



**72 CONGRESO**   
**Donostia · San Sebastián**  
11, 12 y 13 de junio **2026**



**XV CONGRESO NACIONAL  
XXXI JORNADAS NACIONALES**  
Asociación Española  
de Enfermería Pediátrica

DECLARACIÓN DE POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERESES

# Distribución anual de diferentes virus causantes de bronquiolitis en las últimas cuatro temporadas epidémicas: proyecto ECEALHBA.

Juan Manuel Rius Peris, Nuria Roda Martínez, María Asunción Rodríguez González, Mónica Blanca Garzón Gómez, Jose María Olmos García, Samuel Esquiva Soto, Teresa Romero Rubio, Elena Reyzábal Ereño, en representación del grupo de investigación del Proyecto ECEALHBA

## Proyecto ECEALHBA y la Redefinición de la Bronquiolitis Aguda

Evidencia en vida real del cambio  
de paradigma ecológico tras la  
implementación de nirsevimab

Pre-nirsevimab	Post-nirsevimab
2021-22 y 2022-23	2023-24 y 2024-25



Un análisis de 4.096 lactantes hospitalizados en España.



# Introducción

## La Carga Real de Enfermedad: Escalada de Soporte Respiratorio

Más allá del diagnóstico, la BA representa una carga crítica para los recursos hospitalarios. De los más de 4.000 lactantes ingresados, casi el 15% requirió cuidados intensivos pediátricos.



# Introducción



Clásicamente, la bronquiolitis aguda (BA) se ha entendido casi exclusivamente como una patología invernal impulsada por el virus respiratorio sincitial (VRS).

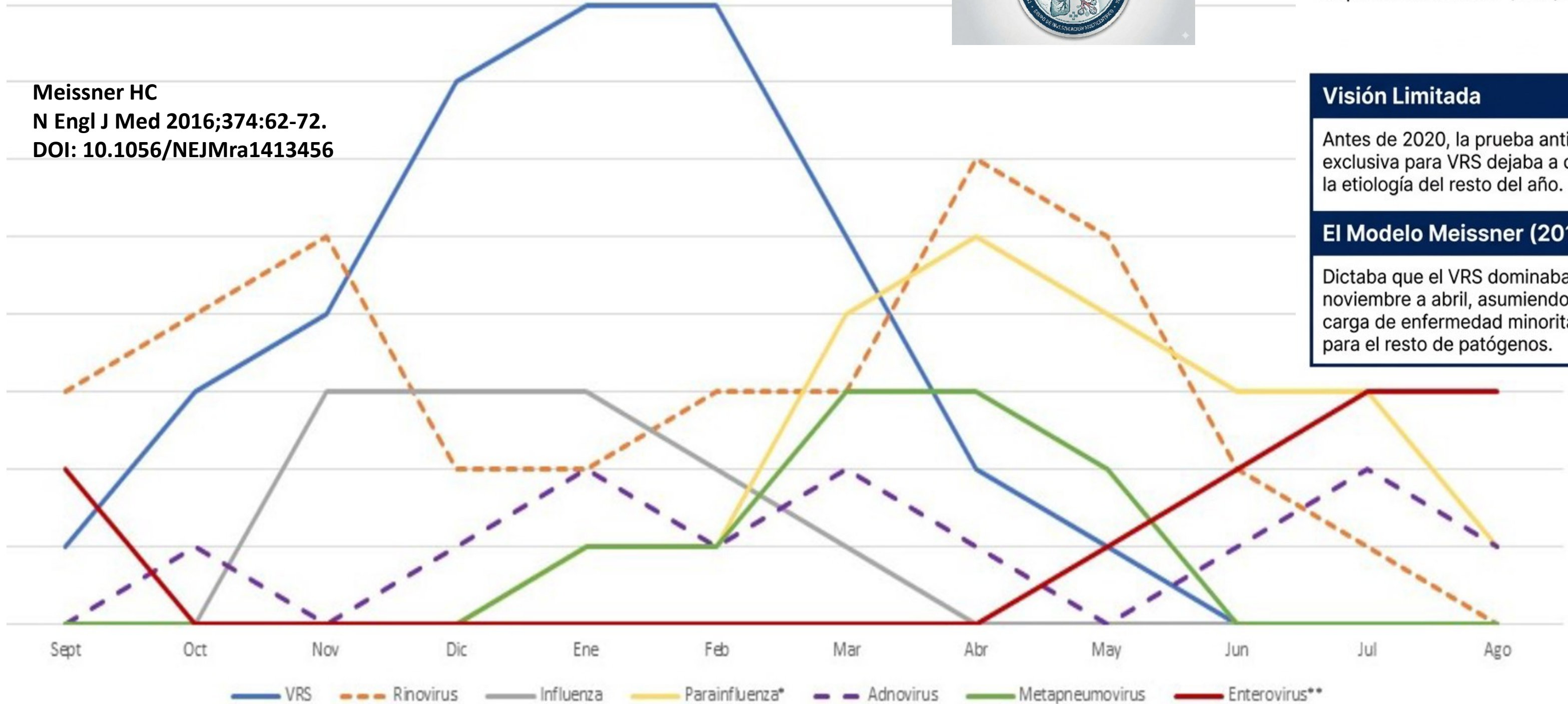
Meissner HC  
N Engl J Med 2016;374:62-72.  
DOI: 10.1056/NEJMra1413456

