PLAN DE FORMACIÓN ANENVAC

2° SEMESTRE 2026 | **SESIÓN 8ª**

ENFERMERÍA COMO MOTOR DEL ÉXITO: HACIA EL CUARTO AÑO INMUNIZANDO CON NIRSEVIMAB EN ESPAÑA

@anenvac

anenvac.enfermeriayvacunas

anenvac_enfermeriayvacunas

YouTube https://www.youtube.com/@anenvacasociacionnacionald1001

ORGANIZADO POR:

ASOCIACIÓN NACIONAL DE ENFERMERÍA Y VACUNAS

https://amazingbooks.es/plan-formacion-anenvac-2026/

PRESENTACIÓN

SILVIA BERNÁRDEZ CARRACEDO

Enfermera de Pediatría. Centro de Atención Primaria Maragall. Barcelona. Miembro del Grupo de Trabajo de Vacunas (VACAP) de la Sociedad Española de Pediatría Ex-trahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP). Vocal de ANENVAC.

Destacamos que el éxito asistencial se fundamenta en tres ejes esenciales: evidencia científica, práctica clínica y organización/planificación.

Estrategia conjunta: ANENVAC, junto con la SEEGG - Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica, hemos elaborado un documento con las recomendaciones actualizadas orientadas a la vacunación en centros residenciales y personas institucionalizadas, tanto para las personas ingresadas, como para los trabajadores y cuidadores y los familiares.

Triple protección: Destacamos la vacunación frente a Gripe, COVID-19 y Virus Respiratorio Sincitial (VRS) y su administración conjunta para frenar la transmisión.

MODERADORA

RAQUEL GARCÍA-FLOREZ ROBLA

Enfermera y Responsable de vacunas. Centro de Salud Embarcaciones. Madrid. Miembro del Comité Asesor de ANENVAC.

PONENCIAS:

Actualización Científica y Evidencia Clínica

Pepe Serrano Marchuet

Pediatra de atención primaria. Vocal del CAV-AEP. Coordinador del grupo de trabajo de vacunas de la Societat Catalana de Pediatría

Carga de la Enfermedad por VRS

- Impacto hospitalario: El VRS representaba históricamente la causa principal de colapso pediátrico durante el invierno.
- Cifras clave: 1 de cada 56 menores de dos años requería hospitalización, y el 70% de los ingresos por bronquiolitis eran atribuibles directamente a este virus.

Mecanismo de Acción y Ventajas

- Anticuerpo monoclonal de vida prolongada: Bloquea la proteína F en su estado de prefusión, impidiendo la fusión celular y la destrucción de la pared bronquial (formación de sincitios).
- Protección inmediata: Al transferir defensas ya sintetizadas, brinda cobertura directa sin periodo de latencia.
- Duración prolongada: Garantiza una vida media estimada de ~120 días, asegurando protección efectiva durante más de 5 meses (toda la temporada epidémica).

Evidencia en Vida Real

- Resultados asistenciales: Estudios pivotales (MELODY, HARMONY) y programas poblacionales (como NIRSEGAL en Galicia) confirman reducciones superiores al 80-85% en hospitalizaciones e ingresos en UCI por VRS.
- Seguridad inmunológica: Se constata que la inmunización en la primera temporada no incrementa la severidad de las bronquiolitis en la segunda temporada.

Beneficios Adicionales de la Inmunización

- Salud respiratoria futura: Disminución comprobada de episodios de sibilancias recurrentes y asma a medio plazo.
- Complicaciones secundarias: Reducción significativa en la incidencia de otitis media aguda.
- Uso racional de fármacos: Caída drástica en la prescripción y consumo de antibióticos en lactantes, reduciendo además las coinfecciones graves (ej. virus + neumococo).
- Comparativa con vacunación materna: Aunque la vacunación en gestantes transfiere anticuerpos, el monoclonal administrado directamente al lactante permite alcanzar coberturas masivas y homogéneas sin depender del momento del parto.

