

 Junta de Castilla y León Consejería de Sanidad	Procedimientos Específicos de Prevención de Riesgos Laborales de la Gerencia Regional de Salud	
Servicio de Seguridad y Salud en el Trabajo Dirección General de Profesionales	VACUNACIÓN DE LOS TRABAJADORES	PEA GRS SST 08 Edición: 03

PEA GRS SST 08

VACUNACIÓN DE LOS TRABAJADORES DE LOS CENTROS E INSTITUCIONES SANITARIAS DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD

Edición Nº		Función / Ente	Fecha
00	Aprobado por:	Dirección General de RRHH de la Gerencia Regional de Salud	22/02/2013
	Emitido por:	Director Gerente de la Gerencia Regional de Salud	25/02/2013
Presentada para participación y consulta de los representantes de los trabajadores en el Comité Intercentros			30/10/2012

Edición Nº	Descripción de las modificaciones:	Fecha
00	Primera emisión	25/02/2013
01	Modificaciones normativa cortopunzantes y vacuna Meningococo	18/05/2015
02	Revisión de la codificación según nuevo Plan de Prevención de la JCyL. Se añaden modelos para el consentimiento informado, pg. 7 y capítulo 6.	29/01/2016
03	Adaptación a nueva estructura de las Áreas de Salud, Decreto 42/2016, y de los servicios centrales de la GRS, Orden SAN/957/2016.	28/02/2017

 Junta de Castilla y León Consejería de Sanidad	Procedimientos Específicos de Prevención de Riesgos Laborales de la Gerencia Regional de Salud	
Servicio de Seguridad y Salud en el Trabajo Dirección General de Profesionales	VACUNACIÓN DE LOS TRABAJADORES	PEA GRS SST 08 Edición: 03

ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN	Pág.	03
2.	OBJETO Y ALCANCE	Pág.	04
3.	NORMATIVA APLICABLE	Pág.	04
4.	RESPONSABILIDADES	Pág.	05
5.	DESARROLLO	Pág.	06
	5.1 Fuentes de exposición en el sector sanitario.....	Pág.	06
	5.2 Vacunas indicadas.....	Pág.	06
	5.2.1 Vacunas sistemáticas del adulto	Pág.	07
	5.2.2 Vacunas específicas.....	Pág.	09
	5.3 Situaciones especiales.....	Pág.	14
	5.4 Pautas Vacunales.....	Pág.	15
	5.5 Comunicación de reacciones adversas.....	Pág.	19
6.	FORMATOS	Pág.	19
7.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	Pág.	20

 Junta de Castilla y León Consejería de Sanidad	Procedimientos Específicos de Prevención de Riesgos Laborales de la Gerencia Regional de Salud	
Servicio de Seguridad y Salud en el Trabajo Dirección General de Profesionales	VACUNACIÓN DE LOS TRABAJADORES	PEA GRS SST 08 Edición: 03

1. INTRODUCCIÓN

Muchas enfermedades infecciosas pueden ser transmitidas de los pacientes a los trabajadores y de éstos a los pacientes, o entre los pacientes y los trabajadores entre sí. Cuando exista riesgo por exposición a agentes biológicos para los que haya vacunas eficaces, éstas deberán ponerse a disposición de los trabajadores. Si los trabajadores se encuentran convenientemente inmunizados frente a las enfermedades infecciosas, estos evitarán sufrir la enfermedad y ser fuente de contagio.

El mantenimiento de la inmunidad frente a enfermedades infectocontagiosas es un objetivo fundamental de los programas de prevención de la enfermedad en los lugares de trabajo. En todo caso debe disponerse de una guía de vacunación para inmunizar a todos aquellos trabajadores no protegidos, y que no presentan ninguna contraindicación para recibir la vacuna.

En el **III Plan de Salud de Castilla y León 2008-2012**, conseguir una mayor tasa de vacunación en todo el personal sanitario se incluye entre las medidas y estrategias (E 170) encaminadas a combatir uno de los principales problemas de salud: "la sepsis, infección grave e infección nosocomial". Además, dentro del área de intervención prioritaria de "Salud en el entorno laboral" uno de los objetivos específicos es *Incorporar la vacunación sistemática del adulto en el contexto de vigilancia de salud de los trabajadores* (OEPS 133).

En el año 2006 un grupo de trabajo de los Servicios de Prevención de la Gerencia Regional de Salud elaboró el "Programa de Vacunación de los trabajadores en ámbito sanitario". En este programa se recogen una serie de recomendaciones que se actualizan en función de la situación epidemiológica y de la nueva información técnica disponible sobre las diferentes vacunas.

Los objetivos de la vacunación de los trabajadores de centros e instituciones sanitarias de la Gerencia Regional de Salud (en adelante GRS) incluyen:

- Proteger a los trabajadores frente al riesgo de contraer determinadas enfermedades transmisibles para las que existen vacunas específicas.
- Evitar/Prevenir enfermedades infecciosas en trabajadores que estén inmunocomprometidos, que padezcan patologías crónicas o en trabajadoras embarazadas.
- Evitar que los trabajadores puedan ser fuente de contagio de enfermedades transmisibles para los pacientes a los que atienden, para otros trabajadores o para la comunidad.
- Colaborar en materia de salud pública con el calendario de vacunaciones para adultos, revisando el estado de inmunización de todo el personal y administrando las vacunas que se precisen.
- Establecer criterios de restricciones laborales.
- Evitar el absentismo laboral por enfermedades inmunoprevenibles.

 <p>Junta de Castilla y León Consejería de Sanidad</p>	<p>Procedimientos Específicos de Prevención de Riesgos Laborales de la Gerencia Regional de Salud</p>	
<p>Servicio de Seguridad y Salud en el Trabajo Dirección General de Profesionales</p>	<h2>VACUNACIÓN DE LOS TRABAJADORES</h2>	<p>PEA GRS SST 08 Edición: 03</p>

2. OBJETO Y ALCANCE

El objetivo principal de este documento es facilitar la toma de decisiones del personal sanitario de los Servicios de Prevención del Área de Salud existentes en la GRS, respecto a la vacunación de los trabajadores de los centros e instituciones sanitarias dependientes.

Afecta a todo el personal propio que presta servicios en centros e instituciones sanitarias de la GRS, independientemente de la relación laboral con la empresa (funcionario, estatutario, laboral, incluidos los residentes).

Estas recomendaciones afectan igualmente a los alumnos (de enfermería, medicina, fisioterapia, etc.) que realizan prácticas en los centros dependientes de la GRS. Si bien este personal no puede ser considerado como trabajador (no hay una vinculación contractual), sí puede llegar a realizar alguna de las tareas que llevan a cabo trabajadores y, por lo tanto, tiene el mismo riesgo de exposición. La información y vacunación de este personal se llevará a cabo según lo establecido en los convenios de cooperación educativa suscritos con las distintas Universidades/Entidades formativas, según lo establecido en el RD 1707/2011.

3. NORMATIVA APLICABLE

- ***Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales:***

Art.14 Derecho a la protección frente a los riesgos laborales.- Punto 1. Los trabajadores tienen derecho a una protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo.- Punto 2. En cumplimiento del deber de protección, el empresario deberá garantizar la seguridad y la salud de los trabajadores a su servicio en todos los aspectos relacionados con el trabajo.- Punto 5. El coste de las medidas relativas a la seguridad y la salud en el trabajo no deberá recaer en modo alguno sobre los trabajadores.

Art. 22 Vigilancia de la Salud.- Punto 1. El empresario garantizará a los trabajadores a su servicio la vigilancia periódica de su estado de salud en función de los riesgos inherentes al trabajo.

- ***RD 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención:***

Art. 38 Colaboración con el Sistema Nacional de Salud.- Punto 2. El servicio de prevención colaborará en las campañas sanitarias y epidemiológicas organizadas por las Administraciones Públicas competentes en materia sanitaria.

- ***Real Decreto 664/1997, de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo:***

Art. 8 Vigilancia de la Salud.- Punto 1. El empresario garantizará una vigilancia adecuada y específica de la salud de los trabajadores en relación con los riesgos por exposición a agentes biológicos (...) Dicha vigilancia deberá ofrecerse a los trabajadores en las siguientes ocasiones: a) Antes de la exposición b) A intervalos regulares c) Cuando sea necesario. Punto 3. Cuando exista riesgo por exposición a agentes biológicos para los que haya vacunas eficaces, éstas deberán ponerse a disposición de los trabajadores, informándoles de las ventajas e inconvenientes de la vacunación (...). El ofrecimiento al trabajador de la medida correspondiente y su aceptación de la misma deberán constar por escrito.

 Junta de Castilla y León Consejería de Sanidad	Procedimientos Específicos de Prevención de Riesgos Laborales de la Gerencia Regional de Salud	
Servicio de Seguridad y Salud en el Trabajo Dirección General de Profesionales	VACUNACIÓN DE LOS TRABAJADORES	PEA GRS SST 08 Edición: 03

- **Real Decreto 592/2014 , de 11 de julio por el que se regulan las prácticas académicas externas de los estudiantes universitarios:**

Art. 9 Derechos y deberes de los estudiantes en prácticas.- Punto 1. Durante la realización de las prácticas externas, los estudiantes tendrán los siguientes derechos: (...) f) A recibir, por parte de la entidad colaboradora, información de la normativa de seguridad y prevención de riesgos laborales

Art. 11 Derechos y deberes del tutor de la entidad colaboradora.- Punto 2. Asimismo tendrá los siguientes deberes: (...) c) Informar al estudiante de la organización y funcionamiento de la entidad y de la normativa de interés, especialmente la relativa a la seguridad y riesgos laborales.

- **Orden ESS/1451/2013, de 29 de julio, por la que se establecen disposiciones para la prevención de lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes en el sector sanitario y hospitalario:**

Artículo 6. Eliminación, prevención y protección.- Punto 3. Si la evaluación mencionada en el artículo 5 revela que existe un riesgo para la salud y la seguridad de los trabajadores debido a la exposición a agentes biológicos para los que existen vacunas eficaces, la vacunación debe ser ofrecida a dichos trabajadores. Punto 4. La vacunación y, si fuera necesario, su recordatorio se deben realizar conforme a la legislación y a las recomendaciones de las autoridades sanitarias, incluyendo la determinación del tipo de vacunas. a) Se debe informar a los trabajadores de los beneficios y desventajas de la vacunación y de la no vacunación, incluyendo el posible impacto en su salud y en la de su entorno. b) La vacunación debe ofrecerse de manera gratuita a todos los trabajadores y a los estudiantes que realicen actividades sanitarias y afines en el lugar de trabajo. En el caso de no aceptación de la vacunación ofertada deberá quedar constancia escrita de esta decisión.

4. RESPONSABILIDADES

El responsable de garantizar la aplicación de lo definido en el presente procedimiento en el ámbito de cada gerencia es el Gerente correspondiente.

La responsabilidad de la aplicación de lo definido en el presente procedimiento al personal del Centro Coordinador de Urgencias y las Unidades Medicalizadas de Emergencias es del Gerente de la Gerencia de Emergencias.

La responsabilidad de desarrollar procedimientos y/o instrucciones de trabajo, que adapten los contenidos del presente procedimiento a las características específicas de cada centro de trabajo es del Servicio de Prevención del Área de Salud.

La responsabilidad de actualización del presente procedimiento, está a cargo del Servicio de Seguridad y Salud en el Trabajo de la Dirección General de Profesionales de la Gerencia Regional de Salud.

 Junta de Castilla y León Consejería de Sanidad	Procedimientos Específicos de Prevención de Riesgos Laborales de la Gerencia Regional de Salud	
Servicio de Seguridad y Salud en el Trabajo Dirección General de Profesionales	VACUNACIÓN DE LOS TRABAJADORES	PEA GRS SST 08 Edición: 03

5. DESARROLLO

5.1 Fuentes de exposición en el sector sanitario

En el sector sanitario existen ciertas actividades laborales que pueden suponer exposición a agentes biológicos, y que están recogidos en el Real Decreto 664/1997. Así existe:

- Exposición derivada de la manipulación intencionada de microorganismos, que son el propósito principal del trabajo o constituyen parte del elemento productivo (cultivo, almacenamiento o concentrado de agentes biológicos), cuyos ejemplos más relevantes son el trabajo en laboratorios de microbiología o el trabajo realizado con animales inoculados con agentes infecciosos.
- Exposición que surge de la actividad laboral, pero dicha actividad no implica la manipulación ni en el trabajo en contacto directo o el uso deliberado del agente biológico. La exposición es incidental al propósito principal del trabajo y suele acaecer en la prestación de asistencia sanitaria, servicios de aislamiento, anatomía patológica, odontología, laboratorios, personal de lavandería y limpieza, etc.

