



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Eficiencia del palivizumab para prevenir la Bronquiolitis por el Virus Respiratorio Sincitial en la población de riesgo de Teruel.

Autor/es

Beatriz Pérez Maicas

Director/es

Miguel Victor Labay Matias

Escuela Universitaria de Enfermería. Teruel

2014

RESUMEN

Introducción. La bronquiolitis es una enfermedad infecciosa de la vía respiratoria inferior que afecta a niños menores de 2 años. La causa más frecuente es el Virus Respiratorio Sincitial, existe un anticuerpo monoclonal humano frente a este virus, el palivizumab. Es una patología de gran trascendencia socio-sanitaria y con elevado consumo de recursos sanitarios.

Objetivos. Evaluar la eficiencia del palivizumab (Synagis®) para prevenir la Bronquiolitis por el VRS. Describir las características de las peticiones de estudio de serología del VRS en Teruel.

Material y métodos. Estudio transversal descriptivo del VRS en Teruel. Estudio analítico restrospectivo de 45 pacientes vacunados y un grupo control aleatorizado de 90 pacientes no vacunados de menos de 2 años.

Resultados. De los pacientes tratados solo uno sufrió bronquiolitis por el VRS y 4 por otros virus. De los no tratados hubo 3 casos de VRS positivo, 2 negativo y 5 que no tenemos estudio de serología. Más del 80% de los casos del VRS se producen hasta los 2 años.

Discusión. La mayoría de las peticiones de serología provienen del Hospital, en Atención Primaria no se recomiendan salvo con fines de investigación ya que, según bibliografías, no van a modificar el manejo del

tratamiento. En determinados artículos se incluye el factor sexo masculino en las recomendaciones del pavilizumab. La Bronquiolitis es una epidemia con variaciones estacionales y el pico se produce entre los 2 y 6 meses de edad.

Conclusión. Los anticuerpos son efectivos para la población de riesgo, esto hace que valoremos y que sea muy importante especificar los pacientes a los que hay que administrarlos por su elevado coste.

Palabras claves. Bronquiolitis. Virus Respiratorio Sincitial. Palivizumab.

ABSTRAC

Introduction. Bronchiolitis is an infectious disease of the lower respiratory tract that affects children of up to two years old. The most frequent reason is the respiratory syncytial virus (RSV), an monoclonal human antibody exists contrary to this virus, the palivizumab. It is a disease of great social significance, impact on healthcare and requires therefore considerable consumption of sanitary resources.

Objetives. To evaluate the efficiency of the palivizumab (Synagis) to prevent bronchiolitis for the RSV. To describe the characteristics of the requests of serology studies of the RSV in Teruel.

Material y methods. Transverse descriptive study of the RSV in Teruel. Retrospective analytical study of 45 immunized patients and a control group of 90 random patients who did not immunize. All patients are less than two years old.

Results. Of the patients treated only one suffered bronchiolitis of RSV and four patients of others viruses. Of the non-treated were 3 cases of positive RSV, 2 negative and 5 of which have not got a serology study. More than 80% of the cases of RSV happen before the age of two.

Discussion. The majority of requests of serology comes from the Hospital, because in Primary Care they are not recommended except if you want investigate further, since, according to Casino A, studies do not to alter treatment. Other article includes the masculine sex as a factor for recommendations for pavalizumab. Bronchiolitis is an epidemic with seasonal variations and the peak takes place between the age of 2 and 6 as reported.

Conclusions. The antibodies are effective for people with a high risk. Hence, it is very important to specify the patients to whom it is necessary to administer because of their elevated cost.

Keywords. Bronchiolitis. Respiratory Syncytial Virus. Palivizumab

INTRODUCCIÓN

Las infecciones respiratorias siguen siendo las enfermedades más frecuentes en la infancia, representando el 30% de las consultas extrahospitalarias y como mínimo de un 10 a un 30% de los ingresos hospitalarios¹.

La bronquiolitis es una enfermedad infecciosa de la vía respiratoria inferior que afecta fundamentalmente a niños menores de 2 años. No hay un consenso sobre el concepto de bronquiolitis, especialmente en lo referente a la edad de los sujetos afectados ni a la exigencia de ser o no ser el primer episodio. El concepto más extendido es el propuesto por McConnochie, según el cual la bronquiolitis queda definida como "el primer episodio agudo de sibilancias, precedido por un cuadro respiratorio de origen viral que afecta a niños menores de 2 años y preferentemente en el primer año de edad"².

La bronquiolitis aguda es una patología de gran trascendencia socio-sanitaria por su frecuencia y su elevada morbi-mortalidad. Además, es responsable de un elevado consumo de recursos sanitarios y, por tanto, de un elevado gasto económico. La mortalidad es baja cuando la población a la que afecta son niños previamente sanos.

La bronquiolitis es típicamente producida por una infección viral, el Virus Respiratorio Sincitial (VRS) es la causa más frecuente (75% de los casos) seguido del rinovirus³.

El VRS es un virus ARN de la familia de los paramixovirus. Es la primera causa de infección respiratoria aguda grave en forma de bronquiolitis o neumonía y, además, es la principal causa de hospitalización por infección del tracto respiratorio inferior en menores de 2 años, en los países desarrollados².

