

Medio siglo del calendario común de vacunación infantil: de cinco vacunas a un modelo referente en el mundo

16/06/2025

Este año se cumplen cinco décadas desde la creación del primer calendario común de vacunación infantil en España, un hito en salud pública que marcó el inicio de una estrategia coordinada de prevención frente a enfermedades transmisibles. Aquel calendario, instaurado en 1975, incluía cinco vacunas esenciales: frente a la poliomielitis, la difteria, el tétanos, la tosferina y la viruela.

50 años después, el calendario vacunal español se ha convertido en uno de los más completos y avanzados del mundo. Actualmente permite prevenir 18 enfermedades y ha evolucionado hacia una visión integral que contempla la vacunación a lo largo de toda la vida, más allá de la infancia, incorporando recomendaciones específicas para adolescentes, adultos, personas mayores, embarazadas y grupos de riesgo.

Las vacunas han salvado y siguen salvando millones de vidas. Tal y como se recordó en la jornada '50 años del calendario común de vacunación: pasado, presente y futuro', organizada por el Ministerio de Sanidad el pasado 12 de junio y en la que participaron varios miembros de la Asociación Española de vacunología, la inmunización frente a la covid-19 salvó más de 127.000 vidas en España.

Además, se trata de un modelo coste-efectivo, ya que según datos aportados en la jornada, el coste de vacunar a una persona a lo largo de la vida se estimó, en 2023, en 1.541 euros para las mujeres y 1.498 euros para los hombres. El

gasto total estimado para vacunar a toda la población diana durante un año, con coberturas del 100%, se sitúa en torno a los 565 millones de euros. Esto representa el 23% del gasto en prevención y salud pública, y solo el 0,5% del gasto sanitario total.

En el marco de esta efeméride, el último episodio de '[Paseos con ciencia](#)', de la Dra. Álvarez, hace un repaso por la evolución del calendario vacunal español y destaca su impacto en la mejora de la salud poblacional.

El audiovisual ha contado con el mecenazgo de MSD y con el aval científico y la participación de la Asociación Española de Vacunología. En él han intervenido José Antonio Navarro, socio de honor de la Asociación Española de Vacunología; Glòria Mirada Masip, vicepresidenta; y Fernando Moraga-Llop, portavoz y vocal sénior.

Este aniversario constituye una oportunidad para seguir impulsando la vacunación como una herramienta fundamental de salud pública y continuar avanzando hacia una protección equitativa, actualizada, basada en la evidencia y para todas las edades, ya que tal y como recuerdan los expertos, las vacunas no son solo cosa de niños.

Los análisis post-hoc de la vacuna frente al dengue

TAK-003 administrada inadvertidamente a embarazadas no han encontrado un aumento de desenlaces adversos

16/06/2025

Rauschera M, Youarda Z, Faccine A et al. Pregnancy outcomes following unintentional exposure to TAK-003, a live attenuated tetravalent dengue vaccine. Exp Rev Vaccines Published ahead of print March 18, 2025

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40099800/>

Al ser atenuada la vacuna frente al Dengue TAK-003 está contraindicada durante el embarazo y por tanto se excluyeron esas mujeres de los ensayos clínicos. Aun así, se dispone de registros de administraciones no intencionadas de esa vacuna durante la gestación. Los autores abalizan los datos de un post hoc de las fases II y III de los ensayos clínicos que evaluaron los desenlaces y efectos adversos neonatales tras la administración de la vacuna en un periodo ventana cuando las mujeres podrían estar embarazadas (entre los 44 días antes de la última regla y hasta la finalización del embarazo. En total 503 mujeres reportaron 557 embarazos de las que 344 receptoras de vacuna TAK-003 reportaron 375 embarazos y 159 receptoras de placebo reportaron 182 embarazos. En 38 embarazos se reportó exposición en el periodo ventana de los que 10 habían recibido TAK-003 y 10 recibieron placebo. De ellos, 28 (23 con vacuna y 5 con placebo) resultaron en nacimientos de niños vivos, cuatro resultaron en finalizaciones electivas del embarazo (dos con vacuna y dos con placebo), cinco (tres con vacuna y dos con placebo) resultaron en abortos espontáneos. De estos

últimos no se observaron diferencias entre vacunas y placebo o entre los ocurridos dentro o fuera del periodo ventana. Seis madres que recibieron la vacuna en el periodo ventana y dos neonatos experimentaron efectos adversos graves, pero ninguno relacionado con la vacuna.

