

VACUNACIÓN FRENTE A HERPES ZÓSTER EN ANDALUCÍA 2026

Documento del Plan Estratégico de Vacunaciones

Fecha actualización: 16 febrero 2026

RESUMEN

- **Vacunación sistemática:** a los 65 años (nacidos/as en 1961). Rescate de los de 66 y 67 años (nacidos en 1959 y 1960) que no han iniciado o completado la pauta de 2 dosis.
- **Vacunación en personas de 18 años o más de los siguientes grupos de riesgo:**
 - Trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH), en las siguientes circunstancias:
 - Si han pasado menos de 24 meses desde el TPH.
 - Independientemente desde el tiempo transcurrido del TPH:
 - Si recibe tratamiento inmunosupresor.
 - Si desarrolla enfermedad injerto contra huésped (EICH).
 - Trasplante de órgano sólido (TOS) o en espera del mismo.
 - Hemopatías malignas, como leucemias, linfomas o trastornos linfoproliferativos crónicos, mientras no estén de alta médica por su patología.
 - Tumores sólidos en tratamiento activo con quimioterapia o que hayan recibido quimioterapia en los últimos 6 meses.
 - Tratamiento con fármacos anti-JAK.
 - Tratamiento con otros fármacos inmunomoduladores o inmunosupresores sistémicos a dosis altas/moderadas (ver lista detallada en el apartado 3).
 - Infección por VIH: independientemente del estado de inmunodepresión.
 - Antecedente de dos o más episodios de herpes zóster.
- **Preparado vacunal a emplear:** Shingrix®.
- **Pauta:** 2 dosis, separadas por al menos 2 meses.
- **Vía de administración:** intramuscular.
- **Coadministración:** se puede administrar a la vez que otras vacunas, como gripe, COVID-19, neumococo, Td, mpox, papilomavirus, meningococo B y ACWY, VRS.

1. NOVEDADES Y MENSAJES PRINCIPALES

Este documento de actualización de vacunación frente al virus del herpes zóster complementa la información incluida en la instrucción DGSPyOF-1/2026, de 26 enero 2026.

Entre las novedades y mensajes principales se encuentran:

1. Comienza la vacunación de la cohorte de personas nacidas en 1961. Se realizará rescate de personas nacidas en 1959 o 1960 que no han iniciado ni completado la pauta de vacunación.
2. Se mantienen sin cambios las indicaciones para personas de 18 años o más pertenecientes a los grupos de riesgo, aprobadas en la instrucción previa.

El herpes zóster (HZ) es una enfermedad que se produce por la reactivación del virus varicela-zóster (VVZ), que presenta una baja mortalidad, pero sus complicaciones constituyen un importante problema, sobre todo en las personas muy inmunodeprimidas.

En España, se dispone únicamente de la vacuna comercializada como Shingrix® (HZ/su) (GSK) para la prevención del HZ y de la neuralgia posherpética (NPH). Shingrix® es una vacuna inactivada que contiene la glicoproteína E como antígeno y el adyuvante AS01B. En España, por ficha técnica, tiene autorizado su uso para la prevención del HZ y la NPH en adultos (independientemente de si tienen patología de base o no) a partir de los 50 años, y en aquellos adultos a partir de 18 años que tienen condiciones de base con un mayor riesgo de HZ. Shingrix® no tiene indicación para la prevención primaria de la varicela. En pacientes seronegativos a VVZ, no sustituye a la vacuna de la varicela.

En los últimos años se ha acumulado evidencia de estudios observacionales que sugiere de forma consistente que la vacunación frente al herpes zóster se asocia con un menor riesgo posterior de demencia. Aunque la magnitud del efecto varía entre estudios y no puede asumirse todavía causalidad definitiva, algunos trabajos estiman reducciones relativas del riesgo en torno al 20-30%. Además, se han descrito posibles efectos beneficiosos adicionales a nivel inmunológico y biológico del envejecimiento, como un impacto positivo en el retraso del envejecimiento celular y una disminución de la mortalidad general en poblaciones inmunodeprimidas, si bien estos hallazgos requieren confirmación y no permiten inferir aún beneficios clínicos directos.

En Andalucía, se inició con este programa de vacunación el 23 de junio 2022, comenzando con las personas con mayor riesgo de herpes zóster grave, aquellos adultos con trasplante de progenitores hematopoyéticos. Posteriormente, de forma progresiva a lo largo de 2023, se fueron ampliando las indicaciones, hasta incluir a las personas de 18 años o más de todos los grupos de riesgo incluidos en las recomendaciones del Ministerio de Sanidad ([ANEXOS 1 y 2](#)).

En mayo de 2024 se inició la vacunación sistemática para las personas de 65 años (cohorte de nacidos en 1959) y, en marzo de 2025, se procedió a la inclusión de la cohorte de 1960. En 2026, la de 1961. Para la decisión de iniciar la vacunación sistemática en la cohorte de 65 años, se tuvieron en cuenta los estudios farmacoeconómicos realizados en nuestro medio, en la que se señala esta cohorte como la que presenta el mejor perfil de coste-efectividad.

2. VACUNACIÓN SISTEMÁTICA A LOS 65 AÑOS. RESCATE 66-67 AÑOS.

Se indica la vacunación sistemática frente a herpes zóster (Shingrix®) de todas las personas nacidas en 1961 y que, por tanto, cumplen (o han cumplido) 65 años durante 2026. También se realiza rescate de las personas nacidas en 1959 y 1960 que no hayan iniciado o completado la pauta de 2 dosis de vacunación.

La pauta recomendada es de dos dosis, separadas por al menos 2 meses, por vía intramuscular.

Se puede coadministrar con otras vacunas recomendadas en este grupo poblacional, como, por ejemplo, gripe, COVID-19 o neumococo.

Esta medida comienza a aplicarse desde febrero de 2026.

