

# VACUNAS

ISSN: 1576-9887

Volumen 23

Octubre 2022 N.º S3

XI CONGRESO DE LA AEV. LLEIDA 2022



TU CITA EN **LLEIDA**  
20 | 21 | 22 | Octubre 2022



11º Congreso  
Asociación Española  
de **Vacunología** Lleida 2022  
Más allá de la protección individual



Indexada en EMBASE/Excerpta Médica,  
Índice Médico Español, IBECS y Scopus

[www.elsevier.es/vac](http://www.elsevier.es/vac)



# XI CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE VACUNOLOGÍA

Lleida, 20-22 de octubre de 2022

## Comité Organizador

---

### **PRESIDENTES**

**Glòria Mirada Masip**

*Enfermera. Agència de Salut Pública de Catalunya, Lleida*

**Fernando Moraga-Llop**

*Pediatra, Barcelona*

### **VOCALES**

**Pepi Estany Almirall**

*Enfermera. Àrea Bàsica Salut Artesa de Segre, Lleida*

**María Fernández Prada**

*Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Vital Álvarez Buylla, Mieres (Asturias)*


**Teresa Hernández Jover**

*Farmacéutica, Agència de Salut Pública de Catalunya, Lleida*

**Joan Torres Puig-Gros**

*Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública, Lleida*

V  
A  
C  
U  
N  
O  
L  
O  
G  
Í  
A  
S



# VACUNAS

## Comité Científico

---

### PRESIDENTES

**Luis Urbiztondo Perdices**

*Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública,  
Sant Cugat del Vallès, Barcelona*

**Eva Borràs López**

*Farmacéutica. Agència de Salut Pública de Catalunya,  
Barcelona*

### VOCALES

**Francisco Álvarez García**

*Pediatra. Centro de Salud de Llanera, Asturias*

**Pere Godoy García**

*Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública, Lleida*

**Rosa Mar Alzuria Alos**

*Matrona. Institut Català de la Salut, Lleida*

**Ana Grande Tejada**

*Pediatra. Hospital Materno Infantil de Badajoz*

**Pilar Arrazola Martínez**

*Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital  
Universitario 12 de Octubre, Madrid*

**M. Dolors Heras Fortuny**

*Enfermera. Centro de Atención Primaria Rambla de Terrassa,  
Barcelona*

**José María Bayas Rodríguez**

*Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública, Barcelona*

**Josep Marès Bermúdez**

*Pediatra. Institut Pediàtric Marès-Riera, Blanes, Girona*

**Rosario Cáceres Fernández-Bolaños**

*Farmacéutica. Colegio de Farmacéuticos de Sevilla*

**Luís Ignacio Martínez Alcorta**

*Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital  
Universitario de Donostia, San Sebastián*

**Magda Campins Martí**

*Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública, Vall d'Hebron  
Institut de Recerca, Barcelona*

**Montserrat Martínez Marcos**

*Enfermera. Agència de Salut Pública de Catalunya, Barcelona*

**Josep María Corretger Rauet**

*Pediatra, Barcelona*

**Jaime Jesús Pérez Martín**

*Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Subdirección  
General de Salud Pública, Murcia*

**Inmaculada Cuesta Esteve**

*Enfermera-Matrona, Zaragoza*

**Valentí Pineda Solas**

*Pediatra. Hospital Universitario Parc Taulí, Sabadell, Barcelona*

**Javier Díez Domingo**

*Pediatra. Área de Investigación en Vacunas, FISABIO-Salud  
Pública, Valencia*

**Irene Rivero Calle**

*Pediatra. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela*

**Ángela Domínguez García**

*Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Universitat de  
Barcelona*

**Carlos Rodrigo Gonzalo de Liria**

*Pediatra. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona,  
Barcelona*

**José Antonio Forcada Segarra**

*Enfermero, Castellón*

**Lluís Salleras Sanmartí**

*Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública, Barcelona*

**Fermín García Rodríguez**

*Pediatra. Unidad de Gestión Clínica Mairena del Aljarafe, Sevilla*

**María Cruz Sanz Martínez**

*Médico de Familia. Centro Atención Primaria Rambla Ferran, Lleida*

**Amós García Rojas**

*Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Servicio  
Canario de la Salud, Las Palmas de Gran Canaria*

**Antoni Trilla García**

*Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Clinic  
de Barcelona*

---

# VACUNAS

## XI CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE VACUNOLOGÍA

Lleida, 20-22 de octubre de 2022

### PROGRAMA

#### Jueves, 20 de octubre

- 13:30 h.  
Entrega de documentación  
Almuerzo de bienvenida. Palacio de Congresos  
La Llotja
- 16:00 h. – 17:30 h.  
**MESA REDONDA: Inmunización pasiva: a dónde vamos**  
*Moderador:*  
Ismael Huerta González.  
*Dirección General de Salud Pública, Consejería de Salud, Asturias*  
*Ponentes:*  
• **Antecedentes: inmunoglobulinas**  
María Josep Cabañas Poy.  
*Hospital Infantil i de la Dona, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona*  
• **Anticuerpos monoclonales contra el SARS-CoV-2**  
Pilar Arrazola Martínez.  
*Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid*  
• **Anticuerpos monoclonales contra el VRS**  
Jesús Ruiz Contreras.  
*Servicio de Pediatría, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid*
- 17:30 h. – 19:00 h.  
**COMUNICACIONES ORALES (1)**
- SALA A/D/G  
*Moderador:*  
Joan Torres Puig-Gros.  
*Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública, Lleida*
- SALA B/E/H  
*Moderador:*  
José María Bayas Rodríguez.  
*Medicina Preventiva y Salud Pública, Barcelona*
- SALA C/F/I  
*Moderadora:*  
Rosario Cáceres Fernández-Bolaños.  
*Colegio de Farmacéuticos de Sevilla*
- 19:00 h. – 19:30 h.  
**Inauguración del 11º Congreso de la Asociación Española de Vacunología**
- 19:30 h. – 20:30 h.  
**Conferencia inaugural: Más allá de la protección individual**  
*Moderador:*  
Ángel Gil de Miguel.  
*Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad Rey Juan Carlos, Madrid*  
*Ponente:*  
Magda Campins Martí.  
*Grup de Recerca en Epidemiologia i Salut Pública, Vall d'Hebron Institut de Recerca (VHIR), Barcelona*

#### Viernes, 21 de octubre

- 8:30 h. – 9:30 h.  
**Taller 1. Actuación ante una anafilaxia**  
*Moderadora:*  
Teresa Hernández Jover.  
*Agència de Salut Pública de Catalunya, Lleida*  
*Ponentes:*  
Eva Gangonells González, Marina Villamuera García, Montserrat Navarra Llorens y Xavier Roges Robledo.  
*Servicio de Emergencias Médicas (SEM), Lleida*  
**Taller 2. Cómo comunicar para combatir la desinformación**
- Ponentes:*  
Luis Ignacio Martínez Alcorta.  
*Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Universitario de Donostia*  
Ricardo A. Mariscal López.  
*Departamento de Relaciones Institucionales, Instituto #SaludsinBulos, Madrid*
- Taller 3. La consulta de los «Errores»**  
*Ponentes:*  
María Fernández Prada.  
*Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Vital Álvarez Buylla, Mieres, Asturias*

M<sup>a</sup> José Zapico Baragaño.  
*Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Vital Álvarez Buylla, Mieres, Asturias*

#### Taller 4. Gamificación en vacunas

##### *Ponentes:*

Christine Giesen.  
*Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Universitario Infanta Sofía, Madrid*

Cristina Giménez Lozano.  
*Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia*

► 9:30 h. – 11:00 h.

#### **Debate: COVID 2022-2023**

##### *Moderador:*

Antoni Trilla García.  
*Servicio de Medicina Preventiva y Epidemiología, Hospital Clínic, Universitat de Barcelona*

##### *Ponentes:*

África González Fernández.  
*Centro de Investigaciones Biomédicas (CINBIO), Universidad de Vigo*

Susana Quadrado.  
*Periodista, La Vanguardia, Barcelona*

Fernando Simón Soria.  
*Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias, Ministerio de Sanidad, Madrid*

Rafael Vilasanjuan.  
*Instituto de Salud Global de Barcelona (ISGlobal)*

► 11:00 h. – 11:30 h.

#### **Descanso**

► 11:30 h. – 12:30 h.

#### **COMUNICACIONES ORALES (2)**

##### **SALA A/D/G**

##### *Moderadora:*

Rosa Mar Alzuria Alòs.  
*Servei Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva, Gerència Territorial, Lleida*

##### **SALA B/E/H**

##### *Moderador:*

José Antonio Forcada Segarra.  
*Asociación Española de Vacunología, Castellón*

##### **SALA C/F/I**

##### *Moderadora:*

Eva Borràs López. Farmacéutica.  
*Agència de Salut Pública de Catalunya, Barcelona*

► 12:30 h. – 14:00 h.

#### **MESA REDONDA: Avanzando en la investigación en vacunas**

##### *Moderadora:*

Àngela Domínguez García.  
*Departament de Medicina, Universitat de Barcelona*

##### *Ponentes:*

• Nuevas tecnologías para nuevas vacunas

Julià Blanco Arbués.  
*AID Research Institut, IrsiCaixa, Badalona, Barcelona*

• Estudios en vida real y Big data

Javier Díez Domingo.  
*Área de Investigación en Vacunas, FISABIO, Valencia*

#### • Vacunómica

Federico Martinón Torres.  
*Servicio de Pediatría, Hospital Clínico Universitario de Santiago, Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago*

► 14:00 h.

#### **Comida. Palacio de Congresos La Llotja**

► 15:30 h. – 17:00 h.

#### **MESA REDONDA (1.ª PARTE): Puzzle de vacunas: cómo encajar las piezas (gripe, rotavirus, sarampión, tosferina, meningococo)**

##### *Moderador:*

Fernando Moraga-Llop.  
*Asociación Española de Vacunología, Barcelona*

##### *Ponentes:*

José Javier Castrodeza Sanz.  
*Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Clínico de Valladolid*

Josep Marès Bermúdez.  
*Institut Pediàtric Marès-Riera, Blanes, Girona*

Ignacio Salamanca de la Cueva.  
*Unidad de Estudios e Investigación, Instituto Hispalense de Pediatría, Sevilla*

Ana Grande Tejada.  
*Servicio de Pediatría, Hospital Materno Infantil, Badajoz*

Irene Rivero Calle.  
*Hospital Clínico Universitario de Santiago, Grupo de Investigación GENVIP, Santiago de Compostela*

► 17:00 h. – 17:30 h.

#### **Descanso**

► 17:30 h. – 19:00 h.

#### **MESA REDONDA (2.ª PARTE): Puzzle de vacunas: cómo encajar las piezas (poliomielitis, hepatitis A, virus del papiloma humano, herpes zóster, neumococo)**

##### *Moderadora:*

Glòria Mirada Masip.  
*Agència de Salut Pública de Catalunya, Lleida*

##### *Ponentes:*

Rosa López Gigosos.  
*Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Málaga*

Luis Urbiztondo Perdices.  
*Medicina Preventiva y Salud Pública, Sant Cugat del Vallès, Barcelona*

María Brotons Agulló.  
*Unidad de Información e Intervenciones en Infecciones y Cáncer, Programa de Investigación en Epidemiología del Cáncer, Institut Català d'Oncologia (ICO), L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona*

Xavier Martínez Gómez.  
*Servicio de Medicina Preventiva y Epidemiología, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona*

Esther Redondo Margüello.  
*Centro de Vacunación y Salud Internacional, Madrid Salud-Ayuntamiento de Madrid*

► 19:00 h.

#### **ASAMBLEA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE VACUNOLOGÍA**

---

## Sábado, 22 de octubre

---

► 9:00 h. – 10:30 h.

### COMUNICACIONES ORALES (3)

#### SALA A/D/G

##### *Moderador:*

Carlos Rodrigo Gonzalo de Liria.

*Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona*

#### SALA B/E/H

##### *Moderadora:*

Teresa Hernández Jover.

*Farmacéutica, Agència de Salut Pública de Catalunya, Lleida*

#### SALA C/F/I

##### *Moderador:*

Fermin García Rodríguez.

*Centro de Salud de Mairena del Aljarafe, Sevilla*

► 10:30 h. – 11:30 h.

### **Debate: ¿Hace falta una coalición por la vacunación en España?**

##### *Moderador*

Jaime Jesús Pérez Martín.

*Dirección General de Salud Pública, Consejería de Salud, Región de Murcia*

##### *Ponentes:*

Carmen Cabezas Peña.

*Secretaria de Salut Pública. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya*

José Antonio Navarro Alonso.

*Consultor Honorario Permanente del Área de Vacunas, Ministerio de Sanidad*

Pepe Serrano Marchuet.

*Servicio de Pediatría, Atención Primaria, EATP del Garraf, Vilanova i la Geltrú, Barcelona*

José Antonio Taboada Rodríguez.

*Dirección Xeral de Saúde Pública, Consellería de Sanidade, Xunta de Galicia*

► 11:30 h. – 12:00 h.

### Descanso

► 12:00 h. – 13:30 h.

### MESA REDONDA: Salud en 5D (One Health)

##### *Moderador:*

Antonio Varo Baena.

*Sección de Epidemiología, Delegación Territorial de Salud de la Junta de Andalucía, Córdoba*

##### *Ponentes:*

- Salud animal: virus con potencial pandémico

Joaquim Segalés Coma.

*Facultad de Veterinaria, Universitat Autònoma de Barcelona, Centre de Recerca en Sanitat Animal (IRTA-CReSA), Barcelona*

- ¿Zoonosis o antroposis? Cambio climático y enfermedades emergentes y reemergentes

Santiago Vega García.

*Facultad de Veterinaria, Universidad CEU Cardenal Herrera, Valencia*

- Las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS): una pandemia oculta

Sara Soto González.

*Instituto de Salud Global de Barcelona (ISGlobal)*

► 13:30 h. – 14:00 h.

### Reconocimiento y distinción de las mejores comunicaciones orales

► 14:00 h.

### Clausura del 11º Congreso de la Asociación Española de Vacunología



# Vacunas

www.elsevier.es/vac



## Evaluación de las comunicaciones al XI Congreso de la Asociación Española de Vacunología, Lleida 2022



## Evaluation of communications to the XI Congress of the Spanish Association of Vaccination, Lleida 2022

### Introducción

En este XI Congreso de la Asociación Española de Vacunología se han seguido aplicando las novedades relacionadas con la evaluación de las comunicaciones que fueron introducidas en el congreso anterior celebrado en Oviedo de 2019.

Los resúmenes de las comunicaciones también se han editado en un número especial de la revista *Vacunas*, lo que facilita la referenciación de estos trabajos, aumentando la trascendencia de presentarlos al Congreso. Siendo además un reconocimiento al esfuerzo de los autores que ven recompensada su tarea con una publicación.

Las comunicaciones se han agrupado en 3 categorías: investigación, experiencias y trabajos fin de grado / Máster / residencia.

Los resúmenes de las comunicaciones se han revisado mediante un programa de detección de plagios para garantizar la originalidad de los trabajos presentados.

A continuación, se describe el proceso de evaluación de las comunicaciones.

### Métodos

#### Información y recepción de comunicaciones

Las normas de presentación, de envío y los criterios de valoración para premios se difundieron a través de la página web específicamente habilitada para el Congreso, realizándose la recepción de las comunicaciones a través de dicha página.

#### Evaluación

El comité científico estuvo compuesto por 28 profesionales con amplia experiencia en vacunas. La distribución y la evaluación de las comunicaciones se realizaron mediante una plataforma web específica; en la distribución se tuvo en

cuenta que los 2 revisores asignados tuvieran un perfil profesional diferente con el objetivo de obtener una valoración lo más exhaustiva posible. El tiempo asignado para llevar a cabo la revisión fue de 11 días y la misma se hizo teniendo en cuenta los criterios especificados en la [tabla 1](#). Los miembros del comité científico desconocían la autoría del trabajo en el momento de la evaluación.

La puntuación de cada revisor se obtuvo mediante la media de los ítems evaluados y la puntuación final fue la media de los 2 evaluadores. El punto de corte inicial para la aceptación de las comunicaciones fue de 5 sobre 10.

Con posterioridad al proceso inicial de evaluación se dio una segunda oportunidad a las comunicaciones que no lo habían superado. Se permitió el reenvío de un resumen mejorado en función de los comentarios efectuados por los evaluadores; los nuevos resúmenes fueron revisados por los presidentes del comité científico para la determinación de su aceptación final.

### Resultados

#### Aspectos formales

Se recibieron 78 comunicaciones. De las 78 comunicaciones presentadas 16 no superaron el punto de corte en la primera fase, de estas, tras la segunda revisión, fueron aceptadas 15.

#### Origen geográfico

En la [tabla 2](#) figura la procedencia según comunidad autónoma; las 3 primeras son Madrid, Murcia y Cataluña, representando en conjunto un 57,2% del total.

#### Centro de trabajo y área temática

En la [tabla 3](#) se clasifican los trabajos según el tipo de centro de trabajo y el área temática. La categorización del centro de



**Tabla 1 – Criterios de evaluación de las comunicaciones**

<i>Originalidad / innovación</i>
¿El objetivo del estudio es original y novedoso? De 0 a 10
¿Aborda viejos temas de forma novedosa? De 0 a 10
¿Hay propuestas de mejora, originales y novedosas? De 0 a 10
<i>Estructura del resumen</i>
¿Ha cumplido con la estructura presentada según el tipo de comunicación? De 0 a 10
<i>Adecuación de la metodología empleada</i>
¿Es la metodología adecuada para el objetivo propuesto? De 0 a 10
En los casos de investigación, ¿permite la descripción de la metodología su reproducibilidad? De 0 a 10
<i>Resultados</i>
¿Son claros y fáciles de interpretar? De 0 a 10
<i>Relevancia / utilidad</i>
¿Los resultados obtenidos son relevantes? De 0 a 10
¿Son útiles y aplicables? De 0 a 10
<i>Conclusiones</i>
¿Son fáciles de interpretar por el evaluador? De 0 a 10
¿Se corresponden con los objetivos planteados? De 0 a 10
Valoración global de la comunicación. De 0 a 10

**Tabla 2 – Comunicaciones según comunidad autónoma**

Comunidad autónoma	Total	%
Madrid	18	23,4
Murcia	14	18,2
Cataluña	12	15,6
Castilla y León	9	11,7
Asturias	8	10,4
Comunidad Valenciana	7	9,1
Galicia	4	5,2
Canarias	2	2,6
Navarra	2	2,6
Andalucía	1	1,3
País Vasco	1	1,3
Total	77	100%

trabajo se ha hecho teniendo en cuenta los centros de trabajo de los autores de cada comunicación, que en ocasiones son diversos. Se clasificó en el grupo «otros» a los centros de trabajo con menos de 5 comunicaciones (centros de la

administración central, centros de referencia de la OMS, fundaciones y universidad).

Los centros hospitalarios son los que han presentado más comunicaciones, destacando en ellos los servicios de medicina preventiva. En segundo lugar, se sitúan los servicios de salud pública (vacunas, epidemiología, etc.). Continúan con un número muy inferior de comunicaciones la industria y la atención primaria (tabla 3).

Respecto al área temática, se debe comentar que muchas de las comunicaciones podían ser asignadas a diversas áreas temáticas. La clasificación y asignación se realizó de un modo relativamente arbitrario, para poder agruparlas con el objetivo de organizar las sesiones de presentación de un modo coherente teniendo en cuenta los temas tratados y el tiempo disponible en cada sesión. En todo caso se procuró categorizarlas en función del tema principal de la comunicación.

Destacan especialmente los trabajos presentados sobre COVID-19, coberturas de vacunación en grupos de riesgo, neumococo y herpes zóster.

#### Tipo de comunicación y forma de presentación

La tabla 4 muestra los datos respecto a la forma y tipo de presentación. En este congreso no hubo presentaciones en formato póster, todas las comunicaciones eran orales y se diferenciaban por la duración (estándar y relámpago).

Respecto al tipo, la categoría más importante está representada por la de investigación, con el 67,5%, seguida de la categoría experiencias (29,9%). En la categoría de trabajos de fin grado / Máster / residencia solo se presentaron 2 trabajos, ambos de fin de grado.

#### Evaluación

De las 78 comunicaciones presentadas se aceptaron en primera vuelta 62 (79,2%). Tras el proceso de reevaluación, con la posibilidad de modificar el resumen en función de las sugerencias realizadas por los revisores, se aceptaron 15 de las comunicaciones rechazadas, por lo que el número final de aceptadas fue de 77.

**Tabla 3 – Comunicaciones según centro de trabajo y área temática**

Área temática	Centro de trabajo					Total n	(%)
	Centro hospitalario	Salud pública	Industria	Atención primaria	Otros		
Calidad / conocimiento	4	4	1	1		10	12,99
COVID-19	7	2		1		10	12,99
Vacunación grupos de riesgo	6	2		2		10	12,99
Cobertura vacunal	2	1		1		4	5,19
Embarazo	1	2				3	3,90
Gripe	1	1			2	4	5,19
Herpes zóster	6	2				8	10,39
Metodología	1	2	1		1	5	6,49
Neumococo	3	2			4	9	11,69
Rotavirus		1			2	3	3,90
Seguridad	2	1	1			4	5,19
Vacuna COVID-19	1		3			4	5,19
VPH	2	1				3	3,90
Total, n	36	21	6	5	9	77	
(%)	46,75	27,27	7,79	6,49	11,69		100



**Tabla 4 – Comunicaciones según tipo y forma de presentación**

Tipo de comunicación	Forma de presentación		Total general, n	%
	Oral estándar	Oral relámpago		
Experiencias	11	12	23	29,87
Investigación	35	17	52	67,53
Trabajo fin de grado / Máster / residencia	1	1	2	2,60
Total general	47	30	77	
%	61,04	38,96		100

### Programa de detección de plagios

Las comunicaciones aceptadas se sometieron a control por un programa de detección de plagios sin que se detectara ninguna comunicación plagiada.

### Difusión

Todos los autores, excepto uno, autorizaron la difusión del resumen de sus comunicaciones mediante esta publicación.

### Conclusiones

En este Congreso se ha continuado realizando la evaluación siguiendo los criterios establecidos en el anterior congreso celebrado en Oviedo. El número de comunicaciones presentadas ha sido algo inferior (78 versus 93), no obstante, consideramos muy satisfactoria la participación tras el

periodo de aislamiento motivado por la pandemia de COVID-19.

Se recibieron comunicaciones de 11 comunidades autónomas, aunque el número es inferior al del congreso de Oviedo (14), se mantiene la aceptación del Congreso en el conjunto de la geografía española. Salvo una, las comunicaciones procedían de nuestro país y todos los resúmenes de las presentaciones fueron escritos en castellano, aunque los autores de una de ellas preguntaron si podían hacerlo en inglés. Estas 2 cuestiones deberían valorarse por la Asociación Española de Vacunología para establecer un criterio explícito en futuros congresos.

Los centros hospitalarios y de salud pública continúan siendo los que aportan el mayor número de presentaciones. En todo caso, aunque con un número menor de comunicaciones, es destacable la participación de organismos de referencia, como el Centro Nacional de Microbiología o el Centro Nacional de Gripe. También queremos destacar el incremento, respecto a los congresos anteriores, de la participación de los departamentos médicos de la industria farmacéutica.

Agradecemos a los autores/as que hayan elegido este Congreso para la presentación de sus trabajos.

Luis Urbiztondo Perdices y Eva Borràs López

Comité Científico del XI Congreso de la Asociación Española de Vacunología, Cataluña, España

<https://doi.org/10.1016/j.vacun.2022.10.001>  
1576-9887/

© 2022 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.



# Vacunas

[www.elsevier.es/vac](http://www.elsevier.es/vac)



## XI CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE VACUNOLOGÍA Lleida, 20-22 de octubre de 2022

### INVESTIGACIÓN: ORAL ESTÁNDAR

#### 1. IE-6547. Evolución de los errores programáticos para la vacuna hexavalente y triple vírica de 2016 a 2021

E. Pastor Villalba, M. Escrig Collado, I. Notivoli Marín, M.V. Segura García, A. Ten Gil, J.A. Lluch Rodrigo

*Dirección General de Salud Pública y Adiciones, Conselleria de Sanitat Universal y Salud Pública, Valencia, España*

#### Introducción y objetivos

Los errores programáticos (EPV) son evitables, y van desde la administración de una dosis fuera de ficha técnica, hasta administrar una vacuna sin reconstituir o caducada. Se deben informar a farmacovigilancia de estos. El Sistema de Información Vacunal, los recoge desde el 2012. El objetivo es conocer los EPV y sus motivos para la vacuna hexavalente y triple vírica (TV).

#### Métodos

Análisis descriptivo de los EPV finalizados en el SIV, del 2016 al 2021, por sexo, grupos de edad, tipo de error, motivo y mes en el que se produjeron para las vacunas hexavalente y TV.

#### Resultados

Se declararon en el periodo analizado 488 EPV para la hexavalente y 143 para la TV; con tasas para la hexavalente de entre 3 y 17,54 × cada 10.000 vacunados y de 0,91 y 8,59 para la triple vírica. Para la vacuna hexavalente, el 41,80% de los EPV se dieron en hombres, el 58,20% en menores de un año, siendo el 36,89% por motivo de manipulación (no reconstitución). Septiembre, junio y abril fueron los meses con mayor número de EPV. Para la TV el 46,15% fueron en mujeres, el 83,92% entre 1 y 4 años, siendo el 60,14% por no reconstitución. Marzo, mayo, abril y octubre fueron los meses con mayor número de EPV en los 6 años estudiados.

#### Conclusiones

La tasa de EPV es baja para ambas vacunas. Los errores programáticos están determinados por el calendario de vacunación, por el manejo y la presentación del tipo de vacuna y por las sustituciones en enfermería (formación).

**Palabras clave:** Errores programáticos, Vacuna hexavalente, Vacuna triple vírica

doi:10.1016/j.vacun.2022.09.002

#### 2.

#### IE-7644. Factores asociados a la vacunación frente a rotavirus en los lactantes no prematuros

Y. Molina Salas<sup>a</sup>, F.J. Romera Guirado<sup>a</sup>, M.C. Sánchez Marín<sup>a</sup>, A. Urrea Romera<sup>a</sup>, J.J. Pérez Martín<sup>b</sup>

<sup>a</sup>*Servicio de Salud Pública de Lorca, Murcia, España*

<sup>b</sup>*Consejería de Salud de la Región de Murcia, Murcia, España*

#### Introducción y objetivos

Las vacunas fuera de calendario sistemático, entre las que se encuentra la del rotavirus, generan desigualdades entre los lactantes, ya que las oportunidades de inmunización no son las mismas para todos al no estar financiadas. Se planteó como objetivo calcular la cobertura vacunal frente al rotavirus y analizar los factores asociados con su administración en los lactantes no prematuros.

#### Métodos

Estudio de cohortes retrospectivo. La cohorte estuvo constituida por 297 lactantes nacidos en el 2017, pertenecientes a 2 zonas básicas de la salud. Los datos se obtuvieron a través de un cuestionario *ad hoc* realizado telefónicamente, donde se recogieron variables sociodemográficas y socioeconómicas de los padres/tutores. El estado vacunal del lactante fue verificado por el Registro Regional de Vacunaciones y por el Registro de Atención Primaria OMIap. Se calculó la tasa de cobertura vacunal frente al rotavirus y su asociación con dichas variables. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 25.0.

#### Resultados

La tasa de respuesta del cuestionario fue del 82,5% (n = 245). La cobertura vacunal con al menos una dosis frente a rotavirus fue del 61,6% (n = 151). El 56,7% (n = 131) había completado correctamente la pauta de vacunación. Las variables que más se asociaron de forma independiente a la vacunación no financiada, una vez hecho el ajuste estadístico, fue la nacionalidad española de los padres/tutores (OR = 8,2 [IC 95% = 3,9 a 17,2], p < 0,001) y el nivel de estudios superior de la madre (OR = 3,7 [IC 95% = 1,7 a 8,3], p < 0,001).

#### Conclusiones

La cobertura vacunal frente al rotavirus fue alta, asociándose la vacunación a factores socioeconómicos, siendo el nivel de estudios alto de la madre y la nacionalidad española los que más se asociaron a la vacunación.

**Palabras clave:** Lactante no prematuro, Vacuna contra rotavirus, Factores socioeconómicos

doi:10.1016/j.vacun.2022.09.003

---

### 3.

#### **IE-7667. La pérdida de años de vida ajustados por calidad debido a la enfermedad meningocócica invasiva causada por el serogrupo B en España**

L.A. Vallejo-Aparicio<sup>a</sup>, A. García<sup>a</sup>, N. Begum<sup>a</sup>, G. Nikitas<sup>b</sup>, M.C. González-Inchausti<sup>a</sup>, E. de Gomensoro<sup>a</sup>

<sup>a</sup>GSK

<sup>b</sup>Trabajadora contingente para GSK

#### **Introducción**

La enfermedad meningocócica invasiva causada por el serogrupo B (MenB) tiene un grave impacto en los pacientes y sus familiares debido a las secuelas potencialmente incapacitantes, aunque su carga global continúa infravalorada. El objetivo fue estimar los años de vida ajustados por la calidad (AVAC) perdidos por MenB desde la perspectiva social (pacientes/familiares/cuidadores).

#### **Métodos**

Se adaptó una herramienta Excel, basada en la incidencia al entorno español, con horizonte de toda la vida y datos epidemiológicos (casos/defunciones), de esperanza de vida y utilidad basal españoles, así como de utilidad y probabilidad de secuelas procedentes de la literatura. Los efectos indirectos sobre los familiares/cuidadores se estimaron con base en la literatura. Se aplicó la tasa de descuento del 3% y se realizaron análisis de sensibilidad determinísticos y probabilísticos (ASD y ASP).

#### **Resultados**

La pérdida total de AVAC para 142 casos de MenB fue de 572 (4,03/caso), el 81 y 19% debido a pérdidas directas (pacientes) e indirectas (familiares/cuidadores), respectivamente. La mayor pérdida se debió a las secuelas (60,5% pacientes y 84,6% familiares/cuidadores), seguido de la mortalidad y la fase aguda (más visibles y tradicionalmente analizadas en evaluaciones económicas). La mortalidad implicó una pérdida de 17,62 AVAC/muerte. El efecto indirecto se incrementó hasta el 29% en los niños < 1 año y de 5-9 años. El 48% de la pérdida total (273,49 AVAC) se centró en los niños < 5 años. El ASD mostró mayor influencia de la tasa de descuento y el ASP reveló una probabilidad del 98% de que la pérdida total de AVAC alcanzara el caso base.