Como gérmenes principales el *Protocolo de Vigilancia Sanitaria específica para los trabajadores expuestos a agentes biológicos* del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud los clasifica en:

- Infecciones víricas: rubéola, sarampión, parotiditis, VHA, VHB, VHC, VIH, CMV, VEB, varicela, herpes, gripe, y otras (adenovirus, enterovirus, rotavirus, calicivirus, astrovirus y coronavirus)
- Infecciones bacterianas: tuberculosis, meningitis meningocócica, tos ferina, difteria, legionelosis, salmonelosis, shigelosis, toxiinfecciones alimentarias y otras (muy numerosas, por potencial contacto con enfermos o portadores y por manipulación de objetos y residuos potencialmente infectados).
- Hongos: candidas, aspergillus y otros.
- Otras: giardiasis, ascariasis, y criptosporidiosis.

5.2 Vacunas indicadas en trabajadores de centros e instituciones sanitarias

La administración de vacunas a los trabajadores de centros e instituciones sanitarias de la GRS debe corresponderse con el calendario de vacunación del adulto en función del grupo de edad, condiciones médicas y exposición a agentes biológicos en el lugar de trabajo.

Se pueden diferenciar dos grupos de vacunas: las sistemáticas recomendadas para la vacunación del adulto y las específicas indicadas según riesgo de exposición profesional:

Vacunas sistemáticas del adulto	Vacunas Específicas indicadas en	
	Todos los trabajadores	Algunos trabajadores
Tétanos-Difteria (Td) Triple Vírica Neumococo (≥ 60)	Gripe Hepatitis B Varicela	Hepatitis A Tos Ferina (dTpa) Poliomielitis Fiebre tifoidea Meningococo B

 <p>Junta de Castilla y León Consejería de Sanidad</p>	<p>Procedimientos Específicos de Prevención de Riesgos Laborales de la Gerencia Regional de Salud</p>	
<p>Servicio de Seguridad y Salud en el Trabajo Dirección General de Profesionales</p>	<h2>VACUNACIÓN DE LOS TRABAJADORES</h2>	<p>PEA GRS SST 08 Edición: 03</p>

Todos los trabajadores deben tener asegurada una correcta inmunidad, por lo que estas vacunaciones deberían administrarse en todo caso durante el reconocimiento médico inicial, salvo que documentalente se justifique una correcta inmunización frente a alguna de ellas o exista negativa del trabajador.

Tanto el consentimiento del trabajador a ser vacunado como su negativa deben quedar documentados por escrito en su historia clínico-laboral mediante el formato de consentimiento informado correspondiente que se relacionan en el capítulo 6 del presente procedimiento.

Se considera dosis válida de vacuna toda aquella que esté debidamente documentada. Así, toda dosis válida será contabilizada como administrada a la hora de actualizar el calendario vacunal del trabajador.

5.2.1 Vacunas sistemáticas del adulto

Son vacunas recomendadas para todos los adultos:

- **Tétanos–Difteria (Td):** Recomendada para todos los trabajadores de centros e instituciones sanitarias.
 - Primovacunación en adultos: 1ª dosis tan pronto como sea posible, 2ª dosis al menos 4 semanas tras la primera y 3ª dosis al menos 6 meses tras la segunda.
 - Dosis de recuerdo en adultos:
 - Trabajadores que han recibido la vacunación completa según el calendario infantil actual (6 dosis) se recomienda una única dosis de recuerdo en torno a los 65 años.
 - Vacunados de forma incorrecta en la infancia: se administrarán las dosis de recuerdo necesarias hasta alcanzar un total de 5 dosis (incluyendo la primovacunación con 3 dosis).
 - En personas primovacunadas en la edad adulta con 3 dosis, se administrarán dos dosis de recuerdo con un intervalo de 10 años entre dosis hasta completar un total de 5 dosis.

*No reiniciar vacunación **dosis puesta, dosis que cuenta.**
Vacunar hasta un total de 5 dosis.*

- **Vacuna Triple Vírica -TV- (Sarampión, Parotiditis y Rubéola):** Recomendada para todos los trabajadores de centros e instituciones sanitarias no inmunes frente a alguna de estas tres enfermedades. Hay que tener en cuenta que haber padecido una de ellas no garantiza inmunidad frente al resto.

Se considerará que un trabajador está correctamente inmunizado cuando acredite la administración de dos dosis de vacuna triple vírica¹ separadas al menos un mes o la confirmación serológica de inmunidad frente a sarampión, parotiditis y rubéola.

¹ Cuando conste que alguna de las dosis recibidas de triple vírica corresponda con *Cepa Rubini de parotiditis-Vacuna TRIVIRATEN-Laboratorio BERNA*, no se contabilizará como dosis adecuada, siendo necesario administrar una dosis adicional para considerar correctamente inmunizado.

 <p>Junta de Castilla y León Consejería de Sanidad</p>	<p>Procedimientos Específicos de Prevención de Riesgos Laborales de la Gerencia Regional de Salud</p>	
<p>Servicio de Seguridad y Salud en el Trabajo Dirección General de Profesionales</p>	<h2>VACUNACIÓN DE LOS TRABAJADORES</h2>	<p>PEA GRS SST 08 Edición: 03</p>

Entre el 5 y el 10% de la población adulta es susceptible y se han descrito repetidamente brotes de sarampión, rubéola y parotiditis producidos o favorecidos en el medio sanitario, en los que estaban implicados trabajadores sanitarios.

Vacunación post-exposición:

La prevención de la diseminación del sarampión depende de la rápida vacunación de los susceptibles. La vacunación dentro de las 72 horas siguientes a la exposición puede evitar la enfermedad o mitigar su gravedad.

Aunque la vacunación de los contactos de un caso de rubéola ya infectados no previene la enfermedad, se ofertará a todas las personas a riesgo que no tengan evidencia de inmunidad confirmada por laboratorio o documento que acredite haber recibido la vacunación después del primer año de vida. La identificación y vacunación de susceptibles en centros e instituciones sanitarias es fundamental ya que existe un riesgo importante de transmisión de la enfermedad.

La vacunación después de la exposición a parotiditis no siempre previene la infección. Sin embargo, si no se produce infección tras la exposición, conferirá protección para exposiciones posteriores. La vacunación durante el periodo de incubación de la enfermedad no está asociada a un incremento de reacciones adversas siguientes a la vacunación.

En caso de que un trabajador no inmune padezca una exposición a alguna de estas enfermedades deberá separarse laboralmente de las áreas clínicas en las que haya mujeres embarazadas o personas inmunodeprimidas:

- *Sarampión:* si el trabajador rechaza la vacunación, 5 días después de la primera exposición hasta 21 días después de la última o, en el caso de que haya habido infección, hasta pasados 4 días de la aparición del rash.
- *Rubéola:* 7 días tras la primera exposición hasta 23 días después de la última o, en caso de infección, hasta pasados 7 días de la aparición del rash.
- *Parotiditis:* 12 días después de la primera exposición hasta los 25 días después de la última o 5 días tras la aparición de la parotiditis.

Precauciones:

- No debe administrarse a trabajadoras embarazadas. Se deberá evitar el embarazo durante las cuatro semanas posteriores a la vacunación de trabajadoras no embarazadas.
- Trabajadores con reacción anafiláctica grave a dosis previas o a algunos de sus componentes: proteínas de huevo, neomicina y gelatina hidrolizada. Como norma de precaución, aquellos con historia de reacción anafiláctica al huevo se derivarán a un servicio de Alergología.
- Los trabajadores con antecedentes de reacción alérgica no anafiláctica a las proteínas de huevo pueden ser vacunados.
- Si se tiene que realizar la prueba de la tuberculina, ésta se debe realizar antes o simultáneamente a la administración de la vacuna, ya que se ha comunicado que las vacunas combinadas de sarampión, parotiditis y rubéola pueden producir la disminución temporal de la sensibilidad de la piel a la tuberculina. Dado que esta anergia puede

 <p>Junta de Castilla y León Consejería de Sanidad</p>	<p>Procedimientos Específicos de Prevención de Riesgos Laborales de la Gerencia Regional de Salud</p>	
<p>Servicio de Seguridad y Salud en el Trabajo Dirección General de Profesionales</p>	<h2>VACUNACIÓN DE LOS TRABAJADORES</h2>	<p>PEA GRS SST 08 Edición: 03</p>

durar hasta un máximo de 6 semanas, no debe realizarse la prueba de la tuberculina durante dicho periodo de tiempo para evitar resultados falsos negativos

Se utilizará la vacuna TV siempre que se necesite inmunizar frente a alguna de estas tres enfermedades, administrando dos dosis separadas al menos 1 mes.

- **Neumocócica:** Recomendada para todos los trabajadores a partir de los 60 años, o menores de 60 años con patología asociada, junto con la vacunación antigripal.

Se seguirán las recomendaciones anuales recogidas en la Circular de la Dirección General de Salud Pública sobre la Campaña de vacunación contra la gripe y neumococo para cada temporada.

Inmunización de los trabajadores que lo precisen con 1 dosis. No se recomienda la revacunación de forma rutinaria.

5.2.2 Vacunas específicas

Son aquellas vacunas destinadas a prevenir infecciones en los trabajadores con riesgos específicos en función de su actividad laboral o a evitar que éstos puedan ser fuente de contagio para los pacientes que atienden, para otros trabajadores o para la comunidad.

- **Gripe:** Recomendada para todos los trabajadores de centros e instituciones sanitarias ya que atienden a personas que tienen un mayor riesgo de presentar complicaciones en caso de padecer gripe y son considerados como trabajadores esenciales para la comunidad.

Se seguirán las recomendaciones anuales recogidas en la Circular de la Dirección General de Salud Pública sobre la Campaña de vacunación contra la gripe y neumococo para cada temporada. Toda la información de la Campaña se encuentra disponible en el portal de salud de Castilla y León: <http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/vacunaciones>

Inmunización anual de todos los trabajadores.

- **Hepatitis B:** Recomendada para todos los trabajadores de centros e instituciones sanitarias. Se considerará que un trabajador está correctamente inmunizado cuando acredite la administración de tres dosis de vacuna de hepatitis B y una serología postvacunal con una titulación de anticuerpos protectores (≥ 10 mUI/ml).

Si el trabajador está correctamente vacunado (tres dosis) pero no existe una serología en la que conste la protección (≥ 10 mUI/ml) se deberá administrar una dosis y realizar una serología 1-2 meses después:

- Si la respuesta supera los 10 mUI/ml se considerará que tiene nivel de protección adecuado.
- Si es menor a 10 mUI/ml se administrarán dos dosis más y se realizará serología:
 - Si el resultado es superior a 10 mUI/ml se considerará protegido o respondedor.
 - Si es menor, se considerará no respondedor y será evaluado para determinar si es AgHBs positivo. Si es AgHBs negativo y no respondedor primario tiene que ser considerado susceptible a la infección de hepatitis B y se le aconsejará de la necesidad de extremar las precauciones para prevenir la infección y se le informará de la necesidad de acudir al Servicio de Prevención en caso de sufrir un accidente con material biológico para la administración de Inmunoglobulina

 <p>Junta de Castilla y León Consejería de Sanidad</p>	<p>Procedimientos Específicos de Prevención de Riesgos Laborales de la Gerencia Regional de Salud</p>	
<p>Servicio de Seguridad y Salud en el Trabajo Dirección General de Profesionales</p>	<h2>VACUNACIÓN DE LOS TRABAJADORES</h2>	<p>PEA GRS SST 08 Edición: 03</p>

específica frente a Hepatitis B y seguimiento del Protocolo de actuación ante accidentes con riesgo biológico existente en el centro.

