

SUMARIO

ACTUACIÓN ANTE CASOS DE GRIPE EN ATENCIÓN PRIMARIA.....	1
PROTOCOLO DE VACUNACIÓN ANTIGRIPIAL 2010-2011.....	4
COMPOSICIÓN DE LA VACUNA 2010-2011.....	8

ACTUACIÓN ANTE CASOS DE GRIPE EN ATENCIÓN PRIMARIA

La gripe es una enfermedad común de manejo fundamentalmente ambulatorio por parte de los médicos, pediatras y enfermeras de atención primaria. La derivación al hospital solo es necesaria por razones de gravedad o por riesgo de complicaciones. Ocasionalmente la gripe produce complicaciones, que son más frecuentes en personas con factores de riesgo. La vacunación anual es la principal medida preventiva con que contamos para evitar las consecuencias de la gripe en personas con factores de riesgo. Por otra parte, el uso adecuado de antivirales puede ser una medida útil para prevenir complicaciones en los pacientes que tengan factores de riesgo.

Definición de caso

Se considera caso todo diagnóstico clínico de síndrome gripal sin otra causa conocida, no siendo necesaria la confirmación virológica. La información epidemiológica de gripe que se actualiza semanalmente puede orientar sobre la etiología más probable de los síndromes gripales en cada momento (<http://www.cfnavarra.es/ISP/>).

Notificación

- La gripe es enfermedad de notificación individualizada no urgente para todos los médicos ante sospecha clínica. Los médicos que utilizan el programa OMI de historia clínica informatizada basta con que recojan el diagnóstico de gripe en el código de proceso (CIAP R80).
- Los brotes de gripe en colectividades o en instituciones son de declaración telefónica urgente.
- Los médicos que participan en la red centinela de gripe, aplicarán además el protocolo específico.

Criterios para el manejo clínico de pacientes con síndrome gripal

El manejo clínico de los casos de síndrome gripal se hará de forma individualizada bajo el criterio del profesional sanitario. No obstante, se aportan a continuación algunos criterios generales:

- En la mayoría de los casos es suficiente el reposo en su domicilio y el tratamiento sintomático.
- Las decisiones de tratamiento antiviral y de derivación del paciente se harán siguiendo criterios clínicos de gravedad y de presencia o no de factores de riesgo.
- Cuando se prescriba tratamiento antiviral a un paciente que no vaya a ingresar se le proporcionará en consulta las dosis para el tratamiento completo. Estos tratamientos estarán disponibles en el Centro de Salud y pueden obtenerse a través de la Farmacia de Atención Primaria.
- Los pacientes que por su estado clínico requieran ingreso hospitalario lo harán por los procedimientos habituales al hospital correspondiente.
- Se adoptarán las medidas de control de la infección por parte del personal sanitario, tanto durante la atención del caso como durante el transporte, si éste fuera necesario. En el caso de que el paciente no requiera ingreso hospitalario se aconsejará a los familiares que adopten las medidas higiénicas básicas.
- No es necesario realizar ninguna actuación con los contactos asintomáticos.

Tratamiento antiviral

Serán candidatos a recibir tratamiento con antivirales aquellos casos que presenten formas graves (los que requieran hospitalización) o tengan un riesgo más elevado de sufrir complicaciones por gripe. La decisión de iniciar el tratamiento antiviral se tomará por el médico de forma individualizada, sopesando los beneficios y riesgos potenciales, sin esperar a la confirmación virológica y a poder ser antes de que hayan transcurrido 48 horas desde el inicio de los síntomas (ver tablas de utilización de antivirales más adelante).

Nota importante: comprobar la fecha de caducidad de los envases antes de su utilización.

Grupos de población con riesgo aumentado de complicaciones por gripe

- Mujeres embarazadas.
- Enfermedades cardiovasculares crónicas (excluyendo la hipertensión).
- Enfermedades respiratorias crónicas (incluyendo displasia bronco-pulmonar, fibrosis quística y asma moderada-grave persistente).
- Diabetes mellitus tipo I y tipo II con tratamiento farmacológico.
- Insuficiencia renal moderada-grave.
- Hemoglobinopatías y anemias moderadas-graves.
- Asplenia.
- Enfermedad hepática crónica avanzada.
- Enfermedades neuromusculares graves.
- Pacientes con inmunosupresión (incluida la originada por infección por VIH o por fármacos o en los receptores de trasplantes).

