

## CALENDARIO DE VACUNACIONES E INMUNIZACIONES A LO LARGO DE TODA LA VIDA, NAVARRA 2024

Vacunación	Prenatal	0 meses	2 meses	4 meses	6 meses	11 meses	12 meses	15 meses	3 años	4 años	6 años	12 años	14 años	15-18 años	19-64 años	≥65 años
Poliomielitis			VPI	VPI		VPI					VPI <sup>1</sup>					
Difteria-Tétanos-Tosferina	dTpa <sup>2</sup>		DTPa	DTPa		DTPa					DTPa <sup>3</sup>		Td	Td <sup>4</sup>		Td <sup>5</sup>
Haemophilus influenzae b			Hib	Hib		Hib										
Hepatitis B		HB <sup>6</sup>	HB	HB		HB	HB <sup>7</sup>									
Enfermedad neumocócica			VNC	VNC		VNC										VN <sup>11</sup>
Enfermedad meningocócica			Men B <sup>8</sup>	MenB MenC			MenB MenACWY <sup>9</sup>					Men ACWY	MenACWY <sup>10</sup>			
Sarampión-Rubéola-Parotiditis							TV		TV	TV <sup>12</sup>						
Varicela								VZ	VZ	VZ <sup>13</sup>						
Virus del Papiloma Humano												VPH <sup>14</sup>	VPH <sup>15</sup>			
Herpes Zóster																HZ <sup>16</sup>
Gripe	Gripe <sup>17</sup>				Gripe anual <sup>18</sup>										Gripe anual <sup>19</sup>	
VRS		VRS <sup>20</sup>														
Rotavirus		Prematuros <sup>21</sup>														

#### **POLIOMIELITIS**

1. Se administrará vacuna DTPa-VPI a los vacunados a los 2, 4 y 11 meses (pauta 2+1) cuando alcancen la edad de 6 años. Los que hubieran recibido una vacunación a los 2, 4, 6 y 18 meses no requieren más dosis de VPI.

#### **DIFTERIA-TETANOS-TOSFERINA**

2. Una dosis de dTpa en cada embarazo a partir de la 27 semana de gestación, preferentemente en las semanas 27 o 28.
3. Se administrará vacuna DTPa-VPI a los vacunados a los 2, 4 y 11 meses (pauta 2+1) cuando alcancen la edad de 6 años. Los vacunados a los 2, 4, 6 y 18 meses (pauta 3+1) recibirán dTpa sin VPI a los 6 años de edad.
4. Verificar el estado de vacunación previo antes de iniciar o completar una pauta de primovacuna con Td en personas adultas. Se vacunará con Td hasta completar 5 dosis, con los siguientes intervalos entre dosis: 1 mes entre la 1ª y la 2ª; 6 meses entre la 2ª y la 3ª; 10 años entre la 3ª y la 4ª y 10 años entre la 4ª y la 5ª.
5. Una dosis de Td en torno a los 65 años a las personas que recibieron 5 dosis durante la infancia y la adolescencia. En caso de no haber recibido 5 dosis con anterioridad, se vacunará con Td hasta completar 5 dosis, con los siguientes intervalos entre dosis: 1 mes entre la 1ª y la 2ª; 6 meses entre la 2ª y la 3ª; 10 años entre la 3ª y la 4ª y 10 años entre la 4ª y la 5ª.

#### **HEPATITIS B**

6. Se vacunará con pauta 0, 2, 4 y 11 meses a los hijos/as de madres con antígeno HBsAg positivo y de aquellas no vacunadas en las que no se realizó cribado. Se administrará la primera dosis en las primeras 24 horas de vida junto con la administración de inmunoglobulina anti-HB.
7. Tres dosis de vacuna frente a la hepatitis B con pauta 0, 1 y 6 meses a las personas residentes en Navarra que hayan nacido después del 1 de enero de 1980 y no hayan sido inmunizadas previamente.

#### **ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA**

8. Vacuna frente al meningococo B para los nacidos a partir del 1 de enero de 2023. Es muy importante vacunar en tiempo a los 2 y 4 meses de edad, y no diferir la misma ni utilizar pautas diferentes
9. Vacunación con vacuna MenACWY a los 12 meses de edad para nacidos a partir del 1 de enero de 2023
10. Vacunación a adolescentes de hasta 18 años de edad que no hubieran recibido una dosis de MenACWY con anterioridad.

#### **ENFERMEDAD NEUMOCÓCICA**

11. Se administrará una única dosis de Vacuna Neumocócica Polisacárida 23-valente (VNP23) a partir de los 65 años. A las personas de 65 o más años de edad, institucionalizados en centros residenciales socio-sanitarios públicos o privados de Navarra, no vacunadas previamente, se les administrará una dosis de vacuna neumocócica conjugada 20-valente (VNC20).

#### **SARAMPIÓN-RUBÉOLA-PAROTIDITIS**

12. Nacidos después de 1970 que no hayan sido vacunadas con anterioridad ni dispongan de evidencia clínica de haber pasado sarampión, rubéola o parotiditis. Pauta: Dos dosis con una separación de 4 semanas. En caso de haber recibido una dosis con anterioridad se administrará solo una dosis de TV

#### **VARICELA**

13. Adolescentes que no hayan sido vacunadas con anterioridad ni dispongan de evidencia clínica de haber pasado varicela. Pauta: 2 dosis con una separación mínima de 4 semanas (preferiblemente 8 semanas). En caso de haber recibido una dosis con anterioridad se administrará solo una dosis. En personas adultas (> 18 años) se realizará determinación serológica previa. En caso de serología negativa, se administrarán dos dosis de vacuna con una separación mínima de 4 semanas (preferiblemente 8 semanas).

