

▼ Este producto está sujeto a seguimiento adicional, lo que agilizará la detección de nueva información sobre su seguridad. Se invita a los profesionales sanitarios a notificar las sospechas de reacciones adversas. Ver la sección 4.8, en la que se incluye información sobre cómo notificarlas.

1. NOMBRE DEL PRODUCTO

Spikevax JN.1

0,1 mg/ml dispersión inyectable

Spikevax JN.1

50 microgramos dispersión inyectable en jeringa prellenada

Vacuna contra la COVID-19

ARNm SARs-CoV-2 JN.1

2. COMPOSICIÓN CUALITATIVA Y CUANTITATIVA

Tabla 1. Spikevax JN.1 Composición cualitativa y cuantitativa

Concentración	Envase	Dosis	Composición por dosis
Spikevax JN.1 0,1 mg/ml dispersión inyectable	Vial multidosis con 2,5 ml (con cápsula de cierre extraíble de color azul)	5 dosis de 0,5 ml cada una o 10 dosis de 0,25 ml cada una	Una dosis (0,5 ml) contiene 50 microgramos de ARNm SARs-CoV-2 JN.1 ARNm, una vacuna de ARNm frente a la COVID-19 (nucleósidos modificados) (encapsulado en nanopartículas lipídicas). Una dosis (0,25 ml) contiene 25 microgramos de ARNm SARs-CoV-2 JN.1 , una vacuna de ARNm contra la COVID-19 (nucleósidos modificados) (encapsulado en nanopartículas lipídicas).
Spikevax JN.1 50 microgramos dispersión inyectable en jeringa prellenada	Jeringa prellenada	1 dosis de 0,5 ml Para un solo uso.	Una dosis (0,5 ml) contiene 50 microgramos de ARNm SARs-CoV-2 JN.1 , una vacuna de ARNm contra la COVID-19 (nucleósidos modificados) (encapsulado en nanopartículas lipídicas).

ARNm SARs-CoV-2 JN. es un ARN mensajero (ARNm) monocatenario con caperuza en el extremo 5' producido mediante transcripción *in vitro* celular a partir de los moldes de ADN correspondientes, que codifica la proteína de la espícula (S) viral del SARS-CoV-2.

Para consultar la lista completa de excipientes, ver sección 6.1.

3. FORMA FARMACÉUTICA

Dispersión inyectable

Dispersión de color entre blanco y blanquecino (pH: 7,0 – 8,0).

4. DATOS CLÍNICOS

4.1 Indicaciones terapéuticas

Spikevax JN.1 está indicada para la inmunización activa para prevenir la COVID-19, causada por el virus SARS-CoV-2, en personas de 6 meses de edad y mayores (ver las secciones 4.2 y 5.1).

Esta vacuna debe utilizarse conforme a las recomendaciones oficiales.

4.2 Posología y forma de administración

Posología

Tabla 2. Posología de Spikevax JN.1

Edad(es)	Dosis	Recomendaciones adicionales
Niños de 6 meses a 4 años de edad, sin vacunación previa y sin antecedentes conocidos de infección por SARS-CoV-2	Dos dosis de 0,25 ml cada una, administrada por vía intramuscular*	Administrar la segunda dosis 28 días después de la primera (ver secciones 4.4 y 5.1). Si un niño ha recibido una dosis previa de cualquier vacuna Spikevax, se le deberá administrar una dosis de Spikevax JN.1 para completar la serie de dos dosis.
Niños de 6 meses a 4 años de edad, con vacunación previa o antecedentes de infección por SARS-CoV-2	Una dosis de 0,25 ml, administrada por vía intramuscular*	Spikevax JN.1 debe administrarse como mínimo 3 meses después de la dosis más reciente de una vacuna contra la COVID-19.
Niños de 5 a 11 años de edad, con o sin vacunación previa	Una dosis de 0,25 ml, administrada por vía intramuscular*	
Personas de 12 años de edad y mayores, con o sin vacunación previa	Una dosis de 0,5 ml, administrada por vía intramuscular	
Personas de 65 años de edad y mayores	Una dosis de 0,5 ml, administrada por vía intramuscular	Puede administrarse una dosis adicional como mínimo 3 meses después de la dosis más reciente de una vacuna contra la COVID-19.

* No utilice la jeringa prellenada para administrar un volumen parcial de 0,25 ml.

Tabla 3. Posología de Spikevax JN.1 para personas inmunocomprometidas

Edad(es)	Dosis	Recomendaciones adicionales
Niños inmunocomprometidos de 6 meses a 4 años de edad, sin vacunación previa	Dos dosis de 0,25 ml, administradas por vía intramuscular*	En personas gravemente inmunocomprometidas puede administrarse una tercera dosis como mínimo 28 días después de la segunda dosis.

Edad(es)	Dosis	Recomendaciones adicionales
Niños inmunocomprometidos de 6 meses a 4 años de edad, con vacunación previa	Una dosis de 0,25 ml, administrada por vía intramuscular*	En personas gravemente inmunocomprometidas puede administrarse una (varias) dosis adicional(es) acorde a la edad como mínimo 2 meses después de la dosis más reciente de una vacuna de COVID 19 a juicio del profesional sanitario, teniendo en cuenta las circunstancias clínicas de la persona.
Niños inmunocomprometidos de 5 años a 11 años de edad, con o sin vacunación previa	Una dosis de 0,25 ml, administrada por vía intramuscular*	
Personas inmunocomprometidas de 12 años y mayores, con o sin vacunación previa	Una dosis de 0,5 ml, administrada por vía intramuscular	

* No usar la jeringa prellenada para administrar un volumen parcial de 0,25 ml.

Población pediátrica

No se han establecido todavía la seguridad y la eficacia de Spikevax JN.1 en niños de menos de 6 meses de edad. No se dispone de datos.

Población de edad avanzada

No es necesario ajustar la dosis en personas de edad avanzada de ≥ 65 años.

Forma de administración

La vacuna debe administrarse por vía intramuscular. El lugar más adecuado es el músculo deltoides del brazo.

No administrar esta vacuna por vía intravascular, subcutánea ni intradérmica.

La vacuna no debe mezclarse en la misma jeringa con otras vacunas ni otros medicamentos.

Con respecto a las precauciones que se deben tomar antes de administrar la vacuna, ver sección 4.4.

Para consultar las instrucciones de descongelación, manipulación y eliminación de la vacuna, ver la sección 6.6.

4.3 Contraindicaciones

Hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes incluidos en la sección 6.1.

4.4 Advertencias y precauciones especiales de empleo

Trazabilidad

Con objeto de mejorar la trazabilidad de los productos biológicos, el nombre y el número de lote del producto administrado deben estar claramente registrados.

Hipersensibilidad y anafilaxia

Se han notificado casos de anafilaxia en personas que han recibido Spikevax. El tratamiento y la supervisión médica apropiados deben estar siempre disponibles en caso de que se produzca una reacción anafiláctica tras la administración de la vacuna.

Se recomienda una observación estrecha durante al menos 15 minutos tras la vacunación. No se deben administrar más dosis de Spikevax JN.1 a las personas que hayan experimentado anafilaxia con una dosis previa de Spikevax.

Miocarditis y pericarditis

Existe un mayor riesgo de miocarditis y pericarditis tras la vacunación con Spikevax.

Estos trastornos pueden aparecer a los pocos días de la vacunación y se produjeron principalmente en un plazo de 14 días. Se han observado con mayor frecuencia en varones jóvenes y, con mayor frecuencia tras la segunda dosis de la vacunación que tras la primera (ver sección 4.8).

Los datos disponibles indican que la mayoría de los casos se recuperan. Algunos de los casos necesitaron cuidados intensivos y se han observado casos mortales.

Los profesionales sanitarios deben estar atentos a los signos y síntomas de la miocarditis y la pericarditis. Se debe indicar a los vacunados que acudan inmediatamente a un médico si presentan síntomas indicativos de miocarditis o pericarditis, como dolor torácico (agudo y persistente), dificultad para respirar o palpitaciones después de la vacunación.

Los profesionales sanitarios deben consultar directrices o especialistas para diagnosticar y tratar esta enfermedad.

Reacciones relacionadas con ansiedad

Se pueden producir reacciones relacionadas con ansiedad, incluidas reacciones vasovagales (síncope), hiperventilación o reacciones relacionadas con estrés, asociadas al acto vacunal como respuesta psicógena a la inyección con aguja. Es importante tomar precauciones para evitar lesiones a causa de un desmayo.

Enfermedad concomitante

La vacunación se debe posponer en personas que presenten una enfermedad febril aguda grave o una infección aguda. La presencia de una infección leve y/o de fiebre de baja intensidad no debe posponer la vacunación.

Trombocitopenia y trastornos de la coagulación

Como sucede con otras inyecciones intramusculares, la vacuna debe administrarse con precaución a las personas que reciban tratamiento anticoagulante o a aquellas que presenten trombocitopenia o padezcan un trastorno de la coagulación (como hemofilia), debido a que en estas personas se puede producir sangrado o formación de hematomas tras una administración intramuscular.

Exacerbaciones del síndrome de fuga capilar

Se han notificado algunos casos de exacerbación del síndrome de fuga capilar en los primeros días después de la vacunación con Spikevax. Los profesionales sanitarios deben ser conscientes de los signos y síntomas del síndrome de fuga capilar para reconocer y tratar rápidamente el trastorno. En personas con antecedentes médicos de síndrome de fuga capilar, la vacunación debe planificarse en colaboración con los expertos médicos pertinentes.

Duración de la protección

Se desconoce la duración de la protección proporcionada por la vacuna, ya que todavía se está determinando en estudios clínicos en curso.

Limitaciones de efectividad de la vacuna

Como con cualquier vacuna, la vacunación con Spikevax JN.1 puede no proteger a todas las personas que la reciban.

Excipientes con efecto conocido

Sodio

Este producto contiene menos de 1 mmol de sodio (23 mg) por dosis, esto es, esencialmente “exento de sodio”.

4.5 Interacción con otros medicamentos y otras formas de interacción

Spikevax (incluidas las formulaciones variantes) se puede administrar junto con las vacunas antigripales (dosis normal y alta dosis) y con la vacuna de subunidades frente a herpes zóster (culebrilla).

Las distintas vacunas deben administrarse en lugares de inyección diferentes

4.6 Fertilidad, embarazo y lactancia

Embarazo

No se dispone aún de datos sobre el uso de Spikevax JN.1 durante el embarazo.

Sin embargo, una amplia cantidad de datos observacionales sobre mujeres embarazadas vacunadas con Spikevax (Original) durante el segundo y el tercer trimestre no han demostrado un riesgo aumentado para desenlaces adversos de los embarazos. Aun cuando actualmente los datos sobre los desenlaces del embarazo después de la vacunación durante el primer trimestre son limitados, no se ha observado un mayor riesgo de aborto espontáneo. Los estudios en animales no sugieren efectos perjudiciales directos ni indirectos en términos de embarazo, el desarrollo embrionario, el parto o el desarrollo posnatal (ver sección 5.3). Puesto que las diferencias entre los productos se limitan a la secuencia de la proteína de la espícula, no existen diferencias clínicamente relevantes en cuanto a reactogenicidad, Spikevax JN.1 se puede utilizar durante el embarazo.

