



Región de Murcia
Consejería de Salud

Dirección General de Salud
Pública y Adicciones



Programa de
vacunaciones



VACUNACION ESTACIONAL FRENTE A INFECCIONES RESPIRATORIAS (GRIPE Y COVID-19)

Temporada 2024 – 2025

Servicio de Prevención y Protección de la Salud
Dirección General de Salud Pública y Adicciones

Septiembre 2024

ÍNDICE

A.- POBLACIÓN DIANA DE LA CAMPAÑA DE VACUNACIÓN ESTACIONAL. TEMPORADA 2024-2025	7
A.1.- GRIPE Y COVID-19	7
A.1.1.- Personas con alto riesgo de complicaciones en caso de padecer una de estas infecciones.....	7
A.1.2.- Personas que pueden transmitir la enfermedad a personas con alto riesgo de complicaciones	9
A.1.3.- Trabajadores de servicios críticos y esenciales a la comunidad	9
A.2.- COVID-19 EN POBLACIÓN INFANTIL	9
A.3.- VACUNACIÓN ANTIGRIPEAL	10
B.- VACUNACION ANTIGRIPEAL. TEMPORADA 2024-2025	12
B.1.- INTRODUCCIÓN	12
B.1.1.- Vigilancia epidemiológica de la gripe. Temporada 2023-2024	14
B.1.2.- Efectividad de las vacunas	17
B.2.- OBJETIVOS	20
B.3.- INDICADORES DE EVALUACIÓN CAMPAÑA 2024-2025.....	21
B.4.- PREVISIÓN DE NECESIDADES DE VACUNA ANTIGRIPEAL	23
B.5.- CAPTACIÓN DE LA POBLACIÓN DIANA	24
B.6.- CITACIÓN	26
B.7.- DATOS TÉCNICOS DE LA VACUNA	27
B.7.1.- Composición de la vacuna antigripal recomendada para la temporada 2024-2025.....	27
B.7.2.- Tipos de vacunas.....	29
B.7.3.- Productos vacunales y vía de administración recomendados según los distintos grupos de edad.....	32
B.7.4.- Posología de la vacuna antigripal en población pediátrica	33
B.7.5.- Contraindicaciones y precauciones	33
B.7.6.- Vacuna antigripal, embarazo y puerperio.....	37

B.7.7.- Personas con alergia al huevo ³	39
B.7.8.- Infección por COVID-19 y vacunación de gripe	40
B.7.9.- Efectos adversos	41
B.7.10.- Conservación de la vacuna	42
B.7.11.- Coadministración de las vacunas antigripales	42
B.7.12.- Error en la administración de la vacuna intranasal de la totalidad de la dosis en una misma fosa nasal	44
B.8.- REGISTRO DE DOSIS	44
C.- ADMINISTRACIÓN DE DOSIS ESTACIONAL DE VACUNA ADAPTADA FRENTE A SARS-CoV-2. TEMPORADA 2024-2025	49
C.1.- INTRODUCCIÓN	49
C.1.1.- Situación epidemiológica de la temporada 2023-2024	50
C.1.2.- Protección de la vacuna monovalente adaptada de la temporada 2023-2024 frente a SARS-CoV-2	52
C.1.3.- Nuevas vacunas adaptadas autorizadas para la temporada 2024- 2025	53
C.2.- OBJETIVOS	55
C.3.- INDICADORES DE EVALUACIÓN CAMPAÑA 2024-2025	56
C.4.- PREVISIÓN DE NECESIDADES DE VACUNA FRENTE A SARS-CoV- 2	58
C.5.- CAPTACIÓN DE LA POBLACIÓN DIANA	58
C.6.- CITACIÓN	59
C.7.- DATOS TÉCNICOS DE LAS DISTINTAS VACUNAS ADAPTADAS DE ARNm	59
C.7.1.- Vacuna a utilizar para población candidata a vacunación de 12 años de edad o más	59
C.7.2.- Vacuna a utilizar para población candidata a vacunación de 5 a 11 años de edad	60
C.7.3.- Vacuna a utilizar para población candidata a vacunación de 6 a 59 meses de edad	60



Región de Murcia
Consejería de Salud

Dirección General de Salud
Pública y Adicciones



Programa de
vacunaciones



C.7.4.- Vacunación estacional frente a COVID-19, embarazo y puerperio	61
C.7.5.- Contraindicaciones y precauciones de vacunas adaptadas para la temporada 2024-2025	64
C.7.7.- Intervalos recomendables entre la administración de dosis estacional y dosis anteriormente recibidas e infección previa	65
C.7.8.- Vacunación frente a SARS-CoV-2 en población con un alto grado de inmunosupresión	66
C.7.9.- Administración y conservación de la vacuna	66
C.8.- REGISTRO DE DOSIS	68

A.- POBLACIÓN DIANA DE LA CAMPAÑA DE VACUNACIÓN ESTACIONAL. TEMPORADA 2024-2025

A.1.- GRIPE Y COVID-19

La población diana¹ es la incluida en alguno de los siguientes grupos:

A.1.1.- Personas con alto riesgo de complicaciones en caso de padecer una de estas infecciones

- Personas de 60 años o más (387.749 personas, según el censo del Instituto Nacional de Estadística de 2023 a 1 de enero de 2023).
- Personas internas en centros de discapacidad y residencias de mayores, así como otras personas institucionalizadas de manera prolongada y residentes en instituciones cerradas de 5 años o más.
- Personas de 12 a 59 años con patología crónica:
 - Enfermedades crónicas del sistema cardiovascular.
 - Enfermedades respiratorias crónicas, incluidas asma, displasia broncopulmonar, fibrosis quística y patología pulmonar confirmada tras padecimiento de COVID-19.
 - Enfermedades neurológicas y neuromusculares graves u otros trastornos que dificulten la movilización de secreciones respiratorias o aumenten el riesgo de aspiración.
 - Enfermedades metabólicas crónicas (incluyendo diabetes mellitus y Síndrome de Cushing).

¹ Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Recomendaciones de vacunación frente a gripe y COVID-19 en la temporada 2024-2025 en España. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/gripe_covid19/docs/RecomendacionesVacunacion_Gripe-Covid19.pdf

- Personas con obesidad mórbida (índice de masa corporal ≥ 40 en adultos, ≥ 35 en adolescentes o ≥ 3 DS en la infancia).
- Enfermedad renal crónica y síndrome nefrótico.
- Enfermedad hepática crónica, incluyendo alcoholismo crónico.
- Asplenia o disfunción esplénica grave.
- Hemoglobinopatías y anemias.
- Trastornos de la coagulación, hemofilia y trastornos hemorrágicos crónicos, así como receptores de hemoderivados y transfusiones múltiples.
- Cáncer y hemopatías malignas.
- Enfermedades inflamatorias crónicas.
- Inmunosupresión, tanto las primarias como las causadas por VIH o por fármacos (incluyendo tratamiento con eculizumab y otros inhibidores del complemento como ravulizumab), receptores de trasplantes² y déficit del complemento.
- Trastornos o enfermedades que conllevan disfunción cognitiva (Síndrome de Down, parálisis cerebral, demencias y otras).

En estos grupos se hará un especial hincapié en aquellas personas que precisen tratamiento médico periódico o hayan sido hospitalizadas en el año anterior por su patología de base.

- Mujeres embarazadas en cualquier trimestre de gestación y durante el puerperio (hasta los 6 meses tras el parto y que no se hayan vacunado durante el embarazo en esta temporada).

² En pacientes con antecedente de trasplante de progenitores hematopoyéticos, en caso de administrar una dosis de vacuna antigripal antes del 6º mes postrasplante, se recomienda administrar una segunda dosis a las 4 semanas. En pacientes con antecedente de trasplante de órgano sólido, se recomienda solo una dosis anualmente.

A.1.2.- Personas que pueden transmitir la enfermedad a personas con alto riesgo de complicaciones

- Personal de centros y establecimientos sanitarios y socio-sanitarios públicos y privados (tanto personal sanitario como de otras profesiones).
- Personas de, al menos, 6 meses convivientes con aquellas que tienen alto grado de inmunosupresión: en general se refiere a aquellas con trasplante de progenitores hematopoyéticos, trasplante de órgano sólido, insuficiencia renal crónica, infección por VIH con bajo recuento de CD₄ (<200 cel/mm³), algunas inmunodeficiencias primarias y sometidas a ciertas terapias inmunosupresoras. También se podrán incluir convivientes de personas mayores y con otras enfermedades de mayor riesgo, definidos con anterioridad.

A.1.3.- Trabajadores de servicios críticos y esenciales a la comunidad

Personas que trabajan en servicios públicos esenciales, con especial énfasis en los siguientes subgrupos: Fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado, con dependencia nacional, autonómica o local, así como las Fuerzas Armadas, bomberos y servicios de protección civil.

A.2.- COVID-19 EN POBLACIÓN INFANTIL

En niños y niñas con edad comprendida entre 6 meses y 11 años, ambos inclusive, se priorizará la vacunación estacional frente a COVID-19 con vacunas adaptadas a las personas con condiciones asociadas con un aumento de riesgo de enfermedad grave y sus convivientes: trasplante de progenitores hematopoyéticos, algunas inmunodeficiencias primarias y secundarias, recibir terapias inmunosupresoras, incluyendo en cáncer, enfermedades crónicas cardiovasculares graves, enfermedades crónicas respiratorias graves (incluyendo asma grave), y enfermedades neurológicas o neuromusculares

graves, así como los niños y niñas que, sin tener alguna de estas patologías, sean contactos domiciliarios de personas con inmunosupresión severa.

A.3.- VACUNACIÓN ANTIGRI PAL

Además de los grupos enumerados en el apartado A.1, se recomienda solo la vacunación antigripal a:

- Población pediátrica nacida en 2019 y años posteriores que cumplan, al menos, 6 meses durante la campaña (79.103 personas, según la base de datos poblacional PERSAN, nacidas entre 1 de enero de 2019 y 31 de julio de 2024, ya que estos últimos cumplirán los 6 meses a la finalización de la campaña).
- Personas nacidas en 2018 y años anteriores hasta los 11 años, ambos inclusive, con alguna de las patologías crónicas especificadas en el apartado A.1.
- Personas nacidas en 2018 y años anteriores hasta los 18 años, ambos inclusive, en tratamiento prolongado con ácido acetilsalicílico, por la posibilidad de desarrollar un síndrome de Reye tras la gripe. Las personas en tratamiento prolongado con salicilatos, tanto por vía oral como tópica, deberán siempre recibir **vacunas inactivadas**.
- Personas nacidas entre 1965 y 2018 con:
 - Enfermedad celíaca.
 - Portadores de implantes cocleares o en espera del mismo.
 - Fístula de líquido cefalorraquídeo.
 - Hábito tabáquico³.

³ Según la OMS, se considera persona fumadora diaria aquel que fuma cualquier producto de tabaco al menos una vez al día. También se consideran personas fumadoras quienes han fumado al menos 100 cigarrillos en su vida y aún fuman o han dejado de fumar en el año previo.

- Estudiantes en prácticas en centros sanitarios y socio-sanitarios.
- Personal de guarderías y docente de Educación Infantil, Primaria y Secundaria.
- Trabajadores expuestos directamente a aves o a cerdos en granjas o explotaciones avícolas o porcinas, de visones o a fauna silvestre (aves, jabalíes o mustélidos). Dentro de este grupo se incluyen ganaderos, veterinarios, trabajadores de granjas, cazadores, ornitólogos, agentes de medioambiente, personal de zoológicos, entre otros. La finalidad es reducir la oportunidad de una infección concomitante de virus humano y aviar o porcina, disminuyendo la posibilidad de recombinación o intercambio genético de ambos virus.

B.- VACUNACION ANTIGRIPAL. TEMPORADA 2024-2025

B.1.- INTRODUCCIÓN

Desde el año 1991 se viene realizando en la Región de Murcia, durante el otoño, la vacunación frente a la gripe, con el objetivo de minimizar los casos graves en personas con algún factor de riesgo predisponente. Las actividades se realizan conjuntamente entre el Servicio Murciano de Salud y la Dirección General de Salud Pública y Adicciones (DGSPyA) de la Consejería de Salud. El objetivo primordial es ofrecer de forma gratuita la vacunación a las personas susceptibles de padecer una gripe grave, así como a sus contactos estrechos (estableciendo un ambiente protector para los más vulnerables) para reducir la morbimortalidad y los costes socioeconómicos asociados a esta enfermedad. Desde la temporada 2021-2022, la vacunación antigripal ha coincidido con la vacunación estacional frente a COVID-19.

Desde la temporada 2012-2013, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Centro Europeo de Prevención y Control de Enfermedades (ECDC) consideran prioritaria la vacunación de toda la población de entre 6 y 59 meses de edad, por lo que distintos países de nuestro entorno han introducido la vacunación universal anual de este grupo de población. Debido a la elevada carga de enfermedad en este segmento demográfico, así como la carga asistencial que genera en el sistema sanitario. En España, la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones elaboró un documento de recomendación de vacunación antigripal en toda población pediátrica sana de 6 a 59 meses de edad, aprobado por parte de la Comisión de Salud Pública el 20 de octubre de 2022⁴. La Región de Murcia, junto con Andalucía y Galicia,

⁴ Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones 2022. Recomendaciones de vacunación frente a la

fueron las tres comunidades autónomas que implementaron esta medida en la campaña 2022-2023, siendo la Región de Murcia la única comunidad a nivel nacional que administró la vacuna atenuada intranasal en la población pediátrica de 24 a 59 meses de edad. En la temporada 2023-2024, tras un pilotaje en la campaña previa, la Región implementó la vacunación escolar antigripal con vacuna intranasal en los niños y niñas que acudían a 1º y 2º cursos de 2º ciclo de Educación Infantil (nacidos en 2019 y 2020) de todos los centros educativos, en un intento de aumentar la accesibilidad y la equidad, con resultados muy exitosos, alcanzando un 49,47 % de cobertura solo en el entorno escolar, superando en algunas áreas sanitarias el 60 % (<https://www.murciasalud.es/documents/5435832/5555205/Evaluaci%C3%B3n+campa%C3%B1a+vacunaci%C3%B3n+escolar+antigripal+2023-2024.pdf/e4332770-58f5-4824-d64e-f988755115fd?t=1719215141488>). La Región de Murcia ha sido la primera comunidad autónoma en implementar este programa, que en esta campaña 2024-2025 se va a desarrollar en otras comunidades como la Comunidad Valenciana, Andalucía, Aragón, País Vasco y Cantabria, mientras que otras como Baleares o La Rioja van a realizar un pilotaje.

