

TABLA 1

	Cobertura vacunación pre-intervención (IC 95%)	Cobertura vacunación post-intervención (IC 95%)	Variación cobertura %	p
Nacidos 2018	59,72% (57,65-61,75%)	70,39% (68,45%-72,27%)	10,67%	<0,001
Nacidos 2019	51,51% (49,38%-53,63%)	63,51% (61,44%-65,53%)	12%	<0,001
Nacidos 2020	46,63% (44,45%-48,82%)	62,71% (60,57%-64,80%)	16,08%	<0,001

generación de origen marroquí nacidos entre 2018-2020, sobre las coberturas de vacunación.

Métodos

Se establece una doble intervención. El 20 de mayo: se realiza videoconferencia promovida por el Programa Regional de Vacunaciones con los centros de salud en la que se recuerda la vacunación en el grupo de riesgo a estudio. Se expone el problema detectado por la baja vacunación en los 3 últimos años. Se entregan los listados con la población a vacunar en cada centro. Trece de junio: envío de SMS a las familias del grupo a estudio, adjuntando enlace a díptico explicativo en árabe. Se evalúa la cobertura de vacunación 4 semanas tras la última intervención.

Resultados

En la tabla 1 se refleja el aumento de cobertura de cada una de las cohortes a las 4 semanas de la intervención, siendo estadísticamente significativo.

Conclusiones

La doble intervención realizada, valorada tras solo 4 semanas desde su completa instauración, muestra un impacto significativo, aumentando las coberturas de vacunación entre un 10 y 16% en los grupos de edad a estudio.

Palabras clave: Vacuna, Hepatitis A, Marroquíes

doi:10.1016/j.vacun.2022.09.021

21. IE-7923. Efecto de la vacuna conjugada neumocócica 13-valente en la colonización simultánea de *Streptococcus pneumoniae* - *Staphylococcus aureus*

M. Domenech Lucas^{a,b}, J. Sempere García^{b,c}, C. Pérez García^{b,c}, D. Lago Espartero^{b,c}, S. Ruiz^b, J. Yuste^{b,c}

^aDepartamento de Genética, Fisiología y Microbiología, Universidad Complutense de Madrid, España

^bCIBER de Enfermedades Respiratorias, Madrid, España

^cLaboratorio de Referencia de Neumococos, Instituto de Salud Carlos III, Majadahonda, Madrid, España

Objetivos

El estado de biofilm está asociado a la colonización de la nasofaringe y a infecciones crónicas. En este trabajo se estudió la evasión del sistema inmune por parte de biofilms individuales de

Staphylococcus aureus y biofilms mixtos formados por *Streptococcus pneumoniae* (*S. pneumoniae*) y *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*) en presencia de sueros pre- y posvacunales de individuos vacunados con VCN13.

Métodos

Se realizaron biofilms individuales de *S. aureus* sensibles (SASM) y resistentes a metilina (SARM) y mixtos de *S. pneumoniae* serotipo 19A y SASM o SARM. Las bacterias integrantes del biofilm se pusieron en contacto con sueros preinmunes e inmunes de los adultos sanos vacunados con VCN13. Se analizó la opsonofagocitosis de los biofilms utilizando células HL60 diferenciadas a neutrófilos y determinando la muerte bacteriana inducida por los anticuerpos vacunales.

Resultados

Los sueros de los pacientes vacunados con VCN13 no tuvieron ningún efecto a nivel de reducción de la población del biofilm mono-específico de *S. aureus* independientemente de la resistencia a metilina. Estos mismos sueros tampoco tuvieron efecto frente a la población de *S. aureus* en el biofilm mixto con *S. pneumoniae*. Sin embargo, la exposición a los sueros de individuos vacunados con VCN13 sí que mostraron efecto bactericida a nivel de activación de la opsonofagocitosis frente a la población de *S. pneumoniae* de serotipo 19A integrante del biofilm mixto.

Conclusiones

A pesar de la literatura previa que indicaba que las vacunas conjugadas neumocócicas afectaban a la colonización por *S. aureus*, no se observó ningún impacto de los sueros de individuos vacunados con la VCN13 en la población de *S. aureus* tanto en biofilms mono-específicos como en biofilms mixtos con *S. pneumoniae*. Los anticuerpos generados tras la vacunación con VCN13 reducen el biofilm de neumococo, por lo que es una estrategia beneficiosa para reducir el estado de portador de neumococo.

Palabras clave: Biofilms, VCN13, *Staphylococcus aureus*

doi:10.1016/j.vacun.2022.09.022

22. IE-7925. Contribución de las vacunas antineumocócicas y la pandemia por SARS-CoV-2 en la evolución epidemiológica de la enfermedad neumocócica invasiva en España

S. de Miguel^{a,b}, J. Sempere^{b,c}, S. Hita^{b,c}, J. Llorente^{d,e}, M. Domenech^{b,f}, J. Yuste^{b,c}

^aMedicina Preventiva, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

^bCIBER de Enfermedades Respiratorias, Madrid, España

^cLaboratorio de Referencia de Neumococos, Instituto de Salud Carlos III, Majadahonda, Madrid, España

^dServicio de Medicina Interna, Hospital Valle del Nalón, Asturias, España

^eUniversidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid, España

^fDepartamento de Genética, Fisiología y Microbiología, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

Introducción y objetivos

Se evaluó la distribución de serotipos de la enfermedad neumocócica invasiva (ENI) por grupos de edad en España, así como el impacto de las vacunas antineumocócicas y el SARS-CoV-2.

