



## ¿Porque vacunar a los NNA contra COVID-19?

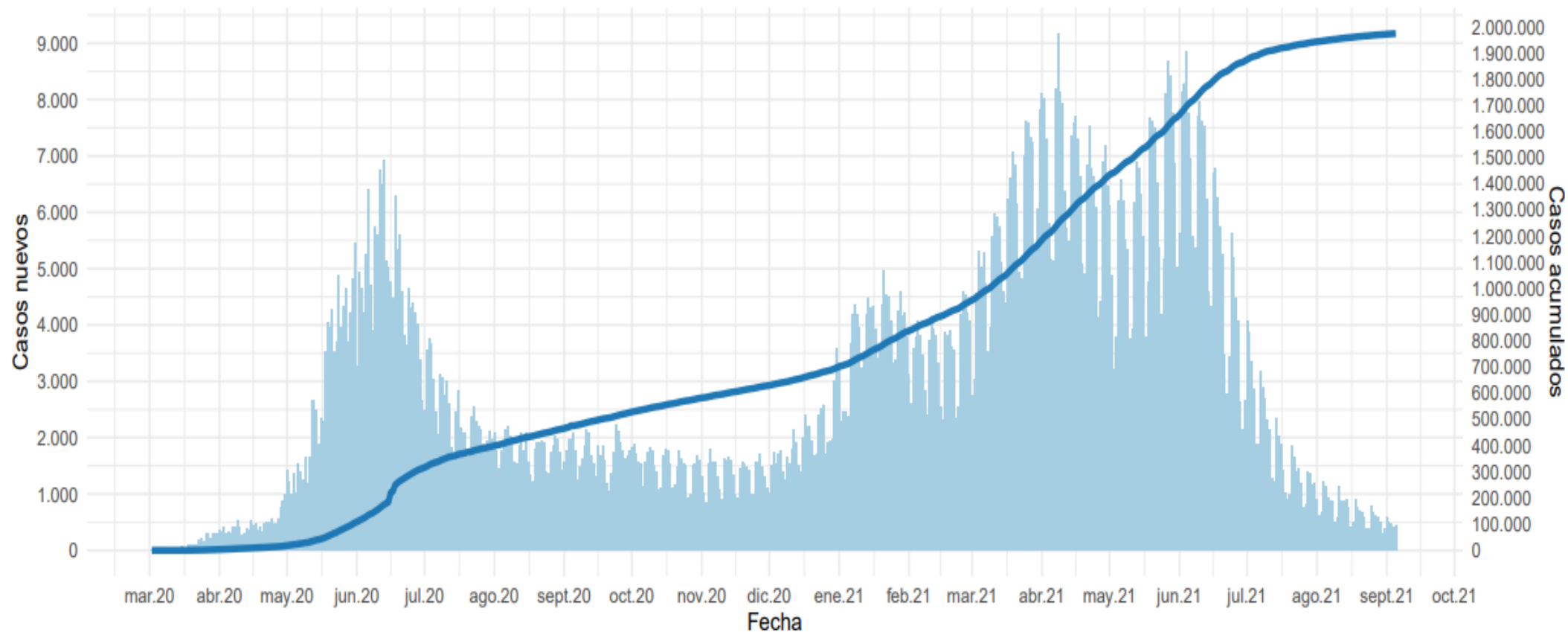
---

Dra. Leonor Jofré M.  
Pediatra Infectóloga Hospital la Florida  
Magister en Salud Pública  
Rama de Infectología SOCHIPE  
Comité COVID SOCHINF

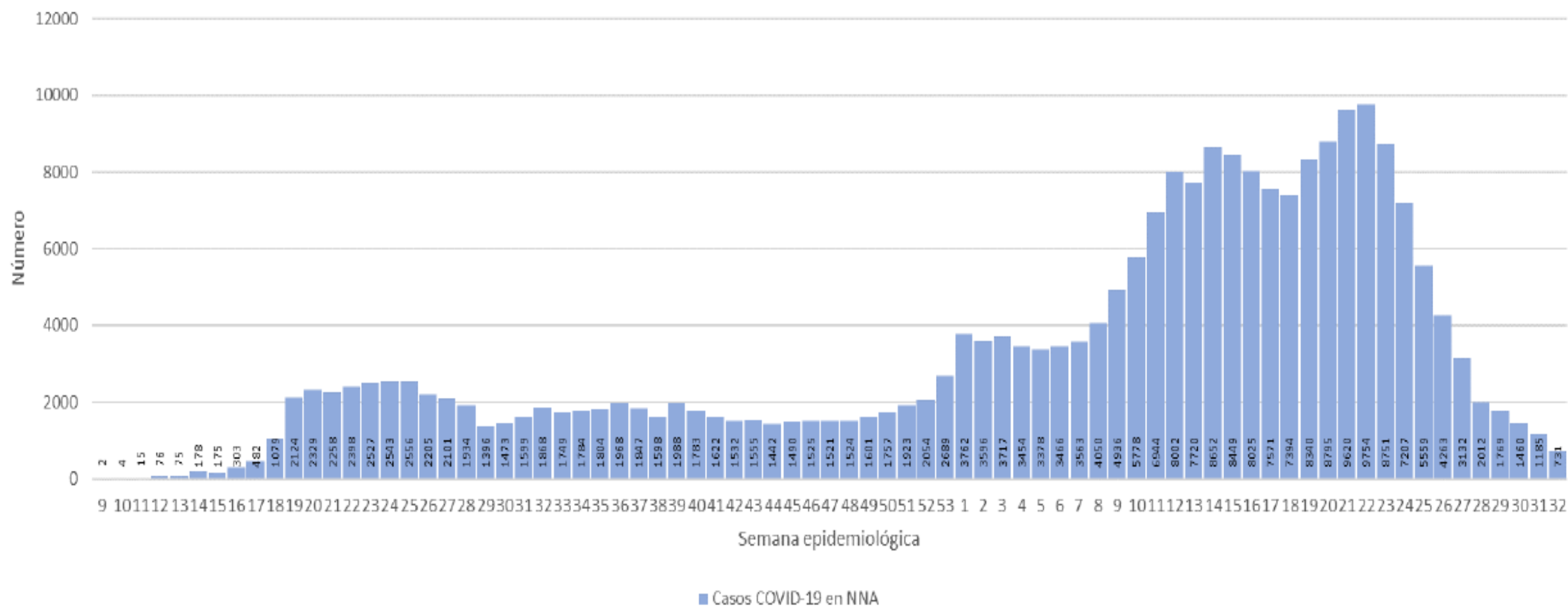
#### 4.1. PARTE 1: SITUACIÓN NACIONAL SEGÚN REGIÓN DE OCURRENCIA O NOTIFICACIÓN

La Figura 1 presenta la curva de casos de COVID-19 (confirmados y probables) por laboratorio según día. Al 5 de septiembre de 2021 se registra un total de 1.972.853 casos acumulados (confirmados y probables).

Figura 1: Número de casos nuevos confirmados y acumulados de COVID-19 (incluye probables) según fecha de reporte. Chile, al 05-09-2021 .



**Figura 1. Número de casos confirmados y probables de COVID-19 en NNA (n=243.491) según fecha de inicio de síntomas- Chile, SE 9-32, año 2020-2021\***



\*Datos provisorios al 15 de agosto 2021.

Fuente: EPIVIGILA, Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud de Chile.

Figura 6: Evolución de la tasa de incidencia por cada 100 mil habitantes, según grupo de edad al 05-09-2021 .

