

**TEMA 50**  
**MEDICAMENTOS Y**  
**EMBARAZO.**  
**CONTRAINDICACIONES**  
**MEDICAMENTOSAS.**  
**VACUNAS DURANTE EL**  
**EMBARAZO.**

Valle Alguacil  
Sánchez.  
MATRONA AGS  
Sur de Granada

[illegible]

# MEDICAMENTO S 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](http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/infMedic/docs/CompletoVol35n4.pdf)

# Medicamentos y embarazo

## 11 S AMENORREA EN ADELANTE

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



## 7-10 S AMENORREA/ 5-8 S EMBARAZO

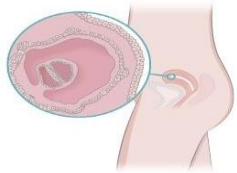
- Período de organogénesis/malformaciones.

## 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.

### CURRENT LABELING

8.1 Pregnancy

8.2 Labor and Delivery

8.3 Nursing Mothers

### NEW LABELING

(effective June 30, 2015)

8.1 Pregnancy

includes Labor and Delivery

8.2 Lactation

includes Nursing Mothers

**NEW**

8.3

Females and Males of Reproductive Potential

- 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 seguridad<sup>a</sup>**

Contraindicados	Permitidos en situaciones especiales	Probablemente seguros
Ciprofloxacino	Aciclovir	Amoxicilina
Doxiciclina	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	Nitrofurantoína*	Imipenem
Antidiabéticos orales	Pentamidina	Isoniacida
Sedantes	Praziquantel	Metenamina mandelato
Anticoagulantes orales (– heparina)	Pyrimethamine	Nistatin
	Quinina	Penicilina
	Estreptomicina	Piperacilina
	Trimetoprim/sulfametoxazol*	Piracinamida
	Vancomicina	
	Rifampicina	
	Ridovidina	
	Antineoplásicos	

<sup>a</sup>Sólo 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.





# ANDRÓGENOS Y PROGESTÁGENOS

Posible efecto transgeneracional  
del DES

>Riesgo de hipospadias??

## Andrógenos y progestágenos

Dietilelbestrol

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


ACRÓNIMO VACTERL

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.



# ANTIBIÓTICOS Y EMBARAZO

Antibiótico/quimioterápico	Toxicidad demostrada	Toxicidad potencial
<b>Aminoglucósidos (estreptomicina)</b>	Ototoxicidad vestibular y coclear	
<b>Tetraciclinas</b>	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.	 <p>Las tetraciclinas se depositan en la DENTINA</p>
<b>Estolato de Eritromicina</b>	Colestasis intrahepática en la embarazada	
<b>Cloranfenicol</b>		<b>CLORANFENICOL</b> Sd Gris del recién nacido en prematuros, si se administra a la gestante cerca del parto.



# ANTICOAGULANTES Y ANTICONVULSIVOS

## Anticoagulantes

Heparina

Es el fármaco de elección

NO ATRAVIESA BARRERA PLACENTARIA

Warfarina

**TERATÓGENA**

1º trimestre: 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**

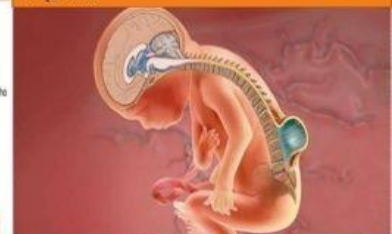
### Síndrome de hidantoína fetal

Aplanamiento del puente nasal, pliegues epicantales internos, ptosis, estrabismo, hipertelorismo, orejas de baja implantación, microcefalia, alteraciones del paladar. Anomalías esqueléticas. Anomalías congénitas cardiacas, 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



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

**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](https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2013/es_def/adjuntos/IINFAC_Vol_21_n_7.pdf)



