



Calendario **de vacunación e inmunización** para toda la vida

2026



**Comunidad
de Madrid**



Esta versión forma parte de la Biblioteca Virtual de la **Comunidad de Madrid** y las condiciones de su distribución y difusión se encuentran amparadas por el marco legal de la misma.



comunidad.madrid/publicamadrid

Área de Prevención

Subdirección General de Prevención y Promoción de la Salud

Dirección General de Salud Pública

Consejería de Sanidad

Comunidad de Madrid

Tfno.: 913 700 920

E-mail: isp.prevencion@salud.madrid.org

Diseño y maquetación: Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid

Soporte y formato de la edición: Publicación en línea en formato PDF

Edición: 2026

Publicado en España – *Published in Spain*

Índice

ACRÓNIMOS	5
INTRODUCCIÓN	6
CALENDARIO DE VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN PARA TODA LA VIDA, COMUNIDAD DE MADRID, AÑO 2026	7
1. INMUNIZACIÓN FRENTE A VIRUS RESPIRATORIO SINCITAL (VRS) EN LACTANTES	9
2. VACUNACIÓN FRENTE A VRS EN ADULTOS	9
3. VACUNA FRENTE A HEPATITIS B (VHB)	10
4. VACUNA FRENTE A DIFTERIA, TÉTANOS Y TOSFERINA ACELULAR	12
4.1. DTPa: DIFTERIA, TÉTANOS Y TOSFERINA ACELULAR DE ALTA CARGA	12
4.2. DTPa-VPI: DIFTERIA, TÉTANOS, TOSFERINA ACELULAR DE ALTA CARGA Y POLIO	12
4.3. dTpa: DIFTERIA, TÉTANOS Y TOSFERINA ACELULAR DE BAJA CARGA	13
4.4. Td: TÉTANOS Y DIFTERIA	14
5. VACUNA FRENTE A LA POLIOMIELITIS (VPI)	15
6. VACUNA FRENTE A HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B (HIB)	16
7. VACUNA FRENTE A NEUMOCOCO	16
8. VACUNA FRENTE A MENINGOCOCO SEROGRUPO B	21
9. VACUNA FRENTE A MENINGOCOCO SEROGRUPO C (MENC)	22
10. VACUNA FRENTE A MENINGOCOCO SEROGRUPOS ACWY (MENACWY)	22
11. VACUNACIÓN FRENTE A ROTAVIRUS (RV)	24
12. VACUNA FRENTE A SARAMPIÓN, RUBEOLA, PAROTIDITIS Y VARICELA	25
13. VACUNA FRENTE AL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)	27
14. VACUNA FRENTE A HERPES ZÓSTER (HZ)	29
15. VACUNA FRENTE A HEPATITIS A (VHA)	31
16. VACUNACIÓN FRENTE A GRIPE	32

17. VACUNACIÓN FRENTE A COVID-19	33
18. VACUNACIÓN FRENTE A MPOX (VIRUELA DEL MONO)	34
ANEXO I. ESQUEMA DE VACUNACIÓN POR GRUPOS DE EDAD EN PERSONAS ADULTAS	35
ANEXO II. VACUNACIÓN POR GRUPOS DE RIESGO EN PERSONAS ADULTAS (≥ 18 AÑOS)	36
ANEXO III. VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN POR GRUPOS DE RIESGO EN MENORES Y ADOLESCENTES (<18 AÑOS)	37
ANEXO IV. CALENDARIO ACELERADO DE VACUNACIÓN	38
1. CALENDARIO ACELERADO DE VACUNACIÓN DE 3 MESES A 6 AÑOS	39
2. CALENDARIO ACELERADO DE VACUNACIÓN DE 7 A 18 AÑOS	40
ANEXO V. Nº DE DOSIS MÍNIMAS RECOMENDADAS DE CADA VACUNA EN DIFERENTES INTERVALOS DE EDAD	41
ANEXO VI. EDAD MÍNIMA DE ADMINISTRACIÓN E INTERVALOS MÍNIMOS ENTRE DOSIS	42
ANEXO VII. VACUNACIÓN DEL VIAJERO	43

▼ ACRÓNIMOS

- **Ac anti-HBs:** Anticuerpos frente al antígeno de superficie del VHB.
- **AcVRS:** anticuerpo monoclonal frente a virus respiratorio sincitial.
- **AgHBs:** Antígeno de superficie del VHB.
- **AEMPS:** Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.
- **CISNS:** Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
- **CM:** Comunidad de Madrid.
- **DGSP:** Dirección General de Salud Pública.
- **dTpa:** Vacuna frente a difteria, tétanos y tosferina acelular con baja carga antigénica.
- **DTPa:** Vacuna frente a difteria, tétanos y tosferina acelular infantil o de alta carga.
- **EMI:** Enfermedad meningocócica invasora.
- **ENI:** Enfermedad neumocócica invasora.
- **FT:** Ficha técnica.
- **Hib:** Haemophilus influenzae tipo b.
- **HSH:** Hombres que tienen sexo con hombres.
- **HZ:** Herpes zóster
- **IgG:** Inmunoglobulina G.
- **IGT:** Inmunoglobulina frente a tétanos.
- **ITS:** Infecciones de transmisión sexual.
- **Men ACWY:** Vacuna meningocócica frente a a serogrupos A, C, W e Y.
- **Men B:** Vacuna meningocócica frente a serogrupo B.
- **Men C:** Vacuna meningocócica frente a serogrupo C.
- **NN:** Neumonía neumocócica.
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- **RV:** Rotavirus
- **Td:** Vacuna frente a tétanos y difteria de adulto.
- **TV:** Triple vírica.
- **VHA:** Virus de la hepatitis A.
- **VHB:** Virus de la hepatitis B.
- **VIH:** Virus de inmunodeficiencia humana.
- **VNC13:** Vacuna neumocócica conjugada 13valente.
- **VNC20:** Vacuna neumocócica conjugada 20valente.
- **VNC15:** Vacuna neumocócica conjugada 15valente
- **VNP23:** Vacuna neumocócica polisacárida 23valente.
- **VPH:** Virus del papiloma humano.
- **VPI:** Vacuna inactivada frente a poliomiелitis.
- **VPOb:** Vacuna oral bivalente frente a poliomiелitis.
- **VPOt:** Vacuna oral trivalente frente a poliomiелitis.
- **VRS:** Virus respiratorio sincitial
- **VVZ:** Virus varicela zóster.



▼ INTRODUCCIÓN

El concepto de vacunación a lo largo de la vida se basa en la inmunización como estrategia para prevenir enfermedades y maximizar la salud, independientemente de la edad de una persona. Implica considerar la salud como un proceso dinámico y continuo a través de la vida, es decir, la vacunación e inmunización se inicia en la infancia y en la adolescencia y requiere continuidad en la edad adulta para reforzar la inmunidad y lograr un mayor impacto en el control de las enfermedades inmunoprevenibles.

La Comunidad de Madrid (CM) desde el año 2021 cuenta con un calendario de vacunación e inmunización para toda la vida que abarca desde el periodo prenatal con la vacunación de las mujeres embarazadas, hasta más allá de los 60 años.

Si bien es cierto que la vacunación sistemática infantil está muy bien implantada en nuestra Comunidad y en todo el territorio nacional, no ocurre lo mismo con la vacunación en el adulto, la cual requiere un especial refuerzo. La vacunación e inmunización infantil sistemática es una estrategia relativamente reciente, por lo que algunas cohortes de población adulta no se beneficiaron de ella y tampoco llegaron a desarrollar inmunidad natural frente a algunas de las enfermedades transmisibles. Por otro lado, el control de algunas enfermedades puede requerir dosis de refuerzo en la edad adulta para mantener la protección a largo plazo.

Del mismo modo, ciertas situaciones asociadas a la exposición laboral, estilos de vida o enfermedades de base pueden requerir recomendaciones específicas de vacunación, las cuales se plasman en las recomendaciones de vacunación para grupos de riesgo.

En este documento se establecen las recomendaciones de vacunación e inmunización en la CM en línea con lo acordado en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS). Las recomendaciones están basadas en la evidencia científica y en la evaluación del riesgo de cada grupo poblacional, en función de la edad, los antecedentes de vacunación, pertenencia a algún grupo de riesgo y la actividad profesional desarrollada. Es un documento técnico dirigido a profesionales sanitarios y de salud pública con competencias en el ámbito de la vacunación.



▼ CALENDARIO DE VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN PARA TODA LA VIDA, COMUNIDAD DE MADRID, AÑO 2026

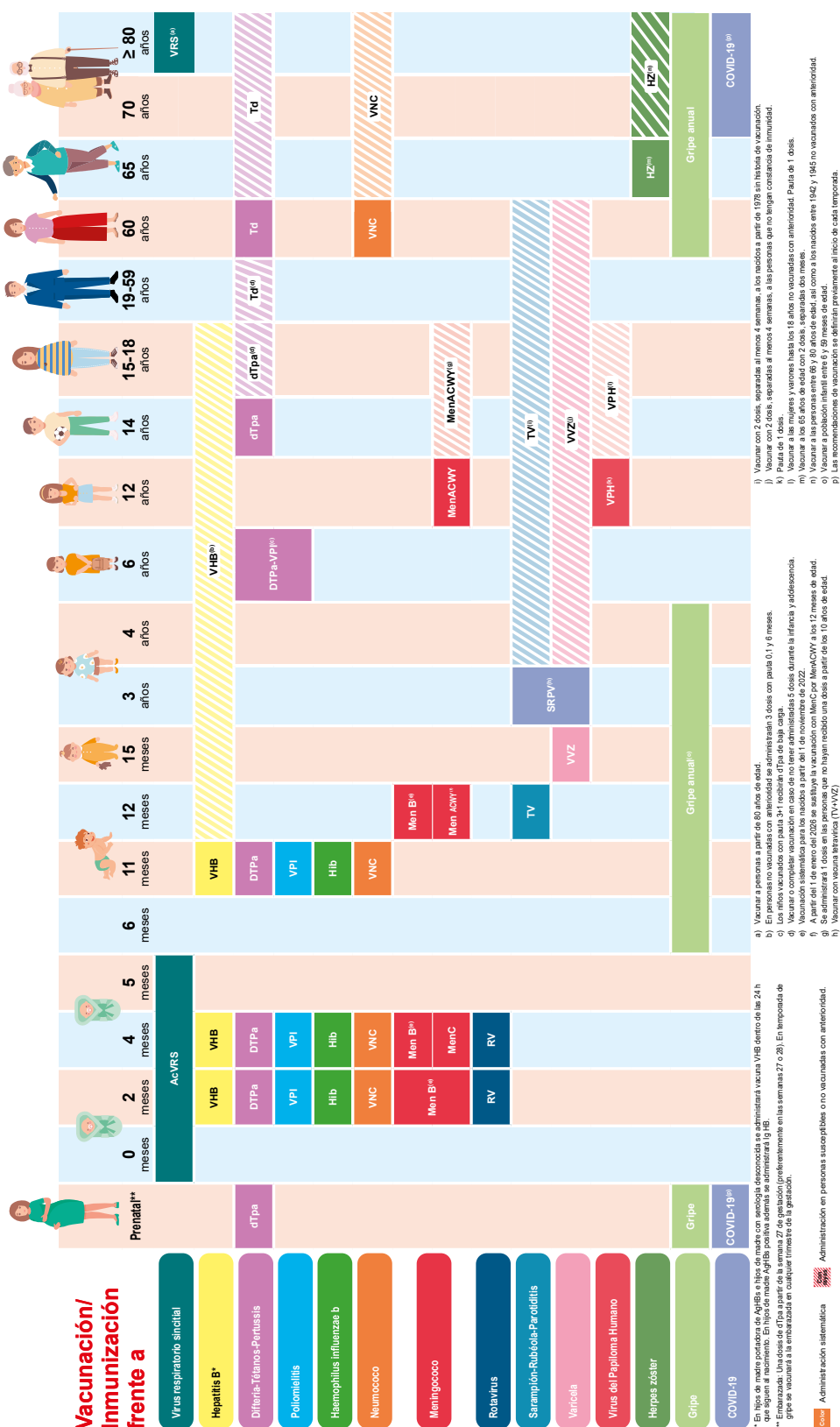
A continuación, se muestra el calendario de vacunación e inmunización para toda la vida vigente en la Comunidad de Madrid. Con el objetivo de reforzar el control de las infecciones inmunoprevenibles, se debe aprovechar cualquier contacto de la población con el sistema sanitario para revisar y, en caso necesario, actualizar la cumplimentación del calendario vigente.



2026



Vacunación/ Inmunización frente a



Toda la información necesaria sobre características de las vacunas está disponible en sus fichas técnicas, todas ellas disponibles en la página web de la AEMPS. (<https://cima.aemps.es/>)



En los siguientes apartados se detallan las recomendaciones de vacunación por tipo de vacuna.

1. INMUNIZACIÓN FRENTE A VIRUS RESPIRATORIO SINCITAL (VRS) EN LACTANTES

El virus respiratorio sincital (VRS) es una de las principales causas de enfermedad respiratoria en los niños/as. Afecta a la práctica totalidad de los menores de 2 años. La bronquiolitis es el cuadro clínico más relevante por ser el más frecuente entre los casos graves. A largo plazo, la enfermedad grave en los primeros meses de vida supone un factor de riesgo de desarrollo de sibilancias recurrentes durante la infancia, desarrollo de asma y morbilidad respiratoria durante la etapa adulta. La infección por VRS se presenta con un claro patrón estacional, con una mayor incidencia durante los meses de octubre a marzo (lo que se conoce como temporada de transmisión).

Desde la temporada 2023-2024 se ha implementado en la CM la inmunización poblacional con el anticuerpo monoclonal nirsevimab (Beyfortus®) para lactantes menores de 6 meses al inicio de la temporada y para recién nacidos durante la temporada. La población pediátrica de hasta 24 meses de edad al inicio de la temporada con riesgo muy elevado de desarrollar enfermedad grave por VRS y los prematuros menores de 12 meses, también tienen indicación de administración del anticuerpo monoclonal.

En la temporada 2025-2026 se mantienen las recomendaciones de inmunización en la CM, teniendo en cuenta las coberturas elevadas alcanzadas, el buen perfil de seguridad demostrado y los datos de efectividad muy favorables.

2. VACUNACIÓN FRENTE A VRS EN ADULTOS

El VRS es también una causa importante de morbilidad y mortalidad en población adulta.

