

Vista creada el 04/12/2025 a las 22:27 h

# MANUAL DE INMUNIZACIONES EN LÍNEA DE LA AEP

# 9. Inmunización profiláctica posexposición

SECCIÓN III. Inmunización en circunstancias especiales

Actualizado en julio de 2025

# Capítulo 9 - Inmunización profiláctica posexposición

1. <u>Puntos clave</u>
2. Introducción
3. <u>Hepatitis A</u> . Profilaxis posexposición con la vacunación
4. <u>Hepatitis B</u> . Profilaxis posexposición con la vacunación
5. <u>Varicela</u> . Profilaxis posexposición con la vacunación
6. <u>Sarampión</u> . Profilaxis posexposición con la vacunación
7. <u>Tétanos</u> . Profilaxis posexposición con la vacunación
8. Tosferina . Profilaxis posexposición con la vacunación
9. Rabia . Profilaxis posexposición con la vacunación
10. <u>Viruela del Mono</u> . Profilaxis posexposición con la vacunación
11. Vacunación en el control de brotes
12. <u>Bibliografía</u>
13. Enlaces de interés
14. <u>Historial de actualizaciones</u>
15. Tablas incluidas en el capítulo:

- Tabla 9.1. Las vacunas en la profilaxis posexposición a enfermedades transmisibles
- Tabla 9.2. Protocolo de actuación frente a una exposición accidental al virus de la hepatitis B.
- Tabla 9.3. Profilaxis antitetánica en función de los antecedentes de vacunación y el tipo de herida
- Tabla 9.4. Recomendaciones de la OMS según tipo de contacto con animal potencialmente transmisor de la rabia



Publicado en Comité Asesor de Vacunas e Inmunizaciones (https://vacunasaep.org)

Sugerencia para la citación: Comité Asesor de Vacunas e Inmunizaciones (CAV-AEP). Inmunización profiláctica posexposición. 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-9

7

#### 1. Puntos clave

- Las enfermedades inmunoprevenibles en las que se puede emplear la vacunación para prevenir su aparición en una persona sana tras una exposición a una persona enferma son: hepatitis A, hepatitis B, sarampión, varicela, tétanos, tosferina y rabia.
- La vacuna de la hepatitis A puede evitar la enfermedad si se administra a los contactos susceptibles en los primeros 14 días de la exposición.
- La vacuna de la hepatitis B se administra como profilaxis posexposición en los siguientes casos: recién nacidos de madre con HBsAg
  positivo, contacto sexual sin protección, exposición percutánea o cutáneo-mucosa y en los convivientes familiares o domiciliarios de un
  portador del virus.
- La vacunación frente a la varicela de un contacto susceptible, si se administra en las primeras 72 horas, puede evitar la enfermedad en un 70-80 % de los casos.
- La profilaxis posexposición frente al sarampión se debe realizar con la vacuna triple vírica en niños de edad igual o superior a 6 meses y en adultos susceptibles inmunocompetentes.
- La administración de la vacuna y de la inmunoglobulina antitetánicas están indicadas para la profilaxis del tétanos en las personas con heridas tetanígenas, no vacunadas o con antecedentes de primovacunación incompleta o desconocida.
- Los contactos de un caso de tosferina menores de 7 años, que hayan recibido la última dosis de vacuna hace más de 3 años, deberán recibir una dosis de recuerdo de vacuna DTPa o Tdpa.
- En las exposiciones de riesgo, la profilaxis posexposición a la rabia debe realizarse siempre, independientemente del tiempo transcurrido desde la exposición hasta la valoración clínica del paciente.
- En la viruela del mono la exposición a un contacto doméstico con el virus es la ruta predominante de exposición para los niños, mientras que el contacto sexual es la ruta predominante de exposición para los adolescentes.
- Otras vacunas se utilizan en el control de brotes epidémicos.

?

# 2. Introducción

Las vacunas son efectivas como profilaxis posexposición (PPE) en las personas susceptibles, pero no en todos los casos de exposición a una infección inmunoprevenible. Las enfermedades en las que, como profilaxis posexposición, se ha demostrado la efectividad de las vacunas, solas o asociadas con inmunoglobulinas, se pueden ver en la columna de la izquierda en la tabla 9.1.

Hay otras situaciones en las cuales pueden usarse las vacunas para el control de brotes epidémicos. Son aquellas que aparecen en la columna de la derecha de la tabla 9.1.

# Tabla 9.1. Las vacunas en la profilaxis posexposición a enfermedades transmisibles.

Vacunas efectivas para la protección individual

Vacunas efectivas para el control de brotes

Hepatitis A Gripe



Publicado en Comité Asesor de Vacunas e Inmunizaciones (https://vacunasaep.org)

Vacunas efectivas para la protección individual

Vacunas efectivas para el control de brotes

Hepatitis B Varicela

Varicela Sarampión

Tétanos Tosferina

Rabia

Viruela del mono

Enfermedad meningocócica

Enfermedad invasora por Haemophilus influenzae tipo b

Enfermedad invasora neumocócica

Difteria Rubeola Parotiditis

Poliomielitis

?

# 3. Hepatitis A. Profilaxis posexposición con la vacunación

La profilaxis posexposición con la vacuna de la hepatitis A está indicada en las siguientes circunstancias:

• Contactos personales estrechos de un caso de hepatitis A: convivientes del hogar y contactos sexuales susceptibles.

#### · Guarderías:

- Los asistentes al centro (niños y cuidadores susceptibles), si se ha producido, al menos, un caso de hepatitis A entre el personal de la guardería o en los niños.
- Los asistentes al centro (niños y cuidadores susceptibles), si se han producido dos o más casos de hepatitis A en los contactos domiciliarios de los niños de la guardería. En los centros donde no hay niños incontinentes, la profilaxis se restringirá a los compañeros de la misma clase del caso índice.
- Los asistentes al centro (niños y cuidadores susceptibles) y todos los contactos domiciliarios susceptibles de los niños incontinentes, si hay casos de hepatitis A en tres o más familias de los niños del centro.

# • Exposición a fuente común (manipulador de alimentos):

- Manipuladores de alimentos susceptibles del mismo establecimiento del caso índice.
- Personas susceptibles que hayan sido consumidores de alimentos manipulados por el caso índice, si la investigación epidemiológica indica riesgo de transmisión en un ámbito cerrado (escuela, hospital, cuartel, etc.).

La profilaxis posexposición no se recomienda en las siguientes circunstancias:

- Contactos escolares o laborales de un único caso. Solamente se hará en los contactos personales en caso de un brote en la escuela o
  en una clase.
- Personal sanitario expuesto a un paciente con hepatitis A: el cumplimiento riguroso de la higiene de manos antes y después del contacto con el paciente y la aplicación de las precauciones de aislamiento son las medidas de prevención más eficaces en esta situación.

