

Encuesta de conocimiento y actitudes en las madres sobre VSR y su prevención

Survey of mothers' knowledge and attitudes regarding RSV and its prevention

Celia Martínez de Cuellar^{1,2} , Edgar Giménez³ , Hugo Dibarboure⁴ 

¹Instituto de Medicina Tropical. Asunción, Paraguay.

²Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción, Facultad de Ciencias de la Salud. Asunción, Paraguay.

³Centro de Información y Recursos para el Desarrollo. Asunción, Paraguay.

⁴Centro de Investigaciones Económicas, CINVE-Salud. Montevideo, Uruguay.

RESUMEN

Introducción: En 2025, Paraguay implementó un anticuerpo monoclonal para la prevención del virus sincitial respiratorio (VSR), en nacidos entre 1/01 y 31/07. Objetivos: Realizar y analizar la primera encuesta en el país sobre el conocimiento y las actitudes de las madres sobre el VSR y su prevención. **Materiales y Métodos:** Estudio observacional, transversal y descriptivo, mediante una encuesta tipo CAP dirigida a madres, previo consentimiento informado. El cuestionario (Google Forms) fue aplicado a través de encuestadoras previamente capacitadas entre los meses de abril a junio, incluyó preguntas de opción múltiple sobre conocimientos del VSR, sus consecuencias, fuentes de información, percepción de riesgo y conocimiento y actitudes respecto a Nirsevimab. Los datos se analizaron con estadística descriptiva. Estudio aprobado por el comité de ética institucional. **Resultados:** Fueron encuestadas 307 madres en establecimientos de salud, 56% (173) en el Departamento Central, 26% (79) en Asunción y 18% (55) en otros departamentos. Madres de ≤3 meses 56% (173); puérperas 23,8% (73), embarazadas 19,9% (61) embarazadas. Se identificó un bajo nivel de conocimiento sobre el VSR: el 23,5% nunca había escuchado hablar del VSR y solo el 21,8% lo reconoció como causante de IRAG, Perciben como principales factores de riesgo la prematuridad (76,2%), las patologías pulmonares crónicas (67,7%), cardiovasculares (63,8%) y el bajo peso al nacer (61,6%). El 39,1% escucho hablar de la bronquiolitis. La mayoría


ABSTRACT

Introduction: In 2025, Paraguay implemented a monoclonal antibody for the prevention of respiratory syncytial virus (RSV) in infants born between January 1 and July 31. Objectives: To conduct and analyze the first survey in the country on mothers' knowledge and attitudes regarding RSV and its prevention. **Materials and Methods:** We conducted an observational, cross-sectional, and descriptive study using a KAP-type survey administered to mothers after obtaining informed consent. The questionnaire (Google Forms) was administered by trained interviewers between April and June and included multiple-choice questions about RSV knowledge, its consequences, sources of information, risk perception, and knowledge and attitudes regarding nirsevimab. Data were analyzed using descriptive statistics. The study was approved by the institutional ethics committee. **Results:** 307 mothers were surveyed in health facilities: 56% (173) in the Central Department, 26% (79) in Asunción, and 18% (55) in other departments. Of these, 56% (173) were mothers of children ≤3 months old; 23.8% (73) were postpartum; and 19.9% (61) were pregnant. A low level of knowledge about RSV was identified: 23.5% had never heard of RSV, and only 21.8% recognized it as a cause of acute respiratory infections (ARI). The main risk factors perceived were prematurity (76.2%), chronic lung diseases (67.7%), cardiovascular diseases (63.8%), and low birth weight (61.6%). 39.1% had heard of bronchiolitis. The majority were unaware of the monoclonal

Correspondencia: Celia Martínez de Cuellar **Correo:** zhelia.martinez@yahoo.com


Conflictos de interés: Los autores declaran no poseer conflictos de interés.

Financiamiento: Fondos del Centro de Información y Recursos para el Desarrollo.

Editor responsable: Leticia Ramírez Pastore  Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Cátedra de Clínica Pediátrica, Medicina Interna. San Lorenzo, Paraguay.

