



Región de Murcia
Consejería de Salud

Dirección General de Salud
Pública y Adicciones



Programa de
vacunaciones



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

Temporada 2025 – 2026

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

Actualización febrero 2026

Los cambios realizados en esta última actualización vienen marcados en color verde para una más fácil lectura.



ÍNDICE

A.- POBLACIÓN DIANA DE LA CAMPAÑA DE VACUNACIÓN ESTACIONAL. TEMPORADA 2025-2026.....	7
B.- VACUNACION ANTIGRIPAL. TEMPORADA 2025-2026	13
B.1.- INTRODUCCIÓN	13
B.1.1.- Vigilancia epidemiológica de la gripe. Temporada 2024-2025	15
B.1.2.- Efectividad de las vacunas	18
B.2.- OBJETIVOS	20
B.3.- INDICADORES DE EVALUACIÓN CAMPAÑA 2025-2026.....	21
B.4.- PREVISIÓN DE NECESIDADES DE VACUNA ANTIGRIPAL	24
B.5.- CAPTACIÓN DE LA POBLACIÓN DIANA	24
B.6.- CITACIÓN	26
B.7.- DATOS TÉCNICOS DE LA VACUNA	28
B.7.1.- Composición de la vacuna antigripal recomendada para la temporada 2025-2026.....	28
B.7.2.- Tipos de vacunas.....	29
B.7.3.- Productos vacunales y vía de administración recomendados según los distintos grupos de edad.....	32
B.7.4.- Posología de la vacuna antigripal en población pediátrica	33
B.7.5.- Contraindicaciones y precauciones	33
B.7.6.- Vacuna antigripal, embarazo y puerperio.....	37
B.7.7.- Infección por COVID-19 y vacunación de gripe	38
B.7.8.- Efectos adversos	39
B.7.9.- Conservación de la vacuna.....	40
B.7.10.- Coadministración de las vacunas antigripales	41
B.7.11.- 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	47
C.- ADMINISTRACIÓN DE DOSIS ESTACIONAL DE VACUNA ADAPTADA FRENTE A SARS-CoV-2. TEMPORADA 2025-2026.....	49
C.1.- INTRODUCCIÓN	49
C.1.1.- Situación epidemiológica de la temporada 2024-2025.....	50
C.1.2.- Protección de la vacuna monovalente adaptada de la temporada 2024-2025 frente a SARS-CoV-2.....	52
C.1.3.- Nuevas vacunas adaptadas autorizadas para la temporada 2025- 2026	53
C.2.- OBJETIVOS	54
C.3.- INDICADORES DE EVALUACIÓN CAMPAÑA 2025-2026	55
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 5 a 11 años de edad.....	58
C.7.3.- Vacuna de ARNm a utilizar para población candidata a vacunación de 6 a 59 meses de edad.....	58
C.7.4.- Vacuna proteica a utilizar para población candidata a vacunación de 12 años de edad o más.....	59
C.7.5.- Vacunación estacional frente a COVID-19 en el embarazo	60
C.7.6.- Contraindicaciones y precauciones de vacunas adaptadas para la temporada 2025-2026	63



Región de Murcia
Consejería de Salud

Dirección General de Salud
Pública y Adicciones



Programa de
vacunaciones



C.7.7.- Efectos adversos.....	65
C.7.8.- Intervalos recomendables entre la administración de dosis estacional y dosis anteriormente recibidas e infección previa.....	65
C.7.9.- Vacunación frente a SARS-CoV-2 en población con un alto grado de inmunosupresión.....	66
C.7.10.- Administración y conservación de las vacunas.....	66
C.8.- REGISTRO DE DOSIS.....	69
C.8.1.- Registro en OMI-AP.....	69
C.8.2.- Registro en ICC-SANSONet.....	70
C.8.3.- Registro en VACUSAN.....	70
C.8.4.- Registro a través de plantilla de subida.....	73

A.- POBLACIÓN DIANA DE LA CAMPAÑA DE VACUNACIÓN ESTACIONAL. TEMPORADA 2025-2026

	GRIPE ¹	COVID-19 ²
6 meses a 9 años (nacidos 2016 y años posteriores) ^(*)	Vacunación sistemática.	
10-11 años (nacidos 2015-2014)	<ul style="list-style-type: none"> • Tabla 1 • Tabla 2 • Tabla 3 • Tratamiento crónico con salicilatos en personas de hasta 18 años (siempre vacuna inactivada por la posibilidad de síndrome de Reye). • Convivientes o cuidadores de aquellas personas que pertenecen a grupos de riesgo, incluyendo los menores de 6 meses. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tabla 1 • Convivientes o cuidadores de aquellas personas que pertenecen a grupos de riesgo para protección individual.
12-59 años (nacidos entre 2013 y 1966)	<ul style="list-style-type: none"> • Tabla 1 • Tabla 2 • Tabla 3 • Tratamiento crónico con salicilatos en personas de hasta 18 años (siempre vacuna inactivada por la posibilidad de síndrome de Reye). 	<ul style="list-style-type: none"> • Tabla 1 • Tabla 2 • Profesionales sanitarios y socio-sanitarios⁽⁺⁾ para protección individual. • Convivientes o cuidadores de aquellas personas que

¹ Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Recomendaciones de vacunación frente a la gripe en la temporada 2025-2026 en España. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/gripe_covid19/docs/recomendacionesVacunacionGripe_2025_2026.pdf

² Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Recomendaciones de vacunación frente a COVID-19 en la temporada 2025-2026 en España. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/gripe_covid19/docs/recomendacionesVacunacionCovid19_2025_2006.pdf

	<ul style="list-style-type: none"> • 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, por lo que se incluye la mujer en los 1^{os} 6 meses del puerperio. 	pertenecen a grupos de riesgo para protección individual.
60-69 años (nacidos entre 1965 y 1956) ^(**)	Vacunación sistemática.	
70 años o más (nacidos 1955 y años anteriores) ^(***)	Vacunación sistemática.	Vacunación sistemática.
Embarazadas	Vacunación sistemática en cualquier trimestre.	Vacunación sistemática en cualquier trimestre.
Grupos de riesgo		
<u>Tabla 1</u> Situaciones de muy alto riesgo para gripe y COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> • Trasplante de progenitores hematopoyéticos. • Inmunodeficiencias primarias y adquiridas, como recibir terapias inmunosupresoras o cáncer. • Enfermedades crónicas cardiovasculares graves, enfermedades crónicas respiratorias graves (incluyendo asma grave) y enfermedades neurológicas o neuromusculares graves. • Personas institucionalizadas en residencias de personas mayores, de personas con discapacidad y en instituciones cerradas de 5 años o más. 	
<u>Tabla 2</u> Situaciones de riesgo para gripe y COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades crónicas del sistema cardiovascular. • Enfermedades respiratorias crónicas, incluidas asma, displasia broncopulmonar, fibrosis quística y patología pulmonar confirmada tras padecimiento de COVID-19. 	



	<ul style="list-style-type: none">• Enfermedades neurológicas y neuromusculares u otros trastornos que dificulten la movilización de secreciones respiratorias o aumenten el riesgo de aspiración.• Enfermedades metabólicas crónicas (incluyendo diabetes mellitus y Síndrome de Cushing).• Personas con obesidad mórbida (índice de masa corporal ≥ 40 en adultos, ≥ 35 en adolescentes o ≥ 3 DS en la infancia).• Enfermedad renal crónica y síndrome nefrótico.• Enfermedad hepática crónica, incluyendo alcoholismo crónico.• Asplenia o disfunción esplénica grave.• Hemoglobinopatías y anemias.• Trastornos de la coagulación, hemofilia y trastornos hemorrágicos crónicos, así como receptores de hemoderivados y transfusiones múltiples.• Cáncer y hemopatías malignas.• Enfermedades inflamatorias crónicas.• Inmunosupresión, tanto las primarias como las causadas por VIH o por fármacos (incluyendo tratamiento con eculizumab y otros inhibidores del complemento como ravulizumab), receptores de trasplantes y déficit del complemento.• Trastornos o enfermedades que conllevan disfunción cognitiva (Síndrome de Down, parálisis cerebral, demencias y otras).• Personas institucionalizadas en residencias de personas mayores, de personas con discapacidad y en instituciones cerradas de 5 años o más.
<p>Tabla 3 Otras situaciones de riesgo para gripe</p>	<ul style="list-style-type: none">• Enfermedad celíaca.• Portadores de implantes cocleares o en espera del mismo.

	<ul style="list-style-type: none"> • Fístula de líquido cefalorraquídeo (LCR). • Hábito tabáquico³.
--	--

(*) La población pediátrica de hasta 9 años, inclusive que cumplan, al menos, 6 meses durante la campaña son 145.787 personas, según la base de datos poblacional PERSAN a fecha 1 de octubre de 2025, nacidas entre 1 de enero de 2016 y 30 de junio de 2025, ya que estos últimos cumplirán los 6 meses a la finalización de la campaña.

