

TEMA 50

MEDICAMENTOS Y EMBARAZO.

CONTRAINDICACIONES MEDICAMENTOSAS.

VACUNAS DURANTE EL EMBARAZO.

Valle Alguacil
Sánchez.
MATRONA AGS
Sur de Granada

Uso de fármacos en el embarazo



MEDICAMENTOS Y EMBARAZO

Medicamentos y embarazo

Uso racional de medicamentos durante el embarazo.

Evitar la automedicación.

- Aproximadamente el 5% de las embarazadas tienen que continuar tomando algún medicamento por padecer alguna patología crónica (enfermedad psiquiátrica, diabetes, asma).
- Un estudio realizado por la OMS encontró que el 86% de las gestantes tomaba algún medicamento durante dicho periodo y que el promedio de fármacos consumidos era de 2,9 por gestante. Además, para aumentar la dimensión del problema, un porcentaje de ese consumo se realiza a través de automedicación.*
- A nivel nacional y en ese mismo año, un estudio multicéntrico detectó que el 92,4% de las gestantes recibía algún medicamento en el embarazo (45% tres o más fármacos)**
- Las malformaciones congénitas de importancia acontecen en el 2-5% de embarazos, estando relacionadas con la toma de fármacos algo menos del 5% de las mismas*** .

*Collaborative group on drug use in pregnancy. Medication during pregnancy: an intercontinental cooperative study. Int J Gynecol Obstet. 1992; 39: 185-96.

**Grupo de trabajo DUP España. Estudio multicéntrico sobre el uso de medicamentos durante el embarazo en España (II). Los fármacos utilizados durante la gestación. Med Clin (Barc). 1991; 96: 11-5.

***Orueta Sánchez R, López Gil MJ. Manejo de fármacos durante el embarazo. Inf Ter Sist Nac Salud. 2011;35:107-13. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/infMedic/docs/CompletoVol35n4.pdf

Medicamentos y embarazo

11 S AMENORREA EN ADELANTE

- Periodo de desarrollo y Crecimiento .No malformaciones pero sí otros efectos sobre el feto.



7-10 S AMENORREA/ 5-8 S EMBARAZO

- Periodo de organogénesis/malformaciones.

5-6 S AMENORREA/3-4 S EMBARAZO

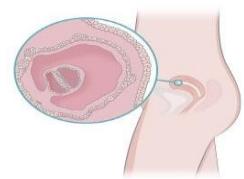
- Muerte del embrión o gran polimalformado.

3-4 S AMENORREA/ 1-2 S EMBARAZO

- Fenómeno de “Todo o Nada”
- Aumenta riesgo de aborto/ no de malformaciones

< 2 S CONCEPCIÓN • Riesgo nulo

FUR



Medicamentos y embarazo

Tabla 2. Grado de riesgo que representa para el feto el uso de fármacos durante el embarazo*

Categoría	Interpretación
A	Estudios controlados revelan que no hay riesgo fetal
B	No hay evidencia de riesgo en humanos
C	No se puede excluir eventual riesgo fetal
D	Existe evidencia positiva de riesgo, aunque los beneficios potenciales pueden superar los eventuales riesgos
X	Contraindicación absoluta en el embarazo

* Según la Food and Drug Administration (FDA) de los Estados Unidos de América.

- La mayoría de los fármacos B o C.
- Categorías/Riesgo teratogenicidad??
- Información ambigua.
- Guía elemental muy difundida.
- Categoría/fármaco de elección?

Medicamentos y embarazo

Pregnancy & Lactation Labeling Rule (PLLR)

Las nuevas normas de etiquetado **Pregnancy and Lactation Labeling Rule (PLLR)** eliminan las letras A, B, C, D, X del sistema anterior. La justificación que utiliza la FDA para este cambio es que este sistema era «confuso, simplista e ineficaz» en la información sobre los riesgos.

- EMBARAZO: registro de exposiciones, resumen de riesgos, consideraciones clínicas y datos.
- LACTANCIA: resumen de riesgos, consideraciones clínicas y datos.
- MUJERES Y VARONES CON POTENCIAL REPRODUCTIVO: casos en que haya recomendaciones o requisitos para las pruebas de embarazo o la anticoncepción, antes, durante o después del tratamiento o cuando los datos sugieran asociación del fármaco con pérdidas preimplantacionales o efectos del mismo sobre la fertilidad.



- Los cambios en el etiquetado entraron en vigor el 30 de junio de 2015
- El etiquetado de los medicamentos con receta aprobados el 30 de junio de 2001 o después se introducirá gradualmente.
- El PLLR también requiere que la etiqueta se actualice cuando la información se vuelve obsoleta.

