



**Colegio
Farmacéutico
de la Provincia
de La Pampa**

FEFARA
Federación Farmacéutica



**Consejo Profesional
de Farmacéuticos
de La Pampa**
(Ley 2350)

CALENDARIO NACIONAL DE VACUNACIÓN

EXCLUSIVO ZONAS DE RIESGO

VACUNA EDAD	BCG (1)	HEPATITIS B HB (2)	NEUMOCOCCO CONJUGADA (3)	QUINTUPLE PENTAVALENTE DTP-HB-Hib (4)	POLIO		ROTA VIRUS (7)	MENIN- GOCOCO (8)	GRIPE (9)	HEPATITIS A HA (10)	TRIPLE VIRAL SRP (11)	VARICELA (12)	CUÁDRUPLE O QUINTUPLE PENTAVALENTE DTP-Hib (13)	TRIPLE BACTERIANA CELULAR DTP (14)	TRIPLE BACTERIANA ACELULAR dTpa (15)	VIRUS PAPILOMA HUMANO VPH (16)	DOBLE BACTERIANA dT (17)	DOBLE VIRAL SR O TRIPLE VIRAL SRP (18)	FIEBRE AMARILLA FA (19)	FIEBRE HEMORRÁGICA ARGENTINA FHA (20)																	
	IPV (5)	OPV (6)																																			
RECIENTE NACIDO	UNICA DOSIS (A)	DOSIS NEONATAL (B)																																			
2 MESES			1ª DOSIS	1ª DOSIS	1ª DOSIS	1ª DOSIS (D)																															
3 MESES																				1ª DOSIS																	
4 MESES			2ª DOSIS	2ª DOSIS	2ª DOSIS	2ª DOSIS (E)																															
5 MESES																				2ª DOSIS																	
6 MESES				3ª DOSIS	3ª DOSIS																																
12 MESES			REFUERZO														UNICA DOSIS	1ª DOSIS																			
15 MESES								REFUERZO												UNICA DOSIS																	
15/18 MESES					1º REFUERZO															1º REFUERZO																	
18 MESES																				1ª DOSIS (L)																	
24 MESES																																					
5 / 6 AÑOS (ING. ESCOLAR)					2º REFUERZO													2ª DOSIS	2º REFUERZO																		
11 AÑOS																UNICA DOSIS			REFUERZO	DOS DOSIS (N)			REFUERZO (M)														
(A PARTIR DE 15 AÑOS)																				INICIAR O COMPLETAR ESQUEMA (I)							REFUERZO			INICIAR O COMPLETAR ESQUEMA (I)	UNICA DOSIS (N)						
ADULTOS	INICIAR O COMPLETAR ESQUEMA (C)															UNA DOSIS (G)			UNA DOSIS (J)	REFUERZO CADA 10 AÑOS		INICIAR O COMPLETAR ESQUEMA (I)															
EMBARAZADAS																				UNA DOSIS (H)											INICIAR O COMPLETAR ESQUEMA (I)						
PUERPERIO																				DOSIS ANUAL												INICIAR O COMPLETAR ESQUEMA (I)					
PERSONAL DE SALUD																																UNA DOSIS (K)			INICIAR O COMPLETAR ESQUEMA (I)		

- (1) BCG: Tuberculosis (formas invasivas)
- (2) HB: Hepatitis B.
- (3) Previene la Meningitis, Neumonía y Sepsis de Neumococo
- (4) DTP-HB- Hib: (Pentavalente) Difteria, Tétanos, Tos Convulsa, Hep. B, Haemophilus Influenzae b.
- (5) IPV: (Salk) Poliovirus inactivado.
- (6) OPV: (Sabin) Poliovirus oral.
- (7) Rotavirus.
- (8) Meningococo.
- (9) Antigripal.
- (10) HA: Hepatitis A.
- (11) SRP: (Triple Viral): Sarampión, Rubeola, Paperas.

- (12) Varicela
- (13) DTP-Hib: (Cuadruple): Difteria, Tétanos, Tos Convulsa Haemophilus influenzae b.
- (14) DTP:(Triple Bacteriana Celular) Difteria, Tétanos, Tos Convulsa.
- (15) dTpa: (Triple Bacteriana Acelular) Difteria, Tétanos, Tos Convulsa.
- (16) VPH: Virus Papiloma Humano.
- (17) dT: (Doble Bacteriana) Difteria, Tétanos.
- (18) SR: (Doble Viral): Sarampión, Rubeola.
- (19) FA: (Fiebre Amarilla).
- (20) FHA: (Fiebre Hemorrágica Argentina).

- (A) Antes de egresar de la maternidad.
- (B) En las primeras 12 horas de vida.
- (C) Vacunación universal. Si no hubiera recibido el esquema completo deberá completarlo.
En caso de tener que iniciarlo: aplicar 1ª dosis, 2ª dosis al mes de la 1ª y 3ª dosis a los 6 meses de la 1ª.
- (D) La 1ª dosis debe administrarse antes de las 14 semanas y 6 días o 3 meses y medio.
- (E) La 2ª dosis debe administrarse antes de las 24 semanas o 6 meses de vida.
- (F) Deberán recibir en la primer vacunación 2 dosis de la vacuna, separadas al menos por 4 semanas.
- (G) En cada embarazo deberán recibir la vacuna antigripal en cualquier trimestre de la gestación.
- (H) Puerperas deberán recibir vacuna antigripal si no la hubiesen recibido durante el embarazo, antes del egreso de la maternidad y hasta un máximo de 10 días después del parto.
- (I) Si no hubiere recibido 2 dosis de triple viral o 1 dosis de triple viral + 1 dosis de doble viral después del año de vida, para los nacidos después de 1965.
- (J) Aplicar dTpa en cada embarazo independiente del tiempo desde la dosis previa. Aplicar a partir de la semana 20 de gestación.
- (K) Personal de salud que asista menores de 12 meses. Revacunar cada 5 años.
- (L) Residentes en zonas de riesgo.
- (M) Residentes en zonas de riesgo, único refuerzo a los 10 años de la 1ª dosis.
- (N) Residentes o trabajadores con riesgo ocupacional, en zonas de riesgo y que no hayan recibido anteriormente la vacuna.
- (Ñ) Dos dosis separadas por intervalo mínimo de 6 meses.



**Secretaría de
Gobierno de
Salud**