La mayor carga de enfermedad y el mayor riesgo de enfermedad grave y complicaciones derivadas de la infección por VRS se relacionan con edad avanzada, situación de institucionalización prolongada y condiciones clínicas de base –comorbilidades y/o compromiso del sistema inmune.

El 15 de septiembre de 2025 se introdujo la vacunación frente a VRS en adultos en la CM con las siguientes indicaciones: personas a partir de los 60 años de edad con las siguientes condiciones de alto riesgo:

- Personas institucionalizadas en residencias de mayores.
- Personas que se hayan sometido, en los últimos 2 años, a un trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) o de órgano sólido (TOS). En el caso de receptores de un trasplante de pulmón, independientemente del tiempo transcurrido desde el trasplante.



A partir del 1 de enero de 2026, las indicaciones de vacunación frente a VRS en la CM son las siguientes:

- Población adulta **de 80 y más años de edad.**
- Personas institucionalizadas en residencias de mayores y de personas con discapacidad (a partir de 60 años de edad).
- Personas con condiciones de muy alto riesgo a partir de 18 años de edad (teniendo en cuenta la edad de administración autorizada en ficha técnica de la vacuna disponible):
 - Cáncer hematológico en tratamiento activo o que lo hayan recibido en los últimos 6 meses.
 - Errores innatos de la inmunidad (anteriormente nombradas como Inmunodeficiencias primarias).
 - Infección por VIH avanzada ($CD4 < 200/\mu l$).
 - Trasplante de progenitores hematopoyéticos y pacientes sometidos a terapia celular (CAR-T) en los 2 años siguientes al mismo. En caso de recibir tratamiento inmunosupresor o desarrollar enfermedad de injerto contra receptor también estará indicada independientemente del tiempo transcurrido desde el TPH o terapia celular.
 - Diálisis (peritoneal y hemodiálisis)
 - Trasplante de órgano sólido (especialmente trasplante de pulmón) y personas en lista de espera para el mismo.
 - Cáncer no hematológico en tratamiento activo con quimioterapia o tratamiento inmunosupresor recibido en los últimos 6 meses.

La pauta de vacunación es de una sola dosis. Las personas con indicación de vacunación, que no hayan recibido previamente ninguna dosis de vacuna frente a VRS, pueden ser vacunadas en cualquier momento del año.

3. VACUNA FRENTE A HEPATITIS B (VHB)

La vacunación en la infancia consiste en administrar tres dosis a los 2, 4 y 11 meses de edad respectivamente en forma de vacuna hexavalente.

A partir de enero de 2018 se suprimió la dosis a todos los recién nacidos (RN) de forma rutinaria, de manera que solo se les vacunará en las siguientes situaciones:

- En hijos/as de madre portadora de AgHBs, administrar la vacuna HB monovalente más gammaglobulina dentro de las 24 horas que siguen al nacimiento. Se continuará la vacunación con vacuna combinada (hexavalente) según pauta habitual y se les realizará la determinación



de AgHBs y anticuerpos entre 1 y 3 meses después de la última dosis. La prueba no debe realizarse antes de los 9 meses de edad.

- En caso de cribado no realizado a la madre, administrar la vacuna HB monovalente dentro de las 24 horas que siguen al nacimiento, independientemente del peso al nacer. A los niños con un peso inferior a 2 kilos, se les administrará además la gammaglobulina dentro de las 12 horas que siguen al nacimiento, mientras que en los que pesan más de 2 kg se demorará hasta tener los resultados del cribado de hepatitis B materno, que se llevará a cabo lo antes posible. Si fuera positivo, también a ellos (RN de más de 2 Kg) se les administrará la gammaglobulina, lo más precozmente posible y siempre antes de 1 semana de vida. Se continuará la vacunación con vacuna combinada (hexavalente) según calendario infantil.

Hay que recordar que la infección por VHB en personas adultas se produce principalmente por transmisión horizontal durante el contacto sexual, por exposición percutánea a sangre y otros fluidos corporales infectados o por vía parenteral. Por ello:

- En las personas adolescentes ≤ 18 años, no vacunadas con anterioridad, se recomienda la vacunación con pauta de tres dosis (0, 1 y 6 meses) o pauta acelerada con 4 dosis (0, 7, 21 días, 12 meses o bien 0, 1, 2, 12 meses) si fuera necesario.
- En las personas mayores de 18 años sólo está indicada la vacunación frente a la hepatitis B si existe riesgo personal u ocupacional de adquirir la infección y en profilaxis post-exposición percutánea a fluidos corporales infectados. Se recomienda realizar marcadores serológicos (anti-HBc, anti-HBs, AgHBs) antes de vacunar a personas con riesgo.

Se consideran personas con riesgo personal u ocupacional de adquirir la infección por virus de la hepatitis B:

- Contactos íntimos o convivientes de portadores de AgHBs.
- Residentes y trabajadores en centros psiquiátricos.
- Reclusos y personal de instituciones penitenciarias.
- Hombres que tienen sexo con hombres.
- Personas que ejercen a la prostitución.
- Personas con ITS de repetición y sus parejas.
- Pacientes con enfermedad hepática crónica. Alcoholismo crónico.
- Insuficiencia renal, preferentemente en fases iniciales, y pacientes en hemodiálisis.
- Personas que viajen a zonas de alta endemicidad con comportamientos u ocupaciones de riesgo y/o estancia prolongada.

Ministerio de Sanidad. Información para el viajero. Hepatitis B. Disponible en:
<https://www.sanidad.gob.es/areas/sanidadExterior/laSaludTambienViaja/consejosSanitarios/>

World Health Organization. Global hepatitis report, 2017. Disponible en:
<https://www.who.int/hepatitis/publications/global-hepatitis-report2017/en/>

- Trabajadores sanitarios y otros trabajos con riesgo de exposición a sangre o derivados, semen y secreciones vaginales.



- Personas que se inyectan drogas y sus parejas sexuales.
- Personas que practican punciones percutáneas (tatuajes, acupuntura, piercing...).
- Personas trasplantadas o en espera de trasplante de órgano sólido y progenitores hematopoyéticos (en pacientes con TPH se acepta el uso de vacuna hexavalente en todas las edades).
- Inmunodeprimidos (incluidas las personas con infección por VIH).
- Síndrome de Down.
- Receptores de transfusiones múltiples o hemoderivados de forma continuada (durante años o de por vida).

En población inmunocompetente la revacunación no está indicada si se han recibido 3 dosis de vacuna con pauta correcta a cualquier edad desde el nacimiento. Tampoco lo está realizar títulos de anticuerpos post-vacunales. Únicamente se recomienda determinar Ac anti-HBs entre 1 y 2 meses después de la vacunación completa para comprobar la seroconversión en determinados grupos de alto riesgo de exposición: hijos de madre portadora, individuos vacunados tras la exposición al virus de la hepatitis B, personal sanitario, dializados, inmunodeprimidos, personas trasplantadas, parejas sexuales de portadores o personas afectadas de hepatitis C crónica. En estos casos, si la medición de anticuerpos anti-HBs es $<10\text{mUI/ml}$ se administrará una dosis de refuerzo y se medirán de nuevo los anti-HBs a los 1-2 meses. Solo si los anti-HBs siguen siendo inferiores a 10UI/ml se administrarán 2 dosis más de vacuna para completar una segunda pauta vacunal. Si con estas 3 dosis adicionales no se alcanzara el nivel de Ac protectores (anti-HBs $\geq 10\text{UI/l}$), no se indicarán nuevas series y se consideraran “no respondedores”. Los no respondedores, en caso de una exposición a VHB, deberán recibir inmunoglobulina específica anti-hepatitis B.

Títulos bajos de anticuerpos frente a VHB que no se hayan realizado entre 1-2 meses después de la vacunación, no indican que no se esté protegido. Los estudios de eficacia vacunal han demostrado que la protección a largo plazo se asocia fundamentalmente con el desarrollo de memoria inmune que persiste más allá de la desaparición de títulos de anticuerpos.

Los pacientes en diálisis y pre-diálisis precisan una cantidad mayor de antígeno para alcanzar la protección deseada. En este caso se recomienda administrar la vacuna adyuvada (AS04) con $20\text{ }\mu\text{g}$ de AgHBs (Fendrix®) en pautas de 4 dosis (0, 1, 2, 6 meses), o la vacuna de alta carga con $40\text{ }\mu\text{g}$ (HBVAXPRO $40\text{ }\mu\text{g}$ ®) en pauta de tres dosis (0, 1, 6 meses). También es válido en el adulto, la administración de 2 dosis juntas en el mismo lugar (Engerix B $20\text{ }\mu\text{g}$ ®) en pauta de 4 dosis (0, 1, 2, 6 meses). Los títulos de anti-HBs deben ser verificados anualmente y si descienden por debajo de 10 UI/l , se administrará una dosis de refuerzo.

Las personas inmunocomprometidas también deben ser vacunadas con doble dosis de vacuna frente a hepatitis B del adulto (Engerix B $20\text{ }\mu\text{g}$ ®) en pauta de 4 dosis (0, 1, 2, 6 meses) o con HBVAXPRO $40\text{ }\mu\text{g}$ ® en pauta de tres dosis (0, 1, 6).

4. VACUNA FRENTE A DIFTERIA, TÉTANOS Y TOSFERINA ACELULAR

4.1. DTPa: DIFTERIA, TÉTANOS Y TOSFERINA ACELULAR DE ALTA CARGA

La vacunación en la infancia consiste en administrar tres dosis en el primer año de vida a los 2, 4 y 11 meses de edad en forma de vacuna combinada hexavalente (DTPa-VPI-Hib-HB).

En aquellos casos en los que la administración del componente frente a tosferina esté contraindicado se podrá administrar vacuna Td en sustitución de vacuna DTPa. Se tendrá en cuenta que la protección inmunológica frente a difteria puede no ser adecuada, por lo que no se descarta la necesidad de revacunaciones en un futuro si la situación epidemiológica así lo aconseja.

Para corrección de calendario, se puede usar la vacuna hexavalente en menores de 7 años de edad.

Vacunación en grupos de riesgo: En personas con trasplante de progenitores hematopoyéticos se recomiendan tres dosis de DTPa a los 6, 7, 8 meses post-trasplante y una de recuerdo a los 18 meses. En estos pacientes se acepta el uso de vacuna pediátrica (hexavalente) en todas las edades a pesar de que esta prescripción esté fuera de FT debido a la mayor carga antigénica y la seguridad aceptable de dicha vacuna.

4.2. DTPa-VPI: DIFTERIA, TÉTANOS, TOSFERINA ACELULAR DE ALTA CARGA Y POLIO

En los niños/as vacunados con un esquema 2+1 (2, 4 y 11 meses), nacidos a partir del 1 de julio de 2016, es necesaria una dosis de recuerdo a los 6 años con vacuna combinada tetravalente (DTPa-VPI). En aquellos casos en los que la administración del componente frente a tosferina esté contraindicada, se podrá administrar vacuna Td.

4.3. dTpa: DIFTERIA, TÉTANOS Y TOSFERINA ACELULAR DE BAJA CARGA

En los niños/as vacunados con un esquema 3+1 (2, 4, 6 y 18 meses), se debe administrar una dosis a los 6 años. En aquellos casos en los que la administración del componente frente a tosferina esté contraindicada, se podrá administrar vacuna Td.

A partir del 1 de enero de 2025 se sustituye la vacunación con Td a los 14 años por la vacunación con dTpa. El objetivo de esta sustitución es disminuir la carga de enfermedad por tosferina en la adolescencia y el riesgo de brotes escolares.

En población adulta, el objetivo fundamental de la vacunación con dTpa es la inmunización frente a la tosferina. Todas las vacunas frente a tosferina que se comercializan en España están combinadas con los toxoides de tétanos y difteria.

Una dosis de dTpa está recomendada además en:

- Mujeres embarazadas a partir de la semana 27 de gestación, preferentemente en las semanas 27 ó 28, con el objetivo de proteger al recién nacido frente a tosferina. En caso de riesgo de parto prematuro se recomienda la vacunación con dTpa a partir de la semana 20. La vacuna se administrará en cada embarazo independientemente del antecedente de vacunación previa e incluso si los embarazos consecutivos ocurren dentro de un periodo de 12 meses.



Cuando no existe constancia de vacunación frente al tétanos en la embarazada se administrarán tres dosis con pauta 0, 1 y 6 meses. Una de estas dosis de Td se sustituirá por dTpa, que se administrará entre la semana 27 y 36 de gestación, preferentemente en la semana 27 o 28. Las restantes dosis de Td se administrarán durante o tras el parto, manteniendo los intervalos apropiados. En el tercer trimestre de gestación se administrará siempre dTpa.

La administración concomitante de la vacuna y la inmunoglobulina anti-D a las embarazadas Rh negativas se recomienda en lugares anatómicos diferentes.

- Personas que desarrollen su actividad profesional en áreas de obstetricia y neonatología y sus áreas de urgencia.
- Personas con trasplante de órgano sólido o en espera del mismo, si hace más de 10 años desde la última dosis.
- Cáncer/hemopatías malignas en situación de inmunosupresión.
- Para corrección de calendario entre los 7 y los 18 años de edad, se recomienda al menos una dosis de dTpa, preferentemente la primera, de la pauta. (ver Anexo IV).
- La vacuna frente a dTpa se puede usar como profilaxis post-exposición ante un caso o brote de difteria o tosferina siguiendo el protocolo de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid.

4.4. Td: TÉTANOS Y DIFTERIA

En el calendario sistemático, se administra una dosis de Td a los 60 años a las personas que recibieron al menos 5 dosis durante la infancia y la adolescencia.

La inmunización de los adultos no vacunados previamente frente al tétanos se realiza con esta vacuna.

En lo referente a la difteria, se trata de una enfermedad que no supone un riesgo en la Comunidad de Madrid, no obstante, la vacunación frente a tétanos con componente tetánico y diftérico (Td), tiene la finalidad de mantener la seroprotección frente a esta enfermedad.

Antes de iniciar o completar una pauta de vacunación en adultos frente a tétanos se debe verificar el estado de vacunación previo y valorar el riesgo individual:

Para aquellas personas con 5 dosis de vacuna administradas, respetando los intervalos mínimos establecidos, se recomienda una única dosis de recuerdo a partir de los 60 años.