Una gran parte de los pacientes con riesgo de COVID-19 grave pertenecen a grupos de riesgo en los que está indicada la vacunación antigripal¹, habiéndose evidenciado además que la mortalidad de los pacientes con COVID-19 se duplica cuando también presentan una infección por el virus de la gripe⁵.

Así que, dado que continúa la circulación del SARS-CoV-2 y la posible coinfección con el virus de la gripe y otros virus respiratorios, tiene especial

gripe en población infantil de 6 a 59 meses. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/programasDeVacunacion/docs/Recomendaciones_vacunacion_gripe_PoblacionInfantil.pdf

⁵ Iacobucci, G. Covid-19: Risk of death more than doubled in people who also had flu, English data show. BMJ 2020; 370: m3720.

importancia alcanzar las coberturas de vacunación para ambos virus marcadas en personal sanitario y socio-sanitario, personas mayores, preferentemente a partir de los 60 años de edad, así como personas con condiciones de riesgo.

Además es importante remarcar que existen evidencia científica sobre los **beneficios adicionales de la vacunación antigripal**, no solo en la prevención de la enfermedad grave, como el impacto que ha demostrado en la disminución de los ingresos por infarto agudo de miocardio, especialmente en personas hipertensas⁶. Según un meta-análisis publicado en el año 2022, la vacunación contra la gripe se asoció con un riesgo un 34 % menor de sufrir eventos cardiovasculares adversos mayores, y los individuos con síndrome coronario agudo reciente tuvieron un riesgo un 45 % menor⁷. Dado que la gripe representa un problema de salud, es fundamental informar a los pacientes de alto riesgo sobre los **beneficios cardiovasculares de la vacunación antigripal**.

B.1.1.- Vigilancia epidemiológica de la gripe. Temporada 2023-2024

En la Región de Murcia la vigilancia centinela de la infección respiratoria aguda (IRA) en hospitales se viene realizando desde la temporada 2020-2021, mientras que en la temporada 2021-2022 se incorporó la vigilancia de IRA en Atención Primaria (IRA-AP).

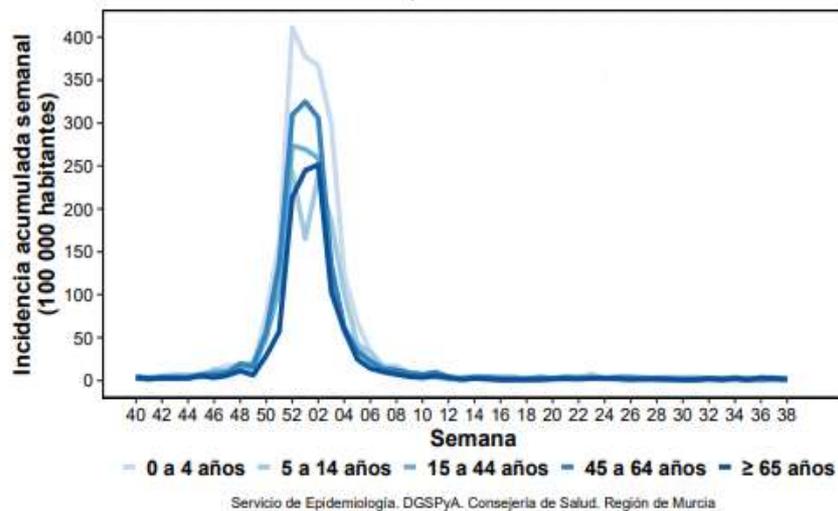
En base al sistema de vigilancia, a fecha de la elaboración de este protocolo, según los diagnósticos de IRAs en Atención Primaria, la temporada 2023-2024 fue la gripe (código CIAP R80) la que presentó el mayor pico de incidencia de todas ellas, con 270 episodios por 100.000 habitantes en la

⁶ Cheng HY, Fung E, Choi KC, Zou HJ, Chair SY. Early risk of acute myocardial infarction following hospitalization for severe influenza infection in the middle-aged population of Hong Kong. PLoS ONE. 2022; 17(8): e0272661.

⁷ Behrouzi B, Bhatt DL, Cannon CP, Vardeny O, Lee DS, Solomon SD, et al. Association of Influenza Vaccination With Cardiovascular Risk: A Meta-analysis. JAMA Netw Open. 2022 Apr 1;5(4):e228873.

semana 52/2023. Analizando este indicador según edad, tal y como se puede ver en la figura 1, los de mayor incidencia acumulada en nuestra Región fueron el grupo de 0-4 y 45-64 años, con un pico de en torno a 400 casos por cada 100.000 habitantes en las últimas semanas de 2023 y primeras de 2024⁸.

Figura 1. Incidencia acumulada de gripe (R80) por grupos de edad. Temporada 2023-2024.



Fuente. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Adicciones. Sistema de Vigilancia de Infección Respiratoria Aguda en Atención Primaria. Región de Murcia.

A nivel nacional, en la temporada 2023-2024 también se observó una actividad gripal muy intensa. Los datos a nivel nacional⁹ de síndrome gripal también evidencian que los grupos de mayor incidencia en la pasada

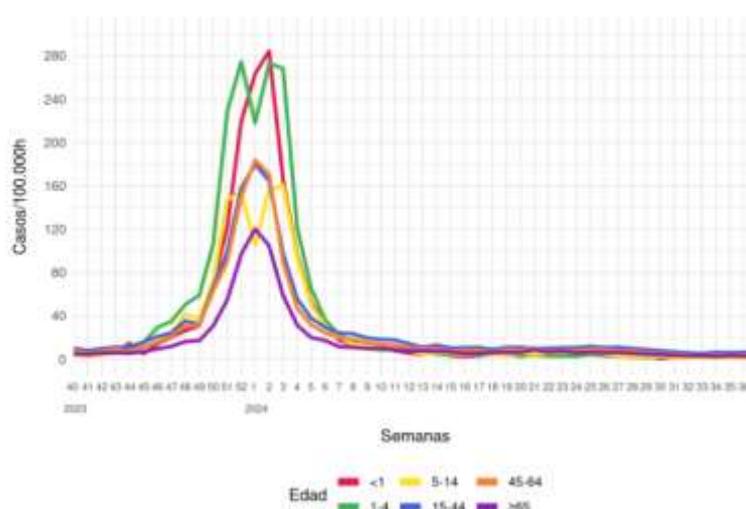
⁸ Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Adicciones. Sistema de Vigilancia de Infección Respiratoria Aguda en Atención Primaria. Región de Murcia. Temporada 2023-2024. Semana 38 (16/09/2024 – 22/09/2024). Disponible en:

<https://www.murciasalud.es/documents/128166/6016963/Temporada+2023-2024.+Informe+vigilancia+centinela+de+Infecci%C3%B3n+Respiratoria+Aguda+leve+en+Atenci%C3%B3n+Primaria+IRA-AP.pdf/f8bb35cc-9b95-db9f-106f-3742912d49eb?t=1711444096171>

⁹ CNE-CNM. ISCIII. SiVIRA (Sistema de Vigilancia de Infección Respiratoria Aguda. Vigilancia centinela de Infección Respiratoria Aguda: gripe, COVID-19 y VRS. Semana 37/2024 (del 9 de septiembre al 15 de septiembre de 2024). Disponible en: https://docsivira.isciii.es/informe_semanal_SiVIRA_202437.html#21_Vigilancia_sindr%C3%B3mica

temporada fueron los menores de 5 años (menores de 1 año y 1-4 años), seguidos del grupo de 45-64 años, con un pico de actividad en la semana 52/2023 de 447,8 casos por 100.000 habitantes (figura 2).

Figura 2. Incidencia de síndrome gripal en la temporada 2023-24, por grupos de edad. SiVIRA, temporada 2023-24.



Fuente. SiVIRA (Sistema de Vigilancia de Infección Respiratoria Aguda. Vigilancia centinela de Infección Respiratoria Aguda), Centro Nacional de Epidemiología-Centro Nacional de Microbiología, Instituto de Salud Carlos III.

Respecto a las infecciones respiratorias agudas graves (IRAG) en nuestra Región, en su componente de selección sistemática, desde la semana 40/2023 hasta la 37/2024 se registraron 364 ingresos en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. De ellos, se detectaron 59 casos de gripe tipo A (30 casos A(H1N1)pdm09, 6 tipo A (H3), y 23 tipo A no subtipado (ANS)) y 1 caso de gripe tipo B entre los 297 casos a los que se tomó muestra para este virus (20,2 % de positividad)¹⁰.

¹⁰ Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Adicciones. Vigilancia centinela de la Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG). Gripe, covid-19 y VRS. Semana 37/2024 (del 9 al 15 de septiembre de 2024). Temporada 2023-2024. Disponible en:

A escala nacional, igualmente, se evidenció una elevada tasa de hospitalización, con un pico de 16,4 hospitalizaciones por 100.000 habitantes en la semana 1/2024. El grupo de población donde se observó mayor letalidad, gravedad y carga hospitalaria fue en mayores de 60 años, sobre todo en mayores de 75 años de edad, entre los que se dan el 51 % de todas las hospitalizaciones por gripe.

En relación a los datos de vigilancia virológica disponibles en el sistema de vigilancia de las infecciones respiratorias agudas (SiVIRA) entre la semana 40/2023 y 37/2024, entre los 1.640 virus gripales identificados en casos hospitalizados a nivel nacional, 1.623 han sido de tipo A (29,7 % de AH3N2 y 70,3 % de A(H1)pdm09 entre los subtipados), con un 46,6 % de virus A no subtipado⁹.

B.1.2- Efectividad de las vacunas

La efectividad de la vacuna depende de numerosos factores, entre ellos la situación inmune basal, la edad y la concordancia de los virus circulantes con los incluidos en la vacuna en cada temporada. Debido al cambio del sistema de vigilancia a nivel nacional, la temporada de actividad gripal termina en la semana 39/2024, por lo que aún no se disponen de los datos totales de efectividad e impacto de la vacuna de la temporada 2023-2024 al inicio de la campaña de vacunación antigripal 2024-2025.

Según datos de un estudio intermedio realizado entre septiembre de 2023 y enero de 2024, se evidenció un predominio de la gripe A(H1N1)pdm09. En el mismo, se estimó de manera provisional una efectividad de la vacuna (EV) antigripal para la temporada 2023-2024 a partir de dos estudios europeos realizados en 10 países, que incluyeron datos de Atención Primaria, Atención

Hospitalaria o ambos, como en el caso de España. La EV provisional fue mayor frente a A(H1N1)pdm09 que frente a A(H3N2): La EV frente a gripe A(H1N1)pdm09 en el estudio de Atención Primaria fue del 53 % (IC 95 %: 41-63 %) y del 30 % (IC 95 %: -3-54 %) frente a la gripe A(H3N2). Para el estudio hospitalario, la EV fue del 44 % (IC 95 %: 30-55 %) y del 14 % (IC 95 %: -32-43 %), respectivamente¹¹.

Recientemente se ha publicado un estudio realizado en España durante la temporada 2023-2024 para evaluar la EV en todos los niños/as de 6 a 59 meses de edad objeto de vacunación contra la gripe estacional, mediante un diseño de casos y controles negativos con datos de vigilancia centinela. Se estimó una efectividad ajustada de la vacuna antigripal frente a cualquier tipo de gripe del 70 % (IC 95 % 51-81 %) para pacientes de Atención Primaria con IRA y del 77 % (IC 95 % 21-93 %) para pacientes hospitalizados con IRA grave. En Atención Primaria, donde la mayoría de los virus subtipados (61%; 145/237) fueron A(H1N1), la EV ajustada fue del 77 % (IC 95 % 56-88 %) frente a A(H1N1)pdm09¹².

Estos datos van en línea con lo observado en Estados Unidos. Según datos intermedios de la temporada gripal 2023-2024 en este país, en los niños y adolescentes de 6 meses a 17 años, la EV frente a gripe que precisa consulta en Atención Primaria osciló entre el 59 % y el 67 % y frente a hospitalización asociada a la gripe osciló entre el 52 % y el 61 %. Entre los adultos ≥ 18 años, la EV frente a gripe que precisó atención médica osciló entre el 33 % y el 49 % y frente a la hospitalización entre el 41 % y el 44 %. La EV frente a la gripe A

¹¹ Maurel M, Howard J, Kissling E, Pozo F, Pérez-Gimeno G, Buda S, et al. Interim 2023/24 influenza A vaccine effectiveness: VEBIS European primary care and hospital multicentre studies, September 2023 to January 2024. Euro Surveill. 2024 Feb;29(8):2400089. Disponible en: <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2024.29.8.2400089>

¹² Pérez-Gimeno G, Mazagatos C, Lorusso N, et al.. Effectiveness of influenza vaccines in children aged 6 to 59 months: a testnegative case-control study at primary care and hospital level, Spain 2023/24. Euro Surveill. 2024;29(40):pii=2400618. Disponible en: <https://www.eurosurveillance.org/docserver/fulltext/eurosurveillance/29/40/eurosurv-29-40-1.pdf?expires=1728042191&id=id&accname=guest&checksum=9797AC39D8157AE26E2E090092A208E7>

osciló entre el 46 % y el 59 % en niños y adolescentes y entre el 27 % y el 46 % en adultos, tanto que precisaron atención ambulatoria como hospitalaria. La EV contra la gripe B osciló entre el 64 % y el 89 % para la población pediátrica que precisó consulta en Atención Primaria y entre el 60 % y el 78 % para todos los adultos en todos los entornos¹³.

En relación a la vacuna de alta carga, recientemente se han publicado datos del estudio DANFLU, que es un estudio pragmático realizado en personas de 65-79 años en Dinamarca, a las cuales se las aleatorizó en la temporada 2021-2022 a recibir vacuna tetravalente de carga antigénica estándar o de alta carga, para evaluar la efectividad de la vacuna de alta carga usando registros nacionales de diagnósticos y mortalidad. Según datos de este estudio la vacuna de alta carga se asoció con menores tasas de incidencia de hospitalizaciones por neumonía o gripe en comparación con la vacuna de dosis estándar (10 frente a 33 eventos, razón de tasas de incidencia 0,30 [IC 95 % 0,14-0,64]; $p=0,002$) y hospitalizaciones por todas las causas (647 frente a 742 eventos, razón de tasas de incidencia 0,87 [IC 95 % 0,76-0,99]; $p=0,032$). Para la prevención de una hospitalización adicional por todas las causas por temporada se estimó el número necesario a vacunar en 65 (IC 95 % 35-840) personas vacunadas con alta carga en comparación con dosis estándar¹⁴. Además, la efectividad relativa de la vacuna de alta carga frente a dosis estándar fue constante frente a las hospitalizaciones por neumonía o gripe y la

¹³ Frutos AM, Price AM, Harker E, Reeves EL, Ahmad HM, Murugan V, et al. Interim Estimates of 2023-24 Seasonal Influenza Vaccine Effectiveness - United States. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2024 Feb 29;73(8):168-174. Disponible en: https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/73/wr/mm7308a3.htm?s_cid=mm7308a3_w

¹⁴ Johansen ND, Modin D, Skaarup KG, Nealon J, Samson S, Dufournet M, et al. Effectiveness of high-dose versus standard-dose quadrivalent influenza vaccine against recurrent hospitalizations and mortality in relation to influenza circulation: A post-hoc analysis of the DANFLU-1 randomized clinical trial. Clin Microbiol Infect. 2024 Jan 28:S1198-743X(24)00039-9.

mortalidad por todas las causas, independientemente del padecimiento de enfermedad cardiovascular crónica¹⁵ o enfermedad renal crónica¹⁶.