No es necesario realizar serologías prevacunales sistemáticas.

La pauta básica de vacunación consta de tres dosis (0,1 y 6 meses). Cuando se ha interrumpido la vacunación, sea cual sea el intervalo máximo, no es necesario volver a comenzar la serie de vacunación.

El test de seroconversión post-vacunal se realizará a los 1-2 meses de la administración de la última dosis.

No se consideran necesarias dosis de recuerdo de vacuna en trabajadores inmunocompetentes.

No es necesario realizar serologías postvacunales periódicas.

- **Varicela:** Recomendada para todos los trabajadores de centros e instituciones sanitarias que sean susceptibles. En países de climas templados entre el 1 y el 7% de los adultos son susceptibles a varicela. Sin embargo, en las zonas tropicales hay una proporción relativamente elevada de adultos seronegativos, por lo que entre los trabajadores sanitarios procedentes de estas áreas geográficas el porcentaje de susceptibles puede ser muy superior. En caso de infección en adultos, la varicela es más severa y duradera y es mayor la frecuencia de complicaciones.

Se considerará susceptible a todo trabajador que refiera no haber pasado la varicela o no lo recuerde y que no haya recibido anteriormente vacunación de varicela por cualquier otra causa. La solicitud de serología se valorará teniendo en cuenta todos los aspectos mencionados. Los trabajadores susceptibles deberán recibir dos dosis de vacuna con un intervalo mínimo de 4 semanas entre ambas aunque la pauta recomendada es de 2 meses.

Vacunación post-exposición:

En caso de exposición de un trabajador susceptible a un enfermo con varicela, deberá recibir la vacuna ya que está demostrada su eficacia siempre que se administre entre el 3º y el 5º día tras la exposición.

Puede ser necesario separar a los trabajadores susceptibles expuestos de las áreas clínicas donde haya contacto con pacientes de riesgo, ya que pueden ser infecciosos del 10º al 21º día post-exposición.

Precauciones:

- Está contraindicada si existe hipersensibilidad a la neomicina o a cualquiera de los componentes de la vacuna, pero una historia de dermatitis de contacto a la neomicina no constituye una contraindicación.
- Contraindicada durante el embarazo. Se deberá evitar el embarazo en el periodo comprendido entre la primera y segunda dosis y un mínimo de un mes después de recibir la segunda.
- Si no se administra simultáneamente con TV hay que dejar como mínimo un intervalo de 4 semanas.

Inmunización de los trabajadores susceptibles con dos dosis de vacuna con un intervalo mínimo de 4 semanas entre ambas.

 <p>Junta de Castilla y León Consejería de Sanidad</p>	<p>Procedimientos Específicos de Prevención de Riesgos Laborales de la Gerencia Regional de Salud</p>	
<p>Servicio de Seguridad y Salud en el Trabajo Dirección General de Profesionales</p>	<h2>VACUNACIÓN DE LOS TRABAJADORES</h2>	<p>PEA GRS SST 08 Edición: 03</p>

Hay que tener en cuenta que la persona no sea sensible a la neomicina, y en caso de mujeres, que no estén embarazadas.

- **Hepatitis A:** En el personal sanitario no parece necesario recomendar medidas especiales de vacunación ya que no hay evidencia de un mayor riesgo de hepatitis A. En dicho personal y para evitar la transmisión, deberán adoptarse las medidas de control de la infección en dicho medio.

Recomendaciones de vacunación: No está recomendada para uso rutinario en población general. Se contemplan los siguientes **grupos de riesgo, en los que está indicada la vacunación:**

- Personal de Laboratorio que manipula VHA o trabaja con animales infectados por éste (Investigación).
- Personal de Unidades de Riesgo con exposición, sobre todo, a materias fecales: Digestivo, Hospitalización, Pediatría, Infecciosas, Geriatría, Urgencias, Laboratorio de Microbiología (se han descrito brotes en Unidades de cuidados intensivos neonatales y atención a adultos con incontinencia fecal).
- Trabajadores de limpieza y mantenimiento en contacto con aguas residuales no depuradas y gestión de residuos.
- Profesionales que se desplazan a zonas de alta o moderada endemicidad, especialmente si han nacido a partir del año 1966 o si se desplazan a zonas rurales o lugares con condiciones higiénico-sanitarias deficientes.
- Trabajadores que padecen procesos hepáticos crónicos o hepatitis B o C. Aunque no tienen un mayor riesgo de infección, tienen un mayor riesgo de hepatitis A fulminante.
- Trabajadores receptores de hemoderivados y candidatos a transplante de órganos.
- Sujetos infectados con el VIH.
- Personal que con frecuencia se ve implicado en situaciones de catástrofes (Emergencias, policías, bomberos, Fuerzas Armadas, protección civil, etc.).

Recomendaciones en situaciones especiales, en los siguientes profesionales:

- Manipuladores de alimentos: Se podría considerar la vacunación para prevenir que puedan actuar como fuente de infección y dar lugar a brotes (personal de cocina: cocineros, pinches, repartidores de carros de comidas).

Se recomienda la realización de marcadores previos de infección en los trabajadores que tienen una alta probabilidad de tener inmunidad. Se administrarán dos dosis de vacuna con un intervalo de 6-12 meses entre ellas.

Vacunación post-exposición:

La vacuna de la hepatitis A es eficaz como medida post-exposición para prevenir la infección en los contactos, para lo cual deberá administrarse una dosis en la primera semana de la exposición.

Esta vacuna no presenta contraindicaciones y puede utilizarse de forma combinada con otras vacunas, especialmente la de la hepatitis B. No precisa dosis de recuerdo.

 <p>Junta de Castilla y León Consejería de Sanidad</p>	<p>Procedimientos Específicos de Prevención de Riesgos Laborales de la Gerencia Regional de Salud</p>	
<p>Servicio de Seguridad y Salud en el Trabajo Dirección General de Profesionales</p>	<h2>VACUNACIÓN DE LOS TRABAJADORES</h2>	<p>PEA GRS SST 08 Edición: 03</p>

- **Tos Ferina:** Recomendada para algunos trabajadores de centros e instituciones sanitarias.

Con la finalidad de reducir la transmisión de la infección a los niños en los que la enfermedad puede cursar con complicaciones graves (menores de 6 meses), se recomienda la vacunación con dTpa al personal sanitario que trabaja en áreas de pediatría y obstetricia, siempre que no la hayan recibido con anterioridad e independientemente del tiempo transcurrido desde la última dosis de vacuna Td. Esta dosis se considera válida a efectos de la vacunación de recuerdo frente a tétanos-difteria. Si el sanitario ya hubiera recibido la dosis de recuerdo de Td correspondiente a los 65 años, se seguirá recomendando la administración de una dosis de vacuna dTpa.

En el caso del sanitario en el que se inicia la primovacunación antitetánica o antidiftérica, recibirá la primera dosis de dTpa y las dos restantes de Td: 1ª dTpa + 2ª Td + 3ª Td.

Vacunación post-exposición y administración de profilaxis antibiótica:

Aunque por sí misma puede no prevenir la enfermedad en una persona ya infectada, es útil para proteger de exposiciones posteriores en personas que no se hayan infectado. Se administrará una dosis de dTpa siempre que no se haya recibido una dosis de vacuna en los últimos 10 años. La vacunación no sustituye a la quimioprofilaxis.

La recomendación de profilaxis antibiótica debe hacerse independientemente del estado de vacunación, ya que se ha demostrado eficaz en el control de la transmisión de la enfermedad en los contactos de alto riesgo, como el personal sanitario que trabaja en áreas de pediatría y obstetricia. La exclusión de los contactos no es necesaria.

Contraindicaciones:

- Personas con hipersensibilidad conocida a cualquier componente de la vacuna o que hayan presentado hipersensibilidad después de la administración previa de vacuna antidiftérica, antitetánica o antitosferina.
- Personas que han presentado una encefalopatía de etiología desconocida en los 7 días siguientes a la vacunación previa con una vacuna con componente antitosferina. En estas circunstancias debe utilizarse una vacuna combinada frente a difteria-tétanos tipo adulto.
- Personas que hayan padecido trombocitopenia pasajera o complicaciones neurológicas tras una inmunización previa frente a difteria y/o tétanos.

Se puede utilizar una dosis de vacuna combinada de tétanos, difteria y tos ferina (dTpa) en lugar de la vacuna combinada antidiftérica y antitetánica tipo adulto (Td) cuando sea necesario. Solamente deberá administrarse una única dosis de dTpa.

- **Poliomielitis:** Recomendada para algunos trabajadores de centros e instituciones sanitarias. Los trabajadores de laboratorio que manipulen muestras que puedan contener poliovirus deberán estar correctamente inmunizados.

Precauciones:

- Reacciones alérgicas severas a dosis anteriores de VPI o a la administración de estreptomina, polimixina B o neomicina.
- El embarazo no es una contraindicación. Sin embargo solo se administrará en caso de que el riesgo de exposición sea muy elevado.

 <p>Junta de Castilla y León Consejería de Sanidad</p>	<p>Procedimientos Específicos de Prevención de Riesgos Laborales de la Gerencia Regional de Salud</p>	
<p>Servicio de Seguridad y Salud en el Trabajo Dirección General de Profesionales</p>	<h2>VACUNACIÓN DE LOS TRABAJADORES</h2>	<p>PEA GRS SST 08 Edición: 03</p>

Se vacunará a los trabajadores de laboratorio no inmunizados que manipulen muestras con poliovirus con dos dosis de VPI separadas 4-8 semanas y una tercera dosis a los 6-12 meses de la segunda. Si recibieron tres o más dosis de VPO en el pasado se administrará una dosis única de VPI.

- **Fiebre tifoidea:** Recomendada para algunos trabajadores de centros e instituciones sanitarias. Se deben vacunar los trabajadores de laboratorio que manipulen frecuentemente *Salmonella Typhi*.

Se precisan dosis de recuerdo cada 3 años.

- **Meningitis B:** La vacuna contra la enfermedad meningocócica por serogrupo B está recomendada para determinados grupos de población con mayor riesgo de sufrir la enfermedad ante la infección y como medida de intervención ante la aparición de casos y brotes de enfermedad en la población. Entre las personas con alto riesgo de padecer enfermedad meningocócica se encuentra el personal de laboratorio (técnicos de laboratorio y microbiólogos) que trabajen con muestras que potencialmente puedan contener *N. meningitidis*. En cualquier caso se recomienda la valoración de la vacunación de estos profesionales por los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales.

La pauta vacunal recomendada es de dos dosis de 0.5 ml, distanciadas como mínimo por un mes. No se ha establecido dosis de recuerdo.

 Junta de Castilla y León Consejería de Sanidad	Procedimientos Específicos de Prevención de Riesgos Laborales de la Gerencia Regional de Salud	
Servicio de Seguridad y Salud en el Trabajo Dirección General de Profesionales	VACUNACIÓN DE LOS TRABAJADORES	PEA GRS SST 08 Edición: 03

5.3 Situaciones Especiales

La administración de vacunas en los **trabajadores especialmente sensibles y trabajadoras embarazadas** deberá valorarse de manera individual, considerando las características personales y las del puesto de trabajo que desempeña.

