



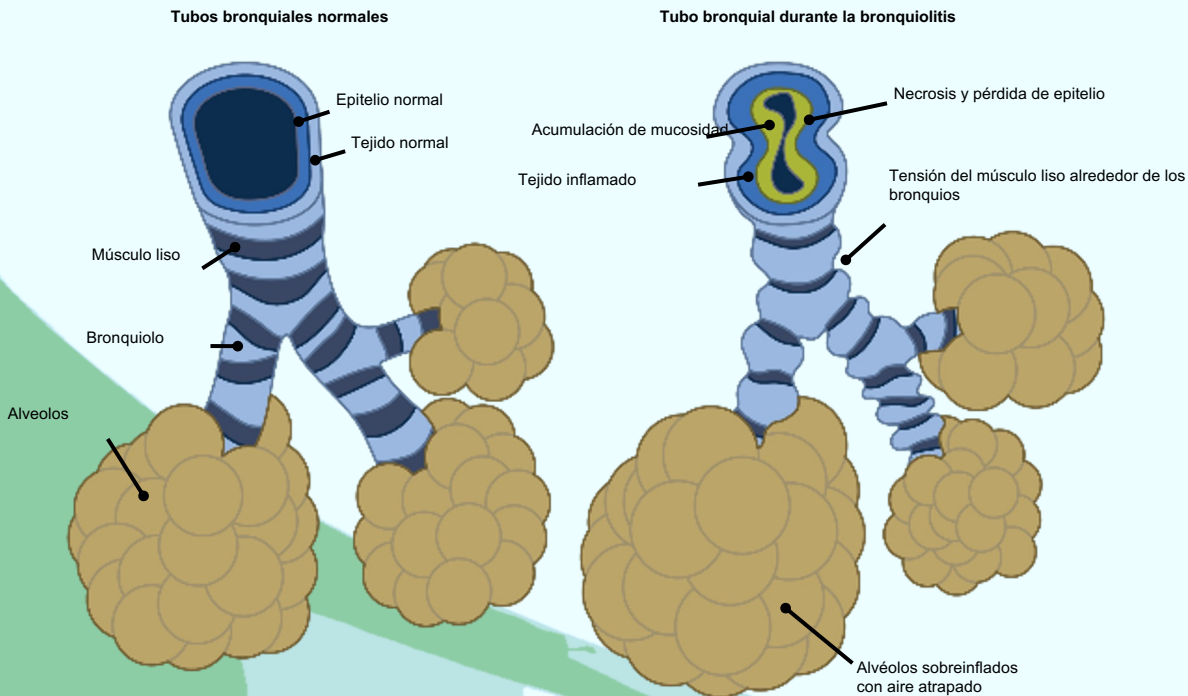
Programa de prevención de VRS en recién nacidos y lactantes de la Comunidad Autónoma de Canarias

Grupo de Trabajo de VRS
Grupo Técnico en Vacunas de Canarias
Dirección General de Salud Pública
Gobierno de Canarias

¿Qué es la bronquiolitis?

Primer episodio agudo infeccioso de origen viral que afecta a vías respiratorias bajas en menores de 2 años

Fisiopatología de la bronquiolitis



El VRS es el principal causante la bronquiolitis

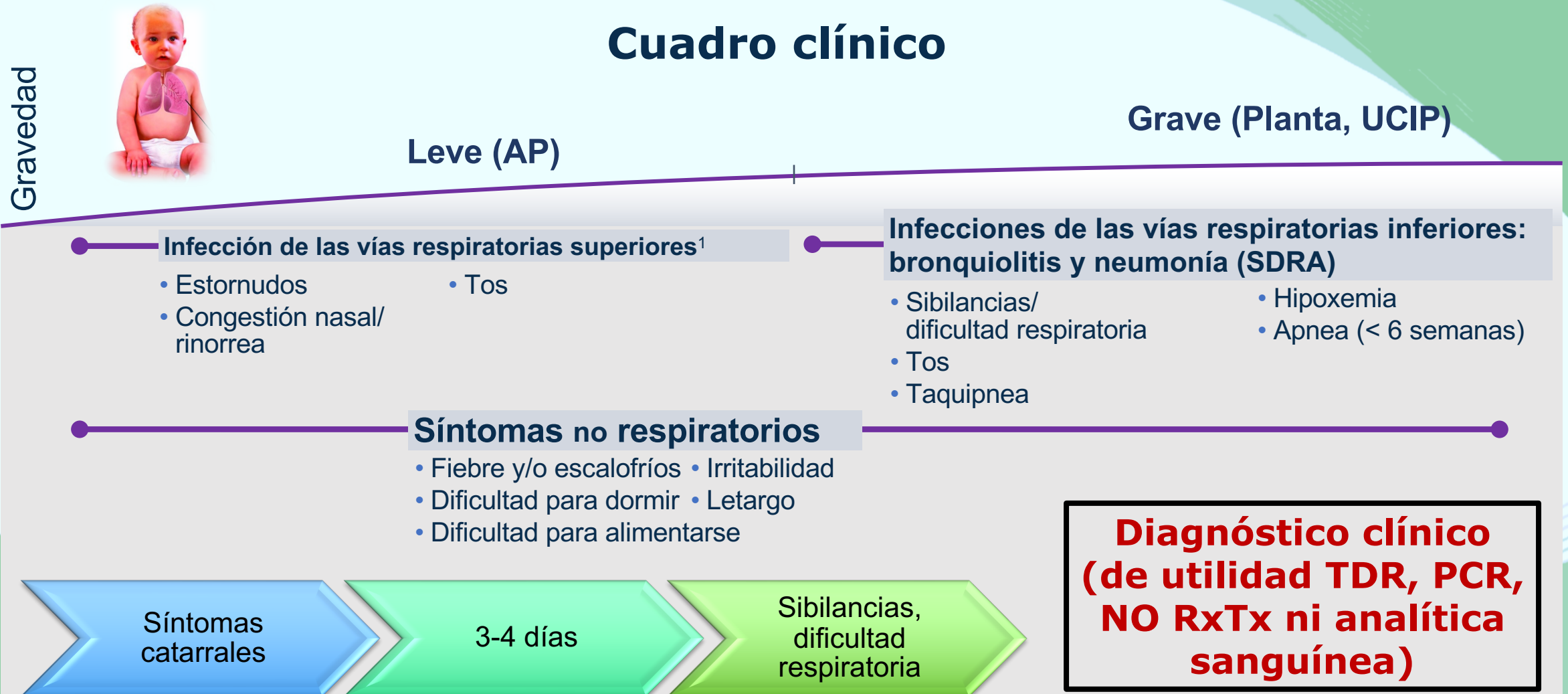


60-80 %

Dalziel S et al. Lancet 2022

La evolución de la bronquiolitis es impredecible

Cuadro clínico



Es difícil predecir qué lactantes desarrollarán síntomas graves y requerirán cuidados intensivos

Tratamiento



**Aspiración / limpieza de
secreciones nasales
Oxigenoterapia
Hidratación
Analgesia**

No resultan de utilidad de forma global: Mucolíticos, anticatarrales, salbutamol, budesonida inhalada, ALT, glucocorticoides sistémicos, adrenalina, suero salino hipertónico, heliox, antibióticos...

El VRS afecta a todas las edades (enfermedad más grave en los extremos de la vida)

IRTI (bronquiolitis/neumonía)

Sibilancias recurrentes/asma

Exacerbación de asma/EPOC

Neumonía/SDRA



RN-12m



1-11a



12-18a



Adultos



Ancianos

> 33 millones de IRTI
> 3 millones
hospitalizaciones
> 118 mil muertes

> 1,5 millones de IRTI
> 336 mil hospitalizaciones
> 14 mil hospitalizaciones con muerte
> Letalidad del 5-7% de hospitalizaciones en > 45 años

[Openshaw PJM, et al. Annu Rev Immunol. 2017;35:501-532](#)
[Shi T, et al. J Infect Dis. 2020;222\(Suppl. 7\):S577-S583. 4](#)
SiVIRA Informe 2021-2022

Carga global de la enfermedad en España



Carbonell-Estrany, J Figueras-Aloy. Prevención de la infección por virus respiratorio sincitial (VRS). Protocolos Diagnóstico-Terapéuticos de la AEP: Neonatología. Asociación Española de Pediatría. 2008. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/25.pdf>

Coste medio por caso de bronquiolitis por VRS en el primer año de vida (hospitalizado): 3362 euros

Respiratory Syncytial Virus Bronchiolitis in Children up to 5 Years of Age in Spain: Epidemiology and Comorbidities