B.2.- OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL: Disminuir la morbimortalidad por gripe en la Región de Murcia, especialmente en las personas que más riesgo tienen de desarrollar una gripe grave, mediante la vacunación de la población diana (personas con factores predisponentes de gravedad, y personas que pueden transmitirlo a éstas, como son sus convivientes y profesionales sanitarios y socio-sanitarios).

OBJETIVOS OPERACIONALES:

- Obtener una cobertura en la población de 65 o más años de edad de, al menos, el 75 %.
- Obtener una cobertura en la población que cumple 60 de edad de, al menos, el 50 %.
- Obtener una cobertura en la población de 60 a 64 años de edad de, al menos, el 50 %.
- Obtener una cobertura en la población de 65 o más años de edad de residencias de personas mayores de al menos el 75 %.
- Obtener una cobertura en la población de 60 a 64 años de edad de residencias de personas mayores de al menos el 60 %.
- Obtener una cobertura en embarazadas de, al menos, el 60 %.

¹⁵ Christensen J, Johansen ND, Modin D, Janstrup KH, Nealon J, Samsø SI, et al. Relative Effectiveness of High-Dose vs. Standard-Dose Quadrivalent Influenza Vaccine in Older Adults with Cardiovascular Disease: A Prespecified Analysis of the DANFLU-1 Randomized Clinical Trial. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2024 Aug 31.

¹⁶ Bartholdy KV, Johansen ND, Janstrup KH, Modin D, Nealon J, Samson S, et al. High-Dose vs Standard-Dose Influenza Vaccine in Chronic Kidney Disease: A Secondary Analysis of DANFLU-1. *J Am Coll Cardiol*. 2024 Aug 13:S0735-1097(24)08018-5.

- Obtener una cobertura en personas con condiciones de riesgo de, al menos, el 60 %.
- Obtener una cobertura en personal sanitario de, al menos, el 75 %.
- Obtener una cobertura en personal socio-sanitario de, al menos, el 75 %.
- Obtener una cobertura en la población nacida en 2019 y años posteriores, siempre que hayan cumplido 6 meses de edad a lo largo de la campaña de vacunación de, al menos, el 50 %.

Estos objetivos están en consonancia con los establecidos para la vacunación de gripe por la OMS y por la Comisión Europea de lograr coberturas de, al menos, el 75 % en mayores de 65 años y aumentar las coberturas de vacunación en profesionales sanitarios y grupos de riesgo¹.

A todos estos objetivos se suma el objetivo de alcanzar, al menos, un 90 % de las dosis distribuidas sean registradas como administradas (índice de declaración).

B.3.- INDICADORES DE EVALUACIÓN CAMPAÑA 2024-2025

Los indicadores que se utilizan para realizar la evaluación son los que se indican en la tabla 1:

Tabla 1. Principales indicadores y objetivos de la campaña de vacunación estacional 2023-2024.

Dimensión	Indicador	Desglose
Disponibilidad de las vacunas	Nº de dosis adquiridas	Regional
	Nº de dosis distribuidas	Área de salud y ZBS
Utilización de las vacunas	Índice de declaración	Regional
Cobertura en determinados	Niños/as nacidos a partir del 1 de enero de 2019 (edad \geq 6 meses)	<ul style="list-style-type: none"> • Municipio • Área de salud y ZBS

grupos de población		• Año de nacimiento
	Niños/as nacidos entre 2019 y 2022 de 2 años de edad cumplidos escolarizados en la Región ^(*)	• Municipio • Área de salud y ZBS
	Personas que cumplen 60 años	• Municipio • Área de salud y ZBS
	Personas de 60 a 64 años	• Municipio • Área de salud y ZBS
	Personas de 65 a 74 años	• Municipio • Área de salud y ZBS
	Personas de 65 años o más	• Municipio • Área de salud y ZBS
	Usuarios/as de residencias de personas mayores o discapacitadas de 60-64 años	Regional
	Usuarios/as de residencias de personas mayores o discapacitadas de ≥65 años	Regional
	Trabajadores/as en residencias de personas mayores o discapacitadas	Regional
	Personal sanitario ^(**)	Centro de trabajo
	Embarazadas	• Municipio • Área de salud y ZBS
	Determinados grupos de riesgo (personas con diabetes e infección por VIH)	Regional
<p>(*) La campaña de vacunación escolar se evalúa separadamente.</p> <p>(**) Solo disponible para el personal hospitalario, 061 y de Servicios Centrales del Servicio Murciano de Salud.</p> <p>ZBS: Zona básica de salud.</p>		

La población de referencia por grupos de edad, tanto en el grupo de 60 o más años como en la población pediátrica candidata a vacunación es, para la evaluación por zona básica de salud, la de Tarjeta Sanitaria, y para la evaluación por municipios el último censo disponible a la fecha de realización

de la evaluación. En el caso de la campaña de vacunación escolar, la población de referencia será el censo de estudiantes escolarizados en Educación Infantil proporcionada por la Consejería de Educación.

Para el cálculo de cobertura en embarazadas la población de referencia es el número de recién nacidos de enero a julio y de noviembre a diciembre del año en que se inicia la campaña. Este dato se obtiene de la base de datos poblacional PERSAN.

La cobertura en profesionales sanitarios es la proporcionada por los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales de cada centro hospitalario, incluyendo el 061 y servicios centrales del SMS.

La cobertura en trabajadores y residentes de centros socio-sanitarios (residencias de mayores y de personas con discapacidad) se calcula teniendo en cuenta los registros realizados a través del sistema de información SansoNet y su integración con el del registro regional de vacunaciones (VACUSAN). La población de referencia será la proporcionada por el IMAS (Instituto Murciano de Acción Social) a fecha 31 de diciembre de 2024.

B.4.- PREVISIÓN DE NECESIDADES DE VACUNA ANTIGRI PAL

La previsión de dosis necesarias se ha realizado teniendo en cuenta la población estimada en los distintos grupos de población diana y las distintas vacunas destinadas a cada uno de ellos. En función de estas estimaciones, las dosis adquiridas de vacuna antigripal para la presente temporada ascienden a:

- 40.000 dosis de vacuna trivalente atenuada intranasal.
- 93.000 dosis de vacuna de inmunidad mejorada (tetraivalente adyuvada con MF59TM y tetraivalente de alta carga).
- Hasta 322.000 dosis de vacuna inactivada (tetraivalente de antígenos de superficie cultivada en huevos embrionados y de cultivo celular).

Esto hace un total de hasta **455.000 dosis disponibles de vacuna antigripal** para esta campaña, pudiendo llegar hasta **64.000 dosis más** que en la temporada anterior, en caso de ser necesario para la población diana, debido al aumento de la población pediátrica a vacunar.

B.5.- CAPTACIÓN DE LA POBLACIÓN DIANA

La captación de la población perteneciente a estos grupos se realizará a través de:

- Atención Primaria.
- Consulta de Atención Especializada.
- Servicios de Prevención de Riesgos Laborales y Servicios de Medicina Preventiva.
- Residencias de personas mayores y centros de discapacidad.
- Hogares de pensionistas y clubes de la tercera edad.
- Asociaciones y organizaciones de enfermos crónicos y otros colectivos socialmente desfavorecidos (centros de acogida, etc.).
- Portal de MurciaSalud y otras redes sociales.

El cronograma de la campaña de vacunación 2024-2025 será el siguiente:

- **30 de septiembre.** Comienzo de la vacunación antigripal en centro escolares para personas escolarizadas en cualquier curso de 1º y 2º ciclos de Educación Infantil, por tanto, nacidas entre 2019 y 2022, siempre que la tengan 2 años cumplidos (consultar protocolo específico en <https://www.murciasalud.es/documents/5435832/5555205/Protocolo+para+administraci%C3%B3n+estacional+de+vacuna+antigripal+en+los+centros+educativos.pdf/60891cb4-1dc0-5678-a2c6-21bec6c3e9e3?t=1724841289771>).

- **9 de octubre.** Comienzo de la campaña de vacunación antigripal, así como administración de dosis estacional de vacuna adaptada frente a COVID-19 en personas institucionalizadas en residencias de personas mayores y con discapacidad, así como personal socio-sanitario de las mismas.
- **14 de octubre.** Comienzo de la campaña de vacunación antigripal en el resto de los grupos de población diana, así como administración de dosis estacional de vacuna frente a COVID-19 en aquellas personas que también la tengan recomendada. También se comenzará con la vacunación antigripal de la población pediátrica nacida en 2019 y años posteriores con 6 meses de edad cumplidos que no hayan sido vacunados en el entorno escolar.
- **A lo largo del mes de diciembre,** con el descenso de la vacunación antigripal de grupos prioritarios, podrá iniciarse la vacunación de personas de los grupos no prioritarios, en caso de disponibilidad de dosis. En la actualidad, considerando la situación epidemiológica y la inmunidad adquirida por la población, no se justifica la vacunación frente a COVID-19 en personas no incluidas en los grupos diana descritos en el apartado correspondiente de este protocolo.

Pese a que la vacunación frente al neumococo ha dejado de ser estacional, se ofrecerá la vacunación antineumocócica conjugada 20-valente con una única dosis en aquellas personas en las que esté recomendada la vacunación, según el protocolo específico disponible en <https://www.murciasalud.es/documents/5435832/5539780/Protocolo+de+vacunaci%C3%B3n+antineumoc%C3%B3cica+%5BJulio+2024%5D.pdf/1fbdf9c3-cb0b-be72-7a1e-c082c8781aed?t=1722496003380>). De este modo, a partir de la fecha en la que se comience la vacunación, se podrá hacer captación activa de aquellas personas de 65 años o más de edad (nacidas en 1959 y años anteriores) no vacunadas con anterioridad frente a neumococo, o que hayan recibido una única dosis de vacuna polisacárida de 23 serotipos por debajo de

los 65 años habiendo transcurrido, al menos, 5 años desde esta dosis, así como personas institucionalizadas valorando sus antecedentes vacunales. Igualmente, se aprovechará la campaña de vacunación estacional para revisar la vacunación frente a herpes zóster de las personas nacidas en 1958, 1959 y 1944 (protocolo disponible en https://www.murciasalud.es/documents/5435832/0/Protocolo_Herpes_zoster_04012024_v2.pdf/3331c2ec-d813-2429-092b-44ec971e2dab?t=1710330318513). En caso de coincidir varias vacunas, está recomendada la coadministración junto con la vacuna antigripal y la dosis estacional de vacuna frente a COVID-19.

B.6.- CITACIÓN

Las vías disponibles para la citación de las personas **con asistencia sanitaria por parte del Servicio Murciano de Salud** dependerán de su grupo de edad y la presencia o no de patología de base, según se indica:

- Las personas de 60 años o más (nacidos en 1964 y años anteriores), candidatos a vacunación antigripal y dosis estacional de vacuna adaptada frente a COVID-19, podrán solicitar cita web y a través de la app de cita previa o Portal del paciente, de manera telefónica o en el mostrador de su centro de salud, cuando se abra la posibilidad de citación al inicio de la campaña.
- Para aquellos niños y niñas nacidos en los años 2019 a 2023 no vacunados en el entorno escolar frente a la gripe, a partir del inicio de la campaña de vacunación en los centros de salud (el 14 de octubre), sus progenitores/tutores legales podrán solicitar cita web (incluyendo aplicaciones para teléfono móvil de cita previa del Servicio Murciano de Salud y app del Portal del paciente), telefónica o en el mostrador de su centro de salud para la administración de la vacuna antigripal. La población candidata a vacunación de este grupo de edad nacidos en los primeros

meses de 2024 solo podrán solicitar cita telefónica o en el mostrador de su centro de salud, dado que la cita web se abre para años completos de nacimiento.

- Las personas menores de 60 años que precisen vacunación antigripal y dosis estacional de vacuna frente a SARS-CoV-2 por patología de base o por pertenecer a algún grupo prioritario para vacunación solo podrán solicitar cita por vía telefónica o en el mostrador del centro de salud.

Todas aquellas personas que sean **mutualistas o tengan seguro privado**, deberán ponerse en contacto con la clínica privada correspondiente para la solicitud de cita previa tanto la vacunación antigripal como contra la COVID-19. Esto se aplica independientemente de su edad y la indicación de la vacunación.

Adicionalmente, cualquier persona **residente en el municipio de Murcia**, independientemente de su tipo de aseguramiento, podrá solicitar cita previa para ambas vacunaciones en el punto de vacunación de Servicios Municipales de Salud del Ayuntamiento de Murcia.

Aquellas personas que no pertenezcan a grupos prioritarios de vacunación antigripal, en caso de disponibilidad de dosis, podrán solicitar cita a la finalización de la campaña.

B.7.- DATOS TÉCNICOS DE LA VACUNA

B.7.1.- Composición de la vacuna antigripal recomendada para la temporada 2024-2025

Desde el inicio de la pandemia por SARS-CoV-2 en marzo de 2020, el linaje B/Yamagata ha dejado de circular. Por tanto, en base a las recomendaciones de la OMS de composición de la vacuna antigripal para su utilización en el

hemisferio norte¹⁷, ésta será en función del tipo de vacuna la que se indica a continuación. Este año la vacuna atenuada será trivalente, dado la ausencia de circulación del linaje B/Yamagata, mientras que, a pesar de esto, las demás serán tetravalentes. Posteriormente, en los próximos años se realizará un cambio de todas las vacunas tetravalentes a trivalentes.

