

EVIDENCIA DE VIDA REAL DE NIRSEVIMAB

Implementación exitosa del AIP en 2024



Evidencia de la vida real de nirsevimab en Chile

NirseCL es un estudio independiente financiado con fondos públicos, realizado entre el Ministerio de Salud de Chile, el Instituto de Sistemas Complejos de Ingeniería (ISCI) y la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile | nirse.isci.cl

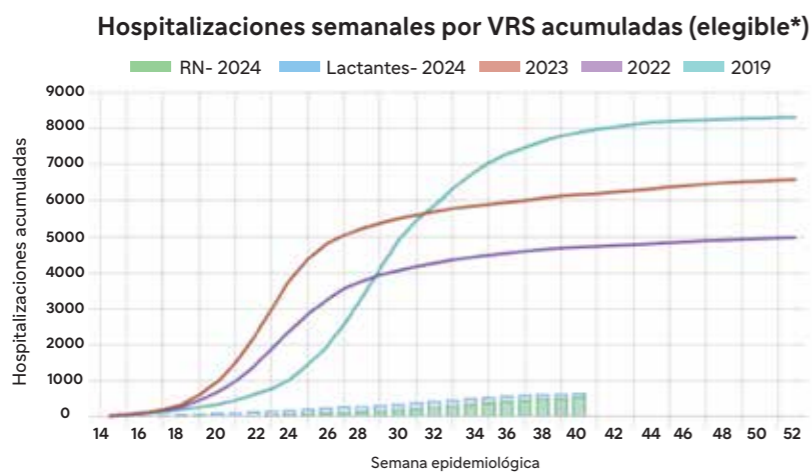
Previene **8 de cada 10** hospitalizaciones¹

Reduce **9 de cada 10** ingresos a UTIP

0 muertes²

Evidencia de la vida real de nirsevimab en Chile¹

Hospitalizaciones por VSR hasta SE 41



Las hospitalizaciones semanales acumuladas en 2024 son significativamente menores en la población elegible para nirsevimab que en años anteriores, mostrando el impacto de la estrategia de nirsevimab en Chile.¹

- 85% por debajo en comparación con 2019
- 76% por debajo en comparación con 2022
- 80% por debajo en comparación con 2023

Hospitalizaciones en UTIP por VSR hasta SE 41



Las hospitalizaciones acumuladas en UTIP durante 2024 son considerablemente más bajas en la población elegible para nirsevimab comparado con años anteriores a la semana epidemiológica SE 41.

- 83% por debajo en comparación con 2019
- 79% por debajo en comparación con 2022
- 88% por debajo en comparación con 2023



España³

Población objetivo

- Todos los bebés <6 meses nacidos antes o durante la temporada

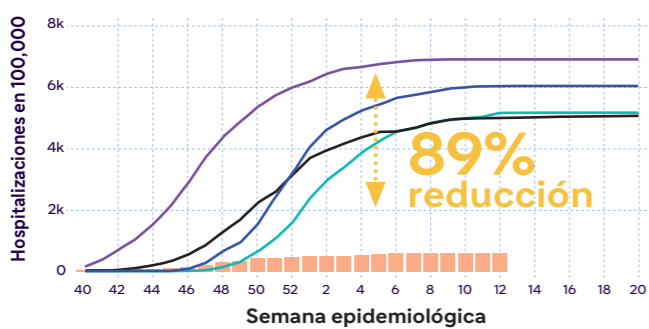
Galicia

- Niños <2 años con factores de riesgo

Tasa semanal acumulada de hospitalizaciones debido a VSR en Galicia (24/03/2023)

Elegible para nirsevimab

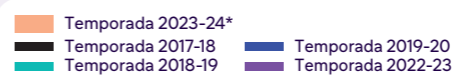
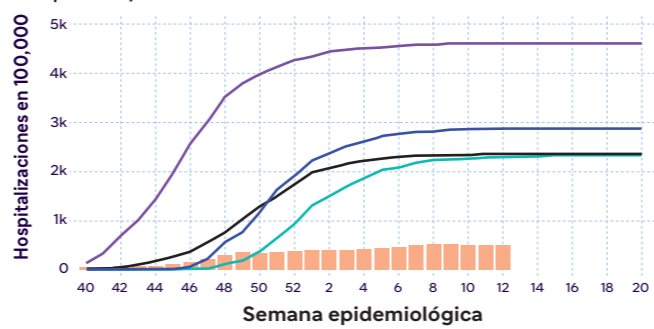
Bebés <6 meses nacidos antes o durante la temporada



La reducción de casos es acumulativa vs. mediana de los 4 años anteriores

Elegible para nirsevimab

Cohorte de bebés nacidos entre abril y septiembre (fuera de temporada)

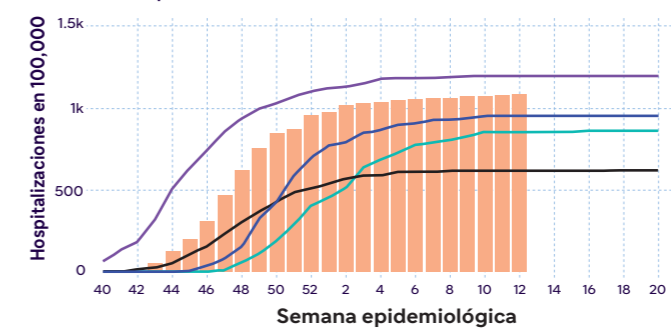


Fuente: Dirección Xeral de Saúde Pública * Inicio de nirsevimab semana 39-2023

≈90% cobertura

No elegible para nirsevimab

Cohorte de niños sin factor de riesgo nacidos entre abril y marzo en su 2ª temporada de VSR



