

# LA IMPORTANCIA DE LA VACUNACIÓN ANTIGRI PAL DE LOS NIÑOS: IMPACTO EN LA TRANSMISIÓN Y LA CARGA EN TODA LA POBLACIÓN

<https://www.medscape.org/spotlight/influenza-vaccination-in-children-spanish>

**George Kassianos, CBE, MD (Hons), FRCGP:** Hola, soy George Kassianos, médico generalista y responsable nacional de inmunización del Royal College of General Practitioners y presidente de la British Global and Travel Health Association de Londres, en Reino Unido. Bienvenidos a este programa titulado "La importancia de la vacunación antigripal de los niños: Impacto en la transmisión y la carga en toda la población".

Hoy me acompañan Terho Heikkinen, catedrático de Pediatría de la Universidad de Turku en Finlandia, y Saul Faust, catedrático de Inmunología Pediátrica y Enfermedades Infecciosas de la Universidad de Southampton en Reino Unido. Bienvenidos.

En este programa, hablaremos sobre la carga de la gripe en los niños, la vacunación contra la gripe en los niños, la evidencia clínica y del mundo real y las estrategias para mejorar las tasas de vacunación contra la gripe en los niños.

Así que, Terho, empecemos por usted. ¿Qué puede decirnos sobre la carga de la gripe en los niños?

**Terho Heikkinen, MD, PhD:** La gripe plantea una enorme carga de enfermedad para los niños de todo el mundo. Según una estimación reciente, en el caso de los niños menores de 5 años, en todo el mundo cada año más de 100 millones de niños contraen gripe, unos 10 millones padecen una infección de las vías respiratorias bajas. 870, 000 niños son hospitalizados, y luego hay un número de muertes, que son realmente muy difíciles de determinar a escala mundial. Pero lo que sabemos a partir de eso es que definitivamente la mayoría de las muertes se producen en los países en desarrollo. De eso no hay duda.

Ahora bien, para muchas personas, yo pensaría que la carga de la gripe es muy parecida a la de ser ingresado en un hospital. Y claro, ese es un desenlace que es importante. Se suele pensar que la gripe es una enfermedad de la población de edad avanzada porque suelen acudir al hospital con gripe, y la mortalidad debida a esta enfermedad es mayor en este grupo de pacientes. Pero los niños también son hospitalizados con mucha frecuencia, sobre todo los más pequeños. Cuanta menor edad se tenga, mayor es el riesgo de ingresar en el hospital con gripe. Especialmente, nos preocupan muchas veces los lactantes menores de 6 meses, porque no hay vacuna contra la gripe disponible para esos niños. Pero aún así, incluso si nos fijamos

en los niños de 2 a 3 años. Si consideramos a los niños preescolares, la tasa poblacional de hospitalización por gripe es muy alta en ellos.

Y luego, la otra cara de la moneda es que, aunque muchos niños serán hospitalizados y son hospitalizados, lo cierto es que la mayor parte de la carga de la gripe se produce en el ámbito ambulatorio. La mayoría de los niños con gripe son tratados en el ámbito ambulatorio, atendidos por médicos generalistas u otros médicos. Las complicaciones más frecuentes de la gripe, también se tratan en el ámbito ambulatorio. Así que los niños hospitalizados sólo representan una pequeña punta del iceberg.

Si pensamos en las complicaciones, la complicación más frecuente de la gripe en los pacientes pediátricos es sin duda la otitis media, la infección aguda del oído, que aparece como complicación de la enfermedad gripal en aproximadamente el 40% de los niños del grupo de edad de menos de 3 años. Y en la mayoría de los países, esto conduce casi automáticamente a un tratamiento con antibióticos. Así que el uso de antibióticos para las complicaciones relacionadas con la gripe es bastante elevado, también en los niños, y esto es sin duda algo que nos gustaría disminuir en la medida de lo posible.