Sin embargo, existen otros muchos virus implicados en su etiología, habiéndose descrito recientemente dos nuevos virus respiratorios, responsables de un elevado porcentaje de los casos. Es importante destacar la alta frecuencia de coinfecciones entre virus y la frecuente asociación entre VRS y neumococo⁴. Otros virus que se aíslan con menos frecuencia incluyen: parainfluenza, metaneumovirus, influenza, adenovirus, coronavirus y bocavirus humano³.

El contagio del VRS se produce por el contacto con partículas aéreas, secreciones y superficies contaminadas. El virus penetra en el cuerpo a través de las mucosas de los ojos, la nariz o la boca³.

Es difícil establecer la incidencia real de la bronquiolitis, ya que en primer lugar, los criterios clínicos para definir la enfermedad difieren según los

autores y por otra parte, los estudios de incidencia sólo incluyen a los que requieren hospitalización y son muchos los casos de bronquiolitis leve que son resueltos en Atención Primaria. La incidencia anual varía según los autores entre el 7 y el 20%, y la incidencia por hospitalización se estima entre el 1 y el 3%³.

Palivizumab es un anticuerpo monoclonal humano frente al VRS, la dosis recomendada es de 15 mg/kg de peso, administrada una vez al mes durante los períodos previstos en que exista riesgo de infección por VRS⁵. Es eficaz para la prevención de los ingresos por bronquiolitis en niños de alto riesgo⁶.

Se considera recomendable la profilaxis con palivizumab en:

- Niños menores de 2 años con displasia broncopulmonar que han requerido tratamiento (suplementos de oxígeno, broncodilatadores, diuréticos o corticoides) en los 6 meses anteriores al inicio de la estación del VRS o que son dados de alta durante ésta.
- Niños menores de 2 años con cardiopatía congénita con alteración hemodinámica significativa (no corregida o con cirugía paliativa), en tratamiento por insuficiencia cardíaca, hipertensión pulmonar moderada o grave o cardiopatías cianógenas.

- Niños prematuros nacidos a las 28 semanas de gestación o menos, que tengan 12 meses de edad o menos al inicio de la estación del VRS o sean dados de alta durante ésta.
- Niños prematuros nacidos entre las 29 y 32 semanas de gestación, que tengan 6 meses de edad o menos al inicio de la estación del VRS o sean dados de alta durante ésta⁵.
- Niños prematuros nacidos entre las 32 y 35 semanas de gestación y menores de 6 meses al comienzo de la estación o dados de alta durante ésta, que presentes 2 o más factores de riesgo para sufrir hospitalización por infección VRS: edad cronológica inferior a 10 semanas al comienzo de la estación, ausencia de lactancia materna o de duración inferior a 2 meses (por indicación médica), tener al menos un hermano en edad escolar (< 14 años), asistencia a guardería, antecedentes familiares de sibilancias, condiciones de hacinamiento en el hogar (4 personas adultas) o malformaciones de vías aéreas o enfermedad neuromuscular⁸.

La fecha de la primera autorización del pavilizumab (Synagis[®]) fué el 13 de Agosto de 1999^{5,8}. Esta dentro de la cartera de servicios para aquellos niños con factores de riesgo, según Casino A disminuye los ingresos por bronquiolitis³, su presentación y precio es: Synagis[®] 50mg 532,13€ ó Synagis[®] 100mg 883,63€⁵.

Según los resultados obtenidos en el estudio de Sardón O, la bronquiolitis grave y/o neumonía inducida por distintos virus en lactantes con edad inferior a 24 meses (el VRS y el metaneumovirus humano, entre otros) son un factor de riesgo para el desarrollo posterior de episodios de sibilancias recurrentes y asma en etapas sucesivas del crecimiento y del desarrollo².

OBJETIVOS

General:

Evaluar la eficiencia del palivizumab para prevenir la bronquiolitis por Virus Respiratorio Sincitial en prematuros de edad gestacional de 28 a 35 semanas y/o con algún factor de riesgo en la ciudad de Teruel en el periodo Octubre 2009 a Octubre 2013.

Específicos:

Conocer el número de peticiones de serología, el origen de estas y el número de casos positivos y negativos de VRS encontrados en dicho periodo en Teruel.

Identificar si el sexo es factor de riesgo.

Determinar época de máxima influencia para relacionar los resultados.

METODOLOGIA

Para poder estudiar la eficacia primero se conoció la prevalencia del VRS en Teruel mediante un estudio transversal descriptivo. Se obtuvieron los datos del laboratorio del Hospital Obispo Polanco sobre las peticiones de serología del VRS desde 2009 a 2013. La población de estudio fue toda correspondiente a dicho Hospital. Analizamos las peticiones de serología de dicho virus responsable de enfermedades respiratorias incluidas las bronquiolitis. Las variables elegidas son: número de peticiones de serología como variable cuantitativa, y el resto de las variables son cualitativas, sexo de los pacientes, edad, orígenes de las peticiones, resultado de estas, años en qué se piden y los meses.

Estudio analítico retrospectivo con el que tratamos de saber la eficiencia del medicamento Synagis[®] (pavilizumab). La población diana en el presente estudio fueron todos los pacientes a los que se les había inyectado Synagis[®] en el Hospital Obispo Polanco durante el periodo de tiempo de 4 años, desde Octubre de 2009 a Octubre de 2013, fueron un total de 45 pacientes. Los criterios obligados de exclusión fueron: pacientes que no correspondían a un Centro de Salud de la ciudad de Teruel y aquellos tratados por un seguro privado.