Para valorar la necesidad de primovacunación en el adulto se tendrán en cuenta los siguientes aspectos:

- La vacunación DTP se introdujo en España en 1965, administrando 2 dosis entre 3 meses y 3 años, con coberturas en torno al 70%, añadiendo una tercera dosis a partir de 1967. En el calendario de vacunación de 1975 se incluían 6 dosis de tétanos y 4 de difteria (DTP a los 3,



5, 7 meses; DT a los 15 meses y T a los 6 y 14 años). A partir de 1995, se vacunó con Td a los 4-6 años y a los 14 años.

- Hasta 2009 estaban indicadas dosis de recuerdo de Td cada 10 años en adultos
- En la encuesta de seroprevalencia realizada en España en 2020, la inmunidad frente a tétanos (títulos de anticuerpos $\geq 0,1$ UI/ml) es superior al 90 % entre los 6 y 49 años (superior al 97,5% entre los 15 y 39 años).
- La vacuna de tétanos se ha utilizado de manera habitual por parte de los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales y en el Servicio Militar Obligatorio por tanto la mayoría de los varones nacidos en España entre los años 1949 y 1983 han recibido, al menos, una pauta de primovacunación.
- En personas extranjeras nacidas posteriormente a 1981, se pueden revisar los datos de cobertura en su país de origen publicados por la OMS.

Se interrumpirá la serie de vacunación si se presenta una reacción local importante a cualquier dosis de Td.

Si tras la valoración, las personas adultas tienen criterio para vacunar, se recomienda iniciar o completar la serie con la siguiente pauta de vacunación (Tabla 1):

- **Primovacunación:** Tres dosis. La 1.^a dosis tan pronto como sea posible, 2.^a dosis al menos 4 semanas tras la primera, 3.^a dosis al menos 6 meses tras la segunda. En caso de primovacunación incompleta no es necesario reiniciar la pauta. Se contabilizará cualquier dosis administrada y se completará la serie hasta alcanzar un total de 3 dosis.
- **Dosis de recuerdo:** Dos dosis con un intervalo entre 1 y 10 años entre dosis hasta completar 5 dosis.

TABLA 1. PAUTA DE VACUNACIÓN FRENTE A TÉTANOS EN POBLACIÓN ADULTA NO VACUNADA

1. ^a DOSIS	2. ^a DOSIS	3. ^a DOSIS	1. ^{er} RECUERDO (4. ^a DOSIS)	2. ^o RECUERDO (5. ^a DOSIS)
Tan pronto como sea posible	Al menos 1 mes tras la 1. ^a dosis	Al menos 6 meses tras la 2. ^a dosis	10 años (mínimo 1 año tras la 3. ^a dosis)	10 años (mínimo 1 año Tras la 4. ^a dosis)

Vacunación ante heridas:

La pauta de vacunación profiláctica ante una herida requiere valorar las características de la herida (incluidas las úlceras crónicas en diabéticos) y los antecedentes de vacunación (Tabla 2).

TABLA 2. VACUNACIÓN FRENTE A TÉTANOS EN HERIDAS

ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN	HERIDA LIMPIA		HERIDA POTENCIALMENTE TETANÍGENA ^{(a), (1)}	
	Vacuna (Td)	IGT ^(b)	Vacuna (Td)	IGT ^(b)
<3 dosis o desconocida	Sí (completar primovacunación)	NO	Sí (completar primovacunación)	Sí



3 o 4 dosis	NO (si hace más de 10 años desde la última dosis, administrar una dosis)	NO	NO (si hace más de 5 años desde la última dosis, administrar una dosis)	NO ⁽²⁾
5 o más dosis	NO	NO	NO (si hace más de 10 años de la última dosis, valorar la administración de una única dosis adicional en función del tipo de herida)	NO ⁽²⁾

(a) En caso de **inmunodepresión y personas que se inyectan drogas**, se administrará una dosis de inmunoglobulina en heridas potencialmente tetanígenas, independientemente del estado de vacunación.

(b) **IGT**: inmunoglobulina antitetánica. Se administrará en lugar separado de la vacuna. En general se administran 250 UI. Si han transcurrido más de 24 horas, en personas con más de 90 kg de peso, en heridas con alto riesgo de contaminación o en caso de quemaduras, fracturas o heridas infectadas, se administrará una dosis de 500 UI.

(1) **Heridas potencialmente tetanígenas**: heridas o quemaduras con un importante grado de tejido desvitalizado, herida punzante (particularmente donde ha habido contacto con suelo o estiércol), contaminadas con cuerpo extraño, lesiones cutáneas ulceradas crónicas (especialmente en diabéticos), fracturas con herida, mordeduras, lesiones por congelación, aquellas que requieran intervención quirúrgica y que esta se retrase más de 6 horas y aquellas que se presenten en pacientes con sepsis.

(2) Aquellas heridas potencialmente tetanígenas contaminadas con gran cantidad de material que puede contener esporas y/o que presente grandes zonas de tejido desvitalizado (heridas de alto riesgo), recibirán una dosis de inmunoglobulina.

5. VACUNA FRENTE A LA POLIOMIELITIS (VPI)

La Región Europea obtuvo la certificación como “libre de poliomielitis” en el año 2002. No obstante, es fundamental garantizar y mantener una adecuada cobertura de vacunación frente a esta enfermedad.

En la edad infantil y adolescencia, hasta los 18 años de edad, se recomienda administrar cuatro dosis: tres dosis en el primer año de vida, a los 2, 4, y 11 meses de edad en forma de vacuna combinada hexavalente (DTPa-VPI-Hib-HB) y la cuarta dosis (dosis de refuerzo) a los 6 años de edad, con vacuna combinada tetravalente (DTPa-VPI).

En los adultos, solo será necesaria la vacunación con vacuna inactivada frente a poliomielitis monovalente (VPI) en caso de viajar a zonas específicas endémicas o epidémicas, en personal de laboratorio expuesto a poliovirus y en pacientes con TPH (en estos últimos se acepta el uso de vacuna hexavalente en todas las edades). En caso de estar indicada, si recibieron la primovacunación completa durante la infancia o hace más de 10 años, se administrará una dosis de recuerdo, en el caso de viajeros preferiblemente un mes antes del viaje. En los no vacunados deben administrarse 3 dosis con la pauta: 0, 1-2 meses después de la primera dosis y 6-12 meses después de la segunda dosis.

En los niños procedentes de países que utilizan la polio oral y que hayan recibido una pauta de dos o tres dosis exclusivamente con VPO bivalente (a partir de abril de 2016, que es cuando se produjo el cambio a nivel mundial impulsado por la OMS), administrar 2 dosis de VPI separadas por 4 meses para completar la pauta de vacunación y así garantizar la protección contra el serotipo 2 de poliovirus. Los niños que documenten vacunación completa frente a poliomielitis con vacuna oral trivalente (VPOt) o con vacuna oral bivalente (VPOb) más vacuna inactivada (VPI) no requieren ninguna dosis adicional de vacuna VPI.

6. VACUNA FRENTE A HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B (Hib)

En la infancia se recomienda administrar tres dosis en forma de vacuna combinada hexavalente (DTPa-VPI-Hib-HB) a los 2, 4, y 11 meses de edad.

No se recomienda la vacunación de Hib a partir de los 5 años de edad de manera rutinaria, únicamente a determinados grupos de riesgo e independientemente del antecedente de vacunación previa:

- Asplenia anatómica y/o funcional, preferiblemente dos semanas antes cuando se trate de una esplenectomía programada (dosis única).
- Déficit del sistema complemento, incluyendo tratamiento con eculizumab o ravulizumab (dosis única).
- Menores de 16 con cáncer/hemopatías malignas (ej. leucemia, linfoma) (dosis única).
- En menores y adolescentes entre 5 y 18 años no vacunados con anterioridad con infección por VIH (dos dosis separadas 4-8 semanas).
- En receptores de trasplante de progenitores hematopoyéticos. Se recomienda la vacunación con pauta de 4 dosis (a los 6, 7, 8 y 18 meses tras el trasplante). Se acepta el uso de vacuna hexavalente en todas las edades.

7. VACUNA FRENTE A NEUMOCOCO

La neumonía neumocócica (NN) y la enfermedad neumocócica invasora (ENI) suponen un grave problema de salud asociada sobre todo a la edad y a la existencia de factores de riesgo.

En la **edad infantil** se recomienda administrar 3 dosis de vacuna neumocócica conjugada 15 valente (VNC15) a los 2, 4 y 11 meses de edad. En lactantes prematuros se vacunará con la misma pauta que en los nacidos a término.

Las recomendaciones de vacunación frente a neumococo en **población menor de 18 años de edad** son las siguientes:

Vacunación sistemática infantil:

- Vacunación con VNC15 a los 2, 4 y 11 meses de edad (pauta 2+1). Los niños/as con pauta completa de 3 dosis con VNC13 no recibirán dosis adicionales de VNC15.
- En niños con condiciones de riesgo (tabla 3), se administrará pauta 3+1 (a los 2, 4, 6 y 11 meses de edad) y una vez que haya cumplido los 2 años de edad, se administrará una dosis de vacuna VNP23, con un intervalo de al menos 8 semanas desde la finalización de la pauta con VNC15. En los niños con inmunosupresión o asplenia se administrará una segunda dosis de VNP23 transcurridos 5 años, siempre que persista la condición.

Para aquellos niños mayores de un año que han sido correctamente vacunados con una pauta 2+1 (VNC13 o VNC15), y posteriormente presentan alguna condición de riesgo* (tabla 3), esta pauta se considerará válida y no precisarán de una dosis adicional de VNC15. Sí deberán recibir la vacunación adicional con VNP23.

Correcciones de calendario en niño/a sin condiciones de riesgo:



- Niños/as entre 12 y 23 meses de edad no vacunados previamente: deben recibir 2 dosis de VNC15 separadas mínimo 8 semanas entre sí.
- Niños/as de 2 a 5 años de edad no vacunados previamente: sólo es necesaria 1 dosis de VNC15.
- Niños/as mayores de 5 años de edad no vacunados previamente: no es necesario vacunar frente a neumococo.

Correcciones de calendario en niño/a con condiciones de riesgo*:

- Niños/as entre 12 y 23 meses de edad no vacunados previamente: deben recibir 2 dosis de VNC15 separadas mínimo 8 semanas entre sí. Si se mantiene la condición de riesgo, y una vez que haya cumplido los 2 años de edad, se administrará una dosis de vacuna VNP23, con un intervalo de al menos 8 semanas desde la finalización de la pauta con VNC15.
- Niños/as de 2 a 5 años de edad no vacunados previamente: deben recibir 2 dosis de VNC15 separadas mínimo 8 semanas entre sí, así como la vacunación adicional con VNP23, tal y como se indica anteriormente.
- Niños/as mayores de 5 años de edad no vacunados previamente: deben recibir 1 dosis de VNC15, así como la vacunación adicional con VNP23, tal y como se indica anteriormente.

En los niños con inmunosupresión o asplenia (ver tabla 3), se administrará una segunda dosis de VNP23 transcurridos 5 años, siempre que persista la condición.

* En niños/as con riesgo aumentado de padecer infecciones neumocócicas graves y a criterio del facultativo especialista responsable, se admite la vacunación con VNC20. En este caso no se requerirán dosis adicionales de ninguna vacuna frente a neumococo.



TABLA 3. GRUPOS DE RIESGO PARA LA VACUNACIÓN FRENTE A NEUMOCOCO EN MENORES DE 18 AÑOS

CONDICIONES DE RIESGO PARA ENFERMEDAD GRAVE POR NEUMOCOCO	
INMUNOCOMPETENTES (IC) CON PATOLOGÍA DE RIESGO	Enfermedad pulmonar crónica (asma grave, broncodisplasia pulmonar, fibrosis quística, déficit de $\alpha 1$ -antitripsina, bronquiectasias)
	Enfermedad cardíaca crónica, especialmente cardiopatías congénitas cianósicas o que cursen con insuficiencia cardíaca o alteraciones hemodinámicas
	Enfermedad hepática crónica
	Diabetes mellitus tipo I
	Alteraciones neurológicas que impliquen riesgo de broncoaspiración de líquidos o secreciones, como parálisis cerebral o crisis convulsivas recurrentes
	Fístula de líquido cefalorraquídeo (LCR)
	Implante coclear
	Síndrome de Down
	Antecedente de enfermedad neumocócica invasora confirmada
INMUNODEPRIMIDOS (IS) O ASPLÉNICOS	Inmunosupresión: Enfermedades que requieren tratamiento con fármacos inmunosupresores o radioterapia (incluidas leucemias, linfomas, trasplantes de médula ósea o de órgano sólido) Infección por VIH Inmunodeficiencias primarias (se excluye el déficit aislado de IgA asintomático) Insuficiencia renal crónica y síndrome nefrótico
	Asplenia congénita o adquirida, o disfunción esplénica Anemia de células falciformes y otras hemoglobinopatías graves

En la **edad adulta** (a partir de los 60 años de edad), desde el año 2005, la vacunación frente a neumococo se llevó a cabo con VNP23. Durante los años 2016 y 2017, se cambió la indicación de vacunación a las cohortes nacidas en 1956 y 1957 respectivamente con VNC13, y ya en enero de 2018, la pauta de vacunación con VNC13 se hizo extensiva a todas las personas de 60 y más años de edad, quedando la VNP23 para pauta secuencial en personas de alto riesgo: Inmunodeficiencias y deficiencias sistema complemento, tratamiento inmunosupresor, asplenia o disfunción esplénica grave, infección por VIH, insuficiencia renal crónica y síndrome nefrótico, trasplante; fístula de LCR, implante coclear, antecedente de ENI confirmada y cirrosis hepática.

En abril de 2023, tras la evaluación de la situación epidemiológica de la EN en la CM, de las características de las vacunas disponibles y habiendo revisado las recomendaciones de vacunación en EEUU y países de nuestro entorno, en la CM se decidió modificar el esquema de vacunación frente a neumococo con la inclusión de la VNC20 para la población adulta. (Tabla 4).

El objetivo de este cambio de pauta fue:

- Mejorar la protección frente a serotipos adicionales que antes sólo estaban incluidos en la VNP23, con las ventajas de una vacuna conjugada frente a una vacuna polisacárida. A destacar la inclusión del serotipo 8, el 11A y el 22F en la VNC20, especialmente importantes en la epidemiología de nuestro país y de nuestra comunidad autónoma, y que no están incluidos en la VNC13.