Implementación Práctica y Seguridad

Ana Nazaret Yanes Pérez

Enfermera. Vicepresidenta de FECAN (Foro de Enfermería Canaria). Miembro del Comité Asesor de ANENVAC.

Poblaciones Diana y Calendario (Campaña 2026-2027)

- Lactantes menores de 6 meses: Nacidos entre el 1 de abril de 2026 y el 31 de marzo de 2027.
- Intra-temporada: Inmunización en las primeras 24-48 horas tras el nacimiento en la maternidad hospitalaria.
- Extra-temporada (abril-septiembre): Captación e inmunización al inicio de la campaña en Atención Primaria.
- Grupos de Alto Riesgo (hasta 24 meses / 2.ª temporada): Prematuros (<35 semanas), cardiopatías congénitas, displasia broncopulmonar, inmunosupresión, síndrome de Down y fibrosis quística, entre otros.

Pauta de Dosificación y Administración

- Menores de 5 kg (< 4.999 g): Dosis de 50 mg (jeringa precargada de 0.5 mL).
- Igual o mayor a 5 kg: Dosis de 100 mg (jeringa precargada de 1.0 mL).
- Niños mayores de 10 kg (2.ª temporada de riesgo): Dosis total de 200 mg administrada en dos jeringas de 100 mg en puntos anatómicos diferenciados.
- Vía y coadministración: Vía intramuscular en la cara anterolateral del muslo. Coadministrable con vacunas del calendario infantil en zonas separadas por al menos 2.5 cm.

Perfil de Seguridad y Resolución de Dudas

- Elevada seguridad: Confirmada tras millones de dosis administradas globalmente. Reacciones locales o sistémicas leves e infrecuentes (erupción cutánea 0.7%, febrícula 0.5%, dolor local 0.3%). Sin registro de eventos graves o anafilaxia.
- Respuesta a familias — ¿Es una vacuna?: No, es un anticuerpo monoclonal que provee inmunidad pasiva directa.
- Respuesta a familias — ¿Bebés sanos?: Sí, el 90% de los ingresos por VRS corresponden a lactantes previamente sanos.
- Contraindicaciones: Mínimas. Procesos febriles agudos posponen la cita unos días. Alergias alimentarias o antecedentes de infección previa por VRS NO contraindican su administración.

Organización de Campañas y Epidemiología

Alejandro Cremades Bernabeu

Enfermero. Jefe de Sección de Coordinación y Promoción de la Salud. Servicio de Vacunación e Inmunización Sistemática y en Grupos de Riesgo. Dirección General de Salud Pública. Generalitat Valenciana. Miembro del Comité Asesor de ANENVAC.

Comportamiento Epidemiológico e Impacto

- Cambio de patrón: Tras el desplome del virus durante la pandemia, las campañas 2023-2026 con Nirsevimab redujeron drásticamente la magnitud epidémica y desplazaron el pico de contagios hacia diciembre/enero.
- Reducción de ingresos: En España se ha registrado una reducción media del 72.9% al 85% en hospitalizaciones e ingresos en UCI por VRS, evitando más de 10.000 ingresos de lactantes.
- Impacto en asma: Se proyecta que evitar la infección grave por VRS en el primer año reduce entre un 20% y 26% los diagnósticos de asma en los siguientes 5 años.

Claves del Éxito Asistencial

- Cobertura récord: España ha superado el 90% de cobertura gracias a la estrategia combinada de captación en maternidades y citación en Atención Primaria.
- Rol de la enfermería y matronas: La educación sanitaria desde las clases de preparación al parto y la confianza en los profesionales de enfermería son el motor clave para la equidad y el éxito de la estrategia.

CONCLUSIONES CLAVE: TODOS LOS PONENTES

1. **Tranquilidad y Eficacia: Una sola dosis protege durante toda la temporada invernal desde el primer instante.**
2. **Impacto Integral: Previene bronquiolitis graves, reduce otitis, minimiza el uso de antibióticos y preserva la salud pulmonar futura.**
3. **Liderazgo Enfermero: La recomendación empática y fundamentada del profesional de enfermería garantiza la máxima confianza y cobertura en la población.**