



Región de Murcia
Consejería de Salud

Dirección General de Salud
Pública y Adicciones



**Programa de
vacunaciones**



**VACUNACIÓN FRENTE AL VIRUS
RESPIRATORIO SINCITAL (VRS) EN USUARIOS
DE RESIDENCIAS DE PERSONAS MAYORES Y
DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD, ASÍ COMO
POBLACIÓN CON CONDICIONES DE ALTO
RIESGO**

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

Septiembre 2026

ÍNDICE

A.- CARGA DE ENFERMEDAD	1
A.1.- Introducción	1
A.2.- Carga de enfermedad de la infección por VRS en el adulto	2
A.3.- Carga de enfermedad en personas institucionalizadas	4
A.4.- Carga de enfermedad en personas especialmente vulnerables	5
A.5.- Comparativa de la carga de enfermedad de la infección por VRS en población adulta frente a la ocasionada por otros virus respiratorios	7
B.- DATOS DE EFICACIA Y EFECTIVIDAD DE LA VACUNA ADYUVADA FRENTE A VRS	8
B.1.- Eficacia de la vacuna adyuvada frente a VRS	8
B.2.- Efectividad de las vacunas frente a VRS	9
C.- POBLACION DIANA	10
D.- OBJETIVOS	11
E.- INDICADORES DE EVALUACIÓN.....	12
F.- PREVISIÓN DE NECESIDADES DE VACUNA FRENTE A VRS.....	12
G.- SOLICITUD DE DOSIS DE VACUNA FRENTE A VRS	13
H.- CAPTACIÓN	14
I.- CAMPAÑA INFORMATIVA.....	14
J.- DATOS TÉCNICOS LA VACUNA DE GLICOPROTEÍNA F RECOMBINANTE DEL VRS ESTABILIZADA EN LA CONFORMACIÓN DE PREFUSIÓN ADYUVADA (AREXVY®)	15
J.1.- Composición y presentaciones.....	15
J.2.- Forma de preparación y administración	16
J.3.- Vía de administración	16
J.4.- Pauta de vacunación	17
J.5.- Efectos adversos	17
J.6.- Contraindicaciones y precauciones	18
J.7.- Conservación	18

J.8.- Coadministración con otras vacunas estacionales, recomendadas por condición de riesgo o calendario de vacunación sistemático	19
K.- REGISTRO DE DOSIS.....	19
K.1.- Registro en SANSONet	20
K.2.- Registro en OMI-AP	20
K.3.- Registro en VACUSAN web.....	21
K.4.- Registro en VACUSAN de escritorio.....	22
K.5.- Registro a través de plantilla de subida	23

A.- CARGA DE ENFERMEDAD

A.1.- Introducción

El virus respiratorio sincitial (VRS) es la principal causa de infecciones de las vías respiratorias inferiores en la población infantil menor de un año, especialmente las relacionadas con bronquiolitis y/o neumonía, motivo por el cual se está inmunizando con nirsevimab desde la temporada 2023-2024 a los lactantes nacidos entre abril de un año y marzo del siguiente, ambos inclusive, así como a los de mayor edad con condiciones de alto riesgo (información disponible en la [web específica](#)).

En población adulta, el VRS constituye una de las principales causas de infección de las vías respiratorias inferiores. Y, al igual que ocurre en población pediátrica, no se dispone a día de hoy de un tratamiento específico para la enfermedad causada por VRS, siendo únicamente sintomático y de soporte. En base a la carga de enfermedad al VRS en adultos mayores con condiciones de riesgo, múltiples países de nuestro entorno han comenzado con programas de vacunación de población de mayor edad o con distintas condiciones de alto riesgo. La Región de Murcia comenzó a vacunar en la pasada temporada 2025-2026 a personas a partir de 50 años, siempre que estuviesen institucionalizadas en residencias de personas mayores o de personas con discapacidad, así como aquellas que padecían determinadas condiciones de riesgo que asocian inmunosupresión. Los resultados obtenidos en esta primera campaña se publican en un documento de evaluación específico.

En diciembre de 2025, la Comisión de Salud Pública aprobó la actualización del documento de la Ponencia y Programa de Registro de Vacunaciones "[Evaluación de la vacunación frente a VRS en la población adulta](#)". Además, la vacuna adyuvada ha sufrido una extensión de la indicación por ficha técnica a partir de los 18 años edad. Estos dos motivos hacen necesaria la actualización de este protocolo.

A.2.- Carga de enfermedad de la infección por VRS en el adulto

Las infecciones por VRS pueden ser especialmente graves en personas con enfermedades subyacentes, siendo responsable de un elevado número de defunciones. En 2019, previo a la pandemia, se estimaron 338.495 muertes anuales atribuibles a este virus, con la mayor tasa de mortalidad en personas de 70 años o más¹. Las complicaciones ocurren tanto en la primera infancia como en los adultos mayores, en especial en personas a partir de 75 años y en menores de esta edad con condiciones de alto riesgo. Sin embargo, se estima que la enfermedad por VRS está infradiagnosticada, especialmente en población con condiciones de riesgo.

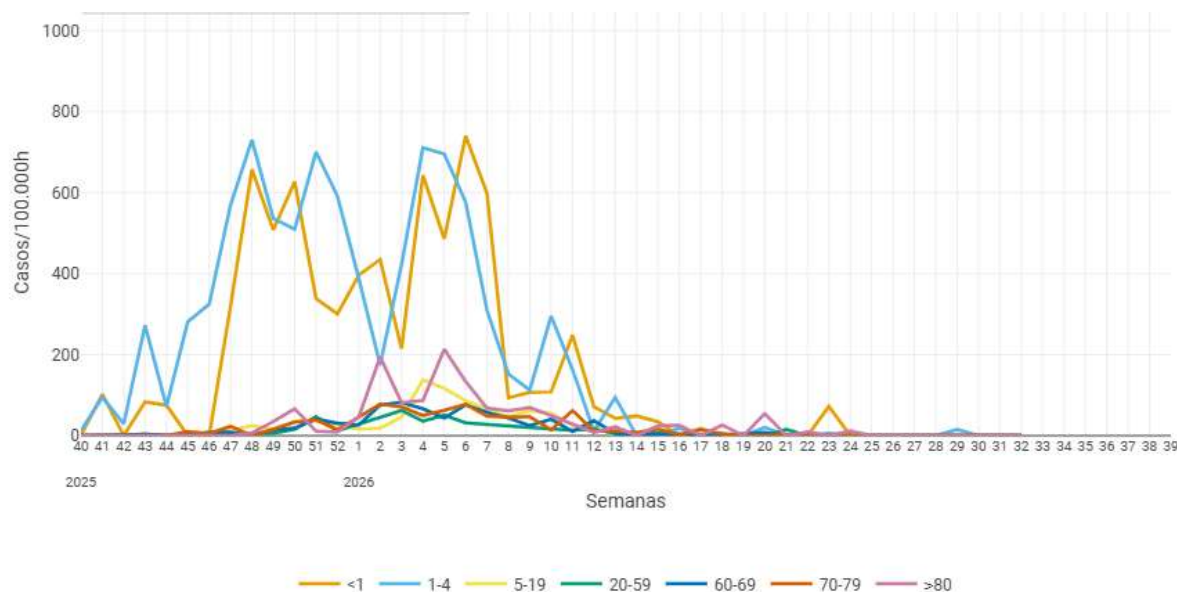
En España, la infección por VRS se ha monitorizado desde la temporada 2021-22 mediante el Sistema de Vigilancia de Infección Respiratoria Aguda (SiVIRA)². Las tasas estimadas de IRAs por VRS que precisaron consulta en AP muestran una estacionalidad típica en las últimas temporadas, aunque en la temporada 2025-2026 se retrasó el pico de máxima actividad a la semana 05/2026. Las mayores incidencias se observaron en menores de 5 años (figura 1), volviéndose a incrementar a partir de los 60 años y especialmente a partir de los 80 años³.

