

Συστάσεις εμβολιασμού εφήβων, ενηλίκων και εγκύων 2017

Δημήτρης Καφετζής
Ομότιμος Καθηγητής Παιδιατρικής
ΕΚΠΑ

Ηνωμένες Πολιτείες



Figure 1. Recommended immunization schedule for persons aged 0 through 18 years – United States, 2016.

(FOR THOSE WHO FALL BEHIND OR START LATE, SEE THE CATCH-UP SCHEDULE [FIGURE 2]).

These recommendations must be read with the footnotes that follow. For those who fall behind or start late, provide catch-up vaccination at the earliest opportunity as indicated by the green bars in Figure 1. To determine minimum intervals between doses, see the catch-up schedule (Figure 2). School entry and adolescent vaccine age groups are shaded.

Vaccine	Birth	1 mo	2 mos	4 mos	6 mos	9 mos	12 mos	15 mos	18 mos	19–23 mos	2–3 yrs	4–6 yrs	7–10 yrs	11–12 yrs	13–15 yrs	16–18 yrs
Hepatitis B ¹ (HepB)	1 st dose	← 2 nd dose →			← 3 rd dose →											
Rotavirus ² (RV) RV1 (2-dose series); RV5 (3-dose series)			1 st dose	2 nd dose	See footnote 2											
Diphtheria, tetanus, & acellular pertussis ³ (DTaP: <7 yrs)			1 st dose	2 nd dose	3 rd dose			← 4 th dose →				5 th dose				
<i>Haemophilus influenzae</i> type b ⁴ (Hib)			1 st dose	2 nd dose	See footnote 4		← 3 rd or 4 th dose → See footnote 4									
Pneumococcal conjugate ⁵ (PCV13)			1 st dose	2 nd dose	3 rd dose		← 4 th dose →									
Inactivated poliovirus ⁶ (IPV: <18 yrs)			1 st dose	2 nd dose	← 3 rd dose →							4 th dose				
Influenza ⁷ (IIV; LAIV)					Annual vaccination (IIV only) 1 or 2 doses					Annual vaccination (LAIV or IIV) 1 or 2 doses		Annual vaccination (LAIV or IIV) 1 dose only				
Measles, mumps, rubella ⁸ (MMR)					See footnote 8		← 1 st dose →					2 nd dose				
Varicella ⁹ (VAR)							← 1 st dose →					2 nd dose				
Hepatitis A ¹⁰ (HepA)							← 2-dose series, See footnote 10 →									
Meningococcal ¹¹ (Hib-MenCY ≥ 6 weeks; MenACWY-D ≥ 9 mos; MenACWY-CRM ≥ 2 mos)			See footnote 11											1 st dose		Booster
Tetanus, diphtheria, & acellular pertussis ¹² (Tdap: ≥ 7 yrs)														(Tdap)		
Human papillomavirus ¹³ (2vHPV: females only; 4vHPV, 9vHPV: males and females)														(3-dose series)		
Meningococcal B ¹¹													See footnote 11			
Pneumococcal polysaccharide ⁵ (PPSV23)											See footnote 5					

Range of recommended ages for all children

Range of recommended ages for catch-up immunization

Range of recommended ages for certain high-risk groups

Range of recommended ages for non-high-risk groups that may receive vaccine, subject to individual clinical decision making

No recommendation

Αλλαγές του προγράμματος 2017 από του 2016 ΗΠΑ:

