

Vista creada el 25/04/2025 a las 04:53 h

## MANUAL DE INMUNIZACIONES EN LÍNEA DE LA AEP

# 19. Inmunizaciones del personal sanitario

SECCIÓN III. Inmunizaciones en circunstancias especiales

Actualizado en diciembre de 2024

## Capítulo 19 - Inmunizaciones del personal sanitario

1. [Puntos clave](#)

2. [Introducción](#)

3. [Objetivos de la vacunación del personal sanitario](#)

4. [Clasificación de las vacunas para el personal sanitario](#)

5. [Vacunas recomendadas](#)

5.1. [Gripe](#)

5.2. [Hepatitis B](#)

5.3. [Tétanos y difteria](#)

5.4. [Tosferina](#)

5.5. [Triple vírica \(sarampión, rubeola y parotiditis\)](#)

5.6. [Varicela](#)

5.7. [SARS-CoV-2](#)

6. [Vacunas indicadas en ciertas situaciones](#)

6.1. [Enfermedad meningocócica](#)

6.2. [Fiebre amarilla](#)

6.3. [Fiebre tifoidea](#)

6.4. [Hepatitis A](#)

6.5. [Poliomielitis](#)

6.6. [Rabia](#)

7. [Cómo mejorar las coberturas vacunales del personal sanitario](#)

8. [Bibliografía](#)

9. [Enlaces de interés](#)

10. [Historial de actualizaciones](#)

11. Tablas incluidas en el capítulo:

Tabla 19.1. Clasificación de las vacunas para el personal sanitario

Tabla 19.2. Evaluación de la protección frente a la hepatitis B en sanitarios con vacunación completa documentada.

Tabla 19.2. Manejo posexposición, percutánea o mucosa, a sangre o fluidos orgánicos en personal sanitario, en función de su situación de vacunación frente a la hepatitis B y su respuesta inmunitaria

Sugerencia para la citación: Comité Asesor de Vacunas e Inmunizaciones (CAV-AEP). Inmunizaciones del personal sanitario. Manual de inmunizaciones en línea de la AEP [Internet]. Madrid: AEP; dic/2024. [consultado el dd/mmm/aaaa]. Disponible en: <http://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-19>

2

## 1. Puntos clave

- El personal sanitario está en riesgo de ser contagiado de ciertas enfermedades prevenibles mediante vacunación y asimismo puede ser fuente de contagio para los pacientes a su cuidado y para sus compañeros de trabajo. La vacunación correcta del personal sanitario busca evitar ambas circunstancias.
- La pandemia de la covid ha hecho evidente la importancia de la vacunación en los profesionales sanitarios para poder mantenerse en su lugar de trabajo en situaciones de emergencia.
- El programa de vacunación de los trabajadores sanitarios ha de realizarse de forma reglada e integrada en la vigilancia sanitaria de su estado de salud.
- El programa de vacunación debe incluir no solo a los profesionales sanitarios, sino que ha de abarcar también a los estudiantes de ciencias de la salud adscritos al centro y a quienes realicen actividades en él (personal administrativo, de mantenimiento, contratados de limpieza, cafetería, voluntariado, etc.).
- Se recomienda mantener un registro activo y actualizado anualmente de la situación vacunal del personal sanitario.
- Las coberturas de vacunación conseguidas en España entre los trabajadores sanitarios no siempre son las adecuadas. Esto es debido fundamentalmente a una baja percepción del riesgo de enfermedad y a dudas sobre la efectividad y seguridad de determinadas vacunas (p.ej. vacuna frente a la gripe), por parte del personal sanitario.
- La formación e información periódicas de todo el personal sanitario en los aspectos básicos de las vacunaciones, así como en el caso de la vacunación frente a la gripe estacional, resultan esenciales para aumentar la aceptación de la vacunación en este colectivo.

2

## 2. Introducción

En sentido amplio y a efectos de vacunación, se entiende por personal sanitario al conjunto de las personas que, de forma remunerada o no, trabajan en un centro sanitario y que puedan estar en contacto con los pacientes o con materiales potencialmente infecciosos.

La protección de la salud de los trabajadores sanitarios, mediante la prevención de los riesgos derivados del trabajo, es un aspecto importante de la Salud Pública que se impulsó desde la creación de los servicios de medicina preventiva en los hospitales y que se fue afianzando posteriormente, en nuestro país, a través de la Ley sobre Prevención de Riesgos Laborales de 1995.

Alcanzar un estado inmunitario adecuado del personal que trabaja en el medio sanitario, mediante la administración de vacunas u otros productos biológicos, es uno de los pilares preventivos en los que se asientan los programas de salud laboral.

Para que los programas de vacunación en el medio laboral obtengan los resultados deseados, es fundamental que las personas implicadas en su desarrollo conozcan los aspectos básicos de las vacunas que manejan y estén adecuadamente formadas sobre sus pautas, dosis, vías de administración e intervalos entre los distintos productos inmunobiológicos.

