



Ministerio
**de Salud
Pública**

Dirección General
de la Salud

División
Epidemiología

Unidad de
Inmunizaciones

Campaña de vacunación covid-19

Enero 2024



msp.gub.uy



TABLA DE CONTENIDOS

LA NECESIDAD DE UNA DOSIS DE REFUERZO ANUAL	2
¿La covid-19 continúa siendo un problema de salud pública?.....	2
¿Cómo se está comportando la covid-19 en Uruguay?.....	2
¿Cuáles son las recomendaciones respecto a la vacunación contra covid-19 en el contexto actual?.....	3
COBERTURA VACUNAL	7
ESQUEMA DE VACUNACIÓN CONTRA COVID-19 RECOMENDADO PARA 2024	8
Características de la vacuna.....	8
Población general.....	8
Comorbilidades asociadas a mayor riesgo de presentar COVID-19 grave.....	9
Vacunación en personas quienes cursaron la infección recientemente.....	9
Condiciones especiales.....	9
Lista de fármacos y esquemas considerados como inmunosupresores.....	11
CRONOGRAMA DE VACUNACIÓN	12
Fecha de inicio de la campaña.....	12
Cronograma de implementación.....	12
Acceso a la vacunación.....	12
CONSIDERACIONES PARA LA ADMINISTRACIÓN DE LA VACUNA	13
Coadministración con otras vacunas del esquema regular.....	13
Vacunación en el contexto de síntomas de infección respiratoria.....	13
Vacunación en personas con antecedente de reacciones alérgicas.....	13
Vacunación en situaciones especiales y otras consultas.....	13
BIBLIOGRAFÍA	15

LA NECESIDAD DE UNA DOSIS DE REFUERZO ANUAL

¿La covid-19 continúa siendo un problema de salud pública?

A pesar del cese de la emergencia sanitaria tanto en nuestro país como a nivel mundial, la covid-19 continúa siendo un problema de salud pública que determina, en algunos casos, requerimiento de estadía hospitalaria. Luego de su pico máximo a nivel global en julio de 2021, se ha observado un paulatino descenso en la relación de muertes por cada paciente hospitalizado y en la relación de requerimiento de ingreso a unidad de cuidados intensivos (UCI). Sin embargo, las personas inmunodeprimidas y/o mayores de edad siguen constituyendo los grupos de mayor riesgo.

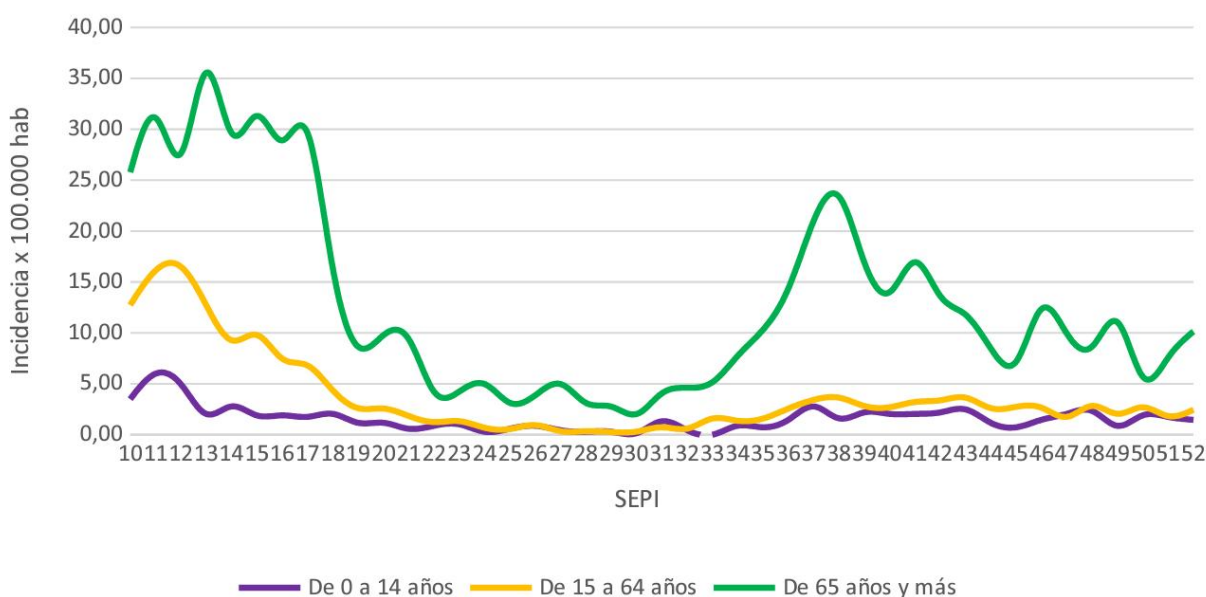
Estudios observacionales evidencian que el factor de riesgo no modificable más importante es la edad, particularmente en mayores de 65 años. Otros factores de riesgo incluyen la presencia de comorbilidades, (principalmente las inmunosupresoras, enfermedad cardiovascular, diabetes mellitus, entre otras) y la no vacunación previa. El principal factor para disminuir el riesgo de enfermedad grave y muerte por SARS-CoV-2 es la vacunación, particularmente con dosis adicionales o de refuerzo, las cuales reducen significativamente el riesgo de enfermedad severa en adultos mayores.