**Dr. Kassianos:** ¿Qué sabemos sobre el papel que desempeñan los niños en la transmisión de la gripe?

**Dr. Heikkinen:** Sí, hay varios estudios y mucha experiencia que demuestran que los niños son realmente los principales propagadores de la gripe, tanto dentro de los hogares como en toda la población. Esto se debe básicamente a tres factores. Las tasas de ataque de la gripe son siempre más elevadas en los niños. Son muchas veces superiores a las de los adultos durante cada brote de gripe. Por consiguiente, los niños padecen gripe más a menudo que los adultos. Otro factor es que los niños eliminan los virus de la gripe durante un periodo más prolongado que los adultos, y también sus títulos de virus en las secreciones son más altos que en los adultos. Así que existe un consenso general de que los niños son los principales transmisores, los principales impulsores de la gripe en la sociedad.

**Dr. Kassianos:** Gracias, Terho. Entonces, ¿cuáles son las recomendaciones actuales de vacunación para esta población de riesgo?

**Saul N. Faust, MBBS, PhD, FRCPCH:** Gracias, George. Bueno, el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (European Centre for Disease Prevention and Control –ECDC–) sigue insistiendo en que todos los europeos, que tienen la recomendación de vacunarse, deben hacerlo. Y la vacunación contra la gripe es especialmente importante para las personas con más riesgo de complicaciones graves. Así que las personas con enfermedades crónicas específicas, las mujeres embarazadas, los niños de entre 6 y 59 meses es la recomendación general europea, y por supuesto las personas de edad avanzada y el personal asistencial.

Y pueden ver en esta infografía bastante complicada que muchos países europeos sí tienen recomendaciones contra la gripe para los niños, pero el verde claro indica dónde hay una recomendación para niños sanos y el verde oscuro es sólo para los que están en riesgo, por lo que pueden ver que no muchos países tienen realmente una recomendación para niños sanos.

Reino Unido es uno de ellos. Letonia, curiosamente, es baja la edad a la que se recomienda vacunar, y España; en ambos países las edades recomendadas bajan a 6 meses-2 años. Así que en niños de mucho menos edad que el programa de Reino Unido.

Entonces, el programa de Reino Unido, sólo para ver mi país con un poco más de detalle, recomienda este año que todos los niños de 2 a 16 años reciban una vacuna contra la gripe. Y eso es porque utilizamos una vacuna en particular que es fácil de administrar en niños de la que hablaremos en un minuto, pero también recomiendan que los niños de 6 meses a 2 años que están en un grupo de riesgo clínico reciban asimismo la vacuna contra la gripe. Y por supuesto, las mujeres embarazadas, que luego transmiten parte de la inmunidad a sus hijos recién nacidos, también están incluidas en las recomendaciones. Así que, muy concretamente, en Reino Unido se recomienda la vacunación a niños de 6 meses a 2 años para los que están en riesgo, y luego de 2 años a 16 años para todos los niños, y después de los 16 para los que están en riesgo hasta llegar a las recomendaciones para adultos.

Y utilizamos diferentes vacunas en Reino Unido, así que la mayor parte de nuestro programa en mayores de 2 años se administra como vacuna nasal contra la gripe, de la que hablaremos en unos minutos. Pero los menores de 2 años, es decir, el grupo de edad de 6 meses a 2 años, se supone que ahora reciben la vacuna celular, donde esté disponible, y sólo la vacuna más antigua a base de huevo si la vacuna celular no está disponible.

Y pueden ver en esta diapositiva de resumen, los tres tipos principales de vacuna que utilizamos en los niños. Así, a la izquierda, la vacuna más antigua a base de huevo, producida a partir de virus de la gripe muertos y que no puede causar infección, contiene dos cepas diferentes, la cepa 2A y la cepa 2B, y como he dicho antes, es una vacuna inyectable, al igual que la vacuna más nueva producida mediante cultivo celular que se muestra en el centro. Tampoco puede causar la gripe.