La vacuna trivalente atenuada producida a partir de huevos embrionados recomendada para esta temporada 2024-2025 que se va a administrar en la Región de Murcia deberá contener los siguientes componentes:

- cepa análoga a A/Victoria/4897/2022 (H1N1)pdm09.
- cepa análoga a A/Thailand/8/2022 (H3N2).
- cepa análoga a B/Austria/1359417/2021 (linaje B/Victoria).

No se van a disponer en esta temporada de vacunas trivalentes inactivadas producidas a partir de huevos embrionados ni a partir de cultivos celulares.

Las vacunas tetravalentes inactivadas producidas a partir de huevos embrionados a utilizar en la Región de Murcia para esta temporada 2024-2025 incluirán, además de las citadas, la cepa análoga a B/Phuket/3073/2013 (linaje B/Yamagata).

Las producidas a partir de cultivos celulares incluirán:

- cepa análoga a A/Wisconsin/67/2022 (H1N1)pdm09
- cepa análoga a A/Massachusetts/18/2022 (H3N2)
- cepa análoga a B/Austria/1359417/2021 (linaje B/Victoria).
- cepa análoga a B/Phuket/3073/2013 (linaje B/Yamagata).

¹⁷ WHO. Recommendations announced for influenza vaccine composition for the 2024-2025 northern hemisphere influenza season. World Health Organization, feb 2024. Disponible en: [https://www.who.int/news/item/23-02-2024-recommendations-announced-for-influenza-vaccine-composition-for-the-2024-2025-northern-hemisphere-influenzaseason#:~:text=For%20quadrivalent%20egg%2D%20or%20cell,Yamagata%20lineage\)%2Dlike%20viruspon](https://www.who.int/news/item/23-02-2024-recommendations-announced-for-influenza-vaccine-composition-for-the-2024-2025-northern-hemisphere-influenzaseason#:~:text=For%20quadrivalent%20egg%2D%20or%20cell,Yamagata%20lineage)%2Dlike%20viruspon)

Con respecto a la temporada anterior, se han producido el siguiente cambio en la composición de las vacunas para esta temporada 2024-2025: el componente A(H3N2), que anteriormente era la cepa análoga A/Darwin/9/2021 (H3N2) se ha sustituido por la cepa análoga a A/Thailand/8/2022 (H3N2) en las vacunas producidas a partir de huevos embrionados y por la cepa análoga a A/Massachusetts/18/2022 (H3N2) en las vacunas de cultivos celulares, además de que la vacuna atenuada intranasal pasa a ser una vacuna trivalente, sin linaje B/Yamagata, dado la ausencia de circulación del mismo.

B.7.2.- Tipos de vacunas

- Vacuna trivalente de virus vivos atenuados intranasal (Fluenz®): está aprobada por ficha técnica para ser utilizadas en niños y adolescentes de entre 2 y 17 años de edad. Sin embargo, su empleo va a estar limitado a los niños y niñas que se vacunen por edad nacidos en 2019 y años posteriores, siempre que tengan cumplidos los 2 años, así como las personas con condiciones de riesgo en los que no esté contraindicada la vacuna atenuada hasta los 17 años de edad, inclusive. En su composición presenta como excipientes: sacarosa, hidrógenofosfato de potasio, dihidrógenofosfato de potasio, gelatina (porcina, tipo A), clorhidrato de arginina, monohidrato de glutamato monosódico y agua para inyección. También, cada dosis de Fluenz® puede contener cantidades residuales de proteínas del huevo (por ejemplo, ovoalbúmina, en menos de 0,024 µg por dosis de 0,2 ml) y gentamicina. Viene en presentaciones de 0,2 ml de suspensión para pulverización nasal en un aplicador nasal de un solo uso en un tamaño de envase de 1 o 10 unidades.
- Vacuna tetravalente inactivada de antígenos de superficie (Influvac Tetra®): está aprobada para ser utilizadas en adultos y niños/as a partir de los 6 meses de edad. En su composición, presenta como excipientes: cloruro de potasio, potasio dihidrógeno fosfato, fosfato disódico dihidrato, cloruro de

sodio, cloruro de calcio dihidrato, cloruro de magnesio hexahidrato y agua para inyecciones. Puede contener trazas de huevo (tales como ovoalbúmina, proteínas de pollo), formaldehído, bromuro de cetiltrimetilamonio, polisorbato 80 o gentamicina, que son utilizados durante el proceso de fabricación. No presenta antibióticos. Se trata de una suspensión inyectable presentada en jeringas precargadas de vidrio tipo I que puede venir en envases con 1 o 10 jeringas.

- Vacuna tetravalente de cultivo celular (Flucelvax Tetra®): está aprobada para ser utilizada por adultos y niños a partir de los 2 años de edad. No puede presentar trazas de huevo ya que están desarrolladas a partir de cultivos celulares. En su composición presenta como excipiente cloruro de sodio, cloruro de potasio, cloruro de magnesio hexahidrato, fosfato disódico dihidrato, dihidrógenofosfato de potasio y agua para preparaciones inyectable. Puede contener trazas de beta-propiolactona, bromuro de cetiltrimetilamonio y polisorbato 80. No contiene trazas de ningún antibiótico. La presentación está disponible en envases de 1 o 10 jeringas precargadas con o sin aguja.
- Vacuna tetravalente inactivada de antígenos de superficie de alta carga (Efluelda HD®): está aprobada por ficha técnica para ser administrada en personas de 60 años o más de edad. Sin embargo, su empleo va a la población institucionalizada de 60 años o más de edad, mientras que para población no institucionalizada su empleo queda reservado a personas de 75 años o más de edad. Se trata de una vacuna tetravalente de alta carga (60 µg de hemaglutinina por cepa). En su composición presenta como excipientes: cloruro sódico, fosfato sódico monobásico, fosfato sódico dibásico, agua para preparaciones inyectables y octoxinol-9. Efluelda HD® puede contener trazas de huevo, como la ovoalbúmina y formaldehído, utilizados en el proceso de fabricación. Viene en presentaciones de 0,7 ml de suspensión en jeringa precargada en envases de 1 jeringa.



Región de Murcia
Consejería de Salud

Dirección General de Salud
Pública y Adicciones



Programa de
vacunaciones



- Vacuna tetravalente adyuvada de antígenos de superficie purificados del virus (FLUAD Tetra®): utiliza un adyuvante en forma de suspensión oleosa (MF59C.1) que aumenta la inmunogenicidad vacunal en personas de edad. Por ficha técnica, está limitado su empleo a personas de 50 años o más. Puede contener trazas de huevo, como ovoalbúmina o proteínas de pollo, kanamicina y sulfato de neomicina, formaldehído, hidrocortisona o bromuro de cetiltrimetilamonio (CTAB), que se utilizan durante el proceso de fabricación. Contiene los siguientes excipientes: cloruro sódico, cloruro potásico, dihidrógenofosfato de potasio dihidrogenado, fosfato disódico dihidratado, cloruro magnésico hexahidrato, cloruro cálcico dihidratado. La presentación disponible será de envases de 10 jeringas precargadas sin aguja.

B.7.3.- Productos vacunales y vía de administración recomendados según los distintos grupos de edad

GRUPO ETARIO	VACUNA A ADMINISTRAR	DOSIFICACIÓN	DOSIS	ADMINISTRACIÓN
POBLACIÓN NO INSTITUCIONALIZADA				
6-23 meses	Tetraivalente producida en huevo embrionado (Influvac Tetra®)	0,5 ml	1 (o 2)*	Intramuscular
Nacidos en 2019 y años posteriores con 2 años cumplidos Personas de 6 a 17 años, inclusive, con condiciones de riesgo	Trivalente atenuada de manera prioritaria (Fluenz®)	0,2 ml	1 (o 2)*	Intranasal
	En caso de contraindicación de atenuada, administrar vacunas tetraivalentes inactivadas (cultivo celular, Flucelvax Tetra®, o producida en huevo embrionado, Influvac Tetra®)	0,5 ml	1 (o 2)*	Intramuscular
18-49 años con condiciones de riesgo y 60-74 años sanos	Tetraivalente de cultivo celular (Flucelvax Tetra®) o tetraivalente producida en huevo embrionado (Influvac Tetra®)	0,5 ml	1	Intramuscular
50-74 años con condiciones de riesgo	Tetraivalente adyuvada (FLUAD Tetra®) de manera prioritaria (también se puede utilizar tetraivalente de cultivo celular, Flucelvax Tetra®, o producida en huevo embrionado, Influvac Tetra®)	0,5 ml	1	Intramuscular
≥75 años	Tetraivalente de alta carga (Efluelda HD®) de manera prioritaria (también se puede utilizar tetraivalente de cultivo celular, Flucelvax Tetra®, o producida en huevo embrionado, Influvac Tetra®)	0,7 ml alta carga 0,5 ml resto	1	Intramuscular
POBLACIÓN INSTITUCIONALIZADA				
2-59 años	Tetraivalente de cultivo celular (Flucelvax Tetra®)	0,5 ml	1	Intramuscular
≥60 años	Tetraivalente de alta carga (Efluelda HD®)	0,7 ml	1	Intramuscular

* Recibirán **solo dos dosis de vacuna** separadas por 4 semanas los niños y niñas de **6 meses a 8 años incluidos con condiciones de riesgo no vacunados en campañas anteriores.**

B.7.4- Posología de la vacuna antigripal en población pediátrica

A pesar de que en ficha técnica de las vacunas a administrar en población pediátrica se indica que la pauta es de 2 dosis la primera temporada de vacunación, con objeto de facilitar la logística en la vacunación universal y lograr mejores coberturas de vacunación se recomienda, desde el inicio de la misma en la temporada 2022-2023, la administración de una sola dosis de vacuna en todas las edades de población infantil sana, incluyendo los que se vacunan por primera vez⁴.

Sin embargo, en la población infantil de 6 meses a 8 años, ambos inclusive, con condiciones de riesgo se recomienda la administración de dos dosis separadas por 4 semanas en su primera temporada de vacunación. En las sucesivas, los niños y niñas con condiciones de riesgo recibirán una sola dosis de vacuna⁴.

B.7.5.- Contraindicaciones y precauciones

- Una reacción alérgica grave a una dosis previa de vacuna de gripe o a cualquiera de sus componentes, excepto al huevo.
- La vacuna de la gripe ha estado tradicionalmente contraindicada en personas alérgicas al huevo; sin embargo, actualmente la alergia al huevo no se considera una contraindicación, excepto la anafilaxia al mismo para la vacuna atenuada intranasal (ver punto A.7.7 para más información).

- Sólo la alergia grave (anafilaxia) a los antibióticos incluidos en las vacunas contraindica la vacunación, no así la alergia ante la administración tópica de los mismos.
- Personas con enfermedad febril (podrán vacunarse cuando hayan remitido los síntomas).
- Personas que no sean de alto riesgo y que hayan padecido Síndrome de Guillain-Barre (SGB) en las 6 semanas posteriores a una dosis previa de vacuna antigripal. Sin embargo, para la mayoría de las personas con antecedentes de SGB que tienen mayor riesgo de padecer complicaciones gripales, muchos expertos creen que los beneficios de la vacunación gripal justifican su uso ya que el padecimiento de gripe implica un mayor riesgo de presentar recaídas respecto al SGB que la vacunación^{18,19,20}.

Además de las contraindicaciones y precauciones anteriormente mencionadas, la **vacuna intranasal**, dado que se trata de una vacuna de virus vivos atenuados, presenta también las siguientes contraindicaciones:

- Inmunodeficiencia severa primaria o secundaria a tratamiento, lo que incluye leucemias agudas y crónicas, linfomas, inmunodeficiencias celulares e infección sintomática por VIH, así como toma de corticoides (al menos, 2 mg/kg/día de prednisona durante una semana o 1 mg/kg/día durante un mes o dosis equivalente).
- Tratamiento crónico con salicilatos, tanto por vía sistémica como por vía tópica. Esto es debido a la asociación del Síndrome de Reye con los

¹⁸ Tam CC, O'Brien SJ, Peterson I, Islam A, Hayward A, Rodrigues LC. Guillain-Barré syndrome and preceding infection with campylobacter, influenza and Epstein-Barr virus in the general practice research database. PLoS One 2007;2:e344.

¹⁹ Price LC. Should I have an H1N1 flu vaccination alter Guillain-Barré syndrome? BMJ. 2009;339:b3577

²⁰ Baxter R, Lewis N, Bakshi N, Vellozzi C, Klein NP; CISA Network . Recurrent Guillain-Barre Syndrome Following Vaccination. Infectious Disease Journal. 2012 Mar;54:800-4.



Región de Murcia
Consejería de Salud

Dirección General de Salud
Pública y Adicciones



Programa de
vacunaciones



salicilatos y la infección por cepas salvajes del virus influenza, con el teórico riesgo para el uso de una vacuna antigripal de virus vivos atenuados.

- Síntomas agudos de exacerbación asmática en las 72 horas anteriores a la vacunación.
- A pesar de que la vacuna atenuada intranasal se puede usar de manera segura en las personas con implante coclear, no se debe administrar en la semana previa a la cirugía del implante ni en las dos semanas posteriores a la misma, así como si hubiese evidencia de una fístula de líquido cefalorraquídeo en curso.
- Contacto de persona gran inmunodeprimida sin posibilidad de aislamiento. La vacuna intranasal es una vacuna de virus vivos atenuados, por lo que hay posibilidad de que el virus se transmita a contactos inmunodeprimidos, como personas que están recibiendo quimioterapia o que han sido recientemente trasplantados. Si el familiar inmunodeprimido no es conviviente y se puede evitar el contacto con esta persona en las 1-2 semanas después de la vacunación, no habría ningún problema en administrar esta vacuna. En cambio, en caso de que la persona inmunodeprimida conviva en el domicilio con el menor a vacunar sin posibilidad de separación entre ellos durante el período recomendado, no se podrá administrar esa vacuna. Sin embargo, hay que recordar la importancia de la vacunación de los convivientes de personas de riesgo, por lo que el menor sí que tendrá especialmente recomendada la vacunación antigripal, pero ésta tendrá que ser con la vacuna inactivada intramuscular, en la que no hay posibilidad de transmisión del virus de la gripe a inmunodeprimidos.
- Gestación.

El uso de un antivírico es una opción para prevenir la gripe para las personas de alto riesgo que tengan contraindicada la vacunación. De forma complementaria está indicado también vacunar al entorno más cercano de las personas con riesgo de complicaciones por gripe. Con respecto a las personas a las que se les administre la vacuna atenuada intranasal, existe la posibilidad de que los agentes antivirales usados frente a gripe disminuyan la efectividad de la vacuna, por lo que no se deben administrar de manera concomitante a la vacunación con vacuna intranasal atenuada, debiendo retrasarse hasta pasados los períodos indicados en la tabla 3:

Tabla 3. Períodos de interferencia entre antivirales y vacuna atenuada intranasal²¹.