(**) Personas de 60-69 años (nacidas entre 1965 y 1956) suponen 186.984 personas, según el censo del Instituto Nacional de Estadística de 2024 a 1 de enero de 2024.

(***) Personas de 70 años o más (nacidas en 1955 y años anteriores) suponen 212.893 personas, según el censo del Instituto Nacional de Estadística de 2024 a 1 de enero de 2024).

(+) 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 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.

(+++)³ 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.

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.

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 9 años (nacidos 2016 y años posteriores).
2. Personas de 10 a 18 años en tratamiento crónico con salicilatos (siempre con vacuna inactivada por la posibilidad de desarrollar un síndrome de Reye).
3. Personas de 10 a 11 con alguna de las siguientes condiciones:
 - a. Enfermedades crónicas del sistema cardiovascular no graves.
 - b. Enfermedades respiratorias crónicas no graves, incluidas asma, displasia broncopulmonar, fibrosis quística y patología pulmonar confirmada tras padecimiento de COVID-19.
 - c. Enfermedades neurológicas y neuromusculares no graves u otros trastornos que dificulten la movilización de secreciones respiratorias o aumenten el riesgo de aspiración.
 - d. Enfermedades metabólicas crónicas (incluyendo diabetes mellitus y Síndrome de Cushing).
 - e. Personas con obesidad mórbida (índice de masa corporal ≥ 40 en adultos, ≥ 35 en adolescentes o ≥ 3 DS en la infancia).
 - f. Enfermedad renal crónica y síndrome nefrótico.
 - g. Enfermedad hepática crónica, incluyendo alcoholismo crónico.
 - h. Asplenia o disfunción esplénica grave.
 - i. Hemoglobinopatías y anemias.
 - j. Trastornos de la coagulación, hemofilia y trastornos hemorrágicos crónicos, así como receptores de hemoderivados y transfusiones múltiples.
 - k. Trastornos o enfermedades que conllevan disfunción cognitiva (Síndrome de Down, parálisis cerebral, demencias y otras).
 - l. Enfermedad celíaca.
 - m. Fístula de LCR.

- n. Portadores de implantes cocleares o en espera del mismo.
 - o. Convivientes o cuidadores de aquellas personas que pertenecen a grupos de riesgo, incluyendo los menores de 6 meses.
4. Personas de 12 a 59 años con alguna de las siguientes condiciones:
- a. Enfermedad celíaca.
 - b. Fístula de LCR.
 - c. Portadores de implantes cocleares o en espera del mismo.
 - d. Hábito tabáquico.
 - e. Trabajadores de servicios esenciales.
 - f. 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.
 - g. 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.
5. Personas de 60 a 69 años de edad sin ninguna condición de riesgo.

B.- VACUNACION ANTIGRI PAL. TEMPORADA 2025-2026

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.

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

⁴ Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones 2022. Recomendaciones de vacunación frente a la gripe en población infantil de 6 a 59 meses. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/programasDeVacunacion/docs/Recomendaciones_vacunacion_gripe_PoblacionInfantil.pdf

2022-2023, siendo la Región de Murcia la única comunidad a nivel nacional que administró la vacuna atenuada intranasal en la población pediátrica de 24 a 59 meses de edad. En la temporada 2023-2024, tras un pilotaje en la campaña previa, la Región implementó la vacunación escolar antigripal con vacuna intranasal en los niños y niñas que acudían a 1º y 2º cursos de 2º ciclo de Educación Infantil (nacidos en 2019 y 2020) de todos los centros educativos, en un intento de aumentar la accesibilidad y la equidad, con resultados muy exitosos. La Región de Murcia fue la primera comunidad autónoma en implementar este programa, que en la pasada campaña 2024-2025 se amplió a todos los niños y niñas escolarizados en 3º curso de 1º ciclo de Educación Infantil y todo el 2º ciclo de esta etapa educativa (de 2 a 5 años) y que se ha extendido a distintas comunidades autónomas.

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

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 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 que temporadas anteriores en caso de infección por SARS-CoV-2, por lo que, en caso de ausencia de patología de base solo tienen recomendación de vacunación antigripal.

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

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 hipertensión⁶. Según un meta-análisis publicado en el año 2022, la vacunación contra la gripe se asoció con un riesgo un 34 % menor de sufrir eventos cardiovasculares adversos mayores, y los individuos con síndrome coronario agudo reciente tuvieron un riesgo un 45 % menor⁷. Dado que la gripe representa un problema de salud, es fundamental informar a los pacientes de riesgo sobre los **beneficios cardiovasculares de la vacunación antigripal**.

B.1.1.- Vigilancia epidemiológica de la gripe. Temporada 2024-2025

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

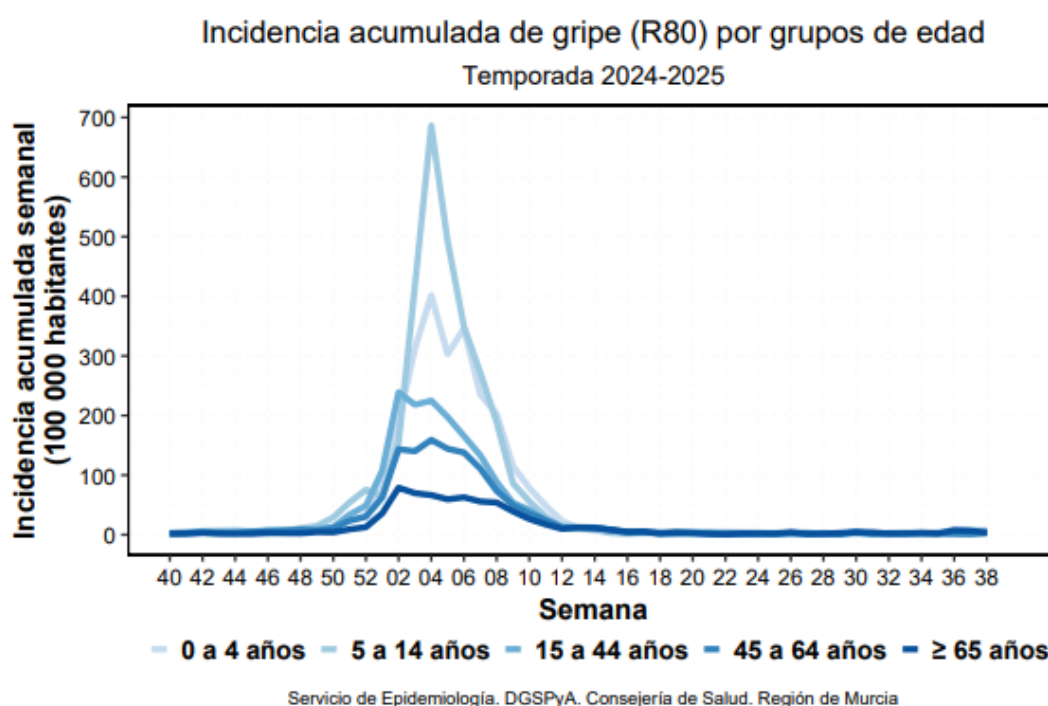
En base al sistema de vigilancia, a fecha de la elaboración de este protocolo, según los diagnósticos de IRAs en Atención Primaria, la temporada 2024-2025 fue la gripe (código CIAP R80) la que presentó el mayor pico de incidencia de todas, con 236 episodios por 100.000 habitantes en la semana 4/2025. 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 5-14 y 0-4 años, con un pico de en torno de casi 700 casos por cada 100.000 habitantes en las primeras semanas de 2025 y teniendo el grupo de

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

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

menores de 5 años una incidencia claramente inferior al grupo de 5-14 años⁸, algo que no se registraba antes de la vacunación de este grupo de población.

Figura 1. Incidencia acumulada de gripe (R80) por grupos de edad. Temporada 2024-2025.



