

Fecha de la recomendación: 02 de diciembre de 2021 (en sombreado las aportaciones relevantes sobre la versión previa)

¿Deben vacunarse frente a COVID-19 las mujeres embarazadas o que estén planificando un embarazo?

La posibilidad de infección en las mujeres embarazadas, con mayor riesgo de hospitalización, ingresos en UCI y casos fatales, indica la necesidad de proteger de la infección a las embarazadas y de reducir al máximo la circulación y transmisión del SARS-CoV-2.

Por este motivo, se recomienda la vacunación a las mujeres embarazadas.

Se ha demostrado que las embarazadas presentan mayor riesgo de COVID-19 grave, ingreso en UCI, necesidad de ventilación mecánica y muerte que la población general, aunque el riesgo absoluto permanece bajo. Además, podrían tener un riesgo incrementado de resultados adversos relacionados de la gestación, como el parto pretérmino y algunos riesgos neonatales derivados.

A lo previo, debe añadirse la coexistencia de otros factores de riesgo que deberían ser tenidos en cuenta en la decisión de vacunación, tales como: obesidad, tabaquismo, diabetes, HTA, inmunodepresión, etc. El riesgo asociado a la exposición en el puesto de trabajo también debe considerarse, aunque la primera medida preventiva debe ser siempre la adaptación del puesto de trabajo.

El embarazo no constituye una contraindicación para la vacunación frente a la COVID-19 según las fichas técnicas de las vacunas disponibles. No obstante, debido a la necesidad de proteger el desarrollo del feto, la decisión de vacunación merece una atención especial y la mayor prudencia.

Existe limitada experiencia en mujeres embarazadas con las vacunas actualmente disponibles en la UE. Se conocen los resultados preliminares del registro de vigilancia epidemiológica V-safe, realizado en los EE. UU. en el que se identificaron 36.591 mujeres que habían recibido alguna de vacunas frente a COVID-19 de ARNm (vacunas de Pfizer y Moderna) estando embarazadas o en el periodo pre-concepcional. Los resultados muestran que tanto el perfil de reacciones locales y sistémicas tras la vacunación, como la mayor frecuencia observada tras la segunda dosis, están en línea con el perfil de reactogenicidad observado en la población de mujeres no embarazadas que reciben estas vacunas. Un total de 3958 de las mujeres participantes aceptaron ser incluidas en un registro para hacer un seguimiento del embarazo y evaluar los posibles efectos de la vacunación en el mismo (V-safe pregnancy). En la fecha de corte de los resultados preliminares publicados (30 de marzo de 2021), un total de 827 mujeres vacunadas habían completado el embarazo, un 13,9% con pérdida de embarazo y un 86,1% a término y sin complicaciones, en línea con las tasas esperadas en la población general. Cabe resaltar que la gran mayoría de estas mujeres que habían completado el embarazo para estos resultados fueron vacunadas en el último trimestre del embarazo, por lo que se debe ser cauto antes de extrapolar los resultados de este estudio a la exposición a la vacuna en momentos más tempranos del embarazo.

La experiencia con el uso de las vacunas en el embarazo demuestra el amplio margen de seguridad de estas, incluso en el caso de las vacunas clásicamente contraindicadas como son las atenuadas. En el caso de las vacunas de la COVID-19, que no contienen agentes vivos, la creciente experiencia acumulada, que en el momento actual proviene en su mayoría de embarazadas vacunadas en el segundo o tercer trimestres, no ha mostrado señales de alerta en relación con la propia gestación y los recién nacidos.

Por todo ello, es necesario: 1) asegurar la correcta información a las gestantes para una adecuada decisión al respecto, para lo cual sería muy recomendable establecer puntos de vacunación específicos para mujeres embarazadas en torno a los servicios de Ginecología y Obstetricia hospitalarios y/o Consulta de Matronas en los centros de salud en los que se pueda llevar a cabo la valoración individualizada correspondiente 2) facilitar la vacunación de las gestantes, a partir del segundo trimestre, ante cualquier contacto con el sistema sanitario 3) intensificar la vigilancia de la seguridad de esta vacunación en mujeres embarazadas, para lo cual deben apoyarse iniciativas para un registro nacional con un protocolo de seguimiento para ello; 4) Fomentar la vacunación del entorno de la mujer embarazada. Tanto la embarazada como su entorno, deben ser particularmente rigurosos en el cumplimiento de las medidas dirigidas a proteger frente a la infección.

Estas recomendaciones podrán ser modificadas a la luz de nuevas evidencias.

¿Qué vacunas hay que utilizar en las mujeres embarazadas?

Por la mayor experiencia con las vacunas de ARNm, estas deberían ser las vacunas empleadas en las mujeres embarazadas, independientemente de la edad de la gestante.

¿Cuándo vacunar frente a la COVID-19 a las mujeres embarazadas?

El riesgo de complicaciones asociadas a la infección COVID-19, tanto para la gestante como para el feto, es mayor durante la fase final del segundo trimestre y en particular en el tercer trimestre de la gestación. La experiencia sobre la vacunación en el primer trimestre del embarazo es todavía muy limitada y por otro lado es lógico proteger al máximo el primer trimestre de la gestación.

