

Vista creada el 22/02/2026 a las 16:13 h

MANUAL DE INMUNIZACIONES EN LÍNEA DE LA AEP

9. Inmunización profiláctica posexposición

SECCIÓN III. Inmunización en circunstancias especiales

Actualizado en febrero de 2026

Capítulo 9 - Inmunización profiláctica posexposición

1. [Puntos clave](#)
2. [Introducción](#)
3. [Hepatitis A](#) . Profilaxis posexposición con la vacunación
4. [Hepatitis B](#) . Profilaxis posexposición con la vacunación
5. [Varicela](#) . Profilaxis posexposición con la vacunación
6. [Sarampión](#) . Profilaxis posexposición con la vacunación
7. [Tétanos](#) . Profilaxis posexposición con la vacunación
8. [Tosferina](#) . Profilaxis posexposición con la vacunación
9. [Rabia](#) . Profilaxis posexposición con la vacunación
10. [Viruela del Mono](#) . Profilaxis posexposición con la vacunación
11. [Vacunación en el control de brotes](#)
12. [Bibliografía](#)
13. [Enlaces de interés](#)
14. [Historial de actualizaciones](#)
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

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; feb/2026. [consultado el dd/mmm/aaaa]. Disponible en: <http://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-9>

?

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, rabia y viruela del mono.
- 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
 Hepatitis B
 Varicela
 Sarampión
 Tétanos
 Tosferina
 Rabia
 Viruela del mono

Gripe
 Enfermedad meningocócica
 Enfermedad invasora por *Haemophilus influenzae* tipo b
 Enfermedad invasora neumocócica
 Difteria
 Rubeola
 Parotiditis
 Poliomielitis

2

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 y entornos similares:**
 - Los asistentes al centro (niños, adolescentes y cuidadores susceptibles), si se ha producido, al menos, un caso de hepatitis A entre el personal del centro o en los niños o adolescentes.
 - Los asistentes al centro (niños, adolescentes y cuidadores susceptibles), si se han producido dos o más casos de hepatitis A en los contactos domiciliarios de los asistentes al centro. 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, adolescentes 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, centros de menores, 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 profilaxis recomendada depende de la edad del contacto y de sus antecedentes. La efectividad de la profilaxis 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 si persiste el riesgo. En EE. UU. tienen una nueva inmunoglobulina polivalente GamaSTAN (no disponible en la Unión Europea) y recomiendan para viajes de 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 ?? 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 ?? 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
- En pediatría, la vacuna frente a la hepatitis A usada como profilaxis posexposición es altamente efectiva cuando se administra en los primeros 14 días tras el contacto, con cifras de efectividad en torno al 85-98 % en niños y jóvenes

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 mUI/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 mUI/ml, y aquellos que hayan tenido una relación sexual en los 14 días previos con un paciente con hepatitis B aguda. Esto mismo aplica para víctimas de agresiones sexuales con estado serológico del agresor desconocido, en cuyo caso se puede ofrecer cribado y profilaxis correspondiente para otras ITS (VIH, sífilis, gonococo, clamidia, etc.) si procediese.

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/ml)	Nada	Nada	Nada
Vacunado no protegido (anti- HBs <10 mUI/ml) 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: inmunoglobulina específica frente a la hepatitis B.

* No respondedor

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 [capítulo 45](#).

?

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 ensayos en contactos domiciliarios susceptibles, la varicela apareció en 20-23 % de los vacunados frente a 75-80 % de los no vacunados, lo que supone una eficacia en torno al 70-80 % para prevenir la enfermedad clínica.

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 [capítulo 45](#)), 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) (VariZIG y 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)
- 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, de la AEMPS.

Si no hay disponible IGVZ, o se estima que el retraso en la administración de esta inmunoglobulina no es recomendable, puede sustituirse por inmunoglobulina polivalente intravenosa (IGPV), a dosis de 200 a 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 riesgo 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
- 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 inmunsupresoras. 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 conseguirse.

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

?

