

VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LA VACUNACIÓN CONTRA LA COVID-19 EN NIÑOS: EVALUACIÓN DE LAS EVIDENCIAS

www.medscape.org/interview/covid-19-vaccination-children-spanish

George Kassianos, CBE, MD (Hons), FRCGP: Hola. Doy la más cordial bienvenida a todos ustedes a este programa de Medscape Educational Global sobre las ventajas y desventajas de la vacunación contra la COVID-19 en menores: Evaluación de las evidencias. Soy George Kassianos. Soy médico de familia y jefe de inmunización nacional del Royal College of General Practitioners de Londres, y presidente de British Global and Travel Health Association. Está conmigo el Profesor Federico Martín-Torres, jefe de pediatría e investigación del Hospital e Instituto de Santiago de Compostela, España.

En este programa hablaremos sobre la carga de la COVID-19 en niños y adolescentes. Luego, daremos un vistazo a las vacunas contra la COVID-19 y a las evidencias científicas provenientes de poblaciones pediátricas y trataremos de responder a la pregunta “¿Qué es lo que debemos saber?”, así como las vacunas recomendadas y, desde luego, la opinión del experto.

Lo primero que debemos hacer, es dar un vistazo a la COVID-19 en niños y adolescentes. Supongo que todos estamos de acuerdo en que, en general, los síntomas de los niños y adolescentes son más leves que los de los adultos. Por otro lado, el 21% de los casos de COVID-19, es decir, uno de cada cinco, se presentan en personas de menos de 20 años. En Estados Unidos, la incidencia de la variante ómicron en los niños menores de 5 años es de seis a ocho veces más alta que la registrada durante el periodo de la variante delta. En cuanto a muertes, solo el 0,4% de las muertes ocurren en personas menores de 20 años.

Ahora bien, en el Reino Unido, más del 99,9% de los niños infectados sobreviven. Si ahora observamos los casos graves de COVID-19 que no solo llegan al hospital, sino que requieren cuidados intensivos y ventilación mecánica o el paciente llega moribundo, en realidad se ha notificado una incidencia de gravedad de hasta 30% en los niños hospitalizados.

Por otro lado, los resultados clínicos graves han sido menos frecuentes con la variante ómicron que con la variante delta. Aquí vemos las tasas de hospitalización a causa de COVID-19 en niños y adolescentes por grupo etario, con el periodo de predominio de la variante delta a la izquierda, en blanco, y el de la ómicron a la derecha, en gris. Lo evidente aquí, es que durante el predominio de la ómicron se aprecia que el mayor aumento de hospitalizaciones se registra en niños de 0 a 4 años, representados por la línea azul continua.

Es más, las tasas más altas de hospitalización por COVID-19 se registraron en niños sin vacunar. Eso significa alrededor de 70,3% frente a los niños totalmente vacunados, que es de 40,8%. Del mismo modo, las tasas de admisión en la UCI fueron más altas en los niños no vacunados –30,3%– y representaron la mitad de esa cifra, es decir, 15,5%, en los vacunados.

Aquí vemos los niños de 0 a 4 años que, en ese momento, todavía no eran elegibles para la vacunación. Y aquí vemos que las tasas de hospitalización por COVID-19 fueron cinco veces más altas durante el pico de infecciones por ómicron, en comparación con el periodo de la delta, el área blanca. Y durante el predominio de la ómicron, lo que se notó en realidad fue esto: que el 63% de los lactantes y niños hospitalizados no tenían padecimientos médicos subyacentes, el 63%. Y una vez más, las admisiones en UCI se redujeron durante el periodo de la ómicron, con 21%, frente a 27% de la Delta.

Federico Martínón-Torres, MD, PhD: Gracias, George. Creo que la carga de la COVID-19 en los niños es importante, pero debemos ser cautelosos para no interpretar exageradamente los datos. Y considero que este ejemplo puede ayudarnos, ya que puede haber factores de confusión al tratar de medir la carga real de la COVID-19 en los niños. Este es uno de los muchos artículos sobre la carga de esta enfermedad, y una de las evidencias que los Centros de Prevención y Control de Enfermedades (CDC) utilizaron para sustentar su recomendación de la vacunación infantil.

Así, en cuanto las tasas de hospitalización de niños con gripe, estas son similares a las de la variante ómicron, que vemos aquí como barras en azul y gris, aunque con distribución etaria diferente. Sin embargo, debemos ser cuidadosos con esta interpretación porque se ubica al principio de la pandemia, cuando cualquier niño con COVID-19 podía ser hospitalizado de forma relativamente más proactiva, por si acaso, o por miedo a lo que se debía hacer o se podía esperar.