## Visión Limitada

Antes de 2020, la prueba antigénica exclusiva para VRS dejaba a oscuras la etiología del resto del año.

## El Modelo Meissner (2016)

Dictaba que el VRS dominaba de noviembre a abril, asumiendo una carga de enfermedad minoritaria para el resto de patógenos.

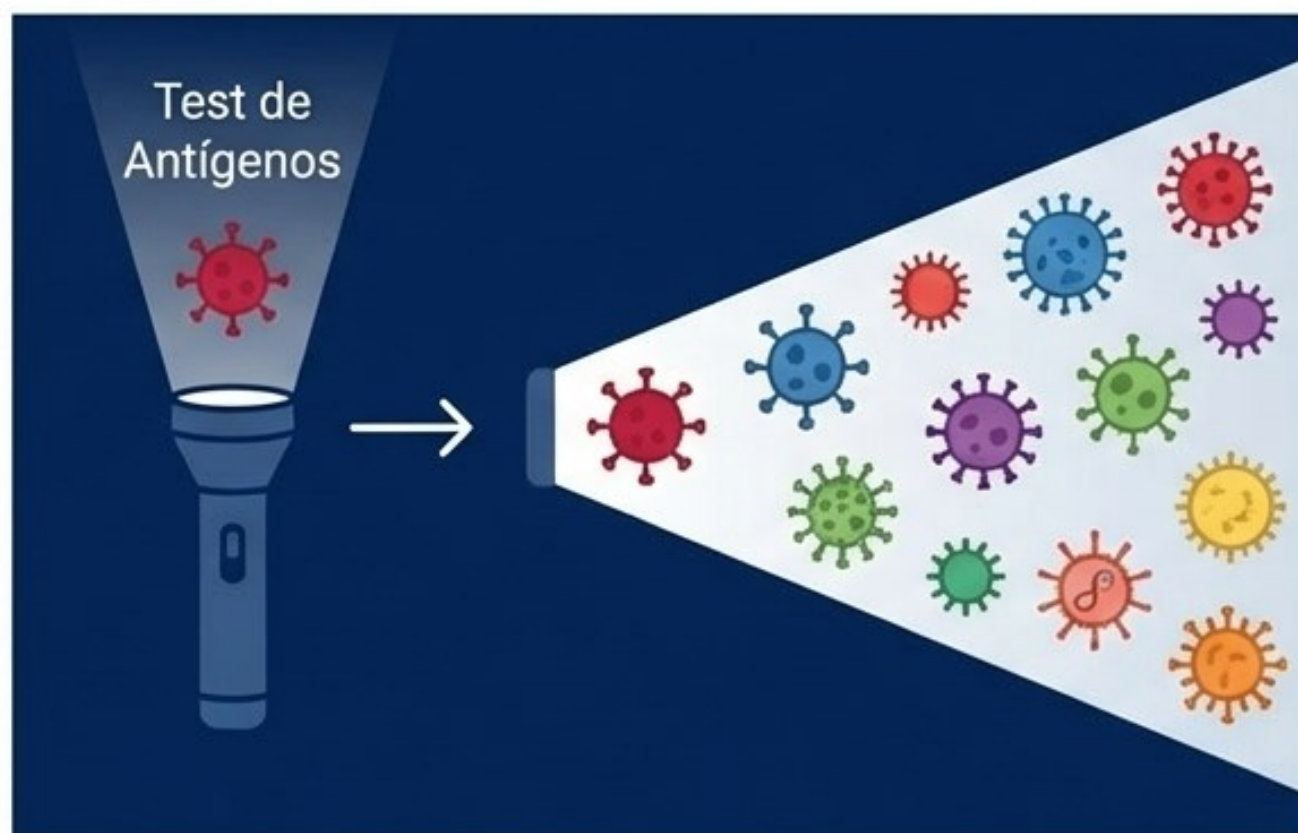


# Introducción-Método

## Los Dos Catalizadores del Nuevo Ecosistema Viral

### PCR Multiplex

Transforma nuestra capacidad diagnóstica.  
Pasamos de buscar un solo patógeno a visibilizar todo el espectro viral a lo largo del año completo.



Octubre 2023

### Inmunización con Nirsevimab

A partir del 1 de octubre de 2023, la protección de lactantes (0-12 meses) interrumpe la cadena de transmisión del depredador principal, el VRS.



## La Cohorte ECEALHBA: Monitorización Prospectiva a Nivel Nacional



# 4.096

Lactantes ingresados por BA  
incluidos en el estudio