La mayor parte de nuestro programa en Reino Unido consiste en administrar a los niños la vacuna de virus vivos atenuados contra la gripe. Y se trata de un virus de la gripe debilitado que se administra a través de un aerosol nasal, por lo que no hay inyecciones, y no puede causar una infección de las vías respiratorias bajas porque es algo llamado "adaptado al frío"; así que, si la temperatura se vuelve más cálida de lo que es en nuestros pulmones, es decir, a 37°C, los virus atenuados de la vacuna mueren. Sólo pueden sobrevivir en los conductos nasales de aire más frío, y por eso, es segura para todos los niños, y es seguro administrársela a los niños, incluso si están en contacto con niños inmunodeprimidos, porque no pueden transmitirles una infección peligrosa. Así que al igual que las cepas inyectables, la vacuna de virus vivos atenuados contiene cepas 2A y cepas 2B, y todas las vacunas contra la gripe, las cepas tienen que ser actualmente previstas por los comités de la OMS unos años antes, y luego se producen a tiempo para la temporada en curso.

**Dr. Kassianos:** Gracias, Saul. Terho, hablemos ahora de la eficacia en el mundo real cuando la vacuna se administra a la población. ¿Qué nos dicen los datos?

**Dr. Heikkinen:** Sí, gracias. Podría compartir datos muy recientes de la última temporada, que fue un gran brote de gripe aquí en Finlandia. Y utilizando nuestros registros nacionales, tenemos datos muy recientes, que muestran que la eficacia de la vacuna de virus vivos en

niños de 2 a 6 años, que es el grupo de edad que está en nuestro programa para este tipo de vacuna, la eficacia de la vacuna en la prevención de la gripe es de alrededor del 70%. Y no es ninguna sorpresa, muchos años ha sido lo mismo, pero quizás la primera vez utilizando estos registros, pudimos demostrar que el efecto de la vacunación no se limita a la prevención de la enfermedad febril per se, sino que hubo una reducción del 70% en las hospitalizaciones asociadas a la gripe en los niños que fueron vacunados en Finlandia la temporada pasada. Así que es una cifra impresionante, diría yo, y clínicamente muy importante.

Otra cosa que me gustaría mencionar sobre el programa finlandés de vacunación contra la gripe es que, en el caso de los niños de 2 a 6 años, los padres tienen una opción. Pueden elegir la vacuna de virus vivos inactivados o la vacuna de virus vivos para los niños. Y no es sorprendente, diría yo, que el 90% de los padres o quizás incluso los propios niños, elijan siempre la vacuna de virus vivos, la nasal, en lugar de la inyectable, cuando pueden elegir. Así que esto dice algo sobre la aceptabilidad de la vacuna, creo.

**Dr. Kassianos:** Gracias, Terho, por compartir su experiencia en Finlandia.

Si nos fijamos ahora en la experiencia que tuvimos aquí en Reino Unido, tenemos que remontarnos a 2013, cuando empezamos a vacunar a los niños. Aquí tenemos un modelo matemático, que de hecho muestra que si lográramos una tasa de vacunación del 10% al 30%, la campaña permitiría ahorrar costes. Por otro lado, si lográramos un 50% y más, la campaña sería rentable.

Lo que pretendía el Comité Mixto de Vacunación e Inmunización (Joint Committee on Vaccination and Immunisation –JCVI–) era, en primer lugar, prevenir la infección por virus de la gripe en los niños, pero al mismo tiempo, quería reducir la propagación de la gripe entre otros niños y adultos, y por supuesto, reducir la infección gripal y las complicaciones derivadas de la gripe en aquellos que corren un mayor riesgo, que son los ancianos y los que pertenecen a los grupos clínicos de riesgo.

Por ello, el JCVI nos pidió que empezáramos a vacunar a los niños de entre 2 y 7 años y a los menores de 17 años antes de septiembre de 2013. Es más, señalaron que esta campaña de vacunación de todos los niños seguiría siendo rentable, incluso si lográbamos una tasa de vacunación del 75% para los adultos mayores y los pertenecientes a los grupos de riesgo. En aquel momento, no alcanzábamos una tasa de vacunación del 75% para los adultos mayores. Ahora sí, por supuesto.