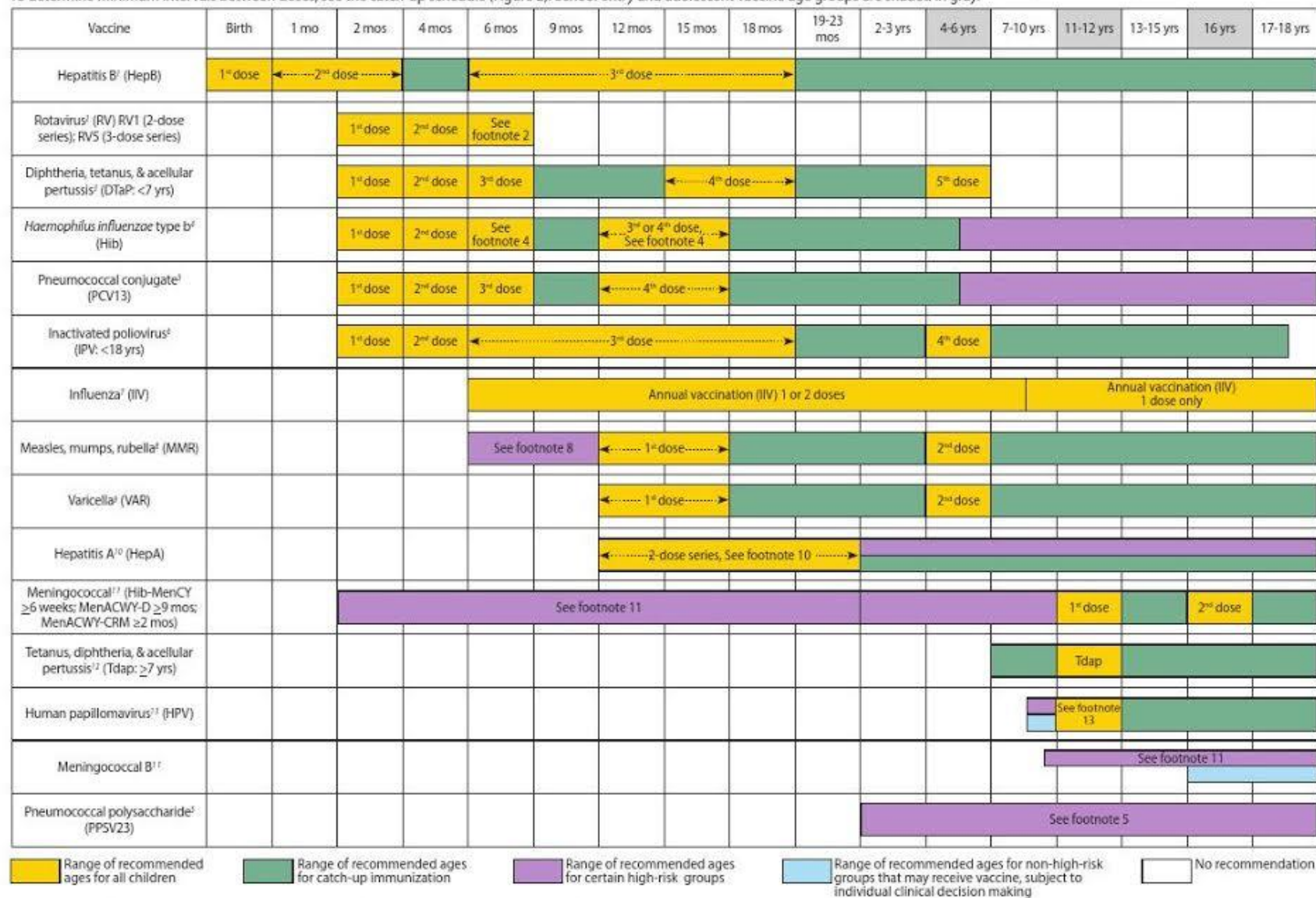
- The 16-year age column has been separated from the 17–18-year age column to highlight the need for a meningococcal conjugate vaccine booster dose at age 16 years.
- Live attenuated influenza vaccine (LAIV) has been removed from the influenza row.
- A blue bar was added for human papillomavirus vaccine (HPV) for children aged 9–10 years, indicating that persons in this age group may be vaccinated (even in the absence of a high-risk condition).

Ηνωμένες Πολιτείες

Figure 1. Recommended Immunization Schedule for Children and Adolescents Aged 18 Years or Younger—United States, 2017.

(FOR THOSE WHO FALL BEHIND OR START LATE, SEE THE CATCH-UP SCHEDULE [FIGURE 2]).

