



ANEXO I. RESUMEN VACUNACIÓN EN GRUPOS DE RIESGO (NIÑOS Y ADOLESCENTES HASTA 17 AÑOS)*

GRUPO DE RIESGO / VACUNACIÓN	Hib	Triple vírica	Varicela	Hepatitis B	Hepatitis A	VPH	Enfermedad meningocócica	Enfermedad neumocócica	Gripe	
Inmunodepresión (excepto VIH)		Contraindicada	Contraindicada							
Infección VIH	CD4 <200	TV si susceptible ¹	VVZ si susceptible ⁴	HB ²	HA	VPH ⁵	MenACWY	VNC13 + VNP23 ⁶	Anual	
	CD4 ≥200									MenACWY, MenB
Asplenia, déficit complemento, eculizumab										
Enf. renal crónica, hemodiálisis						HB ³				
Fístula LCR, implante coclear										
Sínd. Down						HB				
Enf. cardiovasculares y respiratorias crónicas ^a										VNP23 ^{6,7}
Enf. hepática crónica ^b						HB	HA			
Diabetes mellitus										
Enf. celiaca										
Enf. neurológicas y neuromusculares										
Hemofilia, trastornos crónicos coagulación ^c						HB				
Hemoglobinopatías y anemias ^d										
Obesidad mórbida										
Ant. enf. meningocócica invasiva										MenACWY, MenB
Ant. enf. neumocócica invasiva ^e								VNC13 + VNP23 ⁶		
Enf. cutánea diseminada grave										
Tto crónico con salicilatos o anticoagulantes			VVZ si susceptible						Anual	

* Ver tabla 6 para TOS, tabla 8 para TPH y tabla 11 para cáncer. Ver documento para más información. a) No incluye hipertensión arterial aislada. En asma no complicada solo gripe (VNP23 si tratamiento con corticoides orales). b) Incluye infección crónica por Hepatitis B o C. c) Incluye trastornos que requieran recepción periódica de transfusiones o hemoderivados. d) Si necesitan otros tratamientos -transfusiones periódicas, esplenectomía, corticoides...- revisar recomendaciones específicas. e) No incluye la neumonía no bacteriémica.

¹ De acuerdo calendario oficial: personas no vacunadas con anterioridad. Pauta 2 dosis.

² En caso de no responder a primera pauta de vacunación, se administrará vacuna tipo adulto (pauta 0,1,6 meses).

³ En diálisis y no vacunados, vacuna tipo adulto, si >15 años, vacuna alta carga o adyuvada. Revisión serológica 1-2 meses tras completar pauta y revacunación si fuera necesario.

⁴ De acuerdo calendario sistemático: >12 años si no ha pasado enfermedad ni vacunado previamente o nacidos después 1/01/2015. **O si fibrosis quística y >12 meses.** Pauta 2 dosis.

⁵ Tanto varones como mujeres. 3 dosis.

⁶ VNP23 está indicada a partir de los 2 años de edad.

⁷ Si fibrosis quística o cirrosis hepática: VNC13 + VNP23.

Vacunación contraindicada	Vacunación no recomendada	Vacunación recomendada	Vacunación según calendario sistemático
--------------------------------------	------------------------------	---------------------------	--