Así que el dilema que teníamos en septiembre de 2013 era el siguiente: ¿cómo podemos ir a las escuelas y vacunar a 9 millones de niños al comienzo del curso académico? Simplemente no disponíamos de las enfermeras y desconocíamos cómo hacerlo. Necesitábamos saber si íbamos a las escuelas, si pedíamos ayuda a los médicos generalistas (GP) y a los farmacéuticos.

Y por ese motivo, empezamos pidiendo a los médicos generalistas que vacunaran a los niños de 2 y 3 años el primer año y luego pasaran a los de 2 y 4 años. Pero en los 3 primeros años, hicimos los estudios preliminares de los que van a oír hablar en un minuto.

Y una vez que hicimos los estudios preliminares, estuvimos seguros de la forma de hacerlo. Y la decisión fue que si los niños estaban en casa, de 2 y 3 años, los vacunaban los médicos generalistas. Si estos niños estaban en la escuela, a partir de los 4 años, entonces eran los servicios escolares los que los vacunaban. Por consiguiente, a partir del año 2017-2018, los médicos generalistas empezaron a vacunar a los niños de 2 y 3 años, y los servicios escolares vacunaban a partir de los 4 años, y cada año se añadía 1 año, y ahora, por supuesto, vacunamos a los niños de 2 a 16 años.

¿Qué se descubrió en Inglaterra cuando se comparó una zona en la que se vacunaba a los niños en la escuela con otra zona geográfica distinta en la que no se vacunaba a los niños en la escuela?

**Dr. Faust:** Bueno, este es un muy buen ejemplo, George, porque este fue el estudio preliminar que fue la base de todo nuestro programa en Reino Unido hasta el día de hoy. Así que en 2014-2015, las dos áreas diferentes eran áreas preliminar y no preliminar. Y en las zonas no preliminares, se pidió a los médicos generalistas que vacunaran a los niños de 2 a 4 años, y consiguieron una tasa de vacunación del 35% al 44%. Y en las zonas preliminares, fue donde se probó el programa escolar, y de hecho al principio, dieron la vacuna a todos los niños de primaria de 5 a 10 años, y a los de secundaria de 11 a 13 años. Y así, básicamente, estaban probando el programa escolar.

**Dr. Kassianos:** Efectivamente Saul, este programa preliminar tuvo lugar en el momento en que Inglaterra podía ofrecer la vacunación contra la gripe a todos los escolares de una zona geográfica distinta y compararlos con los niños de otra zona geográfica similar en la que no se ofrecía la vacunación a los escolares.

Y las diferencias eran realmente claras. En cualquier ámbito que se analizara, había una diferencia entre las zonas sin programa preliminar en las que los niños no estaban vacunados, representadas con el punto rojo, y las zonas participantes en el programa preliminar, representadas con el punto azul, en las que los niños eran vacunados. Y esa diferencia era realmente evidente tanto si se trataba de las visitas a los médicos generalistas con una enfermedad similar a la gripe o de la positividad del hisopo nasal en atención primaria o secundaria o de las visitas al servicio de urgencias con síntomas respiratorios o de los ingresos en la unidad de cuidados intensivos o, en general, de los ingresos en los hospitales a causa de una gripe comprobada.

Pero hubo cuatro zonas en las que esta diferencia alcanzó significación estadística, y de hecho están sombreadas. En esta diapositiva, lo que se ve allí, los niños de 5 a 10 años en las zonas con programa preliminar, en comparación con las zonas sin programa preliminar, acudieron menos a su médico generalista con enfermedades similares a la gripe, en forma estadísticamente significativa. También, de forma estadísticamente significativa, acudieron menos al servicio de urgencias con síntomas respiratorios o fueron menos ingresados en hospitales con gripe comprobada. Ahora, la cuarta área fue que todas las personas de 18 años o más, los padres, los abuelos, los profesores, la gente de la comunidad, acudieron menos a su médico generalista de forma estadísticamente significativa con enfermedades similares a la gripe en las zonas en las que estábamos vacunando a los niños, en comparación con las zonas

en las que no los estábamos vacunando. Así que, Saul, ¿podría darnos las reducciones de riesgo relativo en las que las diferencias fueron estadísticamente significativas?