Por ello, se recomienda la vacunación generalizada, preferiblemente a partir de la semana 14, una vez superado el periodo de mayor riesgo teórico para el feto por la vacuna y con el fin haber alcanzado la vacunación completa antes de llegar al periodo de máximo riesgo de complicaciones de la infección natural.

Dado que no existe contraindicación para la vacunación en ningún trimestre del embarazo, la vacunación en el primer trimestre puede considerarse de modo individual en aquellas gestantes que por la presencia de comorbilidad o alto riesgo de exposición se considere que el beneficio supera los riesgos.

En mujeres que estén planificando un embarazo, se recomienda la vacunación completa previa al mismo.

¿Se debe evitar el embarazo tras la vacunación?

No es necesario esperar un tiempo determinado entre la vacunación y la búsqueda de un embarazo. Según la ficha técnica de las vacunas actualmente disponibles, los estudios en animales no mostraron efectos dañinos directos o indirectos con respecto a la toxicidad reproductiva.

¿Se debe interrumpir el embarazo tras una vacunación inadvertida?

No está justificado recomendar la interrupción del embarazo después de una vacunación inadvertida a una mujer embarazada, ya que los datos disponibles no muestran efectos dañinos directos o indirectos sobre el feto.

¿Qué se debe hacer si se diagnostica un embarazo en el periodo entre dosis de vacunas?

Si una mujer confirma que está embarazada después de haber iniciado la vacunación, debe recibir la información adicional referida a la nueva situación y, salvo decisión en contra, proseguir con la vacunación de acuerdo con estas recomendaciones. **En el caso de que las primeras dosis de vacuna hubieran sido de AstraZeneca o Janssen, recomendamos utilizar vacuna de ARNm para la siguiente dosis.**

¿Se deben administrar dosis de refuerzo a las embarazadas?

Las recomendaciones oficiales de vacunación COVID-19 en España consideran que es necesaria una dosis de refuerzo a partir de los 6 meses tras vacunación con ARNm (3 meses tras vacunación completa con AZ o Janssen) para mantener la protección, y ello debe aplicarse por tanto a las mujeres embarazadas que forman parte de los grupos incluidos en estas recomendaciones oficiales. No existe ningún dato que sugiera que el riesgo de la tercera dosis sea distinto que el de las dosis anteriores, ni para la madre ni para el feto.

Se recomienda administrar la dosis de refuerzo de la vacuna ARNm a partir de los 6 meses de la segunda dosis de ARNm (o a partir de los 3 meses tras vacunación completa con AZ o Janssen), y preferiblemente a partir de la semana 14 de gestación, una vez superado el periodo de mayor riesgo teórico para el feto por la vacuna y con el fin haber alcanzado la vacunación completa antes de llegar al periodo de máximo riesgo de complicaciones de la infección natural.

Dado que no existe contraindicación para la vacunación en ningún trimestre del embarazo, la administración de la dosis de refuerzo en el primer trimestre puede considerarse de modo individual en aquellas gestantes con presencia de comorbilidad o alto riesgo de exposición.

Referencias de interés:

- Allotey J, Stallings E, Bonet M et al. Clinical manifestations, risk factor, and maternal and perinatal outcomes of coronavirus disease 2019 in pregnancy: living systematic review and meta-analysis. Br Med J. 2020;370:m3320. <https://www.bmj.com/content/370/bmj.m3320>
- Norman M, Naver L, Soderling J, et al. Association of Maternal SARS-CoV-2 Infection in Pregnancy With Neonatal Outcomes. JAMA. 2021;325(20):2076-86. <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2779586>
- Panagiotakopoulos L, Myers T, Gee J, et al. SARS-CoV-2 Infection Among Hospitalized Pregnant Women: Reasons for Admission and Pregnancy Characteristics - Eight U.S. Health Care Centers, March 1-May 30, 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2020;69(38):1355-9. https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6938e2.htm?s_cid=mm6938e2_w
- Salvatore CM, Han J, Acker K, et al. Neonatal management and outcomes during the COVID-19 pandemic: an observation cohort study. Lancet Child Adolesc Health. 2020;4:721-7. [https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642\(20\)30235-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642(20)30235-2/fulltext)
- Shimabukuro TT, et al. Preliminary Findings of mRNA Covid-19 Vaccine Safety in Pregnant Persons. N Engl J Med. April 21, 2021. DOI: 10.1056/NEJMoa2104983. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2104983>
-



SEGO
Sociedad Española de
Ginecología y Obstetricia

SE
Sociedad Española de
Farmacología
clínica

AEP
Asociación Española de Pediatría



SEMUG
Sociedad Española de Medicina
General y de Familia

semFYC
Sociedad Española de Medicina
de Familia y Comunitaria

SEI
Sociedad Española
de Inmunología

Sociedad Española
de Medicina Preventiva
Salud Pública e Higiene