¿Cómo se está comportando la covid-19 en Uruguay?

En nuestro país durante el año 2023, el 90 % de los fallecidos se encontraban en el grupo etario de mayores de 65 años. La vigilancia genómica durante dicho año evidenció una situación similar a lo ocurrido a nivel global, con circulación de sublinajes de ómicron (derivados principalmente de XBB y EG.5). Estas variantes tienen la particularidad de ser altamente eficaces para evadir la respuesta inmune del hospedero, sin un aumento en cuanto a la severidad de la infección. Al momento los casos graves se concentran en población mayor de 60 años y que presenta

comorbilidades de riesgo como en el caso del inmunocompromiso. No se evidencia un aumento de casos graves en población infantil, adolescentes ni adultos jóvenes (**Gráfica 1**)

Gráfica 1. Incidencia acumulada de covid-19 por grupo etario. Uruguay, 2023, semanas 10 a 52.



Fuente: Departamento de Vigilancia en Salud con datos del sistema informático SG-DEVISA

¿Cuáles son las recomendaciones respecto a la vacunación contra covid-19 en el contexto actual?

En el actual contexto de la circulación de SARS-CoV-2, es de suma importancia destacar que una gran parte de la población ya ha sido vacunada, ha padecido covid-19 o ambas situaciones, lo cual marca una nueva etapa en la gestión de la epidemia. En esta fase, nuestra prioridad se centra en la vacunación de aquellos que aún corren el riesgo de desarrollar una enfermedad grave o incluso fallecer a causa del virus. Principalmente, nos enfocamos en los adultos mayores y en las personas con condiciones de salud que debilitan su sistema inmunológico o que se asocian a un mayor riesgo de presentar covid-19 grave.

Las subvariantes actuales de ómicron han demostrado una mayor capacidad de evasión inmune, lo cual subraya la necesidad de administrar una vacuna adaptada específicamente a estas subvariantes durante el período 2023-2024. Para la población infantil, adolescentes y adultos jóvenes, diversos estudios recientes y análisis realizados por expertos en salud pública han demostrado que la presentación clínica de la covid-19 en personas menores de 50 años tiende a ser más leve, debido a que la inmunidad adquirida a través de la vacunación inicial que sigue siendo efectiva y duradera en este grupo.

Por estas razones y tras una cuidadosa evaluación de los beneficios y riesgos, las recomendaciones vigentes no plantean la administración sistemática de la vacuna de refuerzo contra covid-19 en personas menores de 50 años. En caso de que se plantee la necesidad de administrarla, se deberá hacer en consenso con su médico tratante y requerirá una receta médica.

