

Vista creada el 05/02/2026 a las 03:46 h

MANUAL DE INMUNIZACIONES EN LÍNEA DE LA AEP

22. Encefalitis centroeuropea

SECCIÓN IV. Vacunas de la A a la Z

Actualizado en julio de 2025

Capítulo 22 - Encefalitis Centroeuropea

1. [Puntos clave](#)
2. [Introducción](#)
3. [Epidemiología de la enfermedad](#)
4. [Tipos de vacunas, composición y presentación](#)
5. [Inmunogenicidad, eficacia y efectividad](#)
6. [Vías de administración](#)
7. [Indicaciones y esquemas de vacunación](#)
8. [Administración con otras vacunas y otros productos](#)
9. [Efectos adversos](#)
10. [Precauciones y contraindicaciones](#)
11. [Observaciones](#)
12. [Bibliografía](#)
13. [Enlaces de interés](#)
14. [Historial de actualizaciones](#)
15. Tablas y figura incluidas en el capítulo:

Tabla 22.1. Composición de las vacunas frente a la encefalitis transmitida por garrapatas

Tabla 22.2. Esquema de vacunación frente a la encefalitis transmitida por garrapatas o encefalitis centroeuropea

Figura 22.1. Distribución de casos confirmados de encefalitis centroeuropea en la UE/AEE, 2023.

Sugerencia para la citación: Comité Asesor de Vacunas e Inmunizaciones (CAV-AEP). Encefalitis centroeuropea. Manual de inmunizaciones en línea de la AEP [Internet]. Madrid: AEP; jul/2025. [consultado el dd/mmm/aaaa]. Disponible en: <http://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-22>

?

1. Puntos clave

- La vacuna frente a la encefalitis centroeuropea está constituida por virus inactivados y se recomienda a las personas residentes en áreas endémicas, trabajadores de alto riesgo y viajeros a zonas forestales o rurales del centro y noreste de Europa.
- Las vacunas disponibles en los centros de vacunación internacional se adquieren a través de medicamentos extranjeros, y son Encepur, TicoVac y FSME-IMMUN. Las tres tienen presentaciones para niños con la mitad de la dosis de adultos.
- La pauta habitual consiste en la aplicación de tres dosis, vía intramuscular, con 4-12 semanas de intervalo entre la primera y la segunda dosis. La tercera dosis a los 6-15 meses de la segunda y una dosis de refuerzo a los tres años en la pauta convencional para Encepur y TicoVac o FSME-IMMUN y en la pauta acelerada, 12-18 meses para Encepur y 3 años para TicoVac o FSME-IMMUN.
- Se recomienda administrar la segunda dosis, al menos, 2 semanas antes de la posible exposición.
- Contraindicada en casos de hipersensibilidad grave a la dosis anterior y en menores de un año de edad.
- Esta vacuna tiene buena tolerabilidad, con efectos locales ocasionalmente. Raramente produce fiebre.
- Es importante evitar las garrapatas y si muerden o se adhieren, deberían ser extraídas inmediatamente y de forma adecuada.

?