Revisamos las historias clínicas de cada uno de estos niños hasta cumplir la edad de 2 años mediante el programa OMI-AP en los Centros de Salud del Ensanche y del Centro. En ellas se buscaron casos de bronquiolitis. Se revisaron los estudios de serología para saber de qué virus se trataba y centrarnos en los casos de VRS positivo.

Para comparar la población de estudio se dispuso de un grupo control aleatorizado de 90 pacientes (el doble que de vacunados). Éste debía de ser de niños correspondientes a estos dos Centros de Salud y que su edad estuviera entre 0 y 2 años. Seguimos el mismo método de buscar en sus historias clínicas casos de bronquiolitis mediante el OMI-AP.

Se procesaron los datos mediante el programa estadístico SPSS (Statistical Package of Social Science) versión 16.0 y para la redacción el programa Microsoft Word 2010.

RESULTADOS

En el año 2013 se procesaron 95 peticiones de serología, de las cuales el 25,26% fueron positivas. La gráfica 1 muestra los datos de los 4 años anteriores.

El 92% de las peticiones tienen origen en el Hospital, el resto se piden en los Centros de Salud.

El 55,55% de los casos positivos de VRS en el periodo de 2009 a 2013 en Teruel corresponde al sexo masculino. Gráfico 2.

El VRS tiene un cuadro de propagación acentuado en los meses Octubre-Diciembre del 53% y del 42% de Enero-Marzo en el año 2013. Gráfico 3.

El 66,7% de los casos masculinos positivos de VRS se dan en niños entre 1 mes de edad y 12, en el caso de las niñas de esta edad el porcentaje es de un 74,3%. Así, el 80% y 88,6% de los casos positivos de VRS en niños y niñas respectivamente se dan entre el primer mes de vida hasta los 2 años de edad. En la gráfica 4 se muestran los casos de VRS por edad en el sexo masculino y en la 5 del femenino.

De los 1377 niños nacidos en este periodo en Teruel capital se les administro el fármaco al 3,28%. De estos, el 91,11% era prematuro, el

13,33% padecía una enfermedad cardíaca y el 6,66% alguna enfermedad respiratoria. Sólo consta que uno de ellos sufriera bronquiolitis por el VRS.

Se cogió una muestra aleatorizada de 90 niños en la que 3 de ellos fueron VRS positivo. Tabla 3 muestra los casos de bronquiolitis.

La media de las dosis puestas en estos 135 pacientes es de 1,64. Tabla 4.

En la comparación de las variables prematuridad y vacunación mediante la prueba de chi-cuadrado (χ^2) presentan significación estadística ($p < 0,05$), por lo que son dependientes.

Las variables cardiopatía y enfermedad respiratoria relacionadas con vacunación en el test estadístico de Fisher ($p > 0,05$) no mantienen relación y son independientes.

La relación de prematuridad con cardiopatía y enfermedad respiratoria no mantenían relación ($p > 0,05$).

La asociación de la variable bronquiolitis con las variables: vacunación, prematuridad, cardiopatía y enfermedad respiratoria ($p > 0,05$) tampoco mantienen relación.

Según la prueba Kruskal-Wallis no rechazamos la H_0 ($p > 0,05$) por lo que la cantidad de dosis puestas y la bronquiolitis son variables independientes.

DISCUSION

Los datos recogidos en el año 2012 y 2013 en Teruel sobre el VRS tienen una prevalencia similar (24,48% y 25,26% de casos positivos respectivamente), en el último año se pidieron más estudios de serología y hubo más casos de VRS.

Los test rápidos con Ag. VRS no se recomiendan en Atención Primaria salvo con fines de investigación, ya que los resultados no van a modificar el manejo del tratamiento en la inmensa mayoría³, por esta misma razón puede ser que el 92% de estudios de serología pedidos procedan del Hospital.

Respecto al sexo afectado por el VRS en el Hospital Obispo Polanco se muestra una diferencia siendo más afectado el sexo masculino, bibliografías no dan importancia a esta característica excepto Callén M que lo incluye en las recomendaciones del palivizumab por ser un factor de riesgo menor.

En general, podemos considerar que la bronquiolitis es una epidemia con variaciones estacionales, cuando más casos se diagnostican según los resultados obtenidos son desde Octubre hasta Marzo, así, concuerda con Cansino A que afirma que se presenta generalmente en epidemias durante el invierno y principio de la primavera, aunque pueden aparecer casos

esporádicos a lo largo de todo el año³. También hay excepciones como en el año 2012 donde el 33% de los casos se dieron de Julio a Septiembre.

El pico se produce entre los 2 y 6 meses de edad⁴, en nuestro estudio se concentraba aproximadamente el 70% de los casos positivos en Teruel en pacientes de entre 1 mes y 12 de edad.

Alrededor de 3 de cada 1.000 de los niños menores de 1 año precisan ingreso hospitalario por bronquiolitis⁴, así en este estudio de la población de Teruel es de 1 de cada 1.377, es decir, 0,72 de cada 1000.

El caso positivo de VRS podemos relacionarlo con el hecho de que solo se le administró una dosis y luego abandonara el tratamiento, ya que para reducir el riesgo de una nueva hospitalización se recomienda seguir administrando palivizumab mensualmente durante toda la campaña estacional a los niños que ya lo estén recibiendo^{5,8}.