- Obesidad mórbida (índice de masa corporal igual o superior a 40).
- Niños/as y adolescentes menores de 18 años que reciben tratamiento prolongado con ácido acetilsalicílico, por la posibilidad de desarrollar un síndrome de Reye.

Toma de frotis nasofaríngeo

El manejo de los pacientes con síndrome gripal se basará en criterios clínicos, sin necesidad de recurrir a la confirmación virológica.

Solo se tomarán frotis en las siguientes situaciones:

- Cuando Salud Pública dé instrucciones se tomarán frotis en brotes o ante otras situaciones especiales (casos graves o con curso atípico).
- Los médicos de la red centinela tomarán muestras siguiendo el protocolo específico.

PAUTAS PARA UTILIZACIÓN DE ANTIVIRALES

		Osetamivir (Tamiflu®)	Osetamivir 30 mg comprimidos ²	Zanamivir (Relenza®)
Vía de administración, presentación y biodisponibilidad		Vía Oral Cápsulas y suspensión oral Alta biodisponibilidad	Vía oral Comprimidos	Vía inhalatoria oral Polvo para inhalación con dispositivo específico Baja biodisponibilidad (2%)
Duración tratamiento		5 días	5 días	5 días
Adolescentes (≥ 13 años) y Adultos		75 mg (1 cápsula), 2 veces al día	75 mg (2,5 comprimidos), 2 veces al día	2 inhalaciones de 5 mg, 2 veces/día.
Niños	Niños (1 -12 años)	≤ 15 Kg: 30 mg, 2 veces/día >15kg a 23 Kg: 45 mg, 2 veces/día >23 Kg a 40 Kg: 60 mg, 2 veces/día >40 Kg: 75 mg, 2 veces/día	≤ 15 Kg: 30 mg (1 comprimido), 2 veces/día >15 kg a 23 Kg: 45 mg (1,5 comp.), 2 veces/día >23 Kg a 40 Kg: 60 mg (2 comp.), 2 veces/día >40 Kg: 75 mg (2,5 comp.), 2 veces/día	≥ 5 años: 2 inhalaciones de 5 mg, 2 veces/día
	Menores de 1 año (2 - 3 mg/kg/12h)¹	< 3 meses: 12 mg, 2 veces/día 3 - 5 meses: 20 mg, 2 veces/día 6 - 11 meses: 25 mg, 2 veces/día	No utilizar	
Efectos adversos		Comunes (5-10 %): náuseas, vómitos y cefaleas	Comunes (5-10 %): náuseas, vómitos y cefaleas	Muy raros: broncoespasmo (pacientes con asma)

¹ Nota informativa de la AEMPS para profesionales sanitarios (08/05/2009). En pacientes con insuficiencia renal grave se ajustarán las dosis según indica la ficha técnica.

² Los adultos, adolescentes o niños que no puedan tragar los comprimidos pueden recibir las dosis apropiadas disolviendo previamente los comprimidos en agua (aproximadamente dos cucharadas soperas de agua). Para enmascarar el sabor amargo se puede añadir una cantidad pequeña (máximo una cucharadita de café) de alimento edulcorado que puede ser sirope de chocolate normal o sin azúcar, miel (sólo para niños de dos ó más años), azúcar moreno o común disuelta en agua, la salsa de un postre, leche condensada, salsa de manzana o de yogur. La mezcla se debe remover, debiéndose administrar todo el contenido al paciente.

Nota importante: comprobar la fecha de caducidad de los envases antes de su utilización.

Fuente: Fichas técnicas y Nota informativa de AEMPS (08/05/2009).