These recommendations must be read with the footnotes that follow. For those who fall behind or start late, provide catch-up vaccination at the earliest opportunity as indicated by the green bars in Figure 1. To determine minimum intervals between doses, see the catch-up schedule (Figure 2). School entry and adolescent vaccine age groups are shaded in gray.



NOTE: The above recommendations must be read along with the footnotes of this schedule.

Το νέο Εθνικό Πρόγραμμα εμβολιασμών για παιδιά και εφήβους

Με την αφαίρεση 2 δόσεων μηνιγγ. C κάτω του έτους μειώνεται η συμφόρηση εμβολιασμών στα βρέφη

Πίνακας 1. Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών Παιδιών και Εφήβων 2015*

Εμβόλιο ▼	Ηλικία ►	Γέννηση	1 μηνός	2 μηνών	4 μηνών	6 μηνών	12 μηνών	15 μηνών	18 μηνών	19-23 μηνών	2-3 ετών	4-6 ετών	7-10 ετών	11-12 ετών	13-15 ετών	16-18 ετών
Ηπατίτιδας Β (γέννηση) (HepB) ¹		HepB	HepB	HepB	HepB	HepB	HepB	HepB	HepB	HepB	HepB	HepB	HepB	HepB	HepB	HepB
HepB όταν δεν γίνει στη γέννηση ¹			HepB	HepB	HepB	HepB	HepB	HepB	HepB	HepB	HepB	HepB	HepB	HepB	HepB	HepB
Διφθερίτιδας, Τετάνου, ακυτταρικό Κοκκύτη (DTaP <7 ετών, Tdap ≥ 7 ετών) ²			DTaP	DTaP	DTaP	DTaP	DTaP	DTaP	DTaP	DTaP	DTaP	DTaP	Tdap-IPV	Tdap-IPV	Tdap-IPV	Tdap-IPV
Αιμόφιλου ινφλουέντζας τύπου b (Hib) ³			Hib	Hib	Hib	Hib	Hib	Hib	Hib	Hib	Hib	Hib	Hib	Hib	Hib	Hib
Πολιομυελίτιδας αδρανοποιημένο (IPV) ⁴			IPV	IPV	IPV	IPV	IPV	IPV	IPV	IPV	IPV	IPV	IPV	IPV	IPV	IPV
Πνευμονιόκοκκου συζευγμένο (PCV13) ⁵			PCV13	PCV13	PCV13	PCV13	PCV13	PCV13	PCV13	PCV13	PCV13	PCV13	PCV13	PCV13	PCV13	PCV13
Πνευμονιόκοκκου πολυσακχ/κό (PPSV23) ⁵																PPSV23
Μηνιγγιτιδόκοκκου συζευγμένο (MCC, MCV4) ⁶			X	X			MCC 1 δόση	MCC 1 δόση	MCC 1 δόση	MCC 1 δόση	MCC 1 δόση	MCC 1 δόση	MCC 1 δόση	MCC 1 δόση	MCC 1 δόση	MCC 1 δόση
Ιλαράς, Παρωτίτιδας, Ερυθράς (MMR) ⁷							MMR 1 ^η δόση	MMR 1 ^η δόση	MMR 1 ^η δόση	MMR 1 ^η δόση	MMR 1 ^η δόση	MMR 1 ^η δόση	MMR 1 ^η δόση	MMR 1 ^η δόση	MMR 1 ^η δόση	MMR 1 ^η δόση
Ανεμευλογιάς (VAR) ⁸							VAR 1 ^η δόση	VAR 1 ^η δόση	VAR 1 ^η δόση	VAR 1 ^η δόση	VAR 1 ^η δόση	VAR 1 ^η δόση	VAR 1 ^η δόση	VAR 1 ^η δόση	VAR 1 ^η δόση	VAR 1 ^η δόση
Ηπατίτιδας Α (HepA) ⁹							HepA 2 δόσεις	HepA 2 δόσεις	HepA 2 δόσεις	HepA 2 δόσεις	HepA 2 δόσεις	HepA 2 δόσεις	HepA 2 δόσεις	HepA 2 δόσεις	HepA 2 δόσεις	HepA 2 δόσεις
Ιού ανθρώπινων θηλωμάτων (HPV) ¹⁰															HPV 2 δόσεις	HPV 3 δόσεις
Φυματίωσης (BCG) ¹¹		BCG					Mantoux	Mantoux	Mantoux	Mantoux	Mantoux	BCG	BCG	BCG	BCG	BCG
Γρίπης ¹²																
Ρότα ιού (RV) ¹³																