Esta decisión se ha tomado con el objetivo de focalizar la administración de la vacuna en función del mayor riesgo individual, y no debe interpretarse como una disminución en la eficacia de las vacunas. Es importante recalcar que esta recomendación se basa en la situación actual y podría cambiar en función de nuevos datos y circunstancias. Continuaremos monitoreando de cerca la evolución de la covid-19 y actualizando nuestras recomendaciones de acuerdo con la mejor evidencia científica disponible.

SEGURIDAD DE LAS VACUNAS

Según datos oficiales de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en América se han administrado más de 330 millones de dosis de vacuna que emplea la tecnología de ARN mensajero.

Frecuencia	Efectos adversos
Muy común (1/10)	Cefalea, diarrea, artralgias, mialgias, fiebre, astenia, dolor en el sitio de inyección.
Común (1/100)	Linfadenopatías, náuseas, vómitos, eritema en sitio de inyección.
Poco común (1/1.000)	Rush cutáneo, exantema, anorexia, falta de apetito, insomnio, mareos, astenia.
Raros (1/10.000)	Urticaria, linfedema, parálisis facial periférica aguda.
Muy raros (menor a 1/10.000)	Pericarditis, miocarditis.

En el caso de los efectos adversos muy raros, las miocarditis y pericarditis se presentaron sobre todo en hombres jóvenes menores de 40 años, estos cuadros presentan una evolución favorable y de menor impacto comparada con la que se presenta en el contexto de covid-19 en personas no vacunadas.

EFECTIVIDAD DE LAS DOSIS DE REFUERZO

La efectividad de la vacuna (EV) para prevenir infección grave y la muerte intrahospitalaria fue del 62 % en adultos de ≥ 18 años y del 69 % en aquellos de ≥ 65 años. Al estratificar por el tiempo transcurrido desde la última dosis, la efectividad vacunal se ha estimado en un 76 % a partir de los primeros 7 días reduciéndose a un 54 % partir del 6° mes, lo cual sostiene que la administración de vacuna monovalente de ARNm contra covid-19 proporcionaría una protección sustancial en el tiempo.