DOSIFICACIÓN DE OSELTAMIVIR EN SOLUCIÓN ORAL PARA NIÑOS ¹

		TAMIFLU® suspensión oral (12mg/ml)	TAMIFLU® cápsulas de 75 mg diluidas, diferentes concentraciones de agua potable	Formulación de solución oral de oseltamivir 15mg/ml
	Dosis	Volumen	Volumen (concentración de la dilución)	Volumen
1-12 años				
≤ 15 Kg	30 mg	2,5 ml	2 ml (75mg/5 ml)	2 ml
>15 kg a 23 Kg	45 mg	3,75 ml	3 ml (75mg/5 ml)	3 ml
>23 Kg a 40 Kg	60 mg	5 ml	4 ml (75mg/5 ml)	4 ml
>40 Kg	75 mg	6,25 ml	5 ml (75mg/5 ml)	5 ml
<1 año ²				
< 3 meses	12 mg		0,8ml (75mg/5ml)	
3 - 5 meses	20 mg		0,8ml (75mg/3ml)	
6 - 11 meses	25 mg		1 ml (75mg/3ml)	

¹ Las farmacias del Hospital Virgen del Camino, del Hospital Reina Sofía y del Hospital García Orcoyen elaboran los preparados de oseltamivir para niños. Por ser preparados de caducidad corta, conviene contactar con farmacia llegado el momento.

² Cantidades aproximadas. En menores de un año, se administrará según el peso del niño, tal y como se describe en la nota informativa de la AEMPS (08/05/2009).

Nota importante: comprobar la fecha de caducidad de los envases antes de su utilización.

DOSIFICACIÓN DE OSELTAMIVIR EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL

Aclaramiento de creatinina	Posología	Duración tratamiento
>30 ml/min	75 mg dos veces al día	5 días
>10 a ≤ 30 ml/min	75 mg una vez/día, ó 30 mg dos veces/día	5 días
≤ 10 ml/min	No recomendado	
Pacientes en diálisis	No recomendado	

PROTOCOLO DE VACUNACIÓN ANTIGRIPIAL 2010-2011

I. INTRODUCCIÓN

Desde 1990 se realizan en Navarra campañas anuales de vacunación antigripal destinadas a determinados grupos de población. La campaña de vacunación antigripal del año pasado estuvo condicionada por la fase 6 de alerta pandémica declarada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 11 de junio de 2009, lo que supuso realizar dos campañas para prevenir la enfermedad: con vacuna estacional primero y pandémica después. El 10 de agosto de 2010, la OMS dió por concluida la fase 6 de alerta pandémica, y comenzamos ahora un periodo pospandémico, en el que las campañas de vacunación vuelven a la sistemática habitual.

En la campaña de vacunación antigripal podemos aprovechar la ocasión para vacunar frente a neumococo a nuevos pacientes incluidos en grupos de riesgo y a las personas que han alcanzado 65 años. Durante la campaña 2010-2011 se deben mejorar las coberturas de la vacunación antigripal en el grupo de 60 a 64 años. Las Zonas Básicas Sanitarias que presentan bajas coberturas de vacunación antigripal deberían realizar esfuerzos para alcanzar los objetivos. Además, es especialmente necesario aumentar la sensibilización del personal sanitario respecto a la vacunación antigripal.

Se presentan a continuación diferentes aspectos sobre la organización de la vacunación en Navarra (centros de administración, distribución...), y características de las vacunas (técnicas de administración, dosis, efectos secundarios y contraindicaciones).

II. OBJETIVOS DE LA CAMPAÑA

Reducir los riesgos de morbimortalidad por gripe en la población de Navarra mediante la vacunación a grupos de personas más vulnerables por sus características clínicas individuales, y de aquellas en las que la gripe puede ocasionar una repercusión social mayor.

Objetivo de la vacunación antigripal

1. Conseguir una cobertura vacunal del 70% en personas de edad igual o mayor a 60 años. Se hará especial énfasis en aquellas personas que viven en instituciones cerradas.
2. Conseguir una cobertura vacunal del 70% en pacientes menores de 60 años con factores de riesgo.
3. Lograr una cobertura vacunal del 75% en personas con riesgo de transmisión, fundamentalmente sanitarios.
4. Aumentar la cobertura en trabajadores de servicios comunitarios.

III. RECOMENDACIONES DE VACUNACIÓN ANTIGRIPIAL

Las recomendaciones de vacunación antigripal tienen como objetivo reducir la mortalidad y morbilidad asociada a la gripe y el impacto de la enfermedad en la comunidad. Por ello, debe ir dirigida fundamentalmente a proteger a las personas que tienen un mayor riesgo de presentar complicaciones en caso de padecer la gripe, a las que pueden transmitir la enfermedad a otras que tienen un alto riesgo de complicaciones y a aquellas que, por su ocupación, proporcionan servicios esenciales en la comunidad.