3. VACUNACIÓN EN PERSONAS DE GRUPOS DE RIESGO

Se indica la vacunación con HZ/su (Shingrix®) en **personas de 18 años o más** con alguna de las siguientes situaciones de riesgo de herpes zóster con complicaciones ([ANEXOS 1 y 2](#)):

1. **Trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH)**, en las siguientes circunstancias:
 - Si han pasado menos de 24 meses desde el TPH.
 - Independientemente desde el tiempo transcurrido del TPH:
 - Si recibe tratamiento inmunosupresor.
 - Si desarrolla enfermedad injerto contra huésped (EICH).
2. **Trasplante de órgano sólido (TOS) o en espera del mismo.**
3. **Hemopatías malignas, como leucemias, linfomas o trastornos linfoproliferativos crónicos**, mientras no estén de alta médica por su patología.
4. **Tumores sólidos en tratamiento activo con quimioterapia o que hayan recibido quimioterapia en los últimos 6 meses.**
5. **Tratamiento con fármacos anti-JAK.** Ejemplos: tofacitinib (Xeljanz®), baricitinib (Olumiant®), upadacitinib (Rinvoq®), ruxolitinib (Jakavi®), filgotinib (Jyseleka®), abrocitinib (Cibinqo®), etc.
6. **Tratamiento con otros fármacos inmunomoduladores o inmunosupresores:**

- Terapias dirigidas frente a células B (como alemtuzumab, ibritumomab, obinutuzumab, ocrelizumab, ofatumumab, rituximab, daratumumab, isatuximab, brentuximab, inotuzumab, polatuzumab, etc).
 - Anti-BLyS (como belimumab, etc).
 - Agonistas del receptor de integrina (como natalizumab, vedolizumab, etc).
 - Anticuerpos monoclonales frente al receptor de IFN-I (como anifrolumab, etc).
 - Anti-TNF-alfa (como adalimumab, certolizumab, etanercept, golimumab o infliximab, etc).
 - Moduladores de la coestimulación de células T (como abatacept o belatacept, etc).
 - Moduladores del receptor de la esfingosina-1-fosfato (como fingolimod, ozanimod, ponesimod o siponimod, etc).
 - Inhibidores de interleuquinas, como:
 - Anti-IL-6 (sarilumab, satralizumab, siltuximab, tocilizumab, etc).
 - Anti-IL-17 (ixekizumab, bimekizumab, brodalumab o secukinumab, etc).
 - Anti-IL-12/23 (ustekinumab, etc).
 - Anti-IL-23 (guselkumab, risankizumab o tildrakizumab, etc).
 - Anti-IL-1 (anakinra, canakinumab, etc).
 - Otros agentes antineoplásicos, inmunomoduladores o inmunosupresores: cladribina, elotuzumab, lenalidomida, dimetilfumarato, ciclofosfamida, ciclosporina, tacrolimus, everolimus, leflunomida, teriflunomida, etc.
 - Corticoides sistémicos, en cualquiera de las siguientes situaciones:
 - A dosis moderadas-altas (equivalente a ≥ 20 mg/día de prednisolona) durante más de 10 días en el mes previo.
 - A dosis moderadas (equivalente a ≥ 10 mg/día de prednisolona) durante más de 4 semanas en los 3 meses previos.
 - Fármacos inmunosupresores convencionales en los 3 meses previos, como metotrexato >20 mg/semana (oral o subcutáneo), azatioprina >3 mg/kg/día, 6-mercaptopurina $>1,5$ mg/kg/día o micofenolato >1 g/día.
 - Tratamientos combinados con fármacos inmunosupresores o inmunomoduladores, incluso a dosis individuales inferiores a los umbrales anteriores, administrados en los 3 meses previos, cuando la combinación pueda conferir un grado relevante de inmunosupresión (por ejemplo, prednisolona $\geq 7,5$ mg/día asociada a otro inmunosupresor, o metotrexato en combinación con leflunomida).
- 7. Infección por VIH:** independientemente del estado de inmunodepresión.
- 8. Antecedente de dos o más episodios de herpes zóster.**

4. PAUTA DE VACUNACIÓN

La pauta consiste en **2 dosis**, con un intervalo óptimo entre dosis de al menos **2 meses** (ver ANEXO 1).

Aclaraciones:

- **Intervalo mínimo.**
 - En general, se recomienda que la 2ª dosis se administre entre los 2 y 6 meses de la 1ª dosis.
 - Si bien, esta pauta admite cierta flexibilidad, puede indicarse un intervalo mínimo entre dosis de 4 semanas (con un periodo de gracia adicional de hasta 4 días) si fuera necesario. Si, por error, la 2ª dosis se administra antes de transcurrir 24 días desde la 1ª dosis, ésta se considerará no válida y se deberá administrar una dosis adicional tras 4 semanas de la última dosis, mientras que si la 2ª dosis se administra más allá de los 6 meses no será necesario administrar esta dosis adicional.
- **Intervalo en inmunodeprimidos.** En pacientes inmunodeprimidos o que van a quedar inmunodeprimidos, se puede considerar un intervalo mínimo de 4 semanas entre dosis, según criterio médico (por ejemplo, un intervalo entre dosis más corto podría evitar la vacunación durante el periodo de alta inmunosupresión).

4.1. Momento de la vacunación

Debe valorarse el momento óptimo de vacunación según la condición clínica de riesgo (ver ANEXO 1):

- **Trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH):**
 - **TPH alogénico:** se recomienda iniciar la vacunación a partir de los 6 meses del postrasplante.
 - **TPH autólogo:** se recomienda iniciar la vacunación a partir de los 3 meses postrasplante, pudiéndose considerar iniciarla a partir de los 2 meses.
- **Trasplante de órgano sólido (TOS) o en espera del mismo:**
 - **Si es antes del TOS:** debe completarse la pauta de 2 dosis un mínimo de 2 semanas antes del trasplante de órgano sólido (TOS). El intervalo óptimo es de 4 semanas.
 - **Si la pauta se inicia o completa tras el TOS:** la primera o segunda dosis respectivamente, se administrarán a partir de los 4 meses postrasplante, preferiblemente con tratamiento inmunosupresor a dosis de mantenimiento y en un momento de función estable del injerto (sin rechazo reciente).