Medicamentos y embarazo

Tabla 2. Medicamentos más frecuentemente utilizados durante la gestación, en función de su seguridad⁸

Contraindicados	Permitidos en situaciones especiales	Probablemente seguros
Ciprofloxacino	Aciclovir	Amoxicilina
Doxicilicina	Albendazol	Ampicilina
Ganciclovir	Amikacin	Cafazolina
Griseofulvina	Aminoglucósidos	Cefoxitin
Ácido nalidíxico (Q)	Anfotericina B	Ceftazidime
Ofloxacina (Q)	Cloranfenicol* (en prematuros puede producir síndrome gris)	Ceftriaxone
Quinolonas	Clotrimazole*	Cefuroxima
Tetraciclinas	Eritromicina	Cefalosporinas
Antineoplásicos	Etionamide	Clindamicina
Isotretína	Fluconazol	Cloxacilina
Etretinato	Gentamicina	Co-amoxiclavulánico
Andrógenos	Itraconazol	Eritromicina
Fármacos tiroideos	Ketoconazol	Etambutol
Anticonvulsivantes	Nitrofurantoina*	Imipenem
Antidiabéticos orales	Pentamidina	Isoniacida
Sedantes	Praziquantel	Metenamina mandelato
Anticoagulantes orales (– heparina)	Pyrimethamine	Nistatin
	Quinina	Penicilina
	Esteptomicina	Piperacilina
	Trimetroprim/sulfametoxazol*	Piracínamida
	Vancomicina	
	Rifampicina	
	Ridovidina	
	Antineoplásicos	

*Solo se acepta el uso de estos antibióticos si no existen alternativas terapéuticas más seguras.

Medicamentos y embarazo

**SITTE Servicio de Información Telefónica sobre
Teratógenos en Español
91 822 24 35**

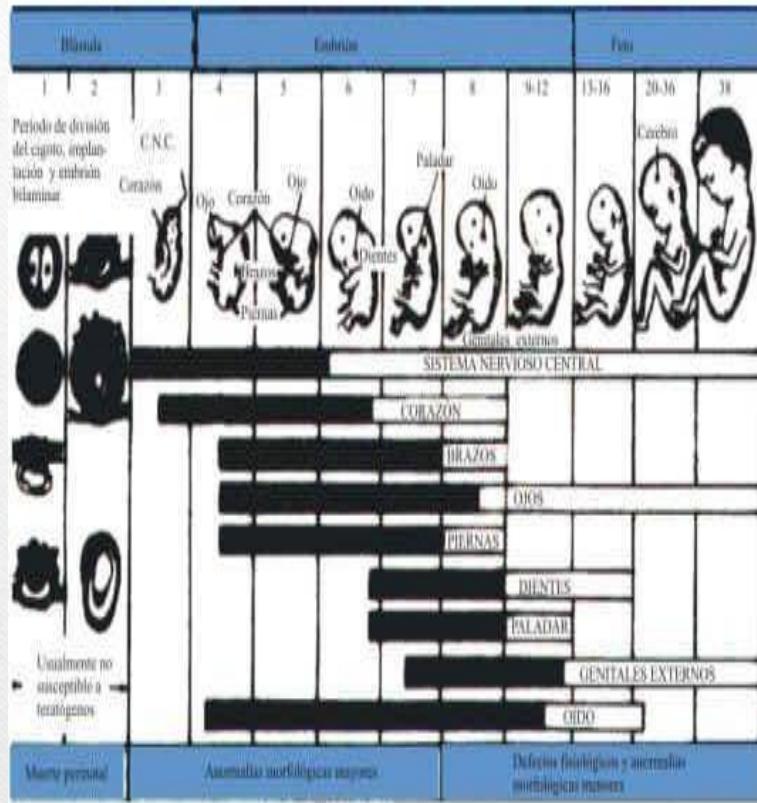


Medicamentos y embarazo



Recomendaciones generales:

- Uso racional del medicamento.
- Mujeres con enfermedades crónicas deben planificar su embarazo.
- Uso de fármacos teratogénicos en mujeres en edad fértil: informar tiempo de espera/acumulación-niveles plasmáticos fármaco tras administración.
- Valorar la situación riesgo/beneficio para la madre y para el embrión/feto a la hora de prescribir un fármaco.
- Usar fármacos “antiguos”.
- Usar dosis mínima eficaz el tiempo más corto posible.
- Evitar la automedicación y productos herboristería.
- Tener en cuenta momento de embarazo/fármaco.
- Ante exposición a un fármaco, consulta al SITTE.
- Fármacos nocivos para la mujer embarazada y no para el feto/embrión.



CONTRAINDICACIONES MEDICAMENTOSAS

ANDRÓGENOS Y PROGESTÁGENOS

Possible efecto transgeneracional
del DES

>Riesgo de hipospadias??

Andrógenos y progestágenos

Dietiletilbestrol

Niñas:

anomalías del aparato genital incluyendo adenosis vaginal, malformaciones cervicales, septo vaginal, anomalías de la cavidad uterina, o anomalías de las trompas de Falopio provocando los consecuentes problemas de fertilidad.

Niños: anomalías aparato urogenital.

Anticonceptivos

Resultados contradictorios

Asociación VACTERL

Los ACO se asocian a un grupo de malformaciones fetales llamado **VACTERL**: defectos vertebrales, anales, cardiacos, traqueales, esofágicos, renales y de los miembros.