#### **VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO**

14. Se administrará a niñas y niños. Dos dosis con una separación de 6 meses.
15. Mujeres no vacunadas hasta 26 años, no inmunizadas previamente, y niños no vacunados que hayan nacido a partir del 1 de enero de 2012. Pauta de dos dosis (0-6 meses)

#### **HERPES ZÓSTER**

16. Vacunación a los 65 años y a los 75 años. En el año 2024 se vacunarán a los nacidos en 1949 y 1959. Pauta: 2 dosis con una separación de 2 meses. Se seguirá administrando la vacuna a los nacidos en 1948 y 1958, que no hubieran sido vacunados con anterioridad

#### **GRIPE**

17. En temporada de gripe se vacunará a embarazadas en cualquier trimestre de gestación.
18. Se administrará una única dosis de vacuna anual frente a la gripe a menores entre 6 y 59 meses de edad
19. Una dosis anual, a adultos a partir de los 60 años de edad

#### **VIRUS RESPIRATORIO SINCICIAL**

20. Inmunización con nirsevimab al nacer, en el centro hospitalario. La administración se iniciará para los que nazcan a partir del 1 de septiembre de 2024, y se prolongará hasta el 31 de enero de 2025.

#### **ROTAVIRUS**

21. Vacunación a prematuros entre 25-27 y 32 semanas de gestación.

# CALENDARIO DE VACUNACIONES E INMUNIZACIONES A LO LARGO DE TODA LA VIDA, NAVARRA 2024

---

## NOVEDADES DEL CALENDARIO, 2024

1. Vacunación con vacuna neumocócica conjugada 15-valente (VNC-15), en sustitución de la vacuna neumocócica 13-valente (VNC-13) a los nacidos a partir del 1 de enero de 2024.
2. Sustitución de la vacunación frente al meningococo C a los 12 meses de edad por la vacuna meningocócica tetravalente (MenACWY), para todos las niñas y niños residentes en Navarra nacidos a partir del 1 de enero de 2023.
3. Paso de una pauta de tres dosis a una pauta de dos dosis para las mujeres no vacunadas frente al VPH, que tengan hasta 26 años y no hayan sido inmunizadas previamente.
4. Vacunación con vacuna neumocócica conjugada 20-valente (VNC-20) a las personas de 65 o más años de edad, no vacunadas previamente, institucionalizados en centros residenciales socio-sanitarios públicos o privados de Navarra.

## VACUNACIONES E INMUNIZACIONES, 2024

### **1. POLIOMIELITIS**

Vacunación con cuatro dosis: dos dosis a los 2 y 4 meses (con vacuna hexavalente) seguidas de un refuerzo a los 11 meses (con vacuna hexavalente) y un segundo refuerzo a los 6 años (con vacuna combinada DTPa-VPI).

Los que hubieran recibido una vacunación a los 2, 4, 6 y 18 meses no requieren más dosis de VPI.

### **2. DIFTERIA-TÉTANOS-TOSFERINA**

Vacunación con cuatro dosis: dos dosis a los 2 y 4 meses (con vacuna hexavalente) seguidas de un refuerzo a los 11 meses (con vacuna hexavalente) y un segundo refuerzo a los 6 años (con vacuna combinada DTPa-VPI).

Los que hubieran recibido una primo vacunación a los 2, 4, 6 y 18 meses recibirán una dosis de dTpa a los 6 años de edad.

Adolescentes de 14-15 años: Se les administrará una dosis de Td en 2ª de ESO (vacunación escolar).

Embarazadas: Se administrará una dosis de dTpa en cada embarazo a partir de la 27 semana de gestación, preferentemente en las semanas 27 o 28.

Adultos (15-64 años): Verificar el estado de vacunación previo antes de iniciar o completar una pauta de primo vacunación con Td. Se vacunará con Td hasta completar 5 dosis, con los siguientes intervalos entre dosis: 1 mes entre la 1ª y la 2ª; 6 meses entre la 2ª y la 3ª; 10 años entre la 3ª y la 4ª y 10 años entre la 4ª y la 5ª.

Adultos ( $\geq 65$  años): Se administrará una dosis de Td en torno a los 65 años a las personas que recibieron 5 dosis durante la infancia y la adolescencia, siempre y cuando hayan transcurrido 10 años desde la última dosis. En caso de no haber recibido 5 dosis con anterioridad, se vacunará con Td hasta completar 5 dosis, con los siguientes intervalos entre dosis: 1 mes entre la 1ª y la 2ª; 6 meses entre la 2ª y la 3ª; 10 años entre la 3ª y la 4ª y 10 años entre la 4ª y la 5ª.

En adultos de cualquier edad o que al cumplir 65 años de edad no tengan documentadas 5 dosis de vacuna frente a tétanos se procederá de la siguiente forma:

- a. Sin dosis previas documentadas:

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

- b. Con dosis previas documentadas:

Dosis previas	Supuestos	Dosis y pautas a aplicar
Tres o cuatro		Administrar Td en función de las dosis recibidas con anterioridad hasta un total de 5 dosis
Dos dosis	Han transcurrido menos de 6 meses desde la última dosis	Administrar Td a los 6 meses de la 2ª y continuar pauta de vacunación
	Han transcurrido más de 6 meses desde la última dosis	Una dosis de Td y continuar pauta de vacunación
Una	Ha transcurrido más de 1 mes desde la última dosis	Una dosis de Td y continuar pauta de vacunación

### 3. HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO b

Vacunación con tres dosis: dos dosis a los 2 y 4 meses (con vacuna hexavalente) seguidas de un refuerzo a los 11 meses (con vacuna hexavalente).

### 4. HEPATITIS B

Vacunación con tres dosis a los 2, 4 y 11 meses de edad (con vacuna hexavalente).

En los recién nacidos de madre portadora (AgHBs positivo) y en los recién nacidos de madres no vacunadas en las que no se realizó cribado, se vacunará con pauta de cuatro dosis a los 0, 2, 4 y 11 meses de edad. La 1ª dosis se administrará en las primeras 24 horas de vida con vacuna mono-componente, junto con inmunoglobulina anti-HB. En el resto de las dosis se administrará vacuna hexavalente.