#### **Conclusiones**

Desde la perspectiva de la sociedad española, la MenB se asoció a una pérdida total de 572 AVAC (4,03 AVAC/caso o 17,62 AVAC/muerte), con un 19% debido al impacto indirecto sobre familiares/cuidadores, mostrando la elevada carga humanística principalmente debida a las secuelas.

**Palabras clave:** AVAC, Años de vida ajustados por calidad, MenB

doi:10.1016/j.vacun.2022.09.004

---

### 4.

#### **IE-7684. Vacunación autofinanciada: ¿son comparables los grupos vacunados y los no vacunados?**

M. López Lacort<sup>a</sup>, C. Muñoz Quiles<sup>a</sup>, J. Díez Domingo<sup>a,b</sup>, A. Orrico Sánchez<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup>Área de Investigación en Vacunas, Fisabio-Salud Pública, Valencia, España

<sup>b</sup>Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir, Valencia, España

#### **Introducción**

Los estudios de efectividad vacunal (EV) utilizando datos de la vida real están adquiriendo mayor relevancia en la toma de decisiones sobre la salud pública. La fiabilidad de sus resultados depende, entre otros factores, de la comparabilidad entre los sujetos vacunados y no vacunados.

#### **Métodos**

Estudio descriptivo poblacional, utilizando bases de datos sanitarias, de los potenciales factores de confusión que podrían influir en la estimación de la EV frente al rotavirus (RV) en la prevención de gastroenteritis agudas en atención primaria (AP) en niños de entre 2 meses y 5 años de edad. Estas vacunas son autofinanciadas por la población. Las potenciales variables de confusión analizadas en vacunados y no vacunados incluyeron: otras vacunas no financiadas (meningitis B), factores demográficos (año de nacimiento, sexo, región de residencia [correspondiente al distrito sanitario], riesgo de exclusión social y nacionalidad), clínicos (enfermedad congénita), y comportamiento de la búsqueda de atención sanitaria (número de visitas por todas las causas por niño-año y visitas por otra causa menor no relacionada [visitas por resfriado común] por niño-año).

#### **Resultados**

La población de estudio incluyó a 378.083 niños (168.442 vacunados y 209.661 no-vacunados). Se encontraron diferencias en términos de provincia, departamento de salud y residencia rural entre los vacunados y no vacunados. El riesgo de exclusión social y el porcentaje de extranjeros fue superior en los no vacunados. El porcentaje de niños con enfermedades congénitas fue superior en los vacunados. La tasa media de visitas de AP por cualquier causa (11,4 frente a 9,7/niño-año) y las de resfriado común (1,58 frente a 1,24/niño-año) fueron 20-30% mayores en los vacunados. Los vacunados tienden a tener mayor cobertura de otras vacunas no financiadas.

#### **Conclusiones**

La comparabilidad de los grupos vacunados y no vacunados se ve comprometida cuando se estudian vacunas no financiadas, debiéndose utilizar técnicas de análisis apropiadas para reducir posibles sesgos.

**Palabras clave:** Efectividad, Datos de vida real, Confusión

doi:10.1016/j.vacun.2022.09.005

---

## 5. IE-7686. Las vacunas frente a rotavirus, ¿previenen visitas de primaria?

M. López Lacort<sup>a</sup>, C. Muñoz Quiles<sup>a</sup>, J. Díez Domingo<sup>b</sup>, A. Orrico Sánchez<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Área de Investigación en Vacunas, FISABIO-Salud Pública, Valencia, España

<sup>b</sup>Área de Investigación en Vacunas, FISABIO-Salud Pública, Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir, Valencia, España

### Introducción

La efectividad vacunal (EV) frente a rotavirus (RV) en la prevención de hospitalizaciones ha sido ampliamente estudiada, no así en la prevención de consultas de atención primaria (AP). Ningún estudio ha estimado su efectividad en un sistema sanitario con vacunación privada y cobertura moderada como España. Hemos evaluado la EV frente a RV y la inmunidad de grupo para prevenir episodios de gastroenteritis aguda en atención primaria (GEA-AP) en menores de 5 años.

### Métodos

Estudio poblacional de cohorte retrospectivo utilizando registros sanitarios electrónicos incluyendo a todos los niños de 2 meses a 5 años nacidos entre 2009 y 2018. Se obtuvieron poblaciones de vacunados/no-vacunados balanceadas mediante «propensity score matching». Se estimó la EV global y por grupo de edad comparando las tasas de GEA-AP (durante las temporadas de RV; noviembre-abril; 2009-2018) entre vacunados y no-vacunados mediante regresión de Poisson. El impacto indirecto en no-vacunados se estimó utilizando toda la población sin balancear. Comparamos las tasas de GEA-AP entre no-vacunados expuestos a diferentes coberturas de vacunación mediante regresión de Poisson.

### Resultados

La población de estudio incluyó a 378.083 niños (168.442 vacunados). Hubo 245.635 episodios de GEA-AP durante las 9 temporadas estudiadas. La cobertura vacunal media osciló entre 17 y 61%, dependiendo del año de nacimiento, mostrando gran variabilidad entre departamentos de salud. En general, la EV para prevenir consultas de GEA-AP fue del 10,4% (IC95%: 9-11,8). El efecto rebaño en los episodios de GEA-AP osciló entre el 4% (cuando la cobertura vacunal era del 20-30%) y el 18% (con coberturas superiores al 70%).

### Conclusiones

Las vacunas frente a RV previenen aproximadamente una de cada 10 GEA-AP en niños menores de 5 años. Cuando se consigue una cobertura elevada, estas vacunas podrían prevenir indirectamente más del 20% de los episodios en niños no-vacunados.

**Palabras clave:** Efectividad, Datos de vida real, Rotavirus

doi:10.1016/j.vacun.2022.09.006

## 6. IE-7717. Los Servicios de Urgencias como aliados en la notificación de sospecha de reacciones adversas asociadas a la vacunación COVID-19

I. González-Iglesias<sup>a</sup>, M. Fernández-Prada<sup>a</sup>, E. Martín-Aragonés<sup>a</sup>, P. Penanes-Alonso<sup>b</sup>, P. Cienfuegos-González<sup>a</sup>, M.J. Zapico-Baragaño<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Hospital Vital Álvarez Buylla, Mieres, España

<sup>b</sup>Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón, España

### Introducción

La notificación de sospechas de reacciones adversas (RAM) asociadas a las vacunas es responsabilidad de todos y debe realizarse desde cualquier punto de vacunación (atención primaria, servicios de urgencias, servicios de medicina preventiva y salud pública o centros de vacunación internacional, entre otros). El objetivo de esta investigación es describir la frecuencia de notificación de RAM asociada a las vacunas COVID-19 desde un servicio de urgencias.

### Métodos

Estudio descriptivo sobre la notificación de RAM asociada a las vacunas COVID-19 desde el servicio de urgencias de un hospital comarcal entre diciembre 2020 y febrero 2022. Se han registrado las siguientes variables: edad, sexo, grupo poblacional, tipo de vacuna, número de dosis, tratamiento específico, antecedente de COVID-19 y tipo de reacción. Los análisis se han realizado utilizando el programa Microsoft Excel 2003.

### Resultados

Se notificaron un total de 500 sospechas de RAM, de las cuales 119 fueron pacientes que acudieron al Servicio de Urgencias. El 71% (84) fueron mujeres, la media de edad global fue 55 años (rango 11-95 años). El 79,8% (95) fueron de personas correspondientes a la población en general, mientras que el 20,1% (24) fueron del grupo de trabajadores sanitarios, sociosanitarios y docentes. La vacuna más notificada fue COMIRNATY (69,7%), seguido de Vaxzevria (23,5%). La primera dosis registró el 64,7% (77) de las notificaciones. Los motivos de consulta y diagnósticos más frecuentes fueron cefaleas (30), malestar general (17), tromboembolismos (11) y adenopatías (10). En el 25% de las evaluaciones el paciente precisó un tratamiento específico (corticoides o antihistamínicos). Solamente el 2,5% de los pacientes presentaban antecedentes de COVID-19.

### Conclusiones

La formación e implicación de los profesionales de los servicios de urgencias en la notificación de RAM relacionadas con las vacunas COVID-19 enriquece la ciencia, mejora la calidad de las fichas técnicas y contribuye a la mejora de la práctica clínica.

**Palabras clave:** Urgencias, Notificación, COVID-19

doi:10.1016/j.vacun.2022.09.007

## 7. IE-7732. Análisis coste-utilidad del uso de la vacuna antineumocócica 20-valente en los adultos mayores de 60 años en España

D. Cantarero<sup>a</sup>, D. Ocaña<sup>b</sup>, M.A. Onieva-García<sup>c</sup>, J. Rodríguez-García<sup>d</sup>, P. Gálvez<sup>e</sup>, A. López-Ibáñez de Aldecoa<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Departamento de Economía, Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Universidad de Cantabria, Cantabria, España

<sup>b</sup>Atención Primaria, Centro de Salud Algeciras-Norte, Algeciras, España

<sup>c</sup>Unidad de Medicina Preventiva, Hospital Costa del Sol, Málaga, España

<sup>d</sup>Servicio de Medicina Preventiva, Unidad de Vacunación del Paciente Inmunodeprimido, Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca, España

<sup>e</sup>Departamento Médico de Vacunas, Pfizer S.L.U, Alcobendas, España

<sup>f</sup>Departamento de Investigación de Resultados y Economía de la Salud, Pfizer S.L.U, Alcobendas, España

### Objetivos

Se realizó un estudio de coste-utilidad para evaluar la eficiencia de implementar una estrategia de vacunación con la vacuna

antineumocócica 20-valente (VNC20) en la población mayor de 60 años en España, para la prevención de la neumonía no bacteriémica (NNB) y la enfermedad neumocócica invasiva (ENI).

### Métodos

Se diseñó un modelo de Markov, con ciclos anuales y horizonte temporal a 10 años, en un escenario de pre-pandemia. La población de análisis se estratificó por grupos de edad y riesgo (bajo, moderado y alto). Se comparó la estrategia vacunal de una dosis de VNC20 frente a la pauta secuencial de una dosis de vacuna antineumocócica conjugada 15-valente (VNC15) seguida de una dosis de vacuna antineumocócica polisacárida (VNP23). El análisis se realizó desde la perspectiva social incluyendo costes directos e indirectos (€, 2018), aplicando un descuento del 3% en los costes y efectos. Todos los parámetros y asunciones fueron validados por un panel de expertos. Para evaluar la robustez del modelo se realizaron análisis de sensibilidad determinísticos y probabilístico (ASP).

### Resultados

Los resultados del estudio reflejan que la estrategia vacunal con VNC20 es una opción dominante frente a la pauta secuencial (VNC15 + VNP23), generando en 10 años un ahorro en costes directos de 65 millones de euros (M€) e indirectos de 3,9 M€, con una diferencia en años de vida ajustados por calidad (AVAC) inferior a 0,1. Asimismo, en comparación a la estrategia secuencial, con VNC20 se evitarían 2.161 casos de ENI, 19.470 de NNB y 3.396 muertes. Según el ASP la probabilidad de VNC20 de ser coste-efectivo frente a pauta secuencial (VNC15 + VNP23) es del 100%.

### Conclusiones

La estrategia vacunal con una dosis de VNC20 en la población adulta española mayor de 60 años es más efectiva y menos costosa (dominante) que la vacunación con pauta secuencial (VNC15 + VNP23).

**Palabras clave:** Vacuna, Antineumocócica, Coste-utilidad

doi:[10.1016/j.vacun.2022.09.008](https://doi.org/10.1016/j.vacun.2022.09.008)

## 8.

### IE-7808. Resultados iniciales de la vacunación frente a herpes zóster

F. Baigorria Feltrin<sup>a</sup>, M. García Cenoz<sup>b</sup>, A. Sarasola Erviti<sup>a</sup>, A. Gasque Satrustegui<sup>a</sup>, S. Marquín Noriega<sup>a</sup>, J. Chamorro Camazón<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Hospital Universitario de Navarra, Navarra, España

<sup>b</sup>Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra, Navarra, España

### Objetivos

Describir los resultados del programa de vacunación frente a herpes zóster en grupos de riesgo iniciado en nuestra Comunidad Autónoma (CCAA) en mayo de 2022.

### Métodos

Análisis retrospectivo de los pacientes que recibieron al menos una dosis de vacuna recombinante de subunidades adyuvada (Shingrix). Los datos se obtuvieron de la plataforma Inmunis del Instituto de Salud Pública y Laboral (ISPLN). Los pacientes fueron clasificados según el grupo de riesgo definido por la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Se evaluó la cobertura de vacunación para cada grupo, así como la negativa a la vacunación expresada por el paciente o contraindicada por su especialista.

### Resultados

La población priorizada para vacunación fueron 3.224 pacientes, el 68% (1.016) son pacientes oncológicos con quimioterapia. De mayo a junio se administraron 1.494 dosis a 1.469 pacientes. Se ha vacunado a más del 50% de la población de los grupos de TPH, TOS, anti-Jak y VIH. La población que más se adhiere a la vacunación son los pacientes en tratamiento con anti-JaK. La negativa a la vacunación es mayor en los pacientes VIH y en los que realizan tratamiento de quimioterapia (11,9 y 10%, respectivamente). En los pacientes VIH el 47% de la negativa fue por el propio paciente y el 18% contraindicada por el especialista. En los pacientes con quimioterapia el 46% fue por negativa del paciente y en el 9% por contraindicación del especialista.

### Conclusiones

Podría haber factores intrínsecos en los pacientes, que predispongan a tener dudas frente a la vacunación y disminuir la adherencia a la misma. Determinadas especialidades médicas tienen una relación muy estrecha con el paciente y su opinión es crucial para la toma de decisiones del paciente. Es necesario difundir campañas de información sobre vacunación dirigidas a los pacientes y a profesionales para generar confianza, aumentando la adherencia a la vacunación.

**Palabras clave:** Vacunación, Herpes zóster, Adherencia

doi:[10.1016/j.vacun.2022.09.009](https://doi.org/10.1016/j.vacun.2022.09.009)

## 9.

### IE-7856. Vacunación del adulto como estándar de salud

A. Rodríguez Díaz, Y. Ruiz García, J.M. Blanc Rodríguez-Arias

GSK

### Introducción

En el siglo XXI, el porcentaje de personas mayores está aumentando en Europa. La utilidad de la vacunación está cambiando: de salvar vidas a mejorar la salud de las sociedades modernas. En España, el porcentaje de la población  $\geq 65$  años, actualmente del 18,7%, alcanzaría el 25,6% en 2031 y el 34,6% en 2066.

### Objetivos

Establecer las ventajas de la vacunación del adulto como estándar de salud y su impacto en este grupo etario.

### Métodos

Para esta revisión no sistemática de la literatura hemos utilizado como palabras clave «inmunosenescencia», «envejecimiento saludable», «adyuvante» y «resistencia antimicrobiana», incluyendo publicaciones que cumpliesen con los criterios establecidos.

### Resultados

En Europa, los adultos presentan un mayor porcentaje de muertes relacionadas con enfermedades prevenibles por vacunación, asociándose con miles de hospitalizaciones. En España, en 2018 hubo casi 75.000 casos de estas enfermedades en todas las edades. A medida que envejecemos, el sistema inmune se deteriora de manera progresiva. Este proceso, denominado inmunosenescencia, conlleva una reducción de la capacidad del sistema inmune para elaborar respuestas efectivas frente a enfermedades infecciosas, incluyendo una menor respuesta a las vacunas tradicionales, y predisponiendo a las personas mayores a un mayor riesgo de infección y mortalidad. Las nuevas estrategias de vacunación, como los sistemas adyuvantes,



ayudan a superar las bajas respuestas a esta al modular y potenciar la respuesta inmune. Además, la vacunación contribuye a la reducción de las resistencias antimicrobianas: al introducirse la vacunación de gripe en la población general en Ontario, la prescripción de antibióticos se redujo en un 65% en los siguientes 5 años.

### Conclusiones

Existe una necesidad de establecer la vacunación del adulto como un estándar de salud y contribuir a su bienestar, promoviendo el envejecimiento saludable de nuestras sociedades. A través de la vacunación, los adultos mayores pueden permanecer más sanos, reduciendo además el coste sanitario.

**Palabras clave:** Inmunosenescencia, Adyuvantes, Resistencia antimicrobiana

doi:10.1016/j.vacun.2022.09.010

## 10.

### IE-7869. Cobertura vacunal en los pacientes VIH-sida y factores relacionados a la vacunación

Y. Molina Salas<sup>a</sup>, F.J. Romera Guirado<sup>a</sup>, A. Urrea Romera<sup>a</sup>, R. Navarro Guerrero<sup>a</sup>, M.J. Romera Guirado<sup>a</sup>, J.J. Pérez Martín<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Salud Pública Lorca, Murcia, España

<sup>b</sup>Consejería de Salud Región de Murcia, Murcia, España

### Introducción y objetivos

Los pacientes diagnosticados de VIH tienen un mayor riesgo de enfermedades infecciosas prevenibles mediante la vacunación. El objetivo del estudio fue conocer las coberturas vacunales y evaluar los factores relacionados con la vacunación en este colectivo.

### Métodos

Estudio transversal analítico. La población de estudio fueron todos los pacientes con diagnóstico nuevo VIH-sida durante el periodo 2013-2018. Se recogieron variables clínicas y sociodemográficas del Registro de Enfermedades de Declaración Obligatoria. El estado vacunal fue verificado en el registro Regional de Vacunas y OMIap en el momento del estudio. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 25.0.

### Resultados

Se notificaron 58 casos nuevos de VIH-sida. El 77,6% (n = 45) fueron hombres. La edad media al diagnóstico fue 39,5 (DE: 9,56) años. El 55,3% (n = 32) eran extranjeros. Se encontraban en estadio sida el 31% (n = 18). El 77,6% (n = 45) habían sido captados por el Programa de Vacunaciones, contactando con todos los pacientes VIH-sida de forma significativa a partir del año 2015 (p < 0,001). Observamos que de estos 45 pacientes que tenían una prescripción vacunal, habían cumplido correctamente la pauta recomendada frente a meningococo A, C, W, Y el 44,8% (n = 26), frente a hepatitis B el 65,5% (n = 38), para neumococo 13 el 56,9% (n = 33) y para neumococo 23 el 43,1% (n = 25). Solo el 40% (n = 18) de ellos se vacunó correctamente acorde a la prescripción propuesta. La adherencia no se asoció ni al sexo (p = 0,87), ni a la edad (p = 0,88), ni a la nacionalidad (p = 0,33), ni tampoco al estadio sida (p = 0,79).

### Conclusiones

La captación fue completa a partir del año 2015. Las coberturas vacunales fueron moderadas. La adherencia no se asoció ni a factores clínicos ni sociodemográficos. Se debería garantizar la cobertura vacunal óptima en este colectivo frágil, ya que desempeñaría un papel crucial en la disminución de la incidencia de potenciales enfermedades infecciosas.

**Palabras clave:** VIH-sida, Cobertura vacunal, Factores relacionados

doi:10.1016/j.vacun.2022.09.011

## 11.

### IE-7877. Noticias digitales sobre vacunas: ¿el titular nos ofrece siempre un conocimiento real de la noticia?

M.C. Valcárcel Gómez<sup>a</sup>, M. Pérez Martínez<sup>a</sup>, B.A. Medina Infante<sup>b</sup>, M. Zornoza Moreno<sup>a</sup>, Y.E. Molina Salas<sup>c</sup>, J.J. Pérez Martín<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Prevención y Protección de la Salud, Consejería de Salud, Murcia, España

<sup>b</sup>Servicio de Promoción de la Salud, Consejería de Salud, Murcia, España

<sup>c</sup>Servicio de Salud Pública de Lorca, Murcia, España

<sup>d</sup>Subdirección General de Prevención, Promoción de la Salud y Adicciones, Consejería de Salud, Murcia, España

### Introducción y objetivos

En este contexto en el que cualquier usuario puede convertirse en un improvisado medio de comunicación, surge la necesidad de medir en qué grado los titulares de una noticia tienen concordancia con su contenido. El objetivo principal es evaluar las noticias emitidas por el periodismo digital teniendo en cuenta una posible discordancia entre titular y contenido.

### Métodos

Consiste en un estudio transversal analítico de 1.000 noticias digitales procedentes de alertas de Google entre el 23 de febrero y el 10 de junio de 2022, relacionadas con «vacuna» y «vacunación», en español y de todas las regiones del mundo. Se codificó el titular y el contenido de las noticias por 2 investigadores de forma independiente, siendo 0 (noticias neutras); 1 (noticias provacunación); -1 (noticias antiinmunización). El tercer investigador intervino cuando existió discordancia entre los investigadores principales. Para medir la concordancia existente entre el titular y el contenido observada por los 3 investigadores, se utilizó como medida estadística el índice de Kappa.

### Resultados

De 1.000 noticias, se descartaron 27 por discordancia interinvestigador, 16 catalogadas como «varias noticias» y 41 como «no acceso libre», resultando 916 noticias válidas. En la tabla observamos las frecuencias relativas y absolutas de respuestas para titular y contenido. Se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas, hallando un tono positivo hacia la vacunación en un 32,1% de titulares, mientras que en el contenido en un 67,1%. El acuerdo global, sin ponderar, entre titular y contenido fue del 56,4% (k = 0,28 [IC 95%: 0,23 a 0,32] p < 0,001) (tabla 2), lo que se considera una concordancia baja y no debida al azar.

### Conclusiones

Queda demostrado que el porcentaje de codificación negativa es superior en titulares con respecto al contenido de noticias. Esto puede

**Tabla 1.** Frecuencias relativas y absolutas de la clasificación de titulares y contenidos de noticias.

		CLASIFICACIÓN CONTENIDO				
		-1	0	1	TOTAL TITULAR	%
CLASIFICACIÓN	-1	19	34	17	70	7,6%
TITULAR	0	4	224	324	552	60,3%
	1	2	18	274	294	32,1%
TOTAL CONTENIDO		25	276	615	916	100%
	%	2,7%	30,1%	67,1%		

Fuente: Elaboración propia, 2022

**Tabla 2.** Concordancia observada entre titular y contenido de las noticias.

Ponderación	Acuerdo observado	Kappa	Error standard IC	P valor	95% IC asintótico
No ponderado	56,44%	,27504	,02259	,00000	,2308 to ,3193
Lineal	77,18%	,30954	,02267	,00000	,2651 to ,3540
Cuadrática	87,55%	,36263	,02662	,00000	,3104 to ,4148
Categorías					
-1	93,78%	,37486	,06368	,00000	,2500 to ,4997
0	58,52%	,23287	,02569	,00000	,1825 to ,2832
1	60,59%	,29796	,02285	,00000	,2532 to ,3427

Fuente: Elaboración propia, 2022

suponer que el lector se quede únicamente con la información del titular sin profundizar en la noticia, llevándose una idea errónea de esta.

**Palabras clave:** Vacuna, Titulares, Noticias

doi:10.1016/j.vacun.2022.09.012

## 12. IE-7878. Cumplimiento de las pautas vacunales en la enfermedad inflamatoria intestinal

C. García Serrano<sup>a</sup>, G. Mirada Masip<sup>b</sup>, E.M. Artigues Barberà<sup>c</sup>, P. Estany Almirall<sup>d</sup>, J. Sol Cullere<sup>c</sup>, M. Ortega Bravo<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Centro de Atención Primaria, Balaguer, Lleida, España

<sup>b</sup>Agència de Salut Pública de Catalunya, Lleida, España

<sup>c</sup>Unitat de Suport a la Recerca Lleida -IDIAPJGol, España

<sup>d</sup>Centro de Atención Primaria Artesa de Segre, Lleida, España

### Introducción

Los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) tienen mayor riesgo de infecciones oportunistas inmunoprevenibles. El objetivo fue analizar el cumplimiento de pautas vacunales en los sujetos con EII.

### Métodos

Estudio descriptivo, transversal, retrospectivo (junio 2016). Población: adultos con diagnóstico de EII. Variable dependiente: «cumplimiento pautas vacunales». Independientes: sexo, edad, diagnóstico, vacunación contra sarampión, varicela, tétanos-difteria, gripe, enfermedad neumocócica, hepatitis B. Recogida de datos: historia clínica. Análisis de datos: media, desviación estándar, prevalencia (intervalos de confianza 95%), pruebas de  $\chi^2$  y Mann-Whitney.

### Resultados

La mayor tasa de cumplimiento de pautas vacunales en la población total fue del 69,5% en la vacunación de sarampión, seguida del 48,6% tétanos, 41% hepatitis B, 36,2% varicela, 31,4% gripe y 13% enfermedad neumocócica (Tabla 1). Por otro lado, se observa que un 2,22% y un 0,95% de los pacientes fueron vacunados contra el sarampión y la varicela respectivamente, durante el periodo de inmunosupresión (30 días antes del tratamiento inmunosupresor y 30 días después de finalizarlo) (Tabla 2).

### Conclusiones

El cumplimiento de las pautas vacunales en EII es bajo. En consecuencia, se ha realizado una intervención a los profesionales implicados en el diagnóstico y el seguimiento de EII, creando un protocolo común entre la atención primaria y la hospitalaria, y realizando sesiones informativas sobre el mismo con el fin de mejorar la vacunación (datos pendientes de publicación).



**Tabla 1.** Cumplimiento de pautas vacunales.

	Total	Enfermedad Crohn	Colitis Ulcerosa
	N=315	N=101	N=214
Sarampión	219 (69.5%)	74 (73.3%)	145 (67.8%)
Varicela	114 (36.2%)	47 (46.5%)	67 (31.3%)
Tétanos	153 (48.6%)	43 (42.6%)	110 (51.4%)
Gripe	99 (31.4%)	42 (41.6%)	57 (26.6%)
E. neumocócica	41 (13.0%)	22 (21.8%)	19 (8.88%)
Hepatitis B	129 (41.0%)	54 (53.5%)	75 (35.0%)

**Tabla 2.** Vacunación en periodo de inmunosupresión.

	Total	Enfermedad Crohn	Colitis Ulcerosa	p.overall
	N=315	N=101	N=214	
Sarampión	7 (2.22%)	4 (3.96%)	3 (1.40%)	0,217
Varicela	3 (0.95%)	1 (0.99%)	2 (0.93%)	1

**Palabras clave:** Vacunación, Inmunización, Enfermedad inflamatoria intestinal

doi:10.1016/j.vacun.2022.09.013

### 13.

#### **IE-7881. Reactogenicidad de una vacuna de proteína recombinante contra el SARS-CoV-2 (PHH-1V) como refuerzo heterólogo: diferencias según la vacunación primaria previamente recibida y según el historial de infección de COVID-19**

C. Borralleras Fumaña, J. Corominas García, M.T. Prat Cabañas, L. Ferrer Soler, I. Güell Casellas, E. Torroella Busquets

Hipra, Amer

#### **Introducción**

En Europa, la amplia cobertura vacunal, juntamente con las actuales tasas de infección de la población por el virus SARS-CoV-2 ponen de manifiesto la necesidad de vacunas de segunda generación que constituyan un refuerzo seguro y efectivo contra nuevas variantes de SARS-CoV-2. El refuerzo heterólogo con vacunas de proteína recombinante con capacidad de protección frente a las variantes del virus podría ser una buena estrategia para mejorar la protección contra la COVID-19.

#### **Métodos**

Ensayo clínico (NCT05246137) de fase III, abierto, no-controlado y multicéntrico en una cohorte de voluntarios ( $\geq 16$  años) vacunados

con AstraZeneca, Janssen, Pfizer-BioNTec o Moderna al menos 3 meses antes de la administración de una dosis de refuerzo con la vacuna de proteína recombinante PHH-1V (basada en las variantes Alfa y Beta). La reactogenicidad tras el recuerdo heterólogo se evaluó en función del régimen de vacunación primaria recibido y del historial previo de infección por SARS-CoV-2.

#### **Resultados**

De los 2.646 sujetos que completaron el día 14 posvacunación, el 86,96% presentó al menos un efecto adverso, la mayoría de intensidad leve o moderada. Las reacciones adversas más comunes fueron dolor en el lugar de la inyección (82,01%), fatiga (31,25%) y dolor de cabeza (30,88%). En el análisis de subgrupos, no se observaron diferencias relevantes en el perfil de seguridad según la primovacunación recibida ni según el historial de COVID-19. Ninguna de las vacunaciones primarias previas mostró más reactogenicidad que otras después de la vacunación de refuerzo con PHH-1V.

#### **Conclusiones**

La vacuna PHH-1V fue bien tolerada y segura, independientemente de la vacunación primaria recibida o de una infección previa por COVID-19. El refuerzo heterólogo con PHH-1V puede ser una estrategia segura e interesante para las próximas campañas de vacunación en individuos ya inmunizados con vacunas de mRNA y/o vector.

**Palabras clave:** Proteína recombinante, Infección SARS-CoV-2, Vacuna COVID-19

doi:10.1016/j.vacun.2022.09.014

**14.****IE-7884. Inmunogenicidad de una vacuna de proteína recombinante contra el SARS-CoV-2 (PHH-1V) como refuerzo heterólogo en individuos previamente vacunados contra la COVID-19**

S. de Cambra Florensa, J. Corominas Garia, M.T. Prat Cabañas, E. Torroella Busquets

HIPRA, Amer

**Introducción**

A pesar del éxito de los programas de vacunación contra el SARS-CoV-2, la situación no está controlada. PHH-1V es una vacuna de proteína recombinante basada en las variantes alfa y beta diseñada específicamente para conferir protección contra variantes del SARS-CoV-2 y utilizarse como refuerzo heterólogo en los individuos previamente vacunados para mejorar su protección.

**Métodos**

Ensayo clínico (NCT05142553) multicéntrico, doble ciego, controlado, de no-inferioridad comparado con la vacuna de mRNA de Pfizer-BioNTech (BNT162b2). Setecientos sesenta y cinco voluntarios previamente vacunados con 2 dosis de BNT162b2, por lo menos 6 meses antes, fueron aleatorizados (2:1) para recibir una dosis de recuerdo con PHH-1V o BNT162b2. La respuesta inmunitaria humoral se estudió mediante la titulación de anticuerpos neutralizantes para las variantes beta, delta, ómicron (BA.1) y Wuhan de SARS-CoV-2 a los 14 y 98 días tras la dosis de refuerzo con PHH-1V o BNT162b2.