# Medicamentos y embarazo

<b>Antineoplásicos</b>	Metrotexato (aminopterina)	Anomalías congénitas graves (antagonista ác.fólico)
<b>Corticosteroides</b>		Riesgo mínimo
<b>IECA</b>		Oligoamnios, muerte fetal, hipoplasia de huesos craneales, CIR y disfunción renal.
<b>Insulina e hipoglucemiantes</b>	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 <b>la metformina</b> . El resto de antidiabéticos orales deben suspenderse antes del embarazo y sustituirse por insulina		
<b>Ác.Retinoico, isotretinoína, vitamina A</b>		Dimorfismo craneofacial, paladar hendido, anomalías cardiovasculares, defectos del tubo neural.
<b>Salicilatos</b>		Evitarse en grandes dosis en 1er trimestre (desarrollo embrionario)

# Medicamentos y embarazo

## Fármacos tiroideos

Yoduros: cretinismo

Antitiroideos: bocio congénito fetal.

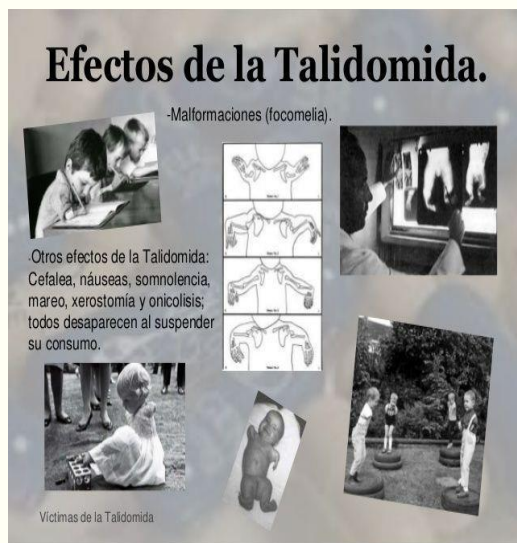
Tiouracilos\*>seguros

Metimazol\* evitar

## Tranquilizantes

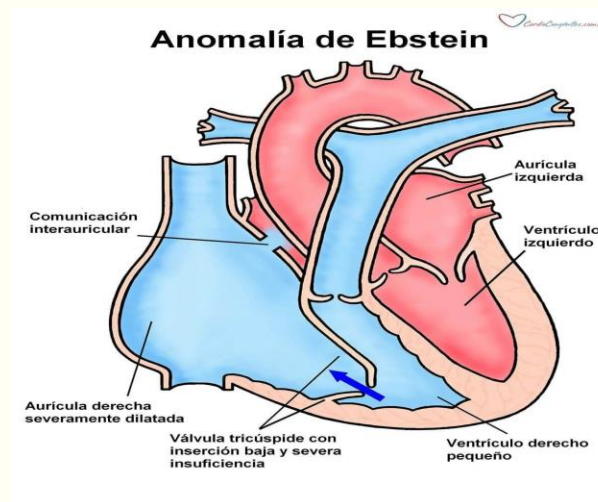
Talidomida (1959 usado como antiemético)

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



## LITIO: ANOMALÍA DE EBSTEIN (DEFECTO CARDIACO)

Litio (de elección en psicosis maniaco-depresiva)



## BENZODIACEPINAS:

- \*labio leporino,
- \*fisura palatina,
- \*fenotipo tipo SAF,
- \*síndrome de abstinencia y SDR. BEBÉ FLÁCIDO



## Benzodiazepinas

-De uso frecuente en gestantes.

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.



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, anomalías 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.



9FOTIT.COM

# Alteraciones farmacocinéticas durante el embarazo

## ABSORCIÓN

### ORALES:

- Diminución pH saliva
- Hipoacididad 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
<b>I. Pasiva</b>	
Natural	Transferencia de anticuerpos de la madre al hijo
Artificial	Tratamiento con anticuerpos
<b>I. Activa</b>	
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 amarilla; fiebre tifoidea oral): **evitar la concepción en las 4 semanas siguientes**

**i 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 gripal, en cualquier momento de la gestación

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

✗ **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

**i 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

## 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)

**i 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

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



<https://vacunasaep.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:

**Vacunación embarazo:**  
Riesgo de exposición alto;  
Infección peligrosa para la  
madre y/o feto  
La vacuna no es  
perjudicial.

