

1. TETANOS-DIFTERIA-PERTUSSIS

- Se considera vacunación completa la administración de tres dosis de vacuna TD a los 0, 1-2 y 6-12 meses. Se deben recibir dosis de recuerdo de esta vacuna cada 10 años, hasta cumplir los 65 años. Se recomienda que al menos una dosis de dt a lo largo de la vida sea sustituida por DTP acelular.
- Administrar una dosis de DTP acelular a las mujeres embarazadas durante cada embarazo entre la semana 27 y 36, independientemente del tiempo que haya transcurrido desde la anterior dosis.

2. SARAMPION-RUBEOLA-PAROTIDITIS

- Deben administrarse 2 dosis separadas con al menos, un mes de separación entre ambas.
- Los nacidos antes de 1966, sin confirmación serológica, deben considerarse inmunes de forma natural.
- Los nacidos entre 1966 y 1984, debe considerarse que han recibido una dosis de vacuna triple vírica, por lo que en caso de no existir confirmación serológica o documental de haber recibido 2 dosis, deben recibir una dosis extra independientemente del tiempo transcurrido desde la primera dosis.
- Los nacidos con posterioridad a 1985 deben considerarse vacunados de forma completa. Casi con total seguridad, estas vacunas han sido administradas en la infancia, por lo que no precisarán de dosis booster. En caso de ausencia de vacunación deben recibir 2 dosis de vacuna triple vírica con al menos 1 mes de tiempo entre ellas.
- Puede administrarse en pacientes VIH siempre y cuando el número de linfocitos CD4 sea superior a 200.

3. VARICELA

- Deben administrarse dos dosis, dejando transcurrir al menos 1 mes entre ambas. En caso de ausencia de confirmación serológica debe considerarse a los nacidos antes de 1966 inmunes frente a esta enfermedad. El haber padecido un episodio de herpes zoster se considera prueba de protección serológica frente a varicela.
- Todo adulto sin evidencia de inmunidad a varicela debe recibir vacunación completa o una segunda dosis en caso de poder asegurarse una única dosis previa.
- Debe realizarse serología de varicela a las mujeres embarazadas y en caso de ausencia de protección serológica, debe administrarse una primera dosis en el periodo que transcurre entre la terminación del parto y antes del alta hospitalaria por este motivo. La segunda dosis debe administrarse entre 4 y 8 semanas después.
- Puede administrarse en pacientes VIH siempre y cuando el número de linfocitos CD4 sea superior a 200.

4. HEPATITIS B

- Se administran 3 dosis, con una segunda dosis al mes de la primera y tercera a los 6 meses.
- En España está en calendario vacunal desde 1990, por lo que en caso de ausencia de confirmación serológica deben considerarse seroprotectados a los nacidos con posterioridad a esta fecha.
- Debe realizarse control serológico en los pacientes inmunodeprimidos, trasplantados, personal sanitario, hepatopatía crónica o insuficiencia renal crónica. En caso de ausencia de respuesta inmune tras 3 dosis de vacuna, es recomendable reiniciar una pauta nueva completa de tres dosis de vacuna, en caso de no responder a la 2ª pauta de vacunación, se considerará al paciente "no respondedor". Probablemente sea recomendable realizar controles serológicos periódicos y administrar una dosis de recuerdo cuando la concentración de antiHbS sea inferior a 10.
- Existe una vacuna específica para pacientes con insuficiencia renal con doble dosis de vacuna por vía, con una pauta variable de 3 ó 4 dosis en virtud de la marca utilizada.

5. GRIPE

- En adultos sanos sin patología de base ni factores de riesgo, está indicada la vacunación en mayores de 60 años, en mujeres embarazadas en cualquier trimestre, en convivientes de pacientes inmunodeprimidos y en ciertas ocupaciones (trabajadores sanitarios, personal de servicios públicos, trabajadores de instituciones cerradas y aquellos que atiendan pacientes crónicos).
- Existen muchos tipos de vacunas frente a virus influenza. Inactivadas, atenuadas y recombinantes. El personal sanitario debe recibir vacuna inactivada o recombinante.

6. HEPATITIS A

- Se administra en dos dosis a los 0 y 6-12 meses y confiere inmunidad de por vida en casi el 100% de los pacientes vacunados.
- Los nacidos antes de 1960 se consideran inmunes y no precisan de esta vacuna a menos que se disponga de confirmación serológica negativa.
- Además de los grupos de riesgo expuestos en la tabla, deben recibir esta vacuna los varones que tengan sexo con varones, los usuarios de drogas por vía parenteral y en determinadas situaciones de brotes epidémicos en instituciones cerradas.
- Se recomienda vacunar a los pacientes afectos de enfermedad inflamatoria intestinal que vayan a recibir terapia inmunosupresora.