- **Hemopatía maligna, como leucemia, linfoma u otros trastornos linfoproliferativos crónicos:** idealmente la primera dosis se administrará al menos 10 días antes de iniciar el primer ciclo de quimioterapia o cualquier tratamiento inmunosupresor. Si esto no es posible, se buscarán períodos ventana de menor inmunosupresión y estabilidad de la patología para su administración, en los que es más probable una mayor respuesta inmunitaria.
- **Tumores sólidos en tratamiento con quimioterapia (activo o en los últimos 6 meses):** idealmente se administrará la primera dosis al menos 10 días antes de iniciar el tratamiento antitumoral. Si esto no es posible, se buscarán períodos ventana de menor inmunosupresión y estabilidad de la patología para su administración, en los que es más probable una mayor respuesta inmunitaria.
- **Tratamiento con fármacos anti-JAK:** se puede administrar en cualquier momento antes o durante el tratamiento. En caso de ser candidato definitivo a este tipo de tratamiento, siempre que sea posible se recomienda completar la pauta al menos 2 semanas antes del inicio del tratamiento con anti-JAK (preferible 4 semanas antes).
- **Tratamiento con otros fármacos inmunomoduladores o inmunosupresores:** se puede administrar en cualquier momento antes o durante el tratamiento. Idealmente, siempre que sea posible se recomienda completar la pauta al menos 2 semanas antes del inicio del tratamiento inmunomodulador o inmunosupresor (preferible 4 semanas antes).
- **Infección por VIH:** si el paciente presenta $CD4 \geq 200/\mu l$ no es necesario esperar ningún periodo de tiempo para la vacunación. Si el paciente presenta $CD4 < 200/\mu l$, se valorará individualmente el momento de la vacunación. En pacientes con diagnóstico reciente y $CD4 < 200/\mu l$, se recomienda diferir temporalmente la vacunación esperando un incremento de $CD4$ en los primeros 3 meses tras el inicio del tratamiento antirretroviral, si se prevé una rápida reconstitución inmune. Por el contrario, en pacientes con VIH avanzado donde no se espere una mejoría inmunológica a corto plazo, no debe demorarse la vacunación.
- **Antecedente de dos o más episodios de herpes zóster:** la primera dosis se administrará al menos 6 meses después del último episodio. En pacientes con inmunosupresión, se recomienda iniciar la pauta tras la recuperación del episodio.

4.2. Situaciones especiales que pueden afectar o plantear dudas respecto a la pauta de vacunación

A continuación, se describen algunas situaciones especiales que pueden presentarse y plantear dudas en quiénes tienen indicación de vacunación frente a HZ con Shingrix® según el apartado 3 de esta instrucción:

- **Antecedente de vacunación frente a herpes zoster con Zostavax®:** Shingrix® puede ser administrada en personas que previamente se han vacunado frente a herpes zoster con Zostavax®. En general, se recomienda un intervalo de 5 años desde que se administró Zostavax®, aunque puede considerarse un intervalo menor a 5 años si el paciente tenía más de 70 años cuando recibió Zostavax®. Igualmente, se puede considerar un intervalo inferior (un mínimo de al menos 8 semanas) a criterio médico, por ejemplo, si retrasar la pauta vacunal con Shingrix® supone que se administre en periodos de alta inmunosupresión.
- **Antecedente de vacunación frente a varicela:** Shingrix® puede ser administrada en personas que previamente se han vacunado frente a varicela, con un intervalo mínimo de al menos 8 semanas después de la última dosis de la vacuna frente a varicela.
- **Pruebas serológicas.** Según los datos del 2º estudio de seroprevalencia realizado en España, la prevalencia de anticuerpos frente al virus de la varicela supera el 96% en la población adulta nacida antes de 2002. Por tanto, no se recomienda la realización sistemática de pruebas serológicas frente a VVZ antes o después de la vacunación frente al herpes zóster.
- **Antecedente de herpes zóster:** Shingrix® puede ser administrada en personas con antecedente de herpes zóster. Su administración es segura en cualquier momento tras haber sufrido un herpes zóster y recuperarse de la infección aguda (desaparición de las vesículas). En personas con inmunodepresión, y dado el riesgo elevado de recidiva, se recomienda iniciar la vacunación inmediatamente tras la recuperación de la fase aguda del episodio de herpes zóster. Sin embargo, aunque la evidencia es limitada, se recomienda retrasar la vacunación entre 6 y 12 meses tras la infección en las personas inmunocompetentes, con la finalidad potencial de obtener una mayor respuesta a medio plazo. No es necesario realizar serología de varicela antes o después de administrar esta vacuna.
- **Contacto reciente con persona con varicela o herpes zóster:** se puede vacunar con Shingrix® sin necesidad de esperar ningún intervalo, siempre que la persona se encuentre asintomática y no haya contraindicaciones para la vacunación, no siendo necesario retrasar la vacunación. No obstante, si se sospecha que el expuesto puede ser susceptible a la varicela, deberá valorarse la profilaxis posexposición siguiendo la instrucción de salud pública vigente.
- **Vacuna de la varicela y vacuna del herpes zóster.** La vacuna frente a herpes zóster (Shingrix®) no se debe confundir con la vacuna frente a la varicela (Varivax® o Varilrix®). La vacuna frente a varicela está recomendada por calendario de vacunación sistemático a los 15 meses y 3 años; y en la población adulta de hasta 65 años sin evidencia de inmunidad frente al virus de la varicela (esto es, sin antecedente de varicela/historia de HZ, sin antecedente de vacunación con 2 dosis de varicela, y

con serología IgG negativa contra el virus de la varicela) y siempre que no esté contraindicada. En personas con indicación de vacunación frente a herpes zóster, ésta no puede ser sustituida por la vacuna frente a varicela (Varivax® o Varilrix®).

- **Personas sin antecedente de haber pasado varicela y/o herpes zóster, que no están vacunadas con 2 dosis frente a la varicela y tienen serología negativa para el virus de la varicela zóster:** se actuará en función de si existe inmunosupresión, debido a que la vacuna frente a varicela (de virus vivos atenuados) está contraindicada en personas inmunodeprimidas:
 - **Pacientes sin condición de inmunosupresión:** se recomienda la vacunación frente a la varicela (Varivax® o Varilrix®), con pauta de dos dosis con un intervalo mínimo de 4 semanas entre dosis (en personas que viven con VIH se recomienda un intervalo óptimo de 3 meses). Posteriormente, se administrará la pauta de vacunación frente a herpes zóster con la vacuna Shingrix®.
 - **Pacientes sin condición actual de inmunosupresión pero que van a quedar inmunodeprimidos:** se valorará individualmente la vacunación frente a varicela, o al menos la administración de una dosis, si puede asegurarse que la condición de inmunosupresión sobreviene al menos 4 semanas después tras la administración de la última dosis de varicela. Posteriormente, se administrará la pauta de vacunación frente a zóster con Shingrix®.
 - **Pacientes con condición de inmunosupresión:** Pacientes inmunodeprimidos sin evidencia de inmunidad a varicela: la vacuna viva de varicela está contraindicada. Se iniciará directamente la pauta con Shingrix® para prevenir complicaciones por reactivación.

