

# DÍA 9. MESA 3. Reemergencia de enfermedades prevenibles

**Moderadores:** **Jacobo Mendioroz.** *Sub-dirección General de Vigilancia y Respuesta a Emergencias de Salud Pública. Barcelona.*  
**Judith Villar.** *Unidad de Salud Internacional y Atención al Viajero. Hospital del Mar. Barcelona.*

## Impacto de la prevención frente al VRS: ¿estrategias diferentes, resultados similares?

**Antoni Soriano Arandes**

*Departamento de Pediatría. Serveis de Salut Integrats del Baix Empordà. Palamós. Girona.*

Correspondencia:

Antoni Soriano

E-mail: [tsorianoarandes@gmail.com](mailto:tsorianoarandes@gmail.com)

Enf Emerg 2026;25(2):105-107

doi: 10.18176/enfemerg.0032

### Introducción y marco estratégico de la prevención del VRS

El Virus Respiratorio Sincitial (VRS) ha representado históricamente una de las principales causas de carga asistencial para los pediatras, siendo el gran responsable de hospitalización por infecciones del tracto respiratorio inferior en lactantes, sobre todo en menores de 6 meses de edad<sup>1</sup>. Hasta hace tres años, la profilaxis frente a VRS se limitaba al palivizumab, un anticuerpo reservado estrictamente para grupos de muy alto riesgo, que requería una administración mensual y, como consecuencia, un coste elevado para el sistema sanitario<sup>2</sup>. Sin embargo, estamos asistiendo a una transición estratégica hacia modelos de protección poblacional masiva. Este cambio de paradigma se apoya en dos pilares de prevención novedosos: el nirsevimab (Beyfortus®)<sup>3</sup>, un anticuerpo monoclonal de acción prolongada que confiere inmunización directa en la primera temporada de exposición al virus, y la vacunación materna frente a VRS con RSVpreF (Abyryvo®)<sup>4</sup>, una proteína de pre-fusión estabilizada diseñada para la transferencia de inmunidad pasiva transplacentaria.

Si bien ambos productos demuestran una eficacia teórica robusta en diferentes ensayos clínicos, su impacto epidemiológico en el mundo real depende críticamente de la ejecución logística, la agilidad administrativa y la aceptación social. Para responder

a esta pregunta, se realizó un análisis comparativo para evaluar cómo diferentes estrategias de implementación han condicionado la presión asistencial en diversas regiones europeas durante la temporada 2024-2025, una vez que las dos medidas de prevención frente a VRS se habían ya implementado en este entorno<sup>5</sup>.

### Metodología

Para evaluar las políticas de salud pública con relación a la enfermedad causada por VRS en "condiciones reales", este estudio utilizó un análisis retrospectivo multinacional con datos poblacionales de visitas a urgencias e ingresos hospitalarios de Catalunya (España), Roma (Italia), Reino Unido (Bristol, Edimburgo, Glasgow y Leicester), Islandia y Rumanía entre abril de 2018 y marzo de 2025<sup>5</sup>.

Este diseño permitió capturar la variabilidad operativa de los sistemas de salud más allá de los entornos controlados en ensayos clínicos. Se utilizaron conjuntos de datos agregados y anonimizados centrándose el análisis en el número total de visitas a urgencias e ingresos. No se pudo informar sobre variables individuales como el sexo o el estatus socioeconómico de los pacientes. Se incluyeron datos de todos los diagnósticos en general, de diagnósticos asociados a patología respiratoria (con códigos equivalentes para cada región) y de bronquiolitis.

Se aplicó un modelo lineal generalizado con regresión de Poisson para obtener cocientes de riesgo o *Risk Ratios* (RR) e intervalos de confianza del 95% (IC 95%). Para garantizar la validez estadística y la comparabilidad entre centros con distintos volúmenes de pacientes, el modelo incluyó el logaritmo natural de las urgencias/ingresos totales como término de desplazamiento (offset term). Se excluyó la temporada 2020-2021 debido al sesgo provocado por las medidas no farmacológicas del COVID-19. Este rigor analítico permitió evitar el efecto de las intervenciones de la variabilidad estacional intrínseca del VRS, utilizando a Islandia y Rumanía como grupos de control.

## Análisis de resultados

El estudio incluyó un total de 1.988.428 visitas a los servicios de urgencias y 397.438 ingresos hospitalarios. Estos datos, recopilados entre abril de 2018 y marzo de 2025, procedían de las diferentes regiones participantes a través de sistemas de información electrónica para obtener registros agregados de población.

El desglose detallado de los datos por región o país fue el siguiente:

- Catalunya: 1.357.286 visitas a urgencias y 279.212 ingresos hospitalarios, incluyendo datos de todos los centros públicos y privados de la región.
- Reino Unido (4 centros en Bristol, Edimburgo, Glasgow y Leicester): 470.238 visitas y 87.786 ingresos.
- Roma (Italia): 25.768 visitas y 4.556 ingresos de un hospital universitario (Gemelli).
- Islandia (todo el país): 49.328 visitas y 3.146 ingresos.
- Bucarest (Rumanía): 85.808 visitas y 22.738 ingresos.