* Τα πολυδύναμα εμβόλια πρέπει να προτιμώνται των ολιγοδυνάμων. Το εμβόλιο κάτω από τη διακεκομμένη γραμμή συνιστάται, αλλά συνταγογραφείται με συμμετοχή

Συστάσεις εμβολιασμού ενηλίκων ΗΠΑ

Figure 1. Recommended immunization schedule for adults aged 19 years or older by age group, United States, 2017

Vaccine	19–21 years	22–26 years	27–59 years	60–64 years	≥ 65 years
Influenza ¹	1 dose annually				
Td/Tdap ²	Substitute Tdap for Td once, then Td booster every 10 yrs				
MMR ³	1 or 2 doses depending on indication				
VAR ⁴	2 doses				
HZV ⁵				1 dose	
HPV–Female ⁶	3 doses				
HPV–Male ⁶	3 doses				
PCV13 ⁷					1 dose
PPSV23 ⁷	1 or 2 doses depending on indication				1 dose
HepA ⁸	2 or 3 doses depending on vaccine				
HepB ⁹	3 doses				
MenACWY or MPSV4 ¹⁰	1 or more doses depending on indication				
MenB ¹⁰	2 or 3 doses depending on vaccine				
Hib ¹¹	1 or 3 doses depending on indication				



Recommended for adults who meet the age requirement, lack documentation of vaccination, or lack evidence of past infection



Recommended for adults with additional medical conditions or other indications



No recommendation

Πίνακας 1. Χρονοδιάγραμμα εμβολιασμών για ενήλικες

Ηλικία ►	19-26 ετών	27-49 ετών	50-59 ετών	60-64 ετών	≥ 65 ετών
Εμβόλιο ▼					
Γρίπης ¹	1 δόση ετησίως			1 δόση ετησίως	
Τετάνου, Διφθερίτιδας, ακυτταρικό Κοκκύτη (Td, Tdap) ²	Αντικατάσταση μιας δόσης Td με Tdap και στη συνέχεια 1 δόση Td ανά 10ετία				
Ιλαράς, Παρωτίτιδας, Ερυθράς (MMR) ³	1 ή 2 δόσεις				
Ανεμευλογιάς (VAR) ⁴	2 δόσεις				
Έρπητα Ζωστήρα ⁵				1 δόση	
Ιού ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV) ⁶	3 δόσεις για γυναίκες				
Πνευμονιόκοκκου συζευγμένο (PCV13) ⁷	1 δόση				1 δόση
Πνευμονιόκοκκου πολυσακχαριδικό (PPSV23) ⁷	1 ή 2 δόσεις				1 δόση
Μηνιγγιτιδόκοκκου συζευγμένο (MCV4) ⁸	1 ή περισσότερες δόσεις				
Ηπατίτιδας Α (HepA) ⁹	2 δόσεις				
Ηπατίτιδας Β (HepB) ¹⁰	3 δόσεις				
Αιμόφιλου ινφλουέντζας τύπου b (Hib) ¹¹	1 ή 3 δόσεις				

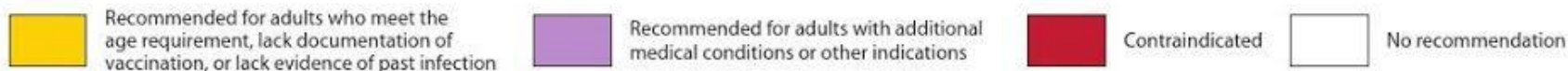
 Συστήνονται για όλα τα άτομα με την ανάλογη ηλικία που δεν έχουν ένδειξη ανοσίας