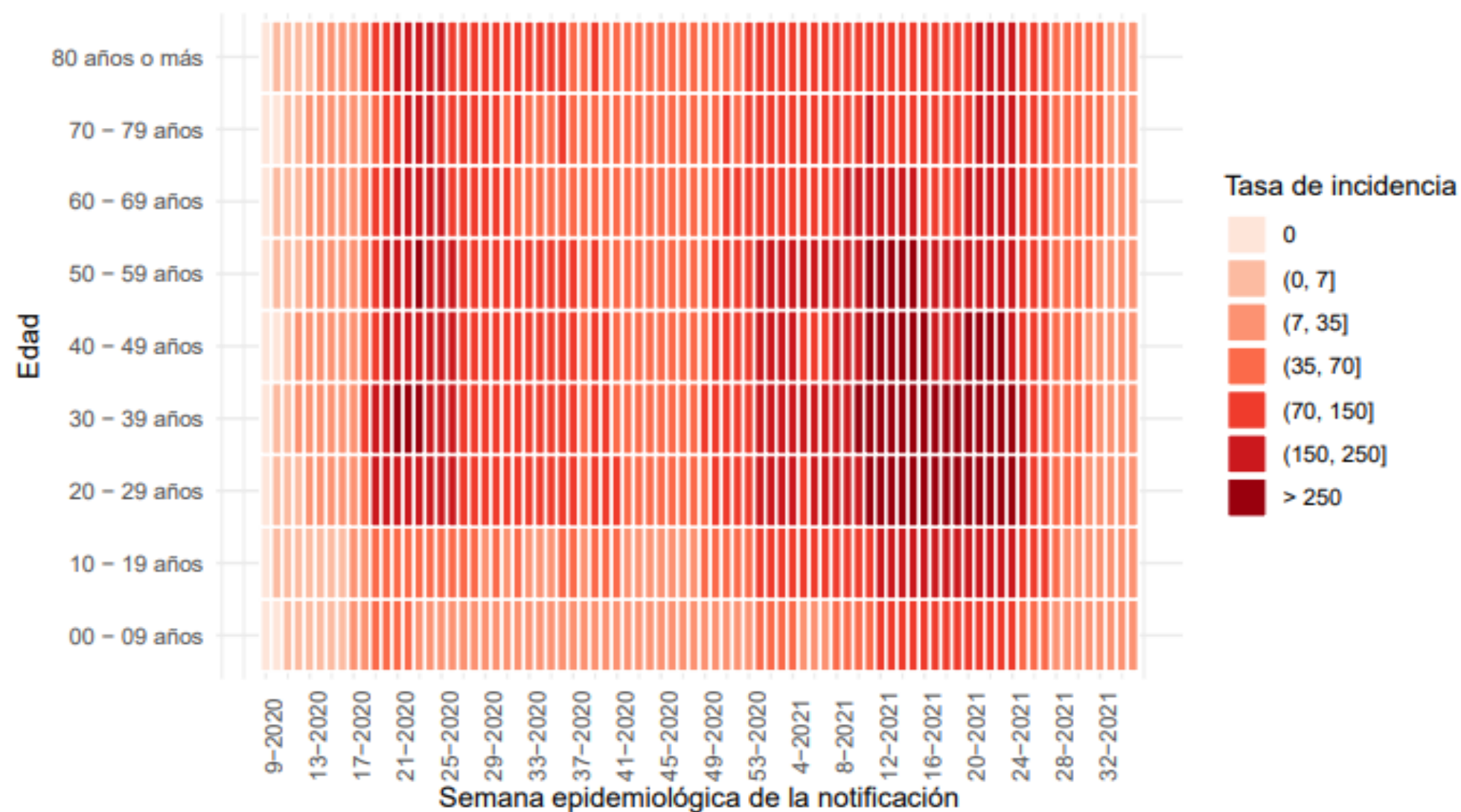


Figura 13: Distribución del número de casos por COVID-19 notificados (confirmados y probables) según grupo de edad y sexo. Chile, al 05-09-2021 .

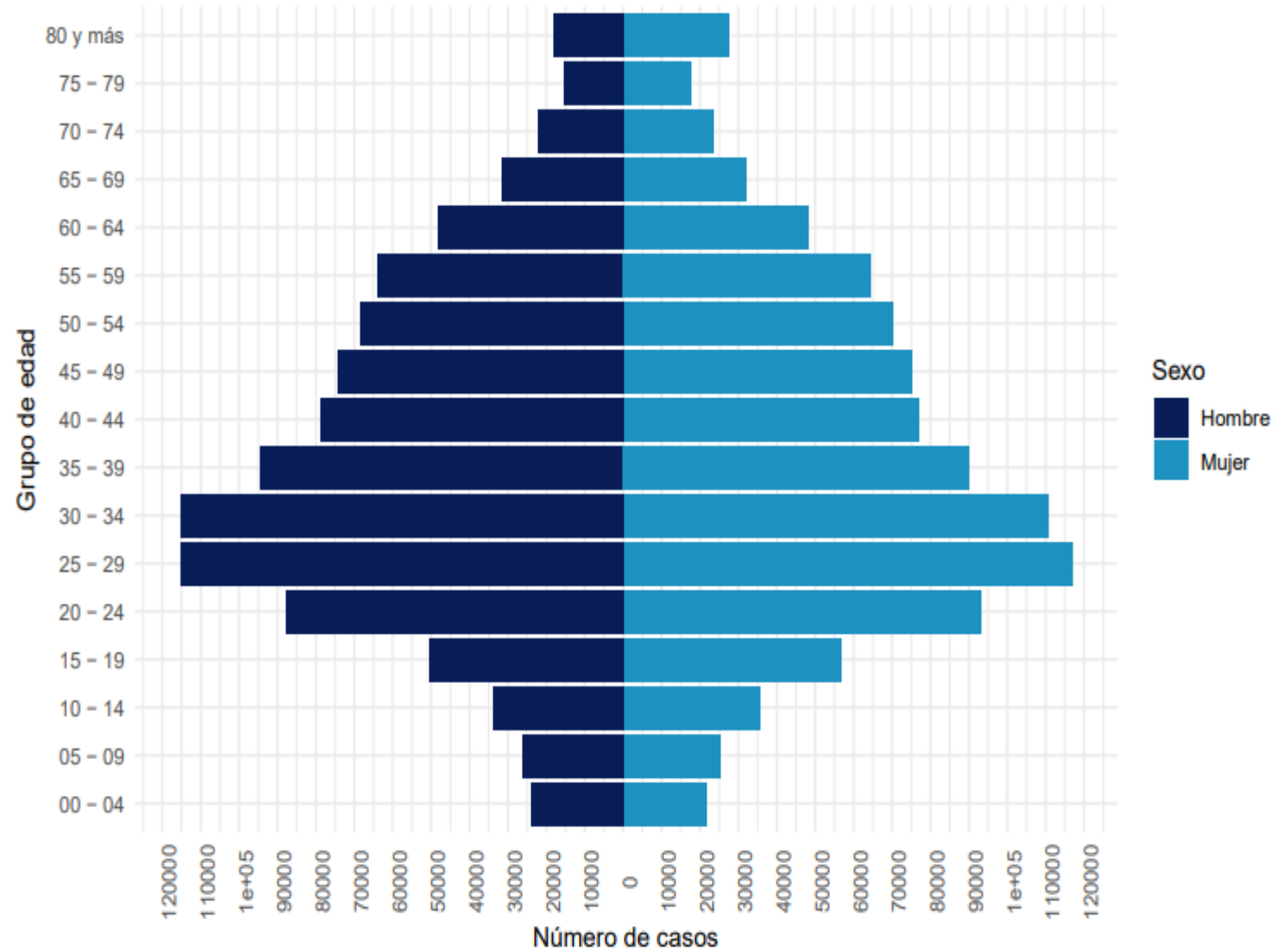


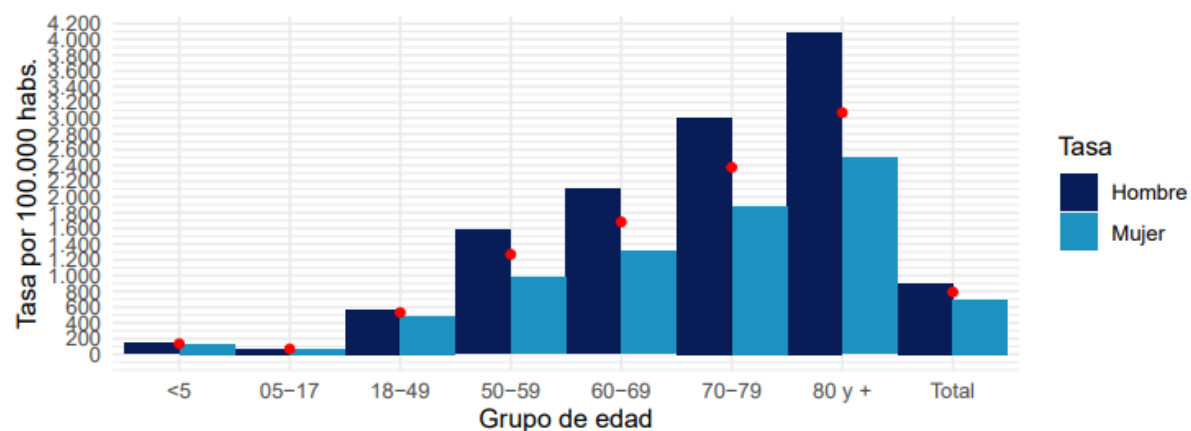
Tabla 2: Número de casos notificados y tasa de incidencia de casos confirmados y probables por COVID-19 y notificados según grupo de edad y sexo. Chile, al 5 de septiembre de 2021 .

