



Última actualización: 01/11/2014

## TRATAMIENTO DEL VIRUS RESPIRATORIO SINCICIAL (VRS) EN PACIENTES ONCOLÓGICOS

Lorena Pastor, Pablo Rojo.

### Introducción:

El VRS es el agente etiológico más importante de infección respiratoria en niños en el mundo. Los pacientes inmunodeprimidos tienen un elevado riesgo de curso clínico desfavorable y fallo respiratorio, llegando incluso a fallecer en ocasiones. El diagnóstico puede realizarse de manera sencilla mediante test antigénico, cultivo o PCR en aspirado nasofaríngeo, sin embargo en pacientes oncológicos el método de elección es mediante PCR. Debe descartarse en pacientes inmunodeprimidos de forma sistemática, incluso fuera de época epidémica.

No hay ensayos controlados, prospectivos, randomizados de tratamiento del VRS en niño inmunodeprimidos. El tratamiento debe instaurarse de forma precoz en todos los pacientes en situación de inmunodepresión en los que se sospeche curso desfavorable, fracaso respiratorio progresivo o pueda preverse empeoramiento de la situación de inmunodepresión.

### Diagnóstico:

En paciente oncológico de riesgo con signos compatibles con infección por VRS se recogerá **aspirado nasofaríngeo** y se remitirá a microbiología. Allí se realizará antígeno de VRS (en época de epidemia). Si el antígeno no está disponible o es negativo a **TODOS los niños ONCOLÓGICOS DE RIESGO se les hará PCR para VRS.**

El niño con la sospecha de infección por VRS o VRS confirmado ingresará a **cargo de Oncología Pediátrica en la planta 7B** con PIC a Infecciosas.

### Tratamiento:

Las indicaciones de tratamiento son aquellos niños con infección por VRS confirmada y que presenten además:

- **Neutropenia  $<500/\text{mcL}$  o  $<1000/\text{mcL}$  en probable descenso y/o**
- **Linfopenia  $<300/\text{mcL}$**

A la hora de decidir entre las alternativas terapéuticas disponibles y revisando los últimos artículos actualizados, se recomienda dividir a los pacientes según su riesgo clínico.

#### **1) Grupo de bajo riesgo** (VRS confirmado con infección de vías respiratorias altas)

- Ribavirina oral: 20 mg/kg/día (cada 8 horas), durante 10 días.
  - o La ribavirina oral puede presentar como efectos secundarios: anemia hemolítica y nefrotoxicidad.

Los protocolos son específicos para su aplicación en nuestra sección, por lo que no nos responsabilizamos de su uso en otros contextos. Ya que cada unidad debe elaborar sus propios protocolos, teniendo en cuenta las características específicas de cada entorno. Por otro lado son guías orientativas que siempre deben individualizarse en cada paciente.



Última actualización: 01/11/2014

- En caso de no tolerancia oral: Ribavirina iv (33 mg/kg/día el primer día, en tres dosis, seguido de 20 mg/kg/día, en tres dosis al día. Cambiar a oral cuando se pueda. Cumplir 10 días de tratamiento total.

## 2) Grupo de alto riesgo (VRS confirmado con infección de vías bajas):

- Ribavirina nebulizada 10 días totales + Palivizumab dosis única
- En caso de condensación pulmonar severa que dificulte la absorción de RBV nebulizada o en caso de ventilación mecánica, se utilizará RBV iv, asociado igualmente a Palivizumab.

### **MODO DE ADMINISTRACIÓN:**

**RIBAVIRINA nebulizada:** Vial de 6g, diluir en agua destilada 100ml (60mg/ml) y nebulizar utilizando nebulizador específico, conectado a mascarilla o escafandra, 33ml durante 2h tres veces al día (2 g cada 8 horas). Proteger mucosas. La disolución puede conservarse 24 h en nevera. El uso de Ribavirina en aerosol tiene un riesgo **teórico** elevado de teratogenicidad para el personal sanitario que debe ser tenido en cuenta.

Se puede utilizar en nebulizador AIOLOS. Existe un video de montaje que tiene la supervisora.

**PALIVIZUMAB:** Las dosis recomendadas del preparado comercial, **Synagis (15 mg/kg)** un a dosis ampollas ( 1ml/100 mg de palimizumab) Diluir en agua estéril o dextrosa al 5% se diluye a 5 ml para conseguir una concentración de 20mg/ml. **Se debe administrar con filtro.**

### **Seguimiento de los niños con oncológicos con infección por VRS:**

La monitorización del VRS se hará para valoración de la localización de ingreso y también de valoración en las Consultas Externas. Para considerar que no elimina el VRS deberá realizarse cultivo para VRS mediante Shell vial. El resultado está en 48 horas y es la mejor técnica para seguimiento del niño infectado pues la PCR detectaría cualquier resto viral incluso el no viable. Es suficiente con la determinación de un único cultivo viral para desaislar al paciente.

### **Bibliografía:**

- Shah JN, Chemaly RF. Management of RSV infections in adult recipients of hematopoietic stem cell transplantation. Blood 2011; 117: 2755-2763.
- Guidelines on the use of Oral Ribavirin in the Treatment of Respiratory Syncytial Virus in Immunocompromised Oncology Patients. Nebraska Hospital. July 2014.
- Hirsch HH, Martino R, Ward KN, et al. Fourth European Conference on infections in leukaemia (ECIL-4): Guidelines for diagnosis and treatment of human respiratory syncytial virus, parainfluenza virus, metapneumovirus, rhinovirus and coronavirus. Clin Infect Dis 2013; 56: 258-66.
- Shah DP, Ghantaji, Ariza-Heredia EJ, et al. An Immunodeficiency Scoring Index to predict poor outcomes in hematopoietic cell transplant recipients with respiratory syncytial virus infections. Blood. 2014; 123: 3263-3268.

Los protocolos son específicos para su aplicación en nuestra sección, por lo que no nos responsabilizamos de su uso en otros contextos, Ya que cada unidad debe elaborar sus propios protocolos, teniendo en cuenta las características específicas de cada entorno. Por otro lado son guías orientativas que siempre deben individualizarse en cada paciente.