

SUMARIO

2 RECOMENDACIONES DE LA SECP:

Los nacidos con cardiopatía congénita tienen mayor riesgo de infecciones respiratorias graves

3 FACTORES DE RIESGO EN VRS

Estudio FLIP: El VRS en niños de 33-35 semanas es tan grave como en prematuros más pequeños

4 EN "THE JOURNAL OF INFECTIOUS DISEASES":

Publicado el primer estudio que relaciona el VRS con el asma

DE IZQUIERDA A DERECHA, LOS DRES. RAMILO, MALO, SANTOS DE SOTO Y FERGIE

Aprobadas recomendaciones para prevenir el "virus de los bebés" en lactantes cardiopatas

DR. JOSÉ SANTOS DE SOTO: "EL VRS ES UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA DESDE HACE DÉCADAS"

Los lactantes con cardiopatías congénitas deberán recibir tratamiento preventivo con el anticuerpo monoclonal palivizumab, único fármaco disponible actualmente frente al virus respiratorio sincitial (VRS) o "virus de los bebés". Así lo establecen las recomendaciones de la Sociedad Española de Cardiología Pediátrica, dadas a conocer en su segundo congreso nacional, celebrado en Gran Canaria.

Las pautas, que fueron comentadas por el Dr. Pascual Malo (Hospital Universitario La Fe, Valencia), se aplicarán para distintos grupos de riesgo desde el nacimiento hasta los 2 años. "Palivizumab se ha mostrado seguro y eficaz en la prevención de infecciones graves por VRS en grupos de riesgo", subrayó el Dr. Malo.

En el simposio sobre "Virus respiratorio sincitial (VRS) y cardiopatías congénitas, nuevas perspectivas", desarrollado en el marco del congreso, intervinieron también el Dr. Octavio Ramilo (Southwestern Medical Center, Dallas, EE.UU.) y el Dr. Jaime Fergie (Children's Hospital Corpus Christi, Texas, EE.UU.). El Dr. Ramilo, que resumió el trabajo de su grupo en torno a la respuesta inmune provocada

por el VRS, recordó que "el VRS es el virus más importante de la infancia, y además produce un efecto importante a largo plazo".

El Dr. Fergie describió el CHD Study norteamericano, donde se concluye que palivizumab 15 mg/kg IM mensual fue seguro y bien tolerado en niños con enfermedad cardíaca congénita hemodinámicamente significativa. El perfil de seguridad es similar al encontrado en otras poblaciones pediátricas de alto riesgo, como niños prematuros y los que sufren enfermedad pulmonar crónica.

La ventaja de la profilaxis

De acuerdo con la experiencia clínica, la prevención con palivizumab consigue una reducción del 70% en los ingresos hospitalarios de los neonatos, y el riesgo de hospitalización de los no inmunizados supera en casi cuatro veces el de los que recibieron la profilaxis.

La tasa de mortalidad de los niños con cardiopatías congénitas que son hospitalizados por VRS alcanza actualmente el 3,4%, según estadísticas norteamericanas.

El presidente de la S.E. de Cardiología Pediátrica, Dr. José Santos de Soto (Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla), calificó al VRS de "problema de salud pública desde hace décadas". "En España el VRS provoca entre 15.000 y 20.000 urgencias/año, lo que se traduce en unas 14.000 hospitalizaciones anuales, con una mortalidad de entre 70 y 250 niños."

(Resumen de la recomendaciones de la SECP en pág. 2).



RESUMEN DE LAS RECOMENDACIONES DE LA SECP

Los nacidos con cardiopatía congénita tienen mayor riesgo de infecciones respiratorias graves



Los pacientes nacidos con una cardiopatía congénita tienen un mayor riesgo de sufrir infecciones respiratorias graves, presentando tasas de ingreso mayores que en la población pediátrica general. El riesgo de ingreso por infección de virus respiratorio sincitial en estos pacientes se extiende hasta los dos años de edad, especialmente en aquellos que continúan con complicaciones derivadas de su propia cardiopatía.

Recientemente, ha sido aprobada la indicación por la Agencia Europea del Medicamento (EMA) y por la Food and Drug Administration (FDA) para el uso del anticuerpo monoclonal humanizado (Palivizumab) en pacientes con cardiopatía congénita hemodinámicamente significativa menores de 24 meses de edad.

La Sociedad Española de Cardiología Pediátrica, a través de un grupo de expertos, ha establecido una serie de recomendaciones consensuadas para el uso racional de dicho fármaco, basándose en la evidencia científica disponible, estableciendo que:

1º En niños por debajo de 1 año se recomienda la profilaxis en cardiopatías hemodinámicamente significativas, tanto cianóticas como acianóticas:

- Pacientes con cardiopatías congénitas cianóticas o acianóticas, no intervenidos o con cardiopatías complejas parcialmente corregidas que presentan: hipertensión pulmonar moderada-severa, insuficiencia cardíaca, hipoxemia.
- Hipertensión pulmonar moderada-severa.

- Pacientes corregidos quirúrgicamente con lesiones residuales hemodinámicamente significativas y/o antecedentes de complicaciones pulmonares graves con necesidad de ventilación mecánica prolongada.