2

### 3. Objetivos de la vacunación del personal sanitario

Dentro del ámbito sanitario, el riesgo de contagio propio y de contagiar puede minimizarse mediante las siguientes cinco actuaciones:

1. Higiene de manos
2. Higiene de los fómites, especialmente del material médico (fonendos, tensiómetros, pulsioxímetros...) y de los que pudiera haber en salas de espera y zonas comunes
3. Empleo de mascarillas
4. Medidas de prevención de la transmisión de microorganismos en los centros sanitarios
5. Vacunación del personal sanitario

Los objetivos de la vacunación del personal sanitario son:

- **AUTOPROTECCIÓN:** proteger a los trabajadores del riesgo de contraer determinadas enfermedades transmisibles. Y en especial proteger la salud del trabajador en caso de que, por determinadas circunstancias (inmunodepresión, enfermedad crónica, etc.), presente un riesgo superior de contagio o de complicaciones derivadas de la adquisición de ciertas enfermedades infecciosas en el lugar de trabajo. Protección que se hace extensiva a su círculo de convivientes.
- **PRINCIPIO ÉTICO:** evitar que los trabajadores puedan ser fuente de contagio para los pacientes a los que atienden, para otros trabajadores sanitarios y para la comunidad.
- **EJEMPLARIDAD:** predicar con el ejemplo, pues difícilmente se puede proponer un tratamiento preventivo a la población que, al mismo tiempo, los profesionales de la salud rechazan.
- **PROTECCIÓN SOCIAL:** evitar el absentismo laboral como consecuencia de enfermedades infecciosas adquiridas por los trabajadores en el desempeño de sus funciones. Pues, además, al formar parte de un servicio público, han de estar disponibles para poder atender a los que están enfermos. (Protección social).

Según las recomendaciones contenidas en el anexo VI del Real Decreto 664/1997 sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo, cuando exista riesgo para ellos por exposición a agentes biológicos para los que hay vacunas eficaces, estas deberán ponerse a su disposición. Además, deberá informarse a los trabajadores sobre las ventajas e inconvenientes, tanto de la vacunación como de la no vacunación, la vacuna no deberá suponerles gasto alguno y podrá elaborarse un certificado de vacunación que se expedirá al trabajador vacunado y, cuando se solicite, a las autoridades sanitarias. Las vacunas administradas deberán ser anotadas en un carné de vacunación que se proporcionará al trabajador.

2

### 4. Clasificación de las vacunas para el personal sanitario

Hay vacunas que se recomiendan para todos los profesionales sanitarios susceptibles y otras indicadas sólo en ciertas situaciones que supongan un riesgo específico para los trabajadores ([tabla 19.1](#)).

**Tabla 19.1. Clasificación de las vacunas para el personal sanitario.**

Vacunas recomendadas para todo el personal sanitario	Vacunas indicadas en ciertas situaciones
Gripe	Enfermedad meningocócica
Hepatitis B	Fiebre amarilla
Tétanos y difteria (Td)	Fiebre tifoidea

Vacunas recomendadas para todo el personal sanitario	Vacunas indicadas en ciertas situaciones
Tosferina (Tdpa)	Hepatitis A
Triple vírica (SRP)	Poliomielitis
Varicela	Rabia
SARS-CoV-2	

Las indicaciones de vacunación de cada profesional deben ser individualizadas en función de la susceptibilidad del trabajador a las diferentes enfermedades inmunoprevenibles, de las tareas desempeñadas o de los riesgos a los que esté expuesto según su actividad profesional y de su propia situación de salud.

2

## 5. Vacunas recomendadas

### 5.1. [Gripe](#)

### 5.2. [Hepatitis B](#)

### 5.3. [Tétanos y difteria](#)

### 5.4. [Tosferina](#)

### 5.5. [Triple vírica \(sarampión, rubeola y parotiditis\)](#)

### 5.6. [Varicela](#)

### 5.7. [SARS-CoV-2](#)

#### 5.1. Gripe

El personal sanitario puede transmitir el virus de la gripe a los pacientes durante el período de incubación o durante la fase de infección subclínica, por lo que los trabajadores sanitarios en contacto con enfermos deberían vacunarse cada año, antes del inicio de la temporada gripal, incluidos los estudiantes en prácticas en centros sanitarios y el personal de oficinas de farmacia. Además, la transmisión del virus gripal en el medio sanitario es uno de los principales motivos de absentismo laboral. El programa de vacunación antigripal incluye a todos los trabajadores, aunque se consideran de especial riesgo los siguientes:

- Trabajadores tanto de atención primaria como especializada y hospitalaria que atienden a pacientes con alto riesgo de complicaciones de la gripe (inmunodeprimidos, neonatos, pacientes pluripatológicos...)
- El colectivo de pediatría (pediatras, enfermería pediátrica, estudiantes en rotación) debería ser considerado un colectivo de especial interés para la vacunación por la gran transmisibilidad de la gripe en niños menores de 5 años
- Personas que trabajan en instituciones geriátricas o en centros de atención a enfermos crónicos, especialmente los que tengan contacto continuo con personas vulnerables
- Trabajadores mayores de 60 años
- Trabajadores con ciertas patologías crónicas: enfermedad cardiovascular o pulmonar crónica, personas que necesitaron seguimiento médico u hospitalización durante el año precedente por enfermedad metabólica crónica (incluida diabetes), insuficiencia renal, hemoglobinopatías o inmunosupresión (incluida infección por VIH)
- Trabajadoras embarazadas, en cualquier trimestre de la gestación, si esta coincide con la temporada gripal

Estudios realizados en centros geriátricos muestran una reducción significativa de la morbimortalidad por gripe en los pacientes si las coberturas vacunales en el personal sanitario son superiores al 60 %. A pesar de los datos a favor de la inmunización, esta vacuna presenta, en general, bajas coberturas en el colectivo sanitario, con mejor aceptación entre médicos que en profesionales de enfermería. Las razones que los trabajadores alegan con mayor frecuencia para justificar su rechazo a la vacunación son la baja percepción del riesgo de enfermar, el temor a las reacciones adversas de la vacuna, el miedo a los pinchazos y la ausencia de contacto con pacientes de alto riesgo.