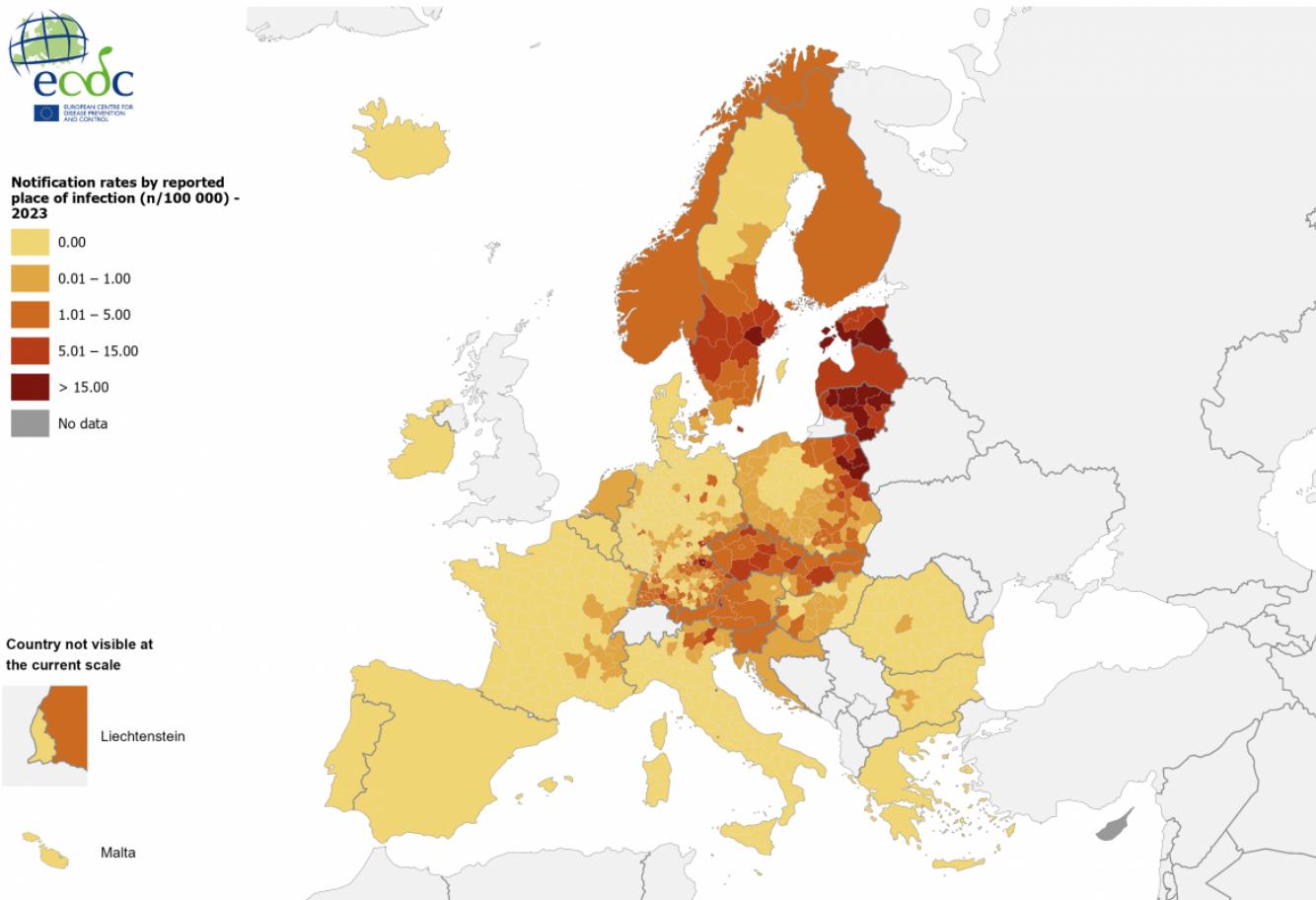
2. Introducción

La encefalitis centroeuropea o encefalitis transmitida por garrapatas (ETG) también conocida por su acrónimo inglés TBE (*Thick-Borne Encephalitis*) es una infección causada por un Arbovirus y que es transmitida por una garrapata (*Ixodes ricinus*) infectada. En los últimos 30 años se ha incrementado significativamente el número de casos comunicados de esta enfermedad, así como su área de distribución geográfica en Europa central, países nórdicos y Europa del este. El origen de este aumento probablemente sea multifactorial: cambio climático, adaptación al medio de las garrapatas, aumento de la actividad humana en las zonas afectadas, etc.

Clínicamente, la ETG es una enfermedad de carácter estacional y causa meningoencefalitis aguda con o sin mielitis. La morbilidad depende de la edad, y es más alta en adultos, de los cuales la mitad desarrolla encefalitis. El diagnóstico serológico mediante detección IgM por ELISA suele ser sencillo. Durante la fase inicial de la enfermedad puede detectarse ARN viral mediante RT-PCR, pero con frecuencia es indetectable en el momento en que aparecen los síntomas neurológicos. No existe un tratamiento específico para la enfermedad y la inmunización es la principal medida preventiva.

