Región de Murcia
Consejería de Salud
Dirección General de Salud Pública y Adicciones

Programa de vacunaciones

Servicio Murciano de Salud

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

Temporada 2026 – 2027

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

Septiembre 2026

ÍNDICE

A.- POBLACIÓN DIANA DE LA CAMPAÑA DE VACUNACIÓN ESTACIONAL. TEMPORADA 2026-2027 6
B.- VACUNACION ANTIGRIPAL. TEMPORADA 2026-2027 11
B.1.- INTRODUCCIÓN 11
B.1.1.- Vigilancia epidemiológica de la gripe. Temporada 2025-2026 13
B.1.2- Efectividad de las vacunas 16
B.2.- OBJETIVOS 18
B.3.- INDICADORES DE EVALUACIÓN CAMPAÑA 2026-2027 19
B.4.- PREVISIÓN DE NECESIDADES DE VACUNA ANTIGRIPAL 22
B.5.- CAPTACIÓN DE LA POBLACIÓN DIANA 22
B.6.- CITACIÓN 25
B.7.- DATOS TÉCNICOS DE LA VACUNA 26
B.7.1.- Composición de la vacuna antigripal recomendada para la temporada 2026-2027 26
B.7.2.- Tipos de vacunas 27
B.7.3.- Productos vacunales y vía de administración recomendados según los distintos grupos de edad 30
B.7.4- Posología de la vacuna antigripal en población pediátrica 32
B.7.5- Pauta de vacunación en poblaciones de alto riesgo 33
B.7.6.- Contraindicaciones y precauciones 34
B.7.7.- Vacuna antigripal, embarazo, y puerperio 37
B.7.8.- Infección por COVID-19 y vacunación de gripe 39
B.7.9.- Efectos adversos 40
B.7.10.- Conservación de la vacuna 41
B.7.11.- Coadministración de las vacunas antigripales 41
B.7.12.- Error en la administración de la vacuna intranasal de la totalidad de la dosis en una misma fosa nasal 42
B.8.- REGISTRO DE DOSIS 43

B.8.1.- Registro en OMI-AP 44
B.8.2.- Registro en ICC-SANSONet 45
B.8.3.- Registro en VACUSAN 45
B.8.4.- Registro a través de plantilla de subida 48
C.- ADMINISTRACIÓN DE DOSIS ESTACIONAL DE VACUNA ADAPTADA FRENTE A SARS-CoV-2. TEMPORADA 2026-2027 49
C.1.- INTRODUCCIÓN 49
C.1.1.- Situación epidemiológica de la temporada 2025-2026 50
C.1.2.- Protección de la vacuna monovalente adaptada de la temporada 2025-2026 frente a SARS-CoV-2 52
C.1.3.- Nuevas vacunas adaptadas autorizadas para la temporada 2026-2027 53
C.2.- OBJETIVOS 53
C.3.- INDICADORES DE EVALUACIÓN CAMPAÑA 2026-2027 54
C.4.- PREVISIÓN DE NECESIDADES DE VACUNA FRENTE A SARS-CoV-2 56
C.5.- CAPTACIÓN DE LA POBLACIÓN DIANA 56
C.6.- CITACIÓN 57
C.7.- DATOS TÉCNICOS DE LAS DISTINTAS VACUNAS ADAPTADAS DE ARNm Y PROTEICA 57
C.7.1.- Vacuna de ARNm a utilizar para población candidata a vacunación de 12 años de edad o más 57
C.7.2.- Vacuna de ARNm a utilizar para población candidata a vacunación de 6 meses a 11 años de edad 58
C.7.4.- Vacuna proteica a utilizar para población candidata a vacunación de 12 años de edad o más 58
C.7.5.- Vacunación estacional frente a COVID-19 en el embarazo 59
C.7.6.- Contraindicaciones y precauciones de vacunas adaptadas para la temporada 2026-2027 61
C.7.7.- Efectos adversos 62

C.7.8.- Intervalos recomendables entre la administración de dosis estacional y dosis anteriormente recibidas e infección previa 63
C.7.9.- Vacunación frente a SARS-CoV-2 en población con un alto grado de inmunosupresión 63
C.7.10.- Administración y conservación de las vacunas 64
C.8.- REGISTRO DE DOSIS 67
C.8.1.- Registro en OMI-AP 67
C.8.2.- Registro en ICC-SANSONet 67
C.8.3.- Registro en VACUSAN 68
C.8.4.- Registro a través de plantilla de subida 71

A.- POBLACIÓN DIANA DE LA CAMPAÑA DE VACUNACIÓN ESTACIONAL. TEMPORADA 2026-2027

GRUPO	GRIPE[1]	COVID-19[2]
6 meses a 11 años (nacidos 2015 y años posteriores)(*)	Vacunación sistemática.	• Tabla 1 de grupos de riesgo • Convivientes o cuidadores de aquellas personas que pertenecen a grupos de riesgo para protección individual.
12-59 años (nacidos entre 1967 y 2014)	• Tabla 1 de grupos de riesgo • Tabla 2 de grupos de riesgo • Tabla 3 de grupos de riesgo • Profesionales sanitarios y socio-sanitarios(+). • Trabajadores esenciales(++). • Profesionales con exposición laboral a animales(+++). • Convivientes o cuidadores de aquellas personas que pertenecen a grupos de riesgo, incluyendo los menores de 6 meses.	• Tabla 1 de grupos de riesgo • Tabla 2 de grupos de riesgo • Profesionales sanitarios y socio-sanitarios(+) para protección individual. • Convivientes o cuidadores de aquellas personas que pertenecen a grupos de riesgo para protección individual.
60-69 años (nacidos entre 1957 y 1966)(**)	Vacunación sistemática.	
70 años o más (nacidos con anterioridad a 1957)(***)	Vacunación sistemática.	Vacunación sistemática.
Embarazadas	Vacunación sistemática en cualquier trimestre (en caso de no	Vacunación sistemática en cualquier trimestre.

[1] Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Recomendaciones de vacunación frente a la gripe en la temporada 2026-2027 en España.
[2] Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Recomendaciones de vacunación frente a COVID-19 en la temporada 2026-2027 en España.

GRUPO	GRIPE[1]	COVID-19[2]
	vacunación durante la gestación, se incluye a las mujeres en los 6 1os meses del puerperio).	

(*) La población pediátrica de hasta 11 años, inclusive que cumplan, al menos, 6 meses durante la campaña son 169.109 personas, según la base de datos poblacional PERSAN a fecha 9 de septiembre de 2026, nacidas entre 1 de enero de 2015 y 30 de junio de 2026, ya que estos últimos cumplirán los 6 meses a la finalización de la campaña.

(**) Personas de 60-69 años (nacidas entre 1966 y 1957) suponen 195.269 personas, según el censo del Instituto Nacional de Estadística a 1 de enero de 2025.

(***) Personas de 70 años o más (nacidas en 1956 y años anteriores) suponen 218.216 personas, según el censo del Instituto Nacional de Estadística a 1 de enero de 2025.

(+) Se considera como tal el personal y los estudiantes de centros y establecimientos sanitarios y socio-sanitarios públicos y privados (tanto personal sanitario como de otras profesiones), así como de centros de menores.

(++) Personas que trabajan en servicios públicos esenciales, incluyendo a personal docente y no docente de guarderías y etapas educativas obligatorias. Se hará 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.

(+++) 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.

Grupos de riesgo	
Tabla 1 **Situaciones de muy alto riesgo para gripe y COVID-19**	• Personas con inmunodepresión debida a determinados errores innatos de la inmunidad (antes denominadas IDP) o secundaria a trasplante de progenitores hematopoyéticos, terapias CAR-T, tratamientos que producen inmunosupresión grave, receptores de trasplante de órgano sólido, infección VIH, neoplasia activa (hematológica o de órgano sólido), fallo renal con necesidad de diálisis o trasplante. • Enfermedades crónicas cardiovasculares graves, enfermedades crónicas respiratorias graves (incluyendo asma grave, displasia broncopulmonar y fibrosis quística) y enfermedades neurológicas o neuromusculares graves. • Personas internas en residencias de mayores, centros de atención a la discapacidad y residentes en instituciones cerradas.
Tabla 2 **Situaciones de riesgo para gripe y COVID-19**	• Enfermedades crónicas del sistema cardiovascular no graves. • Enfermedades respiratorias crónicas no graves, incluida la patología pulmonar confirmada tras padecimiento de COVID-19. • Enfermedades neurológicas y neuromusculares no graves u otros trastornos que dificulten la movilización de secreciones respiratorias o aumenten el riesgo de aspiración. • Personas con obesidad mórbida (índice de masa corporal ≥40 en adultos, ≥35 en adolescentes o ≥3 DS en la infancia). • Enfermedad renal crónica en estadíos 3, 4 y 5 (según clasificaicón KDIGO) y/o síndrome nefrótico. • Diabetes mellitus. • Enfermedad hepática crónica. • 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.

Grupos de riesgo	
	• Trastornos o enfermedades que conllevan disfunción cognitiva (Síndrome de Down, parálisis cerebral, demencias y otras).
Tabla 3 **Otras situaciones de riesgo para gripe**	• Alcoholismo crónico. • Enfermedades inflamatorias crónicas. • Enfermedades metabólicas crónicas (incluyendo Síndrome de Cushing). • Enfermedad celíaca. • Portadores de implantes cocleares o en espera del mismo. • Fístula de líquido cefalorraquídeo (LCR). • Tratamiento crónico con salicilatos en personas de hasta 18 años (siempre vacuna inactivada por la posibilidad de síndrome de Reye). • Hábito tabáquico[3].

A modo de resumen, los grupos que solo está recomendada la vacunación antigripal, pero no la administración de dosis estacional de vacuna frente a COVID-19, los siguientes:

1. Personas de 6 meses a 11 años (nacidos 2015 y años posteriores) sin condiciones de muy alto riesgo que indique vacunación frente a COVID-19.
2. Personas de 12 a 18 años en tratamiento crónico con salicilatos (siempre con vacuna inactivada por la posibilidad de desarrollar un síndrome de Reye).
3. Personas de 12 a 59 años con alguna de las siguientes condiciones:
   a. Alcoholismo crónico.
   b. Enfermedades inflamatorias crónicas.
   c. Enfermedades metabólicas crónicas (incluyendo Síndrome de Cushing).