En ese entonces, es probable que muchos niños hayan sido hospitalizados porque tenían COVID-19, pero no necesariamente por la gravedad de esta. Este es otro artículo que me gusta mucho; se publicó en el Reino Unido, donde estos casos se estudiaron específicamente con más detalle para tratar de entender si el verdadero motivo de la hospitalización fue la COVID-19, o esta solo fue un factor que contribuyó o fue un hallazgo circunstancial en el momento de internar al niño. Aquí podemos ver que al analizar los casos pediátricos, la COVID-19 grave fue el motivo de hospitalización de apenas el 10% de los casos, sobre todo de adolescentes. Los de 16 años en adelante.

Luego, fue un motivo circunstancial en casi el 60% de los casos y se consideró el motivo causal en el 33% de los casos. En otras palabras, lo que estoy diciendo no es que la carga no sea importante o pueda ignorarse, sino que debemos ser cautelosos al interpretar la verdadera carga de la COVID-19 en el grupo etario pediátrico.

Dr. Kassianos: Efectivamente. Es necesario que demos un vistazo a otros riesgos de la COVID-19 en niños. Aquí vemos la COVID-19 persistente, que se presenta en alrededor de uno de cada cuatro niños, es decir, 25% en los adolescentes. En el Reino Unido, el 7,4% de los niños de 2 a 11 años y el 8,2% de los adolescentes de 12 a 16 años, refieren síntomas continuos de COVID-19 persistente.

Ahora bien, el síndrome inflamatorio multisistémico puede presentarse en niños después de la COVID-19, pero este es raro y muy, muy grave. Si comparamos ahora los nuevos casos en niños de raza blanca, la incidencia es mucho más alta en estos que en los de ascendencia negra, hispanoamericana o asiática. Y ¿qué hay de la miocarditis? El riesgo de miocarditis es 30 veces más alto en los menores de 16 años después de la COVID-19. Y algo que es realmente muy importante para la atención primaria es el riesgo de diabetes.

Aquí vemos que el riesgo de diabetes recién diagnosticada durante los 30 días posteriores a la infección por el SARS-CoV-2 es hasta 2,5 veces más alto en los menores de 18 años.

Dr. Martín-Torres: Creo que ha mencionado algo muy importante: las demás dimensiones de la carga de la COVID-19 en los niños. Una de ellas es la COVID persistente. Creo que podemos dedicar el resto de nuestra charla a la COVID persistente. Aunque pienso que se trata de un tema complejo. De hecho, una verdad incómoda. La COVID prolongada es una realidad. Pero es difícil medirla. Se convirtió en una suerte de mezcla de varias cosas en general, no solo de la población pediátrica.

Por eso debemos ser cuidadosos al interpretar datos sobre la COVID persistente en niños. Existen varios estudios, pero los de mayor potencia gracias a sus cohortes longitudinales, etcétera, realmente demostraron que la COVID persistente también afecta a los adolescentes. Sin embargo, es probable que la dimensión, relevancia y duración de la COVID persistente no sean tan importantes, al menos en comparación con la carga de esta en la población de mayor edad.

Este es un ejemplo en el que se analizan específicamente los menores de 6 a 17 años. Podemos discutir si estamos de acuerdo o no con la definición de la COVID persistente, otro de los temas que siempre generan debate. Pero específicamente, se vio una diferencia en cuanto cómo experimentan la COVID persistente quienes ya padecieron de COVID y quienes no. La diferencia es significativa, aunque de apenas 0,8%, y en la mayoría de los casos, los síntomas se presentan en un lapso de uno a cinco meses.

No estoy diciendo que no sea importante, sino que esta dimensión puede ser mucho menos relevante que en la población mayor. Otro factor es el síndrome inflamatorio multisistémico, PMC o síndrome inflamatorio multisistémico pediátrico o PIMS. Se usan varios acrónimos. Creo que todos los pediatras sintieron miedo cuando apareció esta afección, pues no estábamos preparados para ella. Quizá no debo decir "preparados", pero como era nuevo y causaba confusión entre los médicos, nos hizo sentir miedo por primera vez ante la COVID infantil porque se trata de una enfermedad que puede causar insuficiencia cardiovascular, arritmias y demás complicaciones cardíacas, con una mortalidad que podía llegar hasta el 4%.