¹ Du Y, Yan R, Wu X, et al. Global burden and trends of respiratory syncytial virus infection across different age groups from 1990 to 2019: A systematic analysis of the Global Burden of Disease 2019 Study. *International Journal of Infectious Diseases*. 2023;135:70-6.

² Instituto de Salud Carlos III. Centro Nacional de Epidemiología-Centro Nacional de Microbiología. Enfermedades A–Z. Gripe, COVID-19 y otros virus respiratorios. Disponible en: <https://cne.isciii.es/es/servicios/enfermedades-transmisibles/enfermedades-a-z/gripe-covid-19-y-otros-virus-respiratorios>

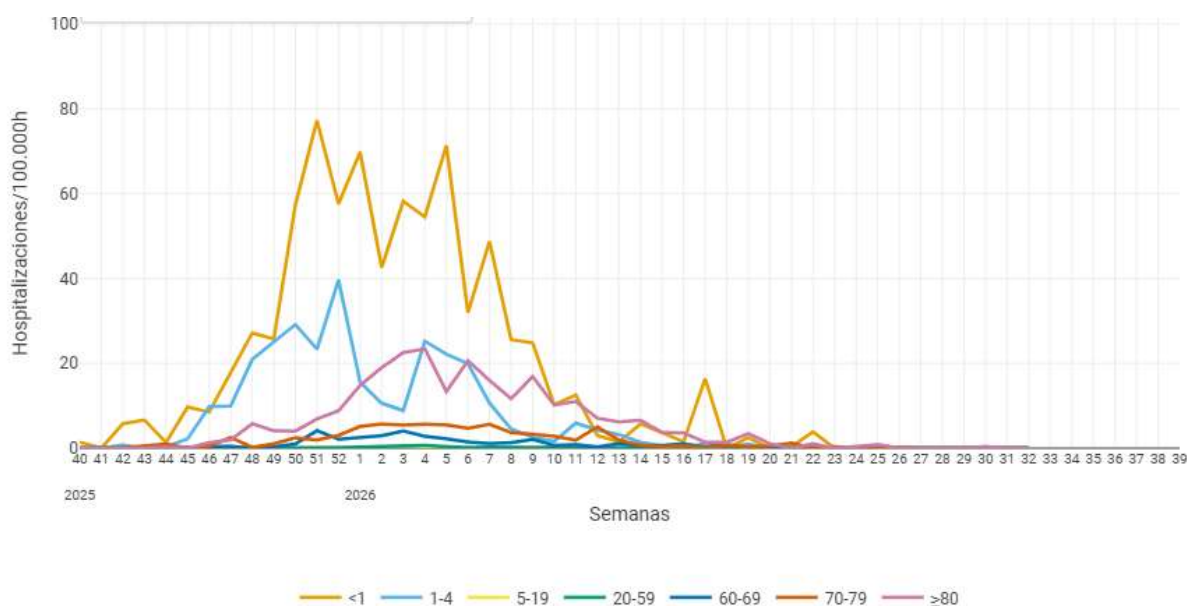
³ Instituto de Salud Carlos III. Centro Nacional de Epidemiología-Centro Nacional de Microbiología. Vigilancia de Infección Respiratoria Aguda: gripe, COVID-19 y VRS. [Semana 32/2026 \(del 3 de agosto al 9 de agosto de 2026\)](#).

Figura 1. Tasa estimada de incidencia semanal de infección por VRS en AP por edad desde la semana 40/2025 a 32/2026. SIVIRA.



Las tasas de hospitalización por VRS muestran una distribución estacional con un pico de máxima actividad en la temporada 2025-2026 más tardío que temporadas anteriores, en la semana 04/2026, retrasado una semana respecto al pico en los casos atendidos en Atención Primaria (AP). Las mayores tasas de hospitalización por VRS se han observado en menores de 1 año (población candidata a recibir nirsevimab como estrategia preventiva siempre que sean nacidos entre abril del año de inicio de la temporada y marzo del año siguiente), seguido del grupo de 1-4 años. Posteriormente, las tasas comienzan a incrementarse a partir de los 60 y, sobre todo, de los 80 años (figura 2).

Figura 2. Tasa estimada de incidencia semanal de hospitalización por VRS por edad desde la semana 40/2025 a 32/2026. SiVIRA.



En cuanto a la gravedad de los pacientes hospitalizados por VRS en población adulta (20 o más años), atendiendo a las complicaciones notificadas en los casos captados por SiVIRA, un 20,2 % tuvo complicación con neumonía, un 2,9 % fue ingresado en unidades de cuidados intensivos (UCI), un 1,2 % requirió ventilación mecánica invasiva y un 5,8 % falleció durante el ingreso. Los pacientes que ingresaron en UCI y/o que requirieron ventilación mecánica tenían una distribución etaria más joven (60-79 años) que aquellos que se complicaban con neumonía o fallecían (80 años o más).