Entre las estrategias diseñadas para mejorar las coberturas destacan una adecuada educación sanitaria del trabajador, el desplazamiento del personal de la unidad de vacunación a las distintas áreas laborales para vacunar a los trabajadores en su puesto de trabajo, la firma de un

documento de rechazo por parte del trabajador que no acepte vacunarse y la inmunización obligatoria para los sanitarios que atienden pacientes de alto riesgo. Las únicas medidas que han conseguido elevar significativamente la cobertura han sido las políticas de inmunización obligatoria que consideran la vacunación antigripal como un deber del trabajador sanitario (para proteger a los pacientes) y no una elección personal; en algunos centros sanitarios de EE. UU., donde han aplicado esta medida, han alcanzado coberturas superiores al 90 %.

Se debe aplicar una dosis de vacuna antigripal, a ser posible tetravalente.

## 5.2. Hepatitis B

### *Profilaxis preexposición*

El riesgo de infección para el personal sanitario está en función de la prevalencia de portadores del virus de la hepatitis B en la población asistida y de la frecuencia de exposiciones percutáneas y contactos cutáneo-mucosos con sangre o fluidos corporales contaminados, procedentes de estos pacientes. Todos los trabajadores sanitarios que tienen la posibilidad de estar en contacto con sangre o fluidos corporales y que lleven a cabo tareas que impliquen este tipo de accidentes deben ser vacunados, preferiblemente antes de su incorporación al trabajo. Se considera especialmente vulnerable al colectivo de estudiantes de enfermería y también de medicina.

Los marcadores antiHBs solo tienen valor si se realizan 1-2 meses tras la última dosis de la serie, porque en un 15 %-50 % de las personas se negativizan entre 5 y 15 años después de la última dosis administrada, aunque siguen protegidos por la memoria inmunológica proporcionada por la vacunación. Aunque el control de la respuesta posvacunal no se recomienda en población general por este motivo, sí que es útil en sanitarios para identificar a los no respondedores y, en caso de exposición accidental, determinar la profilaxis posexposición más adecuada. No se debe realizar una monitorización periódica de anticuerpos en aquellas personas que alcanzaron concentraciones de anti-HBs  $\geq 10$  mUI/ml después de completar la inmunización y se les considerará "respondedores" a la vacunación.

La pauta de administración se establecerá en función del historial de vacunación:

1. Personal sanitario sin vacunación previa: se administrarán 3 dosis de adulto con pauta 0, 1, 6 meses. Se realizarán marcadores posvacunales (entre 1 y 2 meses tras la tercera dosis). Si el título de anticuerpos antiHBs es mayor o igual a 10mUI/ml se considerará respondedor y no son necesarias dosis de recuerdo posteriores. Si el título de anticuerpos antiHBs es menor de 10mUI/ml, se repetirá la pauta de vacunación con tres dosis adicionales con la misma pauta. Si después de esta segunda pauta sigue sin existir una respuesta adecuada, tampoco deberán administrarse más dosis y la persona se considerará no respondedora, de forma que, en caso de exposición accidental con una fuente positiva, se realizará profilaxis pasiva con inmunoglobulina hiperinmune antihepatitis B (IGHB).
2. En caso de vacunación incompleta: Se completará pauta de vacunación, según esquema especificado en el apartado anterior.
3. En caso de desconocimiento del estado de la respuesta tras la vacunación: en primer lugar, se realizará prueba serológica y solo en el caso de que el título de anticuerpos antiHBs sea menor a 10 mUI/ml, se administrará 1 dosis y se realizará prueba serológica entre 1 y 2 meses tras de la vacunación. Si el título de anticuerpos antiHBs es mayor o igual a 10mUI/ml, se considera adecuadamente vacunado y si es menor de 10 mUI/ml, se administrarán otras 2 dosis con separación de, al menos, 8 semanas entre dosis y la última, al menos, 4 meses después de la primera; entre 1 y 2 meses tras la última dosis se volverán a realizar marcadores y si sigue sin existir una respuesta adecuada se considerará al trabajador no respondedor y no se administrarán más dosis.

En los profesionales sanitarios con vacunación completa documentada en los que la serología posvacunal de control se haya realizado después del intervalo aconsejado de 1-2 meses de la 3.ª dosis de la vacuna, si la serología resultara negativa (anti-HBs inferior a 10 mUI/ml), se aconseja administrar 1 dosis de vacuna HB y hacer un nuevo control entre 1 y 2 meses después. Si el resultado fuera de nuevo negativo, se recomienda continuar con las 2 dosis restantes hasta completar la nueva serie de 3 y de nuevo repetir la prueba en 1-2 meses; y si, por el contrario, fuera la serología positiva, se daría por inmunizado ([tabla 19.2](#)).

**Tabla 19.2. Evaluación de la protección frente a la hepatitis B en sanitarios con vacunación completa documentada.**



Fuente: Grupo de trabajo de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Vacunación en trabajadores sanitarios. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, 2017.

No se recomienda la administración de dosis de recuerdo ni la monitorización periódica de anticuerpos en personas sanas, pero sí habría que hacer control de antiHBs posvacunal en inmunodeprimidos o personas en tratamiento de hemodiálisis cada 6-12 meses, y administrar una dosis de vacuna cuando el título de antiHBs sea menor de 10 mIU/ml.

**Profilaxis posexposición**

En la [tabla 19.3](#) se muestra la pauta a seguir en caso de exposición accidental a una posible fuente de contagio, según el CDC Guidance for Evaluating Health-Care Personnel for Hepatitis B Virus Protection and for Administering Postexposure Management, publicado en diciembre de 2013 (ver bibliografía).

