

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

06/06/2025

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.