A.3.- Carga de enfermedad en personas institucionalizadas

En el [protocolo de la temporada 2025-2026](#) ya se desarrolló ampliamente la carga de enfermedad en población institucionalizada. A modo de resumen, es importante tener en cuenta que la población institucionalizada de 60 años o más, según datos de una revisión sistemática, tienen una incidencia y mortalidad por VRS significativamente superior a la de las personas de su misma edad no

institucionalizadas, con tasas de hospitalización altas, 600 y 1.140 hospitalizaciones por cada 100.000 personas al año⁴. De hecho, un estudio prospectivo con personas de 65 o más años de edad hospitalizados por VRS, la tasa de hospitalización por este virus fue 3-9 veces superior en las personas institucionalizadas de 65 o más años en comparación con las personas no institucionalizadas de ese mismo grupo de edad y 2-5 veces mayor comparado con el grupo de 85 o más años no institucionalizados⁵.

En este tipo de pacientes más frágiles, no solo tiene importancia la carga de enfermedad por la infección respiratoria en sí, sino que puede conllevar desestabilización de su patología de base e ingresos por otros motivos. De hecho, se dispone de datos de un estudio poblacional con 2.909.106 personas institucionalizadas de 65 años o más, junto con 3.138.962 personas con estancias prolongadas, entre los que se estimó una incidencia de 215 (IC 95 %: 185-245) eventos cardio-respiratorios por 100.000 personas-año⁶.

A.4.- Carga de enfermedad en personas especialmente vulnerables

La infección por VRS se ha asociado con una morbilidad y mortalidad sustancial en pacientes inmunocomprometidos y otras condiciones de especial vulnerabilidad, como son las personas con tratamiento renal sustitutivo. La carga de enfermedad en este grupo de población también se desarrolló ampliamente en el [protocolo de la temporada 2025-2026](#).

Las personas inmunodeprimidas presentan un riesgo claramente mayor de hospitalización, ingreso en UCI y mortalidad por infección por VRS en comparación con la población inmunocompetente. Las tasas de hospitalización por VRS en

⁴ Ellis SE, Coffey CS, Mitchel EF Jr, Dittus RS, Griffin MR. Influenza- and respiratory syncytial virus-associated morbidity and mortality in the nursing home population. J Am Geriatr Soc. 2003;51(6):761-7.

⁵ Branche AR, Falsey AR, Finelli L, et al. Residency in Long-Term Care Facilities: An Important Risk Factor for Respiratory Syncytial Virus Hospitalization. J Infect Dis. 2024;230(5):e1007-11.

⁶ Bosco E, van Aalst R, McConeghy KW, et al. Estimated Cardiorespiratory Hospitalizations Attributable to Influenza and Respiratory Syncytial Virus Among Long-term Care Facility Residents. JAMA Netw Open. 2021;4(6):e2111806.

personas inmunodeprimidas alcanzan cifras muy elevadas (1.288–1.562/100.000)⁷, con una tasa de ingresos en UCI del 36 %⁸.

En receptores de trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) el VRS es una de las infecciones virales más graves, con progresión a neumonía de hasta un 40 %⁹ y una mortalidad de hasta el 25 %¹⁰. En personas con trasplante de órgano sólido (TOS), especialmente pulmonar¹¹, el VRS se asocia a complicaciones graves¹². En neoplasias hematológicas, el riesgo de hospitalización se multiplica más de 5 veces, mientras que la enfermedad renal crónica lo hace en más de 4 veces¹³ y la mortalidad puede superar el 20 % en algunas patologías de alto riesgo¹⁴. Además, a partir de análisis multivariante de un estudio realizado en dos hospitales europeos, se identificaron que los pacientes con tumores sólidos, tratamiento inmunosupresor crónico o errores innatos de la inmunidad, en comparación con los receptores de TPH, presentaban una probabilidad significativamente mayor de ser hospitalizados por infección por VRS (5 y 4 veces superior en las dos últimas, respectivamente)¹⁵. En conjunto, la evidencia confirma que la inmunosupresión, junto con la edad avanzada y otras comorbilidades, como la EPOC (RR hospitalización de 3,14; IC 95 %: 2,59-3,82 en personas de 60 años o más)¹⁶, se asocia a desenlaces mucho más graves por VRS que en personas no vulnerables.

Además, hay que tener en cuenta que existen distintos estudios publicados en los últimos años que han evaluado el aumento del riesgo cardiovascular que se produce

⁷ Nowalk MP, D'Agostino H, Dauer K, Stiegler M, Zimmerman RK, Balasubramani GK. Estimating the burden of adult hospitalized RSV infection including special populations. *Vaccine*. 2022;40(31):4121–4127.

⁸ Walsh E, Lee N, Sander I, et al. Rsv-associated hospitalization in adults in the USA: a retrospective chart review investigating burden, management strategies, and outcomes. *Health Sci Rep*. 2022;5(3):e556

⁹ Riccò M, Parisi S, Corrado S, et al. Respiratory Syncytial Virus Infections in Recipients of Bone Marrow Transplants: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Infect Dis Rep*. 2024;16(2):317-55.

¹⁰ Ison MG, Hirsch HH. Community-Acquired Respiratory Viruses in Transplant Patients: Diversity, Impact, Unmet Clinical Needs. *Clin Microbiol Rev*. 2019;32(4):e00042-19.

¹¹ Bailey ES, Zemke JN, Choi JY, et al. A Mini-Review of Adverse Lung Transplant Outcomes Associated With Respiratory Viruses. *Front Immunol*. 2019;10:2861.

¹² Manuel O, Estabrook M, American Society of Transplantation Infectious Diseases Community of Practice. RNA respiratory viral infections in solid organ transplant recipients: Guidelines from the American Society of Transplantation Infectious Diseases Community of Practice. *Clin Transplant*. 2019;33(9):e13511.

¹³ Wyffels V, Kariburyo F, Gavart S, Fleischhackl R, Yuce H. A real-world analysis of patient characteristics and predictors of hospitalization among US medicare beneficiaries with respiratory syncytial virus infection. *Adv Ther*. 2020;37(3):1203–1217.

¹⁴ Herrmann S, Graefe S, Christopeit M et al. Respiratory syncytial virus infection in patients with haematological diseases: a retrospective multicentre study. *Infection*. 2025;53(4):1341-1350.

¹⁵ Chatzis O, Darbre S, Pasquier J, et al. Burden of severe RSV disease among immunocompromised children and adults: a 10 year retrospective study. *BMC Infect Dis*. 2018;18(1):111.

¹⁶ Vera-Punzano N, Trobajo-Sanmartín C, Navascués A, et al. Hospitalisation due to respiratory syncytial virus in a population-based cohort of older adults in Spain, 2016/17 to 2019/20. *Euro Surveill*. 2025;30(10):pii=2400364.

en adultos tras una infección por VRS, tanto en aquellos con patología cardiovascular previa como en quienes no la presentan^{17,18}.