**Resultados**

Ambas vacunas generaron una buena respuesta humoral. Los ratios de los títulos de anticuerpos neutralizantes de BNT162b respecto a PHH-1V tras la dosis de refuerzo demuestran no-inferioridad de PHH-1V para la variante delta y superioridad para las variantes beta y ómicron a día 14. A los 98 días después de la dosis de refuerzo, los niveles de anticuerpos neutralizantes descendieron en ambos grupos, pero este descenso fue menor en los sujetos vacunados con PHH-1V comparado con BNT162b2 frente a todas las variantes estudiadas.

**Conclusiones**

El refuerzo heterólogo con PHH-1V genera altos niveles de anticuerpos neutralizantes para todas las variantes de preocupación estudiadas, mostrando además un menor descenso de los niveles de anticuerpos neutralizantes a los 98 días, comparado con BNT162b2. La vacuna PHH-1V es de interés como refuerzo heterólogo para la protección frente a nuevas variantes del SARS-CoV-2.

**Palabras clave:** Proteína recombinante, Vacuna COVID-19, Inmunogenicidad

doi:10.1016/j.vacun.2022.09.015

**15.****IE-7898. Cobertura vacunal en los pacientes con trasplante de progenitores hematopoyéticos en el periodo 2017-2022 en un hospital grupo 2**

I. Andrés García, J.A. García Crespo, B. Cantón Álvarez, N. Nicolás Carrancio, M. González Feijoo, B. Autillo Nieto

Complejo Asistencial Universitario de Palencia, Palencia, España

**Objetivos**

Conocer la cobertura de vacunación en los pacientes trasplantados de progenitores hematopoyéticos (TASPE) de nuestra Área de Salud entre 2017 y 2022.

**Métodos**

Estudio observacional descriptivo. Se consideró «vacunación completa» según el criterio establecido en el documento «Vacunación en grupos de riesgo de todas las edades y en determinadas situaciones» del Ministerio de Sanidad (2018), a excepción de las vacunas vivas y herpes zóster inactiva. Además, se incluyeron las 4 dosis de vacuna frente a COVID-19. El listado de los pacientes con TASPE se actualizó a propósito de la vacunación del COVID-19 (grupo 7) con aquellos que estaban en seguimiento en el Servicio de Hematología. Se revisó en la historia clínica el paso por la consulta de Medicina Preventiva y en el Registro de Vacunas de nuestra comunidad autónoma la vacunación en otros centros.

**Resultados**

Se registraron 40 pacientes con TASPE en el periodo de estudio. Fueron derivados a la Consulta de Medicina Preventiva o Atención Primaria para vacunación el 92,5%. El 12,5% completaron la vacunación, el 17,5% está en proceso, el 12,5% aún no ha iniciado la vacunación por TASPE reciente y el 50% recibió el alta sin la vacunación completa. Faltaron las siguientes vacunas: antineumocócica 13-valente (4 pacientes), antineumocócica 23-valente (13 pacientes), antimeningocócica tetravalente y antimeningocócica B (18), hepatitis B (4), antipoliomielítica (3), difteria-tétanos-tos ferina (8), hexavalente (5), *Haemophilus influenzae* tipo B (10) antigripal (1) y COVID-19 (12). Se habían administrado las vacunas triple vírica y varicela a 2 pacientes.

**Conclusiones**

Se observó un alto porcentaje de pacientes vacunados de forma incompleta según las recomendaciones actuales, por lo que se realizará un rescate de estos para actualizar su calendario vacunal. Es importante recordar a los servicios clínicos la importancia de derivar a los pacientes a la Consulta de Medicina Preventiva para la vacunación postrasplante.

**Palabras clave:** Trasplante de progenitores hematopoyéticos, Inmunización, Cobertura de vacunación

doi:10.1016/j.vacun.2022.09.016

**16.****IE-7915. Efecto de autorización de la vacuna antineumocócica conjugada 13-valente en adultos sobre la inmunización frente a la enfermedad neumocócica en las personas de grupos de riesgo en el periodo 2013-2015**

C.L. Villalba Gómez<sup>a</sup>, F.J. Romera Guirado<sup>b</sup>, M. Zornoza Moreno<sup>a</sup>, D. Sánchez Rodríguez<sup>a</sup>, M.F. Fernández Puerta<sup>a</sup>, J.J. Pérez Martín<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Prevención y Protección de la Salud, Consejería de Salud, Murcia, España

<sup>b</sup>Servicio de Salud Pública de Lorca, Murcia, España

<sup>c</sup>Subdirección General de Prevención, Promoción de la Salud y Adicciones, Consejería de Salud, Murcia, España

**Introducción y objetivos**

En septiembre de 2012 se autorizó el uso de la vacuna antineumocócica conjugada tridecavalente (PCV13) para adultos

con diferentes enfermedades. En adultos de grupos de riesgo previamente solo se disponía de la vacuna polisacárida 23-valente (PPV23) para la prevención de la enfermedad neumocócica (EN). El objetivo es analizar si la autorización de PCV13 motivó un aumento en la prevención de personas en grupos de riesgo.

### Métodos

Estudio analítico retrospectivo en el que se revisan los informes vacunales de personas de grupos de riesgo remitidos desde centros de salud y realizados desde el Programa de Vacunaciones entre 2013 y 2015 con respecto a la vacunación antineumocócica. Se clasifican como prevalentes las enfermedades de aquellas personas en las que han pasado 6 meses o más desde el diagnóstico hasta su derivación, analizándose su vacunación antineumocócica antes y después de la realización del informe que indica la vacunación. En un análisis secundario también se tomaron los 12 meses como punto de corte.

### Resultados

Antes de la derivación al Programa de Vacunaciones, solo un 25,5% personas con enfermedad prevalente se había vacunado con PPV23, aumentando hasta un 85% de vacunados frente a neumococo tras la autorización de la PCV13, lo que supone una diferencia de proporciones de 59,8% (IC 95%: 46,3-69,7%), [ $\chi^2 = 60,4$ ,  $p < 0,001$ ]. De las 87 personas del estudio, 70 tenían diagnóstico hacía 12 meses o más, observándose que 20 de ellas se habían vacunado previo a la realización del informe con PPV23 (28,57%).

### Conclusiones

Se documenta, hasta donde nosotros sabemos por primera vez, que el uso de una nueva vacuna neumocócica consigue aumentar las coberturas vacunales frente a neumococo en grupos de riesgo. Hacen falta estudios más exhaustivos pero nuestros datos indican que el uso de nuevas vacunas puede suponer un estímulo importante en la vacunación de grupos de riesgo.

**Palabras clave:** Vacuna, Enfermedad neumocócica, Grupos de riesgo

doi:[10.1016/j.vacun.2022.09.017](https://doi.org/10.1016/j.vacun.2022.09.017)

## 17.

### IE-7917. Cobertura de vacunación frente a herpes zóster con una vacuna inactivada en un hospital grupo 2

I. Andrés García, B. Cantón Álvarez, L. de Castro Gutiérrez, N. Nicolás Carrancio, B. Autillo Nieto, J.A. García Crespo

*Complejo Asistencial Universitario de Palencia, Palencia, España*

### Objetivos

Conocer la cobertura de vacunación frente a herpes zóster en los pacientes pertenecientes a grupos de riesgo en los primeros 4 meses de disponibilidad de la vacuna en nuestro centro.

### Métodos

Estudio observacional descriptivo. Se incluyeron pacientes con una y/o 2 dosis de vacuna frente a herpes zóster inactivada administrada entre el 8 de marzo y el 8 de julio de 2022. Los pacientes fueron citados según su pertenencia a los grupos de riesgo propuestos en el documento «Recomendaciones de vacunación frente a herpes zóster» de la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (marzo 2021). Se analizó la cobertura de vacunación según grupos de riesgo.

### Resultados

Se administraron 185 dosis de vacuna a 120 pacientes. La cobertura de vacunación con al menos una dosis fue: 87,2% TPH, 85,5% TOS, 34,5% anti-JAK y 32,4% VIH. El 51,7% fueron hombres. La media de edad fue de 57 años (DE = 12,3; Mín. = 25; Máx. = 77). Según grupo de riesgo, el 34,2% fueron pacientes con trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH), 39,2% trasplante de órgano sólido (TOS), 16,7% en tratamiento con fármacos anti-JAK y 10% VIH. El 54,2% había recibido 2 dosis. Se reportó un caso de herpes zóster en el periodo entre primera y segunda dosis. No se reportaron efectos adversos graves.

### Conclusiones

La captación y vacunación de los pacientes frente a herpes zóster en los primeros 4 meses de disponibilidad de la vacuna en nuestra comunidad autónoma ha supuesto un aumento considerable de las agendas de medicina preventiva. A pesar de ello, la cobertura de vacunación en estos 4 meses es óptima. Es prioritario centrar esfuerzos en aumentar la cobertura en los pacientes con anti-JAK y VIH, así como iniciar la vacunación del resto de grupos recomendados (hemopatías malignas y tumores sólidos en tratamiento quimioterápico).

**Palabras clave:** Cobertura de vacunación, Herpes zóster, Huésped inmunodeprimido

doi:[10.1016/j.vacun.2022.09.018](https://doi.org/10.1016/j.vacun.2022.09.018)

## 18.

### IE-7919. Reticencias vacunales COVID-19

M.C. Gómez Moreno<sup>a</sup>, M.B. Laorden Ochando<sup>a</sup>, S. Sánchez Manresa<sup>a</sup>, M. Pérez Martínez<sup>a</sup>, M. Zornoza Moreno<sup>a</sup>, J.J. Pérez Martín<sup>b</sup>

<sup>a</sup>*Servicio de Prevención y Protección de la Salud, Consejería de Salud, Murcia, España*

<sup>b</sup>*Subdirección General de Prevención, Promoción de la Salud y Adicciones, Consejería de Salud, Murcia, España*

### Introducción y objetivos

Las reticencias vacunales frente a COVID-19 en España han ido evolucionando de un 32 a un 10%, causando que España sea uno de los países con mayores tasas de vacunación sin ser obligatoria. De febrero a mayo del 2022 se observó un levantamiento de restricciones y uso de medidas no farmacológicas, dejándose de exigir también el certificado digital, no obstante, una parte de la población continuó iniciando la vacunación frente al COVID-19. El objetivo es evaluar las causas que conducen a la vacunación en las personas vacunadas de forma tardía.

### Métodos

El presente es un estudio cualitativo, descriptivo y prospectivo, con entrevistas telefónicas individuales a personas vacunadas frente a COVID-19 de forma tardía, entre febrero y mayo del 2022. El cuestionario se realizó telefónicamente, se efectuaron 2 llamadas por identificador y se utilizaron preguntas cerradas, obteniendo información de datos sociodemográficos, así como relacionados con la COVID-19 y su vacunación.

### Resultados

La población vacunada de primera dosis durante el período de estudio fue de 1.768, contactando con 801, accediendo a contestar la

Tabla 1. Datos Sociodemográficos

<i>Datos Sociodemográficos</i>		<i>Datos</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Sexo</i>	Hombre	181	53,6%
	Mujer	157	46,4%
<i>Nacidos en España</i>	No	184	54,4
	Sí	154	45,6%
<i>Estudios</i>	Sin estudios	54	16%
	Educación Primaria	74	21,9%
	Educación Secundaria	130	38,5%
	Estudios universitarios o superiores	80	23,7%
<i>Situación Laboral</i>	Activo	206	60,9%
	Jubilado	23	6,8%
	Estudiante	29	8,6%
	Desempleado	80	23,7%
<i>Estado Civil</i>	Soltero	156	46,2%
	Casado	150	44,4%
	Separado o divorciado	25	7,4%
	Viudo	7	2,1%

Tabla 2. Motivos de no vacunación

<i>Motivos de no vacunación</i>		<i>Datos</i>	<i>Porcentaje</i>
1	Posibles efectos adversos de las vacunas frente a COVID-19	56	13,5%
2	No creo que las vacunas frente a COVID-19 protejan frente a la enfermedad	48	11,6%
3	Recomendación médica de no vacunarse	27	6,5%
4	Preferiría esperar a que se vacunasen antes muchas personas y ver que las vacunas eran seguras antes de vacunarse	62	15,0%
5	No cree en las vacunas frente a COVID-19 ya que, en su elaboración, se han acortado mucho los plazos y no le parecen tan seguras	28	6,8%
6	No cree en el gobierno	7	1,7%
7	No cree que la COVID-19 sea una amenaza tan importante	32	7,7%
8	Tiene miedo a las agujas/inyecciones	14	3,4%
9	Imposibilidad de vacunación por tratamiento activo	10	2,4%
10	Otro:	130	31,4%

\*Múltiples opciones de respuesta.

Tabla 3. Motivos de vacunación.

	Motivos de vacunación	Datos	Porcentaje
1.	Obtener certificado	36	10,7%
2.	Por motivo de viaje	92	27,2%
3.	Por recomendación de mi empresa	27	8,0%
4.	Por recomendación médica	40	11,8%
5.	Por miedo a padecer la enfermedad	44	13,0%
6.	Por miedo a contagiar a familiares o amigos	31	9,2%
7.	Otros:	68	20,1%

encuesta 338 personas. Las variables sociodemográficas de la población encuestada se encuentran recogidos en la tabla, los resultados de los motivos de no vacunación en la tabla 2 y los motivos que conducen a la vacunación en la tabla 3.

### Conclusiones

Una prioridad de la Estrategia Nacional de Vacunación frente a COVID-19 es iniciar la vacunación en las personas no vacunadas. Para las campañas hacia este colectivo es necesario diseñar estudios específicos para conocer a las personas reticentes frente a esta vacunación. Uno de los motivos que han fomentado la vacunación es considerar «ya» segura la vacuna, siendo fundamental reforzar los mensajes de seguridad. Además, viajar es un motivo reiterado para la vacunación, siendo importante no olvidar la posibilidad de exigir la vacunación para alguna actividad.

**Palabras clave:** Reticencias vacunales, Vacunas, COVID-19

doi:10.1016/j.vacun.2022.09.019

## 19.

### IE-7920. ¿Conocen los profesionales sanitarios qué vacunas tienen financiadas los pacientes con enfermedades crónicas?

J. Ojanguren Llanes<sup>a</sup>, G. Alemán Vega<sup>a</sup>, D. García Lou<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Hospital General de Fuerteventura, Fuerteventura

<sup>b</sup>Harvard School of Public Health, Boston

### Objetivos

Determinar el conocimiento que los profesionales sanitarios, implicados en el control y seguimiento de los pacientes con enfermedades crónicas, poseen de las vacunas financiadas recogidas en el documento del Consejo Interterritorial de Sistema Nacional de Salud: «Vacunación en grupos de riesgo de todas las edades y en determinadas situaciones».

### Métodos

Estudio transversal, realizado mediante una encuesta anónima online, de elaboración propia, dirigida a profesionales de la medicina y la enfermería implicados en el seguimiento y control de los pacientes con enfermedades crónicas. Se les preguntó por la vacunación financiada en 19 enfermedades crónicas diferentes.

### Resultados

Se recibieron un total de 103 respuestas, cumpliendo con los criterios de selección un total de 97. El 19,6% de las encuestas recibidas fueron de profesionales de la medicina y el 80,4% de enfermería. Según el ámbito de desempeño de su labor asistencial, el 45,4% la realizan en la atención hospitalaria (AH) y el 54,6% en

atención primaria (AP). Del conjunto de las enfermedades crónicas estudiadas, el 53,4% de los profesionales de AH conocían que la vacunación antigripal estaba financiada, frente al 84,9% de los profesionales de AP (diferencia 31,5% IC 95% 13-49;  $p < 0,05$ ). En cuanto a la financiación de la vacuna VNP23 además de la antigripal, el 10,7% de los profesionales de AH y el 15,5% de AP respondieron correctamente a este apartado (diferencia 4,8% IC 95% 0,8-18,  $p > 0,05$ ). En las enfermedades de gran prevalencia como diabetes mellitus, EPOC o cardiopatía coronaria, el porcentaje de profesionales sanitarios (AH + AP) que indicaron que, además de la vacunación antigripal, precisaban de vacunación frente a VNP23, fue del 15,5, 26,8 y 24,7%, respectivamente.

### Conclusiones

Una posible causa de las bajas coberturas vacunales que presentan los pacientes con enfermedades crónicas, es el bajo conocimiento sobre las vacunas financiadas que poseen los profesionales sanitarios que realizan el control y seguimiento a estos pacientes.

**Palabras clave:** Vacunación, Enfermedad crónica, Conocimiento

doi:10.1016/j.vacun.2022.09.020

## 20.

### IE-7921. Cómo aumentar la cobertura de vacunación frente a la hepatitis A en niños de padres marroquíes

J.J. Pérez Martín<sup>a</sup>, F.I. Tornel Miñarro<sup>b</sup>, M. Zornoza Moreno<sup>b</sup>, M.B. Laorden Ochando<sup>b</sup>, S. Sánchez Manresa<sup>b</sup>, P.J. Bernal González<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Subdirección General de Prevención, Promoción de la Salud y Adicciones, Consejería de Salud, Murcia, España

<sup>b</sup>Servicio de Prevención y Protección de la Salud, Consejería de Salud, Murcia, España

<sup>c</sup>Jefatura de Servicio de Prevención y Protección de la Salud, Consejería de Salud, Murcia, España

### Introducción y objetivos

En el año 2014, se estableció un programa autonómico de vacunación frente a la hepatitis A (HA) para inmigrantes de segunda generación de origen marroquí, menores de 10 años. Se estableció la vacunación con una dosis única a los 12 meses de edad o de manera oportunista. Aunque el programa obtuvo coberturas de vacunación superiores al 70%, se detectó una caída en la cobertura de vacunación en los nacidos entre 2018-2020, fenómeno no observado para la vacunación frente a la triple vírica que se debe coadministrar a los 12 meses. El objetivo es medir el impacto de una intervención realizada sobre los profesionales sanitarios y los inmigrantes de segunda



TABLA 1

	Cobertura vacunación pre-intervención (IC 95%)	Cobertura vacunación post-intervención (IC 95%)	Variación cobertura %	p
Nacidos 2018	59,72% (57,65-61,75%)	70,39% (68,45%-72,27%)	10,67%	<0,001
Nacidos 2019	51,51% (49,38%-53,63%)	63,51% (61,44%-65,53%)	12%	<0,001
Nacidos 2020	46,63% (44,45%-48,82%)	62,71% (60,57%-64,80%)	16,08%	<0,001

generación de origen marroquí nacidos entre 2018-2020, sobre las coberturas de vacunación.

### Métodos

Se establece una doble intervención. El 20 de mayo: se realiza videoconferencia promovida por el Programa Regional de Vacunaciones con los centros de salud en la que se recuerda la vacunación en el grupo de riesgo a estudio. Se expone el problema detectado por la baja vacunación en los 3 últimos años. Se entregan los listados con la población a vacunar en cada centro. Trece de junio: envío de SMS a las familias del grupo a estudio, adjuntando enlace a díptico explicativo en árabe. Se evalúa la cobertura de vacunación 4 semanas tras la última intervención.

### Resultados

En la tabla 1 se refleja el aumento de cobertura de cada una de las cohortes a las 4 semanas de la intervención, siendo estadísticamente significativo.

### Conclusiones

La doble intervención realizada, valorada tras solo 4 semanas desde su completa instauración, muestra un impacto significativo, aumentando las coberturas de vacunación entre un 10 y 16% en los grupos de edad a estudio.

**Palabras clave:** Vacuna, Hepatitis A, Marroquíes

doi:10.1016/j.vacun.2022.09.021

## 21. IE-7923. Efecto de la vacuna conjugada neumocócica 13-valente en la colonización simultánea de *Streptococcus pneumoniae* - *Staphylococcus aureus*

M. Domenech Lucas<sup>a,b</sup>, J. Sempere García<sup>b,c</sup>, C. Pérez García<sup>b,c</sup>, D. Lago Espartero<sup>b,c</sup>, S. Ruiz<sup>b</sup>, J. Yuste<sup>b,c</sup>

<sup>a</sup>Departamento de Genética, Fisiología y Microbiología, Universidad Complutense de Madrid, España

<sup>b</sup>CIBER de Enfermedades Respiratorias, Madrid, España

<sup>c</sup>Laboratorio de Referencia de Neumococos, Instituto de Salud Carlos III, Majadahonda, Madrid, España

### Objetivos

El estado de biofilm está asociado a la colonización de la nasofaringe y a infecciones crónicas. En este trabajo se estudió la evasión del sistema inmune por parte de biofilms individuales de

*Staphylococcus aureus* y biofilms mixtos formados por *Streptococcus pneumoniae* (*S. pneumoniae*) y *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*) en presencia de sueros pre- y posvacunales de individuos vacunados con VCN13.

### Métodos

Se realizaron biofilms individuales de *S. aureus* sensibles (SASM) y resistentes a metilina (SARM) y mixtos de *S. pneumoniae* serotipo 19A y SASM o SARM. Las bacterias integrantes del biofilm se pusieron en contacto con sueros preinmunes e inmunes de los adultos sanos vacunados con VCN13. Se analizó la opsonofagocitosis de los biofilms utilizando células HL60 diferenciadas a neutrófilos y determinando la muerte bacteriana inducida por los anticuerpos vacunales.

### Resultados

Los sueros de los pacientes vacunados con VCN13 no tuvieron ningún efecto a nivel de reducción de la población del biofilm mono-específico de *S. aureus* independientemente de la resistencia a metilina. Estos mismos sueros tampoco tuvieron efecto frente a la población de *S. aureus* en el biofilm mixto con *S. pneumoniae*. Sin embargo, la exposición a los sueros de individuos vacunados con VCN13 sí que mostraron efecto bactericida a nivel de activación de la opsonofagocitosis frente a la población de *S. pneumoniae* de serotipo 19A integrante del biofilm mixto.

### Conclusiones

A pesar de la literatura previa que indicaba que las vacunas conjugadas neumocócicas afectaban a la colonización por *S. aureus*, no se observó ningún impacto de los sueros de individuos vacunados con la VCN13 en la población de *S. aureus* tanto en biofilms mono-específicos como en biofilms mixtos con *S. pneumoniae*. Los anticuerpos generados tras la vacunación con VCN13 reducen el biofilm de neumococo, por lo que es una estrategia beneficiosa para reducir el estado de portador de neumococo.

**Palabras clave:** Biofilms, VCN13, *Staphylococcus aureus*

doi:10.1016/j.vacun.2022.09.022

## 22. IE-7925. Contribución de las vacunas antineumocócicas y la pandemia por SARS-CoV-2 en la evolución epidemiológica de la enfermedad neumocócica invasiva en España

S. de Miguel<sup>a,b</sup>, J. Sempere<sup>b,c</sup>, S. Hita<sup>b,c</sup>, J. Llorente<sup>d,e</sup>, M. Domenech<sup>b,f</sup>, J. Yuste<sup>b,c</sup>

<sup>a</sup>Medicina Preventiva, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

<sup>b</sup>CIBER de Enfermedades Respiratorias, Madrid, España

<sup>c</sup>Laboratorio de Referencia de Neumococos, Instituto de Salud Carlos III, Majadahonda, Madrid, España

<sup>d</sup>Servicio de Medicina Interna, Hospital Valle del Nalón, Asturias, España

<sup>e</sup>Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid, España

<sup>f</sup>Departamento de Genética, Fisiología y Microbiología, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

### Introducción y objetivos

Se evaluó la distribución de serotipos de la enfermedad neumocócica invasiva (ENI) por grupos de edad en España, así como el impacto de las vacunas antineumocócicas y el SARS-CoV-2.

### Métodos

Estudio descriptivo que incluye 4.297 aislados clínicos de neumococo procedentes de niños y adultos con diagnóstico de ENI y durante el periodo 2019-2022.

### Resultados

Se observó una disminución del 58% de los casos de ENI para todas las edades durante el primer año de pandemia por SARS-CoV-2 (2.435 casos en 2019 frente a 1.031 casos en 2020) con una reducción del 22% en 2021 (801 casos) frente a 2020. En los niños, la reducción fue del 53% en 2020 (239 casos en 2019 vs. 112 casos en 2020) con un aumento del 18% en 2021. El serotipo más frecuente en los 3 años fue el 24F. En adultos de 18-64 años y  $\geq 65$  años se observó una marcada reducción de casos de ENI durante el 2020 en comparación con 2019 (55% para 18-64 años y 61% para  $\geq 65$  años). Sin embargo, durante el año 2021, la disminución de ENI fue mucho más atenuada en comparación al 2020 ( $< 28\%$  en ambos grupos de edad) y en lo que llevamos de 2022 han aumentado los casos con respecto al mismo periodo de 2021. En los adultos, el serotipo más frecuente fue el 8 seguido por el 3, representando entre los 2 hasta el 37% de todos los casos de ENI durante 2019-2021.

### Conclusiones

La aparición del SARS-CoV-2 en España se asocia a una disminución de los casos de ENI con una recuperación parcial en los niños en el 2021 y en el 2022 tanto en la población pediátrica como adulta. Las nuevas vacunas conjugadas de 15 y 20 serotipos, incrementarán la fracción de la enfermedad prevenible por la vacunación frente a los serotipos circulantes.

**Palabras clave:** *Streptococcus pneumoniae*, SARS-CoV-2, Enfermedad neumocócica invasiva

doi:10.1016/j.vacun.2022.09.023

## 23.

### IE-7928. Implementación del protocolo de vacunación frente a herpes zóster en los pacientes con condiciones de riesgo

S. Sánchez Manresa<sup>a</sup>, C.L. Villalba Gómez<sup>a</sup>, M.C. Valcárcel Gómez<sup>a</sup>, M. C. Gómez Moreno<sup>a</sup>, M. Zornoza Moreno<sup>a</sup>, J.J. Pérez Martín<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Prevención y Protección de la Salud, Consejería de Salud, Murcia, España

<sup>b</sup>Subdirección General de Prevención, Promoción de la Salud y Adicciones, Consejería de Salud, Murcia, España

### Introducción y objetivos

La Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones elaboró en marzo de 2021 el documento para la vacunación frente a herpes zóster (HZ) y se autorizó por la Comisión de Salud Pública el 25 de dicho mes. En nuestra comunidad autónoma, este nuevo protocolo se pone en marcha a partir de febrero de 2022, cuando se elaboran los primeros informes en los que se recomienda la pauta vacunal con Shingrix®, que es la vacuna utilizada para estos casos. El objetivo principal es describir cómo se ha puesto en marcha este protocolo con el fin de reducir la incidencia de HZ en las personas con enfermedades de riesgo, así como protegerlas frente a las complicaciones derivadas de dicha infección.

### Métodos

Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo de cómo se pone en marcha la vacunación de las personas con un riesgo aumentado de padecer HZ desde que se comienzan con todas las actividades de difusión del protocolo elaborado para ello, elaboración de material informativo, creación de circuitos de derivación de los pacientes y, finalmente, la administración de la vacuna Shingrix® a los pacientes.

### Resultados

Nuestra población diana era de 9.334 personas y, gracias a la implementación de este nuevo protocolo, se ha conseguido vacunar a 360 personas en un plazo de 4,5 meses, lo que supone un 3,85% de la población diana. En la tabla 1 se reflejan cada uno de los vacunados por grupos de riesgo. En la tabla 2 se contemplan los porcentajes de vacunación en los grupos de riesgo sobre la población diana.

### Conclusiones

Gracias a la implementación del protocolo de vacunación frente a HZ, se está consiguiendo captar a la población de riesgo candidata a recibir la vacuna Shingrix®, evitando así el padecimiento de esta enfermedad y sus posibles complicaciones.

**Palabras clave:** Vacuna, Herpes zóster, Grupos de riesgo

doi:10.1016/j.vacun.2022.09.024

**Tabla 1. Vacunados con Shingrix® en grupos de riesgo.**

Etiquetas de fila	FRECUENCIA	%
Infección por VIH	51	14,16 %
Hemopatías malignas	37	10,27%
Neoplasia	23	6,38%
TOS	145	40,27%
TPH	54	15,00%
Tratamiento inmunosupresor	50	13,88%
<b>Total general</b>	<b>360</b>	



**Tabla 2.** Porcentaje de vacunados por grupo de riesgo en relación a la población diana.

Grupos de Riesgo	Total a vacunar	Vacunados	Porcentajes
TPH	335	4	1,2%
TOS	1523	145	9,5%
TTO ANTI JACK	194	50	25,8%
VIH	3023	51	1,7%
NEOPLASIA CON QT	3060	23	0,8%
HEMOPATIAS MALIGNAS	1199	87	7,3%

## 24.

### IE-7950. Contribución de las vacunas conjugadas antineumocócicas y el SARS-CoV-2 a la resistencia a antibióticos en *Streptococcus pneumoniae* en España durante el periodo 2004-2020

J. Sempere<sup>a,b</sup>, C. Pérez-García<sup>a</sup>, D. Lago<sup>a</sup>, S. Hita<sup>a</sup>, M. Domenech<sup>b,c</sup>, J. Yuste<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup>Centro Nacional de Microbiología, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

<sup>b</sup>CIBER de Enfermedades Respiratorias, Madrid, España

<sup>c</sup>Departamento de Genética, Fisiología y Microbiología, Facultad de Biología, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

#### Objetivos

El objetivo principal de este trabajo fue estudiar la contribución de las actuales vacunas conjugadas antineumocócicas (VCN) en la resistencia a antibióticos en neumococo, vigilando el aumento de serotipos no vacunales resistentes. Además, se analizó el impacto de la actual pandemia por SARS-CoV-2 a la resistencia antibiótica en este patógeno.

#### Métodos

Se seleccionaron 3.017 aislados clínicos y se determinó la concentración mínima inhibitoria (CMI) a los antibióticos penicilina, amoxicilina, cefotaxima, eritromicina, levofloxacino y a las cefalosporinas orales cefditoren, cefixima y cefpodoxima. Se analizaron los periodos post-VNC7, pre-VCN13, periodos post-VCN13 y el primer año de la pandemia por SARS-CoV-2.