A los trabajadores de centros e instituciones sanitarias de la GRS que realicen **viajes internacionales** por motivos laborales, se les facilitará la información del Centro de Vacunación Internacional del **Servicio Territorial de Sanidad y Bienestar Social** de su provincia, a efectos de que consulten con suficiente antelación (al menos mes y medio antes) las recomendaciones actualizadas de Vacunación de la OMS en el país de destino. Ver: <http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/vacunaciones/recomendaciones-vacunaciones-viajes-internacionales/centros-vacunacion-internacional-castilla-leon>

PROVINCIA	Dirección	Cita Previa Tel. y Horario	Otros Teléfonos	Fax
AVILA	C/ San Juan de la Cruz, 28 05001 Ávila	920 355 274 9:00 a 14:00	920 355 078 920 355 275	920 355 083
BURGOS	Paseo Sierra de Atapuerca, 4 09004 Burgos	12:00 a 14:00	947 280 161 947 280 100	947 280 125
LEON	Edificio de "usos múltiples" Av. Peregrinos s/n - 2ª planta 24008 León	987 296 380 9:00 a 14:00	987 296 255 987 296 941 987 296 936	987 296 937
PALENCIA	Avda. Casado del Alisal, 32 34001 Palencia	979 715 414 12:00 a 14:00	979 715 414 979 715 400	979 715 427
SALAMANCA	Avda. de Portugal, 83-89 37005 Salamanca	923 296 885 9:00 a 14:00	923 296 725 923 296 022	923 296 745
SEGOVIA	Avda. Juan Carlos I, 3 40005 Segovia	921 417 101 9:00 a 11:30		921 417 173
SORIA	C/ Nicolás Rabal, 7 42003 Soria	975 236 589 9:00 a 14:00	975 236 600	975 236 602
VALLADOLID	Avda. Ramón y Cajal, 6 47011 Valladolid	983 412 327 9:00 a 14:00	983 413 760	983 413 829 983 413 946
ZAMORA	Plaza de Alemania, 1 49004 Zamora	980 547 442 9:00 a 14:00	980 547 441 980 547 439 980 547 400	980 547 420

 Junta de Castilla y León Consejería de Sanidad	Procedimientos Específicos de Prevención de Riesgos Laborales de la Gerencia Regional de Salud	
Servicio de Seguridad y Salud en el Trabajo Dirección General de Profesionales	VACUNACIÓN DE LOS TRABAJADORES	PEA GRS SST 08 Edición: 03

5.4 Pautas vacunales

Las vacunas deben utilizarse conforme a las especificaciones e indicaciones recogidas en sus fichas técnicas, disponibles en la Agencia Europea del Medicamento (EMA www.ema.europa.eu) o la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (<http://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/vacunas/home.htm>) en donde se encuentra toda la información relevante de las vacunas, informes sobre su utilidad terapéutica así como las últimas versiones de la ficha técnica y del prospecto.

En la tabla siguiente se recoge una relación no exhaustiva de vacunas y pautas vacunales:

 Junta de Castilla y León Consejería de Sanidad	Procedimientos Específicos de Prevención de Riesgos Laborales de la Gerencia Regional de Salud	
Servicio de Seguridad y Salud en el Trabajo Dirección General de Profesionales	<h2>VACUNACIÓN DE LOS TRABAJADORES</h2>	PEA GRS SST 08 Edición: 03

VACUNA	Nombre comercial y Compañía	Pauta de Vacunación	Vía Administración	Dosis de recuerdo / Observaciones
Tétanos y difteria (Td)	DIFTAVAX Aventis Pasteur DITANRIX ADULTO GSK	3 dosis 0, 1-2 meses, 6-12 meses	Jeringa precargada - dosis 0,5 ml INTRAMUSCULAR PROFUNDA (preferiblemente en región deltoidea) ^(*) (*) Puede administrarse de forma simultánea con cualquier otra vacuna, aunque en jeringas y lugares diferentes	Vacunados correctamente en la infancia 1 dosis de recuerdo en torno a los 65 años. Vacunación incompleta en la infancia: dosis de recuerdo hasta alcanzar total de 5 dosis Primovacunados en la edad adulta (3 dosis): 2 dosis de recuerdo con intervalo de 10 años entre dosis hasta completar un total de 5 dosis. Adultos no vacunados: primovacunación con tres dosis (0,1, 6 meses)
Neumococo	PNEUMO 23 Aventis Pasteur MSD	1 dosis	INTRAMUSCULAR PROFUNDA, en región deltoidea, (si es posible, coincidiendo con la vacunación antigripal)	Vacunación en ≥ 60 años no vacunados y en no vacunados <60 años con factores de riesgo. No se recomienda la revacunación de forma rutinaria.
Gripe	Virus Fraccionados: INTANZA Sanofi Pasteur VACUNA ANTIGRIPAL POLIVALENTE LETI VIRUS FRACCIONADOS VITAGRIPE Berna VACUNA ANTIGRIPAL PASTEUR GRIPAVAC Aventis Pasteur MSD MUTAGRIP Aventis Pharma FLUARIX GSK Antígeno de superficie: CHIROFLU Novartis IMUVAC Solvay Pharma Antígeno de superficie Adyuvante MF59C.1: CHIROMAS Novartis PRODIGRIP Aventis/Pasteur/MSD	1 dosis anual	INTRADÉRMICA en región deltoidea (perpendicular a la piel) INTRAMUSCULAR PROFUNDA, en región deltoidea Se considera segura en cualquier momento del embarazo y la lactancia No debe administrarse a alérgicos al huevo. Está contraindicada en personas con hipersensibilidad a los aminoglucósidos y excipientes incluidos en las vacunas Se pospondrá su administración ante enfermedad febril o infección aguda	Contienen trazas de neomicina, excepto FLUARIX que tiene gentamicina y trazas de tiomersal. CHIROFLU contiene Neomicina y Kanamicina IMUVAC contiene Gentamicina y Tiomersal como conservante Contienen Neomicina y Kanamicina

 <p>Junta de Castilla y León Consejería de Sanidad</p>	Procedimientos Específicos de Prevención de Riesgos Laborales de la Gerencia Regional de Salud	
Servicio de Seguridad y Salud en el Trabajo Dirección General de Profesionales	<h2>VACUNACIÓN DE LOS TRABAJADORES</h2>	PEA GRS SST 08 Edición: 03

	Antígeno de superficie y virosomas: INFLEXAL V Berna			Contiene Polimixina B y Neomicina
	Antígeno de superficie, inactivado, preparada en cultivos celulares OPTAFLU Novartis		INTRAMUSCULAR PROFUNDA, en región deltoidea Se considera segura en cualquier momento del embarazo y la lactancia. Adultos	Hipersensibilidad a los principios activos o a alguno de los excipientes La inmunización se pospondrá en los pacientes con estados febriles o con infección aguda.
Hepatitis B	ENGERIX B - GSK HBVAXPRO 10 µg/ml Aventis Pasteur MSD	3 dosis 0, 1 y 6 meses	INTRAMUSCULAR PROFUNDA, en región deltoidea	No precisa dosis de recuerdo Pauta rápida: 4 dosis (0-1-2-6/12m)
	HB VAX PRO 40 µg/ml Aventis Pasteur MSD FENDRIX - GSK	3 dosis 0, 1 y 6 meses		Recomendada en trabajadores en prediálisis/diálisis por menor contenido en aluminio Indicada en trabajadores con insuficiencia renal
Vacuna Triple Vírica: Sarampión Rubéola Parotiditis	PRIORIX - GSK VACUNA MSD TRIPLE ANTI-SARAMPIÓN, RUBÉOLA, PAROTIDITIS Aventis Pasteur MSD	2 dosis: 0, 1 mes	SUBCUTÁNEA, en región deltoidea (**) (**) Puede administrarse de forma simultánea con cualquier otra vacuna, el mismo día y en distinto lugar de inyección; si no se administra el mismo día, el intervalo mínimo será de 4 semanas (vacunas vivas).	Vacunar con 2 dosis a todo el personal sanitario sin antecedentes de enfermedad ni vacunación.
Varicela	VARIVAX Sanofi Pasteur MSD VARILRIX GSK [Uso Hospitalario]	2 dosis: 0, 2 meses	SUBCUTÁNEA (ángulo 45º) preferiblemente en región deltoidea. (**) (**) Puede administrarse de forma simultánea con cualquier otra vacuna, el mismo día y en distinto lugar de inyección; si no se administra el mismo día, el intervalo mínimo será de 4 semanas (vacunas vivas).	Contraindicada en alérgicos a la neomicina. No debe administrarse en mujeres embarazadas y se recomienda evitar el embarazo durante al menos un mes tras la vacunación. No deben vacunarse a las trabajadoras durante la lactancia VARILRIX contiene albúmina humana
Hepatitis A	HAVRIX 1440 - GSK VAQTA 50 U Aventis Pasteur MSD EPAXAL - Berna Biotech	2 dosis 0, 6/12-18 meses	INTRAMUSCULAR PROFUNDA, en región deltoidea.	No precisa dosis de recuerdo
Hepatitis A+B	TWINRIX ADULTOS -GSK	3 dosis 0, 1 y 6 meses	INTRAMUSCULAR PROFUNDA, en región deltoidea.	Se recomendará su administración cuando estén indicadas las vacunas de la hepatitis A y B

 Junta de Castilla y León Consejería de Sanidad	Procedimientos Específicos de Prevención de Riesgos Laborales de la Gerencia Regional de Salud	
Servicio de Seguridad y Salud en el Trabajo Dirección General de Profesionales	<h2>VACUNACIÓN DE LOS TRABAJADORES</h2>	PEA GRS SST 08 Edición: 03

Tétanos, Difteria y Tos Ferina (dTpa)	BOOSTRIX GSK TRIAxis Sanofi Pasteur MSD	1 dosis vacunación de recuerdo	INTRAMUSCULAR en región deltoidea	Vacunar al personal sanitario que trabaja en pediatría y obstetricia siempre que no la hayan recibido con anterioridad e independientemente del tiempo transcurrido desde la última dosis de vacuna Td. Primovacunación en adultos 1ª dTpa, 2ª Td, 3ª Td.
Poliomielitis	IMOVAX POLIO Sanofi Pasteur MSD [Medicamento extranjero]	Primovacunación 3 dosis 0,1-2m, 6-12m	INTRAMUSCULAR	Trabajadores de laboratorio que manipulen muestras con poliovirus y no se encuentren correctamente vacunados. 1 dosis de vacuna a aquellos con 3 o más de VPO.
Fiebre tifoidea	TYPHIM Vi Aventis Pasteur	1 dosis	Intramuscular o subcutánea	Recuerdo cada 3 años. Puede administrarse en trabajadores con alteraciones en el sistema inmune
	VIVOTIF Berna Biotech	3 dosis en días alternos	Oral	Recuerdo cada 3-5 años
Meningitis B	BEXSERO Novartis	2 dosis 0,1 mes	INTRAMUSCULAR PROFUNDA, en región deltoidea	No determinada

 Junta de Castilla y León Consejería de Sanidad	Procedimientos Específicos de Prevención de Riesgos Laborales de la Gerencia Regional de Salud	
Servicio de Seguridad y Salud en el Trabajo Dirección General de Profesionales	VACUNACIÓN DE LOS TRABAJADORES	PEA GRS SST 08 Edición: 03

5.5 Comunicación de reacciones adversas

La vigilancia, detección y comunicación de reacciones adversas a vacunas (RAV) permite, por un lado detectar RAV graves y, por otro, descubrir nuevas asociaciones entre el uso de vacunas y la aparición de RAV o establecer en qué grupos es más probable que estas reacciones sucedan.

Todas las sospechas de RAV deberán notificarse al Centro Regional de Farmacovigilancia de Castilla y León (tel. 983 26 30 21), a través de la tarjeta amarilla o mediante notificación on-line (<http://www.ife.uva.es/>), indicando con claridad: nombre comercial de la vacuna (indicando tipo de presentación), número de lote utilizado, vía de administración, dosis de vacuna administrada y si ha recibido o no otra vacuna.

Cuando las vacunas hayan sido suministradas por el Servicio Territorial de Sanidad y Bienestar Social de la provincia, la acumulación de un número elevado de RAV deberá notificarse a éste cuanto antes para su conocimiento y respuesta adecuada.