Los datos europeos más actualizados publicados en 2025 se refieren a 2023, año en el que se notificaron 3690 casos, siendo Lituania y Suecia los que más casos comunican (cerca de 600) y Polonia y República Checa los siguientes con algo más de 500 casos. La distribución por países se muestra en la figura 22.1.

Figura 22.1. Distribución de casos confirmados de encefalitis centroeuropea en la UE/AEE, 2023.



Fuente: ECDC. Surveillance Report. [Notification rates of locally-acquired cases reported for 2023](#). Tick-borne encephalitis.

?

3. Epidemiología de la enfermedad

La enfermedad está causada por un Flavivirus, virus ARN monocatenario de la familia *Flaviviridae*, del que se conocen tres subtipos, cada uno de ellos con una ecología, cuadro clínico y distribución geográfica propias: europeo, extremo oriente (encefalitis primaveroestival rusa) y siberiano. El subtipo europeo se extiende por grandes zonas de Europa, especialmente Austria, norte de Suiza, sur de Alemania, Eslovaquia, Finlandia, Suecia, Noruega, países bálticos (Estonia, Letonia y Lituania), Hungría, Polonia y República Checa. El subtipo extremo oriente se distribuye por la zona más oriental de Rusia hasta China y Japón, y el subtipo siberiano desde el norte de Europa hasta Siberia.

La Organización Mundial de la Salud considera la ETG como la enfermedad de mayor trascendencia en Europa entre las transmitidas por garrapatas y, por otra parte, se ha convertido en un problema de salud pública internacional debido al incremento de viajeros a zonas de riesgo.

En Europa, según el [informe epidemiológico anual de 2022](#), publicado en 2024, se notificaron 3650 casos, el 96,3 % de los cuales fueron confirmados. La enfermedad es estacional: la mayoría de los casos ocurren entre abril y noviembre. En el año 2022, el 90 % de los casos confirmados ocurrieron de junio a noviembre y julio fue el mes con mayor número de casos notificados (n = 800).

La enfermedad es estacional: la mayoría de los casos ocurren entre abril y noviembre. El mayor riesgo se encuentra en áreas boscosas (en general por debajo de 1400 metros de altitud) de las zonas endémicas. La transmisión tiene lugar a través de la mordedura de la garrapata infectada del género *Ixodes* o, más raramente, por ingestión de leche no pasteurizada procedente de animales de granja (cabras, vacas y ovejas). No se ha descrito transmisión directa de persona a persona, aunque sí que se ha descrito un caso de posible transmisión por leche materna en una madre no vacunada.

El periodo de incubación promedio es de 7 días (rango 2-28). Esta enfermedad tiene un curso bifásico, con sintomatología inicial similar a la gripe, de 2-8 días de duración, seguido de un periodo libre de síntomas que puede durar entre 1 y 3 semanas. Solo alrededor de un tercio de los pacientes sintomáticos con infección por el virus de la ETG desarrollan la segunda fase de la enfermedad (2 a 4 semanas después de la infección) y ésta se caracteriza por la afectación del sistema nervioso central en forma de meningitis, encefalitis, meningoencefalomielitis, o meningoencefalorradiculitis. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son parálisis que pueden afectar a pares craneales, estupor, signos

piramidales y raramente convulsiones. Hasta el 12 % de los pacientes requieren ingreso en cuidados intensivos y un 5 % pueden necesitar respiración asistida. Comparados con los adultos, la ETG en niños y adolescentes suele ser más leve, con síntomas más vagos e inespecíficos. La gravedad de la infección aumenta conforme aumenta la edad. Las tasas de mortalidad en el subtipo europeo se cifran entre el 0,5 y el 2 % y las secuelas neurológicas graves pueden alcanzar el 10 %. El subtipo extremo oriente causa una enfermedad más grave y con mayores secuelas que el subtipo europeo.

El riesgo para los viajeros se presenta en las zonas endémicas, durante los viajes de verano, cuando se hacen excursiones o camping en áreas rurales o boscosas. El riesgo de adquirir ETG en un niño no vacunado en una zona endémica durante la temporada de transmisión se ha estimado en 1 caso por cada 10 000 personas y por mes de exposición.