Cataluña se consolidó como referente de éxito en la implementación de nirsevimab. Los resultados clínicos para lactantes menores de 6 meses en la temporada 2024-2025 confirmaron la efectividad de esta política:

- Impacto en Urgencias: RR 0,45 (IC 95% 0,43–0,47).
- Impacto en Hospitalización: RR 0,40 (IC 95% 0,37–0,43).

Desde la perspectiva de la gestión sanitaria, una reducción del 60% en las hospitalizaciones minimizó el riesgo de saturación en planta y liberó recursos críticos en las Unidades de Cuidados

Intensivos Pediátricos. Este resultado demuestra que nirsevimab, con una cobertura muy elevada, es capaz de modificar la epidemiología de la enfermedad, manteniendo los resultados positivos de protección por segunda temporada consecutiva.

Por el contrario, en Roma (Italia) y Reino Unido se produjeron incertidumbres en el inicio de las campañas que impactaron directamente en el resultado de las estrategias (Tabla 1).

- *Roma (Italia)*: pese al uso de nirsevimab, no hubo reducción significativa en menores de 6 meses (RR 1,09 en urgencias; 1,12 en ingresos). La causa principal fue un inicio de campaña tardía (finales de noviembre) y que la cobertura sólo se aplicaba a recién nacidos a partir de mediados de agosto de 2024.
- *Reino Unido*: el impacto de la vacunación materna fue “modesto” (reducción significativa en solo 1 de 4 hospitales para urgencias y 2 de 4 para ingresos). Estratégicamente, esto fue resultado de una campaña donde muchas gestantes fueron vacunadas muy cerca del momento del parto. La previsión es que los resultados puedan mejorar sin duda cuando el programa alcance un estado estacionario (*steady-state*).
- *Controles (Islandia y Rumanía)*: en estos países, sin intervención poblacional, las admisiones hospitalarias aumentaron progresivamente desde 2018. Este dato es fundamental, confirma que el éxito en Cataluña no se debió a una temporada de menor circulación del VRS, sino a la intervención médica directa.

Un factor crítico es el concepto de *waning immunity*. Mientras que la vacuna materna muestra una efectividad decreciente después de los 3 meses de vida del lactante, nirsevimab ofrece probablemente una ventana de protección más amplia, especialmente cuando se combina con estrategias de captura de cohortes de lactantes de hasta 6 meses de edad.

Otro concepto para tener en cuenta es que la disparidad de resultados no reside en el fármaco o producto, sino en la logística. La falta de una campaña de “catch-up” en Italia dejó desprotegidos a los nacidos entre abril y julio, un error que Cataluña evitó con una cobertura integral.

**Tabla 1. Estrategias de cobertura por región.**

Región	Estrategia de cobertura	Nivel de cobertura alcanzado
Cataluña	Campaña coordinada (centros de atención primaria y hospitales) con "catch-up"	>90% (90.3% en recién nacidos de temporada; 93.6% en cohorte de captura)
Roma	Incertidumbre de fondos; inicio tardío (nov. 24)	~75% (Estimación nacional)
Reino Unido	Vacunación materna a partir de la semana 28 de gestación	50% - 60% (según región)

## Conclusiones

Este estudio confirma que la efectividad en el mundo real de políticas de prevención sanitaria depende de varios factores, que habitualmente están asociados entre sí. La reducción de la carga asistencial se mantiene en el tiempo (en el caso del estudio comentado, durante dos temporadas seguidas) bajo modelos de alta cobertura. A pesar de que se detectó un aumento muy leve en urgencias (RR 1,08) en la cohorte de 12-23 meses en Catalunya no hubo ningún incremento en hospitalizaciones, lo que descarta un “rebote” clínico de casos graves en el segundo año de vida. La inmunización directa con anticuerpos monoclonales frente a VRS presenta hoy en día mayor resiliencia ante las barreras de acceso y el declive de anticuerpos en comparación con la estrategia de vacunación materna. Las futuras estrategias deben priorizar la equidad en el precio y la sencillez en el despliegue para garantizar coberturas superiores al 90%. Es imperativo un esfuerzo internacional coordinado para que la prevención del VRS sea una realidad equitativa y eficiente en toda Europa, pero también en países con pocos recursos donde la carga de enfermedad por VRS está asociada a mayor morbilidad y mortalidad.

## Bibliografía

1. Li Y, Wang X, Blau DM, Caballero MT, Feikin DR, Gill CJ, *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(10340):2047-64. doi: 10.1016/S0140-6736(22)00478-0.
2. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Ficha técnica de Synagis® (palivizumab). Disponible en: [https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/199117004/FT\\_199117004.pdf](https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/199117004/FT_199117004.pdf)
3. European Medicines Agency (EMA). Product Information Beyfortus® (nirsevimab) [Internet]. Disponible en: [https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/beyfortus-epar-product-information\\_es.pdf](https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/beyfortus-epar-product-information_es.pdf)
4. European Medicines Agency. Abrysvo. EPAR Product Information. Disponible en: <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/abrysvo#ema-inpage-item-product-details>.
5. Perramon-Malavez A, Chiaretti A, Coma E, Craiu M, Foster S, Leonard P, *et al.* Real-world impact of nirsevimab immunisation and maternal RSV vaccination against respiratory disease on emergency department attendances and admissions: a multinational retrospective analysis. *Lancet Reg Health Eur.* 2026;63:101597. doi: 10.1016/j.lanepe.2026.101597.