 Συστήνονται σε άτομα που ανήκουν σε ομάδες αυξημένου κινδύνου (βλέπε . ομάδες αυξημένου κινδύνου

 Δεν συστήνονται

Figure 2. Recommended immunization schedule for adults aged 19 years or older by medical condition and other indications, United States, 2017

Vaccine	Pregnancy ^{1,4,9}	Immuno-compromised (excluding HIV infection) ^{3,7,11}	HIV infection CD4+ count (cells/ μ L) ^{3,7,9-11}		Asplenia, persistent complement deficiencies ^{7,10,11}	Kidney failure, end-stage renal disease, on hemodialysis ^{7,9}	Heart or lung disease, chronic alcoholism ⁷	Chronic liver disease ⁷⁻⁹	Diabetes ^{7,9}	Healthcare personnel ^{3,4,9}	Men who have sex with men ^{6,8,9}
			< 200	$\geq$ 200							
Influenza ¹	1 dose annually										
Td/Tdap ²	1 dose Tdap each pregnancy	Substitute Tdap for Td once, then Td booster every 10 yrs									
MMR ³	contraindicated		1 or 2 doses depending on indication								
VAR ⁴	contraindicated		2 doses								
HZV ³	contraindicated			1 dose							
HPV-Female ⁶		3 doses through age 26 yrs									
HPV-Male ⁶		3 doses through age 26 yrs			3 doses through age 21 yrs						3 doses through age 26 yrs
PCV13 ⁷		1 dose									
PPSV23 ⁷		1, 2, or 3 doses depending on indication									
HepA ⁸	2 or 3 doses depending on vaccine										
HepB ⁸					3 doses						
MenACWY or MPSV4 ¹⁰		1 or more doses depending on indication									
MenB ¹⁰		2 or 3 doses depending on vaccine									
Hib ¹¹		3 doses post-HSCT recipients only		1 dose							



Συστάσεις εμβολιασμού εγκύων

Vaccine	Before pregnancy	During pregnancy	After pregnancy	Type of Vaccine
Hepatitis A	Yes, if Indicated	Yes, if Indicated	Yes, if Indicated	Inactivated
Hepatitis B	Yes, if Indicated	Yes, if Indicated	Yes, if Indicated	Inactivated
Human Papillomavirus (HPV)	Yes, if Indicated, through 26 years of age	No, under study	Yes, if Indicated, through 26 years of age	Inactivated
Influenza IIV	Yes	Yes	Yes	Inactivated
Influenza LAIV	Yes, if less than 50 years of age and healthy; avoid conception for 4 weeks	No	Yes, if less than 50 years of age and healthy; avoid conception for 4 weeks	Live
MMR	Yes, if Indicated, avoid conception for 4 weeks	No	Yes, if Indicated, give immediately postpartum if susceptible to rubella	Live
Meningococcal: • polysaccharide • conjugate	If indicated	If indicated	If indicated	Inactivated Inactivated
Pneumococcal Polysaccharide	If indicated	If indicated	If indicated	Inactivated
Tdap	Yes, if Indicated	Yes, vaccinate during each pregnancy ideally between 27 and 36 weeks of gestation	Yes, immediately postpartum, if not received previously	Toxoid/ Inactivated
Tetanus/Diphtheria Td	Yes, if Indicated	Yes, if Indicated, Tdap preferred	Yes, if Indicated	Toxoid
Varicella	Yes, if Indicated, avoid conception for 4 weeks	No	Yes, if Indicated, give immediately postpartum if susceptible	Live

Κίνδυνος για το έμβρυο επί εμβολιασμού της εγκύου

- Θεωρητικός
- Δεν έχει διαπιστωθεί βλάβη μετά εμβολιασμό με αδρανοποιημένα ή εμβόλια από προϊόντα του μικροοργανισμού
- Χορήγηση ζωντανών εξησθενημένων εμβολίων ενέχουν θεωρητικό κίνδυνο βλάβης
 - Αντεδείκνυνται για χρήση στην έγκυο