Lactancia

No se dispone aún de datos sobre el uso de Spikevax JN.1 durante la lactancia.

Sin embargo, no se prevén efectos en niños / recién nacidos lactantes, puesto que la exposición sistémica a la vacuna en madres en periodo de lactancia es insignificante. Los datos observacionales de mujeres en periodo de lactancia después de la vacunación con Spikevax no han mostrado un riesgo de efectos adversos en niños / recién nacidos lactantes. Spikevax JN.1 puede ser utilizado durante la lactancia.

Fertilidad

Los estudios en animales no sugieren efectos perjudiciales directos ni indirectos en términos de toxicidad para la reproducción (ver sección 5.3).

4.7 Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas

La influencia de Spikevax JN.1 sobre la capacidad para conducir y utilizar máquinas es nula o insignificante. No obstante, algunos de los efectos mencionados en la sección 4.8 pueden afectar temporalmente a la capacidad para conducir o utilizar máquinas.

4.8 Reacciones adversas

Resumen del perfil de seguridad

Adultos

La seguridad de Spikevax (Original) se evaluó en un estudio clínico en curso de fase 3, aleatorizado, controlado con placebo y con enmascaramiento para el observador, realizado en los Estados Unidos con 30 351 participantes de 18 años y mayores que recibieron al menos una dosis de Spikevax (Original) (n = 15 185) o un placebo (n = 15 166) (NCT04470427). En el momento de la vacunación, la media de edad de la población era de 52 años (intervalo 18-95); 22 831 (75,2 %) de los participantes tenían entre 18 y 64 años y 7520 (24,8 %) de los participantes tenían de 65 años en adelante.

Las reacciones adversas notificadas con más frecuencia fueron dolor en la zona de inyección (92 %), fatiga (70 %), cefalea (64,7 %), mialgia (61,5 %), artralgia (46,4 %), escalofríos (45,4 %), náuseas/vómitos (23 %), hinchazón/dolor a la palpación axilar (19,8 %), fiebre (15,5 %), hinchazón en la zona de inyección (14,7 %) y enrojecimiento (10 %). Las reacciones adversas fueron, por lo general, de intensidad leve o moderada y se resolvieron unos días después de la vacunación. En los participantes de mayor edad se asoció a una frecuencia ligeramente menor de acontecimientos de reactogenicidad.

En general, se observó una mayor incidencia de algunas reacciones adversas en los grupos más jóvenes: la incidencia de hinchazón/dolor a la palpación axilar, fatiga, cefalea, mialgia, artralgia, escalofríos, náuseas/vómitos y fiebre fue mayor en los adultos de 18 a <65 años que en aquellos participantes de 65 años en adelante. Las reacciones adversas locales y sistémicas se notificaron con mayor frecuencia después de la segunda dosis que después de la primera dosis.

Adolescentes de 12 a 17 años de edad

Los datos de la seguridad de Spikevax (Original) en adolescentes se han recogido de un estudio clínico en curso de fase 2/3, aleatorizado, controlado con placebo y con enmascaramiento para el observador, y con varias partes, realizado en los Estados Unidos. En la primera parte del estudio se incluyeron 3726 participantes de 12 a 17 años que recibieron al menos una dosis de Spikevax (Original) (n = 2486) o un placebo (n = 1240) (NCT04649151). Las características demográficas de los participantes que recibieron Spikevax (Original) fueron similares a las de los que recibieron placebo.

Las reacciones adversas más frecuentes en adolescentes de 12 a 17 años fueron dolor en la zona de inyección (97 %), cefalea (78 %), fatiga (75 %), mialgia (54 %), escalofríos (49 %), hinchazón/dolor a

la palpación axilar (35 %), artralgia (35 %), náuseas/vómitos (29 %), hinchazón en la zona de inyección (28 %), eritema en la zona de inyección (26 %) y fiebre (14 %).

El estudio pasó a ser un estudio abierto de fase 2/3 en el que 1346 participantes de 12 a 17 años de edad recibieron una dosis de refuerzo de Spikevax al menos 5 meses después de la segunda dosis de la pauta inicial de vacunación. No se observaron otras reacciones adversas entre los participantes de la parte de diseño abierto del estudio.

Niños de 6 a 11 años de edad

Los datos de seguridad de Spikevax (Original) en niños se recopilaron en un estudio clínico en curso de fase 2/3 de dos partes, aleatorizado y con enmascaramiento para el observador realizado en Estados Unidos y Canadá (NCT04796896). La parte 1 fue una fase abierta del estudio sobre seguridad, selección de la dosis e inmunogenicidad, y en ella se incluyeron a 380 participantes de 6 a 11 años que recibieron al menos 1 dosis (0,25 ml) de Spikevax (Original). La parte 2 es la fase controlada con placebo para estudiar la seguridad e incluyó a 4016 participantes de 6 a 11 años que recibieron al menos una dosis (0,25 ml) de Spikevax (Original) (n = 3012) o placebo (n = 1004). Ninguno de los participantes de la parte 1 participó en la parte 2. Las características demográficas fueron similares entre los participantes que recibieron Spikevax (Original) y los que recibieron placebo.

Las reacciones adversas más frecuentes de los participantes de 6 a 11 años después de la administración de la pauta inicial de vacunación (en la parte 2) fueron dolor en la zona de inyección (98,4 %), fatiga (73,1 %), cefalea (62,1 %), mialgia (35,3 %), escalofríos (34,6 %), náuseas/vómitos (29,3 %), hinchazón/dolor a la palpación axilar (27,0 %), fiebre (25,7 %), eritema en la zona de inyección (24,0 %), hinchazón en el lugar de la inyección (22,3 %) y artralgia (21,3 %).

El protocolo del estudio se modificó para incluir una fase abierta con dosis de refuerzo en la que 1294 participantes de 6 a 11 años recibieron una dosis de refuerzo de Spikevax al menos 6 meses después de la segunda dosis de la pauta inicial de vacunación. No se observaron otras reacciones adversas entre los participantes de la parte de diseño abierto del estudio.

Niños de 6 meses a 5 años de edad

La seguridad, tolerabilidad, reactogenicidad y eficacia de Spikevax se están evaluando en un estudio en curso de fase 2/3 aleatorizado, controlado con placebo y con enmascaramiento para el observador realizado en Estados Unidos y Canadá. En este estudio se incluyó a 10 390 participantes de 6 meses a 11 años de edad que recibieron al menos una dosis de Spikevax (n = 7798) o placebo (n = 2592).

En el estudio participaron niños de tres grupos de edad: de 6 a 11 años; de 2 a 5 años; y de 6 meses a 23 meses. En este estudio con población pediátrica se incluyó a 6388 participantes de 6 meses a 5 años de edad que recibieron al menos una dosis de Spikevax (n = 4791) o placebo (n = 1597). Las características demográficas de los participantes que recibieron Spikevax fueron similares a las de los que recibieron placebo.

Las reacciones adversas de los participantes de este estudio de 6 meses a 23 meses de edad después de la administración de la pauta inicial de vacunación fueron irritabilidad/llanto (81,5 %), dolor en la zona de inyección (56,2 %), somnolencia (51,1 %), pérdida de apetito (45,7 %), fiebre (21,8 %), hinchazón en el lugar de la inyección (18,4 %), eritema en la zona de inyección (17,9 %) e hinchazón o dolor a la palpación axilar (12,2 %).

Las reacciones adversas de los participantes de 24 a 36 meses después de la administración de la pauta inicial de vacunación fueron dolor en la zona de inyección (76,8 %), irritabilidad/llanto (71,0 %), somnolencia (49,7 %), pérdida de apetito (42,4 %), fiebre (26,1 %), eritema en la zona de inyección

(17,9 %), hinchazón en la zona de inyección (15,7 %) e hinchazón o dolor a la palpación axilar (11,5 %).

Las reacciones adversas de los participantes de 37 meses a 5 años de edad después de la administración de la pauta inicial de vacunación fueron dolor en la zona de inyección (83,8 %), fatiga (61,9 %), cefalea (22,9 %), mialgia (22,1 %), fiebre (20,9 %), escalofríos (16,8 %), náuseas o vómitos (15,2 %), hinchazón o dolor a la palpación axilar (14,3 %), artralgia (12,8 %), eritema en la zona de inyección (9,5 %) e hinchazón en la zona de inyección (8,2 %).

Tabla de reacciones adversas

El perfil de seguridad que se presenta a continuación se basa en los datos generados en varios estudios clínicos controlados con placebo:

- En 30 351 adultos ≥ 18 años
- En 3726 adolescentes de 12 a 17 años
- En 4002 niños de 6 a 11 años
- En 6388 niños de 6 meses a 5 años
- Y en la experiencia posterior a la comercialización.

Las reacciones adversas notificadas se enumeran de acuerdo con las categorías de frecuencia siguientes:

Muy frecuentes ($\geq 1/10$)

Frecuentes (de $\geq 1/100$ a $< 1/10$)

Poco frecuentes (de $\geq 1/1000$ a $< 1/100$)

Raras (de $\geq 1/10\ 000$ a $< 1/1000$)

Muy raras ($< 1/10\ 000$)

Frecuencia no conocida (no puede estimarse a partir de los datos disponibles)

Las reacciones adversas se presentan por orden decreciente de gravedad dentro de cada intervalo de frecuencia (tabla 4).

Tabla 4. Reacciones adversas de estudios clínicos de Spikevax (Original) y de la experiencia posterior a la autorización en niños y en participantes de 6 meses y mayores

Clasificación por órganos y sistemas de MedDRA	Frecuencia	Reacciones adversas
Trastornos de la sangre y del sistema linfático	Muy frecuentes	Linfadenopatía*
Trastornos del sistema inmunológico	No conocida	Anafilaxia Hipersensibilidad
Trastornos del metabolismo y de la nutrición	Muy frecuentes	Disminución del Apetito†
Trastornos psiquiátricos	Muy frecuentes	Irritabilidad o llanto†
Trastornos del sistema nervioso	Muy frecuentes	Cefalea Somnolencia†
	Poco frecuentes	Mareo
	Raras	Parálisis facial periférica aguda‡ Hipoestesia Parestesia
Trastornos cardíacos	Muy raras	Miocarditis Pericarditis

Clasificación por órganos y sistemas de MedDRA	Frecuencia	Reacciones adversas
Trastornos gastrointestinales	Muy frecuentes	Náuseas/vómitos
	Frecuentes	Diarrea
	Poco frecuentes	Dolor abdominal§
Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo	Frecuentes	Erupción cutánea
	Poco frecuentes	Urticaria¶
	No conocida	Eritema multiforme Urticaria mecánica Urticaria crónica
Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo	Muy frecuentes	Mialgia Artralgia
Trastornos del aparato reproductor y de la mama	No conocida	Sangrado menstrual intenso #
Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración	Muy frecuentes	Dolor en la zona de inyección Fatiga Escalofríos Pirexia Hinchazón de la zona de inyección Eritema de la zona de inyección
	Frecuentes	Urticaria de la zona de inyección Erupción de la zona de inyección Reacción retardada de la zona de inyección♣
	Poco frecuentes	Prurito de la zona de inyección
	Raras	Hinchazón facial♥
	No conocida	Hinchazón extensa del miembro vacunado

*La linfadenopatía fue registrada como linfadenopatía axilar en el mismo lado del lugar de la inyección. En algunos casos se vieron afectados otros ganglios linfáticos (p. ej., cervicales, supraclaviculares).

