

RSVVW'26

A GLOBAL CONFERENCE ON NOVEL RSV
PREVENTIVE AND THERAPEUTIC INTERVENTIONS



9TH ReSViNET CONFERENCE

De la evidencia a la práctica:
**impacto en la vida real de las estrategias de prevención
del virus sincicial respiratorio (VSR)**

ROMA, ITALIA | FEBRERO 2026

sanofi

Análisis y síntesis elaborados por el staff médico de Circle Press a partir de la presentación de los Dres. Federico Martín-Torres, Joseph Domachowski y Markus Knuf en la 9th ReSViNET Conference, realizada en Roma, Italia.

De la evidencia a la práctica: impacto en la vida real de las estrategias de prevención del virus sincicial respiratorio (VSR)

Dr. Federico Martín-Torres

Jefe de Pediatría del Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, España

Dr. Joseph Domachowski

Director médico VSR para Sanofi, Siracusa, EE. UU.

Dr. Markus Knuf

Director del Hospital de Niños de Worms, Alemania

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que más del 60% de las infecciones respiratorias agudas (IRA) en niños pequeños y más del 80% de las bronquiolitis y neumonías en lactantes se deben al virus sincicial respiratorio (VSR) (**ver Cuadro 1**). El VSR es un virus estacional, con variaciones anuales y geográficas, pero de predominancia otoño-invernal (aunque en zonas tropicales o subtropicales puede tener picos de incidencia durante todo el año, en especial en la temporada de lluvia). En Estados Unidos (EE.UU.), se calcula que a los dos años de edad 1 de cada 5 niños requerirá atención médica por causa de alguna infección por VSR y 1 de cada 50 deberá ser hospitalizado durante el primer año de vida.

Las infecciones por VSR a edades tempranas muestran una clara asociación con alteraciones estructurales pulmonares durante la fase aguda y subaguda, pero también durante la convalecencia y los años subsiguientes. Por ejemplo, los niños pequeños hospitalizados por bronquiolitis por VSR presentan un riesgo de 3 a 4 veces mayor de desarrollar asma en el futuro, comparado a los niños con controles sanos (**ver Cuadro 2**).¹

La primera estrategia de prevención del VSR fue el uso de palivizumab (anticuerpo monoclonal [mAb]), que requería dosis mensuales intramusculares durante toda la época de alta circulación y solo estaba aprobado en niños con riesgo aumentado de cuadros graves, limitando la cantidad de pacientes que podían recibirlo. Posteriormente, surgieron nuevas y mejores estrategias de prevención. En 2022 se aprobó nirsevimab, el primer mAb de vida media larga, que requiere una sola aplicación y puede indicarse en lactantes que van a atravesar su primera temporada de VSR y también en niños de hasta 24 meses con factores de riesgo para desarrollar una infección grave. Un año después, se aprobó la vacuna, de aplicación durante el tercer trimestre de la gestación para prevenir la infección por VSR mediante el traspaso de anticuerpos transplacentarios y durante la lactancia. Estas estrategias están cambiando la historia de las infecciones graves por VSR.

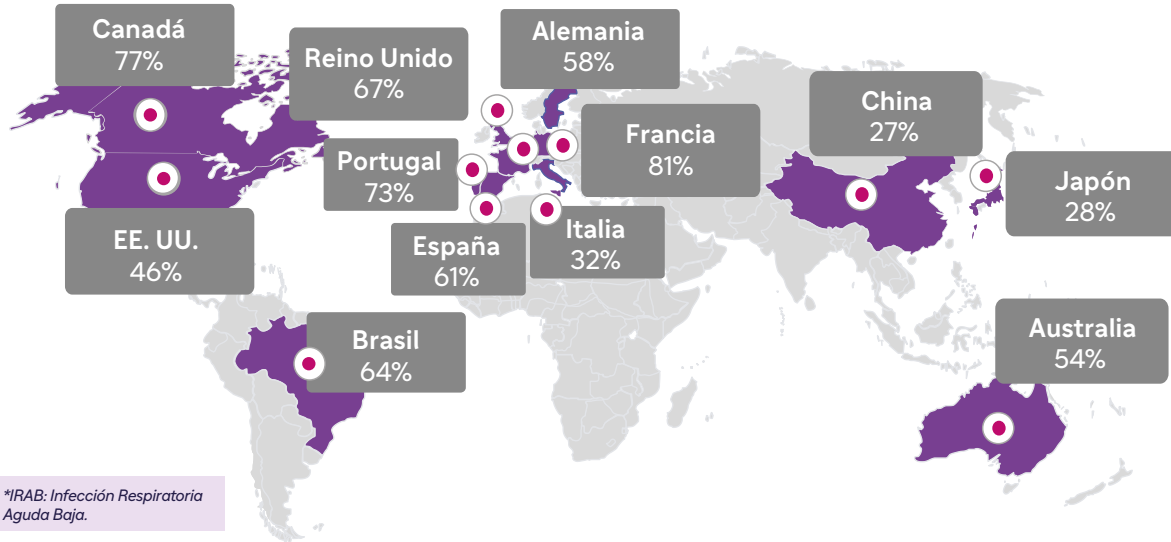
Las estrategias de prevención de infecciones graves por VSR en la infancia difieren entre los países y pueden ser universales (para todos los niños) o dirigidas a la población con mayor riesgo. Estas diferencias se