Los casos de sarampión por fallo secundario de vacunación tienen enfermedad más leve y con menos complicaciones

16/06/2025

Leung J, Munir N, Mathis A et al. The Effects of Vaccination Status and Age on Clinical Characteristics and Severity of Measles Cases in the United States in the Postelimination Era, 2001–2022. Clin Infect Dis 2025;80:663-672

<https://academic.oup.com/cid/article-abstract/80/3/663/7756619?redirectedFrom=fulltext&login=false>

A pesar de la alta efectividad de la vacuna frente al sarampión pueden ocurrir casos por virus salvaje en personas vacunadas con anterioridad. Por ello, los autores comparan la presentación clínica y la gravedad de la enfermedad según el estado de vacunación y la edad en la era posteliminación en los Estados Unidos. Analizan los casos reportados entre 2001 y 2022 y definen los casos *breakthrough* como aquellos con una o más dosis documentadas de una vacuna conteniendo sarampión. Los casos en vacunados con avidez alta/baja de la

inmunoglobulina IgG se clasificaron como fallos primarios o secundarios de vacunación, respectivamente. Entre los 40156 casos confirmados, el 69% no estaban vacunados, el 12% eran infecciones *breakthrough* y en el 19% no se conocía el estado de vacunación. El 38%, 29%, 33% tenían menos de cinco años, entre 5 y 19 y veinte o más años, respectivamente. Se observó un descenso general de la presentación clínica clásica y de la enfermedad grave a medida que aumentaba el número de dosis de vacuna recibido, y menor número de complicaciones en los de 5 a 19 años en comparación con otros grupos. Entre los 93 casos de *breakthrough* que disponían de resultados de avididad, el 12% y el 82% se clasificaron como fallos primarios y secundarios, respectivamente, con una mayor proporción de fallos primarios con la presentación clásica del sarampión y enfermedad grave, respecto de los casos secundarios.

La FDA autoriza el anticuerpo monoclonal frente a VRS Clesrovimab

16/06/2025

La [Food and Drug Administration](#) de los Estados Unidos ha autorizado la comercialización de un nuevo anticuerpo monoclonal frente a las infecciones del tracto respiratorio inferior causadas por el virus respiratorio sincitial, ENFLONSIA, en neonatos y lactantes que entren en su primera temporada de circulación del virus. La duración de la protección se mantiene durante cinco meses con una dosis de 105 miligramos, independientemente del peso. La aprobación se ha basado en los datos obtenidos en el ensayo pivotal fase IIb/III CLEVER en el que redujo, como objetivo primario, la

incidencia de infección respiratoria inferior medicamente atendida, en comparación con placebo, durante cinco meses en un 60,5% y de hospitalizaciones en un 84,3%. Adicionalmente también apoyaron la aprobación los datos de la fase III del ensayo SMART en el que compararon la eficacia/seguridad con palivizumab.

Una vacuna de tosferina monocomponente administrada en los primeros días tras el nacimiento podría suponer una alternativa para embarazadas que no fueron vacunadas

16/06/2025

McAlister S, van den Biggelaar A, Cooper M et al. Acellular Pertussis Vaccine Given in the Week After Birth Does Not Impair Antibody Responses to Later Childhood Doses. *Pediatr Infect Dis J* published March 5, 2025

https://journals.lww.com/pidj/fulltext/9900/acellular_pertussis_vaccine_given_in_the_week.1242.aspx