† Observado en la población pediátrica (de 6 meses a 5 años de edad).

‡ A lo largo del periodo de seguimiento de seguridad, se notificó parálisis facial periférica aguda en tres participantes del grupo de Spikevax (Original) y un participante del grupo de placebo. El momento de aparición en los participantes del grupo de la vacuna fue a los 22 días, 28 días y 32 días después de la dosis 2.

§ Se observó dolor abdominal en la población pediátrica (de 6 a 11 años): un 0,2 % en el grupo de Spikevax (Original) y un 0 % en el grupo del placebo.

¶ Se ha observado urticaria tanto de aparición aguda (al cabo de unos días de la vacunación) como más tardía (hasta unas dos semanas tras la vacunación).

La mayoría de los casos resultaron ser de naturaleza moderada y temporal.

♣ La mediana del tiempo transcurrido hasta la aparición fue de 9 días después de la primera inyección, y de 11 días después de la segunda inyección. La mediana de duración fue de 4 días después de la primera inyección y de 4 días después de la segunda inyección.

♥ Hubo dos acontecimientos adversos graves de hinchazón facial en los receptores de la vacuna con antecedentes de inyección de rellenos dermatológicos. La aparición de la hinchazón se notificó en el día 1 y en el día 3, respectivamente, en relación con el día de la vacunación.

La reactogenicidad y el perfil de seguridad en 343 sujetos que recibieron Spikevax, que eran seropositivos para el SARS-CoV-2 al inicio, fue comparable a la de los sujetos seronegativos para el SARS-CoV-2 al inicio.

Adultos (dosis de refuerzo)

La seguridad, reactogenicidad e inmunogenicidad de una dosis de refuerzo de Spikevax se están evaluando en un estudio en curso de fase 2 de confirmación de dosis, aleatorizado, controlado con placebo y con enmascaramiento para el observador, en participantes de 18 años y mayores

(NCT04405076). En este estudio, 198 participantes recibieron dos dosis (0,5 ml, 100 microgramos, con 1 mes de diferencia entre ellas) como pauta inicial de vacunación con Spikevax (Original). En una fase abierta de este estudio, 167 de esos participantes recibieron una única dosis de refuerzo (0,25 ml, 50 microgramos) una vez transcurridos al menos 6 meses desde la segunda dosis de la pauta inicial de vacunación. El perfil de reacciones adversas solicitadas con la dosis de refuerzo (0,25 ml, 50 microgramos) fue similar al observado tras la segunda dosis de la pauta inicial de vacunación.

Spikevax bivalente Original/Ómicron BA.1 (dosis de refuerzo)

La seguridad, reactogenicidad e inmunogenicidad de una dosis de refuerzo de Spikevax bivalente Original/Ómicron BA.1 se están evaluando en un estudio en curso abierto de fase 2/3, en participantes de 18 años y mayores (ARNm-1273-P205). En este estudio, 437 participantes recibieron la dosis de refuerzo de Spikevax bivalente Original/Ómicron BA.1 50 microgramos y 377 participantes recibieron la dosis de refuerzo de Spikevax (Original) 50 microgramos.

Spikevax bivalente Original/Ómicron BA.1 presentó un perfil de reactogenicidad similar al de la dosis de refuerzo de Spikevax (Original) administrada como segunda dosis de refuerzo. La frecuencia de las reacciones adversas después de la inmunización con Spikevax bivalente Original/Ómicron BA.1 también fue similar o inferior respecto a la primera dosis de refuerzo de Spikevax (Original) (50 microgramos) y respecto a la segunda dosis de la pauta inicial de Spikevax (Original) (100 microgramos). El perfil de seguridad de Spikevax bivalente Original/Ómicron BA.1 (mediana del período de seguimiento de 113 días) fue similar al perfil de seguridad de Spikevax (Original) (mediana del período de seguimiento de 127 días).

Spikevax bivalente Original/Ómicron BA.4-5 (dosis de refuerzo)

La seguridad, reactogenicidad e inmunogenicidad de una dosis de refuerzo de Spikevax bivalente Original/Ómicron BA.4-5 se están evaluando en un estudio en curso abierto en fase 2/3, en participantes de 18 años y mayores (ARNm-1273-P205). En este estudio, 511 participantes recibieron la dosis de refuerzo de Spikevax bivalente Original/Ómicron BA.4-5 (50 microgramos) y 376 participantes recibieron la dosis de refuerzo de Spikevax (Original) (50 microgramos).

El perfil de reactogenicidad de Spikevax bivalente Original/Ómicron BA.4-5 fue similar al de Spikevax (Original) administrado como segunda dosis de refuerzo.

Spikevax XBB.1.5 (dosis de refuerzo)

La seguridad, reactogenicidad e inmunogenicidad de una dosis de refuerzo de XBB.1.5 se están evaluando en un estudio en curso abierto en fase 2/3, en adultos (ARNm-1273-P205, Parte J). En este estudio, 50 participantes recibieron una dosis de refuerzo de Spikevax XBB.1.5 (50 microgramos) y 51 participantes recibieron una dosis de refuerzo de una vacuna bivalente en investigación Ómicron XBB.1.5/BA.4-5 (50 microgramos).

El perfil de reactogenicidad de Spikevax XBB.1.5 resultó similar al de Spikevax (Original) y Spikevax bivalente Original/Ómicron BA.4-5. La mediana del período de seguimiento de los dos grupos de vacunas en este análisis intermedio fue de 20 días (intervalo de 20 a 22 días con fecha de cierre de datos del 16 de mayo de 2023).

Spikevax (original) en los receptores de trasplante de órgano sólido

La seguridad, reactogenicidad e inmunogenicidad de Spikevax (original) en adultos receptores de trasplante de órgano sólido (TOS), incluidos los trasplantes de riñón y de hígado (ARNm-1273-P304), se evaluaron en un ensayo clínico abierto fase 3b de dos partes. Se administró una dosis de 100 microgramos (0,5 ml), que era la dosis autorizada en el momento de la realización del estudio.

En la parte A, 128 receptores de TOS recibieron una tercera dosis de Spikevax (original). En la parte B, 159 receptores de TOS recibieron una dosis de refuerzo transcurridos como mínimo 4 meses desde la última dosis (cuarta dosis en las vacunas de ARNm y tercera dosis en el caso de las vacunas sin ARNm).

La reactogenicidad fue coherente con el perfil conocido de Spikevax (original). No hubo hallazgos inesperados en la seguridad.

Descripción de algunas reacciones adversas

Miocarditis

El mayor riesgo de miocarditis tras la vacunación con Spikevax (Original) es más alto en los varones jóvenes (ver la sección 4.4).

Dos importantes estudios farmacoepidemiológicos europeos han estimado el riesgo excesivo en varones jóvenes tras la segunda dosis de Spikevax (Original). Un estudio mostró que en un período de 7 días después de la segunda dosis hubo aproximadamente 1,316 (IC del 95 % : 1,299;1,333) casos adicionales de miocarditis en varones de 12 a 29 años por cada 10 000, en comparación con los participantes no expuestos. En otro estudio, en un período de 28 días después de la segunda dosis hubo 1,88 (IC del 95 % :0,956; 2,804) casos adicionales de miocarditis en varones de 16 a 24 años por cada 10 000, en comparación con los participantes no expuestos.

Notificación de sospechas de reacciones adversas

Es importante notificar sospechas de reacciones adversas al producto tras su autorización. Ello permite una supervisión continuada de la relación beneficio/riesgo del producto. Los profesionales de salud deben reportar cualquier sospecha de reacciones adversas a través del área de farmacovigilancia de TECNOFARMA SA. al teléfono 700-3000 o vía email: fvigilancia@tecnofarma.com.pe

4.9 Sobredosis

En caso de sobredosis, se recomienda vigilar las funciones vitales y un posible tratamiento sintomático.

5. PROPIEDADES FARMACOLÓGICAS

5.1 Propiedades farmacodinámicas

Grupo farmacoterapéutico: Vacunas, vacunas contra la COVID-19, código ATC: J07BN01

Mecanismo de acción

Spikevax (elasomerán) y Spikevax bivalente Original/Ómicron BA.1 (elasomerán/imelasomerán) contienen ARNm encapsulado en nanopartículas lipídicas. El ARNm codifica la proteína de las espículas del SARS-CoV-2 de longitud completa modificada con dos sustituciones de prolina dentro del dominio de 1 repetición en héptada (S-2P) para estabilizar la proteína de la espícula en una conformación pre-fusión. Después de la inyección intramuscular, las células del lugar de la inyección y los ganglios linfáticos drenantes toman la nanopartícula lipídica, con lo que se introduce de forma eficaz la secuencia de ARNm en las células para su traducción en la proteína viral. El ARNm introducido no penetra en el núcleo celular ni interacciona con el genoma, es de tipo no replicativo y se expresa de forma transitoria, principalmente por células dendríticas y macrófagos del seno subcapsular. Las células inmunitarias reconocen la proteína expresada de la espícula del SARS-CoV-2 unida a la membrana como un antígeno extraño. Esto desencadena respuestas de los linfocitos T y B para generar anticuerpos neutralizantes que

pueden contribuir a la protección contra la COVID-19. El ARNm modificado con nucleósidos que lleva Spikevax bivalente Original/Ómicron BA.4-5 (elasomerán/davesomerán), Spikevax XBB.1.5 (andusomerán) y Spikevax JN.1 (ARNm SARs-CoV-2 JN.1) está formulado en partículas lipídicas, que permiten depositar el ARNm modificado con nucleósidos en las células huésped para permitir la expresión del antígeno S del SARS-CoV-2. La vacuna provoca una respuesta inmunitaria al antígeno S, que protege contra la COVID-19.

Eficacia clínica

Inmunogenicidad en adultos tras la dosis de Spikevax XBB.1.5 (0,5 ml, 50 microgramos) frente a la dosis bivalente en investigación XBB.1.5 / BA.4-5 (0,5 ml, 25 microgramos/25 microgramos)

La seguridad, reactogenicidad e inmunogenicidad de Spikevax XBB.1.5 50 microgramos y de una vacuna bivalente que contiene cantidades iguales de ARNm de proteína de la espícula de Ómicron XBB.1.5 y Ómicron BA.4-5 (25 microgramos XBB.1.5 / 25 microgramos BA.4-5) se están evaluando en un estudio abierto de fase 2/3 en adultos. En este estudio, 50 participantes recibieron Spikevax XBB.1.5 y 51 participantes recibieron la vacuna bivalente en investigación XBB.1.5 / BA.4-5 (ARNm-1273-P205, Parte J). Los dos grupos se aleatorizaron 1:1. Las vacunas se administraron como una quinta dosis en adultos que recibieron anteriormente una pauta inicial de dos dosis de cualquier vacuna de ARNm contra la COVID-19, una dosis de refuerzo de cualquier vacuna de ARNm contra la COVID-19 y una dosis de refuerzo de cualquier vacuna bivalente de ARNm Original/Ómicron BA.4-5.