Grupo edad	Mujer			Hombre			Total		
	Nº	%	Tasa	Nº	%	Tasa	Nº	%	Tasa
00 - 04 años	21.750	2,2	3.725,2	24.114	2,5	3.975,7	45.864	2,3	3.852,9
05 - 09 años	25.388	2,6	4.032,9	26.255	2,7	4.021,5	51.643	2,6	4.027,1
10 - 14 años	35.662	3,6	5.738,8	33.881	3,5	5.262,3	69.543	3,6	5.496,3
15 - 19 años	56.666	5,7	9.148,0	50.536	5,2	7.888,5	107.202	5,5	8.507,7
20 - 24 años	93.167	9,4	13.119,0	87.875	9,1	11.988,2	181.042	9,3	12.544,7
25 - 29 años	116.889	11,8	14.398,9	115.271	11,9	13.766,1	232.160	11,9	14.077,6
30 - 34 años	111.004	11,2	14.123,0	115.452	11,9	14.249,3	226.456	11,6	14.187,1
35 - 39 años	89.934	9,1	12.668,8	94.372	9,7	13.010,5	184.306	9,4	12.841,5
40 - 44 años	77.050	7,8	11.470,6	78.879	8,1	11.680,8	155.929	8,0	11.576,0
45 - 49 años	75.197	7,6	11.742,9	74.445	7,7	11.795,1	149.642	7,6	11.768,8
50 - 54 años	70.383	7,1	11.290,4	68.444	7,1	11.387,7	138.827	7,1	11.338,1
55 - 59 años	64.618	6,5	10.940,8	63.804	6,6	11.499,1	128.422	6,6	11.211,2
60 - 64 años	48.101	4,9	9.279,4	48.444	5,0	10.284,7	96.545	4,9	9.758,0
65 - 69 años	32.317	3,3	7.417,5	31.775	3,3	8.385,7	64.092	3,3	7.867,8
70 - 74 años	23.495	2,4	7.358,0	22.114	2,3	8.374,1	45.609	2,3	7.817,9
75 - 79 años	17.602	1,8	7.414,8	15.508	1,6	8.791,6	33.110	1,7	8.001,7
80 y más años	27.699	2,8	7.906,9	18.186	1,9	9.254,1	45.885	2,3	8.391,0
<b>Total</b>	986.922	100,0	10.010,2	969.355	100,0	10.098,4	1.956.277	100,0	10.053,7

Tabla 3: Número y tasas de casos por COVID-19 notificados (confirmados y probables) hospitalizados por grupo de edad y sexo. Chile, al 5 de septiembre de 2021 .

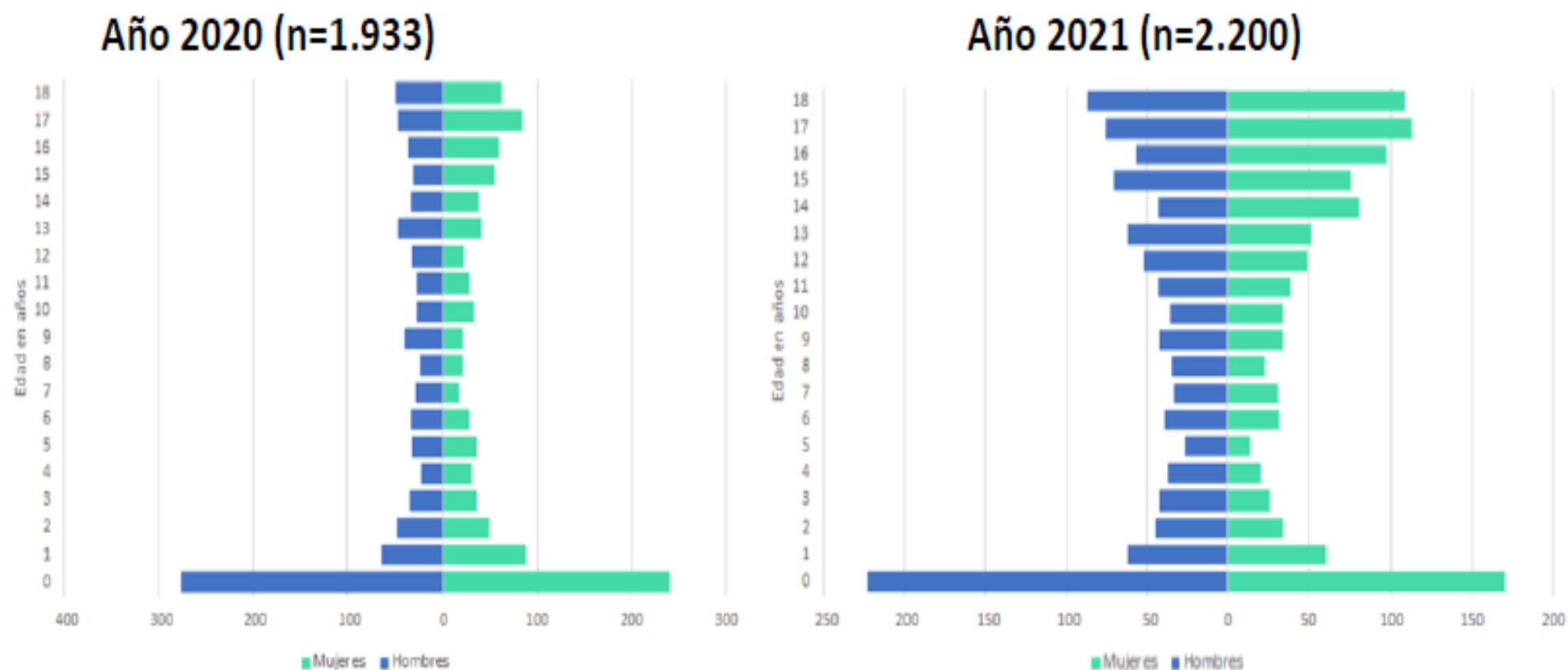
Grupos de edad (años)	Mujer		Hombre		Total	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa
<5	752	128,8	860	141,8	1.612	135,4
05-17	1.158	71,8	1.074	64,2	2.232	67,9
18-49	22.389	488,1	26.740	571,6	49.129	530,3
50-59	11.832	974,6	18.247	1.578,6	30.079	1.269,2
60-69	12.475	1.307,6	17.854	2.100,6	30.329	1.681,2
70-79	10.450	1.877,1	13.222	3.001,8	23.672	2.373,9
80 y +	8.741	2.495,2	8.041	4.091,7	16.782	3.068,9
<b>Total</b>	<b>67.797</b>	<b>687,7</b>	<b>86.038</b>	<b>896,3</b>	<b>153.835</b>	<b>790,6</b>

Figura 16: Tasas de casos por COVID-19 notificados (confirmados y probables) hospitalizados por grupo de edad y sexo. Chile, al 05-09-2021 .





**Figura 7. Número de casos de COVID-19 hospitalizados en NNA según sexo y edad- Chile, SE 9-32, año 2020-2021\***



\*Datos provisorios al 15 de agosto 2021.

Fuente: EPIVIGILA, Departamento de epidemiología, Ministerio de Salud.



## SINDROME INFLAMATORIO MULTISISTEMICO (SIM) ASOCIADO A COVID-19 ¿A qué debemos estar alerta?

### Definición:

Fiebre persistente, inflamación y disfunción multisistémica  
Evidencia de infección COVID-19 (RPC, Serología, contacto estrecho)  
Exclusión de otra causa demostrable y probable



Recomendación para la sospecha diagnóstica y manejo inicial del síndrome inflamatorio multisistémico (SIM-COVID-19) en contexto de pandemia SARS-CoV-2. Drs. Fernanda Cofré; Giannina Izquierdo; Lorena Tapia; Cecilia Poli Luis Delplano; Natalia Conca. Sochinf 2020.