### Vacunas indicadas

- ✓ Siempre serán toxoides, virus inactivados e inmunoglobulinas.
- ✓ En cualquier edad gestacional, mejor 2º o 3º Trimestre
- ✓ Entre semanas 27 y 36 transferencia Ac al feto.
- ✓ **VACUNA ANTIGRIPIAL, TOSFERINA Y TÉTANOS-DIETERIA.**

### Vacunas contraindicadas.

- ✓ ESTÁN CONTRAINDICADAS EN EL EMBARAZO LAS VACUNAS DE GÉRMENES VIVOS: **TRIPLE VÍRICA, RUBEOLA, FIEBRE TIFOIDEA ORAL, VARICELA Y VACUNA BCG.**
- ✓ LA VACUNA **VPH** CONTRAINDICADA POR NO DISPONER DATOS SEGURIDAD EN LA GESTANTE.

### Vacunas indicadas en casos especiales

- ✓ EN EXPOSICIONES DE ALTO RIESGO: **RABIA, HEPATITIS A Y B MENINGOCOCO Y NEUMOCOCO Y HAEMOPHYLUS INFLUENZAE TIPO B.**
- ✓ EN VIAJES: **FIEBRE AMARILLA (NUNCA EN LACTANCIA), FIEBRE TIFOIDEA, RABIA, POLIOMELITIS (SALK INACTIVADA), ENCEFALITIS JAPONESA Y ECEFALITIS CENTROEUROPEA.**





- **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	1ª dosis (0 a partir de la semana 14)	2ª dosis 1 mes (semana 32-34)	3ª dosis 6 meses de la 2ª
-----------------	--	----------------------------------	------------------------------



- **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.



**Vacuna triple vírica**



# • VACUNACIÓN SARAMPIÓN, RUBEOLA Y PAROTIDITIS

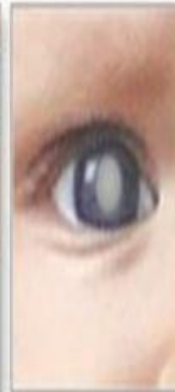
- Riesgo muy alto en el primer trimestre (Síndrome Rubéola Congénito 50% casos).
- Mínimo riesgo tras 20 SG



Microcefalia



CAP



Cataratas

## • 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.



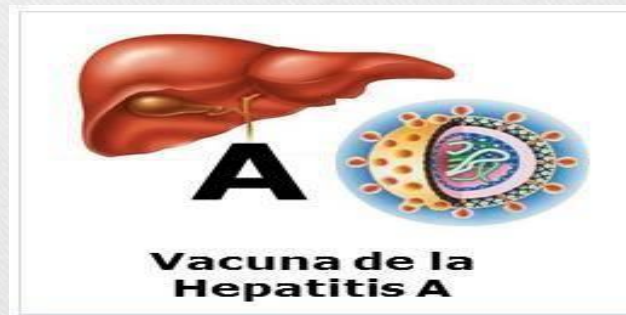
### VARICELA NEONATAL

- 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 infeccioso.
- 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
<b>Intramuscular (IgIM)</b>	Polivalentes	Hepatitis A Sarampión Rubeola
	Hiperinmunes	Hepatitis B Rabia Tétanos Varicela-Zoster Encefalitis centro-europea
<b>Intravenosa(IgIV)</b>	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 indica 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 enfermarse 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?

**¡SI!** Si estas 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

Logos: Gobierno de la Nación, OPS, 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 ARN mensajero: Pfizer-BioNTech/Moderna-Lentax
- 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 trombos
- La vacuna produce transmisión de anticuerpos al feto y al recién nacido
- Si has pasado el COVID-19, deberás esperar 6 meses y recibirás sólo 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 ovocitos, 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





# GRACIAS POR SU ATENCIÓN

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