An Observational Study

Ruth Gil-Prieto, MPH, PhD, Alba Gonzalez-Escalada, MD, PhD, Patricia Marín-García, PhD, Carmen Gallardo-Pino, MD, PhD, and Angel Gil-de-Miguel, MD, PhD

RESEARCH

Open Access



Clinical and economic hospital burden of acute respiratory infection (BARI) due to respiratory syncytial virus in Spanish children, 2015–2018

F. Martín-Torres^{1,2,3*}, M. Carmo⁴, L. Platero⁵, G. Drago⁵, J.L. López-Belmonte⁵, M. Bangert⁶ and J. Díez-Domingo⁷

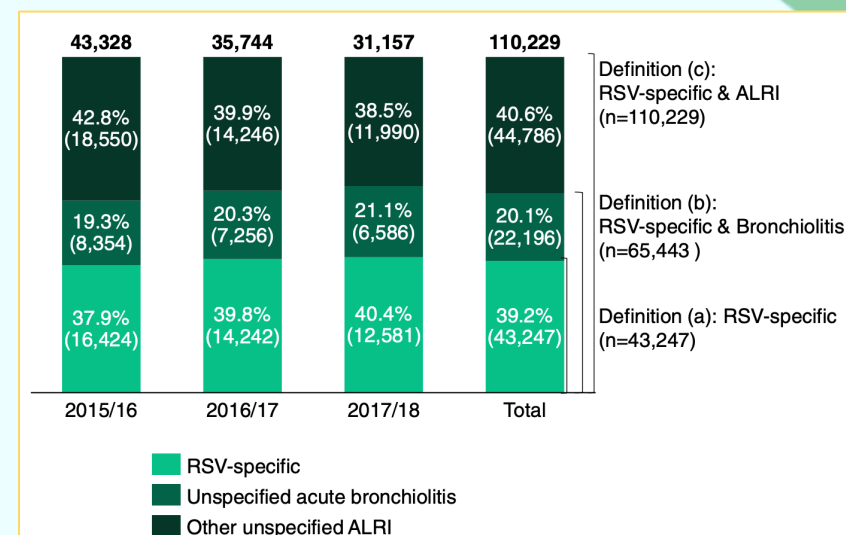
TABLE 1. Hospitalization Rate (per 100,000) Due to RSV Bronchiolitis in Children <5 Years Old, 1997–2011

Age, y	No. of Hospitalizations	Hospitalization Rate,* per 100,000 (95% CI)	Deaths	Mortality rate,* per 100,000 (95% CI)	Case-Fatality Rate, % (95% CI)
0	237401	4136.89 (4120.59–4153.18)	355	6.19 (5.54–6.83)	0.15 (0.13–0.17)
1	48606	797.09 (790.03–804.14)	48	0.79 (0.56–1.01)	0.10 (0.07–0.13)
2	22273	361.09 (356.36–365.83)	20	0.32 (0.18–0.47)	0.09 (0.05–0.13)
3	11661	187.97 (184.56–191.37)	12	0.19 (0.08–0.30)	0.10 (0.04–0.16)
4	6234	100.41 (97.92–102.90)	11	0.18 (0.07–0.28)	0.18 (0.07–0.28)
<5	326044	1071.91 (1068.25–1075.57)	446	1.47 (1.33–1.60)	0.14 (0.12–0.15)
<2	286007	2413.23 (2407.54–2425.04)	403	3.40 (3.07–3.74)	0.14 (0.13–0.15)

CI = confidence interval; RSV = respiratory syncytial virus.

* $P < 0.05$.

30 fallecimientos/año en < 5 años



- Incidencia Anual de hospitalización por IRTI-VRS en menores de 1 año = 55,5 / 1000 hab
- 6 días de estancia media en < 6 meses
- 36 mill de euros/año solo casos confirmados
- 13 fallecimientos/año en < 5 años

Carga de la enfermedad en Atención Primaria en España

Tabla 1. Casos de virus respiratorio sincitial por 1.000 niños, porcentaje de niños que visitan cada servicio sanitario y la media de visitas por 1.000 niños de acuerdo a la edad del paciente (temporada 2017/2018^(a))

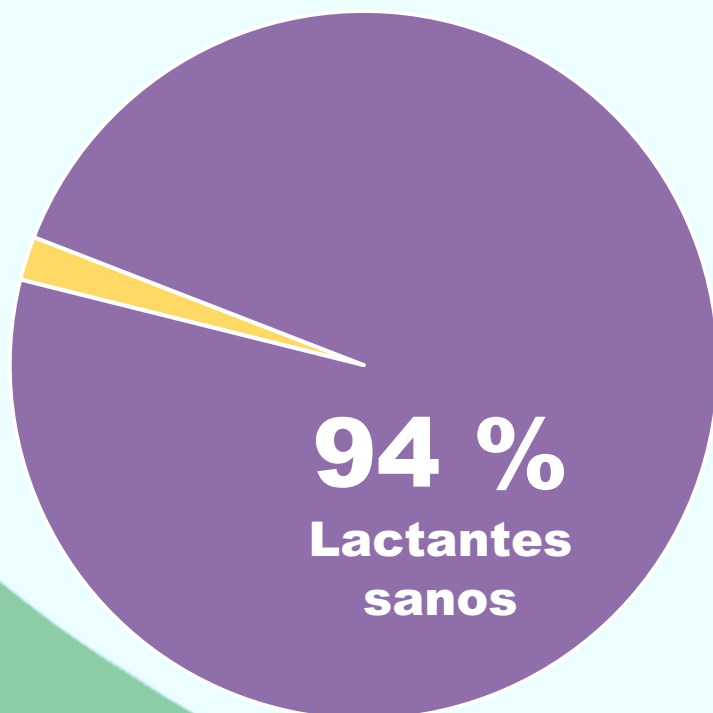
Características (edad o factor de riesgo previo)		Casos de VRS ^(b) por 1.000 niños	Número medio de visitas por VRS ^(b) durante su episodio de VRS ^(c)			Número medio de visitas realizada por casos de VRS ^(b) durante el episodio ^(c) por 1.000 niños			Coste sanitario directo medio de las visitas por caso de VRS ^(b) (€/caso)		
			AP	AE	SU	AP	AE	SU	AP	AE	SU
Edad (en meses)	[0-1]	124,1	7,2	0,2	1,9	893,5	24,8	235,8	374 €	44 €	338 €
	[1-2]	158,3	9,1	0,2	2,3	1.440,5	31,7	364,1	459 €	43 €	405 €
	[2-3]	91,4	8,7	0,1	2,4	795,2	9,1	219,4	453 €	17 €	419 €
	[3-6]	49,6	9,7	0,1	2,4	481,1	5,0	119,0	494 €	30 €	416 €
	[6-12]	18,4	8,5	0,3	2,6	156,4	5,5	47,8	442 €	56 €	448 €
	[12-24]	4,7	7,3	0,3	2,5	34,3	1,4	11,8	388 €	53 €	435 €
	[24-36]	1,6	6,6	0,1	2,8	10,6	0,2	4,5	369 €	26 €	481 €
	[36-60]	0,1	7,0	0,3	2,7	0,7	0,0	0,3	398 €	74 €	464 €
	[0-24]	22,1	8,8	0,2	2,4	194,5	4,4	53,0	452 €	39 €	420 €
	[24-60]	0,6	6,7	0,2	2,8	4,0	0,1	1,7	373 €	34 €	479 €
	[0-12]	44,1	9,0	0,2	2,4	396,9	8,8	105,8	461 €	37 €	418 €
	Total (<60)	8,2	8,7	0,2	2,4	71,3	1,6	19,7	448 €	39 €	422 €
Con factor de riesgo ^(d)		_(e)	8,5	0,6	2,4	_(e)	_(e)	_(e)	430 €	108 €	409 €
Sin factor de riesgo		_(e)	8,7	0,1	2,4	_(e)	_(e)	_(e)	451 €	29 €	424 €
Nacidos prematuros ^(d)		_(e)	10,9	0,6	1,7	_(e)	_(e)	_(e)	525 €	102 €	300 €

Garcés Sánchez M, et al. Rev Pediatr Aten Primaria Supl. 2022

Carga de la enfermedad en España (ingresos hospitalarios y mortalidad)



