

Vacuna y anticuerpos, dos claves contra la bronquiolitis

Las embarazadas se pueden vacunar. También hay disponibles dos anticuerpos que brindan una mayor protección para los bebés.

Adriana Santagati
asantagati@clarin.com

Comenzó el otoño y llega la circulación de virus respiratorios, particularmente, el **síncial respiratorio (VSR)**, causante de la bronquiolitis y también, de neumonía.

Después de un 2023 caótico, con **guardias pediátricas desbordadas** que expusieron la crisis sin solución de la falta de pediatras, 2024 dio un respiro gracias a un factor clave: la **vacunación de las embarazadas**, que comenzó justamente el año pasado. Pero no todas las mujeres que cursaron un embarazo el último año recibieron la vacuna, e incluso quienes la recibieron tienen que tener otros cuidados para **evitar el contagio del VSR**.

Es un **virus muy transmisible** a través de las secreciones respiratorias o del contacto con objetos contaminados. Es la causa más común de infecciones respiratorias agudas bajas en **niños pequeños**: al menos la mitad tiene una infección con el VSR en el primer año y se estima que **casi todos la van a tener antes de los 2**, puntualizó la Sociedad Argentina de Pediatría en un documento.

Su impacto es alto; es responsable de **un tercio de las muertes en el primer año de vida** y el 97% de esos casos ocurren en países de bajos y medianos ingresos. El documento suma: entre uno y cuatro de cada 100 lactantes sanos tiene riesgo de terminar internado por el VSR en sus primeros dos años. El riesgo es mayor para los prematuros (4,3%) y para los bebés con cardiopatías o



Protección. El Virus Síncial Respiratorio causa un tercio de las muertes de bebés en el primer año de vida.

enfermedades congénitas, entre otras comorbilidades (supera el 10%). "La tasa de mortalidad infantil comunitaria por VSR en Argentina es **más alta que la reportada en países desarrollados** (0,27 muertes/1.000 nacidos vivos)", señala.

Entre enero y julio se registraron 72.150 casos de bronquiolitis en menores de dos años, **un 46,5% menos que el año anterior**. También bajaron un 23% las neumonías, mientras que las infecciones por influenza se mantuvieron iguales.

La disponibilidad por primera vez de la vacuna jugó un rol clave.

Según los primeros estudios de farmacovigilancia, su efectividad para prevenir que el cuadro se vuelva grave fue alta: fue alta: **73,9% en bebés de hasta 6 meses**.

La vacuna tienen que recibirla **las embarazadas entre las 32 y 36,6 semanas de gestación**, entre enero y agosto. "La campaña comienza en enero ya que **se debe empezar dos meses antes de la temporada de mayor circulación viral**, que va marzo a julio. Si se vacunara a la gestante luego de septiembre, los niños nacerían fuera de esa temporada y como los anticuerpos ma-

ternos los protegen solo por 5 o 6 meses, no se justifica", explicaron desde el Ministerio de Salud de la Nación.

Todavía no hay datos sobre la campaña 2025, pero el año pasado se vacunaron **el 62,5% de las gestantes**, lo que significa que **casi 4 de cada 10 no recibieron** la inmunización para sus hijos.

El obstetra Miguel Huespe, jefe del departamento materno infantil del hospital Santojanni (que fue parte del estudio de farmacovigilancia) y profesor titular de obstetricia de la UBA, remarca que la va-

vacunación materna es muy importante porque "en los primeros seis meses los bebés son más vulnerables, por la inmadurez propia del aparato respiratorio y por su inmunidad en desarrollo". Y aclara que la vacuna utiliza una proteína, que es una fracción del virus.

Hasta ahora, **no existe vacuna para los recién nacidos**. Sin embargo, hay casos en los que puede ser recomendable una **protección extra**: un anticuerpo, lo que se llama **inmunización pasiva**.

