

**IMPLANTACIÓN DEL CALENDARIO OFICIAL  
DE VACUNACIONES y PRUEBAS DE TUBERCULINA  
AÑO 2016**

**Enero 2016**

**Sección de Intervención Epidemiológica y Vacunaciones**

## ÍNDICE ..... Pág.

Calendario de vacunaciones 2016.....	2
Introducción.....	2
Modificaciones del calendario infantil.....	3
Recuerdo de la actualización de la vacunación de adultos.....	3
Pruebas de tuberculina.....	5
Proceso de implantación de los cambios en el calendario de vacunaciones de 2016...	5
Normas generales de aplicación de vacunas tuberculinas.....	6
Vacunas incluidas en el calendario oficial de 2016.....	8
Hexavalente.....	8
Antineumocócica conjugada tridecaivalente.....	8
Pentavalente.....	8
Conjugada antimeningocócica C.....	9
Triple vírica.....	9
Varicela.....	10
Difteria-Tétanos-Tosferina de carga reducida.....	10
Difteria-Tétanos-Tosferina de carga completa.....	10
Virus de papiloma humano.....	11
Tétanos-Difteria adultos.....	11
Antineumocócica polisacárida 23 valente.....	11
Antigripal.....	12
Aplicación del calendario de 2016.....	12
Dos meses de edad.....	12
Cuatro meses de edad.....	13
Once meses de edad.....	13
Doce meses de edad.....	14
Quince meses de edad.....	14
Dieciocho meses de edad.....	15
Tres años de edad.....	15
Seis-siete años de edad.....	16
Once-doce años de edad.....	16
Trece-catorce años de edad.....	17
Mayores de 60 años de edad.....	17
Sesenta y cinco años de edad.....	17

## ANEXOS

I. Orden Foral 75E/2016.....	19
II. Autorización vacunación de difteria-tétanos-tosferina acelular.....	21
III.A. Vacunación frente a virus del papiloma humano. 6º Educación Primaria.....	22
III.B. Vacunación frente a virus del papiloma humano. 1º ESO.....	23
IV.A. Vacunación antimeningocócica conjugada C. 6º Educación Primaria.....	24
IV.B. Vacunación antimeningocócica conjugada C. 1º ESO.....	25
V. Vacunación frente a tétanos-difteria de tipo adulto. 2º ESO.....	26
VI. Autorización de los padres/tutor. Prueba de la tuberculina.....	27
VII. Cartas a los padres y al médico. Positivos a la tuberculina.....	28
VIII. Resultado del cribado con tuberculina. Programa niño sano. 2º ESO.....	29
IX. Orden Foral 349/2015.....	30

## CALENDARIO VACUNAL 2016

VACUNAS	EDAD								
	2 MESES	4 MESES	11 MESES	12 MESES	15 MESES	3 AÑOS	6 AÑOS	11-12 AÑOS	14 AÑOS
Poliomielitis	VPI	VPI	VPI				VPI <sup>5</sup>		
Difteria-Tétanos-Tosferina	DTPa	DTPa	DTPa				dTpa <sup>6</sup> /DTPa <sup>5</sup>		Td <sup>9</sup>
Haemophilus influenzae b	Hib	Hib	Hib						
Hepatitis B	HB <sup>1</sup>	HB	HB						
Enfermedad Meningocócica C		McC <sup>3</sup>		McC				McC <sup>7</sup>	
Neumocócica conjugada 13v	NC13v <sup>2</sup>	NC13v	NC13v						
Sarampión-Rubéola-Parotiditis				TV <sup>4</sup>		TV			
Varicela					V	V			
Virus del Papiloma Humano									VPH <sup>8</sup>

1. En recién nacidos de madre portadora: 1ª dosis de vacuna e inmunoglobulina al nacer, 2ª dosis de vacuna a los 2 meses, y 3ª a los 6 meses.
2. Para niños nacidos a partir del 1 de enero de 2016.
3. Según la vacuna utilizada puede ser necesaria la primovacuna con dos dosis (2 y 4 meses de edad). La vacuna adjudicada actualmente en Navarra solo precisa la primovacuna con una dosis a los 4 meses.
4. En situación de especial riesgo se puede adelantar a los 9 meses de edad. Si la primera dosis se aplica antes de los 12 meses, es necesario repetirla a los 12 meses con una separación mínima de cuatro semanas.
5. Se administrará a nacidos con posterioridad al 1 de enero de 2016.
6. Se administrará a nacidos con anterioridad al 1 de enero de 2016.
7. Todos los nacidos durante los años 2004 y 2005 recibirán una dosis antimeningocócica C en el curso escolar 2016-2017.
8. Solamente a niñas. Las niñas nacidas durante los años 2004 y 2005 recibirán dos dosis en el curso escolar 2016-2017.
9. Td: Vacuna Tétanos-difteria tipo adulto. Una vez completado el calendario de vacunaciones (5 o 6 dosis) o para adultos que hayan recibido cinco o más dosis, es suficiente la administración de una única dosis de recuerdo en torno a los 65 años.

## INTRODUCCIÓN

El actual calendario de vacunación incluye vacunas frente a 13 enfermedades. El esquema tradicional de 3 dosis de primovacuna se instauró en los años setenta para asegurar la respuesta inmune, pero desde hace años son varios los países de nuestro entorno que utilizan pautas con 2 dosis de primovacuna más una dosis de recuerdo alrededor de los 12 meses de edad. La evidencia científica indica que esta pauta 2+1 ofrece protección clínica frente a las enfermedades inmunoprevenibles en menores de 12 meses de edad y la información de nuevos ensayos clínicos con vacunas hexavalentes revelan una inmunogenicidad similar al completar el esquema.

La recomendación del cambio en la pauta de primovacuna obliga a adelantar la dosis de recuerdo. La modificación implica dejar de vacunar a los 6 y a los 18 meses de edad, incluir la

administración de vacunas a los 11 y a los 15 meses y modificar las vacunas que se administran a los 6 años de edad.

Se adjunta la ORDEN FORAL 75E/2016, de 26 de enero, del Consejero del Departamento de Salud, por la que se modifica el Calendario Oficial de Vacunaciones Infantiles de Navarra. (Anexo I)

Por otra parte, continúa vigente el Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis en Navarra, aprobado en 2007.

<http://www.cfnavarra.es/isp/documentacion/BOL39INT%20v10.pdf>

## MODIFICACIONES DEL CALENDARIO INFANTIL

**Las modificaciones del calendario infantil de vacunaciones son las siguientes:**

- a) Incluir la vacuna antineumocócica conjugada trecevalente en el Calendario Oficial de Vacunaciones de Navarra a los 2, 4 y 11 meses de edad, para todos los niños residentes en Navarra nacidos a partir del 1 de enero de 2016.
- b) Retrasar la administración de la tercera dosis de vacuna frente a Hepatitis B, Difteria-Tétanos-Tosferina acelular, Haemophilus influenzae tipo b y Poliovirus a los 11 meses de edad a todos los niños residentes en Navarra nacidos a partir del 1 de enero de 2016.
- c) Suprimir la administración de la cuarta dosis de vacuna frente a Difteria-Tétanos-Tosferina acelular, Haemophilus influenzae tipo b y Poliovirus que se administraba a los 18 meses de edad, a todos los niños residentes en Navarra nacidos a partir del 1 de enero de 2016.
- d) Incluir una cuarta dosis frente a Difteria-Tétanos-Tosferina acelular y Poliovirus a los 6 años de edad para todos los niños residentes en Navarra nacidos a partir del 1 de enero de 2016.
- e) Adelantar la administración de la dosis de recuerdo de vacuna conjugada antimeningocócica C y vacunación de las niñas frente al virus del papiloma humano a los 11-12 años de edad.

Transitoriamente para adaptarnos a los cambios introducidos:

- Todos los nacidos durante los años 2004 y 2005 recibirán una dosis de vacuna conjugada antimeningocócica C en el curso escolar 2016-2017 y además las niñas nacidas durante los años 2004 y 2005 recibirán dos dosis de vacuna frente al virus del papiloma humano durante el mismo curso escolar con pauta 0 y 6 meses.
- Todos los nacidos con anterioridad al 1 de enero de 2016 completarán su calendario con una cuarta dosis de vacuna frente a Difteria-Tétanos-Pertusis acelular, Haemophilus influenzae tipo b y poliovirus a los 18 meses de edad y una quinta dosis de difteria-Tétanos-pertusis acelular de contenido reducido a los 6 años de edad adaptándonos a la disponibilidad de vacuna.

## RECUERDO DE LA ACTUALIZACIÓN DE LA VACUNACIÓN DE ADULTOS

1. Se administrará una única dosis de tétanos-difteria (Td) como recuerdo a los 65 años de edad a todos aquellos que al cumplir dicha edad tengan documentadas 5 dosis previas de vacuna frente a tétanos, siempre y cuando hayan transcurrido 10 años desde la última dosis. Si han transcurrido menos de 10 años desde la última dosis, esta se aplicará en la fecha en que se cumpla el periodo especificado de 10 años desde la última dosis.

