

ANDALUCÍA

SALUD PÚBLICA | ANDALUCÍA Y GALICIA SON LAS PRIMERAS EN LA INMUNIZACIÓN MASIVA DE LOS LACTANTES

El SAS cifra en 63.600 niños la población a proteger de la bronquiolitis

● La inmunización masiva de los lactantes frente al Virus Respiratorio Sincitial (VRS) arranca por primera vez hoy en Andalucía ● Esta medida pionera en el ámbito mundial reducirá la carga asistencial

Noelia Márquez SEVILLA

El Servicio Andaluz de Salud (SAS) cifra en 63.600 los niños a proteger en la campaña que comienza este lunes, 25 de septiembre, frente a la bronquiolitis, enfermedad contagiosa causada principalmente por el Virus Sincitial (VRS) y motivo del 70% de las hospitalizaciones de lactantes por infección respiratoria.

La protección de los menores de seis meses mediante la administración del anticuerpo nirsevimab (el nombre comercial es Beyfortus) es la principal novedad en la campaña de inmunización estacional para hacer frente a las infecciones respiratorias. Esta medida permitirá reducir, en gran medida, costes sanitarios y sobrecargas en las consultas de Pediatría y las áreas de hospitalización durante los meses de otoño e invierno.

“Los pediatras estamos muy emocionados con esta campaña frente a la bronquiolitis, enfermedad que representa una enorme carga asistencial en las consultas, tanto en centros de salud, como

en hospitales y urgencias”, explica la pediatra Irene Rivero, miembro del Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría, al recordar algunos datos: de media esta enfermedad provoca 200.000 hospitalizaciones en el ámbito estatal, de las cuales en torno al 80% se pueden evitar con el anticuerpo nirsevimab (160.000 hospitalizaciones).

Según datos del SAS, en 2022 se registraron 2.581 ingresos de menores de un año por bronquiolitis en Andalucía y el mayor pico se produjo en noviembre. En Atención Primaria y Urgencias se calcula una reducción de asistencias por bronquiolitis de un 70%, según los resultados de eficacia del anticuerpo.

PIONERAS FRENTE AL VRS

Andalucía y Galicia son las primeras comunidades autónomas en iniciar esta campaña de inmunización. El resto de comunidades se incorporarán partir de octubre. “España es el primer país del mundo en incluir nirsevimab en el calendario de inmunización”, ase-

vera la doctora Rivero, al incidir que otros países como Reino Unido, Francia y Alemania administran este fármaco pero de manera restrictiva a través de ensayos.

¿QUÉ NIÑOS SE PROTEGEN?

Los bebés de hasta seis meses y niños menores de dos años de alto riesgo recibirán de manera sistemática el anticuerpo monoclonal nirsevimab, autorizado en la Unión Europea el 31 de octubre de 2022. Según los resultados de ensayos clínicos, este fármaco ha demostrado ser muy eficaz frente a la bronquiolitis por VRS siendo capaz de prevenir el 83,3% de las infecciones respiratorias durante seis meses tras su administración.

Los lactantes que recibirán nirsevimab: menores de 6 meses nacidos entre el 1 de abril de y 30 de septiembre, que lo recibirán en Atención Primaria; y los nacidos entre el 1 de octubre 2023 y 31 de marzo de 2024, que lo recibirán en el hospital.

A esta población se suman dos grupos más: los menores de 1 año con antecedente de prematuri-

Bronquiolitis, qué es y cómo detectarla

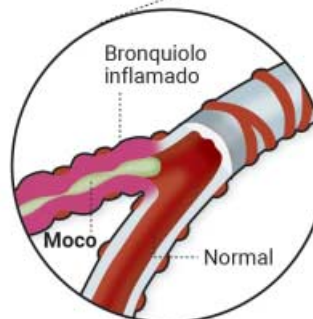
1 ¿Qué es la bronquiolitis?

Es la inflamación de las ramas más finas de los bronquios y produce obstrucción y dificultad para respirar en los lactantes. El virus respiratorio sincitial (VRS), el más común durante los meses fríos en España, es su principal responsable.