- Niños en tratamiento médico por miocardiopatía.

- Niños con cardiopatías con ingreso programado para procedimiento diagnóstico (cateterismo) o terapéutico durante la estación de riesgo.

2º Niños que con carácter general no se consideran grupos de riesgo, por lo que su cardiólogo pediatra debe valorar individualmente la idoneidad de dicha profilaxis:

- Niños con cardiopatías hemodinámicamente no significativas (CIA, CIVs pequeñas, estenosis valvular pulmonar discreta, estenosis aórtica valvular o coartación de aorta ligeras, ductus permeable).

- Pacientes con cardiopatías congénitas corregidas y sin defectos residuales significativos, ni complicaciones pulmonares prolongadas.

- Miocardiopatías leves que no requieren medicación.

3º Entre 1-2 años se recomienda continuar con la profilaxis en los siguientes casos:

- Cardiopatías corregidas con lesiones residuales hemodinámicamente significativas.

- Cardiopatías complejas no corregidas o paliadas.

- Pacientes con hipertensión pulmonar significativa.

- Pacientes con cardiopatía e inmunodeficiencia congénita o adquirida.

En general se estima que debido a la corrección durante el primer año de vida de un elevado número de las cardiopatías, el mayor número de pacientes que se va a beneficiar de dicha medida serán los pacientes menores de un año de edad.

4º En pacientes mayores de 24 meses, no existe evidencia de su utilidad, por lo que su uso tiene como vía de prescripción el trámite de medicación por “uso compasivo”.

5º La educación a las familias sobre las medidas profilácticas y los factores de riesgo tienen una gran importancia para evitar la infección:

- Evitar entornos contagiosos (guarderías, aglomeraciones)
- Evitar el humo de tabaco
- Lavado de manos en periodo de riesgo
- Lavado de juguetes
- Evitar el contacto con hermanos mayores con riesgo de infecciones.
- Tirar pañuelos usados.

6º En el medio hospitalario también la puesta en marcha de planes de concienciación de los profesionales sanitarios sobre los riesgos y medidas higiénicas pueden tener un impacto importante en el control de la infección nosocomial:

- Diagnóstico precoz
- Lavado de manos, batas, mascarilla
- Reagrupamiento de pacientes y cuidadores
- Limitación en brotes epidémicos de visitas externas e ingresos programados.

FACTORES DE RIESGO EN VRS

Estudio FLIP: El VRS en niños de 33-35 semanas es tan grave como en prematuros más pequeños

La enfermedad por virus respiratorio sincitial en prematuros nacidos a 33-35 semanas de gestación es tan grave como en niños prematuros más pequeños. Esta conclusión del estudio español FLIP, que desarrolla el Grupo IRIS, fue compartida por los expertos participantes en el simposio “Factores de riesgo en VRS”, celebrado el pasado mes de mayo en el Círculo de Bellas Artes de Madrid, con el patrocinio de Abbott Laboratories.

El Dr. Xavier Carbonell (Hospital Clínic, Barcelona), coordinador del Grupo IRIS (Infección Respiratoria Infantil por Virus Respiratorio Sincitial) destacó que los resultados de rehospitalización en niños prematuros en más de 20 hospitales del Grupo IRIS se han venido repitiendo cada año con una tasa promedio en torno al 13,2%. De acuerdo con los datos y experiencia del Grupo IRIS, el niño sin profilaxis tiene 3,9 más probabilidades de ser hospitalizado, como también recordó el Dr. Carbonell.

El Dr. Eric Simoes (Universidad de Colorado), que describió la epidemiología y factores de riesgo de VRS en el plano mundial, resaltó el dato de que el número de muertes entre los infectados por este virus en algunos países del Tercer Mundo alcanza el 7%. Subrayó también el hecho de que la lactancia protege a los niños durante los 6 primeros meses de vida, así como el dato llamativo de que la malnutrición no parece ser factor de riesgo severo de VRS, al contrario de lo que ocurre con

la asistencia a guardería, la exposición al humo del tabaco o el tener hermanos mayores y familia numerosa alrededor.

Profilaxis con palivizumab

La Dra. Barbara Law, miembro del grupo de infectólogos PICNIC, de Canadá, describió los trabajos de este grupo respecto a los factores de riesgo de hospitalización por VRS en prematuros de 33 a 35 semanas. Entre las

Según el canadiense PICNIC Study Group, la profilaxis con palivizumab reduce la hospitalización por VRS en un 80% en los niños de 33-35 semanas sin displasia bronco-pulmonar

conclusiones destaca la evidencia clínica de que la profilaxis con palivizumab reduce dicha hospitalización por VRS en un 80% en los niños sin displasia bronco-pulmonar.

Finalmente el Dr. Josep Figueras, miembro del Grupo IRIS, expuso los hallazgos del estudio FLIP. Se trata de un estudio observacional, de casos y controles, de los factores de riesgo ligado a infección por VRS que precisa

ingreso, en niños prematuros nacidos en España con 33 a 35 semanas de edad gestacional. Las conclusiones del estudio son las siguientes:

- La enfermedad por VRS en prematuros nacidos a 33-35 semanas EG es tan grave como en niños prematuros más pequeños.