Antivírico frente a gripe	Ventana estimada de potencial interferencia con la vacuna atenuada
Oseltamivir y zanamivir	48 horas antes a 2 semanas después
Peramivir	5 días antes a 2 semanas después
Baloxavir	17 días antes a 2 semanas después

En caso de administración de esta vacuna junto con alguno de los mencionados tratamientos antivirales en este período se debería considerar la administración de una dosis adicional de una vacuna inactivada.

Las vacunas de administración intramuscular que van a ser administradas en esta campaña, al ser vacunas inactivadas no están contraindicadas en situaciones de inmunosupresión natural o artificial, aunque los niveles de

²¹ Grohskopf LA, Blanton LH, Ferdinands JM, et al. Prevention and Control of Seasonal Influenza with Vaccines: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices — United States, 2023–24 Influenza Season. MMWR Recomm Rep 2023;72(No. RR-2):1–25

anticuerpos puede que no alcancen valores óptimos o que la respuesta inmunológica tenga una calidad reducida. Convendría proceder a la vacunación 2 semanas antes de iniciar un tratamiento inmunosupresor, radioterapia o una esplenectomía, siempre que sea posible.

Con respecto a las precauciones a llevar a cabo en el caso de la vacuna intranasal, no hay datos disponibles sobre la efectividad de esta vacuna en personas con congestión nasal o rinorrea importante (rinitis), tanto de etiología infecciosa como alérgica. Dado que una congestión nasal muy importante puede impedir la distribución de la vacuna en la mucosa nasofaríngea, se recomienda posponer la vacunación hasta mejoría de la misma o considerar el uso alternativo de la vacuna inactivada intramuscular.

B.7.6.- Vacuna antigripal, embarazo^{22,23} y puerperio

Las mujeres embarazadas, incluso sin otros factores de riesgo, que padezcan la gripe durante la gestación, especialmente a partir del segundo trimestre, o durante el postparto, pueden tener un riesgo aumentado de padecer complicaciones²⁴. Además, la vacunación de la madre protege al niño durante sus primeros meses de vida, período en el que la gripe puede ser más

²² WHO. Vaccines against influenza WHO position paper – November 2012. Wkly Epidemiol Rec 2012; 87: 461-76. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/241993>

²³ WHO. Global Advisory Committee on Vaccine Safety, June 2012. Wkly Epidemiol Rec 2012; 87: 281-8. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WER8730>

²⁴ Mazagatos C, Delgado-Sanz C, Oliva J, Gherasim A, Larrauri A, the Spanish Influenza Surveillance System (2018) Exploring the risk of severe outcomes and the role of seasonal influenza vaccination in pregnant women hospitalized with confirmed influenza, Spain, 2010/11-2015/16. PLoS ONE 13(8): e0200934. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0200934>

grave²⁵, sin existir ninguna vacuna autorizada por ficha técnica para la vacunación de los menores de 6 meses.

En un estudio español de las hospitalizaciones por gripe en menores de 12 meses entre las temporadas 2009-2010 y 2016-2017, se evidenció un total de 5.618 ingresos hospitalarios, con una mediana de edad de 3,05 meses, suponiendo los menores de 6 meses el 68,6 % del total de los ingresos y los menores de 2 meses el 37,1 %. De los 18 fallecimientos en menores de 12 meses en este período, los menores de 6 meses supusieron el 66,7 %²⁶. Esto no hace más que reforzar la idea de la **importancia de la vacunación de la embarazada para proteger al lactante en sus 6 primeros meses de vida**, dado que los datos a escala nacional confirman que el grupo de mayor incidencia son los menores de 1 año y con una alta hospitalización tras los grupos de edad candidatos a vacunación, **no disponiendo de ninguna vacuna autorizada por ficha técnica antes de los 6 meses**.

El óptimo resultado que logra la vacunación de la embarazada, protegiendo a la mujer y al futuro bebé durante los seis primeros meses de vida hace que la vacunación sea de la máxima importancia. La vacuna es **segura en cualquier**

²⁵ Bhat N, Wright JG, Broder KR, et al. Influenza Special Investigations Team. Influenza-associated deaths among children in the United States, 2003-2004. N Engl J Med 2005;353:2559-67. doi:10.1056/NEJMoa051721

²⁶ San Román Montero J, Gil-Prieto R, Jiménez Martínez et al. Influenza hospitalizations in children under 1 year old in Spain: the importance of maternal immunization. Hum Vaccin Immunother. 2021; 3;17(6):1853-1857. doi: 10.1080/21645515.2020.1845523.

momento de la gestación^{27,28}. Se estima una efectividad de la vacuna del 61 % en la prevención de hospitalizaciones en menores de seis meses de edad²⁹.

La vacunación también se recomienda en mujeres hasta los 6 meses tras el parto que no hayan sido vacunadas durante el embarazo. **La vacuna se considera también segura durante la lactancia.**

B.7.7- Personas con alergia al huevo³

La vacuna de la gripe ha estado tradicionalmente contraindicada en personas alérgicas al huevo; sin embargo, existe evidencia suficiente para recomendar la vacunación en personas con historia de alergia después de la exposición al huevo sin precauciones especiales, tanto las vacunas inactivadas como atenuadas. Se ha de tener en cuenta que, únicamente es posible encontrar trazas de huevo debido al proceso de fabricación, pero no como componente de la vacuna. Las precauciones deben ser similares a las tomadas ante la administración de cualquier otra vacuna.

Solo estaría contraindicada la vacuna atenuada intranasal en caso de reacciones alérgicas graves o anafilaxia al huevo o a las proteínas del huevo, no en el resto de grados de alergia, y se vacunará administrando cualquiera de las vacunas inactivadas disponibles en la campaña. En estos casos se puede consultar la actitud a seguir al Programa de Vacunaciones (Servicios Centrales:

²⁷ Moro PL, Márquez P. Reports of cell-based influenza vaccine administered during pregnancy in the Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS), 2013-2020. *Vaccine*. 2021 Jan 22;39(4):678-681.

²⁸ Moro P, Baublatt J, Lewis P, Cragan J, Tepper N, Cano M. Surveillance of Adverse Events After Seasonal Influenza Vaccination in Pregnant Women and Their Infants in the Vaccine Adverse Event Reporting System, July 2010-May 2016. *Drug Saf*. 2017 Feb;40(2):145-152.

²⁹ Instituto de Salud Carlos III. Informe de Vigilancia de la Gripe en España. Temporada 2019-2020.

Sistema de Vigilancia de la Gripe en España. Disponible en:

<https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/GRIPE/INFORMES%20ANUALES/Vigilancia%20de%20la%20Gripe%20en%20Espa%C3%B1a.%20Informe%20Temporada%202019-2020.pdf>

968362249; Servicios Municipales de Salud del Ayuntamiento de Murcia: 968247062; Servicios de Salud Pública de Cartagena: 968326676, y Lorca: 968468300), disponiendo también de documento específico en <https://www.murciasalud.es/documents/5435832/5474031/Vacunacion+antigripal+y+alergia+al+huevo.pdf/d2473ac3-dc96-cc21-820d-5cb595235d91?t=1694083708867>.

B.7.8.- Infección por COVID-19 y vacunación de gripe

No se conocen contraindicaciones médicas para vacunar a **personas que han superado la COVID-19** y, en principio, no sería necesario esperar un tiempo específico tras la enfermedad. Así mismo, **las personas en las que se recomienda la vacunación antigripal que padezcan infección activa por COVID-19 y que no requieran ingreso** hospitalario ni tratamiento inmunosupresor podrán vacunarse en caso de no presentar fiebre ni sintomatología grave o moderada. En caso de presentar sintomatología leve, se podrá proceder a la vacunación utilizando las medidas de protección recomendadas.

Los pacientes ingresados con COVID-19 pueden recibir tratamiento con corticoides a dosis elevadas y otros inmunosupresores. La inmunosupresión no es una contraindicación para vacunar frente a la gripe, excepto para la vacuna atenuada; de hecho, se considera una indicación de la vacuna antigripal inactivada. Por este motivo, pese a la contraindicación general de vacunar con enfermedad moderada o grave, se propone valorar el beneficio/riesgo de la vacunación en ingresos de larga duración por COVID-19 cuando la condición clínica lo permita.

Los pacientes que han recibido el alta hospitalaria tras un ingreso por COVID-19 y que tienen un alto riesgo de complicaciones por gripe podrán recibir la vacunación antigripal una vez que haya comenzado la campaña.

Se podrá valorar la vacunación inmediatamente antes del alta o tras el mismo. Como factores para tener en cuenta, se puede valorar la posibilidad de que no se vacune después del alta y, en el caso de haber recibido tratamiento inmunosupresor, la posibilidad de una peor respuesta a la vacunación cuanto menor tiempo trascurra desde la finalización del tratamiento. Sin embargo, no existe contraindicación para la vacunación durante dicho tratamiento inmunosupresor y tampoco se dispone de evidencia suficiente para establecer la necesidad de ningún intervalo específico desde la finalización del mismo y la vacunación antigripal con vacunas inactivadas.

B.7.9.- Efectos adversos

1. Los efectos adversos son poco frecuentes. Cuando aparecen suelen ser autolimitados y locales en el caso de las vacunas de administración intramuscular.
2. Las reacciones sistémicas tampoco son habituales (menos del 10 %), las más comunes son fiebre, malestar y mialgias, que duran 1 o 2 días. Aparecen mayoritariamente en aquellas personas no vacunadas con anterioridad. En menores de 18 años debe emplearse, en caso de presentar fiebre y malestar, paracetamol y **nunca** ácido acetil salicílico para evitar la aparición del Síndrome de Reye.
3. En el caso de la vacuna intranasal atenuada (Fluenz®), la reacción adversa observada con más frecuencia en los estudios clínicos fue la congestión nasal o rinorrea, aunque también están descritas en ficha técnica como reacciones adversas muy frecuentes la disminución del

apetito o el malestar. Estos datos de seguridad también se confirmaron con un estudio realizado en la campaña de vacunación 2022-2023 de la Región de Murcia con la vacuna Fluenz Tetra®³⁰.

Las vacunas antigripales no pueden causar la enfermedad. Las vacunas inactivadas son seguras durante el embarazo y durante la lactancia. La vacuna antigripal atenuada no está autorizada por ficha técnica en personas de 18 años o más de edad y presenta las contraindicaciones propias de una vacuna atenuada (véase apartado A.7.5).

B.7.10.- Conservación de la vacuna

Para cualquiera de las vacunas antigripales disponibles en esta campaña debe asegurarse el mantenimiento de la cadena de frío desde que se adquiere hasta que se administra la vacuna. Todas ellas deben conservarse refrigeradas entre 2 y 8°C. No deben congelarse.

B.7.11.- Coadministración de las vacunas antigripales

La vacuna antigripal puede coadministrarse con el resto de las vacunas disponibles en el calendario de vacunación a lo largo de toda la vida, así como la dosis estacional de vacuna frente a COVID-19. Las publicaciones disponibles muestran que no se ha observado una diferencia en las respuestas inmunes de ambas vacunas tras su administración conjunta o por separado ni en su efectividad. Respecto al perfil de seguridad, tampoco se

³⁰ Zornoza Moreno M, Pérez Martín JJ, Gómez Moreno MC, Valcárcel Gómez MC, Pérez Martínez M, Ternal Miñarro FI. Adverse Effects Related to Paediatric Influenza Vaccination and Its Influence on Vaccination Acceptability. The FLUTETRA Study: A Survey Conducted in the Region of Murcia, Spain. Influenza Other Respir Viruses. 2024 Jun;18(6):e13331.

han observado diferencias significativas en cuanto a la reactogenicidad local y sistémica. **La coadministración ha demostrado ser una estrategia útil para el aumento de coberturas.**

La administración de dos vacunas se puede realizar en los dos miembros superiores, en caso de administrar más de dos vacunas se habrá de dejar una separación mínima de 2,5 cm. Si, por motivo de mayor aceptabilidad, se prefiere posponer, en el adulto, la vacunación frente al neumococo y/o herpes zóster (en caso de que la persona pertenezca a población diana de vacunación de cualquiera de ellas) se puede citar con posterioridad a la persona con cualquier intervalo, pero siendo de gran importancia la citación en el momento de la vacunación estacional para no perder la oportunidad de realizar una captación activa.

Las vacunas antigripales usadas en la presente campaña de vacunación a población pediátrica sana nacida en 2019 o años posteriores que haya cumplido los 6 meses, tanto la vacuna inactivada intramuscular como la atenuada intranasal (para población de, al menos, 2 años cumplidos) se pueden administrar al mismo tiempo o con cualquier intervalo de otras vacunas usadas en población infantil, incluyendo las vacunas de virus vivos. Es por eso por lo que, durante el desarrollo de la campaña, se ofrecerá la vacunación antigripal a cualquier niño o niña de la población diana que acuda a la consulta de Enfermería. Cabe destacar que la población de **niños y niñas nacidos a partir del 1 de junio de 2021, independientemente que ya hayan cumplido 3 años, son candidatos a recibir una dosis única de vacuna antineumocócica de 20 serotipos (Prevenar 20®, anteriormente Apexxnar®), siempre que no la hayan recibido con anterioridad, dejando un intervalo mínimo de 8 semanas desde la última dosis de vacuna de 13 serotipos anteriormente recibida** (se puede consultar protocolo específico en <https://www.murciasalud.es/documents/5435832/5539780/Protocolo+de+catác>

[h-](#)

[up+de+vacunaci%C3%B3n+antineumoc%C3%B3cica+en+menores+de+36+m
eses+de+edad.pdf/fa680383-0a0f-508b-1402-](#)

[23596a71d783?t=1718796255224](#)), vacuna que podrá coadministrarse con la vacuna antigripal en su centro de salud o puesto de vacunación habitual.

B.7.12.- Error en la administración de la vacuna intranasal de la totalidad de la dosis en una misma fosa nasal

Se recomienda la administración de la vacuna intranasal en dos dosis de 0,1 ml, una en cada fosa nasal, para maximizar el área de contacto de la vacuna con las células epiteliales de la nasofaringe. A pesar de que no existen ensayos clínicos realizados con la administración de la dosis completa de 0,2 ml en una misma fosa nasal, no es necesario repetir la administración de dos dosis de 0,1 ml en cada una de las fosas nasales, ya que se considera que la dosis administrada en una única fosa nasal contiene partículas virales que inducen respuesta inmune.

