

mayores a 30 días de un 1,2%. En los pacientes inmunosuprimidos, no hubo ingresos en unidades de críticos, la mortalidad fue del 3,5% con a un 1,4% de ingresos prolongados.

### Conclusiones

La cobertura vacunal frente a gripe, SARS-CoV2 y neumococo en pacientes hospitalizados por IRA es baja, incluso en grupos de riesgo. Mejorar la vacunación en estos pacientes es esencial para reducir complicaciones y mortalidad.

doi:[10.1016/j.vacun.2025.500571](https://doi.org/10.1016/j.vacun.2025.500571)

## C0110 EFECTO DE LA VACUNACIÓN DE LA GRIPE SOBRE LA GRAVEDAD Y EVOLUCIÓN DE LOS CASOS DE INFECCIONES RESPIRATORIAS GRAVES DURANTE LA TEMPORADA GRIPAL 2020-21

Sara Herranz Ulldemolins

*Hospital universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, España*

### Objetivos

El objetivo del estudio fue determinar la posible relación entre la vacunación antigripal y la evolución clínica en pacientes hospitalizados con infección respiratoria aguda (IRA) grave en temporada con baja transmisión de gripe en la comunidad

### Método

Estudio observacional de cohorte retrospectivo de pacientes hospitalizados por IRA grave durante la temporada gripal 2020-21 en el Hospital Clínic de Barcelona (HCB). Como variables principales evaluamos la mortalidad e ingreso en UCI con soporte ventilatorio. Utilizamos regresión logística multivariable para explorar la asociación entre vacunación antigripal y las variables principales.

### Resultados

De los 281 sujetos con IRA grave observando una mortalidad hospitalaria global del 11%, y un 27% de ingresos en UCI con soporte ventilatorio. El 44,5% de los sujetos estaban vacunados de la gripe. La vacuna de gripe no se asoció de forma significativa con mortalidad ni ingreso en uci con soporte ventilatorio. El incremento de mortalidad ajustada se asoció a mayor edad (ORa: 1,04 [IC95%; 1,01-1,09], mayor comorbilidad (ORa: 1,56 [IC95%; 1,31-1,91] y días de ingreso (ORa: 1,03 [IC95%; 1,01-1,05], y el ingreso en UCI con soporte ventilatorio con menor edad (ORa: 0,96 [IC95%; 0,93-0,99], alteraciones radiológicas (ORa: 8,61 [IC95%; 2,17-51,62], e incremento días de ingreso (ORa: 1,15 [IC 95%; 1,10-1,22).

### Conclusiones

La vacunación de la gripe con baja transmisión de gripe en la comunidad no muestra efecto sobre la gravedad en la evolución de las IRA grave hospitalizadas.

doi:[10.1016/j.vacun.2025.500572](https://doi.org/10.1016/j.vacun.2025.500572)

## C0112 GUÍA RÁPIDA DE BUENAS PRÁCTICAS DE VACUNACIÓN EN PERSONAS CON SÍNDROME DE DOWN

Ana Antón Contreras

*Sección de Epidemiología, ST Sanidad Segovia, Junta de Castilla y León, Segovia, España*

### Objetivos

Elaborar una guía de buenas prácticas de vacunación en personas con SD, basada en la evidencia científica y adaptada a sus características clínicas y comorbilidades.

### Método

Se realizó una revisión de la literatura reciente (2014–2024) en bases de datos como PubMed/MEDLINE, Dialnet, Cochrane, CUIDEN, SciELO, entre otras. Se incluyeron artículos originales, revisiones sistemáticas, metaanálisis, artículos de revisión narrativa, guías clínicas, consensos de sociedades científicas y recomendaciones oficiales relacionadas con la inmunización en personas con SD. La información se analizó para identificar patrones, barreras y propuestas de mejora.

### Resultados

Las personas con SD presentan inmunodeficiencia primaria que incrementa su vulnerabilidad a infecciones respiratorias y otras enfermedades inmunoprevenibles, esto justifica su inclusión como condición de riesgo. Se observa baja adherencia especialmente en adolescentes y adultos, así como reticencia familiar por desconocimiento o miedo. Las vacunas recomendadas incluyen gripe, neumococo, COVID-19, VRS, hepatitis A y B. Se evidenció falta de seguimiento vacunal tras la transición de la atención pediátrica a la de adultos. Las enfermeras destacan como figura esencial en la revisión del historial vacunal, la evaluación clínica individualizada y la educación sanitaria para mejorar la adherencia y protección inmunológica en esta población.