# 0-12

Meses de edad, rango de la  
población de estudio



# 4

Años epidémicos completos  
monitorizados, de 2021 a 2025

	2021-22	2022-23	2023-24	2024-25
CCAA	2	2	2	10
Provincias	7	7	8	32
Hospitales	21	21	22	55
Casos	937	1320	511	1328

Un estudio observacional, prospectivo y multicéntrico diseñado para capturar la realidad clínico-asistencial antes y después del nirsevimab.



## La Frontera Ecológica: Matriz Diagnóstica Antes y Después

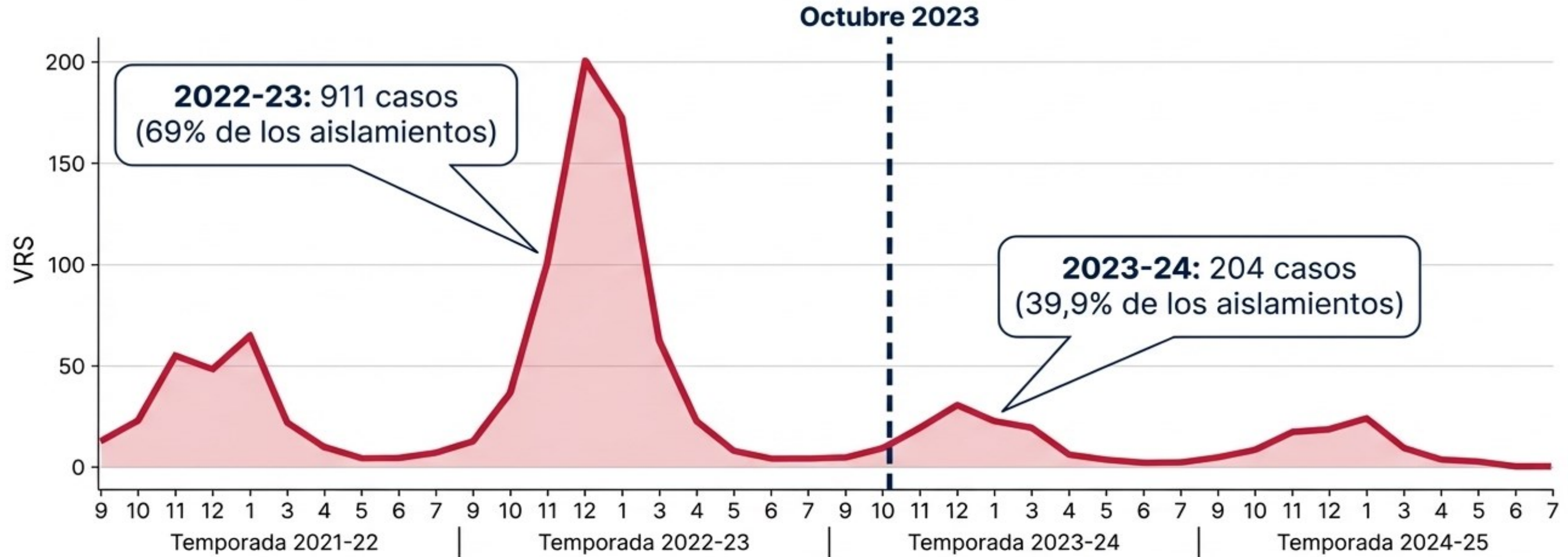
Octubre 2023

	Era Pre-Nirsevimab (2021–2023)	Era Post-Nirsevimab (2023–2025)
Dominancia del VRS	Absoluta (59-69% de los casos)	Drásticamente reducida (36-39%)
Patrón Estacional	Concentración masiva de noviembre a enero	Distribución aplanada y diversificada todo el año
Rol del Metapneumovirus	Actor secundario (3-7%)	Incremento diferencial intenso (15-16%)
Rol del Rinovirus	Constante de fondo (9-15%)	Carga de enfermedad expandida (26-32%)