En el hipotético caso de que la embarazada no haya podido recibir la vacuna antitosferinosa (Tdap) una vacuna administrada en los primeros días tras el nacimiento podría suponer una alternativa a tener en cuenta. Es por ello que los

autores evalúan si una dosis neonatal puede alterar las respuestas de IgG a las vacunas posteriores administradas como boosters. El estudio es continuación de otro ya publicado en JAMA Pediatrics (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6248137/>) en el que a neonatos menores de cinco días se les administró una vacuna de tosferina monocomponente conteniendo TP, FHA y pertactina o una de hepatitis B para posteriormente ser vacunados con Infanrix hexa a los 2, 4 y 6 meses. En este estudio se les administró Infanrix o Boostrix a los 18 meses y 4 años para medir la IgG específica frente a antígenos de difteria, tétanos y tosferina para determinar la inmunogenicidad y la potencial hiporrespuesta según los esquemas de vacunación. A los 18 meses los niños que recibieron la dosis neonatal de vacuna tuvieron una IgG frente a toxina pertussis más persistente y una IgG aumentada frente a pertactina y frente a FHA. No se detectó una hiporrespuesta inmune a lo largo de todo el periodo de estudio y todos los esquemas mostraron una buena inmunogenicidad tras las dosis boosters. La vacuna DTPa indujo consistentemente mayores títulos de anticuerpos que las vacunas Tdap. Ambas vacunas fueron capaces de mantener inmunogenicidad entre los seis meses y los cuatro años.

**El Hospital Universitario
Marqués de Valdecilla recibe
el sello VaCredita de la
Asociación Española de**

Vacunología

16/06/2025

- **La Unidad de Vacunación de Pacientes de Riesgo, adscrita al Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, en Santander, ha obtenido la acreditación en los niveles Asistencial, Docente e Investigador**
- **La entrega del sello tuvo lugar el pasado 29 de mayo en la ceremonia de los AEV Awards, en la Real Academia Nacional de Medicina de España (RANME)**
- **El sello VaCredita, puesto en marcha por la Asociación Española de Vacunología en 2023, busca contribuir a la mejora de la atención de los pacientes de riesgo en el proceso de vacunación, ofreciéndoles la mejor calidad asistencial posible**

El Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, en Santander, se ha convertido recientemente en el segundo hospital de España que recibe el **sello VaCredita que otorga la Asociación Española de Vacunología (AEV) con el objetivo de garantizar la calidad de las unidades de vacunación. Mediante este sello, la sociedad científica busca contribuir a la mejora de la atención de los pacientes de riesgo en el proceso de vacunación, ofreciéndoles la mejor calidad asistencial posible.**

VaCredita es un modelo de acreditación pionero en España cuya primera convocatoria arrancó a finales de 2023. Nace de la necesidad de que tanto los profesionales dedicados a la Vacunología como las Unidades de Vacunación mantengan **un nivel constante de actualización.**

La Unidad de Vacunación de Pacientes de Riesgo, adscrita al Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Marqués de Valdecilla, ha obtenido la acreditación en los **niveles**

Asistencial, Docente e Investigador, lo que acredita que las actividades de vacunación de este Servicio cumplen con los estándares y criterios de calidad definidos en el modelo VaCredita. “Certifica que nuestras prácticas cumplen con los más altos estándares de calidad y seguridad en la gestión, administración y seguimiento de las vacunas. Además, refuerza nuestra motivación para seguir mejorando”, señalan desde el centro hospitalario.

Cerca de 9.000 consultas al año

Cada año, la Unidad de Vacunación de Pacientes de Riesgo de Valdecilla atiende aproximadamente a 2.500 pacientes nuevos - una cifra que va creciendo en torno a un 7% anual-, lo que significa cerca de **9.000 consultas anuales** entre primeras consultas y posteriores seguimientos, tanto médicas como de enfermería. Para llevar a cabo esta labor, la Unidad cuenta con un equipo multidisciplinar formado por médicos especialistas, personal de enfermería, y personal administrativo, todos ellos con formación específica en vacunología.

El proceso de acreditación ha supuesto una oportunidad de mejora para la Unidad. Desde Valdecilla participaron en el pilotaje del modelo VaCredita, lo que permitió evaluar y adaptar sus procesos a los estándares exigidos tras casi dos años de trabajo.