6. FORMATOS

Todos los registros correspondientes al presente procedimiento se archivarán conforme a lo indicado en la tabla siguiente:

CODIGO	Nombre	Responsable de su archivo	Tiempo mínimo de custodia
PEA GRS 08_FO 01	Consentimiento Informado Gripe	Servicio de PRL	Siempre
PES GRS 08_FO 02	Consentimiento Informado Neumococo	Servicio de PRL	Siempre
PES GRS 08_FO 03	Consentimiento Informado VHB	Servicio de PRL	Siempre
PES GRS 08_FO 04	Consentimiento Informado VHA+B	Servicio de PRL	Siempre
PES GRS 08_FO 05	Consentimiento Informadp VHA	Servicio de PRL	Siempre
PES GRS 08_FO 06	Consentimiento Informado dTpa	Servicio de PRL	Siempre
PES GRS 08-FO 07	Consentimiento Informado Varicela	Servicio de PRL	Siempre
PES GRS 08_FO 08	Consentimiento Informado Triple Vírica	Servicio de PRL	Siempre
PES GRS 08_FO 09	Consentimiento Informado Meningitis C	Servicio de PRL	Siempre
PES GRS 08_FO 10	Consentimiento Informado Meningitis B	Servicio de PRL	Siempre

 <p>Junta de Castilla y León Consejería de Sanidad</p>	<p>Procedimientos Específicos de Prevención de Riesgos Laborales de la Gerencia Regional de Salud</p>	
<p>Servicio de Seguridad y Salud en el Trabajo Dirección General de Profesionales</p>	<h2>VACUNACIÓN DE LOS TRABAJADORES</h2>	<p>PEA GRS SST 08 Edición: 03</p>

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Grupo de Trabajo de Salud Laboral de la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud: [Protocolo de Vigilancia Sanitaria Específica Agentes Biológicos](#). Ministerio de Sanidad y Consumo. Editado por Junta de Castilla y León, 2002.

[Informe de utilidad terapéutica de la vacuna meningocócica del grupo B](#), Bexsero. AEMPS, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 13 de abril de 2013

Agencia Europea de Medicamentos (Web). Bexsero: vacuna antimeningocócica grupo B. Disponible en: http://www.ema.europa.eu/docs/es_ES/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/002333/WC500137881.pdf

[Recomendaciones de vacunación del adulto 2004](#). Ministerio de Sanidad y Consumo.

Instrucción: Recomendaciones de la vacuna triple vírica en adultos. Servicio de Vigilancia Epidemiológica y Enfermedades Transmisibles. Dirección General de Salud Pública y Consumo. Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León. 2004. <http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/informacion-epidemiologica/enfermedades-infecciosas/parotiditis/recomendaciones-vacuna-triple-virica-adultos>

Varicela. Epidemiología y Situación Actual. Vacunas. Características y Eficacia / Efectividad. Recomendaciones de Vacunación y sus Implicaciones en Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo. Mayo, 2005. <http://www.mssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/vacunaciones/docs/VARICELA1.pdf>

Varicela. Recomendaciones de vacunación. Ministerio de Sanidad y Consumo. Mayo 2005. <http://www.mssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/infancia/docs/VARICELATriptico.pdf>

Varicela. Recomendaciones de vacunación y sus implicaciones en salud pública. Ministerio de Sanidad y Consumo Mayo 2005. <http://www.mssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/vacunaciones/docs/VARICELA2.pdf>

Varicela. Documento de posición. Inmunización, Vacunas y Productos Biológicos. Organización Mundial de la Salud. Agosto, 1998. http://www.who.int/immunization/Varicella_spanish.pdf

Acuerdo 116/2008, de 30 de Octubre, de la Junta de Castilla y León, por el que se aprueba el [III Plan de Salud de Castilla y León](#). (BOCyL núm 213, de 4 de noviembre).

Vacunación en adultos. [Recomendaciones vacuna difteria-tétanos. Actualización 2009](#). Ministerio de Sanidad y Consumo, Febrero 2009.

ORDEN SAN/336/2011, de 18 de marzo, por la que se aprueban las [Estrategias de Actuación en Prevención de Riesgos Laborales de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León 2011-2015](#). (BOCyL núm 66, de 5 de abril).

Protocolo de actuación ante la sospecha de un caso de sarampión. Castilla y León. Servicio de Vigilancia Epidemiológica y Enfermedades Transmisibles. Red de Vigilancia Epidemiológica de Castilla y León. Dirección General de Salud Pública e Investigación, Desarrollo e Innovación. Abril, 2011. <http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/informacion-epidemiologica/enfermedades-infecciosas/vigilancia-sarampion-castilla-leon>

Protocolo de Vigilancia de Hepatitis A. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Fecha 13-10-2011.

[Informe epidemiológico de parotiditis en la provincia de Salamanca. Año 2011](#). Sección de Epidemiología. Servicio Territorial de Sanidad y Bienestar Social de Salamanca. Red de Vigilancia Epidemiológica de Castilla y León Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad.

Centres for Disease Control and Prevention. [Immunization of Health-Care Personnel](#). Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR 2011;60(7).

Protocolo de Vigilancia de Tos Ferina. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Información actualizada. Fecha 09-05-2012.

 <p>Junta de Castilla y León Consejería de Sanidad</p>	<p>Procedimientos Específicos de Prevención de Riesgos Laborales de la Gerencia Regional de Salud</p>	
<p>Servicio de Seguridad y Salud en el Trabajo Dirección General de Profesionales</p>	<p>VACUNACIÓN DE LOS TRABAJADORES</p>	<p>PEA GRS SST 08 Edición: 03</p>

Zubizarreta Alberdi R, Louro González A: Vacunas en el trabajador sanitario – Fistera. Org: http://www.fistera.com/salud/4vacunas/vacunas_trabajador_sanitario.asp [Consultado el 09/08/2012]

Prevención de las enfermedades infecciosas. Grupo de expertos (*Grupo de Prevención de Enfermedades Infecciosas del PAPPS*) Atención Primaria. 2012; 44 Supl. 1:36-51. http://www.papps.org/upload/file/Grupo_Expertos_PAPPS_4_2.pdf

Una vez leída la información entregada, conteste a todas las preguntas marcando con una X las casillas correspondientes.(a cumplimentar por el trabajador)	SI	NO	NO SABE
¿Ha tenido una reacción grave tras administración de alguna vacuna o le han contraindicado alguna vacuna?			
¿Tiene usted fiebre actualmente?			
¿Está usted o ha estado recientemente enfermo o bajo vigilancia médica por un motivo particular?			
¿Es usted alérgico a algún medicamento?			
¿Tiene o ha tenido recientemente, tuberculosis, enfermedad oncológica, neurológica o está en tratamiento por no tener su organismo defensas?			
¿Le han administrado alguna vacuna, en las últimas cuatro semanas?			
¿Si es usted una mujer, está embarazada o cree estarlo o está lactando?			
¿Tiene usted problemas con la coagulación de la sangre o toma sintrom?			

Firma del sanitario que informa:

FECHA: ___ / ___ / ___
 INFORMADO Y CONFORME
 Firma del Trabajador

Nombre y apellidos

He decidido **NO AUTORIZAR** que se me administre la vacuna propuesta

FECHA: ___ / ___ / ___

Firma del sanitario que informa:

Firma del Trabajador

Nombre y apellidos

He decidido **REVOCAR MI ANTERIOR AUTORIZACIÓN:**

FECHA: ___ / ___ / ___

Firma del sanitario que informa:

Firma del Trabajador

Nombre y apellidos

SERVICIO DE PREVENCIÓN DEL ÁREA DE SALUD DE

Por favor, cumplimenta los datos de esta tabla. Muchas gracias por tu colaboración

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre:	Apellidos:	
Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____	DNI/NIF:	
Hospital/Centro de trabajo:		
Servicio/Unidad:	Categoría:	
¿Te has vacunado frente al neumococo?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	¿En qué año?:

INFORMACIÓN SOBRE LA VACUNA ANTIGRIपाल

Nombre comercial de la vacuna: n° lote: Fecha: / /
 La vacuna antineumocócica previene contra infecciones neumocócicas de los serotipos contenidos en la misma (23 de los 90 conocidos), evitando fundamentalmente neumonía y bacteriemia. Tiene una eficacia global de alrededor del 60%, obteniéndose peor respuesta en relación con el mayor grado de inmunodepresión.

Se consideran factores de riesgo para adquirir estas enfermedades: la edad (mayor o igual a 65 años), enfermedades crónicas previas (pulmonares, cardíacas, renales, hepáticas, diabetes, fístulas de LCR), esplenectomía o anemia de células falciformes, inmunodeficiencias (VIH, leucemia, linfoma, mieloma, enfermedad de Hodgkin, trasplantes, tratamientos con inmunosupresores incluyendo corticoides sistémicos), colagenosis, enfermedades neuromusculares.

La vacuna se administra en 1 dosis vía intramuscular preferentemente o subcutánea (si existen alteraciones en la coagulación) en deltoides. **No se recomienda revacunación**, salvo en inmunodeprimidos o en mayores de 65 años previamente vacunados, antes de dicha edad, si han pasado más de 5 años (en estos casos se pondría 1 dosis a los 5 años).

Contraindicaciones:

- alergia severa o alteraciones neurológicas tras la administración de una dosis previa.
- enfermedad aguda o febril.
- Si existe compromiso cardíaco o pulmonar o enfermedad infecciosa febril, se debe **posponer** hasta la estabilización
- durante los tratamientos con inmunosupresores (radioterapia, quimioterapia, corticoides orales a dosis altas).

Ud. debe advertir si tiene o si sospecha alergia a alguno de los componentes activos o a cualquiera de los demás componentes de la vacuna.

No está recomendada la administración de la vacuna **durante el embarazo**. No se conoce si esta vacuna se excreta en la leche humana. En caso de embarazo o lactancia se empleará sólo si está claramente indicada y preferiblemente después del primer trimestre.

Los **efectos adversos** ocurren con poca frecuencia y consisten en:

- Reacción local: dolor y eritema de menos de 48 horas, en aproximadamente el 50% de las personas vacunadas.
- Reacción sistémica moderada: fiebre en las primeras 24 horas, mialgia, cefalea, astenia, escalofríos, fotofobia, náuseas, artralgias, exantema, adenitis; es raro en adultos.
- Reacción general severa: anafilaxia; ocurre muy raramente. Al igual que los posibles efectos neurológicos.

Advertir en caso de haber padecido episodios de neumonía neumocócica u otra infección neumocócica.

Sus **riesgos personalizados**, dadas sus características son:

La negativa a la administración de la vacuna, siempre que no esté contraindicada, supone un riesgo de contraer la infección en caso de exposición.

Una vez leída la información entregada, conteste a todas las preguntas marcando con una X las casillas correspondientes.(a cumplimentar por el trabajador)	SI	NO	NO SABE
¿Ha tenido una reacción grave tras administración de alguna vacuna o le han contraindicado alguna vacuna?			
¿Tiene usted fiebre actualmente?			
¿Está usted o ha estado recientemente enfermo o bajo vigilancia médica por un motivo particular?			
¿Es usted alérgico a algún medicamento?			
¿Tiene o ha tenido recientemente, tuberculosis, enfermedad oncológica, neurológica o está en tratamiento por no tener su organismo defensas?			
¿Le han administrado alguna vacuna, en las últimas cuatro semanas?			
¿Si es usted una mujer, está embarazada o cree estarlo o está lactando?			
¿Tiene usted problemas con la coagulación de la sangre o toma sintrom?			