El estudio realizado por González de Dios J habla de un gasto anual medio por las hospitalizaciones por bronquiolitis, en la Comunidad Valenciana, de 3.618.000€. El objetivo fundamental de nuestro estudio era saber la eficacia del palivizumab, y éste ha conseguido que el número de pacientes prematuros y/o factores de riesgo, que requieren ingreso hospitalario por infección por VRS haya decrecido hasta en un 70%⁴ por lo que repercute a la disminución de gastos que produce dicha enfermedad.

De todas formas, el campo de investigación en anticuerpos monoclonales ya está desarrollando nuevos fármacos que superen a éste en inmunogenicidad, tolerancia, seguridad y propiedades farmacocinéticas y, probablemente también en precio⁷.

Limitaciones de este estudio: el número de pacientes vacunados es reducido, tal vez si se hubieran registrado todos los vacunados de Aragón los resultados serían diferentes. Se han perdido pacientes porque eran de seguros privados o correspondían a Centros de Salud de la provincia. En pacientes no vacunados hemos tenido la dificultad de que algunos de ellos no tenían estudio de serología, hemos supuesto que sería porque sufrieron una bronquiolitis leve que se trató desde el Centro de Salud, no hubo ingreso y no fue necesario diagnosticar el virus.

CONCLUSIONES

En este estudio hubiera sido muy interesante la comparación de casos de bronquiolitis en otros climas más cálidos para ver y comparar si los factores del clima frío y seco de Teruel afecta o no en este ámbito. El estudio de prevalencia nos ha dado a conocer en qué magnitud afecta el VRS en la población de Teruel, comprobar la planificación sanitaria, así también, poder realizar programas de salud y estudiar los diversos factores de riesgo.

Los anticuerpos son efectivos para la población de riesgo, esto hace que valoremos y que sea muy importante especificar los pacientes a los que hay que administrarlos. Además este medicamento es caro y no se valora por parte de la población, a los padres o tutores de los niños se les informa mediante un tríptico (añadido al final de los anexos) que parece no resultar muy efectivo. Aquí podría entrar la labor de enfermería con una buena información y promoción de dicho recurso sanitario.

Bibliografía:

¹Cabrera G, Domínguez F et al. Estudio clínico-epidemiológico de la infección por virus respiratorio sincitial en el lactante. An Esp Pediatr. 1997; 46: 576-580.

²Sardón O, Korta J, Pérez-Yarza E. Bronquiolitis. An Pediatr Contin. 2007;5(6):332-342.

³Cansino Campuzano A. Bronquitis y bronquiolitis. Pediatría Integral. 2012;16(1):Curso V.

⁴Pérez MJ, Otheo de Tejada E, Ros P. Bronquiolitis en pediatría: puesta al día. Inf Ter Sist Nac Salud. 2010; 34:3-11.

⁵Figueras J, Quero J y Comité de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología. Recomendaciones para la prevención de la infección por virus respiratorio sincitial. An Pediatr (Barc). 2005; 63 (4): 357- 62.

⁶Callén Blecua M, Torregrosa Bertet MJ, Bamonde Rodríguez L y Grupo de Vías Respiratorias. Protocolo de Bronquiolitis Diagnóstico y tratamiento en Atención Primaria. 2009. Disponible en: www.aepap.org/gvr/protocolos.htm

⁷González de Dios J, Ochoa Sangrador C y Grupo de Revisión del Proyecto Abreviado (bronquiolitis-estudio de variabilidad, idoneidad y adecuación). Conferencia de Consenso sobre bronquiolitis aguda (V): prevención de la

Eficiencia del pavalizumab para prevenir la Bronquiolitis por el Virus Respiratorio Sincitial en la población de riesgo de Teruel.

bronquiolitis aguda. Revisión de la evidencia científica. An Pediatr (Barc). 2010;72(5):353.e1–353.e26.

⁸Figueras J, Carbonell X y Comité de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología. Recomendaciones de uso de palivizumab para la prevención de la infección por virus respiratorio sincitial en prematuros de 32-35 semanas de gestación. An Pediatr (Barc). 2010;73 (2):98.e1-98.e4.

ANEXOS

Tabla 1: Escala de Word-Downes para valorar la gravedad de la Bronquiolitis.

	0	1	2
SatO ₂	SatO ₂ ≥ 94% en aire ambiente	94% > SatO ₂ ≥ 92% en aire ambiente	SatO ₂ ≤ 92% en aire ambiente
Frecuencia respiratoria	<50 rpm	50-60 rpm	>60 rpm
Sibilancias espiratorias	Leves	Toda la espiración	Inspiratorias/ Espiratorias Audibles sin fonendo
Musculatura accesoria	Ninguna Leve intercostal	Intercostal moderada y supraesternal	Intensas Aleteo, bamboleo

Interpretación: leve 0-3, moderada 4-5 o grave 6 o más puntos (fuente: artículo 6.)

