

y 24 h. La causa fue la temperatura aumentada en un 83,94%. Se afectaron 74.002 dosis y se inutilizaron 15.001 con un coste de 260.228 €. La vacuna frente a COVID-19 presenta el mayor número de dosis afectadas con un total de 34.702 dosis. El ahorro por la aplicación del protocolo ha sido de 1.049.830 €.

Conclusiones

Las incidencias de la cadena de frío se producen mayoritariamente en centros de salud/consultorios urbanos y son debidas a errores humanos «olvido de dosis fuera de la nevera», como no humanos, «corte del suministro eléctrico». La mayoría por un aumento en la temperatura. Las vacunas de COVID-19 han sido las más afectadas.

Palabras clave: Incidencias, Cadena de frío, Vacunas

doi:[10.1016/j.vacun.2022.09.040](https://doi.org/10.1016/j.vacun.2022.09.040)

40.

IR-7328. Evolución de los rechazos a la vacunación antigripal durante las 5 últimas temporadas

M.V. Segura García, I. Notivoli Marín, M. Escrig Collado, A. Ten Gil, E. Pastor Villalba, J.A. Lluch Rodrigo

Dirección General de Salud Pública y Adicciones, Conselleria de Sanitat Universal i Salut pública, Valencia, España

Introducción y objetivos

La vacunación antigripal está dirigida a población de riesgo establecida anualmente por la Comisión de Salud Pública. El Sistema de Información Vacunal permite recoger los rechazos que se presenten a esta vacunación. El objetivo del trabajo es conocer la evolución de los rechazos, sus motivos y el perfil de las personas que rechazan la vacuna antigripal en las 5 temporadas analizadas.

Métodos

Análisis descriptivo de la evolución de los rechazos de la vacuna antigripal durante las 5 últimas temporadas por grupos de edad, sexo y motivo, así como las tasas de rechazo por departamento.

Resultados

Se declararon 12.960, 14.249, 16.916, 14.396, 27.423, 34.379 rechazos en las temporadas 2016-17 a 2021-22 respectivamente, con tasas entre el 1,84% (2016) y 3,07% (2021) según dosis declaradas. El porcentaje mayor de rechazos por grupo de edad se produjo en menores de un año, con una clara tendencia a disminuir (tasas del 12,3% en 2016 al 5,8% en 2021), seguido de los mayores de 64 años (de 2,06 en 2016 a 3,07 en 2021), con un incremento de rechazos en la última temporada. El 61,8% fueron mujeres con un rango en las tasas del 2,1 al 3,3%. Los motivos registrados, fueron: «rechazo de la campaña en curso» (del 75,1 al 84,6%); «otros» (del 7,9 al 16,5%); «contrarios vacunación» (del 6,3 al 10,1%); «alérgicos» (0,2 a 0,3%); «religiosos» (0,03 a 0,05%). La tasa de rechazos por departamentos en el último año osciló entre el 0,03% y el 0,28%.

Conclusiones

La tasa de rechazo es baja. El perfil de los rechazos corresponde a mujeres mayores de 65 años. El motivo más frecuente es rechazo solo para la temporada. Se debería mejorar la información sanitaria a favor de la vacunación antigripal.

Palabras clave: Rechazos, Motivos, Gripe

doi:[10.1016/j.vacun.2022.09.041](https://doi.org/10.1016/j.vacun.2022.09.041)

41.

IR-7641. Cobertura vacunal antineumocócica en pacientes mayores de 65 años hospitalizados por la enfermedad de SARS-CoV-2

M.T. Herrero Díez, M.M. Guerra Hernández, V. Fernández Espinilla, M.C. Viña Simón, C. Hernán García, J.J. Castrodeza Sanz

Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

Introducción

El neumococo es el principal responsable de neumonía comunitaria y de enfermedad neumocócica invasiva en el adulto. El objetivo del estudio es evaluar el estado de vacunación antineumocócica en los hospitalizados por la enfermedad de SARS-CoV-2 mayores de 65 años previo y posterior al ingreso tras una infección respiratoria grave.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo observacional retrospectivo. Se incluyeron los pacientes hospitalizados por enfermedad SARS-CoV-2 mayores de 65 años con pauta de primovacuna completa contra COVID-19 durante el primer trimestre de 2022 en un hospital de tercer nivel. Se analizó la cobertura vacunal antineumocócica en situación pre- y postingreso, sin intervenciones de mejora aplicadas.