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

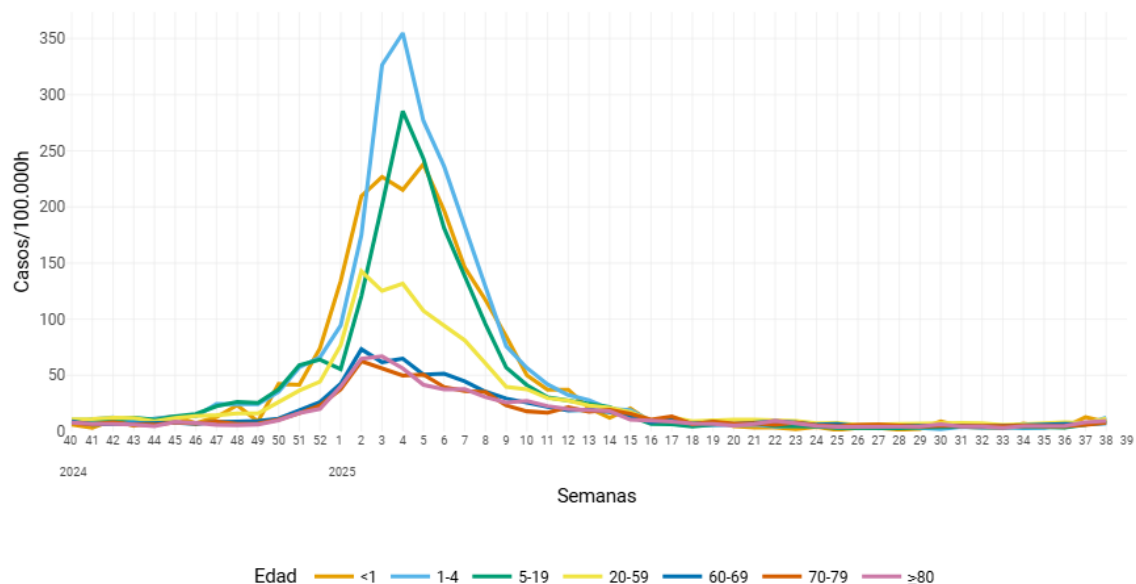
A nivel nacional, en la temporada 2024-2025 se observó una actividad gripal menos intensa en población infantil y adolescente. Los datos a nivel nacional⁹

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 2024-2025. Semana 38 (15/09/2025 – 21/09/2025). Disponible en: <https://www.murciasalud.es/documents/128166/6016963/Temporada+2024-2025.+Informe+vigilancia+centinela+IRA-AP-+S.38.pdf/7eeb1d76-d7dd-eff0-c25a-45eef3abca2f?t=1758700081766>

⁹ CNE-CNM. ISCIII. SiVIRA (Sistema de Vigilancia de Infección Respiratoria Aguda. Vigilancia centinela de Infección Respiratoria Aguda: gripe, COVID-19 y VRS. Semana 38/2025 (del 15 de septiembre al 21 de septiembre de 2025). Disponible en: https://docsivira.isciii.es/Informe_semanal_SiVIRA_202538.html

de síndrome gripal también evidencian que los grupos de mayor incidencia en la pasada temporada fueron los niños y adolescentes de 5-19 años, seguidos de los menores de 5 años (<1 año y 1-4 años), con un pico de actividad en la semana 4/2025 de 354,9 casos por 100.000 habitantes (figura 2).

Figura 2. Incidencia de síndrome gripal en la temporada 2024-25, por grupos de edad. SiVIRA, temporada 2024-25.



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

Respecto a las infecciones respiratorias agudas graves (IRAG), a escala nacional, se evidenció una menor tasa de hospitalización que otras temporadas, con un pico de 7,3 hospitalizaciones por 100.000 habitantes en la semana 3 de 2025. El grupo de población donde se observó mayor letalidad, gravedad y carga hospitalaria fue en personas de 60 años o más, entre los que se dieron el 78 % de todas las hospitalizaciones por gripe.

En relación a los datos de vigilancia virológica disponibles en el sistema de vigilancia de las infecciones respiratorias agudas (SiVIRA) entre la semana 40/2024 y 38/2025, 1.864 fueron virus A(H1N1), 1.558 virus de la gripe A(H3N2) y 1.530 virus B de linaje Victoria¹⁰.

En nuestra Región, desde la semana 40/2024 hasta la 24/2025 se incluyeron 290 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 24 casos de gripe A (9 casos A (H3) y 6 casos A(H1N1)pdm09, el resto no se subtiparon) y 8 casos a gripe B entre los 275 casos a los que se tomó muestra para este virus (11,6 % de positividad)¹⁰.

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. Para la temporada 2024 y 2025, en la que predominó la variante A(H1N1)pdm09, se estimó la efectividad preliminar a partir del análisis conjunto de 8 estudios europeos realizados en 17 países, que incluyeron datos de Atención Primaria, Atención Hospitalaria o ambos, como en el caso de España, recogidos entre septiembre de 2024 y enero de 2025. La efectividad vacunal (EV) frente a la gripe A fue del 32–53 % en Atención Primaria y del 33–56 % en el ámbito hospitalario, en personas de todas las edades, con valores más bajos en algunos subtipos. En el caso de la gripe B, la EV fue más elevada (≥ 58 % en todos los entornos). En población pediátrica (0-17 años), la EV para cualquier tipo de gripe confirmada fue mayor en relación con la población adulta,

¹⁰ Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Adicciones. Vigilancia centinela de la Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG). Gripe, covid-19 y VRS. Semana 24/2025 (del 9 al 15 de junio de 2025). Temporada 2024-2025. Disponible en: <https://www.murciasalud.es/documents/128166/8906744/Informe%20epidemiol%C3%B3gico.%20Temporada%202024-2025.pdf/2dcf3efb-36d6-36c5-98b8-95290d98b4f2?t=1730296758668>

alcanzando el 60 % (IC 95 %: 33-77 %) en Atención Primaria y del 90 % (IC 95 %: 69-98 %) para la prevención de hospitalizaciones¹¹.

Estos datos van en línea con lo observado en Estados Unidos. Según datos intermedios de la temporada gripal 2024-2025 en este país (octubre de 2024 a febrero de 2025), entre niños y adolescentes menores de 18 años, la EV frente a cualquier tipo de gripe fue del 32-60 % en el ámbito ambulatorio, y del 63-78 % frente a hospitalización asociada a la gripe. Entre los adultos, la EV en el ámbito ambulatorio fue del 36-54 % y del 41-55 % frente a hospitalización¹².

En relación a las vacunas de inmunidad mejorada, en el último año 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, recientemente se han publicado datos del estudio GALFLU, estudio pragmático realizado en personas de entre 65 y 79 años, con un total de 103.169 participantes a los que se les asignó aleatoriamente la vacuna de alta carga o carga antigénica convencional durante las temporadas 2023–2024 y 2024–2025. La EV relativa de la vacuna de alta carga respecto a la convencional en relación con la hospitalización por gripe fue del 31,8 % (IC 95 %: 5,0-51,3 %) y del 8,4 % (IC 95 %: 0,1-16,1 %) en el caso de hospitalización por causas cardiorrespiratorias¹³. También se han publicado nuevos datos del estudio pragmático aleatorizado DANFLU con 332.438 participantes (166.218 a alta carga y 166.220 a dosis estándar), de los cuales el 27,4 % tenían antecedentes de enfermedad cardiovascular. La incidencia de hospitalización por cualquier enfermedad cardiorrespiratoria fue menor en el grupo que recibió la vacuna de alta carga que en el grupo dosis

¹¹ Rose AC, Lucaccioni H, Marsh K, et al. Interim 2024/25 influenza vaccine effectiveness: eight European studies, September 2024 to January 2025. Euro Surveill. Euro Surveill. 2025;30(7):pii=2500102. Disponible en: <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2025.30.7.2500102>

¹² Frutos AM, Clearly S, Reeves EL, et al. Interim Estimates of 2024-2025 Seasonal Influenza Vaccine Effectiveness - Four Vaccine Effectiveness Networks, United States, October 2024-February 2025. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2025;74(6):83-90.

¹³ Pardo-Seco J, Rodríguez-Tenreiro-Sánchez C, Giné-Vázquez I, et al. High-Dose Influenza Vaccine to Reduce Hospitalizations. N Engl J Med. 2025 Aug 30.

estándar (EV relativa 5,7 %; IC 95%: 1,4-9,9 %), y la efectividad relativa no difirió según los antecedentes de enfermedad cardiovascular o no al inicio. Además, la hospitalización por cualquier enfermedad cardiovascular ocurrió en menos participantes del grupo alta carga que del grupo dosis estándar (EV relativa del 7,5 %; IC 95 %: 1,5-12,5 %), al igual que la hospitalización por insuficiencia cardíaca (EV relativa del 19,5 %; IC 95 %: 3,3-33,1 %)¹⁴.

Igualmente, comienza a disponerse de evidencia que la vacuna adyuvada también podría tener una EV relativa similar a la vacuna de alta carga, tanto en cualquier ámbito (-2,5 %; IC 95 %: -13,4-7,4 %), como en los entornos de urgencias/hospitalización (0,0 %; IC 95 %: -15,9-13,7 %)¹⁵.

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

¹⁴ Johansen ND, Modin D, Loiacono MM, et al. High-Dose vs Standard-Dose Influenza Vaccine and Cardiovascular Outcomes in Older Adults: A Prespecified Secondary Analysis of the DANFLU-2 Randomized Clinical Trial. *JAMA Cardiol.* 2025:e253460.