Para la prevención es importante evitar las mordeduras de garrapatas, consumir leche pasteurizada en zonas endémicas y nunca leche no tratada y la administración de vacunas si existe riesgo por vivir o visitar zonas endémicas.

Es fundamental evitar las picaduras de garrapatas utilizando ropa adecuada: pantalones largos, calcetines y botas cerradas. Puede utilizarse un repelente que contenga N,N-Dietil-meta-toluamida (DEET). Si se produce una mordedura de garrapata, ésta suele quedar adherida a la piel y debe eliminarse lo antes posible. Es también aconsejable evitar el consumo de productos lácteos no pasteurizados en zonas endémicas. La vacunación es la medida más eficaz.

Según el informe del ECDC de 2024, mencionado anteriormente, la tasa de notificación en la UE/EEE en 2022 fue de 0,81 casos por 100 000 habitantes. Las tasas de notificación muestran un aumento gradual entre 2018 y 2020, seguido de una disminución en 2021 y un ligero aumento en 2022. Las tasas de notificación se mantuvieron elevadas (más de cinco casos por 100 000 habitantes) durante los últimos cinco años en tres países: Lituania, Estonia y República Checa. Se observó una variación significativa en las tasas de notificación entre países en comparación con 2021, con aumentos y descensos notables.

En España, solo se ha comunicado un caso de ETG importada en un niño de 2 años que procedía de una estancia en Austria por vacaciones y un joven de 18 años contraíó ETG tras ingerir leche contaminada en Estonia. Ambos casos fueron importados y ocurrieron en el año 2020. Desde entonces, no se ha identificado ningún otro caso dentro de nuestro país.

Las edades de mayor incidencia están entre los 45 a 64 años y afecta más a varones, dado que suelen presentar mayor exposición en actividades al aire libre.

?

4. Tipos de vacunas, composición y presentación

En Europa están disponibles dos vacunas, en formulación para adultos y niños: FSME- IMMUN INJECT (P?zer) y Encepur (GSK). La vacuna FSME-IMMUN de P?zer se comercializa en algunos países (Dinamarca, Francia, Irlanda, Italia, etc.) con el nombre de TicoVac 0,5 ml. Las tres marcas tienen presentaciones para niños con el nombre FSME-IMMUN 0,25 ml Junior, TicoVac junior y Encepur Kinder, con la mitad de la dosis que las de adultos (0,25 ml). Los dos fabricantes emplean básicamente el mismo proceso de elaboración de las vacunas. Las principales diferencias son el uso de cepas distintas del virus y el empleo de un estabilizador (albúmina sérica humana) en el caso de P?zer. Todas ellas proporcionan inmunidad frente a las tres variantes del virus de la encefalitis por garrapatas.

Son vacunas de virus enteros, inactivados con formaldehído, purificados y cultivados en fibroblastos de embrión de pollo. La composición exacta de ambas vacunas se detalla en la [tabla 22.1](#).

Existen otras vacunas inactivadas desarrolladas en Rusia, TBE Moscow (Chumakov Institute) y EnceVir (Microgen) y en China SenTaiBao (Changchun Institute of Biological Products), no disponibles en nuestro medio, y de características similares.

Tabla 22.1. Composición de las vacunas frente a la encefalitis transmitida por garrapatas.