[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.

d. Enfermedad celíaca.
e. Fístula de LCR.
f. Portadores de implantes cocleares o en espera del mismo.
g. Hábito tabáquico.
h. Trabajadores de servicios esenciales.
i. Personas con exposición laboral directa a animales o a sus secreciones en granjas o explotaciones avícolas, porcinas o de visones o a fauna silvestre (aves, jabalíes o mustélidos), como ganaderos, veterinarios, trabajadores de granjas, cazadores, ornitólogos, agentes de medioambiente, personal de zoológicos, etc.
j. Convivientes o cuidadores de aquellas personas que pertenecen a grupos de riesgo, incluyendo los menores de 6 meses, por lo que se incluye la mujer en los 1os 6 meses del puerperio. En este grupo, la indicación de administración de dosis estacional de vacuna adaptada frente a COVID-19 se puede indicar para su protección individual, aunque la vacunación de los cuidadores, según algunos estudios, puede disminuir el riesgo de transmisión.

4. Personas de 60 a 69 años de edad sin ninguna condición de riesgo.

B.- VACUNACION ANTIGRIPAL. TEMPORADA 2026-2027

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, la Dirección General de Salud Pública y Adicciones (DGSPyA) de la Consejería de Salud y otros puestos de vacunación acreditados. 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 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.

En la Región de Murcia se incluyó la vacunación de la población pediátrica desde la campaña 2022-2023, iniciando la vacunación escolar en toda la región desde la temporada 2023-2024, que se ha ido ampliando hasta llegar a incluir en ésta a toda la población pediátrica escolarizadas en ambos ciclos de Educación Infantil y Primaria. El modelo de vacunación escolar antigripal de la Región de Murcia se ha extendido a distintas comunidades autónomas, siendo ya más de la mitad a escala nacional las que vacunan en escuelas.

Una parte de los pacientes con riesgo de COVID-19 grave pertenecen a grupos de riesgo en los que está indicada la vacunación antigripal[1], habiéndose evidenciado que la mortalidad de los pacientes con COVID-19 se duplica cuando también presentan una infección por el virus de la gripe[4].

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 importancia

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

alcanzar las coberturas de vacunación elevadas para ambos virus en personas mayores, así como personas con condiciones de riesgo y gestantes, para la protección del lactante en los primeros 6 meses de vida. En la población de 60 a 69 años, sin embargo, se ha evidenciado una menor incidencia de hospitalización y complicaciones en caso de infección por SARS-CoV-2 desde hace dos temporadas, por lo que, en caso de ausencia de patología de base solo tienen recomendación de vacunación antigripal.

Además, es importante destacar que existe evidencia científica sobre los beneficios adicionales de la vacunación antigripal, más allá de la prevención de la enfermedad respiratoria grave causada por el virus de la gripe. Entre estos beneficios, se ha demostrado su impacto en la reducción de ingresos hospitalarios por infarto agudo de miocardio, especialmente en personas con hipertensión [5] . Según un meta-análisis publicado en verano de 2026, la vacunación contra la gripe frente a la no vacunación se asoció con un riesgo un 24 % menor de sufrir infarto agudo de miocardio, evidenciando también un riesgo un 25 % menor de mortalidad por cualquier causa y del 37 % cuando solo se tuvo en cuenta la mortalidad por causa cardiovascular[6]. Por tanto, dado que la gripe representa un problema de salud, es fundamental informar a los pacientes de riesgo sobre los **beneficios cardiovasculares de la vacunación antigripal**. Estos beneficios adicionales de la vacunación antigripal han llevado recientemente al Colegio Americano de Cardiólogos a recomendar la vacunación antigripal como parte de la estrategia de cuidado cardiovascular[7].

[5] 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.
[6] Hon JJ, Aikawa T, Biering-Sørensen T, et al. Comparative effectiveness of influenza vaccination dosing strategies for cardiovascular protection: a systematic review and network meta-analysis of randomised controlled trials. Am Heart J. 2026 Aug 24:107591.
[7] Heidenreich PA, Bhatt A, Nazir NT, Schaffner W, Vardeny O. Adult Immunizations as Part of Cardiovascular Care: 2026 ACC Concise Clinical Guidance: A Report of the American College of Cardiology Solution Set Oversight Committee. J Am Coll Cardiol. 2026:S0735-1097(26)07068-3.

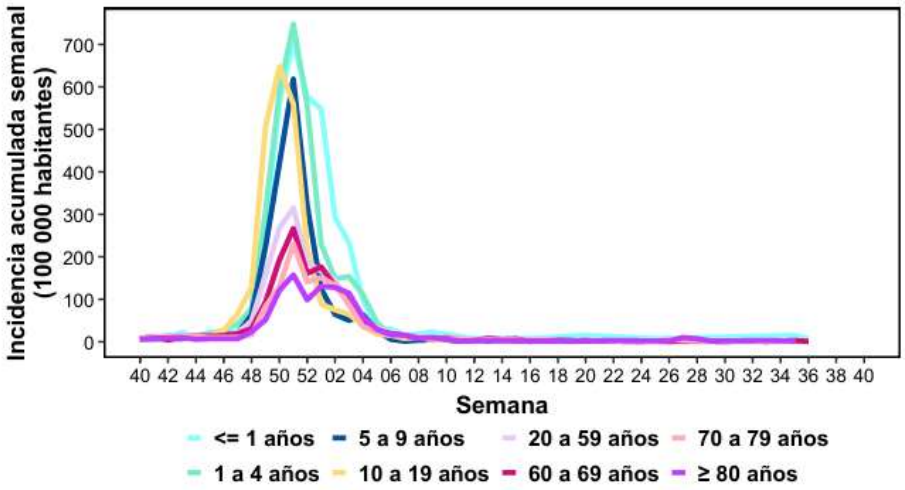
B.1.1.- Vigilancia epidemiológica de la gripe. Temporada 2025-2026

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 (semana 36/2026), según los diagnósticos de IRAs en Atención Primaria, la temporada 2025-2026 fue la gripe (código CIAP R80) la que presentó el mayor pico de incidencia de todas, con 348 episodios por 100.000 habitantes en la semana 51/2025 (un 47,3 % superior a la temporada previa y con un adelanto del pico en 7 semanas). 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 menores de un año y 1-4 años, con un pico de más de 700 casos por cada 100.000 habitantes en las últimas semanas de 2025. El grupo de 5-9 años tuvo un pico de incidencia menor y el área bajo la curva fue menor que los grupos de 0-4 años en los que la cobertura alcanzada fue menor (tal como se puede observar en la figura 1)[8], algo que no se registraba antes de la ampliación de la vacunación a este grupo etario (en la figura 2 se muestran los datos de la temporada 2024-2025).

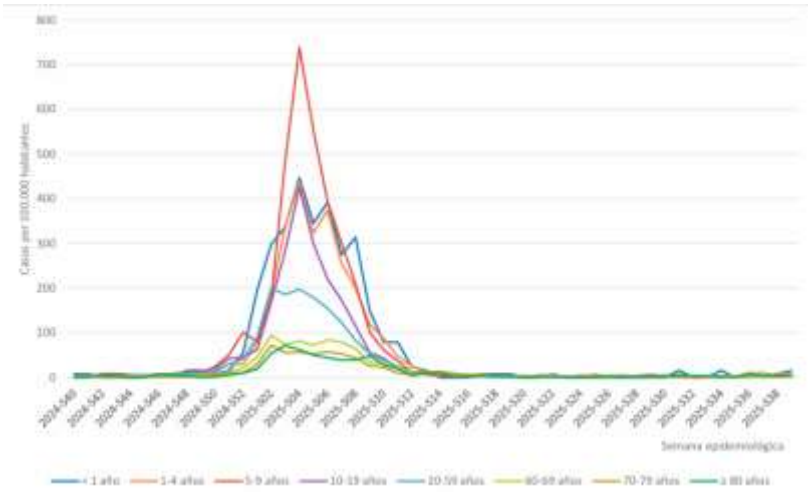
[8] Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Adicciones. Sistema de Vigilancia de Infección Respiratoria Aguda en Atención Primaria. Región de Murcia. Temporada 2025-2026. Semana 34 (31/08/2026 – 06/09/2026).

Figura 1. Incidencia acumulada de gripe (R80) por grupos de edad. Temporada 2025-2026.



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

Figura 2. Incidencia acumulada de gripe (R80) por grupos de edad. Temporada 2024-2025[9].

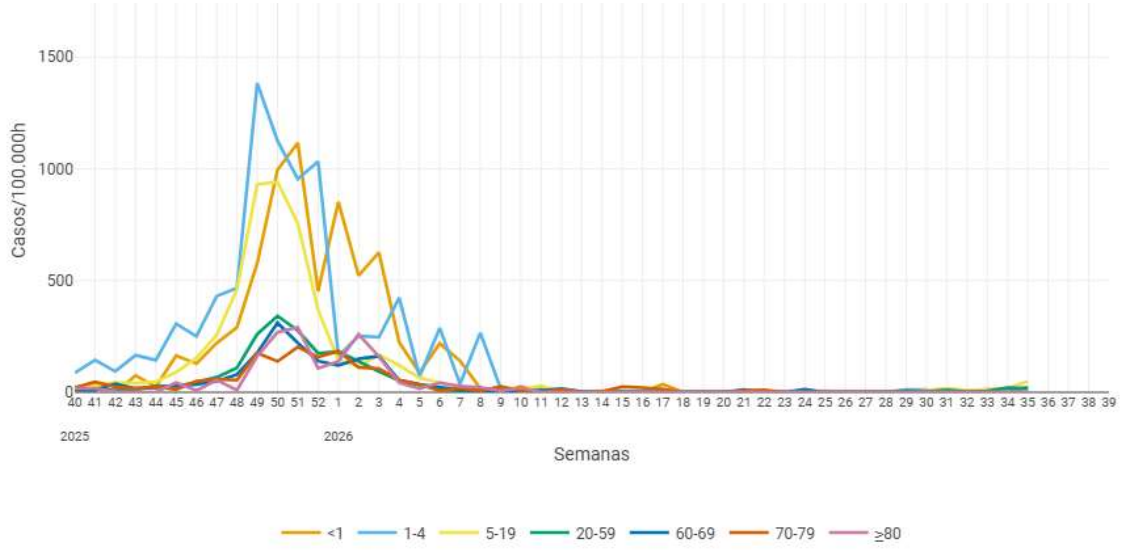


Fuente. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Adicciones. Sistema de Vigilancia de Infección Respiratoria Aguda en Atención Primaria. Región de Murcia.