El VSR es una de las principales causas de IRAB* en niños a nivel mundial

CUADRO

1

Porcentaje estimado de IRAB atribuible a la infección por VSR



*IRAB: Infección Respiratoria Aguda Baja.

Adaptado de: 1) Nair H, et al. *Lancet*. 2010;375(9725):1545-55. 2) Shi T, et al. *Lancet*. 2017;390(10098):946-58. 3) Rha B, et al. *Pediatrics*. 2020;146(1):e20193611. 4) Reeves RM, et al. *Influenza Other Respir Viruses*. 2017;11(2):122-9. 5) El-Hajje MJ, et al. *Eur J Pediatr*. 2008;167(4):435-6. 6) Wick M, et al. *Influenza Other Respir Viruses*. 2023;17:e13211. 7) Sanchez-Luna M, et al. *Curr Med Res Opin*. 2016;32(4):693-8. 8) Cangiano G, et al. *Pediatr Pulmonol*. 2016;51(12):1330-5. 9) Zhang Y, et al. *J Global Health*. 2015;5(2):020417. 10) Inagaki A, et al. *Jpn J Infect Dis*. 2021;74(1):23-18. 11) Mitchell I, et al. *Can Respir J*. 2017;2017:4521302. 12) Ferronato AE, et al. *Clinics (Sao Paulo)*. 2012;67(9):1001-6. 13) Sáez-López E, et al. *J Clin Virol*. 2019;121:104200. 14) Moore HC, et al. *J Paediatr Child Health*. 2012;48(6):520-8. 15) Da Silva ER, et al. *BMC Infect Dis*. 2013;13:41. 16) Bandeira T, et al. *Influenza Other Respir Viruses*. 2022;17(1):e13066.

Las alteraciones estructurales a nivel pulmonar pueden asociarse a infecciones por VSR en edades tempranas y contribuir a la carga de enfermedad

CUADRO

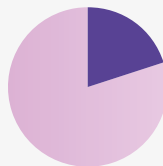
2

Las infecciones tempranas en la vida y graves por VSR se han asociado a alteraciones persistentes en la respuesta inmune, incluyendo respuesta inflamatoria no resuelta y disfunción pulmonar estructural.

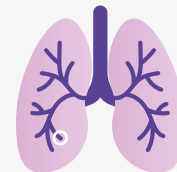


Hay una fuerte asociación entre VSR a edades tempranas y aumento del riesgo de desarrollar broncoespasmo, alergias y asma.

En un estudio prospectivo en Europa en infantes hospitalizados por bronquiolitis por VSR.



3.1 veces aumento del riesgo de asma vs. controles sanos.



Los pacientes hospitalizados por VSR tuvieron menor funcionalidad pulmonar comparados con los controles sanos.

Es fundamental entender los mecanismos que predisponen a alteraciones pulmonares a largo plazo luego de la infección por VSR para tomar decisiones informadas en el contexto de las nuevas medidas de prevención de infección por VSR para disminuir la carga de enfermedad.