Firma del sanitario que informa:

FECHA: ___ / ___ / ___
 INFORMADO Y CONFORME
 Firma del Trabajador

Nombre y apellidos

He decidido **NO AUTORIZAR** que se me administre la vacuna propuesta

FECHA: ___ / ___ / ___

Firma del sanitario que informa:

Firma del Trabajador

Nombre y apellidos

He decidido **REVOCAR MI ANTERIOR AUTORIZACIÓN:**

FECHA: ___ / ___ / ___

Firma del sanitario que informa:

Firma del Trabajador

Nombre y apellidos

SERVICIO DE PREVENCIÓN DEL ÁREA DE SALUD DE _____

Por favor, cumplimenta los datos de esta tabla. Muchas gracias por tu colaboración

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre:	Apellidos:		
Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____	DNI/NIF: _____		
Hospital/Centro de trabajo:			
Servicio/Unidad:		Categoría:	
Antecedentes alérgicos: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ (especificar) _____			
¿Has recibido gammaglobulina inespecífica en los últimos 3 meses? :			
<input type="checkbox"/> NO			
<input type="checkbox"/> SÍ – Primera dosis – Fecha ____ / ____ / ____		Cantidad: _____	
Segunda dosis – Fecha ____ / ____ / ____		Cantidad: _____	

A rellenar por el sanitario del Servicio de Prevención

DATOS DE LA INMUNOPROFILAXIS

MOTIVO DE LA ADMINISTRACIÓN: Primovacunación Revacunación Accidente con Riesgo Biológico

DOSIS ADMINISTRADAS:

Fecha	Nº dosis	Especialidad farmacéutica (nombre comercial)	Lote
____ / ____ / ____	Primera		
____ / ____ / ____	Segunda		
____ / ____ / ____	Tercera		

EFECTOS ADVERSOS:

CONTROLES SEROLÓGICOS: Determinación de HBs-Ac

Fecha	Resultado	Técnica
____ / ____ / ____	Primera	
____ / ____ / ____	Segunda	
____ / ____ / ____	Tercera	

INFORMACIÓN SOBRE LA VACUNA FRENTE A LA HEPATITIS B

En España se producen alrededor de **12.000 casos anuales de hepatitis B**, con un 5-10% de formas de evolución crónica. La **transmisión**, en personal trabajador de instituciones sanitarias, se puede producir desde individuos con infección aguda o crónica, sintomáticos o asintomáticos, por vía percutánea o mucosa **tras exposición a material contaminado** (sangre u otros fluidos corporales)

La **vacuna** contra la hepatitis B **tiene una eficacia global del 90-95%**. Esta obtenida mediante técnicas de DNA recombinante en células de levadura (no se emplean en su fabricación sustancias de origen humano). Consiste en la administración intramuscular (subcutánea si existen trastornos de coagulación) en la región deltoidea de tres inyecciones de 1 ml (0,1 y 6m): la segunda un mes después de la primera y la tercera a los seis meses. Si se precisa una protección más rápida (0, 1, 2 y 12m): la tercera a los dos meses y una dosis de recuerdo a los 12 meses.

En casos de **respuesta insuficiente**, como por ejemplo en inmunodeprimidos, se precisan dosis adicionales. En mayores de 40 años, obesos, fumadores, la respuesta inmunitaria también se reduce. Entre un 2-5% de personas vacunadas no desarrollan anticuerpos. Las posteriores dosis de recuerdo se valorarán en función de los niveles de anticuerpos que se determinen. *En caso de estar incubándose la hepatitis B la vacuna puede no prevenir la infección.*

Está **contraindicada en caso de alergia** sistémica a alguno de sus componentes, por lo que se debe advertir si existe alergia a alguna sustancia. *Debe retrasarse su administración en caso de enfermedades febriles agudas y estado cardiopulmonar comprometido.*

En casos de embarazo y lactancia no cabe esperar daños, aunque se utilizará sólo cuando sea claramente necesaria.

Los **efectos secundarios** son, en general, escasos:

- Se pueden observar reacciones locales en el lugar de la inyección.
- Ocasionalmente, fatiga, fiebre, malestar, cefalea, vértigo, náuseas, vómitos, dolor abdominal, diarrea, alteración de pruebas de función hepática, dolores articulares, erupción, prurito, urticaria.
- Con muy poca frecuencia, anafilaxia, síncope, hipotensión, parálisis, neuropatía, artritis, broncoespasmo, vasculitis, linfadenopatía

Sus **riesgos personalizados**, dadas sus características son: _____

La negativa a la administración de la vacuna, siempre que no esté contraindicada, supone un riesgo de contraer la infección en caso de exposición.

Firma del sanitario que informa:

FECHA: ___ / ___ / ___
INFORMADO Y CONFORME
Firma del Trabajador

Nombre y apellidos

He decidido **NO AUTORIZAR** que se me administre la vacuna propuesta

Firma del sanitario que informa:

FECHA: ___ / ___ / ___

Firma del Trabajador

Nombre y apellidos

He decidido **REVOCAR MI ANTERIOR AUTORIZACIÓN:**

Firma del sanitario que informa:

FECHA: ___ / ___ / ___

Firma del Trabajador

Nombre y apellidos

SERVICIO DE PREVENCIÓN DEL ÁREA DE SALUD DE _____

Por favor, cumplimenta los datos de esta tabla. Muchas gracias por tu colaboración

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre:	Apellidos:
Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____	DNI/NIF:
Hospital/Centro de trabajo:	
Servicio/Unidad:	Categoría:

INFORMACIÓN SOBRE LA VACUNA FRENTE A LA HEPATITIS A+B

Nombre comercial de la vacuna: n° lote: Fecha: / /

La transmisión de la **Hepatitis A** se realiza desde individuos con infección aguda, sintomáticos o asintomáticos, fundamentalmente a través de las heces (vía fecal-oral).

La transmisión de la **Hepatitis B** se puede producir por vía percutánea o vía mucosa tras exposición a material contaminado (sangre u otros fluidos corporales) desde individuos con infección aguda o crónica, sintomáticos o asintomáticos.

La vacuna está especialmente **indicada** en personal trabajador de instituciones sanitarias expuesto a los mencionados riesgos. Su eficacia global es de aproximadamente el 95%.

Está compuesta por virus de la hepatitis A cultivados en células diploides humanas y partículas del antígeno de superficie del virus de la hepatitis B obtenidas mediante técnicas de ADN recombinante en células de levadura.

Otros excipientes son: hidróxido hidratado de aluminio, fosfato de aluminio, cloruro de sodio y agua para preparaciones inyectables

Pauta de vacunación: se administra mediante inyección por vía intramuscular, o subcutánea si hay trastornos de coagulación, preferentemente en la región deltoidea, a los 0, 1 y 6 meses.

Las posteriores dosis de recuerdo se efectuarán por separado. Respecto a la vacuna antihepatitis B se valorará en función de los niveles de anticuerpos que se determinen; para la hepatitis A la protección es habitualmente más duradera (al menos de 10 años).

La vacuna está **contraindicada** en casos de alergia sistémica a alguno de sus componentes, por lo que se debe advertir en caso de conocer o sospechar alergia a alguno de ellos.

Ante una enfermedad febril aguda o estado cardiopulmonar comprometido se debe aplazar su administración. En caso de embarazo o lactancia no está evaluado el efecto y aunque no cabe esperar daño, solamente debe usarse si hay un riesgo claro de hepatitis A y B.

Si se estuviera incubando hepatitis A o B, la vacuna puede no prevenir la infección correspondiente.

La vacuna no previene infecciones causadas por otros agentes patógenos conocidos que infectan al hígado, tales como virus de la hepatitis C y hepatitis E.

Los **efectos secundarios** son, en general, escasos:

- Reacciones locales en el lugar de la inyección.
- Reacciones sistémicas como fiebre, cefalea, malestar, cansancio, náuseas y vómitos, dolor abdominal, diarrea, alteración de pruebas de función hepática, dolores articulares, erupción cutánea, prurito, urticaria.
- Con muy poca frecuencia puede ocurrir reacción anafiláctica, síncope, hipotensión, broncoespasmo, parálisis, neuropatía, artritis, vasculitis, linfadenopatía.

Sus **riesgos personalizados**, dadas sus características son: _____

La negativa a la administración de la vacuna, siempre que no esté contraindicada, supone un riesgo de contraer la infección en caso de exposición.

LOGO/NOMBRE DE LA GERENCIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA VACUNACIÓN DE LA HEPATITIS A+B



Una vez leída la información entregada, conteste a todas las preguntas marcando con una X las casillas correspondientes.(a cumplimentar por el trabajador)	SI	NO	NO SABE
¿Ha tenido una reacción grave tras administración de alguna vacuna o le han contraindicado alguna vacuna?			
¿Tiene usted fiebre actualmente?			
¿Está usted o ha estado recientemente enfermo o bajo vigilancia médica por un motivo particular?			
¿Es usted alérgico a algún medicamento?			
¿Tiene o ha tenido recientemente, tuberculosis, enfermedad oncológica, neurológica o está en tratamiento por no tener su organismo defensas?			
¿Le han administrado alguna vacuna, en las últimas cuatro semanas?			
¿Si es usted una mujer, está embarazada o cree estarlo o está lactando?			
¿Tiene usted problemas con la coagulación de la sangre o toma sintrom?			

Firma del sanitario que informa:

FECHA: ___ / ___ / ___
INFORMADO Y CONFORME
Firma del Trabajador

Nombre y apellidos

He decidido **NO AUTORIZAR** que se me administre la vacuna propuesta

FECHA: ___ / ___ / ___

Firma del sanitario que informa:

Firma del Trabajador

Nombre y apellidos

He decidido **REVOCAR MI ANTERIOR AUTORIZACIÓN:**

FECHA: ___ / ___ / ___

Firma del sanitario que informa:

Firma del Trabajador

Nombre y apellidos

SERVICIO DE PREVENCIÓN DEL ÁREA DE SALUD DE _____

Por favor, cumplimenta los datos de esta tabla. Muchas gracias por tu colaboración

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre:	Apellidos:		
Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____	DNI/NIF:		
Hospital/Centro de trabajo:			
Servicio/Unidad:	Categoría:		

INFORMACIÓN SOBRE LA VACUNA FRENTE A LA HEPATITIS A

Nombre comercial de la vacuna: _____ nº lote: _____ Fecha: / /

La **transmisión** de la Hepatitis A se realiza desde individuos con infección aguda, sintomáticos o asintomáticos, fundamentalmente a través de las heces (**vía fecal-oral**).

La vacunación se recomienda, por tanto, en personal sanitario expuesto a materias fecales, manipuladores de alimentos y trabajadores de limpieza.

Recomendaciones de vacunación: No está recomendada para uso rutinario en población general.

Se contemplan los siguientes **grupos de riesgo, en los que está indicada la vacunación:**

- Personal de Laboratorio que manipula VHA o trabaja con animales infectados por éste (Investigación).
- Personal de Unidades de Riesgo con exposición, sobre todo, a materias fecales: Digestivo, Hospitalización, Pediatría, Infecciosas, Geriatría, Urgencias, Laboratorio de Microbiología (se han descrito brotes en Unidades de cuidados intensivos neonatales y atención a adultos con incontinencia fecal).
- Trabajadores de limpieza y mantenimiento en contacto con aguas residuales no depuradas y gestión de residuos.
- Profesionales que se desplazan a zonas de alta o moderada endemicidad, especialmente si han nacido a partir del año 1966 o si se desplazan a zonas rurales o lugares con condiciones higiénico-sanitarias deficientes.
- Trabajadores que padecen procesos hepáticos crónicos o hepatitis B o C. Aunque no tienen un mayor riesgo de infección, tienen un mayor riesgo de hepatitis A fulminante.
- Trabajadores receptores de hemoderivados y candidatos a transplante de órganos.
- Sujetos infectados con el VIH.
- Personal que con frecuencia se ve implicado en situaciones de catástrofes (Emergencias, policías, bomberos, Fuerzas Armadas, protección civil, etc.).

Recomendaciones en situaciones especiales, en los siguientes profesionales:

- Manipuladores de alimentos: Se podría considerar la vacunación para prevenir que puedan actuar como fuente de infección y dar lugar a brotes (personal de cocina: cocineros, pinches, repartidores de carros de comidas).

La vacuna está **contraindicada** si existe alergia sistémica a alguno de sus componentes. Ud. debe advertir si tiene o si sospecha alergia a alguna sustancia.

Ante una enfermedad febril aguda y grave se debe posponer la vacunación.

La **pauta de vacunación** consiste en la administración intramuscular en deltoides, o subcutánea si existen problemas de coagulación, de 2 dosis, con un intervalo de 6-12 meses. Si se superan los 12 meses se administrará la 2ª dosis sin necesidad de reiniciar.

En caso de embarazo o lactancia no está evaluado el efecto sobre el desarrollo fetal ni sobre el lactante, aunque los riesgos se consideran mínimos se utilizará sólo en casos estrictamente necesarios.

Las **reacciones adversas** son, en general, escasas y leves, pudiendo aparecer en los cuatro días siguientes: dolor y enrojecimiento en el lugar de inyección, así como cefalea, malestar, vómitos, fiebre y pérdida de apetito, que suele durar menos de 24 horas.

Sus **riesgos personalizados**, dadas sus características son:

La negativa a la administración de la vacuna, siempre que no esté contraindicada, supone un riesgo de contraer la infección en caso de exposición.

La vacuna no previene infecciones causadas por otros agentes patógenos conocidos que infectan al hígado, tales como virus de la hepatitis B, hepatitis C y hepatitis E.

