

Virus Sincicial Respiratorio , la tarea pendiente

[Respiratory Syncytial Virus, the pending task]

Elizabeth Castaño Guerra

Editora en Jefe, Revista Pediátrica de Panamá

Correspondencia: Elizabeth Castaño Guerra / Email: editora@pediatricadepanama.org

Publicado: 31 de agosto de 2024

Palabras clave: Virus sincicial respiratorio, monoclonal, vacuna.

Keywords: Respiratory syncytial virus monoclonal, vaccine.

Reproducción: Artículo de acceso libre para uso personal e individual. Sujeto a derechos de reproducción.

DOI: 10.37980/im.journal.rspp.20242428

El Virus Sincicial Respiratorio (VRS) es un Paramyxovirus, del género Orthopneumovirus, de la familia Pneumoviridae. Existen dos grupos antigénicos principales, A y B, y múltiples genotipos y linajes dentro de cada grupo [1]. Es el agente causal más frecuente, de los cuadros de bronquiolitis en menores de 2 años y de admisión hospitalaria por infecciones respiratorias graves en nuestro país y en otras latitudes.

Se estima que 1 de cada 50 fallecidos antes de los 60 meses (5 años) de edad y 1 de cada 28 fallecidos antes de los 6 meses de edad es por VRS [2].

Según datos del Servicio de Epidemiología del Hospital del Niño Doctor José Renán Esquivel (Panamá), en los últimos 3 años, el VRS ha sido causante del 4.7 al 10.5% de todas las admisiones (ver tabla1), siendo el 61% de los casos en menores de 1 año; la letalidad hospitalaria para el 2023 fue del 1.2%. Mientras, hasta agosto de 2024 hay confirmados 514 casos hospitalizados de VRS y 10 defunciones (letalidad +/- 1.9%) [3].

Tabla 1. Casos confirmados de Virus Respiratorio Sincicial (VRS) por paciente admitido, HNJRE 2023 [3].

Año	Frecuencia VRS	Total De Admisiones	Tasa VRS/Admision x 100
2021	1098	10,413	10.54
2022	987	2,194	8.09
2023	566	11,843	4.78

Conociendo estos datos estadísticos , aún nos preguntamos ¿Por qué el Ministerio de Salud no ha tomado una decisión, teniendo alternativas preventivas como el nuevo monoclonal Nirsevimab o la vacuna materna para VRS?

Si bien actualmente se cuenta con el Palivizumab, anticuerpo monoclonal humanizado anti - VRS, su aplicación solo está indicada en los pacientes prematuros menores de 32 semanas de gestación y/o con peso menor de 1500 gramos, y en los lactantes con cardiopatías congénitas, esto se realiza durante el periodo de circulación del VRS, pero sin garantizar la cobertura completa de al menos 5 dosis, una cada mes, durante el período de mayor circulación del virus en el país.

El desarrollo de nuevos monoclonales (Niservimab y próximamente Clesrovimab), anticuerpos del tipo IgG1 humano recombinante neutralizante de acción prolongada, dirigidos a la conformación de prefusión de la proteína F del VRS, han demostrado en estudios de fases 2 y 3, una disminución significativa del riesgo de hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos de un 90.1% (CI 95%: 16.4 - 98.8) y una disminución del riesgo de re-

querir soporte ventilatorio del 89.8% (CI 95%: 13.7 - 98.8). Estos datos se presentaron en el 41º Congreso Anual de la Sociedad Europea de Infectología Pediátrica (ESPID) [1].

Con estos resultados, el Niservimab recibió la aprobación para su uso en la Unión Europea por la EMA (Agencia Europea de Medicamentos) el 3 de noviembre del 2022 y en los Estados Unidos por la FDA (Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos) el 17 de julio del 2023 , recomendando su uso de una sola dosis durante el primer año de vida en todos los recién nacidos, en los meses de mayor riesgo para la prevención pasiva de infección por VRS y de una segunda dosis durante el segundo año de vida en pacientes con antecedentes de prematuridad, con enfermedad pulmonar crónica (broncodisplasia pulmonar) o con enfermedades de base (como inmunodeficiencias, errores del metabolismo, enfermedad neuromuscular, síndrome de Down y otras) [4].

A la par, se han realizado estudios con vacunas contra el VRS en embarazadas, entre ellas la RSVpreF de la compañía Pfizer, una vacuna de subunidad proteica recombinante bivalente. El Estudio Matisse (fase III), donde se utilizó la RSVpreF se aplicaba la vacuna a la madre gestante entre la 24 - 36 semanas y de forma pasiva se transfería anticuerpos maternos al feto; se demostró una eficacia vacunal de 81.8% para prevenir la enfermedad grave del tracto respiratorio inferior en los lactantes atendidos por un médico dentro de los primeros 90 días y de 69.4% a los 180 días. Por estos datos obtenidos de eficacia en lactantes seguidos hasta los 180 días de vida, la EMA aprobó su administración a embarazadas entre las 24 - 36 semanas de gestación y la FDA a embarazadas entre la 32 - 36 semanas (debido a una señal de seguridad en prematuridad), para la prevención de Infecciones respiratorias del tracto inferior en menores hasta 6 meses de edad [5,6].

Si Panamá decidiera implementar alguna de las dos estrategias, preferiblemente la del anticuerpo monoclonal por su potencial mayor cobertura e impacto, se lograría reducir la carga de enfermedad por el VRS, la tasa de hospitalización y la necesidad de manejo de pacientes en unidades de terapia intensiva, llevando de forma indirecta a una disminución de los costos económicos asociados a la atención de estos pacientes, de la carga de trabajo para el personal del salud de hospitales pediátricos, los que se ven abrumados ante la avalancha de casos que se presentan principalmente entre mayo y noviembre (estación lluviosa y de mayor circulación del VRS) y de la pérdida de horas laborables de los padres, como se ha demostrado en otros países (Estados Unidos, España, Francia y Chile recientemente).

Elizabeth Castaño

Dra. Elizabeth Castaño G.

Pediatra Infectóloga

Editora jefe

REFERENCIAS

- [1] Novoa Pizarro JM, Lindemann Tappert BC, Luchsinger Farías VR, Vargas Munitac SL. Prevención de la infección por virus respiratorio sincicial en lactantes. ¿Qué se ha hecho y en qué estamos hoy? Andes pediátr. 2023;94(6):672-680 DOI: 10.32641/andespediatr.v94i6.4861
- [2] You Li, Xin Wang, Dianna M Blau et al. Global, regional, and national disease burden estimates of acute lower respiratory infections due to respiratory syncytial virus in children younger than 5 years in 2019: a systematic analysis. Lancet. 2022;399:2047-64. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00478-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00478-0).
- [3] Esquivel Suman RR, Morales D, Suira O, Urriola Y, Cruz E. Boletín Epidemiológico del Hospital del Niño Dr. José Renán Esquivel. Panamá. 2024; 2: 1-6.
- [4] Sánchez Luna M, Fernández Colomer B, Couce Pico ML. Recomendaciones de la Sociedad Española de Neonatología para la profilaxis frente a las infecciones graves por virus respiratorio sincicial con nirsevimab, para la estación 2023-2024. Anales de Pediatría. 2023;99:264-276. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2023.09.001>