2. Se continuarán administrando dosis de recuerdo de Tétanos-difteria (Td), cada 10 años, a aquellos primovacunados que no tengan documentadas cinco o más dosis de vacuna frente a tétanos hasta completar las cinco dosis.
3. En adultos de cualquier edad o que al cumplir 65 años de edad no tengan documentadas 5 dosis de vacuna frente a tétanos se procederá de la siguiente forma:

**a) Sin dosis previas documentadas:**

1ª dosis	2ª dosis	3ª dosis	1er recuerdo 4ª dosis	2º recuerdo 5ª dosis
Tan pronto como sea posible	Al menos 1 mes después de la 1ª	Al menos 6 meses después de la 2ª	10 años tras la 3ª dosis	10 años tras la 4ª dosis

**b) Con dosis previas documentadas:**

Dosis previas	Supuestos	Dosis y pautas a aplicar
Tres o más dosis		Administrar Td en función de las dosis recibidas con anterioridad hasta un total de 5 dosis
Dos dosis	Han transcurrido más de 6 meses desde la última dosis	Una dosis de Td y continuar pauta de vacunación
Una dosis	Ha transcurrido más de 1 mes desde la dosis	Una dosis de Td y continuar pauta de vacunación

**¡No reiniciar vacunación!**

**“DOSIS PUESTA, DOSIS QUE CUENTA”**

Además conviene recordar respecto a la vacunación de adultos:

Que se ha publicado la ORDEN FORAL 349/2015, de 21 de diciembre, del Consejero de Salud, por la que se establece el Calendario Oficial de Vacunaciones de Adultos de Navarra (Anexo VIII).

Que anualmente se realiza en Navarra la campaña de vacunación antigripal. Desde el Departamento de Salud se considera necesario que se generalice la vacunación anual de gripe a mayores de 60 años y grupos de riesgo.

Que para disminuir la morbi-mortalidad de la enfermedad neumocócica invasiva en los mayores de 65 años, está implantada la vacunación con vacuna polisacárida 23 valente a todos los residentes en Navarra al cumplir dicha edad.

## **PRUEBAS DE TUBERCULINA**

Se insiste en la realización de la prueba de tuberculina de forma sistemática a los 14 años de edad, en el centro escolar, coincidiendo con la vacunación de Td. Dentro del programa de salud del niño sano se realizará también la prueba de tuberculina en niños de 2 y 6 años cuando concurren situaciones con riesgo elevado de tuberculosis (procedencia de países con alta prevalencia, casos de tuberculosis en el entorno, poblaciones con brotes de tuberculosis en los últimos años, etc.).

## **PROCESO DE IMPLANTACIÓN DE LOS CAMBIOS DEL CALENDARIO VACUNAL DE 2016**

### **1. Vacunación antineumocócica conjugada tridecavalente**

Comenzando 1 de marzo de 2016, se administrará la vacuna antineumocócica conjugada trecevalente en el Calendario Oficial de Vacunaciones de Navarra a los 2, 4 y 11 meses de edad, para todos los niños residentes en Navarra nacidos a partir del 1 de enero de 2016.

Con excepción de los niños de alto riesgo, los nacidos con anterioridad al 1 de enero de 2016 no serán inmunizados frente a la enfermedad invasiva con vacunas distribuidas desde el Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra.

### **2. Tercera dosis de vacuna hexavalente**

A todos los niños residentes en Navarra nacidos a partir del 1 de enero de 2016 se les administrará la tercera dosis de vacuna frente a Hepatitis B, Difteria-Tétanos-Tosferina acelular, Haemophilus influenzae tipo b y Poliovirus a los 11 meses de edad, en lugar de administrarla a los 6 meses de edad.

A excepción de niños con calendarios retrasados, no se administrarán terceras dosis de vacuna hexavalente a los 6 meses de edad a partir del 1 de julio de 2016 ya que a esa edad habrán recibido dicha dosis todos los niños nacidos antes del 1 de enero de 2016.

### **3. Vacuna Pentavalente**

Se suprime la administración de la cuarta dosis de vacuna frente a Difteria-Tétanos-Tosferina acelular, Haemophilus influenzae tipo b y Poliovirus que se administraba a los 18 meses de edad, a todos los niños residentes en Navarra nacidos a partir del 1 de enero de 2016.

A excepción de niños con calendarios retrasados, no se aplicarán dosis de vacuna pentavalente a partir del 1 de julio de 2017 ya que habrán cumplido 18 meses todos los niños nacidos antes del 1 de enero de 2016.

#### 4. Vacuna Tetravalente (DTPa PVI)

Comenzando el 1 de enero de 2022 se administrará de la cuarta dosis de vacuna frente a Difteria-Tétanos-Tosferina acelular y Poliovirus a todos los niños residentes en Navarra nacidos a partir del 1 de enero de 2016.

#### 5. Vacuna dTpa de carga reducida

Hasta el 1 de enero de 2022 y **en función de la disponibilidad de vacuna**, se administrará una dosis de vacuna dTpa de carga reducida a los 6 años de edad, a todos los niños residentes en Navarra nacidos antes del 1 de enero de 2016.

#### 6. Vacuna conjugada antimeningocócica C

Se administrará la dosis de recuerdo de vacuna conjugada antimeningocócica C a los 11-12 años de edad, en el último curso (6º) de Educación Primaria a todos los niños residentes en Navarra.

Todos los nacidos durante los años 2004 y 2005 recibirán una dosis de vacuna conjugada antimeningocócica C en el curso escolar 2016-2017

#### 7. Vacuna frente al virus del papiloma humano

Las niñas residentes en Navarra recibirán dos dosis de vacuna frente al virus del papiloma humano a los 11-12 años de edad, en el último curso de Educación Primaria, con pauta 0-6 meses

Todas las niñas nacidas durante los años 2004 y 2005 recibirán dos dosis de vacuna frente al virus del papiloma humano curso escolar 2016-2017

### NORMAS GENERALES DE APLICACIÓN DE VACUNAS Y TUBERCULINAS

1. Todas las vacunas de menores de 4 años así como los calendarios personalizados por determinadas situaciones clínicas o retrasados a cualquier edad, se aplicarán en los centros de salud y consultorios para todos los niños nacidos a partir del 1 de enero de 2005.
2. Todos los niños de edad superior a 5 años de edad deberán ser vacunados en sus respectivos centros escolares salvo que hayan sido vacunados previamente en su centro de salud. Las vacunaciones y tuberculinas en los centros escolares se realizarán con las correspondientes autorizaciones paternas:
  - a) Autorización Primer Curso de Educación Primaria. 6-7 años (dTp acelular de carga reducida). Anexo II
  - b) Autorización Sexto Curso de Educación Primaria. 11-12 años (Dos dosis de vacuna frente a virus del Papiloma Humano a niñas). Anexo III.
  - c) Autorización Sexto Curso de Educación Primaria. 11-12 años (Dosis de recuerdo de vacuna antimeningocócica C conjugada a niños y niñas). Anexo IV.
  - d) Autorización Segundo Curso de ESO. 13-14 años. (Td adultos). Anexo V.
3. Todas las vacunaciones quedarán registradas en la historia clínica informatizada (ATENEA) y en la Cartilla de Salud Infantil.
4. La tuberculina a los 14 años se realizará en el centro escolar con la autorización paterna correspondiente. Anexo VI.
5. No se aplicará tuberculina a los 14 años a ningún niño que tenga documentada una prueba tuberculínica positiva anterior (mayor o igual a 5 milímetros de induración).

6. El resultado en milímetros de induración de la prueba de tuberculina se registrará en la historia clínica informatizada (ATENEA) y en la Cartilla de Salud Infantil.
7. Aquellos jóvenes que resulten con una de tuberculina positiva (superior o igual a 5 milímetros) se derivarán a su médico de familia mediante un documento de remisión. Anexo VII.
8. Por cada aula se enviará un listado completo de los resultados de la prueba de tuberculina en milímetros a la Sección de Intervención Epidemiológica y Vacunaciones del Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra. Anexo VIII.
9. Durante la campaña de vacunación antigripal, se insistirá y se recomendará la vacunación antineumocócica 23-valente, a todas las personas con 65 o más años de edad que acudan a vacunarse de la antigripal y que no hayan sido previamente vacunadas frente al neumococo.
10. De igual forma se actuará recomendando la vacunación antineumocócica, a todas las persona con factores de riesgo de enfermedad neumocócica invasora menores de 65 años de edad cuando acudan a vacunarse de la antigripal.



## VACUNAS INCLUIDAS EN EL CALENDARIO OFICIAL DE 2016

⇒ HEXAVALENTE (DTPa-Hib-VPI-HB).



Primo vacunación de niños 2, 4, y 11 meses de edad.

Forma de administración: **Intramuscular.**

Lugar de aplicación: **Vasto externo del muslo derecho a los 2, 4 y 11 meses de edad.**

⇒ ANTINEUMOCÓCICA CONJUGADA TRIDECAVALENTE (VNC13V)



La vacuna antineumocócica conjugada 13 valente se utilizará en primo vacunación a los 2 y 4 meses de edad y como refuerzo a los 11 meses de edad

Forma de administración: **Intramuscular.**

Lugar de aplicación: **Vasto externo del muslo izquierdo a los 2, 4 y 11 meses de edad.**

⇒ PENTAVALENTE (DTPa -VPI-Hib).



Las vacunas pentavalentes se utilizarán como dosis de recuerdo a los 18 meses de edad para los nacidos antes del 1 de enero de 2016. No se utilizarán de forma sistemática a partir del 1 de julio de 2017

Forma de administración: **Intramuscular.**

Lugar de aplicación: **Región deltoidea.**

⇒ **VACUNA CONJUGADA ANTIMENINGOCÓCICA C (McC).**



Esta vacuna la utilizaremos con las siguientes indicaciones:

**Primovacunación de niños a los 4 meses de edad.**

Forma de administración: **Intramuscular.**

Lugar de aplicación: **Vasto externo del muslo izquierdo.**

**1ª dosis de refuerzo los 12 meses de edad.**

Forma de administración: **Intramuscular.**

Lugar de aplicación: **Región deltoidea brazo izquierdo o vasto externo del muslo izquierdo.**

**2ª dosis de refuerzo a los 11-12 años de edad.**

Forma de administración: **Intramuscular.**

Lugar de aplicación: **Región deltoidea brazo izquierdo.**

⇒ **VACUNA TRIPLE VÍRICA (TV).**



Esta vacuna la utilizaremos con las siguientes indicaciones:

**Primovacunación a los 12 meses de edad.** En situación de especial riesgo (Ej.: enfermedad en contactos) se puede adelantar a los 9 meses. Si la situación epidemiológica aconseja la vacunación antes de los 12 meses, es necesario revacunar a partir de los 12 meses, con un intervalo mínimo de 4 semanas desde la dosis anterior.