7. VACUNACION MENINGOCOCICA

- Para los serogrupos A, C W e Y de Neisseria meningitidis existen vacunas conjugadas (MenACWY) y polisacáridas, siendo recomendable administrar siempre que sea posible vacuna conjugada. Esta vacuna no está financiada. Es precisa una única dosis de vacuna. Existen, además, vacunas conjugadas frente al serotipo C de forma aislada que si están financiadas.
- En los casos en que exista un riesgo persistente de enfermedad, como en la asplenia, el déficit de complemento o el personal de microbiología, es recomendable administrar una dosis booster de MenACWY cada 5 años.
- Para el serogrupo B, que es el más prevalente en España, existe una vacuna que está financiada en determinados grupos de riesgo y que se administra en dos dosis separadas por al menos 1 mes de diferencia entre ambas. Si bien es recomendable administrar las dos dosis con la anterior pauta, la segunda dosis puede diferirse hasta 12 meses después de la primera, con el único inconveniente de

protección parcial durante el tiempo en que se ha administrado una única dosis.

- La vacuna frente a meningitis B está indicada y financiada en pacientes con déficit del factor C3 del complemento, déficit de properidina, factor D, factor H o factor C5-C9. También está indicada y financiada en pacientes con asplenia o hiposplenia, pacientes en tratamiento con eculizumab (Soliris®), en personal de laboratorio de microbiología en pacientes con antecedentes de un episodio previo de enfermedad meningocócica invasiva por meningococo B y en contactos cercanos de casos confirmados (indicación por salud pública).
- El personal de los laboratorios de microbiología deben recibir una dosis de MenACWY y una dosis booster cada 5 años y una única serie de vacuna frente a meningococo B.
- Ambas vacunas pueden administrarse de forma concomitante aunque en lugares anatómicos distintos, si es posible.

8. VACUNACION NEUMOCOCICA

- Para el adulto existen dos vacunas antineumocócicas, una vacuna conjugada de 13 serotipos (VNC13) y otra vacuna polisacárida de 23 serotipos (VNP23). Las VNC13 es más eficaz que la VNP23 y por tanto debe ser de elección en caso de ser precisa su administración. VNP23 tiene indicación de prevención de enfermedad neumocócica invasiva (ENI) y la VNC13 está indicada en la prevención de ENI y de neumonía.
- Es recomendable que todos los adultos reciban una dosis de VNC13 a lo largo de su vida, pero muy especialmente en los mayores de 50 años en los que el riesgo de enfermedad neumocócica invasiva (ENI) y neumonía es mayor. No son precisas dosis booster de recuerdo de VNC13.
- Administrar siempre primero una dosis de VNC13 ya que si se administra primero la VNP23 se podría producir un fenómeno de hiporrespuesta. En determinadas situaciones clínicas en las que se sospeche o se confirme inmunodepresión, es recomendable administrar una dosis de VNP23, dejando transcurrir al menos 8 semanas desde la administración de VNC13. En caso de haber recibido una dosis previa de VNP23 hay que dejar transcurrir al menos 12 meses para administrar una dosis de VNC13 para evitar ese fenómeno de hiporrespuesta. Solo son precisas dos dosis de VNP23 a lo largo de toda la vida ya que la respuesta serológica decrece de forma exponencial con cada dosis administrada por un fenómeno de tolerancia inmune.
- La vacuna VNC13 solo está financiada en determinados grupos de riesgo. En aquellos grupos de riesgo en los que no esté financiada (enfermedad cardiovascular crónica, enfermedad pulmonar crónica, enfermedad hepática crónica incluido cirrosis, alcoholismo, diabetes mellitus o paciente fumador) debería recomendarse la vacunación de forma privada con una única dosis de VNC13. En caso de no ser así, se puede administrar VNP23, explicando las limitaciones que podría suponer a la hora de utilizar posteriormente VNC13.
- En caso de trasplante de progenitores hematopoyéticos, son precisas 3 dosis de VNC13 espaciadas entre sí por 4 semanas y una dosis de VNP23 a los 12 meses de la última dosis de VNC13. Se deben esperar al menos tres meses desde la realización del trasplante para iniciar el proceso de vacunación.
- Recientemente se está postulando la administración de la segunda y última dosis de VNP23 a los 65 años, independientemente del tiempo transcurrido desde la primera dosis de VNP23, pero dejando transcurrir al menos 5 años entre dosis.
- Debe administrarse sobre todo en edad superior a 50 años o en caso de comorbilidad asociada.
- VNC13 está financiada en insuficiencia renal crónica avanzada en estadio 3 con riesgo aumentado (síndrome nefrótico, DM, tto. con inmunosupresores), estadios 4 y 5 y pacientes dializados.