- Simplificar las recomendaciones de vacunación al unificar las indicaciones de vacunación en población adulta a partir de los 60 años con y sin condiciones de riesgo, así como a menores de 60 años con condiciones de riesgo. De esta manera, se evitarán posibles errores en la elección de la pauta y se espera mejorar la cobertura de personas con la pauta correcta completa.

Las recomendaciones de vacunación frente a neumococo en adultos a partir de 18 años de edad, en función de la categoría de riesgo a la que pertenezcan y el antecedente de vacunación con vacunas antineumocócicas son las siguientes (Tablas 4 y 5):

- Personas ≥ 60 años con o sin factores de riesgo y personas entre 18 y 59 años con patologías de riesgo para la enfermedad neumocócica que no hayan recibido ninguna vacuna neumocócica previa, recibirán una dosis de VNC20.
- En personas con antecedentes de vacunación frente al neumococo, las pautas son las siguientes:
 - **Personas ≥ 60 años sin factores de riesgo** que hayan recibido al menos una dosis de VNC13 o una pauta secuencial (VNC13 +VNP23) NO se recomienda revacunar. Si han recibido al menos una VNP23 tampoco se recomienda revacunar con VNC20 salvo si la última dosis de VNP23 se administró antes de los 60 años de edad y han pasado más de 5 años desde la última dosis.
 - **Personas ≥ 60 años con patología crónica de base** que hayan recibido al menos una dosis de VNC13 NO se recomienda revacunar con VNC20 salvo si la última dosis de VNC13 se administró antes de los 60 años de edad y han pasado más de 5 años desde la última dosis. Si han recibido al menos una dosis de VNP23 se recomienda revacunar con VNC20 transcurrido un año desde la última dosis. Si han recibido una pauta secuencial (VNC13 +VNP23) NO se recomienda revacunar.
 - **Personas entre 18 y 59 años con patología crónica de base** que hayan recibido al menos una dosis de VNC13 o una pauta secuencial (VNC13 +VNP23) NO se recomienda revacunar. Si han recibido al menos una dosis de VNP23 se recomienda revacunar con VNC20 transcurrido un año desde la última dosis.
 - **Personas a partir de los 18 años con patología de alto riesgo** que hayan recibido al menos una dosis de VNC13 o una de VNP23 se recomienda vacunar con VNC20 transcurrido un año desde la última dosis. Si han recibido una pauta secuencial (VNC13 +VNP23) se recomienda vacunar con VNC20 si hace más de 5 años desde la última dosis.



TABLA 4. PAUTA DE VACUNACIÓN FRENTE A ENI Y NN EN ADULTOS

Grupo poblacional		PAUTA DE VACUNACIÓN			
		SIN VACUNA PREVIA	CON VACUNA PREVIA		
			Al menos una dosis de VNC13	Al menos una dosis de VNP23	VNC13 +VNP23
≥60 años	Sin patologías de riesgo	VNC20	No revacunar	No revacunar. VNC20 solo si se vacunó antes de los 60 años de edad y han pasado más de 5 años.	No revacunar
	Con patología crónica de base	VNC20	No revacunar. VNC20 solo si se vacunó antes de los 60 años de edad y han pasado más de 5 años.	VNC20 (intervalo 1 año)	No revacunar
	Con patología de alto riesgo	VNC20	VNC20 (intervalo 1 año)	VNC20 (intervalo 1 año)	VNC20 si hace más de 5 años de la última dosis.
18-59 años	Con patología crónica de base	VNC20	No revacunar	VNC20 (intervalo 1 año)	No revacunar
	Con patología de alto riesgo	VNC20	VNC20 (intervalo 1 año)	VNC20 (intervalo 1 año)	VNC20 si hace más de 5 años de la última dosis.

TABLA 5. GRUPOS DE RIESGO PARA LA VACUNACIÓN FRENTE A NEUMOCOCO EN ADULTOS

ENFERMEDAD O SITUACIÓN	
GRUPOS DE ALTO RIESGO	INMUNODEPRIMIDOS
	Inmunodeficiencias y deficiencias sistema complemento Tratamiento inmunosupresor Asplenia o disfunción esplénica grave Infección VIH Insuficiencia renal crónica y síndrome nefrótico Trasplante de órgano sólido Trasplante de progenitores hematopoyéticos
	INMUNOCOMPETENTES CON LAS SIGUIENTES PATOLOGÍAS
PATOLOGÍA CRÓNICA	Fístula de LCR Implante coclear Antecedente de enfermedad neumocócica invasora confirmada Cirrosis hepática
	Enf. Cardiovascular y respiratoria crónica Enf. Neurológicas y neuromusculares graves Enfermedad hepática crónica Diabetes Mellitus Enfermedad celiaca Personas institucionalizadas Alcoholismo y tabaquismo crónico Receptores de concentrados de factores de coagulación Síndrome de Down Obesidad mórbida (IMC>39) Antecedente de neumonía de cualquier etiología que haya precisado hospitalización

8. VACUNA FRENTE A MENINGOCOCO SEROGRUPO B

De acuerdo al documento “Recomendaciones de vacunación frente a la enfermedad meningocócica invasiva por serogrupo B” aprobado el 17 de noviembre en la Comisión de Salud Pública del CISNS y accesible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/comoTrabajamos/docs/MenB_2022.pdf, a partir del 1 de enero de 2023 se incluyó la vacunación sistemática frente a MenB en la población infantil (nacidos a partir del 1 de noviembre de 2022) con una pauta 2+1, a los 2, 4 y 12 meses de edad. Es importante vacunar en tiempo a los 2 y 4 meses de edad ya que los datos de Vigilancia Epidemiológica muestran un aumento de los casos de MenB a partir del tercer mes de vida, parte de los cuales no serían prevenibles si se retrasa la pauta de vacunación.

La inclusión de esta vacuna en calendario implica la administración de 4 inyecciones a los 4 meses de edad. Se administrarán dos en cada muslo, con una distancia de al menos 2,5 cm entre las inyecciones administradas en el mismo muslo. No es necesaria la profilaxis con antitérmicos.

En la población de riesgo no vacunada previamente, se mantienen las indicaciones actuales de vacunación a los siguientes grupos de población con alto riesgo de padecer enfermedad meningocócica invasora (EMI), siguiendo la pauta que se muestra en la tabla 6:

- Personas con asplenia o disfunción esplénica grave (incluida la anemia de células falciformes).
- Personas con deficiencia del complemento, incluyendo las que utilizan un inhibidor del complemento y tratamiento con eculizumab y sus derivados de acción prolongada (ravulizumab).
- Personas con trasplante de progenitores hematopoyéticos. Pauta dos dosis a los 12 meses y a los 18 meses tras el trasplante (intervalo mínimo 1 mes).
- Personas que han sufrido un episodio de EMI independientemente del estado de vacunación previo.
- Personal de laboratorio (técnicos de laboratorio y microbiólogos) que trabaje con muestras que potencialmente puedan contener *Neisseria meningitidis*.

En estos grupos de riesgo, excepto en la situación de padecimiento anterior de enfermedad meningocócica invasora y en los menores de 2 años, se recomienda la administración de una dosis de recuerdo 1 año después de completar la vacunación y, posteriormente valorar recuerdos cada 5 años.

También se recomienda la vacunación a los contactos cercanos de un caso de EMI por este serogrupo si presentan algún factor de riesgo de los antes mencionados siguiendo los protocolos de Vigilancia Epidemiológica de la CM.



TABLA 6. ESQUEMA DE VACUNACIÓN FRENTE A MENINGOCOCO SEROGRUPO B EN GRUPOS DE RIESGO (BEXSERO®)

EDAD A LA PRIMERA DOSIS	INMUNIZACIÓN PRIMARIA	INTERVALOS ENTRE DOSIS PRIMARIAS	DOSIS DE RECUERDO
Lactantes de 2 a 5 meses de edad^(a)	Tres dosis de 0,5 ml cada una	No menos de 1 mes	Si, una dosis entre los 12 y 15 meses de edad con un intervalo de al menos 6 meses entre la primovacuna y la dosis de recuerdo ^(b, c)
	Dos dosis de 0,5 ml cada una	No menos de 2 meses	
Lactantes de 6 a 11 meses de edad	Dos dosis de 0,5 ml cada una	No menos de 2 meses	Si, una dosis en el segundo año de vida con un intervalo de al menos 2 meses entre la primovacuna y la dosis de recuerdo ^(c)
Niños de 12 a 23 meses de edad	Dos dosis de 0,5 ml cada una	No menos de 2 meses	Si, una dosis con un intervalo de al 12 a 23 meses entre la primovacuna y la dosis de recuerdo ^(c)
Niños de 2 a 10 años de edad	Dos dosis de 0,5 ml cada una	No menos de 1 mes	Se debe considerar una dosis de recuerdo en individuos con riesgo continuado de exposición a la enfermedad meningocócica, según las recomendaciones oficiales
Adolescentes (desde 11 años de edad) y adultos			

(a) La primera dosis no debe administrarse antes de los 2 meses de edad. La seguridad y eficacia de Bexsero en lactantes de menos de 8 semanas no se ha establecido. No se dispone de datos.

(b) En el caso de retraso en la administración, la dosis de recuerdo no se debe administrar más tarde de los 24 meses de edad.

(c) La necesidad y el plazo de otras dosis de recuerdo no han sido determinados.

9. VACUNA FRENTE A MENINGOCOCO SEROGRUPO C (MenC)

A partir del 1 de enero de 2026 la vacunación con MenC se realizará únicamente a los 4 meses de edad.

10. VACUNA FRENTE A MENINGOCOCO SEROGRUPOS ACWY (MenACWY)

A partir del 1 de enero de 2026 se sustituye la vacunación de refuerzo con MenC a los 12 meses de edad por MenACWY, con el objetivo de ampliar la protección frente a la enfermedad meningocócica y garantizar la equidad.

Los niños/as que ya hayan recibido una dosis de vacuna MenC a partir de los 12 meses de edad se consideran bien vacunados y no precisan de vacunación adicional. Los niños/as mayores de 1 año de edad que no hayan recibido aún la dosis de vacuna frente a meningococo correspondiente a los 12 meses recibirán MenACWY.

La vacunación frente a MenACWY también está indicada en la adolescencia, a los 12 años de edad.

Además, se realizará vacunación de rescate con MenACWY a los adolescentes hasta los 18 años de edad que no tengan administrada ninguna dosis a partir de los 10 años de edad.



Aquellas personas que hubieran recibido una dosis de MenACWY a partir de los 10 años de edad se consideran bien vacunadas y por tanto no precisan otra dosis adicional.

La vacunación con vacuna MenACWY se recomienda además a personas pertenecientes a los siguientes grupos de riesgo:

- Personas con asplenia anatómica o disfunción esplénica grave: Pauta 2 dosis, separadas un intervalo mínimo de 8 semanas, y una dosis de recuerdo a los 5 años. En menores de 12 meses, administrar además una dosis de refuerzo a los 12 meses, con un intervalo de al menos 2 meses entre dosis.
- Personas con deficiencias del sistema complemento: Pauta 2 dosis, separadas un intervalo mínimo de 8 semanas, y una dosis de recuerdo a los 5 años. En menores de 12 meses, administrar además una dosis de refuerzo a los 12 meses, con un intervalo de al menos 2 meses entre dosis.
- Personas en tratamiento con eculizumab o ravulizumab: Pauta 2 dosis, separadas un intervalo mínimo de 8 semanas, y una dosis de recuerdo a los 5 años. En menores de 12 meses, administrar además una dosis de refuerzo a los 12 meses, con un intervalo de al menos 2 meses entre dosis.
- Personas con trasplante de progenitores hematopoyéticos: Pauta 2 dosis, separadas un intervalo mínimo de 6 meses.
- Personas con Infección por VIH: Pauta 2 dosis, separadas un intervalo mínimo de 8 semanas, en niños/as mayores de 12 meses y adolescentes, una dosis inicial y una dosis de recuerdo a los 12 años. En menores de 12 meses, otra dosis de refuerzo a los 12 meses, con un intervalo de al menos 2 meses entre dosis). Se valorará la necesidad de dosis de recuerdo posteriores.
- Personas que han padecido un episodio de EMI independientemente del estado de vacunación previo: 1 dosis.
- Personal de laboratorio (técnicos de laboratorio y microbiólogos) que trabaje con muestras que potencialmente puedan contener *Neisseria meningitidis*: 1 dosis. Si el riesgo continua se administrará una dosis de recuerdo cada 5 años.

También está recomendada la vacunación a los contactos cercanos de casos de EMI por estos serogrupos, siguiendo los protocolos de Vigilancia Epidemiológica de la CM.

En los viajeros internacionales que se desplacen a zonas de alta endemicidad, especialmente a la zona del "cinturón de la meningitis" en África Subsahariana en la época seca (enero a junio) la vacunación con MenACWY puede estar recomendada 2 semanas antes de iniciar el viaje. En Arabia Saudí, esta vacuna es obligatoria para todos los peregrinos que visitan la Meca para la Umra y el Hajj por lo que se debe acudir a los Centros de Vacunación Internacional para obtener el certificado.



11. VACUNACIÓN FRENTE A ROTAVIRUS (RV)

La Comunidad de Madrid, siguiendo las recomendaciones de “Vacunación en Prematuros” aprobadas por la Comisión de Salud Pública del CISNS en noviembre de 2019 (https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/enfermedades/docs/Vacunacion_Prematuros.pdf), incluyó la vacunación frente a rotavirus a partir de las 6 semanas de vida en lactantes nacidos entre las semanas 25 y 32 de gestación, clínicamente estables y sin contra-indicaciones.

A principios de 2024 la Comisión de Salud Pública aprobó la recomendación de la vacunación frente a rotavirus a todos los lactantes a partir de las 6 semanas de vida (https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/comoTrabajamos/docs/Rotavirus_Recomendaciones2024.pdf). En la CM, a partir del 1 de octubre de 2024 se incluyó la vacunación sistemática frente a rotavirus para todos los nacidos a partir del 1 de agosto de 2024, con pauta de dos dosis: a los 2 y a los 4 meses de edad.

A continuación (Tabla 7), se detallan las características de Rotarix®, vacuna adjudicataria del proceso de adquisición en la Comunidad de Madrid.