#### Resultados

Los antibióticos con menor proporción de cepas resistentes del año 2004 al 2020 fueron cefditoren (< 0,4%), seguidos de cefotaxima (< 5%), penicilina (< 6,5%) y levofloxacino (< 7%). Respecto a las cefalosporinas orales, cefixima fue la cefalosporina con los mayores valores de CMI50 (8-16 mg/L) y CMI90 (32 mg/L) a lo largo del estudio seguido de cefpodoxima. Además, cefditoren fue la cefalosporina con menores valores de CMI50 (0,25-0,5 mg/L) y CMI90 (1 mg/L). Los serotipos incluidos en la VCN7 y VCN13 mostraron una reducción después de la introducción de estas vacunas en España. Sin embargo, se detectó un aumento de aislados resistentes que pertenecen a serotipos no-VCN13, principalmente los serotipos 11A, 24F y 23B. Por último, se observó un aumento en la proporción de aislados clínicos de neumococo con sensibilidad reducida a  $\beta$ -lactámicos y eritromicina en 2020, coincidiendo con la pandemia por SARS-CoV-2.

#### Conclusiones

La proporción de aislados resistentes a cefditoren y cefotaxima es baja a pesar del aumento de serotipos no vacunales. El aumento de serotipos no-VCN13 asociados a resistencia a antibióticos es preocupante, especialmente el aumento de resistencia a penicilina asociada a los serotipos 11A y 24F.

**Palabras clave:** Neumococo, VCN13, Resistencia a antibióticos

doi:10.1016/j.vacun.2022.09.025

## 25.

### IE-7951. Evolución epidemiológica de los nuevos serotipos vacunales 22F y 33F de *Streptococcus pneumoniae* en España incluyendo el impacto de la pandemia por SARS-CoV-2

J. Sempere<sup>a,b</sup>, S. Ruiz<sup>a,b</sup>, D. Rico<sup>a,c</sup>, S. de Miguel<sup>b,d</sup>, M. Domenech<sup>b,e</sup>, J. Yuste<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup>Centro Nacional de Microbiología, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

<sup>b</sup>CIBER de Enfermedades Respiratorias, Madrid, España

<sup>c</sup>Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid, España

<sup>d</sup>Medicina Preventiva, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

<sup>e</sup>Departamento de Genética, Fisiología y Microbiología, Facultad de Biología, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

#### Objetivos

Las vacunas son la principal herramienta para prevenir la enfermedad neumocócica invasiva (ENI). El reemplazo por serotipos no vacunales es una amenaza para la efectividad de las vacunas antineumocócicas conjugadas (VCN). El objetivo principal de este estudio es valorar el impacto del SARS-CoV-2 en la epidemiología de neumococo, analizando concretamente los nuevos serotipos vacunales 22F y 33F.

#### Métodos

Se han evaluado 30.929 aislados clínicos de neumococo tanto de la población pediátrica como la adulta durante el período 2009-2021 para analizar la evolución de los serotipos 22F y 33F y el impacto de la pandemia por SARS-CoV-2 en la epidemiología de estos serotipos.

#### Resultados

Desde la introducción de la VCN13 han aumentado el número de casos de ENI por serotipos 22F y 33F en todas las poblaciones, destacando en adultos (de 64 casos en 2009 a 133 casos en 2019 para el serotipo 22F; de 26 casos en 2009 a 70 casos en 2019 para el serotipo 33F), con un aumento significativo en adultos  $\geq 65$  años. Entre los clones circulantes, ST43322F y ST71733F son los genotipos predominantes. Desde el inicio de la pandemia (2020) la incidencia por los serotipos 22F y 33F ha disminuido notablemente, concretamente en los adultos (de 133 casos en 2019 a 76 casos 2020/2021 para el serotipo 22F; de 70 casos en 2019 a 46 casos en 2020/2021 para el serotipo 33F). Sin embargo, la proporción de casos por estos 2 serotipos no ha disminuido, siendo el serotipo 22F la tercera causa de ENI en los adultos en España.

## Conclusiones

Incluso en el contexto de la pandemia por SARS-CoV-2, donde han disminuido los casos de ENI por todos los serotipos, los serotipos 22F y 33F que se incluyen en las nuevas vacunas conjugadas VCN15 y VCN20 siguen siendo relevantes en la epidemiología del neumococo en España.

**Palabras clave:** Neumococo, SARS-CoV-2, Vacunas conjugadas

doi:10.1016/j.vacun.2022.09.026

## 26.

### IE-7954. Evolución de la prevalencia de mujeres embarazadas portadoras del virus de la hepatitis B

P. Bach Foradada, J.P. Bamala Zuriguel, J. Rosinach Bonet, G. Mirada Masip, M. Alsedá Graells, G. Parísé Farreny

*Departament de Salut Pública de Lleida, Lleida, España*

## Introducción

La infección crónica del virus de la hepatitis B (VHB) constituye un problema de salud pública a nivel mundial. La prevalencia varía de unos países a otros. España era considerado tradicionalmente de endemidad intermedia, actualmente es baja. Destacan como vías de transmisión la perinatal y la sexual. La vacunación es el método más eficaz para reducir la incidencia de la enfermedad.

## Objetivos

Determinar la prevalencia de embarazadas portadoras del VHB en una región sanitaria. Analizar los controles y/o la vacunación de las parejas sexuales y los recién nacidos.

## Métodos

Estudio descriptivo de portadoras embarazadas durante período 2012-2021 en la Región Sanitaria. Desde el Departamento de Salud existe un programa de seguimiento y control de hijos de madres portadoras del VHB que incluye el estudio de los convivientes. La recogida de datos se realiza a partir de la declaración desde el hospital tras el parto. Desde el Servicio de Vigilancia Epidemiológica se realiza el estudio, el seguimiento familiar y se recoge la información a través de una encuesta e historia clínica.

## Resultados

Del total de declaraciones recibidas, un 84,8% son HBsAg+, el 93,7% inmigrantes, mayoritariamente de África (59,5%), seguido de Europa del este (33,3%). Un 84,6% de las parejas sexuales han hecho seguimiento (13,9% HBsAg+ y 41,8% HBcAc+) y un 73,6% están vacunadas correctamente. El 98,3% de los recién nacidos se han vacunado, se ha realizado serología el 46,8% (100% HBsAg-, 99,6% anti HBs+).

## Conclusiones

En los últimos 10 años ha disminuido gradualmente el número de portadoras. Desde 2019 no tenemos ninguna mujer autóctona, ya que las mujeres en edad fértil están vacunadas. Existe casi una cobertura total en los recién nacidos, en cambio en las parejas sexuales se observan algunas deficiencias. Destacamos la importancia de la prevención (Ig/vacuna/control serológico) tanto en los recién nacidos como en las parejas sexuales.

**Palabras clave:** Embarazadas, Virus hepatitis B, Vacunación

doi:10.1016/j.vacun.2022.09.027

## 27.

### IE-7964. Calidad percibida de los usuarios de una unidad de vacunación de un hospital de tercer nivel (período 2017-2021)

L.P. Cabrera-Miranda, A. García de Codes Ilario, E.M. Medrano Monteagudo, M.P. Gil Martínez, M.P. Arrazola Martínez, M.D. Quintana Estelles

*Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España*

## Introducción

Como parte del Sistema de Gestión de Calidad (SGC) UNE-EN-ISO9001:2015 en una Unidad de Vacunación-Centro de Vacunación Internacional (UV-CVI) certificada desde 2010, se realiza una evaluación anual del nivel de satisfacción del usuario atendido. Analizar la evolución de los datos nos permite completar el ciclo de mejora continua.

## Métodos

Desde 2017, se utiliza una encuesta basada en la metodología de la «Encuesta de Satisfacción» de la Consejería de Sanidad, en el ámbito de la atención especializada (consultas externas hospitalarias): estructura del centro, accesibilidad para la obtención de cita, profesionales, información recibida, satisfacción global y recomendación del servicio. Se recoge información anónima en un formulario electrónico (online) y en papel para garantizar la representatividad del perfil de usuario. La encuesta online, se envía al correo electrónico facilitado por los pacientes atendidos, mediante un *link* y está disponible de forma continua en la unidad en papel. En el contexto de la pandemia (2020), la encuesta se realizó únicamente *online*.

## Resultados

Se han analizado 600 encuestas entre 2017 y 2021. Del análisis anual se ha generado por lo menos una acción de mejora anual. Se mantienen los niveles de satisfacción por encima del 95% en la mayoría de los ámbitos evaluados, siendo los relacionados al trato con los pacientes los que mejores valores tienen (tabla 1). En 2021 se ha alcanzado el más alto grado de satisfacción en los ítems peor valorados en años previos (facilidad para conseguir citas y la satisfacción con el personal administrativo), asociado a diversas mejoras implementadas (cita online, cita telefónica, gestión de agendas, etc.). El tipo de usuario (viajero internacional) familiarizado con el formato electrónico se ha reducido en los 2 últimos años por las restricciones vigentes por la COVID-19.

## Conclusiones

Conocer la opinión de los usuarios permite identificar los aspectos de gran impacto en la satisfacción de los pacientes y llevar a cabo mejoras en la calidad asistencial.

**Palabras clave:** Calidad percibida, Encuesta de satisfacción, Vacunación

doi:10.1016/j.vacun.2022.09.028

## 28.

### IE-7967. Respuesta a la vacunación frente a SARS-CoV-2 con vacunas de ARNm en los pacientes inmunodeprimidos

N. Rosillo Ramírez, A. García de Codes, L.P. Cabrera Miranda, S. de Miguel García, E. García Verduguez, P. Arrazola Martínez

*Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España*

**Tabla 1.** Distribución de los ámbitos evaluados en la encuesta de satisfacción, 2017-2021.

Alto grado de Satisfacción [satisfecho o muy satisfecho (4 o 5)]	2017	2018	2019	2020	2021
<b>Facilidad Para Conseguir Cita</b>	62,7% (42)	67,3% (132)	79,9% (195)	83,3% (15)	98,5% (64)
<b>Instalaciones (Limpieza, Comodidad, Señalización)</b>	98,5% (57)	98,6% (193)	97,2% (245)	94,4% (17)	97% (64)
<b>Tiempo De Espera Para Entrar A La Consulta</b>	94,0% (63)	92,3% (181)	92,8% (234)	94,4% (17)	94,4% (36)
<b>Amabilidad Del Personal Sanitario</b>	98,5%(66)	98,0%(192)	99,6%(251)	100% (18)	98,5%(65)
<b>Tiempo Que Le Dedico El Personal Sanitario</b>	98,5%(66)	98,0%(192)	99,2%(250)	100% (18)	98,5%(65)
<b>Información Recibida</b>	98,5%(66)	98,5%(193)	98,8%(250)	100% (18)	98,5%(65)
<b>Claridad De Las Recomendaciones</b>	98,5%(66)	97,4%(191)	99,2%(250)	100% (18)	95,5%(63)
<b>Personal Sanitario-Satisfacción Global</b>	98,5%(66)	97,9%(192)	98,4%(227)	100% (18)	97% (64)
<b>Personal Administrativo-Satisfacción Global</b>	95,5% (63)	88,8% (174)	93,6% (235)	94,4% (17)	97% (64)
<b>Grado De Satisfacción Global Con La Unidad</b>	98,5%(66)	97,4%(193)	98,4%(249)	100% (18)	97% (64)
<b>Recomendaría Nuestra Unidad A Familiares O Amigos</b>	100% (67)	98,5% (193)	98,4% (249)	94,4% (17)	96,9% (63)
<b>N total</b>	<b>67</b>	<b>196</b>	<b>253</b>	<b>18</b>	<b>66</b>

### Introducción y objetivos

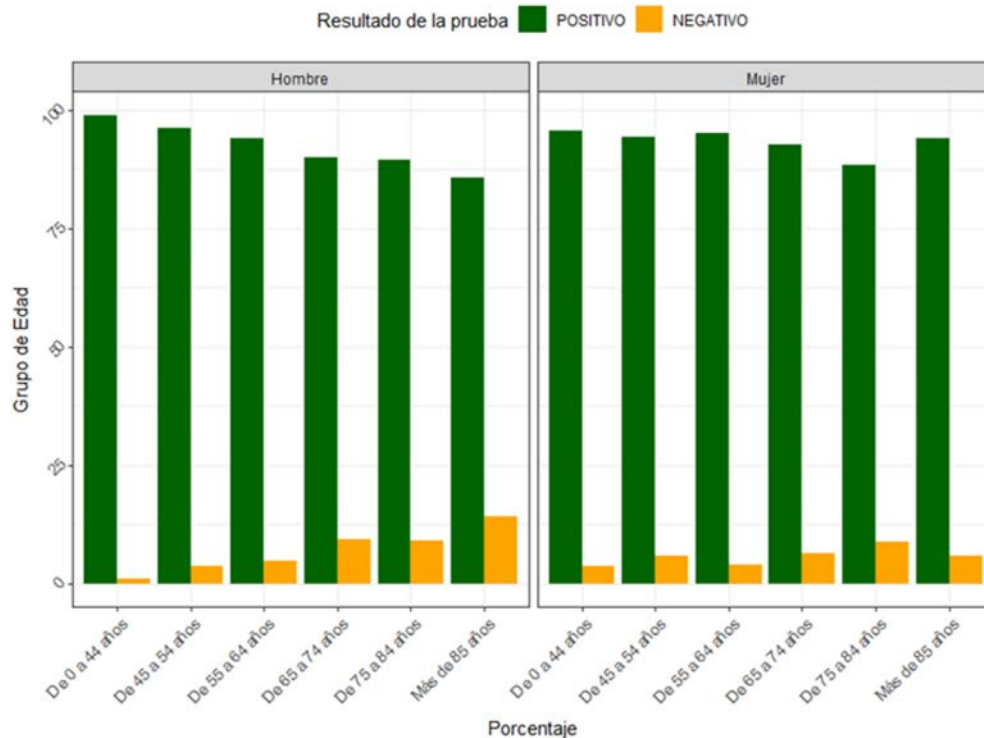
Las nuevas vacunas de ARN mensajero (ARNm) desarrolladas durante la pandemia causada por el SARS-CoV-2 han demostrado una gran efectividad. Sin embargo, existen pocos estudios de evaluación de la respuesta posvacunal en los pacientes vulnerables (trasplantados, VIH, uso de inmunosupresores, etc.). El objetivo del estudio es evaluar la respuesta de las vacunas de ARNm frente a SARS-CoV-2 en los pacientes inmunodeprimidos.

### Métodos

Análisis descriptivo exploratorio empleando datos de la historia clínica electrónica y de un registro de vacunación autonómico. Se incluyeron pacientes del grupo 7 (estrategia de vacunación de la COVID-19 del Ministerio de Sanidad) con serología posvacunal tras una cuarta dosis de vacuna de ARNm frente a SARS-CoV-2. Se evaluó la respuesta por sexo, grupo de riesgo y edad (distribución de grupos de edad 0-44, 45-54, 55-64, 65-74, 75-84,  $\geq$  85).

### Resultado de la serología postvacunal SARS-CoV2

Resultados por sexo y grupo de edad. Valores relativos (%)



## Resultados

Se vacunaron 3.104 pacientes pertenecientes al grupo 7, de los cuales se realizaron serología 2.800 (90,2%). En los pacientes con prueba, 2.623 resultaron positivos (93,7%), 157 negativos (5,6%) y 20 indeterminados (0,7%). No se encontraron diferencias significativas en la proporción de serologías negativas por sexo (5,4% en las mujeres frente a 5,7% en los hombres;  $p = 0,890$ ) a nivel general, ni tras la estratificación por grupos de edad. La proporción de serologías negativas aumentó con la edad: 0-44 (2,5%), 45-54 (4,7%), 55-64 (4,6%), 65-74 (8,1%), 75-84 (9,2%) y  $> 85$  (9,7%) ( $p < 0,001$ ). Por grupo de riesgo, fue mayor en receptores de órgano sólido (9,5%), trasplante de progenitores hematopoyéticos (6,7%) e inmunodeficiencias primarias (6,4%), siendo menor en las enfermedades oncohematológicas (5,2%), uso de inmunosupresores (3,9%), cáncer de órgano sólido (3,7%) y tratamiento sustitutivo renal (1,9%).

## Conclusiones

La edad avanzada se relacionó con una peor respuesta vacunal a la vacuna de ARNm frente a SARS-CoV-2. Se observaron diferencias en la respuesta vacunal en función de la causa de inmunosupresión.

**Palabras clave:** Serología posvacunal, SARS-CoV-2, Inmunosupresión

doi:10.1016/j.vacun.2022.09.029

## 29.

### IE-7969. Vacunación antimeningocócica en los pacientes con diagnóstico de enfermedad por meningococo

I.A. Torres Jiménez, C.I. Castellares González, C.F. Santos Ribeiro, M.V. Benito Martínez, A.M. Brandini Romersi, E. García Verduguez

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

## Introducción y objetivos

La enfermedad meningocócica es una causa importante de morbimortalidad, siendo potencialmente prevenible mediante estrategias de inmunización. El objetivo del estudio es analizar las diferencias en el perfil clínico y de vacunación en los pacientes adultos y pediátricos con enfermedad meningocócica.

## Métodos

Análisis descriptivo de pacientes pediátricos ( $< 18$  años) y adultos con enfermedad meningocócica confirmada en un hospital de tercer nivel entre el primero de enero/2014 al 30 de junio/2022. Se analizaron variables demográficas, clínicas, microbiológicas y de vacunación frente a meningococo (B, C y ACYW).

## Resultados

Se declararon 38 casos de enfermedad meningocócica, 26 pediátricos (68,4%) y 12 adultos (31,6%). La edad media fue  $4,4 \pm 5,3$  años en los niños y  $51,4 \pm 20,4$  en los adultos. Las mujeres fueron 30,8% de la población infantil frente al 75,0% en la de adultos. El diagnóstico de ingreso más frecuente fue meningitis en los niños (42,3%) y sepsis en los adultos (58,3%). Los serogrupos identificados (tabla 1) fueron: un 73% de la población pediátrica presentaba un registro de vacunación frente a meningococo C ( $n = 19$ ), contra el 25% en los adultos ( $n = 3$ ). Solo un paciente pediátrico tenía registro de vacuna frente al meningococo B (3,8%). No se encontró registro de vacunación con la conjugada ACYW previo a la enfermedad. Tras esta, un 73% ( $n = 19$ ) recibió al menos una dosis de vacuna frente a meningococo en la población infantil y un 58% ( $n = 7$ ) en la población adulta.

## Conclusiones

La cobertura vacunal fue alta frente a meningococo C, sobre todo en población infantil, y baja frente a meningococo B. El serogrupo identificado con mayor frecuencia fue el B, tanto en los adultos como en los niños.

**Palabras clave:** Vacuna antimeningocócica, Serogrupo, Enfermedad meningocócica

doi:10.1016/j.vacun.2022.09.030

## 30.

### IE-7970. Perfil clínico de los pacientes vacunados frente a herpes zóster en un hospital de tercer nivel

E. García Verduguez, N. Rosillo Ramírez, C.M. Artilles León, C.F. Santos Ribeiro, A.M. Brandini Romersi, M.P. Gil Martínez

Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

## Introducción y objetivos

El herpes zóster (HZ) es una causa importante de morbilidad en la población general, con mayor incidencia en los pacientes inmunodeprimidos. La vacunación frente a esta enfermedad con vacuna recombinante adyuvada (Shingrix®) se ha iniciado en los grupos de riesgo a partir de enero de 2022. El objetivo del estudio es analizar el perfil clínico de estos pacientes.

## Métodos

Análisis descriptivo de los pacientes vacunados en la consulta de vacunación de un hospital de tercer nivel del primero de febrero al 30 de junio de 2022. Se tomaron en cuenta los pacientes de los grupos de riesgo incluidos en las recomendaciones vigentes. Se

Tabla 1. Serogrupos de meningococo identificados según población pediátrica ( $< 18$  años) y adulta.

Serogrupo	Pediátrico n (%)	Adultos n (%)	Total
B	14 (53,6%)	4 (33,3%)	18 (47,4%)
C	1 (3,9%)	2 (16,7%)	3 (7,9%)
Y	1 (3,8%)	3 (25,0%)	4 (10,5%)
W135	2 (7,7%)	1 (8,3%)	3 (7,9%)
Sin serogrupar	8 (30,7%)	2 (16,7%)	10 (26,3%)
Total general	26	12	38



analizaron variables clínicas y de vacunación. Las variables cuantitativas fueron expresadas como media  $\pm$  desviación estándar y las cualitativas como porcentajes.

### Resultados

Se administró la vacuna frente a HZ a 569 pacientes. Al final del periodo de observación, habían completado la vacunación con 2 dosis un 55,7% (311) de los pacientes. El tiempo medio entre dosis fue de  $68,5 \pm 8,9$  días. De los pacientes pendientes de completar la pauta vacunal (258), un 98,5% (254) aún no han completado el intervalo mínimo entre dosis (2 meses). Un 1,5% (4) se han perdido en el seguimiento. La distribución por grupo de riesgo es: infección VIH (34,8%, 198), trasplante de órgano sólido (21,8%, 124), tratamiento con fármacos anti-JAK (20,0%, 114), trasplante de progenitores hematopoyéticos (16,2%, 92), hemopatías malignas (7,0%, 40) y tumores en tratamiento quimioterápico (0,2%, 1).

### Conclusiones

Los pacientes con indicación de vacunación frente a HZ por pertenecer a un grupo de riesgo tienen buena adherencia a completar la pauta vacunal.

**Palabras clave:** Herpes zóster, Vacunación, Grupo de riesgo

doi:[10.1016/j.vacun.2022.09.031](https://doi.org/10.1016/j.vacun.2022.09.031)

## 31.

### IE-7971. Perfil clínico y demográfico de los pacientes candidatos a recibir Evusheld® para la prevención de la COVID-19 grave, en un hospital de tercer nivel

E. García Verduguez, N. Rosillo Ramírez, S. de Miguel García, A. García de Codes, L.P. Cabrera Miranda, P. Arrazola Martínez

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

### Introducción y objetivos

Evusheld®, anticuerpos monoclonales cilgavimab y tixagevimab, están indicados para los pacientes con condiciones de riesgo que cursan con inmunosupresión e inadecuada respuesta a la vacunación o contraindicación de la misma, presentando alto riesgo de la enfermedad grave por SARS-CoV-2. Describir las características de los pacientes con serología negativa tras la vacunación completa según la estrategia de vacunación frente a la COVID-19 en España, es una condición necesaria para recibir Evusheld®.

### Métodos

Estudio descriptivo de pacientes mayores de 17 años con serología negativa antiproteína S, extraída entre el 31/03/2022 y el 10/06/2022, tras la administración de la tercera o la cuarta dosis de vacuna frente a la COVID-19 en un hospital de tercer nivel. Las variables cuantitativas se evaluaron mediante media  $\pm$  desviación estándar y las cualitativas mediante porcentajes. Se utilizó el estadístico de la U de Mann Whitney.

### Resultados

De las 3.103 serologías realizadas, 155 fueron negativas (5,0%). El 47,7% (74) fueron mujeres, y un 52,3% (81) hombres. La edad media fue de  $62,7 \pm 11,8$  años,  $65,3 \pm 10,3$  en los hombres y  $60,9 \pm 13,1$  en las mujeres ( $p = 0,114$ ). El 32,9% de los pacientes que no respondieron a la vacunación eran pacientes tratados con inmunosupresores o inmunomoduladores biológicos y el 51,6% (80) eran pacientes trasplantados, siendo 72 (46,5%) receptores de trasplante de órgano sólido (TOS) y un 5,2% (8) de trasplante

autólogo de progenitores hematopoyéticos. De los receptores de TOS, un 20,2% (34) eran renales y un 12,5% (21) pulmonares.

### Conclusiones

Los pacientes que no respondieron adecuadamente a la vacunación frente a la COVID-19 fueron, en su mayoría, receptores de TOS o tratados con inmunosupresores o inmunomoduladores biológicos, siendo por tanto candidatos potenciales para recibir Evusheld®.

**Palabras clave:** Evusheld®, Vacunación, COVID-19

doi:[10.1016/j.vacun.2022.09.032](https://doi.org/10.1016/j.vacun.2022.09.032)

## 32.

### IE-8063. Predominio del genotipo G3 de origen equino y múltiples casos de fallo vacunal en la temporada epidémica de rotavirus 2021/2022

R. Sánchez León<sup>a</sup> Grupo MadRotaNet<sup>1</sup>, M. Cabrerizo<sup>a</sup>, C. Calvo<sup>b</sup>, M.D. Fernandez-García<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Enterovirus y Gastroenteritis Víricas, Centro Nacional de Microbiología, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España

<sup>b</sup>Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

<sup>1</sup>Más información sobre los componentes del Grupo MadRotaNet está disponible en el anexo 1

### Introducción y objetivos

Los rotavirus son una de las principales causas de gastroenteritis aguda (GEA) a nivel global. Este estudio describe la prevalencia y distribución de los genotipos del rotavirus y otros eventos (derivados de vacuna productores de GEA o fallos vacunales) durante la temporada epidémica 2021/2022 en una comunidad autónoma.

### Métodos

Se recogieron muestras de heces positivas para rotavirus desde diciembre-2021 hasta abril-2022 de pacientes con GEA. Los genotipos se determinaron mediante RT-PCR y se caracterizaron mediante secuenciación Sanger y análisis filogenético.

### Resultados

Se analizaron 301 muestras positivas para rotavirus. Los genotipos más prevalentes fueron G3P[8] (64,5%) y G1P[8] (14,5%). No se detectó G12P[8]. Se detectaron 4 virus derivados de vacuna productores de GEA. El análisis filogenético de las cepas G3 mostró un predominio de las cepas tipo equino (84%). Un 51% de los casos estaban vacunados (con RotaTeq® el 43% y con Rotarix el 57%). Un 34% (87/257) de los casos de rotavirus para los que había datos de vacunación y coinfecciones se clasificaron como casos de fallo vacunal (CFV) ya que tenían la pauta completa de vacunación, no se detectó ningún otro microorganismo enteropatógeno y había > 14 días entre la última dosis de la vacuna y el inicio de los síntomas. Un 33% de CFV fueron hospitalizados. La principal vacuna administrada en CFV fue Rotarix (60%). El G3-tipo-equino se detectó en el 62% de los CFV. Todos los CFV positivos para G2P[4] tenían la vacuna Rotarix. En los CFV, la mediana de tiempo entre la última dosis de vacuna y la infección fue de 1,9 años.

### Conclusiones

El predominio del genotipo G3-tipo-equino (reordenamiento genético humano-equino) en la temporada epidémica y en los CFV enfatiza la necesidad de una vigilancia molecular nacional de rotavirus para evaluar la efectividad de las vacunas actuales y que

sirva para la toma de decisiones respecto a las vacunas en nuestro país.

**Palabras clave:** Rotavirus, Fallo vacunal, Genotipos

### Anexo 1

El Grupo MadRotaNet está compuesto por:

G. Ruiz-Carrasco, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.

R. Martínez-Ruiz, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid, España.

S. Quevedo, Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés, Madrid, España.

T. Pérez-Pomata, Hospital Universitario de Móstoles, Móstoles, Madrid, España.

A. Méndez-Echevarría, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.

M.L. García-García, Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés, Madrid, España.

J. García Rodríguez, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.

doi:10.1016/j.vacun.2022.09.033

### 33.

#### IE-8197. Factores asociados a la adherencia de la vacuna frente al virus del papiloma humano en las mujeres conizadas

F.J. Romera Guirado<sup>a</sup>, Y. Molina Salas<sup>a</sup>, A. Urrea Romera<sup>a</sup>, M.J. Romera Guirado<sup>a</sup>, J.J. Pérez Martín<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Centro de Área de Salud III, Dirección General de Salud Pública, Consejería de Salud de la Región de Murcia, Murcia, España

<sup>b</sup>Subdirección General de Prevención, Promoción de la Salud y Adicciones, Consejería de Salud de la Región de Murcia, Murcia, España

#### Introducción y objetivos

En las mujeres conizadas está indicada la vacunación frente al virus del papiloma humano (VPH) para disminuir el riesgo de recurrencias. El objetivo del estudio fue cuantificar la prescripción de la vacuna y evaluar los factores asociados a la adherencia de dicha recomendación.

#### Métodos

Estudio transversal analítico. El número de mujeres conizadas se obtuvo del registro de Conjunto Mínimo Básico de Datos y de la base de informes elaborados por el Programa de Vacunaciones. Se incluyeron a todas las mujeres que recibieron por primera vez conización por una lesión CIN II o CIN III durante el periodo 2018-2020. Se recogieron variables clínicas (tipo de lesión y fecha intervención) y sociodemográficas (edad, nacionalidad y municipio de residencia). El estado vacunal fue verificado en el registro Regional de Vacunas y OMIap. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 25.0.

#### Resultados

La cohorte estuvo constituida por 126 mujeres. La edad media a la que se practicó la conización fue a los 39,7 (DE: 9,89) años. Se observó la misma distribución de las lesiones cervicales CIN II y CIN III (50%). Se realizó un informe vacunal frente a VPH al 65,1% (n = 82) de las mujeres conizadas, completando la pauta el 82,9% (n = 68). De las 14 mujeres no cumplidoras, el 78,6% (n = 11) recibieron 2 dosis, el 7,1% (n = 1) una dosis y el 14,3% (n = 2) ninguna. La adherencia a la vacunación no se asoció ni al tipo de lesión (p =

0,16), año de intervención (p = 0,98), edad (p = 0,52), nacionalidad (p = 0,53) o municipio de residencia (p = 0,34).

#### Conclusiones

Existió moderada recomendación de la vacuna por los servicios asistenciales y hubo una adherencia elevada una vez realizado el informe. La adherencia no se asoció ni a factores clínicos ni demográficos. Se debería incidir en la captación precoz y el asesoramiento en este colectivo tan susceptible de recaídas.

