



INMUNIZACIÓN FRENTE AL VRS

# NUEVA ESPERANZA

ANTE UN VIRUS QUE PONE EN JAQUE  
LAS URGENCIAS PEDIÁTRICAS





ALICIA. ALMENDROS. Madrid

En España se producen cada año alrededor de 100.000 episodios de bronquiolitis en niños menores de 2 años, siendo la principal causa de hospitalización en pediatría. El año pasado los casos se dispararon poniendo en jaque las urgencias pediátricas de muchos hospitales en nuestro país. “Aumentaron mucho las visitas a urgencias, tuvimos que abrir salas de hospitalización, servicios que no son para ello, anulamos cirugías y convertimos un hospital de día en planta de hospitalización”, expone Yolanda Sánchez, supervisora de enfermería del área de procesos del Hospital Niño Jesús.

El causante de esta patología es el Virus Respiratorio Sincitial, más conocido como VRS. “Este virus es el responsable principal de infecciones en las vías respiratorias inferiores en la población infantil menor de un año, especialmente las relacionadas con la bronquiolitis y la neumonía. A nivel mundial es la segunda causa de muerte en el mundo en menores de un año”, resalta Inmaculada Cuesta, secretaria de la Asociación Nacional de Enfermería y Vacunas (Anenvac).

Las medidas utilizadas para el control de la pandemia de COVID-19 en 2020 y otros posibles factores como la interferencia vírica, “distorsionaron la estacionalidad de VRS. De ahí, que en la temporada 2022-2023, se haya observado un exceso de pico epidémico y de hospitalizaciones por infección causada por

**“Es la segunda causa de muerte en el mundo en menores de un año”**

el VRS por falta de exposición a este virus durante los primeros meses de vida en las temporadas anteriores”, comenta Tamara Domingo, enfermera del Instituto de Investigación Enfermera del Consejo General de Enfermería.

### Buenas expectativas

Este año todo apunta a que el escenario va a ser diferente, mucho mejor que en años anteriores, ya que la Agencia

Europea del Medicamento (EMA) ha dado luz verde a un anticuerpo monoclonal frente a esta patología. “Se trata de nirsevimab, un medicamento que previene la enfermedad grave del tracto respiratorio inferior (pulmones) causada por el VRS en lactantes y recién nacidos durante su primera temporada de VRS”, resalta Domingo.

“Es una gran esperanza para la prevención de la bronquiolitis del lactante y todos los efectos colaterales que producen. Además, los estudios arrojan una eficacia relativa frente a padecimiento de la enfermedad, hospitalización y casos graves de cerca del 80%”, explica Cuesta. “Y a la vez es un gran reto para las enfermeras que tenemos que estar formadas e informadas para la implementar la estrategia de prevención en cuento se disponga del anticuerpo monoclonal en los puntos de vacación establecidos en las diferentes comunidades autónomas”, añade.

### Vía intramuscular

El nirsevimab es un anticuerpo monoclonal dirigido al sitio antigénico de una de las proteínas del VRS, siendo su mecanismo de acción bloquear la entrada del virus. Es decir, es un medicamento compuesto por anticuerpos, fabricados en laboratorio, que se administra como una vacuna, y que da defensas para proteger al lactante directamente bloqueando el virus respiratorio sincitial. Su nombre comercial es Beyfortus y con una sola dosis proporciona protección durante al menos cinco meses. “Se va a administrar por vía intramuscular, preferi-



blemente en la cara anterolateral externa del muslo como la mayoría de las vacunas”, explica Domingo.

La campaña arranca en gran parte de las comunidades la primera semana de octubre, aunque hay alguna comunidad como Galicia o Andalucía que empezaron la última semana de septiembre.

“Según las recomendaciones para esta temporada 2023-2024 se va a administrar a los menores de seis meses nacidos a partir del 1 de abril de 2023 hasta el 31 de marzo de 2024. Se priorizará la inmunización de los nacidos durante la temporada y los nacidos previamente se inmunizarán lo antes posible (octubre). Es decir, en el caso de los nacidos entre octubre de 2023 y marzo de 2024 recibirán la inmunización en el hospital antes del alta en la planta de maternidad. Y aquellos que no lo reciban ahí por el motivo que sea, podrán solicitarlo para recibirlo bien en hospital o en Atención Primaria”, reseña Domingo que además es enfermera pediátrica en un hospital madrileño.

Cada comunidad autónoma organizará su campaña en cuanto a logística y planificación según sus planes y recursos. “En el hospital vamos a empezar el día 2 de octubre a ‘vacunar’. Las familias tienen que citarse con autocita, igual que se hizo con el COVID, y así ellos escogen el horario y el centro que prefieran. La verdad que estamos expectantes y con ganas de empezar”, explica Sánchez, que es además la encargada de las campañas de vacunación e inmunización

del VRS en el Hospital Niño Jesús de Madrid.