**Dr. Faust:** Esta infografía les muestra el asombroso impacto de ese programa escolar. Estas reducciones del riesgo que se muestran son del programa escolar en comparación con la atención primaria, sólo en los niños más pequeños. Así que un descenso del 94% de las consultas a atención primaria por enfermedades similares a la gripe en los propios escolares. Una reducción del 74% del riesgo relativo de que esos escolares acudieran al servicio de urgencias. Una reducción del 93% de que esos escolares, población inmunizada, tuvieran ingresos hospitalarios por enfermedad gripal confirmada. Y realmente lo que fue bastante sorprendente en su momento fue la demostración por vez primera, creo, de un impacto tan enorme en los adultos, una reducción del 59% en las consultas de adultos a atención primaria por enfermedades similares a la gripe.

Y cuando profundizaron un poco más en los datos y analizaron el impacto en las personas de edad avanzada, las consultas al médico generalista por enfermedades similares a la gripe en personas de 50 a 70 años se redujeron un 80% en las zonas escolares donde se vacunó a los escolares. Así, las tasas de infección eran del 17,4% por cada 100.000 en las zonas en las que no había vacunación escolar, pero en las zonas en las que había un programa escolar primario, aquellas se redujeron a 9,4 por cada 100.000, y en las que había niños de primaria y secundaria vacunados, disminuyeron a 3,4 por cada 100.000. Ahora, por supuesto, después de eso, dadas las implicaciones financieras, implementamos en efecto el programa de base escolar año tras año en Reino Unido.

Así que poco a poco, desde el punto de vista logístico y financiero, tuvimos que empezar con el grupo de menos edad y, a medida que crecían, recibían la vacuna antigripal cada año, hasta llegar a la situación actual en la que ahora tenemos a toda nuestra población menor de 16 años, de 2 a 16 años, a la que se le ofrece la vacuna en su guardería o en la escuela, mientras que los médicos de atención primaria captan a los niños que no pudieron, por cualquier motivo, vacunarse en la guardería o en la escuela.

**Dr. Kassianos:** Y, por supuesto, esto implica una diferencia en cuanto a la carga de trabajo de los médicos generalistas. Y yo soy médico de familia, y lo que quiero es prevenir las enfermedades a fin de tener más tiempo para ocuparme de todas las demás afecciones que veo a diario. Y lo que ven aquí es que mi carga de trabajo se ha reducido considerablemente. A la izquierda, se ve que en el caso de los niños de 5 a 10 años, estamos viendo de forma estadísticamente significativa mucho menos niños que los que se atienden en las zonas sin programa preliminar. Y lo mismo ocurrió con todos los mayores de 18 años de la comunidad. También hubo una diferencia para los niños menores de 5 años, a los que en las zonas con programa preliminar y sin programa preliminar se les vacunó, se les ofreció la vacuna, pero aún así hubo una diferencia en las citas a mi consulta con enfermedades similares a la gripe en las zonas donde se vacunó a los niños.

Y los autores del documento que describen este programa preliminar señalan que la vacunación de niños sanos en edad escolar primaria con la vacuna antigripal de virus vivos atenuados (LAIV) a niveles moderadamente altos, sigue asociándose con reducciones de las enfermedades respiratorias relacionadas con la gripe a nivel poblacional.

Por supuesto, es importante tener en cuenta la eficacia de la vacuna en nuestro programa de vacunación infantil. En 2015-2016, la eficacia fue del 58% y el año siguiente del 66%. Pero en 2017-2018, fue del 27%. Y el motivo por el que es más baja es porque ese fue el año en el que el serotipo A/H3N2 tuvo en realidad una variación genética, y la eficacia de las vacunas para el A/H3N2 estaba realmente en cifras negativas, incluida la LAIV. La única cohorte en la que la eficacia fue positiva fue en los adultos mayores, que fue de alrededor del 16,8%. La razón por la que es 27 es porque la eficacia de la vacuna para el serotipo A/H1N1 fue de alrededor del 90%. Ahora bien, el año siguiente a 2018-2019, fue de 49 y luego de 45. En 2020, no tuvimos suficientes cifras de infección gripal para poder calcular la eficacia. Pero en 2021-2022, fue realmente del 73%.