Spikevax XBB.1.5 y la vacuna bivalente XBB.1.5 / BA.4-5 generaron respuestas potentes de neutralización en el día 15 contra XBB.1.5, XBB.1.16, BA.4-5, BQ.1.1 y D614G. En el conjunto de inmunogenicidad según el protocolo que incluye a todos los participantes, con y sin infección previa por SARS-CoV-2 (N = 49 y N = 50 para los grupos de Spikevax XBB.1.5 y la vacuna bivalente XBB.1.5 / BA.4-5, respectivamente), el factor de multiplicación de la media geométrica (GMFR, por sus siglas en inglés) del día 15 (IC del 95 %) para Spikevax XBB.1.5 y la vacuna bivalente XBB.1.5 / BA.4-5 fue de 16,7 (12,8; 21,7) y 11,6 (8,7; 15,4), respectivamente, contra XBB.1.5 y de 6,3 (4,8; 8,2) y 5,3 (3,9; 7,1) contra BA.4-5.

Para las variantes no contenidas en las vacunas, el GMFR del día 15 (IC del 95 %) para Spikevax XBB.1.5 y la vacuna bivalente XBB.1.5/BA.4-5 fue de 11,4 (8,5; 15,4) y 9,3 (7,0; 12,3) contra XBB.1.16; 5,8 (4,7; 7,3) y 6,1 (4,6; 7,9) contra BQ.1.1 y 2,8 (2,2; 3,5) y 2,3 (1,9; 2,8) contra D614G.

Inmunogenicidad en participantes de 18 años de edad y mayores tras la dosis de refuerzo de Spikevax bivalente Original/Ómicron BA.4-5 (0,5 ml, 25 microgramos/25 microgramos)

La seguridad, reactogenicidad e inmunogenicidad de una dosis de refuerzo de Spikevax bivalente Original/Ómicron BA.4-5 se están evaluando en un estudio en curso abierto de fase 2/3, en participantes de 18 años de edad y mayores (ARNm-1273-P205). En este estudio, 511 participantes recibieron la dosis de refuerzo de Spikevax bivalente Original/Ómicron BA.4-5 50 microgramos, y 376 participantes recibieron la dosis de refuerzo de Spikevax (Original) 50 microgramos.

En la Parte H del estudio P205 se evaluaron la seguridad, la reactogenicidad y la inmunogenicidad de Spikevax bivalente Original/Ómicron BA.4-5 administrada como segunda dosis de refuerzo en adultos que habían recibido 2 dosis de Spikevax (Original) (100 microgramos) como pauta inicial y una primera dosis de refuerzo de Spikevax (Original) (50 microgramos). En la parte F del P205, los participantes del estudio recibieron Spikevax (Original) (50 microgramos) como segunda dosis de refuerzo y el grupo de la Parte F sirve como grupo de comparación dentro del estudio, no contemporáneo, con el grupo de Spikevax bivalente Original/Ómicron BA.4-5. En este estudio, el análisis principal de inmunogenicidad se basó en el conjunto de inmunogenicidad primaria que incluye a participantes sin indicios de infección

por SARS-CoV-2 al inicio (previa al refuerzo). En el análisis principal, la media geométrica de los títulos (GMT) (IC del 95 %) antes de la dosis de refuerzo fue de 87,9 (72,2; 107,1) y aumentó a 2324,6 (1921,2; 2812,7) 28 días después de la dosis de refuerzo con Spikevax bivalente Original/Ómicron BA.4-5. El GMR del día 29 para la dosis de refuerzo de Spikevax bivalente Original/Ómicron BA.4-5 de 50 microgramos respecto a la dosis de refuerzo de Spikevax (Original) de 50 microgramos fue de 6,29 (5,27; 7,51), por lo cual se cumplió el criterio de superioridad preespecificado (límite inferior del IC >1).

Las GMT de anticuerpos neutralizantes estimadas (IC del 95 %) frente a Ómicron BA.4/BA.5 ajustadas en función del título antes del refuerzo y el grupo de edad fueron de 2747,3 (2399,2; 3145,9) y 436,7 (389,1; 490,0) 28 días después de las dosis de refuerzo de Spikevax bivalente Original/Ómicron BA.4-5 y Spikevax (Original), respectivamente, y el GMR (IC del 95 %) fue de 6,29 (5,27; 7,51), cumpliendo el criterio preespecificado de no inferioridad (límite inferior del IC >0,667).

Inmunogenicidad en adultos tras la dosis de refuerzo de Spikevax bivalente Original/Ómicron BA.1 (0,5 ml, 25 microgramos/25 microgramos)

La seguridad, reactogenicidad e inmunogenicidad de una dosis de refuerzo de Spikevax bivalente Original/Ómicron BA.1 se están evaluando en un estudio en curso abierto de fase 2/3, en participantes de 18 años y mayores (ARNm-1273-P205). En este estudio, 437 participantes recibieron la dosis de refuerzo de Spikevax bivalente Original/Ómicron BA.1 50 microgramos, y 377 participantes recibieron la dosis de refuerzo de Spikevax (Original) 50 microgramos.

En la Parte G del estudio P205 se evaluaron la seguridad, la reactogenicidad y la inmunogenicidad de Spikevax bivalente Original/Ómicron BA.1 administrada como segunda dosis de refuerzo a adultos que habían recibido 2 dosis de Spikevax (Original) (100 microgramos) como pauta inicial y una dosis de refuerzo de Spikevax (Original) (50 microgramos) al menos 3 meses antes de la inclusión en el estudio. En la Parte F del P205, los participantes del estudio recibieron Spikevax (Original) (50 microgramos) como segunda dosis de refuerzo y el grupo de la Parte G sirve como un grupo de comparación dentro del estudio, no contemporáneo, con el grupo de Spikevax bivalente Original/Ómicron BA.1.

En este estudio, el análisis principal de inmunogenicidad se basó en el conjunto de inmunogenicidad primaria que incluye a participantes sin indicios de infección por SARS-CoV-2 al inicio (previa al refuerzo). En el análisis principal, la media geométrica de los títulos (GMT, por sus siglas en inglés) estimada de anticuerpos neutralizantes contra el SARS-CoV-2 y el correspondiente IC del 95 % fue de 6422,3 (5990,1, 6885,7) y 5286,6 (4887,1, 5718,9) 28 días después de las dosis de refuerzo de Spikevax bivalente Original/Ómicron BA.1 y Spikevax (Original), respectivamente. Estas GMT representan la relación entre la respuesta de Spikevax bivalente Original/Ómicron BA.1 contra Spikevax (Original) contra la cepa ancestral de SARS-CoV-2 (D614G). El GMR (IC del 97,5 %) fue de 1,22 (1,08; 1,37) cumpliendo el criterio preespecificado de no inferioridad (límite inferior del IC del 97,5 % $\geq 0,67$).

Las GMT de anticuerpos neutralizantes estimadas para el día 29 contra ómicron, BA.1 fueron de 2479,9 (2264,5, 2715,8) y 1421,2 (1283,0; 1574,4) en los grupos de refuerzo de Spikevax bivalente Original/Ómicron BA.1 y Spikevax (Original), respectivamente, y el GMR (IC del 97,5 %) fue de 1,75 (1,49; 2,04), por lo cual se cumplió el criterio de superioridad preespecificado (límite inferior del IC >1).

Persistencia de anticuerpos a los tres meses de la dosis de refuerzo con la vacuna Spikevax Original/Ómicron BA.1 contra la COVID-19

En la Parte G del estudio P205, los participantes se inscribieron secuencialmente para recibir 50 microgramos de Spikevax (Original) (n=376) o Spikevax bivalente Original/Ómicron BA.1 (n=437) como segunda dosis de refuerzo. En los participantes sin incidencia de infección por SARS-

CoV-2 antes de recibir la dosis de refuerzo, Spikevax bivalente Original/Ómicron BA.1 produjo títulos de anticuerpos neutralizantes contra Ómicron-BA.1 (GMT observada) significativamente más altos (964,4 [834,4; 1114,7]) que los de Spikevax (Original) (624,2 [533,1; 730,9]) y similares entre las dosis de refuerzo contra la cepa ancestral de SARS-CoV-2 a los tres meses.

Eficacia clínica en adultos

El estudio en adultos fue un estudio clínico de fase 3 aleatorizado, controlado con placebo y con enmascaramiento para el observador (NCT04470427) en el que se excluyó a los participantes inmunocomprometidos o que habían recibido inmunosupresores en un plazo de 6 meses, así como a las participantes embarazadas, o con antecedentes conocidos de infección por SARS-CoV-2. No se excluyó a los participantes con enfermedad estable por el VIH. Las vacunas antigripales pudieron administrarse 14 días antes o 14 días después de cualquier dosis de Spikevax (Original). También se exigió a los participantes que respetaran un intervalo mínimo de 3 meses después de recibir hemoderivados/productos plasmáticos o inmunoglobulinas antes del estudio para recibir el placebo o Spikevax (Original).

Se llevó a cabo el seguimiento de 30 351 sujetos durante una mediana de 92 días (intervalo: 1-122) en cuanto a la aparición de COVID-19.

La población del análisis principal de eficacia (conocida como población por protocolo o PPP) incluyó a 28 207 sujetos que recibieron Spikevax (Original) (n = 14 134) o un placebo (n = 14 073) y eran negativos para SARS-CoV-2 al inicio. La población del estudio PPP incluyó un 47,4 % de mujeres, un 52,6 % de varones, un 79,5 % de blancos, un 9,7 % de afroamericanos, un 4,6 % de asiáticos y un 6,2 % de otros. El 19,7 % de los participantes se identificaron como de raza hispanoamericana o latinoamericana. La mediana de edad de los sujetos fue de 53 años (intervalo de 18 a 94). Se permitió un intervalo de administración de la dosis de -7 a +14 días para la administración de la segunda dosis (programada el día 29) para la inclusión en la PPP. El 98 % de los receptores de la vacuna recibieron la segunda dosis entre 25 y 35 días después de la primera dosis (lo que corresponde a -3 a +7 días con respecto al intervalo de 28 días).

Los casos de COVID-19 se confirmaron por medio de la reacción en cadena de la polimerasa con transcripción inversa (RT-PCR) y por de Comité de validación clínica. La eficacia global de la vacuna y los grupos clave se presentan en la tabla 5.