Adaptado de: 1) Malinczak CA, et al. *Viruses*. 2020;12:50. 2) Pérez-Yarz EG, et al. *Pediatr Infect Dis J*. 2007;26(8):733-9. 3) Zomer-Kooijker K, et al. *PLoS One*. 2014;9:e87162.

deben a la capacidad del sistema de salud, al análisis de costoefectividad y a las prioridades definidas en los programas de salud pública. El SAGE (grupo de expertos asesores en inmunizaciones de la Organización Mundial de la Salud [OMS]) recomienda que todos los países adopten una estrategia de inmunización pasiva estacional, ya sea mediante la vacunación de las madres y/o el uso de mAb en el recién nacido **(ver Cuadro 3)**.

En Europa, América y Oceanía, la mayoría de los países están adoptando una u otra estrategia con grandes resultados.

- En EE. UU., se recomienda la vacunación durante el tercer trimestre de gestación o la administración de mAb para los niños menores de 8 meses nacidos de madres no vacunadas que ingresan a su primera temporada de VSR (y hasta los 19 meses si tienen factores de riesgo, esto último solo para nirsevimab).
- En España y Alemania, la vacunación materna, si bien está disponible, no forma parte de las recomendaciones del Ministerio de Salud. La estrategia se basa en el uso de mAb, específicamente nirsevimab, para todos los recién nacidos y lactantes que ingresan a su primera temporada

de VSR y hasta los dos años en niños con riesgo elevado.

Efectividad y experiencia de vida real de estos programas

- En EE. UU., nirsevimab mostró una efectividad en niños del 77% para prevenir consulta médica por IRAB, causada por el VSR y del 81% para prevenir la hospitalización por IRA baja (IRAB), causada también por este virus. La inmunización materna mostró una efectividad del 64% y 70%, respectivamente.² Si se compara con las temporadas anteriores, la implementación de ambas estrategias disminuyó a la mitad el número de hospitalizaciones asociadas al VSR en niños menores de 2 años.
- En Alemania, se adoptó la inmunización pasiva con nirsevimab en 2024, con tasas de cobertura bastante dispares dependiendo de la región, pero cercanas al 70% de la población objetivo. Se evidenció una disminución del 54% en la incidencia de VSR en los menores de 1 año y del 55% en la hospitalización asociada a este virus comparado con la temporada anterior.³
- España fue uno de los primeros países en adoptar la inmunización pasiva con nirsevimab y se encuentra ya en su tercera temporada de VSR

La implementación de estrategias de inmunización pasiva es integral para prevenir la enfermedad por VSR en infantes

CUADRO
3

SAGE (grupo de expertos asesores en inmunizaciones de la OMS) recomienda que todos los países implementen estrategias de inmunización pasiva (mAb de vida media larga o inmunización materna) para prevenir infecciones graves por VSR en lactantes.



Guías de vacunación materna: SAGE recomienda una dosis durante el tercer trimestre (≥ 28 semanas) sin límite excepto por las mujeres en trabajo de parto.



Guías de uso de mAb: SAGE recomienda una sola dosis administrada a niños al momento del nacimiento o lo más cercano posible si se usa una estrategia sin diferenciar estaciones, también a todos los infantes nacidos durante la época de alta circulación y a los menores de un año durante el mismo período.

con niños inmunizados con este anticuerpo monoclonal. Particularmente en Galicia, los niños presentan una cobertura superior al 90%. Llevan administradas más de 450.000 dosis sin efectos adversos graves y con una efectividad del 71% en la reducción de las hospitalizaciones por IRAB causadas por el VSR en los niños inmunizados, comparado a los no inmunizados.⁴ También se documentó una disminución de las hospitalizaciones por IRAB en los niños durante el segundo año posterior a la inmunización y en forma preliminar una reducción de las consultas por asma y broncoespasmo.

- Chile fue el primer país latinoamericano en adoptar una inmunización con nirsevimab de forma universal, con elevadas tasas de cobertura (superiores al 90% de la población objetivo), logrando una disminución del 76% en las hospitalizaciones por IRAB por VSR en lactantes y del 85% en el caso de hospitalizaciones en unidad de cuidados intensivos (UCI).⁵ Paraguay adoptó la misma política en 2025 con resultados preliminares bastante similares.⁶ En ninguno de ambos países se registraron muertes por VSR en la temporada de alta circulación posterior a la implementación de esta estrategia.

