



Asociación Española de Vacunología

XIII Congreso de la Asociación Española de Vacunología. Vigo
14-17 oct 2026

2 COMUNICACIONES PRESENTADAS

Estimación del impacto clínico de la inmunización universal con nirsevimab en la carga del virus respiratorio sincitial en España: Actualización con evidencia en vida real de un modelo previamente publicado

Análisis coste-efectividad de la vacunación antigripal con la vacuna viva atenuada en niños de 2 a 11 años en Cataluña



Estimación del impacto clínico de la inmunización universal con nirsevimab en la carga del virus respiratorio sincitial en España: Actualización con evidencia en vida real de un modelo previamente publicado

Mónica López-Lacort ¹, Leticia Platero Alonso ², Sandra González de Riancho ³, Paula Castro Albarrán ⁴, Alberto de la Cuadra-Grande ⁴, Federico Martinon Torres ⁵

¹ Área de Investigación en Vacunas, Hospital General de Valencia, Valencia, España; ² Departamento Médico de Vacunas de Sanofi, Madrid, España; ³ Health Economics & Value Assessment (HEVA), Sanofi, Barcelona, España; ⁴ Pharmacoeconomics & Outcomes Research Iberia (PCORI), 20224 Puente de Alarcón, Madrid, España; ⁵ Hospital Clínico Universitario de Santiago, Galicia, España.

OBJETIVOS

Evaluar el impacto de la inmunización con nirsevimab (universal) vs. palivizumab (población de riesgo) sobre la carga clínica del VRS en lactantes mediante un modelo validado ^{1,2}, actualizando parámetros procedentes de ensayos clínicos (EC) con datos de vida real (RWD).

MÉTODO

Se actualizó un modelo de decisión determinístico publicado previamente ^{1,2}, con RWD seleccionados en una reunión de consenso multidisciplinar.

- Número (322.683) y distribución de nacimientos a 2024:

Line	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Nacimientos*	3,03%	3,03%	3,03%	3,03%	3,03%	3,03%	3,03%	3,03%	3,03%	3,03%	3,03%
Infantes de riesgo*	30,0%	30,0%	30,0%	30,0%	30,0%	30,0%	30,0%	30,0%	30,0%	30,0%	30,0%

- Efectividad de nirsevimab (efecto durante 6 meses) ³:

81,6% Infecciones con ingreso + 75,8% Infecciones ambulatorias +

Se consideró la efectividad de la vacunación por sistema de riesgo (1,0% de la cobertura) ⁴

- Cobertura de inmunización ^{1,1,5}:

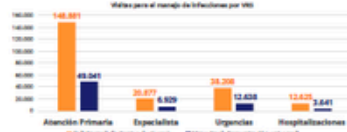
90% en lactantes pretermo y 92,5% en lactantes a término

- Visitas para el manejo de la infección por VRS (porcentaje por edad) ^{1,6,7}:

	Atención primaria	Especialista	Urgencias	Hospitalización
Frecuencia de consumo	92,9 - 100%	5,6 - 18,2%	92,9 - 100%	97,2 - 100%
Visitas por lactante-año	7,5 - 9,8	1,8 - 2,0	2,0 - 2,7	1,1 - 1,4

RESULTADOS

- En una cohorte de 322.683 lactantes, comparado con palivizumab, nirsevimab evitaría 99.839 visitas atención primaria, 13.948 al especialista, 25.570 a urgencias y 8.964 hospitalizaciones.



- El modelo parametrizado con efectividad (RWD) produjo resultados consistentes con la parametrización de eficacia (EC): -104.713 visitas a atención primaria, -14.628 a especialistas, -26.818 a urgencias y -9.161 hospitalizaciones.

- Considerando RWD alternativos de reducción de infecciones ambulatorias del 48,1% ^{1,8} y 79,7% ^{1,9}, los resultados también se alinearon con el caso base.

CONCLUSIÓN

- La inmunización universal con nirsevimab, en comparación con palivizumab únicamente en lactantes de riesgo, podría evitar alrededor de 9.000 hospitalizaciones y 140.000 consultas anuales en España.
- Los resultados fueron robustos con independencia de la fuente de eficacia (EC) o efectividad (RWD), lo que sugiere cierta consistencia en los resultados de nirsevimab tanto en práctica clínica como en condiciones controladas, reforzando su valor como estrategia preventiva clave en salud pública.

