



SOCIETATEA DE
OBSTETRICĂ ȘI GINECOLOGIE
DIN ROMANIA



DOCUMENT COMUN DE POZIȚIE

Integrarea vaccinării materne în îngrijirea prenatală de rutină

Septembrie 2026

Vaccinarea maternă oferă protecție directă gravidei și, prin transfer transplacentar de anticorpi, protecție pasivă sugarului în primele luni de viață. Organizația Mondială a Sănătății (OMS) și principalele societăți profesionale internaționale (ACOG, CDC/ACIP, EBCOG și ECDC) recomandă integrarea vaccinării materne în îngrijirea prenatală de rutină¹⁻⁵.

Prezentul document sintetizează dovezile și recomandările actuale pentru vaccinările relevante înainte și în timpul sarcinii, precum și vaccinurile indicate în funcție de risc și cele contraindicate.

Evaluarea statusului vaccinal și vaccinarea înainte de sarcină

Evaluarea statusului vaccinal reprezintă o componentă importantă a consilierii preconcepționale. Prioritar, trebuie clarificat statusul imun față de rubeolă și varicelă, iar femeilor fără dovezi de imunitate pentru aceste infecții, li se recomandă vaccinarea cu vaccinul ROR și/sau vaccinul varicelic înaintea unei sarcini planificate, cu evitarea concepției timp de o lună după vaccinare. Evaluarea poate fi extinsă și asupra altor vaccinări relevante, în funcție de istoricul medical și de factorii individuali de risc^{4,6}.

Vaccinarea în timpul sarcinii

În timpul sarcinii, beneficiile vaccinării depășesc, în general, riscurile potențiale atunci când probabilitatea de expunere la boală este crescută, când infecția reprezintă un risc pentru mamă sau făt, iar vaccinul este puțin probabil să determine reacții adverse. Nu există dovezi ale unor efecte fetale adverse în urma vaccinării gravidelor cu vaccinuri inactivate (virale sau bacteriene) sau cu anatoxine. Prin urmare, sarcina nu trebuie să excludă administrarea acestor vaccinuri, atunci când sunt indicate din punct de vedere medical⁴.

Figura de mai jos prezintă vaccinurile recomandate în sarcină și momentul optim de administrare pentru fiecare.



Figura 1. Fereastra optimă de administrare a vaccinărilor recomandate în fiecare sarcină

1. Vaccinarea antigripală (vaccin inactivat)

Gripa în sarcină este asociată cu un risc crescut de forme severe de boală și spitalizare la gravidă, comparativ cu populația generală, din cauza modificărilor fiziologice cardio-respiratorii și imune specifice sarcinii¹. Vaccinarea antigripală protejează deopotrivă și sugarul în primele luni de viață, perioadă în care acesta nu poate fi vaccinat direct¹.

- **Administrare:** în orice trimestru al sarcinii, în sezonul de circulație a virusurilor gripale (recomandat toamna-iarna, la fiecare sarcină)^{1,3}.
- **Beneficii:** datele observaționale și din studii randomizate susțin protecția atât a mamei, cât și a sugarului sub 6 luni împotriva gripei confirmate^{1,7}.
- **Siguranță:** profil favorabil, în concordanță cu experiența de zeci de ani a utilizării la gravide; se folosește exclusiv formularea inactivată (forma viu atenuată, spray nazal, este contraindicată în sarcină)⁸.

2. Vaccinarea diftero-tetano-pertussis aceluilară (dTap)

Pertussis (tusea convulsivă) reprezintă un risc major pentru sugarii sub 3 luni, care nu au încă protecție proprie prin vaccinare, formele severe putând determina spitalizare, complicații respiratorii și deces la sugari⁹⁻¹¹.

- **Administrare:** o doză la fiecare sarcină, optim între săptămânile 27 și 36 de gestație, pentru a permite transferul transplacentar adecvat de anticorpi înainte de naștere^{9,12,13}.
- **Beneficii:** reduce semnificativ incidența tusei convulsive confirmate, spitalizările și decesele la sugarii sub 3 luni^{10,11}.
- **Siguranță:** o revizuire sistematică dedicată nu a identificat o creștere a riscului de malformații, naștere prematură sau alte evenimente adverse severe¹².