La pauta para seronegativos aplica exclusivamente si dicha serología ya es conocida por el historial clínico del paciente, recordando que no debe solicitarse de forma activa para este propósito.

En todos los supuestos en los que se recomienda iniciar la pauta de vacunación frente a zóster con Shingrix® tras recibir alguna dosis frente a varicela (Varivax® o Varilrix®) deberá tenerse en cuenta el momento de vacunación óptimo descrito en el apartado 4.1 y el intervalo mínimo de 8 semanas respecto a la última dosis de vacuna frente a varicela.

Además, dada la evidencia limitada de la vacunación frente a zóster para la prevención primaria de varicela, debe valorarse la profilaxis posexposición tras contacto de riesgo con caso de infección activa por VVZ en los términos indicados en la instrucción de salud pública vigente.

En los supuestos descritos anteriormente en los que los pacientes no han iniciado o completado la vacunación frente a varicela, se recomienda que los convivientes susceptibles al VVZ se vacunen frente a varicela.

- **Toma de antivirales:** el uso de antivirales, como aciclovir, famciclovir o valaciclovir, que son activos contra el virus de la varicela-zóster, antes, durante o después de la vacunación con Shingrix® no tienen efecto sobre ésta, ya que no es una vacuna de virus vivos, por lo que no se producen interferencias en su mecanismo de acción. En los pacientes que toman antivirales profilácticos (por ejemplo, receptores de TPH) para prevenir la infección por zóster, lo ideal es que la vacunación frente a HZ se inicie aproximadamente 2 meses antes de la interrupción de la terapia antiviral.
- **Embarazo:** se desaconseja la administración de Shingrix® durante la gestación. Ver [apartado 9](#).
- **Lactancia materna:** ver [apartado 9](#).

5. CONSERVACIÓN

La vacuna Shingrix® debe conservarse en nevera, entre 2 °C y 8 °C.

Se recomienda conservar en el embalaje original para protegerla de la luz.

No se debe congelar.

Tras la reconstitución, la vacuna se debe usar de inmediato. Si no es posible, la vacuna se puede almacenar reconstituida en nevera (entre 2 °C y 8 °C) por un máximo de 6 horas. Si se excede de ese tiempo, la vacuna debe desecharse.

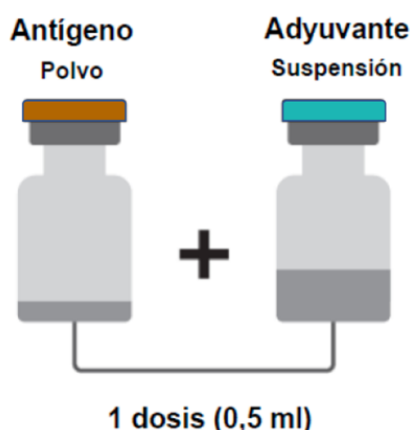
6. PRESENTACIÓN Y PREPARACIÓN

REQUIERE RECONSTITUCIÓN.

Cada unidad de Shingrix® contiene dos viales:

- Un vial con una tapa removible **marrón** que contiene el polvo (**antígeno**).
- Un vial con una tapa removible **azul-verde** que contiene la suspensión (**adyuvante**).

El polvo y la suspensión se deben reconstituir antes de la administración.



Tras la reconstitución, una dosis (0,5 ml) contiene:

- **Antígeno:** 50 microgramos de la glicoproteína E del virus de la varicela zóster, producida en células de Ovario de Hámster Chino (OHC) mediante tecnología del ADN recombinante.
- **Adyuvante:** AS01_B, que contiene: 50 microgramos de extracto de la planta *Quillaja saponaria* Molina, fracción 21 (QS-21); 50 microgramos de 3-O-desacil-4'-monofosforil lípido A (MPL) de *Salmonella Minnesota*.

Pasos a seguir:

1. Extraer con una jeringa todo el contenido del vial que contiene la suspensión (tapa removible azul verdosa).
2. Añadir todo el contenido de la jeringa al vial que contiene el polvo (tapa removible marrón).
3. Remover suavemente hasta que el polvo se disuelva por completo. No agitar bruscamente.
4. Cambiar la aguja, de manera que se use una aguja nueva para administrar la vacuna.

La vacuna reconstituida es un líquido opalescente, incoloro a marrón claro. Se debe examinar de forma visual para observar si existe alguna partícula extraña y/o variación del aspecto. Si se aprecia alguna de estas circunstancias, no administrar la vacuna.

7. VÍA DE ADMINISTRACIÓN

La vacuna Shingrix® se administra por vía intramuscular, preferiblemente en el músculo deltoides.

8. COADMINISTRACIÓN CON OTRAS VACUNAS

La vacuna Shingrix® puede administrarse en el mismo acto vacunal con otras vacunas como gripe (cualquiera de los preparados disponibles), COVID-19, neumococo conjugada (incluida la VNC20, Prevenar 20®), Td, Tdpa, mpox, papilomavirus (VPH), meningococo B y ACWY, hepatitis A y B, VRS.

En caso de no administrarse en el mismo acto vacunal, no es necesario guardar un intervalo de tiempo mínimo entre Shingrix® y las otras vacunas.

La coadministración con otras vacunas adyuvadas (ej. gripe adyuvada) puede aumentar la reactogenicidad local y sistémica. En pacientes frágiles, puede valorarse separar ambas vacunas por un intervalo mínimo de 7-14 días.

En estos casos, las vacunas deben ser administradas en lugares anatómicos diferentes. Si se van a administrar en el mismo miembro, se recomienda separar al menos 2,5 cm entre ellas.

9. CONTRAINDICACIONES Y PRECAUCIONES

Contraindicaciones

La vacuna Shingrix® está contraindicada en caso de:

- Antecedente de reacciones alérgicas graves, tales como anafilaxia, a algún principio activo o alguno de los excipientes que contiene la vacuna.
- Hipersensibilidad a dosis previa.