En personas nacidas a partir del 1 de enero de 1980, no vacunadas con anterioridad, se administrarán 3 dosis de vacuna HB con pauta 0, 1 y 6 meses.

Los donantes de sangre y productos hemáticos, no vacunados con anterioridad: Recibirán 3 dosis de vacuna de HB, con pauta 0, 1, 6 meses (realizar serología previa).

## 5. ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA

- a. **Enfermedad meningocócica, serogrupo B:** Vacunación con tres dosis, a los 2, 4 y 12 meses de edad. Se considera muy importante vacunar en tiempo a los 2 y 4 meses de edad, y no diferir la misma ni utilizar pautas diferentes, tal y como ha sido establecido por la Ponencia de Programa y Registro de vacunaciones y aprobado por la Comisión de Salud Pública del Ministerio de Sanidad. (Ver documento completo en: [https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/comoTrabajamos/docs/MenB\\_2022.pdf](https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/comoTrabajamos/docs/MenB_2022.pdf)).
- b. **Enfermedad meningocócica, serogrupo C y ACWY:** Vacunación con tres dosis. La primera a los 4 meses de edad con vacuna meningocócica conjugada C (MenC), seguida de una segunda a los 12 meses de edad con vacuna meningocócica conjugada ACWY (MenACWY), para los nacidos a partir del 1 de enero de 2023, y una tercera a los 12 años con MenACWY. La dosis de los 12 años se administrará en el ámbito escolar en 6º de EP.

Las personas menores de 18 años no vacunados con anterioridad, podrán recibir una dosis de vacuna ACWY.

## 6. ENFERMEDAD NEUMOCÓCICA INVASIVA

Vacunación con tres dosis de vacuna neumocócica conjugada de 15 serotipos (VNC-15), a los 2, 4 meses y 11 meses de edad, para los nacidos a partir del 1 de enero de 2024.

Los nacidos antes del 1 de enero de 2024, completarán la pauta de vacunación con la vacuna neumocócica conjugada de 13 serotipos (VNC-13).

Adultos ( $\geq 65$  años): Se administrará una dosis de vacuna neumocócica polisacárida 23-valente (VNP-23), en torno a los 65 años de edad.

A las personas de 65 o más años de edad, institucionalizados en centros residenciales socio-sanitarios públicos o privados de Navarra, no vacunadas previamente, se les administrará una dosis de vacuna neumocócica conjugada 20-valente (VNC-20).

## 7. SARAMPIÓN-RUBÉOLA-PAROTIDITIS

Dos dosis de vacuna triple vírica (TV) a los 12 meses y 3 años de edad.

Las personas nacidas a partir del 1 de enero de 1970, que no hubieran sido vacunadas con anterioridad o que no hayan padecido el sarampión, recibirán dos dosis de TV con un intervalo mínimo de 4 semanas entre dosis. En caso de haber recibido una dosis con anterioridad se administrará solo una dosis de TV. Está contraindicada la vacunación de embarazadas y personas inmunodeprimidas.

## 8. VARICELA

Dos dosis de vacuna frente a la varicela (VZ) a los 15 meses y 3 años de edad.

Adolescentes que no hayan padecido la varicela y que no hubieran sido vacunadas recibirán dos dosis de VZ con un intervalo mínimo de 4 semanas entre dosis (preferiblemente 8 semanas). En

caso de haber recibido una dosis con anterioridad se administrará solo una dosis de VZ. Está contraindicada la vacunación de embarazadas y personas inmunodeprimidas.

En personas adultas (> 18 años) se realizará determinación serológica previa. En caso de serología negativa, se administrarán dos dosis de vacuna con una separación mínima de 4 semanas (preferiblemente 8 semanas).

## **9. VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO**

Se administrarán dos dosis de vacuna nonavalente (VPH-9) con una separación de 6 meses a niñas y niños a los 11-12 años. Esta vacunación se realizará en el ámbito escolar, en 6º de Educación Primaria (EP).

Se ofertará la vacuna a las mujeres no vacunadas, que tengan hasta 26 años y no hayan sido inmunizadas previamente, así como niños no vacunados que hayan nacido a partir del 1 de enero de 2012. Pauta de dos dosis (0-6 meses).

## **10. HERPES ZÓSTER**

Vacunación con dos dosis con una separación de 8 semanas, a los 65 y a los 75 años de edad. En el año 2024 se incorporarán los nacidos en 1949 y en 1959.

Se seguirá administrando la vacuna a los nacidos en 1948 y 1958, que no hubieran sido vacunados con anterioridad.

## **11. GRIPE<sup>1</sup>**

Niños: Una dosis a los niños entre 6 a 59 meses de edad (anual).

Embarazadas: Durante la temporada de gripe se recomienda la vacunación a las mujeres embarazadas en cualquier trimestre de gestación.

Adultos (≥ 60 años): Una dosis de vacuna frente a la gripe (anual).

Como todos los años, previo a la campaña se editará un Boletín de Salud Pública actualizando los criterios de vacunación.

## **12. VRS**

Se continuará con la estrategia de inmunización con nirsevimab (Beyfortus®), a los recién nacidos, en el ámbito hospitalario. La administración se iniciará en septiembre, para los que nazcan a partir del 1 de septiembre de 2024, y se prolongará hasta el 31 de enero de 2025, en función de la situación epidemiológica.

Además, recibirá nirsevimab la población infantil con alto riesgo de enfermedad grave por VRS, entre los que se incluyen:

- a. Prematuros de menos de 35 semanas (incluyendo los de edad gestacional menor de 29 semanas), una sola dosis antes de cumplir 12 meses de edad.