ACRÓNIMO VACTERL

ANTIBIÓTICOS Y EMBARAZO

Antibiótico/quimioterápico	Toxicidad demostrada	Toxicidad potencial
Aminoglucósidos (estreptomicina)	Ototoxicidad vestibular y coclear	
Tetraciclinas	Decoloración de los dientes de leche hacia un color amarillo-amarronado. Depósito en huesos largos fetales. Inhibición del crecimiento óseo fetal, sobre todo del peroné. Necrosis hepática aguda en embarazada cuando se usan por vía IV.	
Estolato de Eritromicina	Colestasis intrahepática en la embarazada	<p>Las tetraciclinas se depositan en la DENTINA</p>
Cloranfenicol		<p>CLORANFENICOL</p> <p>Síndrome Gris del recién nacido en prematuros, si se administra a la gestante cerca del parto.</p>

ANTICOAGULANTES Y ANTICONVULSIVOS

Anticoagulantes

Heparina

Es el fármaco de elección
NO ATRAVIESA BARRERA PLACENTARIA

Warfarina

TERATÓGENA

1ºtrimestre: hipoplasia nasal y alteraciones SNC
3er trimestre: retraso mental, atrofia óptica y microcefalia.



SÍNDROME CUMARÍNICO FETAL (SG 6-12)

- Hipoplasia nasal completa con estenosis de coanas
- Hipertelorismo(aumento distancia ojos)
- Displasia de epífisis con hipoplasia de huesos largos.

ANTICOAGULANTES Y ANTICONVULSIVOS

Suplemento de ácido fólico de 5 mg/día!!!

Anticonvulsivos

Fenobarbital, Sulfato de Magnesio y Diacepam

Se consideran seguros

Trimetadiona

TERATÓGENA

Retraso crecimiento y desarrollo, cejas en forma de arco, orejas de implantación baja, paladar y labios hendidos, defectos cardiacos, genitourinarios y de miembros.

Fenitoína

TERATÓGENA

Ác. Valproico* solamente se podrá utilizar si no es posible otra alternativa terapeútica.

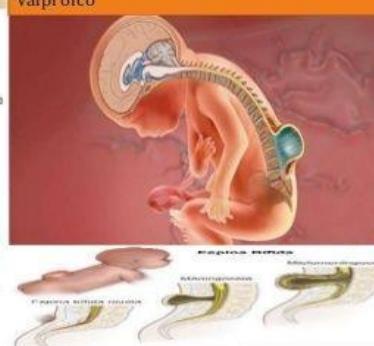
Síndrome de hidantoína fetal

Aplanamiento del puente nasal, pliegues epicantales internos, ptosis, estrabismo, hipertelorismo, orejas de baja implantación, microcefalia, alteraciones del paladar. Anomalías esqueléticas. Anomalías congénitas cardíacas, Retraso mental, deficiencias del crecimiento. Causada por anticonvulsivantes.



Espina bífida

Hendiduras en paladar y labios, Anormalidades cardiovasculares, Defectos genitourinarios, Retraso en el desarrollo. Desórdenes endocrinológicos, causada por anticonvulsivantes, como el Ácido Valproico



Lamotrigina y Levetiracetam

*Rev. Cochrane 2016

Fármacos antiepilépticos con el nivel más bajo de riesgo.

Primera opción embarazo

- Las mujeres que toman antiepilépticos tienen un aumento del riesgo de preeclampsia, hemorragia en el embarazo y parto prematuro. Medicamentos y embarazo: actualización. Disponible en

https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2013/es_def/adjuntos/IINFAC_Vol_21_n_7.pdf

Medicamentos y embarazo

Antineoplásicos	Metrotexato (aminopterina)	Anomalías congénitas graves (antagonista ác.fólico)
Corticosteroides		Riesgo mínimo
IECA		Oligoamnios, muerte fetal, hipoplasia de huesos craneales, CIR y disfunción renal.
Insulina e hipoglucemiantes	Madre diabética mal controlada >tendencia anomalías congénitas >tasa mortalidad perinatal	Poca evidencia sobre efectos tóxicos sobre el feto. Mejor insulina que ADO. No se debe comenzar con los antidiabéticos orales durante el embarazo, aunque sí se puede continuar con la metformina . El resto de antidiabéticos orales deben suspenderse antes del embarazo y sustituirse por insulina
Ác.Retinoico, isotretinoína, vitamina A		Dimorfismo craneofacial, paladar hendido, anomalías cardiovasculares, defectos del tubo neural.
Salicilatos		Evitarse en grandes dosis en 1er trimestre (desarrollo embrionario)