Resultados

Se analizaron 123 pacientes siendo 56,9% hombres y la media de edad 83,41 años (rango 66-100). Se notificaron 34 fallecimientos durante el ingreso y el primer mes de postingreso. La cobertura vacunal antineumocócica secuencial completa previa al ingreso fue del 23,6%, n = 29 (antineumocócica 13-valente 27,6%, n = 34 y antineumocócica 23-valente 73,2%, n = 90). No se encontró mejora en las pautas de inmunización tras un periodo mínimo de 3 meses posterior al ingreso.

Conclusiones

Este estudio muestra tasas bajas de inmunización completa contra neumococo en mayores de 65 años. No se observó un incremento en la cobertura vacunal antineumocócica en este subgrupo, a pesar de haber padecido una infección respiratoria grave. Sería recomendable implementar estrategias vacunales de forma oportunista e individualizada en estos pacientes, a través de una coordinación entre diferentes niveles asistenciales.

Palabras clave: Cobertura de vacunación, Vacunas antineumocócicas, Adultos

doi:[10.1016/j.vacun.2022.09.042](https://doi.org/10.1016/j.vacun.2022.09.042)

42.

IR-7883. Inmunogenicidad de una vacuna de proteína recombinante contra el SARS-CoV-2 (PHH-1V) como primovacuna en adultos sanos en Vietnam

C. Borralleras Fumaña, C. Garriga Alsina, L. Ferrer Soler, E. Torroella Busquets

HIPRA, Amer

Introducción

La vacuna PHH-1V es una vacuna de proteína recombinante basada en las variantes alfa y beta del virus SARS-CoV-2. Se ha puesto en marcha un estudio diseñado para evaluar la eficacia y la seguridad de PHH-1V en la vacunación primaria en una población asiática.

Presentamos los resultados de un análisis de no-inferioridad de la vacuna PHH-1V en relación a una vacuna de mRNA en términos de inmunogenicidad.

Métodos

En este ensayo clínico (NCT05142514) de fase IIb, aleatorizado (1:1), controlado y observador-ciego llevado a cabo en Vietnam en 256 voluntarios adultos sanos (18-60 años), no vacunados previamente contra la COVID-19 y sin previa infección de SARS-CoV-2, se administraron 2 dosis de la vacuna PHH-1V o de la vacuna de Pfizer-BioNTech (BNT162b2) con un intervalo de 21 días. La inmunogenicidad en términos de anticuerpos neutralizantes se evaluó el día 14 después de la segunda dosis mediante un ensayo de neutralización basado en pseudoviriones (PBNA) para las variantes beta, delta y ómicron (BA.1) del SARS-CoV-2 y se realizó un análisis de no-inferioridad.

Resultados

Ambas vacunas, PHH1-V y BNT162b2, dieron lugar a un aumento en el título de anticuerpos neutralizantes para todas las variantes estudiadas. Los ratios de los títulos de anticuerpos neutralizantes de la vacuna BNT162b2 respecto a PHH-1V tras 14 días después de la segunda dosis demuestran superioridad de la vacuna PHH-1V para la variante beta (ratio GMT 0,378; IC95% 0,286-0,500) y no-inferioridad para la variante ómicron (ratio GMT: 1,057; IC95% 0,807-1,384). Para la variante delta no se han obtenido resultados concluyentes por falta de poder estadístico.

Conclusiones

Estos resultados demuestran que en voluntarios no previamente vacunados contra la COVID-19 la vacuna PHH-1V da lugar a una potente respuesta inmunitaria protectora ante variantes de preocupación de SARS-CoV-2.

Palabras clave: Proteína recombinante, Vacuna COVID-19, Inmunogenicidad

doi:10.1016/j.vacun.2022.09.043

43.