Una vez leída la información entregada, conteste a todas las preguntas marcando con una X las casillas correspondientes.(a cumplimentar por el trabajador)	SI	NO	NO SABE
¿Ha tenido una reacción grave tras administración de alguna vacuna o le han contraindicado alguna vacuna?			
¿Tiene usted fiebre actualmente?			
¿Está usted o ha estado recientemente enfermo o bajo vigilancia médica por un motivo particular?			
¿Es usted alérgico a algún medicamento?			
¿Tiene o ha tenido recientemente, tuberculosis, enfermedad oncológica, neurológica o está en tratamiento por no tener su organismo defensas?			
¿Le han administrado alguna vacuna, en las últimas cuatro semanas?			
¿Si es usted una mujer, está embarazada o cree estarlo o está lactando?			
¿Tiene usted problemas con la coagulación de la sangre o toma sintrom?			

Firma del sanitario que informa:

FECHA: ___ / ___ / ___
 INFORMADO Y CONFORME
 Firma del Trabajador

Nombre y apellidos

He decidido **NO AUTORIZAR** que se me administre la vacuna propuesta

FECHA: ___ / ___ / ___

Firma del sanitario que informa:

Firma del Trabajador

Nombre y apellidos

He decidido **REVOCAR MI ANTERIOR AUTORIZACIÓN:**

FECHA: ___ / ___ / ___

Firma del sanitario que informa:

Firma del Trabajador

Nombre y apellidos

SERVICIO DE PREVENCIÓN DEL ÁREA DE SALUD DE _____

Por favor, cumplimenta los datos de esta tabla. Muchas gracias por tu colaboración

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre:	Apellidos:		
Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____	DNI/NIF:		
Hospital/Centro de trabajo:			
Servicio/Unidad:	Categoría:		

INFORMACIÓN SOBRE LA VACUNA FRENTE A TÉTANOS-DIFTERIA DEL ADULTO

El **tétanos** es una enfermedad muy grave. El agente causal penetra por la piel o mucosas y la enfermedad cursa con rigidez y espasmos musculares dolorosos. Se puede contraer por accidentes, con o sin herida abierta, por contacto con objetos oxidados o sucios, tierra o material orgánico, quemaduras, congelaciones, incluso ante una incorrecta desinfección de material quirúrgico. El agente está muy difundido en el ambiente, por lo que la exposición no puede evitarse, siendo la vacunación la única forma de prevenir la enfermedad.

La **difteria** produce fundamentalmente un cuadro respiratorio severo, se transmite por vía aérea y, como en el caso del tétanos, sólo se puede prevenir mediante la vacunación.

La **vacuna** antitétanos-difteria contiene 0,5 ml, toxoide tetánico (≥ 40 UI.) adsorbido y toxoide diftérico (≥ 4 UI) adsorbido en hidróxido de aluminio (1,5 mg.). Como conservante se usa habitualmente timerfonato sódico. La vía de administración preferible es la intramuscular en deltoides. La vía subcutánea profunda está recomendada en pacientes con trastornos hemorrágicos.

La **pauta de vacunación** primaria en adultos (0, 1, 6): 1ª dosis tan pronto como sea posible, 2ª dosis al menos 4 semanas tras la primera y 3ª dosis al menos 6 meses tras la segunda. Dosis de recuerdo: 2, con un intervalo de 10 años.

La vacuna presenta buena tolerancia, y son escasos los **efectos adversos**:

- **Frecuentes**: reacción local (enrojecimiento, inflamación, dolor), a las 4-8 horas y hasta uno o dos días. Se han descrito reacciones locales importantes en personas que han recibido múltiples dosis de recuerdo previas.
- **Raros**: dolores de cabeza, malestar, fatiga, fiebre, dolores musculares, mareos, vómitos
- **Muy raros**: reacciones alérgicas agudas (anafilaxia) y alteraciones neurológicas, como el síndrome de Guillain-Barré

Es conveniente comunicar cualquier efecto adverso para registrarlo y actuar adecuadamente ante futuras dosis

La administración de la vacuna debe postponerse en caso de enfermedad aguda con fiebre. Se debe tener precaución en sujetos con hipersensibilidad conocida a los componentes de la vacuna. **Contraindicaciones**:

- Reacción adversa grave tras vacunación anterior
- Alergia conocida a cualquiera de los componentes de la vacuna

El embarazo no contraindica esta vacunación. Sin embargo, ante sospecha de gestación o en el primer trimestre del embarazo, se valorará individualmente el riesgo y, si es posible, se esperará al segundo trimestre.

La actitud ante una herida dependerá de la gravedad de la lesión y de la situación vacunal del accidentado en ese momento, por lo que es necesaria una evaluación individualizada. Por ello es recomendable que consulte en el Servicio de Prevención, de lunes a viernes de 8:00h a 15:00h o en el servicio de Urgencias, fuera de este horario.

Sus **riesgos personalizados**, dadas sus características son: _____

La negativa a la administración de la vacuna, siempre que no esté contraindicada, supone un riesgo de contraer la infección en caso de exposición.

LOGO/NOMBRE DE LA GERENCIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA VACUNACIÓN DEL TÉTANOS-DIFTERIA-TOS FERINA



INFORMACIÓN SOBRE LA VACUNA FRENTE A DIFTERIA-TÉTANOS-TOS FERINA

Se recomienda la vacunación frente a **difteria-tétanos-tos ferina** (dTpa) al personal sanitario que trabaja en áreas de pediatría y obstetricia, siempre que no la hayan recibido con anterioridad. El objetivo es reducir la transmisión de la infección a los niños menores de 6 meses, en los que la enfermedad puede cursar con complicaciones graves. Esta dosis se considera válida a efectos de la vacunación de recuerdo frente a tétanos-difteria. Si el sanitario ya hubiera recibido la dosis de recuerdo de Td correspondiente a los 65 años, se seguirá recomendando la administración de una dosis de vacuna dTpa. En el caso del sanitario en el que se inicia la primovacuna antitetánica o antidiftérica, recibirá la primera dosis de dTpa y las dos restantes de Td: 1ª dTpa + 2ª Td + 3ª Td.

Contraindicaciones: Hipersensibilidad a cualquier componente de la vacuna o dosis previa, encefalopatía de etiología desconocida en los 7 días siguientes a la vacunación previa con una vacuna con componente antitosferina y trombocitopenia pasajera o complicaciones neurológicas tras una inmunización previa frente a difteria y/o tétanos

A rellenar por el sanitario del Servicio de Prevención

DATOS DE LA INMUNOPROFILAXIS

DOSIS ADMINISTRADAS:

Fecha	Nº dosis	Especialidad farmacéutica (nombre comercial)	Lote
___ / ___ / ___			
___ / ___ / ___			
___ / ___ / ___			

Firma del sanitario que informa:

FECHA: ___ / ___ / ___
INFORMADO Y CONFORME
Firma del Trabajador

Nombre y apellidos

He decidido **NO AUTORIZAR** que se me administre la vacuna propuesta

FECHA: ___ / ___ / ___

Firma del sanitario que informa:

Firma del Trabajador

Nombre y apellidos

He decidido **REVOCAR MI ANTERIOR AUTORIZACIÓN:**

FECHA: ___ / ___ / ___

Firma del sanitario que informa:

Firma del Trabajador

Nombre y apellidos

SERVICIO DE PREVENCIÓN DEL ÁREA DE SALUD DE _____

Por favor, cumplimenta los datos de esta tabla. Muchas gracias por tu colaboración

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre:	Apellidos:		
Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____	DNI/NIF:		
Hospital/Centro de trabajo:			
Servicio/Unidad:	Categoría:		

INFORMACIÓN SOBRE LA VACUNA FRENTE A LA VARICELA

Nombre comercial de la vacuna: n° lote: Fecha: / /

El Servicio de Prevención de Riesgos Laborales ofrece al personal sanitario seronegativo la vacuna anti Varicela-Zoster. Es una vacuna eficaz, segura, con elevado poder inmunógeno y protector. Las reacciones secundarias son poco frecuentes y nunca de gravedad.

El beneficio previsible para el vacunado es la producción de una respuesta inmunitaria con desarrollo de anticuerpos frente al virus de Varicela-Zoster. Se obtiene una protección tanto frente a la varicela como frente al Herpes Zoster.

La **pauta de vacunación** consiste en la administración de 2 dosis de vacuna (0,5 ml) con intervalo de 2 meses (4 a 8 semanas Varivax®). Se administra por vía subcutánea o intramuscular (Varivax) o solamente subcutánea (Varilrix).

Como otras vacunas, se debe posponer la administración de la vacuna anti Varicela-Zoster en personas que padecen una enfermedad febril grave y aguda.

La vacuna está **contraindicada** en pacientes con tuberculosis activa, enfermedades del sistema hemático, personas con problemas de inmunosupresión así como en caso de hipersensibilidad sistémica conocida a la neomicina o gelatina, no obstante una historia de dermatitis de contacto a la neomicina no es una contraindicación.

La vacuna está **contraindicada** durante la gestación. Además, debe evitarse el embarazo durante los tres meses siguientes a la vacunación. Debido al riesgo teórico de transmisión de la cepa vacunal de madre a hijo, las mujeres no deben vacunarse durante la lactancia.

Por lo general, la vacuna anti Varicela-Zoster ha sido bien tolerada, no obstante se han descrito una serie de **efectos adversos** que según su frecuencia consisten en:

Poco frecuentes: astenia, fiebre dolor de cabeza, gastroenteritis, náuseas, artralgia, dolor de espalda, mialgia, somnolencia, tos, faringitis, rinitis, prurito, linfadenopatía

Frecuentes: exantema papulovesicular.

Aunque no se ha demostrado que exista transmisión desde receptores sanos de la vacuna, existe la posibilidad de desarrollar la infección y transmitir el virus vacunal. La infección puede producirse de forma local o diseminada. En caso de presentar lesiones localizadas en el punto de inyección, se deberán cubrir con un apósito y acudir al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales para ser evaluado. Si las lesiones están diseminadas por el cuerpo tendrá que dejar de trabajar hasta que las lesiones estén en fase de costra.

Una vez vacunado, se deberán evitar salicilatos (aspirina y otros) durante 6 semanas. Asimismo, en los 2 meses siguientes a la vacunación se evitarán las inmunoglobulinas.

Sus **riesgos personalizados**, dadas sus características son: _____

La negativa a la administración de la vacuna, siempre que no esté contraindicada, supone un riesgo de contraer la infección en caso de exposición.

Una vez leída la información entregada, conteste a todas las preguntas marcando con una X las casillas correspondientes.(a cumplimentar por el trabajador)	SI	NO	NO SABE
¿Ha tenido una reacción grave tras administración de alguna vacuna o le han contraindicado alguna vacuna?			
¿Tiene usted fiebre actualmente?			
¿Está usted o ha estado recientemente enfermo o bajo vigilancia médica por un motivo particular?			
¿Es usted alérgico a algún medicamento?			
¿Tiene o ha tenido recientemente, tuberculosis, enfermedad oncológica, neurológica o está en tratamiento por no tener su organismo defensas?			
¿Le han administrado alguna vacuna, en las últimas cuatro semanas?			
¿Si es usted una mujer, está embarazada o cree estarlo o está lactando?			
¿Tiene usted problemas con la coagulación de la sangre o toma sintrom?			

Firma del sanitario que informa:

FECHA: ___ / ___ / ___
 INFORMADO Y CONFORME
 Firma del Trabajador

Nombre y apellidos

He decidido **NO AUTORIZAR** que se me administre la vacuna propuesta

FECHA: ___ / ___ / ___

Firma del sanitario que informa:

Firma del Trabajador

Nombre y apellidos

He decidido **REVOCAR MI ANTERIOR AUTORIZACIÓN:**

FECHA: ___ / ___ / ___

Firma del sanitario que informa:

Firma del Trabajador

Nombre y apellidos

SERVICIO DE PREVENCIÓN DEL ÁREA DE SALUD DE _____

Por favor, cumplimenta los datos de esta tabla. Muchas gracias por tu colaboración

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre:	Apellidos:		
Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____	DNI/NIF:		
Hospital/Centro de trabajo:			
Servicio/Unidad:	Categoría:		

INFORMACIÓN SOBRE LA VACUNA FRENTE A LA TRIPLE VIRICA

Nombre comercial de la vacuna: n° lote: Fecha: / /

La vacuna se administra por vía subcutánea o intramuscular y está indicada en la inmunización activa de las personas susceptibles frente a la parotiditis, el sarampión y la rubéola como es el caso del personal sanitario no vacunado y que no haya pasado las tres enfermedades.