No entraré en detalle sobre las peculiaridades del síndrome, pero creo que esta era una de las noticias más aterradoras que teníamos acerca de la COVID infantil para el tiempo en que llegó la COVID-19: el síndrome inflamatorio multisistémico en niños (MIS-C). La buena noticia es que su incidencia era muy baja y ha desaparecido casi por completo. También puede estar asociado al uso de las vacunas, pero igualmente a la evolución de los virus.

Podría tratarse de epítomos relacionados con la activación de esta respuesta en los niños susceptibles o algo así. Es algo que no sabemos con certeza. Lo bueno es que el MIS-C ha desaparecido casi por completo. Entonces, lo que parecía ser una carga importante, ahora parece estar relativamente bajo control. Usted ha mencionado otra dimensión muy importante de la COVID-19: el riesgo de miocarditis. Y creo que es importante en dos aspectos. El primero es el patológico. A todas luces, la miocarditis es una de las presentaciones o complicaciones más frecuentes de la COVID-19.

Pero cuando llegaron las vacunas, en determinados grupos etarios, como analizaremos más adelante, la miocarditis fue una alerta de seguridad asociada a varias vacunas en grupos específicos, sobre todo en hombres, en adolescentes y adultos jóvenes, particularmente después

de la segunda dosis. Pero considero importante, como se resume en esta diapositiva, que realmente parece claro que el riesgo de miocarditis aumentó después de la infección natural.

El riesgo solía ser más alto en los hombres que en las mujeres, sobre todo en los adolescentes y adultos jóvenes. Eso es importante, y podemos anticipar que este riesgo es mucho mayor después de la vacunación. En otras palabras, encontramos una alerta de seguridad. En el caso de las vacunas de ARN mensajero (ARNm), todo parece indicar que en condiciones específicas puede haber más riesgo de miocarditis, pero aun así, muy inferior al causado por la enfermedad natural.

Dr. Kassianos: Bueno, pues aquí tenemos algo de lo que vale la pena hablar: la salud física y mental después de la COVID-19 en adolescentes. Contamos con el estudio CLoCK, llevado a cabo en Inglaterra entre enero y marzo de 2021. Se realizó en adolescentes de 11 a 17 años que no fueron hospitalizados. Hubo 23 000 de ellos, todos positivos a COVID-19 en la prueba de PCR. Y hubo otro grupo integrado por poco menos de 28 000 adolescentes con resultado negativo en la prueba de PCR. Tres meses después, se vio qué síntomas presentaban. Lo que se descubrió es que poco menos de uno de cada tres, es decir, el 30,3% de los positivos en la prueba y alrededor de uno de cada seis, o 16,2% de los negativos, presentaban tres o más síntomas.

Uno de los puntos que realmente conectó a los dos grupos fue que 4 de cada 10 de los participantes informó sentirse preocupado, triste o infeliz. Ahora bien, si analizamos los síntomas a los tres meses, los que tuvieron resultado positivo, es decir, el 39%, o 4 de cada 10, se quejaban de cansancio. Alrededor de 23% de ellos presentaron cefaleas y dificultad para respirar. Entre los que tuvieron resultado negativo también hubo quejas de cansancio, pero en menos del 24,4% del total. Cefaleas: 14%. Otros síntomas inespecíficos: 15,8%

Entonces, ¿qué podemos aprender de esto? Es un hecho que, en general, los adolescentes con resultado positivo tuvieron mayor prevalencia de síntomas tres meses después. Ahora, en Estados Unidos existen vacunas autorizadas para niños desde 6 meses, y hasta de 4 años en adelante. Sin embargo, el repunte ha sido realmente muy, muy bajo.

Ahora bien, ¿qué podemos hacer por los lactantes de menos de 6 meses? La protección en capullo, es decir, la vacunación de todas las personas que tienen contacto cercano con el bebé, es una posibilidad. Sin embargo, es muy importante ofrecer la vacuna contra la COVID-19 a la mujer embarazada, pues si la vacunamos, ella transmitirá sus anticuerpos al recién nacido, dándole inmunidad efectiva en sus primeros meses de vida.