¹⁵ Imran M, Chastek B, Bancroft T, et al. Comparable effectiveness of MF59®-adjuvanted and high-dose quadrivalent inactivated influenza vaccines for prevention of test-confirmed influenza during the 2022-2023 influenza season. *Int J Infect Dis.* 2025:159:107983.



- Obtener una cobertura en la población institucionalizada de 65 o más años de edad en residencias de personas mayores y de personas con discapacidad de, al menos, el 75 %.
- Obtener una cobertura en la población institucionalizada de 60 a 64 años en residencias de personas mayores y de personas con discapacidad de, al menos, el 50 %.
- Obtener una cobertura en embarazadas de, al menos, el 60 %.
- Obtener una cobertura en personas con condiciones de riesgo de, al menos, el 60 %.
- Obtener una cobertura en personal sanitario y socio-sanitario de, al menos, el 75 %.
- Obtener una cobertura en la población nacida en 2016 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 riesgo¹.

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

B.3.- INDICADORES DE EVALUACIÓN CAMPAÑA 2025-2026

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 2024-2025.

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 2016 (edad ≥6 meses)	<ul style="list-style-type: none"> • Municipio • Área de salud y ZBS • Año de nacimiento
	Niños/as nacidos entre 2016 y 2023 de 2 años de edad cumplidos escolarizados en la Región ^(*)	<ul style="list-style-type: none"> • Municipio • Área de salud y ZBS • Etapa educativa
	Personas de 60 a 64 años	<ul style="list-style-type: none"> • Municipio • Área de salud y ZBS
	Personas de 65 a 74 años	<ul style="list-style-type: none"> • Municipio • Área de salud y ZBS
	Personas de 75 o más años	<ul style="list-style-type: none"> • Municipio • Área de salud y ZBS
	Personas de 65 o más años	<ul style="list-style-type: none"> • Municipio • Área de salud y ZBS
	Usuarios/as de residencias de personas mayores o con discapacidad de 60 a 64 años	Regional
	Usuarios/as de residencias de personas mayores o con discapacidad de 65 o más años	Regional
	Trabajadores/as en residencias de personas mayores o con discapacidad	Regional
	Personal sanitario ^(**)	Centro de trabajo
	Embarazadas	<ul style="list-style-type: none"> • Municipio



		• Área de salud y ZBS
	Determinados grupos de riesgo (personas con diabetes e infección por VIH)	Regional
<p>(*) La campaña de vacunación escolar se evalúa separadamente. (**) Solo disponible para el personal hospitalario, 061 y de Servicios Centrales del Servicio Murciano de Salud. ZBS: Zona básica de salud.</p>		

La población de referencia 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 2025, 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 sanitarios es la proporcionada por los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales de cada centro hospitalario, incluyendo el 061 y servicios centrales del SMS.

La cobertura en trabajadores y residentes de centros socio-sanitarios (residencias de mayores y de personas con discapacidad) se calcula teniendo en cuenta los registros realizados a través del sistema de información 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 2025.

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

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:

- 80.000 dosis de vacuna trivalente atenuada intranasal.
- 110.000 dosis de vacuna de inmunidad mejorada (trivalente de alta carga y trivalente adyuvada con MF59™).
- Hasta 222.000 dosis de vacuna inactivada (trivalente de antígenos de superficie cultivada en huevos embrionados y de cultivo celular).

Esto hace un total de hasta **410.000 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.
- 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.



Región de Murcia
Consejería de Salud

Dirección General de Salud
Pública y Adicciones



Programa de
vacunaciones



- Asociaciones y organizaciones de enfermos crónicos y otros colectivos socialmente desfavorecidos (centros de acogida, etc.).
- Portal de MurciaSalud y otras redes sociales.

El cronograma de la campaña de vacunación 2025-2026 será el siguiente:

- **29 de septiembre.** Comienzo de la vacunación antigripal en centro escolares para personas escolarizadas en cualquier curso de 1º y 2º ciclos de Educación Infantil y hasta 4º curso de Educación Primaria, por tanto, nacidas entre 2016 y 2023, siempre que la tengan 2 años cumplidos (consultar en el siguiente enlace el [protocolo específico de vacunación escolar](#)).
- **6 de octubre.** Comienzo de la campaña de vacunación antigripal, así como administración de dosis estacional de vacuna adaptada frente a COVID-19 en personas institucionalizadas en residencias de personas mayores y con discapacidad, así como personal socio-sanitario de las mismas.
- **14 de octubre.** Comienzo de la campaña de vacunación antigripal en el resto de los grupos de población diana, así como administración de dosis estacional de vacuna frente a COVID-19 en aquellas personas que también la tengan recomendada. También se comenzará con la vacunación antigripal de la población pediátrica nacida en 2016 y años posteriores con 6 meses de edad cumplidos que no hayan sido vacunados en el colegio.
- **A lo largo del mes de diciembre,** con el descenso de la vacunación antigripal de grupos prioritarios, podrá iniciarse la vacunación de personas de los grupos no prioritarios, en caso de disponibilidad de dosis. En la actualidad, considerando la situación epidemiológica y la inmunidad adquirida por la población, no se justifica la vacunación frente a COVID-19 en personas no incluidas en los grupos diana descritos en el apartado correspondiente de este protocolo.

Pese a que la vacunación frente al neumococo ha dejado de ser estacional, se ha iniciado recientemente 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. 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 en 1958, 1959, 1960, 1944 y 1945 (se puede consultar el [protocolo específico](#)).

De la misma forma, aquellas personas de 50 años o más con condiciones de alto riesgo en los que esté recomendada la vacunación frente al virus respiratorio sincitial (VRS), según el [protocolo regional](#), a pesar de que epidemiológicamente, el VRS circula antes que los otros virus respiratorios, en caso de no haber recibido la vacuna con anterioridad, la podrá recibir a lo largo de los meses de octubre y noviembre.

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:



Región de Murcia
Consejería de Salud

Dirección General de Salud
Pública y Adicciones



Programa de
vacunaciones



- Las personas de 60 años o más (nacidos entre 1956 y 1965 candidatas a vacunación antigripal, así como las personas nacidas en 1955 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 2016 a 2024 no vacunados en el entorno escolar frente a la gripe, a partir del inicio de la campaña de vacunación en los centros de salud (el 14 de octubre), sus progenitores/tutores legales podrán solicitar cita web (incluyendo aplicaciones para teléfono móvil de cita previa del Servicio Murciano de Salud y app del Portal del paciente), telefónica o en el mostrador de su centro de salud para la administración de la vacuna antigripal. La población candidata a vacunación de este grupo de edad nacidos en los primeros meses de 2025, 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 2025-2026

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 norte¹⁶, las vacunas disponibles serán trivalentes. Las vacunas trivalentes producidas a partir de huevos embrionados recomendadas para esta temporada 2025-2026 deberán contener los siguientes componentes:

- cepa análoga a A/Victoria/4897/2022 (H1N1)pdm09.
- cepa análoga a A/Croatia/10136RV/2023 (H3N2) que sustituye a la cepa análoga a A/Thailandia/8/2022 (H3N2).
- cepa análoga a B/Austria/1359417/2021 (linaje B/Victoria).

Las producidas a partir de cultivos celulares incluirán:

- cepa análoga a A/Wisconsin/67/2022 (H1N1)pdm09.
- cepa análoga a A/District of Columbia/27/2023 (H3N2) que sustituye a la cepa análoga a A/Massachusetts/18/2022 (H3N2).
- cepa análoga a B/Austria/1359417/2021 (linaje B/Victoria).

¹⁶ WHO. Recommendations announced for influenza vaccine composition for the 2025-2026 northern hemisphere influenza season. World Health Organization. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/recommended-composition-of-influenza-virus-vaccines-for-use-in-the-2025-2026-nh-influenza-season>

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 2016 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 unidades¹⁷.
- 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 jeringas¹⁸. Dada la necesidad de dosis en formato multidosis por la capacidad de almacenaje de los centros de salud y puestos de

¹⁷ Anexo I. Ficha técnica o resumen de las características del producto Fluenz®. Disponible en: https://www.ema.europa.eu/es/documents/product-information/fluenz-epar-product-information_es.pdf

¹⁸ Anexo I. Ficha técnica o resumen de las características del producto Vaxigrip®. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/89951/FT_89951.html.pdf

vacunación, a lo largo de la campaña se podrá disponer de envases multidosis con etiquetado en inglés.