TABLA 7. CARACTERÍSTICAS DE ROTARIX® SEGÚN FICHA TÉCNICA

Nombre comercial	ROTARIX
Laboratorio Titular	GlaxoSmithKline
Origen	Cepa humana viva, atenuada G1(P8) Rix (4414)
Pauta	2 dosis (intervalo mínimo 4 semanas)
Edad gestacional mínima en FT	27 semanas*
Indicación en FT	Entre las 6 y 24 semanas de edad
Edad administración 1.ª dosis	6-12 semanas de vida preferentemente, aunque puede extenderse hasta la semana 20

* En lactantes con menor edad gestacional se podrá administrar contando con el consentimiento informado de los progenitores o tutores legales.

Aunque la información sobre intercambiabilidad de las vacunas Rotarix y Rotateq es limitada, el criterio general es que si una de las dosis de vacuna recibida es la vacuna Rotateq la pauta de vacunación será de 3 dosis con una separación mínima entre dosis de 4 semanas.

TABLA 8. ESQUEMA DE INTERCAMBIABILIDAD DE VACUNAS EN CASO DE HABER INICIADO PAUTA CON ROTATEQ®

1º DOSIS	2º DOSIS	3º DOSIS	INTERVALOS ENTRE DOSIS	PLAZO MÁXIMO DE ADMINISTRACIÓN PARA LA DOSIS FINAL
Rotateq®	Rotarix®	Rotarix®	4 semanas	23 semanas + 6 días*
Rotateq®	Rotateq®	Rotarix®		

* Si el lactante superara la edad última de administración, no continuará la pauta para completar el número total de dosis

Para más información se puede consultar el documento técnico en: <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/vacunas-informacion-profesionales>



12. VACUNA FRENTE A SARAMPIÓN, RUBEOLA, PAROTIDITIS Y VARICELA

Tanto la rubeola como el sarampión son enfermedades contempladas en planes de eliminación establecidos en la Región Europea de la OMS. Para lograr este objetivo es necesario alcanzar y mantener coberturas de vacunación del 95% con dos dosis tanto a nivel nacional, autonómico como local. Respecto a la varicela, el objetivo de la vacunación es el control de la enfermedad.

En la edad infantil se recomienda a los 12 meses de edad administrar una primera dosis de vacuna frente a sarampión, rubeola y parotiditis en forma de vacuna triple vírica (TV) y a los 15 meses la primera dosis de vacuna frente a varicela, en forma de vacuna monocomponente (VVZ).

A partir del 1 de enero de 2025, la segunda dosis se adelantó de los 4 a los 3 años de edad, en forma de vacuna combinada tetravírica frente a sarampión, rubeola, parotiditis y varicela (SRPV) (Tabla 9). La principal ventaja de esta vacuna es que permite reducir el número de pinchazos. Aunque el uso de la vacuna tetravírica está admitido desde los 11-12 meses de edad, dada la mayor frecuencia de fiebre y convulsiones febriles en los siguientes 7-10 días siguientes, cuando se administra por debajo de los 23 meses y como primera dosis, no se recomienda su uso hasta los 2 años de edad.

TABLA 9. ESQUEMA DE VACUNACIÓN FRENTE A SARAMPIÓN, RUBEOLA, PAROTIDITIS Y VARICELA

EDAD DE VACUNACIÓN	12 meses	15 meses	3 años
VACUNA	TV	VVZ	SRPV

Los niños/as que han padecido la varicela antes de cumplir 1 año, debido a la presencia de anticuerpos maternos y a la inmadurez del sistema inmunológico puede dar lugar a formas clínicas poco expresivas, y una respuesta inmunológica incompleta. Los estudios serológicos más recientes muestran que la persistencia de anticuerpos maternos en el lactante es variable, pero de menor duración que en la época prevacunal. Por otro lado, la vacunación de personas inmunes no conlleva riesgos relevantes. Debido a la importancia de asegurar la inmunización infantil y frenar la circulación del VVZ, se recomienda en general no considerar el antecedente de haber padecido varicela en el primer año de vida como prueba de inmunidad y administrar la pauta vacunal estándar a estos niños.

No obstante, se pueden valorar los casos de forma individual, atendiendo fundamentalmente a la edad y a la seguridad del diagnóstico de varicela:

- Los lactantes de más de 6 meses de edad que sufren una varicela, clínicamente clara, probablemente desarrollarán una inmunidad completa y duradera. Pueden ser considerados inmunes y, por tanto, omitir en ellos la vacunación.
- Los lactantes que padecen la varicela con una edad inferior a 6 meses y los menores de 1 año en los que la enfermedad sea leve o muy leve, de tal modo que su diagnóstico dé

lugar a dudas, deberán vacunarse a la edad indicada con carácter general, sin tener en cuenta el antecedente citado.

Los niños/as que, a la edad de la vacunación estándar, refieren el antecedente de varicela clínicamente muy leve y con poca seguridad diagnóstica deben ser vacunados según la pauta estándar.

También está indicada la vacunación de rescate frente a varicela en adolescentes que no refieran antecedentes de haber pasado la enfermedad y que no se hayan vacunado. Se les administrarán 2 dosis de VVZ separadas por un intervalo mínimo de 4 semanas entre dosis (preferiblemente 8 semanas) o se completará la pauta si se ha recibido una sola dosis con anterioridad.

En la edad adulta, se recomienda la vacunación con 2 dosis de TV separadas al menos 4 semanas a las personas adultas nacidas a partir de 1978 sin historia de vacunación. Según la 2ª encuesta de seroprevalencia realizada a nivel nacional, casi el 100% de las serologías en personas nacidas antes de 1977 son positivas a sarampión. Si hubieran recibido ya una dosis con anterioridad, se administrará una segunda respetando el intervalo mínimo. Para las personas nacidas fuera de España, puesto que el calendario que hayan seguido puede ser diferente al de nuestro país, no se tendrá en cuenta el año de nacimiento y solo se considerará población no susceptible si se aporta documentación de vacunación previa correcta. Se recomienda administrar dos dosis de vacuna con componente de sarampión si no las tienen documentadas.

- Personas nacidas entre 1985-1988 y 1995-1998 se consideran bien vacunadas si tienen dos dosis de vacuna TV que incluya las cepas Jeryl Lynn o RIT 4385. De no ser así se recomienda reforzar la inmunidad mediante la administración de una o dos dosis adicionales, según corresponda.
- En población general no se recomienda la realización de serología previa para rubeola ni parotiditis por problemas de sensibilidad de las técnicas y su interpretación.
- Se hará especial hincapié en la vacunación de los siguientes grupos de población si no tienen evidencia de inmunidad:
 - Personas con infección VIH ≥ 200 células/ μ l mantenidos durante al menos 6 meses sin evidencia de inmunidad a sarampión y en caso de mujeres en edad fértil sin evidencia de inmunidad a rubeola.
 - Profesionales sanitarios, incluidos estudiantes en centros sanitarios.
 - Mujeres en edad fértil susceptibles que no estén embarazadas. La serología en embarazadas no aclara su estado inmune; si consta de forma clara que recibió al menos una vacuna frente a rubeola (triple vírica) en algún momento anterior a la gestación, se considera inmune frente a esta enfermedad; si no es así, necesitará ser vacunada hasta completar una pauta de 2 dosis de TV con un mes de separación una vez que de a luz.
 - Personas que realicen viajes internacionales.

En personas con dos dosis documentadas de vacuna frente a sarampión, rubeola y parotiditis, separadas al menos 4 semanas, no se recomienda la realización de comprobaciones serológicas ni requieren dosis adicionales.



La vacuna TV puede emplearse como medida post-exposición ante un caso o brote para evitar la enfermedad o mitigar su gravedad. En los contactos susceptibles de alto riesgo de complicación y en los que está contraindicada la vacuna (niños menores de 6 meses, mujeres embarazadas, y pacientes inmunodeprimidos), se puede administrar la inmunoglobulina inespecífica. Para ello se seguirán las indicaciones incluidas en el protocolo de Vigilancia Epidemiológica de la CM.

En personas adultas susceptibles la varicela puede causar importante morbimortalidad, por lo que todas aquellas que no tengan constancia de inmunidad deberán vacunarse con dos dosis (0, 1-2 meses).

Hay que tener en cuenta que según los datos de la 2ª encuesta de seroprevalencia en España de 2020, la prevalencia de anticuerpos frente al virus de la varicela por grupos de edad muestra que la menor protección, inferior al 80 %, se presenta en los menores de 6 años, aumentando hasta superar el 96 % en los que tienen 15 o más años, es decir, en las personas nacidas antes de 2002. Según la última Encuesta de Serovigilancia de la CM de 2022, la seroprevalencia de anticuerpos frente a varicela es de 92,1% (IC95%: 90,8-93,3). En la población menor de 15 años la cifra se acerca al 80% y a partir de los 21 años de edad supera el 95%.

La evidencia de inmunidad a la varicela en la población adolescente y adulta incluye:

- Documentación de vacunación con dos dosis.
- Antecedentes de varicela.
- Historia de herpes zóster.
- Confirmación serológica (IgG positiva).

A las personas que no cumplan alguno de los cuatro criterios anteriores, se recomendarán dos dosis de vacuna a administrar con un intervalo de al menos 4 semanas entre las dosis. En caso de tener una dosis administrada con anterioridad, solo se administrará una dosis independientemente del tiempo que haya pasado desde la administración de la primera.

La vacuna de la varicela se puede usar como profilaxis post-exposición ante un caso o brote. Para ello se seguirá el protocolo de Vigilancia Epidemiológica de la CM.

Las vacunas TV, VVZ y SPRV son vacunas de virus vivos atenuados por lo que están contraindicadas, entre otras situaciones, en personas que estén recibiendo tratamiento inmunosupresor (incluidas dosis altas de corticoides), personas con inmunodeficiencia humoral o celular grave (primaria o adquirida) y embarazo. Las mujeres en edad fértil (15-49 años) deben evitar el embarazo en las cuatro semanas siguientes a la vacunación.

13. VACUNA FRENTE AL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)

El programa de vacunación frente al VPH en España se implantó en mujeres en 2008 con el objetivo de prevenir el cáncer de cérvix, siendo las primeras cohortes vacunadas las nacidas en 1994.

En enero de 2023 y siguiendo las recomendaciones aprobadas por la Comisión de Salud Pública en octubre de 2022, accesibles en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/pre-vPromocion/vacunaciones/comoTrabajamos/docs/Recomendaciones_vacunacion_VPHVarones.



[pdf](#), la CM modificó el objetivo del programa de vacunación de la prevención del cáncer de cérvix a la prevención, en ambos sexos, de la infección persistente y de las enfermedades relacionadas con VPH, independientemente del genotipo causante, localizadas en cérvix, área ano genital y cabeza y cuello, incluyendo la vacunación a los varones a los 12 años de edad. Así, en el año 2023 se amplió la vacunación sistemática a los niños que cumplen 12 años a partir del 1 de enero de 2023 (cohorte de nacidos en 2011).

En el seno de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones, en julio de 2024, se realizó una ["Actualización de las recomendaciones de vacunación frente a VPH relacionadas con la revisión de la estrategia de una dosis"](#). La información sobre la eficacia, efectividad y seguridad de 1 dosis consideró suficiente para cambiar a una pauta de 1 dosis en personas hasta los 25 años (incluidos) de edad.

Las recomendaciones y pauta de vacunación frente a VPH son las siguientes:

a. **Vacunación sistemática y captación por edad:** Pauta de 1 dosis:

- Vacunación sistemática de niñas y niños a los 12 años.
- Captación de mujeres y varones no vacunados hasta los 18 años (incluidos).

b. **Vacunación a personas con las siguientes condiciones de riesgo:**

- Pauta de 1 dosis, hasta los 25 años de edad y 2 dosis (0 y 6 meses) a partir de los 26 años hasta los 45 años (incluidos):
 - Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.
 - Personas en situación de prostitución
 - Personas que han sufrido una agresión sexual.
- Pauta de 3 dosis (0, 2 y 6 meses), hasta los 45 años de edad:
 - Síndrome WHIM (IDP): vacuna que cubra tipos 6 y 11.
 - Infección por VIH.
 - Trasplante de órgano sólido o de progenitores hematopoyéticos.
- Pauta de 3 dosis (0, 2 y 6 meses), cualquier edad:
 - Mujeres con cualquier tratamiento de lesión intraepitelial de alto grado en cérvix (CIN2+). La vacunación se realizará preferentemente antes del tratamiento de la lesión o, si no es posible, cuanto antes después de finalizar el tratamiento.

En cualquiera de las recomendaciones anteriores se aplicará una pauta de 3 dosis (0, 2 y 6 meses) si coexiste una situación de inmunosupresión.

Esta vacuna está indicada únicamente para uso profiláctico y no tiene efecto sobre las infecciones por VPH activas o sobre la enfermedad clínica ya existente.



14. VACUNA FRENTE A HERPES ZÓSTER (HZ)

El herpes zóster (HZ) es un importante problema de salud pública por su alta prevalencia. Las tasas de incidencia son mayores a partir de los 50 años y en mujeres, aumentando con la edad y, de manera considerable, con la presencia de inmunodepresión y ciertas condiciones de riesgo.

Si bien presenta una baja mortalidad, las complicaciones derivadas de la enfermedad, sobre todo la neuralgia postherpética (NPH), pueden ocasionar discapacidad y disminuir la calidad de vida.

A partir del acuerdo alcanzado, en marzo de 2021, por la Comisión de Salud Pública (https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/programasDeVacunacion/docs/HerpesZoster_RecomendacionesVacunacion.pdf), en la CM se incorpora en el año 2022 la vacunación sistemática frente a HZ con la vacuna Shingrix® (RZV), en la cohorte de 65 años y 80 años de edad y en determinados grupos de riesgo.

Con el objetivo de vacunar en el menor tiempo posible a las personas con edades comprendidas entre 65 y 80 años de edad se van incluyendo cada año nuevas cohortes a vacunar. En 2023 y 2024 se ampliaron las cohortes a vacunar por grupos de edad entre los 75 y 80 años de edad. En 2025 se amplió la indicación a nuevas cohortes y en 2026 se completa la inclusión de la totalidad de las cohortes de la población diana establecida (ver Tabla 10). Por tanto las personas con indicación de vacunación son:

Personas por edad: Vacunar con pauta de dos dosis, separadas entre sí, al menos, dos meses.