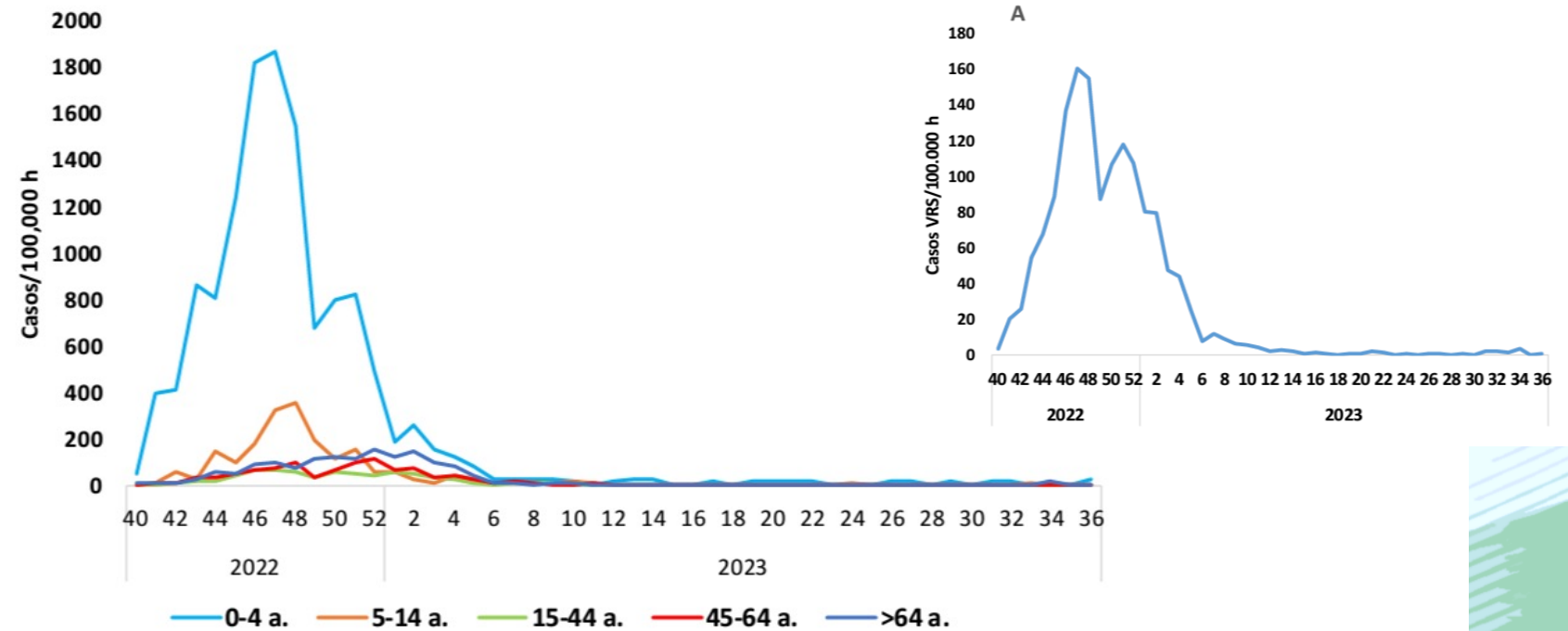
**Porcentaje de ingresos hospitalarios
(1,8 % de los lactantes ingresa)**



- Estancia media hospitalaria de 5 días
- Primera causa de hospitalización en < 1 año
- 10 % de los ingresados ingresan en UCIP
- 78 % de ingresos en UCIP por BA: VRS
- 75 % de ingresos en UCIP: sin factores de riesgo
- 25 % de ingresos en UCIP: VM 8 días de media
- 39 fallecimientos hospitalarios por VRS en España 2016-2018 (10 al año)
- 50 % de fallecidos < 3 meses

* Tasa de infección confirmada de VRS: tasa semanal ponderada de IRAs x positividad semanal a VRS. Ver: [Metodología SiVIRA. ISCIII](#)

Figura 9. Tasa estimada de infección por VRS por grupos de edad, temporada 2022-23



Incidencia muy elevada en
0-4 años

¿Supone el VRS un problema de Salud Pública?



Criterios de Evaluación para fundamentar modificaciones en el Programa de vacunación en España. 2011.
https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/comoTrabajamos/docs/Criterios_ProgramaVacunas.pdf

Factores de riesgo de enfermedad grave por VRS

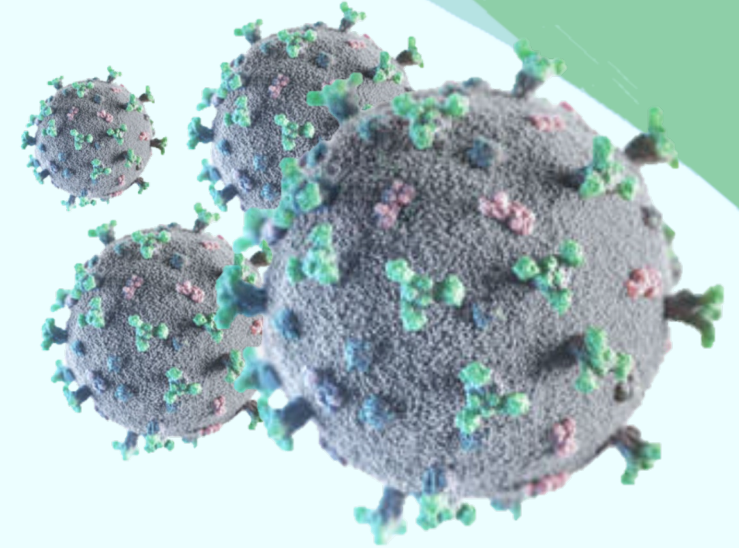
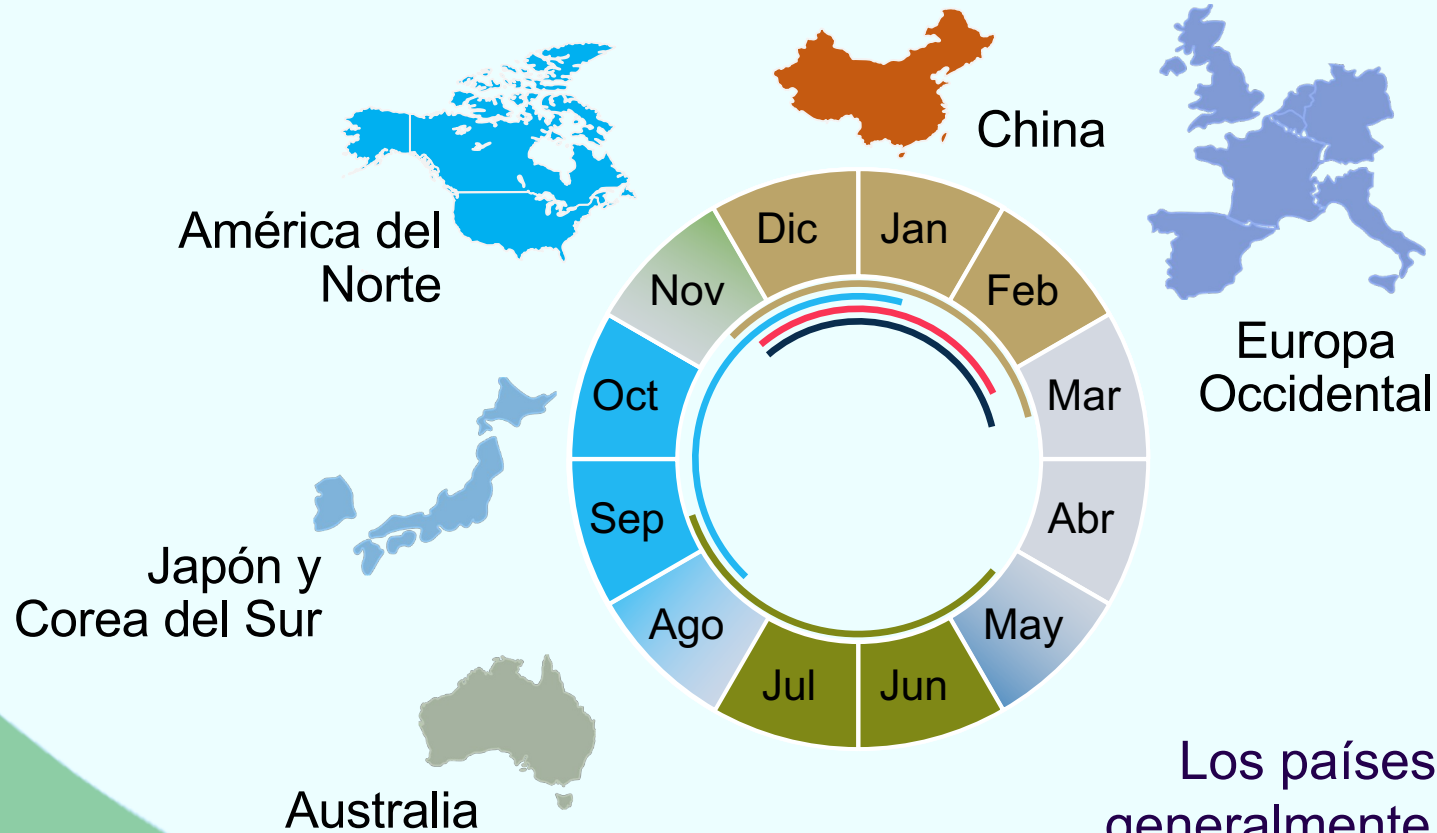
- **Edad (< de 6-12 semanas)**
- **Prematuridad (< 35 semanas)**
- **Cardiopatía congénita cianógena o con alteración hemodinámica importante**
- **Enfermedad pulmonar crónica congénita o adquirida**
- **Bajo peso al nacimiento**
- **Enfermedad neuromuscular grave**
- **Síndrome de Down**
- **Inmunodeficiencias primarias o adquiridas**