A.5.- Comparativa de la carga de enfermedad de la infección por VRS en población adulta frente a la ocasionada por otros virus respiratorios

En los últimos años han aparecido de forma frecuente diferentes trabajos que comparan la carga de enfermedad en población adulta por diferentes virus respiratorios frente a los que actualmente se vacuna, como la gripe y SARS-CoV-2, frente al VRS. Aunque este punto se desarrolló ampliamente en el protocolo de la temporada 2025-2026, a modo de resumen, se puede indicar que una de las mayores limitaciones de estos trabajos es que en general no tienen en cuenta la vacunación previa de los casos y comparan infecciones frente a las que vacunamos (gripe o COVID-19) con infecciones como el VRS frente a la que no se vacunaba. En los que no se tiene en cuenta la vacunación previa se suele describir un perfil de gravedad mayor en la infección por VRS frente a la gripe o SARS-CoV-2¹⁹, si bien y de forma sistemática el número de hospitalizaciones causadas por la gripe (aunque vacunamos cada temporada frente a ella a la población de riesgo) es de incluso más de 2-3 veces mayor que las causadas por el VRS. En aquellos estudios en que se tiene en cuenta la vacunación previa²⁰, entre los que está el estudio español con datos de SiVIRA²¹, esa mayor gravedad prácticamente desaparece cuando comparamos los casos de VRS frente a los casos de gripe en pacientes no vacunados pero se mantiene en pacientes vacunados.

¹⁷ Woodruff RC, Melgar M, Pham H, et al. Acute Cardiac Events in Hospitalized Older Adults With Respiratory Syncytial Virus Infection. *JAMA Intern Med.* 2024 Jun 1;184(6):602-611.

¹⁸ Højbjerg Lassen MC, Modin D, Johansen ND, et al. Respiratory Syncytial Virus and Incidence of Cardiovascular Events: A Nationwide Self-Controlled Case Series Analysis. *J Am Coll Cardiol.* 2025 Apr 15;85(14):1504-1507.

¹⁹ Surie D, Yuengling KA, DeCuir J, Zhu Y, Gaglani M, Ginde AA, et al. Disease severity of respiratory syncytial virus compared with COVID-19 and influenza among hospitalized adults aged ≥60 years — IVY Network, 20 U.S. States, February 2022–May 2023. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2023;72(40):1083–8.

²⁰ Surie D, Yuengling KA, DeCuir J, et al. Severity of Respiratory Syncytial Virus vs COVID-19 and Influenza Among Hospitalized US Adults. *JAMA Netw Open.* 2024;7(4):e244954.

²¹ Vega-Piris L, Carretero SG, Mayordomo JL, et al. Severity of respiratory syncytial virus compared with SARS-CoV-2 and influenza among hospitalised adults ≥65 years. *J Infect.* 2024;89(5):106292.

B.- DATOS DE EFICACIA Y EFECTIVIDAD DE LA VACUNA ADYUVADA FRENTE A VRS

B.1.- Eficacia de la vacuna adyuvada frente a VRS

El estudio pivotal AReSVI-006 de la vacuna RSVPreF3 adyuvada evaluó la eficacia frente a enfermedad del tracto respiratorio inferior (ETRI) por VRS en adultos de ≥ 60 años. La población del estudio incluyó aproximadamente un 74 % de participantes de 65 años o más, un 44 % mayores de 70 años y un 8 % mayores de 80 años. El 39,3 % presentaba al menos una comorbilidad relevante.

La eficacia para prevenir la ETRI en la primera temporada fue del 82,6 % (IC 96,95 %: 57,9-94,1 %), con una mediana de seguimiento de 6,7 meses. En temporadas sucesivas la eficacia cayó, siendo del 56,1 % (IC 95 %: 28,2-74,4 %) en la segunda temporada y del 48,0 % (IC 95 %: 8,7-72,0 %) en la tercera, lo que supone un 62,9 % global tras tres temporadas (IC 97,5 %: 46,7-74,8 %) con una mediana de seguimiento de 30,6 meses. La administración de una segunda dosis a los 12 meses no aportó beneficios adicionales²². Por tanto, se puede confirmar que **una única dosis mantiene, aunque disminuye con el tiempo, la eficacia frente a ETRI por VRS, al menos durante tres años**. Se precisan resultados de estudios en curso para valorar la eficacia a más largo plazo, y si fuese necesario o no una revacunación y en qué momento desde la dosis inicial.

Otros dos ensayos clínico en fase III (Estudio RSV OA=ADJ-018 y RSV OR=ADJ-025) evaluaron la no inferioridad en inmunogenicidad de la vacuna frente al VRS en adultos de 50 a 59 años de edad²³ y de 18 a 49 años²⁴ con respecto a los mayores de 60 años. Los criterios de no inferioridad de las respuestas inmunes para los títulos neutralizantes para VRS-A y VRS-B se cumplieron en ambos grupos de edad, motivo por el que se ha incluido en la ficha técnica la indicación desde los 18 años.

²² Ison MG, Papi A, Athan E, et al. Efficacy, safety, and immunogenicity of the AS01E-adjuvanted respiratory syncytial virus prefusion F protein vaccine (RSVPreF3 OA) in older adults over three respiratory syncytial virus seasons (AReSVI-006): a multicentre, randomised, observer-blinded, placebo-controlled, phase 3 trial. *Lancet Respir Med*. 2025;13(6):517-529.

²³ Ferguson M, Schwarz TF, Núñez SA, et al. Noninferior immunogenicity and consistent safety of respiratory syncytial virus prefusion F protein vaccine in adults 50-59 years compared to ≥ 60 years of age. *Clin Infect Dis*. 2024;79(4):1074-84.

²⁴ Mitha E, Ferguson M, Wilhase AC, et al. Immunogenicity and Safety of the AS01E-adjuvanted Respiratory Syncytial Virus (RSV) Prefusion F Protein Vaccine in Adults Aged 18-49 Years at Increased Risk of RSV Disease Compared with Adults Aged ≥ 60 Years. *Clin Infect Dis*. 2026;82(5):e1093-e1103.

B.2.- Efectividad de las vacunas frente a VRS

Tras la administración de las distintas vacunas autorizadas desde la temporada 2023-2024 en distintos países, se dispone de distintos estudios publicados de efectividad vacunal (EV) de las mismas en vida real. A la evidencia ya disponible en el protocolo de la pasada temporada, se suman nuevos trabajos en vida real.

Un estudio multicéntrico con personas de ≥ 50 años realizado entre el 1 de enero de 2023 y el 31 de mayo de 2026 con 179.871 pacientes en el grupo de vacunados y el mismo número pareado en el de no vacunados. El grupo vacunado presentó un menor riesgo de infección por VRS en comparación con el grupo no vacunado con un *hazard ratio* (HR) de 0,65 (IC 95 %: 0,58-0,73). Además, el grupo vacunado mostró un menor riesgo de ETRI asociada al VRS con un HR de 0,69 (IC 95 %: 0,60-0,79). Las reducciones del riesgo fueron consistentes en los distintos subgrupos analizados según edad, sexo y comorbilidades²⁵.