Composición	FSME-Immuno 0,5 ml / TicoVac 0,5 ml (Pfizer)	FSME-Immuno Junior 0,25 ml / TicoVac Junior 0,25 ml (Pfizer)	Encepur (GSK)	Encepur Kinder (GSK)
Sustancia activa: antígeno del virus de la ETG	2,4 µg Cepa Neudörfl	1,2 µg Cepa Neudörfl	1,5 µg Cepa K-23	0,75 µg Cepa K-23
Origen del virus	Sobrenadante de células de embrión de pollo	Sobrenadante de células de embrión de pollo	Sobrenadante de células de embrión de pollo	Sobrenadante de células de embrión de pollo
Coadyuvante: hidróxido de aluminio (mg)	1	0,5	1	0,5
Estabilizador: albúmina sérica humana (mg)	0,5	0,25	No contiene	No contiene
Sacarosa (mg)	Máximo 15	Máximo 7,5	Máximo 25	Máximo 12,5
Formaldehído (µg)	Máximo 5	Máximo 2,5	Máximo 5	Máximo 2,5
Sulfato de protamina	Trazas	Trazas	Trazas	Trazas
Neomicina y gentamicina	Trazas	Trazas	Trazas	Trazas
Agua para inyección	Agregar 0,5 ml	Agregar 0,25 ml	Agregar 0,5 ml	Agregar 0,25 ml

Presentación y reconstitución

22. Encefalitis centroeuropea

Publicado en Comité Asesor de Vacunas e Inmunizaciones
<https://vacunasaep.org>

La vacuna FSME-IMMUN de Pfizer tiene una presentación de adulto (0,5 ml), apta para personas de 16 o más años, y otra pediátrica (0,25 ml), como ya se indica en el nombre comercial. Se presenta en forma de jeringa precargada. Si no se dispone de la vacuna pediátrica se puede administrar, a los menores de 16 años, la mitad de la dosis de adulto.

La vacuna Encepur de GSK tiene también presentaciones de adulto (0,5 ml), apta para personas de 12 o más años y una presentación para niños (0,25 ml), en este último caso llamada Encepur Kinder. Si no hubiera presentación de niños se puede administrar a los menores de 12 años la mitad de la dosis de adultos.

Se deben almacenar en nevera a temperatura entre +2 °C y +8 °C durante 24 meses. No deben congelarse.

?

5. Inmunogenicidad, eficacia y efectividad

No se han realizado ensayos clínicos controlados para valorar la eficacia de la vacuna en la prevención de la enfermedad. Sin embargo, sí se ha comprobado en varios estudios que las dos vacunas disponibles son muy eficaces para inducir seroconversión.

En los estudios pediátricos realizados, la inmunogenicidad de la vacuna utilizando la pauta habitual se aproxima al 99 %, dos semanas después de la segunda dosis. Si se utiliza la pauta rápida de vacunación (0, 7, 21 días), en el 91 % de los niños se obtiene protección inmediata, que permanece estable a los 300 días de la vacunación.

En un trabajo de Alemania la efectividad vacunal (EV) fue del 96,6 % (IC95 %: 93,7 a 98,2) para ?3 dosis y los intervalos de dosificación recomendados por el fabricante. Sin refuerzos, la EV después de ?3 dosis a ?10 años fue del 91,2 % (IC95 %: 82,7-95,6). La EV fue similar para la vacunación homóloga/heteróloga. La duración observada de la EV alta puede cambiar la toma de decisiones de los responsables para que consideren ampliar los intervalos de refuerzo a 10 años.

Se consideran protegidos los niños cuando han transcurrido dos semanas, tras la segunda dosis. Aunque algunos estudios han demostrado que entre el 95 y el 97 % de los sujetos vacunados tienen títulos protectores hasta 6-8 años después de la última dosis de vacuna, se mantiene la recomendación de administrar una dosis de recuerdo cada 3 años en mayores de 50 años y cada 5 años en los menores de esa edad ([tabla 22.2](#)). Estudios recientes apuntan a que intervalos de refuerzo extendidos (hasta 10 años) pudieran no suponer una disminución en la protección y sí un aumento de la aceptabilidad.

La inclusión de la vacunación universal en países como Austria ha permitido conocer la efectividad vacunal, que se ha determinado en un rango entre el 96 al 98 % para los sujetos que siguieron la pauta completa de vacunación.

Tabla 22.2. Esquema de vacunación frente a la encefalitis transmitida por garrapatas o encefalitis centroeuropea.