B.8.- REGISTRO DE DOSIS

Las vacunas antigripales administradas deben constar en el Registro Informatizado de Vacunaciones de la Región de Murcia. La población diana se clasifica para su codificación en 7 grupos diferentes:

A: personas de 60 años o más, así como población sana nacida en 2019 y años posteriores de, al menos, 6 meses de edad.

B: menores de 60 años con patología crónica (se incluyen niños y adolescentes en tratamiento con ácido acetilsalicílico).



C: trabajadores de centros sanitarios y socio-sanitarios, tanto públicos como privados, así como estudiantes en prácticas en centros sanitarios.

D: personas que pueden transmitir la enfermedad a enfermos de alto riesgo.
Contactos familiares de personas de alto riesgo.

E: mujeres embarazadas y en los 6 meses posteriores al parto³¹.

F: trabajadores de servicios esenciales (bomberos, policías, docentes, etc.).

G: trabajadores de mataderos de aves, explotaciones avícolas o porcinas.

H: personas no incluidas en grupos de riesgo.

El sistema de registro se efectuará de diferente forma según el puesto de vacunación disponga de OMI-AP, VACUSAN o no haya forma de registro informatizado automático.

Aquellos puestos que trabajen con **OMI-AP**, registrarán la dosis de cada persona en su campo correspondiente. Este año las diferentes vacunas se codificarán de la siguiente manera:

- Efluelda HD®: código **76** y el laboratorio es Sanofi (SAN).
- FLUAD Tetra®: código **78** y el laboratorio es Seqirus (SEQ).
- Flucelvax Tetra®: código **75** y el laboratorio es Seqirus (SEQ).
- Fluenz®: código **6N** y el laboratorio es AstraZeneca (AZD).
- Influvac Tetra®: código **59** y el laboratorio es Mylan (MYL).
- Dentro de las vacunas disponibles en oficina de farmacia, también se encuentran disponibles: Fluarix Tetra®, con código de registro **59** y

³¹ Para el cálculo de cobertura en embarazadas no se hace un cruce nominal, sino que se tiene en cuenta el número total de mujeres vacunadas con la indicación personal "Embarazada" con respecto a la población de referencia del número de recién nacidos de enero a julio y de noviembre a diciembre del año en que se inicia la campaña. Es por eso que, ante varios motivos de vacunación concomitantes de una gestante, siempre se debe registrar de manera prioritaria la vacunación por la gestación.

laboratorio GSK y Vaxigrip Tetra®, con código de registro **59** y laboratorio Sanofi (SAN).

Los códigos de registro del motivo de vacunación se indican en la tabla 4, junto con los correspondientes al sistema de registro a través de VACUSAN.

Debido a que los **menores de 9 años de grupos de riesgo no vacunados en campañas anteriores frente a gripe** precisan la administración de una pauta de dos dosis de vacuna separadas por 4 semanas, como se ha indicado en el subapartado correspondiente. Por tanto, al código B (que indica que se vacuna por una condición de riesgo) habrá que añadirle 1 o 2 en función del número de dosis administrada. Es por este motivo que los productos 59, 6N y 75 podrán registrarse como 59-B1, 6N-B1 o 75-B1 en menores en los que se administre una única dosis o sea la primera dosis, así como 59-B2, 6N-B2 o 75-B2 para aquellos que precisen de la administración de una segunda dosis por pertenecer a grupo de riesgo y no haberse vacunado con anterioridad.

Aquellos puestos que trabajen con **VACUSAN**, las diferentes vacunas se codificarán con los siguientes códigos de producto

- FLUAD Tetra®: QFLD.
- Flucelvax Tetra®: QFLC.
- Fluenz®: AFLT.
- Influvac Tetra®: YINC.
- Efluelda HD®: SELZ.
- Dentro de las vacunas disponibles en oficina de farmacia, también se encuentran disponibles: Fluarix Tetra®, con código 59 GSK y Vaxigrip Tetra®, con código 59 SAN.

Las indicaciones personales en VACUSAN, así como las de OMI-AP se especifican en la tabla 4.

Tabla 4. Códigos de indicaciones personales en OMI-AP y VACUSAN.

MOTIVO DE VACUNACIÓN	CÓDIGO OMI-AP	CÓDIGO VACUSAN
≥60 años y nacidos en 2019 y años posteriores de, al menos, 6 meses de edad	A	125
<60 años patología crónica	B	126
Sanitarios	C	104
Convivientes y cuidadores de grupo de riesgo	D	35
Embarazada ³¹	E	138
Trabajadores esenciales	F	163
Trabajadores con aves y cerdos	G	119
No incluidos en grupos de riesgo	H	94

El número de orden por defecto será 1. Sin embargo, debido a que los menores de 9 años de grupos de riesgo no vacunados con anterioridad frente a gripe precisan la administración de una pauta de dos dosis de vacuna separadas por 4 semanas, en estas personas, el número de orden será 1 o 2. En cambio, en la población pediátrica sana nacida en 2018 y años posteriores siempre que haya cumplido 6 meses, independientemente de su vacunación o no en temporadas previas, el número de orden será siempre 1, correspondiente a la única dosis que deben recibir esta temporada.

En caso de no ser posible registro por ninguno de estos dos medios, el registro se realizará por una **plantilla específica de Excel** (disponible en <https://www.murciasalud.es/web/vacunacion/registro-de-vacunas>), que permitirá la carga de los datos de vacunación en el Registro Regional de

Vacunaciones. La plantilla se remitirá cifrada por correo electrónico a vacunas@carm.es, a la que se podrá solicitar asimismo el modelo de plantilla.

C.- ADMINISTRACIÓN DE DOSIS ESTACIONAL DE VACUNA ADAPTADA FRENTE A SARS-CoV-2. TEMPORADA 2024-2025

C.1.- INTRODUCCIÓN

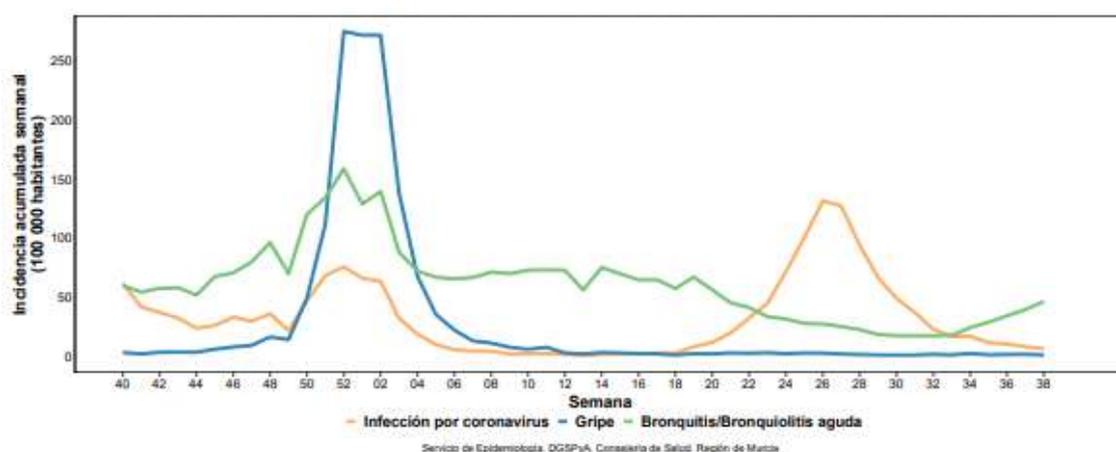
El principal objetivo de la Estrategia de vacunación frente a COVID-19, desde su aprobación por parte de la Comisión de Salud Pública en diciembre de 2020, es proteger a la población más vulnerable de sufrir enfermedad grave y complicaciones por infección con SARS-CoV-2 según criterios de priorización, así como mantener el correcto funcionamiento del sistema sanitario.

Para esta temporada 2024-2025, el 18 de julio 2024 la Comisión de Salud Pública (CSP) aprobó el documento “Recomendaciones de vacunación frente a gripe y COVID-19 en la temporada 2024-2025 en España”, revisado posteriormente en septiembre de 2024¹. En él se plantea la administración de una dosis estacional con vacunas adaptadas frente a COVID-19 en el otoño-invierno a la población adulta de 60 y más años de edad, a las personas de 5 años o más internas en centros de discapacidad, residencias de mayores y en instituciones cerradas, así como a personas con determinadas condiciones de riesgo según su edad y gestantes, independientemente del número de dosis recibidas y del número de infecciones previas, siendo recomendable dejar un intervalo de, al menos, 3 meses desde la última dosis recibida de vacuna frente a SARS-CoV-2 o desde la última infección por este virus. Además, se recomendó la administración de una dosis estacional al personal de centros y establecimientos sanitarios y socio-sanitarios públicos y privados, convivientes de personas con un alto grado de inmunosupresión, así como personas que trabajan en servicios públicos esenciales.

C.1.1.- Situación epidemiológica de la temporada 2023-2024

En base al sistema de vigilancia, a fecha de la elaboración de este protocolo, en relación a los episodios de IRA, según los diagnósticos en Atención Primaria, la infección por coronavirus (A77.01) presentó su mayor incidencia en una segunda ola epidémica estival, durante la semana 26/2023, con una incidencia de 131 casos por 100.000 habitantes (figura 3)⁸.

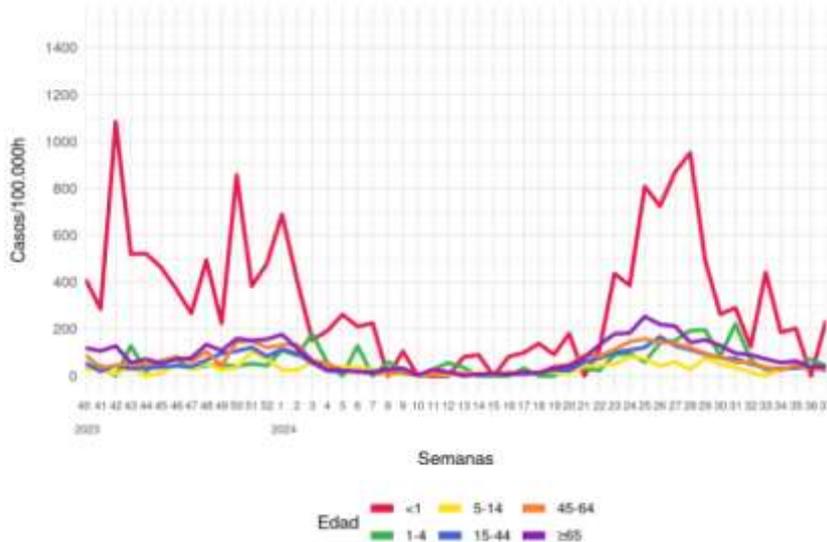
Figura 3. Incidencia acumulada de infección por coronavirus (A77.01) en comparación con el resto de IRAs. Temporada 2023-2024.



Fuente. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Adicciones. Sistema de Vigilancia de Infección Respiratoria Aguda en Atención Primaria. Región de Murcia.

A escala nacional⁹ se estima que los menores de 1 año fueron el grupo con mayor incidencia semanal de episodios de COVID-19 registrados en la pasada temporada, seguidos del grupo de ≥ 65 años, con un pico de actividad en la semana 26/2024 (figura 4).

Figura 4. Tasa estimada semanal de COVID-19 en la temporada 2023-24, por grupos de edad. SiVIRA, temporada 2023-24.



Fuente. SiVIRA (Sistema de Vigilancia de Infección Respiratoria Aguda. Vigilancia centinela de Infección Respiratoria Aguda), Centro Nacional de Epidemiología-Centro Nacional de Microbiología, Instituto de Salud Carlos III.

En relación a las infecciones respiratorias agudas graves (IRAG) en nuestra Región, en su componente de selección sistemática, desde la semana 40/2023 hasta la 37/2024 se han registrado 364 ingresos en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. De ellos, el 15,6 % (51) tuvo resultado positivo para SARS-CoV-2 frente al 20,2 % de positividad para el virus de la gripe¹⁰.

A escala nacional, se evidenciaron 2 picos de hospitalizaciones, uno en la semana 1/2024 y otro en la semana 26/2024. El grupo de población donde se observó mayor gravedad y carga hospitalaria fue en personas de 80 años o más, seguidos del grupo de menores de 1 año, lo que refuerza no solo la

importancia de que las personas con mayor edad reciban una dosis estacional de vacuna adaptada, sino también la gestante para su propia protección y la de su hijo/a en los primeros meses de vida.

En relación a la caracterización genómica de los casos centinela en Atención Primaria, desde el inicio de la temporada, se han secuenciado el 59,72 % (1.226/2.053) y un 48,12 % (988/2.053) de los virus detectados se han caracterizado. Entre los secuenciados se ha recibido información de un 24,70 % de los virus (244/988). La variante de SARS-CoV-2 identificada en mayor proporción en los casos de IRAs en Atención Primaria han sido BA.2.86 (59,62 %), con predominio del 81,49 % desde el inicio de la temporada, correspondiente a la circulación de linajes y sublinajes de JN.1. En el caso de la caracterización de los casos centinela en hospitales, desde el inicio de la temporada, se han secuenciado el 32,65 % (381/1.167) y un 28,88 % (337/1.167) de los virus detectados se han caracterizado. Entre los secuenciados se ha recibido información de un 49,55 % de los virus (167/337). La variante de SARS-CoV-2 identificada en mayor proporción en los casos de IRAG en hospitales es BA.2.86 (60,47 %), con un predominio del 80,98 % desde el inicio de la temporada correspondiente a la circulación de linajes y sublinajes de JN.1⁹.

C.1.2.- Protección de la vacuna monovalente adaptada de la temporada 2023-2024 frente a SARS-CoV-2

En la temporada 2023-2024, la vacuna administrada como dosis estacional fue la monovalente XBB.1.5. Según datos provisionales de los CDC del período que comprendió entre septiembre de 2023 y enero de 2024, la efectividad vacunal (EV) frente a infección por SARS-CoV-2 que precisó consulta en servicios de urgencias en personas de 18 años o más fue del 51 % (IC 95 %:

47-54 %) durante los primeros 7-59 días después de la dosis adaptada y del 39 % (IC 95%: 33-45 %) durante los 60-119 días tras la misma. Las estimaciones de la EV frente a hospitalización asociada a COVID-19 en personas de 18 años o más de dos redes de los CDC fueron del 52 % (IC 95 %: 47-57 %) y del 43 % (IC 95 %: 27-56 %), con un intervalo medio desde la dosis actualizada de 42 y 47 días, respectivamente. Los datos de EV en las personas de 65 años o más, tanto para infecciones que precisaron consulta en urgencias como los que requirieron hospitalización son similares a los de personas de 18 años o más. La vacuna COVID-19 adaptada proporcionó una mayor protección frente a los episodios que precisaron consulta en servicios de urgencias y hospitalización asociados a COVID-19 entre adultos inmunocompetentes³².