Conclusiones

- El VSR es estacional y presenta una enorme carga de enfermedad en la salud infantil.
- El VSR produce infecciones severas en lactantes pequeños, que pueden dejar secuelas graves.
- Nirsevimab junto con las otras estrategias de prevención mencionadas han demostrado ser altamente efectivas y seguras, tanto en la reducción de cuadros respiratorios severos, como en hospitalizaciones en UCI y generales, y consultas hospitalarias.
- Es importante que todos los países adopten estrategias de prevención adaptadas a los recursos y las necesidades locales para reducir el alto impacto de este virus en la salud pública infantil.

Referencias

1. Malinczak CA, Lukacs NW, Fonseca W. Early-Life Respiratory Syncytial Virus Infection, Trained Immunity and Subsequent Pulmonary Diseases. *Viruses*. 2020;12(5):505.
2. Moline HL, Tannis A, Goldstein L, et al. Effectiveness and Impact of Maternal RSV Immunization and Nirsevimab on Medically Attended RSV in US Children. *JAMA Pediatr*. 2025 Dec 22:e255778.
3. Schönfeld V, Rau C, Cai W, et al. The Incidence of RSV Infection Since the Introduction of Monoclonal Antibody Prophylaxis: An Analysis of Reported Case Data Across Germany for the Seasons 2023/24 and 2024/25. *Dtsch Arztebl Int*. 2025;122(17):472-473.
4. Ares-Gómez S, Mallah N, Santiago-Pérez MI, et al. Effectiveness and impact of universal prophylaxis with nirsevimab in infants against hospitalisation for respiratory syncytial virus in Galicia, Spain: initial results of a population-based longitudinal study. *Lancet Infect Dis*. 2024;24(8):817-828.
5. NirseCL. Monitoring the impact of nirsevimab in Chile. 2025. Disponible en: <https://nirse.lsci.cl>
6. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS), Dirección General de Vigilancia de la Salud (DGV). 2025. Disponible en: <https://www.mspbs.gov.py>



CIRCLE
PRESS

Los datos y resultados presentados en este material se obtuvieron de una conferencia médica, y la información resumida puede ser preliminar y estar sujeta a cambios. Estos datos se incluyen solo para la capacitación del médico y la información tiene fines exclusivamente educativos. Las opiniones de este artículo pertenecen a los autores y conferencistas, y no reflejan recomendaciones o sugerencias del laboratorio patrocinante.

Resumen elaborado por el staff de Circle Press a partir de su participación en el Simposio. Revista de divulgación científica, de distribución gratuita y dirigida a profesionales de la salud. Imagen de tapa: shutterstock.com



Material de propiedad exclusiva de Sanofi dirigido a profesionales de la salud. Material restringido para terceros.

Para más información comunicarse con el departamento médico de Argentina dmedica@sanofi.com; Tel.: (+54)4732-5000. Sanofi Health Argentina S.A. Tucumán 1, Piso 4º, C1049AAA, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Tel: (011) 4732- 5000 - www.sanofi.com.ar. Chile: dmedica@sanofi.com; Tel.: (+56)233408400. Sanofi Vaccines Chile S.A. - Av. Presidente Riesco 5435, of.1802, Las Condes, Santiago, Chile Tel: 233408400 -www.sanofi.cl. Paraguay: dmedica@sanofi.com. Sanofi-Aventis Paraguay S.A - Edificio SkyPark, Aviadores del Chaco N° 2581, Torre 2, Piso 13, Asunción, Paraguay. Tel: (595) 21 288 1000 - www.sanofi.com.py. Colombia: Sanofi-Aventis de Colombia S.A. Transversal 23 N° 97-73 - Edificio City Business. Piso 8. Bogotá D.C. Teléfono: 621 4400 - Fax: 744 4237 infomedica.colombia@sanofi.com. En Perú: Sanofi-Aventis del Perú. Av. Javier Prado Este 444 Piso 15, San Isidro, Telf. (+511) 631-9100 Informacionmedica@sanofi.com. En Ecuador: Ingrese a www.sanofimedicalinformation.com o escriba a infomed.pac@sanofi.co. En Bolivia Centroamérica y el Caribe: Sanofi-Aventis de Panamá S.A. Torre Evolution, piso 26, Calle 50 y Av. Aquilino de la Guardia Obarrio. Ciudad de Panamá, República de Panamá Telf.: (507) 382-9500. infomed.pac@sanofi.com. En México: info.medica@sanofi.com; Tel.: 800 123 41 41.