Forma de administración: **Subcutánea**

Lugar de aplicación: **Región deltoidea brazo derecho.**

**Revacunación a los 3 años de edad.**

Forma de administración: **Subcutánea.**

Lugar de aplicación: **Región deltoidea brazo derecho.**

⇒ **VACUNA FRENTE A VARICELA (V).**



Esta vacuna la utilizaremos con las siguientes indicaciones:

**Primovacunación a los 15 meses de edad..**

Forma de administración: **Subcutánea.**

Lugar de aplicación: **Región deltoidea.**

**Revacunación a los 3 años de edad.**

Forma de administración: **Subcutánea.**

Lugar de aplicación: **Región deltoidea brazo izquierdo.**

⇒ **VACUNA FRENTE A DIFTERIA TETANOS TOSFERINA ACELULAR DE CARGA REDUCIDA (dTpa).**



Esta vacuna la utilizaremos con la siguiente indicación:

Quinta dosis de recuerdo a los 6-7 años de edad para niños nacidos con anterioridad al 1 de enero de 2016.

No se utilizará de forma sistemática a partir del 1 de enero de 2022

Forma de administración: **Intramuscular.**

Lugar de aplicación: **Región deltoidea brazo izquierdo.**

⇒ **VACUNA FRENTE A DIFTERIA TETANOS TOSFERINA ACELULAR DE CARGA COMPLETA Y POLIOVIRUS (DTPa-VPI).**

Esta vacuna se comenzará a utilizar a partir del 1 de enero de 2022 con la siguiente indicación:

Cuarta dosis de recuerdo a los 6-7 años de edad para niños nacidos a partir 1 de enero de 2016.

Forma de administración: **Intramuscular.**

Lugar de aplicación: **Región deltoidea brazo izquierdo.**

## ⇒ VACUNA FRENTE AL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH)



Esta vacuna la utilizaremos con la siguiente indicación:

Primovacunación de **niñas** de Sexto curso de Educación Primaria

Forma de administración: **Intramuscular.**

Lugar de aplicación: Región **deltoidea derecha** con un esquema **0, 6 meses.**

## ⇒ VACUNA FRENTE A TETANOS DIFTERIA ADULTOS (Td).



Esta vacuna la utilizaremos para la revacunación de tétanos difteria a los 13-14 años de edad y como dosis de refuerzo a los 65 años de edad.

Forma de administración: **Intramuscular.**

Lugar de aplicación: Región **deltoidea.**

## ⇒ VACUNA ANTINEUMOCÓCICA POLISACÁRIDA 23 VALENTE



Esta vacuna la utilizaremos para primovacunación de todos los residentes de la Comunidad Foral de Navarra al cumplir los 65 años de edad.

Para primovacunación de todas las personas mayores de 2 años con factores de riesgo de enfermedad neumocócica se administrará 2 meses después de completar la pauta de inmunización con vacuna antineumocócica conjugada 13 valente.

Forma de administración: **Intramuscular.**

Lugar de aplicación: Región **deltoidea.**

## VACUNA ANTIGRIPAL

Aplicaremos esta vacuna anualmente a todos los residentes de la Comunidad Foral de Navarra mayores de 60 años de edad y para todos aquellos mayores de 6 meses de edad con factores de riesgo.

Forma de administración: **Intramuscular.**

Lugar de aplicación: Región **deltoidea.**

### APLICACIÓN DEL CALENDARIO DE 2016

La aplicación habitual del nuevo calendario, en función de la edad, se realizará con el siguiente esquema:

**DOS MESES DE EDAD:** Se administrarán las siguientes vacunas:

☼ **Hexavalente (DTPa- VPI- Hib-HB).**



Forma de administración: **Intramuscular.**

Lugar de aplicación: **Vasto externo del muslo derecho.**

☼ **Antineumocócica conjugada tridecavalente (NC13v).**



Forma de administración: **Intramuscular.**

Lugar de aplicación: **Vasto externo del muslo izquierdo.**

**CUATRO MESES DE EDAD:** Se administrarán las siguientes vacunas:

**☀ Hexavalente (DTPa- VPI- Hib-HB).**



Forma de administración: **Intramuscular.**

Lugar de aplicación: **Vasto externo del muslo derecho.**

**☀ Vacuna Conjugada Antimeningocócica C (McC).**



Forma de administración: **Intramuscular.**

Lugar de aplicación: **Vasto externo del muslo izquierdo.**

**☀ Antineumocócica conjugada tridecavalente (NC13v).**



Forma de administración: **Intramuscular.**

Lugar de aplicación: **Vasto externo del muslo izquierdo.**

**ONCE MESES DE EDAD:** Se administrarán las siguientes vacunas:

**☀ Hexavalente (DTPa- VPI- Hib-HB).**



Forma de administración: **Intramuscular.**

Lugar de aplicación: **Vasto externo del muslo derecho.**

### Antineumocócica conjugada tridecaivalente (NC13v).



Forma de administración: **Intramuscular.**

Lugar de aplicación: **Vasto externo del muslo izquierdo.**

**DOCE MESES DE EDAD:** Se administrará:

### Vacuna Conjugada Antimeningocócica C (McC).



Forma de administración: **Intramuscular.**

Lugar de aplicación: **Región deltoidea brazo izquierdo o vasto externo del muslo izquierdo.**

### Vacuna triple vírica.



En situación de especial riesgo (Ej.: contactos de casos y brotes) se puede adelantar a los 9 meses. Si la situación epidemiológica aconseja la vacunación antes de los 12 meses, es necesario revacunar a partir de los 12 meses, con un intervalo mínimo de 4 semanas desde la dosis anterior.

Forma de administración: **Subcutánea.**

Lugar de aplicación: **Región deltoidea brazo derecho.**

**QUINCE MESES DE EDAD:** Se administrará:

### Vacuna frente a varicela (V).



**Primovacunación a los 15 meses.**

Forma de administración: **Subcutánea.**

Lugar de aplicación: **Región deltoidea.**

**DIECIOCHO MESES DE EDAD:** Solamente para los nacidos antes del 1 de enero de 2016 se administrará:

 **Pentavalente (DTPa -VPI-Hib).**



Forma de administración: **Intramuscular.**

Lugar de aplicación: Región **deltoidea.**

**Esta vacuna dejará de utilizarse de forma sistemática a partir del 1 de julio de 2017**

**TRES AÑOS DE EDAD:** Se administrarán las siguientes vacunas:

 **Vacuna triple vírica.**



**Revacunación a los 3 años de edad.**

Forma de administración: **Subcutánea.**

Lugar de aplicación: **Región deltoidea brazo derecho.**

 **Vacuna frente a varicela (V).**



**Revacunación a los 3 años de edad.**

Forma de administración: **Subcutánea.**

Lugar de aplicación: **Región deltoidea brazo izquierdo.**



## **SEIS-SIETE AÑOS DE EDAD:**

a) Para niños nacidos antes del 1 de enero de 2016 se administrará:

### **☼ Difteria-Tétanos-Pertusis acelular de carga reducida (dTpa).**



En Primero de Educación Primaria, se administrará una dosis de vacuna dTpa en el centro escolar a todos los niños que no la hayan recibido previamente en el centro de salud, nacidos antes del 1 de enero de 2016

Forma de administración: **Intramuscular.**

Lugar de aplicación: **Región deltoidea del brazo izquierdo.**

b) Para niños nacidos a partir del 1 de enero de 2016 se administrará:

### **☼ Difteria-Tétanos-Pertusis acelular de carga completa y poliovirus (DTPa-VPI).**

Forma de administración: **Intramuscular.**

Lugar de aplicación: **Región deltoidea del brazo izquierdo.**

**ONCE-DOCE AÑOS DE EDAD:** Se administrarán las siguientes vacunas:

### **☼ Vacuna Conjugada Antimeningocócica C (McC).**



Forma de administración: **Intramuscular.**

Lugar de aplicación: **Región deltoidea brazo izquierdo.**

### **☼ Vacuna frente a virus del papiloma humano (VPH)**



Esta vacuna la utilizaremos para la primo vacunación con dos dosis (0, 6 meses), en 6º de Educación Primaria, a todas las **niñas** nacidas a partir del 1 de enero de 2005.

Forma de administración: **Intramuscular.**

Lugar de aplicación: Región **deltoidea brazo derecho** con un esquema **0, 6 meses.**

**TRECE-CATORCE AÑOS DE EDAD:** Se administrará la siguiente vacuna:

 **Vacuna frente a tétanos difteria adultos (Td).**



Esta vacuna la utilizaremos para la revacunación de tétanos difteria a los 14 años de edad.

Forma de administración: **Intramuscular.**

Lugar de aplicación: **Región deltoidea.**

**MAYORES DE 60 AÑOS DE EDAD:**

 **Vacuna antigripal**

Aplicaremos esta vacuna anualmente a todos los residentes de la Comunidad Foral de Navarra mayores de 60 años de edad y a todos aquellos mayores de 6 meses de edad con factores de riesgo.

Forma de administración: **Intramuscular.**

Lugar de aplicación: **Región deltoidea.**

**SESENTA Y CINCO AÑOS DE EDAD:**

 **Vacuna antineumocócica**



Primovacunación de todos los residentes de la Comunidad Foral de Navarra al cumplir los 65 años de edad

Forma de administración: **Intramuscular.**

Lugar de aplicación: **Región deltoidea.**

## **Vacuna Tétanos-difteria de adultos (Td)**



Se administrará una única dosis de recuerdo a los 65 años de edad a todos aquellos que al cumplir dicha edad tengan documentadas 5 dosis previas de vacuna frente a tétanos siempre y cuando hayan transcurrido 10 años desde la última dosis. Si han transcurrido menos de 10 años desde la última dosis, esta se aplicará en la fecha en que se cumpla el periodo especificado de 10 años desde la última dosis.

