

P&R PROTEGER A LOS BEBÉS DEL VRS: LO QUE DEBE SABER

Número 1
Otoño 2024

Cada año, el Virus Respiratorio Sincitial (VRS) mata a alrededor de 10,000 personas en los Estados Unidos. La mayoría son ancianos, pero algunos cientos son niños pequeños. El VRS puede infectar a cualquier persona, pero es más peligroso para los muy jóvenes y los mayores. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) estiman que, sin protección, aproximadamente 1 o 2 de cada 100 bebés serán hospitalizados con VRS en los primeros seis meses de vida.

P. ¿Qué es el VRS?

R. El VRS es un virus que infecta el revestimiento de la nariz, los conductos respiratorios y los pulmones. También puede infectar la laringe. El daño causado por la replicación viral produce un exceso de mucosidad e inflamación en los conductos respiratorios de la persona afectada.

P. ¿Cuáles son los síntomas del VRS?

R. Las personas con VRS pueden presentar tos, estornudos, goteo nasal, sibilancia y problemas respiratorios. En el caso de las personas con enfermedades crónicas de los pulmones, como el asma, una infección por VRS puede provocar un empeoramiento de la enfermedad existente. En el caso de los bebés pequeños con vías respiratorias estrechas, una infección por VRS puede provocar apnea, es decir, que dejen de respirar durante breves períodos. El VRS también puede provocar síntomas generalizados, como cansancio, fiebre o pérdida del apetito.

Las personas con enfermedades graves pueden sufrir complicaciones, como neumonía, bronquitis, bronquiolitis y crup.

P. ¿Quiénes corren riesgo de contraer el VRS?

R. Si bien cualquier persona puede contraer el VRS, algunos grupos corren un mayor riesgo de sufrir una enfermedad más grave. Entre ellos se incluyen los bebés en los primeros ocho meses de vida, los adultos de 75 años o más y los adultos de 60 años o más con enfermedades crónicas que aumentan el riesgo de infección, como diabetes, obesidad y enfermedades pulmonares y cardíacas crónicas. Algunos bebés de entre 8 y 19 meses continúan teniendo un mayor riesgo si tienen una enfermedad pulmonar crónica debido a un nacimiento prematuro, tienen un sistema inmunológico gravemente comprometido, tienen fibrosis quística con enfermedad pulmonar o son de ascendencia indígena estadounidense o nativa de Alaska.



P. ¿Cómo puedo proteger a mi bebé del VRS?

R. Actualmente, tenemos dos formas de proteger a los bebés del VRS. Ambas implican lo que se conoce como “inmunidad pasiva”, lo que significa que el bebé se beneficia de los anticuerpos que se le introducen desde otro lugar en lugar de ser generados por su propio sistema inmunológico (es decir, inmunidad activa).

Las dos formas de proteger a los bebés incluyen:

1. Vacunación materna: si un bebé nacerá durante la temporada del VRS, la vacunación de la madre al menos dos semanas antes del parto le proporcionará al bebé los anticuerpos maternos transferidos desde la placenta que pueden protegerlo contra el VRS.
2. Anticuerpo monoclonal durante la infancia: si los bebés no nacerán durante la temporada de VRS o si no se les administra una vacuna materna al menos dos semanas antes del parto, se les podrá administrar un anticuerpo monoclonal llamado nirsevimab que los protegerá contra el VRS durante esa temporada.

Durante su primera temporada de VRS, los anticuerpos proporcionados en forma de nirsevimab o mediante la inmunización materna protegerán a los bebés del VRS que circula en la comunidad. Aunque es poco probable que estos bebés se enfermen, desarrollarán inmunidad para protegerlos en su segunda temporada de VRS. Es por eso que solo un pequeño grupo de bebés entre 8 y 19 meses que corren el mayor riesgo necesitan recibir un producto de anticuerpos monoclonales durante su segunda temporada de VRS.

VACUNACIÓN MATERNA

P. ¿Qué es la vacuna contra el VRS?

R. Una de las dos vacunas contra el VRS a base de proteínas disponibles se puede administrar durante el embarazo. Se llama Abrysvo. La vacuna contiene una proteína de superficie del VRS llamada proteína F. La vacuna no contiene conservantes ni adyuvantes. Aproximadamente 5 o 6 de cada 10 bebés cuyas madres fueron vacunadas durante el embarazo estarán protegidos contra el VRS durante su primera temporada.

P. ¿En qué momento del embarazo debo recibir la vacuna contra el VRS?

R. Las mujeres embarazadas deben vacunarse entre septiembre y enero si tienen entre 32 y 36 semanas de gestación. En algunas áreas de los EE. UU., la temporada del VRS varía un poco, por lo que debe hablar con su proveedor de atención médica para confirmar el momento adecuado en su área.

continúa >

P&R PROTEGER A LOS BEBÉS DEL VRS: LO QUE DEBE SABER

P. ¿Es segura la vacuna contra el VRS?

R. Sí. Durante los ensayos clínicos, algunas personas presentaron dolor, enrojecimiento e hinchazón en el lugar de la inyección. Algunas también experimentaron cansancio de corta duración, fiebre*, dolor de cabeza, náuseas, diarrea y dolor muscular o articular.

