



Shutterstock / Viktoria Ostroushko

Bronquiolitis por el virus respiratorio sincitial: cómo está la situación

Publicado: 24 noviembre 2022 13:07 CET • Actualizado: 24 noviembre 2022 14:15 CET

Isidoro Martínez González

Científico Titular de OPIs, Instituto de Salud Carlos III

Salvador Resino García

Investigador Científico de OPIs, Instituto de Salud Carlos III

Desde octubre de 2022, los casos de bronquiolitis en niños pequeños han aumentado rápidamente a nivel mundial, causando alarma social y preocupación. Los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos, Europa, y otras regiones ya están vigilando con cierta inquietud esta epidemia.

Este tipo de bronquiolitis está causado principalmente por el virus respiratorio sincitial (VRS). Se trata de un virus respiratorio común que generalmente causa síntomas leves similares a los del resfriado. La mayoría de las personas adultas se recuperan en unos pocos días pero, con relativa frecuencia, causa infecciones graves en bebés.

En estas infecciones, las vías respiratorias pequeñas (bronquiolos) se inflaman y se obstruyen con mucosidad, dificultando la respiración. Esto da lugar a multitud de visitas pediátricas en atención primaria y, en los casos más extremos, a hospitalizaciones.

El VRS se está comportando de forma anómala

Las epidemias de VRS han sido muy regulares antes de la covid-19, empezando todos los años a finales de otoño o en invierno y desapareciendo durante los meses de primavera/verano. Sin embargo, las medidas que ayudaron a mantenernos a salvo de la covid-19 durante los últimos dos años y medio (cierres, distanciamiento social, uso de mascarillas, lavado de manos) también limitaron la propagación de otros virus, incluido el VRS.

Por esa razón, durante las temporadas de 2020 y 2021 se produjo un repentino descenso de los casos y las hospitalizaciones por VRS. Sin embargo, este año, la temporada ha comenzado antes de lo habitual. Y aunque el aumento de casos ha sido más evidente desde finales de octubre, el VRS empezó a detectarse incluso durante la primavera.

Además, el virus se está propagando más rápidamente y causando más hospitalizaciones de lo habitual, lo que está poniendo a prueba el sistema sanitario en varios países. En otros países, en cambio, todavía no se ha observado un aumento en las hospitalizaciones con respecto a temporadas anteriores a la pandemia, aunque es pronto para sacar conclusiones.

Esto no es del todo inesperado, ya que, a medida que los niños vuelven a la guardería o la escuela, en las que ya no se siguen las medidas preventivas vigentes durante pandemia, los virus, incluidos el VRS, vuelven de nuevo.

La teoría del déficit inmunitario

Pero ¿por qué el VRS se transmite más rápido y causa más infecciones graves este año? Tanto los niños como las madres desarrollan defensas frente a los virus cuando entran en contacto con ellos. Pero durante la pandemia de la covid-19, la población en general tuvo pocas oportunidades de infectarse con el VRS o cualquier otro virus, por lo que no adquirieron inmunidad frente a ellos.

Este déficit inmunitario podría explicar por qué el VRS vuelve con más fuerza cuando han desaparecido las medidas preventivas encaminadas a contener la covid-19. Se nota especialmente en los recién nacidos, puesto que las madres transfieren sus defensas al feto a través de la placenta y, después del nacimiento, a través de la leche. Así, los recién nacidos están protegidos frente al VRS durante los primeros meses de vida siempre y cuando sus madres lo estén.

La solución a la bronquiolitis por VRS está cada vez más cerca

Actualmente existe un medicamento, aprobado a finales del siglo pasado, que puede ayudar a proteger a algunos bebés que tienen alto riesgo de enfermar gravemente por el VRS. Se trata de un anticuerpo llamado palvizumab que se administra en forma de inyecciones mensuales a los bebés prematuros y a niños pequeños con ciertas afecciones del corazón y los pulmones. Pero este fármaco es caro y de eficacia limitada, por lo que se administra sólo en casos muy concretos.

En los últimos años, gracias al trabajo de multitud de laboratorios de todo el mundo, el desarrollo de nuevos tratamientos y vacunas frente al VRS ha experimentado grandes avances. Actualmente, existen alrededor de 39 aproximaciones en distintas fases de ensayos clínicos.

Una de las más prometedoras es el anticuerpo nirsevimab, aprobado hace poco por la Agencia Europea del Medicamento. Este medicamento evita que el virus entre en nuestras células. La principal ventaja de nirsevimab respecto a palivizumab es que una única inyección intramuscular protege a los niños neonatos y lactantes durante su primera temporada del VRS.

Vacunar a las madres

Con todo, lo ideal para prevenir las bronquiolitis por VRS sería disponer de una vacuna. Los niños pequeños, sin embargo, no tienen bien desarrollado el sistema inmune y responden mal a la vacunación. Por eso para los niños menores de 6 meses, lo que se recomienda es la inmunización pasiva, es decir, la administración de anticuerpos.

Una alternativa interesante es la vacunación de las madres. En este caso, los recién nacidos, tal como se ha explicado antes, se verían beneficiados por la transferencia de anticuerpos de la madre a través de la placenta y/o la lactancia.

Las vacunas basadas en subunidades (partes del virus, principalmente la denominada proteína F) son las que están más avanzadas para su uso en embarazadas. Recientemente, Pfizer ha comunicado una alta eficacia y seguridad de su vacuna en madres embarazadas para prevenir la enfermedad grave de las vías respiratorias debida VRS.

En el caso de los niños mayores de 6 meses, una de las opciones que se contempla es su vacunación mediante la administración intranasal de virus completos atenuados, es decir, que no causan enfermedad. Estas vacunas están en las últimas fases de ensayos clínicos.

En definitiva, cada vez estamos más cerca de tener las herramientas adecuadas para prevenir las temidas bronquiolitis causadas por el VRS.