#### Pauta

La pauta de pro?laxis recomendada depende de la edad del contacto y de sus antecedentes. La efectividad de la pro?laxis posexposición se ha demostrado si se administra en los primeros 14 días tras la exposición, aun cuando se debe considerar vacunar más allá de este rango ya que no hay datos sobre el límite de eficacia de la protección. Si bien se ha demostrado que una dosis es suficiente para prevenir la enfermedad, es recomendable administrar una segunda dosis, al menos, 6 meses después. La pauta indicada, según la edad del contacto, es la siguiente:

 Niños menores de 6 meses: se aplica la inmunoglobulina polivalente; dosis: 0,02 ml/kg y 0,06 ml/kg, para estancias en países endémicos inferiores a 3 meses y de 3 a 5 meses, respectivamente; para estancias más prolongadas debe repetirse la administración de 0,06 ml/kg cada 5 meses. En EE. UU. tienen una nueva inmunoglobulina polivalente GamaSTAN y recomiendan para viajes de



Publicado en Comité Asesor de Vacunas e Inmunizaciones (https://vacunasaep.org)

hasta 1 mes de duración, 1 dosis de IG a 0,1 ml/kg; para viajes de hasta 2 meses, 1 dosis de IG a 0,2 ml/kg, y para viajes de ?2 meses, se debe repetir una dosis de 0,2 ml/kg de IG cada 2 meses durante el viaje o hasta que el bebé pueda recibir la vacuna HepA (es decir, a la edad ?6 meses).

- Niños entre 6 y 12 meses: se podría aplicar la vacuna, pero posteriormente deberá recibir 2 dosis separadas por 6 meses a partir de los 12 meses de edad.
- Niños a partir de 12 meses y adultos hasta 40 años de edad, inmunocompetentes: iniciar la vacunación (2 dosis, administradas con un intervalo de 6-12 meses).
- En los mayores de 40 años y en situaciones especiales (inmunodepresión, hepatopatía crónica, contraindicación de la vacuna por algún motivo) hay que administrar inmunoglobulina polivalente intramuscular (dosis: 0,02 ml/kg administrada en los 14 días posteriores al contacto) e iniciar simultáneamente la vacunación, si no estuviera contraindicada. En estos casos, la inmunogenicidad y la efectividad de la vacuna no pueden asegurarse, por lo que se coadministrará con la inmunoglobulina en sitios anatómicos diferentes.

#### Consideraciones especiales

- 1. Aunque en España la prevalencia de la infección por el virus de la hepatitis A es alta en la población adulta, en general no se aconseja realizar analítica prevacunación a los contactos, si esto supone retrasar la administración de la vacuna.
- 2. Las personas que, al producirse el contacto, ya habían recibido una dosis de vacuna frente a la hepatitis A pueden considerarse inmunes si han recibido la primera dosis en un plazo de tiempo igual o superior a 15 días.
- 3. En los brotes de hepatitis A de fuente común no se recomienda administrar inmunoglobulina a los expuestos cuando ya han aparecido los casos, por haber transcurrido más de 14 días de la exposición, que es el periodo en que se considera efectiva.

?

#### 4. Hepatitis B. Profilaxis posexposición con la vacunación

Hay que considerar 4 tipos diferentes de exposición o contacto con el virus de la hepatitis B: perinatal, sexual, percutánea (pinchazo accidental) o cutaneomucosa (salpicadura) y familiar o domiciliaria.

# Profilaxis posexposición del recién nacido hijo de madre HBsAg positivo o cuyo estado serológico se desconozca

Los hijos de madre HBsAg positivo deben recibir al nacimiento una dosis de vacuna y 0,5 ml de IGHB por vía intramuscular, ambas preferiblemente en las primeras 12 horas de vida y en un lugar anatómico diferente (vasto externo contralateral).

Si la serología materna es desconocida, debe administrarse al recién nacido la vacuna en las primeras 12 horas de vida e investigar la serología inmediatamente y, si resultara positiva, administrar 0,5 ml de IGHB dentro de la 1.ª semana de vida, preferentemente en las primeras 72 horas.

La 2.ª dosis puede administrarse a los 2 meses de edad, en forma de vacuna combinada hexavalente (con el calendario actual es la preferida), pero si se administra al mes de vida ha de hacerse con el preparado monocomponente.

La dosis que completa la primovacunación se aplicará a los 11 meses y, por lo tanto, en la práctica, en nuestro país se administrarán un total de 4 dosis cuando se vacune frente a la hepatitis B al recién nacido hijo de madre portadora, siguiendo el esquema 0, 2, 4 y 11 meses de edad.

En cuanto a los recién nacidos prematuros menores de 2000 g, seguirán la misma pauta de 4 dosis, es decir, la correspondiente al nacimiento y las tres ulteriores con vacunas hexavalentes, según la pauta general.

Tras completar la serie de vacunación se debe hacer control serológico posvacunal (HBsAg y anti-HBs) 1-2 meses después de la última dosis, para evitar la posible interferencia de la IGHB puesta al nacer. En caso de que el nivel de anticuerpos anti-HBs alcanzado fuera inferior a 10 mUl/ml habría que vacunar de nuevo (ver capítulo 29).

La efectividad de la profilaxis es muy alta, cercana al 95 %.

# Profilaxis posexposición sexual

Se incluyen en este apartado los contactos sexuales (sin protección) con personas HBsAg+ de individuos no vacunados, con inmunización incompleta o que tengan una concentración de anticuerpos anti-HBs, comprobada 1-2 meses después de la última dosis de vacuna, inferior a 10 mUl/ml, y aquellos que hayan tenido una relación sexual en los 14 días previos con un paciente con hepatitis B aguda. Esto mismo aplica MANUAL DE INMUNIZACIONES EN LÍNEA DE LA AEP



Publicado en Comité Asesor de Vacunas e Inmunizaciones (https://vacunasaep.org)

para victimas de agresiones sexuales con estado serológico del agresor desconocido.

La profilaxis indicada es la administración de una dosis de IGHB (0,06 ml/kg; dosis mínima: 0,5 ml; dosis máxima: 5 ml), preferiblemente en las primeras 24 horas o hasta un plazo máximo de 14 días después de la exposición, e iniciar la vacunación según la pauta estándar (tres dosis: 0, 1 y 6 meses). Debe administrarse una segunda dosis de inmunoglobulina, al mes de la primera, en las personas vacunadas previamente, pero que no hayan desarrollado una respuesta serológica adecuada tras dos pautas completas de inmunización (no respondedores). La efectividad de esta pauta de profilaxis es del 75 %.

#### Profilaxis posexposición percutánea o cutáneo-mucosa

En estos casos deben considerarse 2 situaciones:

- Las exposiciones profesionales que ocurren en el entorno sanitario (ver tabla 19.2 del capítulo 19 sobre vacunaciones en el personal sanitario).
- Las exposiciones que afectan a la población general, en especial a los niños, producidas por agujas abandonadas o desechadas en lugares inadecuados (playas, jardines, etc.).

La pauta a seguir en estos casos depende del estado de vacunación de la persona expuesta y del conocimiento de la situación de la fuente respecto a HBsAg. En la tabla 9.2 se exponen las indicaciones recomendadas en cada situación.

Tabla 9.2. Protocolo de actuación frente a una exposición accidental al virus de la hepatitis B.

