

Resultados

2.434 pacientes acudieron a urgencias. 323 (13,27%) ingresaron, siendo el 62% mujeres. La media (DE) de edad al diagnóstico fue de 75,9 (14,3) años. El 35,6% tenía 3 o más comorbilidades, destacando enfermedad cardiovascular, tabaquismo, insuficiencia renal, diabetes e inmunosupresión oncológica. El 74,6% (241) fue diagnosticado mediante PCR. En un 26,9% (87) se aplicaron medidas de aislamiento. La estancia hospitalaria media fue de 9 días. Tras el análisis, encontramos como factores asociados con un mayor riesgo de mortalidad presentar tres o más comorbilidades ($p = 0,009$), enfermedad pulmonar intersticial ($p = 0,008$), sepsis ($p \leq 0,0001$), ingreso en UCI ($p \leq 0,0001$) e insuficiencia renal ($p = 0,002$). Pacientes con EPOC ($p = 0,021$), tabaquismo ($p = 0,041$) e institucionalizados ($p = 0,057$) presentan un mayor riesgo de reingreso. Y mayor riesgo de ingreso en unidad de cuidados intermedios respiratorios se asoció con EPOC ($p = 0,012$), la media de edad ($p = 0,003$) y el tabaquismo ($p = 0,027$). La tasa de mortalidad al año de seguimiento fue de 9,3%. El gasto total fue de 2.315.779,94 € en los 7 años del estudio y la pérdida económica del centro de 1.056.267,78 €.

Conclusiones

El VRS representa una carga significativa, especialmente en mayores de 75 años y con más de 3 comorbilidades, llevando a altas tasas de hospitalización, morbimortalidad e implica un alto costo a nivel hospitalario.

doi:10.1016/j.vacun.2025.500512

C0143 PREVENCIÓN DE LA HOSPITALIZACIÓN POR INFECCIONES RESPIRATORIAS DURANTE LA SEGUNDA TEMPORADA TRAS RECIBIR NIRSEVIMAB: UN ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE CASOS Y CONTROLES CON ENFOQUE CAUSAL

Mario Rivera Izquierdo^{1*}, Esther Catalán Fernández², Aleksandra Korobova³, Nicola Lorusso⁴, NIRSEGRAND⁵, David Moreno Pérez⁶

¹Universidad de Granada, Granada, España

²Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, España

³Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España

⁴Servicio de Vigilancia Epidemiológica y Salud Laboral, Dirección General de Salud Pública, Consejería de Salud y Consumo, Junta de Andalucía, Sevilla, España

⁵Grupo de investigación conformado por los pediatras de los nueve hospitales participantes en el estudio NIRSEvimab-GRavedad-ANDalucía, España

⁶Consejería de Salud y Consumo, Junta de Andalucía, Sevilla, España

*Autor para correspondencia.

Objetivos

Evaluar el potencial efecto de nirsevimab en la prevención de hospitalizaciones por infección del tracto respiratorio inferior en la segunda temporada tras recibir la inmunización, utilizando para ello una metodología causal.

Método

Se diseñó un gráfico acíclico dirigido para evaluar las asociaciones causales y guiar las variables necesarias para el ajuste de los modelos. La exposición fue recibir nirsevimab durante la temporada 2023–2024 y el desenlace, hospitalizar por infecciones respiratorias durante la temporada 2024–2025. Se utilizó un control negativo (vacunación frente a rotavirus) para evaluar el posible efecto de confusores no medidos. Se recogieron todos los casos hospitalizados en 9 centros diferentes. Por cada caso, se seleccionaron 4 controles comunitarios que nacieron el mismo día (± 3 días) en la zona de

referencia del mismo hospital. Se aplicaron modelos multivariantes de regresión logística y modelos causales basados en propensities mediante IPW y AIPW (método doblemente robusto).

Resultados

Recibir nirsevimab durante la campaña 2023–2024 mostró una reducción moderada (y no concluyente) en las hospitalizaciones por infecciones del tracto respiratorio inferior durante la temporada 2024–2025 en el modelo de regresión logística multivariante (OR = 0,63, IC95%:0,36–1,10). El control negativo no mostró asociación con el desenlace, lo que refuerza la ausencia de confusión residual relativa a la preocupación por la salud o el acceso sanitario. Sin embargo, los modelos causales de IPW y AIPW mostraron una reducción absoluta del riesgo causal del 15,9% (IC95%: 1,1–30,8%).

Discusión–Conclusiones/Recomendaciones

Recibir nirsevimab en la temporada 2023–2024 se asoció causalmente con una reducción moderada en las hospitalizaciones durante la temporada 2024–2025. Futuros estudios deberán analizar los motivos subyacentes a este sorprendente hallazgo. Este estudio abre la puerta a analizar desenlaces no comunes de las campañas de inmunización en temporadas posteriores, que pueden servir para conocer con mayor profundidad la efectividad real de la vacunación, y optimizar los estudios de coste-efectividad.

doi:10.1016/j.vacun.2025.500513

C0160 RESULTADOS DE LA PRIMERA CAMPAÑA DE VACUNACIÓN ANTIGRIPE ESCOLAR EN LA TEMPORADA 2024–2025 EN LA COMUNITAT VALENCIANA

Rocío Moreno Illueca^{1*}, Eulalia Gregori García², Roberto Botella Mira³, Ester Arranz Salvador⁴, Laura Rioja Rioja⁴, Ana Míguez Santiyán⁴

¹Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia, España

²Servicio de Medicina Preventiva, Hospital General Universitario de Castellón, Castellón, España

³Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Universitario del Vinalopó, Elche, España

⁴Servicio de Vacunación e Inmunización Sistemática y en Grupos de Riesgo, Dirección General de Salud Pública, Comunitat Valenciana, España

*Autor para correspondencia.

Objetivos

Analizar los resultados de la primera campaña de vacunación escolar frente a gripe, implementada en la Comunitat Valenciana en 2024–2025, y el impacto en las coberturas de vacunación en este grupo de edad en comparación con la temporada previa.

Descripción

Para el análisis de los resultados, se llevó a cabo un estudio descriptivo ecológico y se comparó la cobertura vacunal frente a gripe en la población diana (nacidos en 2020 y 2021) con la alcanzada por los menores de la misma edad en la temporada previa. Durante la temporada 2024–2025 participaron en la campaña de vacunación 743 centros escolares, lo que supone una colaboración del 47,7% del total de centros. La cobertura de vacunación alcanzada dentro de los centros fue del 51,1%. En la temporada 2023–2024 se administraron 28.049 dosis de vacuna antigripal en nacidos en 2020 y 2021, que se tradujo en una cobertura vacunal del 34,5%. En 2024–2025, el número de vacunas administradas aumentó, alcanzando las 39.565 dosis y una cobertura del 48,8% en el mismo grupo de edad. El incremento en la cobertura vacunal fue de un 14,4%. Del total de