Ρίσκο-όφελος εμβολιασμού της εγκύου

- Τα οφέλη από τον εμβολιασμό υπερτερούν των πιθανών κινδύνων όταν:
 - Ο κίνδυνος έκθεσης σε νόσο είναι υψηλός
 - Η λοίμωξη θα θέσει σε υψηλό κίνδυνο τη μητέρα ή το έμβρυο
 - Είναι απίθανο ο εμβολιασμός να προκαλέσει κακό

Ποια εμβόλια χορηγούνται πριν την εγκυμοσύνη;

- Όλα όσα συνιστώνται χρονολογικά
- Αυτό προστατεύει την ίδια και το μωρό της
- MMR και V οφείλουν να έχουν γίνει

Ποια εμβόλια χορηγούνται κατά την εγκυμοσύνη;

- **Ηπατίτιδα Α: Αν ενδείκνυται**
- **Ηπατίτιδα Β: Αν ενδείκνυται**
- **Γρίπη (αδρανοποιημένο):** Προστατεύει τη μητέρα από σοβαρότατη νόσηση και το έμβρυο από πιθανό θάνατο
- **Τέτανος/διφθερίτιδα/κοκκύτης (Tdap):**
 - Συνιστάται κατά τη διάρκεια **κάθε** εγκυμοσύνης, ιδιαίτερα μεταξύ 27^{ης} έως 36^{ης} εβδομάδας
- **Μηνιγγιτιδοκόκκων: Αν ενδείκνυται**
- **Πνευμονιοκόκκων: Αν ενδείκνυται**

Ηπατίτιδα Α

- Δεν έχει μελετηθεί η ασφάλεια του εμβολιασμού
 - Γυναίκες σε υψηλό κίνδυνο έκθεσης στη νόσο

Ηπατίτιδα Β

- Υψηλού κινδύνου έγκυος γυναίκα οφείλει να εμβολιάζεται προκειμένου να προστατευθεί η ίδια και το νεογέννητο.
 - Επιβάλλεται έλεγχος πριν τον εμβολιασμό
 - Χορηγούνται 3 δόσεις 0, 1, 6 μήνες

ΗepB Εμβολιασμός

(από γέννηση)

- Βρέφη μητέρων HBsAg(+): ΗepB εμβολιασμός και 0.5 mL HBIG εντός 12 ωρών από γέννηση
- Έλεγχος HBsAg και αντισωμάτων HBsAg σε 1 με 2 μήνες από ολοκλήρωση εμβολιασμού
- Μητέρα άγνωστης HBsAg κατάστασης:
 - Άσχετα με ΒΓ, εμβολιασμός εντός 12 ωρών
 - Βρέφη ΒΓ <2,000 g, χορηγείται και HBIG εντός 12 ω
 - Άμεσος έλεγχος HBsAg μητέρας, αν (+) χορηγείται HBIG και στα $\geq 2,000$ grams (πριν την 7^η ημέρα ζωής)

HerB Εμβολιασμός

- Ελάχιστο μεσοδιάστημα μεταξύ 1^{ης} και 2^{ης} δόσης = 4 εβδομάδες
- Ελάχιστο μεσοδιάστημα μεταξύ 2^{ης} και 3^{ης} δόσης = 8 εβδομάδες
- Η τελευταία (3^η ή 4^η) δόση δεν χορηγείται πριν την ηλικία των 24 εβδομάδων και τουλάχιστον 16 εβδομάδες από 1^η δόση
- Χορήγηση 4 δόσεων συνιστάται όταν το εμβόλιο που χορηγείται μετά το του μαιευτηρίου είναι πολλαπλό

Γρίπη (Αδρανοποιημένο ή τεμαχίδιο)