9. HAEMOPHILUS INFLUENZAE

- Se administra en forma de dosis única a lo largo de toda la vida.
- En caso de asplenia, hiposplenia o drepanocitosis está indicada la vacunación sistemática. Si se ha producido o se va a realizar una esplenectomía está recomendada su administración al menos 2 semanas antes de la esplenectomía o 2 semanas después de la misma.
- Entre los pacientes inmunodeprimidos, solo en los casos de inmunodepresión secundaria a procesos hematológicos malignos (leucemia, linfoma, ...) está indicada su administración de forma sistemática.
- Los receptores de trasplante de precursores hematopoyéticos, deberían recibir 3 dosis separadas de 4 semanas entre ellas, trascurridos al menos 6 meses desde la fecha del trasplante.

10. VIRUS DE LA POLIO

- Esta vacuna debería considerarse sistemática. Solo los nacidos con posterioridad a 1963 pueden considerarse adecuadamente vacunados frente a la polio.
- En caso de trasplante de precursores hematopoyéticos está indicada su administración en tres dosis a los 0, 2 y 6 meses, dejando transcurrir al menos 6 meses desde la realización del trasplante.

11. VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

- En calendario vacunal y financiación para las mujeres a la edad de 11-12 años, idealmente antes del inicio de las relaciones sexuales. Se administran en dos a los 0 y 6 meses.
- Recomendable su indicación no financiada en varones menores de 26 años que tienen sexo con varones (solo Gardasil® tiene indicación en el varón) y en mujeres menores de 50 años que hayan sufrido una conización por una neoplasia cervical de grado 2 o superior.

12. HERPES ZOSTER

- Está indicada para la prevención del herpes zoster y de la neuralgia postherpética en pacientes de más de 60 años independientemente de que hayan sufrido o no un episodio previo de enfermedad por Herpes Zoster y que no tengan una situación de inmunodepresión asociada. Dosis única sin booster necesario.
- Si bien la ficha técnica permite su administración en mayores de 50 años, la ACIP recomienda retrasar su administración hasta los 60 años.
- Puede administrarse en pacientes VIH siempre y cuando el número de linfocitos CD4 sea superior a 200.

CALENDARIO DE VACUNACIÓN DEL ADULTO DE LAS SOCIEDADES CIENTÍFICAS DE

LA COMUNIDAD VALENCIANA



CALENDARIO DE VACUNACION DEL ADULTO CON MORBILIDAD ASOCIADA.

PAUTA HABITUAL	VACUNA	PACIENTE NO INMUNODEPRIMIDO					PACIENTE INMUNODEPRIMIDO					OTROS FACTORES DE RIESGO			
		Diabetes, Cardiopatía, Enf. Pulmonar crónica, Alcoholismo	Enfermedad hepática crónica	Enfermedad Renal Crónica	Asplenia o Hipoesplenía Drepanocitosis	Embarazo	ID INSTAURADA: Leucemia, Linfoma, Perdida LCR, Alquilantes, Inmunosupresores, Quimioterapia, ID congénita	ID NO INSTAURADA: Leucemia, Linfoma, Perdida LCR, Alquilantes, Inmunosupresores, Quimioterapia	Trasplante de precursores hematopoyéticos	Trasplante órgano sólido	Infección VIH	Déficit de complemento o gamma- globulinemia	Profesionales sanitarios	Contactos familiares y cuidadores de paciente con inmunodepresión	Varones y mujeres < 26 años o mujeres de hasta 50 años conizadas por neoplasia cervical de grado 2 o superior
0 – 1 - 6m Cada 10a	TETANOS DIFTERIA (1)														
Sust. 1 Td por Tdap	TETANOS DIFTERIA Y TOS FERINA (1)	1b													
1 ó 2 dosis 0 – 1 m	PAPERAS, RUBEOLA y SARAMPION, (2)									2e					
2 dosis 0 – 1m	VARICELA (3)					3c				3d					
3 dosis 0 – 1 - 6m	HEPATITIS B (4)	4c	4c, 4d			4c	4c	4c	4c			4c			
1 dosis anual	GRIPE (5)														
2 dosis 0 – 6m	HEPATITIS A (6)					6d	6d								
1 dosis	MENINGOCOCO ACWY (7)				7b						7b	7e			
2 dosis 0-2m	MENINGOCOCO B (7)				7d						7d	7e			
1 dosis	NEUMOCOCO VNC13 (8)			8h								8g	8g		
Max 2 dosis cada 5 años	NEUMOCOCO VNP23 (8)	8d	8d	8d		8c	8c	8e	8c	8c	8c				
1 dosis	HAEMOPHILUS INFLUENZAE B (9)				9b	9c	9c	9d							
3 dosis 0 – 1 - 6m	POLIO (10)							10b							
3 dosis 0 – 1 - 6m	VIRUS PAPILOMA HUMANO (11)														
1 dosis única	HERPES ZOSTER (12)									12c					

● Vacuna indicada y financiada
 ● Vacuna indicada y no financiada
 ● Vacuna contraindicada
 ● Vacuna indicada con particularidades