- Vacuna trivalente de cultivo celular (Flucelvax®): está aprobada para ser utilizada por adultos y niños 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 aguja¹⁹.
- 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 a personas de 76 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 monobásico, fosfato sódico dibásico, agua para preparaciones inyectables y octoxinol-9. Efluelda HD® puede contener trazas de huevo, como la ovoalbúmina y formaldehído, utilizados en el proceso de fabricación. Viene en presentaciones de 0,5 ml de suspensión en jeringa precargada en envases de 1 jeringa²⁰.
- Vacuna trivalente adyuvada de antígenos de superficie purificados del virus (Fluad®): utiliza un adyuvante en forma de suspensión oleosa (MF59C.1)

¹⁹ Anexo I. Ficha técnica o resumen de las características del producto Flucelvax®. Disponible en: https://www.ema.europa.eu/es/documents/product-information/flucelvax-epar-product-information_es.pdf

²⁰ Anexo I. Ficha técnica o resumen de las características del producto Efluelda®. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/89936/FT_89936.html.pdf



Región de Murcia
Consejería de Salud

Dirección General de Salud
Pública y Adicciones



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 reservado a personas no institucionalizadas de 70 a 75 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 aguja²¹.

²¹ Anexo I. Ficha técnica o resumen de las características del producto Fluad®. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/1241878001/FT_1241878001.html#6

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®)	0,5 ml	1 (o 2)*	Intramuscular
Nacidos en 2016 y años posteriores con 2 años cumplidos Personas de 10 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
70-75 años	Trivalente adyuvada (Fluad®) de manera prioritaria (también se puede utilizar trivalente producida en huevo embrionado, Vaxigrip®), o trivalente de cultivo celular, Flucelvax®)	0,5 ml	1	Intramuscular
≥76 años	Trivalente de alta carga (Efluelda®) de manera prioritaria (también se puede utilizar trivalente producida en huevo embrionado, Vaxigrip®), o trivalente de cultivo celular, Flucelvax®)	0,5 ml	1	Intramuscular
POBLACIÓN INSTITUCIONALIZADA				
6 meses a 59 años	Trivalente producida en huevo embrionado (Vaxigrip®)	0,5 ml	1	Intramuscular
≥60 años	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.**

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 vez¹.

Sin embargo, en la población infantil de 6 meses a 8 años, ambos inclusive, con condiciones de riesgo se recomienda la administración de dos dosis separadas por 4 semanas **en su primera temporada de vacunación**. En las sucesivas, los niños y niñas con condiciones de riesgo recibirán una sola dosis de vacuna¹.

B.7.5.- Contraindicaciones y precauciones

- Una reacción alérgica grave a una dosis previa de vacuna de gripe o a cualquiera de sus componentes, excepto al huevo.
- La vacuna de la gripe ha estado tradicionalmente contraindicada en personas alérgicas al huevo; sin embargo, **actualmente la alergia al huevo no se considera una contraindicación 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^{22,23,24}.

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).

²² 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.

²³ Price LC. Should I have an H1N1 flu vaccination after Guillain-Barré syndrome? BMJ. 2009;339:b3577

²⁴ Baxter R, Lewis N, Bakshi N, Vellozzi C, Klein NP; CISA Network. Recurrent Guillain-Barre Syndrome Following Vaccination. Infectious Disease Journal. 2012 Mar;54:800-4.



- 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 siguientes al mismo o una inmunodeficiencia combinada grave, dado que se trata de una vacuna de virus vivos atenuados²⁵. 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

²⁵ CDC. Vaccines & Immunizations. Altered Immunocompetence. Actualizado 26 junio 2024. Disponible en: https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/imz-best-practices/altered-immunocompetence.html#cdc_report_pub_study_section_4-vaccination-of-contacts-of-persons-with-altered-immunocompetence

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 vacuna²⁶. En caso de administración de esta vacuna junto con alguno de los mencionados tratamientos antivirales en este período se debería considerar la administración de una dosis adicional de una vacuna inactivada.

Las vacunas de administración intramuscular que van a ser administradas en esta campaña, al ser vacunas inactivadas no están contraindicadas en situaciones de inmunosupresión natural o artificial, aunque los niveles de anticuerpos puede que no alcancen valores óptimos o que la respuesta inmunológica tenga una calidad reducida. Convendría proceder a la vacunación 2 semanas antes de iniciar un tratamiento inmunosupresor, radioterapia o una esplenectomía, siempre que sea posible.

Con respecto a las precauciones a llevar a cabo en el caso de la vacuna intranasal, no hay datos disponibles sobre la efectividad de esta vacuna en personas con congestión nasal o rinorrea importante (rinitis), tanto de etiología infecciosa como alérgica. Dado que una congestión nasal muy importante

²⁶ UK Health Security Agency. Influenza: the green book, chapter 19. Actualizado 28 de mayo de 2025. Disponible en: <https://assets.publishing.service.gov.uk/media/6838317b5150d70c85aafab9/Green-book-chapter-19-influenza-28May2025.pdf>

puede impedir la distribución de la vacuna en la mucosa nasofaríngea, se recomienda posponer la vacunación hasta mejoría de la misma o considerar el uso alternativo de la vacuna inactivada intramuscular.

B.7.6.- Vacuna antigripal, embarazo^{27,28} 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 complicaciones²⁹. Además, la vacunación de la madre protege al niño durante sus primeros meses de vida, período en el que la gripe puede ser más grave³⁰, 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 %³¹. Además, con datos de las temporadas 2023-2024 y 2024-2025 de la Región de Murcia, se ha evidenciado que la EV de la vacunación materna en sus hijos en

²⁷ WHO. Vaccines against influenza WHO position paper – November 2012. Wkly Epidemiol Rec 2012; 87: 461-76. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/241993>

²⁸ WHO. Global Advisory Committee on Vaccine Safety, June 2012. Wkly Epidemiol Rec 2012; 87: 281-8. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WER8730>

²⁹ 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.

³⁰ 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.

³¹ 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.

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 parto³².

Esto no hace más que reforzar la idea de la **importancia de la vacunación de la embarazada para proteger al lactante en sus 6 primeros meses de vida**, dado que los datos a escala nacional confirman que el grupo de mayor incidencia son los menores de 1 año y con una alta hospitalización tras los grupos de edad candidatos a vacunación, **no disponiendo de ninguna vacuna autorizada por ficha técnica antes de los 6 meses**.

El óptimo resultado que logra la vacunación de la embarazada, protegiendo a la mujer y al futuro bebé durante los seis primeros meses de vida hace que la vacunación sea de la máxima importancia. La vacuna es **segura en cualquier momento de la gestación**^{33,34}.

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

B.7.7.- 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

³² 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.

³³ 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.

³⁴ Moro P, Baublatt J, Lewis P, Cragan J, Tepper N, Cano M. Surveillance of Adverse Events After Seasonal Influenza Vaccination in Pregnant Women and Their Infants in the Vaccine Adverse Event Reporting System, July 2010-May 2016. *Drug Saf*. 2017;40(2):145-152.



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.

B.7.8.- 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®³⁵.

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).

A pesar de la importancia de notificación a Farmacovigilancia de cualquier efecto adverso no recogido en ficha técnica o de mayor gravedad, hay que tener en cuenta que, de todas las vacunas disponibles en la actual campaña, la vacuna de alta carga (Efluelda®) sigue siendo un fármaco sujeto a seguimiento adicional, es necesario agilizar la detección de acontecimientos adversos que ocurran después de su administración, bien al Centro de Farmacovigilancia de la Comunidad a través de la web [Notificaram](#), preferentemente, o en caso de ser necesario puede contactar por correo electrónico (cfvmurcia@carm.es).

B.7.9.- Conservación de la vacuna

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

³⁵ 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.



Región de Murcia
Consejería de Salud

Dirección General de Salud
Pública y Adicciones



Programa de
vacunaciones



B.7.10.- 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 caso de que la persona pertenezca a población diana de vacunación de cualquiera de ellas) se puede citar con posterioridad a la persona con cualquier intervalo, pero siendo de gran importancia la citación en el momento de la vacunación estacional para no perder la oportunidad de realizar una captación activa.

Por lo que respecta a las vacunas antigripales usadas en la presente campaña de vacunación a población pediátrica sana nacida en 2016 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 2025 y marzo de 2026 que tengan indicado 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. Cabe destacar que la población de **niños y niñas nacidos a partir del 1 de junio de 2021, independientemente que ya hayan cumplido 3 años, son candidatos a recibir una dosis única de vacuna antineumocócica de 20 serotipos (Prevenar 20®), hasta que lleguen a la revisión de los 4 años siempre que no la hayan recibido con anterioridad, dejando un intervalo mínimo de 8 semanas desde la última dosis de vacuna de 13 serotipos anteriormente recibida** (se puede consultar [protocolo específico del catch-up](#)), vacuna que podrá coadministrarse con la vacuna antigripal en su centro de salud o puesto de vacunación habitual.