---

<sup>1</sup> Como todos los años, previo a la campaña de vacunación, se editará un Boletín de Salud Pública actualizando los criterios de vacunación, tanto de gripe como de covid-19

- b. Pacientes con cardiopatías congénitas con afectación hemodinámica significativa, cianosantes o no cianosantes.
- c. Pacientes con displasia broncopulmonar.
- d. Pacientes con otras patologías de base que suponen un gran riesgo para padecer bronquiolitis grave por VRS, como son aquellos con:
  - Inmunodepresión grave (enfermedades oncohematológicas; inmunodeficiencias primarias sobre todo combinadas y agammaglobulinemia congénita; Tratamiento con inmunosupresores de forma continuada)
  - Errores congénitos del metabolismo
  - Enfermedades neuromusculares, pulmonares graves, síndromes genéticos con problemas respiratorios relevantes
  - síndrome de Down
  - Fibrosis quística
  - Aquellos en cuidados paliativos

En los pacientes con condiciones de riesgo b, c y d se administrará nirsevimab antes de cada temporada de VRS antes de cumplir los 24 meses de edad en el momento de recibir la inmunización. En estos casos la administración de nirsevimab se realizará a partir de septiembre y se prolongará hasta el 31 de marzo de 2025.

La dosis a administrar variará en función del peso del menor (50 mg para los que pesen menos de 5 Kg y 100 mg para los que pesen 5 o más kg).

### **13. ROTAVIRUS (Prematuros)**

Se recomienda la vacunación frente a rotavirus en lactantes nacidos entre las semanas 25 o 27 (según la vacuna utilizada) y 32 de gestación, clínicamente estables y sin contraindicaciones. La vacunación se realizará a partir de las 6 semanas de vida según la edad cronológica y siguiendo las pautas autorizadas para cada vacuna.

- RotaTeq®, MSD: Puede administrarse a niños nacidos prematuramente siempre que el periodo de gestación haya sido de al menos 25 semanas. Estos niños deben recibir la primera dosis de RotaTeq® al menos seis semanas después del nacimiento. Pauta: 3 dosis; inicio a las 6 semanas, intervalo de 4 semanas entre dosis. NO se debe administrar la primera dosis después de las 12 semanas de edad.
- Rotarix®, GSK: Puede administrarse a niños prematuros de 27 semanas o más de gestación. Pauta: 2 dosis. Inicio a partir de las 6 semanas, intervalo de 4 semanas. La pauta de vacunación debería ser administrada preferentemente antes de las 16 semanas de edad, pero debe estar finalizada a las 24 semanas de edad.

En prematuros con edad gestacional inferior a la que figura en las fichas técnicas ( $\geq 25$  semanas en RV5;  $\geq 27$  semanas en RV1), se podrán administrar cualquiera de las dos, contando con el consentimiento informado de los progenitores o tutores legales. ([https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/comoTrabajamos/docs/Rotavirus\\_Recomendaciones2024.pdf](https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/comoTrabajamos/docs/Rotavirus_Recomendaciones2024.pdf)).

## PROCEDIMIENTO DE INMUNIZACIÓN

---

El calendario de inmunizaciones a lo largo de toda la vida de Navarra para el año 2024, incluye la administración de vacunas/anticuerpos para 17 enfermedades.

A continuación, se muestran el nombre comercial, la forma y el lugar de administración de las vacunas/anticuerpos del calendario de vacunaciones para 2024

### VACUNAS INCLUIDAS EN EL CALENDARIO DE INMUNIZACIONES DE NAVARRA, 2024

---

#### 1. VACUNA HEXAVALENTE (DTPa-Hib-VPI-HB)

- Nombre comercial: Infanrix Hexa<sup>®</sup>, GSK
- Forma de administración: Intramuscular
- Lugar de administración: Vasto externo del muslo derecho, a los 2, 4 y 11 meses de edad

#### 2. VACUNA MENINGOCOCO B (4CMenB)

- Nombre comercial: Bexsero<sup>®</sup>, GSK
- Forma de administración: Intramuscular
- Lugar de administración:
  - Vasto externo del muslo izquierdo, a los 2 y 4 meses de edad
  - Vasto externo del muslo izquierdo o región deltoidea del brazo izquierdo a los 12 meses de edad

#### 3. VACUNA NEUMOCÓCICA

- Nombre comercial:
  - Vacuna neumocócica conjugada (VNC-15): Vaxneuvance<sup>®</sup>, MSD
  - Vacuna neumocócica conjugada (VNC-20): Apexxnar<sup>®</sup>, Pfizer
  - Vacuna neumocócica polisacárida (VNP-23): Pneumovax<sup>®</sup>, Sanofi
- Forma de administración: Intramuscular
- Lugar de administración:
  - Vasto externo del muslo derecho, a los 2 y 4 meses de edad (VNC-15)
  - Vasto externo del muslo izquierdo a los 11 meses de edad (VNC-15)
  - Institucionalizados  $\geq$  65 años: (VNC-20): Región deltoidea
  - Adultos  $\geq$  65 años (VNP-23): Región deltoidea

#### 4. VACUNA CONJUGADA MENINGOCOCO C

- Nombre comercial: Neisvac-C<sup>®</sup>, Pfizer
- Forma de administración: Intramuscular
- Lugar de administración: Vasto externo del muslo izquierdo, a los 4 meses de edad

#### 5. VACUNA TRIPLE VÍRICA (TV)

- Nombre comercial: Priorix<sup>®</sup>, GSK
- Forma de administración: Subcutánea
- Lugar de administración: Región deltoidea brazo derecho, a los 12 meses y 3 años de edad

#### 6. VACUNA VARICELA

- Nombre comercial: Varivax<sup>®</sup>, MSD
- Forma de administración: Subcutánea
- Lugar de administración: Región deltoidea brazo izquierdo a los 15 meses y 3 años de edad