Un esfuerzo que se ha visto recompensado con la entrega del sello en la ceremonia de los AEV Awards, celebrados en la Real Academia Nacional de Medicina de España el pasado 29 de mayo, una ceremonia a la que asistieron **Henar Rebollo Rodrigo**, jefa del Servicio de Medicina Preventiva; **Jorge Arozamena Pérez**, supervisor de Enfermería; **Paz Rodríguez Cundín**, responsable médico de la Unidad de Vacunación; y **Lucía Quintilla Martínez**, responsable de enfermería de la Unidad de Vacunación, quienes recogieron el sello. “Ha sido un camino exigente pero muy enriquecedor. Hemos aprendido que el trabajo colaborativo y el

compromiso de todos son clave para alcanzar los objetivos”, destaca Henar Rebollo, jefa del Servicio de Medicina Preventiva del HUMV.

“Escuchamos y empatizamos para construir confianza”

Más allá de administrar vacunas, en la Unidad de Vacunación de Pacientes de Riesgo de Valdecilla también trabajan en colaboración con la Dirección General de Salud Pública de Cantabria para combatir las dudas y los miedos que pueden surgir entre los pacientes. “Escuchamos y empatizamos para construir confianza. Nos esforzamos por informar de manera clara y comprensible, asegurando que cada decisión sobre la vacunación sea completamente informada. Este esfuerzo integral nos ha permitido mejorar significativamente las coberturas de vacunación”, afirman.

La Asociación Española de Vacunología y el Foro Español de Pacientes firman un convenio de colaboración

16/06/2025

La Asociación Española de Vacunología (AEV) y el [Foro Español de Pacientes](#) (FEP) han suscrito un convenio de colaboración con el objetivo de informar y formar, dentro del ámbito de la vacunación y la salud pública, de diferentes actividades, así como de elaborar materiales e iniciativas que potencien una mejor inmunización de las personas con enfermedades crónicas.

El convenio, que tiene una duración inicial de dos años, busca coordinar acciones conjuntas y facilitar el desarrollo de actividades de interés común. También promover la información y sensibilización sobre la importancia de la vacunación en personas con enfermedades crónicas, desarrollar programas formativos conjuntos, y colaborar en la revisión de publicaciones o contenidos elaborados por el FEP en materia de vacunación. “Mediante este acuerdo podemos sumar esfuerzos para proteger mejor a las personas con enfermedades crónicas, defender los derechos de los pacientes y mejorar su calidad de vida”, apunta la AEV.

“Este acuerdo representa un paso fundamental para acercar el conocimiento científico a la ciudadanía. El derecho a la salud comienza con el acceso a información veraz, comprensible y basada en evidencia. Junto a Asociación Española de Vacunología, reforzamos nuestro compromiso con los pacientes y con una ciudadanía informada, protegida y empoderada.”

Sobre el Foro Español de Pacientes

El FEP es una organización independiente de ámbito nacional no gubernamental y sin ánimo de lucro. Es un interlocutor y referente nacional e internacional en la defensa de los intereses de los ciudadanos en materia de salud y de los derechos de los pacientes, sus familiares, cuidadores y voluntarios, integrando a más de 80 organizaciones de pacientes, y representando a más de 3.000 asociaciones, siendo así la voz de más de 48 millones de ciudadanos, residentes en España, usuarios del Sistema Nacional de Salud.

La vacunación frente a herpes zóster junto a la terapia antivírica, tras un episodio de zóster, reduce los episodios cardiovasculares

16/06/2025

Xu X, Ray I, Tang E et al. Protective Effects of Recombinant Zoster Vaccine and Antiviral Therapy Against Cardiovascular Disease Following Herpes Zoster Infection. *J Infect Dis* published March 1, 2025

<https://academic.oup.com/jid/advance-article-abstract/doi/10.1093/infdis/jiaf105/8046239?redirectedFrom=fulltext&login=false>