## El Colapso del VRS: Eficacia de la Inmunización en Vida Real

En las temporadas previas, el VRS dictaba el ritmo del hospital con picos masivos de ingresos entre noviembre y enero.



**El Impacto:** Una reducción drástica en la carga de enfermedad aguda concentrada en invierno.



## La Constante del Rinovirus: Circulación Bimodal Ininterrumpida

Lejos de ser un patógeno estacional, el rinovirus demuestra una **persistencia tenaz durante todo** el año epidémico, tanto antes como después de la intervención.

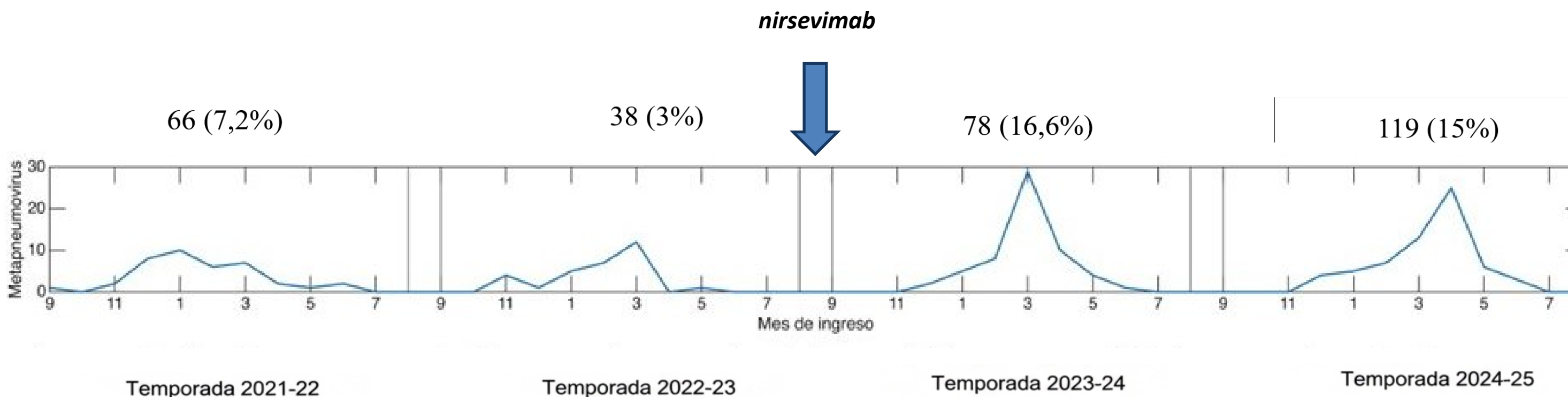


Se observa una presentación casi bimodal. Notablemente, existe una mayor carga de enfermedad aparente en los años post-nirsevimab (pasando del 9-15% al 26-32% de los aislamientos), requiriendo vigilancia continua.



## El Relevo Ecológico: El Surgimiento del Metapneumovirus

La naturaleza no deja espacios vacíos. La supresión del VRS ha desvelado un incremento diferencial intenso en la carga de enfermedad por metapneumovirus.