Ahora, ¿cuál es el papel de los niños y adolescentes en cuanto a la transmisión viral en general? Creo que estamos de acuerdo en que los niños de todas edades pueden infectarse. Y no solo eso, sino que también pueden contagiar a otras personas. De hecho, la liberación de ARNm del virus SARS-CoV-2 en las vías respiratorias es similar en los niños, adolescentes y adultos. Ahora, creo que todos coincidimos en que la vacunación no puede prevenir por completo la infección por el SARS-CoV-2 en los niños.

Lo que sí hace en realidad, es reducir la propagación del virus. Ese es también un factor muy importante. Y lo que vemos aquí es que el contagio de un niño a otro es mucho más frecuente en la escuela primaria que entre los adolescentes de secundaria. Está ocurriendo algo muy, muy similar con la influenza. Ahora bien, si observamos las recomendaciones de vacunación de niños y adolescentes contra la COVID-19 con vacunas aprobadas por la Agencia Europea de

Medicamentos (EMA) en la Unión Europea y el Espacio Económico Europeo, lo que vemos son estas tres vacunas.

La primera de ellas es Comirnaty, la vacuna de Pfizer-BioNTech, que se basa en la cepa original y puede usarse como primera vacunación a partir de los 6 meses de edad, y como vacuna de refuerzo a partir de los 5 años. Luego vienen las dos vacunas bivalentes. La primera de ellas es la basada en la cepa original, es decir, la cepa de Wuhan, más la subvariante ómicron BA.1, que se usa como vacuna de refuerzo a partir de los 12 años.

La segunda vacuna bivalente contiene la cepa original más las subvariantes ómicron BA.4 y BA.5 del SARS-CoV-2 y también ha sido autorizada como vacuna de refuerzo para niños de 5 a 11 años. El grupo de trabajo de emergencia también recomienda su uso como vacuna primaria y estamos en espera de la decisión final de la EMA. Enseguida viene la Spikevax, la vacuna de Moderna. La cepa original se puede usar como vacuna primaria a partir de los 6 meses de edad, y como vacuna de refuerzo a partir de los 6 años.

Luego están otras dos vacunas bivalentes. Una contiene la cepa original más la subvariante ómicron BA.1 y se utiliza como vacuna de refuerzo a partir de los 6 años de edad. La otra contiene la cepa original más las subvariantes ómicron BA.4 y BA.5 y se puede usar como vacuna de refuerzo a partir de los 6 años. Una vez más, el grupo de trabajo de emergencia recomienda su uso como vacuna primaria y estamos a la espera de la decisión final de la EMA. Y por supuesto, también tenemos la vacuna de Novavax, Nuvaxovid, que también se usa para la vacunación primaria de adolescentes de 12 años en adelante.

Veamos ahora las vacunas bivalentes que tenemos en Europa. Contamos con dos. La vacuna de Pfizer-BioNTech, que contiene 30 microgramos: 15 de la cepa viral ancestral de Wuhan y 15 microgramos de las subvariantes ómicron BA.4 y BA.5, y está autorizada para personas de 5 años en adelante. La otra es la de Moderna, que contiene 50 microgramos en vez de 100. De ese total, 25 microgramos corresponden a la cepa ancestral y 25 microgramos a las subvariantes ómicron BA.4 y BA.5. Esta también ha sido autorizada para personas de 6 años en adelante. En cuanto a los efectos adversos de estas nuevas vacunas bivalentes para personas de 12 años en adelante, estos son muy similares a los de las vacunas monovalentes.

Dr. Martín-Torres: Bueno. Creo que podemos decir que todas las indicaciones o los prospectos de estas vacunas se basan en datos sólidos y en el programa de desarrollo clínico por un lado, y ahora veremos los estudios principales, pero por otro lado están los datos de eficacia en condiciones reales. Por ejemplo, este es el ensayo fundamental que justifica la indicación de la vacuna de Pfizer para personas de 12 a 15 años.

Se trató de un ensayo aleatorizado, controlado, en el que se comparó la no inferioridad de la respuesta inmunitaria de los adultos jóvenes y logró demostrar que no hay problemas de seguridad, así como la no inferioridad de la respuesta inmunitaria. Además, para entonces ya se había estimado la eficacia de la vacuna. Esto ocurrió en el periodo previo a la variante ómicron, cuando la eficacia de la vacuna en condiciones reales se estimaba en 100%.

Del mismo modo, en el caso de la vacuna de Moderna, con un diseño de comparación de la no inferioridad de la respuesta inmunitaria bastante similar al de los pacientes de 18 a 25 años, se vio

la no inferioridad, el buen perfil de seguridad, la ausencia de alertas de seguridad y una eficacia estimada de la vacuna de 100%. Todavía estamos hablando del grupo etario de 12 a 17 años.