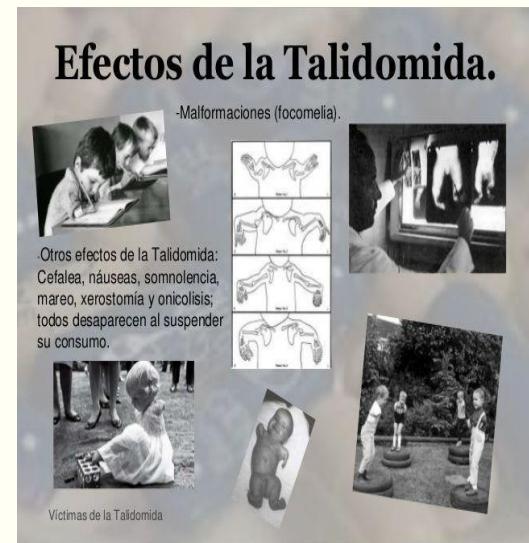
Medicamentos y embarazo

Fármacos tiroideos

Yoduros: cretinismo
Antitiroideos: bocio congénito fetal

Tiouracilos* > seguros
Metimazol* evitar

Tranquilizantes

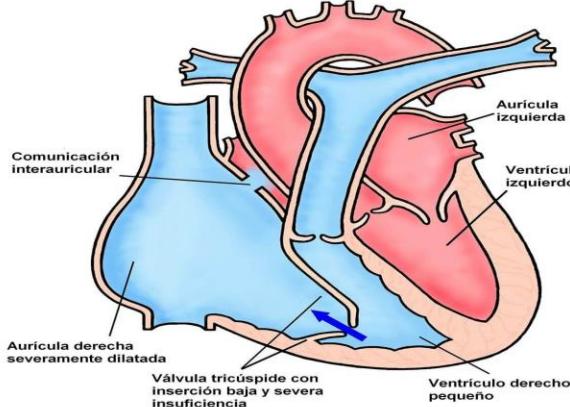


LITIO: ANOMALÍA DE EBSTEIN (DEFECTO CARDIACO)

Talidomida (1959 usado como antiemético)

-Miembros ausentes, en forma de “foca”, ausencia oídos externos e internos, hemangiomas, defectos cardíacos, urinarios y digestivos.
-Anomalías cardíacas y de grandes vasos.

Anomalía de Ebstein



Litio (de elección en psicosis maníaco-depresiva)

BENZODIACEPINAS:
• labio leporino,
• fisura palatina,
• fenotipo tipo SAF,
• síndrome de abstinencia y SDR. BEBÉ FLÁCIDO



Benzodiacepinas

En caso de requerirse su utilización, para evitar el riesgo potencial de defectos congénitos, se debe usar la dosis más baja, durante el menor tiempo posible y en monoterapia.

-De uso frecuente en gestantes.

La food and Drug Administration (FDA) clasifica al medicamento en **la categoría X**, según el riesgo de inducción de toxicidad sobre la gestación, dado que éste puede causar defectos congénitos que incluyen artrogriposis y otros defectos de extremidades, anormalidades cerebrales, gastrosquisis y síndrome de Moebius

- 24.¿Cuál de los siguientes fármacos son teratogénicos y están contraindicados en el embarazo? OPE SAS 2018
- A) Dexclorfeniramina.
- **B) Misoprostol.**
- C) Cefalosporinas.
- D) Isoniacida

Algunas manifestaciones del síndrome de Moebius

- Falta de expresión facial.
- Ausencia de los movimientos oculares laterales y del parpadeo.
- Problemas auditivos.
- Aumento de la salivación.
- Dificultad para alimentarse y tragar.
- Disminución del tono muscular.
- Alteraciones de la voz.



INFOTIPI.COM

Alteraciones farmacocinéticas durante el embarazo

ABSORCIÓN

ORALES:

- Diminución ph saliva
- Hipoacidez del estómago
- Disminución motilidad intestinal (aumento tiempo absorción)

PULMONARES

- Aumento GC y flujo sanguíneo (llegada del medicamento mayor: fármacos inhalados)

DISTRIBUCIÓN

Velocidad de perfusión

Volumen de distribución

- Aumento líquido extracelular (posible menor distribución plasmática de los fármacos)

Unión a proteínas plasmáticas

- Capacidad de transporte unido a proteínas menor.
- La fracción libre del fármaco es la fármacoactiva y puede estar aumentada

BIOTRANSFORMACIÓN

El aumento de los niveles de PG puede influir sobre el metabolismo hepático de las drogas

- PG Inductor microsomal hepático

EXCRECIÓN RENAL

Aumento flujo sanguíneo renal y tasa de filtrado glomerular.

- Mayor eliminación algunos fármacos y necesidad dosis mayores en embarazo.

pH orina se acerca a valores básicos

- Mayor excreción medicamentos ácidos



VACUNAS Y EMBARAZO

VACUNAS Y EMBARAZO

Tipo de Inmunidad	Adquirida Mediante
I. Pasiva	
Natural	Transferencia de anticuerpos de la madre al hijo
Artificial	Tratamiento con anticuerpos
I. Activa	
Natural	Infección
Artificial	Vacunación

VACUNAS Y EMBARAZO

Embarazo y vacunas: antes | durante | después

Vacunas en la mujer que planea un embarazo, en la gestante y durante la lactancia materna

Mujer que planea un embarazo

Objetivo: Asegurar la protección vacunal óptima de la mujer



Comprobar y completar **todas las vacunas propias de la edad**

En caso de **vacunas vivas atenuadas** (triple vírica: sarampión, rubeola y parotiditis; varicela-zóster, fiebre tifoidea oral): **evitar la concepción en las 4 semanas siguientes**

💡 Vacunas de la covid (ARNm): en cualquier momento si está indicada

Durante la gestación

Objetivo: Asegurar las vacunas recomendadas para la protección de la gestante y su futuro bebé