Un estudio de dos temporadas que evaluó la duración de la EV, con una emulación de ensayo clínico realizada en veteranos ≥ 60 años entre septiembre de 2023 y marzo de 2025, y que contó con 288.111 vacunados (en su mayoría con vacunas proteicas) frente a 1.075.893 de controles. Éste mostró una EV frente a infección documentada tras 18 meses de un 64,6 % (IC 95 %: 57,1-71,8 %) para Arexvy® y del 55,9 % (IC 95 %: 51-61,2 %) para Abrysvo®. El escaso número de pacientes a las que se administró mRESVIA® no permitió su análisis. Se evidenció que la EV disminuía con el tiempo: frente a hospitalización, una efectividad del 88,9 % (IC 95 %: 77,9-95,7 %) al mes de vacunación, y 57,3 % (IC 95 %: 47,3-66,4 %) a los 18 meses. En infección documentada, fue del 82 % (IC 95 %: 77,5-86,9 %) al mes y del 59 % (IC 95 %: 55,6-63,5 %) a los 18 meses. En grupos de riesgo, como las personas inmunodeprimidas, los datos de EV tras un mes de vacunación fueron del 75,2 % (IC 95 %: 52-89 %) al mes y del 39,7 % (IC 95 %: 23,9-52,7 %) tras 18 meses. Excepto en el grupo de edad

²⁵ Chao CM, Tsai YW, Zhang B, Lai CC, Tan CK. Preventive effectiveness of respiratory syncytial virus vaccination in older adults: a multi-institutional cohort study. BMC Infect Dis. 2026 Jul 3. Epub ahead of print.

de 60-64 años, donde la EV se mantuvo estable en la segunda temporada, en los restantes grupos (65-74, 75-79 y ≥ 80 años) se observó una disminución²⁶.

Un estudio de cohortes retrospectivo estimó la EV de la vacuna adyuvada RSVPreF3 frente hospitalización relacionada con el VRS, así como a eventos cardiovasculares mayores (MACE) y exacerbaciones graves de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y asma usando datos de reclamaciones sanitarias de la *Optum Research Database* correspondientes al periodo comprendido entre agosto de 2022 y mayo de 2024 en personas de 60 años o más. El análisis incluyó 520.440 pacientes vacunados y 2.081.760 no vacunados. La EV estimada frente a la hospitalización relacionada con VRS fue del 75,6 % (IC 95 %: 69,8-80,2 %). Las estimaciones de EV en subgrupos de interés fueron entre el 72,2 % (IC 95 %: 64,1-78,4%) en personas con ECV, 72,5 % (IC 95 %: 64,3-78,8 %) en personas con EPOC y 71,4 % (IC 95 %: 57,0-81,1%) en personas inmunodeprimidas²⁷. Entre las personas con EPOC, la EV fue del 74,4 % (IC 95 %: 59,3-83,9 %) frente a las exacerbaciones graves de la EPOC relacionadas con el VRS, mientras que entre los adultos con ECV preexistente, la EV frente a los MACE en conjunto fue del 20,4 % (IC 95 %: 18,0-22,9 %) y frente a los MACE relacionados con el VRS fue del 63,1% (IC 95 %: 41,8-76,6 %) ²⁸.

C.- POBLACION DIANA

La población diana de la vacunación frente a VRS que se mantiene igual respecto al año previo son aquellas **personas de 50 años o más**, no vacunadas con anterioridad, con alguna de las siguientes condiciones de riesgo:

1. Institucionalizadas en residencias de personas mayores o de personas con discapacidad.

²⁶ Bajema KL, Bui DP, Yan L, et al. Durability of Respiratory Syncytial Virus Vaccine Effectiveness Among US Veterans. *JAMA Intern Med.* 2026;186(1):78-88.

²⁷ Singer D, Steffens A, La EM, et al. Real-world effectiveness of adjuvanted RSVPreF3 vaccination in the prevention of RSV-related hospitalization among US adults aged ≥ 60 years. *Chest.* 2026:S0012-3692(26)05974-X.

²⁸ Singer D, Steffens A, La EM, et al. Effectiveness of the Adjuvanted Respiratory Syncytial Virus Prefusion F3 Vaccine in Preventing Major Adverse Cardiovascular Events and Severe Exacerbations of COPD and Asthma Among US Adults ≥ 60 Years of Age. *Chest.* 2026:S0012-3692(26)06182-9.

2. Receptoras de tratamiento inmunosupresor.

A esto se suma otros grupos de población diana anteriormente incluidos, pero en los que se amplía la edad de vacunación a **18 años o más**, siempre que no estén vacunados con anterioridad, como son:

1. Receptoras de TPH o terapia celular (CART-T) en los últimos 2 años. En caso de recibir tratamiento inmunosupresor o desarrollar enfermedad de injerto contra huésped (EICH) también estará indicada independientemente del tiempo transcurrido desde el mismo.
2. Receptoras de TOS con tratamiento inmunosupresor o personas que se encuentren en lista de espera para el mismo.
3. Padecimiento de cáncer hematológico en tratamiento activo o recibido en los últimos 6 meses.
4. Padecimiento de tumores sólidos en tratamiento activo con quimioterapia (QT) o tratamiento inmunosupresor o que lo haya recibido en los últimos 6 meses.

Además, se incluyen tres nuevas condiciones de riesgo con indicación de vacunación para **personas de 18 años o más**, no vacunadas con anterioridad, como son:

1. Errores innatos de la inmunidad (anteriormente nombradas como Inmunodeficiencias primarias).
2. Infección por VIH avanzada ($CD_4 < 200/\mu l$).
3. Diálisis peritoneal y hemodiálisis.

D.- OBJETIVOS

El objetivo general de la presente campaña es **disminuir la morbi-mortalidad por VRS en la Región de Murcia en personas de 18/50 años o más de edad, según las distintas condiciones de riesgo, que presenten alguna de las mismas recogida en este protocolo en las que se asocia un alto riesgo de complicaciones en caso de infección por VRS.**

Dentro de los objetivos operacionales se incluyen:

- Obtener una cobertura en la población de 50 años o más institucionalizada en residencias de personas mayores y de personas con discapacidad de, al menos, el 90 %.
- Obtener una cobertura en la población diana de cualquiera de las otras condiciones recogidas en este protocolo que asocian inmunosupresión de, al menos, el 70 %.
- Obtener un índice de declaración de las dosis administradas superior al 95 %.