El sistema respiratorio del bebé es más pequeño



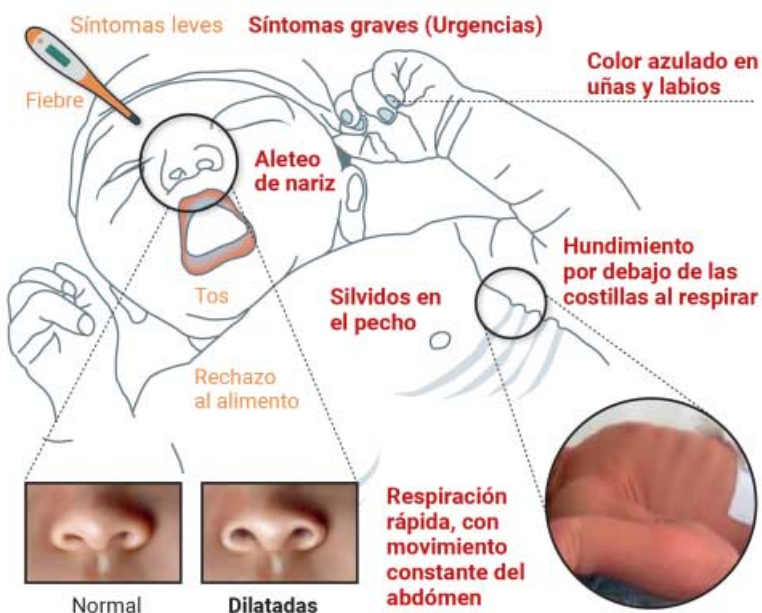
Bronquiolo



Los bebés tienen más glándulas que producen moco que los niños de más edad y adultos

2 Síntomas: cuándo ir a Urgencias

La mayoría de las bronquiolitis son leves y cursan como un catarro que se resuelve en pocos días. Pero, otras veces, tras 3 a 4 días con mocos y tos, aparece la dificultad para respirar. En menores de 3 meses y bebés con patologías, puede resultar una enfermedad grave.



FUENTE: Elaboración propia y Andavac. GRÁFICO: Dpto de Infografía.

MARTÍN NAVARRO **Profesor titular de Pediatría**

“Inmunizar a los lactantes del VRS es un avance espectacular”

N. M.

—¿Qué es la bronquiolitis?

—Es una infección respiratoria aguda que afecta fundamentalmente a los bronquios y muy especialmente a las ramificaciones más finas de los bronquios, los bronquiolos. Esta infección afecta generalmente a

los niños menores de dos años. El agente biológico que principalmente la provoca es el Virus Sincitial Respiratorio (VRS). Otros virus como el de la gripe también pueden provocar bronquiolitis, pero con mucha menor frecuencia.

—¿Cuándo se produce?

—La estacionalidad es una de las principales características

de la bronquiolitis. La epidemia suele comenzar en octubre y se prolonga hasta principios de la primavera. Supone una sobrecarga asistencial tanto en Atención Primaria como a nivel hospitalario.

—¿Síntomas?

—Suele comenzar como un catarro banal: El lactante comienza con moqueo, tos, fiebre



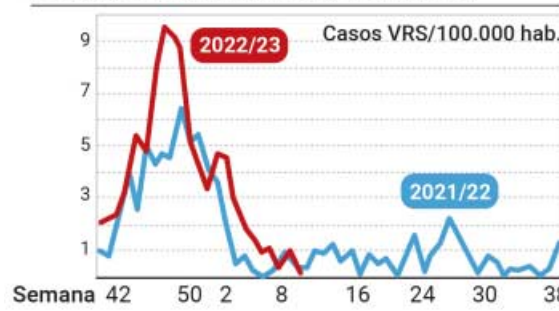
y algunas veces se queda en esos síntomas durante aproximadamente una semana. Pero en otras ocasiones, tras el catarro los síntomas se intensifican y el niño comienza a respirar con dificultad, lo cual se comprueba al ver las costillas cuando el bebé respira. La respiración es además ruidosa, con silbancias, lo que popularmente se conoce como pitos. Esto ocurre porque el niño afectado tiene los bronquios y los bronquiolos inflamados y con gran cantidad de mocos causados por la infección. Muchos niños precisan ingreso hospitalario e incluso en UCI. La bronquiolitis es la primera causa de hospitalización en niños menores de dos años. Una vez superado el