- Personas de 65 a 80 años de edad (nacidos entre 1946 y 1961).
- Y personas nacidas entre 1942 y 1945 no vacunadas anteriormente.

Personas pertenecientes a los siguientes grupos de riesgo, a partir de los 18 años de edad. Vacunar con pauta de dos dosis, separadas entre sí, al menos, dos meses (siempre que sea posible se realizará la vacunación antes de iniciarse el estado de inmunosupresión o aprovechando las mejores “ventanas inmunológicas”):

- Trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH). En el caso de personas que se vacunan tras la realización del trasplante, la primera dosis se administrará al menos 6 meses tras el trasplante.
- Trasplante de órgano sólido (TOS) o en espera del mismo. En el caso de personas que se vacunan tras el trasplante, la primera dosis se administrará 4-8 meses tras el trasplante.
- Tratamiento con fármacos anti-JAK. Vacunar si es posible, antes del inicio del tratamiento.
- VIH. En personas con VIH y $CD4 \geq 200/\mu l$ no es necesario esperar ningún periodo de tiempo tras el diagnóstico para la vacunación. Si $CD4 < 200/\mu l$, se decidirá el momento de la vacunación tras valoración médica individual, pudiendo retrasar la administración de la vacuna si se espera una mejoría del estado inmunitario en un corto período de tiempo (2-3 meses) tras el inicio del tratamiento antirretroviral.



- Hemopatías malignas. En el caso de personas que van a iniciar tratamiento quimioterápico, la primera dosis se administrará al menos 10 días antes de iniciar el primer ciclo de tratamiento. En gran inmunosupresión, se pueden buscar periodos de ventana con inmunidad aceptable y plantear pauta corta de 4 semanas entre dosis. También se puede vacunar después de completar el curso de quimioterapia.
- Tumores sólidos en tratamiento con quimioterapia. Si la vacunación se inicia antes de comenzar la quimioterapia, la primera dosis se administrará al menos 10 días antes del tratamiento. También se pueden buscar periodos ventana o vacunar después de completar el curso de terapia antitumoral.
- Antecedente de dos o más episodios de herpes zóster. La primera dosis se administrará al menos 6 meses después del último episodio.
- Personas (a partir de los 50 años) en tratamiento con otros fármacos inmunomoduladores o inmunosupresores:
 - Terapias dirigidas frente a células B (incluido rituximab durante el tratamiento y hasta un período de 6 meses tras el mismo), anticuerpos monoclonales frente al receptor de IFN-I (Anifrolumab), fármacos anti-TNF, moduladores de la coestimulación de células T, inhibidores del receptor de IL-6, inhibidores de IL-17, inhibidores de IL-12/23, inhibidores de IL-23, corticoides sistémicos a dosis moderadas-altas, es decir, el equivalente a ≥ 20 mg/día de prednisolona durante más de 10 días, recibida en las 4 semanas previas o el equivalentes a ≥ 10 mg/día de prednisolona durante más de 4 semanas, recibida en los tres meses previos.
 - Otros fármacos como metotrexato >20 mg/semana (oral o subcutáneo), azatioprina >3 mg/kg/día, 6-mercaptopurina $>1,5$ mg/kg/día, micofenolato >1 g/día, durante el tratamiento y hasta un período de 3 meses tras el mismo.
 - Otras combinaciones terapéuticas de fármacos inmunomoduladores con dosis individuales inferiores a las descritas.

A continuación, se incluye el esquema de vacunación de los años 2022 a 2026, empezando por los de más edad, de acuerdo a las recomendaciones del nivel nacional.

TABLA 10. ESQUEMA DE VACUNACIÓN FRENTE A HZ EN LA COMUNIDAD DE MADRID

AÑO	2022	2023	2024	2025	2026
Cohortes nuevas a vacunar	Nacidos en 1942 ó 1957	Nacidos en 1958 Nacidos entre 1943 y 1948	Nacidos en 1959 Nacidos en 1949	Nacidos en 1960 Nacidos entre 1950 y 1953	Nacidos en 1961 Nacidos entre 1954 y 1956
Edad de las nuevas cohortes a vacunar	65 y 80 años	65 años 75-80 años	65 años 75 años	65 años 72-75 años	65 años 70-72 años
Vacunación de las personas no vacunadas en el año asignado					

Se podrá vacunar a las personas que han recibido vacuna Zostavax® (ZVL) con anterioridad, administrando la primera dosis de HZ/su al menos 5 años después de ZVL.

En relación a las personas que han padecido una infección previa de HZ, la vacunación es segura en cualquier momento tras haber sufrido un herpes zóster y recuperarse de la infección aguda (desaparición de las vesículas). Aunque la evidencia es limitada, se recomienda retrasar la vacunación entre 6 meses y un año tras la infección en las personas inmunocompetentes, con la finalidad potencial de obtener una mayor respuesta a medio plazo. En personas con inmunosupresión y dado el riesgo elevado de recidiva, se puede vacunar inmediatamente tras la recuperación del herpes zóster.

Para más información se puede consultar el documento técnico en:

<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/vacunas-informacion-profesionales>

15. VACUNA FRENTE A HEPATITIS A (VHA)

España es en la actualidad un país de baja endemicidad de hepatitis A (en 2018 la tasa de incidencia anual fue de 3,6 casos notificados por 100.000 habitantes). Entre 2016 y 2017 se produjo un aumento de casos de HA que afectó fundamentalmente a hombres que tienen sexo con hombres (HSH) entre 18 y 64 años de edad.

Además, a nivel nacional, en el estudio seroepidemiológico realizado en 1996 se mostraba en las personas nacidas con anterioridad a 1960 una seroprevalencia de anticuerpos frente a hepatitis A superior al 80%. En el 2º estudio de seroprevalencia de España realizado en mayo 2017-mayo 2018 en los nacidos entre 1958 y 1967 (50-59 años de edad) fue del 70,2%. En la encuesta de seroprevalencia del 2022 de la CM, la seroprevalencia de anticuerpos frente a la hepatitis A es de 32,3% (IC95%: 30,3-77,0). En menores de 15 años no supera el 15%, y en adultos aumenta progresivamente hasta alcanzar el 55,2% en el grupo de 41 a 60. La seroprevalencia en la población nacida fuera de España es 2,53 veces mayor que en la población autóctona.

En la actualidad, la vacunación frente a hepatitis A no está recomendada de forma rutinaria. Sólo se recomienda la vacunación pre-exposición, con una dosis y otra de recuerdo a partir de los 6 meses de la primera, a las personas susceptibles a partir de los 12 meses de edad que tienen un mayor riesgo de infección y aquellas que tienen mayor riesgo de enfermedad grave en caso de infectarse:

- Personas con hepatopatía crónica y alcoholismo crónico y cirrosis, ya que si bien esta patología no incrementa el riesgo de infección tienen un mayor riesgo de presentar una hepatitis fulminante.
- Personas que han recibido o están esperando recibir un trasplante hepático.
- Personas que se inyectan drogas.
- Personas infectadas por VIH
- Personas con conductas sexuales de riesgo: hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y profesionales del sexo.



- Personas con riesgo ocupacional: personas que trabajan con primates no humanos y aquellas que trabajan en el laboratorio con el VHA.
- Viajeros que se desplazan a zonas de alta o moderada endemicidad de hepatitis A, especialmente los nacidos después de 1977. Se tendrá en cuenta, además de la edad, el lugar concreto del viaje y si las condiciones higiénico-sanitarias son deficientes, fuera de los circuitos turísticos habituales. Para que sea efectiva se debe administrar la vacuna al menos dos semanas antes del viaje.
- Receptores de transfusiones o hemoderivados de manera repetida.
- Trabajadores en contacto con aguas residuales no tratadas.
- Personal de guarderías.
- Personal de centros sanitarios que trabajan en entornos de riesgo en contacto con material potencialmente contaminado o con factores de riesgo, hepatópatas crónicos o candidatos a trasplante hepático, inmunodeprimidos, o personal de laboratorio en contacto con el VHA.
- Contactos íntimos de casos incidentes de hepatitis A.
- Personas en contacto estrecho con menores de adopción internacional.

La vacuna frente a HA también es efectiva como medida post-exposición ante un caso o brote para prevenir la infección en los contactos estrechos. La profilaxis post-exposición debe administrarse tan pronto como sea posible. En niños menores de 1 año o en personas en las que está contraindicada la vacunación se recomienda la inmunoglobulina (Ig). No se ha determinado la eficacia de la Ig ni de la vacuna cuando se administran más de dos semanas después de la exposición. Se seguirán las recomendaciones incluidas en el protocolo de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid para esta enfermedad.

16. VACUNACIÓN FRENTE A GRIPE

La gripe es un importante problema de salud pública a nivel mundial tanto por la elevada capacidad de propagación, afectando a un elevado número de personas en un corto período de tiempo, como por las tasas de mortalidad que puede ocasionar.

La herramienta preventiva más efectiva frente a la gripe y sus efectos graves en salud es la vacunación anual.

La vacunación antigripal tiene como objetivo reducir la mortalidad y morbilidad asociada a la gripe y el impacto de la enfermedad en la comunidad, por ello, va dirigida fundamentalmente a proteger a las personas que tienen un mayor riesgo de presentar complicaciones en caso de padecer la gripe y a las que pueden transmitir la enfermedad a otras que tienen un alto riesgo de complicaciones.

Desde la temporada 2023-2024, en línea con las recomendaciones aprobadas en la Comisión de Salud Pública en octubre de 2022 accesibles en https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/programasDeVacunacion/docs/Recomendaciones_va-



[vacunacion_gripe_PoblacionInfantil.pdf](#), se incluye la recomendación de vacunación infantil de 6 a 59 meses de edad.

Todas las temporadas de gripe, la Comunidad de Madrid elabora un documento técnico específico de la campaña de vacunación en curso, incluyendo tanto las características de la vacuna propuesta por la OMS para el hemisferio Norte en la temporada, como las indicaciones de grupos de riesgo a vacunar y pautas de administración.

Si bien las recomendaciones de vacunación frente a la gripe son las que se detallan a continuación, están en continua revisión. Las recomendaciones vigentes en la CM se publican en la página web <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/gripe>

Personas con mayor riesgo de enfermedad grave:

- personas a partir de los 60 años de edad
- niños/as entre 6-59 meses, (menores de 5 años de edad)
- personas entre 5 y 59 años pertenecientes a algún grupo de riesgo
- mujeres embarazadas

Personas que pueden transmitir la gripe a aquellas que tienen alto riesgo de complicaciones:

- convivientes con personas inmunodeprimidas
- personal sanitario y sociosanitario

Trabajadores en:

- servicios públicos esenciales
- guarderías y centros de educación infantil

Personas con exposición laboral directa a animales o a sus secreciones en granjas o explotaciones avícolas, porcinas o de visones o a fauna silvestre

17. VACUNACIÓN FRENTE A COVID-19

El objetivo de la vacunación frente al COVID-19 es prevenir la enfermedad y disminuir la gravedad y mortalidad de la misma, protegiendo especialmente a aquellos grupos con mayor vulnerabilidad.

La vacuna frente al COVID-19 reduce el riesgo de infectarse por el virus causal, el SARS-CoV-2, y en caso de enfermar reduce la probabilidad de desarrollar enfermedad grave y de morir. Dado que a lo largo del tiempo son distintas las variantes del virus SARS-CoV-2 que circulan, se van desarrollando vacunas adaptadas a las nuevas variantes.

Las recomendaciones de vacunación frente a COVID-19 están en continua revisión. Las recomendaciones vigentes en la CM se publican en la página web <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/vacunacion-frente-coronavirus-comunidad-madrid>



18. VACUNACIÓN FRENTE A MPOX (VIRUELA DEL MONO)

Mpox (llamada anteriormente viruela del mono, símica o monkeypox) es una enfermedad producida por un virus de la familia de la viruela, que se caracteriza por lesiones cutáneas y se puede acompañar de otros síntomas generales como fiebre, cefalea o mialgias. La transmisión se da sobre todo en las relaciones sexuales y la prevención mediante la vacunación es una de las medidas más importantes para evitar la enfermedad, reducir sus síntomas y limitar la transmisión entre personas.

La vacunación pre-exposición, (en pauta de 2 dosis separadas al menos 28 días), se recomienda particularmente a personas que mantienen prácticas sexuales de riesgo, especialmente pero no exclusivamente GBHSH (Gays, Bisexuales y Hombres que tienen sexo con Hombres). Esta población es la que se ha visto más afectada desde el comienzo del brote en 2022.

La información relacionada con la vacunación frente a Mpox en la CM se puede consultar en la página web <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/viruela-mono>



▼ ANEXO I. ESQUEMA DE VACUNACIÓN POR GRUPOS DE EDAD EN PERSONAS ADULTAS


TABLA 11. VACUNACIÓN POR GRUPOS DE EDAD EN PERSONAS ADULTAS


	19-59 AÑOS	60 AÑOS	65 AÑOS	70 AÑOS	80 AÑOS
Hepatitis B	3 dosis si no vacunado				
Tétanos-Difteria	Vacunar o completar vacunación hasta 5 dosis	1 dosis de recuerdo (≥60 años) a personas que han recibido al menos 5 dosis previamente.			
Meningococo A, C, W, Y	2 dosis				
Neumococo conjugada	1 dosis	1 dosis (≥60 años)			
Sarampión-Rubeola-Parotiditis	2 dosis si susceptibles (*)				
Varicela	2 dosis si susceptibles (**)				
Virus del Papiloma Humano	1 - 3 dosis si no vacunado				
Herpes zóster	2 dosis		2 dosis (65-80 años)		
Virus respiratorio sincital	1 dosis (***)				1 dosis (****)
Gripe	1 dosis	1 dosis (≥60 años)			
COVID-19	1 dosis			1 dosis (≥70 años)	

(*) Vacunar a nacidos a partir de 1978 sin historia de vacunación con TV.

(**) Vacunar a personas sin antecedente de vacunación con dos dosis o de haber padecido la varicela o algún episodio de HZ.

(***) Vacunar a personas a partir de 80 años de edad y grupos de alto riesgo a partir de 18 años.

 Población general susceptible.