- Αυξημένος κίνδυνος νοσοκομειακής νοσηλείας εγκύου 2^{ου} ή 3^{ου} τριμήνου από γρίπη
- Εμβολιασμός πριν εποχιακή έξαρση: κρίσιμος
 - Η πρόγνωση έναρξης της έξαρσης αδύνατη
- **Εμβολιασμός ρουτίνας κατά της γρίπης συνιστάται σε όλες τις γυναίκες που είναι ή θα είναι έγκυες (σε οιοδήποτε τρίμηνο κύησης) κατά τη περίοδο της γρίπης (τέλη Οκτωβρίου με τέλη Μαρτίου)**

Περίληψη Συστάσεων ACIP για εμβολιασμό Tdap πλην εγκυμοσύνης

- Εμβολιασμός ρουτίνας στην ηλικία των 11-12 ετών
- Εμβόλιμα Tdap αν δεν έγινε πριν
- Εμβόλιμα σε κάθε ενήλικο πριν την έναρξη ζωής με βρέφη ≤ 2 εβδομάδων
- Ειδικές ομάδες :
 - ✓ Οικογενειακό περιβάλλον βρεφών <12 μηνών (και άτομα άνω των 65 ετών)
 - ✓ Επαγγελματίες υγείας που έρχονται σε επαφή με βρέφη
 - ✓ Προσωπικό βρεφονηπιακών σταθμών

Ποια εμβόλια θα πρέπει να αποφύγει η έγκυος γυναίκα;

- **Ιλαράς, ερυθράς, παρωτίτιδας (MMR):** Μετά εμβολιασμό επιβάλλεται αναμονή ενός μηνός
 - Αν στον έλεγχο διαπιστωθεί έλλειψη αντισωμάτων για ερυθρά, εμβολιασμός πριν την έξοδο από το μαιευτήριο
- **Ανεμευλογιάς:** Ότι και το MMR
- **Πνευμονιοκοκκικό:** Δεν έχει μελετηθεί η ασφάλεια
 - Εξαίρεση: Γυναίκες σε υψηλό κίνδυνο ή με χρόνια νόσημα
- **Πολυομυελίτιδος, ζων (OPV) ή νεκρό (IPV)**

Polio (IPV)

- Ο εμβολιασμός της εγκύου πρέπει να αποφεύγεται με βάση θεωρητικά δεδομένα (Ουδέποτε διαπιστώθηκαν βλάβες της εγκύου ή του εμβρύου μετά τυχαίο εμβολιασμό)
- Ωστόσο, αν έγκυος γυναίκα βρίσκεται σε ηυξημένο κίνδυνο λοίμωξης, χορηγείται IPV

Human Papillomavirus (HPV)

Δεν συνιστώνται στην έγκυο γυναίκα

- Διαπίστωση εγκυμοσύνης μετά χορήγηση μιας από τις 3 δόσεις του εμβολιασμού
 - Διακόπτεται ο εμβολιασμός και συνεχίζεται μετά τον τοκετό
- Έλεγχος εγκυμοσύνης πριν τον εμβολιασμό δεν συνιστάται
- Χορήγηση δόσεως ή δόσεων κατά την εγκυμοσύνη δεν σημαίνει λήψη οιαδήποτε μέτρου
- Για τη συλλογή πληροφοριών κάθε γυναικολόγος οφείλει την ενημέρωση της έκθεσης
 - στον HPV4 [Gardasil] κατά την εγκυμοσύνη στην Merck
τηλέφωνο: 800-986-8999
 - στον HPV2 [Cervarix] κατά την εγκυμοσύνη στην
GlaxoSmithKline στο τηλέφωνο: 888-452-9622

Λύσσα

- Δεδομένων των σοβαρότατων συνεπειών της νόσου, η εγκυμοσύνη δεν αποτελεί αντένδειξη των προληπτικών μέτρων
- Δεν έχει διαπιστωθεί βλάβη της υγείας, πρόωρο τοκετό ή αποβολή μετά εμβολιασμό
- **Προ – έκθεση προφύλαξη επίσης μπορεί να συσταθεί κατά την εγκυμοσύνη**
- Έκθεση στη λύσσα ή διάγνωση λύσσας σε μητέρα δεν λαμβάνεται ως αιτία διακοπής της κύησης