Evolución del virus respiratorio sincitial (VRS) en España

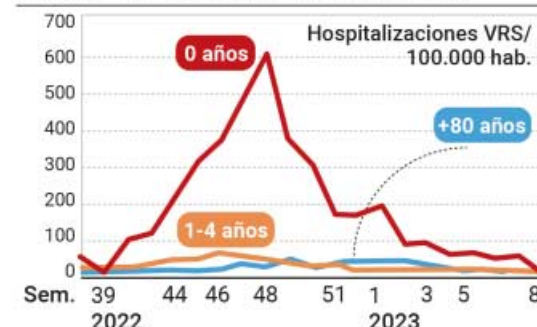
□ EVOLUCIÓN DE LA POSITIVIDAD AL VIRUS VRS EN LOS ÚLTIMOS AÑOS



□ HOSPITALIZACIONES SEMANALES



□ HOSPITALIZACIONES SEGÚN EDAD



FUENTE: Ministerio de Sanidad (Nirsevimab). GRÁFICO: Dpto de Infografía.

dad; y menores de 2 años con enfermedades de riesgo (cardiopatías congénitas, displasia broncopulmonar, inmunodepresión grave, errores congénitos del metabolismo, enfermedades neuromusculares, enfermedades pulmonares graves, síndromes genéticos con problemas respiratorios relevantes, síndrome de Down, fibrosis quística, y en cuidados paliativos).

“Otra de las ventajas del nuevo anticuerpo reside en que sólo requiere de una sola inyección mientras que la herramienta de la que se disponía hasta ahora (palivizumab) requiere cinco inyecciones por niño”, añade la doctora Rivero.

DE ÁMBITO ESTATAL

La protección frente a la bronquiolititis a través del anticuerpo monoclonal se desarrolla en todas las comunidades autónomas desde julio, tras la publicación de las recomendaciones de utilización de nirsevimab por parte

de la Comisión de Salud Pública del Ministerio de Sanidad.

En la temporada 2022-2023, se observaron mayores tasas acumuladas de hospitalización en el ámbito estatal por VRS en todos los grupos de edad (con excepción del grupo de 45-64 años) que en la temporada previa.

La Junta de Andalucía ha dispuesto amplia información sobre la bronquiolititis y el fármaco para prevenirla en la página de Andavac (<https://www.andavac.es/>).

¿QUÉ PROVOCA EL VRS?

El virus Respiratorio Sincitial (VRS) es la principal causa de infecciones en las vías respiratorias inferiores en la población infantil menor de un año, especialmente las relacionadas con bronquiolititis y neumonía, así como en la población adulta mayor de 65 años y en personas con condiciones de riesgo.

“Se ha comprobado efectos de la infección a medio y largo plazo: los niños que sufren bronquiolititis

en el primer año de vida tiene más riesgo de sufrir asma y EPOC en la edad adulta”, añade la experta.

A nivel mundial, es la segunda causa de muerte en el mundo en menores de un año. En España, las infecciones por VRS suponen una importante sobrecarga asistencial todos los inviernos, tanto en los servicios de atención primaria como en los hospitales, incluyendo visitas a urgencias, ocupación de las plantas de hospitalización y de las unidades de cuidados intensivos pediátricos.

Hasta la fecha el arsenal para prevenir el impacto del VRS se limitaba a otro anticuerpo monoclonal (palivizumab) que sólo se aplicaba, desde su aprobación en 1999, a la población pediátrica con riesgo muy elevado de desarrollar enfermedad grave por este virus. Con la aprobación de nirsevimab y su inclusión en la campaña frente a las infecciones invernales, los expertos confían en una reducción drástica de casos graves por VRS.

episodio agudo, el niño presenta propensión, a lo largo de su vida, a sufrir bronquitis de repetición y asma.

—¿Ventajas del nuevo anticuerpo monoclonal?

—El VRS, como ocurre con otros virus, carece de tratamiento eficaz. El nuevo anticuerpo monoclonal, que no es una vacuna (al no ser un virus atenuado), supone un avance terapéutico espectacular por su eficacia y por no tener efectos adversos. Además sólo necesita una sola dosis, que puede administrarse a nivel ambulatorio, a diferencia del anticuerpo que teníamos disponible hasta ahora (palivizumab) que sólo se utilizaba en niños de alto riesgo como prematuros, recién nacidos

de bajo peso, con cardiopatías congénitas graves, fibrosis quística y otras patologías de severidad. La administración del mismo se hacía a nivel hospitalario y aproximadamente precisaban cinco dosis para su eficacia.

—¿Cómo impactará?