## 7. VACUNA DIFTERIA, TÉTANOS, TOSFERINA ACELULAR DE CARGA COMPLETA Y POLIOVIRUS (DTPa-VPI)

- Nombre comercial: Tetraxim<sup>®</sup>, Sanofi
- Forma de administración: Intramuscular
- Lugar de administración: Región deltoidea brazo izquierdo, a los 6-7 años de edad
- Vacunación escolar. Se administrará en 1º de Educación Primaria (EP)

## 8. VACUNA MENINGOCOCO ACWY

- Nombre comercial: Menquadfi<sup>®</sup>, Sanofi
- Forma de administración: Intramuscular
- Lugar de administración:
  - Región deltoidea brazo derecho o vasto externo del muslo derecho a los 12 meses de edad
  - Región deltoidea brazo derecho, a los 11-12 años de edad. Vacunación escolar. Se administrará en 6º de Educación Primaria (EP)

## 9. VACUNA VIRUS PAPILOMA HUMANO (VPH-9)

- Nombre comercial: Gardasil 9<sup>®</sup>, MSD
- Forma de administración: Intramuscular
- Lugar de administración: Región deltoidea brazo izquierdo, a los 11-12 años de edad. Dos dosis con una separación de 6 meses
- Vacunación escolar. Se administrará en 6º de Educación Primaria (EP)

## 10. VACUNA TÉTANOS DIFTERIA DEL ADULTO (Td)

- Nombre comercial: Diftavax<sup>®</sup>, Sanofi
- Forma de administración: Intramuscular
- Lugar de administración: Región deltoidea, a los 13-14 años de edad.
- Vacunación escolar. Se administrará en 2º de ESO

## 11. HERPES ZÓSTER

- Nombre comercial: Shingrix<sup>®</sup>, GSK
- Forma de administración: Intramuscular
- Lugar de administración: Región deltoidea, a los 65 y a los 75 años de edad (en 2024 a nacidos en 1949 y en 1959).

## 12. GRIPE

- Nombre comercial: A determinar
- Forma de administración: Intramuscular / oral (en función del preparado)
- Lugar de administración (intramuscular):
  - Menores de 12 meses: Vasto externo muslo
  - Mayores de 12 meses: Región deltoidea
- Administración en temporada gripal (campaña)

## 13. VIRUS RESPIRATORIO SINCICIAL (VRS)

- Nombre comercial: Beyfortus<sup>®</sup>, Sanofi
- Forma de administración: Intramuscular
- Lugar de administración: Vasto externo muslo
- Administración en temporada de VRS, en el centro hospitalario de nacimiento

#### 14. ROTAVIRUS (PREMATUROS)

- Nombre comercial: Rotarix®
- Forma de administración: oral

## APLICACIÓN DEL CALENDARIO DE VACUNACIONES DE NAVARRA, 2024

EDAD	Vacuna/Anticuerpo	Forma de administración	Lugar de administración	Vacunación escolar
0 meses	VRS (Ac monoclonal)	Intramuscular	Vasto externo muslo	Hospital
2 meses	Hexavalente (DTPa-VPI-Hib-HB)	Intramuscular	Vasto externo muslo derecho	No
	Neumocócica conjugada (VNC-15)	Intramuscular	Vasto externo muslo derecho	No
	Meningococo B (4CMenB)	Intramuscular	Vasto externo muslo izquierdo	No
4 meses	Hexavalente (DTPa-VPI-Hib-HB)	Intramuscular	Vasto externo muslo derecho	No
	Neumocócica conjugada (VNC-15)	Intramuscular	Vasto externo muslo derecho	No
	Meningococo B (4CMenB)	Intramuscular	Vasto externo muslo izquierdo	No
	Meningococo C (MenC)	Intramuscular	Vasto externo muslo izquierdo	No
11 meses	Hexavalente (DTPa-VPI-Hib-HB)	Intramuscular	Vasto externo muslo derecho	No
	Neumocócica conjugada (VNC-15)	Intramuscular	Vasto externo muslo izquierdo	No
12 meses	Meningococo B (4CMenB)	Intramuscular	Región deltoidea brazo izdo. o Vasto externo muslo izdo.	No
	Meningococo ACWY (MenACWY)	Intramuscular	Región deltoidea brazo dcho. Vasto externo muslo derecho	No
	Triple Vírica (TV)	Subcutánea	Región deltoidea brazo dcho.	No
15 meses	Varicela (VZ)	Subcutánea	Región deltoidea	No
3 años	Triple Vírica (TV)	Subcutánea	Región deltoidea brazo dcho.	No
	Varicela (VZ)	Subcutánea	Región deltoidea brazo izdo.	No
6 años	DTPa-VPI	Intramuscular	Región deltoidea brazo izdo.	Sí (1º EP)
12 años	Meningococo ACWY (MenACWY)	Intramuscular	Región deltoidea brazo dcho.	Sí (6º EP)

EDAD	Vacuna/Anticuerpo	Forma de administración	Lugar de administración	Vacunación escolar
	Virus Papiloma Humano (VPH-9)	Intramuscular	Región deltoidea brazo izdo. Dos dosis: 0-6	Sí (6º EP)
14 años	Tétanos-Difteria (Td)	Intramuscular	Región deltoidea	Sí (2º ESO)
65 años	Tétanos-Difteria (Td)	Intramuscular	Región deltoidea	-
	Neumocócica Polisacárida (VNP23)	Intramuscular	Región deltoidea	-
	Herpes Zóster (HZ)	Intramuscular	Región deltoidea Dos dosis: 0-2	-
75 años	Herpes Zóster (HZ)	Intramuscular	Región deltoidea Dos dosis: 0-2	-
Embarazo	Difteria-Tétanos-Tosferina acelular de baja carga (dTpa)	Intramuscular	Región deltoidea	-
	Gripe	Intramuscular	Región deltoidea	-
6-59 meses	Gripe anual	Intramuscular	< 12 meses: Vasto externo ≥ 12 meses: Región deltoidea	No
60 años	Gripe anual	Intramuscular	Región deltoidea	-

