



## ACTUALIZACIÓN EN EL PROGRAMA DE VACUNACIONES PARA ASTURIAS 2018

*Ismael Huerta González  
Servicio de Vigilancia Epidemiológica  
Dirección General de Salud Pública*

Los Programas de Vacunaciones deben ser dinámicos e ir adaptándose a los cambios que van ocurriendo, tanto en los nuevos desarrollos en vacunas como en los avances del conocimiento en el ámbito de la vacunología, sin olvidar la revisión y actualización de los programas en base a la información continuada sobre la epidemiología de las enfermedades prevenibles por vacunación.

En el año 2018, se publica la Circular 01/2018 de la Dirección General de Salud Pública, de 23 de agosto, donde se presentan una serie de actualizaciones del Programa de Vacunaciones de Asturias, referidas principalmente a los cambios en la estrategia de vacunación antigripal y en la vacunación de personas con alto riesgo de Enfermedad Meningocócica Invasora (EMI), pero incluyendo también un ajuste en la pauta de vacunación secuencial frente a neumococo y la normalización de la pauta de vacunación frente a la hepatitis A una vez finalizados los problemas de abastecimiento de ésta vacuna.

Se presenta a continuación un resumen de estas actualizaciones, indicando la conveniencia de revisar directamente dicha Circular para conocer

todos los detalles incluidos en la misma. Estas actualizaciones entraron en vigor **a partir del mes de septiembre de 2018.**

### **1) Actualización de la estrategia de Vacunación Antigripal en Asturias a partir de 2018**

La presentación de la gripe en Asturias, en las dos últimas temporadas, se ha caracterizado por unos niveles de incidencia acumulada moderados, pero con una mayor afectación de personas de 65 años o más y un aumento relevante de los casos graves y los fallecidos en este grupo de edad. A su vez, se ha constatado que la estrategia habitual de vacunación antigripal en Asturias solo ofrece una protección limitada en circunstancias como las ocurridas en estas dos últimas temporadas, con poca concordancia entre los virus de la vacuna y los virus circulantes, y con una baja eficacia en las personas de edad más avanzada.

Tras la valoración de diferentes opciones con las vacunas actualmente disponibles en España, la Consejería de Sanidad plantea un **cambio en la estrategia de vacunación antigripal** a partir de la próxima Campaña de Vacunación anual de 2018,

pasando a utilizar las vacunas que, según la evidencia disponible, ofrecen la mayor protección en cada grupo de edad. Así, se utilizarán vacunas adyuvadas para todas las personas a partir de los 65 años de edad, en las que las vacunas clásicas se ha visto que no ofrecen una protección suficiente (las vacunas adyuvadas solo se usaban hasta ahora en personas institucionalizadas a partir de esa edad), y vacunas tetravalentes en los menores de 65 años, en los que aumenta el espectro de protección frente a las variantes de los virus gripales B con respecto a las vacunas trivalentes que se estaban usando hasta ahora.

Por tanto, la Vacunación Antigripal en Asturias pasará a realizarse con dos tipos de vacunas diferenciadas, que se usarán según la edad de la persona a vacunar:

- Entre los 6 meses y los 64 años de edad se utilizará una **vacuna inactivada tetravalente (VI4)**, que contiene antígenos de 4 cepas de virus gripales: una cepa A(H1N1)pdm09, una cepa A(H3N2) y dos cepas B, una del linaje B/Victoria y otra del linaje B/Yamagata. Es una vacuna clásica, preparada con virus inactivados cultivados en huevos embrionados, en forma de virus fraccionados o de antígenos (Ag) de superficie. Esta vacuna está autorizada a partir de los 6 meses de edad y se aplica por vía intramuscular o subcutánea profunda.
- A partir de los 65 años de edad se utilizará una **vacuna inactivada trivalente adyuvada (VI3a)**, que contiene las cepas de virus vacunales A(H1N1)pdm09 y A(H3N2), pero solo uno de los linajes de virus B, también cultivados en huevos embrionados y en forma de Ag de superficie. Incluye además un adyuvante oleoso (MF59C) que mejora la respuesta inmune, y solo está autorizada para su uso a partir de los 65 años de edad, por vía intramuscular.