La pandemia producida en 2009 por la infección por el virus pandémico A(H1N1) ha puesto de manifiesto la mayor probabilidad de complicaciones tras la infección en personas que presentan alguna condición clínica especial y que hasta el momento no habían sido consideradas como grupos de riesgo, por lo que se les ha incluido en las recomendaciones de vacunación de gripe para esta próxima temporada.

Indicaciones de vacunación antigripal

Personas de 60 años o más (grupo 1). Se hará especial énfasis en aquellas personas que conviven en instituciones cerradas.

Personas menores de 60 años que, por presentar una condición clínica especial tienen un alto riesgo de complicaciones derivadas de la gripe o porque el padecer la enfermedad pueda provocar una descompensación de su condición médica (grupo 2)

- Niños/as (mayores de 6 meses) y adultos con enfermedades crónicas cardiovasculares o pulmonares, incluyendo: displasia bronco-pulmonar, fibrosis quística y asma.
- Niños/as (mayores de 6 meses) y adultos con enfermedades metabólicas crónicas, incluyendo: diabetes mellitus; obesidad mórbida (índice de masa corporal igual o superior a 40); insuficiencia renal; hemoglobinopatías y anemias; asplenia; enfermedad hepática crónica; enfermedades neuromusculares graves o inmunosupresión, incluida la originada por la infección de VIH o por fármacos o en los receptores de trasplantes; enfermedades que conllevan disfunción cognitiva: síndrome de Down, demencias y otras. En este grupo se hará un especial énfasis en aquellas personas que precisen seguimiento médico periódico o que hayan sido hospitalizadas en el año precedente. Personas que conviven en residencias, instituciones o en centros que prestan asistencia a enfermos crónicos de cualquier edad.
- Personas que conviven en residencias, instituciones o en centros que prestan asistencia a enfermos crónicos de cualquier edad.

- Niños/as y adolescentes, de 6 meses a 18 años, que reciben tratamiento prolongado con ácido acetil salicílico, por la posibilidad de desarrollar un síndrome de Reye tras la gripe.
- Mujeres embarazadas en cualquier periodo del embarazo.

Personas que pueden transmitir la gripe a aquellas que tienen un alto riesgo de presentar complicaciones (grupo 3):

- Trabajadores de los centros sanitarios, tanto de atención primaria como especializada y hospitalaria; pública y privada. Se hará especial énfasis en aquellos profesionales que atienden a pacientes de algunos de los grupos de alto riesgo anteriormente descritos (grupo 3.1).
- Personas que por su ocupación trabajan en instituciones geriátricas o en centros de atención a enfermos crónicos, especialmente los que tengan contacto continuo con personas vulnerables (grupo 3.2).
- Personas que proporcionen cuidados domiciliarios a pacientes de alto riesgo o ancianos (grupo 3.3).
- Personas que conviven en el hogar, incluidos niños/as, con otras que pertenecen a algunos de los grupos de alto riesgo, por su condición clínica especial (grupo 3.4).

Otros grupos en los que se recomienda la vacunación:

- Personas que trabajan en servicios públicos esenciales, con especial énfasis en los siguientes subgrupos:
 - Fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado, con dependencia nacional, autonómica o local.
 - Bomberos.
 - Servicios de protección civil
 - Personas que trabajan en los servicios de emergencias sanitarias.
 - Trabajadores de instituciones penitenciarias y de otros centros de internamiento por resolución judicial.
- Viajeros internacionales: Personas que presentan mayor riesgo de complicaciones de gripe, por su edad o por su condición clínica especial, que no fueron vacunadas durante la temporada gripal, y que se dirigen a zonas tropicales en cualquier época del año o viajen al hemisferio sur entre los meses de abril a septiembre. Así mismo, deberán ser vacunadas de gripe todas las personas que se dirijan a zonas donde existen brotes de gripe aviar altamente patogénica y puedan estar en contacto estrecho con granjas de aves de corral o con probabilidad de exposiciones intensas a aves.
- Personas que trabajan en otros servicios públicos esenciales, con especial énfasis en los siguientes subgrupos:
 - Las personas que están directamente involucradas en las tareas de control y erradicación de los brotes (destrucción de los animales muertos, limpieza y desinfección de las áreas infectadas).