[9] Ivorra-Andreu B, et al. Vigilancia de Infección Respiratoria Aguda en Atención Primaria (IRA-AP) e Infección Respiratoria Aguda Grave en hospitales (IRAG) Vigilancia de gripe, COVID-19, VRS y otros virus respiratorios. Temporada 2024-2025 Región de Murcia.

A escala nacional, en la temporada 2025-2026 se observó una actividad gripal más intensa, con un pico de incidencia de 429,9 casos por cada 100.000 habitantes en la semana 50/2025. Los datos nacionales[10] de síndrome gripal también evidencian que los grupos de mayor incidencia en la pasada temporada fueron los niños menores de 5 años (1-4 años y <1 año), con un pico de actividad en la semana 49/2025 de 1.383,1 casos por 100.000 habitantes y en la 51/25 de 1.115,6 casos, respectivamente (figura 3).

Figura 3. Incidencia de síndrome gripal en la temporada 2025-2026, por grupos de edad. SiVIRA.



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

Hay que tener en cuenta que en las dos últimas semanas antes de la publicación de este protocolo se ha producido un aumento temprano en la

[10] CNE-CNM. ISCIII. SiVIRA (Sistema de Vigilancia de Infección Respiratoria Aguda. Vigilancia centinela de Infección Respiratoria Aguda: gripe, COVID-19 y VRS. Semana 35/2026 (del 24 de agosto al 30 de agosto de 2026).

incidencia de gripe en Atención Primaria y que la positividad en las últimas dos semanas es del 7,3 y 8,5 %, respectivamente.

Respecto a las infecciones respiratorias agudas graves (IRAG), en nuestra Región, desde la semana 40/2025 hasta la 20/2026 se incluyeron 381 ingresos del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca para el componente de selección sistemática de la vigilancia de las IRAG. De ellos, se detectaron 70 casos de gripe, de los 69 de gripe A se tuvieron datos del subtipo en 45, de los cuales 32 casos fuero A[H3] y 13 A[H1N1]pdm09, además de un caso de gripe B. La tasa de positividad fue del 20,9 %.

A escala nacional, se evidenció una mayor tasa de hospitalización que la temporada previa, con un pico de 11 hospitalizaciones por 100.000 habitantes en la semana 01/2026. El grupo de población donde se observó mayor letalidad, gravedad y carga hospitalaria fue en personas de 80 años o más, seguido del grupo de 70-79 años y menores de 1 año. En relación a los datos de vigilancia virológica disponibles en el sistema de vigilancia de las infecciones respiratorias agudas (SiVIRA) hubo un predominio de circulación de A(H3N2)[10].

A estos datos hay que sumar **señales de alerta a nivel internacional de un posible adelanto de la temporada epidémica**. Japón ya ha entrado en una situación de circulación gripal inusualmente precoz. El Ministerio de Salud japonés informó que en la semana 34/2026 se superó el umbral epidémico (en aumento en la semana posterior y última publicada), lo que supone un adelanto de 5 semanas respecto a la temporada previa, siendo la segunda más temprana desde 1999, sólo por detrás de la pandemia de 2009. En Reino Unido también se están evidenciando signos de adelanto de la temporada epidémica.

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 las variantes de los virus circulantes con las incluidas en la vacuna en cada temporada. En la temporada

2025-2026 predominó la variante A(H3N2) y el subclado K con un adelanto de la estacionalidad habitual. Según datos suecos recientemente publicados, se estimó la efectividad vacunal (EV) en personas de 65 años o más de un 38 % (IC 95 %: 32-44 %) frente a cualquier tipo de gripe, del 27 % (IC 95 %: 8-42 %) frente a visitas a urgencias, del 39 % (IC 95 %: 32-45 %) frente a hospitalización y del 56 % (34-70 %) para mortalidad por cualquier causa a los 300 días de una hospitalización por gripe[11].

Los datos anteriores van en línea con lo observado en Estados Unidos. Según datos de la Red VISION en temporada gripal 2025-2026 en este país, entre niños y adolescentes menores de 18 años, la EV frente a cualquier tipo de gripe fue del 37 % (IC 95 %: 33-41 %) en el ámbito ambulatorio y del 47 % frente a hospitalización asociada a la gripe (IC 95 %: 18-65 %). Entre los adultos, la EV en el ámbito ambulatorio fue del 34 % (IC 95 %: 31-37 %) y del 27 % (IC 95 %: 20-33 %) frente a hospitalización[12].

En población pediátrica se dispone también de datos no publicados aún sobre el cálculo de EV para prevenir hospitalización por gripe confirmada en la temporada 2025-2026. Según un estudio casos-controles con los 72 casos de niños/as de entre 6 meses y 9 años, que ingresaron en los distintos hospitales de nuestra región, y sus controles apareados, la EV frente a hospitalización fue del 52 % (IC 95 %: 17-72 %).

En relación a las vacunas de inmunidad mejorada, en los últimos años se han publicado distintos estudios que avalan su mayor efectividad en relación con las vacunas de dosis estándar en población de mayor edad.

Respecto a la vacuna de alta carga, se han publicado datos del estudio FLUNITY-HD, que aúna datos de los estudios pragmáticos DANFLU y GALFLU, con casi 500.000 participantes a los que se les asignó aleatoriamente la vacuna

[11] Amin R, Hergens MP, Nauclér P, Widgren K. Effectiveness of seasonal influenza vaccine 2025/2026 among persons 65 years and older: a cohort study in Stockholm County, Sweden. Clin Microbiol Infect. 2026:S1198-743X(26)00395-2.
[12] Azziz-Baumgartner E, Budd A, Lee JS, et al. Influenza Activity and Estimated Vaccine Effectiveness During the 2025-2026 Influenza Season. JAMA Netw Open. 2026 Jun 1;9(6):e2618581.

de alta carga o carga antigénica convencional. La EV relativa de la vacuna de alta carga respecto a la convencional en relación con la hospitalización por gripe confirmada por laboratorio fue del 31,9 % (IC 95 %: 19,7-42,2 %), del 8,8 % (IC 95 %: 1,7-15,6 %) en el caso de hospitalización por gripe o neumonía, del 6,3 % (IC 95 %: 2,5-10,0 %) en el caso de hospitalización por causas cardiorrespiratorias[13].

Igualmente, se dispone de datos de la primera temporada de un estudio con datos de Kaiser Permanente del Norte de California en los que se comparó la EV de la vacuna adyuvada frente a la de alta carga. No se evidenciaron diferencias significativas ni para gripe confirmada por PCR (EV relativa 1,5 % [IC 95 %: -8,4-10,5 %]), ni para gripe confirmada que precisase asistencia en urgencias o ingreso hospitalario (EV relativa 9,1 % [IC 95 %: -3,9-20,4 %]) ni para la hospitalización por neumonía adquirida en la comunidad (EV relativa 1,0 % [IC 95 %: -11,4-12,0 %])[14].

B.2.- OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL: Reducir la morbimortalidad por gripe en la Región de Murcia, especialmente en las personas con mayor riesgo de desarrollar formas graves de la enfermedad, mediante la vacunación de la población diana (personas con factores de riesgo, así como aquellas que pueden transmitirles el virus, como sus convivientes y profesionales sanitarios y socio-sanitarios).

OBJETIVOS OPERACIONALES:

- Obtener una cobertura en la población de 60 o más años de edad de, al menos, el 75 %.

[13] Johansen ND, Modin D, Pardo-Seco J; DANFLU-2 Study Group; GALFLU Trial Team. Effectiveness of high-dose influenza vaccine against hospitalisations in older adults (FLUNITY-HD): an individual-level pooled analysis. Lancet. 2025;406(10518):2425-2434.
[14] Hsiao A, Leong T, Fireman B, et al. Adjuvanted vs High-Dose Influenza Vaccines in Older US Adults: A Cluster Randomized Crossover Study. JAMA Netw Open. 2026;9(5):e2610120.

- Obtener una cobertura en la población institucionalizada de 60 o más años de edad en residencias de personas mayores y de personas con discapacidad de, al menos, el 75 %.
- Obtener una cobertura en embarazadas de, al menos, el 75 %.
- 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 %.
- Obtener una cobertura en la población nacida en 2015 y años posteriores, siempre que hayan cumplido 6 meses de edad a lo largo de la campaña de vacunación de, al menos, el 60 %.

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 riesgo[1].

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 2026-2027

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 2026-2027.

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 grupos de población	Niños/as nacidos a partir del 1 de enero de 2015 (edad ≥6 meses)	• Municipio • Área de salud y ZBS • Año de nacimiento
	Niños/as nacidos entre 2015 y 2024 de 2 años de edad cumplidos escolarizados en la Región(*)	• Municipio • Área de salud y ZBS • Etapa educativa
	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 75 o más años	• Municipio • Área de salud y ZBS
	Usuarios/as de residencias de personas mayores o con discapacidad de 60 o más años	Regional
	Trabajadores/as en residencias de personas mayores o con discapacidad	Regional
	Personal de centros sanitarios(**)	• Centro/área sanitaria • Categoría profesional
	Embarazadas	• Municipio • Área de salud y ZBS

Dimensión	Indicador	Desglose
	Determinados grupos de riesgo (personas con diabetes e infección por VIH)	Regional
(*) La campaña de vacunación escolar se evalúa separadamente. (**) Solo se dispone de datos de coberturas para el personal de centros sanitarios del SMS. ZBS: Zona básica de salud.		

