ASPECTOS PRÁCTICOS DE USO DE NIRSEVIMAB PARA PERSONAL SANITARIO

(TEMPORADA 2024-2025)

¿Qué es el Virus Respiratorio Sincitial (VRS)?

Es un virus que provoca enfermedad grave y la principal causa de infecciones en las vías respiratorias inferiores en los menores de 1 año, especialmente las relacionadas con bronquiolitis y neumonía.

¿Qué es Nirsevimab?

No es una vacuna. Es un anticuerpo monoclonal dirigido contra el sitio antigénico de una de las proteínas del VRS, siendo su mecanismo de acción bloquear la entrada del virus. Su nombre comercial es Beyfortus® y con una sola dosis proporciona protección durante al menos 5 meses.

Recomendaciones de inmunización pasiva para prevención de enfermedad grave por VRS en la población infantil

A QUIÉN VA DIRIGIDO

1. Población infantil con alto riesgo de enfermedad grave por VRS, se incluyen:

a. Prematuros con edad gestacional <35 semanas (administración de una sola dosis antes de cumplir 12 meses de edad). Si recibieron una dosis en la temporada anterior, podrán recibir una nueva dosis al inicio de la temporada actual si todavía no han cumplido 12 meses de edad.
b. Niños con cardiopatías congénitas con afectación hemodinámica significativa cianosantes o no cianosantes.
c. Niños con displasia broncopulmonar
d. Niños con otras patologías de base que suponen un riesgo para padecer bronquiolitis grave por VRS (ver patologías en apartado de recomendaciones1)

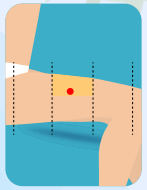
* En los niños con condiciones de riesgo 2, 3 y 4, se administrará nirsevimab antes de cada temporada de VRS antes de cumplir los 24 meses de edad en el momento de recibir la inmunización.

2. Menores de seis meses al inicio o durante la temporada de VRS: en la temporada 24-25 se recomienda a los menores de seis meses nacidos a partir del 1 de abril de 2024 y hasta el 31 de marzo de 2025.

CUÁNDO SE ADMINISTRA

Al comienzo de la temporada del VRS, de octubre a marzo, y de manera muy precoz, preferiblemente en las primeras 24-48 horas tras el nacimientoen el caso de los lactantes nacidos durante la temporada del VRS.

CÓMO SE ADMINISTRA



- Por vía intramuscular. La aguja debe insertarse con un ángulo de 90° en la cara anterolateral externa del muslo. En lactantes muy pequeños y prematuros se utiliza aguja 25 G (naranja) y 16 mm y en lactantes y niños < 12 meses 25 G (naranja), 25 mm y en lactantes y niños de 1-2 años utilizar 25 G (naranja), 25-32 mm.
- Desecho seguro de material cortopunzante.

REGISTRO CORRECTO

- Cada dosis de nirsevimab administrada, tanto en atención primaria como en hospitales, y del ámbito público y privado, ha de registrarse en el sistema de información (o registro) de vacunaciones/inmunizaciones de las CCAA.
- Fecha de administración de la vacuna.
- Tipo de vacuna: el nombre comercial y laboratorio del medicamento administrado deben estar claramente registrados.
- Dosis que se administra.
- Lote de la vacuna.
- Grupo de riesgo.
- Profesional sanitario (quién administra la vacuna).
- Revisar los 7C: paciente correcto, edad correcta, fármaco correcto, dosis correcta, vía de administración correcta, condiciones correctas, registro correcto

EFECTOS ADVERSOS

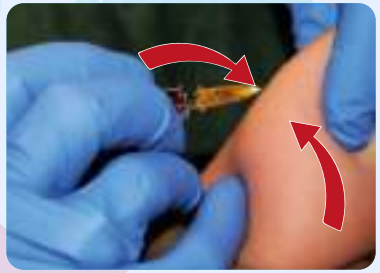
Erupción cutánea, fiebre y reacciones en el lugar de la inyección.