**Tabla 19.3. Manejo posexposición, percutánea o mucosa, a sangre o fluidos orgánicos en personal sanitario, en función de su situación de vacunación frente a la hepatitis B y su respuesta inmunitaria.**

Situación del profesional sanitario	Serología posexposición		Profilaxis posexposición		Serología posvacunación <sup>b</sup>
	Paciente fuente (HBsAg)	Profesional sanitario (anti-HBs)	IGHB <sup>a</sup>	Vacunación	
Respondedor <sup>c</sup> tras completar ?3 dosis	No es necesario hacer nada				
No respondedor <sup>d</sup> después de 6 dosis	Positivo/?	- <sup>e</sup>	IGHB x 2 separadas 1 mes	-	No

Situación del profesional sanitario	Serología posexposición		Profilaxis posexposición		Serología posvacunación <sup>b</sup>
	Paciente fuente (HBsAg)	Profesional sanitario (anti-HBs)	IGHB <sup>a</sup>	Vacunación	
	Negativo		No es necesario hacer nada		
Respuesta desconocida después de 3 dosis	Positivo/?	<10 mUI/ml <sup>e</sup>	IGHB x 1	Iniciar revacunación	Sí
	Negativo	<10 mUI/ml	No		
	Cualquier resultado	?10 mUI/ml	No es necesario hacer nada		
No vacunado, vacunación incompleta o rechazada	Positivo/?	- <sup>e</sup>	IGHBx1	Completar vacunación	Sí
	Negativo	-	No	Completar vacunación	Sí

? Desconocido.

<sup>a</sup> Cuando esté indicada, la IGHb debe administrarse IM tras la exposición tan pronto como sea posible. La efectividad es desconocida cuando la IGHb se administra más de 7 días tras la exposición percutánea, mucosa o a través de piel no intacta. La dosis de IGHb es de 0,06 ml/kg.

<sup>b</sup> Debe realizarse 1-2 meses después de la última dosis de la serie de vacunación frente a la hepatitis B (y 4-6 meses después de haber recibido IGHb para evitar la detección de anticuerpos anti-HBs adquiridos de forma pasiva) utilizando un método cuantitativo que permita detectar la concentración protectora de anti-HBs (>10 mUI/ml).

<sup>c</sup> Se define como respondedor a aquel que alcanza >10 mUI/ml de anti-HBs tras recibir 3 o más dosis de vacuna de la hepatitis B.

<sup>d</sup> Se define como no respondedor a aquel con anti-HBs <10 mUI/ml tras recibir 6 o más dosis de vacuna de la hepatitis B.

<sup>e</sup> El personal sanitario con anti-HBs <10 mUI/ml o que no haya sido vacunado o lo esté de forma incompleta y que haya tenido una exposición a un paciente fuente HBsAg positivo o de serología desconocida, deberá ser estudiado tan pronto como sea posible para descartar infección por virus de la hepatitis B y repetir las determinaciones 6 meses después. La prueba inicial consistirá en la determinación de anti-HBc y luego, a los 6 meses, de HBsAg y anti-HBc.

### 5.3. Tétanos y difteria

Todos los adultos deberían tener actualizada su vacunación frente al tétanos y la difteria. Las revisiones médicas periódicas del personal sanitario son una oportunidad para investigar el estado vacunal frente a estas infecciones y hacer las correcciones que puedan ser necesarias. En adultos previamente no vacunados se recomienda una primovacuna con 3 dosis, las dos primeras separadas por 4-8 semanas y una tercera dosis entre 6-12 meses después de la segunda; para mantener la protección se administrarán dos dosis de recuerdo con un intervalo recomendado de 10 años entre dosis (intervalo mínimo: 12 meses) hasta completar un total de 5 dosis. Se seguirán las recomendaciones de revacunación vigentes en la población adulta de cada comunidad autónoma.

### 5.4. Tosferina

La tosferina es altamente contagiosa y la transmisión en centros sanitarios está bien documentada. Pueden actuar como fuente de infección los pacientes, los trabajadores y las visitas. Los recién nacidos y los lactantes pequeños son el principal grupo de riesgo de padecer una tosferina grave e incluso mortal.

La vacuna de la tosferina actual se denomina acelular (Pa) por estar constituida por antígenos de la bacteria purificados y no está comercializada como preparado monocomponente, de forma que siempre se presenta combinada, al menos, con los toxoides que constituyen las vacunas del tétanos y de la difteria, en dos formulaciones, la de carga antigénica estándar o DTPa, para menores de 7 años, y la de carga antigénica reducida o Tdpa, para niños de 4 años en adelante y adultos.

La recomendación inicial del Ministerio de Sanidad, del año 2004, que restringía la indicación de la vacunación al personal sanitario que atiende a niños prematuros y a recién nacidos que precisen hospitalización, fue ampliada en 2011, por el grupo de trabajo específico de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones, a quienes trabajen en áreas de pediatría y obstetricia, así como a los profesionales sanitarios que hayan tenido contacto estrecho con los casos en el control de brotes epidémicos de tosferina.