Estudio que evalúa el impacto de la vacuna recombinante frente al herpes zóster en el riesgo de enfermedad cardiovascular tras el padecimiento de una infección por ese virus. Para ello, los autores, diseñan un estudio retrospectivo de cohortes utilizando la base de datos de los Estados Unidos *Optum Labs Data Warehouse*. Participaron adultos de cincuenta o más años con un diagnóstico de zóster entre enero 2018 y marzo 2023 y se categorizaron por haber recibido la vacuna y tratamiento antivírico. Se estimó mediante modelos de Cox multivariantes la asociación de acontecimientos cardiovasculares tras el padecimiento del zóster. Se analizaron 112637 pacientes de los que 5240 recibieron vacuna y tratamiento, 2644 solo la vacuna, 80871 solo la terapia antivírica y 23882 no recibieron ninguno de los dos. La vacuna aislada redujo el riesgo en un 21% (6-33), la terapia antivírica aislada el 22% (16-26) y un 39% (28-47) en los que recibieron vacuna y tratamiento. Los autores concluyen que su estudio subraya la efectividad de la vacuna recombinante frente al herpes zóster junto a la terapia

antivírica a la hora de mitigar el riesgo cardiovascular tras un episodio de herpes zóster. Utilizando ambas medidas se puede aumentar la protección frente a acontecimientos cardiovasculares y frente a mortalidad.

AEV Awards: “En adultos inmunocomprometidos con indicación vacunal, las coberturas siguen siendo insuficientes”

16/06/2025

Abelardo Claudio Fernández Chávez, Tayeb Bennouna Dalero, Marco Antonio Espinel Ruiz, Miriam Roncal Redín y Jesús María Aranaz Andrés, del Hospital Universitario Ramón y Cajal están detrás de IMMUNOCODE-RC, que recibió el premio AEV Awards en la categoría de Buenas Prácticas en Atención Hospitalaria. Se trata de una iniciativa pionera para identificar, categorizar y monitorizar sistemáticamente a pacientes inmunodeprimidos para fomentar la vacunación en este colectivo.

¿Cómo surgió esta estrategia?

A finales de 2024 detectamos que las coberturas vacunales en pacientes tratados con anticuerpos monoclonales eran claramente mejorables frente a las de otros grupos de pacientes inmunocomprometidos. Ese hallazgo activó la inquietud de la Unidad de Vacunas del Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Universitario Ramón y Cajal y, casi de manera espontánea, reunió a profesionales de Farmacia,

Medicina Preventiva, Nefrología y Admisión. Decidimos aprovechar la potencia de nuestros sistemas de información—junto con el registro autonómico de vacunas—para crear un “código de inmunidad” automatizado. Así nació IMMUNOCODE-RC, una herramienta que ya estamos integrando en la práctica asistencial.

¿Cuántos profesionales participan?

El núcleo operativo lo forman los facultativos de la Unidad de Vacunas del Servicio de Medicina Preventiva: el Dr. Jesús María Aranaz Andrés (jefe de servicio), el Dr. Abelardo Fernández Chávez (responsable de la unidad) y el Dr. Tayeb Bennouna Dalero. Con ellos colaboran dos farmacéuticos especialistas, un profesional de informática clínica adscrito a Farmacia y colaboradores de las Unidades de Admisión, Documentación Clínica, Enfermedades Infecciosas y Nefrología. En total, más de 15 personas aportan su conocimiento para que el proyecto avance con paso firme.

¿A qué desafíos se han enfrentado a la hora de extraer y coordinar toda esta información?

El principal reto ha sido la heterogeneidad: bases de datos con estructuras distintas y sin identificadores comunes en los módulos más antiguos. Hemos resuelto esa brecha mediante mapeos cruzados, algoritmos de matching y la incorporación sistemática del CIP-autonómico en los sistemas que aún no lo registraban. Además, diseñamos un código de estratificación clínica que permite agrupar a los pacientes según criterios farmacológicos, clínicos y procedimentales, un paso clave para priorizar intervenciones.

¿Han observado algún patrón o característica común entre los pacientes inmunodeprimidos que no estaban adecuadamente vacunados antes de implementar este sistema?

Sí, predominan pacientes más jóvenes, con escaso contacto con Atención Primaria y, con frecuencia, recién desplazados de

otras Comunidades Autónomas o nacidos fuera de España, lo que dificulta la recuperación de su historia vacunal. Un subgrupo adicional es quienes expresan reticencia o desconfianza hacia las vacunas; para ellos diseñamos un circuito de counselling específico, con la finalidad de eliminar preconceptos erróneos.