## FINANCIACIÓN DE LAS VACUNAS POR COHORTE DE NACIMIENTO

HEPATITIS B	Nacidos a partir del 1 de enero de 1980
VIRUS PAPILOMA HUMANO (mujeres)	Nacidas a partir del 1 de enero de 1992
VIRUS PAPILOMA HUMANO (Hombres)	Nacidos a partir del 1 de enero de 2012
VACUNA NEUMOCÓCICA CONJUGADA (VNC-13)	Nacidos a partir del 1 de enero de 2016
VACUNA NEUMOCÓCICA CONJUGADA (VNC-15)	Nacidos a partir del 1 de enero de 2024
VACUNA MENINGOCÓCICA B	Nacidos a partir del 1 de enero de 2023
VACUNA MENINGOCÓCICA ACWY (adolescentes)	Nacidos a partir del 1 de enero de 2002
VACUNA MENINGOCÓCICA ACWY (12 meses)	Nacidos a partir del 1 de enero de 2023
HERPES ZÓSTER	Nacidos en 1958, 1959, 1948, 1949

## **PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS**

---

Continúa vigente el Programa de prevención y control de la tuberculosis consistente en el cribado mediante la prueba de tuberculina de forma sistemática a los 14 años de edad, en el centro escolar, coincidiendo con la vacunación de Td (2º ESO). Dentro del Programa de salud en infancia y adolescencia de Atención Primaria se realizará también la prueba de tuberculina en menores de 2 y 6 años cuando concurren situaciones con riesgo elevado de tuberculosis (procedencia de países con alta prevalencia, casos de tuberculosis en el entorno, poblaciones con brotes de tuberculosis en los últimos años, etc.).

Disponible en:

[www.navarra.es/NR/rdonlyres/AECCD760-AB2A-4841-818A-FA53478FD6DC/453883/BOL10519\\_3.pdf](http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/AECCD760-AB2A-4841-818A-FA53478FD6DC/453883/BOL10519_3.pdf)

### **NORMAS GENERALES DE APLICACIÓN DE VACUNAS Y TUBERCULINAS**

---

1. Todas las vacunas de menores de 6 años, así como los calendarios personalizados por determinadas situaciones clínicas o retrasados a cualquier edad, se aplicarán en los centros de salud y consultorios.
2. Todas las niñas/os a partir de los 6 años de edad deberán ser vacunados en sus respectivos centros escolares salvo que excepcionalmente hayan sido vacunados previamente de la vacuna correspondiente en su centro de salud. Las vacunaciones y tuberculinas en los centros escolares se realizarán con las correspondientes autorizaciones (madre/padre o tutor):
  - Autorización Primer Curso de Educación Primaria. 6-7 años (DTPA-IPV). Anexo I
  - Autorización Sexto Curso de Educación Primaria. 11-12 años (Dos dosis de vacuna frente a virus del Papiloma Humano). Anexo II.
  - Autorización Sexto Curso de Educación Primaria. 11-12 años (Dosis de recuerdo de vacuna antimeningocócica ACWY conjugada). Anexo III.
  - Autorización Segundo Curso de ESO. 13-14 años. (Td adultos). Anexo IV.
3. Todas las vacunaciones quedarán registradas en la historia clínica informatizada (INMUNIS/ATENEA) y en la Cartilla de Salud Infantil.
4. La tuberculina a los 14 años se realizará en el centro escolar con la autorización correspondiente de los padres / tutores. Anexo V.
5. No se aplicará tuberculina a los 14 años si se tiene documentada con anterioridad una prueba de tuberculina positiva (mayor o igual a 5 milímetros de induración).
6. El resultado en milímetros de induración de la prueba de tuberculina se registrará en la historia clínica informatizada (ATENEA) y en la Cartilla de Salud Infantil.
7. Aquellos jóvenes que resulten con una tuberculina positiva (superior o igual a 5 milímetros) se derivarán a su médico de familia/pediatra mediante un documento de remisión. Anexo VI.
8. Por cada aula se enviará un listado completo de los resultados de la prueba de tuberculina (en milímetros) a la Sección de Enfermedades Transmisibles y Vacunaciones del Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra. Anexo VII.

## VACUNACION DE DIFTERIA-TÉTANOS-TOS FERINA ACELULAR Y POLIOMIELITIS (1º EP)

### HOJA DE AUTORIZACION-RECHAZO

#### Información sobre la vacunación:

A su hija/o le corresponde la administración de una dosis de vacuna frente a difteria-tétanos-tosferina y poliomieltis según el Calendario Oficial de Vacunaciones a lo largo de toda la vida de Navarra.

La vacuna se administra por inyección intramuscular en la parte superior del brazo. Es la cuarta dosis frente a estas enfermedades que se le administra si ha seguido el calendario vacunal que le corresponde.

De forma general, es una vacuna segura y bien tolerada, sin contraindicaciones salvo en personas que hubieran presentado una reacción adversa grave en una dosis anterior.

En ocasiones pueden aparecer reacciones locales leves en el lugar de inyección (dolor, enrojecimiento) o molestias generales leves que desaparecen en unos días.

Por prudencia médica, se debe poner en conocimiento del personal sanitario los antecedentes de alergias o reacciones graves a anteriores vacunas o medicamentos.