E.- INDICADORES DE EVALUACIÓN

Los indicadores que se utilizan para realizar la evaluación de este programa de vacunación son los siguientes:

- Cobertura de vacunación en personas institucionalizadas de 50 años o más.
- N° de dosis notificadas como administradas en residencias de personas mayores y de personas con discapacidad.
- N° de dosis notificadas como administradas en población inmunodeprimida de los grupos diana no institucionalizada, tanto a escala regional como por municipio, área sanitaria y zona básica de salud.
- Cobertura en población inmunodeprimida de los grupos diana no institucionalizada, tanto a escala regional como por municipio, área sanitaria y zona básica de salud.
- Índice de declaración de dosis, definido como el número total de dosis declaradas como administradas al que se le restan las dosis devueltas, dividido por el número total de dosis distribuidas a lo largo de la campaña.

F.- PREVISIÓN DE NECESIDADES DE VACUNA FRENTE A VRS

Las dosis adquiridas de vacuna frente al VRS para esta campaña, 11.000 dosis, junto con el excedente de 1.956 dosis adquiridas para la campaña 2025-2026

disponible en stock central, hacen un total de 12.956 dosis, suficientes para alcanzar los objetivos marcados de vacunación a la población diana de la presente temporada.

A pesar que las dosis podrán ser ampliables en caso de necesidad, es **fundamental hacer un uso estricto y responsable de esta vacuna** únicamente en los grupos específicos de población diana de este programa de vacunación.

G.- SOLICITUD DE DOSIS DE VACUNA FRENTE A VRS

El personal de las residencias de personas mayores y de personas con discapacidad harán la solicitud de dosis que requieran para la vacunación de sus usuarios de 50 años o más, no vacunados con anterioridad, al inicio de la campaña y con posterioridad a través de ICC-SANSONet, tal y como se indica en su [blog](#).

Los servicios de Medicina Preventiva con consulta de vacunaciones podrán solicitar al inicio del mes de septiembre el número de dosis que estimen necesarios para el primer mes y, posteriormente, continuarán solicitando en función de la demanda. Todo esto se realizará por correo electrónico a vacunas@carm.es o su centro gestor del Programa de Vacunaciones, que indicará cuándo está preparado el pedido para su traslado al hospital en condiciones de mantenimiento de cadena de frío.

Los centros de salud que tengan pacientes de 18/50 años o más, no vacunados con anterioridad, candidatos a recibir la vacuna frente a VRS por una de las condiciones de riesgo recogidas en el protocolo, lo solicitarán por correo electrónico a su centro gestor del Programa de Vacunaciones con la fecha límite en el día de la semana que se establezca para cada área para su reparto semanal en campaña estacional en los días establecidos al inicio de la misma. Fuera de la vacunación estacional, en caso de necesitar dosis para población candidata, se hará la solicitud de dosis nominales por condición de riesgo, tal y como se hace en otras, a través del correo electrónico al centro gestor del Programa de Vacunaciones correspondiente.

H.- CAPTACIÓN

La captación de la población institucionalizada de 50 años o más de edad no vacunada con anterioridad se realizará por parte del personal socio-sanitario de la misma residencia de personas mayores o de personas con discapacidad en las que se encuentren internos.

Para aquellas personas de 18/50 años o más con condiciones de riesgo que asocien inmunosupresión definidas en el [punto C](#) de este protocolo, siempre que no se hayan vacunado en la temporada previa, la vacunación y su captación tendrán lugar a través de los Servicios de Medicina Preventiva con consulta de vacunas, así como a través de sus centros de salud o puestos de vacunación habituales. Desde el Programa de Vacunaciones se facilitarán a los distintos puestos de vacunación los listados de la población vacunada frente a herpes zóster, por poder coincidir la población diana de la vacunación frente a VRS, para su revisión, siempre que sea posible.

Para aquellas personas de 18 años o más con tratamiento renal sustitutivo, siempre que no se hayan vacunado en la temporada previa, la vacunación y su captación se harán a través de los centros donde reciben su tratamiento para facilitar la accesibilidad.

Aunque se podrá vacunar durante todo el año, todos los esfuerzos en la captación activa se deben concentrar antes del inicio de la temporada epidémica de circulación del virus, desde el mes de septiembre y octubre para conseguir el mayor beneficio posible de la vacunación.

I.- CAMPAÑA INFORMATIVA

Se dará difusión de la información relativa a la campaña a través de murciasalud, con una [sección específica para la vacunación frente a VRS en la población adulta](#), con materiales específicos para profesionales sanitarios y población candidata a vacunarse.

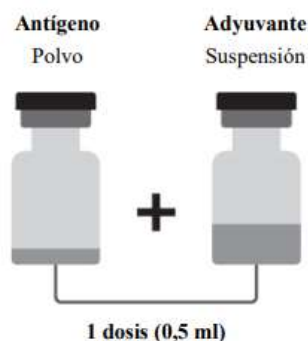
Se ha diseñado cartelería y folletos informativos, que estarán disponibles online en la web de la campaña y a disposición de servicios de Medicina Preventiva, centros de salud y puestos de vacunación habituales para información de la población. Igualmente se difundirá información a través de redes sociales.

J.- DATOS TÉCNICOS LA VACUNA DE GLICOPROTEÍNA F RECOMBINANTE DEL VRS ESTABILIZADA EN LA CONFORMACIÓN DE PREFUSIÓN ADYUVADA (AREXVY®)

J.1.- Composición y presentaciones

Arexvy® es una vacuna cuyo antígeno es glicoproteína F recombinante del VRS estabilizada en la conformación de prefusión (VRSPreF3), con una cantidad de 120 µg, producido en células de ovario de hámster chino (OHC) mediante tecnología de ADN recombinante y adyuvado con AS01E. La vacuna se conforma por dos viales (figura 5): uno de polvo blanco en el que se encuentra el antígeno y otro con una suspensión líquida opalescente, desde incoloro a marrón claro, donde se encuentra el sistema adyuvante. **Antes de su administración, la vacuna deber ser reconstituida**, teniendo una dosis 0,5 ml²⁹.

Figura 5. Viales de la vacuna Arexvy®.



²⁹ Anexo I. [Ficha técnica o resumen de las características del producto Arexvy®.](#)

Dentro de la lista de excipientes se encuentra:

- Polvo (antígeno VRSPreF3). Trehalosa dihidrato, polisorbato 80 (E-433), iihidrogenofosfato de potasio (E-340) y fosfato dipotásico (E-340).
- Suspensión (sistema adyuvante AS01E). Dioleoil fosfatidilcolina (E-322), colesterol, cloruro de sodio, fosfato disódico anhidro (E-339), dihidrogenofosfato de potasio (E-340), agua para preparaciones inyectables.