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 1978 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 1978 no corren el riesgo de sufrir el sarampión, al presuponerseles inmunizadas frente al mismo, tras haberlo padecido de forma natural. Los estudios de seroprevalencia muestran un aumento de la susceptibilidad en las cohortes nacidas entre 1978 y 2002, con menor seroprotección sobre todo en el grupo 15-39 años
- 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	Herida limpia ¹	Herida tetanígena ²	
		Vacuna Td	IGT ³
No vacunado, < 3 dosis, o	1 dosis	1 dosis	1 dosis en un lugar diferente

Situación de vacunación	Herida limpia ¹	Herida tetanígena ²	IGT ³
	Vacuna Td	Vacuna Td	
situación desconocida	(completar la pauta de vacunación)	(completar la pauta de vacunación)	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 función del tipo de herida)	Solo en heridas de alto riesgo

¹ **Heridas limpias:** las no incluidas en el apartado siguiente. No precisan IGT.

² **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.

³ **IGT:** 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.

⁴ **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.**

?

8. Tosferina. Profilaxis posexposición con la vacunación

La medida más importante posexposición es la quimioprofilaxis con macrólidos, que según el protocolo de [RENAVE](#) actualizado en julio de 2024 sólo está recomendada en los contactos estrechos que pertenecen a uno de los grupos prioritarios de actuación (véase [el capítulo correspondiente a tosferina de este manual](#)). 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

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.

2

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. Se han declarado 3 casos importados en los últimos 11 años, todos importados por viajes a otros países, el último en 2025. 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 piel lesionada; contaminación de mucosas con saliva por lamedura; exposición por contacto directo con murciélagos (exposición intensa)	Rápida vacunación y administración de inmunoglobulina antirrábica; tratamiento local de la herida

La profilaxis 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 murciélagos 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 específica.

El plazo de tiempo de seguridad para administrar la profilaxis 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:
 - ID en 2 lugares los días 0, 3 y 7. Total: 6 dosis ID en 3 visitas.
 - IM en 1 lugar los días 0, 3, 7 y 14 a 28. Total: 4 dosis IM en 4 visitas.
 - 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 preposición (tabla 34.2).** Vacunación inmediata con cualquiera de las siguientes pautas:
 - ID en 1 lugar los días 0 y 3. Total 2 dosis en 2 visitas.
 - ID en 4 lugares en el día 0. Total 4 dosis en 1 visita.
 - IM en 1 lugar los días 0 y 3. Total 2 dosis en 2 visitas.
 - 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

El último gran episodio reconocido a nivel global es el segundo PHEIC (emergencia de salud pública de importancia internacional) por mpox, declarado por la OMS en agosto de 2024 debido a un gran brote causado por el clado I (1b), centrado sobre todo en África y con expansión a otros continentes. Aunque ese PHEIC se declaró solucionado el 5 de septiembre de 2025, la OMS sigue notificando brotes y transmisión comunitaria de mpox (clados I y II) en múltiples países, con informes periódicos de casos nuevos, al menos, hasta noviembre/diciembre de 2025. 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:

1. Personas con inmunodepresión, incluyendo infección con VIH con >200 células/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.

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](#).

Se considera brote la aparición de dos o más casos de una enfermedad asociados en el tiempo, lugar y/o persona, por encima de lo esperado, y que sugiere transmisión común o relación epidemiológica.

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 quimioprofilaxis 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 quimioprofilaxis.

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 y 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, 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 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 de que sea necesario, hay que administrar, cuanto antes, la vacuna de la 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. Advisory Committee on Immunization Practices. Update: prevention of hepatitis A after exposure to hepatitis A virus and in international travelers. Update recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2018;67:1216-20.