Tabla 5. Análisis de la eficacia de la vacuna: COVID-19 confirmada[#], independientemente de su gravedad, a partir de los 14 días siguientes a la 2.^a dosis: PPP

Grupo de edad (años)	Spikevax (Original)			Placebo			% de eficacia de la vacuna (IC del 95 %)
	Sujetos N	Casos de COVID-19 n	Tasa de incidencia de COVID-19 por 1000 años-participante	Sujetos N	Casos de COVID-19 n	Tasa de incidencia de COVID-19 por 1000 años-participante	
Total (≥18)	14 134	11	3,328	14 073	185	56,510	94,1 (89,3; 96,8) **
De 18 a <65	10 551	7	2,875	10 521	156	64,625	95,6 (90,6; 97,9)
≥65	3583	4	4,595	3552	29	33,728	86,4 (61,4; 95,2)
De ≥65 a <75	2953	4	5,586	2864	22	31,744	82,4 % (48,9; 93,9)

Grupo de edad (años)	Spikevax (Original)			Placebo			% de eficacia de la vacuna (IC del 95 %)*
	Sujetos N	Casos de COVID-19 n	Tasa de incidencia de COVID-19 por 1000 años-participante	Sujetos N	Casos de COVID-19 n	Tasa de incidencia de COVID-19 por 1000 años-participante	
≥75	630	0	0	688	7	41,968	100% (NE; 100)

COVID-19: COVID-19 sintomática que requería un resultado positivo en la PCR-RT y al menos 2 síntomas sistémicos o 1 síntoma respiratorio. Casos aparecidos desde 14 días después de la 2.ª dosis.

* Eficacia de la vacuna e intervalo de confianza (IC) del 95 % según el modelo de riesgo proporcional de Cox estratificado.

** IC no ajustado a la multiplicidad. Los análisis estadísticos ajustados por multiplicidad se realizaron en un análisis provisional basado en menos casos de COVID-19, no notificados aquí.

Entre todos los sujetos de la PPP, no se notificaron casos de COVID-19 graves en el grupo de la vacuna, en comparación con 30 de 185 (16 %) casos notificados en el grupo de placebo. De los 30 participantes con enfermedad grave, 9 fueron hospitalizados, 2 de los cuales fueron ingresados en una unidad de cuidados intensivos. La mayoría de los casos graves restantes cumplieron solo el criterio de saturación de oxígeno (SpO2) para la enfermedad grave (≤ 93 % en el aire ambiental).

La eficacia de Spikevax (Original) para prevenir la COVID-19, independientemente de la infección previa por SARS-CoV-2 (determinada mediante serología inicial y pruebas de muestras de hisopado nasofaríngeo) a partir de 14 días después de la segunda dosis fue del 93,6 % (IC del 95 %: 88,6 %; 96,5 %).

Asimismo, los análisis de subgrupos de la variable primaria de la eficacia mostraron estimaciones puntuales de la eficacia similares entre sexos, grupos étnicos y participantes con enfermedades concomitantes asociadas a un alto riesgo de COVID-19 grave.

Inmunogenicidad en adultos tras la dosis de refuerzo (0,25 ml, 50 microgramos)

La seguridad, reactogenicidad e inmunogenicidad de una dosis de refuerzo de Spikevax (Original) se están evaluando en un estudio en curso de fase 2 de confirmación de dosis, aleatorizado, controlado con placebo y con enmascaramiento para el observador, en participantes de 18 años y mayores (NCT04405076). En este estudio, 198 participantes recibieron dos dosis (0,5 ml, 100 microgramos, con 1 mes de diferencia entre ellas) como pauta inicial de vacunación con Spikevax (Original). En una fase abierta, 149 de esos participantes (análisis por protocolo) recibieron una única dosis de refuerzo (0,25 ml, 50 microgramos) cuando habían transcurrido al menos 6 meses desde la segunda dosis de la pauta inicial. Se mostró que una única dosis de refuerzo (0,25 ml, 50 microgramos) da como resultado un factor de multiplicación de la media geométrica (GMFR) de 12,99 (IC del 95 %: 11,04; 15,29) de los anticuerpos neutralizantes anteriores a la dosis de refuerzo, en comparación con 28 días después de esta. El GMFR de los anticuerpos neutralizantes determinados 28 días después de la segunda dosis (pauta inicial), en comparación con 28 días después de la dosis de refuerzo, fue de 1,53 (IC del 95 %: 1,32, 1,77).

Inmunogenicidad de la dosis de refuerzo después de la pauta inicial con otra vacuna autorizada contra la COVID-19 en adultos

En un ensayo iniciado por el investigador con 154 participantes se estudiaron la seguridad y la inmunogenicidad de una dosis de refuerzo heteróloga con Spikevax (Original). El intervalo mínimo de tiempo entre la pauta inicial de vacunación con una vacuna contra la COVID-19 basada en un vector vírico o en ARN y la inyección de refuerzo con Spikevax (Original) fue de 12 semanas (intervalo: de 12 semanas a 20,9 semanas). La dosis usada para el refuerzo en este estudio fue de 100 microgramos. Los títulos de anticuerpos neutralizantes medidos por un ensayo de neutralización de pseudovirus se

evaluaron en el día 1 antes de la administración y los días 15 y 29 después de la dosis de refuerzo. Se demostró una respuesta de refuerzo con independencia de la pauta inicial.

Solo se dispone de los datos de la inmunogenicidad a corto plazo; actualmente se desconoce la protección a largo plazo y la memoria inmunológica.

La seguridad y la inmunogenicidad de siete vacunas contra la COVID-19 como tercera dosis (refuerzo) en el Reino Unido

COV-BOOST es un estudio de fase 2 aleatorizado, multicéntrico e iniciado por el investigador de una tercera dosis de vacuna de refuerzo contra la COVID-19 con un subgrupo para investigar la inmunología detallada. Los participantes eran adultos de 30 años y mayores en buen estado físico (se permitieron comorbilidades de leves a moderadas controladas), que habían recibido dos dosis de Pfizer-BioNTech u Oxford-AstraZeneca (primera dosis en diciembre de 2020, enero de 2021 o febrero de 2021) y que se les había administrado la segunda dosis al menos 84 días antes de la inclusión. Spikevax (Original) reforzó la respuesta de los anticuerpos y la neutralizante, y fue bien tolerada con independencia de la pauta inicial. La dosis usada para el refuerzo en este estudio fue de 100 microgramos. Los títulos de anticuerpos neutralizantes medidos por un ensayo de neutralización de pseudovirus se evaluaron en el día 28 después de la dosis de refuerzo.

Eficacia clínica en adolescentes de 12 a 17 años de edad

El estudio en adolescentes es un estudio clínico en curso de fase 2/3 aleatorizado, controlado con placebo y con enmascaramiento para el observador (NCT04649151) para evaluar la seguridad, reactogenicidad y eficacia de Spikevax (Original) en adolescentes de 12 a 17 años. Los participantes con antecedentes conocidos de infección por el SARS-CoV-2 fueron excluidos del estudio. Un total de 3732 participantes fueron aleatorizados en una relación 2:1 para recibir 2 dosis de Spikevax (Original) o de placebo de solución salina con 1 mes de diferencia.

Se realizó un análisis secundario de eficacia en 3181 participantes que recibieron 2 dosis de Spikevax (Original) (n = 2139) o placebo (n = 1042) y que eran negativos para SARS-CoV-2 al inicio en la población por protocolo. No hubo diferencias notables en los datos demográficos ni en las afecciones médicas preexistentes entre los participantes que recibieron Spikevax (Original) y los que recibieron placebo.

La COVID-19 se definió como COVID-19 sintomática que requería un resultado positivo en la PCR-RT y al menos 2 síntomas sistémicos o 1 síntoma respiratorio. Casos que aparecieron 14 días después de la segunda dosis.

Hubo cero casos de COVID-19 sintomática en el grupo de Spikevax (Original) y 4 casos de COVID-19 sintomática en el grupo de placebo.

Inmunogenicidad en adolescentes de 12 a 17 años tras la pauta inicial de vacunación con Spikevax

Se llevó a cabo un análisis de no inferioridad en el que se evaluaron títulos de anticuerpos neutralizantes frente al SARS-CoV-2 del 50 % y las tasas de respuesta serológica 28 días después de la segunda dosis en los subgrupos de inmunogenicidad por protocolo de adolescentes de 12 a 17 años (n = 340) del estudio en adolescentes y en adultos de 18 a 25 años (n = 296) del estudio en adultos. Al inicio del estudio, los participantes no presentaban indicios inmunológicos ni virológicos de infección previa por el SARS-CoV-2. El cociente de medias geométricas (GMR) de los títulos de anticuerpos neutralizantes en adolescentes de 12 a 17 años en comparación con los adultos de 18 a 25 años fue de 1,08 (IC del 95 %: 0,94; 1,24). La diferencia entre las tasas de respuesta serológica fue del 0,2 % (IC del 95 %: -1,8;

2,4). Se cumplieron los criterios de no inferioridad (límite inferior del IC del 95 % del GMR $>0,67$ y límite inferior del IC del 95 % de la diferencia entre las tasas de respuesta serológica >-10 %).

Inmunogenicidad en adolescentes de 12 a 17 años tras la dosis de refuerzo con Spikevax (Original)

El objetivo principal de inmunogenicidad de la fase con la dosis de refuerzo de este estudio era deducir la eficacia de la dosis de refuerzo en participantes de 12 a 17 años de edad comparando las respuestas inmunitarias posteriores a la dosis de refuerzo (día 29) con las observadas tras la 2.^a dosis de la pauta inicial (día 57) en adultos jóvenes (de 18 a 25 años de edad) del estudio en adultos. La eficacia de la dosis de refuerzo de Spikevax 50 microgramos se deduce si las respuestas inmunitarias posteriores a la dosis de refuerzo (concentración media geométrica [GMC] de nAb y la tasa de serorrespuesta [SRR]) cumplen los criterios de no inferioridad preespecificados (tanto para la GMC como para la SRR) respecto a los valores medidos tras la finalización de la pauta inicial de Spikevax 100 microgramos entre un subconjunto de adultos jóvenes (de 18 a 25 años) en el estudio fundamental de eficacia en adultos.

En una fase abierta de este estudio, los participantes de 12 a 17 años recibieron una dosis de refuerzo al menos 5 meses después de haber completado la pauta inicial de vacunación (dos dosis con 1 mes de diferencia entre ellas). La población del análisis principal de inmunogenicidad estaba formada por 257 participantes del grupo de la dosis de refuerzo de este estudio y por un subconjunto aleatorio de 295 participantes del estudio en adultos jóvenes (de ≥ 18 a ≤ 25 años) que habían completado la pauta inicial de vacunación que consistió en dos dosis de Spikevax con 1 mes de diferencia entre ellas. Ninguno de los grupos de participantes incluidos en la población del análisis presentaba indicios serológicos ni virológicos de infección por SARS-CoV-2 antes de la pauta inicial y antes de la dosis de refuerzo, respectivamente.