Vacunas	Edad	Pauta de vacunación		
		Convencional	Acelerada	
			FSME-IMMUN / FSME-IMMUN Jr ¹	Encepur ²
Primovacunación (3 dosis)	?1 a	0, 1-3 m, 6-15 m	0, 14 d, 5-12 m	0, 7, 21 d
1. ^{er} recuerdo	?1 a	3 a	3 a	12-18 m
Dosis de recuerdo cada	<50 a	5 a	5 a	5 a
	?50 a	3 a	3 a	3 a

¹FSME- IMMUN Inject (adultos): presentación para adultos y niños ?16 años. FSME- IMMUN Junior 0,25 ml: presentación para niños de 1 - 15 años

² Encepur: presentación para adultos y niños ?12 años. En los menores, puede administrarse la mitad de la dosis de adultos o Encepur Kinder, presentación para niños de 1 - 11 años.

a: años; m: meses; d: días.

?

6. Vías de administración

Intramuscular en el tercio medio de la cara anterolateral externa del muslo o el deltoides según edad. En caso de alteraciones de la coagulación puede utilizarse la vía subcutánea.

?

7. Indicaciones y esquemas de vacunación

Recomendada para las personas residentes en áreas endémicas y trabajadores de alto riesgo. En cuanto a las recomendaciones para viajeros, la OMS hace una indicación muy concreta, pues la limita a viajeros de riesgo, es decir con destino a zonas forestales o rurales del centro-norte-
 MANUAL DE INMUNIZACIONES EN LÍNEA DE LA AEP

este de Europa (Alemania, Austria, Croacia, Eslovaquia, Eslovenia, Finlandia, Hungría, Noruega, Polonia, República Checa, Rusia, Suecia, Suiza), entre abril y noviembre, especialmente en cazadores, montañeros o campistas. No está indicada en viajes turísticos a grandes ciudades. En caso de estar indicada se recomienda iniciar la vacunación 2 meses antes del viaje.

En muchos de los países centroeuropeos en los que la enfermedad es endémica, como Alemania, Austria, Eslovenia, Finlandia, Hungría, Letonia, Rusia y Suiza, la vacuna frente a la encefalitis transmitida por garrapatas está recomendada en determinadas situaciones, especialmente en niños y poblaciones de riesgo. Los países con la vacuna incluida en el calendario son Austria, República Checa y Eslovenia, mientras Finlandia y Letonia la tienen para determinados grupos.

La vacuna no está recomendada para la profilaxis posexposición ni para uso terapéutico.

Esquema de vacunación

El esquema de vacunación frente a la encefalitis transmitida por garrapatas o encefalitis centroeuropea se detalla en la [tabla 22.2](#).

?

8. Administración con otras vacunas y otros productos

Puede administrarse simultáneamente con otras vacunas atenuadas o inactivadas, siempre mejor en diferente extremidad.

Posibles interferencias con otros fármacos o productos biológicos

No se conocen interferencias con otros fármacos, con antibióticos ni con antipalúdicos.

?

9. Efectos adversos

Pueden aparecer reacciones locales ocasionales, especialmente en lactantes y niños pequeños, como enrojecimiento e inflamación alrededor del punto de inoculación, dolor en la extremidad, adenopatía satélite o reacciones generales como náuseas, cefalea o astenia. En raras ocasiones, fiebre >38 °C de corta duración, vómitos o exantema transitorio.

?

10. Precauciones y contraindicaciones

No se debe administrar a niños menores de un año de edad.

Las contraindicaciones son las generales de las vacunas de virus inactivados, como hipersensibilidad grave a cualquier componente de la vacuna, reacción anafiláctica a una dosis previa de vacuna o enfermedad aguda. Se debe administrar con precaución en el embarazo, pues no existen estudios que establezcan la seguridad de ninguna de las dos vacunas existentes.

Las personas con alergia grave al huevo no deben recibir esta vacuna.

?

11. Observaciones

Es posible que la vacuna no esté aprobada fuera de los países endémicos, en cuyo caso se deberá obtener, como ocurre en España, a través del servicio de suministro de medicamentos extranjeros o en los [Centros de Vacunación Internacional](#).

?

12. Bibliografía

1. American Academy of Pediatrics. Arboviruses. En: Kimberlin DW, Brady MT, Jackson MA, Long SS, eds. Red Book: 2021-2024. Report of the Committee on Infectious Diseases. 32st ed, Itasca, IL.: American Academy of Pediatrics; 2021. pp. 202-9.