Forma de administración: **Intramuscular.**

Lugar de aplicación: Región **deltoidea**

## ANEXO I

REFERENCIA: **Código Expediente: 0000F012016000021**

UNIDAD GESTORA: Departamento de Salud

Secretaría General Técnica (Salud)

Sección de Régimen Interior y Modernización Tfno.: 848 42 35 49

Dirección: Avda. del Ejército Nº 2, 31002 PAMPLONA

CorreoElectrónico: sgtsalud@navarra.es

**ORDEN FORAL 75E/2016, de 26 de enero**, del Consejero del Departamento de Salud, por la que se modifica el Calendario Oficial de Vacunaciones Infantiles de Navarra.

Por Orden Foral 9/1996, de 25 de enero, del Consejero de Salud, se creó la Comisión Asesora Técnica de Vacunaciones de Navarra para que, entre otras funciones, contribuyera al diseño, implantación y evaluación de los programas de vacunaciones, analizando la situación epidemiológica de las enfermedades prevenibles por inmunización, estudiando las recomendaciones que realizan los organismos sanitarios nacionales e internacionales para el control de las enfermedades transmisibles, y adecuando el calendario de vacunaciones de la Comunidad Foral a estos criterios.

La última actualización del calendario vacunal se efectuó mediante la Orden Foral 34/2011, de 11 de abril, de la Consejera de Salud, por la que se modifica el Calendario Oficial de Vacunaciones de Navarra.

La Comisión Asesora Técnica de Vacunaciones de Navarra ha propuesto al Departamento de Salud inmunizar a los 2, 4 y 11 meses de edad con vacuna antineumocócica conjugada trecevalente a toda la población infantil residente en Navarra nacida a partir del 1 de enero de 2016.

Por otra parte, y con el fin de adaptarse a la pauta recomendada en el Calendario Común de Vacunación Infantil aprobada por la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, la Comisión Asesora Técnica de Vacunaciones de Navarra ha propuesto al Departamento de Salud:

- a) Retrasar la administración de la tercera dosis de vacuna frente a Hepatitis B, DifteriaTétanosPertusis acelular, Haemophilus influenzae tipo b y poliovirus a los 11 meses de edad, en lugar de administrarla a los 6 meses de edad, a todos los niños y niñas residentes en Navarra que hayan nacido a partir del 1 de enero de 2016.
- b) Suprimir la administración de la cuarta dosis de vacuna frente a DifteriaTétanosPertusis acelular, Haemophilus influenzae tipo b y poliovirus que se administraba a los 18 meses de edad, a todos los niños y niñas residentes en Navarra que hayan nacido a partir del 1 de enero de 2016.
- c) Incluir una cuarta dosis frente a DifteriaTétanosPertusis acelular y poliovirus a los 6 años de edad.
- d) Administrar la dosis de recuerdo de la vacuna conjugada antimeningocócica C y la vacunación de las niñas frente al virus del papiloma humano en el último curso de Educación Primaria en lugar de hacerlo en 1º de ESO como se viene haciendo hasta ahora. De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 33.1 de la Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de Salud, corresponden al Departamento de Salud, entre otras, las funciones de planificación y ordenación en el área de Salud Pública, en cuyo ámbito se incluyen las actividades de protección de la salud, como son las vacunaciones sistemáticas establecidas en el Calendario Oficial de Vacunaciones.

En consecuencia, a propuesta del Director General de Salud, y de conformidad con las atribuciones conferidas por el artículo 41 de la Ley Foral 14/2004, de 3 de diciembre, del Gobierno de Navarra y de su Presidente,

## **ORDENO:**

Artículo Único. Modificación del Calendario Oficial de Vacunaciones Infantiles de Navarra. Se modifica el Calendario Oficial de Vacunaciones Infantiles de Navarra, introduciendo los siguientes cambios, que quedan reflejados en el Anexo de esta Orden Foral:

- a) Incluir la vacuna antineumocócica conjugada trecevalente en el Calendario Oficial de Vacunaciones de Navarra a los 2, 4 y 11 meses de edad, para todos los niños y niñas residentes en Navarra que hayan nacido a partir del 1 de enero de 2016.
- b) Retrasar la administración de la tercera dosis de vacuna frente a Hepatitis B, DifteriaTétanosPertusis acelular, Haemophilus influenzae tipo b y poliovirus a los 11 meses de edad, en lugar de administrarla a los 6 meses de edad, a todos los niños y niñas residentes en Navarra que hayan nacido a partir del 1 de enero de 2016.
- c) Suprimir la administración de la cuarta dosis de vacuna frente a DifteriaTétanosPertusis acelular, Haemophilus influenzae tipo b y poliovirus que se administraba a los 18 meses de edad, a todos los niños y niñas residentes en Navarra que hayan nacido a partir del 1 de enero de 2016.
- d) Incluir una cuarta dosis frente a DifteriaTétanosPertusis acelular y poliovirus a los 6 años de edad.
- e) Adelantar la administración de la dosis de recuerdo de vacuna conjugada antimeningocócica C y la vacunación de las niñas frente al virus del papiloma humano a los 11 12 años de edad.

Disposición transitoria única. Vacunaciones.

1. Todos los nacidos durante los años 2004 y 2005 recibirán una dosis de vacuna conjugada antimeningocócica C en el curso escolar 20162017 y además las niñas nacidas durante los años 2004 y 2005 recibirán dos dosis de vacuna frente al virus del papiloma humano durante el mismo curso escolar.
2. Todos los nacidos con anterioridad al 1 de enero de 2016 completarán su calendario con una cuarta dosis de vacuna frente a DifteriaTétanosPertusis acelular, Haemophilus influenzae tipo b y poliovirus a los 18 meses de edad y una quinta dosis de difteriaTétanospertusis acelular de contenido reducido a los 6 años de edad.

Disposición derogatoria única. Derogaciones.

Queda derogada la Orden Foral 34/2011, de 11 de abril, de la Consejera de Salud, y cuantas normas de igual o inferior rango se opongan a lo previsto en esta Orden Foral. Disposición final primera. Habilitación para la implantación del Calendario Oficial de Vacunaciones.

Se faculta al Director General de Salud para fijar los criterios técnicos y para la adopción de las medidas necesarias para el adecuado desarrollo e implantación del Calendario Oficial de Vacunaciones Infantiles de Navarra.

Disposición final segunda. Entrada en vigor.

Esta Orden Foral entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el Boletín Oficial de Navarra.

Pamplona, 26 de enero de 2016

EL CONSEJERO DEL DEPARTAMENTO DE SALUD, Fernando Domínguez Cunchillos.

## ANEXO II.

### VACUNACION DE DIFTERIA-TÉTANOS-TOS FERINA ACELULAR

Centro de salud de.....

Estimados padres y madres:

El Calendario Oficial de Vacunaciones de Navarra incluye la vacunación de Difteria-Tétanos-Tos ferina acelular de carga reducida a todos los escolares de 6 años (1º de Educación Primaria).

[http://www.navarra.es/home\\_es/Gobierno+de+Navarra/Organigrama/Los+departamentos/Salud/Organigrama/Estructura+Organica/Instituto+Navarro+de+Salud+Publica/Publicaciones/Publicaciones+profesionales/Epidemiologia/Vacunaciones.htm](http://www.navarra.es/home_es/Gobierno+de+Navarra/Organigrama/Los+departamentos/Salud/Organigrama/Estructura+Organica/Instituto+Navarro+de+Salud+Publica/Publicaciones/Publicaciones+profesionales/Epidemiologia/Vacunaciones.htm)

La vacunación se efectuará en los propios centros de enseñanza. Por ello, solicitamos su autorización rellenando esta hoja-cuestionario que les rogamos nos hagan llegar a través del profesor/a, junto con la CARTILLA DE SALUD INFANTIL Y OTROS CERTIFICADOS DE VACUNACIÓN. En caso contrario, les rogamos nos comuniquen su negativa por escrito con este mismo cuestionario.

Gracias por su colaboración.

Apellidos y nombre del alumno/a: .....	Fecha de nacimiento: .....
Centro de enseñanza: .....	Curso y aula: .....
Centro de salud o ambulatorio que le atiende: .....	
¿Es alérgico/a a algún medicamento o vacuna? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ A cuáles: .....	
¿Ha recibido en el último mes alguna vacuna? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ Contra qué: .....	
¿Padece actualmente fiebre superior a 38º, enfermedad aguda o crónica? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	
Cuáles: .....	
¿Está tomando algún medicamento o recibe algún tratamiento médico de forma continuada?	
<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ Cuales: .....	
<b>POR LA PRESENTE</b>	
<input type="checkbox"/> SI. Autorizo la vacunación de Difteria Tétanos y Tos ferina acelular, siempre y cuando lo permita el estado de Salud del niño/a	
<input type="checkbox"/> No autorizo la vacunación de Difteria Tétanos y Tos ferina acelular	
<input type="checkbox"/> No autorizo la vacunación de Difteria Tétanos y Tos ferina acelular porque ha sido recientemente vacunado.	
.....a,..... de..... de 20...	
Firma del padre, madre o tutor/a:	
OBSERVACIONES:	

Autorización 1º de Educación Primaria

## ANEXO IIIA.

### VACUNACIÓN FRENTE A VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

Centro de salud de .....

Estimados padres y madres:

El Calendario Oficial de Vacunaciones de Navarra incluye la vacunación frente al virus del papiloma humano a las **niñas** de 11-12 años en 6º curso de Educación Primaria.