El GMR de la GMC del día 29 tras la dosis de refuerzo en adolescentes se comparó con el de los adultos jóvenes: el GMR del día 57 fue 5,1 (IC del 95 %: 4,5; 5,8), cumpliendo los criterios de no inferioridad (es decir, límite inferior del IC del 95 % $>0,667$ ($1/1,5$); estimación puntual $\geq 0,8$); la diferencia en las SRR fue del 0,7 % (IC del 95 %: -0,8; 2,4), cumpliendo los criterios de no inferioridad (límite inferior del IC del 95 % para la diferencia en las SRR >-10 %).

En los 257 participantes, la GMC de los nAb antes de la dosis de refuerzo (día 1 de la dosis de refuerzo) fue 400,4 (IC del 95 %: 370,0; 433,4); en el día 29 tras la dosis de refuerzo, la GMC fue de 7172,0 (IC del 95 %: 6610,4; 7781,4). En el día 29 tras la dosis de refuerzo, la GMC se había multiplicado aproximadamente por 18 respecto a la GMC de antes de la dosis de refuerzo, lo que demuestra la potencia de esta dosis en los adolescentes. La SRR fue de 100 (IC del 95 %: 98,6; 100,0).

Se cumplieron los criterios de eficacia preespecificados para el objetivo principal de inmunogenicidad, lo que permite deducir la eficacia de la vacuna a partir del estudio en adultos.

Eficacia clínica en niños de 6 a 11 años de edad

El estudio pediátrico es un estudio clínico en curso de fase 2/3 aleatorizado, controlado con placebo y con enmascaramiento para el observador para evaluar la seguridad, reactogenicidad y eficacia de Spikevax (Original) en niños de 6 a 11 años de edad en Estados Unidos y Canadá (NCT04796896). Los participantes con antecedentes conocidos de infección por el SARS-CoV-2 fueron excluidos del estudio. Un total de 4016 participantes fueron aleatorizados en una relación 3:1 para recibir 2 dosis de Spikevax (Original) o de placebo de solución salina con 1 mes de diferencia.

Se realizó un análisis secundario de la eficacia que evaluó los casos confirmados de COVID-19 acumulados hasta la fecha de cierre de la base de datos clínicos, el 10 de noviembre de 2021, en 3497 participantes que recibieron dos dosis (0,25 ml a los 0 y 1 mes) de Spikevax (Original) (n=2644) o placebo (n=853), y que eran negativos para SARS-CoV-2 al inicio en el grupo por protocolo. Entre

los participantes que recibieron Spikevax (Original) y los que recibieron placebo, no se observaron diferencias notables en cuanto a las características demográficas.

La COVID-19 se definió como COVID-19 sintomática que requería un resultado positivo en la PCR-RT y al menos 2 síntomas sistémicos o 1 síntoma respiratorio, y que se inició a partir de los 14 días después de la segunda dosis.

Hubo tres casos de COVID-19 (0,1 %) en el grupo de Spikevax (Original) y cuatro casos de COVID-19 (0,5 %) en el grupo de placebo.

Inmunogenicidad en niños de 6 años a 11 años de edad

Se llevó a cabo un análisis en el que se evaluaron títulos de anticuerpos neutralizantes frente al SARS-CoV-2 del 50 % y las tasas de respuesta serológica 28 días después de la segunda dosis en un subgrupo de niños de 6 a 11 años de edad (n = 319) en el estudio pediátrico y en los adultos de 18 a 25 años (n = 295) del estudio en adultos. Al inicio del estudio, los participantes no presentaban indicios inmunitarios ni virológicos de infección previa por el SARS-CoV-2. El GMR de los títulos de anticuerpos neutralizantes en niños de 6 a 11 años de edad en comparación con los adultos de 18 a 25 años fue de 1,239 (IC del 95 %: 1,072; 1,432). La diferencia entre las tasas de respuesta serológica fue del 0,1% (IC del 95 %: -1,9; 2,1). Se cumplieron los criterios de no inferioridad (límite inferior del IC del 95 % del GMR >0,67 y límite inferior del IC del 95 % de la diferencia entre las tasas de respuesta serológica >-10 %).

Inmunogenicidad en niños de 6 a 11 años de edad tras la dosis de refuerzo con Spikevax (Original)

El objetivo principal de inmunogenicidad de la fase con la dosis de refuerzo de este estudio es deducir la eficacia de la dosis de refuerzo en participantes de 6 a 11 años de edad comparando las respuestas inmunitarias posteriores a la dosis de refuerzo (día 29) con las observadas tras la 2.^a dosis de la pauta inicial (día 57) en adultos jóvenes (de 18 a 25 años de edad) del estudio en adultos, en el que se demostró una eficacia del 93 %. La eficacia de la dosis de refuerzo de Spikevax 25 microgramos se deduce si las respuestas inmunitarias posteriores a la dosis de refuerzo (concentración media geométrica [GMC] de anticuerpos neutralizantes [nAb] y la tasa de serorrespuesta [SRR]) cumplen los criterios de no inferioridad preespecificados (tanto para la GMC como para la SRR) respecto a los valores medidos tras la finalización de la pauta inicial de Spikevax 100 microgramos entre un subconjunto de adultos jóvenes (de 18 a 25 años) en el ensayo fundamental de eficacia en adultos.

En una fase abierta de este estudio, los participantes de 6 a 11 años de edad recibieron una dosis de refuerzo de Spikevax al menos 6 meses después de haber completado la pauta inicial de vacunación (dos dosis con 1 mes de diferencia entre ellas). La población del análisis principal de inmunogenicidad estaba formada por 95 participantes del grupo de la dosis de refuerzo de 6 a 11 años de edad y por un subconjunto aleatorio de 295 participantes del estudio en adultos jóvenes que habían recibido dos dosis de Spikevax con 1 mes de diferencia entre ellas. Ninguno de los grupos de participantes incluidos en la población del análisis presentaba indicios serológicos ni virológicos de infección por SARS-CoV-2 antes de la pauta inicial y antes de la dosis de refuerzo, respectivamente.

En los 95 participantes, en el día 29 tras la dosis de refuerzo, la GMC fue 5847,5 (IC del 95 %: 4999,6; 6839,1). La SRR fue de 100 (IC del 95 %: 95,9; 100,0). Se estudiaron la concentración de nAb en suero en niños de 6 a 11 años de edad en el subconjunto por protocolo de inmunogenicidad cuyo estado de SARS-CoV-2 antes de la dosis de refuerzo era negativo y la comparación con la de los adultos jóvenes (de 18 a 25 años). El GMR de la GMC del día 29 tras la dosis de refuerzo comparado con la GMC del día 57 de los adultos jóvenes fue 4,2 (IC del 95 %: 3,5; 5,0), cumpliendo los criterios de no inferioridad (es decir, límite inferior del IC del 95 % >0,667; la diferencia en las SRR fue del 0,7 % (IC del 95 %: -

3,5; 2,4), cumpliendo los criterios de no inferioridad (límite inferior del IC del 95 % para la diferencia en las SRR >-10 %).

Se cumplieron los criterios de eficacia preespecificados para el objetivo principal de inmunogenicidad, lo que permite deducir la eficacia de la dosis de refuerzo de la vacuna. La fuerte respuesta de recuerdo evidente durante las 4 semanas posteriores a la dosis de refuerzo es un indicio de la potente primovacunación inducida por la pauta inicial con Spikevax.

Eficacia clínica en niños de 6 meses a 5 años de edad

La seguridad, tolerabilidad, reactogenicidad y eficacia de Spikevax en niños sanos de 6 meses a 11 años de edad se están evaluando en un estudio en curso de fase 2/3. En el estudio participan niños de 3 grupos de edad: de 6 a 11 años; de 2 a 5 años; y de 6 a 23 meses.

Se hizo un análisis de eficacia descriptivo con el que se evaluaron los casos confirmados de COVID-19 acumulados hasta la fecha de corte de los datos, el 21 de febrero de 2022, en 5476 participantes de 6 meses a 5 años de edad que recibieron dos dosis (en el mes 0 y en el mes 1) de Spikevax (n = 4105) o de placebo (n = 1371) y cuyo estado basal de SARS-CoV-2 era negativo (denominado grupo por protocolo para la eficacia). Entre los participantes que recibieron Spikevax y los que recibieron placebo, no se observaron diferencias notables en cuanto a las características demográficas.

La mediana de la duración del seguimiento de la eficacia después de la segunda dosis fue de 71 días para los participantes de 2 a 5 años y de 68 días para los participantes de 6 meses a 23 meses.

La eficacia de la vacuna en este estudio se observó durante el período en que la variante B.1.1.529 (ómicron) era la variante predominante en circulación.

La eficacia de la vacuna (EV) en la Parte 2 del grupo por protocolo para la eficacia de los casos de COVID-19 al cabo de 14 días o más después de la segunda dosis utilizando la «definición de caso de COVID-19 P301» (es decir, la definición empleada en el estudio fundamental de eficacia en adultos) fue del 46,4 % (IC del 95 %: 19,8, 63,8) para los niños de 2 a 5 años y el 31,5 % (IC del 95 %: -27,7, 62,0) en niños de 6 a 23 meses.

Inmunogenicidad en niños de 6 meses a 5 años de edad

Para los niños de 2 a 5 años, la comparación de las respuestas de los anticuerpos neutralizantes (nAb) del día 57 en este subgrupo de inmunogenicidad por protocolo de la Parte 2 (n = 264; 25 microgramos) con las de los adultos jóvenes (n = 295; 100 microgramos) reveló un GMR de 1,014 (IC del 95 %: 0,881; 1,167), cumpliendo los criterios de no inferioridad (es decir, límite inferior del IC del 95 % para el GMR $\geq 0,67$; estimación puntual $\geq 0,8$). El factor de multiplicación de la media geométrica (GMFR) desde el inicio hasta el día 57 para estos niños fue de 183,3 (IC del 95 %: 164,03; 204,91). La diferencia en las tasas de serorrespuesta (SRR, por su sigla en inglés) entre los niños y los adultos jóvenes fue de -0,4 % (IC del 95 %: -2,7 %; 1,5 %), cumpliendo también los criterios de no inferioridad (límite inferior del IC del 95 % para la diferencia en las SRR >-10 %).

Para los bebés y niños pequeños de 6 a 23 meses, la comparación de las respuestas de los anticuerpos neutralizantes (nAb) del día 57 en este subgrupo de inmunogenicidad por protocolo de la Parte 2 (n = 230; 25 microgramos) con las de los adultos jóvenes (n = 295; 100 microgramos) reveló un GMR de 1,280 (IC del 95 %: 1,115; 1,470), cumpliendo los criterios de no inferioridad (es decir, límite inferior del IC del 95 % para el GMR $\geq 0,67$; estimación puntual $\geq 0,8$). La diferencia en las SRR entre los bebés/niños pequeños y los adultos jóvenes fue de 0,7 % (IC del 95 %: -1,0 %; 2,5 %), cumpliendo también los criterios de no inferioridad (límite inferior del IC del 95 % para la diferencia en las tasas de serorrespuesta >-10 %).