#### DATOS PERSONALES DEL NIÑO/NIÑA:

1er Apellido:	Fecha de nacimiento:
2º Apellido:	CIPNA:
Nombre:	Teléfono de contacto:
Centro de Salud/ Centro sanitario que le atiende:	
Centro escolar:	
Curso:	Clase/Aula:

#### Conteste SI o NO. En caso de contestar afirmativamente, especifique de cual se trata:

¿Es alérgica a algún medicamento o vacuna?  NO  SÍ ¿A cuál?:  
 ¿Ha recibido en el último mes alguna vacuna?  NO  SÍ ¿Cuál?:  
 ¿Padece alguna inmunodeficiencia o enfermedad del sistema inmune?  
 NO  SÍ ¿Cuál?:  
 ¿Padece actualmente alguna enfermedad aguda o crónica?  
 NO  SÍ ¿Cuál?:  
 ¿Está tomando algún medicamento?  NO  SÍ ¿Cuál?:

#### DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

1er Apellido:	2º Apellido:
Nombre:	Teléfono de contacto:
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <b>AUTORIZO</b>	

En caso de no autorización, especificar motivos:

#### OBSERVACIONES:

Fecha y firma:

....., a ..... de..... de 202...

**Sin cartilla de salud y autorización firmada no se podrá vacunar**

## VACUNACIÓN FRENTE AL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (6º EP)

### HOJA DE AUTORIZACION-RECHAZO

#### Información sobre la vacunación:

A su hija/o le corresponde la administración de la vacuna frente al Virus del Papiloma Humano (VPH) según el Calendario Oficial de Vacunaciones a lo largo de toda la vida de Navarra que aporta protección duradera frente a lesiones precancerosas y cánceres que afectan al cuello de útero, vulva, vagina y ano, así como a verrugas genitales

La vacuna se administra por inyección intramuscular en la parte superior del brazo. La pauta completa consta de 2 dosis.

No hay evidencias científicas de que la vacuna VPH produzca efectos adversos graves. Es una vacuna por tanto segura y bien tolerada de forma general, no presentando contraindicaciones salvo las habituales en otras vacunas.

En ocasiones pueden aparecer reacciones locales leves en el lugar de inyección (dolor, enrojecimiento) o molestias generales leves que desaparecen en unos días. Así mismo, la aplicación de cualquier vacuna en adolescentes se ha asociado con una mayor frecuencia de síncope o desmayos respecto a la vacunación en niños o adultos.

Por prudencia médica, debe evitarse su administración durante el embarazo y poner en conocimiento del personal sanitario los antecedentes de alergias o reacciones graves a anteriores vacunas o medicamentos.

#### DATOS PERSONALES DEL NIÑO/NIÑA:

1er Apellido:	Fecha de nacimiento:
2º Apellido:	CIPNA:
Nombre:	Teléfono de contacto:
Centro de Salud/ Centro sanitario que le atiende:	
Centro escolar:	
Curso:	Clase/Aula:

#### Conteste SI o NO. En caso de contestar afirmativamente, especifique de cual se trata:

¿Es alérgica a algún medicamento o vacuna?  NO  SÍ ¿A cuál?:

¿Ha recibido en el último mes alguna vacuna?  NO  SÍ ¿Cuál?:

¿Padece alguna inmunodeficiencia o enfermedad del sistema inmune?  
 NO  SÍ ¿Cuál?:

¿Padece actualmente alguna enfermedad aguda o crónica?  
 NO  SÍ ¿Cuál?:

¿Está tomando algún medicamento?  NO  SÍ ¿Cuál?:

¿Está embarazada?  NO  SÍ

#### DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

1er Apellido:	2º Apellido:
Nombre:	Teléfono de contacto:

SÍ  NO **AUTORIZO**

En caso de no autorización, especificar motivos:

#### OBSERVACIONES:

Fecha y firma:

..... a ....., de..... de 202...

**Sin cartilla de salud y autorización firmada no se podrá vacunar**

## VACUNACIÓN FRENTE A ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA DE LOS SEROGRUPOS A, C, W e Y (6º EP)

### HOJA DE AUTORIZACION-RECHAZO

#### Información sobre la vacunación:

A su hijo/a le corresponde la administración de una dosis de vacuna frente a la enfermedad meningocócica de los serogrupos A, C, W e Y según el Calendario Oficial de Vacunaciones a lo largo de toda la vida en Navarra.

La vacuna frente a la enfermedad meningocócica de los serogrupos A, C, W e Y se administra por inyección intramuscular en la parte superior del brazo. Su hijo/a ha sido vacunado previamente frente a la enfermedad meningocócica causada por el serogrupo C, si ha seguido el calendario de vacunaciones que corresponde a su edad.

De forma general, es una vacuna segura y bien tolerada, que no tiene contraindicaciones, salvo en personas que hubieran presentado una reacción adversa grave con una dosis anterior.

En ocasiones pueden aparecer reacciones locales leves en el lugar de inyección (dolor, enrojecimiento) o molestias generales leves que desaparecen en unos días. Así mismo, la aplicación de cualquier vacuna en adolescentes se ha asociado con una mayor frecuencia de síncope o desmayos respecto a la vacunación en menores o adultos.

Por prudencia médica, debe evitarse su administración durante el embarazo, y poner en conocimiento del personal sanitario los antecedentes de alergias o reacciones graves a anteriores vacunas o medicamentos.

#### DATOS PERSONALES DEL NIÑO/NIÑA:

1er Apellido:	Fecha de nacimiento:
2º Apellido:	CIPNA:
Nombre:	Teléfono de contacto:
Centro de Salud/ Centro sanitario que le atiende:	
Centro escolar:	
Curso:	Clase/Aula:

#### Conteste SI o NO. En caso de contestar afirmativamente, especifique de cual se trata:

¿Es alérgica a algún medicamento o vacuna?  NO  SÍ ¿A cuál?:

¿Ha recibido en el último mes alguna vacuna?  NO  SÍ ¿Cuál?:

¿Padece alguna inmunodeficiencia o enfermedad del sistema inmune?  
 NO  SÍ ¿Cuál?:

¿Padece actualmente alguna enfermedad aguda o crónica?  
 NO  SÍ ¿Cuál?:

¿Está tomando algún medicamento?  NO  SÍ ¿Cuál?:

¿Está embarazada?  NO  SÍ

#### DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

1er Apellido:	2º Apellido:
Nombre:	Teléfono de contacto:

SÍ  NO **AUTORIZO**

En caso de no autorización, especificar motivos:

#### OBSERVACIONES:

Fecha y firma:

..... a ....., de..... de 202...