### Conclusiones

Los hallazgos evidencian una brecha entre las necesidades clínicas y las prácticas vacunales actuales. Las bajas coberturas, sumadas a la falta de continuidad asistencial, comprometen su protección inmunológica. La intervención enfermera, centrada en la valoración individualizada, la educación a familias y la coordinación interprofesional, resulta crucial para optimizar la inmunización y mejorar la calidad de vida en esta población vulnerable.

### Recomendaciones:

- Reconocer el SD como condición de riesgo.
- Evaluar el estado vacunal y comorbilidades.
- Priorizar vacunas frente a infecciones respiratorias.
- Promover la vacunación del entorno cercano.
- Evitar oportunidades perdidas de vacunación.
- Reforzar el rol de la enfermera como agente clave.

doi:[10.1016/j.vacun.2025.500573](https://doi.org/10.1016/j.vacun.2025.500573)

## C0113 VALORACIÓN DE LA CADENA DE FRÍO EN UN PUNTO DE VACUNACIONES

Juan Francisco Rufino González<sup>1</sup>, Araceli Dorado Vega<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Enfermería Pediátrica CS El Limonar (Málaga) España, Málaga, España

<sup>2</sup>Enfermera de Familia, CS La Carihuela, Torremolinos (Málaga), España

### Objetivos

Determinar la exactitud de las temperaturas medidas por los termómetros de máxima-mínima de los refrigeradores de vacunas de un centro de salud.

Analizar la dispersión o rango de temperaturas existente en el interior de estos frigoríficos.

## Descripción

Para el primer objetivo se introdujeron los seis termómetros disponibles en una caja durante 4 horas, sometiéndolos a temperaturas diferentes: 20°, 4° y -2° C. Se tomó como “estándar de oro”, una estación meteorológica portátil.

Resultó que la diferencia entre las medidas de tres de los seis termómetros de máxima-mínima con respecto al “estándar de oro”, no superó  $\pm 1^\circ$  C. Al contrario, los otros tres arrojaron temperaturas más distanciadas del “estándar de oro”:  $\pm 2^\circ$ ,  $\pm 3^\circ$  y  $\pm 6^\circ$  C.

Para el segundo objetivo se emplearon termómetros de máxima-mínima de fiabilidad comprobada, se tomaron las temperaturas en seis ubicaciones diferentes dentro de cada refrigerador, tras un mínimo de dos horas sin abrir la puerta, ni modificar el termostato. El límite superior e inferior del rango de temperaturas de cada nevera, fue comprobado practicando un total de cinco medidas, de las que se escogió la medida central.

En los cinco frigoríficos “domésticos” disponibles, la dispersión de temperaturas en las diferentes ubicaciones fue: 3,3°, 4,2°, 4,5°, 5,7° y 9,0° C. El único frigorífico “industrial” del centro, registró el menor rango de temperaturas: 2,6° C.

## Conclusiones

Los termómetros de máxima-mínima deben ser testados periódicamente. Medidas erróneas pueden conducir a malas decisiones, como desechar vacunas pensando que han sido sometidas a temperaturas inadecuadas.

Los frigoríficos “domésticos” no son la opción más aconsejable para mantener la cadena del frío en productos termosensibles (y caros) como las vacunas, cuyo rango térmico óptimo es de solo seis grados (2-8° C).