2. Albrecht MA, *et al.* [Post-exposure prophylaxis against varicella-zoster virus infection. Up To Date](#). Dec 2024. Literature review current through: Jan 2026.
3. American Academy of Pediatrics. Active and passive immunization. En: Kimberlin DW, Banerjee R, Barnett ED, Lynfield R, Sawyer MH eds. Red Book: 2024-2027. Report of the Committee on Infectious Diseases. 33st ed, Itasca, IL.: American Academy of Pediatrics; 2024. pp. 38-87.
4. 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.
5. Andavac. [Programa de Vacunación frente a la viruela del mono en Andalucía. Indicaciones y forma de empleo](#). Instrucción DGSPyOF-11/2023. Actualización agosto de 2024.
6. Basarab M, *et al.* [Effective management in clusters of pneumococcal disease: a systematic review](#). Lancet Infect Dis. 2011;11:119-30.
7. Canadian Immunization Guide. [Hepatitis A vaccine. Post-exposure immunization](#). November. 2021
8. Cardemil CV, *et al.* [Effectiveness of a third dose of MMR vaccine for mumps outbreak control](#). N Engl J Med 2017;377:947-56.
9. Centers for Disease Control and Prevention. Schillie S, *et al.* [CDC guidance for evaluating health-care personnel for hepatitis B virus protection and for administering postexposure management](#). MMWR Recomm Rep. 2013;62(RR-10):1-19.
10. Centers for Disease Control and Prevention. [Clinical Considerations for Mpox in Children and Adolescents](#). Updated August 2025.
11. Centers for Disease Control and Prevention. Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases. Hall E, Wodz AP, Hamborsky J, Morelli V, Schillie S, eds. 14th ed. Washington D.C. Public Health Foundation, 2021. General Best Practice Guidance for Immunization.
12. Centers for Disease Control and Prevention. Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases. Hall E, Wodz AP, Hamborsky J, Morelli V, Schillie S, eds. 14th ed. Washington D.C. Public Health Foundation, 2021. [Pertussis](#).
13. Centers for Disease Control and Prevention. Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases. Hall E, Wodz AP, Hamborsky J, Morelli V, Schillie S, eds. 14th ed. Washington D.C. Public Health Foundation, 2021. [Tetanus](#).
14. Centers for Disease Control and Prevention. [Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Measles in Healthcare Settings](#). Updated August 2025.
15. Centers for Disease Control and Prevention. [Manual for the Surveillance of Vaccine-Preventable Diseases. Chapter 17: Varicella](#).
16. Centers for Disease Control and Prevention. [Pertussis: Summary of Vaccine Recommendations. For Health Care Professionals](#). December 2025.
17. Centers for Disease Control and Prevention. [Prevention of Hepatitis A Virus Infection in the United States: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices, 2020](#).
18. Centers for Disease Control and Prevention. [Prevention of Hepatitis B Virus Infection in the United States: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices](#). MMWR Recomm Rep. 2018;67:1-31.
19. Centers for Disease Control and Prevention. [Prevention of measles, rubella, congenital rubella syndrome, and mumps, 2013: summary recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices \(ACIP\)](#). MMWR Recomm Rep. 2013;62(RR-04):1-34.
20. Centers for Disease Control and Prevention. [Universal Hepatitis B Vaccination in Adults Aged 19–59 Years: Updated Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices — United States, 2022](#). MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2022;71:477-83.
21. Centers for Disease Control and Prevention. [Updated recommendations for use of VarZIG—United States, 2013](#). MMWR Morb Mortal

Wkly Rep. 2013;62:574-6.