Recibido: 21/10/2025 **Aceptado:** 09/12/2025

DOI: <https://doi.org/10.31698/ped.52032025007b>

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

desconocía el anticuerpo monoclonal y la campaña nacional de inmunización (78,5% y 77,5%, respectivamente), entre quienes conocían la campaña, la principal fuente de información fue el personal de salud, seguida de televisión, redes sociales y otros medios. Más del 80% no conocía la población meta, su capacidad de protección ni la cantidad de dosis necesarias. En cuanto a la aplicación, más de la mitad no sabía si su hijo lo había recibido, aunque el 86,6% manifestó disposición a autorizarlo. **Conclusiones:** La mayoría de las madres encuestadas no conocía el VSR ni la estrategia de prevención implementada por el MSPyBS. Reconocieron factores de riesgo como la prematuridad y las patologías crónicas, aunque solo la mitad percibió a sus hijos en riesgo de enfermar o presentar formas graves. El conocimiento sobre el anticuerpo monoclonal fue limitado, pero quienes tenían conocimientos lo hicieron principalmente a través del personal de salud. A pesar de estas brechas, la mayoría manifestó disposición a que sus hijos recibieran Nirsevimab.

Palabras claves: Encuesta, VSR, prevención.

antibody and the national immunization campaign (78.5% and 77.5%, respectively). Among those who were aware of the campaign, the main source of information was healthcare personnel, followed by television, social media, and other media. More than 80% did not know the target population, its protective capacity, or the number of doses required. Regarding vaccination, more than half did not know if their child had received it, although 86.6% expressed willingness to authorize it. **Conclusions:** The majority of mothers surveyed were unaware of RSV and the prevention strategy implemented by the Ministry of Public Health and Social Welfare (MSPyBS). They recognized risk factors such as prematurity and chronic illnesses, although only half perceived their children as being at risk of becoming ill or developing severe forms of the disease. Knowledge about the monoclonal antibody was limited, but those who were aware of it learned about it primarily from healthcare personnel. Despite these gaps, the majority expressed willingness for their children to receive Nirsevimab.

Keywords: Survey, RSV, prevention.

INTRODUCCIÓN

El virus sincitial respiratorio (VSR) constituye una de las principales causas de infecciones agudas del tracto respiratorio grave (IRAG) en niños, personas mayores y en aquellos con comorbilidades subyacentes⁽¹⁻³⁾. El VSR es la causa más común de neumonía viral y bronquiolitis en lactantes, siendo responsable del 28% de todos los casos de IRAG y del 13–22% de la mortalidad relacionada en niños de 0 a 59 meses, lo que resulta en una carga considerable de enfermedad a nivel mundial⁽⁴⁾. Los lactantes hospitalizados con bronquiolitis y neumonía por VSR representan un mayor uso de recursos en la atención sanitaria^(4,5).

Datos de la Vigilancia Centinela de Enfermedad Tipo Influenza (ETI) e IRAG en Paraguay muestran que el VSR es el causante del 59% de las IRAG en menores de 1 año⁽⁶⁾. En el año 2025, Paraguay introdujo una estrategia de prevención de la infección del VSR, con un anticuerpo monoclonal recombinante de duración prolongada, Nirsevimab, en la población de niños nacidos entre los meses de enero a julio del mencionado año, reemplazando a la estrategia de prevención introducida en el país en el año 2012, el Palivzumab, dirigida solamente a grupos de alto

riesgo como ser prematuros externos, pacientes con patología cardíaca y/o broncodisplasia pulmonar⁽⁷⁾.

En ese sentido, la comprensión limitada del virus sincitial respiratorio (VSR) y de las estrategias disponibles para su prevención constituye un desafío relevante para la salud pública en nuestro país. Diversos estudios internacionales han evidenciado un déficit marcado de información tanto en profesionales de la salud como en la población general, lo que repercute directamente en la percepción del riesgo y en la adopción de medidas preventivas^(8,9). Esta brecha de conocimiento también podría influir en la aceptación y demanda del Nirsevimab.

En este contexto, las madres principal cuidador y principal tomadora de decisiones en el cuidado infantil cumplen un rol crítico en la prevención de infecciones respiratorias. Sin embargo, la evidencia disponible sobre su nivel de conocimiento respecto al VSR, su gravedad clínica y la reciente disponibilidad de nirsevimab no se conoce en nuestro país. La introducción de esta herramienta preventiva en

varios países⁽⁷⁾, incluido Paraguay, demanda una comprensión clara de las percepciones, creencias y actitudes de las madres para garantizar una implementación efectiva, equitativa y sostenible.

