

fueron: trasplante hematopoyético, trasplante órgano sólido (caso-base), virus inmunodeficiencia humana, hematopatías malignas, tumores sólidos y pacientes tratados con inhibidores de JAK. Los resultados se presentaron para los grupos IC agregados, con coberturas regionales (entre 9,3%-73,5% según el grupo). Se evaluó el impacto de un incremento de coberturas en todos los grupos IC combinados, incluyendo caso-base y análisis de escenario.

## Resultados

Los resultados preliminares muestran que la vacunación del conjunto de IC (1.067.795  $\geq$  18 años en España) con RZV prevendría 18.392 casos de HZ, 1.952 NPH y 1.816 complicaciones en 30 años, frente no vacunar, resultando en una reducción de 68.810 visitas médicas y 1.515 hospitalizaciones, así como 20,5 M€ y 8,2 M€ en ahorros de costes directos e indirectos respectivamente. Aumentar las coberturas hasta el 90% mejoraría hasta 50.257 los casos de HZ evitados (reducción del 45% frente al 17% en el caso base) y hasta 78,3 M€ los ahorros.

## Conclusiones

Los resultados muestran una reducción relevante de la carga asociada al HZ en España con RZV en las poblaciones IC. Estos beneficios sanitarios y económicos se maximizarían al aumentar las coberturas vacunales.

## Financiación

GSK (VEO-001030).

doi:[10.1016/j.vacun.2025.500553](https://doi.org/10.1016/j.vacun.2025.500553)

## C0078 COBERTURAS VACUNALES EN PACIENTES CON VIH

Lucía Sánchez Piorno, Sandra Ferro Larroy, Paz Rodríguez Cundín, Angélica Higuera Moreno, Carmen Martín Noda, Lucía Quintilla Martínez, Leticia Cortés Salan, Henar Rebollo Rodrigo

Servicio de Medicina Preventiva y Seguridad del Paciente, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España

## Objetivos

Evaluar coberturas vacunales en personas que viven con VIH y analizar factores asociados a una mayor adherencia al calendario vacunal recomendado en esta población.

## Método

Estudio observacional retrospectivo en pacientes con diagnóstico VIH en seguimiento en un hospital de tercer nivel a 1/05/2025.

Se calculó el tamaño muestral mínimo necesario para estimar coberturas vacunales del 40% sobre una población de referencia de 1.110, con una precisión del 5% y un nivel de confianza del 95%, asumiendo un 10% de pérdidas potenciales. Se seleccionaron por muestreo aleatorio simple 308 pacientes. Se excluyeron trasladados a otras comunidades autónomas y registros incompletos.

Las variables incluyeron datos sociodemográficos, buen control clínico y analítico (carga viral  $<1.000$  copias, CD4  $>200$  células/ $\mu\text{L}$ , adherencia a tratamiento antirretroviral), valoración por Medicina Preventiva en consulta de vacunación y/o en campaña específica frente a Herpes Zóster. Se analizó estado vacunal frente a virus hepatitis B (VHB), virus Hepatitis A (VHA), virus Papiloma Humano (VPH), antineumocócica 20v (VNC20), Herpes Zóster (HZ), gripe y SARS-CoV-2 (temporada 2024-2025) y adherencia.

## Resultados

Se incluyeron 288 sujetos (75% hombres), edad media: 54; DE:13,6. Las coberturas vacunales registradas fueron: VHA:8,3%; VHB:20,8%; VPH: 16,3%; VNC20: 19,8%. En cuanto a la inmunización frente a HZ, la cobertura fue del 68,1%: el 94,7% correspondía a pacientes captados en una campaña específica implementada en Medicina Preventiva y el 4,3% fueron atendidos en consulta ordinaria. Respecto a las vacunas estacionales, se registró una cobertura de 39,6% en gripe y 29,9% en SARS-CoV-2.

La adherencia no se asoció de manera estadísticamente significativa al sexo ( $p = 0,6$ ), edad  $>60$  años ( $p = 0,9$ ), nacionalidad ( $p = 0,3$ ), ni buen control ( $p = 0,2$ ).