Estado vacunal del expuesto	HBsAg del contacto		
	HBsAg positivo	HBsAg negativo	HBsAg desconocido
No vacunado	IGHB (1 dosis) + vacunación HB (3 dosis)	Vacunación HB (3 dosis)	IGHB (1 dosis) + vacunación HB (3 dosis)
Vacunado protegido (anti- HBs?10 mUI/mI)	Nada	Nada	Nada
Vacunado no protegido (anti- HBs <10 mUI/mI) tras 1 pauta completa (3 dosis)	IGHB (1 dosis) + nueva pauta de vacuna (3 dosis)	Administrar una dosis adicional de vacuna#	IGHB (1 dosis) + nueva pauta de vacuna (3 dosis)
Vacunado no protegido (anti- HBs <10 mUI/ml) tras 2 pautas completas (6 dosis)*	IGHB (2 dosis)	Nada	IGHB (2 dosis)
Vacunado con respuesta desconocida	Cuantificar anti-HBs: - ?10 mUI/ml: nada - <10 mUI/ml: IGHB (1 dosis) + vacuna HB (1 dosis)#	Nada	Cuantificar anti-HBs: - ?10 mUI/ml: nada - <10 mUI/ml: IGHB (1 dosis) + vacuna HB (1 dosis)#

Abreviaturas.- HB: hepatitis B; HBsAg: antígeno de superficie del virus de la hepatitis B; IGHB: inmunoglubulina específica frente a la hepatitis B.

# Entre 1-2 meses determinar anti-HBs, si <10 mUI/ml, continuar vacunación (2 dosis restantes)

# Profilaxis posexposición familiar no sexual

Si el contacto familiar o domiciliario es un portador crónico del virus de la hepatitis B debe vacunarse a todos los convivientes, con independencia de su edad. Por el contrario, si el familiar afecto padece una hepatitis B aguda, solo hay que realizar profilaxis en los siguientes casos:

- Niños menores de 12 meses no vacunados.
- Personas que hayan compartido objetos que puedan estar contaminados con sangre de la persona enferma (máquina de afeitar, peine, cepillo de dientes, etc.).

La profilaxis consiste en una dosis de inmunoglobulina hiperinmune (IGHB) a dosis de 0,06 ml/kg (dosis mínima: 0,5 ml; dosis máxima: 5 ml) e iniciar la vacunación (tres dosis: 0, 1, 6 meses).

 $Pueden \ consultarse \ los \ preparados \ de \ inmunoglobulinas \ hiperinmunes \ disponibles \ en \ España \ frente \ a \ la \ hepatitis \ B \ en \ el \ \underline{capítulo} \ \underline{45} \ .$ 

<sup>\*</sup> No respondedor



Publicado en Comité Asesor de Vacunas e Inmunizaciones (https://vacunasaep.org)

# 5. Varicela. Profilaxis posexposición con la vacunación

Se consideran contactos todas aquellas personas expuestas al VVZ durante el periodo de transmisibilidad de la enfermedad, es decir, desde 2 días antes de la aparición del exantema hasta que todas las lesiones están en fase de costra, normalmente 6 días después del inicio del exantema.

Se consideran contactos inmunes si cumplen, al menos, 1 criterio de los siguientes:

- Personas con historia natural de varicela o de herpes zóster (HZ), excepto la población menor de un año (ver capítulo de varicela). La
  varicela en el primer año de vida puede dar lugar a formas clínicas poco expresivas, debido a la presencia de anticuerpos maternos en
  los 6 primeros meses de vida y, en general, por la inmadurez del sistema inmunológico. En cualquier caso, la respuesta inmune puede
  ser incompleta y, por lo tanto, no deben considerarse inmunes
- Personas que tienen documentadas 2 dosis de vacuna separadas entre sí, al menos, cuatro semanas
- Personas con evidencia serológica de inmunidad frente al VVZ

Se consideran contactos susceptibles si cumplen los 3 criterios siguientes:

- Personas sin historia de varicela natural ni de HZ
- Personas sin documentación acreditada de 2 dosis de vacuna separadas entre sí, al menos, cuatro semanas
- Personas sin evidencia serológica de inmunidad frente al VVZ.

Cualquiera de las vacunas disponibles pueden usarse en la profilaxis posexposición si se administra en individuos susceptibles con 12 meses de edad o más, en la adolescencia y en la población adulta no vacunada o con vacunación incompleta (salvo en embarazadas e inmunodeprimidos en los que está contraindicada la vacunación). Una dosis administrada dentro de los 3-5 días tras la exposición previene el 79-100 % de las formas moderadas-graves, aunque el impacto sobre cualquier forma de varicela es variable. Después del límite de los 5 días, puede seguir teniendo algún efecto en algunos casos. En esta situación la administración de dos dosis de vacuna y el hecho de administrar la primera de ellas dentro de los tres días siguientes a la exposición parecería ser la estrategia con una mayor eficacia. Cuando la vacuna se use entre los 9 y 12 meses de edad, la segunda dosis deberá separarse de la primera como mínimo 3 meses y esta será contada como primera dosis, dado que la administrada a los 9-11 meses no se considera válida en nuestro país.

La vacunación contra la varicela es una herramienta eficaz para el control de brotes. En situaciones especiales, como durante un brote epidémico, puede administrarse a partir de los 9 meses de edad. Sin embargo, esta dosis precoz no se considera válida para completar la pauta de vacunación.

En los contactos que hayan recibido una sola dosis de vacuna se administrará la segunda dosis, al menos, cuatro semanas después de la primera.

En los siguientes casos se realiza profilaxis de forma pasiva con inmunoglobulinas (ver <u>capítulo 45</u>), que se administrará preferiblemente en las primeras 72 horas después de la exposición y no más allá de las 120 horas (organismos como los CDC de EE. UU. y la guía australiana amplían la indicación de la Ig hiperinmune hasta los 10 días de la exposición):

Se lleva a cabo con inmunoglobulina hiperinmune específica anti varicela zoster (IGVZ) (Varitec) con las siguientes dosis por vía intramuscular:

- en niños de 2 o menos kg de peso, 62,5 unidades (medio vial)
- si el peso es de 2,1-10 kg de peso, la dosis es 125 unidades (1 vial)
- entre 10,1 y 20 Kg de peso, 250 unidades (dos viales)
- para niños de 20,1-30 kg, 375 unidades (3 viales)



Publicado en Comité Asesor de Vacunas e Inmunizaciones (https://vacunasaep.org)

- si el peso es 30,1-40 kg la dosis es 500 unidades (4 viales)
- para un peso mayor de 50 Kg, 625 unidades (5 viales)

Se trata de una medicación, que se debe solicitar a través de la Unidad de Medicamentos extranjeros, del Ministerio de Sanidad.

Si no hay disponible IGVZ, o se estima que el retraso en la administración de esta inmunoglobulina no es recomendable, puede sustituirse por inmunoglobulina policional intravenosa (IGPV), a dosis de 400 mg/kg/ IV.

Las inmunoglobulinas pueden evitar la enfermedad, pero en caso de que no logren, disminuyen de forma significativa su gravedad y las complicaciones. La profilaxis debe llevarse a cabo lo más precozmente posible, para aumentar la efectividad de la medida.