En consecuencia, se cumplieron los criterios de eficacia preespecificados para el objetivo principal de inmunogenicidad en ambos grupos de edad, lo que permite inferir la eficacia de 25 microgramos tanto en niños de 2 a 5 años como en bebés y niños pequeños de 6 a 23 meses (tablas 6 y 7).

Tabla 6. Resumen de la tasa de concentración media geométrica y de la tasa de serorrespuesta: comparación de personas de entre 6 y 23 meses con participantes de entre 18 y 25 años (grupo de inmunogenicidad por protocolo)

		De 6 meses a 23 meses n = 230	De 18 a 25 años de edad n = 291	De 6 a 23 meses/ de 18 a 25 años	
Ensayo	Momento	GMC (IC del 95 %) *	GMC (IC del 95 %) *	Tasa de GMC (IC del 95 %) ^a	Cumplió el objetivo de no inferioridad (S/N) ^b
SARS-CoV-2 Ensayo de neutralización ^c	28 días después de la segunda dosis	1780,7 (1606,4; 1973,8)	1390,8 (1269,1; 1524,2)	1,3 (1,1; 1,5)	Si
		Serorrespuesta % (IC del 95 %) ^d	Serorrespuesta % (IC del 95 %) ^d	Diferencia en la tasa serorrespuesta % (IC del 95 %) ^e	
		100 (98,4; 100)	99,3 (97,5; 99,9)	0,7 (-1,0; 2,5)	

GMC = Concentración media geométrica

n = número de participantes con datos no ausentes al inicio y en el día 57.

* Los valores de anticuerpos indicados como por debajo del límite inferior de cuantificación (LIQ) se sustituyen por 0,5 x LIQ. Los valores superiores al límite superior de cuantificación (LSC) se sustituyen por el LSC si no se dispone de los valores reales.

^a Los niveles de anticuerpos transformados logarítmicamente se analizan mediante un modelo de análisis de la covarianza (ANCOVA) con la variable de grupo (participantes de 6 meses a 5 años de edad y adultos jóvenes) como efecto fijo. Las medias de los mínimos cuadrados resultantes, la diferencia de medias de los mínimos cuadrados y el IC del 95 % se transforman de nuevo a la escala original para su presentación.

^b Se declara la no inferioridad si el límite inferior del IC del 95 % bilateral para el cociente de la GMC es mayor que 0,67, con una estimación puntual >0,8 y el límite inferior del IC del 95 % bilateral para la diferencia en la tasa de serorrespuesta es mayor que -10 %, con una estimación puntual >-5 %.

^c Las concentraciones medias geométricas (GMC) finales de anticuerpos en UA/ml se determinaron mediante una prueba de microneutralización del SARS-CoV-2.

^d En el protocolo se define la serorrespuesta sujeta debida a la vacunación específica de la concentración de anticuerpos neutralizantes contra un panel de virus respiratorios (RVP, por su sigla en inglés) y el SARS-CoV-2 como una variación desde un nivel inferior al LIQ hasta un nivel igual o superior a 4 x LIQ, o como un aumento mínimo de 4 veces si el nivel basal es igual o superior al LIQ. El IC del 95 % de la serorrespuesta se calcula usando el método de Clopper-Pearson.

^e La diferencia en el IC del 95 % de las tasas de serorrespuesta se calcula utilizando los límites de confianza (puntuación) de Miettinen-Nurminen.

Tabla 7. Resumen de la tasa de concentración media geométrica y de la tasa de serorrespuesta—comparación de personas de entre 2 y 5 años con participantes de entre 18 y 25 años (grupo de inmunogenicidad por protocolo)

		De 2 años a 5 años de edad n = 264	De 18 años a 25 años de edad n = 291	De 2 a 5 años/ de 18 a 25 años	
Ensayo	Momento	GMC (IC del 95 %) *	GMC (IC del 95 %) *	Cociente tasa de GMC (IC del 95 %) *	Cumplió el objetivo de no inferioridad (S/N) ^b
SARS-CoV-2 Ensayo de neutralización ^c	28 días después de la segunda dosis	1410,0 (1273,8; 1560,8)	1390,8 (1262,5; 1532,1)	1,0 (0,9; 1,2)	Sí
		Serorrespuesta % (IC del 95 %) ^d	Serorrespuesta % (IC del 95 %) ^d	Diferencia en la tasa de serorrespuesta % (IC del 95 %) ^e	
		98,9 (96,7; 99,8)	99,3 (97,5; 99,9)	-0,4 (-2,7; 1,5)	

GMC = concentración media geométrica

n = número de participantes con datos no ausentes al inicio y el día 57.

* Los valores de anticuerpos indicados como por debajo del límite inferior de cuantificación (LIQ) se sustituyen por 0,5 x LIQ. Los valores superiores al límite superior de cuantificación (LSC) se sustituyen por el LSC si no se dispone de los valores reales.

^a Los niveles de anticuerpos transformados logarítmicamente se analizan mediante un modelo de análisis de la covarianza (ANCOVA) con la variable de grupo (participantes de 6 meses a 5 años de edad y adultos jóvenes) como efecto fijo. Las medias de los mínimos cuadrados resultantes, la diferencia de medias de los mínimos cuadrados y el IC del 95 % se transforman de nuevo a la escala original para su presentación.

^b Se declara la no inferioridad si el límite inferior del IC del 95 % bilateral para el cociente de la GMC es mayor que 0,67, con una estimación puntual >0,8 y el límite inferior del IC del 95 % bilateral para la diferencia en la tasa de serorrespuesta es mayor que -10 %, con una estimación puntual >-5 %.

^c Las concentraciones medias geométricas (GMC) finales de anticuerpos en UA/ml se determinaron mediante una prueba de microneutralización del SARS-CoV-2.

^d En el protocolo se define la serorrespuesta sujeta debida a la vacunación específica de la concentración de anticuerpos neutralizantes contra un panel de virus respiratorios (RVP, por su sigla en inglés) y el SARS-CoV-2 como una variación desde un nivel inferior al LIQ hasta un nivel igual o superior a 4 x LIQ, o como un aumento mínimo de 4 veces si el nivel basal es igual o superior al LIQ. El IC del 95 % de la serorrespuesta se calcula usando el método de Clopper-Pearson.

^e La diferencia en el IC del 95 % de las tasas de serorrespuesta se calcula utilizando los límites de confianza (puntuación) de Miettinen-Nurminen.

Inmunogenicidad en los receptores de trasplante de órgano sólido

La seguridad, reactogenicidad e inmunogenicidad de Spikevax (original) se evaluó en un ensayo clínico abierto fase 3b en dos partes en receptores adultos de trasplante de órgano sólido (TOS), incluidos los

trasplantes de riñón y de hígado (ARNm-1273-P304). Se administró una dosis de 100 microgramos (0,5 ml), que era la dosis autorizada en el momento de la realización del estudio.

En la parte A, 128 receptores de TOS recibieron una tercera dosis de Spikevax (original). En la parte B, 159 receptores de TOS recibieron una dosis de refuerzo transcurridos como mínimo 4 meses desde la última dosis.

En el estudio, la inmunogenicidad se evaluó mediante la medición de los anticuerpos neutralizantes contra pseudovirus que expresan la cepa SARS-CoV-2 (D614G) ancestral 1 mes después de la dosis 2, dosis 3, dosis de refuerzo y hasta 12 meses desde la última dosis en la Parte A, y hasta 6 meses desde la dosis de refuerzo en la Parte B.

Tres dosis de Spikevax (original) produjeron valores de anticuerpos neutralizantes mejorados en comparación con la dosis previa 1 y la dosis posterior 2-. Un mayor porcentaje de los participantes TOS que habían recibido tres dosis lograron serorrespuesta en comparación con los participantes que recibieron dos dosis. Las concentraciones de anticuerpos neutralizantes observadas en los participantes TOS de hígado que habían recibido tres dosis eran comparables a las respuestas posteriores a la dosis 2 observadas en los participantes adultos inmunocompetentes negativos para SARS-COV-2 al inicio. Las respuestas de los anticuerpos neutralizantes siguieron siendo numéricamente inferiores después de la dosis 3 en los participantes TOS de riñón en comparación con los participantes TOS de hígado. Las concentraciones neutralizantes observadas un mes después de la dosis 3 se mantuvieron durante seis meses, con unas concentraciones de anticuerpos mantenidas 26 veces superiores y una tasa de serorrespuesta del 67 % en comparación con la situación inicial.

Una cuarta dosis (refuerzo) de Spikevax (original) mejoró la respuesta de los anticuerpos neutralizantes en los participantes TOS en comparación con la respuesta posterior a la dosis 3, con independencia de las vacunas previamente recibidas [mRNA-1273 (Moderna), BNT162b2 o cualquier combinación con ARNm]; no obstante, los participantes TOS de riñón presentaron respuestas de los anticuerpos neutralizantes numéricamente inferiores en comparación con los participantes TOS de hígado.

Población de edad avanzada

Spikevax (Original) se ha evaluado en participantes de 6 meses y mayores, incluidos 3768 sujetos de 65 años en adelante. La eficacia de Spikevax (Original) fue uniforme entre los sujetos de edad avanzada (≥ 65 años) y los adultos más jóvenes (18-64 años).

Población pediátrica

La Agencia Europea de Medicamentos ha concedido al titular un aplazamiento para presentar los resultados de los ensayos realizados con Spikevax (Original) en uno o más grupos de la población pediátrica para la prevención de la COVID-19 (ver sección 4.2 para consultar la información sobre el uso en la población pediátrica).

5.2 Propiedades farmacocinéticas

No procede.

5.3 Datos preclínicos sobre seguridad

Los datos de los estudios preclínicos no muestran riesgos especiales para los seres humanos según los estudios convencionales de toxicidad a dosis repetidas y toxicidad para la reproducción y el desarrollo.

Toxicidad general

Se realizaron estudios de toxicidad general en ratas (administración por vía intramuscular de hasta 4 dosis que excedían la dosis humana una vez cada 2 semanas). Se observaron edema y eritema transitorios y reversibles en la zona de inyección, y cambios transitorios y reversibles en las pruebas analíticas (incluidos aumentos en los eosinófilos, tiempo de tromboplastina parcial activada y fibrinógeno). Los resultados sugieren que el potencial de toxicidad para los seres humanos es bajo.

Genotoxicidad/carcinogenicidad

Se realizaron estudios de genotoxicidad *in vitro* e *in vivo* con el nuevo componente lipídico SM-102 de la vacuna. Los resultados sugieren que el potencial genotóxico para los seres humanos es muy bajo. No se realizaron estudios de carcinogenicidad.

Toxicidad para la reproducción

En un estudio de toxicidad para el desarrollo, se administraron 0,2 ml de una formulación de vacuna que contenía la misma cantidad de ARNm (100 microgramos) y otros componentes incluidos en una única dosis humana de Spikevax (Original) a ratas hembra por vía intramuscular en cuatro ocasiones: 28 y 14 días antes del apareamiento, y en los días de gestación 1 y 13. Las respuestas de los anticuerpos del SARS-CoV-2 estuvieron presentes en los animales maternos desde antes del apareamiento hasta el final del estudio el día 21 de la lactancia, así como en los fetos y las crías. No se notificaron efectos adversos relacionados con la vacuna en la fertilidad de la hembra, el embarazo, el desarrollo embrionario o las crías o el desarrollo posnatal. No se dispone de datos en relación con la transferencia placentaria de la vacuna Spikevax (Original) o la excreción en la leche.