2. Amicizia D, et al. Epidemiology of tick- borne encephalitis (TBE) in Europe and its prevention by available vaccines. *Hum Vaccin Immunother.* 2013;9:1163-71.
3. Barrett PN, et al. Tick-borne encephalitis virus vaccines. En: Plotkin SA, Orenstein WA, Offt PA (eds). *Vaccines*. 6.th ed. Saunders Elsevier; 2013. p.773-88.
4. Beran J, et al. Five year follow-up after a first booster vaccination against tick- borne encephalitis following different primary vaccination schedules demonstrates long- term antibody persistence and safety. *Vaccine.* 2014;32:4275-80.
5. Chrdle A, et al. Tick-borne encephalitis: What travelers should know when visiting an endemic country. *Hum Vaccin Immunother.* 2016;12:2694-9.
6. Comité Asesor de Vacunas e Inmunizaciones (CAV-AEP). [Inmunizaciones del niño viajero](#) . Manual de inmunizaciones en línea de la AEP [Internet]. Madrid: AEP; jun/2025. [consultado el dd/mmm/aaaa].
7. Cull B, et al. Surveillance of British ticks: An overview of species records, host associations, and new records of *Ixodes ricinus* distribution *Ticks Tick Borne Dis.* 2018;9:605-14.
8. European Centre for Disease Prevention and Control. [Annual epidemiological report 2022. Tick-borne encephalitis](#) . June 2024.
9. European Centre for Disease Prevention and Control. [Surveillance Atlas of Infectious Diseases, 2023](#) . Tick-borne encephalitis.
10. Fischer M, et al. [Tickborne Encephalitis](#) . Chapter 4: Infectious Diseases Related to Travel. In CDC Travellers' Health-Yellow Book 2026.
11. Fowler A, et al. Tick-borne encephalitis carries a high risk of incomplete recovery in children. *J Pediatr.* 2013;163:555-60.
12. García López Hortelano M, et al. Vacunación frente a la encefalitis centroeuropea o encefalitis transmitida por garrapatas en niños viajeros. *An Pediatr (Barc).* 2008;68:636.
13. Haditsch M, et al. Tick-borne encephalitis: A disease neglected by travel medicine. *Travel Med Infect Dis.* 2013;11:295-300.
14. Hansson KE, et al. Tick-borne encephalitis vaccine failures: A 10-year retrospective study supporting the rationale for adding an extra priming dose in individuals starting at age 50 years. *Clin Infect Dis.* 2020;70:245-51.
15. Heinz FX, et al. Vaccination and tick- borne encephalitis, central Europe. *Emerg Infect Dis.* 2013;19:69-76.
16. Hudopisk N, et al. Tick- borne Encephalitis Associated with Consumption of Raw Goat Milk, Slovenia, 2012. *Emerg Infect Dis.* 2013;19:806-8.
17. Izurieta-Pacheco AC, et al. Encefalitis centroeuropea. Descripción del primer caso importado en España en un paciente pediátrico. *An Pediatr (Barc).* 2022;96:68-9.
18. Kerlik J, et al. Breast Milk as Route of Tick-Borne Encephalitis Virus Transmission from Mother to Infant. *Emerg Infect Dis.* 2022;28:1060-1.
19. Kubinski M, et al. Tick-Borne Encephalitis Virus: A Quest for Better Vaccines against a Virus on the Rise. *Vaccines (Basel).* 2020;8:E451.
20. Lindquist L, et al. Tick-borne encephalitis. *Lancet.* 2008;371:1861-71.
21. Nagy A, et al. First detection of tick-borne encephalitis virus RNA in clinical specimens of acutely ill patients in Hungary. *Ticks Tick Borne Dis.* 2018;9:485-9.