3. Vaccinarea maternă împotriva VSR

Virusul sincițial respirator (VSR) este principala cauză de bronșiolită la sugari: aproximativ 50% dintre spitalizările asociate VSR survin în primele 3 luni de viață și peste 75% în primele 6 luni, atât la sugari născuți la termen, cât și prematuri, majoritatea cazurilor survenind la sugari anterior sănătoși, fără factori de risc¹⁴⁻¹⁶. În România, incidența estimată a spitalizărilor la sugarii cu vârsta de 0-2 luni este de 68,8/1000¹⁷.

- **Administrare:** o doză între săptămânile 24 și 36 de gestație, în majoritatea țărilor începând cu săptămâna 28 de gestație în acord cu recomandarea OMS¹⁵, cu minimum 14 zile înainte de naștere pentru transfer optim de anticorpi^{18–21}.
- **Beneficii:** eficacitate de 82% împotriva formelor severe de boală asociate VSR la 90 de zile și 70% la 180 de zile (studiu de fază 3)^{18,22}; datele din viața reală (Argentina, Regatul Unit, SUA, Australia) confirmă o eficiență de aproximativ 62–92% împotriva spitalizării asociate VSR în primele 6 luni de viață^{16,23–32}.
- **Siguranță:** profil de siguranță favorabil; datele post-autorizare din multiple țări (SUA, Argentina, Franța, Regatul Unit), cuprinzând peste 150.000 de sarcini, nu au evidențiat un risc crescut de naștere prematură^{16,24,33–43}.

4. Vaccinarea împotriva COVID-19

Gravidele au un risc crescut de formă severă de COVID-19 comparativ cu femeile de aceeași vârstă care nu sunt însărcinate⁴⁴.

În funcție de datele epidemiologice și de disponibilitatea locală, administrarea este recomandată în orice trimestru al sarcinii, conform schemei generale pentru grupurile de risc, datele de siguranță fiind favorabile pentru mamă și făt^{44,45}.

Vaccinuri suplimentare — în funcție de risc

În funcție de contextul epidemiologic, comorbidități și riscul individual de expunere (personal medical, călătorie în zone endemice, asplenie, deficite imune, afecțiuni oncologice/hematologice), pot fi avute în vedere vaccinurile hepatitic A, hepatitic B, meningococic sau pneumococic, toate fiind inactivate și putând fi administrate în sarcină, în acord cu evaluarea individuală a riscului de expunere^{3,46–49}.

În situațiile complexe sau la evaluarea vaccinurilor specifice unei expuneri profesionale ori de călătorie, decizia de vaccinare poate fi luată după consultarea unor medici din specialitățile boli infecțioase, epidemiologie, medici care posedă atestatul de medicină de călătorie, precum și medici din alte specialități implicate în recomandarea vaccinării^{6,47,48}.

Vaccinuri vii atenuate — contraindicate în sarcină

Vaccinurile vii atenuate (ROR, varicelic, zoster, BCG, gripal viu-atenuat, împotriva febrei galbene) sunt contraindicate în sarcină, din precauție față de riscul teoretic de transmitere fetală⁶. Vaccinarea HPV nu este recomandată în sarcină, întrucât datele de siguranță pentru această perioadă rămân limitate; administrarea trebuie amânată până în perioada postpartum. La femeile care alăptează, vaccinul HPV poate fi administrat^{2,50}. Vaccinarea HPV accidentală în sarcină nu impune nicio intervenție — datele disponibile nu arată o asociere cu evenimente adverse materno-fetale⁵⁰.