Κίτρινος πυρετός

- Εγκυμοσύνη : «αρνητική προειδοποίηση», όχι αντένδειξη εμβολιασμού, σε αντίθεση με τα περισσότερα ζώντα εμβόλια
- Αν το ταξίδι δεν αναβάλλεται! και το ρίσκο έκθεσης υψηλό, ο εμβολιασμός γίνεται
- Αν το ρίσκο όχι τόσο υψηλό, ακολουθούνται πιστά οι ταξιδιωτικές οδηγίες
- Επειδή η εγκυμοσύνη μπορεί να επηρεάσει την αμυντική λειτουργία, ορολογικός έλεγχος μετά τον εμβολιασμό ίσως χρειάζεται
- Γυναίκα που εμβολιάστηκε οφείλει να αναμένει 4 εβδομάδες για πιθανή εγκυμοσύνη

PCV εμβολιασμός

- Γυναίκες μη εμβολιασμένες με ανατομική ή λειτουργική ασπληνία, HIV λοίμωξη ή είναι ανοσοκατεσταλμένες ή παρουσιάζουν διαρροή ΕΝΥ
 - + 1 δόση PPSV23 σε ≥ 8 εβδομάδες από την τελευταία δόση του PCV

Κατάταξη εμβολίων σύμφωνα με το FDA

- **Pregnancy Category B:** Human Papillomavirus, Influenza, Japanese Encephalitis (Ixiaro), Meningococcal (Menveo), Tdap (Boostrix).
- **Pregnancy Category C:** Hepatitis A, Hepatitis B, Influenza (Fluzone High Dose, Fluvirin, FluMist), MMR, Meningococcal (Menactra, Menomune), Pneumococcal, Polio, Td, Tdap (Adacel), Varicella, Zoster, BCG, Rabies, Typhoid, Yellow Fever.
- **Pregnancy Category D:** Anthrax, Vaccinia

Ποια εμβόλια χορηγούνται μετά την εγκυμοσύνη;

- Δεν υπάρχει αντένδειξη χορήγησης εμβολίου
- Γυναίκα που δεν υποβλήθηκε στο Tdap εμβολιάζεται τώρα
- Εγκυμονούσα μη άνοση εμβολιάζεται κατά ιλαράς, ερυθράς, παρωτίτιδας και ανεμευλογιάς πριν φύγει από το μαιευτήριο
- Αν το αντιγριπικό δεν έγινε στη διάρκεια της εγκυμοσύνης, σε περίοδο έξαρσης, θα πρέπει να χορηγηθεί τώρα (προστατεύεται το νεογέννητο)

Θηλασμός και Εμβολιασμός

- Αδρανοποιημένα και ζώντα εξησθενημένα εμβόλια χορηγούμενα στη μητέρα δεν επηρεάζουν την υγεία μητέρας ή θηλάζοντος βρέφους
- Οι ζώντες ιοί πολλαπλασιάζονται στη μητέρα και συνήθως δεν αποβάλλονται με το γάλα
- Ο ιός της ερυθράς ανιχνεύεται στο γάλα, ωστόσο δεν βλάπτει το βρέφος
- **Εμβολιασμός κατά της ευλογιάς απαγορεύεται στη θηλάζουσα**
- **Εμβολιασμός κατά του κίτρινου πυρετού αντενδείκνυται. Αλλά επιβάλλεται αν μητέρα και βρέφος ταξιδεύουν σε ενδημική περιοχή**

Συμπεράσματα

- Τα εμβόλια αποτελούν το βασικότερο μέσο πρόληψης πολλών και σοβαρών νοσημάτων
- Τα εμβόλια δεν φέρονται στο εμπόριο πριν τη διαπίστωση της αποτελεσματικότητας και ασφάλειας που παρέχουν
- Όσα κατά καιρούς έχουν δημοσιοποιηθεί για φόβους, κινδύνους κ.ά. είναι ανυπόστατα
- Χάρη στους εμβολιασμούς νοσήματα έχουν εξαλειφθεί, τείνουν προς εξάλειψη, ή έχουν περιοριστεί