Precauciones

Como precaución se debe posponer la administración de Shingrix® en caso de:

- **Enfermedad aguda moderada o grave con o sin fiebre asociada:** como ocurre habitualmente con el resto de vacunas. Una infección leve no retrasaría la vacunación.
- **Trastornos de la coagulación:** se puede administrar la vacuna por vía intramuscular, siempre que no haya contraindicación médica por el riesgo de sangrado. En pacientes con hemofilia o coagulopatías graves, la vacuna debe administrarse inmediatamente después de la infusión del factor de coagulación o terapia de reemplazo. Aquellas personas con tratamiento anticoagulante crónico, incluyendo personas que reciben warfarina, con un adecuado control de INR y aquellas cuyo último control estuviese por debajo del límite superior del rango terapéutico pueden recibir la vacuna de manera intramuscular. Se debe usar una aguja fina (preferiblemente de calibre 25G) seguido de una presión firme sin frotamiento durante al menos 2 minutos. Es importante informar de la posibilidad de aparición de hematoma en el lugar de inyección.
- **Embarazo:** no hay datos sobre el uso de esta vacuna en embarazadas, y aunque los estudios en animales no sugieren efectos perjudiciales, actualmente no se aconseja la administración de la vacuna Shingrix® durante la gestación. Sin embargo, no es preciso realizar un test de embarazo previo a la vacunación en mujeres en edad fértil. Si se administrara Shingrix® a una mujer en la que no se conociese su estado de gestación, ésta debe ser informada de que en principio no se prevén riesgos asociados, ya que se trata de una vacuna inactivada, sin posibilidad de causar infección ni en la madre ni en el feto. En el caso de que sea la primera dosis la administrada, se debe considerar retrasar la segunda dosis hasta después del embarazo.

No se considera posponer la vacunación con Shingrix® en caso de:

- **Lactancia materna:** se puede administrar durante la lactancia materna, no siendo preciso suspender la misma.
- **Infección reciente por SARS-CoV-2:** no se describen contraindicaciones médicas para administrar la vacuna Shingrix®, no siendo necesario esperar un tiempo determinado.

Simplemente se recomienda posponer la vacunación hasta una vez se alcance la recuperación clínica y respetados los días de aislamiento recomendados.

10. CAPTACIÓN Y CIRCUITO PARA LA VACUNACIÓN DE LA POBLACIÓN DIANA

Para la vacunación sistemática de las personas de 65 a 67 años (nacidas en 1959, 1960 o 1961):

- Se llevará a cabo preferentemente en **Atención Primaria**. Si se da la ocasión, también se pueden vacunar en otros sitios que dispongan de la vacuna, como es a nivel hospitalario.
- Se puede realizar **captación activa** de estas personas, así como otras estrategias de captación diseñadas a nivel local.
- Se aprovechará **cualquier contacto asistencial** para la vacunación, y no sólo durante la campaña estacional de gripe-COVID, sino durante todo el año.

Para la vacunación de los pacientes de grupos de riesgo:

- **Pacientes con menor complejidad:**
 - **Personas que viven con VIH** estables y con buen control inmunológico (carga viral indetectable y CD4 ≥ 200 de forma sostenida): pueden recibir la pauta de 2 dosis **en Atención Primaria**, en coordinación y colaboración con Medicina Preventiva (especialmente en aquellos casos que no han completado el calendario vacunal por grupo de riesgo para el resto de vacunas recomendadas, y que requieren de una valoración individualizada por el servicio de Medicina Preventiva).
 - Pacientes con **antecedente de dos o más episodios de herpes zóster**: de forma general, serán vacunados en **Atención Primaria**.
 - **Pacientes de los grupos de riesgo de mayor complejidad** (resto del apartado 3)
 - Aquellos con **trasplantes, hemopatías malignas, tumores sólidos en tratamiento quimioterápico, uso de fármacos anti-JAK u otros inmunomoduladores, o con infección de VIH de reciente diagnóstico**, la vacunación frente a herpes zóster será evaluada y planificada por los **servicios de Medicina Preventiva**.
- >Se recomienda establecer circuitos de derivación entre los distintos niveles asistenciales que garanticen la valoración individualizada para maximizar el beneficio individual de los grupos de riesgo de mayor complejidad, bajo la coordinación y supervisión de los servicios de Medicina Preventiva. El médico responsable de estos pacientes en el hospital de referencia deberá derivar al paciente al servicio de Medicina Preventiva de su hospital o del hospital más accesible para el paciente según los circuitos establecidos.

- >La derivación desde Atención Primaria al servicio de Medicina Preventiva puede realizarse a través de los Servicios de Epidemiología.
- >Se recomienda realizar **captación activa** de estos pacientes, así como otras estrategias diseñadas a nivel local.

En caso de pacientes con problema de accesibilidad (inmovilizados, institucionalizados, áreas rurales...), la vacunación puede llevarse a cabo en su lugar de residencia por parte de Atención Primaria.

Las personas con consideración de mutualistas que hayan optado por el aseguramiento privado, y que tienen indicación de vacunación frente a herpes zóster, deberán seguir el procedimiento que les indiquen las entidades a las que estén adscritas dentro de la mutualidad, con los recursos de la misma para recibir dichas vacunaciones.

11. REGISTRO

Como cualquier vacuna, las dosis de Shingrix® administradas a una persona deben de ser registradas en el módulo Vacunas de su Historia Digital de DIRAYA. Este registro, previo al acto vacunal, es obligado, ya que permite conocer la trazabilidad de la vacuna administrada, la certeza de que no existen contraindicaciones para su administración, datos de población correcta o incorrectamente vacunada, así como control de stock de vacunas disponibles. Cuando se esté cumplimentando el registro, es importante primero, configurar la ficha vacunal, donde además de asociar el calendario específico de vacunación frente al herpes zóster, se añade las condiciones o factores de riesgo, que justifiquen esta vacunación, así como otras circunstancias, que permitan adaptar aún más las pautas a dicha persona. Se recuerda que las pautas son propuestas que ayudan al profesional, pero que deben ser ratificadas o modificadas por el profesional a cargo de la vacunación, que es quien tiene la decisión y la responsabilidad última de la vacunación.

12. REACCIONES ADVERSAS

La reacción local más frecuente es el dolor en el lugar de la inyección. En un 9% pueden aparecer otras reacciones locales, como enrojecimiento o hinchazón, que suelen ser transitorias y se resuelven en 2-3 días. La frecuencia de las reacciones locales no aumentó con la administración de la segunda dosis. Las reacciones sistémicas más frecuentes son mialgia, fatiga y cefalea.

Los datos de seguridad en pacientes inmunodeprimidos son similares a los de pacientes inmunocompetentes. Como no es una vacuna viva, no puede producir la enfermedad.

En los estudios realizados, no se ha observado que la vacuna desencadene episodios de rechazo del injerto en los pacientes con TOS. Para reducir los riesgos teóricos de este fenómeno, se recomienda no administrar la vacuna en los primeros 4 meses tras el trasplante.