**Palabras clave:** Adherencia terapéutica, Vacuna contra papilomavirus, Conización

doi:10.1016/j.vacun.2022.09.034

### 34.

#### IE-8198. Evaluación de errores en el registro de dosis de la vacuna frente al virus del papiloma humano en mujeres conizadas en el programa OMIAP

Y. Molina Salas<sup>a</sup>, F.J. Romera Guirado<sup>a</sup>, A. Urrea Romera<sup>a</sup>, M.J. Romera Guirado<sup>a</sup>, J.J. Pérez Martín<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Salud Pública, Centro de Área de Salud III, Dirección General de Salud Pública, Consejería de Salud de la Región de Murcia, Murcia, España

<sup>b</sup>Subdirección General de Prevención, Promoción de la Salud y Adicciones, Consejería de Salud de la Región de Murcia, Murcia, España

#### Introducción y objetivos

La calidad de los datos que se registran en los programas asistenciales debe ser considerada como un acto esencial, sobre todo en lo relativo a las vacunas. El objetivo fue detectar y evaluar los fallos de registro de la vacuna frente al papilomavirus humano (VPH) en el programa OMIap en las mujeres conizadas.

#### Métodos

La cohorte fueron 80 mujeres conizadas por primera vez (2018-2020) que tenían prescrita una pauta vacunal frente a VPH por el programa de vacunaciones y con al menos alguna vacuna administrada. Las vacunas, expedidas por el Servicio de Salud Pública, fueron administradas y registradas en OMIap por los profesionales de enfermería de atención primaria. Los registros se transfirieron de OMIap al programa Regional de Vacunaciones, donde se verificó el estado vacunal y potenciales errores de registro. Los errores se clasificaron: número de dosis incorrecta, marca errónea y no transferido al programa. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 25.0.

#### Resultados

De las 80 mujeres captadas, se obtuvo un total de 227 registros de vacunas. Hubo 36 registros erróneos, lo que supuso un 15,9% de dosis mal codificadas. El principal motivo fue el registro de marca errónea con un 63,9% (n = 23), seguido de no transferencia de datos con un 22,2% (n = 8) y por el último el registro del número de dosis con un 13,9% (n = 5). Hubo un mayor fallo de registro en el año 2020 de forma estadísticamente significativa (p < 0,001), pero no se asoció al centro de salud que lo realizó.

#### Conclusiones

Se registró un moderado porcentaje de fallos en el registro vacunal frente a VPH por parte de los servicios asistenciales. Se debería minimizar al máximo la mala codificación de las vacunas,

para ello sería necesario activar programas de mejora continua, integrar sistemas de gestión de control y potenciar una evaluación de calidad de procesos.

**Palabras clave:** Control de registros, Vacuna contra papilomavirus, Calidad asistencial

doi:10.1016/j.vacun.2022.09.035

## INVESTIGACIÓN: ORAL RELÁMPAGO

### 35.

#### **IR-6529. Evolución de la vacunación con difteria, tétanos y pertusis acelular de baja carga, en mujeres embarazadas de 2017 a 2021**

M. Escrig Collado, M.V. Segura García, A. Ten Gil, I. Notivoli Marin, E. Pastor Villalba, J.A. Lluch Rodrigo

*Dirección General de Salud Pública y Adiciones, Conselleria de Sanitat Universal y Salud Pública, Valencia, España*

#### **Introducción y objetivos**

La vacunación de la mujer embarazada con dTpa (difteria, tétanos, pertusis) tiene como finalidad proteger al recién nacido hasta los 3 meses de vida frente a la tosferina. Esta estrategia es más eficiente que la estrategia del nido. La Conselleria de Sanidad en mayo de 2015 implementó la vacunación de todas las embarazadas entre la semana 27 y 36 de embarazo. El objetivo del presente trabajo es analizar la evolución de la vacunación con dTpa en embarazadas de 2017 a 2021 a partir del Sistema de Información Vacunal (SIV).

#### **Métodos**

Estudio descriptivo retrospectivo de la evolución de las coberturas de vacunación en embarazadas a partir del SIV según la semana de gestación en que se vacunó, la edad de la mujer y el departamento de salud.

#### **Resultados**

Las coberturas de vacunación en la provincia, de embarazadas frente a dTpa para el periodo 2017-2021, oscilan entre un 87,41 y un 94,35%. La cobertura por departamentos va de un 74,63 a un 100% en función de los años analizados, siendo las coberturas más altas por año las siguientes: en 2021 un 100%, un 92,28% en 2020, un 97% en 2019, 93,89% en 2018 y 92,29% en 2017. Respecto a la semana de gestación, en 2017, un 69,59% se vacunó entre las semanas 27 y 32, mientras en 2021 fue el 85,35%. La mediana de edad de las embarazadas vacunadas es de 33 y 34 años, según el periodo analizado.

#### **Conclusiones**

La cobertura de vacunación con dTpa es buena mejorando con los años. Existe heterogeneidad en las coberturas entre los departamentos. Respecto a la semana de gestación en que se vacunan, con los años se va adaptando a las recomendaciones oficiales.

**Palabras clave:** Embarazadas, Vacunación, Tosferina

doi:10.1016/j.vacun.2022.09.036

### 36.

#### **IR-6538. Vacunación frente a herpes zóster en los grupos de riesgo**

A. Ten Gil, M. Escrig Collado, I. Notivoli Marin, M.V. Segura García, E. Pastor Villalba, J.A. Lluch Rodrigo

*Dirección General de Salud Pública y Adiciones, Conselleria de Sanitat Universal y Salud Pública, Valencia, España*

#### **Introducción y objetivos**

El herpes zóster (HZ) y la neuralgia posherpética (NPH) son enfermedades muy prevalentes en las personas inmunodeprimidas y mayores de 50 años. Desde 2021 está disponible la vacuna inactivada recombinante contra el HZ para adultos a partir de los 18 años. La implementación del programa de vacunación frente al HZ se inició el 26 de noviembre de 2021 y establece la vacunación del HZ en las personas con condiciones de riesgo según aprobó la Comisión de Salud Pública (CSP). La vacunación se lleva cabo en los servicios de medicina preventiva. El objetivo del trabajo es describir la vacunación frente al HZ en los grupos de riesgo aprobados por la CSP, por sexo, número de dosis y departamento hasta mayo de 2022.

#### **Métodos**

Estudio descriptivo de la vacunación frente a HZ en la población con condiciones de riesgo a partir del Sistema de Información Vacunal (SIV) analizadas según condición de riesgo, sexo, número de dosis y departamento de salud.

#### **Resultados**

El número de dosis administradas fue 3.231 dosis en 2.460 personas, el 58,40% de las dosis se administraron en los hombres. Por enfermedad, las vacunas administradas son: trasplante de progenitores hematopoyéticos un 13,29%, trasplante de órgano sólido un 24,19%; tratamiento con fármacos anti-JAK 16,30%, VIH 13,98%, hemopatías malignas 11,79%, tumores sólidos en tratamiento con quimioterapia 17,68% y en personas no incluidas en las enfermedades anteriores un 3,29%. El 75,8% son primeras dosis. Han completado pauta el 32% de las personas. La tasa por departamentos según personas del grupo 7 oscila entre el 0,16 y el 22,73%.

#### **Conclusiones**

Se han vacunado más hombres. Un 24% son trasplantados de órgano sólido. La tasa de vacunación frente a HZ es muy heterogénea entre departamentos. Solo una cuarta parte han completado la pauta de vacunación.

**Palabras clave:** Condición de riesgo, Herpes zóster, Vacuna

doi:10.1016/j.vacun.2022.09.037

### 37.

#### **IR-6672. Actitudes y prácticas de la vacunación frente a la gripe en España**

M.C. Prada García<sup>a,b</sup>, V. Fernández Espinilla<sup>a,c</sup>, I. Sanz Muñoz<sup>a,c</sup>, S. Rojo Rello<sup>a,c</sup>, J.M. Eiros Bouza<sup>a,d</sup>, J. Castrodeza Sanz<sup>a,c</sup>

<sup>a</sup>Centro Nacional de Gripe, Valladolid, España

<sup>b</sup>Complejo Asistencial Universitario de León, León, España

<sup>c</sup>Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

<sup>d</sup>Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España



## Introducción y objetivos

La gripe es un importante problema de salud pública asociado a una elevada morbimortalidad. La vacunación se considera una intervención fundamental para reducir el impacto de la enfermedad. Los objetivos del estudio fueron determinar la intención de la población adulta de vacunarse frente a la gripe, así como analizar los motivos para vacunarse o no, con especial atención a las personas mayores de 65 años, al considerarse un subgrupo de mayor riesgo.

## Métodos

Se llevó a cabo un estudio descriptivo y analítico transversal basado en un cuestionario mediante 2.211 entrevistas telefónicas, en las diferentes comunidades autónomas, entre el 17 y el 29 de septiembre de 2021.

## Resultados

Dentro de los grupos de riesgo de la muestra analizada, el 37% eran mayores de 65 años. Se observó que el 81,6% de las personas de 65 o más años se vacunaban anualmente o con cierta frecuencia frente al 35,5% de los menores de 65 años ( $p < 0,001$ ). El 50% de los españoles mostraron intención de vacunarse en la campaña 2021/2022. En el caso de las personas de 65 o más años, esta cifra ascendió al 83% frente al 42% de los menores de 65 años ( $p < 0,001$ ). Las principales razones para decidir vacunarse fueron la necesidad de protegerse frente al virus y de hacerlo anualmente. Por el contrario, los principales motivos para no vacunarse fueron la falta de recomendación y considerar a la vacuna contra la gripe como no necesaria.

## Conclusiones

Este estudio ha permitido analizar las razones para aceptar o rechazar la vacunación, posibilitando un análisis sobre los potenciales puntos a incidir para continuar mejorando las coberturas de vacunación. Es importante insistir en la vacunación de las personas mayores, ya que la falta de recomendación alcanza el 31,3% dentro del grupo de los que tienen 65 o más años.

**Palabras clave:** Gripe, Cobertura vacunal, Vacunación del adulto

doi:10.1016/j.vacun.2022.09.038

## 38.

### IR-6673. Información y fomento de la vacunación frente a la gripe en la población española

M.C. Prada García<sup>a,b</sup>, C. Hernán García<sup>a,c</sup>, I. Sanz Muñoz<sup>a,c</sup>, M. Domínguez-Gil González<sup>a,d</sup>, J.M. Eiros Bouza<sup>a,d</sup>, J. Castrodeza Sanz<sup>a,c</sup>

<sup>a</sup>Centro Nacional de Gripe, Valladolid, España

<sup>b</sup>Complejo Asistencial Universitario de León, León, España

<sup>c</sup>Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

<sup>d</sup>Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España

## Introducción y objetivos

La vacuna frente a la gripe estacional se utiliza menos de lo recomendado entre los colectivos de riesgo pese a su relevancia como medida de salud pública. Los objetivos de este estudio fueron identificar los canales de información más destacados sobre la campaña de vacunación, así como las iniciativas más efectivas para potenciar la vacunación en España, con especial atención a las personas mayores de 65 años.

## Métodos

Se realizó un estudio transversal, descriptivo y analítico, basado en un cuestionario mediante 2.211 entrevistas telefónicas, en las

diferentes comunidades autónomas, entre el 17 y el 29 de septiembre de 2021.

## Resultados

Los recordatorios del personal sanitario fueron el principal medio de información sobre la campaña de vacunación frente a la gripe (32,9%), seguido de los medios de comunicación tradicionales (26,9%). Las personas de 65 o más años utilizaron principalmente los medios de comunicación tradicionales (53,3%) y muy escasamente las redes sociales (2,2%). Las principales formas para incentivar a la vacunación serían tener información sobre los beneficios de la vacuna y facilitar el acceso a los centros de atención primaria (CAP). Además, las medidas relacionadas con que las personas del entorno se vacunen y con facilitar el acceso a los CAP serían las preferidas por las personas de 65 o más años, frente al envío de recordatorios vía SMS en el caso de los menores de 65 años ( $p < 0,05$ ).

## Conclusiones

Este estudio ha permitido conocer que los profesionales sanitarios constituyen un canal de información clave sobre la campaña de vacunación. Además, las principales estrategias para incentivar la vacunación serían mejorar el acceso a la vacunación e implementar campañas de información, utilizando los medios de comunicación y las nuevas tecnologías y, adaptando los medios de información en función de las distintas franjas etarias.

**Palabras clave:** Gripe, Vacuna, Profesionales sanitarios

doi:10.1016/j.vacun.2022.09.039

## 39.

### IR-7327. Incidencias en la cadena de frío de los centros de vacunación. Año 2021

I. Notivoli Marín, M.V. Segura García, M. Escrig Collado, A. Ten Gil, E. Pastor Villalba, J.A. Lluch Rodrigo

Dirección General de Salud Pública y Adicciones, Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, Valencia, España

## Introducción y objetivos

La estabilidad, inmunogenicidad y eficacia protectora de las vacunas pueden verse afectadas por alteraciones en el mantenimiento y la conservación de la cadena de frío. La mala conservación puede causar fallos vacunales. El objetivo de este estudio es analizar las roturas de la cadena de frío en 2021, sus causas, coste y ahorro tras la aplicación del protocolo para implementar mejoras.

## Métodos

Estudio descriptivo de las incidencias notificadas en el Sistema de Información Vacunal durante 2021 en los centros de vacunación públicos y privados. Analizar variables como titularidad del centro, vacunas afectadas, coste, ámbito del centro, tipo de error (humano / no humano), duración y motivo.

## Resultados

Se produjeron 218 incidencias en 154 centros, el 90,91% públicos y de estos, el 70,13% (108) fueron centros de salud/consultorios. El 80,28% de las incidencias ocurrieron en el ámbito urbano. Los errores humanos representaron el 50% y el motivo más frecuente fue «dosis fuera de la nevera» en 42 ocasiones y «puerta abierta del frigorífico» en 23. De los errores no humanos, «el corte de suministro eléctrico» con 63 incidencias, fue el más frecuente. El 38,53% duraron entre 12

y 24 h. La causa fue la temperatura aumentada en un 83,94%. Se afectaron 74.002 dosis y se inutilizaron 15.001 con un coste de 260.228 €. La vacuna frente a COVID-19 presenta el mayor número de dosis afectadas con un total de 34.702 dosis. El ahorro por la aplicación del protocolo ha sido de 1.049.830 €.

### Conclusiones

Las incidencias de la cadena de frío se producen mayoritariamente en centros de salud/consultorios urbanos y son debidas a errores humanos «olvido de dosis fuera de la nevera», como no humanos, «corte del suministro eléctrico». La mayoría por un aumento en la temperatura. Las vacunas de COVID-19 han sido las más afectadas.

**Palabras clave:** Incidencias, Cadena de frío, Vacunas

doi:[10.1016/j.vacun.2022.09.040](https://doi.org/10.1016/j.vacun.2022.09.040)

### 40.

#### IR-7328. Evolución de los rechazos a la vacunación antigripal durante las 5 últimas temporadas

M.V. Segura García, I. Notivoli Marín, M. Escrig Collado, A. Ten Gil, E. Pastor Villalba, J.A. Lluch Rodrigo

*Dirección General de Salud Pública y Adicciones, Conselleria de Sanitat Universal i Salut pública, Valencia, España*

### Introducción y objetivos

La vacunación antigripal está dirigida a población de riesgo establecida anualmente por la Comisión de Salud Pública. El Sistema de Información Vacunal permite recoger los rechazos que se presenten a esta vacunación. El objetivo del trabajo es conocer la evolución de los rechazos, sus motivos y el perfil de las personas que rechazan la vacuna antigripal en las 5 temporadas analizadas.

### Métodos

Análisis descriptivo de la evolución de los rechazos de la vacuna antigripal durante las 5 últimas temporadas por grupos de edad, sexo y motivo, así como las tasas de rechazo por departamento.

### Resultados

Se declararon 12.960, 14.249, 16.916, 14.396, 27.423, 34.379 rechazos en las temporadas 2016-17 a 2021-22 respectivamente, con tasas entre el 1,84% (2016) y 3,07% (2021) según dosis declaradas. El porcentaje mayor de rechazos por grupo de edad se produjo en menores de un año, con una clara tendencia a disminuir (tasas del 12,3% en 2016 al 5,8% en 2021), seguido de los mayores de 64 años (de 2,06 en 2016 a 3,07 en 2021), con un incremento de rechazos en la última temporada. El 61,8% fueron mujeres con un rango en las tasas del 2,1 al 3,3%. Los motivos registrados, fueron: «rechazo de la campaña en curso» (del 75,1 al 84,6%); «otros» (del 7,9 al 16,5%); «contrarios vacunación» (del 6,3 al 10,1%); «alérgicos» (0,2 a 0,3%); «religiosos» (0,03 a 0,05%). La tasa de rechazos por departamentos en el último año osciló entre el 0,03% y el 0,28%.

### Conclusiones

La tasa de rechazo es baja. El perfil de los rechazos corresponde a mujeres mayores de 65 años. El motivo más frecuente es rechazo solo para la temporada. Se debería mejorar la información sanitaria a favor de la vacunación antigripal.

**Palabras clave:** Rechazos, Motivos, Gripe

doi:[10.1016/j.vacun.2022.09.041](https://doi.org/10.1016/j.vacun.2022.09.041)

### 41.

#### IR-7641. Cobertura vacunal antineumocócica en pacientes mayores de 65 años hospitalizados por la enfermedad de SARS-CoV-2

M.T. Herrero Díez, M.M. Guerra Hernández, V. Fernández Espinilla, M.C. Viña Simón, C. Hernán García, J.J. Castrodeza Sanz

*Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España*

### Introducción

El neumococo es el principal responsable de neumonía comunitaria y de enfermedad neumocócica invasiva en el adulto. El objetivo del estudio es evaluar el estado de vacunación antineumocócica en los hospitalizados por la enfermedad de SARS-CoV-2 mayores de 65 años previo y posterior al ingreso tras una infección respiratoria grave.

### Métodos

Se realizó un estudio descriptivo observacional retrospectivo. Se incluyeron los pacientes hospitalizados por enfermedad SARS-CoV-2 mayores de 65 años con pauta de primovacuna completa contra COVID-19 durante el primer trimestre de 2022 en un hospital de tercer nivel. Se analizó la cobertura vacunal antineumocócica en situación pre- y postingreso, sin intervenciones de mejora aplicadas.

### Resultados

Se analizaron 123 pacientes siendo 56,9% hombres y la media de edad 83,41 años (rango 66-100). Se notificaron 34 fallecimientos durante el ingreso y el primer mes de postingreso. La cobertura vacunal antineumocócica secuencial completa previa al ingreso fue del 23,6%, n = 29 (antineumocócica 13-valente 27,6%, n = 34 y antineumocócica 23-valente 73,2%, n = 90). No se encontró mejora en las pautas de inmunización tras un periodo mínimo de 3 meses posterior al ingreso.

### Conclusiones

Este estudio muestra tasas bajas de inmunización completa contra neumococo en mayores de 65 años. No se observó un incremento en la cobertura vacunal antineumocócica en este subgrupo, a pesar de haber padecido una infección respiratoria grave. Sería recomendable implementar estrategias vacunales de forma oportunista e individualizada en estos pacientes, a través de una coordinación entre diferentes niveles asistenciales.

**Palabras clave:** Cobertura de vacunación, Vacunas antineumocócicas, Adultos

doi:[10.1016/j.vacun.2022.09.042](https://doi.org/10.1016/j.vacun.2022.09.042)

### 42.

#### IR-7883. Inmunogenicidad de una vacuna de proteína recombinante contra el SARS-CoV-2 (PHH-1V) como primovacuna en adultos sanos en Vietnam

C. Borralleras Fumaña, C. Garriga Alsina, L. Ferrer Soler, E. Torroella Busquets

*HIPRA, Amer*

### Introducción

La vacuna PHH-1V es una vacuna de proteína recombinante basada en las variantes alfa y beta del virus SARS-CoV-2. Se ha puesto en marcha un estudio diseñado para evaluar la eficacia y la seguridad de PHH-1V en la vacunación primaria en una población asiática.

Presentamos los resultados de un análisis de no-inferioridad de la vacuna PHH-1V en relación a una vacuna de mRNA en términos de inmunogenicidad.

### Métodos

En este ensayo clínico (NCT05142514) de fase IIb, aleatorizado (1:1), controlado y observador-ciego llevado a cabo en Vietnam en 256 voluntarios adultos sanos (18-60 años), no vacunados previamente contra la COVID-19 y sin previa infección de SARS-CoV-2, se administraron 2 dosis de la vacuna PHH-1V o de la vacuna de Pfizer-BioNTech (BNT162b2) con un intervalo de 21 días. La inmunogenicidad en términos de anticuerpos neutralizantes se evaluó el día 14 después de la segunda dosis mediante un ensayo de neutralización basado en pseudoviriones (PBNA) para las variantes beta, delta y ómicron (BA.1) del SARS-CoV-2 y se realizó un análisis de no-inferioridad.

### Resultados

Ambas vacunas, PHH1-V y BNT162b2, dieron lugar a un aumento en el título de anticuerpos neutralizantes para todas las variantes estudiadas. Los ratios de los títulos de anticuerpos neutralizantes de la vacuna BNT162b2 respecto a PHH-1V tras 14 días después de la segunda dosis demuestran superioridad de la vacuna PHH-1V para la variante beta (ratio GMT 0,378; IC95% 0,286-0,500) y no-inferioridad para la variante ómicron (ratio GMT: 1,057; IC95% 0,807-1,384). Para la variante delta no se han obtenido resultados concluyentes por falta de poder estadístico.

### Conclusiones

Estos resultados demuestran que en voluntarios no previamente vacunados contra la COVID-19 la vacuna PHH-1V da lugar a una potente respuesta inmunitaria protectora ante variantes de preocupación de SARS-CoV-2.

**Palabras clave:** Proteína recombinante, Vacuna COVID-19, Inmunogenicidad

doi:10.1016/j.vacun.2022.09.043

### 43.

#### IR-7885. Seguridad de una vacuna de proteína recombinante basada en un heterodímero de fusión del dominio de unión al receptor del SARS-CoV-2 (PHH-1V) como primovacación en adultos sanos en Vietnam

S. de Cambra Florensa, C. Garriga Alsina, L. Ferrer Soler, E. Torroella Busquets

HIPRA, Amer.

### Introducción

PHH-1V es una vacuna de proteína recombinante basada en el dominio de unión al receptor de 2 variantes del virus SARS-CoV-2 (alfa y beta), formando un heterodímero de fusión. Dada la alta cobertura vacunal en el momento de iniciar el desarrollo clínico de la vacuna, los estudios clínicos fase IIb y III en Europa se realizaron aplicando PHH-1V como refuerzo heterólogo en los individuos previamente vacunados. Paralelamente, se puso en marcha un estudio diseñado para obtener datos de eficacia y seguridad de PHH-1V en la vacunación primaria en población asiática.

### Métodos

En este ensayo clínico (NCT05142514) de fase IIb, aleatorizado, controlado y observador-ciego llevado a cabo en Vietnam, 256 voluntarios adultos sanos (18-60 años) no vacunados previamente

contra la COVID-19 y sin previa infección de SARS-CoV-2 se asignaron aleatoriamente (1:1) a un grupo en el que se administraron 2 dosis de la vacuna PHH-1V o a un grupo control en el que se administraron 2 dosis de la vacuna de mRNA de Pfizer-BioNTech (BNT162b2). En ambos grupos, el intervalo entre dosis fue de 21 días.

### Resultados

Los datos de seguridad obtenidos 14 días después de la segunda dosis se han analizado y discutido, respetando el ciego todavía vigente. La reacción local más frecuentemente reportada fue dolor en el lugar de la inyección y las reacciones sistémicas más comunes fueron dolor de cabeza, fatiga y mialgia. La mayoría de los eventos adversos solicitados se clasificaron como leves o moderados. Se reportaron 3 eventos adversos graves no relacionados con el tratamiento. No hubo muertes ni se registraron casos de anafilaxia.

### Conclusiones

Estos resultados demuestran que ambas vacunas tienen un buen perfil de seguridad y tolerabilidad, cuando se administran como primovacación con una pauta de 2 dosis con un intervalo de 21 días en adultos sanos.

**Palabras clave:** Proteína recombinante, Infección SARS-CoV-2, Vacuna COVID-19

doi:10.1016/j.vacun.2022.09.044

### 44.

#### IR-7922. Comparación de 2 brotes de COVID-19 acaecidos antes y después de la vacunación de usuarios y trabajadores de una residencia geriátrica

G. Parisé Farreny, J. Rosinach Bonet, N. Rosell Solé, J.P. Bamala Zuriguel, I. Mòdol Pena, X. Farré Pueyo

Departamento de Salud de Catalunya, Lleida, España

### Introducción y objetivos

Las residencias geriátricas han sufrido los efectos del COVID-19, especialmente antes de la vacunación de los usuarios. El objetivo de este estudio fue comparar las características epidemiológicas de 2 brotes, declarados antes y después de la campaña de vacunación en una residencia geriátrica.

### Métodos

Se definió como brote la presencia de uno o más casos de usuarios vinculados a una secuencia temporal y espacial en la residencia. El primer brote sucedió en el año 2020 y el segundo en el año 2022. La población de estudio fue de 109 usuarios y trabajadores en ambos brotes. La campaña de vacunación se realizó durante el año 2021. La cobertura de vacunación fue de 63/64 (98,44%) de usuarios y 42/45 (93,33%) de trabajadores con 3 dosis de vacuna de ARNm.

### Resultados

La incidencia, casos sintomáticos, casos ingresados y mortalidad de ambos brotes se resume en la tabla 1. En el segundo brote los síntomas generalmente fueron más leves. Se constató una reducción de la mortalidad del 91,31% en el segundo brote respecto al primero.

### Conclusiones

La campaña de vacunación pudo haber influido en la disminución de la mortalidad, número de ingresos y gravedad de los síntomas en

**Tabla 1.** Caracterización de los dos brotes de COVID-19 antes y después de la vacunación.

	TOTAL	Incidencia	Síntomas	Ingresados	Mortalidad
Año 2020 usuarios	66	41 (62,12%)	22 (33,33%)	13 (19,70%)	23 (34,85%)
Año 2020 trabajadores	43	19 (44,19%)	14 (32,56%)	0 (0 %)	0 (0 %)
Año 2022 usuarios	64	26 (40,63%)	10 (15,63%)	1 (1,56%)	2 (3,13%)
Año 2022 trabajadores	45	4 (8,89%)	4 (8,89%)	0 (0 %)	0 (0 %)

el segundo brote. La elevada incidencia del segundo brote podría explicarse por la elevada transmisibilidad asociada a la variante ómicron de SARS-CoV-2, predominante en el momento de producirse el brote.

**Palabras clave:** COVID-19, Vacunación, Residencia geriátrica

doi:10.1016/j.vacun.2022.09.045

reinfecciones se hayan producido por distintas variantes del virus. La inmunización de la población a través de la vacunación constituyó la medida más eficaz para el control de la propagación del virus durante la pandemia, así como de las reinfecciones.

**Palabras clave:** COVID-19, Personal de salud, Vacunación

doi:10.1016/j.vacun.2022.09.046

## 45.

### IR-7936. Características epidemiológicas de las reinfecciones por COVID-19 en los trabajadores sanitarios

A. Pérez Dalí, R. García Rodríguez, M.J. Pereira Rodríguez, I. Díaz Vázquez, F. Freijedo Fariñas, M.M. Castro Rivas

*Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, A Coruña, España*

#### Introducción

La vacunación frente al SARS-CoV-2 es una de las herramientas más importantes de control de su propagación. Aunque no impide la transmisión, evita formas graves de enfermedad y sirve para disminuir tanto infecciones como reinfecciones por COVID-19.

#### Objetivos

Describir los casos de reinfección por SARS-CoV-2 entre trabajadores sanitarios de un área de salud y sus factores asociados.

#### Métodos

Estudio observacional descriptivo realizado entre enero de 2021 y junio de 2022. Se incluyen todos los trabajadores sanitarios con el antecedente de infección y reinfección por SARS-CoV-2 registrado en la historia clínica por prueba microbiológica positiva. Se analizan los datos relacionados con los factores intrínsecos, de la infección y la vacunación.

#### Resultados

Se registraron 374 reinfecciones (8,7% del total de positivos). La edad media fue de 44,7 años; DE 11,6 (P50 = 43); mayoritariamente eran mujeres: 86,0% (n = 327). 98,1% del total había recibido al menos 1 dosis de vacuna (vacunación completa), administrándose ARNm (Pfizer/Moderna) al 98,6% en la primera dosis y al 99,5% en la segunda. En el 98,4% de los casos la persona había pasado la enfermedad en 2 ocasiones, mientras solo 1,6% (6) la padecieron una tercera vez. El 93,9% (n = 351) fueron reinfecciones que se dieron entre enero-junio 2022. La media de días desde la administración de la primera dosis de vacuna y diagnóstico de reinfección fue de 404 días.

#### Conclusiones

La mayoría de trabajadores reinfectedos (98,4%) pasaron la enfermedad en 2 ocasiones, enfermando unos 400 días de media después de la primera dosis. No disponemos de la secuenciación de los virus de la población del estudio para confirmar que dichas

## 46.

### IR-7940. Conocimientos y actitudes frente a la vacunación del adulto con condiciones de riesgo por parte de los facultativos especialistas de un hospital de tercer nivel

M.T. Ledo-Varela<sup>a</sup>, A. Serrano de la Cruz<sup>a</sup>, A.I. López Figueras<sup>a</sup>, J.M. Ballesteros Arribas<sup>b</sup>

*<sup>a</sup>Hospital Central de la Defensa «Gómez Ulla», CSVE, Madrid, España*

*<sup>b</sup>Inspección General de Sanidad, Madrid, España*

#### Introducción

Aunque la vacunación del adulto con condiciones de riesgo (ACR) disminuye su morbimortalidad por infecciones inmunoprevenibles, las tasas de vacunación son bajas. El objeto de este estudio fue valorar si los facultativos de nuestro centro consideraban la vacunación de sus pacientes crónicos como un tema relevante, y si los remitían a la consulta de vacunación (CV) del ACR de medicina preventiva.

#### Métodos

Se envió una encuesta anónima, confidencial, y autocumplimentada vía telemática, a 117 facultativos, preguntando acerca de su actitud y conocimientos sobre las vacunas, y la existencia de la CV-ACR.

#### Resultados

Se obtuvieron 16 respuestas (13,6%), 28,5% de servicios médicos, 81,3% mujeres. Todos consideran que las vacunas que son seguras, salvan vidas y que sus pacientes se pueden beneficiar de ellas. El 83,3% respondió no conocer la CV-ACR, por lo que no remitían habitualmente a sus pacientes a nuestra consulta. Un 7% respondió que los remitía a primaria, y un 7% consideraba que sus pacientes no eran candidatos a actualización de calendario vacunal. El 75% de los encuestados considera que no tiene información suficiente para saber qué pacientes podrían beneficiarse de la CV-ACR. El 92,9% dice que remitiría a sus pacientes a la consulta de vacunación si tuviera más información.