**Sin cartilla de salud y autorización firmada no se podrá vacunar**



## VACUNACIÓN FRENTE A TÉTANOS-DIFTERIA DE TIPO ADULTO (2º ESO)

### HOJA DE AUTORIZACION-RECHAZO

#### Información sobre la vacunación:

A su hija/o le corresponde la administración de una dosis de vacuna frente a difteria-tétanos según el Calendario Oficial de Vacunaciones a lo largo de toda la vida en Navarra.

La vacuna se administra por inyección intramuscular en la parte superior del brazo. Es la quinta dosis frente a estas enfermedades que se le administra a su hijo/a si ha seguido el calendario de vacunaciones que le corresponde.

De forma general, es una vacuna segura y bien tolerada, sin contraindicaciones salvo en personas que hubieran tenido una reacción adversa grave en una dosis anterior. Así mismo, la aplicación de cualquier vacuna en adolescentes se ha asociado con una mayor frecuencia de síncope o desmayos respecto a la vacunación en menores o adultos.

En ocasiones pueden aparecer reacciones locales leves en el lugar de inyección (dolor, enrojecimiento) o molestias generales leves que desaparecen en unos días.

Por prudencia médica, se debe poner en conocimiento del personal sanitario los antecedentes de alergias o reacciones graves a anteriores vacunas o medicamentos.

#### DATOS PERSONALES DEL NIÑO/NIÑA:

1er Apellido: Fecha de nacimiento:  
 2º Apellido: CIPNA:  
 Nombre: Teléfono de contacto:  
 Centro de Salud/ Centro sanitario que le atiende:  
 Centro escolar:  
 Curso: Clase/Aula:

#### Conteste SI o NO. En caso de contestar afirmativamente, especifique de cual se trata:

¿Es alérgica a algún medicamento o vacuna?  NO  SÍ ¿A cuál?:  
 ¿Ha recibido en el último mes alguna vacuna?  NO  SÍ ¿Cuál?:  
 ¿Padece alguna inmunodeficiencia o enfermedad del sistema inmune?  
 NO  SÍ ¿Cuál?:  
 ¿Padece actualmente alguna enfermedad aguda o crónica?  
 NO  SÍ ¿Cuál?:  
 ¿Está tomando algún medicamento?  NO  SÍ ¿Cuál?:

#### DATOS DEL PADRE/MADRE/TUTOR:

1er Apellido: 2º Apellido:  
 Nombre: Teléfono de contacto:  
 SÍ  NO **Autorizo**

En caso de no autorización, especificar motivos:

#### OBSERVACIONES:

Fecha y firma:

....., a ..... de..... de 202...

**Sin cartilla de salud y autorización firmada no se podrá vacunar**

## REALIZACIÓN DE LA PRUEBA DE TUBERCULINA (2º ESO)

### HOJA DE AUTORIZACION-RECHAZO

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

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

Para dar su autorización, rellene y firme esta hoja.

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

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_

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

SI  NO

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

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

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

Médico de cabecera: \_\_\_\_\_

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

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

Fiebre de varios días  Cansancio  Tos con secreciones de semanas

Vacuna de tuberculosis (BCG): No/No sabe  Sí  Fecha vacunación: \_\_\_\_\_

Prueba de tuberculina: No/No sabe  Sí  Resultado: \_\_\_\_\_

Tratamiento con corticoides: No  Sí  \_\_\_\_\_

Antecedente de tuberculosis en la familia: NO  Sí

Tratamiento previo con Isoniacida (Cemidón®): NO  Sí

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

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

Interpretación: Positivo  Negativo

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

Recomendación: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

**Sin cartilla de salud y autorización firmada no se podrá realizar la prueba de la tuberculina**

## ANEXO VI

### CARTAS A LOS PADRES Y AL PROFESIONAL DE PEDIATRÍA/MEDICINA DE FAMILIA DE LAS NIÑAS/OS QUE RESULTEN POSITIVOS A LA TUBERCULINA

D./Dña: \_\_\_\_\_

Padre/Madre/Tutor del niño/a: \_\_\_\_\_

El pasado día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_ realizamos a su hijo/a una prueba de tuberculina en su centro de escolar que ha resultado POSITIVA.

Ante este resultado conviene que sea valorado de forma individual por su médico.

Le adjuntamos un escrito en el que explicamos la situación a su médico de cabecera para que él realice las pruebas que considere oportunas.

Atentamente

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

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

El pasado día \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_ realizamos la prueba de tuberculina a D/Dña. \_\_\_\_\_, paciente suyo/a, en el centro docente donde estudia.

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

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

Para cualquier consulta relacionada con el Programa de Control de la Tuberculosis de Navarra puede llamar al Instituto de Salud Pública a los teléfonos 848 425584 / 848 423225 / 848 423646 / 848 421477.

Atentamente,

Fecha y firma:

**ANEXO VII**

**RESULTADOS DEL CRIBADO CON TUBERCULINA EN EL PROGRAMA DE SALUD EN INFANCIA Y ADOLESCENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA (2º ESO)**

COLEGIO/ CENTRO ESCOLAR:

AULA / GRUPO:

CURSO ACADÉMICO:

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

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

Remitir a: Sección de Transmisibles y Vacunaciones, Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra.

C/ Leyre 15. 31003 Pamplona/Iruña ([isp.vacunas@navarra.es](mailto:isp.vacunas@navarra.es))