6. DATOS FARMACÉUTICOS

6.1 Lista de excipientes

Lípido SM-102 (heptadecano-9-il 8-{(2-hidroxietil)[6-oxo-6(undeciloxi)hexil]amino}octanoato)

Colesterol

1,2-Diestearoil-sn-glicero-3-fosfocolina (DSPC)

1,2-Dimiristoil-rac-glicero-3-metoxipolietilenglicol-2000 (PEG2000-DMG)

Trometamol

Clorhidrato de trometamol

Ácido acético (Glacial)

Acetato sódico trihidratado

Sacarosa

Agua para inyectables

6.2 Incompatibilidades

Este producto no debe mezclarse con otros ni diluirse.

6.3 Período de validez

Vial multidosis sin abrir (Spikevax JN.1

0,1 mg/ml de dispersión inyectable)

Almacenar entre -50 °C y -15 °C por 12 meses.

Dentro del período de vida útil, una vez sacado del congelador, el vial de la vacuna sin abrir puede almacenarse refrigerado entre 2 °C y 8 °C, protegido de la luz, durante un máximo de 30 días. Dentro de este periodo, se puede transportar durante 36 horas a una temperatura de entre 2 °C y 8 °C (ver sección 6.4).

Una vez descongelada, la vacuna no se debe volver a congelar.

La vacuna sin abrir puede almacenarse entre 8 °C y 25 °C durante 24 horas tras retirarla de las condiciones de refrigeración.

Vial multidosis perforado (Spikevax JN.1
0,1 mg/ml de dispersión inyectable)

La estabilidad química y física en uso ha sido demostrada durante 19 horas entre 2 °C y 25 °C después de la primera perforación (dentro del periodo de uso permitido de 30 días entre 2 °C y 8 °C, que incluye 24 horas entre 8 °C y 25 °C). Desde un punto de vista microbiológico, el producto debe utilizarse de inmediato. Si la vacuna no se utiliza inmediatamente, los tiempos y las condiciones de conservación durante el uso son responsabilidad del usuario.

Spikevax JN.1
50 microgramos dispersión inyectable en jeringa prellenada

Almacenar entre -50 °C y -15 °C por 12 meses.

Dentro del período de vida útil, una vez sacadas del congelador, las jeringas prellenadas pueden almacenarse refrigeradas a una temperatura de entre 2 °C y 8 °C, protegidas de la luz, durante un máximo de 30 días (ver sección 6.4).

Una vez descongelada, la vacuna no se debe volver a congelar.

Las jeringas prellenadas pueden almacenarse a una temperatura de entre 8 °C y 25 °C durante 24 horas tras retirarlas de las condiciones de refrigeración.

6.4 Precauciones especiales de conservación

Spikevax JN.1
0,1 mg/ml de dispersión inyectable (viales multidosis)

Conservar en congelador entre -50 °C y -15 °C.

Conservar el vial en el embalaje exterior para protegerlo de la luz.

Para las condiciones de conservación tras la descongelación, ver sección 6.3. Para las condiciones de conservación tras la primera apertura, ver sección 6.3.

Transporte de viales multidosis descongelados en estado líquido entre 2 °C y 8 °C

Si el transporte entre -50 °C y -15 °C no es factible, los datos disponibles respaldan el transporte de uno o más viales descongelados en estado líquido durante 36 horas entre 2 °C y 8 °C (dentro del periodo de

validez de 30 días entre 2 °C y 8 °C). Una vez descongelados y transportados en estado líquido entre 2 °C y 8 °C, los viales no deben volver a congelarse y deben almacenarse entre 2 °C y 8 °C hasta su uso.

Spikevax JN.1

50 microgramos dispersión inyectable en jeringa prellenada

Conservar en congelador entre -50 °C y -15 °C.

Conservar la jeringa prellenada en el embalaje exterior para protegerla de la luz.

Para consultar las condiciones de conservación tras la descongelación, ver sección 6.3.

Transporte de jeringas prellenadas descongeladas en estado líquido entre 2 °C y 8 °C

Si el transporte entre -50 °C y -15 °C no es factible, los datos disponibles respaldan el transporte de una o más jeringas prellenadas descongeladas en estado líquido entre 2 °C y 8 °C (dentro del periodo de validez de 30 días entre 2 °C y 8 °C). Una vez descongeladas y transportadas en estado líquido entre 2 °C y 8 °C, las jeringas prellenadas no deben volver a congelarse y deben almacenarse entre 2 °C y 8 °C hasta su uso.

6.5 Naturaleza y contenido del envase

Spikevax JN.1

0,1 mg/ml de dispersión inyectable (viales multidosis)

Dispersión de 2,5 ml en un vial multidosis (de vidrio de tipo 1 o de equivalente de vidrio de tipo 1 o de polímero de olefina cíclica con revestimiento interior de barrera) con un tapón (caucho de clorobutilo) y precinto con cápsula de cierre extraíble de plástico de color azul (precinto de aluminio).

Tamaño del envase: 10 viales multidosis. Cada vial contiene 2,5 ml.

Spikevax JN.1

50 microgramos de dispersión inyectable en jeringa prellenada

Dispersión de 0,5 ml en una jeringa prellenada (copolímero de olefina cíclica) con un tapón del émbolo (de caucho de clorobutilo recubierto) y un capuchón puntiagudo (caucho de bromobutilo, sin aguja).

Las jeringas prellenadas se acondicionan en 1 blíster transparente que contiene 1 jeringa prellenada o 5 blísteres transparentes que contienen 2 jeringas prellenadas por blíster o bandeja de papel (cada bandeja de papel contiene 5 jeringas precargadas, paquete de 10).

Tamaño del envase:

1 jeringa prellenada

10 jeringas prellenadas

Cada jeringa prellenada contiene 0,5 ml.

Es posible que no se comercialicen todos los tamaños de envases.

6.6 Precauciones especiales de eliminación y otras manipulaciones

La vacuna debe ser preparada y administrada por un profesional sanitario mediante técnicas asépticas para garantizar la esterilidad de la dispersión.

Spikevax JN.1

0,1 mg/ml de dispersión inyectable (viales multidosis)

La vacuna está lista para usarse una vez descongelada.

No agitar ni diluir. Girar el vial suavemente después de la descongelación y antes de cada extracción.

Compruebe que el vial tiene una cápsula de cierre extraíble de color azul y que el nombre del producto es Spikevax JN.1. Si el vial tiene una cápsula de cierre extraíble de color azul y el nombre del producto es Spikevax 0,1 mg/ml, Spikevax bivalente Original/Ómicron BA.1, Spikevax bivalente Original/Ómicron BA.4-5 o Spikevax XBB.1.5, consulte la ficha técnica de esa formulación.

Perforar el tapón preferiblemente en un sitio distinto cada vez.

Se incluye un sobrellenado adicional en cada vial multidosis para garantizar que puedan administrarse 5 dosis de 0,5 ml o un máximo de 10 dosis de 0,25 ml, en función de la edad de la persona.

Descongelar cada vial multidosis antes de usarlo siguiendo las instrucciones que se indican a continuación (tabla 8).

Tabla 8. Instrucciones para descongelar los viales multidosis antes de utilizarlos

Configuración	Instrucciones y duración de la descongelación			
	Temperatura de descongelación (en refrigerador)	Duración de la descongelación	Temperatura de descongelación (a temperatura ambiente)	Duración de la descongelación
Vial multidosis	2°C - 8 °C	2 horas y 30 minutos	15 °C - 25 °C	1 hora

Administración

La vacuna debe administrarse por vía intramuscular. El lugar más adecuado es el músculo deltoides del brazo. No administrar esta vacuna por vía intravascular, subcutánea ni intradérmica.

Spikevax JN.1

50 microgramos de dispersión inyectable en jeringa prellenada

No agitar ni disolver el contenido de la jeringa prellenada.

Cada jeringa prellenada es de un solo uso. La vacuna está lista para usarse una vez descongelada.

Podrá administrarse una (1) dosis de 0,5 ml de cada jeringa prellenada.

Spikevax JN.1 se suministra en una jeringa prellenada de un solo uso (sin aguja) que contiene 0,5 ml (50 microgramos de ARNm SARs-CoV-2 JN.1) de ARNm y que debe descongelarse antes de su administración.

Descongelar cada jeringa prellenada antes de usarla siguiendo las instrucciones que se indican a continuación. Las jeringas pueden descongelarse en los blísteres (cada blíster contiene 1 o 2 jeringas

prellenadas, según el tamaño del empaque) o bandeja de papel (cada bandeja de papel contiene 5 jeringas precargadas, paquete de 10) en la propia caja, ya sea en el frigorífico o a temperatura ambiente (tabla 9).

Tabla 9. Instrucciones para descongelar las jeringas prellenadas y las cajas de Spikevax JN.1 antes de utilizarlas

Configuración	Instrucciones y duración de la descongelación			
	Temperatura de descongelación (en refrigerador) (°C)	Duración de la descongelación (minutos)	Temperatura de descongelación (a temperatura ambiente) (°C)	Duración de la descongelación (minutos)
Jeringa prellenada en envase blíster	2 - 8	55	15 - 25	45
Caja	2 - 8	155	15 - 25	140

Compruebe que el nombre del producto que aparece en la jeringa prellenada es Spikevax JN.1. Si el nombre del producto es Spikevax 50 microgramos, Spikevax bivalente Original/Ómicron BA.1 o Spikevax bivalente Original/Ómicron BA.4-5, consulte la ficha técnica de esa formulación.

Instrucciones de manipulación de las jeringas prellenadas Spikevax JN.1

- No agitar.
- Cada jeringa prellenada debe inspeccionarse visualmente en busca de partículas y cambios de color antes de su administración.
- Spikevax JN.1 es una dispersión de color blanco a blanquecino. Puede contener partículas blancas o translúcidas relacionadas con el producto. No administrar si la vacuna ha cambiado de color o contiene otras partículas.
- Las agujas no se incluyen en las cajas de jeringas prellenadas.
- Utilice una aguja estéril del tamaño adecuado para la inyección intramuscular (agujas de calibre 21 o más finas).
- Quite el tapón puntiagudo de la jeringa haciéndolo girar en el sentido contrario a las agujas del reloj.
- Colocar la aguja girando en el sentido de las agujas del reloj hasta que la aguja encaje firmemente en la jeringa.
- Destape la aguja cuando esté lista para la administración.
- Administre la dosis completa por vía intramuscular.

Eliminación

La eliminación del producto no utilizado y de todos los materiales que hayan estado en contacto con él, se realizará de acuerdo con la normativa local.

Este producto está autorizado bajo registro sanitario condicional.

FECHA DE LA REVISIÓN DEL TEXTO

Fecha de la última revisión: 10/2024