Vacuna antigripal: en temporada gripe, en cualquier momento de la gestación

Vacuna frente a la tosferina (Tdp): entre las semanas 27 y 36 (preferible 27-32), en cada embarazo

Vacunas inactivadas (incluidas las de ARNm de la covid): se pueden administrar en cualquier momento de la gestación si están indicadas por el nivel de riesgo

Contraindicadas las vacunas de virus vivos atenuados: triple vírica (sarampión, rubeola y parotiditis), varicela-zóster, fiebre amarilla, fiebre tifoidea oral

No recomendadas: vacuna del VPH

Después del embarazo, lactancia materna

La lactancia materna es compatible con las vacunas maternas, del bebé y demás convivientes



Comprobar (y completar en su caso) **todas las vacunas correspondientes a la edad** (incluidas las de la covid)

💡 Vacuna de la fiebre amarilla: en lactantes menores de 9 meses de edad, suspender la lactancia, extraer y desechar la leche durante 2 semanas y después reanudar la lactancia

💡 Vacuna de la varicela: si aparecen lesiones cutáneas, evitar contacto directo con ellas



<https://vacunasaeep.org/>
@CAV_AEP • v.4/2021

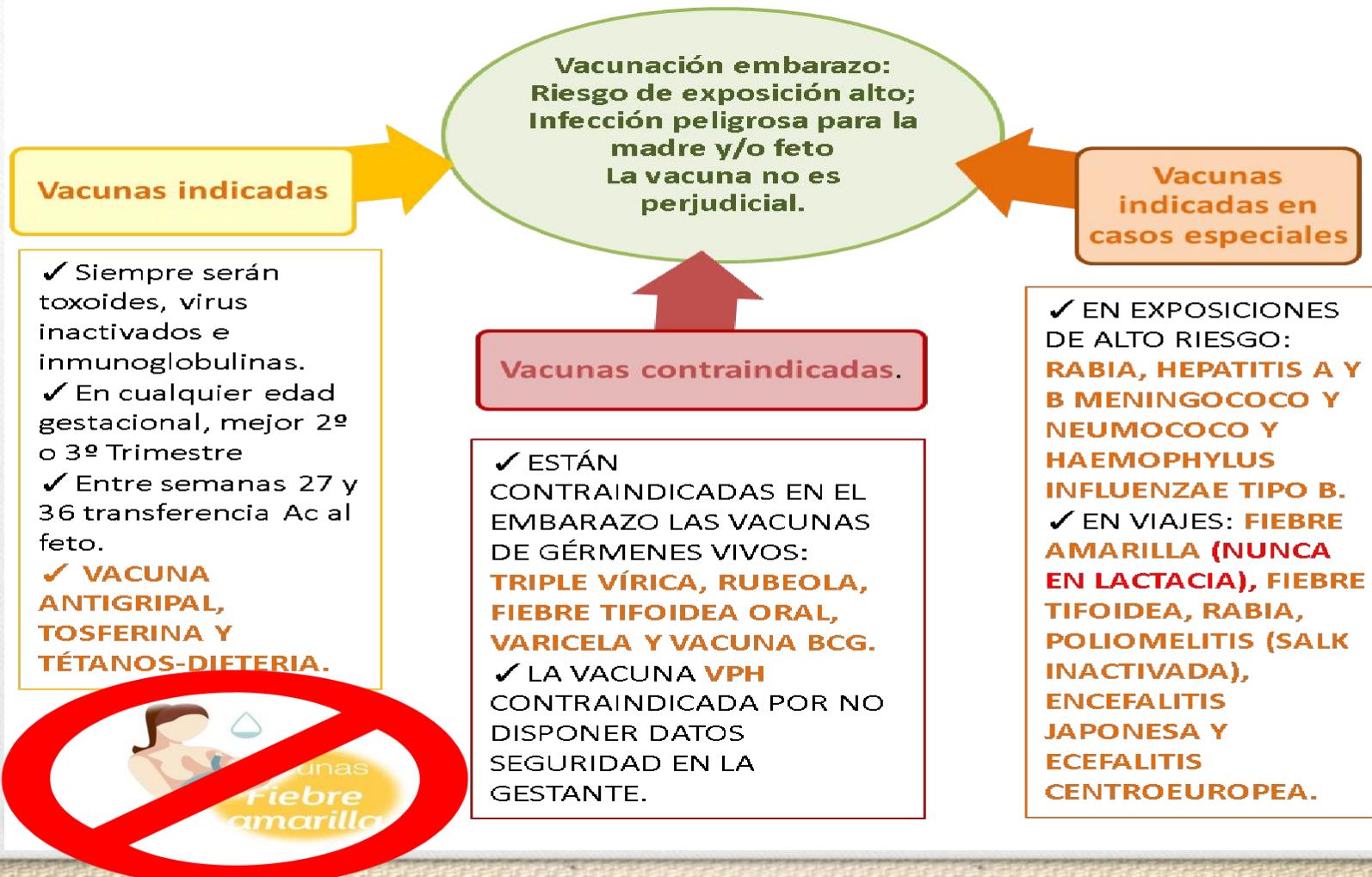
Adaptado de: Australian Immunization Handbook, 2019

Recomendaciones generales:

- Fomentar cumplimiento calendario vacunal en infancia y adolescencia.
- Retrasar vacunación hasta el segundo (16 SG) o tercer trimestre de gestación.
- Evitar vacunas contraindicadas/gérmenes vivos atenuados.
- Vacunas seguras durante el embarazo: gripe y tétanos.
- En caso de ELEVADO RIESGO DE EXPOSICIÓN: Hepatitis A, Meningocócica, Neumocócica, Polio inactivada (IPV) y fiebre amarilla.
- La lactancia no afecta de manera adversa a la inmunización ni es contraindicación para ninguna vacuna SALVO PARA FIEBRE AMARILLA HASTA 6 MESES DE EDAD.