- Los niños prematuros 33-35 sEG nacidos entre 15 de julio y 15 de diciembre tienen mayor riesgo de hospitalización por VRS.

- Como en otros grupos de prematuros más pequeños, ya un solo hermano en edad escolar aumenta el riesgo de hospitalización por VRS.

- Parece ser que un número igual o mayor a 4 personas (excluido el niño y sus hermanos en edad escolar) constituye asimismo un factor de riesgo.

- La ausencia de lactancia materna o duración menor a 60 días podría constituir un factor de riesgo; la lactancia materna tiene un efecto protector y por tanto debe ser promovida.

- Niños con antecedentes familiares de sibilancias también constituyen grupo de riesgo.

- Los ex prematuros 33-35 sEG con >2 factores de riesgo tienen, como mínimo, 3,62 veces más probabilidad de ser hospitalizados por VRS que los que no presentan ningún factor de riesgo. Además la combinación de estos factores de riesgo hace que aumente la probabilidad de ingreso de manera tal que cuantos más factores de riesgo tenga un niño, más posibilidades tiene de ser ingresado, variando desde ese 3,62 hasta 132,9.



DR. O. RAMILO

EN "THE JOURNAL OF INFECTIOUS DISEASES"

Publicado el primer estudio que relaciona el VRS con el asma

La infección por virus respiratorio sincitial (VRS) induce morbilidad aguda en forma de neumonía y obstrucción de las vías pulmonares y complicaciones a largo plazo, como hiperreactividad bronquial.

Esta relación entre el VRS y un incremento en el riesgo de padecer asma en los años posteriores, que venía siendo planteada como hipótesis por científicos estadounidenses, aparece plasmada por vez primera en

Dr. Octavio Ramilo:
"La administración precoz de palivizumab se asocia con una disminución de las citoquinas"

los resultados de un estudio publicado en "The Journal of Infectious Diseases". El trabajo, realizado en un modelo experimental, ha sido coordinado por el especialista español Dr. Octavio Ramilo, director de Investigación en la Universidad de Dallas.

Como terapia preventiva, el Dr. Ramilo se ha referido al uso de palivizumab, que podría reducir las complicaciones a largo plazo asociadas con el VRS en niños de alto riesgo: "La administración precoz del anticuerpo monoclonal palivizumab se asocia también con una disminución de las citoquinas, las moléculas que originan la inflamación en el pulmón."

Disminuir el impacto VRS-Asma

En esta misma línea se había pronunciado ya el científico español en un simposio celebrado este año sobre "Bronquiolitis, nuevas perspectivas", organizado por la Sección de Neumología Pediátrica del Hospital G.U. Gregorio Marañón.

En esta reunión científica intervinieron como ponentes, junto al Dr. Ramilo, la Dra. Guadalupe Pérez Pérez (Hospital U. Virgen Macarena, Sevilla), El Dr. Xavier Carbonell-Estrany (Hospital Clínic, Barcelona) y el Dr. Fernando Martínez, director del Centro de enfermedades Respiratorias de la Universidad de Arizona. Moderaron el simposio los Dres. Javier Pérez Frías (Hospital Infantil Carlos Haya, Málaga) y Antonio Salcedo Posadas (Hospital G.U. Gregorio Marañón).

La Dra. Pérez Pérez, tras describir la evolución respiratoria tras el alta en recién nacidos menores de 32 semanas en la sección de Neumología Infantil de su hospital, concluyó que a raíz del tratamiento con palivizumab se reducen drásticamente los ingresos hospitalarios.

El Dr. Octavio Ramilo, poniendo también el acento en la necesidad de profilaxis, señaló que en el futuro una de las vacunas más importantes será la del VRS, aunque todavía tardará al menos una década en desarrollarse. "Mientras tanto, podemos utilizar tratamientos como palivizumab, que además de prevenir la infección aguda en el primer año de

vida, podría disminuir el impacto del virus en el asma."

No hay que olvidar que el asma es la principal enfermedad crónica en la infancia, la que origina mayor número de ingresos hospitalarios y más visitas de urgencias. "Sabemos que los hijos de madres asmáticas tienen un riesgo mucho mayor de desarrollar la enfermedad, hasta un 30% a los 3 años. Se podría identificar a estos hijos de madres asmáticas, aunque no sean

Dra. Guadalupe Pérez:
"A raíz del tratamiento con palivizumab se reducen drásticamente los ingresos hospitalarios"

prematuros, y prevenir la primera infección por VRS en el primer año de vida. De esta forma podríamos reducir la incidencia de asma entre un 30% y un 40%", según cálculos del científico gallego asentado en EE.UU.

El Dr. Fernando Martínez, director del Centro de enfermedades Respiratorias de la Universidad de Arizona, explicó la patogénesis del asma infantil en relación con la bronquiolitis por VRS y estableció una distinción entre las etiologías de alergia y asma. "El mecanismo más importante para la aparición del asma es el daño en el pulmón", afirmó.