Está disponible en dos presentaciones, monodosis o envase clínico con multidosis.

J.2.- Forma de preparación y administración

Se debe reconstituir Arexvy® antes de la administración, para ello se debe:

1. Retirar todo el contenido del vial que contiene la suspensión con una jeringa.
2. Añadir todo el contenido de la jeringa al vial que contiene el polvo.
3. Agitar suavemente hasta que el polvo se disuelva por completo.

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

Antes de la administración de la vacuna se debe retirar 0,5 ml de la vacuna reconstituida con la jeringa y cambiar la aguja de manera que se use una nueva aguja.

J.3.- Vía de administración

Se debe administrar por vía intramuscular, preferiblemente en la región deltoidea. Al igual que con otras vacunas administradas por vía intramuscular, las vacunas frente a VRS deben administrarse con precaución a las personas con trombocitopenia o cualquier trastorno de la coagulación, ya que puede producirse sangrado después de una administración intramuscular a estos sujetos. Se recomienda administración por

vía subcutánea y si se utiliza la vía intramuscular se debe emplear una aguja de calibre fino y aplicar presión prolongada tras la vacunación (al menos 3 minutos).

J.4.- Pauta de vacunación

A fecha de elaboración de este protocolo, la pauta de vacunación es de una única dosis en todas las condiciones de riesgo, no habiéndose establecido aún el período en el que es necesaria la revacunación.

J.5.- Efectos adversos

El perfil de seguridad que se basa en un análisis conjunto de datos generados en tres ensayos clínicos de fase III controlados frente a placebo en adultos ≥ 60 , de 50 a 59 años de edad y de 18 a 49 años y en la experiencia poscomercialización.

En todos ellos las reacciones adversas notificadas con mayor frecuencia fueron: dolor en el lugar de la inyección, fatiga, mialgia, cefalea y artralgia. Estas reacciones adversas fueron, normalmente, de intensidad leve o moderada y desaparecieron unos días después de la vacunación.

En el desarrollo clínico de Arexvy® y Abrysvo® se identificó el riesgo de desarrollar síndrome de Guillain-Barré como un riesgo potencial asociado a estas dos vacunas, constando en ficha técnica de Arexvy® como un efecto adverso muy raro. De hecho, con los casos notificados en EE.UU. entre el 3 de mayo de 2023 al 14 de abril de 2024, se estimó una tasa de notificación de casos de Guillain-Barré por millón de dosis de administradas superior a lo esperado en 1,5 casos por millón de dosis para Arexvy®³⁰. A pesar de que esta señal de seguridad se va a seguir estudiando por las autoridades reguladoras con los sistemas de farmacovigilancia y estudios de postautorización, hay que tener en cuenta que el balance riesgo-beneficio es favorable. Además, hay que

³⁰ Hause AM, Moro P, Baggs J, et al. Early Safety Findings Among Persons Aged ≥ 60 Years Who Received a Respiratory Syncytial Virus Vaccine — United States, May 3, 2023–April 14, 2024. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2024;73:489-94.

tener en cuenta que la infección por VRS ya de por sí incrementa el riesgo de Síndrome de Guillain-Barré comparado con períodos control no temporalmente relacionados con el VRS con una razón de tasas de incidencia ajustada (IRR) del 2,11 (IC 95 %: 1,01-4,37), especialmente evidente en personas de 75 años o más (IRR 2,59; IC 95 %: 1,17-5,73).

Tras la notificación de 7 casos de necrosis en el sitio de la inyección con relación temporal con la vacunación, esta reacción adversa se añadió a la ficha técnica con una frecuencia no conocida.

Dado que Arexvy® es una vacuna sujeta a seguimiento adicional, es necesario **agilizar la detección de acontecimientos adversos que ocurran después de su administración**, bien al Centro de Farmacovigilancia de la Comunidad a través de la web <https://www.notificaram.es>, preferentemente, o en caso de ser necesario puede contactar por correo electrónico (cfvmurcia@carm.es).

J.6.- Contraindicaciones y precauciones

Se considera contraindicación la hipersensibilidad al principio activo o a cualquiera de los excipientes.

Al igual que con otras inyecciones intramusculares se debe administrar con precaución en personas con trombocitopenia o cualquier trastorno de la coagulación.

Como cualquier otra vacuna, se debe posponer su administración en personas que padezcan una infección febril aguda y grave hasta su mejoría. La presencia de infecciones menores no hace necesario el posponer la vacunación.

J.7.- Conservación

Este preparado debe ser **refrigerado entre 2 y 8°C**, preferiblemente en el embalaje original para su protección de la luz. No debe congelarse.

Desde el punto de vista microbiológico, la vacuna se debe usar inmediatamente una vez reconstituida. Si no se usa inmediatamente, el tiempo de conservación en uso antes de su utilización no debe superar las 4 horas.

J.8.- Coadministración con otras vacunas estacionales, recomendadas por condición de riesgo o calendario de vacunación sistemático

Arexvy®, según ficha técnica, se puede coadministrar con vacunas de ARNm frente a la COVID-19, con vacuna conjugada antineumocócica, con vacuna frente al herpes zóster (recombinante, adyuvada) o con vacunas inactivadas frente a la gripe estacional (de dosis estándar no adyuvada, de dosis alta no adyuvada o de dosis estándar adyuvada), en función de la recomendación de cada uno de los productos en el protocolo de vacunación estacional. Aunque no se dispone de bibliografía al respecto, no se prevé problemas de coadministración con vacunas proteicas frente a la COVID-19.

Si se va a administrar Arexvy® al mismo tiempo que otra vacuna inyectable, las vacunas siempre se deben administrar en lugares anatómicos diferentes o separados por una distancia mínima de 2,5 cm.

La coadministración dependerá más de la aceptabilidad por parte de la persona que se va a vacunar que de cuestiones de inmunogenicidad y/o seguridad. En caso de no coadministrar todas las vacunas que una persona tenga indicadas en un solo acto vacunal, se debería dar cita para la vacunación con las dosis restantes en el menor tiempo posible, para evitar olvidos y la no cumplimentación de su pauta vacunal indicada.

K.- REGISTRO DE DOSIS

Independientemente del punto de vacunación de cada persona, **la dosis administrada de vacuna frente a VRS siempre deberá quedar registrada en el**

expediente de la persona en el Sistema de Información del Registro Regional de Vacunaciones de la Región de Murcia (VACUSAN).