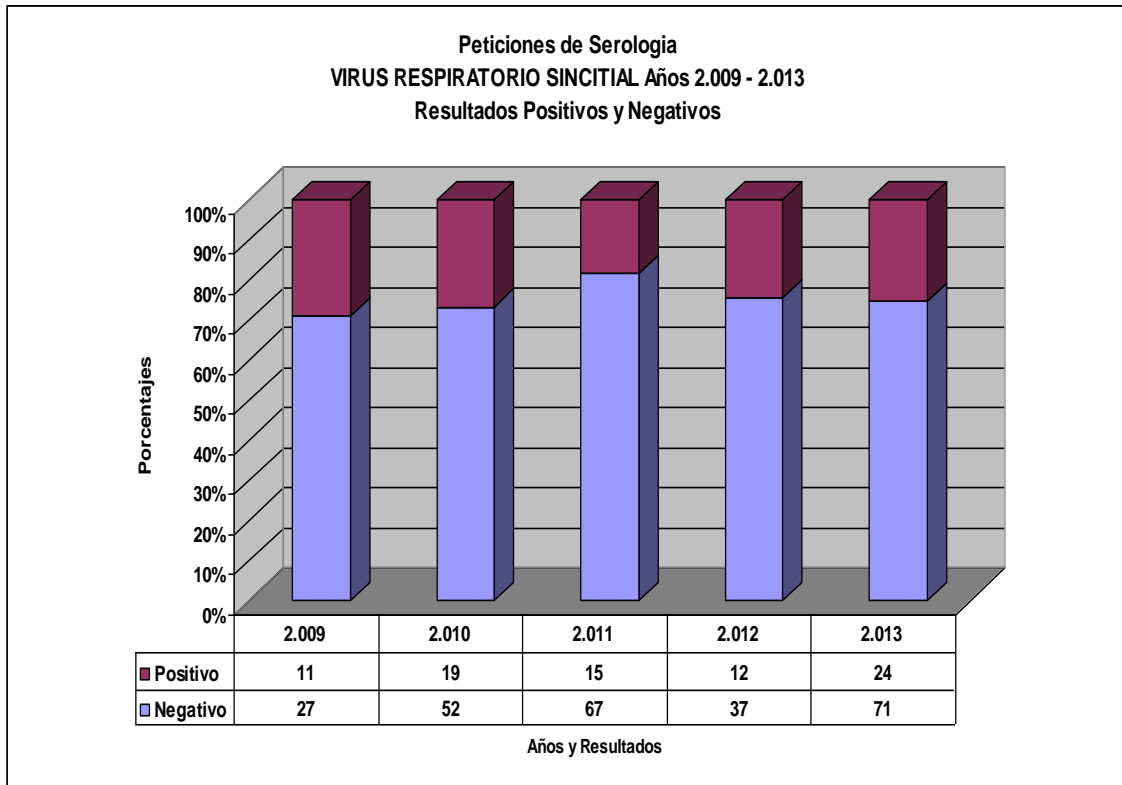
Tabla 2: Criterios para el tratamiento domiciliario, de hospitalización (u observación hospitalaria) y de ingreso en UCI.

Criterios de tratamiento domiciliario y de alta hospitalaria (todos los siguientes)	Criterios de hospitalización (alguno de los siguientes)	Criterios de ingreso en UCI (alguno de los siguientes)
Ausencia de tiraje intercostal	Mal estado general	Score Downes-Ferrés > 7
Score Downes-Ferrés < 3	Necesidad de O ₂ (SatO ₂ < 91%)	SatO ₂ < 91% con FiO ₂ > 0,4
FR < 60	FR > 70	Cianosis con FiO ₂ > 0,4
SatO ₂ > 96% con aire ambiente	Score Downes-Ferrés > 4	Alteración del nivel de conciencia
No apneas en las últimas 48 h	Pausas de apnea o cianosis	Apneas que precisen estímulo
Correcta alimentación e hidratación	pCO ₂ > 50	pH < 7,10 o pCO ₂ > 60
Medio sociocultural favorable	Deshidratación > 5%	Empeoramiento rápido
Accesibilidad al pediatra	Dificultad para la alimentación	SDRA, bronquiolitis obliterante
	Neumotórax, neumomediastino, riesgo social	

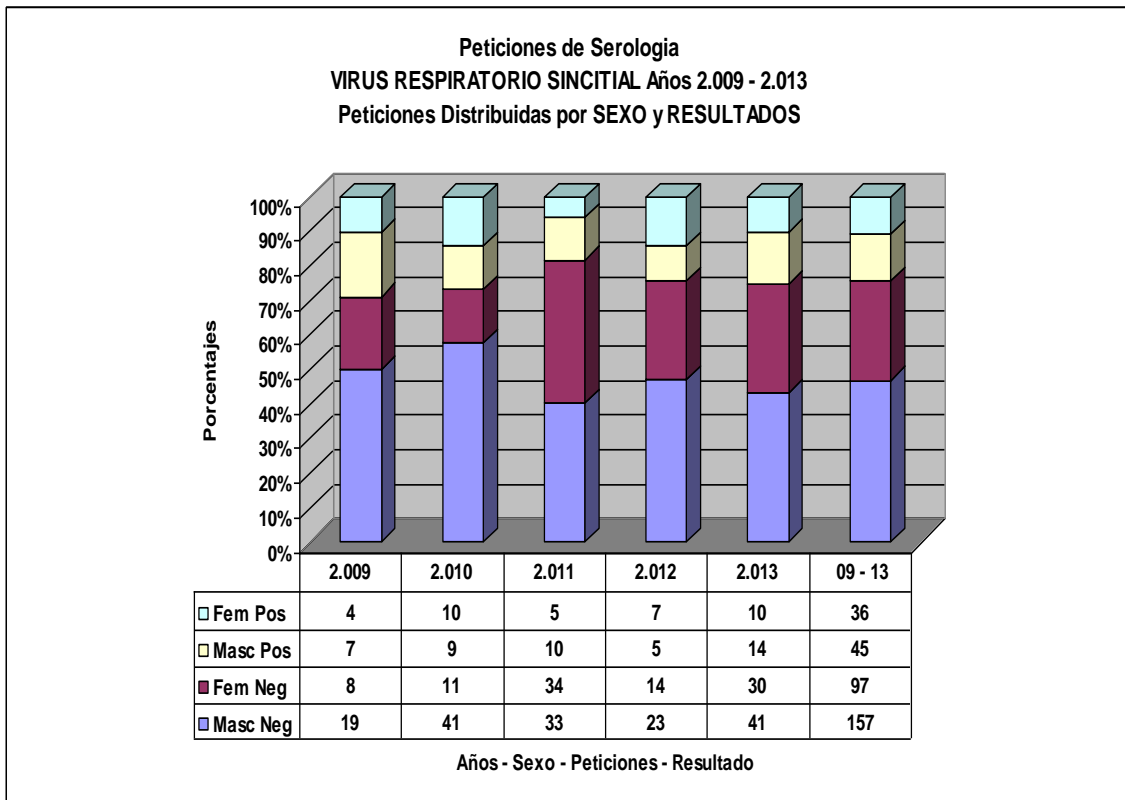
FR: frecuencia respiratoria; SDRA: síndrome de dificultad respiratoria aguda; UCI: unidad de cuidados intensivos.