IDEAL: CALENDARIO VACUNAL ACTUALIZADO

LA VACUNACIÓN DURANTE EL EMBARAZO ESTÁ JUSTIFICADA:



• VACUNA GRIPE Y EMBARAZO



- Se recomienda la vacunación antigripal a todas las mujeres embarazadas durante cualquier momento del embarazo debido al riesgo de complicaciones cardíacas y pulmonares de la madre.

- **VACUNA TÉTANOS Y DIFTERIA**
- Prevención tétanos neonatal: vacunación universal (mujeres en edad fértil o embarazadas).

Calendario vacunal actualizado

- Vacunación TD completa y recuerdos cada 10 años(5 dosis)
- Sólo hacen falta 2 recuerdos.

No vacunadas o pauta incompleta

- Deben vacunarse o completar vacunación.
- **1 dosis de Td se reemplaza por Tdap entre las semanas 28-32.**

Primovacunación	1^adosis (0 a partir de la semana 14)	2^adosis 1 mes (semana 32-34)	3^adosis 6 meses de la 2^a
------------------------	--	--	---

• VACUNACIÓN FREnte A LA TOSFERINA



- Papel protector de los anticuerpos transferidos por vía trasplacentaria discutible (escasez de evidencia sobre la efectividad de la vacunación en mujeres embarazadas).
- Se administra habitualmente junto a la vacuna antitetánica (triple bacteriana).

• VACUNACIÓN FREnte A LA TOSFERINA

- La evidencia actual sugiere que protege al recién nacido hasta que inicia su inmunización activa a partir de los 2 meses sin interferir en la eficacia de la misma.

ESTRATEGIA NIDO O COCOONING como alternativa.



• VACUNACIÓN FRENTE A HEPATITIS B

- La vacuna contra la hepatitis B es recomendada en mujeres embarazadas expuestas al riesgo de infección por el virus de la hepatitis B.
- La vacuna contiene partículas no infecciosas de AgHBs y no debe representar ningún riesgo para el feto. La infección en una mujer embarazada puede provocar enfermedades serias en la madre e infección crónica en el recién nacido. **Por lo tanto, ni el embarazo ni la lactancia deben ser contraindicación a la vacunación de las mujeres"**

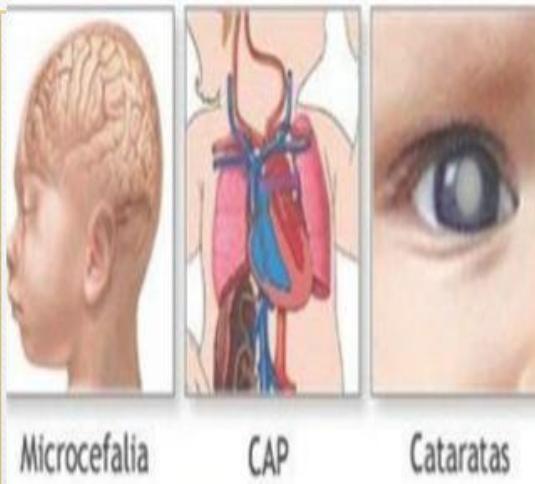


- **VACUNACIÓN SARAMPIÓN, RUBEOLA Y PAROTIDITIS**
- NO debe ser administrada en embarazadas.
- La vacunación en el embarazo NO es motivo para interrumpir el embarazo.
- IMPORTANCIA vacunación en mujeres vulnerables no embarazadas.



• VACUNACIÓN SARAPIÓN, RUBEOLA Y PAROTIDITIS

- Riesgo muy alto en el primer trimestre (Síndrome Rubéola Congénito 50% casos).
- Mínimo riesgo tras 20 SG



- **TETRADA DE GREGG**
- **SÍNDROME DE GREGG** (“COCO no tiene orejas”):
 - Cabeza (microcefalia)
 - Ojo (cataratas)
 - Corazón (ductus persistente)
 - Oído (sordera)

RubEGG-ola congénita

• VACUNA CONTRA VARICELA



- Se desconocen los efectos de la vacuna contra la varicela en el feto: por lo tanto, **las mujeres embarazadas no deben recibir esta vacuna.**
- Las mujeres que son vacunadas deben evitar quedar embarazadas durante un mes después de la inyección de cada dosis. Si por error/desconocimiento: NO INTERRUPCIÓN.
- Para las personas vulnerables, vivir con una mujer embarazada no es contraindicación para la vacunación.
- La administración de la IGVZ (inmunoglobulina de la varicela-zoster) debe considerarse seriamente en las mujeres embarazadas vulnerables que han estado expuestas al virus

• VACUNA CONTRA VARICELA



VARICELA CONGÉNITA O FETAL

- Primeras 20 semanas de embarazo.
Lesiones cutáneas (cicatrices serpenteantes), defectos oculares y malformaciones esqueléticas, genitourinarias o gastrointestinales.