Las coberturas de vacunación de los pacientes inmunocomprometidos, ¿son las adecuadas?

Lamentablemente, no. Según distintas fuentes bibliográficas, en adultos con indicación vacunal, las coberturas siguen siendo insuficientes: la vacunación frente a gripe apenas supera el 60 % y la vacunación antineumocócica es todavía menor. Estamos convencidos de que los hospitales debemos asumir un papel más activo para alcanzar los estándares recomendados por las sociedades científicas, especialmente los establecidos para pacientes inmunocomprometidos.

Además de facilitar la vacunación, ¿este sistema de identificación y categorización tiene otros beneficios para el manejo clínico de estos pacientes?

Desde luego. Entre los beneficios podemos encontrar alertas inteligentes en la historia clínica que recomiendan revacunación cuando el paciente inicia tratamiento con fármacos que reducen la respuesta inmune (p. ej. rituximab); priorización de agendas, porque la herramienta asigna niveles de urgencia según la condición clínica y el calendario de vacunación pendiente; e investigación y mejora de la calidad, permitiendo medir de forma robusta el impacto de la intervención en las coberturas y, a medio plazo, la morbimortalidad por infecciones prevenibles.

Aunque el proyecto se está llevando a cabo en estos momentos, ¿qué resultados esperan conseguir?

Nuestro objetivo para diciembre de 2026 es alcanzar coberturas ≥ 80 % de vacunación frente a gripe y neumococo y ≥ 70 % en

herpes zóster, con un tiempo máximo de 30 días desde la identificación del paciente inmunocomprometido hasta el inicio de la vacunación efectiva.

¿Qué indicadores consideran más relevantes para valorar el éxito de IMMUNOCODE-RC?

Nuestros indicadores clave de éxito son cobertura vacunal por patología y por línea asistencial, intervalo identificación-vacunación (mediana y rango), tasa de rechazos y motivos documentados, y hospitalizaciones por infecciones prevenibles, expresadas por 1000 paciente-mes.

¿Creen que este modelo podría replicarse en otros hospitales o sistemas sanitarios?

Sin duda. IMMUNOCODE-RC se ha diseñado con estándares interoperables; cualquier centro que disponga de un HIS y módulo de Farmacia capaces de exportar datos estructurados puede adoptarlo. Aspiramos a que sirva de inspiración incluso a hospitales con plataformas distintas a la nuestra, porque la idea—convertir los datos clínicos en información para la acción preventiva—es universal y urgente.

AEV Awards: “Nuestro modelo ha permitido articular la vacunación de forma eficiente y adaptada a la realidad de

cada centro”

16/06/2025

La iniciativa vacunal de la Unidad Geriátrica Larrard fue reconocida en los AEV Awards con el premio en la categoría de Buenas Prácticas en Atención Primaria. El proyecto, presentado por Anna Carrasco Álvarez, Marta Escriu de Gracia, Marta Aliacar Pujadas, Sara Rodríguez Navarro, y Maria Assumpció Costa Zaldivar, consiste en una estrategia de vacunación para gripe, Covid, herpes zóster y neumococo en las residencias de mayores de su zona de influencia, con alrededor de un millar de pacientes.

¿Qué supone recibir este premio AEV Award?

Es un honor haber recibido un premio con reconocimiento nacional. Estamos muy contentas de que se dé visibilidad a la importancia de la prevención de enfermedades gracias a la vacunación de la sociedad, especialmente en el ámbito del paciente institucionalizado. Así como al reconocimiento a la toma de conciencia de las buenas prácticas en atención primaria.

¿Qué necesidades detectaron en las residencias que llevaron a crear esta iniciativa vacunal? ¿Fue a raíz de la pandemia o ya se contemplaba anteriormente?