#### Están indicadas en:

- Niños menores de 4 semanas de edad:
  - Cuando la madre desarrolle un cuadro de varicela (no herpes zóster) en el periodo comprendido entre 7 días antes y 7 días después del día de parto
    - El riego de desenlace fatal por varicela es máximo cuando la madre ha desarrollado varicela en el periodo comprendido entre 4 días antes y 2 después del parto. En estos casos, además de la administración de inmunoglobulinas debe considerarse también la administración intravenosa de Aciclovir (10 mg/kg cada 8 horas durante 10 días) tan pronto como sea posible (sin necesidad de esperar 7 días posexposición)
    - En neonatos cuyas madres desarrollaron varicela antes del día 7 preparto (p. ej. 8 días antes del parto) no es necesaria ninguna actuación, ya que se consideran inmunes gracias a la transferencia materna de anticuerpos
  - o Prematuros expuestos a la enfermedad
    - Prematuros (de una edad gestacional igual o superior a 28 semanas gestación) expuestos durante el periodo neonatal: se administra inmunoglobulina si en la madre no hay evidencia de inmunidad frente a VVZ
    - Prematuros (menos de 28 semanas gestación o peso igual o inferior a 1000 gramos al nacimiento) expuestos durante el periodo neonatal: se administra inmunoglobulina, independientemente de la situación de inmunidad frente a VVZ de la madre
- Todas aquellas personas en las que no está recomendado el uso de la vacuna ni de antivirales por toxicidad renal o síndrome de malabsorción intestinal
- Inmunodeprimidos y pacientes con terapias inmunosupresoras. Las personas con infección por el VIH con una cifra de linfocitos CD4 superior al 15 % de los valores normales pueden vacunarse.
- Embarazadas. Dentro de los 10 días del contacto.

Para más detalles en cuanto a las condiciones de uso y dosificación de la IG consultar en el Cap. 45. Inmunoglobulinas y anticuerpos monoclonales: indicaciones, dosificación y seguridad.

# Pauta para la vacunación

La vacuna de la varicela es útil como profilaxis posexposición y está indicada en una pauta de 2 dosis separadas por un intervalo mínimo de 1 mes.

En los casos en que la vacunación esté contraindicada deberá realizarse inmunización pasiva con inmunoglobulina polivalente a dosis de 400 mg/kg o, si está disponible, con inmunoglobulina hiperinmune, aunque actualmente solo está accesible mediante medicación extranjera y tarda tiempo en consequirse.

El tratamiento con antivirales (aciclovir o valaciclovir) se puede consultar en este apartado del capítulo de inmunización frente a varicela de nuestro Manual.



Publicado en Comité Asesor de Vacunas e Inmunizaciones (https://vacunasaep.org)

?

# 6. Sarampión. Profilaxis posexposición con la vacunación

La profilaxis posexposición al sarampión está indicada en caso de alerta epidemiológica por brote de sarampión o en personas no protegidas tras contactos accidentales con enfermos. Es eficaz si se administra en los primeros 3 días del contacto. El tipo de profilaxis recomendada varía en función de la edad de la persona expuesta y del estado inmunitario. La pauta a seguir es la siguiente:

- Lactantes menores de 6 meses hijos de madres susceptibles, así como lactantes de 28 o menos semanas de gestación, aunque la madre sea inmune: una dosis por vía intramuscular de inmunoglobulina polivalente (0,50 ml/kg; dosis máxima: 15 ml). No está indicada la vacunación
- A los niños de entre 6 y 10 meses de edad se les administrará una dosis de la vacuna SRP (dosis no computable para el calendario) en las primeras 72 horas y se les volverá a vacunar a partir de los 12 meses cumplidos con, al menos, un mes de intervalo, considerándose esta última como la primera dosis. Si hubiesen transcurrido más de 72 horas y menos de 6 días desde la posible exposición, a los menores de 12 meses se les administrará inmunoglobulina polivalente, a dosis de 0,50 ml/kg, en lugar de la vacuna. Posteriormente, 6 meses más tarde, deben recibir la vacuna
- A los niños de 11 meses o mayores, adolescentes y adultos no inmunodeprimidos potencialmente susceptibles, que hayan
  permanecido en contacto con enfermos durante las 72 horas previas, se les administrará la vacuna SRP. Se consideran personas
  susceptibles a las nacidas después de 1966 que no acrediten antecedentes de haber pasado la enfermedad o la recepción de 2 dosis
  de la vacuna a partir de los 11 meses de vida. Se asume que las personas nacidas antes de 1966 no corren el riesgo de sufrir el
  sarampión, al presuponérseles inmunizadas frente al mismo, tras haberlo padecido de forma natural
- A los niños de 11 meses o mayores, adolescentes y adultos con una exposición a la enfermedad entre las 72 horas y los 6 días previos y que no acrediten antecedentes clínicos de sarampión o que no hayan recibido, al menos, una dosis de vacuna después de los 11 meses de edad, se les debe administrar una dosis de inmunoglobulina polivalente intramuscular (0,50 ml/kg; dosis máxima: 15 ml)
- Embarazadas y personas inmunodeprimidas susceptibles: una dosis de inmunoglobulina polivalente (0,5 ml/kg; dosis máxima: 15 ml) antes de los 6 días posteriores a la exposición. Las personas con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana con una cifra de linfocitos CD4 superior al 15 % pueden vacunarse.

Actualmente en todos los casos se administran 0,5 ml/kg, cuando anteriormente en algunos supuestos se empleaba 0,25 ml/kg. La razón para este cambio está basada en el descenso actual de los niveles de anticuerpos frente al sarampión en los preparados de inmunoglobulina polivalente.

?

# 7. Tétanos. Profilaxis posexposición con la vacunación

En la tabla 9.3 se indican las pautas a seguir según el tipo de herida (limpia o tetanígena) y el estado o antecedente de vacunación del paciente.

Tabla 9.3. Profilaxis antitetánica en función de los antecedentes de vacunación y el tipo de herida.

Situación de vacunación	негіда іітріа	Herida tetanigena	
	Vacuna Td	Vacuna Td	IGT <sup>3</sup>
No vacunado, < 3 dosis, o situación desconocida	1 dosis (completar la pauta de vacunación)	1 dosis (completar la pauta de vacunación)	1 dosis en un lugar diferente administración
3 o 4 dosis	No necesaria (1 dosis si hace >10 años desde la última dosis)	No necesaria (1 dosis si hace >5 años desde la última dosis)	Solo en heridas de alto riesgo
5 o más dosis	No necesaria	No necesaria (si hace >10 años de la última dosis, valorar la aplicación de 1 única dosis adicional en	Solo en heridas de alto riesgo



Publicado en Comité Asesor de Vacunas e Inmunizaciones (https://vacunasaep.org)

Situación de vacunación	Herida limpia <sup>1</sup>	Herida tetanígena <sup>2</sup>	
	Vacuna Td	Vacuna Td	IGT <sup>3</sup>
		función del tipo de herida)	

?

# 8. Tosferina. Profilaxis posexposición con la vacunación

La medida más importante posexposición es la quimioprofilaxis con macrólidos, que según el protocolo de <u>RENAVE</u> actualizado en julio de 2024 sólo está recomendada en los contactos estrechos que pertenecen a uno de los grupos prioritarios de actuación (véase <u>el capítulo correspondiente a tosferina de este manual</u>). Como medida adicional, se revisará y actualizará, si procede, la vacunación en los contactos a quienes se les ha recomendado profilaxis con antibióticos. Por tanto, **la vacunación no sustituye a la quimioprofilaxis**.