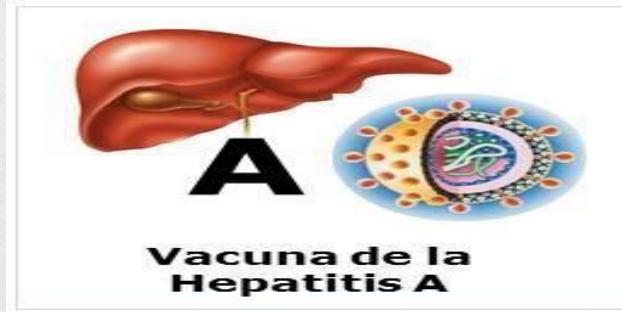


VARICELA NEONATAL

- 5 días previos al parto y los 2 días posteriores.
- TRANSMISIÓN 50%
- VARICELA NEONATAL GRAVE 30% MORTALIDAD
- Importancia LACTANCIA MATERNA!!!!

• VACUNA CONTRA HEPATITIS A

- El riesgo asociado a la vacuna debe ser comparado con el riesgo de contraer la hepatitis A en mujeres que pueden estar expuestas a un **riesgo elevado de exposición** al virus.
- No se ha determinado la inocuidad de la vacuna contra la hepatitis A durante el embarazo; sin embargo, se cree que el riesgo teórico al cual está expuesto el feto es bajo debido a que esta vacuna se produce con el virus inactivado.



• VACUNA NEUMOCÓCICA

- No se ha evaluado la inocuidad de la vacuna polisacárida neumocócica durante el embarazo, aunque no se conoce de ningún efecto adverso en recién nacidos cuyas madres fueron vacunadas por equivocación.
- Indicada en embarazadas con alto riesgo de enfermedades graves o complicadas por la infección con *S.Pneumoniae*.

• VACUNA POLIOMIELITIS

- Aunque no se ha documentado ningún efecto adverso de la vacuna VIP en mujeres embarazadas o en sus fetos, por razones teóricas, **debe evitarse administrar esta vacuna a mujeres embarazadas**. Sin embargo, si una mujer está expuesta a un alto riesgo de infección y requiere protección inmediata contra la poliomielitis, puede administrársele la VIP según los calendarios recomendados para los adultos.

- **VACUNA VPH**
- Es de partículas de membrana, por lo que no tiene riesgo infectivo.
- No recomendada en embarazo por no haber suficientes datos.
- No contraindicada durante la lactancia.



• VACUNAS PARA VIAJES Y OTRAS INDICACIONES

- **MENINGOCÓCICA:** Se ha mostrado que esta vacuna es inocua y eficaz en las mujeres embarazadas.
- **RABIA:** Si el riesgo de exposición a la rabia es considerable, la profilaxis pre-exposición también podría ser indicada durante el embarazo.
- **ANTRAX:** riesgo/beneficio.
- **FIEBRE TIFOIDEA:** no recomendada. En caso de riesgo la modalidad parenteral.
- **ENCEFALITIS JAPONESA:** riesgo/beneficio.
- **VACCINIA(VIRUELA):** sólo si exposición.
- **FIEBRE AMARILLA:** viajar zonas con riesgo alto.

INMUNIZACIÓN PASIVA

Vía	Tipo	Inmunoglobulina
Intramuscular (IgIM)	Polivalentes	Hepatitis A Sarampión Rubeola
	Hiperinmunes	Hepatitis B Rabia Tétanos Varicela-Zoster Encefalitis centro-europea
Intravenosa(IgIV)	Polivalentes*	Inmunodeficiencias primarias Inmunodeficiencias secundarias Enfermedades con base inmunológica
	Hiperinmunes	Citomegalovirus Virus respiratorio sincitial Hepatitis B Varicela-Zoster

* Pueden usarse para la prevención de enfermedades graves cuando no se disponga de Ig hiperinmune, como en el caso de la Varicela.

• **PROFILAXIS POSTEXPOSICIÓN SARAMPIÓN:**

- Se indica en raras ocasiones.
- Eficaz cuando se administra en los 6 días tras la exposición.

• **PROFILAXIS DE LA RUBEOLA:**

- Investigación estado inmune:
- IgG: protegida.
- Medidas de control oportunas: seguimiento y vacunación después del parto.
- No se suele indicar el uso de Inmunoglobulinas (no previene adquirir la infección).



- **PROFILAXIS HEPATITIS B:**
- Se administra a los recién nacidos en las primeras 12 horas de vida (no interfiere con la respuesta de anticuerpos producida por la vacunación).

- **PROFILAXIS DE LA VARICELA-ZOSTER**
- Si la infección se ha producido:
- Antes de las 20SG se puede administrar la IgIV (polivalente) antes 96h contagio (eficacia poco demostrada). Riesgo teórico: <13SG 0,4%; 13-20SG: 2%.
- Si ocurre 5 días antes del parto o hasta 2 postparto: RN Ig específica + Aciclovir. Entre SG 20-40 no se recomienda profilaxis.