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. Sin embargo, para los nacidos en el último año, en esta temporada los nacidos en 2026, se extraerán de PERSAN, ya que no están incluidos en el último censo disponible. Adicionalmente, en el caso de la campaña de vacunación escolar, la población de referencia será el censo de estudiantes escolarizados proporcionada por la Consejería de Educación y disponible en la base de datos poblacional PERSAN.

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 de centros sanitarios es la proporcionada por los Servicios Centrales de Prevención de Riesgos Laborales 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 ICC-SANSONet y su integración con el sistema de información del Registro Regional de Vacunaciones (VACUSAN) a través del Proyecto VANESA. La población de

referencia será la proporcionada por el IMAS (Instituto Murciano de Acción Social) a fecha 31 de diciembre de 2026.

B.4.- PREVISIÓN DE NECESIDADES DE VACUNA ANTIGRIPAL

En función de la población estimada en los distintos grupos de población diana y las distintas vacunas destinadas a cada uno de ellos, las dosis adquiridas de vacuna antigripal para la presente temporada ascienden a:

- 100.000 dosis de vacuna trivalente atenuada intranasal.
- 115.000 dosis de vacuna de inmunidad mejorada (trivalente de alta carga y trivalente adyuvada con MF59^{TM}).
- Hasta 252.000 dosis de vacuna inactivada (trivalente de antígenos de superficie cultivada en huevos embrionados y de cultivo celular).

Esto hace un total de hasta **467.000 dosis disponibles de vacuna antigripal** para esta campaña**.**

B.5.- CAPTACIÓN DE LA POBLACIÓN DIANA

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

- Vacunación escolar
- Atención Primaria. Aquellos centros que trabajen con VACUSAN web dispondrán de un sistema de aviso cada vez que se acceda al expediente de la persona si ésta es candidata a vacunación y aún no la ha recibido en la temporada en curso.
- Consulta de Atención Especializada, entre las que se encuentra Medicina Preventiva.
- Servicios de Prevención de Riesgos Laborales.
- Residencias y centros de personas mayores y de personas con discapacidad.

- Puestos privados de vacunación.
- Hogares de pensionistas y clubes de la tercera edad.
- Asociaciones y organizaciones de enfermos crónicos y otros colectivos socialmente desfavorecidos (centros de acogida, etc.).
- Farmacia comunitaria, a través de sistema de aviso de receta electrónica de la población candidata por edad.
- Portal de MurciaSalud y otras redes sociales.

El cronograma de la campaña de vacunación 2026-2027 será el siguiente:

- **16 de septiembre.** 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. Se aprovechará para administrar de manera conjunta la vacuna frente a VRS a usuarios de 50 años o más no vacunados con anterioridad y frente a neumococo en cualquier persona institucionalizada que no hubiera recibido previamente una dosis de vacuna conjugada de 20 serotipos.
- **18 de septiembre.** 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, priorizando siempre que sea posible a la población de 70 años o más, gestantes y población pediátrica no vacunada en el entorno escolar.
- **21 de septiembre.** Comienzo de la vacunación antigripal en centro escolares para personas escolarizadas en cualquier curso de ambos ciclos de Educación Infantil y cualquier curso de Educación Primaria, por tanto, nacidas de 2023 y mayores, siempre que la tengan 2 años cumplidos (consultar en el siguiente enlace el protocolo específico de vacunación escolar).

- **A finales de noviembre o 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, hay que tener en cuenta que se inició en septiembre de 2025 una campaña de revacunación en personas de 65 años o más y menores de esta edad con condiciones de riesgo que hubiesen sido vacunadas con anterioridad con la vacuna polisacárida de 23 serotipos hace 5 años o más, pero la cobertura alcanzada aún no llega al 50 %. Dado que la mayoría de estas personas son candidatas a vacunación estacional, se aprovechará para ofrecer la vacunación antineumocócica conjugada 20-valente con una única dosis en aquellas personas candidatas, según los protocolos específicos para población adulta y pediátrica y adolescente disponibles en la web específica de vacunación antineumocócica.

Igualmente, a partir de la fecha en la que comience la vacunación, se podrá hacer captación activa de aquellas personas de 65 años o más de edad (nacidas en 1960 y años anteriores) no vacunadas con anterioridad frente a neumococo, tal y como se recoge en el Calendario de Vacunaciones e Inmunizaciones a lo Largo de Toda la Vida. Igualmente, se aprovechará la campaña de vacunación estacional para revisar la vacunación frente a herpes zóster de las personas nacidas de 1958 a 1961 y de 1943 a 1947 no vacunadas con anterioridad (se puede consultar el protocolo específico).

De la misma forma, aquellas personas con condiciones de alto riesgo en los que esté recomendada la vacunación frente al virus respiratorio sincitial (VRS) a partir de los 18 o 50 años, según cada una de las condiciones indicadas el

protocolo regional. La circulación epidemiológica del VRS no suele ser coincidente con los otros virus respiratorios, pero, debido a los indicios de adelanto de la temporada de gripe y SARS-CoV-2, se aprovechará para la vacunación de la población candidata en caso de no haber recibido la vacuna con anterioridad, siendo fundamental su captación a lo largo de los meses de septiembre y octubre.

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 entre 1957 y 1966 candidatas a vacunación antigripal, así como las personas nacidas en 1956 y años anteriores, candidatas también a la vacunación frente a COVID-19 con vacuna adaptada), 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 citación al inicio de la campaña.
- Para aquellos niños y niñas nacidos en los años 2015 a 2025 no vacunados en el entorno escolar frente a la gripe, a partir del inicio de la campaña de vacunación en los centros de salud, 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 2026, a pesar de ser candidatos a vacunación antigripal, 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/o 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, en caso de que la tuviese recomendada. Esto se aplica independientemente de su edad y la indicación de la vacunación.

Adicionalmente, cualquier persona **del municipio de Murcia** podrá solicitar cita previa, independientemente de su tipo de aseguramiento, 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 partir del momento que se determine hacia la finalización de la campaña.

B.7.- DATOS TÉCNICOS DE LA VACUNA

B.7.1.- Composición de la vacuna antigripal recomendada para la temporada 2026-2027

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 norte[15], las vacunas disponibles serán trivalentes. Las vacunas trivalentes producidas a partir de huevos embrionados recomendadas para esta temporada 2026-2027 deberán contener los siguientes componentes:

[15] WHO. Recommendations announced for influenza vaccine composition for the 2026-2027 northern hemisphere influenza season. World Health Organization.

- Cepa análoga a A/Missouri/11/2025 (H1N1) pdm09, sustituye a la cepa análoga a A/Victoria/4897/2022 pdm09
- Cepa análoga a A/Darwin/1454/2025 (H3N2), sustituye a la cepa análoga a A/Croatia/10136RV/2023.
- Cepa análoga a B/Tokyo/EIS13-175/2025 (linaje B/Victoria), sustituye a la cepa análoga a B/Austria/1359417/2021 (linaje B Victoria).

Las producidas a partir de cultivos celulares incluirán:

- Cepa análoga a A/Missouri/11/2025 (H1N1) pdm09, sustituye a la cepa análoga a A/Wisconsin/67/2022 pdm09.
- Cepa análoga a A/Darwin/1415/2025 (H3N2), sustituye a la cepa análoga a A/District of Columbia/27/2023 (H3N2).
- Cepa análoga a B/Pennsylvania/14/2025 (linaje B/Victoria), sustituye a la cepa análoga a B/Austria/1359417/2021 (linaje B Victoria).

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 2015 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, 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[16].

- Vacuna trivalente inactivada de antígenos de superficie (Vaxigrip®): está aprobada para ser utilizada en adultos y niños/as a partir de los 6 meses de edad. En su composición, presenta como excipientes: cloruro de sodio, cloruro de potasio, hidrogenofosfato de sodio dihidrato, dihidrogenofosfato de potasio y agua para preparaciones inyectables. Puede contener trazas de huevo, como la ovoalbúmina, y de neomicina, formaldehído y octoxinol-9, utilizados durante el proceso de fabricación. Se trata de una suspensión inyectable presentada en jeringas precargadas que puede venir en envases con 1 o 10 jeringas[17].
- Vacuna trivalente de cultivo celular (Flucelvax®): está aprobada para ser utilizada por adultos y niños/as a partir de los 6 meses de edad. No presenta trazas de huevo, ya que está desarrollada 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 sin aguja[18].
- Vacuna trivalente inactivada de antígenos de superficie de alta carga (Efluelda®): está aprobada por ficha técnica para ser administrada en personas de 60 años o más de edad. Sin embargo, su empleo va a estar destinado a la población institucionalizada de 60 años o más de edad, mientras que para población no institucionalizada su empleo queda reservado preferentemente a personas de 75 años o más de edad. Se trata de una vacuna trivalente de alta carga (60 µg de hemaglutinina por cepa). En su composición presenta como excipientes: cloruro sódico, fosfato sódico

[16] Anexo I. Ficha técnica o resumen de las características del producto Fluenz®.
[17] Anexo I. Ficha técnica o resumen de las características del producto Vaxigrip®.
[18] Anexo I. Ficha técnica o resumen de las características del producto Flucelvax®.

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. La presentación está disponible solo en jeringas con suspensión precargada de 0,5 ml en envases de 1 jeringa con aguja[19].

- Vacuna trivalente adyuvada de antígenos de superficie purificados del virus (Fluad®): utiliza un adyuvante en forma de suspensión oleosa (MF59C.1) que aumenta la inmunogenicidad vacunal en personas de mayor edad. Por ficha técnica, está limitado su empleo a personas de 50 años o más. Sin embargo, su empleo va a estar destinado a la población institucionalizada de 60 años o más de edad, mientras que para población no institucionalizada su empleo queda reservado preferentemente a personas de 70-74 años de edad. 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 y agua para inyecciones. La presentación disponible será de envases de 10 jeringas precargadas sin aguja[20].