Se actualiza además la dosificación utilizada en niños, recordando que los menores de 9 meses de edad, en los que esté indicada la vacunación y que no hayan sido vacunados previamente, deben recibir 2 dosis separadas, al menos, 4 semanas, pero indicando que, **independientemente de la edad, todos los vacunados deben recibir la dosis completa de vacuna (0,5 ml).**

Las indicaciones de vacunación antigripal continúan siendo las mismas ya conocidas, incluyendo:

- Personas de alto riesgo, con enfermedades crónicas, tratamiento prolongado con salicilatos (hasta los 18 años), residentes en centros de atención a enfermos crónicos o de tercera edad y mujeres embarazadas.
- Personas de 65 años y más, no incluidas en los grupos anteriores.
- Personas con indicaciones ocupacionales (incluyendo a trabajadores y estudiantes sanitarios) o de convivencia con personas de alto riesgo o de 65 o más años de edad.

Por último, se establece que, en caso de estar indicada tanto la vacunación frente a la gripe como otra vacunación, como la vacunación frente a neumococo por situaciones de riesgo o la vacunación antitetánica, **es preferible realizar la vacunación simultánea, aprovechando la campaña de vacunación antigripal**, que perder la oportunidad de aplicación de las otras vacunas.

## 2) Vacunación de personas con alto riesgo de Enfermedad Meningocócica Invasora (EMI)

En este punto se establece un **cambio en la pauta de vacunación de las personas con alto riesgo de Enfermedad Meningocócica Invasora (EMI)**. Teniendo en cuenta que recientemente se está detectando un aumento de la circulación de serogrupos de meningococo que antes tenían una escasa representación en Asturias (serogrupos W e Y), que se dispone de vacunas que amplían el espectro de protección frente estos serogrupos (vacunas tetravalentes frente a serogrupos A, C, W, Y) y que ya se habían establecido, por separado, indicaciones para la vacunación de estas personas con vacunas frente al serogrupo B, que aún continúa circulando, se ha considerado que lo más coherente es establecer pautas de prevención integral frente a esta enfermedad, que abarque a todos los serogrupos frente a los que se dispone de vacunas (MenACWY+MenB).

En primer lugar, se actualizan las indicaciones de vacunación frente a meningococo, diferenciando entre indicaciones médica e indicaciones epidemiológicas, de la manera siguiente:

### • Indicaciones médicas

- Inmunodeficiencias primarias, que afecten tanto a las células T como al sistema del complemento.
- Tratamiento con eculizumab (Soliris®).
- Asplenia anatómica o funcional, incluyendo la anemia de células falciformes y las neoplasias hematológicas que requieran intervención esplénica.
- Trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH).
- Infección por el VIH.

### • Indicaciones epidemiológicas

- Personas que hayan pasado algún episodio de EMI.
- Personal de laboratorio que puedan estar expuestas a meningococos.
- Viajes a zonas de hiperendemia.
- Contactos cercanos de casos de EMI.

A continuación, se recogen las pautas de vacunación para las vacunas tetravalentes (MenACWY) y frente al serogrupo B (MenB) disponibles en España (2 marcas comerciales de cada tipo), que presentan tanto edades de uso autorizadas como pautas de vacunación según edad diferentes, tal como se recoge en el cuadro siguiente.