Métodos

Estudio descriptivo que incluye 4.297 aislados clínicos de neumococo procedentes de niños y adultos con diagnóstico de ENI y durante el periodo 2019-2022.

Resultados

Se observó una disminución del 58% de los casos de ENI para todas las edades durante el primer año de pandemia por SARS-CoV-2 (2.435 casos en 2019 frente a 1.031 casos en 2020) con una reducción del 22% en 2021 (801 casos) frente a 2020. En los niños, la reducción fue del 53% en 2020 (239 casos en 2019 vs. 112 casos en 2020) con un aumento del 18% en 2021. El serotipo más frecuente en los 3 años fue el 24F. En adultos de 18-64 años y ≥ 65 años se observó una marcada reducción de casos de ENI durante el 2020 en comparación con 2019 (55% para 18-64 años y 61% para ≥ 65 años). Sin embargo, durante el año 2021, la disminución de ENI fue mucho más atenuada en comparación al 2020 ($< 28\%$ en ambos grupos de edad) y en lo que llevamos de 2022 han aumentado los casos con respecto al mismo periodo de 2021. En los adultos, el serotipo más frecuente fue el 8 seguido por el 3, representando entre los 2 hasta el 37% de todos los casos de ENI durante 2019-2021.

Conclusiones

La aparición del SARS-CoV-2 en España se asocia a una disminución de los casos de ENI con una recuperación parcial en los niños en el 2021 y en el 2022 tanto en la población pediátrica como adulta. Las nuevas vacunas conjugadas de 15 y 20 serotipos, incrementarán la fracción de la enfermedad prevenible por la vacunación frente a los serotipos circulantes.

Palabras clave: *Streptococcus pneumoniae*, SARS-CoV-2, Enfermedad neumocócica invasiva

doi:10.1016/j.vacun.2022.09.023

23.

IE-7928. Implementación del protocolo de vacunación frente a herpes zóster en los pacientes con condiciones de riesgo

S. Sánchez Manresa^a, C.L. Villalba Gómez^a, M.C. Valcárcel Gómez^a, M. C. Gómez Moreno^a, M. Zornoza Moreno^a, J.J. Pérez Martín^b

^aServicio de Prevención y Protección de la Salud, Consejería de Salud, Murcia, España

^bSubdirección General de Prevención, Promoción de la Salud y Adicciones, Consejería de Salud, Murcia, España

Introducción y objetivos

La Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones elaboró en marzo de 2021 el documento para la vacunación frente a herpes zóster (HZ) y se autorizó por la Comisión de Salud Pública el 25 de dicho mes. En nuestra comunidad autónoma, este nuevo protocolo se pone en marcha a partir de febrero de 2022, cuando se elaboran los primeros informes en los que se recomienda la pauta vacunal con Shingrix®, que es la vacuna utilizada para estos casos. El objetivo principal es describir cómo se ha puesto en marcha este protocolo con el fin de reducir la incidencia de HZ en las personas con enfermedades de riesgo, así como protegerlas frente a las complicaciones derivadas de dicha infección.

Métodos

Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo de cómo se pone en marcha la vacunación de las personas con un riesgo aumentado de padecer HZ desde que se comienzan con todas las actividades de difusión del protocolo elaborado para ello, elaboración de material informativo, creación de circuitos de derivación de los pacientes y, finalmente, la administración de la vacuna Shingrix® a los pacientes.

Resultados

Nuestra población diana era de 9.334 personas y, gracias a la implementación de este nuevo protocolo, se ha conseguido vacunar a 360 personas en un plazo de 4,5 meses, lo que supone un 3,85% de la población diana. En la tabla 1 se reflejan cada uno de los vacunados por grupos de riesgo. En la tabla 2 se contemplan los porcentajes de vacunación en los grupos de riesgo sobre la población diana.

Conclusiones

Gracias a la implementación del protocolo de vacunación frente a HZ, se está consiguiendo captar a la población de riesgo candidata a recibir la vacuna Shingrix®, evitando así el padecimiento de esta enfermedad y sus posibles complicaciones.

Palabras clave: Vacuna, Herpes zóster, Grupos de riesgo

doi:10.1016/j.vacun.2022.09.024

Tabla 1. Vacunados con Shingrix® en grupos de riesgo.

Etiquetas de fila	FRECUENCIA	%
Infección por VIH	51	14,16 %
Hemopatías malignas	37	10,27%
Neoplasia	23	6,38%
TOS	145	40,27%
TPH	54	15,00%
Tratamiento inmunosupresor	50	13,88%
Total general	360	