Si ahora observamos la eficacia del programa en niños de 2 a 17 años en el año 2022-2023, fue del 65%.

Mirando ahora la eficacia para evitar la hospitalización, la eficacia de la LAIV en 2019-2023 fue del 64%, y la eficacia de la tetravalente celular, que utilizamos cuando la LAIV estaba contraindicada o no era adecuada, fue del 72%. Pero como se puede ver, los intervalos de confianza son en realidad más amplios.

Ahora es importante ver las tasas de vacunación que alcanzamos. En el año 2021-2022, los médicos generalistas logran un 48,7% y un 51,4% para los niños de 2 y 3 años, respectivamente. Y luego los servicios escolares logran tasas de vacunación mucho más elevadas, como pueden ver ahí, del 56,7%, incluso hasta el 58,6%. Pero lo que es evidente es que a medida que el niño crece, la tasa de vacunación desciende efectivamente. Eso significa que tenemos que educar más a los niños de más edad.

¿Y la temporada pasada, 2022-2023? Los médicos generalistas lograron un 42,3% y un 45,1% para los niños de 2 y 3 años, respectivamente. Los servicios escolares lograron en las escuelas primarias una media del 56,3%. Y hay que tener en cuenta que en realidad se trataba de más de 2,5 millones de niños vacunados. Y en la escuela secundaria, de 11 a 13 años, las tasas de vacunación fueron de una media del 40,2%. Ahora bien, a los de 14 a 15 años sólo se les administró la vacuna restante del programa. No estaban realmente en el programa para ser vacunados, pero se les ofreció la vacuna que quedaba de las otras edades.

Bueno, aparte del ejemplo de Reino Unido. Hay otros ejemplos del impacto de la vacunación pediátrica en la prevención de enfermedades. Fijémonos en Canadá, 1053 niños y adolescentes canadienses de 36 meses, es decir de 3 a 15 años en la temporada 2, y 1014 en la temporada 3 recibieron la vacuna inyectable trivalente de virus inactivados contra la gripe. El grupo asignado a placebo estaba formado por niños que recibieron en su lugar la vacuna contra la hepatitis A. Los investigadores descubrieron que, si más del 80% de los niños y adolescentes se vacunaban contra la gripe, se producía una reducción estadísticamente significativa de la gripe confirmada en laboratorio en todos los miembros de la población no inmunizados, creando, por tanto, una especie de inmunidad gregaria en la población. A continuación se evaluó el impacto de esta intervención en otros dos periodos estacionales de gripe. Los autores concluyeron que la inmunización de niños y adolescentes con la vacuna antigripal de virus vivos inactivados puede ofrecer un efecto protector en los miembros no

inmunizados de la población frente a los virus de la gripe cuando se considera un periodo de varios años de gripe estacional.

Veamos ahora otras regiones. En un ensayo de fase 3, se vacunó contra la gripe a un total de 12.018 niños en 5 cohortes geográficas estacionales de Europa, el Mediterráneo, Asia, el Pacífico y América Central. La vacuna antigripal tetravalente de virus inactivados se utilizó en niños de 6 a 35 meses de edad. La vacuna antigripal redujo el riesgo de que un niño recibiera cualquier tipo de atención médica, una cita con el médico generalista o el pediatra y, lo que es muy importante, redujo el uso de antibióticos. El riesgo de acudir a urgencias también se redujo en Europa en más de un 80%.

Veamos ahora algunas de las estrategias que pueden emplearse para aumentar la tasa de vacunación contra la gripe en los niños. En Reino Unido, los médicos generalistas vacunan a los niños de 6 meses a 2 años que se encuentran en uno de los grupos clínicos de riesgo. Además, vacunan a todos los niños de 2 a 3 años y más que estén en los grupos clínicos de riesgo sin importar la edad, pero también a todo niño que no se haya vacunado en la escuela.