“También se lo van a poner a la población infantil con alto riesgo de desarrollar enfermedad grave por VRS, entre los que se incluyen a prematuros de menos de 35 semanas de gestación durante el primer año de vida, y a menores de dos años con ciertas patologías de alto riesgo”, añade Domingo.

### “Los efectos secundarios son escasos o leves”

Los efectos secundarios son escasos o leves como erupción, fiebre y reacción en el lugar de la inyección en los 7-14 días posteriores a la dosis.

### Diferencia con una vacuna

Este medicamento que va a inmunizar a los más pequeños no es una vacuna al uso. “Mientras que, en la inmunización activa, las vacunas, introduce un microbio o parte de él en el organismo para que el sistema inmunológico ‘aprenda’ sobre el virus

y desarrolle anticuerpos, en las inmunizaciones pasivas, como las inmunoglobulinas o los anticuerpos monoclonales, se administran directamente los anticuerpos artificiales contra un virus para ayudar al cuerpo, en cuanto se mete, a combatir las infecciones. Los anticuerpos monoclonales ofrecen una protección puntual, rápida y directa frente a la enfermedad, ya que no requieren la activación del sistema inmunitario”, resalta Domingo.

Esta enfermera ha participado como experta en el grupo de trabajo del Ministerio de Sanidad sobre la puesta en marcha de la campaña. “Han sido meses duros de trabajo en

equipo para elaborar un documento cuyo objetivo fuese evaluar la utilización de nirsevimab en la población infantil para la inmunoprofilaxis de la enfermedad por VRS en la temporada 2023-2024. Como enfermera pediátrica, mi participación en el grupo destacó en mi implicación en el apartado de estrategias de utilización de este medicamento y el anexo 5 sobre aspectos prácticos del uso para personal sanitario”, explica.

Los estudios revelan datos esperanzadores, ya que este protege contra casos graves de bronquiolitis por VRS y necesidades de ingreso, además que hace menos frecuente que el

menor necesite atención médica. “A medida que se vayan autorizando y estando disponibles otras estrategias de inmunización frente a VRS, se volverán a revisar estas recomendaciones y los grupos diana”, apostilla Domingo.

### “El principal factor de riesgo es la edad”

#### El virus

Congestión nasal, moqueo, tos... La bronquiolitis comienza como un resfriado común, pero en lactantes pueden evolucionar con tos persistente, irritabilidad y rechazo de la alimentación, dificultad respiratoria (respiración rápida, “pitos”, quejido, vómitos y fiebre): es imprescindible que los familiares sepan reconocer estos síntomas de gravedad para acudir a su pediatra y enfermera.

“Cada año en nuestro puesto de trabajo vemos como una madre traer a su hijo con una pequeña preocupación porque el niño está resfriado y de forma impredecible pasa a un estado grave”, expuso Alejandro García, vocal de Anenvac y director de enfermería de Atención Primaria del Servicio Extremeño de Salud, durante una jornada *online* celebrada por Anenvac. “El principal factor de riesgo es la edad. Pero, es que el VRS genera patología aguda pero también genera enfermedad a lo largo de la vida”, añade.

“Cuando una familia llegaba con bronquiolitis causada por el VRS genera frustración, tanto a la familia como

a los sanitarios que atendemos al pequeño, porque no existe un tratamiento específico. Desgraciadamente, el único tratamiento aceptado es el sintomático: manejo de secreciones, oxigenoterapia, hidratación y nutrición adecuadas. Hay controversia sobre uso de otras medidas como fisioterapia, corticoides, broncodilatadores...”, resalta García.

Además, este virus es imprevisible, “pero ahora contamos con una gran herramienta y, por tanto, los profesionales debemos aprovechar para formarnos y dar información a las familias para que estén concienciados”, apostilla.

Afecta principalmente a niños, pero también la pueden padecer las personas adultas. Y la forma de contagiarse es a través de la saliva y de la mucosidad de las personas infectadas, aerosoles o gotitas que se producen al respirar, toser, estornudar, al tocar superficies u objetos en los que el VRS puede quedarse durante horas —chupetes, juguetes...— y tocar posteriormente la boca, la nariz o los ojos.

#### Enfermeras

Como ha ocurrido en otras campañas de vacunación e inmunización previas, las enfermeras van a capitanear esta labor. “Van a ser las ‘manos ejecutoras’ de la administración del anticuerpo monoclonal. Pero también vamos a ser las personas que debemos informar y desvelar dudas a los padres y ciudadanos con interrogantes de todo tipo. La captación activa y rápida para la administración del anticuerpo es fundamental para frenar al VRS y evitar las bronquiolitis como una herramienta segura”, resalta la secretaria de Anenvac.