"Cuando te haya introducido los sólidos te voy a pedir que me ayudes con unas dudillas que tengo con el ordenador"

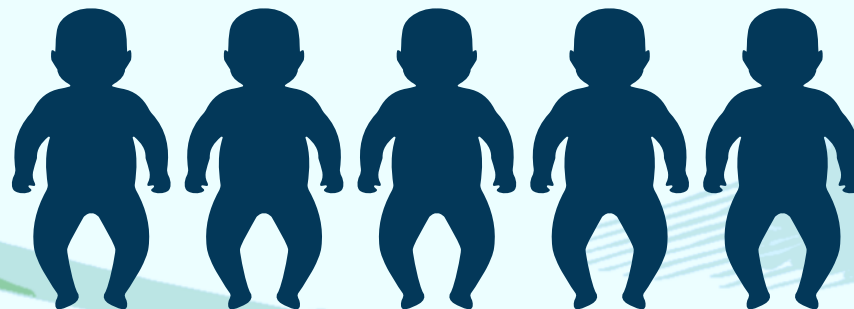
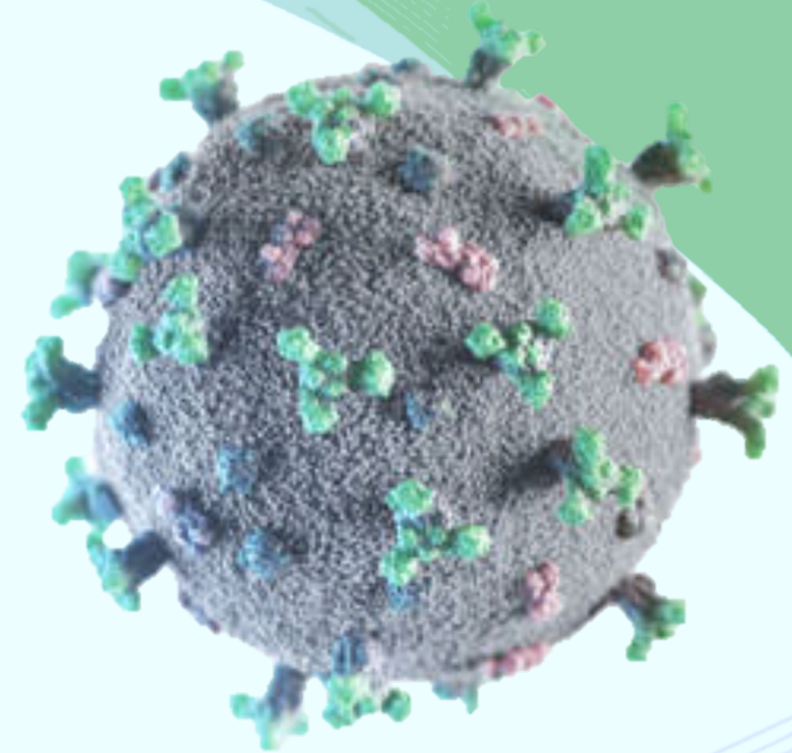
El VRS es estacional y su pico de incidencia varía según la región



Los países de la Europa Occidental generalmente experimentan la temporada del VRS entre **octubre y marzo**

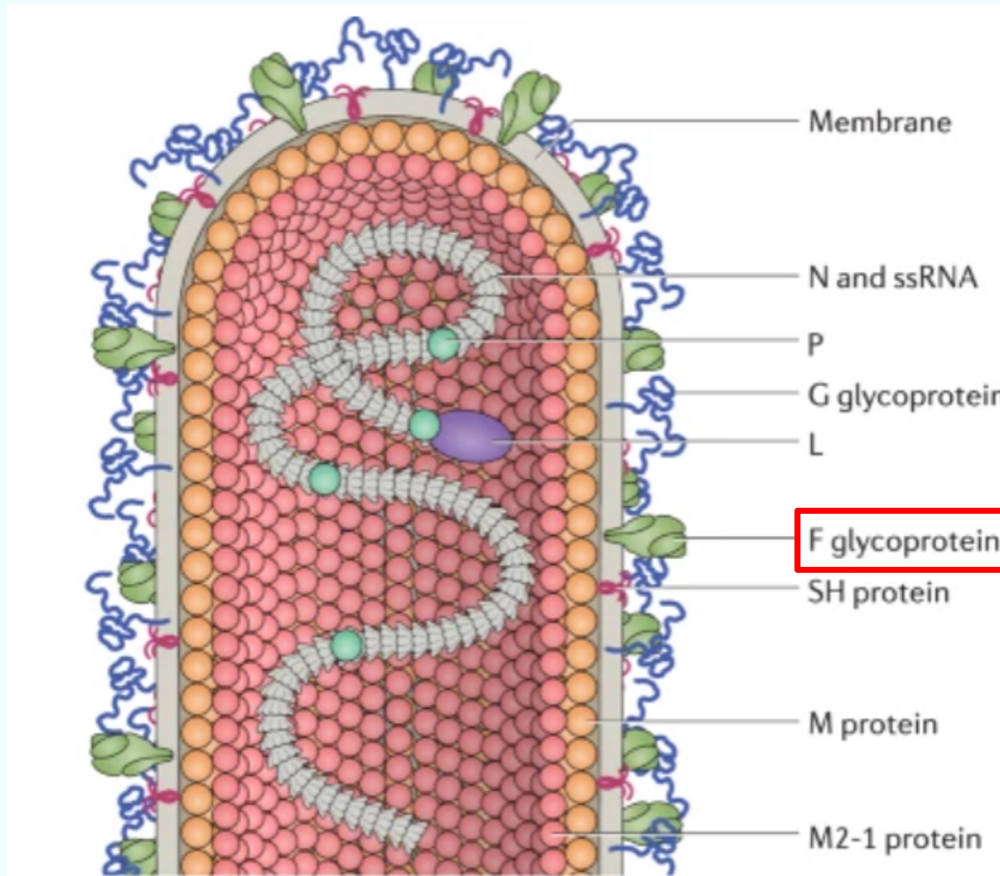
Virus respiratorio sincitial (VRS)

- **Virus ARN (con menos capacidad de mutar que el de la gripe)**
- **Muy contagioso Ro 4,5**
- **Transmisión por gotas, contacto con superficies infectadas y ¿aerosoles?**
- **Persiste horas en superficies y al menos 30 minutos en manos contaminadas**
- **Excreción de 3 días a 4 semanas**
- **Período de incubación 2 a 8 días**
- **Efecto amplificador de guarderías y clases de educación infantil**