B.7.11.- 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 2019 y años posteriores de, al menos, 6 meses de edad.
- B: menores de 60 años con patología crónica (se incluyen niños y adolescentes en tratamiento con ácido acetilsalicílico).
- C: trabajadores de centros sanitarios y socio-sanitarios, tanto públicos como privados, así como estudiantes en prácticas en centros sanitarios.
- D: personas que pueden transmitir la enfermedad a enfermos de alto riesgo. Contactos familiares de personas de alto riesgo y menores de 6 meses.
- E: mujeres embarazadas y en los 6 meses posteriores al parto³⁶.
- F: trabajadores de servicios esenciales (bomberos, policías, docentes, etc.).
- G: trabajadores de mataderos de aves, explotaciones avícolas o porcinas.
- H: personas no incluidas en grupos de riesgo.

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

³⁶ 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 los **menores de 9 años de grupos de riesgo no vacunados en campañas anteriores frente a gripe** precisan la administración de una pauta de dos dosis de vacuna separadas por 4 semanas, como se ha indicado en el subapartado correspondiente. Por tanto, al código B (que indica que se vacuna por una condición de riesgo) habrá que añadirle 1 o 2 en función del número de dosis administrada. Es por este motivo que los productos 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

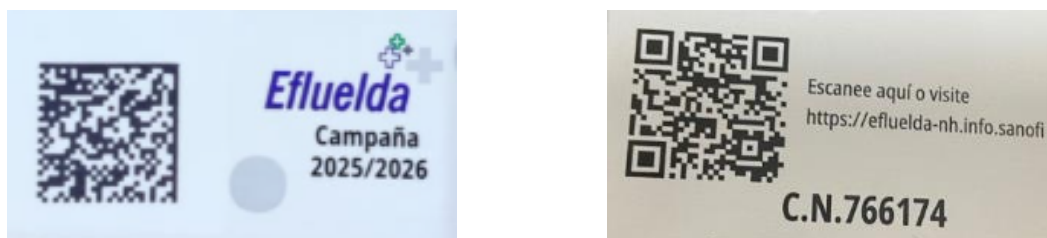
Aquellos puestos que trabajen con **VACUSAN de escritorio**, las diferentes vacunas se codificarán con los siguientes códigos de producto:

- 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 registrarse manualmente el producto (no se trabajará con códigos de producto, sino directamente con el descriptivo del mismo) junto con su lote, para mayor facilidad de registro, se recomienda tomar los datos de producto, laboratorio y lote a través de la lectura del código DataMatrix. 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 3.

Figura 3. 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 2016 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 ³⁸	E	138
Trabajadores esenciales	F	163
Trabajadores con aves y cerdos	G	119
No incluidos en grupos de riesgo	H	94

El número de orden por defecto será 1. Sin embargo, debido a que los menores de 9 años de grupos de riesgo no vacunados con anterioridad frente a gripe precisan la administración de una pauta de dos dosis de vacuna separadas por 4 semanas, en estas personas, el número de orden será 1 o 2. En cambio, en la población pediátrica sana nacida en 2017 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 2025-2026

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.

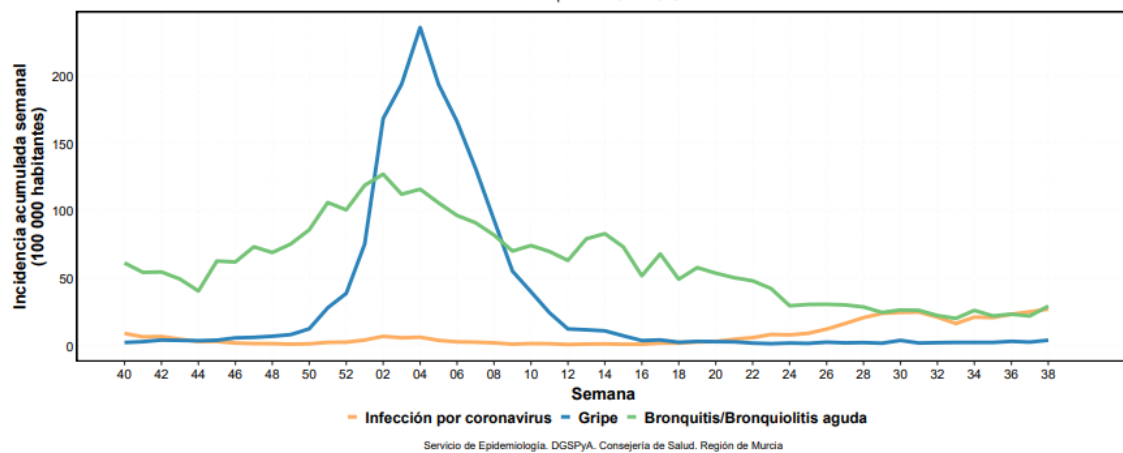
Para esta temporada 2025-2026, el 3 de julio 2025 la Comisión de Salud Pública (CSP) aprobó el documento “Recomendaciones de vacunación frente a gripe y COVID-19 en la temporada 2025-2026 en España”². En él se indica la administración de una dosis estacional con vacunas adaptadas frente a COVID-19 en 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. El cambio de recomendaciones con respecto a campañas previas se debe a la revisión de la información epidemiológica de la temporada 2024-2025 disponible hasta la semana 23/2025. Además, 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.

C.1.1.- Situación epidemiológica de la temporada 2024-2025

En base al sistema de vigilancia, a fecha de la elaboración de este protocolo, en relación a los episodios de IRA, según los diagnósticos en Atención Primaria, la infección por coronavirus (A77.01) presentó muy baja circulación con una incidencia por debajo de 10 casos por 100.000 habitantes (figura 4)⁹.

Figura 4. Incidencia acumulada de infección por coronavirus (A77.01) en comparación con el resto de IRAs. Temporada 2024-2025.

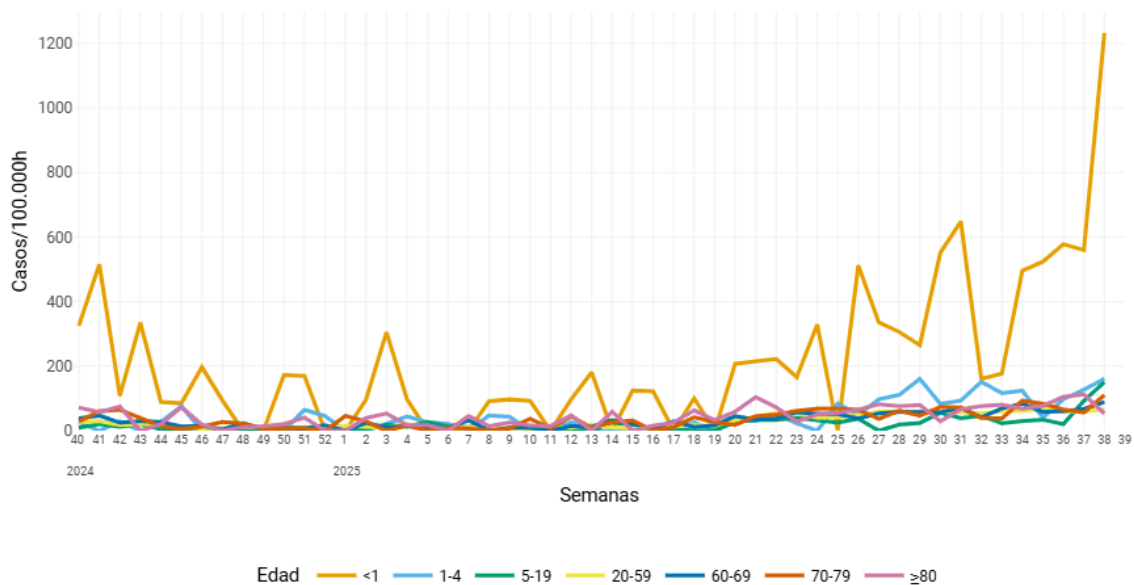


Fuente. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Adicciones. Sistema de Vigilancia de Infección Respiratoria Aguda en Atención Primaria. Región de Murcia.



A escala nacional¹⁰ 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 1-4 y 80 y más años, con un pico de actividad en la semana 38/2025 (figura 5).

Figura 5. Tasa estimada semanal de COVID-19 en la temporada 2024-25, por grupos de edad. SiVIRA, temporada 2024-25.



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

En relación a las infecciones respiratorias agudas graves (IRAG) en nuestra Región, en su componente de selección sistemática, desde la semana 40/2024 hasta la 24/2025 se han registrado 290 ingresos en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. De ellos, el 2,5 % (7) tuvo resultado positivo para SARS-CoV-2 frente al 11,6 % de positividad para el virus de la gripe¹¹.

A escala nacional, se ha producido un ascenso de las hospitalizaciones por COVID-19 desde la semana 19/2025 con un pico de hospitalización en la semana 33/2025. El grupo de población donde se observó mayor gravedad y carga hospitalaria fue en personas de 80 años o más, 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.