 Población con otros factores de riesgo

ANEXO II. VACUNACIÓN POR GRUPOS DE RIESGO EN PERSONAS ADULTAS (≥18 AÑOS)

2026

VACUNACIÓN POR GRUPOS DE RIESGO EN ≥ 18 AÑOS

LoRem Ipsum

	Embarazo	Inmunosuprimidos (excluido VIH)	VIH CD4<15% 0-350	CD4<15% 0-350	Enfermedad y respiratoria crónica, Diabetes	Enfermedad hepática crónica, Alcoholismo crónico	Insuficiencia renal crónica, Hemodialis	Asplenia déficit complemento, tratamiento con inhibidores de complemento	Hombres con relaciones sexuales con hombres	Hombres y mujeres en situación de prostitución	Mujeres con tratamiento lesión intraepitelial de alto riesgo de cervix	Contactos familiares y cuidadores de inmunodeprimidos	Profesionales sanitarios	Trasplante progenitores hematopoyéticos ^(g)	Trasplante órgano sólido
Hepatitis B		3 dosis	3 dosis	3 dosis	3 dosis	3 dosis	3 dosis		3 dosis	3 dosis			3 dosis	3-4 dosis	3-4 dosis
Tétanos-difteria															
Difteria-Tétanos- Pertussis	1 dosis												1 dosis ^(a)	4 dosis ^(a)	1 dosis ^(a)
Haemophilus Influenzae b								1 dosis						4 dosis	1 dosis
Neumococo conjugada		1 dosis			1 dosis	1 dosis		1 dosis						4 dosis	
Meningococo B								2 dosis						2 dosis	
Meningococo A, C, W, Y			2 dosis					2 dosis						2 dosis	
Sarampión-Rubéola-Parotiditis	X	X	X											X	X
Varicela	X	X	X											X	X
Virus del Papiloma Humano			3 dosis ^(a)						1-2 dosis ^(b)	1-2 dosis ^(b)	3 dosis			3 dosis ^(a)	3 dosis ^(a)
Herpes Zóster		2 dosis ^(a)	2 dosis											2 dosis	2 dosis
Hepatitis A			3 dosis	2 dosis		2 dosis			2 dosis	2 dosis			2 dosis ^(a)		
Gripe	1 dosis	1 dosis	1 dosis	1 dosis	1 dosis	1 dosis		1 dosis				1 dosis	1 dosis	1 dosis	1 dosis ^(d)
Virus respiratorio sincitial			1 dosis ^(a) (vacuna)											1 dosis ^(d) (vacuna)	1 dosis ^(d)
COVID-19	1 dosis ^(e)	1 dosis ^(e)	1 dosis ^(e)	1 dosis ^(e)	1 dosis ^(e)	1 dosis ^(e)	1 dosis ^(e)	1 dosis ^(e)				1 dosis ^(f)	1 dosis ^(f)	1 dosis ^(f)	1 dosis ^(f)

(a) Áreas pediátricas de riesgo.
(b) Se recomienda vacunación con DTPa de alta carga.
(c) Si el paciente es susceptible a la vacuna pediátrica hexavalente en todas las edades.
(d) Si no vacunado en los últimos 10 años.
(e) Si susceptible (no haber pasado la enfermedad o no vacunado con 2 dosis).
(f) Hasta los 45 años de edad.
(g) Pauta de 1 dosis hasta los 25 años y 2 dosis de 26-45 años.
(h) Solo en determinadas condiciones o tratamientos inmunosupresores (ver apartado 13).
(i) Vacunación en TPH: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocion/prevencion/vacunaciones/programasDeVacunacion/riesgo/doc/tabla_16_y_17.pdf



X Vacuna contraindicada. Administración en personas susceptibles o no vacunadas con anterioridad.



2026

VACUNACIÓN/INMUNIZACIÓN POR GRUPOS DE RIESGO EN < 18 AÑOS



Virus	Inmunodeprimidos (excluidos VIH)	VIH		Enfermedad cardiovascular y respiratoria crónica. Diabetes	Enfermedad hepática crónica	Insuficiencia renal crónica y Síndrome nefrótico	Fístula LCR. Implante coclear	Asplenia, déficit complemento, tratamiento con inhibidores del complemento	Cáncer y hemopatías malignas	Trasplantes progenitores hematopoyéticos ⁽¹⁾	Trasplante órgano sólido	Prematuros
		CD4<195, O<200/ ¹	CD4≥195, O>200/ ¹									
Haemophilus influenzae b		2 dosis ^(a)						1 dosis ^(a)	1 dosis ^(a)	4 dosis		
Neumococo conjugada	1-2 dosis ^(a)	1-2 dosis ^(a)				1-2 dosis ^(a)		1-2 dosis ^(a)	1-2 dosis ^(a)	1-2 dosis ^(a)		
Neumococo polisacárida 23v	2 dosis ^(a)	2 dosis ^(a)		1 dosis ^(a)		1 dosis ^(a)	1 dosis ^(a)	2 dosis ^(a)	2 dosis ^(a)	2 dosis ^(a)		
Meningococo B								2 o 3 dosis ^(a)		2 o 3 dosis ^(a)		
Meningococo A, C, W, Y		2 dosis						2 dosis		2 dosis		
Sarampión-rubéola-parotiditis	X	X				Vacunar con dos dosis si susceptible				X	X	
Varicela	X	X				Vacunar con dos dosis si susceptible				X	X	
Virus del Papiloma Humano		3 dosis								3 dosis	3 dosis	
Hepatitis A		2 dosis				2 dosis						
Gripe	1 o 2 dosis ^(a)											
Virus respiratorio sincitial	1 dosis ^(a)	1 dosis ^(a) (Ac monoclonal)	1 dosis ^(a) (Ac monoclonal)	1 dosis ^(a) (Ac monoclonal)								1 dosis ^(a) (Ac monoclonal)
COVID-19	1 dosis ^(a)	1 dosis ^(a)							1 dosis ^(a)	1 dosis ^(a)	1 dosis ^(a)	

a) A partir de los 5 años, en no vacunados con antirrodridad.
b) No vacunados previamente: 1 a los 2 días, >de 5 años: 11 meses de edad.
c) Vacunados: 1 a los 2 días, >de 5 años: 6 semanas desde la finalización de la pauta con VNG y siempre que el niño haya cumplido los 2 años de edad, y la segunda dosis, transcurridos 5 años si persiste la situación de alto riesgo.
d) Una sola dosis de VN223 con un intervalo de al menos 8 semanas desde la finalización de la pauta con VNC y siempre que el niño/a haya cumplido los 2 años de edad.
e) Una sola dosis de VN223 con un intervalo de al menos 8 semanas desde la vacunación de primer grado.
f) Prematuros de menos de 35 semanas a menos de cumplir los 15 meses de edad, y población infantil con alto riesgo de enfermedad grave por VRS hasta 24 meses de edad, según acuerdo nacional.
g) 2 dosis a menor de 9 años, tiene alguna condición de riesgo y primera vez que se vacuna.
h) Las recomendaciones de vacunación se definirán previamente al inicio de cada temporada.

(*) Vacunación en TPH: https://www.salud.gob.ar/areas/promocion/prevenccion/programas/DeVacunacion/riesgo/docs/tabla_16_y_17.pdf



▼ ANEXO IV. CALENDARIO ACELERADO DE VACUNACIÓN

A la hora de planificar la corrección del calendario vacunal podemos encontrarnos con diferentes situaciones:

- **Personas procedentes de países con esquemas de vacunación diferentes al nuestro:** Ante personas procedentes de países con diferentes calendarios de vacunación se les aplicará la corrección de calendario de acuerdo al calendario acelerado vigente en la CM. Las vacunaciones recibidas en los países de origen deben considerarse válidas siempre que se respeten las edades y los intervalos mínimos entre dosis. Cabe aclarar que, aunque hubieran sido vacunados en su país, las dosis adicionales de microorganismos vivos no se asocian a un mayor número de reacciones adversas, e incluso refuerzan la inmunidad. Las dosis adicionales de vacunas inactivadas producen títulos altos de anticuerpos, aunque si pueden asociarse a una mayor reactogenicidad.
- **Personas con pautas iniciadas y que presenten una historia vacunal incompleta:** En los casos en los se hayan iniciado pautas de vacunación se deberá completar el esquema vacunal según edad para completar las dosis que faltan, pero en ningún caso se reiniciará de nuevo la pauta completa. En este sentido, no hay un intervalo máximo entre dos dosis de un mismo antígeno, es decir “dosis puesta, dosis válida”. Sin embargo, sí hay un intervalo mínimo entre dos dosis de un mismo antígeno para garantizar un adecuado nivel de protección. Como regla general, el intervalo mínimo entre dos antígenos iguales es de 4 a 8 semanas para la primovacunación y de 8 semanas a 6 meses para las dosis de recuerdo. Si se administrara alguna dosis con un intervalo menor o a una edad inferior de la recomendada, esta vacuna será considerada como “no válida” y habrá que repetirla. La dosis repetida se administrará respetando el intervalo recomendado a partir de la dosis invalidada y siempre a la edad apropiada.
- **Personas que no hayan recibido ninguna dosis de vacuna:** Las personas que no hayan recibido ninguna dosis de vacuna deberán recibir las mismas vacunas que cualquier persona hubiese recibido en la CM a su misma edad y que estén incluidas en el momento actual.
- **Si no se tiene constancia clara de que una vacuna ha sido administrada,** no existe un registro escrito o es impreciso, debe considerarse que la vacuna no ha sido administrada y por tanto se procederá a su administración. La comunicación oral de la vacunación no garantiza la certeza de la administración ni posibilita conocer el tipo de vacuna administrada.

Respecto a la administración conjunta de las diferentes vacunas del calendario infantil, pueden administrarse en una misma sesión pero en extremidades diferentes o separadas entre sí lo suficiente como para que no se solapen las posibles reacciones locales (2-3 cm).

Se administrará el mayor número posible de las vacunas indicadas en cada visita para asegurar la protección con al menos las vacunas prioritarias, que se administrarán lo antes posible. Se debe dar prioridad a la protección frente a enfermedades fácilmente transmisibles o graves. Por lo tanto, es prioritaria la vacunación frente a sarampión y rubeola, poliomielitis, tétanos y difteria en las personas susceptibles de cualquier edad. Otras vacunaciones a considerar según la edad son las vacunas frente a neumococo, meningococo, *Haemophilus influenzae* tipo b, varicela, hepatitis B y VPH. Además, se deben indicar otras vacunaciones en función de la presencia de factores de riesgo u otras circunstancias.

Con el fin de simplificar las correcciones de calendario se elaboran dos calendarios de vacunación acelerados: uno de 3 meses a 6 años de edad y otro de 7 a 18 años.



1. CALENDARIO ACELERADO DE VACUNACIÓN DE 3 MESES A 6 AÑOS

TABLA 12. CALENDARIO ACELERADO DE VACUNACIÓN (3 MESES-6 AÑOS)

EDAD DE VACUNACIÓN DE 3 MESES A 6 AÑOS				
Meses contados desde la 1.ª visita				
1ª VISITA	1 MES	2 MESES	8 MESES	DOSIS DE RECUERDO
HB ⁽¹⁾		HB	HB	
DTPa		DTPa	DTPa	DTPa/dTpa
VPI		VPI	VPI	VPI ⁽²⁾
Hib		Hib	Hib	
Men B ⁽³⁾	Nº dosis según edad de inicio			
Men C/ACWY ⁽⁴⁾	Nº dosis según edad de inicio			
VNC ⁽⁵⁾	Nº dosis según edad de inicio			
TV	TV ⁽⁶⁾			
VVZ	VVZ ⁽⁷⁾			

- (1) **Vacuna hexavalente (HB-DTPa-VPI-Hib) hepatitis B-difteria-tétanos-tosferina de alta carga- polio inactivada-haemophilus influenzae tipo b:** Tres dosis. La primera y segunda dosis separadas 8 semanas entre sí y la tercera dosis a partir de los 11 meses de edad y separada al menos 6 meses de la anterior. Estos niños recibirán una dosis de recuerdo con DTPa y VPI a los 6 años de edad y separada al menos 12 meses de la dosis anterior. Según nota de la AEMPS de 8 de abril de 2019, la vacuna hexavalente se puede usar en menores de 7 años de edad. Según nota de la AEMPS del 22 de marzo de 2023, la vacuna Infanrix-IPV (DTPa-VPI) se puede usar en primovacuna a partir de los 2 meses de edad.
- (2) **VPI (polio):** Si la 3ª dosis se administró antes de los 4 años de edad se requerirá una 4ª dosis, separada 6 meses de la anterior, preferentemente a los 6 años de edad. Si la 3ª dosis se administra después de los 4 años, no es necesaria una 4ª dosis. En el caso de que se administre en la forma combinada DTPa-VPI se podrá utilizar hasta los 13 años de edad. Para la población procedente de un país donde se utiliza vacuna oral, se considera vacunación completa documentada un esquema que incluya 2 dosis de VPI y 3 dosis de VPOb. Si ha recibido 1 dosis de VPI y 1 dosis de VPOb, administrar 2 dosis de VPI separadas por 4 meses. Si ha recibido 2 o más dosis de VPOb, administrar 2 dosis de VPI separadas por 4 meses.
- (3) **Men B (Meningococo B).** Administrar en población infantil nacida a partir del 1 de noviembre de 2022 y < 5 años. Lactantes de 2 a 5 meses, pauta de dos dosis (intervalo de 2 meses) y dosis de recuerdo al menos 6 meses tras la primovacuna y siempre entre los 12 y 15 meses. Entre los 6 y 11 meses pauta de dos dosis (intervalo de 2 meses) y dosis de recuerdo al menos 2 meses tras la primovacuna en el segundo año de vida. Entre 12 y 23 meses pauta de dos dosis (separadas al menos 2 meses) y una dosis de recuerdo entre 12 y 23 meses después de la primovacuna. A partir de los 2 años, pauta de dos dosis separadas al menos un mes.
- (4) **Men C/ACWY (Meningococo C/ACWY).** Número de dosis en función de edad de inicio. Mayores de 4 meses, administrar una primera dosis de Men C y una segunda de MenACWY separadas al menos 6 meses entre sí. La segunda dosis se debe administrar a partir de los 12 meses de edad. Mayores de 12 meses 1 sola dosis con MenACWY como primovacuna y una dosis de recuerdo a los 12 años con MenACWY.
- (5) **VNC (Vacuna neumocócica conjugada).** Número de dosis en función de edad de inicio. De 2 a 6 meses de edad: 2 dosis separadas mínimo 8 semanas y una dosis de recuerdo, a partir de los 11 meses de edad separada mínimo 8 semanas desde la segunda dosis. De 7 a 11 meses de edad: 2 dosis, con un intervalo de al menos 4 semanas entre las dosis. Se recomienda una tercera dosis en el segundo año de vida. De 12 a 23 meses: 2 dosis separadas mínimo 8 semanas entre sí. De 2 a 5 años: sólo es necesaria 1 dosis.
- (6) **TV (Triple Vírica: sarampión-rubeola- parotiditis).** Dos dosis. La edad mínima para considerar válida la primera dosis es de 11 meses. La segunda dosis se administrará separada como mínimo 4 semanas de la primera, preferiblemente a los 3 años de edad. A partir de los 2 años de edad se puede usar la vacuna tetravírica (SRPV) si también requiere vacunación frente a varicela. No se recomienda la realización de serologías para valorar la respuesta a la vacunación.
- (7) **VVZ (Varicela).** Dos dosis. Únicamente en caso de no tener antecedentes de padecimiento de varicela por encima de los 6 meses de edad o herpes zóster o que sean inciertos, y no estar vacunados con anterioridad. Primera dosis a partir de los 15 meses de edad. La segunda dosis se administrará separada como mínimo 4 semanas de la primera, preferiblemente a los 3 años de edad. A partir de los 2 años de edad se puede usar la vacuna tetravírica (SRPV) si también requiere vacunación frente a SRP.