IR-7885. Seguridad de una vacuna de proteína recombinante basada en un heterodímero de fusión del dominio de unión al receptor del SARS-CoV-2 (PHH-1V) como primovacunación en adultos sanos en Vietnam

S. de Cambra Florensa, C. Garriga Alsina, L. Ferrer Soler, E. Torroella Busquets

HIPRA, Amer.

Introducción

PHH-1V es una vacuna de proteína recombinante basada en el dominio de unión al receptor de 2 variantes del virus SARS-CoV-2 (alfa y beta), formando un heterodímero de fusión. Dada la alta cobertura vacunal en el momento de iniciar el desarrollo clínico de la vacuna, los estudios clínicos fase IIb y III en Europa se realizaron aplicando PHH-1V como refuerzo heterólogo en los individuos previamente vacunados. Paralelamente, se puso en marcha un estudio diseñado para obtener datos de eficacia y seguridad de PHH-1V en la vacunación primaria en población asiática.

Métodos

En este ensayo clínico (NCT05142514) de fase IIb, aleatorizado, controlado y observador-ciego llevado a cabo en Vietnam, 256 voluntarios adultos sanos (18-60 años) no vacunados previamente

contra la COVID-19 y sin previa infección de SARS-CoV-2 se asignaron aleatoriamente (1:1) a un grupo en el que se administraron 2 dosis de la vacuna PHH-1V o a un grupo control en el que se administraron 2 dosis de la vacuna de mRNA de Pfizer-BioNTech (BNT162b2). En ambos grupos, el intervalo entre dosis fue de 21 días.

Resultados

Los datos de seguridad obtenidos 14 días después de la segunda dosis se han analizado y discutido, respetando el ciego todavía vigente. La reacción local más frecuentemente reportada fue dolor en el lugar de la inyección y las reacciones sistémicas más comunes fueron dolor de cabeza, fatiga y mialgia. La mayoría de los eventos adversos solicitados se clasificaron como leves o moderados. Se reportaron 3 eventos adversos graves no relacionados con el tratamiento. No hubo muertes ni se registraron casos de anafilaxia.

Conclusiones

Estos resultados demuestran que ambas vacunas tienen un buen perfil de seguridad y tolerabilidad, cuando se administran como primovacunación con una pauta de 2 dosis con un intervalo de 21 días en adultos sanos.

Palabras clave: Proteína recombinante, Infección SARS-CoV-2, Vacuna COVID-19

doi:10.1016/j.vacun.2022.09.044

44.

IR-7922. Comparación de 2 brotes de COVID-19 acaecidos antes y después de la vacunación de usuarios y trabajadores de una residencia geriátrica

G. Parisé Farreny, J. Rosinach Bonet, N. Rosell Solé, J.P. Bamala Zuriguel, I. Mòdol Pena, X. Farré Pueyo

Departamento de Salud de Catalunya, Lleida, España

Introducción y objetivos

Las residencias geriátricas han sufrido los efectos del COVID-19, especialmente antes de la vacunación de los usuarios. El objetivo de este estudio fue comparar las características epidemiológicas de 2 brotes, declarados antes y después de la campaña de vacunación en una residencia geriátrica.

Métodos

Se definió como brote la presencia de uno o más casos de usuarios vinculados a una secuencia temporal y espacial en la residencia. El primer brote sucedió en el año 2020 y el segundo en el año 2022. La población de estudio fue de 109 usuarios y trabajadores en ambos brotes. La campaña de vacunación se realizó durante el año 2021. La cobertura de vacunación fue de 63/64 (98,44%) de usuarios y 42/45 (93,33%) de trabajadores con 3 dosis de vacuna de ARNm.

Resultados

La incidencia, casos sintomáticos, casos ingresados y mortalidad de ambos brotes se resume en la tabla 1. En el segundo brote los síntomas generalmente fueron más leves. Se constató una reducción de la mortalidad del 91,31% en el segundo brote respecto al primero.

Conclusiones

La campaña de vacunación pudo haber influido en la disminución de la mortalidad, número de ingresos y gravedad de los síntomas en