El sistema de salud cubre gratuitamente la inmunización pasiva para los prematuros extremos (que nacieron con menos de 32 semanas o menos de 1.500 gramos) hasta los seis meses al inicio de la temporada: los prematuros con displasia broncopulmonar (hasta el año) y los bebés menores de un año con cardiopatías congénitas.

El anticuerpo que reciben se llama **palimizumab**, y deben administrarse cinco dosis.

Este otoño también está disponible un nuevo anticuerpo monoclonal de larga duración, el **nirsevimab**, que había sido aprobado por la ANMAT a fines del 2023, pero con una sola dosis. **Solo en el sector privado**.

"Puede ser aplicado a los meno-

Cuatro de cada diez embarazadas no se vacunaron en 2024, indican.

res de 12 meses que enfrentan su primera temporada de VSR, incluidos recién nacidos sanos, a término o prematuros, o con condiciones específicas. Y en niños de hasta 24 meses que siguen siendo vulnerables a la enfermedad grave hasta su segunda temporada de VSR", describe Vanesa Castellano, médica del Hospital Ricardo Gutiérrez. El precio de referencia del nirsevimab en webs farmacéuticas es de alrededor de **\$ 700.000** la dosis única y de alrededor de **\$ 2,2 millones** el esquema completo del palimizumab. ■

Cirugía fetal inédita: separaron la placenta a gemelos en riesgo

Son gemelos, todavía no nacieron y ya son protagonistas de un logro sin precedentes para la salud pública porteña. En el **Hospital Materno Infantil Ramón Sardá** realizaron una innovadora **operación fetal** en una madre que cursa un embarazo gemelar de alto riesgo, y ahora ambos fetos podrán llegar a término al parto.

Como detallaron a Clarín desde el Ministerio de Salud de la Ciudad, técnicamente, se trataba de un em-

barazo gemelar monocorial cuya gestación estaba siendo afectada por el Síndrome de Transfusión Feto-Fetal (STFF), una complicación grave.

Los gemelos compartían **una sola placenta**, lo que provocaba una **distribución desigual del flujo sanguíneo** entre los dos y ponía en riesgo su supervivencia.

Los médicos realizaron una **fotocoagulación láser fetal** mediante **fetoscopia**, una técnica mínimamente

invasiva que consiste en introducir un endoscopio delgado en el útero para observar la red vascular de la placenta y, utilizando láser, coagular los vasos sanguíneos responsables de las conexiones anormales que causan el trastorno.

Este procedimiento, que se llevó a cabo el 11 de marzo, detallaron, "ayudó a restaurar un flujo sanguíneo adecuado, mejorando significativamente las probabilidades de

supervivencia y bienestar de ambos fetos".

La intervención la llevó adelante el equipo de una sección nueva en el hospital, la de Diagnóstico Prenatal, encabezado por la doctora Silvina Ramírez Almanza.

El ministro de Salud de la Ciudad, Fernán Quirós, que es médico, explicó: "Esta innovadora técnica permitió separar las placentas compartidas, mejorando la posibilidad de supervivencia de ambos bebés, lo que marca un hito en la medicina materno-fetal".

En estas horas se conoció también otra intervención innovadora que realizaron médicos **cordobeses**: la **primera cirugía intrauterina a un feto con mielomeningo-**

cele que se hace en el interior. Esta patología es una malformación congénita de la columna vertebral con consecuencias para el neurodesarrollo, ya que afecta la capacidad de caminar y causa acumulación de líquido en el cerebro (hidrocefalia). Fue el 19 de noviembre dentro del vientre materno a un bebé de 28 semanas de gestación. Participaron profesionales de la **Nueva Maternidad Provincial y del hospital Privado Universitario de Córdoba**. "Habla riesgo de ruptura de bolsa o de que haga un trabajo de parto prematuro, pero afortunadamente nada de esto ocurrió", precisó Marcela De Breuil, del servicio de Medicina Fetal de la Nueva Maternidad Provincial. ■