2. CALENDARIO ACELERADO DE VACUNACIÓN DE 7 A 18 AÑOS

TABLA 13. CALENDARIO ACELERADO DE VACUNACIÓN (7-18 AÑOS)

EDAD DE VACUNACIÓN DE 7 A 18 AÑOS			
Meses contados desde la 1ª visita			
1ª VISITA	1 MES	6 MESES	8 MESES
HB (1)	HB	HB	
dTpa (2)	Td		Td
VPI (3)	VPI		VPI
Men ACWY (4)	Nº dosis según edad de inicio		
TV (5)	TV		
VVZ (6)	Var		
VPH (7)			

1) HB (Hepatitis B). La vacunación se recomienda a las personas no vacunadas con anterioridad con pauta 0, 1 y 6 meses o pautas aceleradas con 4 dosis (0, 7, 21 días, 12 meses o bien 0, 1, 2, 12 meses) si fuera necesario.

(2) dTpa (tétanos, difteria y tosferina). La primovacuna a partir de los 7 años de edad se hará con 3 dosis. El intervalo mínimo entre 1.ª y 2.ª dosis es de 4 semanas. La 3.ª dosis se administrará al menos 6 meses después de la 2.ª (preferiblemente entre 6 y 12 meses después). Para la primera dosis, se recomienda utilizar la vacuna dTpa (tétanos-difteria-tosferina acelular de baja carga antigénica). La dosis de refuerzo se administrará preferiblemente 10 años después de la primovacuna, aunque el intervalo mínimo de separación es de 1 año. En el caso de vacunación frente a polio se podrá utilizar vacuna DTPa-VPI hasta los 13 años de edad.

(3) VPI (Vacuna polio inactivada). En mayores de 7 años no vacunados 3 dosis. Dos dosis de VPI separadas 4-8 semanas, seguidas de un refuerzo 6-12 meses después, aunque también está autorizada la serie 0, 1 y 2 meses. En cuanto a las personas procedentes de países con circulación de virus salvaje o derivado de la vacuna, se indicará una dosis de VPI si no la recibieron entre 4 semanas y 12 meses antes de su llegada a España.

(4) MenACWY (Meningococo C/ACWY). De 7 a 9 años, 1 dosis de Men ACWY y al llegar a la edad de los 12 años una dosis de recuerdo con MenACWY separada al menos 4 semanas de la anterior. Si tiene 10 o más años solo es necesaria 1 dosis de MenACWY.

(5) TV (Triple Vírica: sarampión, rubeola, parotiditis). Dos dosis separadas al menos 4 semanas en personas sin documentación de vacunación previa. La 2.ª dosis se puede administrar en cualquier momento transcurridas 4 semanas desde la 1.ª dosis. En caso de haber recibido una dosis con anterioridad, se administrará una sola dosis, independientemente del tiempo que haya pasado desde la administración previa. No se recomienda la realización de serologías para valorar respuesta a la vacunación. Se puede usar la vacuna tetravírica (SRPV) si también requiere vacunación frente a varicela.

(6) VVZ (Varicela). Dos dosis a aquellos que no hayan sido vacunados con ninguna dosis o no hayan pasado la enfermedad (ni varicela ni herpes zoster). La 2.ª dosis se puede administrar en cualquier momento transcurridas 4 semanas desde la 1.ª dosis. Se puede usar la vacuna tetravírica (SRPV) si también requiere vacunación frente a SRP.

(7) VPH (Virus del papiloma humano). Pauta de 1 dosis en adolescentes a partir de los 12 años hasta los 18 años de edad.

▼ ANEXO V. N° DE DOSIS MÍNIMAS RECOMENDADAS DE CADA VACUNA EN DIFERENTES INTERVALOS DE EDAD

A continuación, se detallan el número mínimo de dosis de cada vacuna que se recomienda en personas sin patologías asociadas, según intervalos de edad, para considerarle correctamente inmunizado/a (tabla 14), así como la edad mínima de administración e intervalos mínimos entre dosis según vacuna (tabla 15).

TABLA 14. N° DE DOSIS RECOMENDADAS SEGÚN VACUNA E INTERVALO DE EDAD PARA CONSIDERAR A UN NIÑO/A CORRECTAMENTE VACUNADO/A

VACUNA	EDAD DE INICIO		
	A los 2 años	2 - 6 años	7 - 18 años
	N° DE DOSIS		
HB: Hepatitis B	3	3	3
DTPa: Difteria, tétanos y tosferina infantil	3 ^(a)	4 ^(b)	-
dTpa: Difteria, tétanos y tosferina infantil de baja carga	-	1 ^(c)	1-2
Td: Tétanos y difteria de baja carga antigénica	-	-	3
Hib: Haemophilus influenzae tipo b	3	1 ^(d)	-
VPI: Poliomiélitis inactivada	3	4	3
Men C/ACWY: Meningococo C/ACWY ^(e)	1-2	1	1-2
MenB: Meningococo B	3	-	-
TV: Sarampión-Rubeola-Parotiditis	1	2	2
VNC: Neumocócica conjugada	3	1 ^(f)	-
VVZ: Varicela	1	2	2
VPH: Virus del papiloma humano	-	-	1

(a) Tres dosis son suficientes si la 3.ª dosis se administra a partir de los 11 meses de edad y con un intervalo mínimo de 6 meses desde la 2.ª.

(b) Se administrará DTPa a los niños vacunados con pauta 2+1 (a partir del 1 de julio de 2022).

(c) Mayores de 4 años vacunados con pauta 3+1.

(d) En niños/as no vacunados previamente, se recomienda 1 dosis entre 15 meses y 5 años. No se recomienda la vacunación de Hib en mayores de 5 años de manera rutinaria, únicamente a determinados grupos de riesgo.

(e) Una dosis de MenC a los 4 meses y una de MenACWY a los 12 meses de edad. Si se administra la primera dosis de MenC a los 2 meses de edad se deben administrar 2 dosis de MenC, con un intervalo de al menos 2 meses entre ambas, seguida de la dosis de MenACWY a los 12 meses. De 12 meses hasta los 9 años se recomienda 1 sola dosis de MenACWY. A partir de los 10 años de edad 1 dosis de MenACWY, que se recomienda a los 12 años de edad pero se considera válida a partir de los 10 años.

(f) En niños/as no vacunados previamente, se recomienda 1 dosis entre 2 y 5 años. No se recomienda la vacunación de VNC en mayores de 5 años de manera rutinaria, únicamente a determinados grupos de riesgo.

▼ ANEXO VI. EDAD MÍNIMA DE ADMINISTRACIÓN E INTERVALOS MÍNIMOS ENTRE DOSIS

TABLA 15. EDAD MÍNIMA DE ADMINISTRACIÓN E INTERVALOS MÍNIMOS ENTRE DOSIS SEGÚN VACUNA

Vacuna o Ac monoclonal	Edad mínima de primovacunación	Intervalo mínimo entre 1.ª y 2.ª dosis	Intervalo mínimo entre 2.ª y 3.ª dosis	Intervalo mínimo entre 3.ª y 4.ª dosis	Intervalo mínimo entre 4.ª y 5.ª dosis
VRS (AcVRS)	nacimiento				
HB	nacimiento ⁽ⁱ⁾	1 mes	2 meses		
DTPa-Hib-VPI-HB	6 semanas	2 meses	6 meses y edad mínima 11 meses		
Td	7 años	1 mes	6 meses	1 año	1 año
VPI	2 meses	1 mes	1 mes	6 meses	
Men B	2 meses	2 meses	2-6 meses ⁽ⁱⁱ⁾		
Men C	2 meses	6 meses			
VNC	6 semanas	2 meses	2 meses y edad mínima 11 meses		
TV	11 meses	1 mes			
VVZ	12 meses	1 mes			
VPH	9 años				
Rotavirus	6 semanas	4 semanas			
Gripe	6 meses				

(i) Sólo si HB al nacimiento (hijos de madres portadoras de AgHBs o con serología desconocida).

(ii) Administrar en población infantil nacida a partir del 1 de noviembre de 2022 y < 5 años. Lactantes de 2 a 5 meses, pauta de dos dosis (intervalo de 2 meses) y dosis de recuerdo al menos 6 meses tras la primovacunación y siempre entre los 12 y 15 meses. Entre los 6 y 11 meses pauta de dos dosis (intervalo de 2 meses) y dosis de recuerdo en el segundo año de vida, al menos 2 meses tras la primovacunación. Entre 12 y 23 meses pauta de dos dosis (separadas al menos 2 meses) y una dosis de recuerdo entre 12 y 23 meses después de la primovacunación. A partir de los 2 años, pauta de dos dosis separadas al menos un mes.

▼ ANEXO VII. VACUNACIÓN DEL VIAJERO

Los Centros de Vacunación Internacional (CVI) proporcionan toda la información y atención integral al viajero internacional, a través de los consejos sanitarios, administración de vacunas, quimioprofilaxis de paludismo o malaria y demás medidas preventivas.

Las recomendaciones sanitarias se realizan de forma individualizada en función de la zona del país que se visita, de la época del año, de la duración y tipo de viaje, así como de las características propias de cada viajero.

Los Centros de Vacunación Internacional en la CM son los siguientes:

- **Centro de Vacunación Internacional de la Comunidad de Madrid**

C/ General Oraá, 15. 28006 Madrid.

Tfno. Cita previa: 91 561 61 95 o 91 411 11 40

Horarios de atención al público: lunes a viernes, 9:00-14:00 horas y de 15:00 a 20:00 horas

Servicio de cita previa online:

<https://vacunacioninternacional.sanidadmadrid.org/Acceso/servicio.aspx>

- **Hospital La Paz/Carlos III**

C/ Sinesio Delgado, 10. 28029 - Madrid Tfno. Cita previa: 91 453 26 72 / 27 80

Horario de 9:00 a 14:00 horas y de 15:30 a 20:30 horas

Web de Información y Citación de la Unidad del Viajero del H La Paz-Carlos III:

<https://www.comunidad.madrid/hospital/lapaz/profesionales/unidades-referencia-carlos-iii/unidad-viajero>

<https://vacunacioninternacional.sanidadmadrid.org/Acceso/servicio.aspx>

- **Hospital 12 de Octubre de Madrid**

Unidad de Vacunación y Consejo al Viajero

Servicio de Medicina Preventiva. Centro de Actividades Ambulatorias. Planta 6ª - Bloque C

Avda. de Córdoba, s/n. 28041. Madrid

web de información: <https://www.comunidad.madrid/hospital/12octubre/>;

<https://vacunacioninternacional.sanidadmadrid.org/Acceso/servicio.aspx>

Tfno. Cita previa: 91 779 26 59 (en horario de lunes a viernes, 9 a 13 horas)

Horarios de atención al público: lunes a viernes, 8:30 a 13:30 horas.

- **Hospital Universitario de Móstoles:**

C/ Dr Luis Montes, s/n. 2935 Móstoles.

La citación se realiza por correo electrónico secmedpreventi.html@salud.madrid.org, o por teléfono (91 664 80 81, en horario de 9.00 a 14.00 horas). También se puede pedir cita on line, en el siguiente enlace : <https://vacunacioninternacional.sanidadmadrid.org/Acceso/servicio.aspx>

- **Hospital Universitario Príncipe de Asturias**

Ctra Alcalá-Meco, 1, s/n, 28805 Alcalá de Henares, Madrid.

Teléfono: 918878100

La citación se realiza por correo electrónico (vacunacioninternacional.hupa@salud.madrid.org) o por teléfono (91 887 81 00 - Extensión 408323, de lunes a viernes de 9:00 a 14:00 horas).

También se puede pedir cita on line, en el siguiente enlace : <https://vacunacioninternacional.sanidadmadrid.org/Acceso/servicio.aspx>

- **Sanidad Exterior**

C/ Francisco Silvela, 57 1ª planta. 28028 - Madrid

Tfno. Cita previa: 91 272 94 41 / 42 / 43 (en horario de 9 horas a 14 horas de lunes a viernes y de 16 horas a 18 horas de lunes a jueves). Fax: 91 272 94 45

Correo electrónico institucional para el ciudadano: vacui.fcosil.madrid@seap.minhap.es "Auto-generación de Consejos Sanitarios para su viaje y Autogeneración de Cita Previa en un Servicio de Vacunación Internacional".

- **Centro Monográfico de Salud Internacional. Ayuntamiento de Madrid**

C/ Montesa, 22 Edificio A, planta baja. 28006 - Madrid

Tfno. Cita previa: 010 (para llamadas procedentes del municipio de Madrid)

91 529 82 10 (para llamadas procedentes de municipios de fuera de Madrid capital) Cita electrónica;

Horario: de lunes a viernes de 8:30 a 14:00 horas

Es necesario pedir cita previa (salvo para la emisión de duplicados de certificado internacional de vacunación de Fiebre Amarilla de aquellas personas que anteriormente fueron vacunadas en el Centro)

Web municipal: <http://www.madrid.es>,

<https://madridsalud.es/centro-madrid-salud-internacional/>

Email: msconsultadelviajero@madrid.es



Dirección General de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SANIDAD