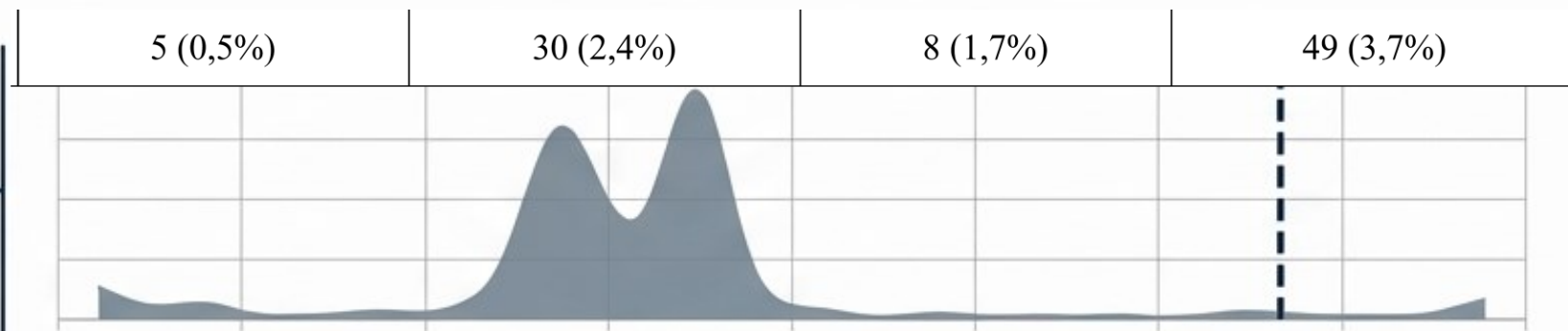


## Actores Secundarios: El Ruido de Fondo Epidemiológico

Gracias al panel ampliado de PCR (utilizado en el 64,2% de los casos en la última temporada), visibilizamos una circulación constante de otros patógenos con cargas de enfermedad variables.

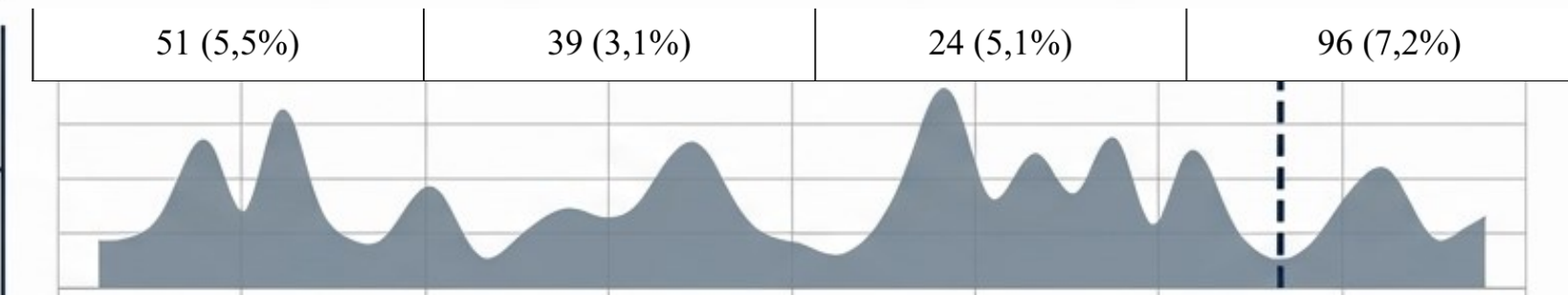
### Influenza

Escasa circulación general, con una notable excepción bimodal en la temporada 2022-23 (octubre a marzo).



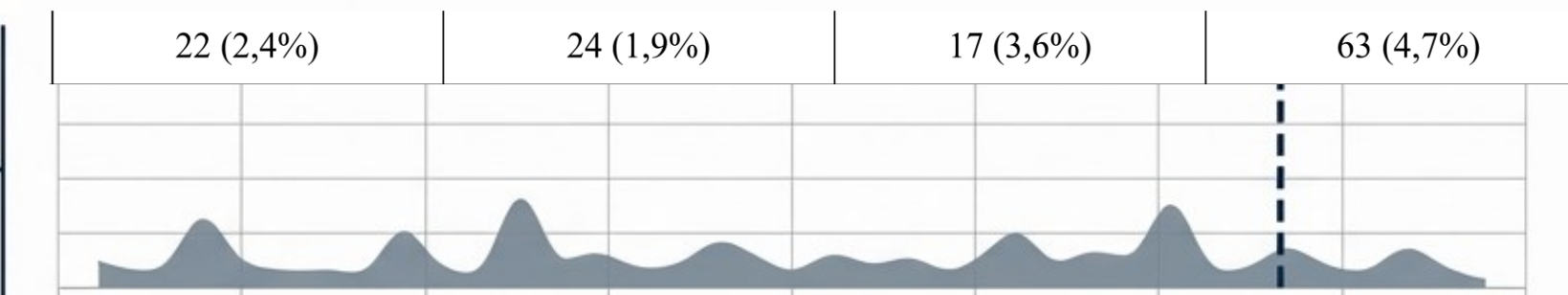
### Parainfluenza

Circulación a lo largo de todo el año con cargas distintas cada temporada.