Los residentes a los que atendemos, en su mayoría, son personas dependientes con múltiples patologías crónicas y necesidades sanitarias complejas. Este hecho puso de manifiesto la necesidad de ofrecer una atención más específica, estructurada y continuada. En el contexto de vacunación, que es el tema que nos ocupa, detectamos que fuera de las campañas masivas estacionales como la gripe-covid, el hecho de no tener un referente de salud para toda la residencia, impactaba en las coberturas de vacunación frente a patologías relevantes como el herpes zóster o el neumococo. La

existencia de nuestro modelo de unidad geriátrica ha permitido articular este proceso de forma eficiente, adaptada a la realidad de cada centro.

¿Cuántos profesionales intervienen en esta iniciativa? ¿De qué áreas?

En esta iniciativa intervienen, por parte de la atención primaria, nuestro equipo: compuesto por 3 enfermeras, 2 médicos de familia y una administrativa. Cabe decir que en campaña vacunal estacional también contamos con alguna enfermera de refuerzo de nuestro centro para los días con más volumen de vacunación.

En las residencias se observa una gran variabilidad, desde residencias pequeñas o comunidades de religiosas donde no tienen personal asistencial, hasta residencias con 2 o más enfermeras y médicos. Es por esto que la iniciativa se debe ajustar de forma individualizada con cada residencia según los profesionales que intervienen.

¿Qué aceptación ha tenido este proyecto entre los residentes?

La aceptación del proyecto ha sido muy positiva, tanto por parte de los residentes como de sus familias y del personal de las residencias. Siempre hemos percibido una actitud colaborativa que ha facilitado la implementación de la estrategia vacunal. En el caso de los residentes y familiares, muchos de ellos han valorado muy positivamente el hecho de poder acceder a las vacunas sin necesidad de desplazamientos ni trámites complejos, especialmente en personas con movilidad reducida o fragilidad clínica.

¿Se han encontrado con alguna dificultad a la hora de implantarlo o llevado a cabo?

Tras varios años de colaboración hemos establecido una relación más fluida con las instituciones, pero al principio nos encontramos con ciertas dificultades, sobre todo por la

gran diversidad de las residencias que atendemos desde la Unidad Geriátrica del CAP Larrard. Como hemos comentado anteriormente, cada residencia tiene sus particularidades, lo que nos obligó a adaptar la estrategia vacunal a cada caso. Esta variabilidad complicaba la organización, especialmente en lo referente a la coordinación de fechas, obtención de consentimientos y seguimiento postvacunal. Así mismo algunos centros tienen una alta rotación de personal que dificulta la coordinación de la estrategia.

El papel de nuestra administrativa en la Unidad ha sido clave, ya que ha sido quien ha centralizado la información para garantizar una correcta planificación entre el centro de salud y el residencial. Ahora la organización es mucho más ágil y eficaz, lo que nos permite aplicar la estrategia con mayor facilidad y mejores resultados.

Los resultados muestran que, desde su puesta en marcha, han aumentado las coberturas de vacunación en el área de influenza de la Unidad Geriátrica Larrard. ¿Están satisfechas con los resultados?

Sí. Desde la implementación de esta estrategia hemos observado un aumento claro en las coberturas vacunales, lo cual refleja el impacto positivo del trabajo estructurado, centrado en la persona y coordinado con las residencias. No obstante, somos conscientes de que aún queda margen de mejora.

¿Qué impacto concreto han observado en la salud de los residentes desde la implantación de este programa? ¿Han notado una reducción en hospitalizaciones o complicaciones por estas enfermedades?

La verdad es que el principal impacto estudiado ha sido el aumento de las coberturas en la vacunación del adulto, y no ha sido hasta ahora que nos hemos planteado hacer una mirada más allá de este dato. Como principal dificultad es que de forma inmediata solo tenemos datos sobre la población

institucionalizada asignada a nuestro centro de salud, y nos haría falta de la colaboración de otras entidades como la Agencia de Salud Pública de Barcelona o del Departamento para poder compararnos con otros centros y no solo con nosotros mismos.

Este modelo, ¿sería extrapolable a otros CAPs?

Creemos que sí. Es más, en los otros centros de AP pertenecientes a nuestra empresa, los cuales han creado la unidad geriátrica con posterioridad a la nuestra, han aplicado este modelo con buenos resultados.