

# Zonas de inyección de la vacuna del tétanos en embarazadas

29/08/2006

**Respuesta del Experto a ...**

Zonas de inyección de la vacuna del tétanos en embarazadas

## **Pregunta**

¿Cuales son las posibles zonas de inyección de vacunas de Tétanos en embarazadas y por qué se elige una u otra?

José Antonio, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

**Respuesta el Dr. José María Bayas (30 de septiembre de 2002)**

Actualmente se recomienda el empleo de la vacuna combinada Tétanos-difteria tipo adulto (Td) para la protección frente al tétanos (y la difteria) en personas susceptibles mayores de 6 años de edad, embarazadas incluidas.

La vía de administración de la vacuna es la intramuscular profunda. La zona es el músculo deltoides, o alternativamente, el cuádriceps femoral (cara anterolateral del muslo). La vía subcutánea está formalmente desaconsejada por su mayor reactogenicidad. En ningún caso debe emplearse el músculo glúteo para la administración de vacunas por los siguientes motivos: mayor reactogenicidad (vinculada a mayor contenido en grasa), potencial riesgo de lesión nerviosa y, para algunas vacunas (hepatitis B, rabia) peor respuesta inmunitaria.

El número de dosis a recomendar a la embarazada esta en función de los antecedentes de vacunación. En aquellas que habían recibido una tanda inicial de vacunación (con cualquier vacuna monovalente o combinada de toxoide tetánico) en la

infancia o en otra etapa de la vida, se recomienda una única dosis de vacuna Td si habían transcurrido 10 ó más años desde la administración de la última dosis de vacuna monovalente o combinada. En las embarazadas presuntamente nunca vacunadas está indicado el inicio de un ciclo completo de 3 dosis (0, 1 y 6 meses). En los casos de inmunización parcial debe completarse la serie primaria.

Genéricamente se recomienda parquedad en el empleo de vacunas en el primer trimestre de la gestación. No obstante, la vacuna Td puede ser empleada cuando se pueda cuestionar la adherencia vacunal en etapas posteriores del embarazo, y por supuesto en situaciones de postexposición.

## Bibliografía

1. CDC. Diphtheria, tetanus, and pertussis: recommendations for vaccine use and other preventive measures; recommendations of the Immunization Practices Advisory Committee (ACIP). MMWR 1991;40(No. RR-10):1–28. [ [Acceso al texto completo](#) ].
2. CDC. General recommendations on immunization: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices and the American Academy of Family Physicians. MMWR 2002;51(No. RR-2).
3. Fishbein DB, Sawyer LA, Reid-Sanden FL, Weir EH. Administration of human diploid-cell rabies vaccine in the gluteal area [Letter]. N Engl J Med 1988;318:124–5.
4. Giles FH, French JH. Postinjection sciatic nerve palsies in infants and children. J Pediatr 1961;58:195–204.
5. Haramati N, Lorans R, Lutwin M, Kaley RN. Injection granulomas: intramuscle or intrafat? Arch Fam Med 1994;3:146–8. [ [Abstract](#) ].
6. Michaels L, Poole RW. Injection granuloma of the buttock. Can MedAssoc J 1970;102:626–8.

7. Poland GA, Borrund A, Jacobson RM, et al. Determination of deltoid fat pad thickness: implications for needle length in adult immunization. *JAMA* 1997;277:1709–11. [ [Abstract](#) ].
8. Shaw FE Jr, Guess HA, Roets JM, et al. Effect of anatomic injection site, age and smoking on the immune response to hepatitis B vaccination. *Vaccine* 1989;7:425–30. [ [Abstract](#) ].
9. Zuckerman JN. Importance of injecting vaccines into muscle: different patients need different needle sizes. *Brit Med J* 2000;321:1237–8. [ [Acceso al texto completo](#) ].