

7. EFECTIVIDAD DE LA VACUNACIÓN ANTIGRIपाल EN LA EDAD PEDIÁTRICA

En algunos países, desde hace varios años, se están llevando a cabo diferentes estrategias de vacunación antigripal en niños, fundamentalmente en algunos países europeos (Reino Unido, Finlandia, etc.), Norteamérica (EE. UU., Canadá) y Australia. Su experiencia es, sin duda, de alto valor para la comunidad científica, ya que pueden influir en la toma de decisiones de otros países.

7.1. Epidemiología de la temporada 2018-2019 en Europa

Como se ha comentado en el apartado 6.1., durante la última estación gripal 2018-19, el 98,9 % de los virus influenza detectados en Europa fueron tipo A, repartidos entre A(H1N1)pdm09 y A(H3N2) a partes iguales; el tipo B representó un 1,1 % con ligero predominio (58 %) de linaje Yamagata por encima de Victoria^{34,35}. En España, los datos han sido muy similares³⁶.

7.2. Experiencia en el Reino Unido

En la temporada 2013-14, Public Health of England (PHE) comenzó un programa de inmunización universal con la vacuna atenuada intranasal en niños y adolescentes sanos de 2 a 17 años, con una dosis anual, basándose en datos de coste-efectividad propios³⁷, aunque, dada la dificultad para llevar a cabo el programa, comenzó en niños de 2 a 4 años y progresivamente, año a año, se van incorporando nuevas cohortes³⁸.

En el sexto año del programa (temporada 2018-2019) se vacunaron con la intranasal tetravalente los niños de entre 2 y 9 años, con coberturas en torno al 56-64 % según las áreas³⁹, y en esta temporada 2019-20 se unirá a la campaña universal los niños de 10 años⁴⁰. Además, en niños de 2 a 17 años con factores de riesgo, si no existe contraindicación, también se administra la vacuna atenuada intranasal. Los únicos que están recibiendo vacuna inactivada inyectable son aquellos con alguna contraindicación para la vacuna

atenuada, así como los pacientes de 6 meses a 2 años y de 18 años en adelante con factores de riesgo⁴⁰.

Los datos de la temporada 2015-16⁴¹ para casos atendidos en atención primaria, en el grupo de edad entre 2 y 17 años e inmunizados con la vacuna intranasal mostraban una efectividad vacunal, para cualquier tipo de gripe, del 57,6 % (IC 95 %: 25,1 a 76,0). En los casos por gripe A(H1N1) la efectividad fue del 41,5 % (IC 95 %: -8,5 a 68,5) y del 81,4 % (IC 95 %: 39,6 a 94,3) para los casos por gripe B. La efectividad de la vacuna intranasal para evitar hospitalización por gripe confirmada en niños de 2 a 6 años, ajustada para edad, procedencia y mes, fue del 54,5 % (IC 95 %: 31,5 a 68,4) para todos los tipos de gripe. Para gripe A(H1N1) fue del 48,3 % (IC 95 %: 16,9 a 67,8) y para gripe B fue del 70,6 % (IC 95 %: 33,2 a 87,1). No se nombran los resultados de efectividad contra el A(H3N2) porque el número de aislamientos de ese subtipo fue bajísimo. El impacto en los adultos (efecto indirecto) fue menor que en la población diana. Los autores concluyen que la vacunación de niños sanos en edad escolar primaria con la vacuna intranasal atenuada se asocia pues con reducciones en la población de enfermedades respiratorias relacionadas con la gripe aun cuando se requieren más estudios para evaluar el impacto poblacional real del programa⁴².

Los datos provisionales de efectividad de la 6.ª temporada de vacunación, 2018-19, han sido recientemente publicados⁴³, en la que, como en el resto de Europa, la cepa circulante predominante fue la A. Para el grupo de 2 a 17 años (solo vacuna intranasal), la efectividad fue del 80 %, con un intervalo de confianza no significativo por el escaso número de pacientes de la muestra (IC 95 %: -54 a 97).

El nivel de protección alcanzado en estos años, aunque varía entre las temporadas y depende de las cepas circulantes, ha sido catalogado de moderado a bueno, lo que apoya el desarrollo y la continuidad del programa en el Reino Unido. Para poder constatar esta protección y obtener

datos de efectividad más consistentes será necesario que se alcancen coberturas mucho más elevadas.