[http://www.navarra.es/home\\_es/Gobierno+de+Navarra/Organigrama/Los+departamentos/Salud/Organigrama/Estructura+Organica/Instituto+Navarro+de+Salud+Publica/Publicaciones/Publicaciones+profesionales/Epidemiologia/Vacunaciones.htm](http://www.navarra.es/home_es/Gobierno+de+Navarra/Organigrama/Los+departamentos/Salud/Organigrama/Estructura+Organica/Instituto+Navarro+de+Salud+Publica/Publicaciones/Publicaciones+profesionales/Epidemiologia/Vacunaciones.htm)

La vacunación se efectuará en los propios centros de enseñanza. Por ello, solicitamos su autorización rellenando esta hoja-cuestionario que les rogamos nos hagan llegar a través del profesor/a, junto con la CARTILLA DE SALUD INFANTIL Y OTROS CERTIFICADOS DE VACUNACIÓN. En caso contrario, les rogamos nos comuniquen su negativa por escrito con este mismo cuestionario. Gracias por su colaboración.

Apellidos y nombre de la alumna: ..... Fecha de nacimiento:.....

Centro de enseñanza: ..... Curso y aula: .....

Centro de salud o ambulatorio que le atiende: .....

¿Es alérgico/a a algún medicamento o vacuna?  NO  SÍ  A cuáles: .....

¿Está embarazada?  NO  SÍ

¿Ha recibido en el último mes alguna vacuna?  NO  SÍ  Contra qué: .....

¿Padece alguna inmunodeficiencia o enfermedad del sistema inmunitario?  NO  SÍ

¿Padece actualmente fiebre superior a 38º, enfermedad aguda o crónica?

NO  SÍ  Cuáles: .....

¿Está tomando algún medicamento o recibe algún tratamiento médico de forma continuada?

NO  SÍ  Cuáles: .....

**POR LA PRESENTE**

SI. Autorizo la aplicación de la vacuna frente al virus del papiloma humano siempre y cuando el estado de salud de la niña lo permita y no exista contraindicación

NO. No autorizo la aplicación de la vacuna frente al virus del papiloma humano

..... a ..... de ..... de 20...

Firma del padre, madre o tutor/a:

OBSERVACIONES

Autorización 6º de Educación Primaria

## ANEXO IIIB.

### VACUNACIÓN FRENTE A VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

Centro de salud de .....

Estimados padres y madres:

El Calendario Oficial de Vacunaciones de Navarra incluye la vacunación frente al virus del papiloma humano a las **niñas** de 12-13 años en 1º curso de ESO.

[http://www.navarra.es/home\\_es/Gobierno+de+Navarra/Organigrama/Los+departamentos/Salud/Organigrama/Estructura+Organica/Instituto+Navarro+de+Salud+Publica/Publicaciones/Publicaciones+profesionales/Epidemiologia/Vacunaciones.htm](http://www.navarra.es/home_es/Gobierno+de+Navarra/Organigrama/Los+departamentos/Salud/Organigrama/Estructura+Organica/Instituto+Navarro+de+Salud+Publica/Publicaciones/Publicaciones+profesionales/Epidemiologia/Vacunaciones.htm)

La vacunación se efectuará en los propios centros de enseñanza. Por ello, solicitamos su autorización rellenando esta hoja-cuestionario que les rogamos nos hagan llegar a través del profesor/a, junto con la CARTILLA DE SALUD INFANTIL Y OTROS CERTIFICADOS DE VACUNACIÓN. En caso contrario, les rogamos nos comuniquen su negativa por escrito con este mismo cuestionario. Gracias por su colaboración.

Apellidos y nombre de la alumna: ..... Fecha de nacimiento:.....

Centro de enseñanza: ..... Curso y aula: .....

Centro de salud o ambulatorio que le atiende: .....

¿Es alérgico/a a algún medicamento o vacuna?  NO  SÍ  A cuáles: .....

¿Está embarazada?  NO  SÍ

¿Ha recibido en el último mes alguna vacuna?  NO  SÍ  Contra qué: .....

¿Padece alguna inmunodeficiencia o enfermedad del sistema inmunitario?  NO  SÍ

¿Padece actualmente fiebre superior a 38º, enfermedad aguda o crónica?

NO  SÍ  Cuáles: .....

¿Está tomando algún medicamento o recibe algún tratamiento médico de forma continuada?

NO  SÍ  Cuáles: .....

**POR LA PRESENTE**

SÍ. Autorizo la aplicación de la vacuna frente al virus del papiloma humano siempre y cuando el estado de salud de la niña lo permita y no exista contraindicación

NO. No autorizo la aplicación de la vacuna frente al virus del papiloma humano

..... a ..... de ..... de 20...

Firma del padre, madre o tutor/a:

OBSERVACIONES

Autorización 1º curso ESO



## ANEXO IVA.

### VACUNACIÓN ANTIMENINGOCÓCICA CONJUGADA C

Centro de salud de .....

Estimados padres y madres:

El Calendario Oficial de Vacunaciones de Navarra incluye la vacunación antimeningocócica C a los 11-12 años en 6º curso de Educación Primaria

[http://www.navarra.es/home\\_es/Gobierno+de+Navarra/Organigrama/Los+departamentos/Salud/Organigrama/Estructura+Organica/Instituto+Navarro+de+Salud+Publica/Publicaciones/Publicaciones+profesionales/Epidemiologia/Vacunaciones.htm](http://www.navarra.es/home_es/Gobierno+de+Navarra/Organigrama/Los+departamentos/Salud/Organigrama/Estructura+Organica/Instituto+Navarro+de+Salud+Publica/Publicaciones/Publicaciones+profesionales/Epidemiologia/Vacunaciones.htm)

La vacunación se efectuará en los propios centros de enseñanza. Por ello, solicitamos su autorización rellenando esta hoja-cuestionario que les rogamos nos hagan llegar a través del profesor/a, junto con la CARTILLA DE SALUD INFANTIL Y OTROS CERTIFICADOS DE VACUNACIÓN. En caso contrario, les rogamos nos comuniquen su negativa por escrito con este mismo cuestionario. Gracias por su colaboración.

Apellidos y nombre del alumno/a: ..... Fecha de nacimiento:.....

Centro de enseñanza: ..... Curso y aula: .....

Centro de salud o ambulatorio que le atiende: .....

¿Es alérgico/a a algún medicamento o vacuna?  NO  SÍ  A cuáles: .....

¿Ha recibido en el último mes alguna vacuna?  NO  SÍ  Contra qué: .....

¿Padece alguna inmunodeficiencia o enfermedad del sistema inmunitario?  NO  SÍ

¿Padece actualmente fiebre superior a 38º, enfermedad aguda o crónica?

NO  SÍ  Cuáles: .....

¿Está tomando algún medicamento o recibe algún tratamiento médico de forma continuada?

NO  SÍ  Cuáles: .....

POR LA PRESENTE

SI. Autorizo la aplicación de la vacuna antimeningocócica conjugada C siempre y cuando el estado de salud del niño/a lo permita y no exista contraindicación

NO. No autorizo la aplicación de la vacuna antimeningocócica conjugada C

..... a ..... de ..... de 20...

Firma del padre, madre o tutor/a:

OBSERVACIONES

Autorización 6º curso de Educación Primaria

## ANEXO IVB.

### VACUNACIÓN ANTIMENINGOCÓCICA CONJUGADA C

Centro de salud de .....

Estimados padres y madres:

El Calendario Oficial de Vacunaciones de Navarra incluye la vacunación antimeningocócica C a los 12-13 años en 1º curso de ESO.

[http://www.navarra.es/home\\_es/Gobierno+de+Navarra/Organigrama/Los+departamentos/Salud/Organigrama/Estructura+Organica/Instituto+Navarro+de+Salud+Publica/Publicaciones/Publicaciones+profesionales/Epidemiologia/Vacunaciones.htm](http://www.navarra.es/home_es/Gobierno+de+Navarra/Organigrama/Los+departamentos/Salud/Organigrama/Estructura+Organica/Instituto+Navarro+de+Salud+Publica/Publicaciones/Publicaciones+profesionales/Epidemiologia/Vacunaciones.htm)

La vacunación se efectuará en los propios centros de enseñanza. Por ello, solicitamos su autorización rellenando esta hoja-cuestionario que les rogamos nos hagan llegar a través del profesor/a, junto con la CARTILLA DE SALUD INFANTIL Y OTROS CERTIFICADOS DE VACUNACIÓN. En caso contrario, les rogamos nos comuniquen su negativa por escrito con este mismo cuestionario. Gracias por su colaboración.

Apellidos y nombre del alumno/a: ..... Fecha de nacimiento:.....

Centro de enseñanza: ..... Curso y aula: .....

Centro de salud o ambulatorio que le atiende: .....

¿Es alérgico/a a algún medicamento o vacuna?  NO  SÍ  A cuáles: .....

¿Ha recibido en el último mes alguna vacuna?  NO  SÍ  Contra qué: .....

¿Padece alguna inmunodeficiencia o enfermedad del sistema inmunitario?  NO  SÍ

¿Padece actualmente fiebre superior a 38º, enfermedad aguda o crónica?

NO  SÍ  Cuáles: .....

¿Está tomando algún medicamento o recibe algún tratamiento médico de forma continuada?

NO  SÍ  Cuáles: .....

POR LA PRESENTE

SI. Autorizo la aplicación de la vacuna antimeningocócica conjugada C siempre y cuando el estado de salud del niño/a lo permita y no exista contraindicación

NO. No autorizo la aplicación de la vacuna antimeningocócica conjugada C

..... a ..... de ..... de 20...

Firma del padre, madre o tutor/a:

OBSERVACIONES

Autorización 1º curso ESO

## ANEXO V.

### VACUNACIÓN FRENTE A TÉTANOS-DIFTERIA DE TIPO ADULTO

Centro de salud de .....

Estimados padres y madres:

El Calendario Oficial de Vacunaciones de Navarra incluye la vacunación frente a Tétanos-difteria de tipo adulto a todos los escolares de 14 años (2º de ESO).