Ahora bien, es importante tener en cuenta que los niños de 4 a 16 años se vacunan en la escuela. Y ahí no solemos implicar a las enfermeras escolares porque tienen muchas otras actividades que realizar. Contamos con el servicio de inmunización para la población de edad escolar que va a la escuela y vacuna a los niños contra la gripe estacional, pero también a los de 12 años les vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH), y a los de 14 años les administra la vacuna meningocócica ACWY y la vacuna contra la difteria, el tétanos y la poliomielitis.

Además utilizamos otras formas de atraer a niños y adultos de cualquier edad. Por ejemplo, puede ver aquí un autobús especial al que se entra por una puerta, se vacuna y se sale por la otra. Y esta es realmente una forma de atraer a la gente de la calle para que acuda a vacunarse.

También somos muy afortunados porque el Servicio Nacional de Salud (National Health Service –NHS–) nos proporciona folletos en papel o electrónicos para nuestras páginas web, con el fin de informar y educar a niños y padres. Y pueden ver aquí un folleto de 8 páginas para niños. También pueden ver un folleto de 6 páginas para escuelas primarias.

Pero también estos carteles, que en realidad nos muestran las 5 razones por las que los niños deben vacunarse.

Además, existe este folleto de 12 páginas para que los padres reciban información sobre la vacuna y puedan tomar una decisión con conocimiento de causa antes de dar su consentimiento para que sus hijos sean vacunados.

Esta diapositiva es para mí una de las más importantes porque muestra, sí, las citas por enfermedades similares a la gripe con los médicos generalistas. Y ahí pueden ver las edades. A la derecha, se ve un salto, que se debió a la COVID-19. Miren a la izquierda, estamos vacunando en septiembre, octubre, y los casos de citas por enfermedades similares a la gripe con los médicos de cabecera aumentan y aumentan y aumentan. Probablemente, la razón fue



que la LAIV que utilizamos en los niños se entregó a mediados de noviembre. Una vez que la recibimos, fuimos a las escuelas y empezamos a vacunar en atención primaria. Y ahí se puede ver que a partir de Navidad, en todas las cohortes, la incidencia de enfermedades similares a la gripe está descendiendo cada vez más, lo que posiblemente demuestra la importancia de prevenir la gripe en los niños, pero también de reducir la circulación del virus de la gripe.

Así pues, me gustaría ahora concluir diciendo que los niños pueden enfermar de gripe y algunos pueden necesitar ser ingresados en el hospital. En raras ocasiones, un niño puede morir a causa de la gripe. La vacunación contra la gripe puede reducir las citas con el médico generalista a causa de una infección gripal, las visitas al servicio de urgencias con síntomas respiratorios, los ingresos hospitalarios, pero también contribuye en gran medida a reducir la circulación de los virus de la gripe en la población. Terho y Saul, muchas gracias por este gran debate.

Y gracias por participar en esta actividad. A continuación, sírvanse responder a las preguntas que siguen y completar la evaluación.

*Esta transcripción no ha sido corregida.*

### **Exención de responsabilidad**

Este documento es para fines educativos únicamente. No se otorgarán créditos de Educación Médica Continuada (CME) por leer el contenido del presente documento. Para participar en esta actividad, visite [www.medscape.org/viewarticle/997863](http://www.medscape.org/viewarticle/997863)

Para preguntas relacionadas con el contenido de la presente actividad, comuníquese con el proveedor de esta actividad educativa a [CME@webmd.net](mailto:CME@webmd.net).

Para obtener asistencia técnica, comuníquese con [CME@medscape.net](mailto: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 WebMD Global, LLC ni de las compañías que apoyan programas educativos en medscape.org. Estos materiales pueden analizar productos terapéuticos que no han sido aprobados por la Agencia Europea de Medicamentos para su uso en Europa y usos no aprobados de productos aprobados. Se debe consultar a un profesional sanitario 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 WebMD Global, LLC