La notificación de eventos adversos que puedan ocurrir tras la vacunación se lleva a cabo a través del Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso Humano (SEFV-H). Los profesionales de la salud pueden notificarlos en el formulario electrónico disponible en la web www.notificaRAM.es. Esta es la herramienta más útil para identificar nuevas potenciales reacciones adversas. Por ello, se recuerda a los profesionales la importancia de estas notificaciones, especialmente ante cualquier evento adverso clínicamente significativo.

Más información de interés

- **Documentación oficial de Andalucía sobre vacunación frente al herpes zóster:**

- Página web del programa de vacunación frente a herpes zóster en Andalucía.
 - <https://www.andavac.es/herpes-zoster>
- Página web del programa de vacunación frente a herpes zóster en grupos de riesgo en Andalucía.
 - <https://www.andavac.es/vacunacion-en-grupos-de-riesgo/herpes-zoster/>
- Vídeo sobre la preparación de la vacuna Shingrix®:
 - <https://cursoseasp.s3.eu-west-1.amazonaws.com/ANDAVAC/shingrix.mp4>
- Coberturas vacunales en Andalucía.
 - <https://www.andavac.es/coberturas-vacunales/#zoster>

- **Ficha técnica de la vacuna frente a herpes zóster disponible en el SAS:**

- Ficha técnica **Shingrix® (GSK)**:
 - https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/1181272001/FT_1181272001.pdf

- **Documentación oficial del Ministerio de Sanidad:**

- Grupo de trabajo de vacunación frente a herpes zóster de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, marzo 2021. Actualizado en octubre 2023. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/programasDeVacunacion/docs/HerpesZoster_RecomendacionesVacunacion.pdf
- Ministerio de Sanidad. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. 2º Estudio de Seroprevalencia en España, 2017-2018. Ministerio de Sanidad: Madrid, 2021. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/comoTrabajamos/docs/EstudioSeroprevalencia_EnfermedadesInmunoprevenibles.pdf
- Vallejo L, et al. Coste-efectividad de la vacunación frente a herpes zóster. Ministerio de Sanidad. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud; 2018. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=bdd99f55-e042-11e9-abf6-eb731501abed&idCarpeta=61e907e3-d473-11e9-9a19-e5198e027117>

- **Documentación oficial de organismos internacionales:**

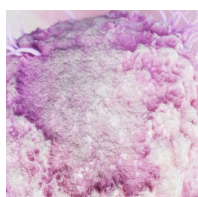
- **Otros documentos y artículos relevantes:**

- Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública y Gestión Sanitaria. Consenso sobre la vacunación frente a herpes zóster, abril 2022. Disponible en: <https://www.sempspgs.es/es/-7-Prevencion-de-la-enfermedad-a-nivel-individual/140-Consenso-de-la-SEMPSPGS-sobre-la-vacunacion-frente-a-Herpes-Zoster.htm>
- Anderson TC, et al. Use of recombinant zoster vaccine in immunocompromised adults aged ≥19 years: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices – United States, 2022. MMWR. 2022;71(3):80-4.

- Anagnostouli MC, et al. Aggressive herpes zoster in young patients with multiple sclerosis under dimethyl fumarate: significance of CD8+ and natural killer cells. *Neurol Neuroimmunol Neuroinflamm.* 2021;8(4):e1017.
- Balshi A, et al. High CD4+:CD8+ ratios with herpes zoster infections in patients with multiple sclerosis on dimethyl fumarate. *Mult Scler.* 2023;29(11-12):1465-70.
- Barghash MH, et al. Recombinant herpes zoster vaccine after heart transplantation: A single-center experience. *J Heart Lung Transplant.* 2020;39(12):1501-3.
- Baumrin E, et al. Safety and reactogenicity of the recombinant zoster vaccine after allogeneic hematopoietic cell transplantation. *Blood Adv.* 2021;5(6):1585-93.
- Bastidas A, et al. Effect of recombinant zoster vaccine on incidence of herpes zoster after autologous stem cell transplantation: A randomized clinical trial. *JAMA.* 2019;322(2):123-33. Erratum in: *JAMA.* 2019 Aug 27;322(8):785.
- Boutry C, et al. The adjuvanted recombinant zoster vaccine confers long-term protection against herpes zoster: Interim results of an extension study of the pivotal phase III clinical trials (ZOE-50 and ZOE-70). *Clin Infect Dis.* 2022;74:1459-67.
- Caldera F, et al. Patients with inflammatory bowel disease are at increased risk for complications of herpes zoster. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2025;23(2):331-340.e2.
- Camargo JF, et al. Reduced immunogenicity of the adjuvanted recombinant zoster vaccine after hematopoietic cell transplant: a pilot study. *Blood Adv.* 2020;4(19):4618-22.
- Chen YJ, et al. Herpes zoster in rheumatoid arthritis patients receiving tofacitinib, a single center experience from Taiwan. *Medicine (Baltimore).* 2020;99(41):e22504.
- Curran D, et al. Public health impact of recombinant zoster vaccine for prevention of herpes zoster in US adults immunocompromised due to cancer. *Hum Vaccin Immunother.* 2023;19(1):2167907.
- Desbiens M, et al. Cost-effectiveness and public health impact of recombinant zoster vaccine versus no herpes zoster vaccination in selected populations of immunocompromised adults in Canada. *BMC Health Serv Res.* 2025;25(1):125.
- Eyting M, et al. A natural experiment on the effect of herpes zoster vaccination on dementia. *Nature.* 2025; doi.org/10.1038/s41586-025-08800-x
- Ghaswalla PK, et al. Real-world effectiveness of the adjuvanted recombinant zoster vaccine in ≥50-year-old adults with autoimmune diseases. *J Infect Dis.* 2025;232(6):e931.
- Izurieta HS, et al. Recombinant zoster vaccine (Shingrix) real-world effectiveness in the first two years post-licensure. *Clin Infect Dis.* 2021;73(6):941-8.
- Jegede B, et al. Herpes zoster recurrence, and safety and immunogenicity of the recombinant zoster vaccine in adults aged ≥50 years with a history of herpes zoster: a phase 3, randomized controlled trial. *J Infect.* 2025 Sep;91(3):106573.
- Jiao X, et al. Effect of herpes zoster vaccine on patients after hematopoietic stem cell transplantation: a systematic review and meta-analysis. *Virol J.* 2025;22(1):54.
- Kim YJ, et al. Herpes zoster vaccination: Insights into efficacy, safety, and guidelines. *Vaccines (Basel).* 2025;13(5):477.
- Koldehoff M, et al. Cellular immune response after vaccination with an adjuvanted, recombinant zoster vaccine in allogeneic hematopoietic stem cell transplant recipients. *Vaccines.* 2022;10(5):809.
- Lazzari A, et al. Enhancing herpes zoster vaccination rates among oncology outpatients: impact of an in-house vaccination initiative. *Cancers (Basel).* 2025;17(21):3502.
- Lindemann M, et al. Prospective, longitudinal study on specific cellular immune responses after vaccination with an adjuvanted, recombinant zoster vaccine in kidney transplant recipients. *Vaccines (Basel).* 2022;10(6):844.