22. Centers for Disease Control and Prevention. Vaccine for Monkeypox Prevention in the United States . Jan 30, 2026.
23. Centro Nacional de Epidemiología. CIBERESP. ISCIII. Informe epidemiológico sobre la situación de la varicela: España 2005-2023 . Madrid, diciembre 2024.
24. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Alerta de viruela del mono en España y a nivel mundial .
25. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). Protocolo de vigilancia de tosferina . Julio 2024.
26. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). Protocolo de vigilancia de varicela . Sistema de Vigilancia de Enfermedades Transmisibles. Junio 2025.
27. Charlier, O. *et al.* pour le conseil scientifique de la société française d'hygiène hospitalière. Prevention and management of VZV infection during pregnancy and the perinatal period, Infect Dis Now. 2024;54:104857.
28. HSE Public Health. Integrated Guidance on Health Clearance of Healthcare Workers and the Management of Healthcare Workers Living with Bloodborne Viruses (Hepatitis B, Hepatitis C and HIV) . Version 1. Nov 2025.
29. Marin M, *et al.* Recommendation of the Advisory Committee on Immunization Practices for use of a third dose of Mumps
virus-containing vaccine in persons at increased risk for mumps during an outbreak . MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2018;67:33-8.
30. McDonald J. Vaccines for postexposure prophylaxis against varicella (chickenpox) in children and adults . Paediatr Child Health. 2016;21:91-2.
31. Ministerio de Sanidad. Actualización de las recomendaciones de vacunación frente a Mpox . 6 de septiembre de 2024
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 de Mpox en España . Ponencia de Alertas y Planes de Preparación y Respuesta. Publicado 3 de septiembre de 2024.
36. Ministerio de Sanidad. Vacunación viruela del mono. Preguntas frecuentes . Publicado el 22 de marzo de 2023.
37. Ministerio de Sanidad. Recomendaciones de vacunación frente a hepatitis A en grupos de riesgo. Ponencia de Programa y Reparto de Vacunaciones . Abril 2017.
38. Ministerio de Sanidad. Vacunación en adultos. Recomendaciones vacuna de la difteria y tétanos . Actualización 2017.
39. Moraga Llop FA, *et al.* Vacunación profiláctica posexposición. 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. 147-57.
40. Nanthakumar MP, *et al.* Varicella Zoster in pregnancy. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2021;258:283-7.
41. Nelson NP. Updated dosing instructions for immune globulin (human) GamaSTAN S/D for hepatitis A virus prophylaxis . MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2017;66:959-60.

42. Polo Rodriguez R, et al. Executive summary of the consensus document on post-exposure prophylaxis against HIV, HBV and HCV in adults and children. *Enferm Infect 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. *National measles guidelines*. July 2024.
45. Public Health England. *PHE Guidelines on managing rabies post-exposure*. January 2023.
46. UK Health Security Agency. *Guidelines on post exposure prophylaxis (PEP) for varicella or shingles (July 2025)*. December 2025.
47. WHO. *Pertussis vaccines: WHO position paper. August 2016 recommendations*. *Vaccine.* 2016;34:1423-5.
48. WHO. *Rabies vaccines: WHO position paper—recommendations*. *Vaccine.* 2018;37(5):5500-3.
49. WHO. *Tetanus vaccines: WHO position paper – February 2017*. *Wkly Epidemiol Rec.* 2017;92:53-76.
50. WHO. *Vaccines and immunization for monkeypox*. 16 November 2022.
51. WHO. *Varicella and herpes zoster vaccines: WHO position paper, June 2014 recommendations*. *Wkly Epidemiol Rec.* 2014;89:265-88.
52. WHO. *WHO Expert Consultation on Rabies. Third report*. 2018.
53. WHO. *WHO position paper on hepatitis A vaccines - June 2012*. *Wkly Epidemiol Rec.* 2012;87:261-76.
54. Yadav R, et al. *Mpox 2022 to 2025 Update: A Comprehensive Review on Its Complications, Transmission, Diagnosis, and Treatment*. *Viruses.* 2025;17:753.
55. Yeh S. *Pertussis infection in infants and children: Treatment and prevention*. *UpToDate.* Dec 2025.

?

13. Enlaces de interés

- [AAP. Red Book: 2024–2027 Report of the Committee on Infectious Diseases \(33ND EDITION\)](#)
- [Canadian Immunization Guide](#)
- [Comité Asesor de Vacunas e Inmunizaciones de la AEP. Fichas técnicas de inmunizaciones comercializadas en España](#)
- [Centers for Disease Control and Prevention. General Best Practice Guidelines for Immunization. July 2024](#)
- [Centers for Disease Control and Prevention. Pink Book. Epidemiology and Prevention of Vaccine Preventable Diseases 2021](#)
- [Centers for Disease Control and Prevention. Clinical Guidance for PEP](#)
- [Centers for Disease Control and Prevention. Yellow Book. Travelers' Health 2026](#)

- [The Australian Immunisation Handbook](#)
- [The Green Book. Immunisation against infectious disease](#)

?

14. Historial de actualizaciones

24 de febrero de 2018	Se actualizan los apartados de hepatitis A; hepatitis B; varicela; tétanos; tosferina; rabia; vacunación 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 bibliográficas
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 postexposición". Nuevas citas 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"
4 de febrero de 2026	Actualización de todos los apartados. Nuevas citas bibliográficas

-oOo-

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