7.3. Experiencia en Finlandia

Desde el año 2007, a través del Finnish National Institute for Health and Welfare (THL), se recomienda la inmunización antigripal universal de todos los niños de entre 6 y 36 meses en este país, con vacuna inactivada, ofreciéndose la opción de recibir la intranasal de los 24 a los 36 meses y desde esta última temporada, a los cuidadores de los niños de 24 a 36 meses se les ofrece indistintamente 1 o 2 dosis de vacuna inactivada o 1 dosis de vacuna atenuada intranasal, sin preferencia en la recomendación por ninguna de las dos⁴⁴.

La efectividad vacunal en la temporada 2016-17, con cepa predominante como en el resto de Europa A(H3N2), fue del 41 % (IC 95 %: 28 a 51). La efectividad ajustada de la vacuna inactivada fue del 54,6 % (IC 95 % 13,3 a 76,2) y la de la intranasal fue del 37,7 % (IC 95 %: 6,5 a 58,5)⁴⁵.

No existen datos recientes publicados, aunque sí comunicados⁴⁶. La efectividad vacunal de la temporada 2017-18, con cepa predominante B como en el resto de Europa, fue del 37,9 % (IC 95 %: 8,3 a 58) para la vacuna intranasal, y del 9,4 % (IC 95 %: -47,7 a 44) para la inactivada, pero de esta última solo se consiguió un 9 % de cobertura. La efectividad ajustada de la vacuna intranasal frente a la cepa B dominante fue del 79,5 % (IC 95 %: 62,2 a 88,8)³⁴.

Para la temporada 2018-19, se decidió continuar con la misma estrategia vacunal antigripal y a día de hoy no han sido publicados datos de efectividad. En esta temporada, la cobertura global en el país en niños de 6 a 35 meses ha sido del 34,5 % (IC 95 %: 10,6 a 40,64), ligeramente superiores a la temporada anterior (31,8 %), aunque aún siguen siendo bajas para extraer conclusiones fiables⁴⁷.

Los resultados de efectividad extraídos de los estudios publicados hasta ahora parecen apoyar el uso de las vacunas antigripales en la

infancia, aunque la amplitud de los intervalos de confianza y las coberturas claramente mejorables, merecen una interpretación cautelosa.

7.4. Experiencia en Estados Unidos

EE. UU., a través de las recomendaciones del ACIP de los CDC y de la AAP, fue el primer país que apostó por la vacunación antigripal universal desde los 6 meses de edad y la sigue manteniendo anualmente hasta la actualidad⁴⁷. En la pasada temporada los virus detectados en EE. UU. son los mismos que circularon por Europa. La estimación de efectividad vacunal ajustada de la pasada temporada fue del 47 % (IC 95 %: 34 a 57), para todas las edades y cualquier tipo de virus (A o B). La efectividad en el grupo de edad de 6 meses a 17 años fue del 61 % (IC 95 %: 44 a 73)⁴⁹. En la temporada anterior, los CDC recomendaron vacunar con la inactivada intramuscular como primera opción y como segunda opción, volvieron a introducir la vacuna intranasal en determinadas circunstancias en mayores de 2 años⁴⁹. En las anteriores temporadas (2016-17 y 2017-18) no se incluyó esta vacuna en las recomendaciones a pesar de estar autorizada por la FDA, dada la baja efectividad observada frente al subtipo A(H1N1) en las temporadas 2010-11 a 2013-14, en niños de 2 a 17 años de edad, en comparación con la inactivada. Sin embargo, la efectividad de la atenuada no fue menor para el subtipo A(H3N2) ni para el virus tipo B⁴⁹.

Para la temporada actual 2019-20 los CDC recomiendan ambas vacunas como opción de vacunación sin preferencia, respetando los rangos de edad de la ficha técnica. Todas las vacunas recomendadas son tetravalentes⁴⁸.

La experiencia en EE. UU. aporta datos interesantes. Durante las 11 temporadas anteriores a esta, las tasas de hospitalización en menores de 5 años exceden las de los niños de 5 a 17 años. La vacunación reduce 3-4 veces el riesgo de padecer una gripe con riesgo vital (ingreso en cuidados intensivos pediátricos)⁴⁸. Durante el periodo 2010-14, la vacunación redujo hasta un 65 % (IC 95 %: 54 a 74) los

fallecimientos en niños de 6 meses a 17 años, bajando esa efectividad al 51 % (IC 95 %: 31 a 67) en niños de grupos de riesgo⁵⁰.

[volver a la [web del CAV](#)]