

ORDEN

Número: 908/ 23

CONSEJERIA DE SANIDAD

Unidad Administrativa
DIVISIÓN DE CONTRATACIÓN

Exp.: 21/2023 (A/SUM-022667/2023)
RGM/PLP/mjj

El virus respiratorio sincitial (VRS) es la principal causa de infecciones en las vías respiratorias inferiores en la población infantil menor de un año, especialmente las relacionadas con bronquiolitis y neumonía, así como en la población adulta mayor de 65 años y en personas con condiciones de riesgo. A nivel mundial, es la segunda causa de muerte en el mundo en menores de un año. En España, las infecciones por VRS suponen anualmente una importante sobrecarga asistencial, tanto en los servicios de atención primaria como en los hospitales, incluyendo visitas a urgencias, ocupación de las plantas de hospitalización y de las unidades de cuidados intensivos pediátricos. El VRS se presenta de manera estacional, con una mayor incidencia en otoño-invierno durante la temporada de mayor transmisión en países templados de ambos hemisferios, como es el caso de España. En la Comunidad de Madrid, en el año 2022, se registraron más de 18.000 urgencias pediátricas por bronquiolitis y 3.800 ingresos en lactantes menores de 12 meses, con más de 300 estancias en Unidades de Cuidados Intensivos.

Hasta ahora, como medida de prevención se disponía de un solo anticuerpo monoclonal palivizumab, empleado únicamente para población pediátrica con riesgo muy elevado de desarrollar enfermedad grave. Su vida media es menor de un mes, por lo que es necesario administrarlo mensualmente durante la temporada de VRS, generalmente 5 dosis. Recientemente se ha autorizado la comercialización de otro anticuerpo monoclonal, nirsevimab (Beyfortus®, AstraZeneca, comercializado en España por SANOFI AVENTIS, S.A.), para la prevención de la enfermedad de las vías respiratorias inferiores producida por VRS en neonatos y lactantes durante su primera temporada de exposición al virus. En la UE está autorizado desde el 31 de octubre de 2022. La pauta recomendada es una dosis única, ya que su vida media es más prolongada y la dosis depende del peso del lactante.

Está disponible en dos presentaciones: jeringa precargada con 50 mg de nirsevimab en 0,5 ml para lactantes con peso corporal <5 kg y jeringa precargada con 100 mg de nirsevimab en 1 ml para lactantes con peso corporal ≥5 kg. Se debe administrar al comienzo de la temporada de VRS, o cercano al momento del nacimiento en lactantes nacidos durante la temporada de VRS. Nirsevimab ha demostrado un buen perfil de seguridad y de efectividad en los ensayos clínicos en los que ha sido evaluado, con una reducción del riesgo relativo del 76,4% de las infecciones de las vías respiratorias inferiores médicamente atendidas por VRS, del 76,8% de las hospitalizaciones por infecciones de las vías respiratorias inferiores por VRS y del 78,6% de la enfermedad grave por VRS.

Si bien nirsevimab es un anticuerpo monoclonal, su utilización a nivel poblacional para la prevención primaria de la enfermedad por VRS persigue el mismo objetivo de prevención primaria que el de las vacunas en edad pediátrica. Por ello, se ha evaluado desde el punto de vista de salud pública por parte de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones de la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Para obtener el máximo beneficio en la estrategia poblacional de prevención del VRS mediante el uso de nirsevimab, la Comunidad de Madrid, siguiendo las recomendaciones de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones, iniciará en este año 2023 un programa de inmunización poblacional en todos los lactantes menores de 6 meses de edad al inicio o durante la temporada de VRS. Se priorizará la inmunización de los nacidos durante la temporada y los nacidos previamente se inmunizarán lo antes posible (mes de octubre).

Para la estimación de la población pediátrica diana para la administración del nirsevimab se han utilizado los últimos datos disponibles del padrón, a 1 de enero de 2022, según el cual el número de personas residentes en la Comunidad de Madrid menores de un año es de 51.249. En la población de menores de un año las coberturas de vacunación que se alcanzan son muy elevadas, superiores al 95%.

Asumiendo este hecho, se ha estimado que la población a la que se administrará nirsevimab ascenderá a unos 50.000 niños/as. A los niños nacidos en temporada se les administrará nirsevimab nada más nacer, mientras que al 50% restante, se les administrará al iniciar la temporada de mayor transmisión, en el mes de octubre. Por ello, se estima que se necesitan 25.000 dosis de la presentación para lactantes con peso corporal <5 kg (para los nacidos en temporada) y 25.000 dosis de la presentación para lactantes con peso corporal ≥5 kg (para los nacidos fuera de temporada).

En virtud de lo que establece el artículo 116 de la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, por la que se trasponen al ordenamiento jurídico español las Directivas del Parlamento Europeo y del Consejo 2014/23/UE y 2014/24/UE, de 26 de febrero de 2014, y en uso de las atribuciones que me han sido conferidas por las disposiciones vigentes,

DISPONGO

Acordar el inicio y ordenar la tramitación del expediente de contratación de suministro denominado: **“SUMINISTRO DEL MEDICAMENTO NIRSEVIMAB PARA LA PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN POR VIRUS RESPIRATORIO SINCITAL EN LACTANTES DURANTE EL EJERCICIO 2023”**, promovido por la Dirección General de Salud Pública, cuyo presupuesto base de licitación asciende a 10.868.000,00 euros (4% IVA incluido), justificándose su necesidad por los motivos antes expuestos.

FECHA

Madrid, a fecha de firma

EL CONSEJERO DE SANIDAD EN FUNCIONES

Firmado digitalmente por: RUIZ ESCUDERO ENRIQUE
Fecha: 2023.06.01 19:52

ENRIQUE RUIZ ESCUDERO