[19] Anexo I. Ficha técnica o resumen de las características del producto Efluelda®.
[20] Anexo I. Ficha técnica o resumen de las características del producto Fluad®.

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	Trivalente producida en huevo embrionado (**Vaxigrip®)** o de cultivo celular (**Flucelvax®**)	0,5 ml	1 (o 2)*	Intramuscular
Nacidos en 2015 y años posteriores con 2 años cumplidos Personas de 12 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 trivalentes inactivadas (producida en huevo embrionado, Vaxigrip®, o cultivo celular, Flucelvax®)	0,5 ml	1 (o 2)*	Intramuscular
18-59 años con condiciones de riesgo y 60-69 años sanos	Trivalente producida en huevo embrionado (**Vaxigrip®)** o de cultivo celular (**Flucelvax®**)	0,5 ml	1	Intramuscular
70-74 años	Trivalente adyuvada (**Fluad®**) de manera preferente. En caso de no disponibilidad, la segunda opción será trivalente de alta carga (**Efluelda®**) (también se puede utilizar trivalente producida en huevo embrionado, Vaxigrip®), o trivalente de cultivo celular, Flucelvax®)	0,5 ml	1	Intramuscular
≥75 años	Trivalente de alta carga (**Efluelda®**) de manera preferente. En caso de no disponibilidad, la segunda opción será trivalente adyuvada (**Fluad®**) (también se puede utilizar trivalente producida en huevo embrionado, Vaxigrip®), o trivalente de cultivo celular, Flucelvax®)	0,5 ml	1	Intramuscular

GRUPO ETARIO	VACUNA A ADMINISTRAR	DOSIFICACIÓN	DOSIS	ADMINISTRACIÓN
POBLACIÓN INSTITUCIONALIZADA				
6 meses a 59 años	Trivalente producida en huevo embrionado (**Vaxigrip®)** o de cultivo celular (**Flucelvax®**)	0,5 ml	1	Intramuscular
≥60 años	Trivalente adyuvada (**Fluad®**) o trivalente de alta carga (**Efluelda®**)	0,5 ml	1	Intramuscular

* Recibirán **dos dosis de vacuna** separadas por 4 semanas solamente los niños y niñas de **6 meses a 8 años incluidos con condiciones de riesgo no vacunados en campañas anteriores, así como en exprematuros de menos de 32 semanas de gestación entre los 6 y los 24 meses de edad**.

En relación con la administración de la vacuna, según las recomendaciones de No Hacer del Ministerio de Sanidad, no se recomienda el uso de guantes durante todo el procedimiento de vacunación, excepto cuando el personal responsable de administrar las vacunas presente lesiones abiertas en las manos[21].

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 la administración de una sola dosis de vacuna en todas las edades de población infantil sana, incluyendo los que se vacunan por primera vez[1].

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 **solo en su primera temporada de vacunación**. En las sucesivas, los niños y niñas con condiciones de riesgo recibirán una sola dosis de vacuna, al igual que ocurre en niños/as sanos/as[1].

[21] Ministerio de Sanidad. guiasalud.es. Información sobre la recomendación. Cód: 20250404_41_AEV.

B.7.5- Pauta de vacunación en poblaciones de alto riesgo

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 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[1]. En otras patologías específicas se tendrán las siguientes consideraciones [22] , siempre que sea posible y dependiendo de la circulación del virus de la gripe:

- TOS. Solo una dosis estacional, excepto si es la primera vez que se vacuna tras el trasplante (independientemente de la vacunación en temporadas previas), administrar una segunda dosis a las 4 semanas. Se recomienda a partir del 3º mes tras el mismo, aunque en temporada gripal se puede adelantar al primer mes.
- TPH / terapia CAR-T. Si es la primera vez que se vacuna de gripe tras el trasplante o la terapia (independientemente de la vacunación en temporadas previas), administrar una segunda dosis a las 4 semanas (se hará valoración individualizada según reconstitución inmune). En general, a partir de los 6 meses de la terapia, pero en periodo epidémico, se puede adelantar a los 3 meses.
- Tratamiento inmunosupresor por trastornos autoinmunes. Idealmente, al menos 2 semanas antes del inicio del tratamiento. En caso de no ser posible, al menos 3 meses tras la última infusión (en tratamientos que provoquen

[22] Nellore A, Goepfert P, Tan Ch et al. IDSA 2025 Guidelines on the Use of Vaccines for the Prevention of Seasonal COVID-19, Influenza, and RSV Infections in Immunocompromised Patients. Clin Infect Dis published March 2, 2026.

depleción de células B, considerar al menos 6 meses). Sin embargo, en temporada epidémica, estos intervalos podrían acortarse.

- Infección por VIH. La mejor respuesta se da tras ≥3 meses de terapia antirretroviral, con CD_4≥15 %, y carga viral<1000 copias/ml, aunque se puede adelantar hasta conseguir estos parámetros tras valoración por parte del riesgo / beneficio de posponer la vacunación).

B.7.6.- 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 en ninguna de las vacunas antigripales**. 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.
- 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[23,24,25].

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 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.
- Conviviente de persona gran inmunodeprimida que se encuentre en aislamiento respiratorio, como puede ser un TPH en los dos meses

[23] 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.
[24] Price LC. Should I have an H1N1 flu vaccination alter Guillain-Barré syndrome? BMJ. 2009;339:b3577.
[25] Baxter R, Lewis N, Bakshi N, Vellozzi C, Klein NP; CISA Network. Recurrent Guillain-Barre Syndrome Following Vaccination. Infectious Disease Journal. 2012;54:800-4.

siguientes al mismo o una inmunodeficiencia combinada grave, dado que se trata de una vacuna de virus vivos atenuados[26]. Si el familiar gran 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. Si la inmunosupresión de la persona con la que convive no es severa (es decir, no se da ninguno de los casos citados arriba) la vacuna intranasal sí puede administrarse.

- 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 tanto, la vacuna intranasal debe retrasarse hasta 48 horas después de finalizar el tratamiento con agentes antivirales contra la gripe, o bien se debe ofrecer una vacuna inactivada si se requiere protección inmediata. La administración de agentes antivirales contra la gripe dentro de las 2 semanas posteriores a la administración de la vacuna atenuada intranasal puede afectar negativamente la efectividad de la vacuna[27]. 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.

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

[26] CDC. Vaccines & Immunizations. Altered Immunocompetence. Actualizado 26 junio 2024.
[27] UK Health Security Agency. Influenza: the green book, chapter 19. Actualizado 25 de agosto 2026.

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.7.7.- Vacuna antigripal, embarazo[28,29] 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 complicaciones[30]. Además, la vacunación de la madre protege al niño durante sus primeros meses de vida, período en el que la gripe puede ser más grave[31], 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 %[32]. Además, con datos de las temporadas 2023-2024 y 2024-2025 de la Región de

---

[28] WHO. Vaccines against influenza WHO position paper – November 2012. Wkly Epidemiol Rec 2012; 87: 461-76.
[29] WHO. Global Advisory Committee on Vaccine Safety, June 2012. Wkly Epidemiol Rec 2012; 87: 281-8.
[30] 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.
[31] 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.
[32] 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.

Murcia, se ha evidenciado que la EV de la vacunación materna en sus hijos en los primeros 6 meses de vida fue del 66,1 % (IC 95 %: 11,1-87,1 %), ascendiendo al 90,2 % (IC 95 %: 27,6-98,7 %) en el caso de que la vacunación materna fuese al menos 15 días antes del parto[33].

Además, un trabajo publicado en 2026 con datos de EE.UU. de entre las temporadas 2011-2012 y 2019-2020, estimó que se producían anualmente 2.670-10.000 hospitalizaciones y 76-486 ingresos en UCI en gestantes por la gripe, así como 3.930-13.100 hospitalizaciones y 457-1.830 ingresos en UCI en lactantes menores de 6 meses. Durante este período se estimó el impacto de la vacunación materna, que consiguió evitar, con las coberturas alcanzadas, anualmente 33-2.440 hospitalizaciones y 1-166 ingresos en UCI entre las gestantes y 29-1.350 hospitalizaciones y 4-178 ingresos en UCI de lactantes menores de 6 meses. Además, se estimó que un aumento en la cobertura vacunal podría haber prevenido anualmente 12-942 hospitalizaciones por gripe más en gestantes y 17-1.010 ingresos por gripe en lactantes menores de 6 meses[34].

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.**

[33] Iofrío de Arce A, Soriano López J, Campillo Antón E, Zornoza Moreno M, Ros Abellán MP, Pérez Martín JJ. Efectividad de la vacunación antigripal durante el embarazo en la prevención de hospitalizaciones por gripe en lactantes menores de 6 meses, temporadas 2023-2024 y 2024-2025. Póster electrónico. Congreso de la Asociación Española de Vacunología. Valladolid, 22-24 de octubre 2025.

[34] Morris SE, O'Halloran A, Sundaresan D, et al. Public health benefits of maternal influenza vaccination among pregnant women and infants <6 months in the United States, 2011-2020. Vaccine. 2026;89:128895.

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 momento de la gestación**[35,36].

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.7.8.- 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 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.

---

[35] 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;39(4):678-681.
[36] Moro P, Baumblatt 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;40(2):145-152.

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®[37].

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).

[37] Zornoza Moreno M, Pérez Martín JJ, Gómez Moreno MC, Valcárcel Gómez MC, Pérez Martínez M, Tornal 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;18(6):e13331.

Cualquier efecto adverso no recogido en ficha técnica o de mayor gravedad, debe ser notificado a Farmacovigilancia, bien al centro de la Comunidad a través de la web Notificaram o por correo electrónico (cfvmurcia@carm.es).

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 8ºC. 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 o la vacuna frente al VRS en aquellas personas que la tengan indicada**. 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 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 dos miembros diferentes, 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, VRS en personas que la tengan indicada y/o herpes zóster en personas que la tengan indicada por

edad o condición de riesgo, 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.