La vacuna contra el VRS administrada durante el embarazo también se está monitoreando para determinar si causa parto prematuro. En los ensayos clínicos, más personas vacunadas que no vacunadas dieron a luz de forma prematura, pero las cifras fueron demasiado pequeñas para determinar si fueron causadas por la vacuna. En la actualidad, la vacuna materna no está asociada con partos prematuros; sin embargo, esto continúa siendo monitoreado.

**Si una persona embarazada tiene fiebre, debe tomar paracetamol porque la fiebre durante el embarazo puede dañar al bebé en desarrollo.*

P. ¿Debo recibir una vacuna contra el VRS en cada embarazo?

R. No. En este momento, solo se recomienda una sola vacuna contra el VRS; por lo tanto, si alguien recibió una vacuna contra el VRS durante un embarazo, sus futuros bebés deben recibir el anticuerpo monoclonal. Esta recomendación puede cambiar en el futuro a medida que esta vacuna esté disponible por más tiempo, pero por ahora, solo se recomienda una dosis única de por vida.

ANTICUERPO MONOCLONAL DURANTE LA INFANCIA

P. ¿Qué es el anticuerpo monoclonal?

R. El nirsevimab es un anticuerpo que se une a la misma proteína a la que se dirige la vacuna (proteína F en la superficie del VRS). Se produce añadiendo el gen a las células en el laboratorio; a medida que las células se reproducen, también producen el anticuerpo, que luego se purifica para su uso en bebés. Alrededor de 7 u 8 de cada 10 bebés que reciben nirsevimab estarán protegidos contra el VRS en su primera temporada.

P. ¿Es seguro el anticuerpo monoclonal?

R. Sí. Los bebés que reciben nirsevimab pueden presentar enrojecimiento, dolor e hinchazón en el lugar de la inyección. Un pequeño número también puede desarrollar un sarpullido, pero esto ocurre raramente (alrededor de 1 de cada 100 bebés).

P. ¿Cuándo deberá recibir el anticuerpo monoclonal mi bebé?

R. Si un bebé nace durante la temporada del VRS y su madre no recibió la vacuna contra el VRS al menos dos semanas antes del parto, debe recibir nirsevimab dentro de la primera semana de vida. Algunos hospitales de maternidad están administrando nirsevimab antes de que el bebé se vaya a casa. Otros bebés reciben la vacuna de su proveedor de atención médica durante la primera visita.

Si un bebé nació después de que terminó la temporada de VRS pero aún no tiene 8 meses, debe recibir nirsevimab antes del inicio de la temporada de VRS (por lo general en octubre).

P. ¿Se puede administrar el anticuerpo monoclonal al mismo tiempo que las vacunas recomendadas en el calendario de vacunación infantil?

R. Sí. El nirsevimab no interferirá con la respuesta inmunitaria a las vacunas, ni las vacunas interferirán con la protección contra el VRS que ofrece el nirsevimab.

P. ¿Mi bebé necesita recibir el anticuerpo monoclonal cada año?

R. No. La mayoría de los bebés solo necesitan una dosis durante su primera temporada de VSR. Para ver qué bebés podrían necesitar una dosis durante su segunda temporada de VSR, consulte la respuesta a “¿Quiénes corren riesgo de contraer el VRS?” o hable con el proveedor de atención médica de su hijo.

OTRAS PREGUNTAS

P. Si fui vacunada durante el embarazo, ¿mi bebé debería recibir igualmente el anticuerpo monoclonal?

R. En la mayoría de los casos, un bebé nacido de una mujer vacunada durante el embarazo no necesita recibir también una dosis de nirsevimab. La excepción sería si el parto se produjera menos de dos semanas después de recibir la vacuna.

P. Si estoy amamantando, ¿de igual manera mi bebé necesitaría protección contra el VRS?

R. Los anticuerpos del VRS se transfieren a través de la placenta y en la leche materna. Y, si bien los bebés pueden beneficiarse de los anticuerpos en la leche materna, la protección puede variar según los niveles de anticuerpos presentes en la leche materna y las cantidades relativas de leche materna o fórmula consumidas si no son amamantados de forma exclusiva. Por estos motivos, se recomienda que incluso los bebés alimentados exclusivamente con leche materna reciban nirsevimab si la madre no fue vacunada durante el embarazo.



Esta información la suministra el Vaccine Education Center del Children's Hospital of Philadelphia. El Centro es un recurso educativo para padres de familia, el público y los profesionales de atención médica y está compuesto de científicos, médicos, madres y padres dedicados al estudio y prevención de enfermedades infecciosas. Los fondos del Vaccine Education Center provienen de cátedras subvencionadas por el Children's Hospital of Philadelphia. El Centro no recibe apoyo de compañías farmacéuticas. ©2024 The Children's Hospital of Philadelphia. 24283-09-24.