## Reproducibilidad

Esta sencilla y económica metodología puede ser replicada en cualquier centro de vacunas de nuestro entorno.

doi:10.1016/j.vacun.2025.500574

## C0114 PLATAFORMA HOSPITALARIA PARA AUMENTAR LAS COBERTURAS VACUNALES EN PACIENTES INMUNOCOMPROMETIDOS

Abelardo Claudio Fernandez Chávez<sup>1</sup>, Tayeb Bennouna Dalero<sup>2</sup>, Marco Antonio Espinel Ruiz<sup>1</sup>, Amaranta McGee Laso<sup>1</sup>, Cristina Diaz-Agero Pérez<sup>1</sup>, Jesús María Aranaz Andrés<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

<sup>2</sup>Servicio de Admisión y Documentación Clínica del Hospital Universitario Ramón y Cajal

## Objetivos

Los pacientes inmunocomprometidos (PI) presentan una elevada carga de morbilidad prevenible; en España se desconocen sus coberturas vacunales. Para afrontarlo diseñamos una nueva plataforma hospitalaria que integra registros clínicos y de vacunación. Los objetivos del Proyecto son: 1) Cuantificar las coberturas vacunales en PI adultos antes y después de la implantación de la nueva herramienta (2) Analizar su variación por subgrupos de riesgo

## Método

Estudio cuasiexperimental antes-después. Se incluirán  $\geq 5$  000 PI  $\geq 18$  años atendidos entre 2024-2026 y clasificados en siete

subgrupos (trasplante de órgano sólido, progenitores hematopoyéticos, onco-hematología, terapia inmunodirigida, hemodiálisis, infección por VIH, asplenia). La plataforma estratifica automáticamente a los pacientes, genera listados de captación activa y paneles de *business intelligence*. Variable principal: coberturas de seis vacunas recomendadas (gripe, COVID-19, neumococo, meningococo ACWY, herpes zóster recombinante, hepatitis B). El análisis empleará  $\chi^2$  de McNemar y regresión logística ajustada.

## Resultados

En los seis primeros meses se identificaron 10.700 PI (mediana 58 a [IQR 45-67]); el 70% tenía administrada una vacuna frente a neumococo conjugada, el 50% la vacuna frente a gripe y menos del 40% vacuna frente a COVID-19. Se proyecta un incremento absoluto  $\geq 15$  puntos en las coberturas globales a 12 meses.

## Reproducibilidad

La nueva Plataforma es una herramienta digital escalable que combina estratificación clínica y captación proactiva, capaz de aumentar y monitorizar coberturas vacunales en PI.

doi:10.1016/j.vacun.2025.500575

## C0115 INCOMPARENCIAS Y FACTORES ASOCIADOS EN LA PRIMERA CONSULTA DE MEDICINA PREVENTIVA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Joaquín Alejandro Sanchez Lecona<sup>1</sup>, Miguel Sánchez Gómez<sup>1</sup>, Juana Maria Andino Agurcia<sup>1</sup>, Maria del Pilar Alvarez Gomez<sup>2</sup>, Maria del Carmen Salas Butron<sup>1</sup>, Raul Perea Rafael<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Preventiva y Salud Pública, Complejo Hospitalario Universitario de Toledo, Toledo, España

<sup>2</sup>Unidad de Atención Geriátrica Domiciliaria del Hospital Virgen del Valle, CHUT, Toledo, España

## Objetivos

Caracterizar el perfil epidemiológico de las incomparencias a la primera consulta de Medicina Preventiva e identificar los factores asociados a su ocurrencia durante el año 2024.

## Método

Estudio observacional descriptivo retrospectivo. Se analizaron variables sociodemográficas (edad y sexo), geográficas (localidad de residencia), asistenciales (servicio peticionario y demora hasta cita) y temporales (mes de programación de cita). Se realizó un análisis descriptivo mediante frecuencias absolutas y relativas para variables cualitativas, media y desviación estándar para cuantitativas.

## Resultados

Se registraron 234 incomparencias, de las cuales el 62% eran hombres y 38% mujeres, con una media de edad de 49,7. La demora media hasta la cita fue de 42 días (rango: 1-98 días). Los servicios más afectados fueron Medicina Interna 40,2%, Reumatología 15,4% y Digestivo 13,7%. El análisis geográfico reveló un patrón dual: área metropolitana del norte de la provincia: 25,2%, área capital provincial: 20,5% y área metropolitana local: 10,3%, concentrando el 56,0% del total.

Se identificó una dispersión geográfica en 73 municipios, la mayoría dentro de nuestra provincia. Sin embargo, un 3,4% de los casos son residentes fuera de ella.

En cuanto a la distribución temporal, el 56,7% de las incomparencias ocurrieron en personas que tenían un período de