Además, usted mencionó que aquí en Europa también ha sido autorizada la vacuna de Novavax, que se ha probado en adolescentes de 12 a 17 años. La estrategia es similar. En este caso, la no inferioridad fue una prueba, no una alerta de seguridad, y la eficacia se estimó en 79,5%. Sin embargo, se debe tener en cuenta que los estudios no son equivalentes y que este estudio en particular se llevó a cabo durante el periodo de predominancia de la variante delta, y ahora sabemos que con las diferentes variantes, cuando se incluye la totalidad de la enfermedad sintomática, la capacidad de las vacunas es diferente.

Actualmente, sabemos que las vacunas funcionan muy bien contra la enfermedad grave, pero contra la enfermedad sintomática, pierden cierto grado de protección contra las cepas originales cuando se incluyen todos los casos leves y, digamos, menos graves. Si analizamos ahora el grupo de 5 a 11 años, la estrategia es similar en este caso al de la vacuna de Pfizer. No hay problemas de seguridad. La no inferioridad es comparable a la de los adultos jóvenes y la eficacia estimada fue de alrededor del 90%.

Se analizamos el ensayo KidCOVE sobre el mismo grupo etario, o el grupo más o menos equivalente, de 6 a 11 años de la vacuna de Moderna, una vez más se logra la no inferioridad, no hay problemas de seguridad, y la estimación de la eficacia es de 88% en este grupo etario en particular. Asimismo, si bien no ha sido autorizada ni aprobada para esta indicación, la vacuna de Novavax también ha sido ensayada en niños de menos de 5 años, con intervalo de 2 a 17 años. Una vez más, los datos son muy sólidos, no hay problemas de seguridad y se logró la no inferioridad en comparación con los adultos.

Así, en el grupo de 12 años en adelante contamos con tres vacunas respaldadas por datos sólidos, y en los grupos de 5 a 12 años, o de 6 a 11 años, ya disponemos de dos vacunas aprobadas con base en dichos datos. Por otro lado, se han llevado a cabo ensayos en grupos de menor edad. En este caso, vemos los resultados del ensayo de Pfizer en niños de 2 a 4 años. Una vez más, los resultados fueron similares en cuanto a no inferioridad en comparación con los adultos jóvenes. No hubo alertas de seguridad en este estudio y la estimación inicial de la eficacia fue de 82,4%. Además, en este caso la variante ómicron ya se había establecido como la cepa en circulación predominante.

Una vez más, Pfizer llegó a los seis meses de edad. Vemos la aprobación real que ha compartido con nosotros y, una vez más, se alcanzó de nuevo la no inferioridad en el grupo etario de 6 a 23 meses. No surgieron alertas de seguridad durante los ensayos. La estimación de la eficacia en condiciones reales en ese momento era de 75,6% en comparación con la variante ómicron, que ya era la predominante. Del mismo modo, la vacuna de Moderna también se estudió en niños de 6 meses a 5 años.

Nuevamente, se logró la no inferioridad y no hubo problemas de seguridad en este ensayo clínico. Y la eficacia de la vacuna en condiciones reales se estimó, con diferentes criterios de valoración y diferentes definiciones, en alrededor de 36,8% en niños de 2 a 5 años, y fue de 50,6% en los de 6 a 23 meses. No obstante, se trataba de la subvariante ómicron B.1.1. Por lo tanto, se trataba de una fase y una variante diferentes. Eso impide comparar directamente los datos.

Sin embargo, como ya mencioné, a estas alturas se cuenta con mucha información obtenida en condiciones reales. En este ejemplo que compartimos en la pantalla, se trata de una revisión sistemática y un metanálisis recientes. Esto se enfoca principalmente en las vacunas de ARNm, de modo específico en los datos de la vacuna de Pfizer. No obstante, nos da una idea de que los datos que vemos en los ensayos clínicos se reprodujeron en la vida real, lo que representa la verdadera buena noticia, es decir, cuando se usan en mayor escala y en condiciones naturales.

Aquí vemos el resumen de los resultados principales, que demuestran que, de hecho, fue posible disminuir la infección, pues las infecciones sintomáticas se redujeron a la mitad; sin embargo, lo más importante es que se redujo el riesgo de hospitalización con una eficacia de más del 70%, lo que disminuyó el riesgo de MIS-C, que era lo importante en ese momento. Hoy, sabemos que la incidencia disminuyó de forma natural, pero también que las vacunas protegen y, tanto o más importante que eso, el perfil de seguridad acumulado de estas vacunas es satisfactorio y parece que no hay problemas.