Se sigue acumulando evidencia que demuestra que la vacunación contra el COVID 19 durante el embarazo es segura y efectiva.

- El embarazo aumenta la probabilidad de enfermar más gravemente a causa del COVID 19 en comparación con personas que no están embarazadas.
- Se recomienda vacunar contra el COVID 19 a las mujeres embarazadas, en periodo de lactancia, que están intentando quedarse embarazadas o que podrían quedar embarazadas en el futuro.
- Las mujeres embarazadas deben mantenerse al día con las vacunas contra el COVID 19, lo que incluye recibir una dosis de refuerzo cuando sea el momento de hacerlo.
- Actualmente no hay evidencia de que alguna vacuna, incluidas las vacunas contra el COVID 19, provoque problemas de fertilidad en mujeres u hombres.

COVID Y EMBARAZO
>Riesgo ingreso en UCI
>Riesgo parto prematuro y problemas distrés resp neonatos

VACUNA CONTRA LA COVID-19

Embarazo y lactancia

¿Puedo ponerme la vacuna contra la COVID-19 si estoy embarazada?

¡Sí! Si estás embarazada puedes vacunarte contra la COVID-19.



Las mujeres embarazadas son PRIORITARIAS para el plan de vacunación nacional

Entonces... ¿Por qué debería vacunarme?

Numerosos estudios demuestran que existe un mayor riesgo de complicaciones en las mujeres embarazadas en comparación con las mujeres no embarazadas, tienen 3 veces más posibilidades de requerir hospitalización en terapia intensiva y ventilación mecánica y mayor riesgo de morir por COVID-19.

¿Qué debo saber si deseo vacunarme?

- La vacunación es una decisión personal que debe tomarse conociendo los riesgos y beneficios
- Los estudios sobre las vacunas no han incluido hasta ahora a mujeres embarazadas, pero no se han registrado para el momento mayores complicaciones que en las mujeres no embarazadas.
- Los efectos secundarios más frecuentes son dolor en el brazo, cansancio, dolor de cabeza y fiebre, puedes tomar acetaminofén para sentirte mejor.
- Las vacunas pueden ser colocadas en embarazadas a partir de la semana 14 de gestación (2do y 3er trimestre)
- No debe colocarse otras vacunas simultáneamente, se debe esperar 1 mes si recibiste otra vacuna y luego no vacunarte durante un mes después con otra vacuna



Ministerio de la
Salud Pública
de Venezuela



OPS
PAHO



UNFPA

VACUNAS Y COVID

19 VACUNACIÓN FRENTE AL COVID 19 PARA MUJERES EN EDAD FÉRTIL

VACUNACIÓN FRENTE AL COVID-19 PARA MUJERES EN EDAD FÉRTIL

¿QUÉ DEBO SABER?

- Las embarazadas deben vacunarse por el riesgo elevado de complicaciones, durante cualquier trimestre del embarazo
- Las vacunas recomendadas son de AON mensajero: Pfizer-Biontech/Moderna-Lonza
- No es necesario prueba de embarazo previa a la vacunación
- Los efectos secundarios son los mismos que en el resto de población
- Si se contagian tienen más riesgo de COVID-19 grave y de parto prematuro, preeclampsia y trombosis
- La vacuna produce transmisión de anticuerpos al feto y al recién nacido
- Si has pasado el COVID-19, deberás esperar 6 meses y recibirás solo una dosis

ANTES DEL EMBARAZO

- NO hay evidencias de que la vacuna:
 - Cause infertilidad, ni en hombres ni en mujeres
 - Aumente el aborto espontáneo

EN TRATAMIENTOS DE FERTILIDAD

- No hay recomendación de posponerlos
- En recuperación de óvulos, transferencia de embriones o inseminación evita la vacunación 3 días antes y después para vigilar los posibles efectos secundarios del tratamiento

LACTANCIA

- Las madres lactantes transmiten anticuerpos a través de la leche materna
- Actualmente no se conoce el nivel de protección para los bebés
- No se han encontrado componentes de la vacuna en la leche materna

NO OLVIDES...

- Informarte sobre las normas del centro donde darás a luz
- Se deben mantener las medidas preventivas tras la vacunación

LA VACUNA

- NO causa infertilidad
- NO obliga a posponer tratamientos de fertilidad
- Evita el riesgo de COVID-19 grave en embarazadas si se contagian
- Transmite anticuerpos a los recién nacidos

SI DUDAS
VALORA CON TU PROFESIONAL SANITARIO DE REFERENCIA:

- Tu nivel de riesgo de exposición
- El riesgo de enfermar gravemente y los posibles riesgos para el bebé
- Los beneficios conocidos de la vacunación
- La evidencia de la seguridad de la vacuna durante el embarazo

Fecha de actualización: 29 julio 2021

ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA



**GRACIAS
POR SU
ATENCIÓN**

**Valle Alguacil Sánchez.
Enfermera especialista en Obstetricia y
Ginecología. MATRONA**