[http://www.navarra.es/home\\_es/Gobierno+de+Navarra/Organigrama/Los+departamentos/Salud/Organigrama/Estructura+Organica/Instituto+Navarro+de+Salud+Publica/Publicaciones/Publicaciones+profesionales/Epidemiologia/Vacunaciones.htm](http://www.navarra.es/home_es/Gobierno+de+Navarra/Organigrama/Los+departamentos/Salud/Organigrama/Estructura+Organica/Instituto+Navarro+de+Salud+Publica/Publicaciones/Publicaciones+profesionales/Epidemiologia/Vacunaciones.htm)

La vacunación se efectuará en los propios centros de enseñanza. Por ello, solicitamos su autorización rellenando esta hoja-cuestionario que les rogamos nos hagan llegar a través del profesor/a, junto con la CARTILLA DE SALUD INFANTIL Y OTROS CERTIFICADOS DE VACUNACIÓN. En caso contrario, les rogamos nos comuniquen su negativa por escrito con este mismo cuestionario.

Gracias por su colaboración.

Apellidos y nombre del alumno/a: ..... Fecha de nacimiento ..... Centro de enseñanza: ..... Curso y aula: ..... Centro de salud o ambulatorio que le atiende: ..... ¿Es alérgico/a a algún medicamento o vacuna? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ A cuáles: ..... ¿Ha recibido en el último mes alguna vacuna? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ Contra qué: ..... ¿Padece alguna inmunodeficiencia o enfermedad del sistema inmunitario? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ ¿Padece actualmente fiebre superior a 38º enfermedad aguda o crónica? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ ¿Está tomando algún medicamento o recibe algún tratamiento médico de forma continuada? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ Cuáles: ..... <b>POR LA PRESENTE</b> <input type="checkbox"/> Autorizo la vacunación de Tétanos-difteria de tipo adulto, siempre y cuando lo permita el estado de Salud del niño/a. <input type="checkbox"/> No autorizo la vacunación de Tétanos-difteria de tipo adulto  .....a..... de..... de20...  Firma del padre, madre o tutor/a:  <b>OBSERVACIONES:</b>    
---

Autorización 2º de ESO

## ANEXO VI.

### AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES/TUTOR PARA LA REALIZACIÓN DE LA PRUEBA DE TUBERCULINA

El Programa de Control de la Tuberculosis en Navarra recomienda realizar la prueba de la tuberculina a todos los niños a los 14 años, salvo a quienes tengan una prueba previa positiva. Se trata de una prueba diagnóstica que consiste en un pequeño pinchazo superficial en el antebrazo, cuyo resultado ha de ser leído entre 48 y 72 horas.

Si tiene constancia de una prueba de tuberculina previa positiva, le pedimos que nos lo indique, y en tal caso no será necesario repetirla. En el caso de que la prueba previa hubiese sido negativa **sí** está indicada la repetición de la misma.

Para dar su autorización, rellene y firme esta hoja.

Nombre del padre/madre/tutor \_\_\_\_\_

Nombre del niño/a \_\_\_\_\_

Autorizo a que se le realice a mi hijo/a una prueba de tuberculina.

SI  NO

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

### EN CASO DE DAR LA AUTORIZACIÓN, COMPLETAR LOS SIGUIENTES DATOS

Médico de cabecera: \_\_\_\_\_

Centro de Salud/mutua \_\_\_\_\_

Enfermedades actuales \_\_\_\_\_

Fiebre de varios días  Cansancio  Tos con secreciones de semanas

Vacuna de tuberculosis (BCG) NO/no sabe  SI  fecha: \_\_\_\_\_

Prueba de tuberculina NO/no sabe  SI  Resultado: \_\_\_\_\_

Tratamiento con corticoides: NO  SI  \_\_\_\_\_

Antecedente de tuberculosis en la familia: NO  SI  \_\_\_\_\_

Tratamiento previo con Isoniacida (Cemidón): NO  SI  \_\_\_\_\_

#### RESULTADOS DE LA PRUEBA (a cumplimentar por los servicios sanitarios)

Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Induración \_\_\_\_\_ mm.

Interpretación: Positivo  Negativo

Radiología (en los positivos): \_\_\_\_\_

Recomendación: \_\_\_\_\_

Observaciones

## ANEXO VII.

### CARTAS A LOS PADRES Y AL MÉDICO DE CABECERA DE LOS NIÑOS QUE RESULTEN POSITIVOS A LA TUBERCULINA

D./Dña \_\_\_\_\_

Padre/Madre/Tutor del niño \_\_\_\_\_

El pasado día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ realizamos a su hijo/a una prueba de tuberculina en su centro de escolar que ha resultado POSITIVA.

Ante este resultado conviene que sea valorado de forma individual por su médico. Le adjuntamos un escrito en el que explicamos la situación a su médico de cabecera para que él realice las pruebas que considere oportunas.

Atentamente

\_\_\_\_\_

Estimado/a Dr./Dra. \_\_\_\_\_

El Programa de Control de la Tuberculosis de Navarra contempla el cribado tuberculínico a todos los niños a los 14 años de edad.

El pasado día \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ realizamos la prueba de tuberculina al niño D/Dña. \_\_\_\_\_, paciente suyo, en el centro docente donde estudia.

El resultado de dicha prueba ha sido **POSITIVO** ( \_\_\_\_\_ mm).

Según el Programa de Tuberculosis de Navarra, convendría descartar la presencia de la enfermedad tuberculosa realizando, al menos, una radiografía de tórax informada por el radiólogo. Una vez excluida la enfermedad, se puede valorar la indicación de quimiopprofilaxis con isoniacida durante 6 meses.

Para cualquier consulta relacionada con el Programa de Control de la Tuberculosis de Navarra puede llamar al Instituto de Salud Pública a los teléfonos 848 423646 / 848 421477.

Atentamente,

Fecha y firma:

## ANEXO VIII.

### RESULTADOS DEL CRIBADO CON TUBERCULINA EN EL PROGRAMA DE SALUD DEL NIÑO SANO (2º ESO)

COLEGIO/ CENTRO ESCOLAR:

AULA / GRUPO:

CURSO ACADÉMICO:

Nº	Nombre y apellidos	PPD actual	Nacido en España (Sí/No)	PPD+ previo*
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				

\*Marcar con una cruz sólo en caso de que se conozca el antecedente y sea afirmativo.

Remitir a: Sección de Intervención Epidemiológica y Vacunaciones, Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra.  
C/ Leyre 15. 31003 Pamplona/Iruña

## ANEXO IX

**ORDEN FORAL 349/2015, de 21 de diciembre**, del Consejero de Salud, por la que se establece el Calendario Oficial de Vacunaciones de Adultos de Navarra.

Por Orden Foral 9/1996, de 25 de enero, del Consejero de Salud, se creó la Comisión Asesora Técnica de Vacunaciones de Navarra para que, entre otras funciones, contribuyera al diseño, implantación y evaluación de los programas de vacunaciones, analizando la situación epidemiológica de las enfermedades prevenibles por inmunización, estudiando las recomendaciones que realizan los organismos sanitarios nacionales e internacionales para el control de las enfermedades transmisibles, y adecuando el calendario de vacunaciones de la Comunidad Foral a estos criterios.

La Comisión Asesora Técnica de Vacunaciones de Navarra ha propuesto al Departamento de Salud la creación de un Calendario Oficial de Vacunaciones de Adultos que recoja las indicaciones de vacunación sistemática en los adultos, así como las inmunizaciones aconsejadas para personas con determinadas condiciones clínicas o epidemiológicas.

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 33.1 de la Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de Salud, corresponden al Departamento de Salud, entre otras, las funciones de planificación y ordenación en el área de Salud Pública, en cuyo ámbito se incluyen las actividades de protección de la salud, como son las vacunaciones sistemáticas establecidas en el calendario oficial de vacunaciones.

En consecuencia, a propuesta del Director General de Salud, y de conformidad con las atribuciones conferidas por el artículo 41 de la Ley Foral 14/2004, de 3 de diciembre, del Gobierno de Navarra y de su Presidente,

### ORDENO:

#### **Artículo 1. Vacunaciones sistemáticas.**

Se establece un Calendario Oficial de Vacunaciones de Adultos de Navarra con las vacunaciones sistemáticas siguientes:

- a) Una dosis anual de vacuna antigripal a todas las personas mayores de 60 años de edad.
- b) Se administrará una única dosis de tétanos-difteria (Td) como recuerdo a los 65 años de edad a todas aquellas personas que al cumplir dicha edad tengan documentadas 5 dosis previas de vacuna frente a tétanos, siempre y cuando hayan transcurrido 10 años desde la última dosis. Si han transcurrido menos de 10 años desde la última dosis, ésta se aplicará en la fecha en que se cumpla el periodo especificado de 10 años desde la última dosis.

Se continuarán administrando dosis de recuerdo de Tétanos-difteria (Td) cada 10 años a aquellos primovacunados que no tengan documentadas cinco o más dosis de vacuna frente a tétanos hasta completar las cinco dosis.

Se realizará la primovacunación de Tétanos-difteria (Td) a aquellos que no la hayan completado anteriormente. En estos casos se aplicará una dosis inicial, una segunda pasadas 4 semanas de la primera, y una tercera con un intervalo de al menos 6 meses de la segunda.

- c) Una dosis de vacuna antineumocócica polisacárida 23 valente a los 65 años de edad.

#### **Artículo 2. Vacunación antigripal.**

Se vacunará anualmente de gripe a aquellas personas menores de 60 años con factores de riesgo incluidas en el Anexo I de esta Orden Foral.

### **Artículo 3. Vacunación frente a tos ferina.**

Se aplicará una dosis de difteria-tétanos-pertusis acelular de baja carga (dTpa) al personal sanitario que trabaje en áreas de pediatría y obstetricia, así como a las mujeres embarazadas en el tercer trimestre de cada embarazo.