El principio activo está compuesto por los virus atenuados del sarampión, la rubéola y la parotiditis. Los virus atenuados de sarampión y parotiditis están producidos en células de embrión de pollo y los de la rubéola en células diploides humanas.

La vacuna se administrará al menos con 1 mes de intervalo con otras vacunas de virus vivos atenuados

CONTRAINDICACIONES.

1. Hipersensibilidad a los principios activos, a alguno de los excipientes incluidos o a la neomicina.
2. Inmunodeficiencia humoral o celular grave (primaria o adquirida).
3. Embarazo. Además, se debe evitar el embarazo durante 1 mes después de la vacunación

Tal y como ocurre con otras vacunas, se debe posponer la administración de PRIORIX a personas que padezcan enfermedades febriles agudas graves. La presencia de una infección leve, como un resfriado, no debería posponer la vacunación.

Precauciones especiales de empleo

Personas con antecedentes de convulsiones.

En alérgicos al huevo. La vacuna triple vírica se prepara en fibroblastos de embrión de pollo, conteniendo únicamente trazas de proteínas de huevo, por lo que en caso de alergia al huevo puede administrarse con normalidad. No obstante en individuos con historia previa de reacción anafiláctica moderada o grave, es prudente hacerlo en medio hospitalario.

Este medicamento contiene sorbitol. Los pacientes con intolerancia hereditaria a la fructosa no deben vacunarse con PRIORIX.

Las **reacciones adversas** asociadas a la utilización de esta vacuna son:

COMUNES: Sensación de quemazón o de pinchazos de corta duración en el lugar de inyección.

OCASIONALES: fiebre (38,3° C o más); Piel: Erupción, habitualmente mínima, aunque puede ser generalizada. Generalmente aparecen fiebre, eritema o ambos entre los días 5 y 12.

RARAS:

- En todo el cuerpo: reacciones locales leves como eritema, induración e hipersensibilidad; dolor de garganta, malestar.
- Digestivos: parotiditis, náuseas, vómitos, diarreas.
- Hematológicos/linfáticos: adenopatías regionales, trombocitopenia, púrpura.
- Hipersensibilidad: reacciones alérgicas como habones y reacciones eritematosas en el lugar de la inyección, anafilaxis y reacciones anafilactoides, urticaria.
- Musculoesqueléticos: artralgias, artritis o ambas (habitualmente transitorias y rara vez crónicas, v. más adelante), mialgias.
- Nerviosos/psiquiátricos: convulsiones febriles en niños, convulsiones afebriles, cefaleas, vértigo, parestesias, polineuritis, síndrome de Guillain-Barré, ataxia.
- Piel: eritema multiforme.
- Sentidos: formas de neuritis óptica, incluida neuritis retrobulbar, papilitis y retinitis; parálisis oculares, otitis media, sordera nerviosa, conjuntivitis.
- Urogenitales: orquitis.
- Existen comunicaciones de Panencefalitis Esclerosante Subaguda (PEES) en niños sin historia de infección por sarampión natural, pero que habían recibido la vacuna del sarampión. Algunos de los casos pueden haberse debido a un sarampión no

reconocido durante el primer año de vida o, posiblemente, a la vacunación contra el sarampión.

- Artralgias, artritis o ambas (habitualmente transitorias y rara vez crónicas) y polineuritis.

Sus **riesgos personalizados**, dadas sus características son:

La negativa a la administración de la vacuna, siempre que no esté contraindicada, supone un riesgo de contraer la infección en caso de exposición.

Una vez leída la información entregada, conteste a todas las preguntas marcando con una X las casillas correspondientes.(a cumplimentar por el trabajador)	SI	NO	NO SABE
¿Ha tenido una reacción grave tras administración de alguna vacuna o le han contraindicado alguna vacuna?			
¿Tiene usted fiebre actualmente?			
¿Está usted o ha estado recientemente enfermo o bajo vigilancia médica por un motivo particular?			
¿Es usted alérgico a algún medicamento?			
¿Tiene o ha tenido recientemente, tuberculosis, enfermedad oncológica, neurológica o está en tratamiento por no tener su organismo defensas?			
¿Le han administrado alguna vacuna, en las últimas cuatro semanas?			
¿Si es usted una mujer, está embarazada o cree estarlo o está lactando?			
¿Tiene usted problemas con la coagulación de la sangre o toma sintrom?			

Firma del sanitario que informa:

FECHA: ___ / ___ / ___
INFORMADO Y CONFORME
Firma del Trabajador

Nombre y apellidos

He decidido **NO AUTORIZAR** que se me administre la vacuna propuesta

FECHA: ___ / ___ / ___

Firma del sanitario que informa:

Firma del Trabajador

Nombre y apellidos

He decidido **REVOCAR MI ANTERIOR AUTORIZACIÓN:**

FECHA: ___ / ___ / ___

Firma del sanitario que informa:

Firma del Trabajador

Nombre y apellidos

SERVICIO DE PREVENCIÓN DEL ÁREA DE SALUD DE _____

Por favor, cumplimenta los datos de esta tabla. Muchas gracias por tu colaboración

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre:	Apellidos:	
Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____	DNI/NIF:	
Hospital/Centro de trabajo:		
Servicio/Unidad:	Categoría:	

INFORMACIÓN SOBRE LA VACUNA ANTIMENINGOCÓCICA C

Nombre comercial de la vacuna: n° lote: Fecha: / /

El Meningococo o Neisseria meningitidis, es una bacteria de la que se conocen 13 serotipos, siendo los más patógenos más frecuentes los serogrupos A, B y C, y con una menor frecuencia los serogrupos Y y W-135.

El riesgo de contagio en personal sanitario se presenta cuando se realizan maniobras de reanimación sin protección y por inoculación accidental en trabajadores de laboratorio.

Esta vacuna protege contra las bacterias meningocócicas del grupo C. Esta vacuna no protege frente a otros grupos de bacterias meningocócicas ni frente a otras causas de meningitis. No protege frente a la difteria ni el tétanos. La vacuna Menveo® protege frente a los serogrupos A, C, Y y W-135. Tras la vacunación se desarrolla protección en más del 90% de los casos.

La **pauta de vacunación** consiste en la administración de 1 dosis de vacuna (0,5 ml) que sólo se administra por vía intramuscular en deltoides.

No se debe administrar en caso de enfermedad aguda o febril, ni en personas que hayan presentado reacciones de hipersensibilidad a dosis previas. Ud. debe advertir si tiene o si sospecha alergia a alguno de los componentes activos o a cualquiera de los demás componentes de la vacuna.

* Componentes de Meningitec®. Los principios activos son: Oligosacárido del grupo C de Neisseria meningitidis (cepa C11) conjugado con proteína CRM197 de Corynebacterium diphtheriae adsorbido en fosfato de aluminio. Como excipientes: cloruro sódico y agua para inyección.

* Componentes de Menjugate®. Los principios activos son: Oligosacárido del grupo C de Neisseria meningitidis del grupo C (cepa C11) conjugado a proteína de Corynebacterium diphtheriae, adsorbido a hidróxido de aluminio. Como excipientes: manitol, fosfato sódico monobásico monohidrato, fosfato sódico dibásico heptahidrato, cloruro sódico y agua para inyectables.

* Componentes de NeisVac-C®. Los principios activos son: Polisacárido (de-O-acetilado) de Neisseria meningitidis (cepa 11) conjugado con toxoide tetánico, adsorbido en hidróxido de aluminio hidratado. Como excipientes: cloruro sódico y agua para preparaciones inyectables.

* Componentes de Menveo®. Los principios activos son: Oligosacárido meningocócico del grupo A, del grupo C, del grupo W135 y del grupo Y, conjugados con proteína CRM197 de Corynebacterium diphtheriae. Como excipientes: sacarosa, potasio dihidrógeno fosfato, sodio dihidrógeno fosfato monohidrato, cloruro de sodio y agua para soluciones inyectables.

El capuchón de la jeringa contiene un 10% de Goma natural. Informe a su médico si usted ha padecido alguna vez reacciones **alérgicas al látex**.

Embarazo y lactancia: no se debería descartar la vacunación en mujeres embarazadas cuando exista un riesgo de exposición a la infección claramente definido. También debería evaluarse la relación beneficio/riesgo antes de tomar una decisión sobre la conveniencia o no de la vacunación durante la lactancia.

Pueden presentarse efectos adversos como reacciones locales en el lugar de la inyección (enrojecimiento, hinchazón, dolor), náuseas, cefalea, mareo, fiebre y mialgias.

LOGO/NOMBRE DE LA GERENCIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA VACUNACIÓN ANTIMENINGOCÓCICA C



Sus **riesgos personalizados**, dadas sus características son: _____

La negativa a la administración de la vacuna, siempre que no esté contraindicada, supone un riesgo de contraer la infección en caso de exposición.

Una vez leída la información entregada, conteste a todas las preguntas marcando con una X las casillas correspondientes.(a cumplimentar por el trabajador)	SI	NO	NO SABE
¿Ha tenido una reacción grave tras administración de alguna vacuna o le han contraindicado alguna vacuna?			
¿Tiene usted fiebre actualmente?			
¿Está usted o ha estado recientemente enfermo o bajo vigilancia médica por un motivo particular?			
¿Es usted alérgico a algún medicamento?			
¿Tiene o ha tenido recientemente, tuberculosis, enfermedad oncológica, neurológica o está en tratamiento por no tener su organismo defensas?			
¿Le han administrado alguna vacuna, en las últimas cuatro semanas?			
¿Si es usted una mujer, está embarazada o cree estarlo o está lactando?			
¿Tiene usted problemas con la coagulación de la sangre o toma sintrom?			

Firma del sanitario que informa:

FECHA: ___ / ___ / ___
INFORMADO Y CONFORME
Firma del Trabajador

Nombre y apellidos

He decidido **NO AUTORIZAR** que se me administre la vacuna propuesta

FECHA: ___ / ___ / ___

Firma del sanitario que informa:

Firma del Trabajador

Nombre y apellidos

He decidido **REVOCAR MI ANTERIOR AUTORIZACIÓN:**

FECHA: ___ / ___ / ___

Firma del sanitario que informa:

Firma del Trabajador

Nombre y apellidos

LOGO/NOMBRE DE LA GERENCIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA VACUNACIÓN ANTIMENINGOCÓCICA B



Una vez leída la información entregada, conteste a todas las preguntas marcando con una X las casillas correspondientes.(a cumplimentar por el trabajador)	SI	NO	NO SABE
¿Ha tenido una reacción grave tras administración de alguna vacuna o le han contraindicado alguna vacuna?			
¿Tiene usted fiebre actualmente?			
¿Está usted o ha estado recientemente enfermo o bajo vigilancia médica por un motivo particular?			
¿Es usted alérgico a algún medicamento?			
¿Tiene o ha tenido recientemente, tuberculosis, enfermedad oncológica, neurológica o está en tratamiento por no tener su organismo defensas?			
¿Le han administrado alguna vacuna, en las últimas cuatro semanas?			
¿Si es usted una mujer, está embarazada o cree estarlo o está lactando?			
¿Tiene usted problemas con la coagulación de la sangre o toma sintrom?			

Firma del sanitario que informa:

FECHA: ___ / ___ / ___
INFORMADO Y CONFORME
Firma del Trabajador

Nombre y apellidos

He decidido **NO AUTORIZAR** que se me administre la vacuna propuesta

FECHA: ___ / ___ / ___

Firma del sanitario que informa:

Firma del Trabajador

Nombre y apellidos

He decidido **REVOCAR MI ANTERIOR AUTORIZACIÓN:**

FECHA: ___ / ___ / ___

Firma del sanitario que informa:

Firma del Trabajador

Nombre y apellidos