- Las personas que viven y/o trabajan en granjas de aves donde se han notificado brotes, o se sospecha su existencia.

IV. INDICACIONES DE LA VACUNA ANTINEUMOCÓCICA

✚ **Personas de 65 años o más que no hayan sido previamente vacunados.**

✚ **Personas pertenecientes a los siguientes grupos de riesgo que tengan entre 2 y 65 años y que no hayan sido previamente vacunados.**

- **Personas inmunocompetentes** con riesgo de enfermedad neumocócica o sus complicaciones debido a enfermedades crónicas:
 - Patología cardiovascular crónica (incluye la insuficiencia cardiaca-congestiva y la miocardiopatía)
 - Enfermedad pulmonar crónica (Incluyendo enfisema y asma)
 - Diabetes mellitus
 - Alcoholismo y enfermedades hepáticas crónicas (incluida cirrosis)
 - Enfermedades que cursan con pérdida de líquido cefalorraquídeo
 - Asplenia anatómica o funcional (esplenectomizados, anemia de células falciformes)
 - Implante coclear.
- **Personas inmunodeprimidas:**
 - Personas con infección por VIH asintomáticas o sintomáticas, lo más precozmente posible desde su diagnóstico.
 - Personas con leucemia, enfermedad de Hodgkin, linfoma, mieloma múltiple, u otras neoplasias generalizadas.
 - Personas con insuficiencia renal crónica o síndrome nefrótico.
 - Receptores de trasplantes de órganos sólidos o médula ósea.
 - Personas que están recibiendo terapia inmunosupresora, incluida la corticoterapia sistémica de larga duración.

Entre inmunodeprimidos la efectividad de la vacuna es menor, pero el alto riesgo de enfermar, los beneficios potenciales y la seguridad de la vacuna aconsejan su utilización.

V. ORGANIZACION DE LA CAMPAÑA

La Unidad central de vacunaciones del Instituto de Salud Pública se encargará de:

- Adquisición de vacunas en base a las estimaciones sobre cobertura vacunal prevista para la población en riesgo.
- Elaboración de protocolos.

- Campaña informativa con carteles, folletos, y difusión de la campaña en medios de comunicación.
- Envío de cartas informativas a residencias de ancianos, clubs de jubilados, servicios de base, centros de atención a personas con minusvalías físicas y psíquicas, pisos tutelados de enfermos mentales y asistidos, centros cívicos, otros servicios de bienestar social.
- Distribución de las vacunas a las Zonas Básicas de Salud, directamente o con la colaboración del laboratorio que provee la vacuna.
- Evaluación de la campaña y difusión de los resultados a los equipos de atención primaria.

Los **Equipos de Atención Primaria** se encargaran de planificar y realizar la vacunación en los consultorios y centros de salud de las Zonas Básicas.

De acuerdo con la Dirección de Atención Primaria del Servicio Navarro de Salud, el/la Jefe de Unidad de Enfermería del E.A.P. asumirá la planificación y evaluación de la campaña en su ámbito de actuación, realizando para ello las siguientes tareas:

- Valoración de las necesidades de vacunas antigripal y antineumocócica, ajustando las previsiones y periodicidad de envíos a la capacidad de almacén de los frigoríficos de centros y consultorios.
- Organización de la campaña de información local. En la preparación de la información a ofrecer, tanto a la población como a los colectivos en riesgo, la persona responsable de la campaña colaborará con el/la trabajador/a social y con otros profesionales implicados en definir aspectos tales como tipo de campaña a realizar, centros a los que se dirige, información a facilitar, etc. Para la dotación de medios materiales (carteles, folletos, etc.) solicitará el apoyo del/de la Jefe de Enfermería de Área.
- Organización de días y horas de vacunación en el centro de salud y/o consultorios. Según la organización propia del equipo, se habilitarán los días y horas de vacunación que permitan realizar la campaña en plazos comprendidos entre el 11 de octubre y el 26 de noviembre.