Poziția comună SOGR–SNMF

Pe baza dovezilor disponibile, Societatea de Obstetrică și Ginecologie din România (SOGR) și Societatea Națională de Medicina Familiei/Medicină Generală (SNMF) formulează următoarea poziție comună, recomandând:

- **integrarea evaluării statusului vaccinal** atât în evaluarea prenatală standard cât și la luarea în evidență a sarcinii;
- **completarea înainte de concepție a schemei de vaccinare (ROR, varicelă)**, pentru prevenirea riscurilor materne și/sau fetale asociate fiecărei infecții, în funcție de caz;
- **vaccinarea antigripală**, în orice trimestru, în sezonul rece, la fiecare sarcină;
- **vaccinarea dTap**, recomandată în intervalul dintre săptămâna 27–36, la fiecare sarcină;
- **vaccinarea împotriva VSR**, între săptămânile 24–36 de gestație, pe tot parcursul anului;
- **vaccinarea împotriva COVID-19**, în funcție de contextul epidemiologic și disponibilitate;
- **colaborarea activă între medicul de obstetrică-ginecologie și medicul de familie**, cu comunicarea explicită a statusului vaccinal al gravidei;
- **documentarea administrării fiecărui vaccin** în fișa medicală și în Registrul Electronic Național de Vaccinare (RENV).

Concluzii

Integrarea sistematică a vaccinărilor recomandate în îngrijirea prenatală reprezintă o intervenție de prevenție eficientă, cu beneficii dovedite atât pentru gravidă, cât și pentru sugar.

SOGR și SNMF consideră că această abordare colaborativă, susținută de comunicare activă între medicul de familie și medicul obstetrician-ginecolog, este esențială pentru creșterea acoperirii vaccinale și pentru protecția sănătății materno-fetale în România.

Comitetul Director al SOGR



Prof. Dr. Elvira Brătilă

Comitetul Director al SNMF



Dr. Dina Mergeani



SOCIETATEA DE
OBSTETRICĂ ȘI GINECOLOGIE
DIN ROMANIA



Legendă

COVID-19 = boală coronavirus 2019; dTap = vaccin diftero-tetano-pertussis acelular; VSR = virus sincițial respirator; HPV = papilomavirus uman; ROR = rujeolă-oreion-rubeolă; OMS = Organizația Mondială a Sănătății; ACOG = American College of Obstetricians and Gynecologists; CDC/ACIP = Centers for Disease Control and Prevention/Advisory Committee on Immunization Practices; EBCOG = European Board and College of Obstetrics and Gynaecology; ECDC = European Centre for Disease Prevention and Control.

Referințe

1. World Health Organization. Vaccines against influenza: WHO position paper. Wkly Epidemiol Rec. 2022;97(19):185–208.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Maternal Immunizations. Committee Statement No. 26, 2026.
3. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Guidelines for Vaccinating Pregnant Women. Atlanta: CDC; 2025. Accesat aprilie 2026.
4. European Board and College of Obstetrics and Gynaecology (EBCOG). Position statement: Vaccination in pregnancy, 2019.
5. European Centre for Disease Prevention and Control. Vaccine scheduler: vaccination schedules for individual European countries. ECDC; 2024. Accesat aprilie 2026. <https://vaccine-schedule.ecdc.europa.eu>
6. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). General Best Practice Guidelines for Immunization — Live vaccines in pregnancy. Atlanta: CDC. Accesat aprilie 2026.
7. Zaman K, Roy E, Arifeen SE, Rahman M, Raqib R, Wilson E, Omer SB, Shahid NS, Breiman RF, Steinhoff MC. Effectiveness of maternal influenza immunization in mothers and infants. N Engl J Med. 2008;359(15):1555–1564. doi:10.1056/NEJMoa0708630.
8. Wolfe DM, Fell D, Garritty C, et al. Safety of influenza vaccination during pregnancy: a systematic review. BMJ Open. 2023;13(9):e066182.
9. World Health Organization. Pertussis vaccines: WHO position paper. Wkly Epidemiol Rec. 2015;90(35):433–460.
10. Amirthalingam G, Andrews N, Campbell H, et al. Effectiveness of maternal pertussis vaccination in England: an observational study. Lancet. 2014;384(9953):1521–1528.
11. Walker JL, Ribeiro S, Litt D, et al. Antenatal pertussis vaccine effectiveness in England remains high post COVID-19. J Infect. 2026;93:106836. doi:10.1016/j.jinf.2026.106836.
12. McMillan M, Clarke M, Parrella A, et al. Safety of Tdap vaccination during pregnancy: a systematic review. Obstet Gynecol. 2017;129(3):560–573.
13. Casa Națională de Asigurări de Sănătate (CNAS). Lista protocoalelor terapeutice — protocoale terapeutice pentru vaccinuri. București: CNAS; august 2025. Accesat aprilie 2026. <https://cnas.ro/wp-content/uploads/2025/08/lista-protocoalelor-terapeutice-august-2025-pentru-site-vaccinuri.pdf>
14. Parikh RC, McLaurin KK, Margulis AV, et al. Chronologic age at hospitalization for respiratory syncytial virus among preterm and term infants in the United States. Infect Dis Ther. 2017;6(4):477–486.
15. World Health Organization. WHO position paper on immunization to protect infants against RSV disease, May 2025. Wkly Epidemiol Rec. 2025;100(22):193–218.
16. Fleming-Dutra KE, et al. Use of the RSV Vaccine During Pregnancy: Recommendations of ACIP, United States, 2023. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2023;72(41):1115–1122.
17. Del Riccio M, Spreeuwenberg P, Osei-Yeboah R, et al. Defining the burden of disease of RSV in the European Union: estimates of RSV-associated hospitalisations in children under 5 years of age. A systematic review and modelling study. J Infect Dis. 2023;228(11):1528–1538. doi:10.1093/infdis/jiad188.
18. Kampmann B, Madhi SA, Munjal I, et al. Bivalent prefusion F vaccine in pregnancy to prevent RSV illness in infants (MATISSE). N Engl J Med. 2023;388(16):1451–1464.