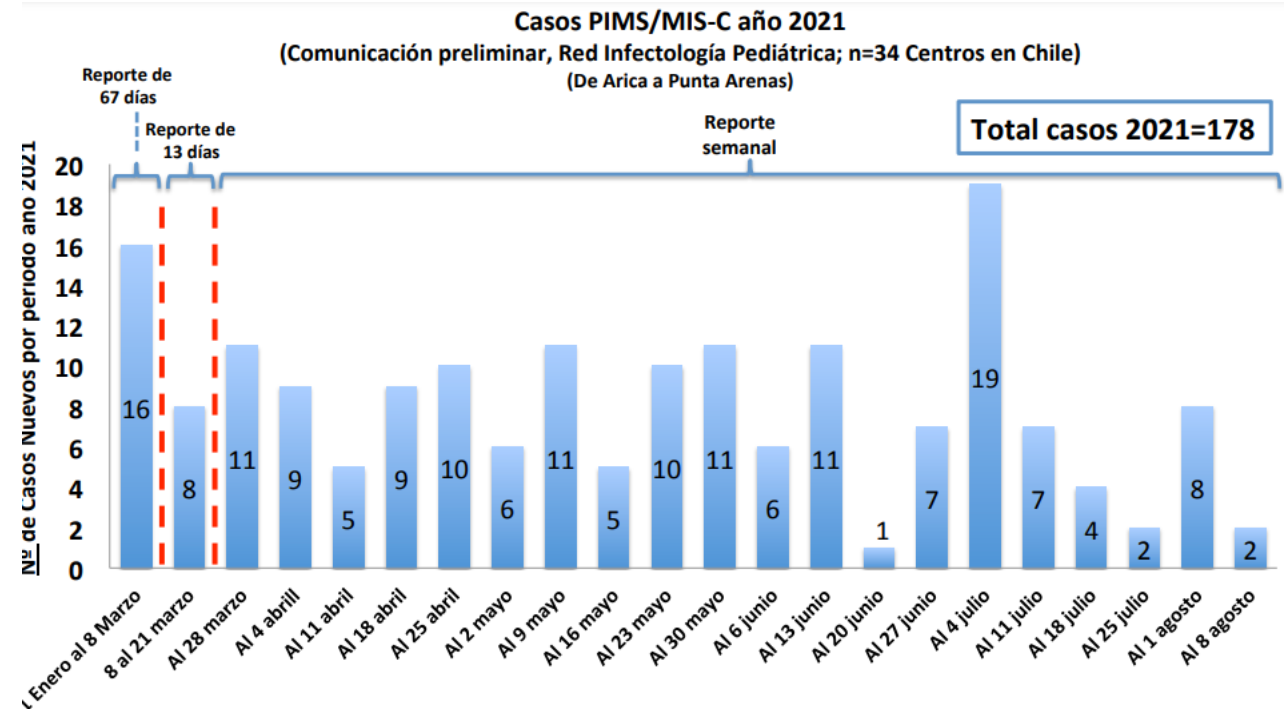
375 casos notificados al 17 de agosto 2021

56.5% hombres

Mediana de edad 6 años (1 mes -17 años)

67.5% con RPC SARS-CoV-2 negativo, nexo epidemiológico o enfermedad respiratoria por COVID 19

5 fallecidos, letalidad 1.3 %



**Tabla 4. Descripción de casos fallecidos por COVID-19 en NNA-Chile al 15 de agosto 2021\***

Característica	n	%
Sexo		
Hombre	55	45,5
Mujer	66	54,5
Edad		
Menor de 1 año	23	19,0
1 a 2 años	13	10,7
3 a 5 años	7	5,8
6 a 12 años	24	19,8
13 y más años	54	44,6
Comorbilidad**		
Enfermedad neurológica crónica	16	13,2
Enfermedad pulmonar crónica	13	10,7
Cardiopatía crónica	6	5,0
Asma	3	2,5
Diabetes	4	3,3
Obesidad	2	1,7
Hipertensión arterial	3	2,5
Enfermedad hepática crónica	2	1,7
Enfermedad renal crónica	1	0,8
Inmunocomprometido(Enfermedad o tratamiento)	15	12,4
Otra	55	45,5
Ninguna	17	14,0

\*Datos provisorios al 15 de agosto 2021.

\*\*Algunos casos tenían más de 1 comorbilidad

Fuente: EPIVIGILA, Departamento de epidemiología, Ministerio de salud.

# Factores de riesgo de mayor gravedad

Edad < 1 año

Inmunosuprimidos

Enfermedades crónicas

Diabetes mellitus

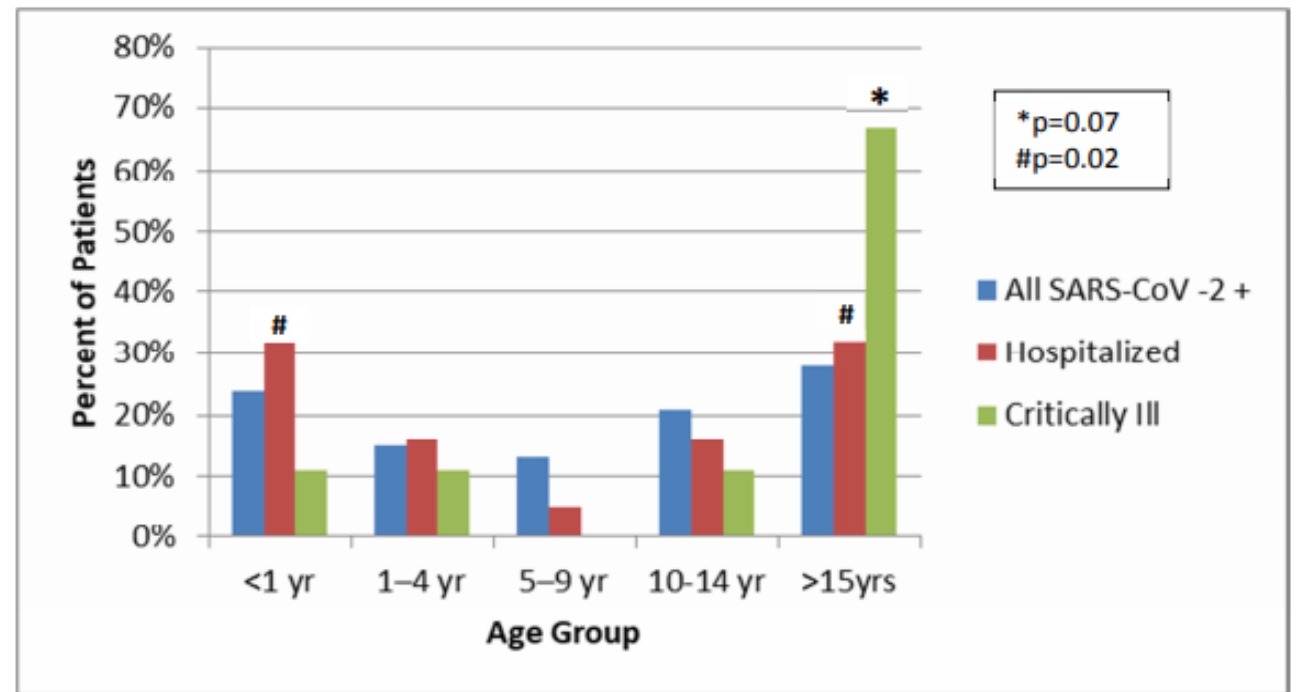
Obesidad

Cardiopatías congénitas

Otras enfermedades metabólicas

Síndrome de Down

**Figure 1: Age Distribution of SARS-CoV-2- Infected, Hospitalized, and Critically Ill Cases**





# Rol de los niños en la transmisión de la enfermedad

---

- La mayoría de los niños desarrollan una enfermedad leve o asintomática
- Las tasas de hospitalización son menores comparadas con los adultos
- La letalidad asociada es baja y puede estar relacionada a factores de riesgo
- Estudios de seroprevalencia en contactos en el hogar, demuestran que los niños se infectan menos o igual que los adultos.
- Los niños < de 5 años pueden tener cargas virales altas, al igual que los adultos, lo que los convierte en potenciales transmisores de SARS-CoV-2
- Estudios con cultivos virales, han demostrado un grado de positividad menor que los adultos.
- Aún hay aspectos de la transmisibilidad en niños que no se conocen.