En caso de que durante el desarrollo de la Campaña el número previsto de vacunas resulte insuficiente, o excesivo, lo comunicará con antelación suficiente a la Unidad Central de Vacunas, a los teléfonos: 848 421 481 (Maite Arriazu) ó 848 423 465 (Fátima Irisarri). En la petición de nuevas vacunas se considerará que el plazo de distribución es como mínimo de un día. Las dosis sobrantes se remitirán al Instituto de Salud Pública, con la premura suficiente para su utilización en otros centros de salud durante la campaña.

La campaña finalizará en todas las Zonas Básicas el día 26 de noviembre, fecha en que la persona responsable de la misma comunicará los excedentes de vacuna a la Unidad Central de Vacunaciones para que se organice la recogida de los mismos durante la segunda quincena del mes.

Cada centro de salud o consultorio, conservará una mínima cantidad de dosis de vacuna hasta el final de la onda epidémica, para las personas que cumplan criterios de inclusión fuera del periodo establecido en la campaña (nuevas embarazadas, nuevos pacientes con factores de riesgo, viajeros internacionales...) o que no pudieron vacunarse durante la misma.

VI. CARACTERÍSTICAS Y PAUTAS DE LA VACUNACIÓN ANTIGRI PAL

Para la campaña 2010-2011 se ha adquirido vacuna de virus inactivados fraccionados. La vacunación no está indicada en niños menores de 6 meses.

Dosificación

- En niños menores de 9 años que no hayan sido previamente vacunados se administrarán 2 dosis de vacuna con un intervalo de 1 mes entre ambas.
- En niños menores de 3 años cada una de las dosis a administrar será la mitad de la habitual.

Técnica de administración: Se administrará por vía intramuscular o subcutánea profunda.

Administración simultánea con otras vacunas: Se puede administrar al mismo tiempo que la vacuna triple vírica, DTP, polio, Haemophilus influenzae tipo b y antineumocócica, siempre en diferentes lugares.

Efectos secundarios y contraindicaciones: Los efectos secundarios locales son frecuentes (aproximadamente en el 30% de vacunados) y poco importantes (dolor, calor, induración local). Los efectos secundarios generales se producen a las 6-12 horas de administrar la vacuna y consisten en un cuadro similar a la enfermedad (fiebre, mialgias, malestar general). Ocurren más frecuentemente en niños, especialmente si se utiliza vacuna de virus enteros.

La reacción de hipersensibilidad es inmediata a la administración de la vacuna y está relacionada con la alergia previa de la persona vacunada a la proteína del huevo o a alguno de los antibióticos utilizados en la fabricación. Por ello, el conocimiento de dicha alergia es contraindicación de la vacunación y ha de descartarse en el cuestionario previo.

Otras contraindicaciones son similares a las generales del resto de vacunas: enfermedad aguda infecciosa, procesos malignos evolutivos, nefropatía aguda, etc.

Conservación: Debe conservarse entre 2° y 10°C. No debe congelarse. Puede transportarse en condiciones normales evitando temperaturas superiores a 22° C.

Se adjuntarán marcadores de temperatura, que se activan al salir el lote del laboratorio o del almacén central. Dichos marcadores monitorizan la acumulación de temperatura y tiempo de exposición al calor.

Como recomendación práctica de seguridad, se aconseja utilizar la vacuna siempre que las casillas 3, 4 y 5 de dichos marcadores se encuentren de color blanco, aunque las casillas 1 y 2 estén azules. Si la casilla número 3 está azul,

no utilizar la vacuna y consultar a la **Unidad Central de Vacunas** (Tfnos: **848 421 481** - Maite Arriazu y **848 423 465** - Fátima Irisarri) o al/la Jefe/a de Enfermería de Área.

VII. CARACTERÍSTICAS Y PAUTAS DE LA VACUNACIÓN ANTINEUMOCÓCICA

La vacuna tiene un volumen de 0,5 mililitros y contiene:

- Principios activos: polisacáridos capsulares purificados de *Streptococcus pneumoniae* (1, 2, 3, 4, 5, 6B, 7F, 8, 9N, 9V, 10A, 11A, 12F, 14, 15B, 17F, 18C, 19A, 19F, 20, 22F, 23F, y 33F), 25µg de cada serotipo.
- Otros componentes: fenol (≤25 mg); solución tamponada: cloruro sódico, fosfato disódico, fosfato monosódico agua para inyectables, hasta 0,5 ml.