19. Pfizer. Rezumatul caracteristicilor produsului Abrysvo (vaccin VSR bivalent, recombinant). Amsterdam: European Medicines Agency; 2024. Accesat aprilie 2026. https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/abrysvo-epar-product-information_en.pdf
20. Ramasauskaitė D, Savona-Ventura C, Minkauskiene M, Mahmood T. RSV vaccination in pregnancy – Position statement by EBCOG. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2025;310:113978.
21. Joint Committee on Vaccination and Immunisation (JCVI). Advice on RSV immunisation programme. London: JCVI; 2023. Accesat aprilie 2026.
22. Simões EAF, Pahud BA, Madhi SA, et al. Efficacy, safety, and immunogenicity of the MATISSE maternal RSVpreF vaccine trial: final analysis. *Obstet Gynecol.* 2025;145(2):157–167.
23. Pérez Marc G, Vizzotti C, Fell DB, et al. Real-world effectiveness of maternal RSV vaccination (BERNI study). *Lancet Infect Dis.* 2025;25(9):1044–1054.
24. Williams TC, Marlow R, Cunningham S, et al. Bivalent prefusion F vaccination in pregnancy and RSV hospitalisation in infants in the UK. *Lancet Child Adolesc Health.* 2025;9(9):655–662.
25. Pérez Marc G, et al. Vaccine effectiveness of maternal RSVpreF against infant hospitalisation for RSV lower respiratory tract disease from birth to 6 months: findings from two seasons in Argentina (BERNI Study). Poster prezentat la: ReSViNET RSVVW'26; 17–20 februarie 2025; Roma, Italia. Accesat aprilie 2026. <https://www.posterit.it/poster/63937/download?force=0>
26. Gentile A, et al. Real-world effectiveness of maternal RSV vaccination in infants under 6 months across two epidemiologically distinct seasons in Argentina. Poster prezentat la: ReSViNET RSVVW'26; 17–20 februarie 2025; Roma, Italia. Accesat aprilie 2026. <https://www.posterit.it/poster/63907/download?force=0>
27. Dvorkin J, et al. Impact and effectiveness of universal RSV vaccination during pregnancy over two years of implementation in Buenos Aires: a retrospective cohort study. Poster prezentat la: ReSViNET RSVVW'26; 17–20 februarie 2025; Roma, Italia. Accesat aprilie 2026. <https://www.posterit.it/poster/63804/download?force=0>
28. Wilson M, et al. Maternal RSV vaccination and reduced risk of hospitalisation for babies in England – 2024/25. Poster prezentat la: ReSViNET RSVVW'26; 17–20 februarie 2025; Roma, Italia. Accesat aprilie 2026. <https://www.posterit.it/poster/63906/download?force=0>
29. McLachlan I, et al. Effectiveness of maternal RSV vaccination against infant hospitalisation. *Lancet Infect Dis.* 2026;26(4):362–373.
30. Rick AM, et al. RSVpreF vaccine effectiveness against RSV-associated hospitalization with acute respiratory illness in US infants through 3 months of age. Poster prezentat la: ReSViNET RSVVW'26; 17–20 februarie 2025; Roma, Italia. Accesat aprilie 2026. <https://www.posterit.it/poster/63763/download?force=0>
31. Klein NP, et al. Real-world effectiveness of RSVpreF vaccination during pregnancy against RSV-related and all-cause respiratory outcomes in infants. Abstract ID 2792 prezentat la: ESPID 2026; Bologna, Italia. Accesat aprilie 2026. <https://cslide.ctimeetingtech.com/esp26/attendee/confcal/presentation/list?q=RSV+klein>
32. Wadia U, et al. Effectiveness of maternal RSVpreF vaccination against RSV in hospitalised infants ≤6 months: preliminary results from a multicentre test-negative design study in Australia, 2025 (STREETON Study). Poster prezentat la: ReSViNET RSVVW'26; 17–20 februarie 2025; Roma, Italia. Accesat aprilie 2026. <https://www.posterit.it/poster/63881/download?force=0>
33. Saif-Ur-Rahman KM, King C, Whelan SO, et al. Efficacy and safety of respiratory syncytial virus vaccines. *Cochrane Database Syst Rev.* 2025;9(9):CD016131. doi:10.1002/14651858.CD016131.
34. Son M, et al. *JAMA Netw Open.* 2024;7(7):e2419268. doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.19268.
35. DeSilva M. Prenatal RSVpreF vaccine safety, 2023–2024 respiratory season. The Vaccine Safety Datalink (VSD). Prezentat la: Reuniunea ACIP; 25 iunie 2025. Accesat aprilie 2026. <https://www.cdc.gov/acip/downloads/slides-2025-06-25-26/04a-DeSilva-Mat-Peds-RSV-508.pdf>
36. Michnick AI, et al. *JAMA.* 2026;335(5):456–459.
37. Blauvelt CA, et al. *JAMA Netw Open.* 2025;8(2):e2460735. doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.60735.
38. Hsieh TYJ, et al. *Am J Obstet Gynecol.* 2025;233(5):e181–e190.
39. Solsman AM, et al. *Obstet Gynecol.* 2026;147(1):127–130.