Circulación de VSR observada es similar a temporadas previas

Endpoint primario

1.88% (16) Sin intervención *n* = 851

82.0%

(IC 95% 65.6–90.2)

Eficacia sobre hospitalizaciones asociadas a IRAB debido a VSR

0.32% (30) nirsevimab *n* = 9,408

Endpoints secundarios

1.17% (10) Sin intervención *n* = 851

86.9%

(IC 95% 69.1–94.2)

Eficacia sobre IRAB severas debido a VSR con soporte de oxígeno

0.16% (15) nirsevimab *n* = 9,408

5.21% (43) Sin intervención *n* = 826

69.2%

(IC 95% 55.9–78.0)

Eficacia sobre hospitalizaciones asociadas a IRAB por cualquier causa

1.62% (150) nirsevimab *n* = 9,237

25 bebés

requirieron inmunización para evitar una hospitalización por VSR

No se registraron eventos adversos severos debido a la administración de nirsevimab

IMPORTANTE: Alrededor de 2 millones de dosis de nirsevimab han sido distribuidas en la temporada 2023-2024 a nivel mundial.³⁻¹⁶

Efectividad en la implementación en la vida real

USA (NVSN)

91%⁷

(IC 95% : 79–96)

USA (VISION)

98%⁷

(IC 95% : 95–99)

77%⁷

(IC 95% : 69–83)

Evaluación

- Efectividad en hospitalizaciones por VSR (inmunizados versus no-inmunizados)
- Efectividad en hospitalizaciones en UCI (inmunizados versus no-inmunizados)
- Reducción de la hospitalización por VSR (en comparación con años anteriores)

España (Navarra) 88.7%⁵

(IC 95% : 69.5–95.8)

85.9%⁵ (IC 95% : 13.2–97.7)

87.9%⁵ (IC 95% : 70.3–95.1)

España (Madrid) 87.6%¹¹

(IC 95% : 67.7–95.3)

92.1%¹¹ (IC 95% : 64.0–98.3)

España (Galicia) 89.8%¹⁸

(IC 95% : 87.6–90.3)

España (Galicia) 82%⁸ (IC 95% : 65.6–90.2)

España (Murcia, Valencia, Valladolid) 84.4%² (IC 95% : 76.8–90.0)

España (SiVIRA) 74–75%¹⁴

España (Valencia) 73.7%¹³

Luxemburgo 69%³

Francia 83%⁶ (IC 95% : 73.4–89.2)

69.6%⁶ (IC 95% : 42.9–83.8)

Francia 75.9%⁹ (IC 95% : 48.5–88.7)

España (Cataluña, Andorra) 81.0%¹⁰

(IC 95% : 60.9–90.7)

85.6%¹⁰ (IC 95% : 41.7–96.4)

España (Cataluña) 87.6%⁴ (IC 95% : 82.1–91.4)

90.1%⁴ (IC 95% : 76.3–95.9)

IC: intervalo de confianza; Cov: cobertura; VSR: virus sincial respiratorio; UTIP: unidad de terapia intensiva pediátrica; IRAB: infecciones respiratorias agudas bajas; UTI: unidad de terapia intensiva.

Referencias: 1. <https://nirse.isci.cl/>. 2. Departamento de Estadísticas e Información de Salud. (s. f.). Defunciones por causa 2022-2024 CIFRAS PRELIMINARES (Actualización semanal) <https://deis.minsal.cl/#datosabiertos>. Acceso 17 de octubre 2024. 3. NIRSE-GAL research team. Results of implementation of Nirsevimab in Galicia. <https://www.nirsegal.es/en>. 4. López-Lacort M, et al. Euro Surveill. 2024;29(6):pii=2400046. 5. Ernst C, et al. Euro Surveill. 2024;29(4):pii=2400033. 6. Coma E, et al. Arch Dis Child. 2024;01-6. doi:10.1136/archdischild-2024-327153. 7. Ezpeleta G, et al. Vaccines. 2024;12:383. 8. Assad Z, et al. N Engl J Med. 2024;391:144–54. DOI: 10.1056/NEJMoa2314885. 9. Payne A, Summary of effectiveness of nirsevimab in infants, ACIP presentation, June 28, 2024, Available at: <https://www.cdc.gov/vaccines/acip/meetings/downloads/slides-2024-06-28/04-RSV-Mat-Peds-Payne-508.pdf>. (Accessed on 2nd of July 2024). 10. Ares-Gómez S, et al. Lancet Infect Dis. 2024;24(8):817–828. 11. Paireau J, et al. Influenza and Other Respiratory Viruses. 2024;18:e13311 <https://doi.org/10.1111/irv.13311>. 12. Agüera M, et al. Pediatr Allergy Immunol. 2024;35:e14175. <https://doi.org/10.1111/pai.14175>. 13. Barbas Del Buey JF, et al. Frontiers in Public Health. 2024 doi: 10.3389/fpubh.2024.1441786. 14. Lassoued Y, et al. Lancet Regional Health. 2024;44: 101007. 15. Estrella-Porter P, et al. Vaccine. 2024 Jun 3;S0264-410X(24)00657-1. 16. Mazagatos C, et al. Influenza Other Respir Viruses. 2024 May;18(5):e13294.