# Transmisibilidad SARS-CoV-2 en niños y adolescentes

---

- La madurez de la respuesta inmunológica puede explicar estos aspectos, con una activación precoz de la respuesta inmune innata, que logra eliminar el virus antes de que pueda replicarse.
- Los adolescentes tienen tasas de infección similares a los adultos
- Las personas mayores de 65 años, que conviven con adolescentes en la casa, tienen un mayor riesgo de adquirir la infección.
- Estudios en población vacunada > 16 años, demuestran una menor tasa de infección que en no vacunados y menores de 16 años

# Impacto COVID 19 en NNA

---

- El mayor impacto de la pandemia en NNA es el cierre de los establecimientos educacionales. Situación que crea inequidad desde el punto de vista social, considerando que no todos tienen acceso a uso de computadores, conexión a Internet y que la escuela constituye la fuente principal de alimentación de poblaciones vulnerables
- La UNESCO reconoce que el cierre de los colegios tiene un fuerte impacto tanto en lo económico como en lo social
- La interacción con los demás niños genera conexiones que les permite tener relaciones sociales adecuadas, estimular el desarrollo y mejorar las habilidades motoras
- La permanencia en los hogares puede condicionar violencia intrafamiliar, maltrato infantil y accidentes domésticos



# ¿Porque vacunar a los NNA?

---

- Un posible control de la pandemia dependerá de las coberturas de inmunización alcanzadas.
- Alcanzar altas coberturas en adultos convertirá a los NNA en posibles reservorios de la infección y habrá exposiciones repetidas a adultos no vacunados o que no hayan recibido dosis de refuerzos necesarios para mantener la inmunidad
- Son necesarias vacunas seguras, inmunogénicas y eficaces en controlar la infección en esta población
- Si bien la infección asintomática es lo más frecuente, existe esta forma de presentación grave que el SIM-C y letalidad
- La excreción por vía digestiva puede condicionar un riesgo a los adultos y población de riesgo
- Los niños tienen una respuesta inmune más robusta que los adultos, que puede durar más tiempo, lo que disminuiría la reintroducción de variantes virales y recirculación del virus



Original Investigation | Public Health

# The Association Between School Closures and Child Mental Health During COVID-19

Matt Hawrilenko, PhD; Emily Kroshus, ScD, MPH; Pooja Tandon, MD, MPH; Dimitri Christakis, MD, MPH

## Abstract

**IMPORTANCE** In-person schooling has been disrupted for most school-aged youth during the COVID-19 pandemic, with low-income, Black, and Hispanic populations most likely to receive fully remote instruction. Disruptions to in-person schooling may have negatively and inequitably affected children's mental health.

**OBJECTIVE** To estimate the association between school closures and child mental health outcomes and how it varies across sociodemographic factors.

**DESIGN, SETTING, AND PARTICIPANTS** This cross-sectional population-based survey study included a nationally representative sample of US adults aged 18 to 64 years with at least 1 child in the household. The survey was administered between December 2 and December 21, 2020, via web and telephone in English and Spanish. Participants were recruited from the NORC AmeriSpeak panel, an address-based panel with known probability sampling and coverage of 97% of US households.

**EXPOSURES** Schooling modality (in person, fully remote, or hybrid), household income, age.

**MAIN OUTCOMES AND MEASURES** Child mental health difficulties were measured with the

## Key Points

**Question** Is there an association between school closures and child mental health outcomes, and how does it vary by key sociodemographic characteristics?

**Findings** In this survey study of 2324 adults with at least 1 school-aged child, a small association between school closures and worse child mental health outcomes was observed, with older children and children from families with lower income experiencing more mental health problems associated with school closures. Children from families with lower income and those belonging to minority racial/ethnic groups were most likely to experience school closures.



Kent, UK

Cite this as: *BMJ* 2021;374:n2157

<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.n2157>

Published: 01 September 2021

## Long covid: One in seven children may still have symptoms 15 weeks after infection, data show

Jacqui Wise

A large study of children and young people who caught SARS-CoV-2 has found that as many as one in seven (14%) may still have symptoms 15 weeks later.<sup>1</sup> However, this figure is lower than in some studies that have reported a prevalence of long covid as high as 51% in children and young people.

Speaking at a Science Media Centre briefing, the study's lead author, Terence Stephenson, who is Nuffield professor of child health at the UCL Great Ormond Street Institute of Child Health in London, said, "It is reassuring that the figures were lower than the worst case scenarios predicted last December. However, they are not of trivial importance."

One limitation of the study is that the response rate was only 13.5%. The researchers say that if this 13% is representative of all 11-17 year olds who have tested positive, 32 000 throughout England would still have three or more physical symptoms three months later. However, if only teenagers who responded to the survey had any persisting problems and those who chose not to respond had completely recovered, this would mean a best case scenario of 4000 cases of long covid. These figures are over and above the background level of symptoms experienced by the negative test control group.

No difference was found in mental health and

3.065 NNA entre 11-17 años con SARS-CoV-2 positivo vs 3.739 negativo

Cuestionario realizado al 1 y al tercer mes

66.5% síntomas a las 15 semanas

30% tres o más síntomas (cefalea y cansancio)

**Table 2** Post-COVID-19 follow-up clinical features

Symptoms	Value	%
Tiredness after sleep	18	20
Persistent fatigue	17	18
Loss of taste and/or smell	15	16
Headache	14	15
Sensory disturbances	10	11
Cognitive disturbances	9	10
Prolonged fever	8	9
Stuffy nose	8	9
Joint pain	7	8
Dizziness	7	8
Chest pain	6	7
Cough	6	7
Dry mouth	6	7
Rhinorrhea	6	7
Decreased appetite	5	5
Myalgia	5	5
Orthostatic intolerance	4	4

Orthostatic intolerance	4	4
Sore throat	4	4
Drowsiness	4	4
Red eye syndrome	3	3
Dry eyes	2	2
Shortness of breath	2	2
Sweatiness	2	2
Swollen lymph glands	2	2
Weight loss	1	1
Exercise intolerance	1	1
Microhematuria	1	1

Seguimiento a 92 pacientes, edad 1-18 años, media 8-15 años  
Entrevista al 1- 3 mes  
47(51%) persistencia de un síntoma  
Más frecuente cansancio, pérdida del gusto/olfato y cefalea  
Predominio hombres, edad 10-18 años

<sup>1</sup> Department of Pediatrics, Harvard Medical School; and Division of General Pediatrics, Department of Pediatrics, Boston Children's Hospital, Boston, MA, USA

<sup>2</sup> Department of Pediatrics, Harvard Medical School; and Division of Emergency Medicine, Boston Children's Hospital, Boston, MA, USA

<sup>3</sup> Mental Health Team, Cotting School, Lexington, MA, USA

<sup>4</sup> Department of Psychiatry, Harvard Medical School; and Brazelton Touchpoints Center, Division of Developmental Medicine, and Department of Psychiatry, Boston Children's Hospital, Boston, MA, USA

Correspondence to EA Rider  
elizabeth\_rider@hms.harvard.edu;  
elizabeth.rider@childrens.harvard.edu  
<https://orcid.org/0000-0003-3655-2205>

Cite this as: *BMJ* 2021;374:n1730  
<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.n1730>

Published: 24 August 2021

## PRACTICE POINTER

# Mental health and wellbeing of children and adolescents during the covid-19 pandemic

Elizabeth A Rider,<sup>1</sup> Eman Ansari,<sup>2</sup> Pamela H Varrin,<sup>3</sup> Joshua Sparrow<sup>4</sup>

### What you need to know

- When assessing mental health and wellbeing, consider developmental stage, functional or behavioural manifestations, proximity to and severity of pandemic related hardships, and individual, family, and community strengths, supports, and protective factors
- A child or adolescent may show no observable or reported symptoms of distress, or may show them at some later time
- Primary care physicians' roles include screening, outreach, identification, referral, ongoing monitoring or surveillance, support, and coordination with specialist clinicians
- Encourage resilience in all patients, not just those presenting with mental health and wellbeing concerns

