

PREVENCIÓN DEL VIRUS RESPIRATORIO SINCITAL (VRS) EN LACTANTES Y POBLACIÓN INFANTIL



Con la colaboración de:

sanofi



¿Cómo se propaga el VRS?

El VRS se transmite fácilmente a través de las gotículas emitidas al hablar, toser o estornudar; por lo que el contacto físico estrecho, los abrazos y los besos favorecen la transmisión.

También puede sobrevivir en superficies durante muchas horas y contagiar a los bebés si tocan estas superficies contaminadas y luego se tocan los ojos, la nariz o la boca¹.



¿Existe alguna opción preventiva actualmente?

Actualmente disponemos de un anticuerpo monoclonal indicado para la prevención de la enfermedad de las vías respiratorias inferiores producida por el virus respiratorio sincital (VRS) en neonatos y lactantes en su primera temporada (Nirsevimab).

¿Cómo puedes ayudar a proteger a los lactantes frente al VRS?

El VRS se transmite a través de la tos, los estornudos y el contacto físico estrecho. Puede sobrevivir durante horas en las superficies, sin embargo, hay cosas que puedes hacer para ayudar a proteger a tu hijo del VRS^{2,3}:

- Lavarte las manos frecuentemente.
- Evitar el contacto estrecho con cualquier persona que no se encuentre bien.
- Desinfectar con frecuencia juguetes, superficies y utensilios de cocina.



¿Cuándo se debe administrar?

Según las recomendaciones del Ministerio de Sanidad (CISNS)⁴

- Población infantil con alto riesgo de enfermedad grave por VRS.
- Niños/as prematuros con una edad gestacional <35 semanas: administración de una sola dosis antes de cumplir 12 meses de edad.
- Niños/as con el resto de patologías: se administrará una dosis antes de cada temporada de VRS antes de cumplir los 24 meses de edad en el momento de recibir la inmunización.
- Población infantil sana: Menores de 6 meses al inicio o durante la temporada de VRS; se recomienda para la temporada 2023-2024, la administración de una dosis a los menores de 6 meses nacidos a partir del 1 abril de 2023 y hasta el 31 de marzo de 2024. A los nacidos durante la campaña de inmunización, se recomienda la administración del anticuerpo monoclonal en los primeros días de vida (preferentemente, el primer día si es posible).

Se administra vía IM en vasto externo del lactante.

Se ha demostrado la seguridad de Nirsevimab incluso en grandes prematuros.

La reacción adversa más frecuente fue la erupción (0,7%) que se produjo en los 14 días posteriores a la dosis. La mayoría de los casos fueron de intensidad leve a moderada. Además, se notificaron pirexia y reacciones en el lugar de la inyección en una tasa de 0,5% y 0,3% dentro de los 7 días posteriores a la dosis, respectivamente⁵.



Referencias bibliográficas

1. Piedmonte G, Perez MK. Respiratory syncytial virus infection and bronchiolitis. *Pediatr Rev.* 2014 2014;35(12):519-530. Erratum in: *Pediatr Rev.* 2015; 36(2):85.
2. Eiland LS. *J Pediatr Pharmacol Ther.* 2009;14(2):75-85.
3. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). RSV. *Prevention.* 2020. Disponible en: <https://www.cdc.gov/rsv/about/prevention.html> [Último acceso: 28 septiembre 2023].
4. Recomendaciones de utilización de Nirsevimab frente a virus respiratorio sincital para la temporada 2023-2024. Grupo de Trabajo utilización de Nirsevimab frente a infección por virus respiratorio sincital de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, julio 2023. Disponible en: <https://www.enfermeriayvacunas.es/wp-content/uploads/2023/09/RECOMENDACIONES-Nirsevimab-CISNS.pdf> [Último acceso: 28 septiembre 2023].
5. Ficha técnica Nirsevimab: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/1221689004/FT_1221689004.html