- L'Huillier AG, et al. Evaluation of recombinant herpes zoster vaccine for primary immunization of varicella-seronegative transplant recipients. *Transplantation*. 2021;105(10):2316-23.
- Luo Q, et al. Effects of ruxolitinib on infection in patients with myeloproliferative neoplasm: a meta-analysis. *Hematology*. 2021;26(1):663-669.
- Marra F, et al. Systematic review and meta-analysis of recombinant herpes zoster vaccine in immunocompromised populations. *Rev Med Virol*. 2024;34(6):e2600.
- Marra F, et al. Effects of herpes zoster infection, antivirals and vaccination on risk of developing dementia: a systematic review and meta-analysis. *Hum Vaccin Immunother*. 2025 Dec;21(1):2546741.
- Mok CC, et al. Prevalence and risk factors of herpes zoster infection in patients with rheumatic diseases not receiving biologic or targeted therapies. *Clin Rheumatol*. 2023;42(4):1019-26.
- Molero García JM, et al. Status of herpes zoster and herpes zoster vaccines in 2023: A position paper. *Rev Esp Quimioter*. 2023;36(3):223-235.
- Parikh R, Singer D, Chmielewski- Yee E, et al. Effectiveness and safety of recombinant zoster vaccine: A review of real-world evidence. *Hum Vaccin Immunother*. 2023;19(3):2263979.
- Parameswaran GI, et al. Increased stroke risk following herpes zoster infection and protection with zoster vaccine. *Clin Infect Dis*. 2023;76(3):e1335-e1340.
- Radcliffe C, et al. Vaccination strategies for solid organ transplant candidates and recipients: insights and recommendations. *Expert Rev Vaccines*. 2025 Dec;24(1):313-23.
- Rayens E, et al. Effectiveness and safety of the recombinant zoster vaccine in individuals ≥50 years of age with rheumatoid arthritis: a matched cohort and self-controlled case series study. *Ann Rheum Dis*. 2025 Feb 19:S0003-4967(25)00199-2.
- Shih PC, et al. Recombinant zoster vaccine reduces all-cause mortality, but not major adverse cardiovascular events, in patients with immune-mediated inflammatory diseases receiving Janus kinase inhibitors: a large-scale real-world retrospective cohort study. *J Med Virol*. 2025 Mar;97(3):e70285.
- Shu Y, et al. Post-marketing safety surveillance for the recombinant zoster vaccine (Shingrix), vaccine adverse event reporting system, United States, October 2017-April 2024. *Prev Med Rep*. 2025;50:102981.
- Sociedad Española de Reumatología (SER). Recomendaciones SER sobre vacunación en pacientes con enfermedades reumatológicas autoinmunes sistémicas. *Reumatol Clin*. 2023;19(1):10-25.
- Tang E, et al. Recombinant zoster vaccine and the risk of dementia. *Vaccine*. 2025;46:126673.
- Taquet M, et al. The recombinant shingles vaccine is associated with lower risk of dementia. *Nat Med*. 2024. doi:<https://doi.org/10.1038/s41591-024-03201-5>.
- Tartof SY, et al. Effectiveness of the adjuvanted recombinant zoster vaccine in adults ≥50 years in the United States. *Clin Infect Dis*. 2024;79(4):1044-1052.
- Tseng HF, et al. Real-world effectiveness of recombinant zoster vaccine in self-identified Chinese individuals aged ≥50 years in the United States. *Hum Vaccin Immunother*. 2024;20(1):2327145.
- Venerito V, et al. Immunogenicity and safety of adjuvanted recombinant zoster vaccine in rheumatoid arthritis patients on anti-cellular biologic agents or JAK inhibitors: a prospective observational study. *Intern J Mol Sciences*. 2023;24(8):6967.
- Williams LR, et al. Evaluating the immunogenicity, efficacy, and effectiveness of recombinant zoster vaccine for Global Public Health Policy. *Vaccines (Basel)*. 2025;13(3):250.
- Xu X, et al. Protective effects of recombinant zoster vaccine and antiviral therapy against cardiovascular disease following herpes zoster infection. *J Infect Dis*. 2025 Feb 28:jiaf105.
- Zerbo O, et al. Effectiveness of recombinant zoster vaccine against herpes zoster in a real-world setting. *Ann Intern Med*. 2024;177(2):189-195.

ANEXO 1. Indicaciones de vacunación frente a herpes zóster en Andalucía.



INDICACIONES DE VACUNACIÓN FRENTA A HERPES ZÓSTER EN ANDALUCÍA 2026

VACUNACIÓN SISTEMÁTICA

	PAUTA	COMENTARIOS
PERSONAS DE 65, 66 Y 67 AÑOS (NACIDAS EN 1961, 1960 Y 1959)	2 DOSIS SEPARADAS POR AL MENOS 2 MESES	<ul style="list-style-type: none"> A PARTIR DE FEBRERO DE 2026