## Recomendaciones

Las bajas coberturas vacunales registradas en esta población indican la necesidad de mejorar la coordinación con la Unidad de Infecciosas, así como establecer estrategias de difusión de la importancia de la vacunación.

doi:[10.1016/j.vacun.2025.500554](https://doi.org/10.1016/j.vacun.2025.500554)

## C0079 DESBLOQUEANDO EL VALOR DE LA VACUNACIÓN FRENTE AL HERPES ZÓSTER EN ESPAÑA: RETORNO DE LA INVERSIÓN Y MODELO ACTUARIAL

Eleftherios Zarkadoulas<sup>1</sup>, Andrea García<sup>2</sup>, Irene Montoro<sup>2</sup>, Laura Amanda Vallejo-Aparicio<sup>2</sup>

<sup>1</sup>GSK, Wavre, Bélgica

<sup>2</sup>GSK, Madrid, España

## Objetivos

El herpes zóster (HZ) es una enfermedad infecciosa que afecta predominantemente a los adultos y puede conllevar complicaciones graves, causando una carga sanitaria y económica significativa. La inmunización de adultos  $\geq 65$  años está financiada en España al conocerse su coste-efectividad y el objetivo es medir el retorno de su inversión (RI).

## Método

Se desarrolló un modelo integrado actuarial y macroeconómico para evaluar el RI en la vacunación con la vacuna adyuvada del zóster (RZV) durante un período de 50 años, considerando los beneficios directos e indirectos. El componente actuarial proyecta las tasas de incidencia por edad, uso de recursos y costes, y la sección macroeconómica estima el impacto indirecto (pérdida de productividad evitada, aumento de ingresos fiscales y ganancias en producto interior bruto (PIB)). Los años de vida ajustados por calidad (AVAC) ganados se monetizaron usando un valor de 25.000€/AVAC. El RI se calculó dividiendo los beneficios totales monetizados (ahorros sanitarios, macroeconómicos y AVACs) entre los costes de vacunación. El caso base considera los adultos  $\geq 65$  años, y los análisis de escenario y sensibilidad varían el valor del AVAC (1-3 veces el PIB per cápita), grupos de edad y costes de vacunación.

## Resultados

Desde una perspectiva social, una estrategia de vacunación de adultos (65 años) con RZV supone un RI entre 1,04€-2,58€ por 1€ invertido, según el valor del AVAC, y entre 1,13€-2,06€/1€ para la estrategia en 50 años. Este retorno positivo se mantendría en todas las edades entre 50 y 69 años. El absentismo laboral, tasas de descuento o el precio afectan sensiblemente los resultados.

## Conclusiones

Los resultados muestran que la vacunación frente HZ, especialmente de adultos en edad laboral, compensa su inversión con beneficios económicos y sanitarios sustanciales. Estos datos apoyarían las estrategias ampliadas de vacunación como una inversión valiosa para los pagadores, decisores y la sociedad española.

## Financiación

GSK (VEO-001222)

doi:[10.1016/j.vacun.2025.500556](https://doi.org/10.1016/j.vacun.2025.500556)

## C0080 IMPACTO DE LA EFECTIVIDAD EN VIDA REAL DE LA VACUNACIÓN FRENTA AL VIRUS RESPIRATORIO SINCITAL EN LA SALUD PÚBLICA DE ESPAÑA

Felipe Villar<sup>1</sup>, José María Molero<sup>2</sup>, Rosario Menéndez<sup>3</sup>, Isabel Jimeno<sup>4</sup>, Eleftherios Zarkadoulas<sup>5</sup>, David Lorite Mingot<sup>6</sup>, Laura Amanda Vallejo-Aparicio<sup>6</sup>, Andrea García<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Fundación Jimenez Díaz, Madrid, España

<sup>2</sup>Centro de Salud San Andrés, Madrid, España

<sup>3</sup>Instituto de Investigación Sanitaria Hospital La Fe, Valencia, España

<sup>4</sup>Centro de Salud Isla de Oza, Madrid, España

<sup>5</sup>GSK, Wavre, Bélgica

<sup>6</sup>GSK, Madrid, España

## Objetivos

Las infecciones respiratorias agudas causadas por el virus respiratorio sincitial (VRS) en los adultos mayores conllevan un uso de recursos sanitarios que debe considerarse al evaluar estrategias de prevención. El presente análisis estima el impacto en salud pública de la inmunización frente al VRS en España, en base a la efectividad en vida real observada en Estados Unidos, y con una estrategia de vacunación de adultos  $\geq 60$  años para una temporada.