### **Artículo 4. Vacunación frente a sarampión, rubéola y parotiditis.**

Todas las personas nacidas después de 1970 que no dispongan de evidencia clínica de haber pasado sarampión, rubéola o parotiditis deberán tener documentadas dos dosis de triple vírica (TV). Los individuos susceptibles a cualquiera de las tres enfermedades no vacunados o vacunados con una sola dosis, serán inmunizados hasta completar 2 dosis, con una separación entre ambas de al menos 4 semanas.

### **Artículo 5. Vacunación frente a varicela.**

Todas las personas residentes en Navarra susceptibles a varicela completarán su vacunación hasta documentar dos dosis de vacuna frente a varicela (V), con una separación entre ambas de al menos 4 semanas.

### **Artículo 6. Vacunación frente a poliomielitis.**

Recibirán 3 dosis de vacuna de polio inactivada (0-1-6 meses) todas las personas que provengan de países que en el último año hayan notificado casos de poliomielitis por virus salvajes a la Organización Mundial de la Salud, así como sus convivientes. Se puede consultar la relación actualizada de dichos países en:

<http://www.polioeradication.org/Dataandmonitoring/Poliowhiskweek.aspx>.

### **Artículo 7. Vacunación frente a enfermedad neumocócica.**

Recibirán una dosis de vacuna antineumocócica conjugada 13 valente (VNC13) y/o vacuna antineumocócica polisacárida 23 valente (VPN23) todas las personas residentes en Navarra incluidas en el Anexo II de esta Orden Foral.

### **Artículo 8. Vacunación frente al virus del papiloma humano.**

Todas las mujeres residentes en Navarra que hayan nacido después del 1 de enero de 1992, tengan menos de 26 años y no hayan sido inmunizadas previamente, recibirán tres dosis de vacuna frente al virus del papiloma humano con la pauta acorde al preparado farmacéutico aplicado. También recibirán tres dosis de vacuna frente al virus del papiloma humano las mujeres mayores de 26 años no inmunizadas previamente, sexualmente activas, y con indicación médica por:

- Haber sido sometidas a conización.
- Inmunodeficiencias congénitas o adquiridas, incluida la infección por VIH.
- Enfermedades que requieran o puedan requerir tratamiento con fármacos inmunosupresores.
- Transplante de órgano sólido o de precursores hematopoyéticos.

### **Artículo 9. Vacunación frente a la hepatitis B.**

Todas las personas residentes en Navarra que hayan nacido después del 1 de enero de 1980 y no hayan sido inmunizadas previamente, recibirán tres dosis de vacuna frente a la hepatitis B con la pauta 0, 1 y 6 meses. También serán vacunados frente a la hepatitis B todos los residentes en



Navarra nacidos con anterioridad a 1980, no inmunizados previamente, con las indicaciones médicas, epidemiológicas u ocupacionales que aparecen en el Anexo III de esta Orden Foral.

#### **Artículo 10. Vacunación frente a enfermedad meningocócica por serogrupo C.**

Todas las personas residentes en Navarra menores de 18 años de edad tienen que haber recibido al menos una dosis de vacuna conjugada antimeningocócica C (MEN C). También serán vacunadas frente a la enfermedad meningocócica por serogrupo C todas las personas residentes en Navarra mayores de 18 años, no inmunizadas previamente, con las indicaciones establecidas en el Anexo IV de esta Orden Foral.

#### **Artículo 11. Vacunación frente a enfermedad meningocócica por serogrupo B.**

Recibirán dos dosis de vacuna tetravalente frente a enfermedad meningocócica por serogrupo B (4CMenB), con 4 semanas de separación entre ambas, todas las personas residentes en Navarra no inmunizadas previamente con las indicaciones médicas, epidemiológicas u ocupacionales que aparecen en el Anexo V de esta Orden Foral.

#### **Artículo 12. Vacunación frente a enfermedad por haemophilus influenzae tipo b.**

Recibirán una dosis de vacuna frente a enfermedad por haemophilus influenzae tipo b (Hib) todas las personas residentes en Navarra no inmunizadas previamente con las indicaciones establecidas en el Anexo VI de esta Orden Foral.

#### **Artículo 13. Vacunación frente a la hepatitis A.**

Recibirán dos dosis de vacuna frente a la hepatitis A, con una separación de 6 meses entre ambas, todas las personas susceptibles residentes en Navarra, con las indicaciones médicas, epidemiológicas u ocupacionales que aparecen en el Anexo VII de esta Orden Foral.

### **DISPOSICIONES FINALES**

**Disposición Final Primera.** Habilitación para la implantación del Calendario Oficial de Vacunaciones.

Se faculta al Director General de Salud para fijar los criterios técnicos y para la adopción de las medidas necesarias para el adecuado desarrollo e implantación del Calendario Oficial de Vacunaciones de Adultos en Navarra.

**Disposición Final Segunda.** Entrada en vigor.

Esta Orden Foral entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el Boletín Oficial de Navarra.

Pamplona, veintiuno de diciembre de dos mil quince.

EL CONSEJERO DE SALUD  
Fernando Domínguez Cunchillos

## Anexo I

### Indicaciones de vacunación antigripal en adultos

- A. Personas menores de 60 años que, por presentar una condición clínica especial, tienen un alto riesgo de complicaciones derivadas de la gripe o porque la gripe pueda provocar una descompensación de su condición médica.
- Adolescentes y personas adultas con:
    - Enfermedades crónicas cardiovasculares.
    - Enfermedad crónica pulmonar incluyendo displasia bronco-pulmonar, fibrosis quística y asma.
    - Enfermedad metabólica crónica, diabetes mellitus.
    - Obesidad mórbida (índice de masa corporal  $\geq 40$  en adultos,  $\geq 35$  en adolescentes).
    - Insuficiencia renal.
    - Hemoglobinopatías, anemias, asplenia.
    - Enfermedad hepática crónica.
    - Enfermedades neurológicas crónicas y neuromusculares graves.
    - Inmunosupresión, incluida la originada por la infección por VIH, por fármacos o en los receptores de trasplantes.
    - Cáncer.
    - Implante coclear o en espera del mismo.
    - Enfermedades que conllevan disfunción cognitiva (síndrome de Down, demencias y otras).

En este grupo se hará un especial énfasis en aquellas personas que precisen seguimiento médico periódico o que hayan sido hospitalizadas en el último año.

- Personas que conviven en residencias, instituciones o en centros que prestan asistencia a enfermos crónicos de cualquier edad.
  - Adolescentes/jóvenes entre 15 y 18 años que reciben tratamiento prolongado con ácido acetil salicílico, por la posibilidad de desarrollar un síndrome de Reye tras la gripe.
  - Mujeres en cualquier momento del embarazo.
- B. Personas que pueden transmitir la gripe a aquellas que tienen un alto riesgo de complicaciones.
- Personas que trabajan en los centros sanitarios, tanto de atención primaria como especializada y hospitalaria, pública y privada. Se hará especial énfasis en aquellos profesionales que atienden a pacientes de los grupos de alto riesgo anteriormente descritos.
  - Personas que trabajan en instituciones geriátricas o en centros de atención a enfermos crónicos, especialmente los que tengan contacto continuo con personas vulnerables.
  - Personas que proporcionen cuidados domiciliarios a pacientes de alto riesgo o ancianos.
  - Personas que conviven en el hogar, incluidos niños y niñas, con otras que pertenecen a grupos de alto riesgo.

C. Otros grupos en los que se recomienda la vacunación

- Personas que trabajan en servicios públicos esenciales.
  - Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado con dependencia nacional, autonómica o local.
  - Bomberos.
  - Servicios de protección civil
  - Personas que trabajan en los servicios de emergencias sanitarias.
  - Trabajadores de instituciones penitenciarias y de centros de internamiento por resolución judicial.

## Anexo II

### Indicaciones de vacunación antineumocócica

Indicación	14-65 años	≥ 65 años
1. Personas sin factores de riesgo	-	VPN23 <sup>1</sup>
2. Personas con factores de riesgo de padecer ENI		
a) Personas con inmunodepresión		
<p>Inmunodeficiencias humorales o celulares, deficiencias del complemento y trastornos de la fagocitosis (excepto enfermedad granulomatosa crónica).</p> <p>Leucemia, linfoma, mieloma múltiple y enfermedad de Hodgkin.<sup>3</sup></p> <p>Otras neoplasias.<sup>3</sup></p> <p>Infección por VIH.</p> <p>Insuficiencia renal crónica (estadios 4 y 5 de la National Kidney Foundation <sup>4</sup>) y síndrome nefrótico.</p> <p>Tratamiento inmunosupresor, incluidos aquellos con esteroides a dosis inmunosupresoras o con agentes biológicos<sup>3</sup></p> <p>Asplenia anatómica o funcional, incluida la drepanocitosis homocigota y otras hemoglobinopatías.</p> <p>Trasplante de órgano sólido.<sup>5</sup></p>		Pauta secuencial (VNC13+VPN23) <sup>2,7</sup>
Trasplante de progenitores hematopoyéticos.		Pauta secuencial (VNC13 (x3)+VPN23) <sup>6,7</sup>
b) Personas inmunocompetentes con patología crónica		
<p>Fístulas de líquido cefalorraquídeo.</p> <p>Portadores de implantes cocleares.</p> <p>Antecedentes de padecimiento de enfermedad neumocócica invasiva confirmada.</p>		Pauta secuencial (VNC13+VPN23) <sup>2</sup>
<p>Enfermedad cardiovascular crónica.</p> <p>Enfermedad pulmonar crónica.</p> <p>Diabetes mellitus.</p> <p>Hepatopatía crónica o cirrosis hepática.</p> <p>Alcoholismo.</p>		VPN23 <sup>8</sup>