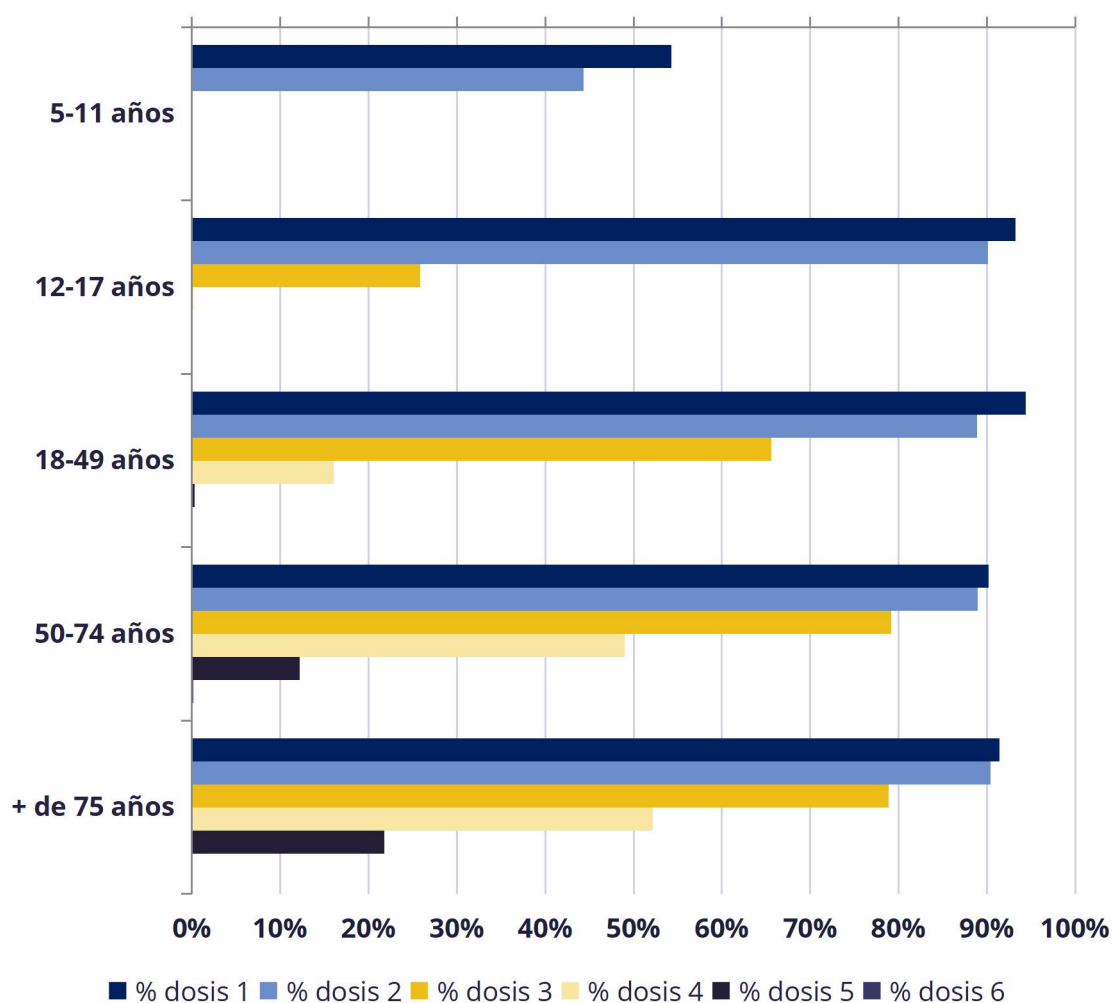
La evidencia disponible sobre la vacuna adaptada a ómicron XBB.1.5 observa un aumento de anticuerpos neutralizantes contra otras subvariantes circulantes dentro de los 15 días posteriores a su administración. En cuanto a la efectividad frente a nuevas variantes, la evidencia disponible sobre la vacuna adaptada a ómicron XBB.1.5 observa un aumento de anticuerpos neutralizantes contra otras subvariantes (EG5.1, BA.2.86) a los 15 días de administrada en comparación con los niveles previos a la vacunación, así como de respuestas específicas de células T de memoria dirigidas a la proteína *spike* de las subvariantes XBB. Evidencia preliminar *in vitro* sugiere que la vacuna monovalente frente a XBB 1.5 genera una respuesta adecuada frente a sublinajes emergentes (incluyendo a JN.1)

COBERTURA VACUNAL

Uruguay mantiene niveles elevados de cobertura en población general y una de las mayores a nivel mundial.

A nivel global, se estima que el 89 % de la población ha recibido al menos 1 dosis, el 85 % ha completado 2 dosis. Respecto a la 3ª dosis esta tiene una cobertura variable a partir de los 18 años con más del 65 % de adherencia.

(Gráfica 2)



Gráfica 2. Coberturas vacunales para SARS-CoV-2 según grupo etario.

Los datos presentados corresponden a aquellos obtenidos del cruce del registro único de asistencia formal en salud (RUCAF) y el sistema informático de vacunas (SIV), pudiendo existir una variación con las dosis visualizadas en el monitor de vacunas contra covid-19.

ESQUEMA DE VACUNACIÓN CONTRA COVID-19 RECOMENDADO PARA 2024

Características de la vacuna

La vacuna por emplearse es **Comirnaty Omicron XBB.1.5**, es una actualización de la vacuna BNT16b2 (Comirnaty) que emplea la tecnología de ARN mensajero que se empleó previamente durante los años 2021-2023, por lo que contiene los mismos componentes establecidos por el fabricante. Tiene 2 presentaciones: pediátrica y de adultos.

