños nacidos en estas madres cuyas placentas estaban infestadas, morían dentro de los primeros 7 días de

* Leído durante la asamblea anual de la Asociación Médica del Distrito de Guayama. ** Consultor en Obstetricia, Departamento de Sanidad, Santur, P. R. \

nacer. La transmisión de la malaria al feto todavía está en un estado de incertidumbre y discusión. El mecanismo exacto de cómo el plasmodium puede pasar a la circulación del feto no está muy claro. Se ha sugerido que para que esto pueda ocurrir debe haber algún desgarrar o accidente que interrumpa la marcada separación entre la sangre materna y la del feto. También se ha sugerido que debido a los cambios patológicos de la placenta causados por esta enfermedad, pueda facilitársele a los parásitos la entrada a la circulación fetal, "t por último se ha dicho que estos parásitos podrían introducirse en la circulación del feto al ocurrir pequeñas hemorragias de la placenta.

Antes de aceptar que un caso es genuinamente de malaria congénita, debemos tomar en consideración ciertas circunstancias. Primero, que el niño haya nacido en una localidad donde la malaria no es endémica y donde los mosquitos trasmisores de la malaria no abundan. Segundo, si tenemos que observar el caso en lugares donde la malaria es endémica debemos hacer el estudio durante la temporada cuando el anofeles está potencialmente ausente. Y tercero, debemos considerar el tiempo transcurrido entre el nacimiento del niño y la demostración del parásito en su sangre; este período debe ser más corto que el requerido para la incubación del plasmodium.

Así pues, hemos visto que la malaria es decididamente perjudicial para el feto; o bien muere este en el útero o puede adquirir la enfermedad, la cual más tarde, y poco después de nacer, puede ser la causa de su muerte. Por lo tanto desde el punto de vista del feto, si la madre tiene malaria, bien sea ésta aguda o -crónica, no tenemos otra alternativa que tratar a la paciente para así proteger la vida del feto.

Creo que no hay discusión de si debe tratarse o no a una mujer embarazada con malaria aguda. Sabemos bien que muchas veces si estos casos no son atendidos y tratados a su debido tiempo pueden terminar en un desenlace fatal para el paciente. Sin embargo aún existe cierta duda con respecto al tratamiento que debe seguirse en los casos de mujeres embarazadas con malaria crónica. Pero si recordamos que esta malaria crónica además de ser perjudicial para el feto causa una caquexia que sin duda alguna y junto con el estado gravídico, resulta en una reducción de la resistencia física de la embarazada y que de esta manera la hace una presa fácil de enfermedades infecciosas; y además le puede aumentar la tendencia a hemorragias después del parto, vemos que también hay la necesidad de tratarlas.

Tenemos pues, que según la situación se vislumbra, en los casos de malaria, aguda o crónica, durante el embarazo, no tenemos otra alternativa que someterlos a un tratamiento temprano y de acuerdo con los métodos y drogas aceptados.

De acuerdo con las autoridades, la droga ideal para el tratamiento de la malaria, especialmente en la embarazada, es la quinina. Sin embargo, existe en la mente del público y especialmente en la mente de las embarazadas, la impresión de que la quinina, la cual es específica contra el paludismo, es peligrosa porque puede causar aborto y que por lo tanto no debe usarse para el tratamiento *de* mujeres embarazadas con malaria. Esta idea, sentimos decir, no está limitada solamente al lego, pues hay médicos que ante un caso de embarazo complicado con la malaria, temen y dudan en prescribir la quinina.

La quinina se ha usado por muchos años para reforzar **las** contracciones uterinas, cuando éstas son flojas. La mayoría de las autoridades en la materia están de acuerdo que en dosis terapéuticas esta droga no excita las contracciones del útero gravídico y que por lo tanto, no puede ser usada para inducir un parto prematuro. Pero si ya hay pequeñas contracciones uterinas éstas pueden ser intensificadas por la quinina.

Según Manquat la quinina no es un abortivo, pero es debido a la propiedad de intensificar contracciones uterinas preexistentes, que se le atribuye la cualidad de poder causar abortos. Dice Magraz Roca que debemos distinguir entre dos clases de contracciones uterinas. La contracción fisiológica, la cual se caracteriza por no ser dolorosa; y la contracción expulsiva, que es la exageración de la fisiológica, y que está caracterizada por su ritmo, dolor y progreso, y que tiene como fin la evacuación del contenido del útero. Es a esta última que nos referimos al decir que la "quinina la refuerza pero si no hay contracciones la quinina no es capaz de iniciarlas.

Podríamos citar en favor de que la quinina no es un abortivo, el sinnúmero de fracasos que han ocurrido al usarse esta droga con este intento. Hay personas que podrían citar casos en los cuales la quinina actuó, aparentemente, como un abortivo, pero sería bueno que antes de acusar a esta droga analizásemos esos casos e investigásemos si alguna droga fue usada conjuntamente con ella, o si el organismo de la persona jugó papel importante en dicho aborto, pues tal vez pudieron existir causas que predisponían a la terminación prematura del embarazo.

Además de la quinina tenemos otras dos drogas que podríamos usar para el tratamiento de la malaria en mujeres embarazadas, siempre y cuando que existiese alguna contraindicación para el uso de la quinina. Estas son la plasmoguina y la atebrina. Chopra dice que en dosis terapéuticas estas dos drogas no tienen efecto alguno de estimulación para el útero. Sin embargo, deseamos mencionar que la plasmoguina es una droga muy tóxica, la cual puede causar la formación de methemoglobina y que por lo tanto debe administrarse bajo la más estricta supervisión médica. Además se aconseja que nunca se use sola para el tratamiento de la malaria. La atebrina es menos tóxica, pero si se administra en dosis grandes puede causar lesiones patológicas del hígado y los riñones, órganos que durante el embarazo se encuentran bajo una mayor función fisiológica.

Queda establecido que la malaria, en su estado agudo o crónico es perjudicial a la salud, tanto de la madre embarazada como del feto. Por lo tanto, estos casos deben ser tratados con la quinina, la cual es la droga predilecta, y que la única razón que podría justificar el que no se use, sería la presencia de una idiosincrasia por parte de la paciente.

BIBLIOGRAFIA

- 1—P. C. C. Graham, M. D.: Tr. Roy. Soc. Trop. Med and Hyg. 32 Pages 13-48, June 1938.
- 2—K. N. Chopra, M. D. et al: Indian M. Gazette. 68. Pages 558-569. October 1933.
- 3—Congenital Malaria: Acta Paediatrica. 1941. Vol 28. Pages 299-302.
- 4—F. Magrás Rosa, M. D.: Revista Médica Cubana 46. No. 2. Páginas 256-267. Febrero 1935.
- 5—P. Mason - Bahr - M. D.: Lancet I. Pages 882-883. April 23, 1932.
- 6—Chopra - Handbook of Tropical Therapeutics: Pages 581-601, 603.
- 7—Dr. Lee: Pract. of Obst. - 7th. Edi. Page 552.
- 8—Williams: Pract. of Obst.
- 9—Titus: The Management of Obst. Difficulties. 2nd. Edition. Page 219.