Por lo que respecta a las vacunas antigripales usadas en la presente campaña de vacunación a población pediátrica sana nacida en 2015 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. Igualmente, en aquellos lactantes de 6 meses nacidos entre abril de 2026 y marzo de 2027 o los de mayor edad con alguna de las condiciones de riesgo que tengan indicada la administración de nirsevimab, podrán recibir en el mismo momento la vacunación antigripal. 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**.

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 Sistema de Información del Registro Regional de Vacunaciones de la Región de Murcia (VACUSAN). 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 2015 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 y menores de 6 meses.

E: mujeres embarazadas y en los 6 meses posteriores al parto[38].

F: trabajadores de servicios esenciales (bomberos, policías, personal de centros educativos de etapas obligatorias, 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 de escritorio o web, registro a través de SANSONet o no haya forma de registro informatizado automático.

[38] 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.

B.8.1.- Registro en OMI-AP

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®: código **7N** y el laboratorio es Sanofi (SAN).
- Fluad®: código **36** y el laboratorio es Seqirus (SEQ).
- Flucelvax ®: código **71** y el laboratorio es Seqirus (SEQ).
- Fluenz®: código **6N** y el laboratorio es AstraZeneca (AZD).
- Vaxigrip®: código **28** y el laboratorio es Sanofi (SAN).
- Dentro de las vacunas disponibles en oficina de farmacia, también se encuentran disponibles: Fluarix®, con código de registro **28** y laboratorio GSK y Influvac®, con código de registro **28** y laboratorio Viatris (VIA).

Los códigos de registro del motivo de vacunación se indican en la tabla 3, junto con los correspondientes al sistema de registro a través de VACUSAN.

Debido a que las **personas de hasta 8 años de grupos de riesgo no vacunadas 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 28, 6N y 71 podrán registrarse como 28-B1, 6N-B1 o 71-B1 en menores en los que se administre una única dosis o sea la primera dosis, así como 28-B2, 6N-B2 o 71-B2 para aquellos que precisen de la administración de una segunda dosis por pertenecer a grupo de riesgo y no haberse vacunado con anterioridad.

Es necesario tener en cuenta que las dosis administradas en el entorno escolar y que se hayan registrado en VACUSAN web no podrán visualizarse en OMI y que habrá que comprobar la vacunación a través de Agoraplus.

B.8.2.- Registro en ICC-SANSONet

En aquellas personas institucionalizadas en residencias de personas mayores y de personas con discapacidad vacunadas por parte del personal sanitario de la residencia, el registro se hará exclusivamente en ICC-SANSONet (sistema de información de los centros dependientes del IMAS) a través del Proyecto VANESA. Se deberá registrar la vacuna administrada 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 todas las fases del proceso de vacunación en el blog del IMAS.

B.8.3.- Registro en VACUSAN

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

- Fluad®: QFLU.
- Flucelvax®: QFLV.
- Fluenz®: AFLT.
- Vaxigrip®: SVAX.
- Efluelda®: SEFL.
- Dentro de las vacunas disponibles en oficina de farmacia, también se encuentran disponibles: Fluarix®, con código GFLU e Influvac®, con código VINC.

En aquellos centros con SIGA-AP o los servicios de Medicina Preventiva con consulta de vacunaciones o Servicios de Prevención de Riesgos Laborales y registro a través de SELENE, el registro se realizará a través de **VACUSAN web**. A pesar de poder registrase manualmente el producto (no se trabajará con códigos de producto, sino directamente con el descriptivo del mismo) junto con su el lote, para mayor facilidad de registro, se recomienda tomar los datos de producto, laboratorio y lote a través de la lectura del código DataMatrix. En la vacuna antigripal de alta carga hay que tener en cuenta no confundir el código DataMatrix con un código QR con cuadrados en las esquinas, que no es el DataMatrix, tal y como se indica en la figura 4.

Figura 4. Ejemplo de código DataMatrix de vacuna antigripal de alta carga a la izquierda y un QR que no lo es a la derecha.



La orden de la dosis siempre será la primera (1ª). Solo en aquellos niños de hasta 8 años con condiciones de riesgo que se vacunen por primera vez, tendrá que registrarse una segunda dosis. La indicación personal, se rellenará con alguna de las siguientes que se indican más adelante, pero no con códigos, sino con el descriptivo del mismo.

Las indicaciones personales en VACUSAN, así como las de OMI-AP se especifican en la tabla 3.

Tabla 3. Códigos de indicaciones personales en OMI-AP y VACUSAN.

MOTIVO DE VACUNACIÓN	CÓDIGO OMI-AP	CÓDIGO VACUSAN
≥60 años y nacidos en 2015 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	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 las personas de hasta 8 años de grupos de riesgo no vacunadas 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 2015 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.

B.8.4.- Registro a través de plantilla de subida

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 la web de registro de vacunas), que permitirá la carga de los datos de vacunación en el Registro Regional de Vacunaciones. La plantilla se remitirá semanalmente 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 2026-2027

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.

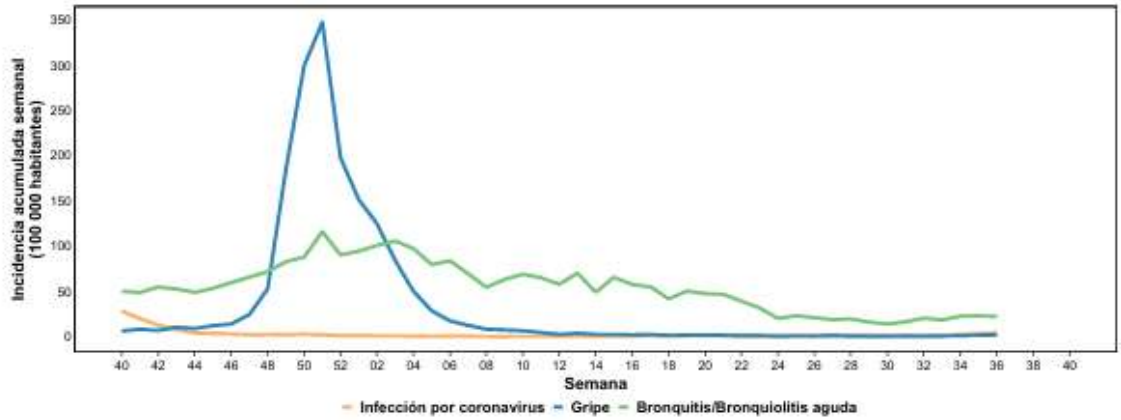
Para esta temporada 2026-2027, el 11 de junio 2026 la Comisión de Salud Pública (CSP) aprobó el documento "Recomendaciones de vacunación frente a COVID-19 2026-2027, España"[2]. En él se indica la administración de una dosis estacional con vacunas adaptadas frente a COVID-19 en el otoño-invierno a la población adulta de 70 y más años de edad, a las personas internas en centros de personas con 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. Al igual que ocurrió desde la campaña de vacunación anterior, dada la limitación de vacunas disponibles para el control de la transmisión, se recomienda la administración de una dosis estacional al personal de centros y establecimientos sanitarios y socio-sanitarios públicos y privados y convivientes o cuidadores de personas pertenecientes a grupos de riesgo únicamente como medida de protección individual. Sin embargo, según

datos publicados en estudios recientes [39], la vacunación en los 6 meses anteriores disminuiría en un 50 % la transmisión comparado con los no vacunados.

C.1.1.- Situación epidemiológica de la temporada 2025-2026

En base al sistema de vigilancia regional, 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 muy baja circulación sin superar los 30 casos por 100.000 habitantes (figura 5)[9].

Figura 5. Incidencia acumulada de infección por coronavirus (A77.01) en comparación con el resto de IRAs. Temporada 2025-2026.

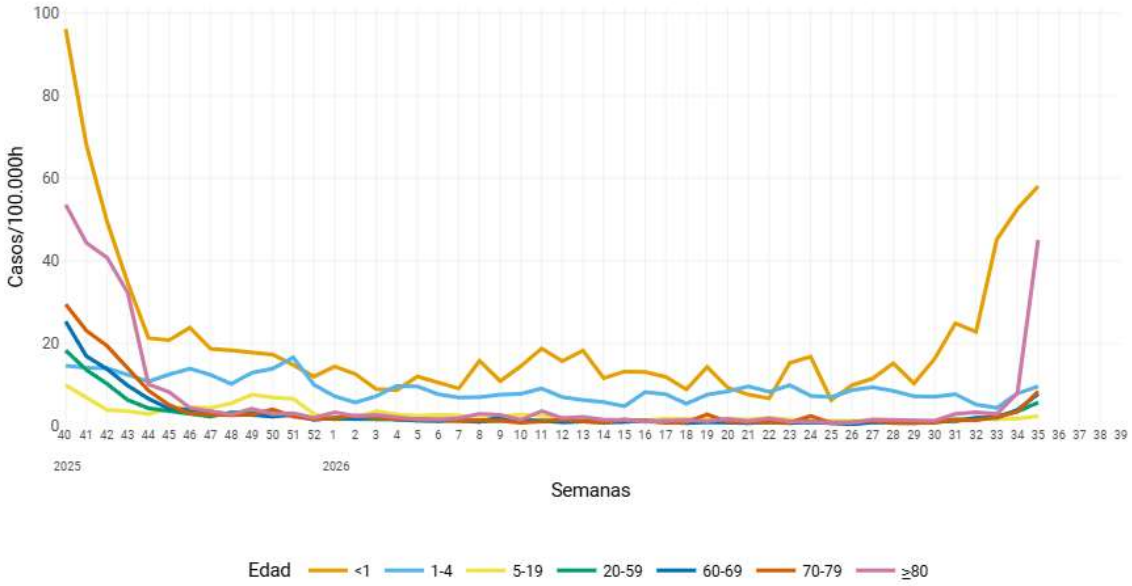


Fuente. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Adicciones. Sistema de Vigilancia de Infección Respiratoria Aguda en Atención Primaria. Región de Murcia.

[39] Benist SC, Smith-Jeffcoat SE, Talbot HK, et al. Recent COVID-19 Vaccination and Risk of SARS-CoV-2 Transmission. JAMA Netw Open. 2026;9(5):e2612609.