## PAUTAS DE VACUNACIÓN CON VACUNAS MENACWY Y MENB

Vacuna	Edad 1.ª dosis	Vacunación inicial	Dosis de refuerzo
MenACWY-TT	2-11 meses <sup>(1)</sup>	2 dosis separadas 8 semanas y dosis de refuerzo a los 12 meses de edad <sup>(2)</sup>	Dosis de refuerzo a los 5 años en indicaciones médicas. No se ha determinado si se necesitan más dosis de refuerzo
	≥1 año	1 o 2 dosis separadas 8 semanas <sup>(3)</sup>	
MenACWY-CRM <sup>(4)</sup>	≥2 años	1 o 2 dosis separadas 8 semanas <sup>(3)</sup>	
MenB-4C <sup>(5)</sup>	2 meses <sup>(6)</sup>	3 dosis separadas 1 mes y dosis de refuerzo a los 12-15 meses de edad separada 6 meses de la serie primaria	No se ha determinado si se necesitan más dosis de refuerzo
	3-5 meses	2 dosis separadas 2 meses y dosis de refuerzo a los 12-15 meses de edad separada 6 meses de la serie primaria	
	6-11 meses	2 dosis separadas 2 meses y dosis de refuerzo en el 2.º año de vida separada 2 meses de la serie primaria	
	12-23 meses	2 dosis separadas 2 meses y refuerzo a los 12-23 meses de la serie primaria	
	≥2 años	2 dosis separadas 1 mes	
MenB-fHbp <sup>(4)</sup>	≥10 años	2 dosis a los 0 y 6 meses <sup>(7)</sup> 3 dosis a los 0,1-2 y 6 meses <sup>(7)</sup>	

(1) Puede aplicarse a partir de las 6 semanas de edad.

(2) Separada, al menos, 2 meses de la dosis anterior.

(3) Pauta de 2 dosis en indicaciones médicas y de 1 dosis en indicaciones epidemiológicas.

(4) No hay datos de uso en mayores de 65 años.

(5) No hay datos de uso en mayores de 50 años.

(6) Puede aplicarse a partir de las 8 semanas de edad.

(7) Pauta de 3 dosis (0-2-6 meses) en indicaciones médicas, pauta de 2 dosis en indicaciones epidemiológicas.

Para las vacunas tetravalentes, tanto la que utiliza el toxoide tetánico como proteína portadora (MenACWY-TT, *Nimenrix*®) como la que usa la proteína CRM197 (MenACWY-CRM, *Menveo*®), así como para la vacuna frente al serogrupo B basada en las dos variantes de la proteína fHbp del meningococo (MenB-fHbp, *Trumemba*®), que disponen de pautas opcionales con más o menos dosis, se usarán las pautas con más dosis en las indicaciones médicas y las pautas con menos dosis en las indicaciones epidemiológicas, como se indica en el pie de la tabla. Por su parte, la vacuna frente al serogrupo B de cuatro componentes proteicos (MenB-4C, *Bexsero*®), presenta una única pauta para todas las indicaciones.

En situaciones de TPH, la vacunación frente al meningococo se iniciará a los 12 meses del trasplante (a partir de los 6 meses en caso de mayor riesgo), con una pauta de 2 dosis, separadas 6 meses, para ambos tipos de vacunas (excepto con MenB-fHbp, de la que se aplicarán 3 dosis con una pauta de 0-2-6 meses).

Por último, se indican algunas consideraciones especiales para determinadas situaciones, como son:

- En la infección VIH congénita se sustituirá la vacuna MenC del Calendario por MenACWY.
- En los contactos cercanos de un caso de EMI, si se confirma que se debe a un meningococo del serogrupo C se aplicará 1 dosis de vacuna MenC si no están vacunados, y si es por un meningococo de los serogrupos A, W o Y se aplicará 1 dosis de vacuna MenACWY. Por el contrario, si se trata de un meningococo del serogrupo B no está indicada la vacunación MenB, dado que el espectro de protección de estas vacunas es limitado y depende de la cepa concreta que cause la enfermedad.
- En el tratamiento con eculizumab y la esplenectomía programada, debería completarse la vacunación 2 semanas antes del inicio del tratamiento o de la cirugía.
- Tras una esplenectomía urgente es aconsejable iniciar la vacunación a las 2 semanas de la operación pero, si hay riesgo de pérdida del paciente, es mejor aplicar las primeras dosis antes de la salida del hospital.

- En los viajes a zonas de hiperendemia, se utilizará únicamente la vacuna MenACWY (1 dosis) en adolescentes y adultos jóvenes que viajen a zonas con aumento de circulación de serogrupos W o Y, si van a convivir con personas nativas de su misma edad (p.ej. estudiantes). En algunas instituciones educativas de EE.UU. y Reino Unido requieren esta vacunación a los nuevos estudiantes.