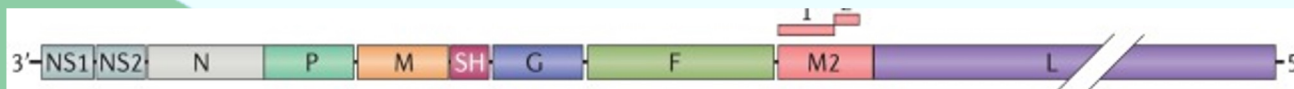
Proteínas de superficie del VRS

El VRS es un virus con ARN monocatenario que codifica 11 proteínas

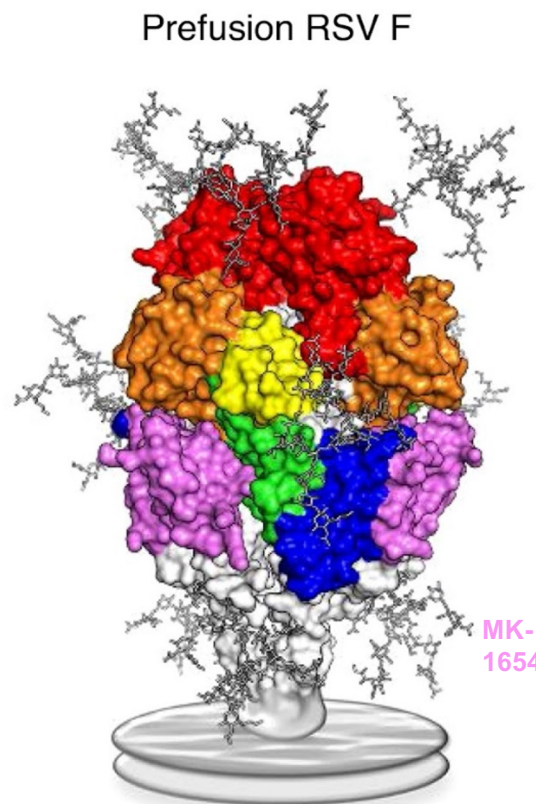
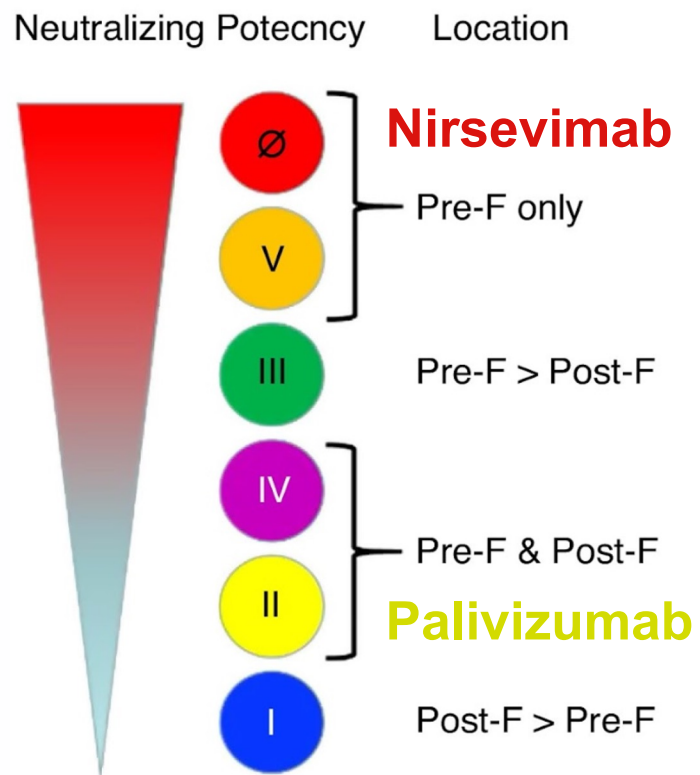


Proteína F o de fusión:

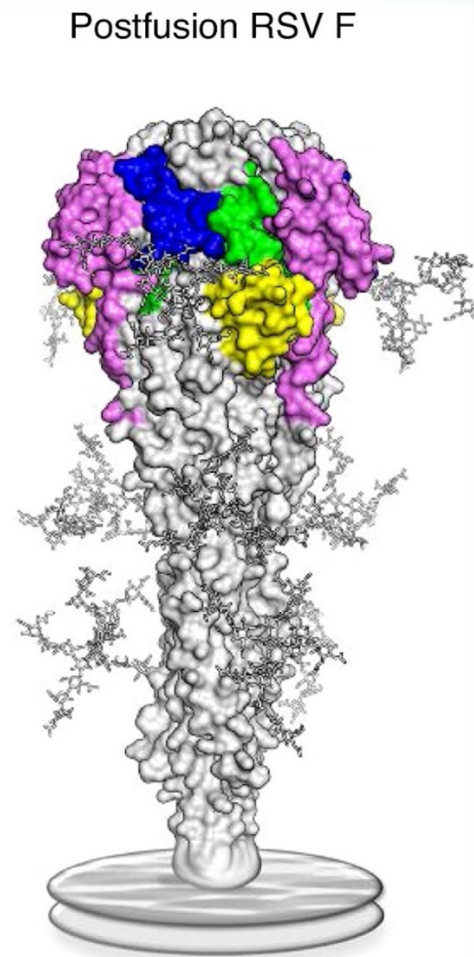
- Diana de anticuerpos neutralizantes
- Altamente estable
- Accesible en la superficie viral
- Con un papel fundamental (fusión de membranas)



Sitios antigénicos del RSV PreF y PosF



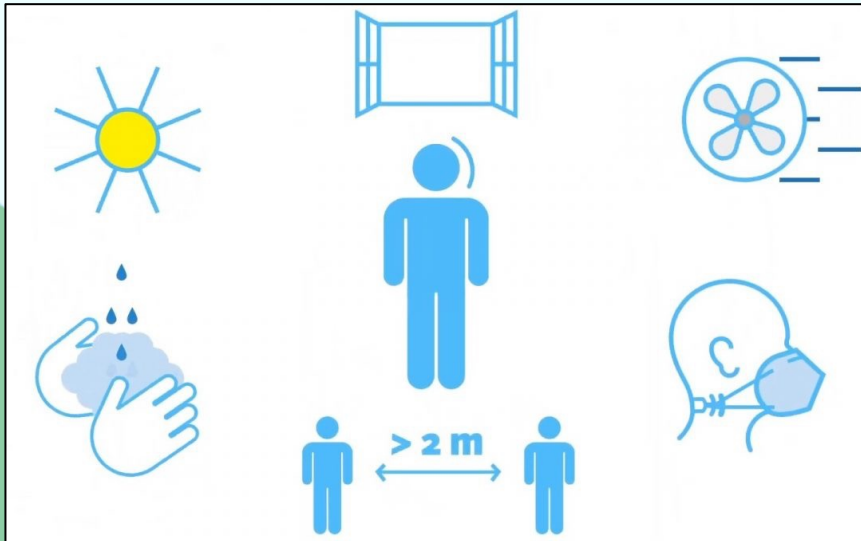
- Site Ø
- Site I
- Site II
- Site III
- Site IV
- Site V



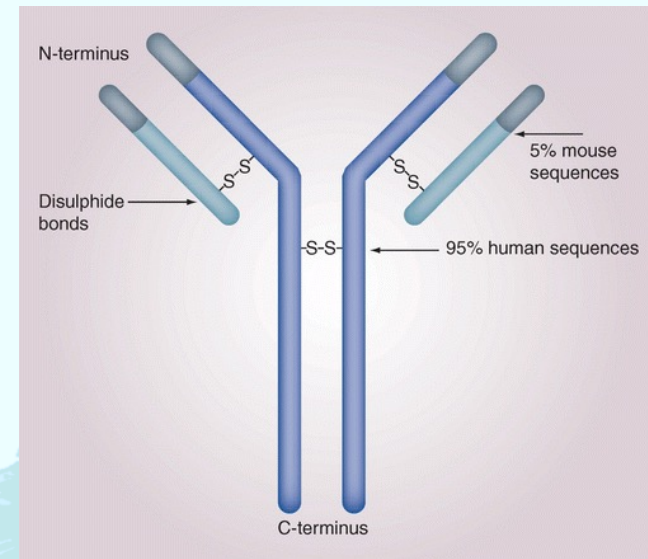
Current Opinion in Virology

Prevención

Medidas generales
(distancia interpersonal, evitar
contacto si hay síntomas, uso de
mascarilla, ventilación de
interiores, limpieza de
superficies, lavado de manos)



PALIVIZUMAB
Anticuerpo monoclonal
5 dosis por temporada im
Factores de riesgo
20 años de experiencia



Estrategias de prevención de la infección por VRS según la edad

Embarazadas

Respuesta a vacunas
Transferencia de Ac
transplacentarios
Leche materna



**Vacunas de
subunidades**

RN, lactantes < 6 meses

Sistema Inmune inmaduro
Naïve para VRS
Mala respuesta vacunas VRS
Grupo más vulnerable



**Anticuerpos
Monoclonales**

Niños > 6 meses

Mejor respuesta inmune
No naïve para VRS
Transmisión enfermedad
Protección de grupo



**Vacunas vivas
atenuadas o
basadas en
vectores virales**

Ancianos (> 65 años)

Inmunosenescencia
Riesgo de enfermedad grave
Enfermedades de base
Inmunidad preexistente
(infecciones previas por VRS)



**Vacunas de subunidades
con adyuvantes
No vacunas vivas**

Estrategias de prevención de la infección por VRS según la edad

Embarazadas

Respuesta a vacunas
Transferencia de Ac
transplacentarios
Leche materna



**Vacunas de
subunidades**

RN, lactantes < 6 meses

Sistema Inmune inmaduro
Naïve para VRS
Mala respuesta vacunas VRS
Grupo más vulnerable