Esta vacuna de 23 valencias cubre entre el 85 y el 90% de los serotipos de neumococo causantes de enfermedad neumocócica invasiva en los países desarrollados. En un estudio realizado en Navarra durante las tres últimas temporadas, la cobertura potencial de la vacuna comprende el 82% de los serotipos causantes de enfermedad invasiva de los adultos. La estabilidad en la producción de anticuerpos y el título alcanzado es diferente para cada uno de los serotipos.

Conservación: Se deben almacenar entre 2 y 8° C y son estables durante 24 meses.

Forma de administración: Solución inyectable por vía intramuscular (IM) o subcutánea (SC), preferiblemente en región deltoidea.

Revacunación: Se revacunará una sola vez a personas inmunizadas hace más de 5 años en las siguientes circunstancias:

- Personas de 65 ó más años que fueron vacunadas con menos de 65 años.
- Los menores de 65 años con alto riesgo de infección neumocócica grave (asplenia funcional o anatómica, fallo renal crónico síndrome nefrótico, inmunodepresión ó trasplante).

Precauciones y contraindicaciones de la vacuna: La vacuna está contraindicada en caso de alergia a alguno de los componentes de la misma. La vacunación deberá aplazarse en caso de fiebre, enfermedad aguda o recidiva de enfermedad crónica. En los casos en los que se va a realizar esplenectomía y en los que se va a iniciar quimioterapia o tratamiento inmunosupresor, se recomienda administrar la vacuna, como mínimo, dos semanas antes.

Administración simultánea con otras vacunas: Las vacunas antineumocócicas de polisacáridos pueden administrar-

se simultáneamente con otras vacunas, en diferentes lugares de inyección (particularmente con la vacuna antigripal).

Efectos secundarios: En general, las vacunas de polisacáridos presentan un buen perfil de seguridad. En adultos se observa una relación directa entre nivel de anticuerpos frente a los polisacáridos de neumococo incluidos en la vacuna y frecuencia de efectos adversos, tanto locales como fiebre, probablemente debidas a un fenómeno Arthus-like.

Los efectos adversos mas frecuentes son de tipo local:

- En aproximadamente el 60% de los sujetos vacunados se produce dolor, eritema, induración y edema. Estas reacciones normalmente son leves y transitorias.
- Muy raramente se han descrito fenómenos de Arthus-like, que son reversibles sin efectos posteriores y ocurren principalmente en personas con alto porcentaje de anticuerpos neumocócicos iniciales.

Entre las reacciones sistémicas, señalar que en un 2% de pacientes se observa fiebre moderada y transitoria. Raramente se observa fiebre >39°C. Los episodios febriles ocurren principalmente justo después de la vacunación. Se resuelven por sí solos en 24 horas.

VIII. SISTEMA DE INFORMACIÓN

Todas las dosis aplicadas de vacuna antigripal y antineumocócica polisacárida 23 valente quedarán registradas en la historia clínica informatizada. Desde el Servicio de Gestión Clínica y Sistemas de Información de la Dirección de Atención Primaria del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea se hace llegar a todos los Equipos de Atención Primaria unas normas para su registro y explotación a través de las herramientas informáticas utilizadas por los mismos y disponibles en todos ellos.

A la hora de registrar vacunaciones antigripales de pacientes que están incluidos en más de uno de los grupos, se considerará prioritario el grupo de numeración menor. Esta forma de proceder tiene la utilidad de no duplicar las vacunaciones a efectos estadísticos y de unificar la forma de registro de todos los E.A.P. A modo de ejemplo, una persona >60 años con EPOC se incluirá en el grupo 1 (≥60 años) y no en el grupo 2 (<60 años con factor de riesgo). Otro ejemplo, paciente de 50 años con diabetes mellitus y trabajador en granja avícola se debe incluir en el grupo 2 (menores de 60 años con factores de riesgo) y no en el grupo 4.2 (personas que trabajan en granjas de aves o mixtas).

Los centros privados que no dispongan de acceso al sistema informático de Atención Primaria enviarán listados nominales de las vacunas empleadas, especificando los grupos de riesgo a que pertenecen. Los centros de salud y consultorios que registren en el sistema informático de Atención Primaria las vacunas aplicadas, no necesitan enviar ningún tipo de información sobre coberturas de la campaña.