-
22. Nygren TM, *et al.* Tick-borne encephalitis vaccine effectiveness and barriers to vaccination in Germany. *Sci Rep.* 2022;12:11706.
23. Phipps LP, *et al.* Tick-borne encephalitis virus. *J Med Microbiol.* 2022;71:001492.
24. Rampaa JE, *et al.* Immunogenicity and safety of the tick-borne encephalitis vaccination (2009-2019): A systematic review. *Travel Med Infect Dis.* 2020;37:101876.
25. Rendi-Wagner P. Advances in vaccination against tick-borne encephalitis. *Expert Rev Vaccines.* 2008;7:589-96.
26. Riccardia N, *et al.* Tick-borne encephalitis in Europe: a brief update on epidemiology, diagnosis, prevention, and treatment. *Eur J Intern Med.* 2019;62:1-6.
27. Schelling J. Evidence for a 10-year TBE vaccine booster interval: an evaluation of current data. *Expert Rev Vaccines.* 2024;23:226-36.
28. Smit R, . Review of tick-borne encephalitis and vaccines: clinical and economical aspects. *Expert Rev Vaccines.* 2015;14:737-47.
29. Steffen R. Epidemiology of tick-borne encephalitis (TBE) in international travellers to Western/Central Europe and conclusions on vaccination recommendations. *J Travel Med.* 2016;23:taw018.
30. Steffen R. Tick-borne encephalitis (TBE) in children in Europe: Epidemiology, clinical outcome and comparison of vaccination recommendations. *Ticks Tick Borne Dis.* 2019;10:100-10.
31. Taba P, *et al.* EAN consensus review on prevention, diagnosis and management of tick-borne encephalitis. *Eur J Neurol.* 2017;24:1214-e61.
32. Weststrate AC, *et al.* Increasing evidence of tick-borne encephalitis (TBE) virus transmission, the Netherlands, June 2016. *Euro Surveill.* 2017;22(11). pii: 30482.
33. WHO. Vaccines against tick-borne encephalitis: WHO position paper. *Wkly Epidemiol Rec.* 2011;86:241-56.
34. Wittermann C, *et al.* Five year follow-up after primary vaccination against tick-borne encephalitis in children. *Vaccine.* 2015;33:1824-9.

?

13. Enlaces de Interés

- [ANDAVAC. Vacunación viajes internacionales: encefalitis centroeuropea](#)
- [Centers for Disease Control and Prevention \(CDC\). Tickborne encephalitis. Yellow Book, 2026. Chapter 4](#)
- [European Centre for Disease Prevention and Control \(ECDC\). Tick borne encephalitis](#)
- [Comité Asesor de Vacunas e Inmunizaciones de la AEP. Enfermedades inmunoprevenibles: Encefalitis centroeuropea](#)
- [Comité Asesor de Vacunas e Inmunizaciones de la AEP. Las vacunas una a una... y un anticuerpo. Vacuna de la encefalitis centroeuropea](#)
- [Comité Asesor de Vacunas e Inmunizaciones de la AEP. Noticias sobre la encefalitis centroeuropea](#)
- [Comité Asesor de Vacunas e Inmunizaciones de la AEP. Preguntas frecuentes sobre la vacunación frente a la encefalitis centroeuropea](#)

- [Ministerio de Sanidad. Información para el viajero: encefalitis centroeuropea](#)
- [World Health Organization. Tick-borne encephalitis vaccine](#)

?

14. Historial de actualizaciones

6 de marzo de 2018	Actualización de los apartados de introducción; epidemiología; tipos de vacunas, composición y preefectividad e indicaciones y esquemas de vacunación. Nuevas citas bibliográficas
19 de octubre de 2020	Actualización de los apartados de introducción; epidemiología y tipos de vacunas, composición y p
1 de julio de 2022	Actualización de los apartados de introducción; epidemiología; presentación; inmunogenicidad, e esquemas de vacunación. Nuevas citas bibliográficas. Nuevo enlace de interés
25 de enero de 2023	Cambio de nombre a Manual de Inmunizaciones
24 de marzo de 2023	Actualización de todos los apartados. Nuevas citas bibliográficas
08 de julio de 2025	Actualización de todos los apartados. Nuevas citas bibliográficas

-oOo-

Dirección URL original: <https://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-22>