La elaboración de esta encuesta responde a la necesidad de generar información local que permita identificar brechas de conocimiento, evaluar actitudes hacia la prevención del VSR y orientar estrategias de comunicación y educación en salud basadas en evidencia. Los resultados del estudio podrán contribuir a optimizar las políticas de inmunización, mejorar la aceptación comunitaria de intervenciones preventivas innovadoras y fortalecer la toma de decisiones en torno al control del VSR en la primera infancia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño y población: Esta investigación utilizó un diseño descriptivo, aplicando una encuesta estructurada de selección múltiple. La información fue recabada a través de entrevistas presenciales, a embarazadas, puérperas o madres de lactantes ≤ 3 meses, en hospitales regionales o distritales del país, previa solicitud de consentimiento informado.

La inclusión de las embarazadas, puérperas o madres de lactantes ≤ 3 meses se realizó mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia.

Instrumentos: Para la recolección se elaboró un instrumento que contenía datos de conocimiento del VSR, percepción de riesgo de la enfermedad por VSR; fuentes de información sobre la salud infantil, actitudes de las madres hacia la inmunización e identificación de potenciales barreras para aceptar la nueva tecnología implementada. Los datos fueron registrados en un formulario de Google que contenía las variables a ser estudiadas. Previamente a la aplicación de las encuestas, se realizó un estudio piloto en 10 mujeres (puérperas, embarazadas y madres de lactantes ≤ 3 meses) en un hospital regional que no fue incluido entre los establecimientos donde se realizó el estudio. El cuestionario (Google Forms) fue aplicado cara a cara a través de encuestadoras previamente capacitadas entre los meses de abril a junio del año 2025. Las mismas fueron realizadas en establecimientos de salud (hospitales materno

infantil, centros de salud, unidades de salud de la familia) y en comunidades indígenas. Las encuestas fueron aplicadas durante la hospitalización de embarazadas para el parto o puérperas; en las madres de lactantes ≤ 3 meses se realizó durante la consulta en la maternidad o control de salud del niño o en la comunidad indígena cercana a la Ujhe Lavos, Filadelfia, Dpto. De Mariscal Estigarribia.

Variables: Se recogieron datos demográficos de las encuestadas: edad, nivel de escolaridad, estado civil, número de hijos. Asimismo, se registró el conocimiento sobre el VSR; la percepción de riesgo de la enfermedad por VSR, fuentes de información sobre la salud infantil, actitudes de las madres hacia la inmunización e identificación de potenciales barreras para aceptar la nueva tecnología implementada.

Tamaño de la muestra: Para el cálculo del tamaño muestral se tomaron como referencia el número de nacimientos en Paraguay, se utilizó la calculadora https://www.corporacionaem.com/tools/calc_muestras.php; aceptando un riesgo de error de 0,05 y un nivel de confianza de 95%; con lo cual se determinó una población de 380 sujetos a encuestar.

Procesamiento y análisis de los datos: Los datos fueron descargados desde el formulario de Google a una planilla de Excel y posteriormente analizados mediante la estadística descriptiva. Las variables cualitativas se presentaron en porcentajes.

Aspectos éticos: Se respetaron los principios éticos de autonomía, justicia y beneficencia. El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética del Instituto de Medicina Tropical Acta N° 101/2025. Se obtuvo el consentimiento informado de los padres antes de aplicar la encuesta.

RESULTADOS

Se ofreció participar a 380 madres, de las cuales el 80,7% (307/380) aceptaron participar. La edad media \pm DE de las madres fue de $27,8 \pm 6,6$ años, la mayoría de ellas tenía entre 20 y 29 años 47,2% (145/307), seguido del grupo de 30 a 39 años 39,4% (121/307). El 97,1% (298/307) pertenecía a población general y el 2,9% (9/307) a población indígena. En cuanto al nivel educativo, la mayoría había completado la secundaria

y la educación terciaria, 48,9% (150/307) y 26,4% (81/307), respectivamente. (Tabla 1).

EL 56, 4% (173/309) era madre de lactante ≤ 3 meses, el 23,8% (73/307) puérpera y el 19,9 (61/307) embarazada. La mayoría tenía 1 o 2 hijos, 35,2% (108/307) y 32,6% (100/107), respectivamente. (Tabla 1).

El cuestionario fue aplicado en hospitales 96% (295/307), centros de salud 2,3% (7/307) y en comunidad 1,6% (5/307). En relación al departamento, las encuestas fueron realizadas 56,4% (173/307) en el Departamento Central, 25,7% (79/307) en Asunción, 7,5% (23/307) en Itapúa, 5,5% (17/307) en Alto Paraná, 2,9% (9/307) en Misiones, 1,3% (4/307) en Boquerón, 0,65% (2/307) en Concepción. (Tabla 1).

Tabla 1. Características socio – demográficas de las madres encuestadas. N=307

Variable	N=307	%
Edad (media \pm DE)	27,8 \pm 6,6	--
Grupos de edad (años)		
≥ 19	33	10,7
20 – 29	145	47,2
30 – 39	121	39,4
≥ 40	8	2,6
Población		
General	298	97,1
Indígena	9	2,9
Departamento		
Central	173	56,4
Asunción	79	25,7
Itapúa	23	7,5
Alto Paraná	17	5,5
Otros departamentos	15	4,9
Educación de la madre		
Inicial	2	0,65
Primaria (1er y 2do ciclo)	31	10,1
Primaria (3er ciclo)	42	16,7
Secundaria	150	48,9
Terciaria	81	26,4
Ninguna	1	0,32
Estado actual de la madre		
Embarazada	61	19,9
Puérpera	73	23,8
Madre de lactante ≤ 3 meses	173	56,4
Número de hijos		
0	20	6,5
1	108	35,2
2	100	32,6
3	43	14,0
4	22	7,2
≥ 5	14	4,5

Las preguntas realizadas a continuación buscan explorar si las madres encuestadas conocen o han escuchado hablar del VSR y las consecuencias del mismo en los lactantes pequeños. Como se observa en

la Tabla 2, el 23,5% (72/307) no escucho hablar del VSR, el 21,8% (67/307) reconoce que el VSR puede producir cuadros infecciosos en sus recién nacidos y lactantes. En ese sentido, la mayoría reconoce al virus

de la Influenza y el COVID – 19 como patógenos causantes de cuadros respiratorios en sus recién nacidos y lactantes, 77,5 % (238/307) y 76,8% (236/307, respectivamente.

Existe una percepción de riesgo relacionado a factores como la prematuridad, patología cardiovasculares y pulmonares crónicas, así como el recién nacido con bajo peso son situaciones que incrementan la severidad de los cuadros infecciosos. Así el 76,2% (234/307), el 67,7% (208/307), el 63,8% (196/307) y el 61,6% (189/307) considera que la prematuridad, la

patología pulmonar, las patologías cardiovasculares y el recién nacido con bajo peso, respectivamente constituyen un factor de riesgo para la severidad de los cuadros infecciosos (Tabla 2).

En relación al conocimiento sobre la bronquiolitis, el 39,1% (120/307) ha escuchado sobre la misma, pero no sabe de que se trata o que patología es; el 38,3% (86/307) no conoce ni ha escuchado hablar de la misma, el 22,8% (70/307) conoce la enfermedad y el 10,1% (31/307) conoce a un lactante que presentó bronquiolitis (Tabla 2).

Tabla 2. Conocimientos sobre el VSR y sus consecuencias. N=307

Preguntas sobre Conocimientos sobre el VSR y sus consecuencias	N=307	%
¿Ha escuchado sobre el VSR?		
SI	72	23,5
NO	235	76,5
¿Qué virus pueden producir infecciones en bebés?		
Influenza	238	77,5
COVID-19	236	76,8
VSR	67	21,8
Rinovirus	38	12,3
No sabe	39	12,7
¿Conoce que situaciones incrementan el riesgo de enfermedad severa?		
Prematuridad	234	76,2
Enfermedades Pulmonares	208	67,7
Cardiopatía	196	63,8
RN con peso bajo	189	61,6
Síndrome de Down	97	31,6
No sabe	49	15,9
¿Conoce la enfermedad bronquiolitis o ha escuchado hablar de ella?		
He escuchado el nombre, pero no sé lo que es	120	39,1
No conoce ni ha escuchado	86	28,3
Si conozco esa enfermedad	70	22,8
Conozco a un bebé que tuvo bronquiolitis	31	10,1

En la Tabla 3, se encuentran las respuestas a las preguntas que buscaban conocer la percepción del riesgo del VRS como patología severa que puede afectar a la población menor de 1 año de edad.

Se observó que, aunque previamente las madres refirieron que no conocían el VSR, el 82,4% (253/307) considera que los recién nacidos y lactantes se encuentran en riesgo de presentar infecciones por el VSR, el 14% (43/307) no sabe, el 2,3% (7/307) considera que solo aquellos recién nacidos y lactantes con

patologías de base y el 1,3% (4/307) considera que no están en riesgo (Tabla 3).

En cuanto a la percepción, de que su propio hijo podría estar en riesgo de presentar un cuadro producido por el VSR; el 57,7% (177/307) considera que si puede estar en riesgo; el 33,9% (104/307) considera que tal vez, pero no está segura y el 8,5% (26/307) no percibe el riesgo de infección por el VSR en su hijo recién nacido o lactante.

Finalmente, el 50,8% (156/307) considera que el VSR puede producir una patología severa, el 39,4% (121/307) no está segura de que el VSR pueda producir

un cuadro severo y el 9,8% (30/307) considera que un cuadro infeccioso por el VSR sería leve.

Tabla 3. Preguntas sobre percepción de riesgo del VSR

Preguntas sobre percepción del riesgo del VSR	N=307	%
¿Cree que en invierno cualquier bebé puede infectarse con el VSR?		
Si, todos los bebés están en riesgo	253	82,4
No sé	43	14,0
No, solo los bebés con enfermedades previas	7	2,3
No	4	1,3
¿Considera que su propio bebé podría estar en riesgo de enfermarse por VSR?		
Si, creo que está en riesgo	177	57,7
Tal vez, no estoy segura	104	33,9
NO, no creo que esté en riesgo	26	8,5
¿Si su bebé se infectara con VSR, ¿cree que podría desarrollar una enfermedad grave?		
Sí, me preocupa mucho	156	50,8
Tal vez, pero no estoy segura	121	39,4
No, creo que sería leve	30	9,8

Finalmente, se realizaron preguntas sobre el conocimiento del anticuerpo monoclonal Nirsevimab, para la prevención del VSR en recién nacidos y lactantes. El 78,5% (241/307) no conoce no sabe que existe una manera de prevenir la enfermedad grave por VSR en recién nacidos y lactantes, es decir no conoce el Nirsevimab y el 77,5% (238/307) no escucho la campaña con Nirsevimab que el Ministerio de Salud de Paraguay implementó a partir del 26 de marzo de 2025.

La mayoría de las 69 que escucharon la campaña de inmunización, la escucharon a través del personal de salud, el 8,5% (26/307) en la televisión, el 4,2% (13/307) en las redes sociales y en una menor proporción en radio, amigos, entre otros.

Teniendo en cuenta que la mayoría no escucho sobre la campaña, el 87,5% (268/307) no conoce la población meta; el 10,7% (33/307) conoce la población meta.

El 84,03% (258/307) no sabe que el Nirsevimab tiene la capacidad de proteger contra el VSR, el 91,9% (282/307) no conoce la cantidad de dosis necesarias para la protección contra el VSR. En relación al conocimiento si su recién nacido o lactante recibió el Nirsevimab el 54,7% (168/307) no sabe si lo recibió; el 26,1% (80/307) refiere que no lo recibió y el 19,2% (59/307) refiere que si lo recibió.

El 17,9% (55/307) recibió en la maternidad y el 3,25% (10/307) recibió en el vacunatorio del servicio de salud. Entre aquellas que refirieron que sus hijos aún no recibieron Nirsevimab el 86,6% (266/305) está dispuesta a autorizar la aplicación de Nirsevimab a su recién nacido o lactante y el 5,5% (17/307) no autorizará. (Tabla 4).

Tabla 4. Preguntas sobre conocimientos y actitudes sobre el Nirsevimab

Preguntas sobre percepción del riesgo del VSR	N=307	%
¿Sabía que existe una manera de prevenir la enfermedad grave por VSR en los bebés?		
NO	241	78,5
SI	66	21,5
¿Ha escuchado sobre la campaña de inmunización con Nirsevimab que el Ministerio de Salud de Paraguay implementará a partir del 26 de marzo de 2025?		
NO	238	77,5
SI	69	22,5
Si escucho, ¿En qué medio ha escuchado sobre la campaña? (puede marcar mas de una respuesta)		
Personal de salud	40	13,0
Televisión	26	8,5
Redes sociales	13	4,2
Radio	3	0,9
En la escuela	1	0,32
Amigos/vecinos	1	0,32
Pediatra	1	0,32
Tik Tok	1	0,32
¿Sabe cuál es la población meta de esta campaña?		
NO	268	87,5
Todos los recién nacidos entre enero y julio 2025	33	10,7
Solo bebés con alguna enfermedad	4	1,3
Solo bebés prematuros	2	0,65
¿Sabe que Nirsevimab actúa como una vacuna y protege contra el VSR?		
NO	258	84,03
SI	49	15,9
¿Cuántas dosis debe recibir su bebé para estar protegido?		
No sé	282	91,9
Una sola dosis	19	6,2
Dos dosis	6	1,9
¿Su hijo/a se aplicó Nirsevimab?		
NO sé	168	54,7
NO	80	26,1
SI	59	19,2
¿Si le aplicaron el Nirsevimab, en qué momento le aplicaron?		
En la maternidad	55	17,9
En el vacunatorio	10	3,25
Si su hijo/a no recibió aun el Nirsevimab. ¿Estaría dispuesta a autorizar la aplicación de Nirsevimab a su bebé?		
SI	266	86,6
NO	17	5,5
Ya se aplicó	24	7,8

Finalmente, se analizó si los conocimientos, actitudes y prácticas estaban relacionados al nivel educativo; se observó diferencias significativas en relación a nivel educativo (Tabla 5). Las madres universitarias tenían un mayor conocimiento del VSR, de la bronquiolitis y

perciben el riesgo de la misma, en relación a las madres con primaria o secundario. Por otro lado, >80% de las encuestadas aceptaría que sus hijos reciban el Nirsevimab.

Tabla 5. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre el VSR y su prevención, según nivel educativo

Variable	Primaria		Secundaria				P	OR	IC _{95%}
	N=34	%	N=193	%	N=82	%			
Escucho hablar del VSR	9	26.5	31	16.1	33	40.2	<0,0001,	0.3	0.2 - 0.61
Escucho hablar de Bronquiolitis	21	61.8	133	68.9	68	82.9	<0,009	0.4	0.2 - 0.8
Considera que su Bebe está en riesgo de tener Bronquiolitis	20	58.8	103	53.4	56	68.3	<0,02	0.5	0.3 - 0.8
Considera que puede tener una bronquiolitis grave	18	52.9	98	50.8	42	51.2	0,8	1.1	0.5 - 2.2
Escucho del Nirsevimab	28	82.4	40	20.7	53	64.6	<0,0001	0.2	0.1 - 0.4
Está de acuerdo que su hijo lo reciba	29	85.3	165	85.5	75	91,5	0,16	0.5	0.2 - 1.3

DISCUSIÓN

El presente estudio aporta evidencia relevante sobre el nivel de conocimiento y las actitudes de las madres respecto al VSR y su prevención en Paraguay, en un contexto donde recientemente se ha introducido una nueva estrategia de inmunización mediante Nirsevimab⁽⁶⁾. La alta tasa de aceptación para participar en la encuesta (99,3%) refleja un interés significativo de las madres en temas relacionados con la salud infantil, lo cual constituye una fortaleza del estudio y sugiere que este grupo poblacional representa una fuente valiosa de información para orientar políticas públicas.

En cuanto al perfil sociodemográfico, la muestra estuvo mayoritariamente compuesta por mujeres jóvenes, con una proporción considerable que había completado la educación secundaria o terciaria. Los resultados del estudio mostraron un conocimiento limitado sobre el virus sincitial respiratorio (VSR) entre las madres, con un nivel educativo de primaria y secundaria; quienes en su mayoría no habían oído hablar del virus, lo cual es similar a otros estudios realizados en comunidades árabes y occidentales⁽⁸⁻¹⁵⁾ y estudios previos en países de ingresos bajos y medios, los cuales describen un conocimiento limitado del VSR incluso entre madres con acceso frecuente a servicios de salud^(8,9,16).

A pesar del bajo nivel de conocimiento explícito sobre el VSR, las madres demostraron una adecuada percepción de riesgo frente a factores asociados a enfermedad severa, tales como prematuridad, bajo peso al nacer y enfermedades pulmonares o

cardiovasculares. Estos resultados coinciden con investigaciones que reportan que, aun sin conocer al VSR específicamente, las madres suelen reconocer condiciones clínicas de vulnerabilidad que aumentan la gravedad de las infecciones respiratorias. Esta discrepancia entre conocimiento nominal del patógeno y percepción general de vulnerabilidad sugiere que las estrategias de educación comunitaria podrían apoyarse en el reconocimiento general que ya tienen las madres sobre los factores de riesgo.

Uno de los hallazgos más significativos del estudio es la escasa familiaridad con Nirsevimab como estrategia de prevención del VSR. A pesar de que Paraguay implementó una campaña nacional, más de la mitad de las madres no conocía la existencia del anticuerpo monoclonal y no había escuchado la campaña oficial. Esto podría explicarse por la reciente introducción de la estrategia, la necesidad de fortalecer la difusión en medios masivos y la importancia del rol del personal de salud como principal fuente de información, lo cual coincide con el estudio de Gust DA y col, que refiere que el personal sanitario es el actor más influyente en la aceptación de medidas de inmunización⁽¹²⁾.

Aun con un bajo nivel de conocimiento, la aceptación potencial del Nirsevimab fue elevada: más del 86% de las madres cuyos hijos no lo habían recibido estarían dispuestas a autorizar su aplicación. Este fenómeno ha sido descrito también en otros contextos, donde la disposición a aceptar una nueva intervención preventiva aumenta cuando se percibe

que existe un riesgo significativo y cuando la información proviene de fuentes confiables⁽¹²⁾. Estos resultados ofrecen un mensaje alentador para futuras estrategias de implementación: existe terreno favorable para fortalecer la educación, lo que podría traducirse en una mayor cobertura del anticuerpo monoclonal.

Entre las madres que habían escuchado sobre el Nirsevimab, la principal fuente de información fue el personal de salud, lo que destaca la importancia de fortalecer su capacitación y rol comunicacional. Sin embargo, en un estudio realizado por Abu Farha Ret al., donde investigaron la conciencia, la actitud y la aceptabilidad en 597 padres hacia la aplicación del tratamiento con anticuerpos monoclonales para la prevención del VSR en Jordania. Más de la mitad (330; 55,3%) conocían el VSR. Las redes sociales fueron la mejor fuente de información (82,1%).

Finalmente, se observó que más de la mitad de las madres no sabía si su hijo había recibido Nirsevimab, lo que plantea un desafío adicional vinculado a la comunicación desde los equipos de salud y la comprensión del registro de inmunizaciones. El fortalecimiento de los sistemas de información y la entrega de información clara y accesible a las familias podría contribuir a mejorar esta situación.

En conjunto, los resultados de este estudio subrayan la necesidad de reforzar las estrategias de comunicación en salud, mejorar la visibilidad de las campañas de prevención del VSR y promover el rol del personal sanitario como agente clave en la difusión de información. Asimismo, ponen de

manifiesto que, a pesar del desconocimiento específico sobre el VSR y Nirsevimab, existe una percepción adecuada del riesgo y una alta aceptación potencial de la inmunización, lo cual constituye un punto de partida sólido para mejorar la prevención de esta infección en Paraguay.

CONCLUSIONES

El estudio muestra un conocimiento limitado de las madres sobre el VSR y sobre Nirsevimab, pese a su alto interés por la salud infantil y su adecuada percepción de los factores de riesgo. Aunque la mayoría no conocía la campaña nacional ni la nueva estrategia de prevención, la aceptación potencial del anticuerpo monoclonal fue alta, lo que demuestra una disposición favorable a nuevas intervenciones cuando la información proviene de fuentes confiables. Los resultados subrayan la necesidad de fortalecer la comunicación en salud, mejorar la difusión de las campañas y reforzar el rol del personal sanitario, a fin de incrementar la cobertura preventiva y avanzar en la protección contra el VSR en Paraguay.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Celia Martínez de Cuellar: coordinación en la realización de encuestas, redacción del artículo

Edgar Giménez: elaboración del protocolo, encuestas y revisión final del artículo

Hugo Dibarboure: revisión y aprobación final del protocolo y encuestas; revisión final del artículo

REFERENCIAS

1. Li Y, Wang X, Blau DM, Caballero MT, Feikin DR, Gill CJ, et al. Global, regional, and national disease burden estimates of acute lower respiratory infections due to respiratory syncytial virus in children younger than 5 years in 2019: a systematic analysis. *Lancet*. 2022; 399(10340):2047-2064. doi: 10.1016/S0140-6736(22)00478-0.
2. Shi T, Denouel A, Tietjen AK, Campbell I, Moran E, Li X, et al. Global Disease Burden Estimates of Respiratory Syncytial Virus-Associated Acute Respiratory Infection in Older Adults in 2015: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Infect Dis*. 2020; 222(Suppl 7):S577-S583. doi: 10.1093/infdis/jiz059

3. Suh M, Movva N, Jiang X, Bylsma LC, Reichert H, Fryzek JP, et al. Respiratory Syncytial Virus Is the Leading Cause of United States Infant Hospitalizations, 2009-2019: A Study of the National (Nationwide) Inpatient Sample. *J Infect Dis.* 2022 Aug 15;226(Suppl 2):S154-S163. doi: 10.1093/infdis/jiac120.
4. Bárbaro C, Monteverde E, Guiñazú G, Dastugue M, Mascardi N, Neira P, et al. Impacto del uso de oxigenoterapia de alto flujo en el Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez. *Rev Hosp Niños (B Aires).* 2020;62(277):68-75.
5. Torres JP, Sauré D, Goic M, Thraves C, Pacheco J, Burgos J, et al. Effectiveness and impact of nirsevimab in Chile during the first season of a national immunisation strategy against RSV (NIRSE-CL): a retrospective observational study. *Lancet Infect Dis.* 2025; 25(11):1189-1198. doi: 10.1016/S1473-3099(25)00233-6.
6. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; Programa Ampliado de Inmunizaciones Anticuerpo Monoclonal contra el Virus Respiratorio Sincitial (VRS) Nirsevimab. Lineamiento Operativo [Sitio web]. MSPyBS; 2025 [citado 11 oct 2025] Disponible en: <https://pai.mspbs.gov.py/wp-content/uploads/2025/04/Lineamientos-tecnicos-y-operativos-Nirsevimab.pdf>
7. Feltes TF, Cabalka AK, Meissner HC, Piazza FM, Carlin DA, Top FH Jr, et al. Cardiac Synagis Study Group. Palivizumab prophylaxis reduces hospitalization due to respiratory syncytial virus in young children with hemodynamically significant congenital heart disease. *J Pediatr.* 2003;143(4):532-40. doi:10.1067/S0022-3476(03)00454-2.
8. Abdelwahab A, Sayed YM, Younis SEAR. Mothers' Knowledge and Practices Regarding Care of their Children with Respiratory Syncytial Virus. *Tanta Scientific Nursing Journal.* 2023; 31(4 Suppl 2):92-107. doi:10.21608/tsnj.2024.336589.
9. Bham SQ, Saeed F, Shah MA. Knowledge, Attitude and Practice of mothers on acute respiratory infection in children under five years. *Pak J Med Sci.* 2016; 32(6):1557-1561. doi: 10.12669/pjms.326.10788.
10. Abu-Farha R, Alzoubi KH, Alsous M, El-Zubi MK, Shilbayeh SA, Itani R. Exploring parental awareness and willingness to use monoclonal antibodies for respiratory syncytial virus prevention. *Hum Vaccin Immunother.* 2025;21(1):2588886. doi: 10.1080/21645515.2025.2588886.
11. Muhe L. Mothers' perceptions of signs and symptoms of acute respiratory infections in their children and their assessment of severity in an urban community of Ethiopia. *Ann Trop Paediatr.* 1996; 16(2):129-35. doi: 10.1080/02724936.1996.11747815.
12. Gust DA, Darling N, Kennedy A, Schwartz B. Parents with doubts about vaccines: which vaccines and reasons why. *Pediatrics.* 2008; 122(4):718-25. doi: 10.1542/peds.2007-0538.
13. Al-Jaid M, Alzahrani A, Alghamdi G, Alshehri R, Alasmari R, Althomali R, et al. Parental knowledge of RSV infection and attitude to infant immunization with monoclonal antibodies in Western Region, Saudi Arabia. *AMJ.* 2023;16(11):842-859. doi: 10.21767/AMJ.2023.3989
14. Lee Mortensen G, Harrod-Lui K. Parental knowledge about respiratory syncytial virus (RSV) and attitudes to infant immunization with monoclonal antibodies. *Expert Rev Vaccines.* 2022;21(10):1523-1531. doi: 10.1080/14760584.2022.2108799.
15. Sansone V, Angelillo S, Licata F, Miraglia Del Giudice G, Di Giuseppe G. Respiratory syncytial vaccination: parents' willingness to vaccinate their children. *Vaccines.* 2024; 12(4):418. doi: 10.3390/vaccines12040418.
16. Kumar R, Hashmi A, Soomro JA, Ghouri A. Knowledge Attitude and Practice about Acute Respiratory Infection among the Mothers of Under Five Children Attending Civil Hospital Mithi Tharparkar Desert. *Primary Health Care Open Access* 2012, 2:1.