(Fuente: artículo 2.)

Gráfica 1.



Gráfica 2.



Gráfica 3.

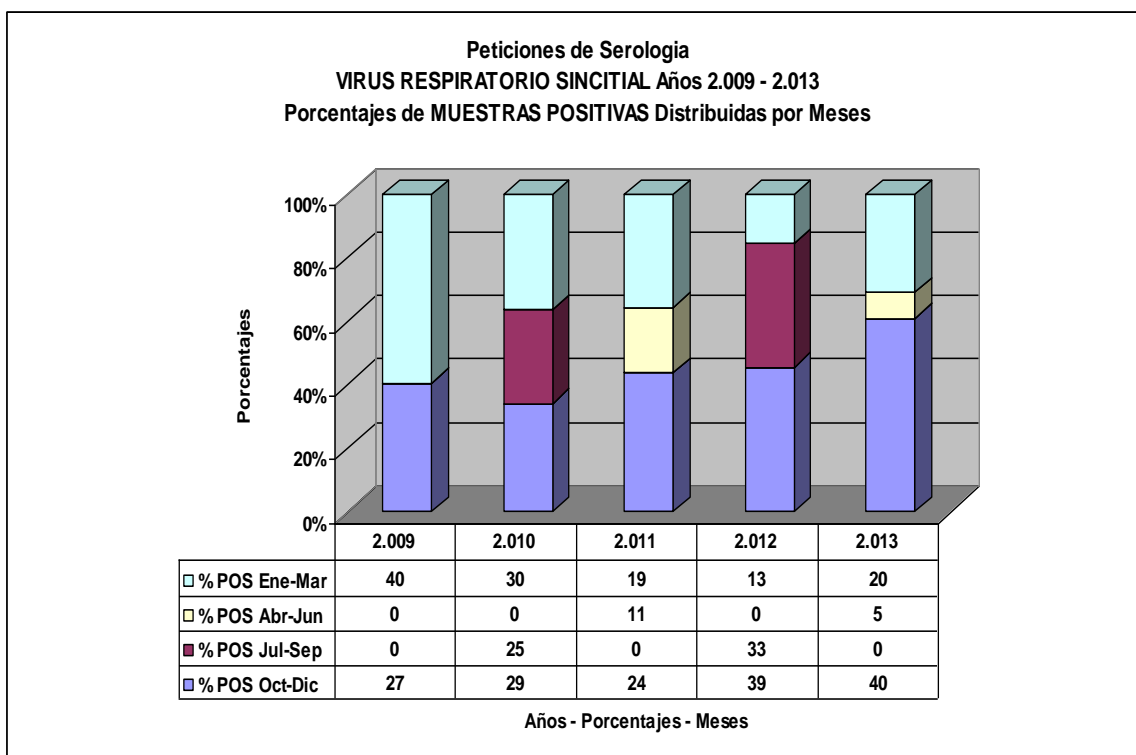


Gráfico 4.