C.1.2.- Protección de la vacuna monovalente adaptada de la temporada 2024-2025 frente a SARS-CoV-2

En la temporada 2024-2025, la vacuna administrada como dosis estacional fue mayoritariamente la monovalente JN.1, aunque también se dispuso de KP.2. Según datos provisionales (octubre 2024 a enero de 2025) del estudio europeo VEBIS (*Vaccine Effectiveness, Burden and Impact Studies*) para la vacuna adaptada a la variante JN.1, la EV frente a la hospitalización fue del 60 % (IC 95 %: 48-70 %) y frente al fallecimiento relacionado con COVID-19 fue del 78 % (IC 95 %: 64-87 %) entre las personas de 65 a 79 años; y del 58 % (IC 95 %: 48-66 %) y del 62 % (IC 95 %: 32-79 %) entre aquellas de 80 años o más³⁷.

Datos provisionales americanos (septiembre 2024 a abril de 2025) de la Red IVY de 26 hospitales, la EV frente a hospitalización asociada a COVID-19 fue del 40 % (IC 95 %: 27-51 %) y la protección se mantuvo durante los 90-179 días posteriores a la vacunación. La EV fue mayor para casos más severos,

³⁷ Humphreys J, Blake A, Nicolay N, et al. Effectiveness of JN.1 monovalent COVID-19 vaccination in EU/EEA countries between October 2024 and January 2025: a VEBIS electronic health record network study. *Vaccine*. 2025;64:127752.

como son aquellos que precisan ventilación mecánica invasiva o fallecimiento, con un 79 % (IC 95 %: 55-92 %) ³⁸.

C.1.3.- Nuevas vacunas adaptadas autorizadas para la temporada 2025-2026

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 4 temporadas.

El 16 de mayo de 2025, la EMA publicó una declaración sobre la composición de las vacunas frente a COVID-19 ³⁹. En ella recomendaba la administración de vacunas monovalentes con variante Ómicron LP.8.1 como antígeno, tanto vacunas adaptadas de ARNm como proteicas. A fecha 19 de septiembre de 2025, la vacuna proteica Bimervax® adaptada frente a LP.8.1 recibió la opinión positiva del *Committee for Medical Products for Human Use*

³⁸ Ma KC, Webber A, Lauring AS, et al. Effectiveness of 2024-2025 COVID-19 Vaccination Against COVID-19 Hospitalization and Severe In-Hospital Outcomes - IVY Network, 26 Hospitals, September 1, 2024-April 30, 2025. medRxiv [Preprint]. 2025:2025.08.29.25334612.

³⁹ EMA. ETF recommends updating COVID-19 vaccines to target new LP.8.1 variant. Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/documents/other/ema-recommendation-update-antigenic-composition-authorized-covid-19-vaccines-2025-2026_en.pdf

(CHMP) de la EMA para su autorización en personas de 12 años o más de edad⁴⁰.

C.2.- OBJETIVOS

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

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.

⁴⁰ EMA. Summary of opinion (post authorization). Bimervax. COVID-19 vaccine (recombinant, adjuvanted). Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/documents/smop/chmp-post-authorisation-summary-positive-opinion-bimervax-emavr0000257408_en.pdf



C.3.- INDICADORES DE EVALUACIÓN CAMPAÑA 2025-2026

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 2023-2024.

Dimensión	Indicador	Desglose
Disponibilidad de las vacunas	Nº de dosis recibidas	Regional
Cobertura en determinados grupos de población	Personas de 70 a 74 años	<ul style="list-style-type: none"> • Municipio • Área de salud y ZBS
	Personas de 75 años o más	<ul style="list-style-type: none"> • Municipio • Área de salud y ZBS
	Personas de 70 años o más	<ul style="list-style-type: none"> • Municipio • Área de salud y ZBS
	Usuarios/as de residencias de personas mayores o con discapacidad	Regional
	Embarazadas	<ul style="list-style-type: none"> • Municipio • Área de salud y ZBS
	Determinados grupos de riesgo (personas diabéticas o con infección por VIH)	Regional

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 2025.

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 138.240 dosis de vacuna de ARNm adaptada de 30 µg hasta el inicio de la campaña, pero se espera nuevos repartos de vacunas durante los meses de octubre y noviembre hasta disponer de cantidad suficiente de vacuna adaptada de ARNm de adulto para la población diana de 12 años o más, así como 1.848 dosis de la de 10 µg para la población de 5 a 11 años candidata a dosis estacional y 714 dosis de la de 3 µg para población candidata de 6 a 59 meses de edad. A esto se suma la confirmación de la llegada de 18.020 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.
- 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.).
- 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 ARNm⁴¹ Y PROTEICA⁴²

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

⁴¹ Ficha técnica o resumen de las características del producto Comirnaty®. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/pdfs/ft/1201528029/FT_1201528029.pdf

⁴² Ficha técnica o resumen de las características del producto Bimervax®. Disponible en: https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2025/20251002167638/anx_167638_es.pdf

la vacuna monovalente LP.8.1 (Comirnaty® 30 µg LP.8.1 de Pfizer), independientemente del preparado recibido en primovacunación.

La vacuna Comirnaty® monovalente LP.8.1 de 30 µg (cápsula de cierre de color gris 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 30 µg de ARNm codificador de LP.8.1). 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.7.2.- Vacuna de ARNm a utilizar para población candidata a vacunación de 5 a 11 años de edad

Las dosis estacionales de vacuna adaptada frente a SARS-CoV-2 a administrar en población diana de 5 a 11 años son de la vacuna de ARNm monovalente LP.8.1 (Comirnaty® LP.8.1 10 µg de Pfizer), independientemente del preparado recibido en primovacunación.

La vacuna Comirnaty® monovalente LP.8.1 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 LP.8.1). Esta vacuna se debe mezclar suavemente, invirtiendo el vial 10 veces antes de su uso sin agitar. Una vez descongelados los viales no pueden volver a congelarse.

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

Las dosis estacionales de vacuna adaptada frente a SARS-CoV-2 a administrar en población diana de 6 a 59 meses de edad son de la vacuna de

ARNm monovalente LP.8.1 (Comirnaty® LP.8.1 3 µg de Pfizer), independientemente del preparado recibido en primovacunación.

La vacuna Comirnaty® monovalente LP.8.1 3 µg (cápsula de cierre de color amarillo con etiquetado LP.8.1) se presenta en unos viales de 0,48 ml. Esta vacuna, una vez se descongele y alcance la temperatura ambiente, se invertirá suavemente 10 veces antes de la dilución, sin agitar. La vacuna descongelada **se debe diluir** en su vial original con 1,1 ml de solución inyectable con cloruro sódico 0,9 %, utilizando una aguja de calibre 21 o más fina y técnicas asépticas. Igualar la presión del vial antes de retirar la aguja del tapón del vial extrayendo 1,1 ml de aire a la jeringa del diluyente vacía. Invertir suavemente la dispersión diluida 10 veces sin agitar. Una vez diluido se obtiene cantidad suficiente para, al menos, 3 dosis de 0,3 ml (cada dosis contiene 3 µg de ARNm codificador de LP.8.1). 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 LP.8.1 (Bimervax® LP.8.1 de Hipra) estará igualmente disponible para la administración de dosis estacionales de vacuna adaptada frente a LP.8.1, 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 LP.8.1) y con SQBA como adyuvante. Esta vacuna, tras su administración genera una respuesta inmune, tanto humoral como celular, frente al RBD de la proteína S. Los anticuerpos

neutralizantes evitan que el RBD se una a su diana celular ACE2, bloqueando así la fusión de membrana y la infección vírica. Además, induce una respuesta inmunitaria de linfocitos T específica del antígeno, lo que puede contribuir a la protección frente a la COVID-19.

La vacuna se presenta en **viales monodosis** de 0,5 ml lista para su uso y **no precisa reconstitución**.

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 en viales monodosis**, se va a distribuir inicialmente a centros de salud y puestos de vacunación habituales para, por motivos logísticos, facilitar la vacunación de aquellas **personas inmobilizadas 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.

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 nacimiento⁴³.

Según datos de vigilancia de la temporada 2024-2025 a escala nacional¹⁰, 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 grupo de menores de 1 año los que más carga de enfermedad tienen en consultas de Atención Primaria. Igualmente, según datos de la red de vigilancia americana COVID-NET, la tasa de hospitalización en lactantes menores de 6 meses, en el período entre octubre de 2022 y abril de 2024, las tasas de hospitalización asociadas a COVID-19 fueron más altas que en cualquier otro grupo etario, excepto en los adultos de 75 años o más, y son comparables a las tasas observadas en adultos de 65 a 74 años⁴⁴. Esta mayor gravedad también coincide con datos anteriormente publicados en los que se ve que las tasas de incidencia de infección por SARS-COV-2 que precisan atención médica en menores de 6 meses son mayores entre los lactantes de un mes de edad o menores, siendo también altas en los hijos de madres con COVID-19 postparto⁴⁵.