Pero teniendo en cuenta el riesgo de transmisión de tosferina en centros sanitarios y la movilidad laboral de los profesionales, el Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría considera que el preparado vacunal de elección en estos momentos para la vacunación del personal sanitario frente a la tosferina es la vacuna Tdpa. Todos los sanitarios y cuidadores de guarderías deberían recibir una dosis de Tdpa, siempre que hayan completado la primovacuna con 3 dosis frente al tétanos, independientemente del preparado combinado que se haya utilizado. Son también susceptibles de vacunación aquellos trabajadores sanitarios que hayan completado la pauta de 5 dosis frente al tétanos (6 si comenzaron la vacunación en la primera infancia). La vacunación repetida frente a difteria, tétanos y tosferina debe realizarse en los intervalos establecidos en las recomendaciones oficiales (generalmente 10 años).

No es necesario respetar ningún intervalo de tiempo mínimo desde la última dosis de Td y la administración de Tdpa, aparte del mes de rigor entre dos dosis de una misma vacuna. Cualquier trabajadora del ámbito de la salud embarazada es tributaria de recibir la vacuna, independientemente de si la ha recibido en embarazos previos, pudiendo ser coadministrada con la de la gripe y la de la covid, si se diera la circunstancia.

### 5.5. Triple vírica (sarampión, rubeola y parotiditis)

A pesar de las campañas de vacunación, el sarampión continúa presente en todo el mundo, causando frecuentes brotes. El riesgo de adquisición en el personal sanitario susceptible es hasta 13 veces mayor que en la población general, por un mayor contacto con personas que padecen esta enfermedad. Por otro lado, al infectarse actúan como una fuente de infección para pacientes no inmunes y para inmunodeprimidos. Según algunos estudios, el personal sanitario es la fuente del 5-10 % de todos los casos de sarampión registrados.

Las personas que inician su trabajo como sanitarios deben conocer su situación inmunológica frente al sarampión, es decir, han de tener

confirmación serológica de inmunidad o registro vacunal que acredite que han recibido dos dosis de vacuna. Los trabajadores susceptibles deberían ser vacunados antes de su incorporación laboral.

La transmisión nosocomial de la parotiditis se ha descrito con cierta frecuencia en los últimos años, aunque, en general, han sido casos esporádicos. La vacuna está indicada en todos los sanitarios que no tengan evidencia de inmunidad, según los mismos criterios que para el sarampión. Se recomienda también dos dosis de vacuna separadas entre sí, al menos, 4 semanas.

El objetivo fundamental de la vacunación frente a la rubeola es prevenir la rubeola congénita, es decir, el contagio de embarazadas no inmunizadas. Se recomienda la vacunación de todo el personal sanitario. Aunque una dosis de vacuna sería suficiente, al estar esta vacuna incluida en la triple vírica, se administran siempre dos dosis en personas no vacunadas.

Con carácter general, el Ministerio de Sanidad delimita la recomendación de administrar la vacuna triple vírica a las cohortes nacidas con posterioridad a 1970, en base a los resultados de las Encuestas Nacionales de Seroprevalencia realizadas en 1996 y 2020, dado que el 99,1 % de la población estaría inmunizada. Ahora en noviembre de 2024 ha publicado un documento "[Evaluación del impacto del 2.º estudio de seroprevalencia en el programa de vacunación frente a sarampión](#)" en el que realiza estas conclusiones:

- No se considera necesario modificar el programa de vacunación frente al sarampión en el calendario comunitario de vacunación a lo largo de toda la vida
- **No se recomienda el uso de una tercera dosis de vacuna triple vírica en personal sanitario con dos dosis documentadas**, independientemente del tiempo que haya transcurrido tras la segunda dosis por cuanto el beneficio de la aplicación sistemática es pequeño
- **No se recomienda realizar serología frente al sarampión de manera sistemática en población general ni en personal del entorno sanitario** en tanto que la interpretación de los resultados de IgG es escasa para establecer el umbral de protección
- Es necesario insistir en que toda la población esté adecuadamente protegida frente al sarampión con dos dosis de vacuna siempre que no hayan padecido el sarampión
- Es necesario extremar la vigilancia epidemiológica en caso de brotes en un entorno sanitario y se considerará todos los contactos como susceptibles
- 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
- En caso de población infantil a la que se le haya administrado la primera dosis antes del año de edad, no se considerará vacunada. Se recomienda administrar dos dosis de vacuna frente a sarampión si no las tienen documentadas, [pero el CAV-AEP añade con las excepciones admitidas en este enlace](#)

## 5.6. Varicela

La transmisión del virus varicela-zóster (VZ) en el medio sanitario es frecuente. La fuente de infección pueden ser los pacientes, el personal sanitario o las visitas, durante el período preclínico de la enfermedad. En áreas pediátricas el caso índice suele ser un niño con varicela y en los servicios de hospitalización de adultos es más frecuente la transmisión a partir de pacientes con herpes zóster diseminado. La transmisión nosocomial del virus VZ puede causar morbimortalidad importante en pacientes de alto riesgo.

Se considerarán inmunes a aquellas personas que refieran haber padecido la varicela o un herpes zóster o que constatan serología positiva o el antecedente de vacunación documentada con 2 dosis. Se recomienda la vacunación de todos los trabajadores susceptibles (2-10 % según diferentes estudios, aunque pueden aumentar hasta el 50 % entre sanitarios procedentes de áreas subtropicales) y especialmente de aquellos que puedan tener contacto con personas con alto riesgo de sufrir complicaciones graves por esta infección, como son las siguientes:

- Inmunodeprimidos sin evidencia de inmunidad frente al virus VZ, como niños con leucemia o linfoma no vacunados, personas en tratamiento inmunosupresor con corticoides sistémicos a altas dosis o agentes quimioterápicos y personas con deficiencias inmunitarias congénitas, particularmente las de tipo celular.
- Prematuros hospitalizados de 28 a 36 semanas de edad gestacional al nacer, hijos de madres susceptibles a la varicela.
- Prematuros hospitalizados de menos de 28 semanas de gestación o con un peso inferior a 1000 g al nacimiento, independientemente de la situación inmunitaria de la madre respecto a varicela.