40. Scruzzi GF, et al. *Medicina (B Aires)*. 2025;85(5):999–1007.
41. Gabet A, et al. *Obstet Gynecol*. 2026;147(1):118–126.
42. Razai MS, et al. *BMJ Open*. 2025;15(9):e101592. doi:10.1136/bmjopen-2025-101592.
43. Joint Committee on Vaccination and Immunisation (JCVI), Regatul Unit. Proces-verbal al ședinței din 01 octombrie 2025. Accesat aprilie 2026. <https://app.box.com/s/iddfb4ppwkmtjusir2tc/file/2044018962188>
44. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) / ACIP. Recommendations for COVID-19 vaccination, actualizate 2025–2026. Accesat aprilie 2026.
45. World Health Organization. Interim statement on COVID-19 vaccination for pregnant and lactating women. Geneva: WHO; 2023. Accesat aprilie 2026.
46. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Hepatitis B vaccination: recommendations for pregnant women. Atlanta: CDC. Accesat aprilie 2026.
47. Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). Hepatitis A vaccine recommendations. Atlanta: CDC/ACIP. Accesat aprilie 2026.
48. Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). Meningococcal vaccine recommendations for high-risk adults. Atlanta: CDC/ACIP. Accesat aprilie 2026.
49. Kobayashi M, Pilishvili T, Farrar JL, et al. Pneumococcal vaccine for adults aged ≥ 19 years: recommendations of the ACIP, United States, 2023. *MMWR Recomm Rep*. 2023;72(3):1–39. doi:10.15585/mmwr.rr7203a1.
50. Human papillomavirus vaccination. ACOG Committee Opinion No. 809. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol*. 2020;136:e15–21.