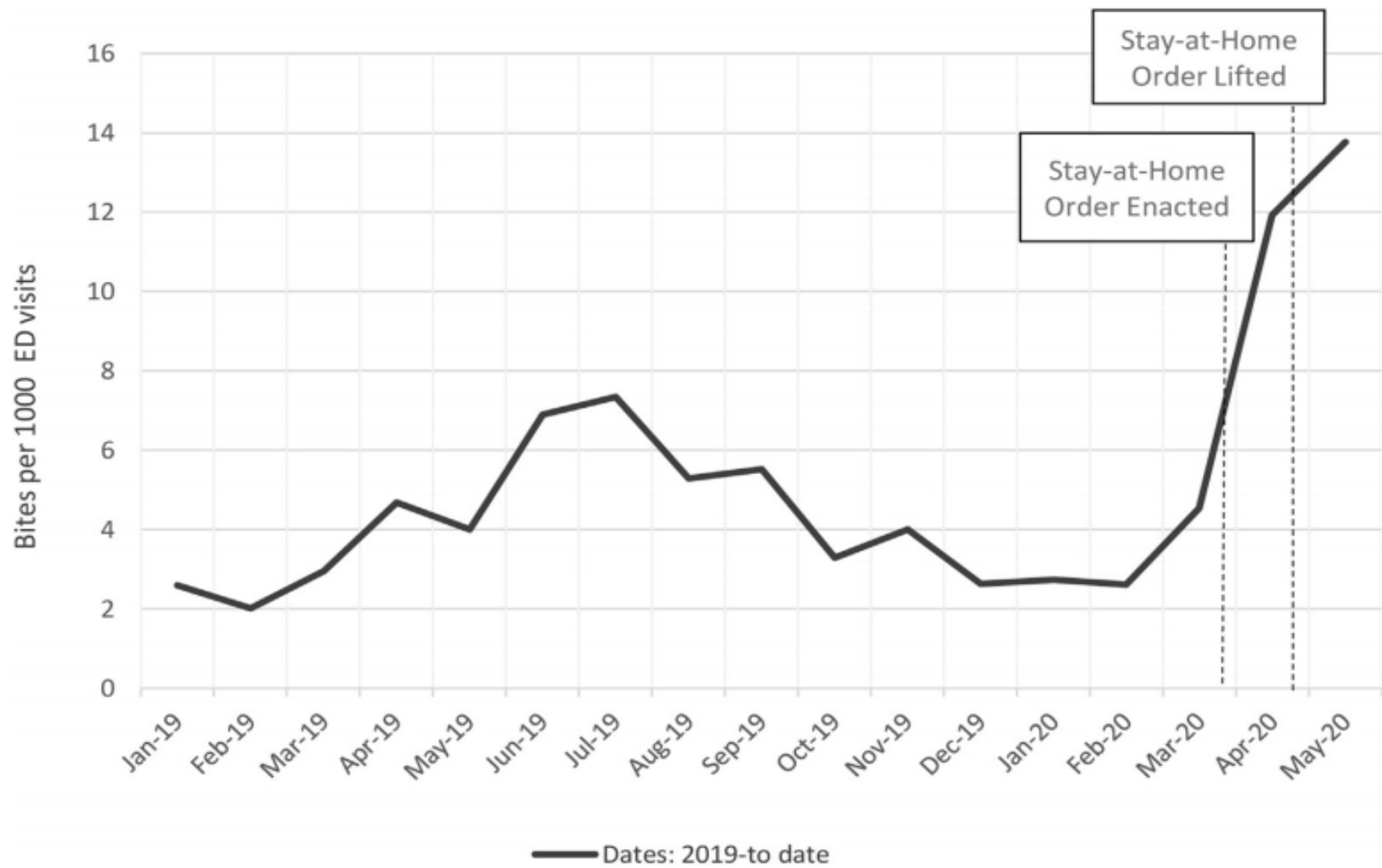
### What does the evidence show?

At the time of writing, most research on covid-19 has focused on adults.<sup>17-20</sup> Research on the mental health effects of the pandemic on children, adolescents, and their families is limited and in some instances contradictory.<sup>21-24</sup> Many of the studies use life satisfaction and wellbeing assessments that are, in general, not intended to detect or predict diagnosable mental health disorders.

Most evidence specific to covid-19 depends on data that are limited because of self-selected/self-reporting participants, smaller sample sizes, virtual-only data collection, heterogeneous samples limiting data aggregation, and short term only outcomes.

The strongest evidence is not about the mental health effects of covid-19—that will emerge over the years





**Figure.** Dog bite incidence before and during the COVID-19 pandemic.

# ¿Porqué vacunar a los NNA?

---

- Es necesario vacunar a los NNA para lograr un control de la pandemia a nivel global
- Desde el punto de vista individual prevenir las infecciones agudas y cuadros graves con necesidad de ingreso a Unidades de Cuidados Intensivos
- Proteger a los NNA con factores de riesgo de cuadros de mayor gravedad y de la mortalidad asociada
- Prevención de COVID persistente en la población pediátrica
- Disminuir el riesgo de Síndrome Inflamatorio Multisistémico asociado a coronavirus
- Disminuir el impacto del cierre de los colegios en la salud mental y bienestar en NNA, y disminuir la inequidad a la que se ha visto enfrentada esta población. La verdadera dimensión de esta medida, solo podrá ser medida una vez que se vuelva a la normalidad



**TABLE 1** Rationale for Eventual Mandatory Pediatric SARS-Cov-2 Immunization

---

1. Although uncommon, severe COVID does occur in children in the form of MIS-C and pulmonary disease.
2. Children do become infected and excrete virus that could infect parents, teachers, and other children.
3. Because childhood infection is often asymptomatic, other precautions will not suffice.
4. If strain change decreases long-lasting immunity, children will at least be primed for an accelerated response to infection or revaccination.
5. Vaccination of children will be needed to reach high coverage and, potentially, herd immunity.
6. Viral mutations are generating variants, such as the one from the United Kingdom, that are spreading more readily to children.
7. Pediatric vaccination programs have a highly successful international track record in making major advances in reducing infectious diseases.
8. There is a well-developed international infrastructure for pediatric immunization that will be a practical path to ensure global immunization against SARS-CoV-2.
9. After immunizing teachers, pediatric vaccination will further accelerate opening of schools and normalizing children's activities key to their well-being and parental work productivity.
10. As is the case for other vaccines, mandatory vaccination of children guarantees high coverage, as opposed to strictly voluntary vaccination.

	1.5 µg group		3.0 µg group		Aluminium hydroxide only group		p value	
	Rate	% (95% CI)	Rate	% (95% CI)	Rate	% (95% CI)	Three groups	1.5-µg vs 3.0-µg group
<b>Phase 1</b>								
Total	27/27	100.0% (87.2–100.0)	26/26	100.0% (86.8–100.0)	0/16	0.0% (0.0–20.6)	<0.0001	1.0
3–5 years	9/9	100.0% (66.4–100.0)	9/9	100.0% (66.4–100.0)	0/5	0.0% (0.0–52.2)	<0.0001	1.0
6–11 years	9/9	100.0% (66.4–100.0)	9/9	100.0% (66.4–100.0)	0/6	0.0% (0.0–45.9)	<0.0001	1.0
12–17 years	9/9	100.0% (66.4–100.0)	8/8	100.0% (63.1–100.0)	0/5	0.0% (0.0–52.2)	<0.0001	1.0
<b>Phase 2</b>								
Total	180/186	96.8% (93.1–98.8)	180/180	100.0% (98.0–100.0)	0/94	0.0% (0.0–3.9)	<0.0001	0.030
3–5 years	46/46	100.0% (92.3–100.0)	45/45	100.0% (92.1–100.0)	0/24	0.0% (0.0–14.2)	<0.0001	1.0
6–11 years	68/69	98.6% (92.2–100.0)	68/68	100.0% (94.7–100.0)	0/35	0.0% (0.0–10.0)	<0.0001	1.0
12–17 years	66/71	93.0% (84.3–97.7)	67/67	100.0% (94.6–100.0)	0/35	0.0% (0.0–10.0)	<0.0001	0.059
Data are n/N (% [95% CI]).								
<b>Table 3: Seroconversion rates of neutralising antibody responses to live SARS-CoV-2 28 days after the second dose</b>								

# **COVID-19 Vaccine (Vero cell), Inactivated**

## **AEFI Analysis Report**

### **for the Population Aged 3-17 Years**

The COVID-19 Vaccine (Vero cell), Inactivated (referred to as the COVID-19 vaccine), researched and developed by Sinovac Life Sciences Co., Ltd. (hereafter referred to as "Sinovac"), obtained its drug approval numbers (CFDA Approval No. S20210002; CFDA Approval No. S20210003) on February 5, 2021. The trade name is CoronaVac, and the

below for details:

Table 1. Classification of AEFIs by cause among the population aged 3-17 years in Chinese mainland

<b>Classification</b>	<b>No. of cases</b>	<b>Proportion (%)</b>	<b>No. of cases</b>
General reaction	1521	85.50%	2.41
Abnormal reaction	54	3.04%	0.09
Coincidental event	32	1.80%	0.05
Psychogenic reaction	93	5.23%	0.15
To be determined	79	4.44%	0.13
Total	1779	100.00%	2.82

Tabla 4. Tasa de reporte de los diez ESAVI notificados con mayor frecuencia en la población de 3 a 17 años vacunada con CoronaVac® en China continental

Síntoma	ESAVI	ESAVI nuevo		ESAVI Conocido		Casos	Tasa de reporte por 100.000 dosis administradas
		Serio	No serio	Serio	No serio		
Mareos	375				375		0,595
Astenia	237				237		0,376
Nauseas	207				207		0,329
Fiebre	202			1	201		0,321
Cefalea	165				165		0,262
Dermatitis alérgica	152		152				0,241
Erupción cutánea	128		128				0,203
Vómitos	115				115		0,183
Síncope	101	1	100				0,16
Malestar de pecho	79		79				0,125
Total	1761						





**ISP aprueba  
ampliación del  
rango etario para  
administrar la  
vacuna CoronaVac  
en menores desde  
los 6 años de edad**

6 Septiembre, 2021

Tras la reunión de la comisión de expertos que analizó los datos de la vacuna CoronaVac en niños y adolescentes entre los 3 y 17 años, el Instituto de Salud Pública de Chile, autorizó la ampliación para su uso de ...