Este es otro ejemplo, en este caso de la eficacia en condiciones reales de la vacuna de Pfizer en el área de la variante ómicron. Y una vez más, con gran eficacia en los grupos etarios de 5 a 11 y de 12 a 17 años. Y pienso que también es importante analizar, como dijimos en la primera parte de esta sesión, el riesgo de miocarditis. Esto no se reconoció durante los ensayos clínicos con muy pocos casos, en los que no hubo alertas de seguridad. Sin embargo, digamos, en circunstancias de poscomercialización, o tras la introducción de la vigilancia poscomercial, han surgido más casos de miocarditis asociados al uso de las vacunas de ARNm.

En particular, esta alerta de seguridad se asoció a la segunda dosis, sobre todo en hombres, especialmente los adolescentes y adultos jóvenes. Por lo tanto, esta fue una clara alerta de seguridad reconocida por los organismos reguladores, que se incluyó en el prospecto de las vacunas. Sin embargo, es importante destacar, como se aprecia en esta dispositiva, que este riesgo es muy inferior al que conlleva la infección natural.

Dr. Kassianos: Sí, eso es muy importante.

Dr. Martín-Torres: Creo que hay otro factor importante que se observó, particularmente en el caso de las vacunas, tras la primera y la segunda dosis de la serie primaria. Sin embargo, eso ya no sucede ahora, por ejemplo, con las dosis de refuerzo. De hecho, hace unos días, los CDC publicaron los datos de la segunda dosis de refuerzo, con más de 29 millones de dosis administradas a personas de más de 18 años, y solo se detectaron tres casos de miocarditis.

No sabemos con exactitud lo que eso pueda significar, pero nos consta que en la mayoría de los casos, esos incidentes son muy raros y limitados, tienden a resolverse espontáneamente, lo que, en mi opinión, son buenas noticias. Si observamos edades más cortas, es decir, el grupo de 5 a 11 años para la serie primaria, no hubo signo alguno asociado a miocarditis. Y nuevamente, hace unos días, los CDC publicaron que en este grupo etario no se notificaron casos de miocarditis con una vacuna de refuerzo bivalente.

Por lo tanto, todo parece indicar que el perfil de seguridad de estas vacunas es muy bueno. Eso concuerda con los ensayos clínicos, y con el uso generalizado en las diferentes ciudades de países distintos, tal seguridad parece ser y mantenerse muy satisfactoria y económicamente asequible.

Dr. Kassianos: Sí. Son datos muy importantes. Por lo tanto, me gustaría llevar a nuestra audiencia de regreso al mes de agosto de 2022, cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) nos hizo una recomendación provisoria en cuanto a la vacuna contra la COVID-19 en menores de edad. Y lo que deseamos señalar es que los niños y adolescentes siguen siendo vulnerables a la infección por el SARS-CoV-2 y pueden contagiar a otras personas. Además, los niños y adolescentes en general son sometidos a pruebas con menos frecuencia que otras personas, lo que puede dar lugar a subestimaciones.

Una vez más, los niños menores de 5 años tienen alto riesgo de contraer otras enfermedades cuyos síntomas pueden confundirse con los de la COVID-19. Cito como ejemplos la neumonía y otras infecciones víricas de las vías respiratorias altas, lo que puede ser causa de errores de cálculo y de diagnóstico. Ahora bien, los beneficios de la vacunación en todos los grupos etarios, incluidos los niños y adolescentes, son que esta reduce en efecto las infecciones, las hospitalizaciones y las defunciones, además de la COVID-19 persistente.

El beneficio de salud directo cuando se vacuna a los niños y adolescentes sanos es inferior en comparación con el de los adultos, cuyo riesgo es realmente más alto. Y el motivo de esto es el hecho de que tienen menor incidencia de COVID-19 grave y de muerte. Ahora bien, existen otros beneficios importantes de la vacunación de niños y adolescentes. Podemos reducir al mínimo la interrupción de sus estudios. Podemos ayudar a reducir los medicamentos y las medidas de precaución que se aplican en las escuelas, como el uso de mascarillas, la distancia entre personas y demás.