Las indicaciones de la vacuna frente a la tosferina en la profilaxis posexposición, son las siguientes:

- Contactos menores de 7 años:
  - · Lactantes <2 meses: se podrá administrar la primera dosis a partir de las 6 semanas de vida
  - Lactantes de 2 a 11 meses de edad: se recomienda adelantar la pauta de vacunación cuando solo hayan recibido una o dos dosis; esta dosis se administrará a las 4 semanas de la última dosis de vacuna administrada. El CAV-AEP añade que, posteriormente debe recibir la dosis de refuerzo de la vacuna hexavalente 6 meses después de esta administrada
  - Niños de 12 meses a 7 años: si tienen vacunación incompleta para su edad, se recomienda completar la pauta siguiendo las recomendaciones del calendario de vacunación
  - En los niños entre 1 y 7 años, el CAV-AEP recomienda que a aquellos que hayan recibido la cuarta dosis de una pauta 3+1 o la tercera dosis de una pauta 2+1 hace más de 3 años, y que por edad no hayan recibido todavía la dosis de los 6 años, se les debe administrar una dosis de refuerzo con Tdpa si la pauta fue 3+1, o con DTPa-VPI si fue 2+1. Esta dosis, si se administra por encima de los 4 años, hace innecesaria administrar posteriormente la dosis correspondiente a los 6 años
- Contactos mayores de 7 años: solo se recomienda completar la pauta de vacunación en caso de que esté incompleta
  - En niños mayores de 7 años y adolescentes, en los que hayan pasado más de 5 años desde la última dosis de recuerdo (habitualmente la Tdpa o DTPa-VPI de los 6 años), el CAV-AEP recomienda administrar una dosis de refuerzo con Tdpa. Esta dosis, si se administra con 10 o más años, hace innecesaria la dosis habitual de Td a los 14-16 años (o en el caso de Asturias, la Tdpa de los 13 años)
  - Adultos que puedan transmitir la tosferina a personas de alto riesgo; si no han recibido 1 dosis de vacuna frente a la tosferina o si ya ha pasado más de 5 años de la misma, se recomienda una dosis de Tdpa con un intervalo de, al menos, un mes desde la última dosis de Td
  - En embarazadas de más de 32 semanas de gestación que sean contacto estrecho de un caso de tosferina y que no se hubieran vacunado en la semana 27 o 28 de gestación se les administrará una dosis de vacuna Tdpa tan pronto como sea posible. Si la embarazada es contacto estrecho y tiene amenaza de parto prematuro, y no está vacunada, se vacunará cuanto antes. Si la dosis de vacuna frente a la tosferina se administra a partir de la semana 20 de gestación se considera que proporciona protección al recién nacido y no será necesario administrar otra dosis en las semanas 27 o 28

Heridas limpias: las no incluidas en el apartado siguiente. No precisan IGT.

<sup>&</sup>lt;sup>2</sup> **Heridas tetanígenas:** heridas o quemaduras con un importante grado de tejido desvitalizado, herida punzante (particularmente donde ha habido contacto con suelo o estiércol), las contaminadas con cuerpo extraño, fracturas con herida, mordeduras, congelación, aquellas que requieran intervención quirúrgica que se retrasa más de 6 horas o con riesgo de contaminación endógena (a partir de contenido intestinal) o heridas con riesgo de contener esporas (contaminación exógena) o sobre zonas desvitalizadas (compromiso circulatorio), lesiones cutáneas ulceradas crónicas si resultan contaminadas con esporas, sobre todo en diabéticos y aquellas que se presenten en pacientes que tienen sepsis.

<sup>&</sup>lt;sup>3</sup> İGT: inmunoglobulina antitetánica. Se administrará en lugar separado de la vacuna. En general se administra una única dosis de 250 UI por vía intramuscular. Si han transcurrido más de 24 horas, en personas con más de 90 kg de peso, en heridas con alto riesgo de contaminación o en caso de quemaduras, fracturas o heridas infectadas, se administrará una dosis de 500 UI. La protección que induce es inmediata, pero con una duración máxima de 4 semanas.

<sup>&</sup>lt;sup>4</sup> Heridas de alto riesgo: aquellas heridas tetanígenas contaminadas con gran cantidad de material que puede contener esporas y/o que presenten grandes zonas de tejido desvitalizado. En inmunodeprimidos (incluidos VIH) y usuarios de drogas por vía parenteral, se administrará una dosis de IGT en caso de cualquier herida tetanígena, independientemente del estado de vacunación.



Publicado en Comité Asesor de Vacunas e Inmunizaciones (https://vacunasaep.org)

En los casos documentados de tosferina, y como quiera que se desconoce la duración de la inmunidad natural, se recomienda que los niños completen la serie primaria de vacunación con DTPa si son menores de 7 años y con Tdpa a partir de 7 años.

?

# 9. Rabia. Profilaxis posexposición con la vacunación

La profilaxis posexposición de la rabia es poco frecuente en nuestro medio, ya que desde hace años no se han descrito casos de rabia en personas. Desde 1978, España ha permanecido libre de casos de rabia en mamíferos terrestres, salvo casos localizados exclusivamente en las ciudades de Ceuta y Melilla. En la actualidad, los murciélagos son los únicos animales en la península frente a cuya mordedura se requiere profilaxis. Las mordeduras de ardilla, hámster, cobayas, ratones, ratas, conejos y liebres no requieren inmunoprofilaxis, ya que no son reservorios del virus y no hay constancia de transmisión a seres humanos.

La transmisión de la rabia se produce cuando el virus atraviesa la piel o las mucosas a través de las heridas producidas por la mordedura de un animal enfermo, o cuando contamina una herida preexistente (por lametón o mordedura) o por mordedura de murciélagos. El contacto con sangre, orina o heces de un animal con rabia no implica ningún riesgo y no es, por tanto, indicación de profilaxis (tabla 9.4).

#### Tabla 9.4. Recomendaciones de la OMS según tipo de contacto con animal potencialmente transmisor de la rabia.

Tipo de contacto con un animal presuntamente rabioso	Medidas profilácticas posexposición
Categoría I. Tocar o alimentar animales, lamedura sobre piel intacta	Ninguna
Categoría II. Mordisco, arañazo o erosión leves en piel expuesta, sin sangrado	Vacunación y tratamiento local de la herida, de inmediato
Categoría III. Mordeduras o arañazos transdérmicos (uno o más), lameduras en	Rápida vacunación y administración de inmunoglobulina antirrábica; tratam
piel lesionada; contaminación de mucosas con saliva por lamedura; exposición	local de la herida
por contacto directo con murciélagos (exposición intensa)	

La pro?laxis posexposición (PPE) es necesaria en todos los casos de exposición de los contactos de los tipos II o III en los que se concluya que existe riesgo de que la persona contraiga la enfermedad. La constatación de la presencia de un murciélago en la habitación de una persona dormida debe considerarse una exposición de categoría II. En la categoría II y en los vacunados previamente no se precisa inmunoglobulina especí?ca.

El plazo de tiempo de seguridad para administrar la pro?laxis no está bien establecido, pero la evaluación del riesgo se debe realizar tan pronto como sea razonable después de la exposición. En el humano, el periodo medio de incubación de la rabia oscila entre 2 y 3 meses, pero puede variar de menos de una semana a más de un año. Por tanto, debido al periodo de incubación potencialmente largo, no existe un límite de tiempo para administrar la PPE.