C.1.3.- Nuevas vacunas adaptadas autorizadas para la temporada 2024-2025

Las vacunas frente a COVID-19 autorizadas desde el inicio de la pandemia son efectivas para prevenir enfermedad grave, hospitalización y fallecimiento causados por las variantes dominantes en la comunidad a lo largo del tiempo. Sin embargo, la protección adquirida desciende a lo largo del tiempo a medida que surgen nuevas variantes de SARS-CoV-2 y la inmunidad va decayendo (*waning*). Por otro lado, los estudios han demostrado correlación entre la composición de las vacunas y la mejoría de la protección frente a las cepas de virus circulantes. Por esta razón, se ha actualizado la composición de las vacunas frente a COVID-19 en los últimos 3 años.

³² DeCuir J, Payne AB, Self WH, Rowley EAK, Dascomb K, DeSilva MB, et al. Interim Effectiveness of Updated 2023-2024 (Monovalent XBB.1.5) COVID-19 Vaccines Against COVID-19-Associated Emergency Department and Urgent Care Encounters and Hospitalization Among Immunocompetent Adults Aged ≥ 18 Years - VISION and IVY Networks, September 2023-January 2024. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2024 Feb 29;73(8):180-188.

El 26 de abril de 2024, la OMS publicó una declaración sobre la composición de las vacunas frente a COVID-19³³. En ella recomendaba la administración de vacunas monovalentes con variante Ómicron JN.1 como antígeno. Posteriormente, el 30 de abril de 2024, la EMA publicó un documento de recomendaciones de actualización de la composición antigénica de las vacunas frente a COVID-19 para la próxima temporada 2024-2025³⁴, que se actualizó el 19 de julio³⁵, recomendando que las vacunas a administrar sean monovalentes frente a la subvariante JN.1 de la cepa Ómicron. Además, en ese mismo documento se indicaba que, en caso de que la Comisión Europea autorizase una vacuna monovalente frente a cualquiera de sus subvariantes, como KP.2, también se podrían administrar indistintamente a lo largo de la campaña.

La adaptación de la vacuna a la JN.1 en la temporada 2024-2024 se debe a que difiere en más de 30 mutaciones en la proteína espícula en comparación con XBB.1.5, utilizado como antígeno para las vacunas de la temporada 2023-2024. Sin embargo, KP.2 es descendiente de la variante JN.1 y está estrechamente relacionada con ella, diferenciándose únicamente en 3 mutaciones, motivo por el que ambas se administrarán indistintamente en la temporada 2024-2025 en función de la disponibilidad.

³³ WHO. Statement on the antigen composition of COVID-19 vaccines. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/26-04-2024-statement-on-the-antigen-composition-of-covid-19-vaccines>

³⁴ EMA. EMA recommendation to update the antigenic composition of authorised COVID-19 vaccines for 2024-2025. Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/documents/other/ema-recommendation-update-antigenic-composition-authorised-covid-19-vaccines-2024-2025_en.pdf-0

³⁵ EMA. EMA confirms its recommendation to update the antigenic composition of authorized COVID-19 vaccines for 2024-2025. Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/documents/other/ema-confirms-its-recommendation-update-antigenic-composition-authorised-covid-19-vaccines-2024-2025_en.pdf

C.2.- OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL: Disminuir la morbimortalidad por SARS-CoV-2 en la Región de Murcia, especialmente en las personas que más riesgo tienen de desarrollar una enfermedad grave, mediante la administración de una dosis estacional en de la población diana (personas con factores predisponentes de gravedad, y personas que pueden transmitirlo a éstas).

OBJETIVOS OPERACIONALES:

- Obtener una cobertura en la población de 65 o más años de edad de, al menos, el 75 %.
- Obtener una cobertura en la población que cumple 60 años de edad de, al menos, el 50 %.
- Obtener una cobertura en la población de 60 a 64 años de edad de, al menos, el 50 %.
- Obtener una cobertura en la población de 65 o más años de edad de residencias de personas mayores de al menos el 75 %.
- Obtener una cobertura en la población de 60 a 64 años de edad de residencias de personas mayores de al menos el 60 %.
- Obtener una cobertura en embarazadas de, al menos, el 60 %.
- Obtener una cobertura en personas con condiciones de riesgo de, al menos, el 60 %.
- Obtener una cobertura en personal sanitario y socio-sanitario de, al menos, el 75 %.

Estos objetivos están en consonancia con los establecidos para la vacunación frente a la gripe y COVID-19 por la OMS y por la Comisión Europea

de lograr coberturas de, al menos, el 75 % en mayores de 65 años y aumentar las coberturas de vacunación en profesionales sanitarios y grupos de riesgo.

C.3.- INDICADORES DE EVALUACIÓN CAMPAÑA 2024-2025

Los indicadores que se utilizan para realizar la evaluación son los que se indican en la tabla 5:

Tabla 5. Principales indicadores y objetivos de la campaña de vacunación estacional 2023-2024.

Dimensión	Indicador	Desglose
Disponibilidad de las vacunas	Nº de dosis recibidas	Regional
Cobertura en determinados grupos de población	Personas que cumplen 60 años	<ul style="list-style-type: none"> • Municipio • Área de salud y ZBS
	Personas de 60 a 64 años	<ul style="list-style-type: none"> • Municipio • Área de salud y ZBS
	Personas de 65 a 74 años	<ul style="list-style-type: none"> • Municipio • Área de salud y ZBS
	Personas de 65 años o más	<ul style="list-style-type: none"> • Municipio • Área de salud y ZBS
	Usuarios/as de residencias de personas mayores o discapacitadas de 60-64 años	Regional
	Usuarios/as de residencias de personas mayores o discapacitadas de ≥ 65 años	Regional
	Trabajadores/as en residencias de personas mayores o discapacitadas	Regional
	Personal sanitario ^(*)	Centro de trabajo



	Embarazadas	<ul style="list-style-type: none"> • Municipio • Área de salud y ZBS
	Determinados grupos de riesgo (personas diabéticas o con infección por VIH)	Regional
<p>(*) Solo disponible para el personal hospitalario, 061 y de Servicios Centrales del Servicio Murciano de Salud. ZBS: Zona básica de salud.</p>		

La población de referencia en el grupo de 60 o más años es, para la evaluación por zona básica de salud, la de Tarjeta Sanitaria, y para la evaluación por municipios el último censo disponible a la fecha de realización de la evaluación.

Para el cálculo de cobertura en embarazadas la población de referencia es el número de recién nacidos de enero a julio y de noviembre a diciembre del año en que se inicia la campaña. Este dato se obtiene de la base de datos poblacional PERSAN.

La cobertura en profesionales sanitarios es la proporcionada por los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales de cada centro hospitalario, incluyendo el 061 y servicios centrales del SMS.

La cobertura en trabajadores y residentes de centros socio-sanitarios (residencias de mayores y de personas con discapacidad) se calcula teniendo en cuenta los registros realizados a través del sistema de información SansoNet y su integración con el del registro regional de vacunaciones (VACUSAN). La población de referencia será la proporcionada por el IMAS (Instituto Murciano de Acción Social) a fecha 31 de diciembre de 2024.

C.4.- PREVISIÓN DE NECESIDADES DE VACUNA FRENTE A SARS-CoV-2

La previsión de personas de 60 años o más para administración de dosis estacional de vacuna frente a SARS-CoV-2 es de unas 387.749 personas, según el censo del INE de 2023 a fecha 1 enero del 2023. A esto hay que sumarle la totalidad del personal sanitario y socio-sanitario de centros públicos y privados de la Región de Murcia y la población candidata a administración de dosis estacional de vacuna adaptada frente a COVID-19 por su condición de riesgo.

El Ministerio de Sanidad ha confirmado, a fecha de publicación de este documento, la llegada de hasta 161.280 dosis de vacuna de ARNm adaptada de 30 µg hasta el inicio de la campaña, pero se espera nuevos repartos de vacunas durante los meses de octubre y noviembre hasta disponer de cantidad suficiente de vacuna adaptada de ARNm de adulto para la población diana de 12 años o más, así como la de 10 µg para la población de 5 a 11 años candidata a dosis estacional y de 3 µg para población candidata de 6 a 59 meses de edad.

C.5.- CAPTACIÓN DE LA POBLACIÓN DIANA

La captación de la población diana de la campaña se realizará a través de:

- Atención Primaria.
- Consulta de Atención Especializada.
- Residencias de la tercera edad, centros de discapacidad y otros centros de personas con factores de riesgo e institucionalizadas.
- Hogares de pensionistas y clubes de la tercera edad.
- Asociaciones y organizaciones de enfermos crónicos.

C.6.- CITACIÓN

Consultar apartado C.6 de citación para vacuna antigripal.

C.7.- DATOS TÉCNICOS DE LAS DISTINTAS VACUNAS ADAPTADAS DE ARNm³⁶

C.7.1.- Vacuna a utilizar para población candidata a vacunación de 12 años de edad o más

Las dosis estacionales de vacuna adaptada frente a SARS-CoV-2 a administrar son vacunas de ARNm monovalentes JN.1 (Comirnaty® JN.1 30 µg de Pfizer) o KP.2 (Cominarty® KP.2 30 µg de Pfizer), que se administrarán indistintamente en función de la disponibilidad.

La vacuna Comirnaty® monovalente JN.1 de 30 µg (cápsula de cierre de color gris con etiquetado JN.1) o monovalente KP.2 de 30 µg (cápsula de cierre de color gris con etiquetado KP.2) se presentan en una dispersión de 2,25 ml en un vial que **no precisa dilución**, suficientes para al menos 6 dosis de 0,3 ml (cada dosis contiene 30 µg de bretovamerán para la vacuna monovalente JN.1 y 30 µg de ARNm codificador de KP.2 para la vacuna monovalente KP.2). Esta vacuna se debe mezclar suavemente, invirtiendo el vial 10 veces antes de su uso sin agitar. Una vez descongelados los viales no pueden volver a congelarse.

³⁶ Ficha técnica o resumen de las características del producto Comirnaty®. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/pdfs/ft/1201528029/FT_1201528029.pdf

C.7.2.- Vacuna a utilizar para población candidata a vacunación de 5 a 11 años de edad

Las dosis estacionales de vacuna adaptada frente a SARS-CoV-2 a administrar son vacunas de ARNm monovalentes JN.1 (Comirnaty® JN.1 10 µg de Pfizer), independientemente del preparado recibido en primovacunación.

La vacuna Comirnaty® monovalente JN.1 10 µg (cápsula de cierre de color azul con etiquetado JN.1) se presenta en una dispersión de 2,25 ml en un vial que **no precisa dilución**, suficientes para al menos 6 dosis de 0,3 ml (cada dosis contiene 10 µg de bretovamerán). Esta vacuna se debe mezclar suavemente, invirtiendo el vial 10 veces antes de su uso sin agitar. Una vez descongelados los viales no pueden volver a congelarse.

C.7.3.- Vacuna a utilizar para población candidata a vacunación de 6 a 59 meses de edad

Las dosis estacionales de vacuna adaptada frente a SARS-CoV-2 a administrar son vacunas de ARNm monovalentes JN.1 (Comirnaty® JN.1 3 µg de Pfizer), independientemente del preparado recibido en primovacunación.

La vacuna Comirnaty® monovalente JN.1 3 µg (cápsula de cierre de color amarillo con etiquetado JN.1) se presenta en unos viales de 0,48 ml. Esta vacuna, una vez se descongele y alcance la temperatura ambiente, se invertirá suavemente 10 veces antes de la dilución, sin agitar. La vacuna descongelada **se debe diluir** en su vial original con 1,1 ml de solución inyectable con cloruro sódico 0,9 %, utilizando una aguja de calibre 21 o más fina y técnicas asépticas. Igualar la presión del vial antes de retirar la aguja del tapón del vial extrayendo 1,1 ml de aire a la jeringa del diluyente vacía. Invertir suavemente la dispersión diluida 10 veces sin agitar. Una vez diluido se obtiene cantidad

suficiente para, al menos, 3 dosis de 0,3 ml (cada dosis contiene 3 µg de bretovamerán). Una vez descongelados, los viales no pueden volver a congelarse.

C.7.4.- Vacunación estacional frente a COVID-19, embarazo y puerperio

Las mujeres embarazadas, incluso sin otros factores de riesgo, tienen un riesgo incrementado de infección grave por SARS-CoV-2 (ingreso en cuidados intensivos, necesidad de ventilación mecánica, diagnóstico de neumonía y enfermedad trombo-embólica) con respecto a mujeres de su misma edad no gestantes, presentando, además, un mayor riesgo de mortalidad materna. Con respecto a los datos en hijos nacidos de mujeres con infección por SARS-CoV-2, estos tenían un riesgo incrementado a ser ingresados en cuidados intensivos al nacimiento, prematuridad o bajo peso al nacimiento³⁷.

Según datos de vigilancia de la temporada 2023-2024 a escala nacional⁹, el segundo grupo de población donde se observó mayor gravedad y carga hospitalaria fue el de menores de 1 año, tras las personas de 80 años y más. Igualmente, según datos de la red de vigilancia americana COVID-NET, la tasa de hospitalización en lactantes menores de 6 meses, en el período de circulación predominante de la variable Ómicron, solo se encuentra por debajo de la de personas de 75 años o más, comparable a la de aquellas de 65-74 años de edad³⁸. Además, recientemente se han publicado datos del periodo octubre 2022 a abril 2024 de esta misma red COVID-NET; en ella se

³⁷ Smith ER, Oakley E, Grandner GW, et al. Adverse maternal, fetal, and newborn outcomes among pregnant women with SARS-CoV-2 infection: an individual participant data meta-analysis. *BMJ Glob Health*. 2023;8(1):e009495.

³⁸ Hamid S, Woodworth K, Pham H, et al. COVID-19-Associated Hospitalizations Among U.S. Infants Aged <6 Months - COVID-NET, 13 States, June 2021-August 2022. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2022;71(45):1442-1448.