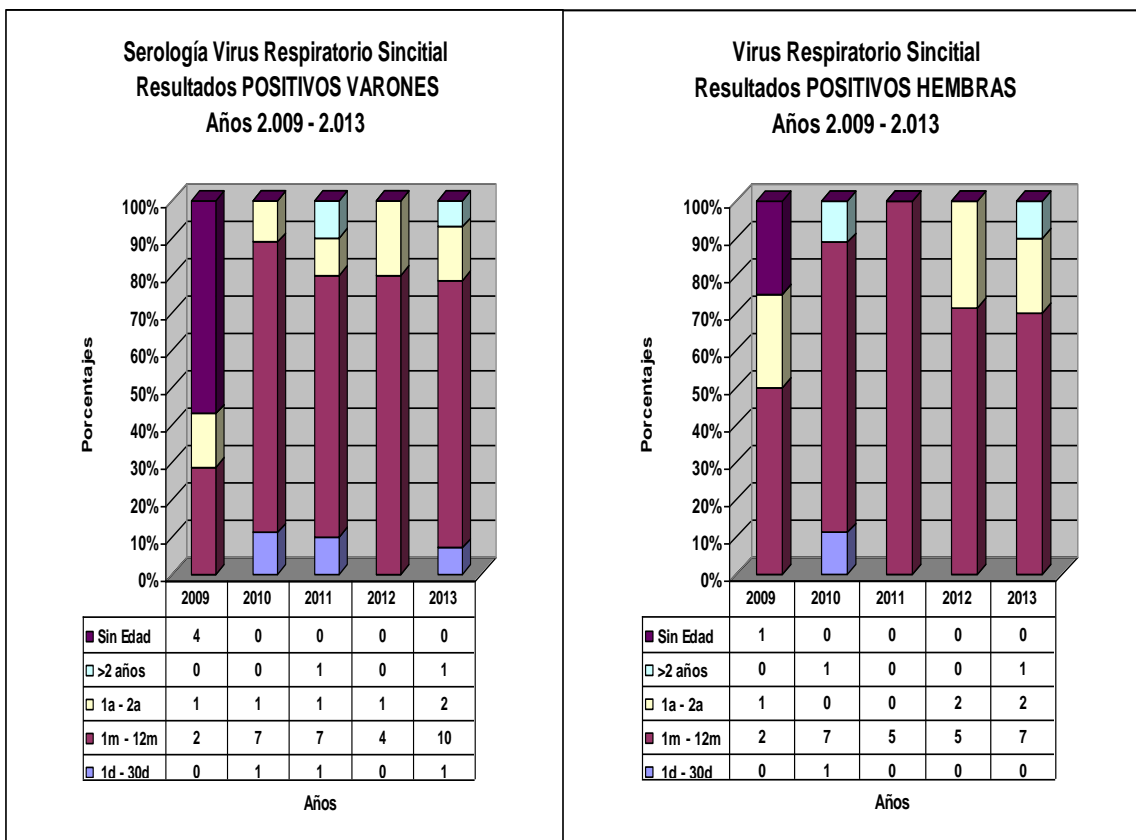


Tabla 3: Casos de Bronquiolitis

Bronquiolitis				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No	120	88,9	88,9	88,9
Si, por VRS	4	3,0	3,0	91,9
Si, por otros virus	6	4,4	4,4	96,3
No se pidió estudio de serología	5	3,7	3,7	100,0
Total	135	100,0	100,0	

Tabla 4: Dosis puestas de Pavilizumab

Cantidad de dosis puestas					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	90	66,7	66,7	66,7
	1	3	2,2	2,2	68,9
	2	1	,7	,7	69,6
	3	5	3,7	3,7	73,3
	4	3	2,2	2,2	75,6
	5	11	8,1	8,1	83,7
	6	20	14,8	14,8	98,5
	7	1	,7	,7	99,3
	8	1	,7	,7	100,0
	Total	135	100,0	100,0	

Tríptico del servicio de Pediatría del Hospital Obispo Polanco sobre el VRS:



Virus Respiratorio Sincitial
...más que un resfriado



Algunas preguntas y respuestas sobre la infección debida a **VRS**.

¿Qué es el **VRS ?**

VRS: Virus Respiratorio Sincitial.
Es el virus respiratorio más frecuente en los recién nacidos y niños pequeños. Aproximadamente dos tercios de los niños se infectan por VRS durante su primer año de vida, y prácticamente todos los niños habrán sido infectados por el virus a los dos años de edad.
En los niños prematuros, niños broncodisplásicos y niños con cardiopatías congénitas, este virus puede ocasionar una enfermedad grave.

La infección por Virus Respiratorio Sincitial es muy común y altamente contagiosa.
El **VRS** es la causa más frecuente de infecciones del tracto respiratorio inferior que afecta a lactantes y bebés. Los niños prematuros, con broncodisplasia y niños con cardiopatías congénitas constituyen los grupos con más alto riesgo de padecer una infección por **VRS**.

¿ Es el **VRS un virus estacional?**

Las infecciones por **VRS** suelen aparecer en epidemias. Los meses de otoño a primavera son los más propicios para el contagio, y es en estos meses cuando se deben extremar las medidas preventivas.

¿Es fácil contagiarse por **VRS ?**

Sí. Es fácil contagiarse por **VRS .**
El **VRS** se contagia fácilmente por contacto. Tocar, besar o estrechar la mano con una persona infectada puede ser suficiente para propagar la infección. También es posible el contagio por contacto con las secreciones respiratorias, como las que se producen al toser o estornudar.
Es más, el **VRS** es capaz de sobrevivir horas en superficies de juguetes, utensilios, muebles y papeles de papel. La infección por **VRS** es muy común en ambientes con aglomeraciones y guarderías.
Una persona puede estar expuesta al virus y transmitirlo sin saberlo. Es por eso por lo que debemos tomar ciertas precauciones para proteger a nuestros bebés de contraer la infección por **VRS** .

¿Es peligrosa la infección por **VR|S** ?

En la mayoría de los niños, el **VR|S** puede ocasionar síntomas similares a los del resfriado común. Sin embargo en ciertos niños más vulnerables como niños prematuros y niños con cardiopatía congénita, el **VR|S** puede ocasionar una infección grave de las vías respiratorias.

El **VR|S** puede causar infección grave de bronquiolos que requiera hospitalización, UCI y oxígeno.

A medio plazo puede dejar secuelas como asma o problemas respiratorios durante la infancia del niño.

¿Qué bebés tienen alto riesgo de padecer una infección por **VR|S** ?

