

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



¿Cuáles son las complicaciones más frecuentes del VRS?



Todos los lactantes están en riesgo de sufrir una enfermedad grave por VRS, como **bronquiolitis o neumonía**. El VRS es el principal causante de estas enfermedades respiratorias, pero también pueden ser producidas por otros virus⁸.

La mayoría de los niños (alrededor del 90-95%) sufren al menos una infección por VRS en los 2 primeros años de vida y la mitad de ellos dos infecciones^{12,13}.

Hay que tener en cuenta que la carga del VRS se extiende más allá de la atención médica inicial. La infección por VRS se asocia con el aumento de la incidencia de otitis media y neumonía y con el uso innecesario de antibióticos (complicaciones a corto plazo) y a sibilancias recurrentes y función pulmonar reducida (complicaciones a largo plazo)^{14,15,16}.

De hecho, la infección grave por VRS en los primeros meses de la vida, en especial si precisa hospitalización, es un factor de predisposición de desarrollo de asma^{17,18}.

¿Y los síntomas que indican gravedad?

- No come como de costumbre, tomando menos de la mitad de la cantidad habitual en las dos o tres últimas comidas.
 - Respira muy rápido.
- Tiene fiebre alta, de 38 °C o más.
- Parece cansado o irascible.

Ocasionalmente, los síntomas pueden empeorar rápidamente y necesitar ayuda más urgente^{1,8,9}.

- Tiene dificultad para respirar o se fatiga en el intento (en cuyo caso, se puede ver que las costillas aparecen anormalmente marcadas con cada respiración, se queja debido a la dificultad para respirar o se pone pálido y sudoroso).
- Para de respirar durante un largo periodo de tiempo o hay pausas frecuentes en su respiración.
- Se pone pálido o presenta un color azulado en el interior de los labios y lengua (lo que se llama cianosis).

¿Cuál es el tratamiento?

Existen opciones limitadas para tratar la infección por VRS, basándose en un tratamiento sintomático.

En el caso de las infecciones graves por VRS que requieren hospitalización, los bebés podrían llegar a necesitar administración suplementaria de oxígeno, nutrición y ventilación mecánica^{2,3,7}.

No existe un tratamiento eficaz, los nebulizadores no funcionan y los corticoides son contraproducentes.

¿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^{4,5}:

- 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.

¿Qué es una bronquiolitis?

Es una infección pulmonar común en los niños pequeños y lactantes, que causa inflamación y congestión de las vías respiratorias inferiores (bronquiolos) del pulmón, dificultando la respiración. La mayoría de los casos no son graves y se solucionan en pocas semanas sin tratamiento^{9,10}.

Los primeros signos de bronquiolitis son parecidos a los del catarro, como secreción nasal y tos. Otros síntomas que aparecen incluyen fiebre, sibilancias y dificultad para alimentarse. La bronquiolitis puede empeorar, resultando en dificultad respiratoria y teniendo que ir al hospital^{9,10}.

¿Qué es una neumonía?

El VRS puede causar también neumonía, una infección que provoca inflamación en uno o ambos pulmones¹¹.

En los lactantes, la neumonía puede producir tos, fiebre, irritabilidad o más cansancio del habitual, e incluso tener dificultades para respirar y comer¹¹.

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



Referencias bibliográficas

1. MayoClinic. Virus respiratorio sincital (VRS). Síntomas y causas. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/respiratory-syncytial-virus/symptoms-causes/syc-20353098> [Último acceso: 4 octubre 2023].
2. Griffin M, *et al.* N Engl J Med. 2020;383:415-425.
3. Barr R, *et al.* Ther Adv Infect Dis. 2019; 6:2049936119865798.
4. Eiland LS. J Pediatr Pharmacol Ther. 2009;14(2):75-85
5. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). RSV. Prevention. 2020. Disponible en: <https://www.cdc.gov/rsv/about/prevention.html> [Último acceso: 4 octubre 2023].
6. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Respiratory Syncytial Virus (RSV). Symptoms and care. 2021. Disponible en: <https://www.cdc.gov/rsv/about/symptoms.html> [Último acceso: 4 octubre 2023Último acceso: 4 octubre 2023].
7. 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.
8. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). RSV in Infants and Young Children. 2020. Disponible en: <https://www.cdc.gov/rsv/high-risk/infants-young-children.html> [Último acceso: 4 octubre 2023Último acceso: 4 octubre 2023].
9. Sociedad Española de Neumología Pediátrica (NEUMOPED). Bronquiolitis. Disponible en: <https://neumoped.org/bronquiolitis/> [Último acceso: enero 2022Último acceso: 4 octubre 2023].
10. Pediatría Integral. Órgano de expresión de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP). Bronquitis y bronquiolitis. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/numeros-antiguos/publicacion-2012-01/bronquitis-y-bronquiolitis/> [Último acceso: 4 octubre 2023].
11. Pediatría Integral. Órgano de expresión de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP). Neumonía y neumonía recurrente. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2021-01/neumonía-y-neumonía-recurrente-2/> [Último acceso: 4 octubre 2023].
12. Openshaw PJM, Chiu C, Culley FJ, Johansson C. Protective and Harmful Immunity to RSV Infection. Annu Rev Immunol. 2017;35:501-32.
13. Borchers AT, Chang C, Gershwin ME, Gershwin LJ. Respiratory syncytial virus—a comprehensive review. Clin Rev Allergy Immunol. 2013;45:331-79.
14. Piedimonte G, Pérez MK. Infección por virus sincital respiratorio y bronquiolitis [la corrección publicada aparece en Pediatr Rev. 2015 Feb;36(2):85]. Pediatr Rev. 2014;35(12):519-530
15. Abreo A, *et al.* Infant Respiratory Syncytial Virus Bronchiolitis and Subsequent Risk of Pneumonia, Otitis Media, and Antibiotic Utilization. Clin Infect Dis. 2020 Jun 24;71(11):2111-2114.
16. Driscoll AJ, *et al.* Does respiratory syncytial virus lower respiratory illness in early life cause recurrent wheeze of early childhood and asthma? Vaccine. 2020 Mar 4;38(11):2435-2448.
17. Arriola CS, *et al.* Estimated Burden of Community-Onset Respiratory Syncytial Virus-Associated Hospitalizations Among Children Aged <2 Years in the United States, 2014-15. J Pediatr Infect Dis Soc. 2020;9(5):587-95.
18. Mejias A, *et al.* Risk of childhood wheeze and asthma after respiratory syncytial virus infection in full-term infants. Pediatr Allergy Immunol. 2020 Jan;31(1):47-56.