Podemos ayudarlos a mantener su bienestar, salud y seguridad en general. Además, podemos reducir el contagio de los niños y adolescentes a los adultos mayores, que están en mayor riesgo. Sin embargo, el mensaje más importante de la OMS es que debemos seguir ofreciendo a los niños las vacunas habituales contra otras enfermedades infecciosas.

El verano pasado, el ECDC emitió dos puntos importantes. El primero es que con la circulación de variantes como la ómicron y el menor riesgo de resultados graves de la COVID-19 en niños sin otras enfermedades, es probable que los beneficios directos de las vacunas para los menores sean inferiores a los de las demás personas. Pero lo verdaderamente importante es tener en cuenta el hecho de que la vacunación sigue siendo beneficiosa para los niños con mayor riesgo de enfermar gravemente.

Dr. Martín-Torres: Bueno. Si ahora trato de, digamos, resumir lo que se ha dicho, cada país ha tomado sus propias decisiones. Les comparto, por ejemplo, el caso de España, lo que las autoridades han decidido en cuanto a recomendaciones oficiales en lo que respecta a la vacunación de menores. Y el resumen es que se recomienda la vacuna para cualquier niño que pertenezca a un grupo de riesgo. Luego están aquellos de más de 5 años, sin importar que pertenezcan o no a un grupo de riesgo. Este sería el resumen de lo que se recomienda actualmente en mi país, España.

Dr. Kassianos: Bueno. En el Reino Unido, desde septiembre pasado hasta el 12 de febrero, estamos llevando a cabo lo que llamamos la Vacuna de refuerzo otoñal contra la COVID. Se administra la cuarta dosis, si quieren decirle así, a todas las personas de 5 años en adelante que pertenezcan a uno de los grupos de alto riesgo clínico. También, si tienen discapacidad de aprendizaje. Igualmente, de 5 años en adelante si son contactos domésticos de alguna persona

inmunodeprimida. También algunos adolescentes pueden ser cuidadores a partir de los 16 años y por eso les administramos la cuarta dosis.

Estamos usando la vacuna Comirnaty bivalente, que contiene el tipo natural original más la subvariante ómicron BA.1, así como la vacuna Comirnaty estándar para adolescentes de 12 a 17 años. Para los niños de 5 a 11, como vacuna de refuerzo fuera de indicación, estamos usando la dosis pediátrica de la Comirnaty, que es de apenas 10 microgramos.

Actualmente, en el Reino Unido contamos con vacunas bivalentes autorizadas, así como con la Spikevax de Moderna con 25 microgramos de la cepa natural y 25 microgramos de la subvariante ómicron BA.1 para niños de 12 años en adelante como vacuna de refuerzo. Tenemos las tres vacunas Comirnaty de Pfizer. Tenemos la vacuna contra la subvariante ómicron BA.1. Luego, tenemos las otras dos: una contra las subvariantes ómicron BA.4 y BA.5. Ambas están autorizadas para personas de 12 años en adelante. Y acabamos de autorizar otra vacuna bivalente con 5 microgramos de la cepa original de Wuhan y 5 microgramos de las subvariantes ómicron BA.4 y BA.5, para niños de 5 a 11 años como vacuna de refuerzo.

Ahora, lo importante aquí es: ¿quién está en riesgo? Y desde luego, hay varios factores asociados a los casos muy graves de COVID-19. Y me refiero a niños no solo hospitalizados, sino internados en la UCI, que reciben ventilación mecánica, o que incluso fallecen.

Los que hemos visto aquí, en este estudio, es que poco menos de uno de cada tres niños con COVID-19 grave, es decir, el 28,7%, padece algún trastorno subyacente. Los más frecuentes son: asma, problemas de desarrollo y trastornos neuronales, ansiedad, depresión y obesidad. Sin embargo, los principales factores de riesgo real de COVID-19 grave en los niños son: diabetes de tipo 1, obesidad, y anomalías cardíacas o circulatorias congénitas. Y para niños menores de 2 años o nacidos antes de término.

Asimismo, aquí, el Centro Europeo de Prevención y Control de Enfermedades (ECDC) acaba de dar a conocer la tasa real de vacunación en niños y adolescentes de 18 años o menos. Como se aprecia hasta abajo, se le ha administrado la serie primaria aproximadamente a uno de cada cuatro menores, es decir, el 24,2%. Se le ha aplicado la vacuna de refuerzo al 1,8%. Ningún menor ha recibido la segunda vacuna de refuerzo, pero el 73,3% no ha recibido vacuna alguna.