**Anticuerpos
Monoclonales**

Niños > 6 meses

Mejor respuesta inmune
No naïve para VRS
Transmisión enfermedad
Protección de grupo



**Vacunas vivas
atenuadas o
basadas en
vectores virales**

Ancianos (> 65 años)

Inmunosenescencia
Riesgo de enfermedad grave
Enfermedades de base
Inmunidad preexistente
(infecciones previas por VRS)



**Vacunas de subunidades
con adyuvantes
No vacunas vivas**

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ESTABLISHED IN 1812

JULY 30, 2020

VOL. 383 NO. 5

Single-Dose Nirsevimab for Prevention of RSV in Preterm Infants

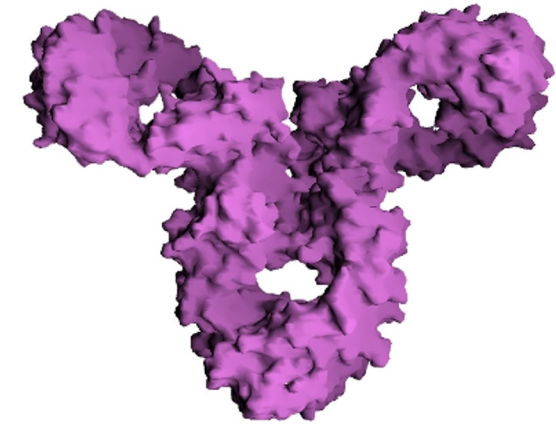
M. Pamela Griffin, M.D., Yuan Yuan, Ph.D., Therese Takas, B.S., Joseph B. Domachowske, M.D., Shabir A. Madhi, M.B., B.Ch., Ph.D., Paolo Manzoni, M.D., Ph.D., Eric A.F. Simões, M.D., Mark T. Esser, Ph.D., Anis A. Khan, Ph.D., Filip Dubovsky, M.D., Tonya Villafana, Ph.D., and John P. DeVincenzo, M.D.,
for the Nirsevimab Study Group*

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

Nirsevimab for Prevention of RSV in Healthy Late-Preterm and Term Infants



Laura L. Hammitt, M.D., Ron Dagan, M.D., Yuan Yuan, Ph.D.,
Manuel Baca Cots, M.D., Miroslava Bosheva, M.D., Shabir A. Madhi, Ph.D.,



Nirsevimab

- Anticuerpo monoclonal contra sitio Ø de preF
- Alta afeidez (x 50 palivizumab)
- Vida media larga (al menos 5 meses), YTE en Fc
- Dosis única im
- Seguro y eficaz

Nirsevimab: A Development Program Across All Infants

	Term and Preterm Healthy Infants 29+ wGA		Infants Eligible to Receive Palivizumab
	PHASE 3 Pivotal ¹ 	PHASE 2b POC/Pivotal ²	PHASE 2/3 Pivotal ³ 
STUDY POPULATION	<ul style="list-style-type: none"> 1490 Infants ≥35 wGA (Primary cohort only) Not eligible to receive palivizumab (AAP or other national/local guidelines) 	<ul style="list-style-type: none"> 1453 Infants 29-<35 wGA Not eligible to receive palivizumab (AAP or other national/local guidelines) 	<ul style="list-style-type: none"> 615 preterm infants <35 wGA 310 infants with CLD/CHD (196 from both <29 wGA)
COMPARATOR	2:1 Nirsevimab:Placebo	2:1 Nirsevimab:Placebo	2:1 Nirsevimab:Palivizumab
ENDPOINT RESULTS	<ul style="list-style-type: none"> Primary Endpoint (N=1490): Incidence of RSV confirmed MA-LRTI through 150 days after dosing Efficacy: 74.5% (49.6, 87.1) Secondary Endpoint (N=1490): Incidence of RSV-LRTI hospitalization through 150 days after dosing Safety, PK, and ADA Efficacy: 62.1% (-8.6, 86.8) 	<ul style="list-style-type: none"> Primary Endpoint: Incidence of RSV confirmed MA-LRTI through 150 days after dosing Efficacy: 70.1% (52.3, 81.2) <5kg-50mg: 86.2% (68.1, 94.0) Secondary Endpoint: Incidence of RSV-LRTI hospitalization through 150 days after dosing Safety[†], PK, and ADA Efficacy: 78.4% (51.9, 90.3) <5kg-50mg: 86.5% (53.5, 96.1) 	<ul style="list-style-type: none"> Primary Endpoint: Safety profile of nirsevimab was similar to palivizumab Nirsevimab Efficacy Extrapolated via PK Secondary Endpoint: Incidence of RSV-LRTI hospitalization through 150 days after dosing Safety[†], PK, and ADA

MA LRTI, medically attended lower respiratory tract infection; PK, pharmacokinetics.

¹ Hammitt LL, et al N Engl J Med. 2022 Mar 3;386(9):837-846.. ². Griffin MP, et al. N Engl J Med. 2020 Jul 30;383(5):415-425. ³. Domachowske Joseph et al. N Engl J Med 2022 Mar 386:9, 892-894.

ACIP October 2022

Análisis agrupado Fase 2b + ALL MELODY

Eficacia durante 151 días tras administración

Sujetos MELODY N=3012

Definition	Placebo (N=1293)		Nirsevimab (N=2579)		Efficacy		NNI
	n	%	n	%	Efficacy	95% CI	
MA RSV LRTI	80	6.2	31	1.2	79.0	68.5-86.1	20
MA RSV LRTI with hospitalization	33	2.6	12	0.5	80.6	62.3-90.1	47
MA RSV LRTI (very severe)	28	2.2	7	0.3	86.2	68.1-94.0	52

ACIP Meeting minutes, Octubre 2022. <https://www.cdc.gov/vaccines/acip/meetings/downloads/slides-2022-10-19-20/02-RSV-Mat-Ped-Felter-508.pdf>

Muller WJ et al. the ReSViNET's 7th Conference (RSVW 2023), 22-24 February 2023

Análisis agrupado de seguridad de los ensayos pivotaes

- La mayoría de los **EA no estaban relacionados con el tratamiento**, eran de gravedad leve o moderada y se resolvieron sin intervención médica.
- El porcentaje de participantes con EA relacionados con el tratamiento fue **similar entre los grupos de tratamiento**
- **Los EA de especial interés observados fueron todos \leq grado 3**, se resolvieron en 1 a 20 días y se informaron como hipersensibilidad cutánea: **erupción** (5 participantes) y petequias (1 participante).

Erupción: 0,7 % en los primeros 14 días de administración

No se detectó anafilaxia y no se informó enfermedad por inmunocomplejos en ningún participante.

- La incidencia de pirexia y reacciones en el lugar de la inyección dentro de los 7 días posteriores a la administración de la dosis fue baja.

Fiebre: 0,5% en el brazo de nirsevimab y 0,6% en el placebo

Reacciones en el lugar de la inyección: 7 en el brazo de nirsevimab (0,3 %); 0 en placebo.

Seguridad, efectos adversos

Nirsevimab (N=2569): Favorable Safety Profile Across All Infants

	Ph2b ¹ 29-<35 wGA		MELODY ² ≥35 wGA		MEDLEY ³			
					Preterm		CHD/CLD	
Variables	Placebo (N=479)	Nirsevimab (N=968)	Placebo (N=491)	Nirsevimab (N=987)	Palivizumab (N=206)	Nirsevimab (N=406)	Palivizumab (N=98)	Nirsevimab (N=208)
Serious adverse events	16.9%	11.2%	7.3%	6.8%	5.3%	6.9%	20.4%	19.2%
Adverse events of Grade 3 or higher	12.5%	8.0%	4.3%	3.6%	3.4%	3.4%	13.3%	14.4%
Adverse events of special interest (AESI)	0.6%	0.5%	0%	0.1%	0.0%	0.2%	0.0%	0.5%
Deaths	3	2	0	3	0	2	1	3

AESI: Adverse Event of Special Interest; CHD: congenital heart disease; CLD: chronic lung disease ; RSV: respiratory syncytial virus; wGA: weeks gestational age.

1. Griffin MP, et al. *N Engl J Med*. 2020;383(5):415-425.
2. Hammitt LL, et al. *N Engl J Med*. 2022;386(9):837-846.
3. Domachowske J, et al. *N Engl J Med*. 2022;386(9):892-894.

4 Novembre de 2022



EUROPEAN MEDICINES AGENCY
SCIENCE MEDICINES HEALTH

Medicines

Human regulatory ▼

Veterinary regulatory ▼

Committees ▼

News & events ▼

Partners & networks ▼

About us ▼

Beyfortus

[Share](#)

[RSS](#)

nirsevimab

Table of contents

- [Overview](#)
- [Authorisation details](#)
- [Product information](#)
- [Assessment history](#)



AUTHORISED

This medicine is authorised for use in the European Union.