- Manejo de la herida: es imperativa la limpieza de la herida con suero salino irrigado con jeringa, desbridación, lavado con agua y jabón durante, al menos, 15 minutos y aplicación posterior de povidona yodada, alcohol al 40-70 % o cetrimida al 0,15 %. Este tratamiento de la herida es, probablemente, el procedimiento más eficaz en la prevención de la rabia. Se evitará en lo posible la sutura de la herida.
- Administración de inmunoglobulina específica: Las personas no vacunadas previamente y que hayan sufrido una exposición de alto riesgo deben recibir inmunoglobulina antirrábica hiperinmune humana (IGRH) a 20 UI/kg, o inmunoglobulina antirrábica hiperinmune equina (IGRE) a 40 UI/Kg, que se infiltrará alrededor de la herida y, en caso de corresponder a mucho volumen, por vía intramuscular en una zona anatómica distante a la de la aplicación de la vacuna. La dosis de IGRH de 20 UI/Kg es igual para niños que para adultos. La inmunoglobulina no debe administrarse después de 7 días de la vacunación, ya que podría interferir con la acción de esta.
- Vacunación: La indicación y el procedimiento de PPE dependen del tipo de contacto con el animal sospechoso y el estado de vacunación del paciente y han sido establecidas por la OMS. Asimismo, la OMS recomienda administrar las vacunas antirrábicas por vía intradérmica, ya que esto reduce la cantidad de vacuna necesaria y, por lo tanto, el coste en un 60-80 % sin comprometer la seguridad ni la eficacia.

El esquema de vacunación en la PPE es el siguiente:

- No vacunados previamente. Vacunación inmediata con cualquiera de las siguientes pautas:
  - o ID en 2 lugares los días 0, 3 y 7. Total: 6 dosis ID en 3 visitas.
  - o IM en 1 lugar los días 0, 3, 7 y 14 a 28. Total: 4 dosis IM en 4 visitas.



Publicado en Comité Asesor de Vacunas e Inmunizaciones (https://vacunasaep.org)

- o IM en 2 lugares el día 0 y en un lugar IM los días 7 y 21. Total: 4 dosis IM en 3 visitas.
- Para las personas inmunocomprometidas (como las personas con VIH que no reciben tratamiento o con mínimos recuentos de células CD4) con exposición al virus de la rabia de las categorías II y III de la OMS, se recomienda lo siguiente: lavar a fondo la herida y la administración de un ciclo completo de vacuna contra la rabia, más IGR en todos los casos, incluso si se inmunizó previamente. Se debe seguir un calendario de vacunación de 3 visitas, ya sea con administración IM o ID, en los días 0 y 7 y entre los días 21 y 28; o un programa de 2 visitas, con administración de la vacuna ID o IM, en los días 0 y 7, con pruebas serológicas a las 2-4 semanas después de la primera tanda de administración de la vacuna contra la rabia para evaluar si se necesita una administración adicional de la vacuna.
- Vacunados previamente o que estén recibiendo la vacuna prexposición (tabla 34.2). Vacunación inmediata con cualquiera de las siguientes pautas:
  - o ID en 1 lugar los días 0 y 3. Total 2 dosis en 2 visitas.
  - o ID en 4 lugares en el día 0. Total 4 dosis en 1 visita.
  - o IM en 1 lugar los días 0 y 3. Total 2 dosis en 2 visitas.
  - o No se requiere inmunoglobulina antirrábica.

Está contraindicada por ficha técnica la administración de la vacuna en el glúteo y por vía subcutánea, de forma que se utilizará el vasto externo o el deltoides para inyectarla por vía intramuscular.

No es común que se produzcan reacciones adversas por la vacuna contra la rabia ni por el concentrado de inmunoglobulinas.

Pueden consultarse los esquemas de vacunación en el capítulo 34.

?

# 10. Viruela del Mono. Pro?laxis posexposición con la vacunación

En el brote actual de viruela del mono, los casos notificados de en niños y adolescentes son poco frecuentes (<0,3 % del total de casos) y la enfermedad generalmente no es grave. La exposición a un contacto doméstico con el virus es la ruta predominante de exposición para los niños, mientras que el contacto sexual es la ruta predominante de exposición para los adolescentes.

En la PPE hay que tener en cuenta que los niños pequeños, los niños con eczema y otras afecciones de la piel y los niños con inmunodepresión pueden tener un mayor riesgo de padecer una enfermedad grave.

Se recomienda la vacunación en los contactos estrechos de casos confirmados con alto riesgo de enfermedad grave:

- ${\it 1.\, Personas\, con\, inmuno depresi\'on,\, incluyendo\, infecci\'on\, con\, VIH\, con\, ?200\, c\'elulas/ml}$
- 2. Mujeres embarazadas en cualquier trimestre de gestación
- 3. Población infantil de cualquier edad (incluidos lactantes y recién nacidos)

La vacunación en la población infantil (<18 años) y en mujeres embarazadas no está contemplada en la ficha técnica de las dos vacunas disponibles (JYNNEOS o IMVANEX), sin embargo, la enfermedad puede ser más grave en niños y gestantes y causar secuelas. Además, hay experiencia de utilización de vacunas de la viruela en brotes de viruela del mono. Por tanto, se recomienda la utilización de un consentimiento informado en estos grupos de población tras realizar una evaluación individualizada del riesgo/beneficio.

Los adolescentes con ciertos factores de riesgo y experiencias recientes que podrían hacerlos más propensos a haber estado expuestos recientemente al virus de la viruela del mono pueden asimismo ser considerados para la vacunación.



Publicado en Comité Asesor de Vacunas e Inmunizaciones (https://vacunasaep.org)

#### Pauta profilaxis posexposición

Se administrará una dosis en los primeros 4 días tras el primer contacto estrecho, aunque puede ofrecerse hasta los 14 días.

- La dosis general recomendada es de 1 dosis, de 0,1 ml por vía intradérmica o de 0,5 ml (vial completo) por vía subcutánea; esta última es la recomendada especialmente para menores de 18 años, embarazadas y personas con inmunodepresión. Actualmente dada la reactogenicidad de la vía intradérmica y que no hay desabastecimiento el Ministerio prefiere la dosis de la vía subcutánea.
- La pauta se completará con otra dosis, a las 4 semanas de la primera, en personas con prácticas sexuales de riesgo, como adolescentes en su caso si así fuera, y, por tanto, candidatos a prevención preexposición. En las personas con antecedente de vacunación frente a la viruela también se puede valorar no administrar la segunda dosis

?

# 11. Vacunación en el control de brotes

En este apartado se incluyen aquellas enfermedades en las que la vacunación no ha demostrado ser eficaz para la profilaxis posexposición individual, por lo que deben aplicarse otras medidas, como la quimioprofilaxis, pero en las cuales la inmunización activa de las personas susceptibles puede ser útil para la colectividad, al controlar o evitar un brote epidémico. Ver tabla 9.1.

#### Gripe

La vacunación antigripal es efectiva en la profilaxis posexposición para el control de brotes de gripe en instituciones cerradas (por ejemplo, residencias geriátricas). La quimioprofilaxis con antivirales no interfiere en la respuesta inmunitaria a las vacunas antigripales inactivadas, pero si han recibido la vacuna atenuada intranasal no deben recibir quimiopro?laxis de la gripe durante los 14 días siguientes a recibir la vacuna debido a que las cepas vacunales son susceptibles a los fármacos antivirales utilizados en la quimiopro?laxis.