FSM / JRS / VVG / PCS / JCL / VSD  
Ref.: 5995/21

**RESUELVE SOLICITUD DE LA CENTRAL DE ABASTECIMIENTO DEL SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD (CENABAST) PARA AMPLIAR EL RANGO ETARIO EN LA APLICACIÓN DEL PRODUCTO FARMACÉUTICO CORONAVAC SUSPENSIÓN INYECTABLE (VACUNA SARS-CoV-2 ADSORBIDA, VIRIÓN INACTIVADO).**

**RESOLUCIÓN EXENTA N° 4122 06.09.2021**

**SANTIAGO,**

**VISTOS ESTOS ANTECEDENTES:** La presentación de la CENTRAL DE ABASTECIMIENTO DEL SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD (CENABAST) de fecha 27 de agosto de 2021; el oficio ordinario N° 3754 del 27 de agosto de 2021, del Director de CENABAST al Director del Instituto de Salud Pública; el Acta de la segunda sesión del Comité de Urgencia para la Evaluación de Medicamentos y Vacunas cuya indicación terapéutica esté destinada a la prevención o tratamiento del virus SARS-CoV-2, de fecha 6 de septiembre de 2021, el Informe Técnico N° B-44/21, emitido por la Sección de Registro de Productos Biológicos ;



Sociedad  
Chilena  
de Pediatría



Inicio   Sociedad ▾   Filiales ▾   Acceso Rápido  
Historia   Ramas/Comités   Resumen



## POSICIÓN DE SOCHIPE SOBRE LA RECOMENDACIÓN DE VACUNACIÓN COVID-19 EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES (NNA)

La infección por SARS-CoV-2 en Pediatría constituye el 12% de las infecciones por este virus en el país. La mayoría de los casos son asintomáticos o con manifestaciones leves. Sin embargo, de acuerdo con lo aprendido hasta ahora, los NNA con factores de riesgo como asma, otras enfermedades pulmonares crónicas, enfermedades neurológicas, cardiopatías, síndrome de Down, diabéticos, inmunosuprimidos, menores de 1 año y pacientes obesos, entre otros, pueden presentar una evolución más grave y requerir manejo en unidades de cuidados intensivos pediátricos.



## RECOMENDACIÓN DEL CAVEI SOBRE LA VACUNACIÓN COVID-19 EN NIÑOS A PARTIR DE LOS 6 AÑOS

### 6. Recomendación del CAVEI sobre la vacunación COVID-19 en niños

Considerando los antecedentes expuestos, podemos concluir, hasta la fecha, lo siguiente:

- a. La evidencia sobre seguridad e inmunogenicidad de vacunas COVID-19 en niños es escasa, proveniente de estudios clínicos de vacuna inactivada de fase 1 y 2, además de la ausencia de resultados de eficacia. Sin embargo, a diferencia de aquellas basadas en tecnologías innovadoras, el conocimiento acumulado en torno a las vacunas inactivadas permite inferir que su perfil de seguridad se comportará de manera similar a otras vacunas en base a la misma plataforma.
- b. Los niños forman parte del grupo de edad con menor frecuencia de muertes por COVID-19. Sin embargo, el COVID-19 constituye una causa de muerte adicional en niños, posiblemente prevenible con vacuna.
- c. En comparación con otros grupos de edad, la tasa de hospitalización por COVID-19 en niños es baja.
- d. El síndrome inflamatorio multisistémico en niños es de baja ocurrencia en el país, sin embargo, es una condición grave que requiere de ingreso a unidad de paciente crítico.
- e. La incidencia de COVID-19 en niños presenta una tendencia a la baja desde la semana epidemiológica 23 del año en curso.
- f. El suministro de vacunas COVID-19 sigue siendo limitado, con arribo de remesas de las mismas en forma intermitente y de difícil pronóstico en su regularidad (número y fecha de arribo).

La consideración de la vacunación COVID-19 en niños debe tener en cuenta que si bien ellos están menos sujetos a los impactos directos de morbilidad y mortalidad de la infección por SARS-CoV-2 en comparación con otros grupos etarios, han sido afectados de forma significativa de otras formas durante la pandemia por SARS-CoV-2, por ejemplo, la imposibilidad del aprendizaje presencial debido al cierre de escuelas, junto con la interrupción de los beneficios para el desarrollo que la experiencia social conlleva. Si bien todos los niños se ven afectados por las interrupciones del sistema escolar, los efectos son mayores en niños más desfavorecidos, que tienen menos acceso a las opciones de educación a distancia, lo que agrava aún más las desigualdades existentes en el bienestar infantil (14).

El CAVEI ve la vacunación de niños como un proceso necesario para reducir la morbilidad y mortalidad por COVID-19 en ese grupo y contribuir a la disminución de la circulación viral en la población. El 6 de septiembre 2021, el Instituto de Salud Pública de Chile ISP aprobó la ampliación del rango etario para administrar la vacuna CoronaVac®, por lo que su uso en Chile es posible a partir de los 6 años (1). El CAVEI recomienda la vacunación de niños de 6 a 11 años con la vacuna CoronaVac®, comenzando por aquellos en mayor riesgo de infección por SARS-CoV-2 y de COVID-19 grave, es decir, niños con comorbilidades, inmunosuprimidos y con condiciones de riesgo como obesidad. Posteriormente, vacunar a los niños de 6 a 11 años sanos en orden decreciente de edad.

**“DECLARACIÓN DE LA SOCIEDAD CHILENA DE INFECTOLOGÍA SOBRE EL INICIO DE LA  
VACUNACIÓN CONTRA EL SARS-COV-2 EN NIÑOS DESDE LOS 6 AÑOS DE EDAD”**

**9 de septiembre 2021**

El Instituto de Salud Pública de Chile aprobó recientemente la ampliación del rango etario para administrar la vacuna CoronaVac® a partir de los 6 años de edad. Ante esta decisión, resulta relevante destacar algunos puntos respecto a esta medida y su impacto en la población del país:

- Actualmente, el 86,9% de la población objetivo a vacunar contra el COVID-19 tiene su esquema de vacunación completa <sup>1</sup>. Esta población ha contemplado a la fecha a los mayores de 12 años de edad. Es esperable por lo tanto, que se vaya produciendo un aumento porcentual de casos en personas no vacunadas, incluyendo en esta a los niños y niñas.

- Pese a que los niños y niñas pueden ser menos susceptibles a la infección de SARS-CoV-2 y presentar cuadros clínicos más leves o incluso asintomáticos en comparación con los adultos, los niños y niñas pueden:

a) Infectarse con el virus.

b) Transmitir la infección a otros sujetos.

c) Tener formas de presentación clínica graves: según los reportes del Ministerio de Salud, un 1,7% de los casos de COVID-19 en esta población han requerido hospitalización, un 0,1% ha presentado un Síndrome Inflamatorio Multisistémico asociado al COVID-19, se han reportado casos severos especialmente en niños y niñas con obesidad y más de 111 casos de fallecimientos en menores de 18 años <sup>2</sup>.

d) Desarrollar problemas en la salud mental, física y socioemocional con repercusiones a corto, mediano y largo plazo, esto dado por las medidas de contención, que han incluido cierre de escuelas y jardines infantiles, cuarentenas y restricción de la movilidad.