Calendario de inmunizaciones de la Asociación Española de Pediatría

2023
www.vacunasae.org

VACUNA	Edad en meses						Edad en años				
	2	3	4	11	12	15	3-4	6	12	14	15-18
Hepatitis B ¹	HB		HB	HB							
Difteria, tétanos y tosferina ²	DTPa		DTPa	DTPa				DTPa/ Tdap	Tdap		
Poliomielitis ³	VPI		VPI	VPI				VPI			
<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b ⁴	Hib		Hib	Hib							
Neumococo ⁵	VNC		VNC	VNC							
Rotavirus ⁶	RV	RV	(RV)								
Meningococo B ⁷	MenB		MenB		MenB						
Meningococos C y ACWY ⁸			MenC		Men ACWY				Men ACWY		
Gripe ⁹				Gripe (6 meses a 59 meses)							
Sarampión, rubeola y parotiditis ¹⁰					SRP		SRP Var / SRPV				
Varicela ¹¹						Var					
SARS-CoV-2 ¹²							SARS-CoV-2 (a partir de 5 años)				
Virus del papiloma humano ¹³								VPH			
Virus respiratorio sincitial¹⁴	AcVRS (hasta los 6 meses)										

<https://vacunasae.org/profesionales/calendario-de-vacunaciones-de-la-aep-2023>



CAV-AEP. Calendario de inmunizaciones 2023

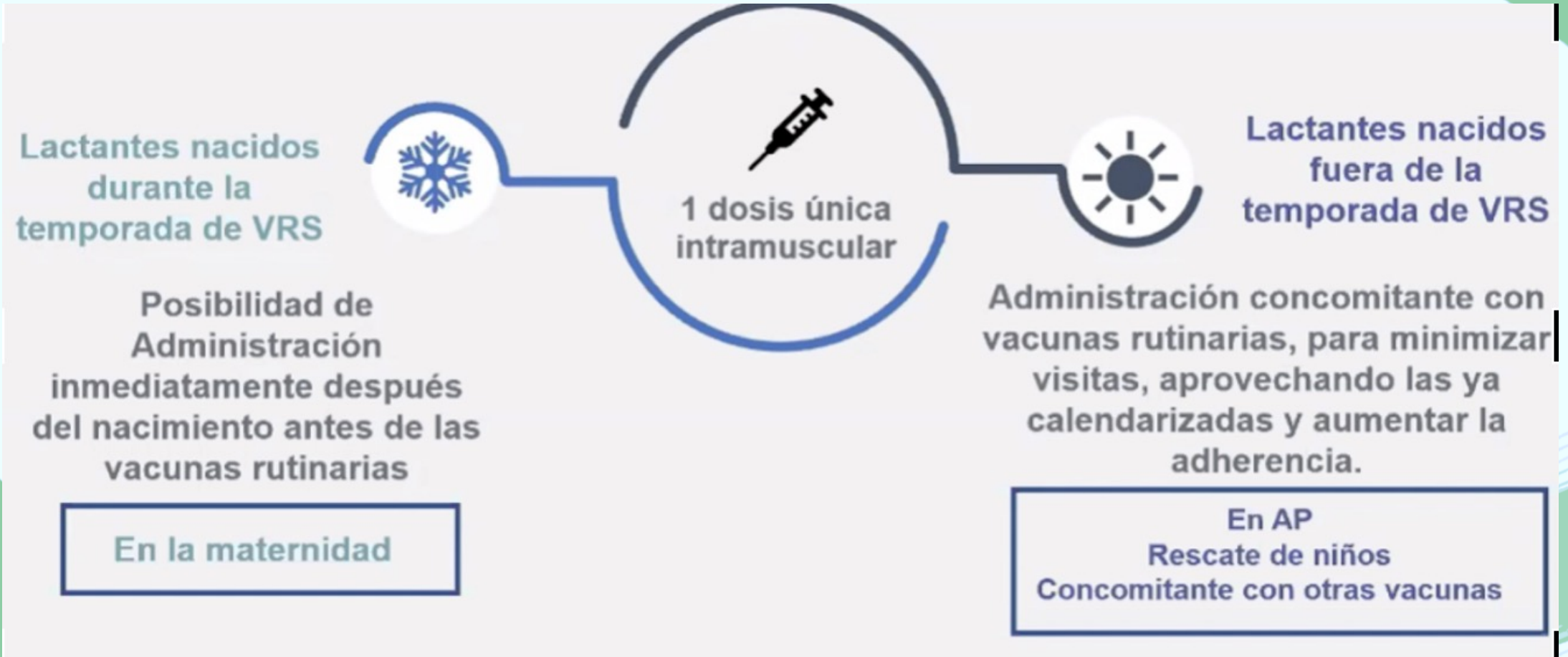
PREVENCIÓN DEL VIRUS RESPIRATORIO SINCITAL (VRS)

Recomendación 2023

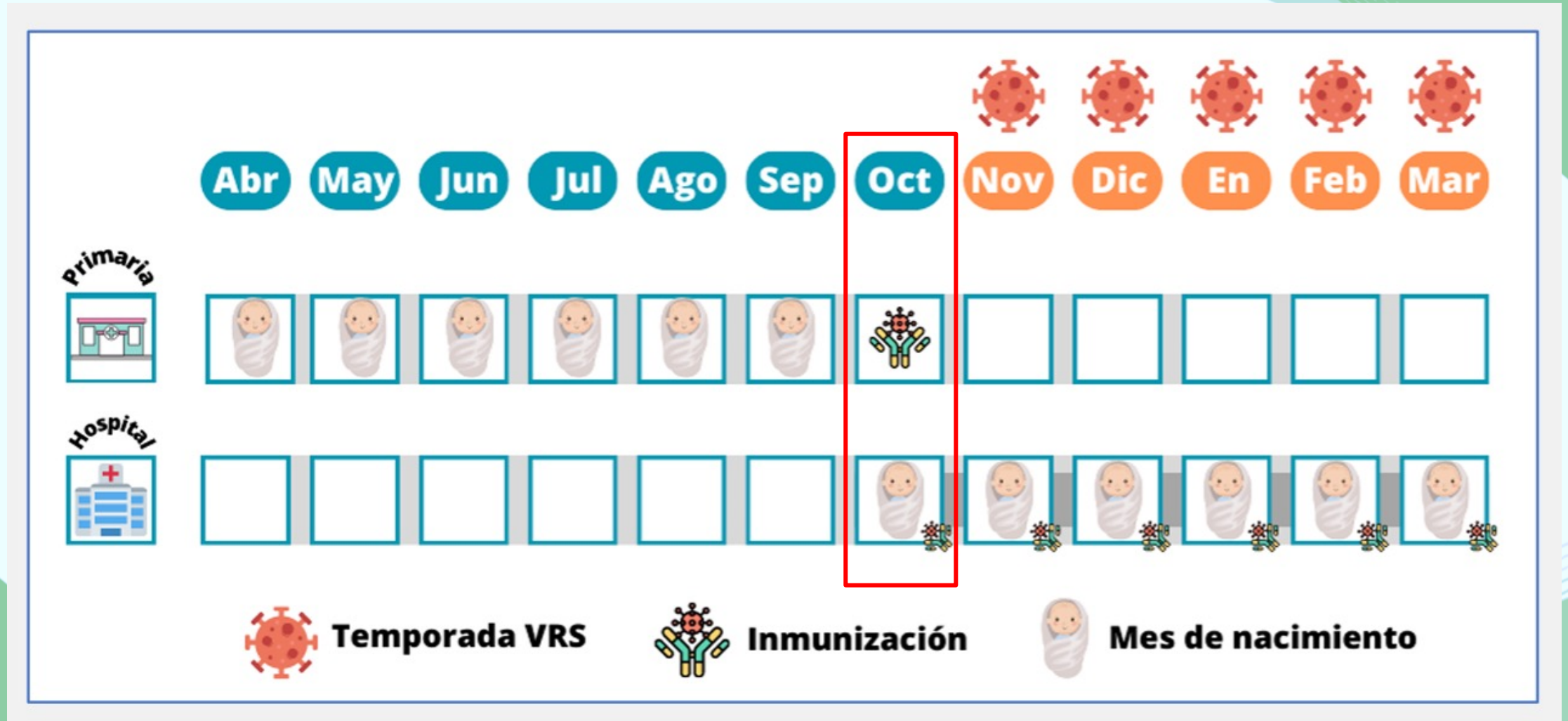
Para la prevención del VRS se recomienda la administración de una dosis de nirsevimab de forma sistemática a todos los recién nacidos y lactantes menores de 6 meses, y una dosis anual en menores de 2 años con factores de riesgo.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403322002259?via%3Dihub>