#### Conclusiones

La baja tasa de respuestas nos hace pensar en desconocimiento de los facultativos hacia las vacunas de sus pacientes. Recomendamos una comunicación efectiva sobre vacunas a los especialistas. En consonancia con otros estudios, como el ADVISE (aunque este se centró en atención primaria), nuestro estudio sugiere una buena



actitud de los facultativos hacia las vacunas y a remitir al paciente a consulta si ello le beneficia, pero con un amplio margen de actuación por nuestra parte, para aumentar la sensibilidad de la importancia de la vacunación del adulto por parte de los facultativos hospitalarios.

**Palabras clave:** Hospital, Preventiva, Crónico

doi:10.1016/j.vacun.2022.09.047

#### 47.

##### **IR-7942. Análisis descriptivo de la actividad de consultas de vacunación de riesgo en los pacientes con esclerosis múltiple**

I. García Fraile, I. Díaz Vázquez, A. Pérez Dalí, A.P. García López, F. Freijedo Fariñas, I. Castro Lareo

*Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, A Coruña, España*

##### **Introducción**

La esclerosis múltiple es la principal causa de discapacidad no traumática en los adultos jóvenes. Dentro del tratamiento modificador de la enfermedad se encuentran fármacos inmunomoduladores, inmunosupresores o biológicos, por lo que sería conveniente establecer pautas de vacunación según el riesgo de contraer enfermedades inmunoprevenibles. El objetivo de este estudio es conocer la actividad de la consulta de vacunas en los pacientes con esclerosis múltiple.

##### **Métodos**

Estudio de seguimiento retrospectivo de una cohorte de pacientes con esclerosis múltiple citados en la consulta de vacunas del Servicio de Medicina Preventiva durante el año 2021. Se analizaron características relacionadas al paciente, pauta de vacunación y grado de cumplimiento.

##### **Resultados**

56 pacientes con diagnóstico de esclerosis múltiple fueron citados en la consulta de vacunas durante el año 2021. La mayoría eran mujeres (69,6%), con una edad media de 39 años ( $\pm 10,76$ ). El 58,9% de los pacientes se encontraba en tratamiento inmunomodulador, inmunosupresor o biológico en el momento de la consulta y un 32,1% acudieron de forma previa a iniciar este tipo de tratamientos. El 80,4% iniciaron calendario vacunal individualizado, con un grado de cumplimiento del 82,2%. La recomendación anual de vacunación antigripal en los pacientes de riesgo fue seguida por el 57,6% de estos pacientes en tratamiento inmunosupresor durante la campaña siguiente.

##### **Conclusiones**

El aumento de la prevalencia de pacientes con esclerosis múltiple en nuestro entorno implica una mayor presencia de estos en las consultas de vacunación de riesgo. Es importante su derivación previamente a iniciar tratamiento con la colaboración con los servicios de neurología y la concienciación sobre la importancia de la vacunación de los mismos.

**Palabras clave:** Esclerosis múltiple, Programas de inmunización, Grupos de riesgo

doi:10.1016/j.vacun.2022.09.048

#### 48.

##### **IR-7955. Análisis descriptivo de la actividad de consultas de vacunación de riesgo en los pacientes con infección por virus de la inmunodeficiencia humana**

I. Díaz Vázquez, I. García Fraile, A. Pérez Dalí, A.P. García López, A. García González, I. Castro Lareo

*Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, A Coruña, España*

##### **Introducción**

Las personas con infección por VIH presentan un mayor riesgo de infección por enfermedades inmunoprevenibles, así como padecer cuadros de mayor gravedad que el resto de la población. El objetivo de este estudio es conocer la actividad de la consulta de vacunas en los pacientes con infección por VIH en un hospital de tercer nivel.

##### **Métodos**

Estudio de seguimiento retrospectivo de una cohorte de pacientes con infección por VIH citados en la consulta de vacunas durante el año 2021. Se analizaron características relacionadas al paciente, la pauta de vacunación y el grado de cumplimiento.

##### **Resultados**

32 pacientes con diagnóstico de infección por VIH fueron citados en la consulta de vacunas durante el año 2021. La mayoría eran hombres (84,4%), con una edad media de 38 años ( $\pm 11,56$ ) y el 93,8% presentaban un nivel de linfocitos CD4+ superior a 200 células por ml previo a la consulta. El 56,4% completaron la pauta de vacunación propuesta. A todos ellos se les recomendó la vacunación frente a la meningitis B, siendo seguida por el 21,9% de los pacientes. La recomendación anual de vacunación antigripal en los pacientes de riesgo fue seguida por el 65,6% de los mismos durante la campaña siguiente.

##### **Conclusiones**

La atención de los pacientes con infección por VIH en las consultas de vacunación de riesgo es fundamental. Existe un porcentaje importante de pacientes que no se adhieren a la pauta vacunal propuesta en consulta, por lo que es necesario un mayor seguimiento posterior de los mismos.

**Palabras clave:** Infecciones por VIH, Programas de inmunización, Grupos de riesgo

doi:10.1016/j.vacun.2022.09.049

#### 49.

##### **IR-7957. Se deben mejorar las tasas de vacunación de adultos mayores para disminuir la enfermedad neumocócica**

M.T. Ledo-Varela, A. Serrano de la Cruz, A.I. López Figueras, J.M. Ballesteros Arribas

*Hospital Central de la Defensa «Gómez Ulla», CSVE, Madrid, España*

##### **Introducción y objetivos**

La inmunosenescencia origina un aumento de incidencia y gravedad de las enfermedades infecciosas, muchas inmunoprevenibles. En 2018 se recomendó la vacunación antineumocócica 13-valente a  $> 60$  en la Comunidad de Madrid. Analizamos las neumonías neumocócicas (NN) y

la enfermedad neumocócica invasora ocurridas entre 2019-2021, y el estado de dichos pacientes en relación a la vacunación 13-valente.

### Métodos

Se revisaron las historias de los pacientes ingresados en el periodo señalado, con diagnóstico de NN, sepsis o meningitis neumocócica. Los datos se obtuvieron por el CMBD, y se comprobó el estado vacunal mediante registro centralizado de vacunas de la Comunidad de Madrid.

### Resultados

Se diagnosticaron 81 NN (antigenuria). La vacunación con 13-valente estaba indicada en 62 pacientes previo al episodio, y la había recibido el 27,4%. De manera posterior, la recibieron un 25,9%. Diecinuevepacientes con neumonía sufrieron además una sepsis. La media de edad fue 61 años, 73,8% hombres. De ellos, 11 contaban con indicación de la vacunación frente a neumococo 13-valente, y la habían recibido un 27,2%. Hubo 4 fallecimientos (75% hombres, 76,25 años de media). Todos tenían indicación de vacuna y no la habían recibido. Tras el episodio de sepsis, 26,3% de los pacientes recibieron la vacunación en un centro de salud. Aquellos que recibieron la vacunación, tuvieron un retraso medio en recibirla de 5,6 meses desde su sepsis (recorrido 1-14 meses). Se diagnosticó una meningitis en un paciente sin indicación de vacuna, la recibió tras 19 meses en un centro de salud.

### Conclusiones

Las tasas de vacunación son bajas y pueden provocar neumonías y complicaciones graves. Recomendamos potenciar la vacunación frente a neumococo en los centros de salud y/o la consulta de vacunación del adulto de medicina preventiva, e informar a los facultativos de la importancia de recomendar dicha vacuna tras un episodio de NN o enfermedad neumocócica invasora.

**Palabras clave:** Neumococo, Sepsis, 13-valente

doi:10.1016/j.vacun.2022.09.050

## 50.

### IR-7968. Enfermedad invasiva por neumococo en 2021. Impacto de la pandemia de COVID-19

C. Izquierdo Gómez<sup>a</sup>, N. Soldevila Pidemunt<sup>b</sup>, J. García-García<sup>c</sup>, B. Viñado<sup>d</sup>, A. Díaz-Conradi<sup>e</sup>, Grupo de trabajo Barcino<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Agencia de Salud Pública de Cataluña, Generalitat de Cataluña, Barcelona, España

<sup>b</sup>Unidad de Medicina Preventiva y Salud Pública, Departamento de Medicina, Universidad de Barcelona, Barcelona, España

<sup>c</sup>Servicio de Pediatría, Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat, Barcelona, España

<sup>d</sup>Servicio de Microbiología, Hospital Vall d'Hebron, Barcelona, España

<sup>e</sup>Servicio de Pediatría, Hospital de Nens de Barcelona, Barcelona, España

<sup>f</sup>Grupo Barcino, Barcelona, España

### Objetivos

El objetivo del estudio es analizar los cambios provocados por la pandemia de COVID-19 en la demanda asistencial hospitalaria, solicitud de pruebas diagnósticas para neumococo y casos confirmados de enfermedad neumocócica invasiva (ENI) en la población pediátrica en 2021 respecto al periodo prepandémico (2018-2019).

### Métodos

El estudio se realizó en 3 hospitales de nuestra comunidad autónoma que atienden el 32% de la población pediátrica hospitalizada en la misma. En 2021 y en 2018-2019 (promedio) se recogieron: visitas a urgencias, solicitudes de PCR diagnóstica de ENI, casos de ENI, y distribución por serotipos (incluidos en vacuna antineumocócica conjugada-13v [PCV13] y no incluidos [noPCV13]), y por grupos de edad (< 5 y ≥ 5 años). Se compararon las tasas de incidencia (TI) en 2021 respecto 2018-2019 mediante el cálculo de razón TI (RTI), con IC 95%. El cambio porcentual en RTI se expresó según fórmula:  $(1-RTI) \times 100$ .

### Resultados

El número de visitas a urgencias en 2018-19 fue de 227.148 y de 178.243 en 2021 (-21%;  $p < 0,0001$ ). La variación en visitas a urgencias en < 5 años fue de +4% y de -38% en ≥ 5 años. El número de PCR solicitadas en 2018-19 fue de 641 y de 754 en 2021 (+19%;  $p = 0,001$ ) y el de casos por ENI en 2018-19 de 57 y de 19 en 2021 (-66%;  $p < 0,0001$ ). El número de serotipos PCV13 en 2018-19 fue de 25 y de 8 en 2021 (-68%;  $p = 0,003$ ), y el de serotipos no-PCV13 fue de 29 en 2018-19 y de 10 en 2021 (-65%;  $p = 0,002$ ); siendo esta variación especialmente marcada en < 5 años.

### Conclusiones

En 2021 se observó una disminución de carga asistencial en visitas a urgencias respecto al periodo prepandémico, pero un incremento en las pruebas diagnósticas solicitadas. La disminución de casos de ENI ha sido del 66% en 2021. Las medidas no farmacológicas de prevención podrían explicar estos resultados.

**Palabras clave:** Enfermedad neumocócica invasiva, Serotipo, Vacuna

doi:10.1016/j.vacun.2022.09.051

## 51.

### IR-8468 Vacunación meningocócica en España ¿qué hemos aprendido?

A. Fernández de Alba<sup>a</sup>, A. Grande Tejada<sup>b</sup>, A. Valls Arévalo<sup>c</sup>, I. Matecano<sup>d</sup>, M. García-Fernández de Villalta<sup>e</sup>, I. Salamanca de la Cueva<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Instituto Hispalense de Pediatría (IHP), Sevilla, Spain

<sup>b</sup>Pediatría, Hospital Materno Infantil, Badajoz, Spain

<sup>c</sup>Pediatría, CS Nazaret, Departamento Clínico-Malvarrosa, Valencia, Spain

<sup>d</sup>Pediatría, Centro de Salud Ensanche de Vallecas, Madrid, Spain

<sup>e</sup>Servicio de pediatría hospitalaria, enfermedades infecciosas y tropicales, Hospital La Paz, Madrid, Spain

### Introducción y objetivos

La enfermedad meningocócica invasiva (EMI) es causa de morbilidad y mortalidad importante que afecta principalmente a lactantes y adolescentes. El desarrollo de vacunas en los últimos 25 años ha permitido el abordaje preventivo de la enfermedad a través de diferentes estrategias en función de los cambios epidemiológicos y la disponibilidad de preparados vacunales.

### Métodos

Revisión histórica sobre las diferentes estrategias de inmunoprevención y su impacto frente a EMI establecidas entre los años 1996 a 2021 en España.

### Resultados

Desde la inclusión de la vacuna conjugada frente a meningococo C (MenC) se objetivó un descenso acusado de los casos de hasta un

71%. El descenso de casos con MenC fue más representativo en los menores de 1 año (reducción de hasta un 98% para el periodo citado), con claro descenso en las cohortes 1-4 años y de 5-9 años (descenso de más del 90% de los casos). La pérdida de eficacia vacunal (EV) observada con el esquema inicial utilizado (2, 4, 6 meses) justificó la adición de una dosis de recuerdo en el segundo año de vida junto con un rescate hasta los 20 años y, posteriormente, la vacunación del adolescente con una dosis de recuerdo. El incremento de circulación del serogrupo W con potencial epidémico condujo a la modificación de MenC por la vacuna frente a serogrupos A, C, W e Y (MenACWY) en la adolescencia junto con un rescate hasta los 18 años de edad.

### Conclusiones

a EMI es una enfermedad poco prevalente pero grave, sujeta a una gran variabilidad epidemiológica. Solo las vacunas han demostrado capacidad en su prevención.

**Palabras clave:** Enfermedad meningocócica, Epidemiología, Programas de vacunación

doi:10.1016/j.vacun.2022.09.052

## EXPERIENCIAS: ORAL ESTÁNDAR

### 52.

#### EE-7470. Mejorando la accesibilidad a la vacunación de los pacientes de grupos de riesgo: puesta en marcha de la consulta de vacunación en un hospital comarcal

M. Cañadilla Ferreira<sup>a</sup>, I.A. López Tovar<sup>b</sup>, A. Martínez Martínez<sup>a</sup>, M. Zornoza Moreno<sup>c</sup>, J.J. Pérez Martín<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Hospital de la Vega Lorenzo Guirao, Murcia, España

<sup>b</sup>Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España

<sup>c</sup>Servicio de Prevención y Protección de la Salud, Consejería de Salud, Murcia, España

<sup>d</sup>Subdirección General de Prevención, Promoción de la Salud y Adicciones, Consejería de Salud, Murcia, España

### Introducción y objetivos

En nuestra Comunidad Autónoma, la vacunación de los grupos de riesgo está coordinada por el Programa de Vacunaciones (PV) de la Consejería de Salud. Hay 2 circuitos complementarios para asegurar la correcta inmunidad de la población de grupos de riesgo, la derivación de pacientes al PV y a los Servicios de Medicina Preventiva. El objetivo es describir la puesta en marcha de la consulta de vacunación de grupos de riesgo en un área de salud.

### Métodos

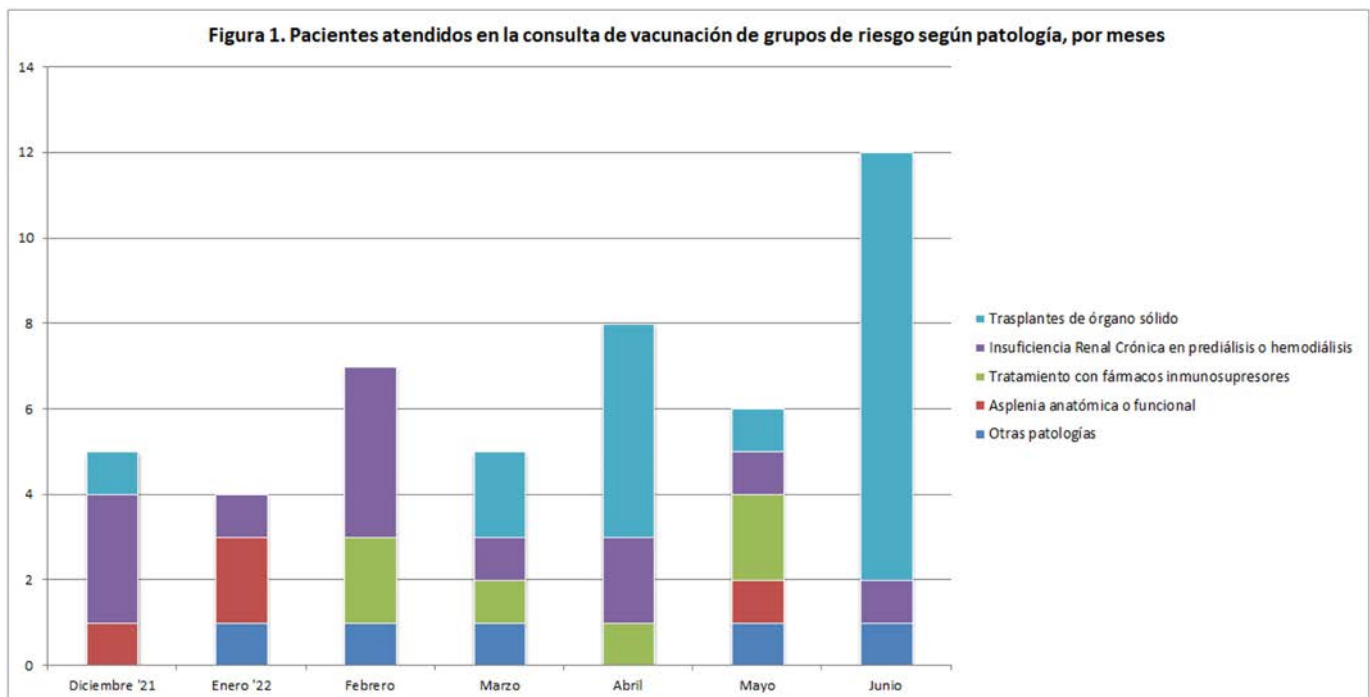
En septiembre de 2021 se formó la Unidad de Medicina Preventiva de un hospital comarcal. Se establecieron reuniones con el PV y con el área de referencia para concretar las agendas necesarias, normalizar los formularios existentes y determinar el circuito de derivación entre las áreas.

### Resultados

Entre 2016 y 2020 el PV realizó 303 informes de vacunación de pacientes del área: 17 de pacientes esplenectomizados, 23 de trasplante de órgano sólido (TOS), 11 trasplantes de progenitores hematopoyéticos, 22 de infección por VIH y 230 de otras enfermedades. Con base en esto, en diciembre de 2021 se estableció un día semanal de consulta. Hasta el 15 de junio, se han realizado 57 visitas a la consulta médica (47 pacientes) y 120 visitas en la de enfermería. Se han realizado pautas de vacunación de 19 pacientes con TOS, 13 con insuficiencia renal crónica, 6 de pacientes en tratamiento con inmunosupresores, 4 de pacientes con asplenia y 5 de otras enfermedades (fig. 1).

### Conclusiones

En la consulta de vacunación se ha atendido a 47 pacientes en aproximadamente 5 meses y se espera llegar a alrededor de 100 pacientes a final de año, aprovechando la vacunación de cuarta dosis frente a SARS-CoV-2 y herpes zóster. Esto, junto con la vacunación que se realiza desde el PV, mejorará la protección inmunológica de los pacientes del área.





**Palabras clave:** Vacunación, Programas de inmunización, Medicina preventiva

doi:10.1016/j.vacun.2022.09.053

---

### 53.

#### EE-7807. Implantación del programa de vacunación frente a herpes zóster en los grupos de riesgo

F. Baigorria Feltrin<sup>a</sup>, M. García Cenoz<sup>b</sup>, J. Chamorro Camazón<sup>a</sup>, N. Egües Olazábal<sup>b</sup>, J. Vidán Alli<sup>a</sup>, A. Bacaicoa Hualde<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Hospital Universitario de Navarra, Navarra, España

<sup>b</sup>Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra, Navarra, España

#### Introducción y objetivos

El 24 de julio de 2018 la Comisión de Salud Pública aprobó la vacuna de subunidades adyuvada frente al herpes zóster. El 25 de marzo de 2021 se publica el documento «Recomendaciones de vacunación frente a herpes zóster» que define los grupos de riesgo. El objetivo es describir la implantación del programa de vacunación en la Comunidad Autónoma.

#### Métodos

En febrero 2022 se constituyó un grupo de trabajo compuesto por la Subdirección de Farmacia y Prestaciones, la Sección de Transmisibles y Vacunas del Instituto de Salud Pública y Laboral de la Comunidad, un referente de vacunación de atención primaria (AP) y un responsable de la Unidad de Vacunación del Hospital Central de la Comunidad Autónoma. Se definió la población candidata a recibir la vacuna a través de la base de datos poblacional de la Subdirección de Farmacia. Los candidatos se vacunarían en las unidades de vacunación de los hospitales. Aquellos con criterio previo a enero de 2022 serían citados en AP para agilizar el programa de vacunación. Desde el Instituto de Salud Pública y Laboral de la Comunidad se dictó presencial y *online* el programa en AP y especialistas hospitalarios de los grupos de vacunación. El registro se realizaría en la plataforma *Inmunis*. En el hospital se generó una agenda extraordinaria para citación exclusiva de vacunación frente al herpes zóster.

#### Conclusiones

Los pacientes priorizados fueron 3.224: 63 habían recibido un trasplante de precursores hematopoyéticos, 257 con trasplante de órgano sólido, 208 con tratamiento de inhibidores de JAK-cinasas, 990 con infección de VIH, 475 con hemopatías malignas y 1.281 en tratamiento activo con quimioterapia.

#### Recomendaciones

La coordinación entre diferentes niveles es fundamental para que un programa de vacunación sea eficiente. La información dirigida a especialistas referentes de grupos a vacunar es importante para generar confianza en la vacunación y la adherencia de la población al programa.

**Palabras clave:** Programa, Vacunación, Herpes zóster

doi:10.1016/j.vacun.2022.09.054

---

### 54.

#### EE-7853. Campaña de captación (catch-up) con COVID-19 en pacientes hospitalizados: implementación y resultados

P. Cienfuegos-González, E. Madrid-Álvarez, M. Fernández-Prada, M.J. Zapico-Baragaño, E. Martín-Aragónés, L. López-Fernández

Hospital Vital Álvarez Buylla, Mieres, España

#### Introducción y objetivos

A pesar de las campañas oficiales de vacunación dirigidas a la población por parte de las autoridades sanitarias, aún se identifican personas que no han recibido ninguna dosis de vacuna o que registran pauta incompleta. El objetivo del presente trabajo es exponer la campaña de captación (*catch-up*) frente a COVID-19 en pacientes hospitalizados.

#### Métodos

Se revisaron los calendarios de vacunación COVID-19 de los pacientes que estaban hospitalizados entre el 08/11/2021 y el 27/06/2022 justo en el momento en que el paciente se encontraba en el centro asistencial. En aquellos que no presentaban registro de vacunación COVID-19 o que presentaban pauta incompleta se registraba en la hoja de evolución clínica ofreciendo la vacuna COVID-19 durante la estancia hospitalaria o su programación tras el alta. El facultativo y la enfermera le trasladaban esta información al paciente haciendo hincapié en esta medida preventiva. Si el paciente accedía a vacunarse, se contactaba con la Unidad de Vacunas para proceder a la vacunación.

#### Resultados

Se evaluaron un total de 2.961 pacientes. De ellos, 2.700 (91,18%) estaban correctamente vacunados según las indicaciones de vacunación vigentes. De los 261 (8,81%) restantes, 174 (66,66%) estaban pendientes de alguna dosis mientras que 87 (33,33%) habían rechazado vacunación. Tras registrar y ofrecerles la vacunación de manera oportunista a propósito de su hospitalización se consiguió que 66 (37,93%) de los que registraban vacunación incompleta continuaran con la pauta antes del alta hospitalaria y que 16 (18,39%) de los que habían rechazado previamente la vacunación, iniciaran la pauta durante su ingreso. La estrategia consiguió el *catch-up* frente a COVID-19 en 82 (31,41%) pacientes.

#### Conclusiones

La presente campaña de *catch-up* se considera efectiva. La vacunación oportunista durante la hospitalización debe tenerse en cuenta como una estrategia útil para la mejora de las coberturas de vacunación globales.

**Palabras clave:** COVID-19, Hospital, Catch-up

doi:10.1016/j.vacun.2022.09.055

---

### 55.

#### EE-7888. Campaña de captación (catch-up) con COVID-19 en gestantes: implementación y resultados

M. Fernández-Prada, A. Sánchez del Río, C.I. González-González, E. Martín-Aragónés, L. López-Fernández, P. Cienfuegos-González

Hospital Vital Álvarez Buylla, Mieres, España

## Introducción y objetivos

La vacunación frente a COVID-19 en gestantes ha demostrado ser segura y eficaz en cualquier trimestre del embarazo. A pesar de ello, a lo largo de la pandemia se han identificado mujeres reticentes a la vacunación. El objetivo es exponer la implementación y los resultados de una campaña de captación (*catch-up*) frente a COVID-19 en gestantes.

## Métodos

Se realizó la revisión de la vacunación frente a COVID-19 en las mujeres con episodios activos de gestación en OMI-AP entre el 01/01/2019 y el 10/09/2021. Las gestantes que no estaban correctamente vacunadas (ninguna dosis administrada o pauta incompleta) recibieron por correo postal una carta nominal firmada por el Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública (MPySP) y el Servicio de Ginecología y Obstetricia (GyO) en la que se informaba sobre su situación vacunal y la importancia de recibir las vacunas. Asimismo, se les facilitaba un teléfono de contacto para solicitar cita y un correo electrónico para solucionar dudas.

## Resultados

Se evaluaron 722 mujeres, de ellas, 645 (89,34%) estaban correctamente vacunadas mientras que 77 (10,66%) mostraban vacunación incorrecta. En estas 77 mujeres se encontró que 60 (77,92%) no habían recibido ninguna vacuna, 11 (14,29%) registraban pauta incompleta, 3 (3,89%) las había recibido en otra comunidad autónoma y 3 (3,89%) había cursado COVID-19 antes de la primera dosis considerándose pauta completa. Tras el envío de las cartas se consiguió que de las 60 mujeres que habían rechazado, 28 (46,67%) iniciaran pauta y de las 11 (14,29%) que solo habían recibido una primera dosis se logró que 9 (81,82%) la completasen. Por tanto, de las 71 mujeres candidatas a mejorar su estado vacunal se realizó *catch-up* en 37 (52,11%).

## Conclusiones

La presente campaña de *catch-up* ha sido efectiva. Estas estrategias deben considerarse para mejorar las coberturas de vacunación de este colectivo.

**Palabras clave:** COVID-19, Gestación, Catch-up

doi:10.1016/j.vacun.2022.09.056

## 56.

### EE-7905. Investigando en medio de la pandemia: estudio multicéntrico postautorización de SHINGRIX®

M. Zornoza Moreno<sup>a</sup>, F.I. Tornel Miñarro<sup>a</sup>, P. Cienfuegos González<sup>b</sup>, I. A. López Tovar<sup>c</sup>, M. Cañadilla Ferreira<sup>d</sup>, J.J. Pérez Martín<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Prevención y Protección de la Salud, Consejería de Salud de la Región de Murcia, Murcia, España

<sup>b</sup>Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Álvarez Buylla, Mieres, España

<sup>c</sup>Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España

<sup>d</sup>Unidad de Medicina Preventiva, Hospital de la Vega Lorenzo Guirao, Murcia, España

<sup>e</sup>Subdirección General de Prevención, Promoción de la Salud y Adicciones, Consejería de Salud de la Región de Murcia, Murcia, España

## Objetivos

El objetivo del trabajo es describir la puesta en marcha de un estudio postautorización para la evaluación de los efectos adversos asociados a la vacunación con HZ/su (Shingrix®) en los adultos con condiciones de riesgo.

## Métodos

Desde el Programa de Vacunaciones, en marzo 2022 se remite el protocolo de investigación al Comité de Ética de Investigación con Medicamentos de una de las áreas sanitarias, para solicitud de aprobación por parte del mismo. Un mes después se obtiene el dictamen favorable, por lo que se realiza una reunión con 6 centros investigadores para la puesta en marcha del estudio. Se trata de un estudio observacional prospectivo en el que, una vez indicada la vacunación, en el momento de la administración de la primera dosis, se proporciona una hoja informativa para el participante que firma un consentimiento informado. Tras la administración de esta primera dosis, se proporciona al participante un cuaderno de recogida de datos para anotar los efectos adversos que aparezcan y los tratamientos que precise para paliar los mismos, al igual que ocurrirá posteriormente tras la administración de la segunda dosis. A los 10 días de la administración de cada una de las 2 dosis, se recogerán telefónicamente por un profesional sanitario los datos anotados por el participante ampliando con otros datos clínicos en un cuaderno de recogida de datos definitivo. Dado que se trata de una vacuna sujeta a seguimiento adicional, todas las reacciones adversas detectadas serán notificadas electrónicamente en la web [www.notificaram.es](http://www.notificaram.es), priorizando reacciones graves o no recogidas en las fichas técnicas, según recoge la normativa.

## Conclusiones

La realización de estudios de postautorización es fundamental para confirmar los datos de seguridad de las vacunas obtenidos en los ensayos clínicos preautorización y como parte del sistema de farmacovigilancia activa.

**Palabras clave:** Estudio postautorización, Vacuna, Herpes zóster

doi:10.1016/j.vacun.2022.09.057

## 57.

### EE-7907. Inmunogenicidad de la vacuna de subunidades frente a herpes zóster (HZ/su SHINGRIX®) en los pacientes con VIH

M. Fernández-Prada, P. Cienfuegos-González, M.J. Zapico-Baragaño, S. Vázquez López, M.C. Galarraga Gay, F. Hidalgo García

Hospital Vital Álvarez Buylla, Mieres, España

## Introducción y objetivos

Desde marzo 2021 con la publicación de las «Recomendaciones de vacunación frente a herpes zóster» desde el Ministerio de Sanidad se inicia en España esta vacunación en los pacientes de 18 años o más con mayor riesgo de reactivación del virus varicela zóster. La vacuna autorizada para ello es la de subunidades adyuvada HZ/su (Shingrix®, de GSK) que ha demostrado su eficacia y efectividad en diferentes grupos etarios y situaciones de riesgo. Sin embargo, hasta la fecha no ha sido así de manera concreta en las personas con VIH para algunas pautas permitidas según las indicaciones de la ficha técnica (0-1 mes, 0-2 meses y 0-3 meses). El objetivo de la presente investigación es conocer la inmunogenicidad de la vacuna frente a herpes zóster en las personas con antecedentes de VIH, según algunas de las pautas permitidas por la ficha técnica del producto.

