



Anticuerpos monoclonales para Virus Respiratorio Sincicial (VRS) en pacientes con Atrofia Muscular Espinal Tipo 1

Monoclonal antibodies to Respiratory Syncytial Virus (RSV) in patients with Spinal Muscular Atrophy Type 1

Carlos Valdebenito Parra^{a,b,c}, Francisco Prado Atlagic^{a,b,c,d,e}, Antonio Huerta Armijo^{a,c,d,e}

^aHospitalización Domiciliaria NANEAS, Hospital Clínico San Borja Arriarán. Santiago, Chile.

^bDepartamento de Pediatría y Cirugía Infantil Centro, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

^cComité NANEAS, Sociedad Chilena de Pediatría.

^dGrupo Iberoamericano de Cuidados Respiratorios en Enfermedades Neuromusculares (GICREN).

^eComité de Ventilación Mecánica Prolongada, Sociedad Chilena de Neumología Pediátrica.

Sr. Editor

En tiempos de intensa preparación de la red integrada de salud para un nuevo momento epidemiológico de demanda pediátrica aumentada por circulación del virus respiratorio sincicial (VRS), nuestro país se beneficia de nuevos lineamientos técnicos operativos para la administración de anticuerpos monoclonales con NIRSEVIMAB¹, emanado por el Departamento de Inmunizaciones de la División de Prevención y control de Enfermedades de la Subsecretaría de Salud Pública de Chile.

Esta nueva estrategia amplió la cobertura previa existente, a través de Ley Ricarte Soto (a lactantes que nacieron con < 32 semanas de edad gestacional o menores de 1 año con cardiopatías significativas), a una mayor población en riesgo (todos los nacidos a partir del 1 de octubre 2023).

Por otro lado, existe preocupación del Ministerio de Salud de Chile por abordar las enfermedades poco frecuentes, extendiendo potenciales coberturas a me-

dicamentos de alto costo. Es así, como actualmente los Servicios de Salud disponen de un protocolo para tratamiento con Onasemnógen Abeparvec en personas con Atrofia Muscular Espinal (AME) tipo 1, con criterios precisos de selección, hasta los 9 meses de vida².

Con el actual lineamiento para aplicar NIRSEVIMAB, si bien serán considerados lactantes con AME tipo 1 que tengan los criterios de población objetivo, sobretodo de edad, existirán otros que, medicados con Onasemnógen Abeparvec, u otro fármaco de medicina de precisión, y otros no medicados, quedarán fuera de los lineamientos, salvo que sean incluidos como "otras prioridades definidas por la autoridad". Es fundamental que se expliciten cuáles serán esas poblaciones que la autoridad beneficiará y bajo qué criterios.

La población AME 1 menores de 24 meses muy probablemente a nivel país no exceda un número de 50^{3,4}.

Sabiendo los riesgos que el VRS conlleva en los pacientes con enfermedad neuromuscular de debut temprano, y específicamente AME 1, de tener fallo

Correspondencia:

Carlos Felipe Valdebenito Parra
carlos.valdebenitoparra@yahoo.es

Cómo citar este artículo: Andes pediater. 2024;95(3): XX-XX. Doi: 10.32641/andespediatr.v95i3.5227

ventilatorio, requerimiento de cuidados intensivos, traqueostomías y eventualmente muertes prematuras evitables⁵, pareciera interesante considerar el incluirlos en un plan de cobertura complementario con NIRSEVIMAB.

Lamentablemente, como sucede en muchos aspectos de las enfermedades poco frecuentes, el nivel de evidencia para esta sugerencia de cobertura ampliada

de profilaxis VRS en personas con AME tipo 1 menores de 2 años está (tal como las recomendaciones en cuidados respiratorios)⁶, en categoría de recomendación de expertos. No obstante, parece ser interesante su consideración por la autoridad sanitaria, así como en otros grupos de niños con alto riesgo de mortalidad, por ejemplo, los dependientes de ventilación mecánica, traqueostomizados, niños en diálisis, entre otros.

Referencias

1. Prematuro.cl. [citado el 11 de abril de 2024]. Disponible en: https://www.prematuro.cl/subespecialidadesneonatales/Infectologia/Vrs/Nirsevimab_Lineamientos_Tecnicos_Vrs.pdf
2. Resolución Externa 1574. Aprueba protocolo para tratamiento con Onasemnogén Apeparovec para personas con Atrofia Muscular Espinal tipo 1 [acceso 28 de diciembre de 2023] Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/11/RES.-EXENTA-N%C2%B0-1574.pdf>
3. Alvarez K, Suarez B, Palomino MA, et al. Observations from a nationwide vigilance program in medical care for spinal muscular atrophy patients in Chile. *Arq Neuropsiquiatr*. 2019 Jul 29;77(7):470-7. doi: 10.1590/0004-282X20190073.
4. Palomino MA, Jofre J, Suarez B, Hervias C, Calcagno G, Colicheo D, Haro M. Estado Respiratorio de niños con atrofia muscular espinal tipo 1 en tratamiento con las nuevas terapias modificadores de la historia natural. Resúmenes trabajos libres. Congreso Chileno de Neumología Pediátrica SOCHINEP. *Neumol Pediatr* [Internet]. 2023 Dec. 1 [cited 2023 Dec. 24];18 (Suplemento 2):6-7. Available from:<https://www.neumologia-pediatria.cl/index.php/NP/article/view/558>
5. Valdebenito Parra C, Prado Atlagic F, Huerta Armijo A, Aros Aránguiz S. Atrofia Muscular Espinal de presentación temprana, perspectivas de su tratamiento en Chile. *Andes pediater*. 2024;95(1): 110-2. Disponible en: doi:10.32641/andespediatr.v95i1.5087 [Accessed 10 abr. 2024].
6. Huerta-Armijo A, Valdebenito C, Aros S, Prado F. Nuevos paradigmas en atrofia muscular espinal de presentación temprana. *Neumol Pediatr*. 2024; 19 (1): 11-6. doi.org/10.51451/np.v19i1.576