1. *Poner una dosis de recuerdo a los 65 años (VPN23) a todos aquellos que hayan recibido una dosis de VPN23 con anterioridad, siempre y cuando hayan transcurrido 5 años desde la administración de la dosis de VPN23 anterior.*
2. *Pauta secuencial con una dosis de VNC13 en el momento del diagnóstico seguida al menos 8 semanas más tarde de una de VPN23. Se recomienda una última dosis de VPN23 transcurridos cinco años.*
3. *Vacunar idealmente antes del inicio de la terapia. En caso contrario la misma pauta en el momento de la consulta o durante la terapia de mantenimiento.*
4. *Insuficiencia renal con aclaramiento de creatinina <30 ml/minuto.*
5. *Idealmente antes del inicio del tratamiento inmunosupresor. En caso contrario se administrará la pauta secuencial a los seis meses postrasplante y una última dosis de VPN23 transcurridos cinco años.*
6. *En trasplantes de progenitores hematopoyéticos (TPH) iniciar la vacunación a los 3 meses del trasplante con 3 dosis de VNC13 separadas 1 mes entre sí (independientemente de la edad) y una dosis de vacuna VNP23 a los 12 meses del trasplante (en caso de EICH crónica sustituirla por una 4ª dosis de VNC13); poner una dosis de recuerdo de VNP23 a los 2 años de la dosis anterior.*
7. *En el caso de haber recibido con anterioridad una dosis de VPN23, se aplicará la misma pauta pero dejando al menos 12 meses de intervalo entre la última dosis de VPN23 y el inicio de la pauta secuencial. Si han recibido dos dosis de VPN23 antes de los 64 años, recibirán una tercera a partir de los 65 años siempre que hayan transcurrido 5 o más años desde la dosis anterior.*
8. *Una dosis de VPN23, idealmente en los momentos iniciales del proceso mórbido, y otra a partir de los 65 años siempre que hayan transcurrido 5 o más años desde la dosis anterior.*

### Anexo III

#### Indicaciones de vacunación frente a la hepatitis B en adultos

- La pauta básica de vacunación es de 3 dosis, con un intervalo mínimo de 1 mes entre la 1ª y la 2ª dosis y de 2 meses entre la 2ª y la 3ª dosis (y, al menos, 4 meses entre la 1ª y la 3ª dosis).
- El esquema habitual a utilizar es 0-1-6 meses.
- En adolescentes de entre 15 y 16 años, utilizar la presentación infantil.

Vacunación a aquellos no vacunados con anterioridad que presenten alguna de las siguientes indicaciones:

a. Médicas:

- Insuficiencia renal, diálisis y prediálisis. En estos casos se debe utilizar una pauta específica de 4 dosis a los 0-1-2-6 meses, con vacuna de 40 µg o adyuvada, o bien 4 dosis dobles de la vacuna estándar de 20 µg a los 0-1-2-6 meses.
- Enfermedad hepática crónica.
- Diabetes.
- Receptores de hemoderivados y de transfusiones múltiples.
- Inmunodeficiencias congénitas.
- Infección por VIH.
- Trasplante de órgano sólido o de precursores hematopoyéticos.
- Enfermedades que requieran, o puedan requerir, tratamiento con fármacos inmunosupresores.
- Síndrome de Down.

b. Epidemiológicas:

- Convivientes y parejas sexuales de portadores crónicos de hepatitis B.
- Personas con más de una pareja sexual en los 6 meses anteriores.
- Varones con relaciones homosexuales múltiples.
- Personas con una infección de transmisión sexual (ITS) reciente y usuarios de consultas de ITS.
- Usuarios de drogas inyectadas.
- Residentes y usuarios de centros de atención a personas con discapacidad psíquica.
- Reclusos (especialmente con más de 6 meses de estancia).
- Previa realización de marcadores previos (AgSHB, antiHBs, antiHBc) a provenientes de zonas endémicas (todos aquellos no procedentes del Norte y Oeste de Europa, Norteamérica, Méjico, Sur de Suramérica, Australia y Nueva Zelanda).

c. Ocupacionales (a vacunar únicamente por mutuas / servicios de salud laboral):

- Trabajadores y estudiantes sanitarios.
- Trabajadores de servicios públicos con riesgo de exposición a sangre.
- Trabajadores de prisiones, centros de atención a personas con discapacidad psíquica, centros de acogida de menores y establecimientos de acupuntura, tatuaje y piercing.
- Personal de limpieza de parques y jardines y de recogida de basuras.

## Anexo IV

### Indicaciones de vacunación frente a enfermedad meningocócica por serogrupo C

Se recomienda la administración de una dosis de vacuna MEN C a:

- Adolescentes/jóvenes entre 15 y 18 años que no hayan sido vacunados con anterioridad o nacidos a partir de 2001 que no hubieran recibido una dosis de refuerzo a los 12 años de edad.
- Personas con las siguientes indicaciones:
  - Asplenia anatómica o funcional o disfunción esplénica.
  - Inmunodeficiencias primarias humorales o combinadas.
  - Déficit de componentes del complemento, properdina, factor D o factor H.
  - Déficit de complemento adquirido por tratamiento con eculizumab.
  - Enfermedad de Hodgkin y neoplasias hematológicas.
  - Personas que han padecido enfermedad meningocócica invasora.
  - Trasplante de progenitores hematopoyéticos.
  - Microbiólogos y personal de laboratorio que trabajen con *Neisseria meningitidis*.

En las personas a tratamiento con eculizumab es preferible utilizar una vacuna tetravalente conjugada (MenACWY), que solo puede administrarse en un centro hospitalario. La vacuna debe aplicarse, como mínimo, 2 semanas antes del inicio del tratamiento.

## Anexo V

### Indicaciones de vacunación frente a enfermedad meningocócica por serogrupo B

Se recomienda la administración de dos dosis con 4 semanas de separación entre ambas, de la vacuna 4CMenB, a las personas que presenten las siguientes indicaciones:

- a) Médicas:
  - Personas con deficiencia de properdina o con déficits de factores terminales del complemento (incluyendo las que reciban o vayan a recibir eculizumab).
  - Personas con asplenia o disfunción esplénica grave (anemia de células falciformes) y en aquellos con resección quirúrgica programada.
  - Personas que han sufrido un episodio de enfermedad meningocócica invasora.
  
- b) Ocupacionales:
  - Personal de laboratorio (técnicos y microbiólogos) que trabajen con muestras que potencialmente puedan contener *Neisseria meningitidis*.
  
- c) Epidemiológicas:
  - En agrupaciones de casos o brotes, definidos por la aparición de dos o más casos confirmados de enfermedad meningocócica por serogrupo B que cumplan además las dos características siguientes:
    - en la misma institución, organización o grupo social,
    - en un periodo de tiempo  $\leq 4$  semanas.
  - En brotes comunitarios, definidos como aparición de tres o más casos confirmados de enfermedad meningocócica por serogrupo B que cumplan además las dos características siguientes:
    - en un ámbito comunitario definido,
    - en un periodo de tiempo  $\leq 3$  meses.
  - Situaciones de hiperendemia, definida por la aparición gradual, potencialmente duradera, de un clon cubierto por la vacuna en un área geográfica.
  - Otras situaciones particulares en las que la autoridad sanitaria establezca la necesidad de vacunación.



## Anexo VI

Indicaciones de vacunación frente a Enfermedad por haemophilus influenzae tipo B

Se recomienda la administración de una dosis de vacuna Hib a las personas que presenten alguna de las siguientes situaciones clínicas:

- Asplenia anatómica o funcional, o disfunción esplénica.
- Inmunodeficiencias primarias humorales o combinadas.
- Déficit de componentes tempranos del complemento.
- Déficit de complemento adquirido por tratamiento con eculizumab.
- Enfermedad de Hodgkin y neoplasias hematológicas.
- Infección por VIH.
- Trasplante de órgano sólido o de precursores hematopoyéticos.
- Personas con implante coclear o que vayan a recibir uno.

Para las personas candidatas a tratamiento con eculizumab y en la esplenectomía, trasplante de órgano sólido e implantes cocleares programados, la vacuna debe aplicarse, como mínimo, 2 semanas antes del inicio del tratamiento o la intervención quirúrgica.

## Anexo VII

### Indicaciones de vacunación frente a la hepatitis A

Se considerarán inmunes a los nacidos antes de 1964. En caso de duda, se realizará una serología previa y se vacunará a los seronegativos. Se recomienda la vacunación frente a la hepatitis A a las personas no inmunes que presenten alguna de las siguientes indicaciones:

- Médicas:
  - Enfermedad hepática crónica.
  - Mucoviscidosis.
  - Pacientes hemofílicos.
  - Candidatos a transplante de órganos.
  - Receptores de hemoderivados y de transfusiones múltiples.
  - Trasplante de órgano sólido (especialmente trasplante hepático).
  - Tratamiento inmunosupresor con fármacos hepatotóxicos (Ciclosporina, Tacrolimus, Metotrexato, Azatioprina, 6-mercaptopurina y 6-tioguanina, Leflunomida, Sirolimus, Infliximab, Adalimumab, Etanercept, Alefacept).
- Epidemiológicas:
  - Usuarios de drogas inyectadas o fumadas.
  - Varones con relaciones homosexuales múltiples.
  - Profilaxis post exposición a un caso de hepatitis A de acuerdo con los protocolos nacionales de vigilancia epidemiológica.
  - Viajeros a zonas endémicas.
- Ocupacionales (a vacunar únicamente por mutuas / servicios de salud laboral):
  - Trabajadores implicados en actuaciones ante catástrofes.
  - Trabajadores que manipulen el virus de la hepatitis A en laboratorios.
  - Trabajadores e investigadores en contacto con primates no humanos.
  - Trabajadores en contacto con aguas residuales.
  - Personal de guarderías infantiles, hospitales o centros asistenciales y otras situaciones de riesgo ocupacional.