- Embarazadas sin evidencia de inmunidad.

La vacuna también es útil en la profilaxis posexposición, siempre que se administre en un plazo de 3 días, y posiblemente hasta de 5 días, después del contacto.

El cribado serológico prevacunal del personal con antecedentes negativos o inciertos de varicela se considera coste-efectivo. No se recomienda la confirmación serológica de inmunidad posvacunal, porque son frecuentes los falsos negativos con las pruebas habitualmente disponibles.

No es necesaria la restricción laboral tras la vacunación, salvo si apareciera una erupción posvacunal. En este caso, el trabajador debería ser retirado del contacto con pacientes de riesgo hasta la desaparición del exantema.

Según los datos de la 2.ª encuesta de seroprevalencia en España (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. 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 profesionales que no cumplan alguno de los cuatro criterios anteriores se realizará una determinación serológica y, si la persona es susceptible (IgG negativa), 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.

## 5.7. SARS-CoV-2

Es probable que los trabajadores de la salud que atienden a pacientes con COVID-19 estén expuestos a pacientes con cargas virales elevadas, lo que los coloca a ellos y a sus convivientes en mayor riesgo de desarrollar la covid que la población en general, hecho que puede hacerse extensivo a sus pacientes y compañeros. Los trabajadores de la salud también se han visto implicados en la propagación del SARS-CoV-2 dentro de los centros sanitarios y sociosanitarios.

Por otra parte donde la prevalencia del virus es elevada a nivel comunitario las probabilidades de que un trabajador sanitario contraiga la enfermedad de un conviviente son elevadas, pudiendo diseminarlo entre compañeros y pacientes. Por todo ello la estrategia de vacunación del Ministerio de Sanidad los priorizó en su [primera etapa](#) y sigue manteniendo la recomendación de su vacunación en la actualidad.

La vacuna puede ser administrada de forma simultánea con cualquier otra de las indicadas.

2

## 6. Vacunas indicadas en ciertas situaciones

### 6.1. [Enfermedad meningocócica](#)

### 6.2. [Fiebre amarilla](#)

### 6.3. [Fiebre tifoidea](#)

### 6.4. [Hepatitis A](#)

### 6.5. [Poliomielitis](#)

### 6.6. [Rabia](#)

### 6.1. Enfermedad meningocócica

La transmisión nosocomial de *Neisseria meningitidis* es excepcional, por lo que la vacunación antimeningocócica no está indicada de rutina para el personal sanitario, a excepción de quienes trabajen en laboratorios (técnicos de laboratorio, microbiólogos) con muestras que puedan contener *Neisseria meningitidis*. En estos casos se recomendaría la vacuna frente al meningococo B (2 dosis) y la vacuna tetravalente conjugada frente a los meningococos ACWY (1 dosis).

La vacuna tetravalente frente a los meningococos ACWY también se recomienda como profilaxis posexposición a profesionales que hayan tenido contacto cercano con un caso de enfermedad meningocócica invasora causada por uno de esos serogrupos. En caso de exposición a un paciente con enfermedad meningocócica por serogrupo B, la vacuna sólo se recomienda a los contactos cercanos de un caso de enfermedad meningocócica invasora (EMI) si presentan alguna condición basal de alto riesgo. En **noviembre de 2022** [la Ponencia del Ministerio de Sanidad](#) publicó nuevas recomendaciones de vacunación en grupos de riesgo considerando que todos los que ya se habían señalado anteriormente (salvo el antecedente de EMI y los menores de 2 años) deberían recibir una dosis de vacuna frente al meningococo B al año de terminar la inmunización primaria y luego cada 5 años y en caso de brote de EMI por serogrupo B los pacientes con factores de riesgo deben recibir una dosis de refuerzo si ha transcurrido, al menos, un año desde la finalización de la serie primaria de la vacunación.

Se aconseja la profilaxis antibiótica posexposición para personas que hayan tenido un contacto intenso y sin protección (p. ej. sin mascarilla) con pacientes infectados, del tipo de maniobras de resucitación y similares. El fármaco de elección en la erradicación faríngea del meningococo es la rifampicina, aunque pueden utilizarse como alternativas el ciprofloxacino (solo en adultos) o la ceftriaxona ([ver tabla del capítulo 30](#)).

## 6.2. Fiebre amarilla

Se recomienda vacunar al personal de laboratorio que pudiera estar expuesto al virus de la fiebre amarilla y a trabajadores que viajen a áreas donde se exija o esté recomendada la vacuna.

## 6.3. Fiebre tifoidea

No se recomienda la vacunación sistemática del personal sanitario frente a la fiebre tifoidea. Solo debe considerarse en sanitarios que trabajen en laboratorios de microbiología que estén expuestos a *Salmonella typhi* o en los que viajen a áreas de alta endemidad.

## 6.4. Hepatitis A

No existe un riesgo superior de padecer hepatitis A para el personal sanitario respecto a la población general. Con unas medidas adecuadas de control de la infección de origen entérico, la transmisión nosocomial del virus de la hepatitis A resulta excepcional.

La vacunación frente a la hepatitis A se recomienda a los profesionales que trabajen en el laboratorio con el virus de hepatitis A.