Dado que se va a utilizar una estrategia combinada de administración tanto hospitalaria como en Atención Primaria y en residencias de personas mayores y de personas con discapacidad, ante la duda de si una persona candidata a vacunación la ha recibido o no en la temporada previa, se consultará en la historia clínica de Ágoraplus, VACUSAN web o en [PROSAN](#), en caso de puestos privados de vacunación, previa solicitud de alta del profesional sanitario en este último.

K.1.- Registro en SANSONet

Aquellas personas institucionalizadas en residencias de personas mayores y de personas con discapacidad de 50 años o más no vacunadas con anterioridad, recibirán las dosis por parte del personal sanitario de la residencia y el registro se hará por parte del personal sanitario de su residencia exclusivamente en ICC-SANSONet (sistema de información de los centros dependientes del IMAS) a través del Proyecto VANESA. Se deberá registrar la vacuna frente a VRS (Arexvy®) con los lotes que previamente se han recepcionado a través del mismo sistema de información en cada una de las personas vacunadas, cerrando un acta de vacunación por día en el que se vacunen los usuarios. Se puede ampliar información del sistema de información y todos las fases del proceso de vacunación en el [blog del IMAS](#).

K.2.- Registro en OMI-AP

Aquellas personas que se vacunen a en Atención Primaria, el registro se realizará a través de OMI-AP en aquellos centros que dispongan de este sistema de información de gestión de historia clínica. La codificación de la vacuna Arexvy® es **3R** y el laboratorio es **GSK**.

Para poder registrar el motivo por el que se vacuna la persona, cada uno de los códigos, deberá seguirse por un – y la letra correspondiente al motivo que proceda:

- HD. Tratamiento renal sustitutivo.
- I3. Residentes de centros de personas mayores.
- I4. Residentes de centros de personas con discapacidad.
- S2. Leucemia aguda.
- S3. Linfoma.
- S4. Neoplasia.
- S6. Trasplante de progenitores hematopoyéticos.
- S7. Tratamiento inmunosupresor.
- S8. Infección por VIH.
- S9. Trasplante de órgano sólido.
- T1. Otras inmunodeficiencias.
- T3. Otras neoplasias hematológicas.

La dosis siempre será la primera dosis, ya que actualmente no se administran dosis sucesivas, por lo tanto el número cardinal 1. Se cumplimentará el campo de lote, con el correspondiente a la dosis que se administre a la persona.

Un ejemplo sería una persona de 50 años o más con tratamiento inmunosupresor, se registraría 3R-S71 y GSK en el campo de laboratorio, añadiendo el lote correspondiente en el campo indicado.

Se continuará cumplimentando y remitiendo tarjetas verdes para comprobación de registro al centro gestor del Programa de Vacunaciones, como cualquier vacuna que se administra de calendario.

K.3.- Registro en VACUSAN web

En aquellos centros con SIGA-AP, Servicios de Medicina Preventiva con consulta de vacunaciones y registro a través de SELENE o cualquier puesto de vacunación con registro a través de VACUSAN web, éste se realizará a través de dicho sistema de información. A pesar de poder registrarse manualmente el producto Arexvy® junto con su lote, para mayor facilidad de registro, se recomienda tomar los datos de producto,

laboratorio y lote a través de la lectura del código DataMatrix. La orden de la dosis siempre será la primera (1ª). La indicación personal, se rellenará con alguna de las siguientes según proceda:

- Tratamiento renal sustitutivo.
- Residentes de centros de personas mayores.
- Residentes de centros de personas con discapacidad.
- Leucemia aguda.
- Linfoma.
- Neoplasia.
- Trasplante de progenitores hematopoyéticos.
- Tratamiento inmunosupresor.
- Infección por VIH.
- Trasplante de órgano sólido.
- Otras inmunodeficiencias.
- Otras neoplasias hematológicas.

Se continuará cumplimentando y remitiendo tarjetas verdes para comprobación de registro al centro gestor del Programa de Vacunaciones, como cualquier vacuna que se administra, mientras se evidencia que disminuye el número de errores de registro con este nuevo sistema.

K.4.- Registro en VACUSAN de escritorio

Aquellos puestos de vacunación que trabajen con VACUSAN de escritorio, los productos administrados se codificarán con el siguiente código de producto: **GARE**. El número de orden será siempre 1. Cumplimentar igual el campo de lote según el del producto administrado. La indicación personal, se rellenará con alguna de las siguientes según proceda:

- 53. Tratamiento renal sustitutivo.
- 182. Residentes centros personas mayores.
- 183. Residentes centros personas discapacidad.

- 67. Leucemia aguda.
- 68. Linfomas.
- 75. Neoplasia.
- 165. Trasplante precursores hematopoyéticos.
- 113. Tratamiento inmunosupresor.
- 59. Infección por VIH.
- 112. Trasplante de órgano sólido.
- 133. Otras inmunodeficiencias.
- 192. Otras neoplasias hematológicas.

Se continuará cumplimentando y remitiendo tarjetas verdes para comprobación de registro al centro gestor del Programa de Vacunaciones, como cualquier vacuna que se administra.

K.5.- Registro a través de plantilla de subida

Aquellas personas que reciban su vacunación en un puesto privado de vacunación que no disponga de ninguno de los dos sistemas anteriores de registro, éste se realizará por una plantilla específica de Excel, disponible en la [web de registro de murciasalud](http://web.de_registro_de_murciasalud), que permitirá la carga de los datos de vacunación en VACUSAN.

La plantilla se remitirá por correo electrónico a vacunas@carm.es con una periodicidad semanal, únicamente con el registro de dosis administradas desde el último envío y nunca de manera acumulada. En esta dirección también se podrá solicitar el modelo de plantilla.

La codificación de la vacuna Arexvy® es **3R**. **El número de orden será siempre 1**, ya que es la 1ª dosis que recibe la persona. La indicación personal, se rellenará con alguna de las siguientes según proceda:

- HD. Tratamiento renal sustitutivo.
- I3. Residentes de centros de personas mayores.
- I4. Residentes de centros de personas con discapacidad.

- S2. Leucemia aguda.
- S3. Linfoma.
- S4. Neoplasia.
- S6. Trasplante de progenitores hematopoyéticos.
- S7. Tratamiento inmunosupresor.
- S8. Infección por VIH.
- S9. Trasplante de órgano sólido.
- T1. Otras inmunodeficiencias.
- T3. Otras neoplasias hematológicas.

Cumplimentar igual el campo de lote según el del producto administrado.

Se continuará cumplimentando y remitiendo tarjetas verdes para comprobación de registro en el centro gestor del Programa de Vacunaciones, como cualquier vacuna que se administra.