## Método

Se adaptó un modelo de Markov al contexto español para estimar el número de hospitalizaciones, visitas a urgencias y muertes evitadas, así como el impacto económico asociado, al implementar una estrategia de vacunación para prevenir la enfermedad del tracto respiratorio inferior en adultos  $\geq 60$  años. El modelo incorpora la efectividad observada en vida real en Estados Unidos. (Payne et al. 2024) para dos vacunas de proteínas disponibles (vacuna adyuvada RSVPreF3 y vacuna bivalente RSVPreF), datos epidemiológicos y uso de recursos de estudios españoles y costes de tarifas regionales. Se realizaron análisis independientes para cada vacuna y un análisis de sensibilidad probabilístico sobre los rangos de la efectividad.

## Resultados

Por cada millón de dosis administradas en adultos  $\geq 60$  años españoles, la vacuna adyuvada RSVPreF3 evitaría 11.328 hospitalizaciones, 4.688 visitas a urgencias y 896 muertes, y la bivalente RSVPreF 9.961 hospitalizaciones, 4.810 visitas a urgencias y 788 muertes. La carga económica reducida correspondiente sería de 56,9M€ y 50,2M€ respectivamente. La vacuna RSVPreF3 evitaría más hospitalizaciones y muertes en el 92,8% de las iteraciones, más visitas a urgencias en el 35,0% y más ahorros en el 92,7% según el análisis probabilístico.

## Conclusiones

En el caso base, la vacuna adyuvada RSVPreF3 mostraría un impacto estimado mayor en las hospitalizaciones y muertes

asociadas al VRS evitadas frente la bivalente RSVPreF, llevando a mayores ahorros económicos.

## Financiación

GSK (VEO-300765)

doi:[10.1016/j.vacun.2025.500556](https://doi.org/10.1016/j.vacun.2025.500556)

## C0081 ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN PARA UNA UNIDAD DE VACUNACIÓN EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Lucía Quintilla Martínez, Leticia Cortés Salán, María del Carmen Manuz García, Paz Rodríguez Cundín, Jorge Arozamena Pérez, Henar Rebollo Rodrigo

Servicio de Medicina Preventiva y Seguridad del Paciente, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España

## Objetivos

Diseñar e implementar una estrategia integral de comunicación entre los profesionales de la Unidad de Vacunación, los pacientes y el personal de otros servicios implicados en el proceso de vacunación.

## Descripción

### Etapa 1:

- Conocer la situación basal de la unidad identificando puntos fuertes y áreas de mejora.
- Establecimiento de reuniones periódicas de los integrantes del grupo de mejora para decidir cuáles son los objetivos específicos y las rutas para alcanzarlos.

### Etapa 2:

- Elaboración de encuestas de satisfacción dirigidas a pacientes y profesionales sanitarios.
- Desarrollo de materiales informativos atractivos y actualizados en formato de trípticos y hojas de acogida, además de su distribución en formato físico y digital.
- Implantar una vía directa de comunicación con Atención Primaria con recepción automática de protocolos de vacunación para mejorar la continuidad asistencial de los pacientes que eligen vacunarse en el centro de salud.
- Mejora de la accesibilidad de la unidad ampliando canales de comunicación.

### Etapa 3:

- Presencia de la Unidad en redes sociales, charlas, jornadas y simposios de asociaciones de pacientes y de otros servicios asistenciales.
- Colaboración con la Escuela de Pacientes para la difusión de información relevante.
- Divulgación del material informativo elaborado mediante impresos, vídeos, podcast y publicaciones digitales.

## Conclusiones

Establecer un plan de comunicación integral permite ofrecer información veraz, actualizada y comprensible, mejorar los circuitos de difusión, conseguir mayor colaboración y coordinación entre servicios e incrementar las tasas de satisfacción tanto de pacientes como de profesionales. Todo ello reverte en la mejora de las coberturas de vacunación de los diferentes grupos de riesgo.