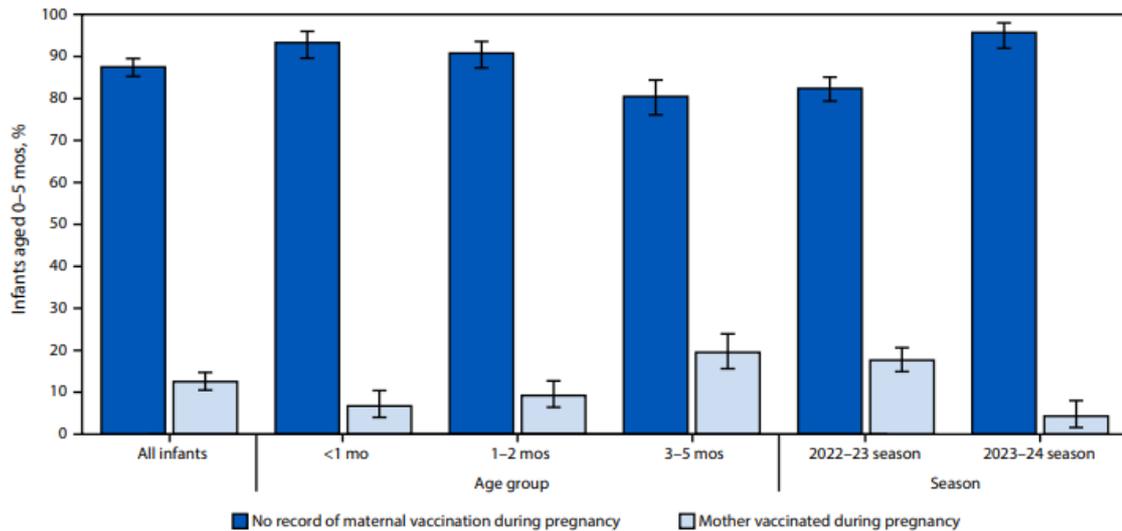
identificaron 1.470 hospitalizaciones asociadas a COVID-19 entre lactantes de <6 meses. Las tasas de hospitalización asociadas a COVID-19 entre lactantes pequeños fueron superiores a las tasas entre cualquier otro grupo de edad, excepto adultos ≥ 75 años, y son comparables a las tasas entre adultos de 65-74 años.³⁹. Esta mayor gravedad también coincide con datos anteriormente publicados en los que se ve que las tasas de incidencia de infección por SARS-COV-2 que precisan atención médica en menores de 6 meses son mayores entre los lactantes de un mes de edad o menores, siendo también altas en los hijos de madres con COVID-19 postparto⁴⁰.

La vacunación con dosis estacional de la madre protege al niño durante sus primeros meses de vida, período en el que se ha visto que la infección en los niños puede ser más grave, habiendo demostrado la reducción del riesgo de hospitalizaciones, incluyendo el ingreso en cuidados intensivos de sus hijos en los 6 primeros meses de vida³³. En el último trabajo publicado con datos de COVID-NET, el porcentaje de lactantes hospitalizados cuyas madres habían sido vacunadas durante el embarazo fue del 18 % durante octubre 2022 a septiembre 2023 y disminuyó a <5 % durante octubre 2023 a abril de 2024, pudiendo ver la diferencia entre hijos de madres vacunadas y no vacunadas en la figura 5³⁹.

³⁹ Havers FP, Whitaker M, Chatwani B, Patton ME, Taylor CA, Chai SJ, et al. COVID-19–Associated Hospitalizations and Maternal Vaccination Among Infants Aged <6 Months — COVID-NET, 12 States, October 2022–April 2024. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2024;73(38):830-836.

⁴⁰ Griffin I, Irving SA, Arriola CS, et al. Incidence Rates of Medically Attended COVID-19 in Infants Less Than 6 Months of Age. *Pediatr Infect Dis J.* 2023;42(4):315-320.

Figura 5. Estado de vacunación materna entre los lactantes de <6 meses hospitalizados con infección por SARS-CoV-2 confirmada por laboratorio, por grupo de edad y estación.



A pesar de que hay trabajos que apuntan a una mayor efectividad [69 % (IC 95 % 50-80 %)] en caso de vacunación a partir de la semana 20 de gestación y frente a la vacunación anterior a esta semana⁴¹, aún no hay evidencia suficiente para recomendar la administración de la dosis estacional de vacuna en una semana concreta.

A todos estos datos se suma que la vacuna es **segura en cualquier momento de la gestación**, sin evidenciarse riesgo aumentado de anomalías congénitas mayores en los hijos de mujeres vacunadas durante el primer trimestre^{42,43}. La vacunación también se recomienda en mujeres hasta los 6

⁴¹ Halasa NB, Olson SM, Staat MA, et al. Maternal Vaccination and Risk of Hospitalization for Covid-19 among Infants. N Engl J Med. 2022 14;387(2):109-119.

⁴² Blakeway H, Prasad S, Kalafat E, et al. COVID-19 vaccination during pregnancy: coverage and safety. Am J Obstet Gynecol. 2022;226(2):236.e1-236.e14

meses tras el parto que no hayan sido vacunadas durante el embarazo. **La vacuna se considera segura durante la lactancia.**

C.7.5.- Contraindicaciones y precauciones de vacunas adaptadas para la temporada 2024-2025

Estas vacunas están contraindicadas en caso de hipersensibilidad al principio activo de la misma o alguno de sus excipientes. No se deben administrar más dosis de la vacuna a personas que hayan experimentado **anafilaxia** con una dosis anterior de vacuna de ARNm frente a COVID-19.

El listado de excipientes de cualquiera de las presentaciones es:

- ((4-hydroxybutil)azanediil)bis(hexano-6,1-diil)bis(2-hexildecanoato) (ALC-0315).
- 2-[(polietilen glycol)-2000]-N,N-ditetradecilacetamida (ALC-0159).
- 1,2-Distearoil-sn-glicero-3-fosfocolina (DSPC).
- Colesterol.
- Trometamol.
- Clorhidrato de trometamol.
- Sacarosa.
- Agua para preparaciones inyectables.

No constituyen contraindicaciones o precauciones para recibir la vacuna:

a) Historia de alergias a animales, alimentos, insectos, látex u otras alergias no relacionadas con vacunas o medicación inyectable.

⁴³ Woestenberg PJ, de Feijter M, Bergman JEH, et al. Maternal first trimester COVID-19 vaccination and risk of major non-genetic congenital anomalies. Birth Defects Res. 2023 Sep 22. Online ahead of print.

- b) Historia de alergia a medicinas administradas por vía oral.
- c) Historia familiar de alergia.

La vacunación debe posponerse temporalmente en personas con enfermedad aguda grave, pero una enfermedad leve sin fiebre o sin afectación sistémica no es una razón válida para posponer la vacunación. En todo caso, se pretende evitar una posible confusión que haga atribuir erróneamente los síntomas de una enfermedad aguda como posible reacción a la vacuna. Los efectos más comunes tras la vacunación son: fiebre, malestar, dolores musculares y cansancio.

C.7.7.- Intervalos recomendables entre la administración de dosis estacional y dosis anteriormente recibidas e infección previa

La dosis estacional se administrará independientemente del número de dosis recibidas con anterioridad, de manera recomendable, al menos, 3 meses desde la última dosis recibida o última infección pasada. **La infección reciente no es una contraindicación ni una precaución para la vacunación frente a COVID-19.** Se ha observado una mejor respuesta a la vacunación cuando se respeta un intervalo de tiempo entre la infección previa y la vacunación^{44,45}. Las personas con síntomas prolongados posteriores al padecimiento de COVID-19 de población candidata a vacunarse también podrán hacerlo.

Las dosis estacionales deberían administrarse durante el periodo en el que la campaña de vacunación se desarrollará de forma más importante (octubre-diciembre).

⁴⁴ Zhong D, Xiao S, Debes AK, et al. Durability of antibody levels after vaccination with mRNA SARS-CoV-2 vaccine in individuals with or without prior infection. JAMA 2021; 326 (24): 2524-2526.

⁴⁵ Buckner CM, Kardava L, El Merhebi O, et al. Recent SARS-CoV-2 infection abrogates antibody and B-cell responses to booster vaccination. medRxiv preprint August 31, 2022.

C.7.8.- Vacunación frente a SARS-CoV-2 en población con un alto grado de inmunosupresión

En población entre 6 y 59 meses que requiera vacunación:

- si no hay antecedente de vacunación con pauta completa o infección previa: se administrarán un total de tres dosis, con una pauta de 0-3-8 semanas.
- si hay antecedente de vacunación con pauta completa o infección previa: una sola dosis.

En personas con inmunosupresión grave de 6 o más meses de edad se puede requerir la administración de una dosis adicional de vacuna adaptada frente a COVID-19. Esta dosis adicional se administrará, al menos, 3 meses después, excepto en casos que estén a punto de recibir o aumentar la intensidad de un tratamiento inmunosupresor y, por lo tanto, se obtendría una mejor respuesta si se vacunaran antes de que comenzara el tratamiento. En estos casos inusuales se podría reducir el intervalo a 3 semanas.

C.7.9.- Administración y conservación de la vacuna

Cualquiera de las vacunas debe administrarse por vía intramuscular. El lugar más adecuado es el músculo deltoides del brazo, excepto en lactantes de menor edad en los que se recomienda, al igual que otras vacunas, su administración en el vasto externo. No administrar estas vacunas por vía intravascular, subcutánea o intradérmica.

La experiencia, tanto en la Región de Murcia como en otras CCAA y países de nuestro entorno sobre la administración conjunta de vacunas frente a COVID-19 y a la gripe fue favorable en las temporadas anteriores, motivo por el que se recomienda la coadministración desde la Ponencia de Programa y

Registro de Vacunaciones. Las publicaciones disponibles muestran que no se ha observado una diferencia en las respuestas inmunes de ambas vacunas tras su administración conjunta o por separado. Respecto al perfil de seguridad, tampoco se han observado diferencias significativas en cuanto a la reactogenicidad local y sistémica.

La administración de dos vacunas se puede realizar en los dos miembros superiores, en caso de administrar más de dos vacunas se habrá de dejar una separación mínima de 2,5 cm. Si, por motivo de mayor aceptabilidad, se prefiere posponer la vacunación frente al neumococo y/o herpes zóster (en caso que la persona pertenezca a población diana de vacunación de cualquiera de ellas) se puede citar con posterioridad a la persona con cualquier intervalo, pero siendo de gran importancia la citación para una captación activa.

Con respecto a las condiciones de conservación vienen detalladas en la tabla 6 en función de cada uno de los productos:

Tabla 6. Condiciones de conservación de cada una de las vacunas de ARNm monovalentes JN.1 y KP.2.

	Comirnaty® monovalente JN.1 30 µg	Comirnaty® monovalente KP.2 30 µg	Comirnaty® monovalente JN.1 10 µg	Comirnaty® monovalente JN.1 3 µg
Color de la cápsula de cierre del vial				

Ultracongelada (-90 a -60°C)	Máximo 18 meses (período de validez)	
Refrigerada (2-8°C) y protegida de la luz	Máximo 10 semanas	
Temperatura ambiente (8-30°C)	Máximo 12 horas (incluido el tiempo de descongelación) en caso de vial cerrado	Máximo 12 horas (incluido el tiempo de descongelación) en caso de vial cerrado antes de la dilución
Después de la primera punción (2-30°C)	Desechar tras 12 horas	

C.8.- REGISTRO DE DOSIS

El sistema de registro se efectuará de diferente forma según el puesto de vacunación disponga de OMI-AP, VACUSAN o no haya forma de registro informatizado automático.

Aquellos puestos que trabajen con **OMI-AP**, registrarán la dosis de cada persona en su campo correspondiente. Las vacunas disponibles para personas a partir de 12 años son **Comirnaty® monovalente JN.1 30 µg**, que se registrará con el código **9J**, y **Comirnaty® monovalente KP.2 30 µg**, que se registrará con el código **9K**; para ambos productos el campo de laboratorio se completará con PFI (Pfizer). La vacuna utilizada en población de 5 a 11 años es **Comirnaty® monovalente JN.1 10 µg**, que se registrará con el código **8J**

indicando para el laboratorio únicamente PFI (Pfizer). La vacuna utilizada en población de 6 a 59 meses en los que esté indicada la vacunación es **Comirnaty® monovalente JN.1 3 µg**, que se registrará con el código **7J** indicando para el laboratorio únicamente PFI (Pfizer).

Aquellos puestos que trabajen con **VACUSAN**, la vacuna **Comirnaty® monovalente JN.1 30 µg** se registrará con el código de producto **PCJ30**, mientras que la vacuna **Comirnaty® monovalente KP.2 30 µg** se registrará con el código de producto **PCK30**. El código de producto de **Comirnaty® JN.1 10 µg** en VACUSAN se registrará como **PCJ10**. El código de producto de **Comirnaty® JN.1 3 µg** en VACUSAN se registrará como **PCJ03**.

Las indicaciones personales serán las reflejadas en la tabla 7:

Tabla 7. Motivos de vacunación frente a COVID-19 en OMI-AP y VACUSAN.

MOTIVO DE VACUNACIÓN	CÓDIGO OMI	CÓDIGO VACUSAN
≥60 años	A	125
<60 años patología crónica	B	126
Sanitarios	C	104
Cuidadores de enfermos crónicos	D	35
Embarazada ³¹	E	138
Trabajadores esenciales	F	163
Internos en centros de discapacidad	I2	183
Internos en residencias de personas mayores	I3	182
Trabajadores de centros socio-sanitarios	J	166

GRUPO 7		
Insuficiencia renal	S1	60
Leucemia aguda	S2	67
Linfoma	S3	68
Neoplasia	S4	75
Trasplante de precursores hematopoyéticos	S6	165
Tratamiento inmunosupresor	S7	113
Infección por V.I.H.	S8	59
Trasplante de órgano sólido	S9	112
Otras inmunodeficiencias	T1	133
Síndrome de Down	T2	108
Otras neoplasias hematológicas	T3	192
Fibrosis quística	T4	193

El número de orden de la dosis estacional que se administre será siempre 1, ya que es la correspondiente a la temporada 2024-2025, excepto aquellos niños/as de 6 a 59 meses que precisen primovacunación, en los que se registrarán el número de dosis de manera consecutiva.

En caso de no ser posible registro por ninguno de estos dos medios, el registro se realizará por una plantilla específica de Excel (disponible en <https://www.murciasalud.es/web/vacunacion/registro-de-vacunas>), que permitirá la carga de los datos de vacunación en el Registro Regional de Vacunaciones. La plantilla se remitirá por correo electrónico a



vacunas@carm.es, dirección a la que se podrá solicitar asimismo el modelo de plantilla.