A escala nacional[10] la incidencia en Atención Primaria también ha sido baja a lo largo de la temporada; sin embargo, en las últimas semanas se ha ido produciendo en aumento en la incidencia, con una positividad para SARS-CoV-2 en la semana 35/2026 del 17,4 % y del 18,6 % la previa. 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 80 y más años, con una claro ascenso en las últimas semanas (figura 6).

Figura 6. Tasa estimada semanal de COVID-19 (sindrómica) en la temporada 2025-2026, por grupos de edad. SiVIRA.



Fuente. SiVIRA (Sistema de Vigilancia de Infección Respiratoria Aguda. Vigilancia centinela de Infección Respiratoria Aguda), Centro Nacional de Epidemología-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 40/2025 hasta la 20/2026 se han registrado 381 ingresos en el Hospital Clínico

Universitario Virgen de la Arrixaca. De ellos, solo el 0,6 % (2) tuvo resultado positivo para SARS-CoV-2 frente al 2,5 % de positividad para el virus de la gripe[11].

A escala nacional, se ha producido un ascenso de las hospitalizaciones por COVID-19 en las últimas semanas, comenzando en la semana 31/2026 con un pico de hospitalización en última semana con datos publicados (35/2026). El grupo de población donde se observó mayor gravedad y carga hospitalaria fue en personas de 80 años o más, así como de 70-79 años, junto con el 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 las últimas semanas con datos publicados el mayor ascenso se ha producido en los grupos de edad de 70 años o más.

C.1.2.- Protección de la vacuna monovalente adaptada de la temporada 2025-2026 frente a SARS-CoV-2

En la temporada 2025-2026, la vacuna administrada como dosis estacional fue la monovalente LP.8.1. Según datos provisionales americanos (3 de septiembre a 31 de diciembre 2025) de una red de 253 servicios de urgencias y 179 hospitales de 7 estados, la EV estimada para personas de 18 años o más frente a las consultas por COVID-19 en urgencias fue del 50 % (IC 95 %: 42-57%) con una mediana [RIC] del tiempo transcurrido desde la vacunación 2025-2026 de 47 [27-69] días; siendo similar para población de 65 años o más (EV 48 % [IC 95 %:37-56 %]). La EV para hospitalización para personas de 18 años o más fue del 55 % (IC 95 % 41-66 %), con una mediana [RIC] del tiempo

transcurrido desde la vacunación 2025-2026 de 46 [26-68] días; siendo similar para población de 65 años o más (EV 53 % [IC 95 %:37-65 %])[40].

C.1.3.- Nuevas vacunas adaptadas autorizadas para la temporada 2026-2027

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 las últimas temporadas.

El 29 de mayo de 2026, la EMA publicó una declaración sobre la composición de las vacunas frente a COVID-19[41]. En ella recomendaba la administración de vacunas monovalentes con variante Ómicron XFG como antígeno, tanto vacunas adaptadas de ARNm como proteicas.

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

[40] Wiegand RE, Chickery S, Yang DH, et al. Interim Estimated Effectiveness of 2025-2026 COVID-19 Vaccines in Adults Using a Test-Negative Design. JAMA Netw Open. 2026 Jun 1;9(6):e2625152.
[41] EMA. EMA recommendation to update the antigenic composition of authorised COVID-19 vaccines for 2026-2027.

estacional en de la población diana (personas con factores predisponentes de gravedad).

OBJETIVOS OPERACIONALES:

- Obtener una cobertura en la población de 70 o más años de edad de, al menos, el 75 %.
- Obtener una cobertura en la población institucionalizada en residencias de personas mayores y de personas con discapacidad de al menos el 75 %.
- Obtener una cobertura en embarazadas de, al menos, el 60 %.
- Obtener una cobertura en personas con condiciones de riesgo de, al menos, el 60 %.

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 altas coberturas en personas mayores y con condiciones de riesgo.

C.3.- INDICADORES DE EVALUACIÓN CAMPAÑA 2026-2027

Los indicadores que se utilizan para realizar la evaluación son los que se indican en la tabla 4:

Tabla 4. Principales indicadores y objetivos de la campaña de vacunación estacional 2026-2027.

Dimensión	Indicador	Desglose
Disponibilidad de las vacunas	Nº de dosis recibidas	Regional
	Personas de 70 a 74 años	• Municipio

Dimensión	Indicador	Desglose
Cobertura en determinados grupos de población		• Área de salud y ZBS
	Personas de 75 años o más	• Municipio • Área de salud y ZBS
	Personas de 70 años o más	• Municipio • Área de salud y ZBS
	Usuarios/as de residencias de personas mayores o con discapacidad	Regional
	Embarazadas	• Municipio • Área de salud y ZBS
	Determinados grupos de riesgo (personas diabéticas o con infección por VIH)	Regional
ZBS: Zona básica de salud.		

La población de referencia en el grupo de 70 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 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 ICC-SANSONet y su integración con el sistema de información del Registro Regional de Vacunaciones (VACUSAN) a través del Proyecto VANESA. La población de

referencia será la proporcionada por el IMAS (Instituto Murciano de Acción Social) a fecha 31 de diciembre de 2026.

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

El Ministerio de Sanidad ha confirmado, a fecha de publicación de este documento, la llegada de hasta 144.000 dosis de vacuna de ARNm adaptada de 30 µg hasta el inicio de la campaña, cantidad suficiente de vacuna adaptada de ARNm de adulto para la población diana de 12 años o más, así como 2.880 dosis de la de 10 µg para la población de 6 meses a 11 años candidata a dosis estacional. A esto se suma la confirmación de la llegada de 15.520 dosis de vacuna proteica adaptada para población diana de 12 años o más 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. Aquellos centros que trabajen con VACUSAN web dispondrán de un sistema de aviso cada vez que se acceda al expediente de la persona si ésta es candidata a vacunación y aún no la ha recibido en la temporada en curso.
- Consulta de Atención Especializada, entre las que se encuentra Medicina Preventiva.
- Servicios de Prevención de Riesgos Laborales.
- Residencias y centros de personas mayores y de personas con discapacidad.
- Puestos privados de vacunación.
- Hogares de pensionistas y clubes de la tercera edad.
- Asociaciones y organizaciones de enfermos crónicos y otros colectivos socialmente desfavorecidos (centros de acogida, etc.).

- Farmacia comunitaria, a través de sistema de aviso de receta electrónica de la población candidata por edad.
- Portal de MurciaSalud y otras redes sociales.

C.6.- CITACIÓN

Consultar apartado B.6 de citación para vacuna antigripal.

C.7.- DATOS TÉCNICOS DE LAS DISTINTAS VACUNAS ADAPTADAS DE ARNm[42] Y PROTEICA[43]

C.7.1.- Vacuna de ARNm 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 con tecnología ARNm en población diana de 12 años o más son de la vacuna monovalente XFG (Comirnaty® 30 µg XFG de Pfizer), independientemente del preparado recibido en primovacunación.

La vacuna Comirnaty® monovalente XFG de 30 µg (cápsula de cierre de color gris con etiquetado XFG) 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 30 µg de ARNm codificador de XFG). 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.

[42] Ficha técnica o resumen de las características del producto Comirnaty®.
[43] Ficha técnica o resumen de las características del producto Bimervax®.

C.7.2.- Vacuna de ARNm a utilizar para población candidata a vacunación de 6 meses a 11 años de edad

Las dosis estacionales de vacuna adaptada frente a SARS-CoV-2 a administrar en población diana de 6 meses a 11 años son de la vacuna de ARNm monovalente XFG (Comirnaty® XFG 10 µg de Pfizer), independientemente del preparado recibido en primovacunación.

La vacuna Comirnaty® monovalente XFG 10 µg (cápsula de cierre de color azul con etiquetado LP.8.1) 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 ARNm codificador de XFG). 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.7.4.- Vacuna proteica a utilizar para población candidata a vacunación de 12 años de edad o más

La vacuna monovalente XFG (Bimervax® XFG de Hipra) estará igualmente disponible para la administración de dosis estacionales de vacuna adaptada frente a XFG, independientemente del preparado recibido en primovacunación, en población diana de la campaña de 12 años o más de edad.

Se trata de una vacuna de proteína recombinante que contiene 40 µg de un homodímero de fusión del dominio de unión al receptor (RBD) de la proteína de la espícula (S) del virus SARS-CoV-2 (cepa Ómicron XFG.1.1) y con SQBA como adyuvante.

La vacuna se presenta en **jeringas precargadas** de 0,5 ml lista para su uso.

La **vacuna proteica se puede administrar en cualquier persona de 12 años o más perteneciente a alguno de los grupos de la población diana** de

la campaña, sin un uso prioritario de vacuna de ARNm o proteica. Sin embargo, debido a su **formato de jeringa precargada**, se va a distribuir inicialmente a centros de salud y puestos de vacunación habituales para, por motivos logísticos, facilitar la vacunación de aquellas **personas inmovilizadas que precisen vacunación domiciliaria**. Igualmente, se podrá hacer uso de esta vacuna para aquellas **personas que tengan contraindicada la vacuna de ARNm** o, **cuando disminuya el volumen de población diana a vacunar**, siendo necesario abrir un vial multidosis de vacuna de ARNm para tres personas o menos, para hacer un uso más responsable de las dosis disponibles. Esta vacuna no tiene autorizado su uso en ficha técnica para gestantes ni para primovacunación en caso de las personas que hayan recibido recientemente un TPH.

C.7.5.- Vacunación estacional frente a COVID-19 en el embarazo

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 tromboembólica) 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 nacimiento[44].

Según datos de vigilancia de la temporada 2025-2026 a escala nacional[10], el grupo de población donde se observó mayor gravedad y carga hospitalaria fue el de menores de 1 año, junto con las personas de 80 años y más, siendo el

[44] 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.

grupo de menores de 1 año los que más carga de enfermedad tienen en consultas de Atención Primaria.

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 vida[33]. **Esta recomendación es especialmente relevante en gestantes que presenten alguna comorbilidad asociada**. La administración se puede realizar en cualquier trimestre de gestación, aunque es preferible durante el 2º trimestre.