Población general

GRUPO ETARIO	SIN VACUNACIÓN PREVIA	PREVIAMENTE VACUNADOS
5 - 11 años	No recomendada de forma rutinaria.	No recomendada de forma rutinaria.
12 - 17 años	Evaluar en conjunto con médico tratante	Evaluar en conjunto con médico tratante
18 - 49 años	(requiere receta para su administración)	(requiere receta para su administración)
50 - 69 años con comorbilidades de moderado y alto riesgo para covid-19 grave	Dosis única	1 dosis al menos 6 meses después de la última recibida o de haber cursado la infección, independientemente del número de dosis previas
≥ 70 años		

Comorbilidades asociadas a mayor riesgo de presentar covid-19 grave

- Diabetes mellitus tipo 1 y 2.
- Cardiopatías: insuficiencia cardíaca, enfermedad coronaria, etc.
- Obesidad mórbida.
- Enfermedad renal crónica (con o sin requerimiento de terapia de sustitución renal).
- Trastornos neurológicos: demencia, enfermedad cerebrovascular enfermedad de Parkinson y otras enfermedades neurodegenerativas.
- Enfermedades respiratorias: EPOC, hipertensión pulmonar, asma moderado a severo, enfermedad intersticial, fibrosis quística, fibrosis pulmonar idiopática, otras.

Vacunación en personas que cursaron la infección recientemente

En el caso de personas que hayan cursado infección por covid-19 recientemente, se recomienda fuertemente esperar los 6 meses, ya que la infección por las variantes circulantes podría conferir una protección adecuada durante ese período.

Condiciones especiales

ESCENARIO	SIN VACUNACIÓN PREVIA	PREVIAMENTE VACUNADOS
Edad \geq 5 años con compromiso inmunitario moderado-severo **	3 dosis en esquema de 0, 1 y 3 meses	1 dosis al menos 6 meses después de la última dosis o de haber cursado la infección, independientemente del número de dosis previas

Embarazadas	1 dosis en el embarazo, independientemente de edad gestacional y número de dosis previas	
Receptores de progenitores hematopoyéticos ≥ 5 años	3 dosis en esquema de 0, 1 y 3 meses al menos 6 meses posteriores al trasplante	
Personas con síndrome de Down edad ≥ 5 años	Dosis única	1 dosis al menos 6 meses después de la última recibida o de haber cursado la infección, independientemente del número de dosis previas
Personal de salud en asistencia directa		Recomendación ajustada al grupo etario y/o grupo de riesgo que corresponda

Situaciones consideradas dentro de la categoría de inmunosupresión moderada-severa

- Quimioterapia y radioterapia activa para tumores sólidos y neoplasias hematológicas.
- Receptores de trasplante de órgano sólido o progenitores hematopoyéticos.
- Inmunodeficiencia primaria moderada o grave (por ejemplo, enfermedad de inmunodeficiencia variable común, inmunodeficiencia combinada grave, entre otras).
- Infección por VIH avanzada o no tratada (recuentos de células CD4 < 200 cél/mm³, sin terapia antirretroviral).
- Pacientes en terapia de sustitución renal crónica.
- Pacientes con enfermedades autoinmunes en tratamiento con inmunosupresores detallados a continuación.

Lista de fármacos y esquemas considerados como inmunosupresores:

- Dosis altas de corticoides (≥ 20 mg de prednisona diarios o su equivalente cuando se administra durante 2 o más semanas).
- Inmunomoduladores no esteroideos (biológicos) como:
 - Anticuerpos monoclonales: anti-TNF (infliximab, adalimumab, certolizumab, etanercept, golimumab), anti-IL6 (tocilizumab, sarilumab). En el caso de anti CD20 como Rituximab (hasta 6 meses luego de la última dosis recibida)
 - Otros inhibidores de interleucinas como: ustekinumab, secukinumab, etc)
 - Inhibidores de la quinasa Janus (JAK): Tofacitinib, Upadacitinib, entre otros.
 - Inhibidores de la tirosina cinasa de Bruton (ibrutinib)
- Fármacos modificadores de enfermedad no biológicos
 - Metotrexate
 - Azatioprina
 - Leflunomida
 - Sulfasalazina
- Interferones
- Inmunosupresores:
 - Ciclofosfamida
 - Micofenolato mofetilo
 - Inhibidores de la calcineurina (tacrolimus, ciclosporina)
 - Inhibidores de la mTOR (everolimus, sirolimus)
 - Fingolimod
- Inhibidores del complemento: eculizumab
- Otros medicamentos no incluidos en el listado que se asocian a inmunosupresión con criterio de médico tratante.

