



CLÍNICA

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA PROFILAXIS DE LA INFECCIÓN POR VIRUS RESPIRATORIO SINCITAL EN EL PREMATURO

López Ibáñez, M. y Ardanaz Jorreto, S.

Enfermeros. Unidad de Neonatología del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Comunicación presentada al IV Congreso Internacional de Enfermería de la Infancia y XV Jornadas Nacionales de Enfermería de la Infancia Murcia 21, 22 y 23 de Mayo de 2003.

Palabras clave: Virus respiratorio sincital, prematuros, profilaxis, actuación de enfermería.

INTRODUCCIÓN

Durante los 3 últimos años, en la unidad de neonatología de nuestro hospital, venimos administrando, como medida profiláctica contra la infección por VRS en el prematuro, la inmunización pasiva con anticuerpos monoclonales (PALIVIZUMAB), atendiendo a las recomendaciones de la Sociedad Española de Neonatología (SEN), ya que la posibilidad de prevención con vacunas específicas no parece posible.

Existen poblaciones de alto riesgo, con mayor probabilidad de infección y síntomas mas graves.

El uso de PALIVIZUMAB, por su altísimo coste no es generalizable a toda la población de riesgo, y su administración es exclusivamente a nivel hospitalario.

OBJETIVO

Consideramos de interés nuestra comunicación para todos los profesionales que trabajan tanto en unidades de neonatología como en atención primaria, relacionados con este tipo de población, con el fin de dar respuesta a sus demandas informativas en cuanto a las indicaciones, calendario de aplicación, condiciones de administración y vacunación concomitante de este preparado, así como dar a conocer los resultados obtenidos, tras la inmunización de nuestro grupo de estudio durante estas tres campañas.

METODOLOGÍA

El primer paso fue la captación individualizada de los prematuros que ingresaron en la unidad, candidatos a ser inmunizados.

Posteriormente se citaron al alta, para su seguimiento durante la estación del VRS.

Recomendaciones actuales de la SEN para la administración de PALIVIZUMAB:

- **Indicaciones**

Muy recomendable en:

- Niños menores de 2 años afectos de enfermedad pulmonar crónica (EPC) que han requerido tratamiento en los últimos 6 meses anteriores al inicio de la estación de VRS.
- Niños prematuros = 28 semanas de gestación, con ó sin EPC que tengan 12 ó menos meses de edad al inicio de la estación del VRS.

Recomendable en:

- Niños prematuros entre 29 y 32 semanas de gestación, con o sin EPC que tengan 6 ó menos meses de edad al inicio de la estación del VRS.

Valorable individualmente:

- Según los factores de riesgo en niños prematuros nacidos entre 32 y 35 semanas de gestación con o sin EPC y que tengan 6 o menos meses de edad al inicio de la estación del VRS.

A pesar de los datos disponibles sobre su efectividad en este grupo de prematuros, el gran tamaño de esta población y el coste del fármaco justifican que de momento no se considere su recomendación rutinaria.

La decisión sobre el uso del PALIVIZUMAB en éstos niños será individualizada, teniendo en cuenta los factores de riesgo adicionales: hermanos pequeños en edad escolar, ventilación asistida en el periodo neonatal, antecedentes importantes de alergia familiar y tabaquismo pasivo intenso (estudio FLI).

Aconsejable

- Según estudios recientes en niños menores de 2 años con cardiopatías congénitas
- **No está indicado**
 - en el tratamiento de la enfermedad por VRS una vez establecida.
 - no existen datos concluyentes sobre la eficacia de la profilaxis con PALIVIZUMAB en niños inmunodeprimidos y asmáticos.

Calendario de Aplicación

Las infecciones por VRS tienen una incidencia estacional y son especialmente

frecuentes durante el invierno y comienzo de la primavera. Dado que la inmunidad al VRS no es permanente, en nuestro medio se recomienda iniciar la profilaxis en noviembre y continuarla con una aplicación mensual hasta el final del periodo epidémico (mediados de marzo /5 dosis) para obtener una cobertura inmunitaria hasta abril.

En los prematuros tributarios de inmunoprofilaxis que deban ser dados de alta durante la estación del VRS, se recomienda la administración de la primera dosis de PALIVIZUMAB, 5 días antes del alta y mensualmente durante lo que quede de estación del VRS.

Condiciones de la administración

La prescripción y dispensación son siempre a través de la farmacia hospitalaria. De esta forma, además de asegurar la correcta utilización, se consigue una concentración de pacientes en fechas predeterminadas que puedan conducir a un ahorro del producto por utilización completa de los viales. Para ello se cita durante 3 días de la semana y de cada mes al total de pacientes de cada campaña, y durante esos días se procura inmunizar con dosis sobrantes a prematuros ingresados en nuestra unidad, candidatos de serlo y que se prevé su alta hospitalaria.

De igual modo se reserva dosis para inmunizar a los niños que por otros motivos han ingresado en distintas unidades de nuestro hospital y que los padres ponen en nuestro conocimiento el motivo por el que no pueden acudir a la consulta en la fecha citada.