Según los estudios de seroprevalencia realizados en España, se puede considerar inmune a la mayoría de los nacidos antes de 1960. En condiciones normales no es necesario realizar cribado prevacunacional a los nacidos después de este año; pero en mayo de 2017, en situación de grave problema de suministro de vacuna frente a la hepatitis A, junto con el aumento de casos detectados en 2016, la Comisión de Salud Pública recomendó, siempre que fuera posible realizar serología (IgG-VHA) para determinar la susceptibilidad en los nacidos antes de 1977, sin considerar un límite superior de fecha de nacimiento en el que no hacer serología.

## 6.5. Poliomieltis

La gran mayoría de los adultos en España han sido vacunados de la polio y están inmunizados frente a esta enfermedad. En el 2.º estudio de seroprevalencia en España (2020), la prevalencia de anticuerpos neutralizantes frente a poliovirus 1 y 3 supera el 90 % (no se pudo investigar la seroprevalencia a poliovirus 2, ya que los planes de contención de poliovirus obligaron a destruir cualquier cepa de poliovirus tipo 2 o material posiblemente contaminado con anterioridad a la fecha de realización de este estudio).

Por eso no se recomienda la vacunación rutinaria de adultos. La vacuna sólo está indicada en personal de laboratorio que trabaja con poliovirus y sanitarios que atienden a pacientes excretores de poliovirus salvaje. Los sanitarios primovacunados en la infancia solo requieren la administración de una dosis de refuerzo de vacuna inactivada si han transcurrido más de 10 años desde la última dosis en el caso de plantearse una situación de riesgo como la aparición de atención a un caso, trabajar en laboratorios donde manipulen muestras que puedan contener poliovirus o el viaje a países endémicos o con casos de poliomieltis.

## 6.6 Rabia

Se recomienda vacunar al personal de laboratorio que pudiera estar expuesto al virus de la rabia y a trabajadores que viajen a áreas endémicas.

Más información en los [capítulos dedicados a cada enfermedad](#) en este Manual.

## 7. Cómo mejorar las coberturas vacunales del personal sanitario

A pesar de la existencia de recomendaciones por parte de las autoridades sanitarias, las coberturas de vacunación frente a la gripe distan de ser idóneas e incluso de alcanzar el objetivo establecido por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de superar el 75 % en sanitarios. En la temporada 2022-2023, la cobertura media en sanitarios a nivel nacional fue 50,84 %. La comunidad autónoma con mayor cobertura fue la Comunidad Valenciana (80,16 %) y las CC. AA. con coberturas más bajas fueron Cataluña (29,67 %), Melilla (29,73 %) y Ceuta (34,21 %).

Las cifras de vacunación son generalmente más altas siempre entre médicos que entre enfermeras y entre los profesionales de más edad que entre los más jóvenes.

Para mantener al día las vacunaciones del personal sanitario se recomienda llevar a la práctica las siguientes medidas:

- Política explícita de vacunaciones del personal en los centros sanitarios.
- Revisión periódica (anual) de la situación de actualización vacunal del personal.
- Registro de vacunaciones del personal sanitario.
- Formación reglada y cíclica en vacunas y en la importancia de la vacunación.
- Formar a los estudiantes de medicina y enfermería en las vacunaciones.
- Formar a otros trabajadores del ámbito sanitario.
- Información periódica a los profesionales.
- Campañas educativas atractivas anuales, en el caso de la vacunación frente a la gripe estacional.

?

## 8. Bibliografía

1. Advisory Committee on Immunization Practices. [Immunization of Health-Care Personnel: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices \(ACIP\)](#) . MMWR. 2011;60(RR07):1-45.
2. Advisory Committee on Immunization Practices. [Recommended Immunization Schedule for Adults Aged 19 Years or Older — United States](#) .
3. Arons MM, *et al.* Presymptomatic SARS-CoV-2 infections and transmission in a skillednursing facility. N Engl J Med. 2020;382:2081-90.
4. Arrazola Martínez P, *et al.* Vacunación en profesionales sanitarios. En: Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría (CAV-AEP). Vacunas en Pediatría. Manual de la AEP 2012, 5.ª ed. Madrid: Exlibris ediciones SL; 2012. p. 263-73.
5. Bell J, *et al.* Influenza and Up-to-Date COVID-19 Vaccination Coverage Among Health Care Personnel - National Healthcare Safety Network, United States, 2022-23 Influenza Season. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2023;72:1237-43.
6. Bouza E, *et al.* Recommendations for the prevention of healthcare-associated infections in nursing homes. Rev Esp Quimioter. 2023;36:552-61.
7. Centers for Disease Control and Prevention. [CDC Guidance for Evaluating Health-Care Personnel for Hepatitis B Virus Protection and for Administering Postexposure Management](#) . MMWR. 2013; 62: 1-19.
8. Centers for Disease Control and Prevention. [Chapter 3: Immunization Strategies for Healthcare Practices and Providers](#) . Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases. Hall E, Wodi AP, Hamborsky J, Morelli V, Schillie S, eds. 14th ed. Washington D.C.

Public Health Foundation, 2021.