#### Enfermedad meningocócica

La inmunización antimeningocócica está indicada junto con la quimioprofilaxis cuando la infección está causada por un meningococo de un serogrupo incluido en las vacunas (A, B, C, W e Y). La vacunación, bien con preparado monovalente antimeningococo B, antimeningococo C, o tetravalente ACWY estará indicada en todos los contactos familiares y de la guardería no vacunados previamente (solo los de la misma clase si únicamente ha habido un caso), y en los niños de la misma clase de la escuela del caso índice (todos los alumnos y personal del colegio si se han producido 3 o más casos en el plazo de 1 mes). Ver capítulo 30.

El uso de vacunas en la profilaxis posexposición en caso de brote está claro, pero no tanto su empleo en contactos cercanos tras la aparición de un único caso de EMI, por lo que se hará siguiendo las recomendaciones de Salud Pública, de acuerdo a los protocolos locales de vigilancia epidemiológica establecidos a tal efecto. Igualmente, los profesionales sanitarios contactos de un caso de EMI recibirán la vacuna que incluya el serogrupo correspondiente al tipo de EMI a prevenir.

# Enfermedad invasora por Haemophilus influenzae tipo b

Es una situación actualmente altamente infrecuente dada la altísima cobertura vacunal en nuestro medio. La vacunación como complemento de la quimioprofilaxis está indicada en los siguientes casos:

- Contactos familiares: se vacunará a todos los niños menores de 5 años no inmunizados con anterioridad o incorrectamente vacunados, y a todos los convivientes, con independencia de la edad, si conviven con personas que pertenecen a grupos de alto riesgo (inmunodeprimidos, asplenia anatómica o funcional, etc.).
- Contactos de la guardería: con cualquier número de casos e intervalo de tiempo en que se hayan presentado, se recomienda proceder a la inmunización de los niños no vacunados o incompletamente vacunados.

#### Enfermedad invasora por neumococo

En situaciones de brote se realizará quimioprofilaxis con amoxicilina si el antibiograma lo permite, y vacunación con vacuna conjugada o no conjugada, dependiendo del serotipo involucrado si fuera conocido.

## Difteria

La vacunación de los contactos de un caso de difteria está indicada en las siguientes personas:

• Todos los contactos que hayan recibido menos de tres dosis de toxoide diftérico en el pasado o aquellos cuyo estado de vacunación



Publicado en Comité Asesor de Vacunas e Inmunizaciones (https://vacunasaep.org)

sea desconocido, deberán recibir inmediatamente una dosis de vacuna que contenga toxoide diftérico y completar la pauta de vacunación según el esquema recomendado en el ámbito nacional.

 Los contactos que hayan recibido tres dosis con anterioridad, recibirán inmediatamente una dosis de recuerdo, a menos que la última dosis haya sido administrada en los 12 meses previos (otros autores en los últimos 5 años), en cuyo caso la dosis de refuerzo no es necesaria.

# Rubeola y parotiditis

La mayoría de los brotes de rubeola observados en los últimos años han sido en varones en países en los que la introducción de la vacuna triple vírica (SRP) sustituyó, no muchos años atrás, a la vacunación selectiva de niñas (en España fue en 1981). En tales casos, la acción a tomar es la vacunación de la población susceptible con dos dosis de triple vírica.

La respuesta de anticuerpos al componente de parotiditis de la vacuna SRP no se desarrolla lo suficientemente pronto como para proporcionar una profilaxis efectiva después de una sospecha de exposición a parotiditis. Sin embargo, la vacunación en la profilaxis posexposición se valora en los casos de brotes epidémicos, ya que poner una dosis adicional no constituye ningún riesgo relevante. La efectividad de una tercera dosis de vacuna triple vírica para controlar brotes de parotiditis es especialmente útil si la 2.ª dosis se puso más de 13 años antes. En 2018, los CDC han establecido la recomendación de una tercera dosis a las personas previamente vacunadas con 2 dosis que estén en riesgo debido a un brote de parotiditis.

#### **Poliomielitis**

En situaciones excepcionales de brote, las autoridades sanitarias podrían recomendar la vacunación de las personas de la zona con una dosis de recuerdo de vacuna inactivada parenteral en los niños y adultos ya vacunados e iniciar con la misma vacuna la pauta correspondiente por edad en los no vacunados previamente.

# Varicela

Ante un brote de varicela, especialmente si se origina en un lugar cerrado, se implantarán las medidas de control señaladas anteriormente en la profilaxis posexposición para los casos y sus contactos. Estos brotes, especialmente en lugares con elevado número de susceptibles, pueden durar varios meses. Dado que la varicela en población infantil es generalmente una enfermedad leve y autolimitada, las medidas de salud pública se dirigirán a proteger a las personas susceptibles con riesgo de padecer varicela grave como personas con inmunodepresión, periodo neonatal, especialmente, prematuros y mujeres embarazadas.

De especial consideración se trata cuando un brote se origina en un centro sanitario. La medida más eficaz para evitar la implicación del personal sanitario en los brotes de varicela depende del estado inmunológico frente al VVZ, por lo que, en caso que sea necesario, hay que administrar, cuanto antes, la vacuna de varicela a todo el personal susceptible. Tras la administración de la vacuna a los profesionales sanitarios, se debe vigilar la aparición de síntomas y signos compatibles con varicela y, en caso de que se produzca un exantema posvacunación, deberá separarse al profesional sanitario de los servicios donde existan pacientes con inmunodepresión, neonatos, lactantes en el primer año de vida, embarazadas, personas en unidades de quemados y otras con pacientes con elevado riesgo para padecer varicela grave, hasta que deje de ser contagioso, es decir, hasta que las lesiones estén en fase de costra, generalmente 7 días.

?

# 12. Bibliografía

- 1. Albertson JP, et al. Mumps Outbreak at a University and Recommendation for a Third Dose of Measles-Mumps-Rubella Vaccine Illinois, 2015-2016. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2016;65:731-4.
- 2. Advisory Committee on Immunization Practices.

. MMWR Morb Mortal Wkly Rep.

2018;67:1216-20.

- 3. Albrecht MA, et al. Post-exposure prophylaxis against varicella-zoster virus infection. Up To Date. Jan 2021. Literature review current through: Feb 2023.
- American Academy of Pediatrics. Active and passive immunization. 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. 54-67.
- Andani A, et al. One or two doses of hepatitis A vaccine in universal vaccination programs in children in 2020: A systematic review.
   Vaccine. 2022;40:196-205.



Publicado en Comité Asesor de Vacunas e Inmunizaciones (https://vacunasaep.org)

6. Andavac. Programa de Vacunación frente a la viruela del mono en Andalucía. Indicaciones y forma de empleo. Instrucción DGSPyOF-11/2023 7. Bader MS, et al. Am Fam Physician, 2013;88:25-32. 8. Basarab M, et al. Lancet Infect Dis. 2011;11:119-30. 9. Canadian Immunization Guide. Hepatitis A vaccine. Post-exposure immunization . November. 2021 10. Cardemil CV, et al. N Engl J Med 2017;377:947-56. 11. Centers for Disease Control and Prevention. Schillie S, Murphy TV, Sawyer M, LK, Hughes E, Jiles R, et al. MMWR Recomm Rep. 2013;62(RR-10):1-19. 12. Centers for Disease Contros and Prevention. Clinical Considerations for Mpox in Children and Adolescents. Updated June 2024. 13. Centers for Disease Control and Prevention. 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 14. Centers for Disease Control and Prevention. 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. Pertussis . 15. Centers for Disease Control and Prevention. 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. 16. Centers for Disease Control and Prevention. Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Measles in Healthcare Settings . Updated April 2024. 17. Centers for Disease Control and Prevention. Pertussis: Summary of Vaccine Recommendations. For Health Care Professionals. January 2020. 18. Centers for Disease Control and Prevention. 19. Centers for Disease Control and Prevention. MMWR Recomm Rep. 2018;67:1-31. 20. Centers for Disease Control and Prevention. MMWR Recomm Rep. 2013;62(RR-04):1-34. 21. Centers for Disease Control and Prevention. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2022;71:477-83. 22. Centers for Disease Control and Prevention Wkly Rep. 2013;62:574-6. 23. Centers for Disease Control and Prevention. MMWR. 2010;59(RR02):1-9. 24. Centers for Disease Control and Prevention. Manual for the Surveillance of Vaccine-Preventable Diseases

25. Centro Nacional de Epidemiología. CIBERESP. ISCIII. Informe epidemiológico sobre la situación de la varicela; España 2005-2023.

