Neumonías y bronquiolitis: el rostro social de que no basta con curar, hay que transformar

Pneumonia and bronchiolitis: the proof that It's not enough to cure, it's necessary to transform

Hector Castro[1]

[1]Hospital General Pediátrico "Niños de Acosta Ñu", Dirección General. San Lorenzo, Paraguay.

Muchos años después, frente a una sala de urgencias colmada y un equipo exhausto por las guardias invernales, todavía recordaremos aquella vieja verdad que nadie nos enseñó en los libros pero que aprendimos en los pasillos:

"*cada niño enfermo es un espejo donde se reflejan no solo las dolencias del cuerpo, sino también las de la sociedad y que cuidar de ellos más allá del estetoscopio y del expediente clínico es una tarea que nos convoca a todos, sin excepción*".

Porque el niño, más que un paciente, es una promesa. Y su cuidado, un compromiso ineludible.

En los pasillos de nuestros hospitales pediátricos, entre el sonido persistente de monitores y el ir y venir de profesionales incansables, hay una escena que se repite cada año: la temporada de infecciones respiratorias agudas. Bronquiolitis y neumonía se convierten, con puntualidad casi implacable, en las principales causas de internación y en el motivo de saturación de nuestras urgencias, salas comunes y unidades de cuidados intensivos.

No se trata de una novedad. Pero tampoco de una realidad que debamos aceptar con resignación.

Esta edición de nuestra revista pone el foco en estas patologías, tan frecuentes como complejas, e invita a repensar nuestras estrategias con una mirada más amplia.

Como pediatras, muchas veces nos concentramos y con razón en el diagnóstico, el tratamiento, el seguimiento clínico. Sin embargo, es momento de incorporar una visión más holística y profunda, que cuestione no solo lo que hacemos en el consultorio o en la sala, sino también lo que sucede antes de que nuestros pacientes crucen la puerta del hospital[(1)].

Porque la carga de enfermedad no se distribuye de manera aleatoria. En nuestro país, las infecciones respiratorias afectan con más fuerza a los niños más vulnerables: aquellos que viven en condiciones de hacinamiento, con viviendas expuestas al frío y a la humedad, sin acceso a agua potable, sin posibilidad de una ventilación adecuada, sin contención familiar o comunitaria. Y muchas veces, sin la oportunidad de una consulta precoz oportuna en el primer nivel.

Desde la vigilancia epidemiológica se ha venido observando una tendencia clara: la presión que ejercen las enfermedades respiratorias sobre el sistema sanitario es persistente, sostenida y creciente en ciertos períodos del año. En comparación con otros eventos epidémicos como las arbovirosis, cuya carga suele concentrarse en picos definidos, las enfermedades respiratorias se imponen con una constancia que desgasta estructuras, recursos y personas.

En 2025, nuestro país dio un paso trascendental con la introducción del Nirsevimab, una inmunización

Correspondencia: Hector Castro correo: castrohec@gmail.com
Declaración de conflictos de interés: El autor declara no tener conflicto de interés alguno.
Recibido: 19/04/2025 **Aceptado:** 28/04/2025
Doi: https://doi.org/10.31698/ped.52032025001

(cc) BY Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons CC-BY 4.0

pasiva contra el virus sincitial respiratorio (VSR), especialmente diseñada para proteger a los lactantes de la bronquiolitis grave[2-4]. Esta herramienta, sumada a las ya disponibles en nuestro esquema nacional de vacunación neumococo, influenza, COVID-19, representa un escudo biológico de gran valor. Sin embargo, incluso el mejor escudo puede ser insuficiente si el entorno donde crece ese niño sigue siendo desfavorable.

Como pediatras, como responsables de servicios, lo vivimos de cerca: no hay cama que alcance ni respirador que sobre cuando la demanda respiratoria llega a su punto máximo. Y por cada caso que se interna, muchas veces hay una historia detrás que habla de pobreza, de desprotección, de caminos de tierra que dificultan llegar a tiempo, de madres adolescentes sin redes de apoyo, de ausencias estructurales.

El desafío no es solamente clínico. Es organizacional, comunitario, político y ético. Necesitamos planificar con más anticipación, robustecer nuestras respuestas en los distintos niveles de atención, garantizar un acceso equitativo a las herramientas de prevención y tratamiento. Pero, por, sobre todo, debemos empezar a mirar el problema no solo desde la curva epidemiológica, sino también desde el entorno en el que nuestros niños nacen, crecen y se enferman.

La salud respiratoria infantil no puede depender solamente de lo que hacemos dentro del hospital. Requiere también decisiones firmes fuera de él: más cobertura de atención primaria, estrategias de diagnóstico temprano en el primer nivel, y una articulación efectiva entre los distintos eslabones del sistema… **evitando que los niños queden atrapados en las brechas que generan los sistemas de referencias y contrarreferencias de nuestro sistema de salud fragmentado y segmentado.**

"Un niño que no se enferma por una neumonía que pudo haberse prevenido no es solo un logro clínico. Es una victoria de país. Es dignidad. Es justicia".

Y así, como quien contempla un jardín que debe ser regado cada día para no marchitarse, entendemos que el cuidado integral del niño no es tarea de unos pocos, ni puede depender de la buena voluntad del azar.
Nos corresponde como pediatras, como ciudadanos, como humanos ser custodios permanentes de ese bienestar, vigías que no duermen ante la amenaza de la indiferencia, guardianes silenciosos del futuro.

Que esta edición de nuestra revista no sea solo una fuente de conocimiento técnico, sino también una brújula ética. Porque si algún destino merece ser defendido con ciencia, con compromiso y con ternura, es el de nuestros niños. Y que, en ese destino, siempre encontremos la certeza de que toda acción que protege la infancia es, en sí misma, un acto de justicia poética. Una forma de eternidad, como diría Borges: invisible, pero irrevocable.

REFERENCIAS

1. Bartolomé-Moreno C, Córdoba R, Melús-Palazón E. Determinantes sociales, comerciales y ambientales de la salud: el reto de la promoción y la prevención. Aten Primaria. 2024;56(2):102852. doi: 10.1016/j.aprim.2023.102852.

2. Hammitt LL, Dagan R, Yuan Y, Baca Cots M, Bosheva M, Madhi SA, et al. Nirsevimab for Prevention of RSV in Healthy Late-Preterm and Term Infants. N Engl J Med. 2022; 386(9):837-846. doi: 10.1056/NEJMoa2110275.

3. Drysdale SB, Cathie K, Flamein F, Knuf M, Collins AM, Hill HC, et al. Nirsevimab for Prevention of Hospitalizations Due to RSV in Infants. N Engl J Med. 2023; 389(26):2425-2435. doi: 10.1056/NEJMoa2309189.

4. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (PY). Lineamientos técnicos operativos para la administración de anticuerpo monoclonal contra el virus respiratorio sincicial (VRS) Nirsevimab [documento institucional]. Asunción: Programa Nacional de Enfermedades Inmunoprevenibles y Programa Ampliado de Inmunizaciones; 2025.