9. Centers for Disease Control and Prevention. [2023-2024 Flu Vaccine Coverage Update \(Continued\)](#) .
10. Consejo Interterritorial-Sistema Nacional de Salud. [Recomendaciones de vacunación frente a gripe y COVID-19 en la temporada 2023-2024 en España. Actualización](#) .
11. Dudley MZ, *et al.* COVID-19 vaccination among different types of US Healthcare Personnel. *Vaccine*. 2023;41:1471-9.
12. Kim YC, *et al.* The third dose of measles-containing vaccine induces robust immune responses against measles in young seronegative healthcare workers who had previous two-dose measles vaccination. *J Infect Public Health*. 2023;16:1643-9.
13. Kroflin K, *et al.* Protecting the healthcare workers in low- and lower-middle-income countries through vaccination: barriers, leverages, and next steps. *Glob Health Action* 2023;16:2239031.
14. [Ley de prevención de Riesgos Laborales](#) . BOE-A-1995-24292.
15. López-Zambrano MA, *et al.* Factors associated to influenza vaccination among hospital's healthcare workers in the Autonomous Community of Madrid, Spain 2021-2022. *Vaccine*. 2023;41:6719-26.
16. Mercogliano M, *et al.* Knowledge and attitude factors associated with the prevalence of Tdap (tetanus, diphtheria, and acellular pertussis) booster vaccination in healthcare workers in a large academic hospital in Southern Italy in 2022: a cross-sectional study. *Front Public Health*. 2023;11:1173482.
17. Llupià A, *et al.* New interventions to increase influenza vaccination rates in health care workers. *Am J Infect Control*. 2010;38:476-81.
18. Loulergue P, *et al.* Knowledge, attitudes and vaccination coverage of healthcare workers regarding occupational vaccinations. *Vaccine*. 2009;27:4240-3.
19. Ministerio de Sanidad. Grupo de Trabajo tos ferina 2015 de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. [Adenda al programa de vacunación frente a tos ferina en España: vacunación en el embarazo](#) . Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015
20. Ministerio de Sanidad. [Coberturas de vacunación. Datos estadísticos. Año 2023](#) , actualizado 2024.
21. Ministerio de Sanidad. [Evaluación del impacto del 2.º estudio de seroprevalencia en el programa de vacunación frente a sarampión](#) . Noviembre 2024.
22. Ministerio de Sanidad. [2.º estudio de seroprevalencia en España](#) . Septiembre 2020.
23. Ministerio de Sanidad. [Recomendaciones de vacunación frente a hepatitis A en grupos de riesgo](#) . Abril 2017.
24. Ministerio de Sanidad. Grupo de trabajo vacunación frente a enfermedad meningocócica invasiva por serogrupo B de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. [Recomendaciones de vacunación frente a enfermedad meningocócica invasiva por serogrupo B](#) . Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, noviembre 2022.
25. Ministerio de Sanidad. Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. [Revisión del programa de vacunación frente a tos ferina en España](#) . Grupo de trabajo tos ferina 2012.
26. Ministerio de Sanidad. Grupo de trabajo de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. [Vacunación en trabajadores sanitarios](#) . Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, 2017.
27. Ministerio de Sanidad. Grupo de trabajo vacunación en población adulta y grupos de riesgo de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. [Vacunación en población adulta](#) . Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, septiembre 2018.

28. Nikolopoulou GB, *et al.* Hepatitis B in Healthcare Personnel: An Update on the Global Landscape. *Viruses*. 2023;15:2454
29. Public Health England. [Immunisation of healthcare and laboratory staff. Chapter 12](#) . Immunisation against infectious disease - The Green Book.
30. Ramot S. Supporting healthcare workers in vaccination efforts. *Hum Vaccin Immunother*. 2023;19:2172882.
31. Schumacher S, *et al.* Increasing influenza vaccination coverage in healthcare workers: analysis of an intensified on-site vaccination campaign during the COVID-19 pandemic. *Infection*. 2023;51:1417-29.
32. Shah ASV, *et al.* Risk of hospital admission with coronavirus disease 2019 in healthcare workers and their households: nationwide linkage cohort study. *BMJ*. 2020;371:m3582.
33. Simberkoff MS, *et al.* Impact of mandatory vaccination of healthcare personnel on rates of influenza and other viral respiratory pathogens. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2022;43:1216-20.
34. Suárez-García I, *et al.* SARS-CoV-2 infection among healthcare workers in a hospital in Madrid, Spain. *J Hosp Infect*. 2020;106:357-63.
35. Tuckerman J, *et al.* Interventions for increasing the uptake of immunisations in healthcare workers: A systematic review. *Vaccine*. 2023;41:5499-506.

2

## 9. Enlaces de interés

- [Australian Government. Department of health. Immunisation for health care workers](#)
- [Centers for Disease Control and Prevention. Infection Control Healthcare Providers](#)
- [Centers for Disease Control and Prevention. Travelers' Health](#)
- [Centers for Disease Control and Prevention. Yellow Book](#)
- [Ministerio de Sanidad. Recomendaciones de vacunación en población adulta](#)
- [Ministerio de Sanidad. Estrategia de vacunación COVID-19](#)

2

## 10. Historial de actualizaciones

14 de abril de 2018	Actualización de todos los apartados. Nuevas citas bibliográficas y enlaces de interés
13 de enero de 2020	Actualización de todos los apartados. Nuevas citas bibliográficas y enlaces de interés
22 de diciembre de 2021	Actualización de puntos clave y objetivos de la vacunación. Se añade la vacuna frente al SARS-CoV-2. Nuevas citas bibliográficas y enlaces de interés
23 de noviembre de 2022	Actualización en varios apartados de las Recomendaciones de vacunación frente a enfermedad meningocócica del Ministerio
25 de enero de 2023	Cambio de nombre a Manual de Inmunizaciones
09 de febrero de 2024	Actualización de todos los apartados. Nuevas citas bibliográficas
2 de diciembre de 2024	Actualización del subapartado "Triple vírica (sarampión, rubeola y parotiditis)" con nuevas recomendaciones bibliográfica

-oOo-

**Dirección URL original:** <https://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-19>