PRECAUCIONES ESPECIALES DE ADMINISTRACIÓN

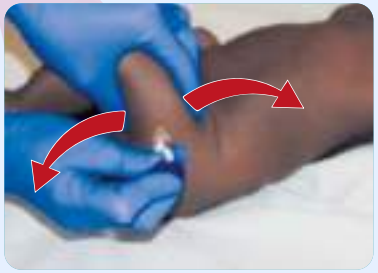
- Precaución en lactantes con trombocitopenia o cualquier trastorno de la coagulación.
- No se debe mezclar con ninguna vacuna en la misma jeringa o vial.
- Nirsevimab se puede administrar concomitantemente con vacunas infantiles, se debe administrar con jeringas separadas y en diferentes lugares de inyección del lactante, separadas al menos 2,5 cm.

1. **Identificar correctamente** al lactante que viene a vacunarse.
2. **Evaluar el grado de comprensión de los padres y/o madres o tutores** adaptar el modo de transmisión de la información.
3. **Aliviar el dolor y el estrés asociado.** Se recomienda medidas como el amamantamiento en lactantes o uso de soluciones azucaradas como sacarosa si no es posible la lactancia materna.
4. **Comprobar su situación vacunal.**
5. **Explicar la posición correcta de administración.** Se debe tener en cuenta la comodidad, seguridad, edad y grado de actividad del lactante, así como el lugar de administración para su colocación. En el regazo y abrazado por el adulto, para mostrar el muslo.
6. **Detectar contraindicaciones.**
7. **Comprobar las condiciones de la vacuna:** cadena de frío, caducidad, condiciones de almacenamiento y aspecto. Conservar en nevera (entre 2°C y 8°C). No congelar. No agitar ni exponer al calor directo. Mantener a temperatura ambiente (20°C 25°C) protegido de la luz durante un máximo de 8 horas. Solución trasparente a opalescente, incolora a amarilla. No contiene látex.
8. **Nirsevimab se presenta en jeringa precargada de 0,5 ml (50 mg) y 1 ml (100 mg).** La dosis recomendada es una dosis única de 50 mg (varilla de émbolo morado) administrados vía intramuscular para lactantes con peso corporal <5 kg y una dosis única de 100 mg (varilla émbolo azul claro) administrados vía intramuscular para lactantes con peso corporal ≥5 Kg. En la población infantil con condiciones de alto riesgo de enfermedad grave por VRS menores de 24 meses y los prematuros menores de 12 meses en el momento de administración en su segunda temporada de VRS recibirán diferente dosis de nirsevimab en función de su peso, independientemente de si han recibido nirsevimab en la temporada anterior. La dosis en la segunda temporada será de 200 mg en dos inyecciones intramusculares (2 x 100 mg), administradas en el mismo acto de vacunación siempre que pesen ≥10 kg. Si pesa <10 kg se administrará una única dosis de 100 mg.
9. **Higiene de manos** con agua y jabón o solución hidroalcohólica, colocarse los guantes en los casos en que sean necesarios.
10. **Elegir una zona de piel intacta y sin lesiones.** En lactantes menores de 1 año, se administra por vía intramuscular, preferiblemente en la cara anterolateral externa del muslo (músculo vasto externo o lateral) (zona externa del tercio medio del muslo). Y en lactantes entre 1-2 años (dependiendo de la masa muscular) el lugar de inyección recomendado es también la cara anterolateral externa del muslo, el deltoides podría ser una alternativa.
11. **Limpieza con gasa o algodón empapada con agua destilada o suero fisiológico y dejar secar.**
12. **No se considera necesario hacer un aspirado previo a la inyección.**
13. **Al terminar la inyección, retirar rápidamente la aguja y presionar ligeramente la zona de la punción** con un algodón. No se debe realizar masaje sobre la zona.
14. Para la administración intramuscular se debe **introducir la aguja en un ángulo de 90°** respecto a la piel. Adecuar el tamaño de la longitud de la aguja en caso necesario.
15. Se recomiendan dos tipos de **técnicas:**

- **Técnica del aplanado.**
  Recomendada por la OMS.



- **Técnica del pellizco.**



Organización Colegial de Enfermería
de España

Diciembre 2024