Dr. Martín-Torres: Bueno. Creo que la dispositiva anterior resume la realidad. Una cosa es la autorización de las vacunas y la información que sustenta sus indicaciones. Otra es lo que las autoridades recomiendan en cada país, según su epidemiología y las vacunas disponibles. Y otra es lo que hace en realidad el profesional de la salud. Es decir, hay tres niveles de decisión.

En esta diapositiva, creo que hemos intentado resumir las ventajas y desventajas de la vacunación de niños saludables contra la COVID-19, lo que, en otras palabras, significa vacunación universal contra la COVID-19. Por lo mismo, doy por hecho que, sin importar su edad, todo niño con alguna afección de alto riesgo deberá ser vacunado con las vacunas disponibles para su grupo etario, en cada país

Sin embargo, resulta claro, incluso en caso de duda, ya que a veces los grupos de alto riesgo en edad pediátrica no son tan claros como los de la población adulta, o se eligen los principales o aquellos en los que la mayoría de los expertos están de acuerdo. De ese modo, cuando existe una

afección de alto riesgo o se tiene duda en cuanto a otro riesgo del mismo paciente, no hay problema si se lo vacuna y da prioridad. La mayoría de los países concuerdan en eso. Pero cuando de niños saludables se trata, puede haber diferencias, según los países.

Existen razones para vacunar y existen motivos para, digamos, no denegar la vacunación aunque esta no resultará tan beneficiosa o su beneficio neto será inferior. En suma, sabemos claramente que las vacunas son eficaces. También sabemos que son seguras, pero además nos consta que, en general, la carga de la enfermedad es menor, y que los niños saludables tienden a defenderse mejor contra la enfermedad. Lo que no sabemos es cuál es el papel exacto de las vacunas en lo que respecta a la COVID-19 persistente o demás complicaciones de la COVID-19.

Pero sabemos, asimismo, que esos problemas existen y pueden ser más riesgosos después de una infección natural. Entonces, existen razones de peso para vacunar y otros motivos para no ser tan proactivos, por así decirlo, en cuanto a la vacunación. Creo que la principal conclusión práctica al respecto, es que primero debemos seguir las recomendaciones oficiales de nuestros respectivos países, dependiendo de qué productos están disponibles y qué vacunas están indicadas en qué grupos o en qué grupos etarios.

Lo segundo es que debemos hacer una recomendación franca y basada en evidencias a nuestras familias o a cualquier persona que nos pregunte o pida consejo acerca de la vacunación de niños saludables, teniendo en cuenta que las vacunas son seguras no solo después de los ensayos, sino después de una larga experiencia en circunstancias reales y de ver los beneficios que ofrecen. No obstante, pueden ser más limitadas, según la edad o las afecciones específicas que se padezcan, pero el beneficio será positivo para quienes reciban la vacuna.

Dr. Kassianos: Bueno, pues lo único que me resta es agradecer encarecidamente a Federico el haberme acompañado en la charla de este día. Y también les agradezco a ustedes el haber participado en esta actividad. Hasta la próxima.

Esta transcripción no ha sido editada y corregida.

Exención de responsabilidad

Este documento es para fines educativos únicamente. No se otorgarán créditos de Formación médica continuada (Continuing Medical Education, CME) por leer el contenido del presente documento. Para participar en esta actividad, visite <https://www.medscape.org/viewarticle/988590>.

Si tiene preguntas relacionadas con el contenido de esta actividad educativa, comuníquese con el proveedor de la misma escribiendo a CME@medscape.net.

Para obtener asistencia técnica, comuníquese con CME@medscape.net

La actividad educativa presentada anteriormente puede involucrar situaciones simuladas basadas en casos. Los pacientes que aparecen en estas situaciones son ficticios y no se pretende ni debe inferirse ninguna asociación con ningún paciente real.

El material presentado aquí no necesariamente refleja los puntos de vista de Medscape, LLC ni de las compañías que apoyan programas educativos en [medscape.org](https://www.medscape.org). Estos materiales pueden analizar productos terapéuticos que no han sido aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU. y usos no aprobados de productos aprobados. Se debe consultar a un profesional de

atención médica calificado antes de utilizar cualquier producto terapéutico analizado. Los lectores deben verificar toda la información y los datos antes de brindar tratamiento a pacientes o emplear cualquier medicamento descrito en esta actividad educativa.

Medscape Education © 2023 Medscape, LLC