## Métodos

Estudio observacional prospectivo cuya población diana son las personas con VIH en seguimiento desde una Unidad de Vacunas. Se aplican los criterios de inclusión relacionados con la edad, la indicación de la vacuna y la firma del consentimiento informado. Se tienen en cuenta variables sociodemográficas y clínicas. Los pacientes

se dividen 3 grupos que cumplen diferentes pautas de vacunación (0-1 mes, 0-2 meses, 0-3 meses). Se evalúa la inmunogenicidad de la vacuna a través de la medición cuantitativa de IgG varicela antes de recibir la primera dosis, antes de recibir la segunda dosis y a los +30 días de haber recibido la segunda dosis. El estudio ha sido valorado por el Comité de Ética de Investigación.

### Conclusiones

Este estudio resulta de interés para la comunidad científica en el momento actual, así como su posible asociación con la pauta de vacunación establecida y las variables clínicas de la enfermedad.

**Palabras clave:** Herpes zóster, VIH, Inmunogenicidad

doi:[10.1016/j.vacun.2022.09.058](https://doi.org/10.1016/j.vacun.2022.09.058)

### 58.

#### EE-7924. Consulta monográfica de vacunación frente a virus del papiloma humano en las pacientes conizadas: experiencia para mejorar la adherencia en la vacunación

I.A. López Tovar<sup>a</sup>, M. Cañadilla Ferreira<sup>b</sup>, A. García Verdú<sup>a</sup>, J. Kiwitt Cárdenas<sup>a</sup>, G. Rosa Martínez<sup>a</sup>, A.M. Torres Cantero<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España

<sup>b</sup>Hospital de la Vega Lorenzo Guirao, Murcia, España

### Introducción

Existen más de 100 tipos de VPH, 12 de ellos pueden provocar lesiones de alto riesgo. Además de la vacunación incorporada en el calendario infantil, la ponencia de vacunas recomienda la inmunización frente al VPH en otros supuestos de alto riesgo. En el caso de las mujeres que han requerido tratamiento escisional de cérvix, el riesgo de lesiones intraepiteliales neoplásicas es 4-5 veces mayor que en la población general.

### Objetivos

Fomentar la vacunación en las pacientes conizadas y asegurar la adherencia a las dosis sucesivas.

### Métodos

En septiembre de 2021 se analizó el circuito de derivación y vacunación de las pacientes conizadas en un hospital de tercer nivel. En octubre se realizaron reuniones con obstetricia y ginecología y medicina preventiva para identificar las deficiencias en el circuito actual y oportunidades de mejora. Al inicio de noviembre se realizó un pilotaje del nuevo circuito encuestando a las pacientes acerca de la satisfacción percibida con este circuito.

### Resultados

Se diseñó un circuito en el que, tras el diagnóstico y la programación quirúrgica, la mujer es derivada ese día a la consulta de enfermería de vacunación, que verifica el diagnóstico, administra la primera dosis y cita las sucesivas. En noviembre de 2021 comenzó el piloto de la consulta de vacunación en mujeres conizadas con 17 pacientes. El 94% de las pacientes se mostraron satisfechas con el nuevo circuito, una paciente destacó la dificultad de localización del punto de vacunación. Desde diciembre de 2021 hasta junio de 2022, se han atendido a un total de 157 mujeres. Respecto a la pauta de vacunación, se han administrado 155 primeras dosis, 109 segundas dosis y 23 terceras dosis.

### Conclusiones

Con el nuevo circuito se asegura la administración precoz de la vacuna VPH tras el diagnóstico de la lesión, previo a la intervención. Esto mejorará la protección frente a reinfección/reactivación de la lesión.

**Palabras clave:** Vacunas, VPH, Conización

doi:[10.1016/j.vacun.2022.09.059](https://doi.org/10.1016/j.vacun.2022.09.059)

### 59.

#### EE-7937. Identificar las cohortes óptimas para la vacunación por edad frente a herpes zóster con vacuna de subunidades adyuvada

I. Huerta González, M.D. Pérez Hernández, M. Huerta Huerta, F. Fernández Noval

*Dirección General de Salud Pública, Asturias, España*

### Introducción

Las recomendaciones de vacunación frente al herpes zóster (HZ) en España, aprobadas en 2021, incluyen la vacunación sistemática en una o más cohortes de edad con vacuna de subunidades adyuvada (HZ/su), lo que supone un significativo esfuerzo presupuestario por su precio. Para disponer de criterios que permitan seleccionar las cohortes más adecuadas para esta vacunación, se desarrolló un modelo de previsión de impacto a medio plazo.

### Métodos

Es un modelo estático a 10 años que estima el impacto sobre la carga de enfermedad (entre 50-90 años), y el coste asociado, para diferentes estrategias de vacunación por edad, incluyendo una (E1), 2 (E2) o 3 (E3) cohortes simultáneamente. Basado en los datos por edad de la población (Padrón 2021) e incidencia de HZ en la Unidad Primaria, eficacia y coste de la vacuna y cobertura de vacunación esperada (vacunación antigripal 2021).

### Resultados

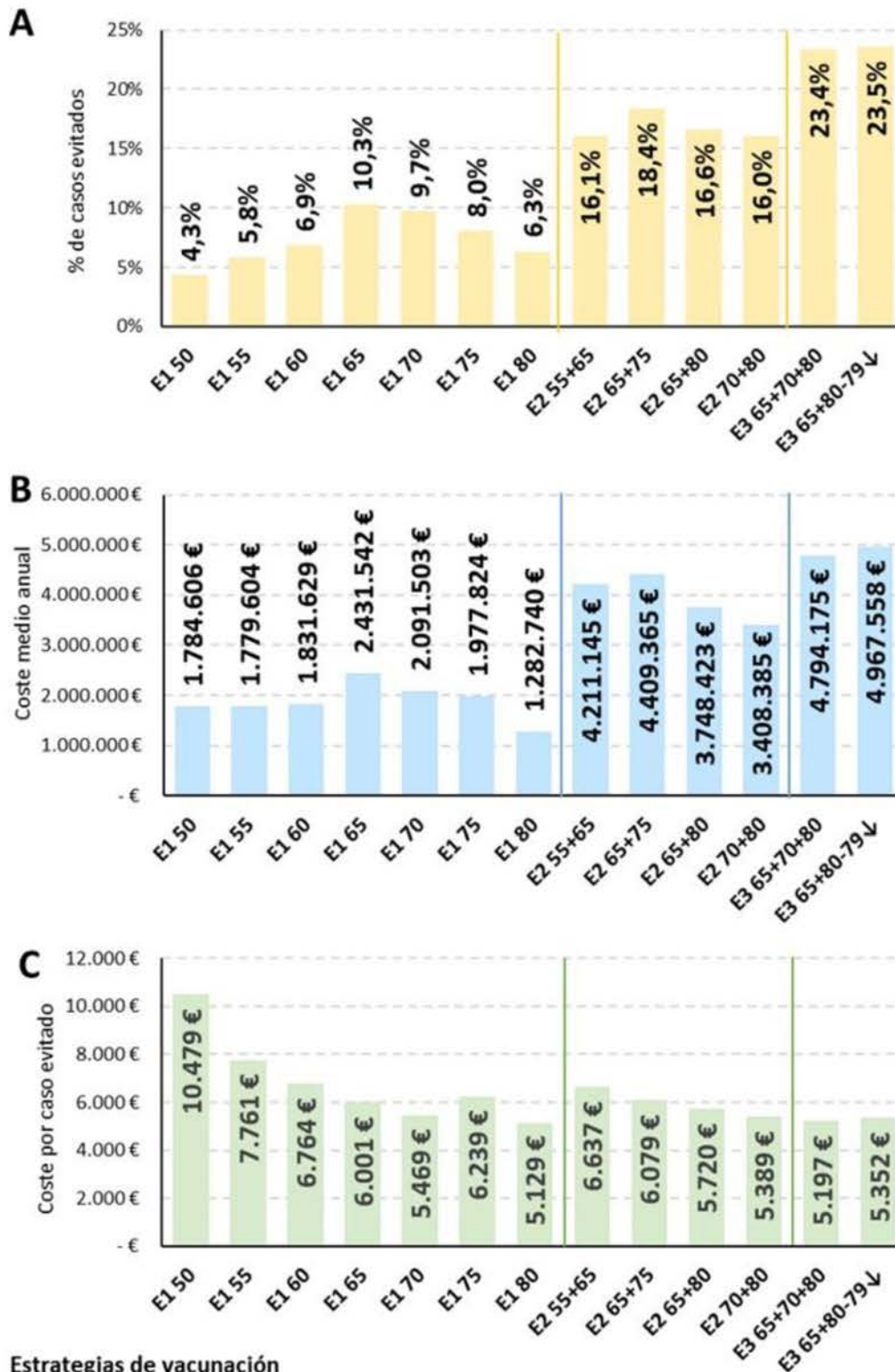
La figura 1 muestra los resultados del modelo para la enfermedad evitada, coste medio anual y coste por caso evitado. Con una cohorte, la mayor reducción de casos ocurre a los 65 años, pero también tiene mayor coste; a los 80 años, la reducción de la enfermedad es bastante menor, pero es la más rentable en coste por caso evitado. Para 2 cohortes, la mayor reducción de enfermedad está en la estrategia 65 + 75 años, pero tiene también el mayor coste, siendo más rentable la de 70 + 80 años. Vacunando a 3 cohortes de 65 + 70 + 80 años, la reducción de la enfermedad es muy alta, pero al doble del coste de vacunar solo a 65 años, aunque para el conjunto de estrategias, es la segunda más rentable a 10 años.

### Conclusiones

Con este modelo, la recomendación principal es identificar el máximo impacto presupuestario asumible para la vacunación HZ por edad y, con ese límite, seleccionar la estrategia con mayor reducción de la carga de enfermedad.

**Palabras clave:** Herpes zóster, Vacuna herpes zóster, Modelos económicos

doi:[10.1016/j.vacun.2022.09.060](https://doi.org/10.1016/j.vacun.2022.09.060)



**Gráfico 1.** Resultados de la valoración de estrategias de vacunación HZ por edad en Asturias, para un horizonte a 10 años en población de 50-90 años. **A.** Proporción de casos evitados entre 50-90 años; **B.** Coste medio anual en 10 años; **C.** Coste medio por caso evitado en 10 años. **E1:** una cohorte a los 50, 55, 60, 65, 70, 75 y 80 años; **E2:** dos cohortes a los 55+65, 65+75, 65+80 y 70+80 años; **E3:** tres cohortes a los 65+70+80 y a los 65 mas dos cohortes de edad descendente desde los 79-80 años.



**60.****EE-7938. Vacunación infantil sistemática en pandemia: coberturas mantenidas y mejoradas**

I. Huerta González, M. Huerta Huerta

*Dirección General de Salud Pública, Asturias, España***Introducción**

El Estado de Alarma, al inicio de la pandemia COVID-19, dificultó la accesibilidad a las vacunaciones infantiles sistemáticas y generó recomendaciones nacionales para asegurar las vacunas prioritarias. Posteriormente se normalizó el programa de vacunaciones, con la campaña MenACWY en los adolescentes en 2020, y la actualización de vacunación en los prematuros y el paso a vacuna VPH9 en 2021. Para valorar el impacto sobre la vacunación infantil, se revisaron las coberturas de vacunación en la pandemia (2020-2021) y se compararon con las prepandémicas (2018-2019).

**Métodos**

Se revisaron las coberturas de vacunación por edad para las vacunas del calendario infantil, valorando la evolución temporal 2017-2021 de cada vacuna. Para cada edad de vacunación (1, 2, 3, 6 y 13 años) se calculó la cobertura global, así como la recta de regresión del conjunto de coberturas por edad y se comparó entre ambos periodos.

**Resultados**

Se mantuvieron buenas coberturas en todo el periodo, más bajas en 2019, pero aumentando en 2020 y 2021. Respecto a 2018-2019, en 2020-2021 las coberturas globales fueron significativamente mejores ( $p < 0,0001$ ) en los 2 (95,4 vs. 94,1%), 3 (90,0 vs. 86,1%) y, especialmente, 13 (88,9 vs. 80,6%) años de edad. La caída de la cobertura con la edad, con una regresión lineal significativa, fue menor en 2020-2021 (-0,6% por año), pero no significativa respecto a 2018-2019 (-1,1% por año). Las mejoras más relevantes se encontraron con la varicela a los 3 años (del 81 al 89%) y MenC a los 13 años (del 76 al 89%).

**Conclusiones**

A pesar de las dificultades de atención sanitaria de la pandemia, las coberturas de vacunación infantil se han mantenido y mejorado. Factores favorecedores fueron la consolidación, tras su introducción, de la segunda dosis de varicela a los 3 años, y la mejora de la vacunación de adolescentes asociada a la campaña MenACWY.

**Palabras clave:** Programas de inmunización, Cobertura vacunal, Pandemia COVID-19

doi:10.1016/j.vacun.2022.09.061

**61.****EE-7956. Campaña de vacunación frente al meningococo ACWY en adolescentes/jóvenes nacidos entre 2001 y 2007**J. Kiwitt Cárdenas<sup>a</sup>, I.A. López Tovar<sup>a</sup>, M. Zornoza Moreno<sup>b</sup>, F.I. Tornel Miñarro<sup>b</sup>, J.J. Pérez Martín<sup>c</sup>, G. Rosa Martínez<sup>a</sup><sup>a</sup>Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España<sup>b</sup>Servicio de Prevención y Protección de la Salud, Consejería de Salud de la Región de Murcia, Murcia, España<sup>c</sup>Subdirección de la Consejería de Salud de la Región de Murcia, Murcia, España**Introducción**

En 2019, la Comisión de Salud Pública adoptó la decisión de sustituir en el calendario vacunal la vacuna de meningococo serogrupo C (MenC) por la vacuna frente a meningococo de los serogrupos A, C, W e Y (MenACWY). Se aprobó realizar una campaña de recaptación de personas que en ese momento tenían hasta 18 años (nacidos en los años 2001-2007), no vacunados frente a MenACWY. El objetivo es evaluar la cobertura de vacunación tras realizarse un *catch-up* en los puntos de vacunación masiva habilitados para la vacunación contra COVID-19 (PVM).

**Métodos**

Aprovechando los PVM, se inicia la recaptación en nacidos entre 2001-2007, para una campaña de vacunación frente a MenACWY en la segunda quincena de septiembre del 2021. Se realizó una campaña de difusión en prensa y las redes sociales para las familias implicadas, así como por reuniones informativas con los centros de salud. La cita previa se podía solicitar a través de la página web o aplicación oficial, así como presencial o telefónicamente en el centro de salud y acudiendo espontáneamente al PVM.

**Resultados**

Se administraron 55.879 vacunas en total, un 39,8% de la población diana. De los 46 municipios, 11 de ellos pertenecieron al cuartil 4 (> 51,2% de vacunación). Con respecto a la cobertura por años de nacimiento, existe un aumento de vacunación en aquellos nacidos entre 2004-2007, siendo menor en nacidos antes del 2004. Según las distintas áreas, el área 9 presentó mayor porcentaje de vacunación (52%) mientras que el área 8, menor (29,5%).

**Conclusiones**

A pesar de las diferencias entre las áreas y grupos de edad, el porcentaje de vacunación ha sido favorable para las 2 semanas de campaña, sin sobrecargar la atención primaria y utilizando los recursos tanto humanos como materiales ya establecidos en ese momento.

**Palabras clave:** MenACWY, Campaña vacunación, Enfermedad meningocócica invasiva

doi:10.1016/j.vacun.2022.09.062

**62.****EE-7978. Implementación de la campaña de vacunación frente a COVID-19 en un hospital de tercer nivel**

L.P. Cabrera-Miranda, A. García De Codes Ilario, S. de Miguel García, N. Rosillo Ramírez, E.M. Medrano Monteagudo, M.P. Gil Martínez, M. P. Arrazola Martínez

*Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España***Introducción**

Gestionar la campaña de vacunación COVID-19 siguiendo las recomendaciones vigentes de las autoridades sanitarias nacionales y autonómicas en un hospital de tercer nivel.

**Métodos**

Se formó el Comité de Vacunación\_COVID-19 del hospital (Direcciones: Médica, Enfermería y Planificación; Servicios: Medicina Preventiva, Farmacia, Admisión, Pediatría). Reuniones semanales. Se organizó: a) diseño/implementación de circuitos de vacunación; b) gestión de citas; c) gestión de recursos; d) cuadro de mando.

**Tabla 1.** Descripción de las agendas de prestaciones específicas

MPR - VACUNAS(1ª DOSIS VACUNA COVID 19)	Mayo 2021
MPR - VACUNAS(2ª DOSIS PFIZER)	Mayo 2021
MPR - VACUNAS(2ª DOSIS MODERNA)	Junio 2021
MPR - VACUNAS COVID-19(3ª DOSIS PFIZER)	Sept 2021
MPR - VACUNAS COVID-19(3ª DOSIS MODERNA)	Sept 2021

## Resultados

Inicialmente se organizaron 2 circuitos de vacunación: los pacientes con condiciones de alto riesgo (inicio de vacunación: 12/04/2021) y población en general (ciudadanos por grupo de edad) (inicio de vacunación: 10/04/2021). La Unidad de Vacunación-Servicio de Medicina Preventiva (UV-MPRE) participa activamente en la coordinación del proceso y se encarga de la elaboración de cartelería (preparación de vacunas ARNm, según ficha técnica; la elaboración del procedimiento de trabajo: FEA de guardia en los circuitos; el registro normalizado de uso de viales/incidencias y coordinación de guardias FEA en ambos circuitos de vacunación). En 2021, se realizaron 231 turnos de vacunación entre los 2 circuitos. En una segunda etapa se organizó la vacunación COVID-19 de los pacientes de alto riesgo y las dosis de recuerdo según las recomendaciones vigentes mediante la citación en UV-MPRE (parte de interconsulta); (2021: se vacunaron 1.937 pacientes en UV-MPRE). Para la gestión de los pacientes citados en UV-MPRE, se crearon 5 agendas con prestaciones específicas (según el número de dosis y la marca comercial, inicialmente para una pauta homóloga) (tabla 1). Para el seguimiento/cumplimiento de la pauta vacunal de los pacientes vacunados UV-MPRE se creó en la historia clínica electrónica el proceso: COVID19-vacunación y un localizador de pacientes con vacunación COVID-19 incompleta (2021: 3.741 procesos: COVID19-Vacunación). La UV-MPRE también se encarga de: registrar vacunas administradas en el Registro Unificado de Vacunación (RUV); resolver las incidencias en el RUV a requerimiento de los interesados; resolver dudas relacionadas con las vacunas COVID-19 y la estrategia de vacunación; la emisión del certificado COVID-19 digital-UE (vacunación/recuperación): 1.127 durante 2021.

## Conclusiones

La participación del hospital en el despliegue de la estrategia de vacunación COVID-19 y el abordaje multidisciplinario en su organización, ha permitido una mejor adaptación al contexto, integrar la gestión de riesgos, una buena coordinación interprofesional logrando una mayor eficiencia en los resultados y la calidad en la atención al paciente.

**Palabras clave:** Vacunación COVID-19, Planificación sanitaria, Calidad asistencial

doi:10.1016/j.vacun.2022.09.063

## EXPERIENCIAS: ORAL RELÁMPAGO

### 63.

#### ER-7303. Vacuneando

S. Cantero Orpez

Centro de Salud Ofra Miramar, Tenerife, España

## Objetivos

Dar a conocer una herramienta de formación y reunión en las vacunas que a pesar de su simplicidad funciona.

## Métodos

Con el transcurso del tiempo el uso adecuado de las vacunas se ha ido volviendo cada vez más complejo por la eventualidad del personal que trabaja con ellas. Los errores vacunales se van haciendo cada vez más visibles a la vez que el personal estable se especializa más. A la vez mucho de este personal está interesado en actualizarse y formarse en vacunas y en poder consultar las dudas y que se les aclaren de la forma más rápida que se pueda. Gracias a las herramientas que tenemos a nuestra disposición actualmente ha sido posible apoyar al personal con una herramienta que presento en esta comunicación.

## Resultados

El resultado ha sido un grupo que actualmente consta de 491 miembros en nuestro ámbito regional de consulta activa de dudas en vacunas que funciona con criterio científico y resuelve las dudas que se consultan. Las dudas habituales se presentan con el paciente en consulta o cuando se revisan calendarios y están en relación a calendarios, intervalos, coadministración, vacunas no financiadas y vacunas en situaciones especiales.

## Conclusiones

Vivimos la era de las herramientas digitales y con este chat de grupo hemos conseguido la celeridad a la que nos han acostumbrado dichas herramientas, excepto en las ocasiones en las que se hace necesaria la consulta a sociedades científicas o expertos externos.

**Palabras clave:** Vacuna, Redes, Inmediatez

doi:10.1016/j.vacun.2022.09.064

### 64.

#### ER-7701. Evento centinela: hematomas extensos en un paciente anticoagulado vacunado

M. Fernández-Prada<sup>a</sup>, M.J. Zapico-Baragaño<sup>a</sup>, P. Cienfuegos-González<sup>a</sup>, P. Penanes-Alonso<sup>b</sup>, I. González-Iglesias<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Hospital Vital Álvarez Buylla, Mieres, España

<sup>b</sup>Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón, España

## Introducción

La seguridad vacunal es un elemento clave en todo el proceso de vacunación, desde el diseño y la ejecución de los ensayos clínicos hasta la farmacovigilancia asociada a las vacunas. La identificación y la notificación de las sospechas de reacciones adversas a medicamentos (RAM), incluidas las vacunas, refuerza la confianza de la población, enriquece la ciencia, mejora la calidad de las fichas





Foto 1



Foto 2



Foto 3

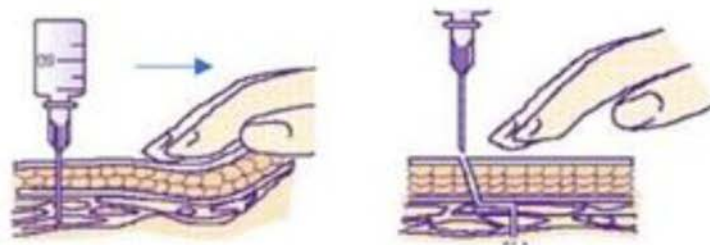


Foto 4

técnicas y contribuye a la mejora de la práctica clínica. La anamnesis básica previa a la vacunación (alergias medicamentosas o alimentarias, fármacos anticoagulantes activos o reacciones adversas previas con otras vacunas) debe preguntarse a todos los pacientes y en todos los actos vacunales. El objetivo del presente trabajo es exponer un evento centinela relacionado con la administración de vacunas en una paciente anticoagulada en el contexto de la vacunación masiva del COVID-19.

### Métodos

Fecha de la notificación: 11/05/2021. Servicio notificador: AGC Urgencias. Sexo y edad: mujer, 75 años. Antecedentes personales: HTA, ACxFA, miocardiopatía hipertensiva, gastritis crónica y anemia. Tratamiento activo: aldocumar, hierro oral, desvenlafaxina, valsartán, hidroclorotiazida. Antecedentes vacunales COVID-19 (COMIRNATY®): primera dosis 14/04/2021 (lote: EW9127) segunda dosis 05/05/2021 (lote: EY7015). Motivo de consulta: hematomas extensos en el brazo-antebrazo izquierdo y ambas mamas, de inicio a las 48 horas tras recibir la segunda dosis de COMIRNATY® (figs. 1-3).

### Conclusiones

Se recuerda que en las personas con alteraciones de la coagulación, salvo un criterio médico específico, las inyecciones intramusculares de pequeño volumen (0,3 mL en COMIRNATY®), pueden aplicarse con seguridad razonable. Se recomienda que, tras la vacunación, se mantenga una presión en el lugar de inyección (sin frotar) durante 2-3 minutos. En todo caso, se debe informar a la persona vacunada de la posibilidad de aparición de un hematoma en el lugar de inyección. Además, puede ser adecuado utilizar la técnica en Z para la inyección (fig. 4).

**Palabras clave:** Evento centinela, Anticoagulación, Hematoma

doi:10.1016/j.vacun.2022.09.065

### 65.

#### ER-7703. Evento centinela: hepatitis B fulminante en una paciente diabética no vacunada

M. Fernández-Prada, M.J. Zapico-Baragaño, P. Cienfuegos-González, M.D. Martín-Rodríguez

Hospital Vital Álvarez Buylla, Mieres, España

### Introducción

La hepatitis aguda fulminante se define como la coagulopatía (TP > 15 seg o INR > 1,5) y encefalopatía hepática que se manifiestan en las primeras 8 semanas del inicio de los síntomas en las personas sin hepatopatía previa. La mayoría de los casos se deben a una hepatitis vírica (72%) y a una toxicidad por medicamentos.

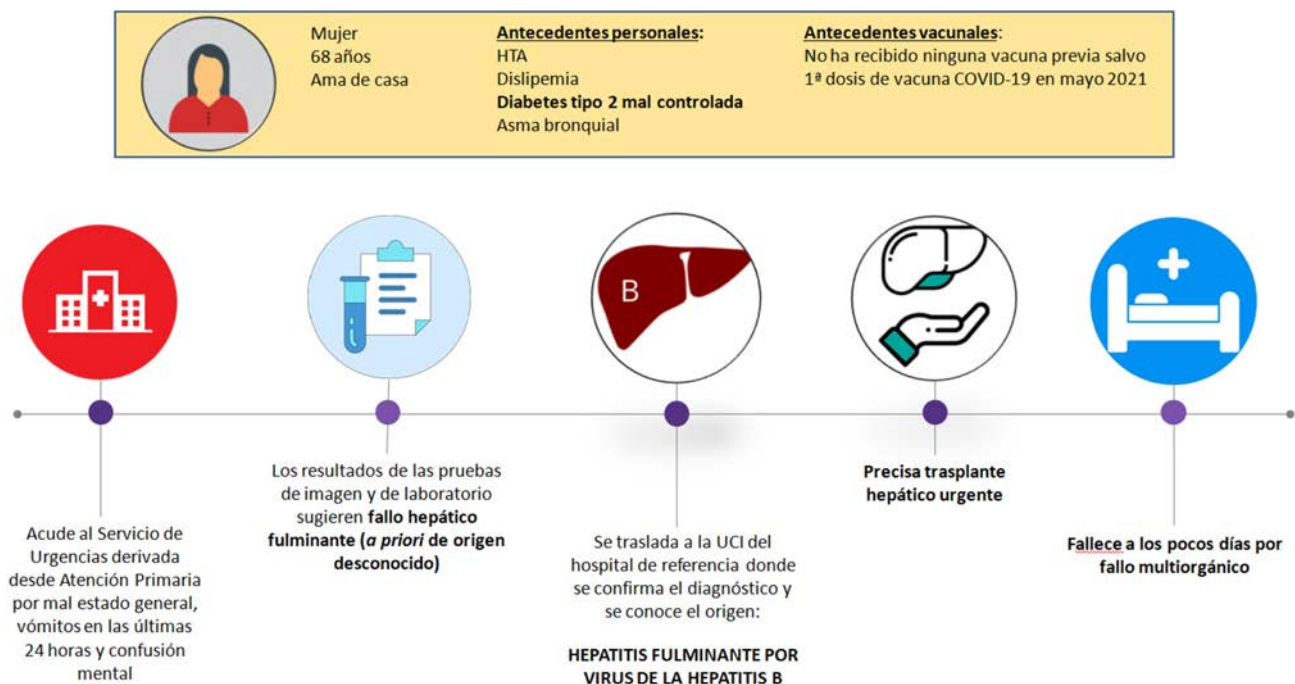
### Métodos

Fecha: 12/08/2021. Notificador: centro de salud. Sexo, edad: mujer, 68 años. Antecedentes personales: HTA, dislipemia, asma bronquial, diabetes mellitus tipo 2 mal controlada. Tratamiento: mupirocina pomada, salmeterol inh, clotrimazol crema vaginal, sitagliptina, glimepirida, dapagliflozina, atorvastatina. Antecedentes vacunales: vacunación primera dosis vacuna COVID-19 en mayo 2021; consta el rechazo a la vacunación antigripal en campaña 2020/2021; no consta vacunación (ni rechazo) a la antitetánica, antineumocócica, antihepatitis B y antigripal en el resto de campañas. Descripción del caso (fig. 1).

### Conclusiones

Aunque hay informes sobre una mayor prevalencia de esta transmisión en entornos sanitarios, los estudios en EE. UU. también muestran que las tasas de VHB son más altas en los adultos con diabetes mellitus en comparación con los adultos en la población general. En una Encuesta Nacional de Examen de Salud y Nutrición, la prevalencia de infección por VHB en las personas con diabetes mellitus fue un 60% más alta que en aquellas sin diabetes mellitus, y en un estudio del Programa de Infecciones Emergentes en los EE. UU.

Figura 1. Descripción del caso.



que incluyó a 64,2 millones de personas, los adultos con esta enfermedad tenían aproximadamente el doble de riesgo de infección aguda por VHB que los adultos sin ella. Además, la última revisión sistemática publicada en 2017 sobre la evaluación de la vacunación frente a VHB en los pacientes diabéticos concluye que en los adultos con infección por VHB, la diabetes mellitus se asocia con la progresión a resultados hepáticos graves, que incluyen cirrosis, carcinoma hepatocelular y muerte.

**Palabras clave:** Diabetes mellitus, Hepatitis B, Hepatitis fulminante

doi:10.1016/j.vacun.2022.09.066

## 66.

### ER-7829. Fomentando la vacunación de la población adulta

R. Sancho Martínez<sup>a</sup>, M. Antolín Vicente<sup>b</sup>, S. Aramburu Garate<sup>c</sup>, M.J. Arzuaga Iribarren<sup>d</sup>, A. Bueno Intxaurre<sup>e</sup>, C. Fernández Olmeda<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Subdirección de Salud Pública de Gipuzkoa, Gipuzkoa, España

<sup>b</sup>Centro de Salud de Gros, Gipuzkoa, España

<sup>c</sup>Centro de Salud Zumarraga-Urretxu, Gipuzkoa, España

<sup>d</sup>Centro de Salud Dumboa, Gipuzkoa, España

<sup>e</sup>Centro de Salud de Egia, Gipuzkoa, España

<sup>f</sup>Centro de Salud de Hondarribia, Gipuzkoa, España

## Introducción

Conseguir un envejecimiento saludable incluye el uso de vacunas que prevengan enfermedades infecciosas que pueden deteriorar la calidad de vida. En el calendario para toda la vida se contemplan las vacunas indicadas a toda la población después de la etapa pediátrica para mantener la inmunidad hasta el final de la vida, pero gran parte de la población lo desconoce. Las enfermeras somos conscientes de la necesidad de contribuir a mejorar este conocimiento.