IX. EVALUACIÓN DE LA CAMPAÑA

Dado que parte de los objetivos de la campaña están ligados al cumplimiento de la cobertura de vacunación de grupos de riesgo concretos, sanitarios, enfermos crónicos, etc. y dado que sólo los propios Equipos conocen su población diana, las tasas de cobertura en estos grupos sólo pueden ser calculadas por cada uno de ellos.

El Instituto de Salud Pública realizará la evaluación del grupo 1 (mayores de 60 años) Se obtendrán los indicadores de evaluación a nivel de Zona Básica.

Tasa de cobertura:
$$\frac{\text{N}^\circ \text{ personas vacunadas de cada grupo de riesgo}}{\text{Censo total de ese grupo de riesgo}} \times 100$$

ACTIVIDAD DE LA GRIPE EN LA TEMPORADA 2009–2010 Y COMPOSICIÓN DE LA VACUNA ANTIGRIPEAL RECOMENDADA PARA LA TEMPORADA 2010–2011

Adaptado de: *Recommended viruses for influenza vaccines for use in the 2010–2011 Northern Hemisphere influenza season. Wkly Epidemiol Rec 2010; 85: 81-92.*

El virus pandémico A (H1N1) fue detectado por primera vez en marzo de 2009 y circuló de manera predominante en la temporada 2009-2010, mientras los virus estacionales A (H1N1), A (H3N2) y B circularon a niveles muy bajos.

El virus pandémico A (H1N1) 2009 era antigénica y genéticamente similar a A/California/7/2009. Las vacunas que contienen A/California/7/2009 estimulan la formación de anticuerpos anti-HA con títulos similares frente al virus de la vacuna y al virus pandémico A (H1N1) 2009.

Se detectaron muy pocos virus de la gripe estacional tipo A (H1N1). De estos, la mayoría eran antigénica y genéticamente similares al virus vacunal del hemisferio norte de la temporada anterior A/Brisbane/59/2007.

Se detectó una actividad esporádica del virus de la gripe A (H3N2) en varios países. La mayoría de los virus estaban estrechamente relacionados con el virus de la vacuna del hemisferio sur A/Perth/16/2009. Las vacunas actuales que contienen A/Uruguay/716/2007 estimulan la formación de anticuerpos anti-HA con títulos que fueron sistemáticamente inferiores a los producidos por el virus de la gripe A (H3N2)

Se ha notificado actividad regional del virus de la gripe B en Bangladesh y China. Aunque circularon tanto los virus del linaje B/Victoria/2/87 y del linaje B/Yamagata/16/88, el primero fue el linaje predominante. La mayoría de los virus del linaje B/Victoria/2/87 estaban antigénica y genéticamente muy relacionados con B/Brisbane/60/2008. La mayoría de

los virus del linaje B/Yamagata/16/88 estaban antigénicamente relacionados con B/Florida/4/2006 o B/Hubei-Wujiagang/158/2009. Las vacunas actuales que contienen B/Brisbane/60/2008 estimulan la formación de anticuerpos anti-HA con títulos similares frente al virus de la vacuna y frente a los virus del linaje B/Victoria/2/87. Sin embargo, los títulos fueron menores frente a los virus del linaje B/Yamagata/16/88.

Sobre la base de los análisis se espera que los virus A (H1N1) 2009, A (H3N2) y virus B co-circulen en el hemisferio norte durante la temporada 2010-2011 con la probabilidad de que el virus A (H1N1) 2009 sea el que circule de forma predominante. Sobre la base de datos epidemiológicos recientes se prevé que el virus estacional A (H1N1) sea poco probable que circule a niveles significativos durante la temporada 2010-2011 en el hemisferio norte, por lo que no ha sido recomendado para su inclusión en la vacuna 2010-2011. Se ha recomendado un virus del linaje B/Victoria/2/87, el linaje que circula de forma predominante desde 2009.

Se recomienda que los siguientes virus formen parte de la vacuna frente a la gripe para la temporada 2010-2011 en el hemisferio norte:

- un virus similar a **A/California/7/2009 (H1N1)**
- un virus similar a **A/Perth/16/2009 (H3N2)**
- un virus similar a **B/Brisbane/60/2008.**