CRONOGRAMA DE VACUNACIÓN

Fecha de inicio de la campaña

1° de febrero de 2024

Cronograma de implementación

Priorización	Fechas	Grupos a considerar
Grupo 1	A partir del 29/01/24	ELEPEM
Grupo 2	A partir del 01/02/24	Mayores de 80 años Inmunocompromiso Embarazadas
Grupo 3	A partir del 08/02/24	Mayores de 70 años síndrome de Down
Grupo 4	A partir del 14/02/24	>50 años con comorbilidades

ELEPEM: Establecimientos de larga estadía para personas mayores.

Las fechas de inicio de vacunación buscan ordenar el número de usuarios que accederá a la misma, sin embargo, no son excluyentes en el caso que exista criterio médico.

Acceso a la vacunación

La vacuna se encontrará disponible en los vacunatorios de la Comisión Honoraria de la Lucha Antituberculosa y vacunatorios privados. La lista de vacunatorios actualizada se publicará a la brevedad. **Para la acreditación de comorbilidades en usuarios menores de 50 años, se solicitará receta médica** y la misma será recibida por el personal del puesto de vacunación.

CONSIDERACIONES PARA LA ADMINISTRACIÓN DE LA VACUNA

Coadministración con otras vacunas del esquema regular

Al ser una vacuna inactivada, puede coadministrarse con otras vacunas del esquema regular, se debe administrar la vacuna en brazo diferente.

Vacunación en el contexto de síntomas de infección respiratoria

Se recomienda- en el caso de presentar síntomas respiratorios como rinorrea (aumento de producción de moco), sensación de malestar general y fiebre- consultar con el médico y diferir la vacunación hasta recibir recomendación de recibirla. En el caso de contactos con personas que presenten sintomatología respiratoria o que tenga diagnóstico de covid-19, se puede recibir la vacuna si no se presentan síntomas.

Vacunación en personas con antecedente de reacciones alérgicas

La vacuna se encuentra contraindicada en personas que hayan presentado reacción alérgica grave previamente a una vacuna de ARN mensajero o alguno de los componentes de la vacuna (polietilenglicol y polisorbato 80). En el caso de personas con historial de alergia a otros medicamentos, se recomienda esperar 15 minutos posteriores a la administración. En el caso de tener dudas, se recomienda consultar con su médico tratante.

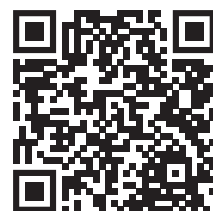
Vacunación en situaciones especiales y otras consultas

El puesto de vacunación de referencia para situaciones que requieren un análisis particular será el del Centro Hospitalario Pereira Rossell previa consulta al MSP, para lo que se dirigirá un correo de la unidad de inmunizaciones: **inmunizaciones@msp.gub.uy**