### 3) Actualización de la pauta de vacunación secuencial frente al neumococo para personas de riesgo

Con el objetivo de disminuir la posibilidad de reacciones locales en el lugar de inyección, y de mejorar la respuesta inmune a la vacunación, **se actualizan los intervalos mínimos de separación** entre la vacuna conjugada de 13 serotipos (VNC13, Prevenar 13 ®) y la vacuna polisacárida de 23 serotipos (VNP23, Pneumovax 23 ®) **en las pautas de vacunación secuencial (VNC13+VNP23)** utilizadas en las personas de riesgo para infecciones por neumococo. La nueva pauta de vacunación secuencial se resume en los siguientes 4 puntos:

- De manera general, la pauta de vacunación secuencial se realizará aplicando una dosis de vacuna conjugada VNC13 (o la pauta establecida por edad hasta los 5 años), seguida de una dosis de vacuna polisacárida VNP23 separada, al menos, 1 año de la dosis anterior de vacuna conjugada VNC13.
- En situaciones de mayor riesgo o con riesgo más inmediato (inmunodepresión, asplenia anatómica o funcional, pérdidas de LCR e implante coclear), la dosis de vacuna polisacárida VNP23 se aplicará separada, al menos, 2 meses después de la dosis anterior de vacuna conjugada VNC13.
- Cuando esté indicada una nueva dosis de vacuna polisacárida VNP23 (en inmunodepresión y asplenia, y a partir de los 65 años si se vacunó antes de esa edad con esta vacuna), el intervalo de separación entre las dosis de VNP23 será de, al menos, 5 años.
- En las personas en las que esté indicada la vacuna VNC13 y que hayan recibido previamente alguna dosis de vacuna polisacárida

(VNP23), solo recibirán las dosis necesarias para su edad de vacuna conjugada VNC13 cuando haya transcurrido, al menos, 1 año desde la última dosis de vacuna polisacárida recibida.

Se mantienen las mismas indicaciones de vacunación y el resto de consideraciones específicas establecidas en el documento de Vacunaciones del adulto y en situaciones especiales (2014) y en la Circular de la DGSP 02/2017, de 28 de junio de 2017.

### 4) Normalización de las pautas de vacunación frente a la hepatitis A una vez finalizado el problema de suministro de estas vacunas

Tras finalizar los problemas de abastecimiento, se procede a **retomar las pautas establecidas de vacunación frente a la hepatitis A**, suspendiendo la indicación temporal de aplicar una sola dosis en determinadas indicaciones, establecida en la

*Circular de la DGSP 02/2017, de 28 de junio de 2017.*

De esta manera, **se restablece la pauta de vacunación frente a la hepatitis A con 2 dosis, separadas, al menos, 6 meses entre ellas.** Se recuerda que no existe ningún plazo máximo de separación de manera que, tras haber recibido una dosis, solo es necesaria una 2.ª dosis para completar la pauta sin importar el tiempo transcurrido desde la dosis anterior (solo asegurando el intervalo mínimo).

Con respecto a las personas que hayan recibido una pauta de una sola dosis, **estaría indicado completar la pauta con una 2.ª dosis en las personas en las que se mantiene el riesgo de enfermedad por su situación médica, conductual o laboral.** Sin embargo, en las personas que hayan recibido una sola dosis y en las que la situación de riesgo no se mantenga, como en los convivientes, cuidadores y parejas sexuales de pacientes de hepatitis A, una vez finalizado el período de transmisión del caso, no está indicado aplicar esta 2.ª dosis si no hay otra indicación que la justifique.

Centro de  
Información de  
Medicamentos

CIM  
COLEGIO OFICIAL  
DE FARMACEUTICOS  
DE ASTURIAS

Campomanes, 24. 1º  
33008 Oviedo  
Teléfono: 985 212 176  
Fax: 985 227 676  
cim@farmasturias.org  
www.farmasturias.org