

CALENDARIO NACIONAL DE VACUNACIÓN

El Estado Nacional garantiza **VACUNAS GRATUITAS** en centros de salud y hospitales públicos de todo el país

EXCLUSIVO ZONAS DE RIESGO

| Vacunas Edad | BCG (1) | Hepatitis B | Neumococo Conjugada 13 valente (2) | Quíntuple o Pentavalente (3) | IPV (4) | Rotavirus | Meningococo ACYW | Antigripal | Hepatitis A | Triple Viral (5) | Varicela | Triple Bacteriana Celular (6) | Triple Bacteriana Acelular (7) | Virus Papiloma Humano | Doble Bacteriana (8) | Fiebre Amarilla | Fiebre Hemorrágica Argentina |
|-----------------------------|--------------------|---------------------------------------|---|------------------------------------|-------------|--------------|---------------------|------------|-------------|---------------------|---------------------------------------|--|---|-----------------------------|----------------------------|--------------------|------------------------------------|
| Recién nacido | única dosis (A) | dosis neonatal (B) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 meses | | | 1° dosis | 1° dosis | 1° dosis | 1° dosis (D) | | | | | | | | | | | |
| 3 meses | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 meses | | | 2° dosis | 2° dosis | 2° dosis | 2° dosis (E) | | | | | | | | | | | |
| 5 meses | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 meses | | | | 3° dosis | 3° dosis | | | | | | | | | | | | |
| 12 meses | | | refuerzo | | | | | | | única dosis | 1° dosis | | | | | | |
| 15 meses | | | | | | | | | | | | única dosis | | | | | |
| 15-18 meses | | | | 1° refuerzo | | | | | | | | | | | | | |
| 18 meses | | | | | | | | | | | | | | | | 1° dosis (N) | |
| 24 meses | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 años (ingreso escolar) | | | | | 1° refuerzo | | | | | | 2° dosis | 2° refuerzo | | | | | |
| 11 años | | | | | | | | | única dosis | | | | refuerzo | 2 dosis (M) | | refuerzo (O) | |
| A partir de los 15 años | | | | | | | | | | | iniciar o completar esquema (J) | | | | | única dosis (P) | única dosis (P) |
| Adultos | | iniciar o completar esquema (C) | Esquema secuencial | | | | | | | | | | | | refuerzo cada 10 años | | |
| Embarazadas | | | | | | | | | | una dosis (H) | | | una dosis (K) | | | | |
| Puerperio | | | | | | | | | | una dosis (I) | | | | | | | |
| Personal de salud | | | | | | | | | | dosis anual | | | | una dosis (L) | | | |

- (1) Previene la tuberculosis.
- (2) Previene meningitis, neumonía y sepsis por neumococo.
- (3) DTP-HB- Hib: previene Difteria, Tétanos, Tos Convulsa, Hepatitis B, Haemophilus Influenzae b.
- (4) Vacuna antipoliomielítica inactivada tipo Salk.
- (5) Previene sarampión, rubéola y paperas.
- (6) DTP previene difteria, tétanos y tos convulsa.
- (7) dTpa previene difteria, tétanos y tos convulsa.
- (8) dT previene difteria y tétanos.

- (A) Antes de egresar de la maternidad.
- (B) En los primeras 12 horas de vida.
- (C) Vacunación Universal. Si no hubiera recibido el esquema completo, deberá completarlo. En caso de tener que iniciar: aplicar 1° dosis, 2° dosis al mes de la primera y 3° dosis a los seis meses de la primera.
- (D) La 1° dosis debe administrarse antes de las catorce semanas y seis días o tres meses y medio de vida.
- (E) La 2° dosis debe administrarse antes de las veinticuatro semanas o los seis meses de vida.
- (F) Deberán recibir en la primovacuna 2 dosis de la vacuna separadas al menos por cuatro semanas.
- (G) Recomendada a personas con factores de riesgo y adultos de 65 años o más.
- (H) En cada embarazo deberán recibir la vacuna antigripal en cualquier trimestre de la gestación.
- (I) Puérperas deberán recibir vacuna antigripal si no la hubiesen recibido durante el embarazo, antes del egreso de la maternidad y hasta un máximo de diez días después del parto.

- (J) Si no hubiera recibido dos dosis de triple viral o una dosis de triple viral + 1 dosis de doble viral, después del año de vida para los nacidos después de 1965.
- (K) Aplicar dTpa en cada embarazo independientemente del tiempo transcurrido desde la dosis previa. Aplicar a partir de la semana 20 de gestación.
- (L) Personal de salud que asista menores de 12 meses. Revacunar cada 5 años.
- (M) Varones y mujeres deben recibir 2 dosis separadas por un intervalo mínimo de 6 meses.
- (N) Residentes en zonas de riesgo.
- (O) Residentes en zona de riesgo, único refuerzo a los diez años de la primera dosis.
- (P) Residentes y/o trabajadores con riesgo ocupacional en zona de riesgo y que no hayan recibido anteriormente la vacuna.



**FARMACIAS
Constitución**



**Ministerio de Salud
Argentina**

0-800-222-1002
argentina.gov.ar/salud/vacunas