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 [45, 46]. **La vacuna se considera igualmente segura durante la lactancia en aquellas mujeres que deban recibirla por alguna condición de riesgo**.

A pesar de esta efectividad demostrada de la vacuna y el mayor riesgo de los lactantes en los primeros meses de vida, las coberturas vacunales en gestantes siguen siendo muy bajas, aunque superiores a los de la temporada previa (datos de evaluación de la campaña de vacunación 2025-2026 de la Región de Murcia aún no publicados), del 8,62 %, frente a 6,32 % de la temporada anterior.

En términos generales, para la vacunación de la gestante se prefiere la administración de vacunas de ARNm por su amplia experiencia de uso y sus datos probados de efectividad y seguridad en este grupo. Sin embargo, se puede

[45] 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.
[46] 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;115(18):1746-1757.

considerar la administración de Bimervax® XFG durante el embarazo cuando los beneficios potenciales superen cualquier riesgo potencial para la madre y el feto, como puede ser en el caso de contraindicación de vacunas de ARNm.

C.7.6.- Contraindicaciones y precauciones de vacunas adaptadas para la temporada 2026-2027

Como cualquier vacuna, las vacunas frente a COVID-19 están contraindicadas en caso de hipersensibilidad al principio activo de la misma o alguno de sus excipientes.

El listado de excipientes de cualquiera de las presentaciones de las vacunas de ARNm 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.

El listado de excipientes de la vacuna proteica es:

- Fosfato disódico dodecahidratado.
- Fosfato dihidrógeno potásico.
- Cloruro de sodio.
- Cloruro de potasio.
- Escualeno.

- Polisorbato 80.
- Trioleato de sobitán.
- Citrato de sodio.
- Ácido cítrico.
- 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.

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.- Efectos adversos

Los efectos adversos son poco frecuentes. Cuando aparecen suelen ser autolimitados y locales como otras vacunas de administración intramuscular. La vacuna es seguras durante el embarazo y durante la lactancia.

Estas vacunas siguen siendo un fármaco sujeto a seguimiento adicional, por lo que 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 Notificaram, preferentemente, o en caso de ser necesario puede contactar por correo electrónico (cfvmurcia@carm.es).

C.7.8.- 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[2]. **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[47,48]. Las personas con síntomas prolongados posteriores al padecimiento de COVID-19 de población candidata a vacunarse también podrán hacerlo.

Se podrá vacunar en cualquier momento del año a las personas que no se les haya administrado aún la vacuna adaptada de la temporada.

C.7.9.- 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 dos dosis, con una pauta de 0-8 semanas.
- si hay antecedente de vacunación con pauta completa o infección previa: una sola dosis.

---

[47] 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.
[48] 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]. 2022:2022.08.30.22279344.

En todas las personas tras TPH o terapia CAR-T reciente, independientemente del número de dosis previas recibidas, se debe administrar una pauta de 3 dosis (2ª dosis a las 3 semanas de la 1ª y 3ª dosis a las 8 semanas de la 2ª).

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 a lo largo del año. Esta dosis adicional se administrará, preferentemente con un intervalo de 6 meses y no menos de 3 meses después la primera dosis de la temporada (debido a que la protección de la vacuna cae a partir de los 4-6 meses de la administración de la vacuna), 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.

C.7.10.- Administración y conservación de las vacunas

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.

En relación con la administración de la vacuna, según las recomendaciones de No Hacer del Ministerio de Sanidad, no se recomienda el uso de guantes durante todo el procedimiento de vacunación, excepto cuando el personal responsable de administrar las vacunas presente lesiones abiertas en las manos[21].

Respecto al perfil de seguridad, según datos pendientes de publicar de la Región de Murcia, las personas que recibieron la vacuna ARNm en la temporada 2025-2026 presentaron mayor proporción de efectos adversos que las que recibieron vacuna proteica (17,2 % frente a 8,2 %; $p < 0,001$), al igual que la necesidad de tratamiento sintomático (16,9 % frente a 6,9 %; $p < 0,001$). Sin embargo, cuando se evaluó el porcentaje de persona que requirieron una consulta sanitaria, éste fue bajo en ambos grupos y no mostró diferencias estadísticamente significativas entre las distintas vacunas (2,2 % frente a 1,6 %; $p = 0,582$). En el modelo multivariante, la menor edad (<50 años) se asoció de forma independiente con una mayor probabilidad de notificar acontecimientos adversos en comparación con los participantes de 50 a 69 años (ORa = 3,57; IC 95 %: 2,29-5,58; $p < 0,001$).

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. Se puede ampliar información en relación a la coadministración de vacunas en el apartado B.7.10.

Con respecto a las condiciones de conservación de las vacunas de ARNm, éstas vienen detalladas en la tabla 5 en función de cada uno de los productos:

Tabla 5. Condiciones de conservación de cada una de las vacunas de ARNm monovalentes XFG.

	Comirnaty® monovalente XFG 30 µg	**Comirnaty® monovalente XFG 10 µg**
Color de la cápsula de cierre del vial		
Ultracongelada (-90 a -60ºC)	Máximo 18 meses (período de validez)	
Refrigerada (2-8ºC) y protegida de la luz	Máximo 10 semanas	
Temperatura ambiente (8-30ºC)	Máximo 12 horas en caso de vial cerrado	
Después de la primera punción (2-30ºC)	Desechar tras 12 horas	

La vacuna proteica Bimervax® XFG viene en un embalaje que contiene 10 jeringas precargadas y se conserva refrigerada a 2-8ºC con el embalaje exterior para protegerlo de la luz, pudiendo conservarse durante 12 meses. La vacuna no se debe congelar y es termoestable 24 h hasta 25ºC.

Se debe girar suavemente la jeringa precargada, sin agitar. Cada jeringa precargada contiene una emulsión blanca y homogénea. Se debe inspeccionar

visualmente la vacuna para comprobar si presenta partículas y/o cambio de color antes de la administración, no administrándose en este caso.

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.

C.8.1.- Registro en OMI-AP

Aquellos puestos que trabajen con OMI-AP, registrarán la dosis de cada persona en su campo correspondiente. La vacuna de ARNm disponible para personas a partir de 12 años es **Comirnaty® monovalente XFG 30 µg** se registrará con el código **9F** completando el campo de laboratorio con PFI (Pfizer). Para personas de 12 años o más en las que se vaya a administrar **Bimervax® XFG** el código **7F** y con el campo de laboratorio con el código HIP (Hipra). La vacuna utilizada en población de 6 meses a 11 años es **Comirnaty® monovalente XFG 10 µg**, que se registrará con el código **8F** indicando para el laboratorio únicamente PFI (Pfizer).

C.8.2.- Registro en ICC-SANSONet

En aquellas personas institucionalizadas en residencias de personas mayores y de personas con discapacidad vacunadas por parte del personal sanitario de la residencia, el registro se hará exclusivamente en ICC-SANSONet (sistema de información de los centros dependientes del IMAS) a través del Proyecto VANESA. Se deberá registrar la vacuna administrada 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 todas las fases del proceso de vacunación en el blog del IMAS.

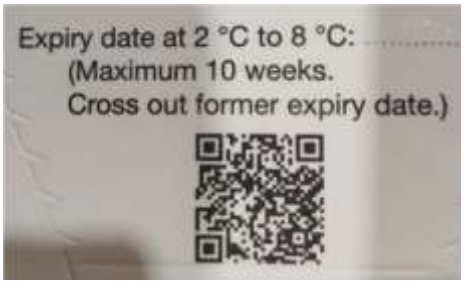
C.8.3.- Registro en VACUSAN

Aquellos puestos que trabajen con **VACUSAN de escritorio**, la vacuna **Comirnaty® monovalente XFG 30 µg** se registrará con el código de producto **PCF30**. El código de producto de **Bimervax® XFG** en VACUSAN se registrará como **XBX30**. El código de producto de **Comirnaty® XFG 10 µg** en VACUSAN se registrará como **PCF10**.

En aquellos centros con SIGA-AP o los servicios de Medicina Preventiva con consulta de vacunaciones o Servicios de Prevención de Riesgos Laborales y registro a través de SELENE, el registro se realizará a través de **VACUSAN web**. A pesar de poder registrase manualmente el producto (no se trabajará con códigos de producto, sino directamente con el descriptivo del mismo) junto con su el lote, para mayor facilidad de registro, se recomienda tomar los datos de producto, laboratorio y lote a través de la lectura del código DataMatrix. En las vacunas frente a COVID-19 hay que tener en cuenta no confundir el código DataMatrix con un código QR con cuadrados en las esquinas, que no es el DataMatrix, tal y como se indica en la figura 7.

Figura 7. Ejemplo de código DataMatrix de vacuna frente a COVID-19 a la izquierda y un QR que no lo es a la derecha.





La indicación personal, se rellenará con alguna de las siguientes que se indican más adelante, pero no con códigos, sino con el descriptivo del mismo.

Las indicaciones personales serán las reflejadas en la tabla 6:

Tabla 6. Motivos de vacunación frente a COVID-19 en OMI-AP y VACUSAN.

MOTIVO DE VACUNACIÓN	CÓDIGO OMI	CÓDIGO VACUSAN
≥70 años	A	125
<70 años patología crónica	M	244
Sanitarios	C	104
Cuidadores de enfermos crónicos	D	35
Embarazada	E	138
Internos en centros de servicios sociales	I1	181
Internos penitenciarios de larga duración	I2	66
Internos en residencias de personas mayores	I3	182
Internos en centros de discapacidad	I4	183

MOTIVO DE VACUNACIÓN	CÓDIGO OMI	CÓDIGO VACUSAN
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 2026-2027, excepto aquellos niños/as de 6 a 59 meses y TPH o terapia CAR-T recientes que precisen primovacunación, así como para personas con condiciones de alto riesgo que precisen administración de una dosis adicional, en los que se registrarán el número de dosis de manera consecutiva.

C.8.4.- Registro a través de plantilla de subida

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 la web de 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.