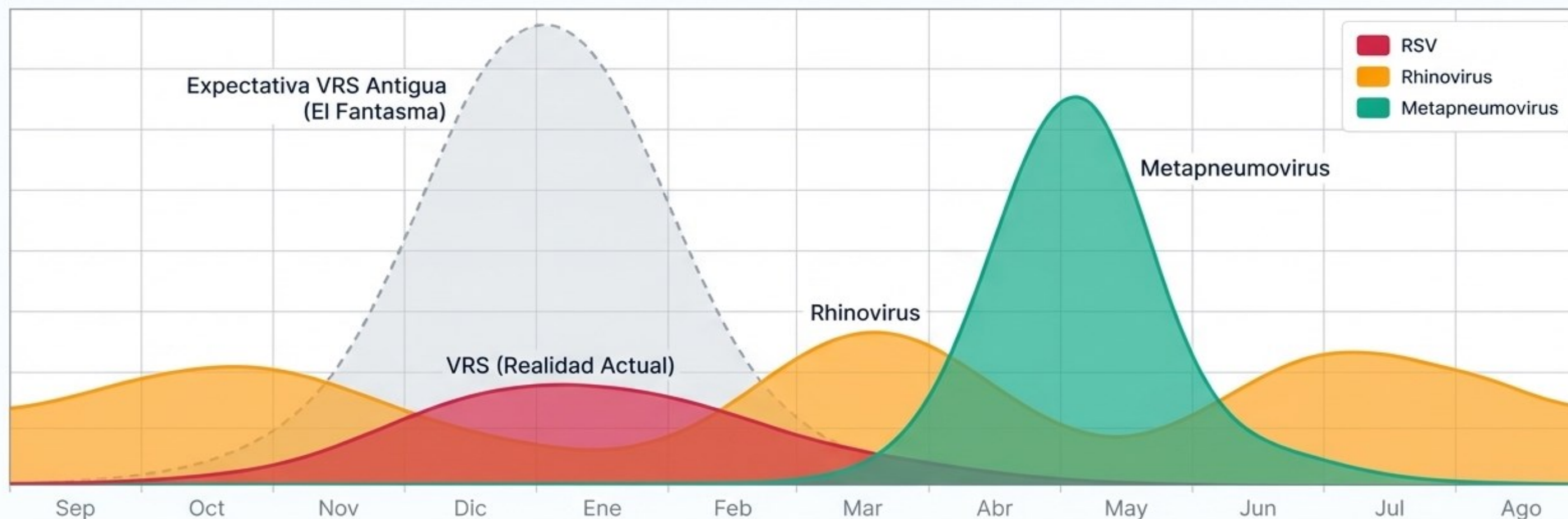
### Adenovirus

Presencia continua, aunque con baja carga de enfermedad en lactantes hospitalizados.





La estacionalidad de la bronquiolitis aguda se ha reescrito. Ya no nos enfrentamos a un muro invernal monolítico, sino a un ecosistema dinámico y multicausal que exige atención los doce meses del año.



**El invierno pertenece a una mezcla mitigada de VRS y Rinovirus; la primavera es el nuevo territorio del Metapneumovirus.**



## Implicaciones Estratégicas para la Gestión Asistencial



### Pilar 1: Asignación de Camas y UCIP

La demanda de cuidados intensivos (15% histórico) ya no se limitará a diciembre. Los recursos de oxigenoterapia de alto flujo (OAF) deben estar garantizados durante la primavera para los picos de metapneumovirus.



### Pilar 2: Eficiencia Diagnóstica

La PCR múltiple deja de ser un lujo académico para convertirse en una herramienta de triaje esencial. Aislar cohortes por tipo de virus previene infecciones nosocomiales cruzadas.



### Pilar 3: Planificación de Plantillas

El concepto de refuerzo de invierno debe evolucionar hacia un modelo de flexibilidad de personal a lo largo de todo el año epidémico.





# El Éxito Exige Vigilancia Continua

La implementación de nirsevimab es un triunfo de la salud pública, pero ha desestabilizado un ecosistema viral centenario.

**Predecir el comportamiento viral en temporadas venideras requiere que la monitorización prospectiva pase de ser un esfuerzo extra a ser el estándar integrado en la rutina clínico-asistencial. El modelo ECEALHBA marca el camino.**