Existen grupos de niños con más alto riesgo de padecer una infección por **VR|S** . En algunos niños, especialmente los bebés prematuros, bebés con broncodisplasia pulmonar y niños con cardiopatías congénitas, la infección por **VR|S** puede ser muy seria.

Bebés prematuros

Los niños nacidos antes de la 35 semanas o menos de gestación, tienen mayor riesgo de desarrollar una infección grave por **VR|S** porque sus sistemas respiratorio e inmune no están totalmente desarrollados en el momento de su nacimiento.

Los niños prematuros nacen con los pulmones inmaduros y tienen la función pulmonar reducida. Además, cuando un bebé nace prematuramente ya no recibe más protección de su madre y no tiene capacidad de generar defensas por sí mismo.

Por eso los niños nacidos antes de las 36 semanas de gestación presentan alto riesgo de infección por **VR|S** .

Displasia broncopulmonar

La displasia broncopulmonar ocurre en la mayoría de los casos en niños prematuros que han recibido ventilación mecánica durante largos periodos y altas concentraciones de oxígeno.



¿Qué síntomas presenta el **VR|S** ?

En la mayoría de los niños, el **VR|S** se presenta con síntomas de resfriado común:

- Fiebre
- Moqueo
- Nariz congestionada
- Tos...

Estos síntomas pueden empeorar tras 3 ó 4 días ya que el virus puede extenderse por el tracto respiratorio inferior, incluyendo:

- Respiración rápida
- Tos persistente
- Dificultad respiratoria
- Respiración con pitidos
- Cianosis (color azulado)

¿Cómo reducir el riesgo de contagio?

La prevención del contagio es bastante sencilla si se siguen unas normas básicas:

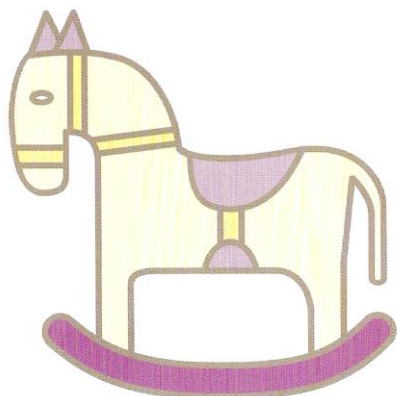
- Lavarse las manos antes de tocar al bebé en periodos epidémicos.
- Evitar totalmente la exposición del bebé al humo del tabaco durante y después de la gestación, y preservarlo de los ambientes cargados.
- Evitar entornos cerrados y potencialmente contagiosos (aglomeraciones).
- Evitar el contacto físico del bebé con otros menores o familiares enfermos.
- Mantener alejado al bebé del contacto con personas con resfriado o fiebre.
- Utilizar pañuelos desechables y tirar inmediatamente los usados.
- Utilizar material de higiene específico distinto al de los mayores.
- Lavar bien platos y biberones.
- Limpiar a fondo los juguetes y no utilizar aquellos que hayan sido tocados por otros bebés o mayores enfermos.
- Para los bebés más vulnerables (prematuros, bebés con cardiopatías congénitas o enfermedad respiratoria crónica), existe un tratamiento preventivo que incrementa las defensas frente al **VR|S** . En caso de que su médico le haya indicado dicho tratamiento, es fundamental que no lo abandone antes de tiempo y se cumpla en su totalidad.

¿Cuál es el tratamiento?

No existe un tratamiento para curar a un niño una vez que ha contraído la infección. Se pueden tratar los síntomas con oxígeno, aire húmedo, líquidos intravenosos.

Sin embargo para los bebés más vulnerables (prematuros, bebés con cardiopatías congénitas o enfermedad respiratoria crónica) existe un medicamento para prevenir las infecciones por **RSV**. Este tratamiento consiste en administrar mensualmente al niño un anticuerpo que lo protege para combatir al virus durante toda la estación de Virus Respiratorio Sincitial.

Pregunte a su médico sobre la posibilidad de que su hijo necesite este tratamiento.



Recuerda:

Existen medidas muy sencillas que ayudan a prevenir el contagio del Virus Respiratorio Sincitial en el ámbito familiar:

- ★ Lavarse las manos antes de tocar al bebé en periodos epidémicos.
- ★ Evitar totalmente la exposición del bebé al humo del tabaco durante y después de la gestación, y preservarlo de los ambientes cargados.
- ★ Evitar entornos cerrados y potencialmente contagiosos (aglomeraciones).
- ★ Evitar el contacto físico del bebé con otros menores o familiares enfermos.
- ★ Utilizar pañuelos desechables y tirar inmediatamente los usados.
- ★ Mantener alejado al bebé del contacto con personas con resfriado o fiebre.
- ★ Utilizar material de higiene específico distinto al de los mayores.
- ★ Lavar bien platos y biberones.
- ★ Limpiar a fondo los juguetes y no utilizar aquellos que hayan sido tocados por otros bebés o mayores enfermos.
- ★ Para los bebés más vulnerables (prematuros, bebés con cardiopatías congénitas o enfermedad respiratoria crónica), existe un tratamiento preventivo que incrementa las defensas frente al **RSV**. En caso de que su médico le haya indicado dicho tratamiento, es fundamental que no lo abandone antes de tiempo y se cumpla en su totalidad.

prematuro
asociación de familias de niñas y niños prematuros

Asociación de familias de niñas y niños prematuros

Móvil: 676 123 248

Web: www.prematura.info