Referencias: 1. López-Lacort M, et al. *Vaccine* 2022;40(15):2155-2165. 2. López-Lacort M, et al. *Vaccine* 2022;40(15):2155-2165. 3. López-Lacort M, et al. *Vaccine* 2022;40(15):2155-2165. 4. López-Lacort M, et al. *Vaccine* 2022;40(15):2155-2165. 5. López-Lacort M, et al. *Vaccine* 2022;40(15):2155-2165. 6. López-Lacort M, et al. *Vaccine* 2022;40(15):2155-2165. 7. López-Lacort M, et al. *Vaccine* 2022;40(15):2155-2165. 8. López-Lacort M, et al. *Vaccine* 2022;40(15):2155-2165. 9. López-Lacort M, et al. *Vaccine* 2022;40(15):2155-2165.



ANÁLISIS COSTE-EFECTIVIDAD DE LA VACUNACIÓN ANTIGRI PAL CON LA VACUNA VIVA ATENUADA EN NIÑOS DE 2 A 11 AÑOS EN CATALUÑA

Antoni Soriano-Arandes^{1,2,3}, Clara Prats⁴, Andrés Antón Pagarola^{5,6}, Mireya Robles-Piñaz⁷, Sofia de Pedro⁸, Itxar Oyagüez⁹, Margarita Capel⁹, Ana Rubin⁹, Guillermo Sánchez⁹

¹ Centro de Salud Integral del Baix Gironès, Girona, España; ² Unidad de Medicina Preventiva de Girona, Girona, España; ³ Unidad de Medicina Preventiva de Girona, Girona, España; ⁴ Unidad de Medicina Preventiva de Girona, Girona, España; ⁵ Unidad de Medicina Preventiva de Girona, Girona, España; ⁶ Unidad de Medicina Preventiva de Girona, Girona, España; ⁷ Unidad de Medicina Preventiva de Girona, Girona, España; ⁸ Unidad de Medicina Preventiva de Girona, Girona, España; ⁹ Unidad de Medicina Preventiva de Girona, Girona, España.

CO104

Objetivo

- La gripe constituye un importante problema de salud pública a nivel mundial por su elevada transmisibilidad, morbilidad e impacto económico^{1,2}. En particular, los niños en edad escolar desempeñan un papel clave en su epidemiología debido a sus elevadas tasas de infección y transmisión.
- En Cataluña, se recomienda la vacunación antigripal universal en niños sanos de 6 meses a 4 años (y de 6 meses a 18 años con factores de riesgo), disponiendo de la vacuna inactivada intramuscular a partir de los 6 meses y de la vacuna viva atenuada intranasal a partir de los 2 años³.
- El objetivo de este estudio es analizar el impacto en salud pública y el coste-efectividad de una estrategia ampliada de vacunación con la vacuna viva atenuada intranasal en Cataluña en niños sanos de 5-11 años, frente a la estrategia actual.

Métodos

- Se comparó la estrategia actual de vacunación (27% de cobertura en niños de 2-4 años) con una estrategia ampliada que incorpora la vacunación de niños de 5-11 años (con una cobertura del 27%) y que, en línea con la evolución interanual observada, también asume un aumento de la cobertura en niños de 2-4 años hasta el 50%.
- Se empleó un modelo dinámico de transmisión, integrado en un modelo analítico de decisión (Figura 1).
- La circulación de la gripe (A/H1N1, A/H3N2 y B) se modeló para una temporada promedio estimada a partir de los diagnósticos clínicos de atención primaria⁴ y las confirmaciones microbiológicas de casos por cepa del Hospital Universitario Vall d'Hebron de las temporadas 2022-2023, 2023-2024 y 2024-2025.
- Se analizó la perspectiva del Sistema Público de Salud (SPS) y la social en un horizonte temporal de una temporada de gripe y una campaña de vacunación de 12 semanas⁵.
- La efectividad de la vacuna se incorporó como una reducción del riesgo de infección dependiente de la edad, el tipo de vacuna y la cepa circulante⁶.
- El número de consultas médicas e ingresos en planta y UCI, la mortalidad, la pérdida de productividad y la calidad de vida se obtuvieron de la literatura^{7,8,9,10,11}. Los costes se estimaron a partir de tarifas regionales y, ante la ausencia, de fuentes nacionales, expresados en euros de 2023^{12,13}. La estructura del modelo, los datos empleados y sus fuentes fueron validados y aprobados por un grupo multidisciplinar de expertos locales.
- Se realizaron análisis de sensibilidad probabilísticos y determinísticos para evaluar la robustez del análisis.