La vacunación con dosis estacional de la madre protege al niño durante sus primeros meses de vida, período en el que se ha visto que la infección en los niños puede ser más grave, habiendo demostrado la reducción del riesgo de hospitalizaciones, incluyendo el ingreso en cuidados intensivos de sus hijos en los 6 primeros meses de vida³³. En el último trabajo

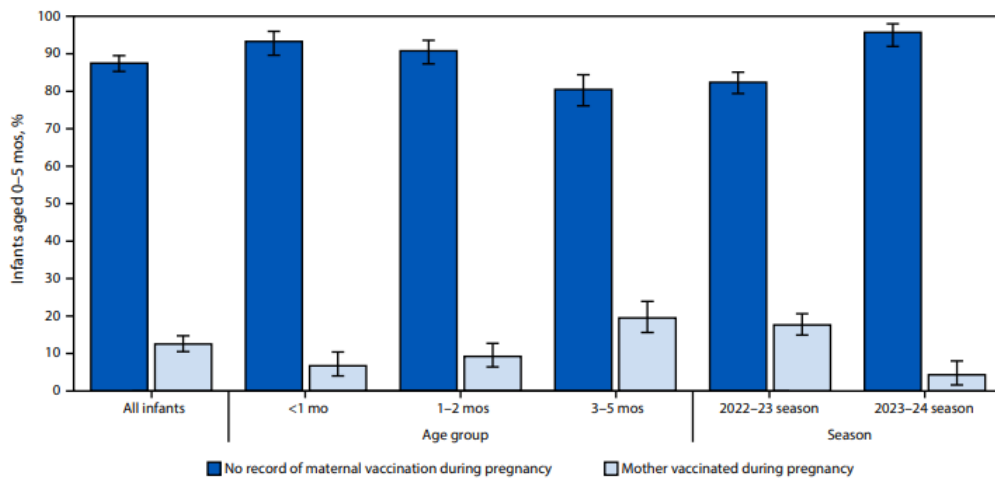
⁴³ Smith ER, Oakley E, Grandner GW, et al. Adverse maternal, fetal, and newborn outcomes among pregnant women with SARS-CoV-2 infection: an individual participant data meta-analysis. *BMJ Glob Health*. 2023;8(1):e009495.

⁴⁴ Havers FP, Whitaker M, Chatwani B, Patton ME, Taylor CA, Chai SJ, et al. COVID-19–Associated Hospitalizations and Maternal Vaccination Among Infants Aged <6 Months — COVID-NET, 12 States, October 2022–April 2024. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2024;73(38):830-836.

⁴⁵ Griffin I, Irving SA, Arriola CS, et al. Incidence Rates of Medically Attended COVID-19 in Infants Less Than 6 Months of Age. *Pediatr Infect Dis J*. 2023;42(4):315-320.

publicado con datos de COVID-NET, el porcentaje de lactantes hospitalizados cuyas madres habían sido vacunadas durante el embarazo fue del 18 % durante octubre 2022 a septiembre 2023 y disminuyó a <5 % durante octubre 2023 a abril de 2024, pudiendo ver la diferencia entre hijos de madres vacunadas y no vacunadas en la figura 6⁴⁵. 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 (datos de evaluación de la campaña de vacunación 2024-2025 de la Región de Murcia aún no publicados), del 6,32 %, incluso inferior al 8,95 % de la temporada anterior.

Figura 6. Estado de vacunación materna entre los lactantes de <6 meses hospitalizados con infección por SARS-CoV-2 confirmada por laboratorio, por grupo de edad y estación⁴⁵.



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^{46,47}. 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 igualmente segura durante la lactancia en aquellas mujeres que deban recibirla.**

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 considerar la administración de Bimervax® LP.8.1 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 2025-2026

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)azanedil)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).

⁴⁶ 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.

⁴⁷ 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.

- 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 segura 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 pasada². **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^{48,49}. Las personas con síntomas prolongados posteriores al

⁴⁸ 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.

⁴⁹ 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.

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 un total de tres dosis, con una pauta de **0, 3 semanas desde la primera dosis y 8 semanas desde la segunda dosis.**
- si hay antecedente de vacunación con pauta completa o infección previa: una sola dosis.

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

C.7.10.- 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. Respecto al perfil de seguridad, tampoco se han observado diferencias significativas en cuanto a la reactogenicidad local y sistémica.

La administración de dos vacunas se puede realizar en los dos miembros superiores, en caso de administrar más de dos vacunas se habrá de dejar una separación mínima de 2,5 cm. Si, por motivo de mayor aceptabilidad, se prefiere posponer la vacunación frente al neumococo y/o herpes zóster (en caso que la persona pertenezca a población diana de vacunación de cualquiera de ellas) se puede citar con posterioridad a la persona con cualquier intervalo, pero siendo de gran importancia la citación para una captación activa. 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 LP.8.1.

	Comirnaty® monovalente LP.8.1 30 µg	Comirnaty® monovalente LP.8.1 10 µg	Comirnaty® monovalente LP.8.1 3 µg
Color de la cápsula de cierre del vial	 LP.8.1	 LP.8.1	 LP.8.1
Ultracongelada (-90 a -60°C)	Máximo 18 meses (período de validez)		
Refrigerada (2-8°C) y protegida de la luz	Máximo 10 semanas		
Temperatura ambiente (8-30°C)	Máximo 12 horas en caso de vial cerrado		Máximo 12 horas en caso de vial cerrado antes de la dilución
Después de la primera punción (2-30°C)	Desechar tras 12 horas		

La vacuna proteica Bimervax® LP.8.1 viene en un embalaje que contiene 20 viales monodosis y se conserva refrigerada a 2-8°C con el embalaje exterior para protegerlo de la luz, pudiendo conservarse durante un año. La vacuna no se debe congelar. Se debe girar suavemente el vial varias veces manteniéndolo vertical, sin agitar. Antes de abrir el vial, la vacuna se presenta como una emulsión blanca y homogénea, libre de partículas visibles. No administrar la vacuna en caso de partículas visibles y/o decoloración antes de

la administración. Se deberá ajustar la jeringa para extraer las burbujas de aire con la aguja aún clavada en el vial, para evitar pérdidas del producto. Se recomienda usar la misma aguja para cargar e inyectar la dosis de vacuna y así evitar pérdidas de producto.

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 LP.8.1 30 µg** se registrará con el código **9L** completando el campo de laboratorio con PFI (Pfizer). Para personas de 12 años o más en las que se vaya a administrar **Bimenrvax® LP.8.1** el código **9P** y con el campo de laboratorio con el código HIP (Hipra). La vacuna utilizada en población de 5 a 11 años es **Comirnaty® monovalente LP.8.1 10 µg**, que se registrará con el código **8L** indicando para el laboratorio únicamente PFI (Pfizer). La vacuna utilizada en población de 6 a 59 meses en los que esté indicada la vacunación es **Comirnaty® monovalente LP.8.1 3 µg**, que se registrará con el código **7L** 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](#).

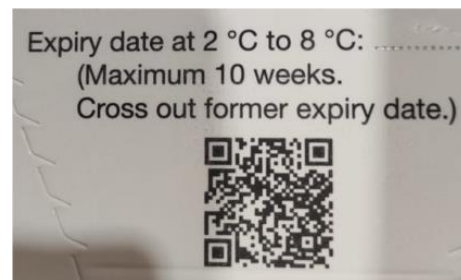
C.8.3.- Registro en VACUSAN

Aquellos puestos que trabajen con **VACUSAN de escritorio**, la vacuna **Comirnaty® monovalente LP.8.1 30 µg** se registrará con el código de producto **PCL30**. El código de producto de **Bimervax® LP.8.1** en VACUSAN se registrará como **XBL30**. El código de producto de **Comirnaty® LP.8.1 10 µg** en VACUSAN se registrará como **PCL10**. El código de producto de **Comirnaty® LP.8.1 3 µg** en VACUSAN se registrará como **PCL03**.

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 registrarse manualmente el producto (no se trabajará con códigos de producto, sino directamente con el descriptivo del mismo) junto con su lote, para mayor facilidad de registro, se recomienda tomar los datos de producto, laboratorio y lote a través de la lectura del código DataMatrix. 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 orden de la dosis siempre será la primera (1^a). 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 ³⁸	E	138
Internos en centros de servicios	I1	181

sociales		
Internos penitenciarios de larga duración	I2	66
Internos en residencias de personas mayores	I3	182
Internos en centros de discapacidad	I4	183
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 2025-2026, excepto



Región de Murcia
Consejería de Salud

Dirección General de Salud
Pública y Adicciones



Programa de
vacunaciones



aquellos niños/as de 6 a 59 meses que precisen primovacunación, 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.