# Interrogantes

---

✓ **SIM-C post vacuna?**

No descrito hasta ahora

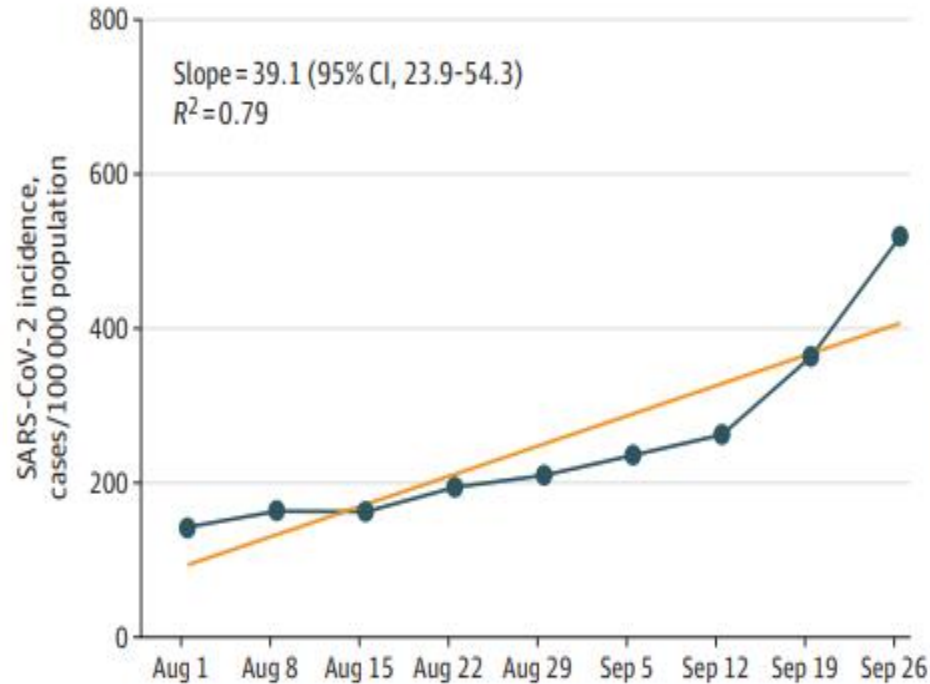
✓ **Infección de respuesta exagerada en contacto con el virus SARS-CoV-2?**

No descrito hasta ahora

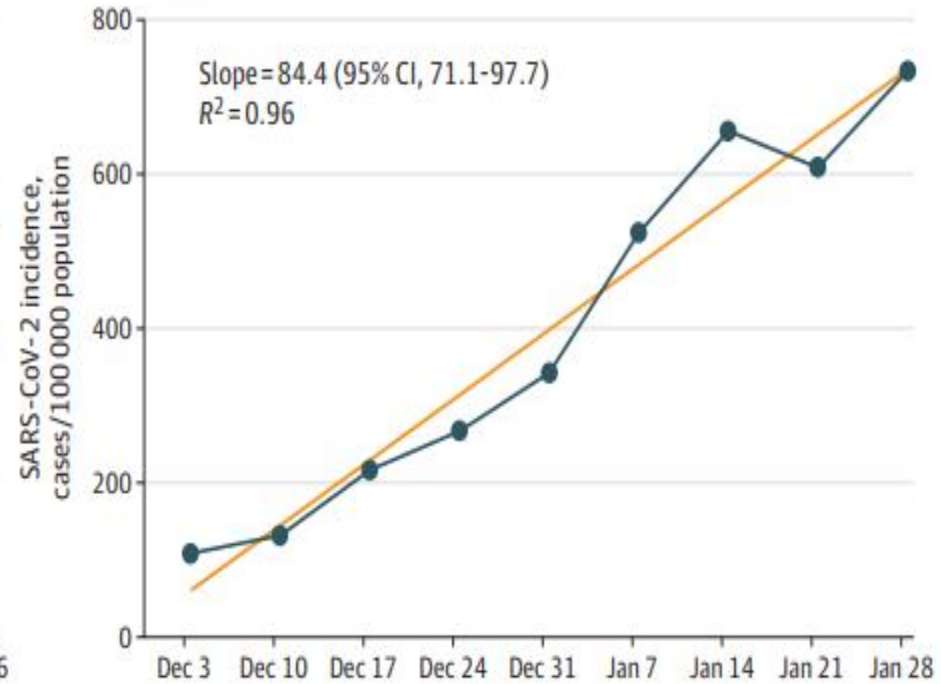
✓ **Rol de la vacuna una vez establecida la circulación comunitaria de nuevas variantes, como la delta**  
Evaluación de la efectividad en amplia circulación comunitaria de a variante

Figure. Weekly Adjusted Incidence Rate Curves in Studied Periods

**A** August 1-October 2, 2020



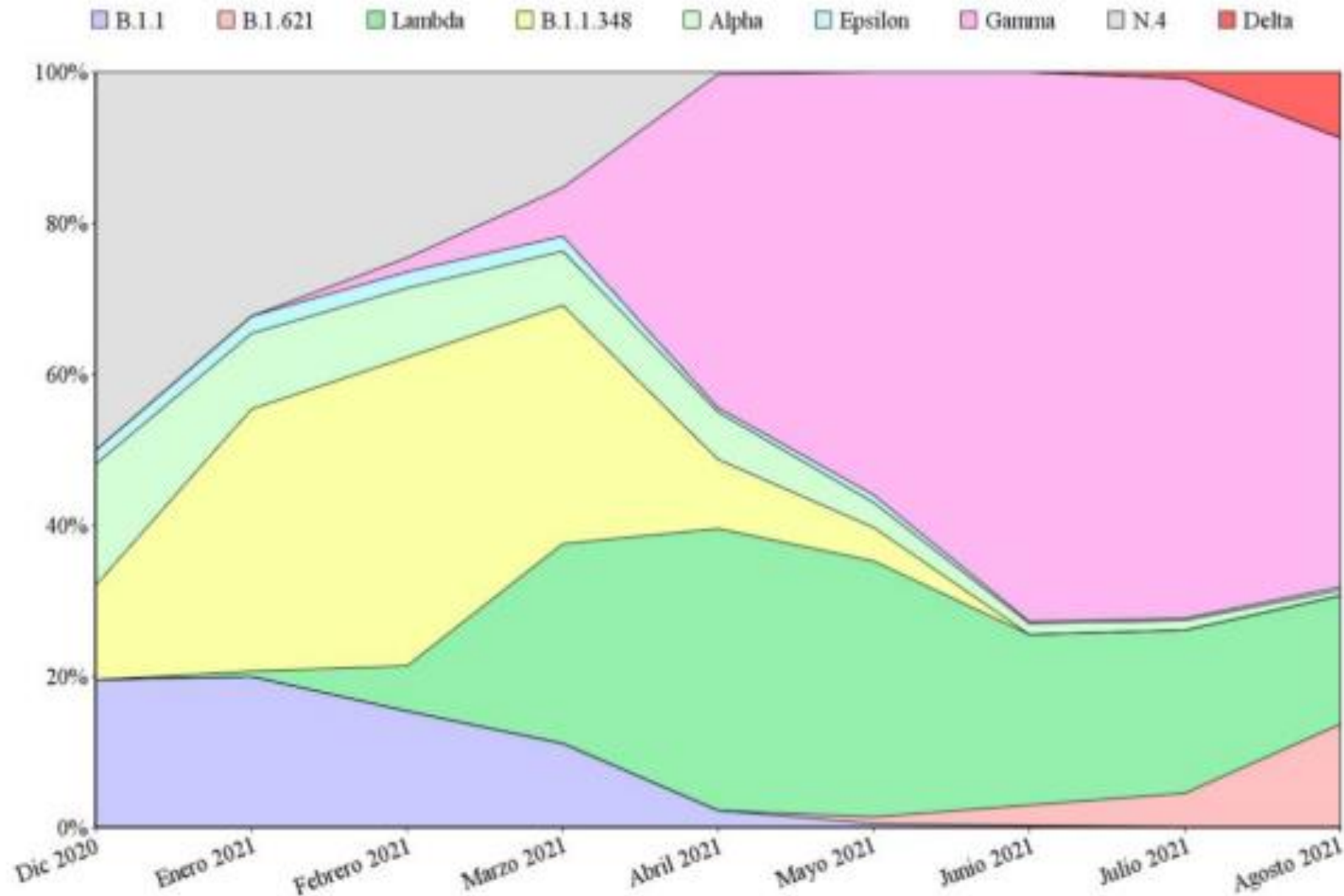
**B** December 3, 2020-February 3, 2021



Weekly adjusted incidence (new SARS-CoV-2 cases/100 000 in children aged 0-9 years) are presented during the respective periods. Linear regression curves are depicted by the lines connecting the dots. Dates outlined represent day 1 of the studied week.  $R^2$  denotes the  $R^2$  value of the regression line. The slope (with 95% CI) is for the regression

line. The ratio of highest to lowest weekly adjusted incidence rates was higher during December 2020 to February 2021 (6.75 [95% CI, 6.3-7.2]) compared with 3.62 (95% CI, 3.4-3.8) during August to October 2020.

**Figura 7: Evolución de los linajes predominantes de SARS-CoV-2 en Chile, diciembre 2020 - agosto 2021.**



Fuente: Instituto de Salud Pública de Chile.

# Conclusiones

---

- Este grupo genera una potente respuesta inmune con la vacuna inactivada CoronoVac®
- Los NNA poseen una amplia experiencia inmunitaria en vacunas inactivadas y alcanzan altas coberturas
- Contamos con una infraestructura y recursos humanos capaz de absorber la demanda que generaría la inmunización en este grupo
- Es necesario contar con estudios de fase 3 en relación a la seguridad de esta vacuna y mayor seguimiento
- Se debe reforzar en la pesquisa y notificación de ESAVI asociadas a la inmunización



¡Gracias!