—Con la administración del nuevo anticuerpo se reducirá la asistencia de niños en la época de la epidemia en Urgencias, centros de salud y plantas de hospitalización. Como experto y neumólogo infantil animo a las familias a que acepten la protección de sus hijos frente a esta enfermedad mediante la administración del anticuerpo monoclonal, pero ojo las medidas higiénicas deben mante-

nerse en todo momento: lavado frecuente de manos especialmente de las personas que cuiden de bebés; que todos los adultos con catarro lleven mascarilla cuando estén en contacto con niños menores de dos años; mantener bien ventilada la habitación del niño; y evitar la inhalación pasiva del humo del tabaco.

—¿Cómo califica la campaña que inicia Andalucía?

—En Andalucía empezaremos este lunes con esta inmunización frente al Virus Respiratorio Sincitial. Debe hacernos sentir orgullosos por tratarse de un gran avance terapéutico. Los pediatras llevamos muchos años esperando un medicamento capaz de luchar contra este virus.

DAVID MORENO

Director del Plan de Vacunaciones

“Esta infección tiene un fuerte impacto sanitario y emocional”

N. M.

—Es la primera vez que se protege a todos los lactantes del virus de la bronquiolititis. ¿Cómo ha sido posible?

—Muchos meses trabajando. Como suele ocurrir cuando se aprueba un medicamento, al principio, el número de dosis que se fabrican son limitadas y España es, junto a EEUU, de los primeros en mostrar interés por el nuevo anticuerpo monoclonal (nirsevimab). Es la primera vez que se protege de la bronquiolititis de forma masiva a los lactantes, si bien llevamos 20 años inmunizando con otro anticuerpo (palivizumab) a los niños de riesgo como son los prematuros, frente a la bronquiolititis.

—¿Qué se evitará?

—Los que trabajamos en Pediatría afrontamos cada año una de las epidemias más grandes. La bronquiolititis provoca colapsos en todos los niveles: La Atención Primaria y los hospitales se llenan con padres y bebés afectados.

—¿Cómo se contagia el bebé?

—Si un niño al nacer recibe, por ejemplo, la visita de un familiar con catarro, se contagia, y a los dos o tres días ingresa.

—¿Cómo afecta?

—Esta enfermedad afecta especialmente a niños muy pequeños. Los pediatras atendemos durante esta epidemia a muchos bebés de pocos días de vida muy enfermos que necesitan oxígeno, ventilación, y que ingresan. Impacta ver cómo se llenan las UCI y las salas de Urgencias. Esta enfermedad tiene una fuerte carga emocional.

—¿Por qué?

—Al afectar al poco de nacer ves cómo padres, que salen de maternidad, tienen que volver a los pocos días al hospital para que sus hijos ingresen. Los padres lo pasan francamente mal. En los picos de la epidemia, los pediatras vemos cómo, a causa de la bronquiolititis entra un bebé en urgencias tras otro. Las UCI y las camas de hospitalización infantiles se llenan. Evitar esto con un fármaco es increíble. Estamos muy contentos.



—El coste sanitario de la bronquiolititis es muy elevado. ¿Puede describirlo?

—Los hospitales se llenan de niños enfermos por bronquiolititis y las plantas se quedan sin camas. La saturación que provoca esta enfermedad lleva a la necesidad de demorar o aplazar operaciones de corazón y otras intervenciones quirúrgicas, porque la UCI se llenan por la bronquiolititis; e incluso hay niños que, durante la epidemia, tiene que desplazarse de hospital e incluso de provincia para conseguir ingresar debido a la ocupación de las camas. Los costes directos e indirectos que ahora se pueden evitar son enormes. Además de los riesgos que se eliminan: Cuando los hospitales se llenan de niños con bronquiolititis supone un riesgo añadido para otros niños con el sistema inmunitario debilitado como los niños oncológicos. La bronquiolititis es un problema a nivel asistencial, de ocupación de camas, de retrasos quirúrgicos y provoca traslados de pacientes de hospital.

—¿Están aceptando los padres?

—Prácticamente el 100% de los padres que ya han sido llamados desde los centros de salud han aceptado administrar a sus hijos el anticuerpo frente a la bronquiolititis.

—¿Se protege también a los abuelos?

—Las personas mayores también pueden sufrir neumonía al contraer el VRS, de modo que al inmunizar a los bebés también se protege a los abuelos, que suelen ser cuidadores de sus nietos.