MANUAL DE INMUNIZACIONES EN LÍNEA DE LA AEP

Madrid, diciembre 2024.



9. Inmunización profiláctica posexposición Publicado en Comité Asesor de Vacunas e Inmunizaciones (https://vacunasaep.org)

26. Charlier, O. et al. pour le conseil scientifique de la société française d'hygiène hospitalière. Prevention and management of VZV infecturing pregnancy and the perinatal period, Infect Dis Now. 2024;54:104857.	tion
27. Instituto de Salud Carlos III. Alerta de viruela del mono en España y a nivel mundial .	
28. Livingston RA, et al. Prevention of Influenza in Children. Infect Dis Clin North Am. 2015;29:597-615.	
29. Marin M, et al. Recommendation of the Advisory Committee on Immunization Practices for use of a find dose of Municipal Committee on Immunization Practices for the Mortal Willy Rep. 2018;67:33-8.	
30. McDonald J. Paediatr Child Health. 2016;21:91-2.	
31. Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades. Instituto de Salud Carlos III. Centro Nacional de Epidemiología. Protocolo de Vigilancia de Varicela. Sistema de Vigilancia de Enfermedades Transmisibles. Junio 2025.	
32. Ministerio de Sanidad. Alerta de viruela del mono en España y a nivel mundial .	
33. Ministerio de Sanidad. Guía de manejo de casos de viruela del mono.	
34. Ministerio de Sanidad. Nota a la actualización de las recomendaciones de vacunación en el brote actual de viruela del mono (mpox) Publicado el 8 agosto 2023.	
35. Ministerio de Sanidad. Protocolo para la detección precoz y manejo de casos ante la alerta de viruela de los monos (Monkeypox) en España . Ponencia de Alertas y Planes de Preparación y Respuesta. Publicado 2 de noviembre de 2022.	
36. Ministerio de Sanidad. Vacunación viruela del mono. Preguntas frecuentes .Publicado el 22 de marzo de 2023.	
37. Ministerio de Sanidad. Recomendadores la vacunación frente de paísico de proceso de Porte de Programa y Registro.  Abril 2017.	de
38. Ministerio de Sanidad. Actualización 2017.	
39. Moraga Llop FA, et al. Vacunación profiláctica posexposición. En: Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatrí (CAV-AEP). Vacunas en Pediatría. Manual de la AEP 2012, 5.ª ed. Madrid: Exlibris ediciones SL; 2012. p. 147-57.	a
40. Nanthakumar MP, et al. Varicella Zoster in pregnancy. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2021;258:283-7.	
41. Nelson NP. <u>Updated dosing instructions for immune globulin (human) GamaSTAN S/D for hepatitis A virus prophylaxis</u> . MMWR Mor Mortal Wkly Rep. 2017;66:959-60.	b
42. Polo Rodriguez R, et al.  . Enferm Infecc Microbiol Clin. 2016;34:122-31.	
43. Public Health Agency of Canada. Communicable Disease Control. Management of Specific Diseases. Pertussis. June 2010	
44. Public Health England. The Guidelines of the Control of the Co	
45. Public Health England. PHE Guidelines on post-exposure Prophylaxis for measles . June 2019.	

46. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). Protocolo de vigilancia de tosferina . Julio 2024.



Publicado en Comité Asesor de Vacunas e Inmunizaciones (https://vacunasaep.org)

47. Ujiie M, et al. Rubella Outbreak i	ndapan . Lancet. 2014;383(9927):1460-1.
--	---

- 48. UK Health Security Agency. Recommendations for the use of pre and post exposure vaccination during a monkeypox incident. Updated 26 August 2022.
- 49. UK Health Security Agency. Guidance Varicella: the green book, chapter 34. Varicella immunisation information for public health professionals, including updates.

50. WHO. Parassis values 3/45 assistance and a 2015 assistance and a 2016;34:1423-5.

51. WHO. Replies various WHO position page electronic and allows. Vaccine. 2018;37(5):5500-3.

52. WHO. Telanus vaccines: WHO position paper—February 2017. Wkly Epidemiol Rec. 2017;92:53-76.

53. WHO. Vaccines and immunization for monkeypox. 16 November 2022.

54. WHO. Vancella and hences vaster vaccines. WHO position paper time 2014-recommendations. Wkly Epidemiol Rec. 2014;89:265-88.

55. WHO. WHO Expert Consultation on Rabies. Third report. 2018

56. WHO. WHO assists a second 
57. Yeh S. Perussian feature in the sand college of the sand colle

?

# 13. Enlaces de interés

- AAP. Red Book: 2021–2024 Report of the Committee on Infectious Diseases (32ND EDITION)
- ACIP. General Best Practice Guidelines for Immunization. Aug 2023
- Canadian Immunization Guide
- · Comité Asesor de Vacunas e Inmunizaciones de la AEP. Fichas técnicas de vacunas comercializadas en España
- Centers for Disease Control and Prevention Pink Book. Epidemiology and Prevention of Vaccine Preventable Diseases 2021
- Centers for Disease Control and Prevention. Post-exposure Prophylaxis (PEP). Update August 24, 2022
- Centers for Disease Control and Prevention. Yellow Book. Travelers' Health 2024
- The Australian Immunisation Handbook
- The Green Book. Immunisation against infectious disease



**9. Inmunización profiláctica posexposición**Publicado en Comité Asesor de Vacunas e Inmunizaciones (https://vacunasaep.org)

# 14. Historial de actualizaciones

24 de febrero de 2018	Se actualizan los apartados de hepatitis A; hepatitis B; varicela; tétanos; tosferina; rabia; vacunacio meningocócica, rubeola y parotiditis. Se actualiza la tabla 9.2. Nuevas citas bibliográficas
15 de febrero de 2021	Se actualizan los apartados de hepatitis A; hepatitis B; varicela; sarampión y rabia. Nuevas citas bi
25 de enero de 2023	Cambio de nombre a Manual de Inmunizaciones
22 de marzo de 2023	Actualización de todos los apartados. Creación del apartado "Viruela del Mono. Profilaxis postexpo bibliográficas y enlaces de interés
20 de enero de 2024	Actualización del apartado "Tosferina"
26 de agosto de 2024	Actualización de los apartados "Sarampión", "Tosferina" y "Viruela del mono"
18 de julio de 2025	Actualización del apartado "Varicela"

-000-

Dirección URL original: https://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-9