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. COVID-19 epidemiological update – 22 December 2023. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-epidemiological-update--22-december-2023>
2. Centers for Disease Control and Prevention. COVID-19 data review: update on COVID-19-related mortality. Available at: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/science/data-review/index.html>. Accessed 14 December 2022.
3. DeCuir J, Surie D, Zhu Y, Gaglani M, Ginde AA, Douin DJ, et al. Effectiveness of monovalent mRNA COVID-19 vaccination in preventing COVID-19-associated invasive mechanical ventilation and death among immunocompetent adults during the Omicron variant period — ivy network, 19 U.S. states, February 1, 2022–January 31, 2023. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2023;72(17):463–8. doi:10.15585/mmwr.mm7217a3
4. Ministerio de Salud Pública, infecciones respiratorias agudas, Actualización a la SE 52/2023, disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/noticias/Infografia%20resp%20202012024.pdf>
5. EMA. Comirnaty: EMA recommends approval of adapted COVID-19 vaccine targeting Omicron XBB.1.5. Agosto 2023. Disponible en: <https://www.ema.europa.eu/en/news/comirnaty-ema-recommends-approval-adapted-covid-19-vaccine-targeting-omicron-xbb15>
6. Health Canada. Regulatory Decision Summary for Comirnaty Omicron XBB.1.5. Junio 2023. Disponible en: <https://dhpp.hpfb-dgpsa.ca/review-documents/resource/RDS1695846822831>
7. ANNEX I SUMMARY OF PRODUCT CHARACTERISTICS - European Medicines Agency. Visitado en enero 15, 2024. Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/comirnaty-epar-product-information_en.pdf
8. Hansen C. , Moustsen-Helms I. , Rasmussen M. , Søborg B. , Ullum H. , & Valentiner-Branth P.. Short-term effectiveness of the xbb.1.5 updated covid-19 vaccine against hospitalisation in denmark: a national cohort study. *The Lancet Infectious Diseases* 2024. [https://doi.org/10.1016/s1473-3099\(23\)00746-6](https://doi.org/10.1016/s1473-3099(23)00746-6)
9. Wang Q. , Guo Y. , Bowen A. , Mellis I. , Valdez R. , Gherasim C. et al.. Xbb.1.5 monovalent mRNA vaccine booster elicits robust neutralizing antibodies

- against emerging sars-cov-2 variants. 2023.
<https://doi.org/10.1101/2023.11.26.568730>
10. Gram M. , Emborg H. , Schelde A. , Friis N. , Nielsen K. , Moustsen-Helms I. et al.. Vaccine effectiveness against sars-cov-2 infection or covid-19 hospitalization with the alpha, delta, or omicron sars-cov-2 variant: a nationwide danish cohort study. PLOS Medicine 2022;19(9):e1003992.
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003992>
 11. Vo AD, La J, Wu JT, et al. Factors associated with severe COVID-19 among vaccinated adults treated in US Veterans Affairs hospitals. JAMA Netw Open 2022; 5:e2240037.
 12. Modjarrad K. , Che Y. , Chen W. , Wu H. , Cadima C. , Muik A. et al.. Preclinical characterization of the omicron xbb.1.5-adapted bnt162b2 covid-19 vaccine. 2023. <https://doi.org/10.1101/2023.11.17.567633>
 13. McConeghy KW, White EM, Blackman C, et al. Effectiveness of a second COVID-19 vaccine booster dose against infection, hospitalization, or death among nursing home residents—19 states, March 29–July 25, 2022. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2022; 71:1235–8.
 14. Werbel WA, Weld ED, Advani SD, Patel PK, Sundaram ME, Phadke VK. Your Outpatient has Coronavirus Disease 2019: What Are the Treatment Options in the Current Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 Variant Climate? Clin Infect Dis. 2023 Jul 5;77(1):32-37. doi: 10.1093/cid/ciad178. PMID: 36999905; PMCID: PMC10320072.
 15. Lee IT, et al. Omicron BA.1-containing mRNA-1273 boosters compared with the original COVID-19 vaccine in the UK: a randomised, observer-blind, active-controlled trial. Lancet Infect Dis. 2023 Sep;23(9):1007-1019. doi: 10.1016/S1473-3099(23)00295-5. Epub 2023 Jun 19. PMID: 37348519.



Dirección:
Avda. 18 de Julio 1892,
Montevideo, Uruguay.
Teléfono: 1934



msp.gub.uy