Resultados

- En Cataluña (n=8.115.895 habitantes¹⁴), la expansión de la vacunación con la vacuna viva atenuada intranasal redujo la carga de la gripe, de forma directa e indirecta, previniendo 140.083 infecciones, 38.276 visitas ambulatorias, 448 ingresos en planta, 45 en UCI y 16 muertes, tras la vacunación adicional de 165.895 niños (Tabla 1).
- Frente a la estrategia actual, la vacunación de niños de 5-11 años con la vacuna viva atenuada intranasal generó un ahorro de 3.831.640 € y evitó la pérdida de 842 AVAC desde la perspectiva del SPS (Tabla 2).
- Desde la perspectiva social, esta estrategia también fue más efectiva y presentó un menor coste (Tabla 2).

Estrategia de vacunación actual				Estrategia de vacunación ampliada				Diferencia (E. ampliada - E. actual)			
Parámetro	Actual	Ampliada	Total	Parámetro	Actual	Ampliada	Total	Parámetro	Actual	Ampliada	Total
Infecciones	87.038	1.08.408	1.05.910	238.788	1.08.408	1.05.910	238.788	238.788	87.038	1.08.408	1.05.910
Visitas ambulatorias	21.038	26.038	25.038	64.038	26.038	25.038	64.038	64.038	21.038	26.038	25.038
Ingresos en planta	5.038	5.038	5.038	15.038	5.038	5.038	15.038	15.038	5.038	5.038	5.038
Ingresos en UCI	1.038	1.038	1.038	3.038	1.038	1.038	3.038	3.038	1.038	1.038	1.038
Costes (€)	1.038.038	1.038.038	1.038.038	3.831.640	1.038.038	1.038.038	3.831.640	3.831.640	1.038.038	1.038.038	1.038.038

Conclusiones

Ampliar la cobertura de vacunación con la vacuna viva atenuada intranasal a la población pediátrica de 5-11 años en Cataluña podría reducir sustancialmente la transmisión y la carga de la gripe, evitando las consultas externas y las hospitalizaciones, generando ahorros para el sistema sanitario y la sociedad. Estos resultados respaldan la ampliación de los programas de vacunación antigripal pediátrica como una intervención eficiente y de elevado valor para la salud pública.

Referencias: 1. Soriano-Arandes A, et al. *Vaccine* 2023;41(15):2155-2165. 2. Soriano-Arandes A, et al. *Vaccine* 2023;41(15):2155-2165. 3. Soriano-Arandes A, et al. *Vaccine* 2023;41(15):2155-2165. 4. Soriano-Arandes A, et al. *Vaccine* 2023;41(15):2155-2165. 5. Soriano-Arandes A, et al. *Vaccine* 2023;41(15):2155-2165. 6. Soriano-Arandes A, et al. *Vaccine* 2023;41(15):2155-2165. 7. Soriano-Arandes A, et al. *Vaccine* 2023;41(15):2155-2165. 8. Soriano-Arandes A, et al. *Vaccine* 2023;41(15):2155-2165. 9. Soriano-Arandes A, et al. *Vaccine* 2023;41(15):2155-2165. 10. Soriano-Arandes A, et al. *Vaccine* 2023;41(15):2155-2165. 11. Soriano-Arandes A, et al. *Vaccine* 2023;41(15):2155-2165. 12. Soriano-Arandes A, et al. *Vaccine* 2023;41(15):2155-2165. 13. Soriano-Arandes A, et al. *Vaccine* 2023;41(15):2155-2165. 14. Soriano-Arandes A, et al. *Vaccine* 2023;41(15):2155-2165.