VACUNACIÓN EN PERSONAS DE 18 AÑOS O MÁS CON CONDICIONES DE RIESGO

	PAUTA	COMENTARIOS
RECEPTORES DE TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS	2 DOSIS SEPARADAS POR AL MENOS 2 MESES	<ul style="list-style-type: none"> RECEPTORES DE TRASPLANTE ALOGÉNICO: A PARTIR DE 6 MESES POSTRASPLANTE RECEPTORES DE TRASPLANTE AUTÓLOGO: A PARTIR DE LOS 3 MESES POSTRASPLANTE. SE PUEDE CONSIDERAR A PARTIR DE 2 MESES
RECEPTORES DE TRASPLANTE DE ÓRGANO SÓLIDO O EN ESPERA DEL MISMO	2 DOSIS SEPARADAS POR AL MENOS 2 MESES	<ul style="list-style-type: none"> SI VACUNACIÓN PRETRASPLANTE: IDEALMENTE COMPLETAR PAUTA AL MENOS 2 SEMANAS ANTES DEL TOS (PREFERIBLEMENTE 4 SEMANAS ANTES) SI VACUNACIÓN POSTRASPLANTE: A PARTIR DE LOS 4 MESES POSTRASPLANTE, PREFERIBLEMENTE CON TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR A DOSIS DE MANTENIMIENTO Y EN UN MOMENTO DE FUNCIÓN ESTABLE DEL INJERTO (SIN RECHAZO RECIENTE)
HEMOPATÍAS MALIGNAS , COMO LEUCEMIAS, LINFOMAS O TRASTORNOS LINFOPROLIFERATIVOS CRÓNICOS	2 DOSIS SEPARADAS POR AL MENOS 2 MESES	<ul style="list-style-type: none"> ADMINISTRAR PRIMERA DOSIS AL MENOS 10 DÍAS ANTES DE INICIAR EL PRIMER CICLO DE QUIMIOTERAPIA O CUALQUIER TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR SI NO ES POSIBLE, BUSCAR PERÍODOS VENTANA DE MENOR INMUNOSUPRESIÓN Y ESTABILIDAD
TUMORES SÓLIDOS EN TRATAMIENTO ACTIVO CON QUIMIOTERAPIA O QUE HAYAN RECIBIDO QUIMIOTERAPIA EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES	2 DOSIS SEPARADAS POR AL MENOS 2 MESES	<ul style="list-style-type: none"> ADMINISTRAR PRIMERA DOSIS AL MENOS 10 DÍAS ANTES DE INICIAR EL TRATAMIENTO ANTITUMORAL SI NO ES POSIBLE, BUSCAR PERÍODOS VENTANA DE MENOR INMUNOSUPRESIÓN Y ESTABILIDAD
TRATAMIENTO CON FÁRMACOS ANTI-JAK	2 DOSIS SEPARADAS POR AL MENOS 2 MESES	<ul style="list-style-type: none"> ADMINISTRAR EN CUALQUIER MOMENTO ANTES O DURANTE EL TRATAMIENTO SE RECOMIENDA COMPLETAR PAUTA AL MENOS 2 SEMANAS ANTES DEL INICIO DEL TRATAMIENTO CON ANTI-JAK (PREFERIBLEMENTE 4 SEMANAS ANTES)
TRATAMIENTO CON OTROS FÁRMACOS INMUNOMODULADORES O INMUNOSUPRESORES	2 DOSIS SEPARADAS POR AL MENOS 2 MESES	<ul style="list-style-type: none"> ADMINISTRAR EN CUALQUIER MOMENTO ANTES O DURANTE EL TRATAMIENTO SE RECOMIENDA COMPLETAR PAUTA AL MENOS 2 SEMANAS ANTES DEL INICIO DEL TRATAMIENTO INMUNOMODULADOR O INMUNOSUPRESOR (PREFERIBLEMENTE 4 SEMANAS ANTES)
INFECCIÓN POR VIH	2 DOSIS SEPARADAS POR AL MENOS 2 MESES	<ul style="list-style-type: none"> SI CD4 ≥ 200/ML: NO ESPERAR NINGÚN PERIODO DE TIEMPO PARA LA VACUNACIÓN SI CD4 < 200/ML: VALORACIÓN INDIVIDUAL DEL MOMENTO DE LA VACUNACIÓN. PACIENTES CON DIAGNÓSTICO EN ESTADIO PRECOZ Y TRAS INICIO DE TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL, ESPERAR INCREMENTO DE CD4 EN PRIMEROS 3 MESES PARA INICIO DE VACUNACIÓN. NO DEMORAR VACUNACIÓN SI VIH AVANZADO/SIDA
HERPES ZÓSTER RECURRENTE (AL MENOS 2 EPISODIOS)	2 DOSIS SEPARADAS POR AL MENOS 2 MESES	<ul style="list-style-type: none"> ADMINISTRAR PRIMERA DOSIS AL MENOS 6 MESES DESPUÉS DEL ÚLTIMO EPISODIO EN PACIENTES CON INMUNOSUPRESIÓN, INICIAR LA PAUTA TRAS LA RECUPERACIÓN DEL EPISODIO

Más información: <https://www.andavac.es/vacunacion-en-grupos-de-riesgo/herpes-zoster/>
Fecha de actualización: 10 de febrero de 2026



ANEXO 2. Infografía sobre la vacunación frente a herpes zóster en grupos de riesgo en Andalucía



VACUNACIÓN EN GRUPOS DE RIESGO

Se indica la vacunación frente a herpes zóster en personas de 18 años o más con alguna de las siguientes situaciones:

1. Trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH), en las siguientes circunstancias:
 - Si han pasado menos de 24 meses desde el TPH.
 - Independientemente desde el tiempo transcurrido del TPH:
 - Si recibe tratamiento inmunosupresor.
 - Si desarrolla enfermedad injerto contra huésped (EICH).
2. Trasplante de órgano sólido (TOS) o en espera del mismo.
3. Hemopatías malignas, como leucemias, linfomas o trastornos linfoproliferativos crónicos, mientras no estén de alta médica por su patología.
4. Tumores sólidos en tratamiento activo con quimioterapia o que hayan recibido quimioterapia en los últimos 6 meses.
5. Tratamiento con fármacos anti-JAK.
6. Tratamiento con otros fármacos inmunomoduladores o inmunosupresores.
7. Infección por VIH.
8. Antecedente de dos o más episodios de herpes zóster.

PAUTA

➤ **Dos dosis**, separadas por al menos 2 meses.

VACUNA

➤ Vacuna frente a herpes zóster (Shingrix®)

VACUNACIÓN SISTEMÁTICA

Todas las personas de **65, 66 y 67 años** (nacidas en 1961, 1960 y 1959) con 2 dosis, separadas por al menos 2 meses.

Esta vacuna ayuda a prevenir la aparición de episodios de herpes zóster y sus posibles complicaciones.



PARA MÁS INFORMACIÓN...

➤ Consulta a tu profesional de referencia.

➤ Visita la web de ANDAVAC

<https://www.andavac.es/herpes-zoster/>

<https://www.andavac.es/vacunacion-en-grupos-de-riesgo/herpes-zoster/>







Fecha actualización: 10/02/2026