Se tendrá un especial cuidado en evitar los contactos con otros niños afectos de procesos respiratorios. Por ello para la administración de PALIVIZUMAB es recomendable un horario y dependencias que minimicen el riesgo de contagio.

El almacenaje y transporte de PALIVIZUMAB debe realizarse entre 2 y 8 °C sin congelar.

Para la preparación del vial hay que seguir minuciosamente las instrucciones del medicamento, por su tendencia a la formación de espuma.

Una vez reconstituida la solución, se dejará como mínimo 20´ a temperatura ambiente y se administrará durante las tres horas siguientes a la preparación.

La dosis mensual será de 15 mg. /Kg. por vía intramuscular.

Tras la administración de la dosis en cada uno de los meses se envía al servicio de farmacia un listado con los nombres de cada uno de los niños inmunizados, sus pesos y la cantidad de medicación que ha precisado cada uno expresada en cc., con el fin de justificar el gasto.

Además se enviará un pedido con los pesos estimados del total de niños para el mes siguiente (con una ganancia aproximada de 800/1000 g.) y los viales que se prevén gastar junto con los días en que se administrará; con el fin de tener la previsión de la medicación que necesitaremos para la siguiente dosis.

Vacunación concomitante

La inmuno profilaxis con PALIVIZUMAB no afecta al calendario vacunal ordinario, que será seguido con normalidad.

Para la recogida de datos de nuestro grupo de estudio, se utilizó un libro de registros,

del que posteriormente recogimos la información para completar el estudio y obtener los resultados de la campaña.

En el caso de los prematuros que ingresaron durante el periodo de inmunización, con sospecha de infección por VRS, recurrimos a la historia clínica, para ver los resultados de las pruebas diagnósticas.

RESULTADOS

Nuestro grupo de estudio, está formado por un total de 171 prematuros inmunizados durante las campañas del 2000-01, 2001-02 y 2002-03; con una distribución:

Año 2.000-01 —> 38 inmunizados
Ingresaron con diagnóstico de bronquiolitis —> 6
De ellos con VRS (+) —> 1 —> 2,63 %

Año 2.001-02 —> 54 inmunizados
Ingresaron con diagnóstico de bronquiolitis —> 3
De ellos con VRS (+) —> 1 —> 1,85 %

Año 2.002-03 —> 79 inmunizados
Ingresaron con diagnóstico de bronquiolitis —> 3
De ellos con VRS (+) —> 3 —> 3,79 %

Resultados Globales

171 niños inmunizados en las tres campañas con diagnóstico de bronquiolitis y VRS (+) 5, que corresponde a un porcentaje de un 2,9% del total.

Estos resultados son concordantes con los estudios realizados sobre la efectividad del PALIVIZUMAB, el Impact- RSV realizado en EE.UU., Canadá y Reino Unido (1996-97) y el estudio IRIS, realizado en España (1998-99) en el que los prematuros inmunizados con PALIVIZUMAD durante el periodo epidémico, y que precisaron hospitalización con un diagnóstico de bronquiolitis y VRS (+), oscilaron entre el 2-4%.

CONCLUSIONES

En la actualidad, PALIVIZUMAB está indicado en lactantes con antecedentes de prematuridad, con o sin enfermedad pulmonar crónica (EPC) y recientemente aprobado en lactantes con cardiopatía congénita, pero debido a su altísimo coste, estas indicaciones clínicas podrían sufrir modificaciones en posteriores análisis de coste-

beneficio del producto aunque desde nuestro punto de vista esté siendo positivo, ya que es bien tolerado y eficaz, disminuyendo las hospitalizaciones por VRS aproximadamente en un 70%.

BIBLIOGRAFÍA

1. X. CARBONELL ESTRANY, J. QUERO JIMENEZ; COMITÉ DE ESTÁNDARES DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEONATOLOGIA. **RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN POR VIRUS RESPIRATORIO SINCICIAL**. ANALES ESPAÑOLES DE PEDIATRIA. PUBLICACIÓN OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRIA VOLUMEN 52. Nº 4 ABRIL 2.000 ,
2. X. CARBONELL ESTRANY, J. QUERO JIMENEZ, Y EL IRIS STUDY GROUP; **TASAS DE HOSPITALIZACIÓN POR INFECCION POR VIRUS RESPIRATORIO SINCICIAL EN PREMATUROS NACIDOS EN DOS ESTACIONES CONSECUTIVAS**. THE PEDIATRIC INFECTIOUS DISEASE JOURNAL VOLUMEN 20. Nº 9 SEPTIEMBRE 2.001
3. **PALEVIZUMAD, UN ANTICUERPO MONOCLONAL HUMANIZADO FRENTE AL VIRUS RESPIRATORIO SINCICIAL IMPact-RSV STUDY GROUP**. PEDIATRICS AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS MARZO DE 1.998. VOLUMEN 48. Nº 3
4. **AVANCES EN LA PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN POR VRS**. SIMPOSIO DE ABBOTT LABORATORIOS. MADRID. NOVIEMBRE,

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia