



Barreras percibidas para la vacunación contra el virus sincial respiratorio y cobertura vacunal en mujeres embarazadas: estudio de corte transversal

Stella M. Souto¹ , María A. Rodríguez¹ , Fernando A. Torres¹ , Paula A. Domínguez¹ , Gabriel H. Amaya¹

RESUMEN

Introducción. La vacunación materna contra el virus sincial respiratorio (VSR) para prevenir infecciones respiratorias graves en lactantes fue incorporada en Argentina en 2024. Para garantizar tasas de vacunación satisfactorias, es importante identificar barreras para su implementación.

Objetivo. Identificar las barreras para la vacunación contra VSR en mujeres embarazadas. Se estimó la cobertura a la vacunación contra VSR y la eventual asociación entre cobertura y presencia de barreras.

Población y métodos. Estudio de corte transversal, basado en una encuesta a madres con indicación para recibir vacuna contra VSR. Se desarrolló y validó una herramienta para identificar barreras estructurales, informativas, emocionales y sociales. Se realizó análisis univariado y multivariado mediante regresión logística.

Resultados. Fueron encuestadas 216 madres. La cobertura de la vacuna contra el VSR fue del 43,7 %. En el análisis univariado, tener <5 controles prenatales y no haber recibido información clara se asociaron con una menor vacunación. En el análisis multivariado, el conocimiento de la vacuna contra el VSR fue el único factor asociado de manera independiente con la cobertura (OR ajustado: 3,4; IC95%: 1,9-6,2; $p < 0,001$).

Conclusión. La cobertura de vacunación contra VSR en gestantes fue inferior a la de otras vacunas recomendadas durante el embarazo. La falta de ofrecimiento de la vacuna y el desconocimiento sobre ella se identificaron como factores asociados a la no vacunación. Fortalecer la información y la recomendación durante el control prenatal podría contribuir a mejorar las coberturas. Este estudio aporta una herramienta validada para la evaluación de barreras a la vacunación en personas gestantes.

Palabras clave: *pediatría; vacunas; virus sincial respiratorio humano; enfermedades respiratorias; bronquiolitis viral.*

doi (español): <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2026-11029>

doi (inglés): <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2026-11029.eng>

Cómo citar: Souto SM, Rodríguez MA, Torres FA, Domínguez PA, Amaya GH. Barreras percibidas para la vacunación contra el virus sincial respiratorio y cobertura vacunal en mujeres embarazadas: estudio de corte transversal. *Arch Argent Pediatr.* 2026;e202611029. Primero en Internet 22-OCT-2026.

¹ Hospital General de Niños Pedro de Elizalde, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Correspondencia para Stella M. Souto: sm_souto@yahoo.com.ar

Financiamiento: Ninguno.

Conflicto de intereses: Ninguno que declarar.

Recibido: 19-1-2026

Aceptado: 28-8-2026



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Atribución-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional. Atribución — Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio se debe reconocer y citar al autor original. No Comercial — Esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso. Sin Obra Derivada — Si remezcla, transforma o crea a partir del material, no puede difundir el material modificado.

INTRODUCCIÓN

El virus sincicial respiratorio (VSR) continúa siendo un importante problema de salud a nivel global.^{1,2} Se estima que cerca del 50 % de los lactantes se infectan por VSR durante su primer año de vida y, aunque los niños con factores de riesgo —como prematuridad o enfermedades pulmonares o cardíacas crónicas— presentan mayor probabilidad de hospitalización, la alta prevalencia del virus hace que un número significativo de lactantes nacidos a término también requiera atención médica.^{3,4}

En la actualidad, existen dos estrategias para prevenir la enfermedad por VSR: inmunización pasiva mediante anticuerpos monoclonales e inmunización activa con vacunación materna durante el embarazo.⁵ En Argentina, estas estrategias se implementan de forma complementaria. Por un lado, el uso de palivizumab, un anticuerpo monoclonal indicado en lactantes de alto riesgo durante la temporada de mayor circulación viral, se encuentra disponible desde hace años.⁶ Más recientemente se incorporó nirsevimab, anticuerpo monoclonal de acción prolongada.⁷ Por otro lado, la vacuna contra VSR para embarazadas se incorporó al Calendario Nacional de Vacunación (CNV) en enero de 2024.⁸ Sin embargo, durante el primer año de implementación la estrategia de vacunación se desarrolló entre marzo y agosto de 2024. En 2025, el Ministerio de Salud adelantó el inicio de la campaña al mes de enero.^{9,10} Se trata de una vacuna bivalente de prefusión F (RSVpreF), indicada entre las semanas 32,0 y 36,6 de gestación durante la temporada invernal.¹¹ La vacunación durante el embarazo constituye la estrategia con mayor potencial de impacto poblacional, al permitir una protección amplia, oportuna y sostenible de los recién nacidos; sin embargo, su efectividad depende en gran medida de alcanzar elevadas coberturas de vacunación.¹²

A pesar de la evidencia científica que respalda la eficacia y seguridad de las vacunas incorporadas al CNV, alcanzar coberturas de vacunación óptimas continúa siendo un desafío, particularmente en la población gestante.¹³ La vacunación durante el embarazo se ve influida por múltiples factores, incluidos aspectos personales —como emociones (miedo, angustia, inseguridad, desconfianza), valores, percepción de riesgo, conocimientos erróneos o creencias— y determinantes sociales, culturales, políticos e históricos.¹⁴ Algunas de las barreras para la vacunación en este período incluyen la

percepción de falta de seguridad, la creencia de que la vacuna no es necesaria o efectiva, la ausencia o inconsistencia de recomendación por personal de salud, el desconocimiento sobre la enfermedad y/o la vacuna, y dificultades en el acceso.^{15,16} Asimismo, barreras logísticas también pueden desempeñar un rol clave en la falta de vacunación durante el embarazo.¹⁷

Dado que la vacuna contra el VSR se incorporó recientemente al CNV, la información sobre su cobertura y las barreras para su aceptación en Argentina es aún limitada. Este estudio busca aportar evidencia local sobre estos aspectos.

En este contexto, el presente estudio tuvo como objetivo principal identificar las barreras para la vacunación contra el VSR en mujeres embarazadas que asistían a un hospital de la República Argentina. Además, se estimó la cobertura de vacunación contra el VSR y de las demás vacunas recomendadas durante el embarazo, y se exploró la asociación entre las barreras identificadas y la vacunación contra el VSR.

POBLACIÓN Y MÉTODOS

Diseño

Estudio de corte transversal, basado en encuesta. Para cumplir los objetivos, se desarrolló y validó una herramienta adecuada para identificar barreras a la vacunación.

Población

Se incluyeron madres de niños menores de 2 años de edad al momento de la encuesta, asistidos en el Hospital General de Niños Pedro de Elizalde entre mayo y octubre de 2025, con indicación de recibir vacuna contra VSR y que dieron su consentimiento para participar en el estudio. Considerando que la vacuna contra el VSR se administra entre las semanas 32,0 y 36,6 de gestación, el intervalo entre la vacunación y la administración del cuestionario pudo variar desde aproximadamente un mes antes del nacimiento hasta 18 meses después.

Se excluyeron las madres que presentaron alguna contraindicación para recibir la vacuna (embarazo fuera del período de indicación, antecedentes de eventos adversos graves). Para el desarrollo y la validación inicial del cuestionario, se utilizó una submuestra de la población, mientras que el instrumento definitivo se aplicó al resto de las participantes.

Datos

Los datos se obtuvieron del cuestionario administrado a las participantes y del registro de vacunación materno.

Cuestionario

Se realizó una revisión bibliográfica (PubMed, últimos 5 años) para identificar dominios de barreras a la vacunación en embarazadas. Con esa evidencia, se elaboró un banco inicial de 30 ítems, valorados por escala tipo Likert 1-5. Dos expertos evaluaron la validez de contenido, calculando el índice de validez de contenido esperado (global = 0,8). Luego, se efectuó una prueba piloto (n = 24) para evaluar comprensión, tiempo de respuesta y recoger sugerencias, estimándose la consistencia interna (alfa de Cronbach = 0,72). El análisis psicométrico incluyó análisis de ítems (IRT) y fiabilidad test-retest (coeficiente de correlación intraclass para ítems continuos entre 0,50 y 0,60, coeficiente kappa ponderado para ítems ordinales entre 0,5 a 0,8). La validez de constructo se exploró mediante análisis factorial exploratorio y confirmatorio, y validez de grupos conocidos. Tras la revisión final, el cuestionario (que incluía 25 ítems) se aplicó a una muestra ampliada (n = 70) para confirmar sus propiedades métricas antes del estudio principal (*Material complementario*).

Variable de resultado

Cobertura de la vacunación durante el embarazo contra VSR (primaria) y antigripal-DTPa, ambas según registro de vacunación materno (secundaria).

También se registraron los motivos percibidos por la madre para no recibir la vacuna contra VSR (categorías predefinidas, ver *Material complementario*).

Variables de predicción

Se consideró como predictores a las barreras a la vacunación pesquiasadas:

- Acceso a servicios de salud: controles del embarazo (<5)
- Barreras estructurales: distancia al centro de vacunación (>30 minutos del domicilio), disponibilidad de vacunas al momento de concurrir a vacunarse, horarios del centro de vacunación adecuados.
- Barreras informativas: claridad percibida de la información recibida sobre vacunas (muy confusa/confusa/clara/muy clara), conocimiento de la enfermedad respiratoria

por el VSR, conocimiento sobre la vacuna contra VSR, percepción de adecuación de las campañas de vacunación.

- Barreras actitudinales o emocionales: miedo de vacunarse en el embarazo y confianza en el sistema de salud.
- Barreras sociales o culturales: influencia de la opinión de la familia/comunidad en su decisión de vacunarse.

Variables de control

Se consideraron potenciales confusores la edad materna, la cantidad de hijos, la nacionalidad, el lugar de residencia, la cobertura médica, el nivel máximo de educación alcanzado y la ocupación.

Consideraciones estadísticas

El análisis descriptivo se efectuó utilizando proporciones con intervalo de confianza del 95 % (IC95%) para variables categóricas, y media con desviación estándar (DE) o mediana con intervalo intercuartílico (IIC) según ajuste a normalidad (prueba de Kolmogorov-Smirnov) para variables cuantitativas. Para explorar asociación, se utilizó la prueba de chi-cuadrado o exacta de Fisher para variables categóricas, y la prueba de la *t* de Student o U de Mann-Whitney para variables cuantitativas, según correspondiera. Se consideró estadísticamente significativo $p < 0,05$. Se realizó un análisis multivariado mediante regresión logística binaria para identificar factores independientemente asociados a la falta de vacunación contra VSR. Se incluyeron en el modelo las variables con $p < 0,20$ en el análisis bivariado y aquellas consideradas clínicamente relevantes. No se observaron problemas de colinealidad entre las variables independientes (VIF 1,02 a 1,09). Los resultados se expresaron como *odds ratios* (OR) con IC95%. El procesamiento de los datos se realizó con IBM SPSS Statistics 22v.

Tamaño de muestra y muestreo

Considerando las recomendaciones de la literatura para estudios preliminares de validación de instrumentos, se estimó un tamaño muestral de 70 participantes para la evaluación psicométrica del cuestionario.¹⁸ Esta validación se realizó en una muestra independiente de la utilizada en el estudio principal.

Finalmente, el tamaño muestral se estimó para detectar diferencias en la frecuencia de al menos una barrera entre mujeres vacunadas y no

vacunadas, considerando una diferencia absoluta del 15 %, una potencia del 80 % y un nivel de confianza del 95 %. Dado que la proporción de mujeres vacunadas no era conocida al momento del diseño del estudio, se planteó una muestra mínima de 160 participantes, que permitiría contar con un número suficiente de mujeres en ambos grupos (vacunadas y no vacunadas) para realizar el análisis exploratorio previsto.

El cálculo se realizó con EpiInfo 7.1 CDC. Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. Durante el período de inclusión, se seleccionaron por sorteo simple 20 días hábiles, en los cuales se invitó a participar al menos a 16 madres de pacientes internados por día.

Consideraciones éticas

El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética institucional (Registro N.º 15978). Se solicitó y obtuvo el consentimiento informado de todas las participantes.

RESULTADOS

Se administraron 216 encuestas. La edad media de las madres fue de 27,9 años (DE 6,4); el 89,8 % tenía nacionalidad argentina y el 90,7 % residía en la provincia de Buenos Aires. La cobertura de la vacunación contra VSR fue del 43,7 % (*Tabla 1*). La población no difirió en las variables sociodemográficas evaluadas según hubiera cumplido o no la vacunación VSR, excepto en la edad (*Tabla 2*).

TABLA 1. Características de la población (n = 216)

	n	%	IC95%
Edad media (DE)	27,9	6,4	
Nacionalidad argentina	194	89,8	85,8-93,9
Reside en provincia de Buenos Aires	196	90,7	86,8-94,6
Nivel educativo			
Primario incompleto	1	0,5	0-1,4
Primario completo	14	6,5	3,2-9,8
Secundario incompleto	95	44	37,4-50,6
Secundario completo	87	40,3	33,8-46,8
Estudios superiores	19	8,8	5,0-12,6
Tiene otros hijos	147	68,1	61,9-74,3
Número de hijos (mediana, IIC)	2 (1-3)		
Ocupación			
Trabajo informal	39	18,1	13,8-23,2
Trabajo formal	14	6,5	3,2-9,8
Ama de casa	154	71,3	65,3-77,3
Estudiante	9	4,2	1,5-6,9
Solo cobertura pública de salud	169	78,2	72,7-83,7
Controles en el embarazo (≥5)	195	90,3	86,3-94,3
Vacuna VSR administrada	94	43,7	37,1-50,3
Vacuna antigripal administrada	173	80,1	74,8-85,4
Vacuna DTPa administrada	175	81	75,8-86,2

DE: desviación estándar; IIC: intervalo intercuartílico; VSR: virus sincial respiratorio.

TABLA 2. Análisis univariado (variables de control y adherencia a la vacunación contra el virus sincial respiratorio)

	Con vacuna VSR (n = 94) n (%)	Sin vacuna VSR (n = 121) n (%)	OR	p
Edad materna (media y DE)	28,9 (6,5)	27,2 (6,4)		0,05*
Tiene otros hijos	65 (69,1)	81 (66,9)	1,1 (0,6-1,9)	0,7**
Nacionalidad argentina	84 (89,4)	110 (90,9)	0,84 (0,3-2,07)	0,8**
Reside en provincia de Buenos Aires	85 (90,4)	111 (91,7)	0,7 (0,3-2,1)	0,6**
Tiene cobertura médica	18 (19,1)	29 (24,0)	0,75 (0,3-1,4)	0,4**
Educación terciaria	10 (10,6)	9 (7,4)	1,5 (0,5-3,8)	0,4

*Prueba de la t de Student para muestras independientes.

**Prueba de chi-cuadrado.

DE: desviación estándar; VSR: virus sincial respiratorio.

Al evaluar las barreras para la vacunación, en el análisis univariado se observó que contar con ≥ 5 controles durante el embarazo (OR 5,6; IC95% 1,2-25,5; $p = 0,01$), conocer la vacuna VSR (OR: 3,9; IC95% 2,2-6,9; $p = 0,01$) y recibir recomendación de vacunación de profesional de la salud (OR 4,3; IC95% 2,5-7,7; $p < 0,001$) se asociaron con mayor cobertura de vacunación contra VSR (Tabla 3).

Entre las madres que no recibieron vacuna contra el VSR, el motivo referido con mayor frecuencia fue "no me la ofrecieron", mencionado por el 89,3 % de las participantes (IC95% 82,3-96,3).

En el análisis multivariado, conocer la vacuna contra VSR se asoció de manera independiente con mayor probabilidad de vacunación durante el embarazo (OR ajustado 3,4; IC95% 1,9-6,2; $p < 0,001$). El modelo presentó adecuado ajuste global (Tabla 4). Aunque el ofrecimiento

de la vacuna por profesional de salud mostró una fuerte asociación en el análisis univariado, esta no se mantuvo tras el ajuste multivariado. Dado que no se observaron problemas de colinealidad, este hallazgo sugiere que su efecto no fue independiente de los demás factores considerados en el modelo.

En relación con la vacunación antigripal y DTPa durante el embarazo, se observó una elevada cobertura en ambas (80,1 % y 81 %, respectivamente). En el análisis univariado, no se identificaron asociaciones estadísticamente significativas y consistentes entre la falta de vacunación y variables sociodemográficas y potenciales barreras evaluadas, excepto contar con más de 5 controles en el embarazo (Tabla 5).

DISCUSIÓN

La incorporación de la vacunación contra VSR al CNV en 2024 busca reducir la morbilidad

TABLA 3. Asociación entre predictores y adherencia a la vacunación

	Con vacuna VSR (n = 94) n (%)	Sin vacuna VSR (n = 121) n (%)	OR	p
≥ 5 controles de embarazo	90 (95,7)	104 (86,0)	5,6 (1,2-25,5)	0,01
Distancia al vacunatorio (>30 min)	21 (22,3)	35 (28,9)	0,7 (0,4-1,3)	0,3
Disponibilidad de vacuna	79 (84,0)	90 (74,4)	1,3 (0,6-2,7)	0,4
Horario vacunatorio adecuado	86 (91,5)	105 (86,8)	0,9 (0,3-2,7)	0,5
Recibió información sobre vacunas	63 (67,0)	70 (57,9)	1,5 (0,8-2,6)	0,2
Conoce la bronquiolitis	71 (75,5)	86 (71,1)	1,3 (0,7-2,3)	0,5
Conoce la vacuna VSR	62 (65,9)	40 (33,1)	3,9 (2,2-6,9)	0,001
Campañas informativas suficientes	44 (46,8)	45 (37,2)	1,46 (0,8-2,5)	0,1
Miedo a la vacunación	22 (23,4)	25 (20,7)	1,2 (0,6-2,2)	0,7
Confianza en el PS	73 (77,7)	94 (77,7)	1 (0,5-1,9)	0,9
PS ofreció vacuna VSR	64 (68,1)	40 (33,1)	4,3 (2,5-7,7)	0,001

PS: profesional de la salud; VSR: virus sincial respiratorio.

TABLA 4. Factores asociados a la vacunación contra el virus sincial respiratorio durante el embarazo. Análisis multivariado

Variable	OR ajustado	IC95%	p
Edad materna (años)	1,1	0,9-1,1	0,1
≥ 5 controles de embarazo	4,1	0,8-19,5	0,08
Recibió información sobre vacunas en el embarazo	1,1	0,5-2,1	0,8
Conoce la vacuna VSR	3,4	1,9-6,2	<0,001
Campañas informativas suficientes	1,1	0,7-1,7	0,6
PS ofreció vacuna VSR	1,2	0,7-1,8	0,4

Evento modelado: vacunación contra el VSR durante el embarazo.

PS: profesional de la salud; VSR: virus sincial respiratorio.

TABLA 5. Barreras exploradas en relación con la no vacunación antigripal y DTPa durante el embarazo

Variable	Vacuna antigripal (Sí/No)	OR (IC95%)	Vacuna DTPa (Sí/No)	OR (IC95%)
n	173/43		175/41	
Tiene otros hijos	113/34	2,1 (0,9-4,4)	119/28	0,9 (0,4-2,1)
Nacionalidad argentina	152/42	5,8 (0,7-44,4)	158/36	1,3 (0,4-3,7)
Reside en provincia de Buenos Aires	157/39	1,3 (0,4-4,7)	160/37	0,8 (0,3-2,7)
Tiene cobertura médica	134/35	1,3 (0,5-2,9)	136/33	1,1 (0,5-2,8)
Educación terciaria	17/2	2,2 (0,5-10,1)	160/37	0,8 (0,2-2,7)
≥5 controles de embarazo	163/32	4,4 (1,5-13,2)*	165/30	3,6 (1,2-11,1)*
Distancia al vacunatorio (>30 min)	44/12	0,8 (0,4-1,8)	40/16	0,5 (0,2-0,9)*
Recibió información sobre vacunas	61/21	1,7 (0,8-3,4)	63/19	1,5 (0,7-3,1)
Miedo a la vacunación	42/5	2,4 (0,9-6,8)	36/11	0,7 (0,3-1,5)
Confía en el PS	135/32	1,2 (0,5-2,6)	140/27	2,1 (0,9-4,3)

PS: profesional de la salud.

*p < 0,05

por infecciones respiratorias agudas bajas en lactantes, especialmente en menores de 6 meses.⁸ Nuestros resultados muestran una cobertura del 43,7 %, inferior a la cobertura del 61,7 % en la provincia de Buenos Aires informada por el Ministerio de Salud de la Nación.¹⁹ Esta diferencia podría estar justificada, ya que nuestro estudio evaluó una muestra específica de madres asistidas en un único centro, mientras que las estimaciones oficiales integran información de una población más amplia. Razzini *et al.* reportaron durante la primera temporada de implementación una cobertura del 34,9 %.²⁰ Resultados similares fueron reportados por Gentile *et al.* (cobertura del 31,5 %).²¹ Durante la temporada 2023-2024 en Estados Unidos, la cobertura alcanzó el 32,6 % con valores aún menores entre quienes contaban con cobertura de salud pública.²²

Una de las contribuciones más relevantes del presente estudio es la identificación de una marcada disparidad en la cobertura entre las distintas vacunas indicadas durante el embarazo. Mientras que las coberturas de las vacunas antigripal y DTPa superaron el 80 %, la vacunación contra VSR mostró valores considerablemente inferiores. Esta diferencia sugiere que las barreras no serían predominantemente estructurales, en términos de acceso al sistema de salud o disponibilidad de vacunas, sino que estarían vinculadas a una incorporación aún incompleta de esta nueva indicación dentro de la práctica clínica habitual.

En concordancia con esto, Dubé *et al.* destacan que el impacto de una nueva vacuna

en un programa de inmunización depende de su aceptación, del acceso oportuno y del logro progresivo de altas coberturas.²³ Asimismo, un estudio realizado en Estados Unidos, basado en datos de 2017 a 2021 y previo a la disponibilidad de la vacuna contra VSR, mostró una tendencia descendente en las coberturas de vacunas maternas establecidas, como DTPa y antigripal.²⁴ Si bien estos hallazgos no son directamente extrapolables al contexto argentino, resaltan la importancia de fortalecer las estrategias de recomendación durante el embarazo.

Además, se observó que contar con un seguimiento prenatal adecuado (más de cinco controles durante el embarazo), recibir una recomendación explícita por parte de un profesional de la salud y acceder a información clara se asociaron con mayor probabilidad de vacunación contra VSR. Entre las personas no vacunadas, el motivo referido con mayor frecuencia fue falta de ofrecimiento de la vacuna durante el embarazo, lo que destaca la recomendación profesional como un factor clave para la vacunación. Estos hallazgos resultan concordantes con las recomendaciones del Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico sobre Inmunización de la Organización Mundial de la Salud, que subrayan la importancia de estrategias específicas para fortalecer la vacunación materna.²⁵ Asimismo, el conocimiento previo sobre la vacuna durante el embarazo se asoció positivamente con la vacunación, mientras que no se evidenció una asociación significativa con la percepción de campañas específicas, lo que sugiere un mayor impacto de

la información personalizada brindada durante el control prenatal. Estos hallazgos son compatibles con los reportados en Estados Unidos y Reino Unido durante las primeras temporadas de implementación de la vacunación materna contra VSR, donde la falta de recomendación por parte de los profesionales de la salud y el desconocimiento de la indicación vacunal fueron identificados como principales barreras.^{17,22} En nuestra población, las barreras informativas adquirieron particular relevancia, ya que el conocimiento sobre la vacuna fue el único factor asociado independientemente con la vacunación en el análisis multivariado. A diferencia de algunos estudios internacionales, las preocupaciones relacionadas con la seguridad de la vacuna no emergieron como una barrera predominante, lo que sugiere que, en nuestro contexto, las oportunidades de información y recomendación durante el control prenatal podrían tener mayor impacto sobre la cobertura que las percepciones vinculadas a la seguridad vacunal.

Aunque la recomendación de la vacuna por parte del profesional de salud mostró fuerte asociación en el análisis univariado, esta no se mantuvo tras el ajuste multivariado. Dado que no se observaron problemas de colinealidad entre las variables incluidas en el modelo, este hallazgo podría reflejar que el efecto de la recomendación profesional no fue independiente de otros factores, particularmente del conocimiento sobre la vacuna.

Como limitación, debe considerarse que la información fue obtenida mediante un cuestionario administrado hasta 18 meses después del embarazo, por lo que algunas respuestas podrían haber estado sujetas a sesgo de recuerdo.

El hecho de que cerca del 40 % de las personas vacunadas no tuviera una opinión formada sobre la seguridad de la vacuna y, aun así, aceptara recibirla refuerza el peso de la recomendación profesional en la toma de decisiones.

En conjunto, los hallazgos de este estudio ponen de manifiesto que el carácter obligatorio y gratuito de las vacunas no es suficiente para garantizar una cobertura óptima si no se acompaña de recomendación médica activa y de seguimiento prenatal adecuado. Considerando que la principal causa referida para no recibir la vacuna fue la falta de ofrecimiento durante el embarazo, resulta necesario implementar estrategias dirigidas a aumentar las oportunidades

de recomendación y vacunación. Estas podrían incluir la capacitación específica del equipo de salud involucrado en el control prenatal, la incorporación de alertas o recordatorios en la historia clínica durante el período de indicación vacunal y, cuando sea factible, la administración de la vacuna en el mismo ámbito donde se realiza el control prenatal. Estas intervenciones podrían contribuir a mejorar la cobertura de vacunación contra VSR y, en consecuencia, reducir la morbilidad infantil asociada a este virus.

CONCLUSIÓN

La cobertura de vacunación contra VSR en gestantes fue inferior a la observada para otras vacunas recomendadas durante el embarazo. La falta de ofrecimiento de la vacuna y el desconocimiento sobre ella se identificaron como factores relevantes asociados a la no vacunación. Fortalecer la información y la recomendación durante el control prenatal podría contribuir a mejorar las coberturas. Además, este estudio aporta una herramienta validada para la evaluación de barreras a la vacunación en personas gestantes. ■

El material complementario que acompaña este artículo se presenta tal como ha sido remitido por los autores. Se encuentra disponible en: https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2027/11029_AO_Souto_Anexo.pdf

REFERENCIAS

1. Argentina. Ministerio de Salud. Guía para la vigilancia epidemiológica y recomendaciones para la prevención y control de las infecciones respiratorias agudas. Buenos Aires: MINSAL; 2024. [Consulta: 21 de julio de 2026]. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_para_la_vigilancia_prevenccion_y_control_ira-2024.pdf
2. 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):2047-64. doi:10.1016/S0140-6736(22)00478-0.
3. Cacho F, Gebretsadik T, Anderson LJ, Chappell JD, Rosas-Salazar C, Ortiz JR, et al. Respiratory syncytial virus prevalence and risk factors among healthy term infants, United States. *Emerg Infect Dis*. 2024;30(10):2199-202. doi:10.3201/eid3010.240609.
4. Aranda SS, Polack FP. Prevention of pediatric respiratory syncytial virus lower respiratory tract illness: perspectives for the next decade. *Front Immunol*. 2019;10:1006. doi:10.3389/fimmu.2019.01006.
5. Lucion MF, Gentile Á. Prevención de las infecciones por virus sincicial respiratorio: un futuro promisorio. *Arch Argent Pediatr*. 2023;121(5):e202310098. doi:10.5546/aap.2023-

- 10098.
6. Fattore MJ, Maccarrone AJA, Brusadin M, Arbio MS, Saá G, Grupo Palivizumab SAP. Recomendaciones sobre el uso de palivizumab: actualización 2023. *Arch Argent Pediatr*. 2025;123(1):e202410430. doi:10.5546/aap.2024-10430.
7. 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):837-46. doi:10.1056/NEJMoa2110275.
8. Argentina. Ministerio de Salud. Lineamientos técnicos de vacunación: Virus sincicial respiratorio en personas gestantes. Buenos Aires: MINSAL; 2024. [Consulta: 21 de julio de 2026]. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2018/02/lineamientos_vsr.pdf
9. Argentina. Ministerio de Salud. Comienza en todo el país la vacunación contra el Virus Sincicial Respiratorio. Buenos Aires: febrero 2024. [Consulta: 21 de julio de 2026]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/node/417502>
10. Argentina. Ministerio de Salud. Continúa la campaña nacional de prevención de enfermedades respiratorias. Buenos Aires: MINSAL; 2024. [Consulta: 21 de julio de 2026]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/continua-la-campana-nacional-de-prevencion-de-enfermedades-respiratorias>
11. Kampmann B, Madhi SA, Munjal I, Simões EAF, Pahud BA, Llapur C, et al. Bivalent prefusion F vaccine in pregnancy to prevent RSV illness in infants. *N Engl J Med*. 2023;388(16):1451-64. doi:10.1056/NEJMoa2216480.
12. Nazareno AL, Newall AT, Muscatello DJ, Hogan AB, Wood JG. Modelling the epidemiological impact of maternal respiratory syncytial virus vaccination in Australia. *Vaccine*. 2024;42(26):126418. doi:10.1016/j.vaccine.2024.126418.
13. Wilson R, Paterson P, Larson HJ. Strategies to improve maternal vaccination acceptance. *BMC Public Health*. 2019;19(1):342. doi:10.1186/s12889-019-6655-y.
14. Nachón MN, Mirofsky M, Durán MV, Savia A, Rosas A, Zunino S, et al. Vacunación en adultos: estrategias prácticas para promover la adherencia. *Medicina (B Aires)*. 2025;85(2):388-403.
15. Razai MS, Mansour R, Ravindran P, Freeman S, Mason-Apps C, Morris J, et al. Facilitators and barriers to vaccination uptake in pregnancy: a qualitative systematic review. *PLoS One*. 2024;19(4):e0298407. doi:10.1371/journal.pone.0298407.
16. Wilson RJ, Paterson P, Jarrett C, Larson HJ. Understanding factors influencing vaccination acceptance during pregnancy globally: a literature review. *Vaccine*. 2015;33(47):6420-9. doi:10.1016/j.vaccine.2015.08.046.
17. Williams TC, Marlow R, Cunningham S, Drysdale SB, Groves H, Iskander D, et al. Maternal views on RSV vaccination during the first season of implementation in England and Scotland. *Lancet Infect Dis*. 2025;25(3):e135-6. doi:10.1016/S1473-3099(25)00060-X.
18. Johanson GA, Brooks GP. Initial scale development: sample size for pilot studies. *Educ Psychol Meas*. 2010;70(3):394-400. doi:10.1177/0013164409355692.
19. Argentina. Ministerio de Salud. Coberturas de vacunación. Calendario Nacional 2024. Actualización al 10 de septiembre de 2025. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2025. [Consulta: 20 de agosto de 2026]. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/10-30-nacion-cnv_2024-10_09_2025_v2.pdf
20. Razzini JL, Parada D, Solovey G, Guiñazú G, Sosa EM, Orta SR, et al. Impact and effectiveness of RSV maternal immunization on infant hospitalizations in Buenos Aires: a hospital-based, multicentre, retrospective surveillance cohort study. *Lancet Reg Health Am*. 2025;52:101296. doi:10.1016/j.lana.2025.101296.
21. Gentile A, Juárez MDV, Lucion MF, Gregorio G, López O, Fernández T, et al. Maternal immunization with RSVpreF vaccine: effectiveness in preventing respiratory syncytial virus-associated hospitalizations in infants under 6 months in Argentina: multicenter case-control study. *Pediatr Infect Dis J*. 2025;44(10):988-94. doi:10.1097/INF.0000000000004878.
22. Razzaghi H, Garacci E, Kahn KE, Lindley MC, Jones JM, Stokley S, et al. Maternal respiratory syncytial virus vaccination and receipt of respiratory syncytial virus antibody (nirsevimab) by infants aged <8 months — United States, April 2024. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2024;73(38):837-43. doi:10.15585/mmwr.mm7338a2.
23. Dubé E, Laberge C, Guay M, Bramadat P, Roy R, Bettinger J. Vaccine hesitancy: an overview. *Hum Vaccin Immunother*. 2013;9(8):1763-73. doi:10.4161/hv.24657.
24. Law AW, Judy J, Atwell JE, Willis S, Shea KM. Maternal Tdap and influenza vaccination uptake 2017–2021 in the United States: implications for maternal RSV vaccine uptake in the future. *Vaccine*. 2023;41(51):7632-40. doi:10.1016/j.vaccine.2023.11.009.
25. World Health Organization. WHO position paper on immunization to protect infants against respiratory syncytial virus disease, May 2025. *Wkly Epidemiol Rec*. 2025;100(22):193-218. [Consulta: 20 de agosto de 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/who-wer-10022-193-218>