Estrategia de inmunización con nirsevimab



Estrategia de inmunización con nirsevimab



Inmunización frente al VRS con nirsevimab

Temporada 2023-24

Lactantes y RN sanos

Pauta

- 0-5 meses: una dosis al inicio o durante la temporada VRS
- ≥6 meses: no indicado

Riesgo de enfermedad grave por VRS

Prematuros de <35 semanas de gestación

Pauta

- 0-11 meses: una dosis al inicio o durante la temporada VRS, cuanto antes sea posible
- ≥12 meses: no indicado

Riesgo de enfermedad grave por VRS

Otras patologías

- Cardiopatía congénita con repercusión hemodinámica
 - Displasia broncopulmonar
 - Inmunodepresión grave:
 - Enfermedades oncohematológicas
 - Inmunodeficiencias primarias
 - Tratamiento continuado con inmunosupresores
 - Errores congénitos del metabolismo
 - Enfermedades neuromusculares o pulmonares graves
 - Síndromes genéticos con problemas respiratorios; síndrome de Down
 - Fibrosis quística
 - Pacientes en cuidados paliativos
- ### Pauta
- Una dosis en cada temporada de VRS hasta los 24 meses (1.ª dosis al inicio o durante la temporada, cuanto antes sea posible)

Beyfortus (Sanofi)

Presentaciones

- Jeringa precargada
- 50 mg en 0,5 ml
- 100 mg en 1 ml

Dosis

- <5 kg de peso: 50 mg
- ≥ 5 kg de peso: 100 mg

► Compatible con las demás vacunas infantiles

Más información

- Ministerio de Sanidad [\[ver\]](#)
- ANDAVAC, #StopBronquiolitis [\[ver\]](#)
- CAV-AEP: <https://vacunasaep.org/>

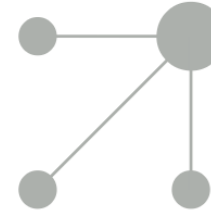
CAV-AEP, v.1, ago/2023 • @CAV_AEP



Prematuros (aspectos específicos)

analesdepediatría

www.analesdepediatria.org



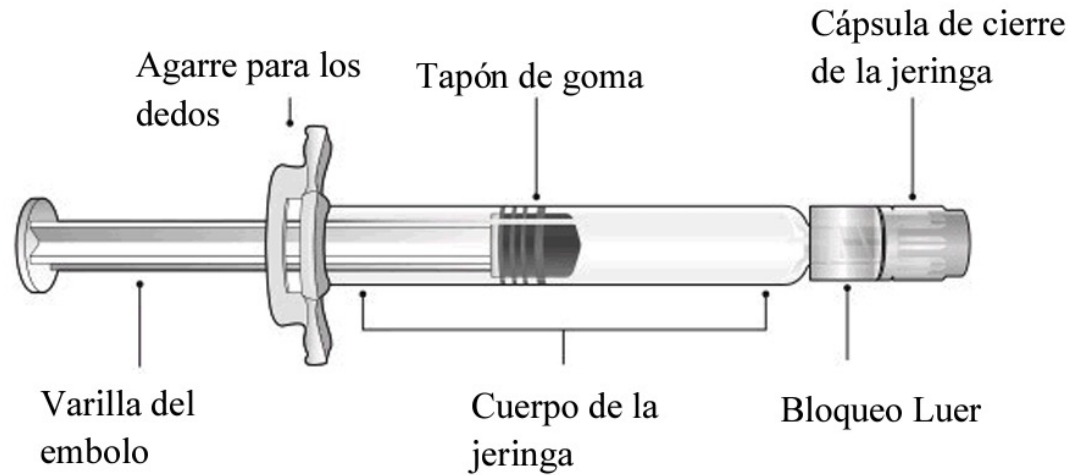
CARTA CIENTÍFICA

Recomendaciones de la Sociedad Española de Neonatología para la profilaxis frente a las infecciones graves por virus respiratorio sincitial con nirsevimab, para la estación 2023-2024

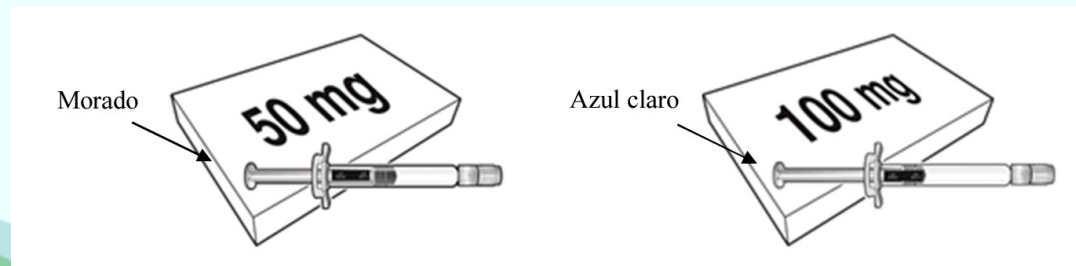
Recommendations of the Spanish Society of Neonatology for the prevention of severe respiratory syncytial virus infections with nirsevimab, for the 2023–2024 season

- Nirsevimab sustituye a palivizumab en todas sus indicaciones:
- < 35s EG indicación si < de 12 meses en temporada
- Pacientes de riesgo (enfermedad grave cardíaca, pulmonar, inmunológica, neuromuscular, etc.) indicación si < 24 meses en temporada
- Necesaria la estabilidad clínica para administrarlo
- Esperar a los 1000 g de peso para emplearlo
- Escasa experiencia en administración dentro de las 4 primeras semanas de vida en < 29s
- Ideal administrarlo 4-6 días antes del alta o a las 8 semanas de vida, lo que suceda antes
- Mayores de 1000 g, 50 mg (no se reduce la dosis)

Modo de administración



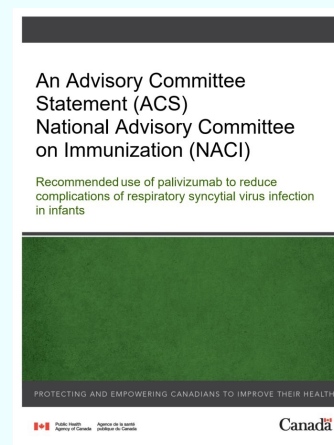
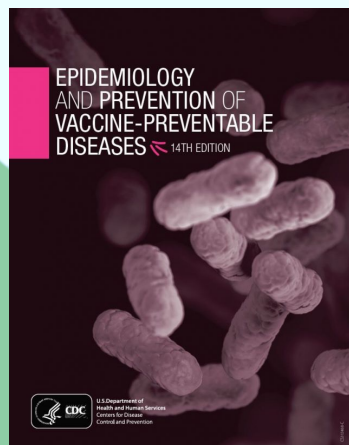
- Jeringa precargada (conservar entre +2 y +8 °C, no congelar)
- Administración intramuscular (cara anteroexterna del muslo), como cualquier vacuna
- No purgar ni aspirar



Coadministration of Anti-Viral Monoclonal Antibodies With Routine Pediatric Vaccines and Implications for Nirsevimab Use: A White Paper

Esposito, et al. Front Immunol, 2021

- Los principales comités asesores de inmunización del mundo recomienda la coadministración de palivizumab y vacunas (también nirsevimab)
- 20 años de experiencia con palivizumab avalan su uso concomitante
- No hay alertas de seguridad con palivizumab y vacunas (vigilancia pasiva)
- No es esperable interacción alguna



Mensajes para llevarse en el móvil

- La bronquiolitis por VRS es una enfermedad muy frecuente que afecta a los extremos de la vida
- No tenemos manera de tratarla
- Alta incidencia e importante carga a los servicios de salud (morbimortalidad)
- Por primera vez contaremos con una herramienta preventiva eficaz y segura: nirsevimab
- En octubre se administrará en Atención Primaria a todos los menores de 6 meses (nacidos del 1 de abril al 30 de septiembre)
- De octubre a marzo se administrará a los RN que se encuentren estables antes del alta
- Recomendaciones especiales para lactantes con factores de riesgo (ampliación de la edad para recibirlo)
- Es compatible con cualquier otra vacuna
- Tenemos que conseguir máximas coberturas (INFORMACIÓN, ASERTIVIDAD, EMPATÍA)

Si me quereih, ¡NIRSE!.... VIMAB



GRACIAS