## Métodos

Nos planteamos cómo conseguir difundir el conocimiento de las vacunas que debemos tener según nuestra edad. Como referencia tomamos el calendario de vacunación para toda la vida del Consejo Interterritorial, y el calendario de la población adulta de nuestra comunidad para diseñar un calendario en formato bolsillo, similar al utilizado para la población infantil.

## Resultados

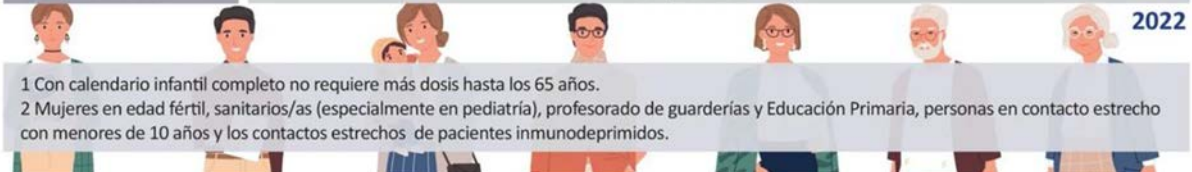
El calendario de bolsillo (fig. 1) recoge las vacunas recomendadas según el año de nacimiento de la persona; es portable y cada persona puede valorar por su año de nacimiento si tiene o no las vacunas recomendadas para su edad. Se plantea la distribución a los profesionales de atención primaria (enfermería, medicina) y oficinas de farmacia como profesionales más cercanos a toda la población, aprovechando cualquier acceso a los servicios sanitarios. Incluye formación a los profesionales sobre las diferentes recomendaciones incluidas en el calendario.

Figura 1. Calendario de bolsillo con vacunas recomendadas según año de nacimiento

 GIPUZKOAKO ERIZAINITZA ELKARGO OFIZIALA  
COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE GIPUZKOA

## Calendario vacunal de la población adulta

Personas nacidas	A partir de 1981	Entre 1980 - 1970	Antes de 1970 < 65	> = 65 años
	Dosis a completar a lo largo de la vida según la edad			
Tétanos-Difteria <sup>1</sup>	Completar 5 dosis			
Tosferina (dTpa)	1 dosis en cada embarazo			Grupos de riesgo
Poliomielitis	3 dosis			Grupos de riesgo
Sarampión-Rubéola-Parotiditis (TV)	2 dosis			Grupos de riesgo
Varicela	2 dosis (susceptibles seronegativos con alto riesgo de contagio) <sup>2</sup>			
Hepatitis B	3 dosis			Grupos de riesgo
Papilomavirus	3 dosis (sólo mujeres nacidas desde 1995)			Grupos de riesgo
Meningococo ACWY	1 dosis (< 26 años)			Grupos de riesgo
Neumococo		Grupos de riesgo		1 dosis
Gripe		Grupos de riesgo		1 dosis anual
Herpes Zóster		Grupos de riesgo		

 2022

1 Con calendario infantil completo no requiere más dosis hasta los 65 años.  
2 Mujeres en edad fértil, sanitarios/as (especialmente en pediatría), profesorado de guarderías y Educación Primaria, personas en contacto estrecho con menores de 10 años y los contactos estrechos de pacientes inmunodeprimidos.

## Conclusiones

Tener un calendario de vacunación de bolsillo contribuye a que la ciudadanía tome conciencia de que las vacunas también se dirigen a toda la población, según su edad porque la protección que generan beneficia a todos. Sirve de guía para saber de qué deberíamos estar vacunados para mantenernos saludables. Es una iniciativa de enfermería para liderar la vacunación y contribuir a mejorar la situación vacunal de nuestra población. La enfermera no solo administra la vacuna, sino que tiene un papel relevante en la recomendación vacunal.

**Palabras clave:** Calendario, Vacunación, Enfermera

doi:10.1016/j.vacun.2022.09.067

## 67.

### ER-7895. Trasplante de progenitores hematopoyéticos: diseño de un cronograma de rescate para no vacunados y vacunados de forma incompleta

I. Andrés García, B. Cantón Álvarez, J.A. García Crespo, L. de Castro Gutiérrez, B. Autillo Nieto, N. Nicolás Carrancio

*Complejo Asistencial Universitario de Palencia, Palencia, España*

## Objetivos

Diseñar un cronograma de rescate de vacunación para los pacientes que han recibido trasplante de progenitores hematopoyéticos, vacunados de forma incompleta o nunca derivados a la consulta de medicina preventiva.

## Métodos

Hasta el año 2018, el protocolo de vacunación para los pacientes con trasplante de progenitores hematopoyéticos contemplaba la vacunación frente a difteria, tétanos, tos ferina, poliomielitis, neumococo, *Haemophilus influenzae* tipo b, meningococo C, hepatitis B, gripe, hepatitis A, triple vírica y varicela. Con la publicación del documento «Vacunación en grupos de riesgo de todas las edades y en determinadas situaciones» (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social y de España, 2018), se ampliaron estas indicaciones con la inclusión de las vacunas antimeningocócicas B y ACYW, virus del papiloma humano y herpes zóster inactivada. A propósito de la captación de pacientes para vacunación frente a herpes zóster inactivada, se diseñó un cronograma para citar a aquellos pacientes con vacunación incompleta. Para ello, se citó a los pacientes en una agenda de consultas de nueva creación, priorizando aquellos trasplantados en los últimos 2 años. En esta consulta se actualizó su calendario vacunal de acuerdo con las nuevas recomendaciones, en el caso de vacunación incompleta, o se inició el programa en aquellos no derivados previamente a nuestra consulta.

## Conclusiones

El rescate de los pacientes vacunados de forma incompleta o no vacunados está resultando una experiencia satisfactoria. Es fundamental aprovechar la oportunidad que nos brinda la captación de pacientes para una vacuna en particular para actualizar su calendario vacunal. Esta iniciativa es reproducible en cualquier hospital con consulta de medicina preventiva para la vacunación de los pacientes pertenecientes a los grupos de riesgo.

**Palabras clave:** Trasplante de progenitores hematopoyéticos, Programas de inmunización, Cobertura de vacunación

doi:10.1016/j.vacun.2022.09.068

## 68.

### ER-7932. Experiencia de vacunación frente al COVID-19 en las personas de muy alto riesgo en el Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública de un hospital de tercer nivel

N. Manrique Vinagre, M.M. Guerra Hernández, V. Fernández Espinilla, N. Khynku Khshyva, C. De Álvaro García, M. Martínez Retortillo

*Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España*

## Introducción y objetivos

La OMS declara brote de coronavirus como pandemia global el 11 marzo de 2020. El SARS-CoV-2, provoca una enfermedad grave con especial morbimortalidad en las personas de gran inmunosupresión. Los servicios de medicina preventiva son responsables de la captación y la vacunación de los pacientes pertenecientes al grupo 7 con vacunas ARNm. En febrero 2022, en la Estrategia de Vacunación COVID-19 en España Actualización 11, se recomienda la administración de las dosis recuerdo/adicionales, a las personas del grupo 7 o con fármacos inmunosupresores para mejorar la respuesta inmune. El objetivo es analizar la cobertura vacunal global y específica por condiciones de alto riesgo, en estos pacientes vacunados en el Servicio de Medicina Preventiva de nuestro hospital durante el periodo de estudio.

## Métodos

Estudio observacional descriptivo retrospectivo de pacientes vacunados en Servicio Medicina Preventiva entre el 25 de marzo de 2021 y el 30 de junio de 2022. La fuente de datos es un registro propio de pacientes en una base de datos Excel anonimizada, incluidos en el grupo 7 de condiciones de riesgo y con tratamientos inmunosupresores derivados progresivamente mediante interconsultas de sus médicos especialistas. Las variables incluidas son: número de pacientes vacunados, sexo, tipo de condición de riesgo, muerte, primovacunación, pauta adicional y pauta recuerdo. La cobertura vacunal expresa la proporción entre los pacientes vacunados frente a COVID-19 respecto al número total de los pacientes captados y registrados.

## Resultados

Vacunados 3.499 pacientes con condiciones de muy alto riesgo, 53% varones, 47% mujeres. Primovacunación completada en nuestro servicio: 1.779 pacientes (50,84%), dosis recuerdo: 675 (19,29%), dosis adicional 2.191 (62,62%). Vacunación completa todas las dosis 384 pacientes (10%). El 7,48% prefirió esperar a vacunarse como población general. Un 1,08% rechazó definitivamente y 329 fueron fallecimientos (9,4%).

## Conclusiones

Alta cobertura vacunal con gran esfuerzo logístico y de gestión en servicio especializado en vacunación de inmunodeprimidos.

**Palabras clave:** Vacunación, COVID-19, Inmunosupresión

doi:10.1016/j.vacun.2022.09.069



**Tabla 1.** Porcentaje de personas vacunadas post-TPH según tipo de vacuna

Pauta	Vacunas	
	Inactivadas n (%)	Atenuadas n (%)
Completa	38 (63,3)	17 (28,3)
Incompleta	12 (20)	7 (11,6)
En proceso	7 (11,6)	24 (40)
Contraindicada	---	6 (10)
No acepta	3 (5)	6 (10)

## 69.

### ER-7947. Vacunación postrasplante de progenitores hematopoyéticos desde la atención primaria

P. Estany Almirall<sup>a</sup>, G. Mirada Masip<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Centro de Atención Primaria Artesa de Segre, Lleida, España

<sup>b</sup>Agencia de Salud Pública de Cataluña, Lleida, España

#### Introducción

El trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH) se destruye la médula ósea enferma, administrando quimio/radioterapia, se

reemplaza por una médula sana del enfermo (autógeno) o de donante (allogénico). Produciendo la eliminación de la memoria inmunológica, requiriendo primovacunación. Esta se realiza desde el mismo hospital y requiere de sucesivas visitas. El hospital de referencia de nuestra provincia realiza trasplantes autógenos desde 2013 pero no dispone de consulta de vacunación. Proponemos desde atención primaria (AP) realizar esta vacunación y su seguimiento, evitando desplazamientos.

#### Métodos

Las referentes de AP y del hospital consensuamos un protocolo de vacunación, en él se establece un circuito de derivación. Se informa y forma a todos los profesionales implicados. Después del TPH se deriva a los pacientes al centro de salud de referencia, donde se propone, inicia y sigue la pauta de vacunas (fig.1).

#### Resultados

En el período del 01/01/2013 al 31/12/2021 se ha valorado la vacunación de 60 TPH. La vacunación, de media, se inició 11 meses después del TPH, con los siguientes resultados (tabla 1): respecto a las vacunas inactivadas 38 (63%) tienen pauta completa, 12(20%) pauta incompleta, 7 (11,6%) en proceso y 3 no aceptan. Respecto a las atenuadas, 17 (28,3%) pauta completa, 7 (11,6%) pauta incompleta, 24 (40%) en proceso, 6 (10%) contraindicadas, 6 (10%) no aceptan (tabla). Siguen la vacunación antigripal anual 36 (60%), se han vacunado frente a COVID 42 (70%). Destacar que 4 (6,6%) no aceptan ninguna de estas 2 vacunas. Han iniciado la vacunación frente a HZ 29 (48%).

Figura 1.

#### PROTOCOLO DE VACUNACIÓN de pacientes (niños y adultos) sometidos a TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS (TPH), independientemente de los antecedentes de vacunación\*

Vacunas	Meses post-trasplante														Intervalo mínimo entre dosis	
	2m	3m	4m	5m	6m	7m	8m	10m	12m	13m	18m	24m	25m	26m		
Herpeszóster <sup>1</sup>	X		X													2 meses
VNC		X	X	X												1 mes
VNP23										X <sup>6</sup>						2 m después VNC
SarsCov2 <sup>2</sup>		X	X	X				X <sup>3</sup>								28 días
DTPa <sup>4</sup>																1 mes
VPI <sup>4</sup>					Hexavalente	Hexavalente	Hexavalente				Hexavalente					
Hib <sup>4</sup>																
HepB <sup>4</sup>																
MenACWY									X		X					2 meses
MenB									X		X					1 mes
HepA					X				X							6 meses
Gripe			X <sup>7</sup>													
VPH <sup>3</sup>									X	X	X					1 mes y 4 meses
TV												X <sup>8</sup>	X <sup>9</sup>			1 mes
Varicela													X <sup>8</sup>	X <sup>9</sup>		1 mes

\*Manual de Vacunaciones de Catalunya 2020

<sup>1</sup> A partir de 18 años.

<sup>2</sup> Según pauta. Guía sobre utilización de vacunas para personal sanitario Estrategia de Vacunación frente a COVID-19 23 diciembre 2021. Tabla 2. Administración de dosis adicionales en personas de muy alto riesgo (grupo 7)

<sup>3</sup> A partir de ≥12 años.

<sup>4</sup> Vacuna combinada hexavalente pediátrica, tanto en niños como en adultos.

<sup>5</sup> Solo en mujeres hasta los 26 años. Entre la 2a y la 3a dosis respetar intervalo mínimo de 4 meses.

<sup>6</sup> Intervalo propuesto 12 meses después de la última dosis de VNC. Intervalo mínimo de 2 meses desde la última dosis de VNC.

<sup>7</sup> Vacunación anual durante el período de vacunación. Se puede administrar a partir de los 4 meses del TPH. La primera vez en los niños <9 años, administrar 2 dosis separadas de 1 mes.

<sup>8</sup> Si el paciente no recibe tratamiento inmunosupresor o anticuerpos monoclonales (rituximab), ni enfermedad injerto contra huesped (EICH), y inmunidad celular está reconstituida CD4 ≥200/μl y CD9 <20/μl.

<sup>9</sup> Si el paciente no recibe tratamiento inmunosupresor o anticuerpos monoclonales (rituximab), ni EICH, y inmunidad celular está reconstituida CD4 ≥200/μl y CD9 <20/μl.

La vacunación de los CONVIVENTES es muy importante para minimizar el riesgo de que actúen como fuente de infección. Se recomienda vacunar contra la gripe, el sarampión (TV) y la varicela.



### Conclusiones

Observamos un período excesivamente largo entre el TPH y el inicio de la vacunación, perdiendo la protección durante un tiempo de máxima fragilidad en el cual las vacunas inactivadas no están contraindicadas. Sería necesaria la existencia de una historia clínica familiar para hacer el seguimiento de la vacunación de contactos. Seguiremos informando y formando a los profesionales implicados.

**Palabras clave:** Vacunación, Trasplante de progenitores hematopoyéticos, Atención primaria

doi:10.1016/j.vacun.2022.09.070

### 70.

#### ER-7966. Captación activa de pacientes pertenecientes a los grupos de riesgo para la vacunación frente a herpes zóster inactivada

I. Andrés García, B. Cantón Álvarez, J.A. García Crespo, N. Nicolás Carrancio, L. de Castro Gutiérrez, B. Autillo Nieto

*Complejo Asistencial Universitario de Palencia, Palencia, España*

#### Objetivos

Identificar a todos los pacientes candidatos a vacunación frente a herpes zóster inactivada en nuestra Área de Salud.

#### Métodos

En el caso de la vacunación frente a herpes zóster llevamos a cabo un proceso de identificación y captación activa de pacientes a través de diversas fuentes según su grupo de riesgo. Valorando los posibles pacientes que cumplieren los criterios de indicación financiada de la vacuna, se revisaron: el listado de pacientes pertenecientes al grupo 7 de la vacunación frente al COVID-19. El Registro de Vacunas de nuestra comunidad autónoma, con el objetivo de seleccionar a aquellos pacientes adultos que tuviesen registro de vacuna antipoliomielítica y/o hexavalente para identificar a los trasplantados de progenitores hematopoyéticos; vacuna frente a difteria-tétanos-ferina para los trasplantados de órgano sólido; y registro de vacunas de virus del papiloma humano y/o hepatitis A y/o antimeningocócica tetravalente para los pacientes con VIH. El listado de pacientes en tratamiento con fármacos anti-JAK del Servicio de Farmacia Hospitalaria. Asimismo, se contactó con los servicios clínicos de hematología, reumatología, enfermedades infecciosas y nefrología para que procediesen a derivar a los pacientes candidatos detectados en sus consultas. De este modo, se identificaron a 47 pacientes con trasplante de progenitores hematopoyéticos, 55 pacientes con trasplante de órgano sólido, 58 pacientes con tratamiento anti-JAK y 37 pacientes con VIH.

### Conclusiones

La identificación de los pacientes candidatos a una vacuna o fármaco es a menudo una tarea complicada, especialmente cuando se trata de captar a pacientes pertenecientes a distintos grupos de riesgo. Es importante buscar diferentes fuentes para contrastar y completar el listado, ya que ningún registro único nos ofreció el total de pacientes candidatos a la vacunación. Esta iniciativa es reproducible en cualquier hospital con consulta de medicina preventiva para la vacunación de pacientes pertenecientes a grupos de riesgo.

**Palabras clave:** Programas de inmunización, Herpes zóster, Grupos de riesgo

doi:10.1016/j.vacun.2022.09.071

### 71.

#### ER-7972. Características de los profesionales vacunados frente al COVID-19 en un hospital de tercer nivel

E. García Carrasco, D.M. López Garizado

*Hospital Universitario de Torrejón, Madrid, España*

#### Introducción

La vacunación frente a la COVID-19 constituye una estrategia esencial para superar la actual pandemia. Los profesionales sanitarios han sido prioritarios en la estrategia de vacunación, para poder disminuir el impacto de la pandemia sobre el sistema asistencial.

#### Objetivos

Describir las características de los profesionales sanitarios vacunados frente al COVID-19 en nuestro centro.

#### Métodos

Desde enero a febrero de 2021, se desarrolló una campaña de vacunación de los profesionales sanitarios de un hospital de tercer nivel frente al COVID-19. Todos dieron su consentimiento para ser vacunados. La vacuna fue administrada por el enfermero de medicina preventiva y la enfermería de apoyo. Se calcularon los porcentajes y las frecuencias de las siguientes variables estudiadas: categoría profesional, características sociodemográficas y mes de administración de la vacuna. En procesamiento de los datos se realizó con Stata 15.

#### Resultados

Un total de 1.204 fueron vacunados de su primera dosis frente al COVID-19 con la vacuna de Comenarty® (bioNtech/Pfizer), siendo el mes de mayor afluencia el de enero. Del total de vacunados, el 23% fueron médicos, el 25,2% enfermeros/TCAE, el 30,7% otros profesionales sanitarios, y el 21,13% representaban el resto de trabajos de hospitalarios no asistenciales. La media de edad fue de 36,9 años, y el 26,32% fueron hombres.

#### Conclusiones

La campaña de vacunación frente al COVID-19 en nuestro centro ha sido satisfactoria.

**Palabras clave:** COVID-19, Vacuna, Profesional sanitario

doi:10.1016/j.vacun.2022.09.072

### 72.

#### ER-7973. Evaluación de las campañas de vacunación frente a la gripe durante las temporadas 2016 a 2022 en un hospital de tercer nivel

E. García Carrasco, D.M. López Garizado, I. González Santana

*Hospital Universitario de Torrejón, Madrid, España*

## Introducción

Las epidemias estacionales de gripe están asociadas a una importante tasa de hospitalizaciones y mortalidad. La medida de control considerada más eficaz es la vacunación anual de ciertos grupos de población considerados de alto riesgo, entre ellos, los profesionales sanitarios.

## Objetivos

Evaluar las campañas de vacunación contra la gripe en el profesional sanitario de nuestro centro.

## Métodos

Desde octubre a enero de cada año, se desarrollaron las campañas de vacunación de los profesionales sanitarios de nuestro centro. Todos dieron su consentimiento para ser vacunados. Se calcularon los porcentajes y las frecuencias de las variables categoría profesional y el mes de administración de la vacuna. El procesamiento de los datos se realizó con Excel 2016®.

## Resultados

Desde 2016 a 2022 se vacunaron en total 1.346 profesionales sanitarios. Del total de vacunados, el 44,5% fueron médicos, el 22,1% enfermeros, el 15,7% auxiliares de enfermería y el resto se encontraban por debajo del 2,8%. El mes de mayor afluencia fue noviembre en todas las campañas evaluadas. En 2020-2021 se ha superado por un 25,1% el total de las anteriores campañas de vacunación. En el 2021-2022, se mantuvo la tendencia al alza respecto a 2020-2021.

## Conclusiones

Hemos logrado un aumento notable en la cobertura de la vacuna frente a la gripe en nuestro centro. Cabe destacar que este aumento coincide con la pandemia de COVID-19.

**Palabras clave:** Gripe, Vacuna, Profesional sanitario

doi:[10.1016/j.vacun.2022.09.073](https://doi.org/10.1016/j.vacun.2022.09.073)

## 73.

### ER-7977. Evaluación de la experiencia de una consulta de vacunación en el circuito COVID en un hospital de tercer nivel

E. García Carrasco, D.M. López Garizado, I. González Santana

*Hospital Universitario de Torrejón, Madrid, España*

## Introducción

En 2021, se crea un circuito multidisciplinar en un hospital de tercer nivel, con el objetivo de dar seguimiento a las secuelas que deja el COVID en los pacientes que precisaron ingreso. En 4 horas se concentran todas las evaluaciones de los especialistas implicados: medicina interna, neumología, psiquiatría, rehabilitación, intensivistas y medicina preventiva.

## Objetivos

Evaluar el papel de la consulta de vacunación del Servicio de Medicina Preventiva en el Circuito COVID.

## Métodos

Desde enero de 2022, se han registrado todos los pacientes que han pasado por la consulta de vacunación del Servicio de Medicina Preventiva en el Circuito COVID de nuestro centro. Se pidió el consentimiento para ser vacunados a todos los pacientes. Se calcularon los porcentajes y las frecuencias de las variables vacunas,

edad y mes de administración de la vacuna. En procesamiento de los datos se realizó con Excel 2016®.

## Resultados

Desde enero de 2021 hasta mayo de 2022, la consulta de vacunación del Servicio de Medicina Preventiva ha visto un total de 299 pacientes. La media de edad del total de vacunados era de 63 años. Del total de pacientes, un 10,7% (32 pacientes), rechazaron las recomendaciones de vacunación. De los 84 pacientes de 60 años o más, un 17,9% no habían recibido aún la vacuna antineumocócica conjugada. Del total de vacunas pautadas, el 30,9% fueron vacunas frente a la gripe anual, el 29,2% fueron vacunados con neumococo polisacárido, el 20,6% con neumococo conjugado, y el 19,3% frente a tétanos difteria.

## Conclusiones

Hemos logrado un aumento la cobertura de vacunación frente al neumococo y la gripe, lo que ha sido notable en los pacientes de 60 años o más.

**Palabras clave:** COVID, Vacuna, Circuito

doi:[10.1016/j.vacun.2022.09.074](https://doi.org/10.1016/j.vacun.2022.09.074)

## 74.

### ER-8010. Juntos sí podemos

L. Lanaspá Serrano, B. Manuel Martí, M.R. Quiñonero Oliveras, M. Porte Llotge, M.A. Costa Menen, M. Navarro Morlans

*Área Básica de Salud Once de Septiembre, Lleida, España*

## Objetivos

Aumentar la cobertura vacunal contra la meningitis mediante la vacuna antimeningocócica conjugada tetravalente (MACWY) de los adolescentes nacidos entre 2002 y 2005 mediante vacunación oportunista en los institutos de nuestra zona de influencia del Área Básica de Salud (ABS).

## Métodos

Se recibió una carta del Departamento de Salud para intentar mejorar la cobertura vacunal de la vacuna MACWY en los adolescentes nacidos entre 2002 y 2005. Dicha cobertura en nuestra comunidad en abril era inferior al 10% en los nacidos entre 2002 y 2003, de un 11% entre los del 2004 y de un 21% entre los del 2005. Contactamos con los directores de los 3 institutos y aceptaron la propuesta de la estrategia de vacunación. Enviaron listados de los nacidos entre 2004-2005. Revisamos los calendarios vacunales para comprobar el estado vacunal.

## Resultados

De los nacidos en el 2005, del primer instituto había un 12,12% del alumnado vacunado y se vacunó a un 72,72%. Del segundo instituto, un 4% estaba vacunado y se vacunó un 14% más. Del tercer instituto había un 28,35% vacunado y se vacunó a un 61,19%. De los nacidos en el 2004, del primer instituto había un 5,71% vacunado y se vacunó a un 40% más. En el segundo, se partía del 1,88% y se vacunó un 32,07%. En el tercero, había un 31,57% vacunado y se vacunó a un 49,12% más.

## Conclusiones

De los 6 grupos analizados, en 3 se consiguió una cobertura vacunal total superior al 80%. Las fechas programadas no eran las más apropiadas porque algunos de los alumnos nacidos en 2004 no se encontraban en el centro, estaban preparando las pruebas de acceso a la universidad. Los nacidos en 2005 estaban en período de

exámenes finales y eso implicó un descenso en la participación de la campaña.

**Palabras clave:** Cobertura vacunal, Meningitis ACWY, Adolescentes

doi:10.1016/j.vacun.2022.09.075

## TRABAJOS DE FIN DE GRADO, MÁSTER O RESIDENCIA: ORAL ESTÁNDAR

### 75.

#### TE-7935. Evaluaciones económicas de la vacunación estacional de la gripe: una revisión sistemática

A. Pérez Dalí<sup>a</sup>, C. Martín Saborido<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, A Coruña, España

<sup>b</sup>Ministerio de Sanidad, Madrid, España

### Introducción

Las evaluaciones económicas de los programas de vacunación de la gripe muestran que esta es una intervención beneficiosa para la sociedad en términos clínicos y económicos. Sin embargo, parece que existen ciertos factores que hacen que la efectividad de estos programas no sea la adecuada y no habiendo sido estudiados previamente. El objetivo de este trabajo es identificar parámetros no habituales en las evaluaciones económicas de los programas de vacunación antigripal y valorar el impacto de estos parámetros en la eficiencia de los programas.

### Métodos

Revisión sistemática de las bases de datos PubMed, EMBASE y CINAHL Complete (búsqueda en enero 2020). Todas las fases del estudio fueron realizadas por pares. Se extrajo información relacionada con la población de estudio, las características de los estudios, la perspectiva de la evaluación, los parámetros de efectividad y los recursos utilizados en la evaluación económica y los resultados en términos de ratio coste efectividad o coste utilidad incremental.

### Resultados

Los costes relacionados con la implementación de un programa de vacunación como pueden ser infraestructuras, almacenamiento de vacunas, mantenimiento de las cadenas de frío, transporte a lugar de vacunación o gestión de residuos no aparecen incluidas de forma habitual en las evaluaciones económicas de la vacunación gripal. Tampoco se incluyen los gastos derivados de la formación de los profesionales sanitarios. Solo 3 estudios incluyeron los costes de promoción y publicidad de la vacunación. Otros parámetros de costes indirectos a destacar son los costes de tiempo por los cuidados de los padres a los niños enfermos, por vacunación o los costes del transporte para recibir atención sanitaria.

### Conclusiones

Se muestra que hay factores más allá de la cobertura y efectividad vacunal que son importantes de tener en cuenta. Futuras investigaciones podrían incluir estos factores para valorar el coste-efectividad real de la vacunación antigripal.

**Palabras clave:** Vacunas contra la influenza, Evaluación de eficacia-efectividad de intervenciones, Economía de la salud

doi:10.1016/j.vacun.2022.09.076

## TRABAJOS DE FIN DE GRADO, MÁSTER O RESIDENCIA: ORAL RELÁMPAGO

### 76.

#### TR-7467. Valoración de la vacuna del virus del papiloma humano: una mirada enfermera

M. Cañadilla Ferreira<sup>a</sup>, P. Ruiz Fernández<sup>b</sup>, I.A. López Tovar<sup>c</sup>, M.D. Flores Bienert<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Hospital de la Vega Lorenzo Guirao, Murcia, España

<sup>b</sup>Universidad de Murcia, Murcia, España

<sup>c</sup>Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España

### Introducción y objetivos

El VPH es la enfermedad de transmisión sexual más frecuente en el mundo, afecta a hombres y mujeres sobre todo entre la población joven y adulta. Los genotipos identificados con mayor frecuencia en las lesiones de alto riesgo son el 16 y 18. La intervención más eficaz para prevenir las infecciones causadas por el VPH es la inmunización. El rol de la enfermería está dirigido a cubrir de forma integral las necesidades de la población. El objetivo es estudiar la necesidad de prevenir la infección causada por el VPH mediante la administración de una vacuna, así como evaluar eficacia, seguridad e inmunogenicidad de ellas e identificar el rol de enfermería en el proceso.

### Métodos

Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica de 2017 a 2022 en la cual se encontraron 386 artículos, siendo incluidos en la revisión 16 artículos que cumplían los criterios de inclusión y exclusión establecidos previamente. En ellos se destacan aspectos de la vacunación contra el VPH que permiten evaluar la eficacia, la inmunidad y la seguridad que proporciona la vacuna contra el VPH.

### Resultados

Todas las vacunas disponibles para la prevención primaria de la infección causada por VPH son eficaces, seguras, inmunogénicas y reducen la probabilidad de presentar una complicación derivada de esta infección. Una de las intervenciones más importantes de enfermería es la prevención del contagio mediante la promoción de la salud.

### Conclusiones

La vacuna frente al VPH es eficaz, inmunogénica y segura para la población. Existen diversas pautas vacunales de 2 o 3 dosis que protegen frente a la infección por VPH y sus complicaciones. El personal de enfermería debe promover los métodos para difundir información basados en la mejor evidencia disponible, así como orientar a la población joven para mantener conductas sexuales responsables.

**Palabras clave:** Infecciones por Papillomavirus, Vacuna frente al VPH, Cáncer de cuello del útero

doi:10.1016/j.vacun.2022.09.078