

¿Cómo se administra Nirsevimab?

Nirsevimab se administra, como la mayoría de las vacunas, por inyección intramuscular, preferiblemente en la parte lateral del muslo. Se pondrá una única dosis, salvo a niños de riesgo y prematuros que recibirán dos dosis al mismo tiempo en su segunda temporada, si tienen un peso superior a 10kg.

¿Cuándo y dónde se administra Nirsevimab en Melilla?

- Los niños nacidos entre el 1 de octubre de 2025 y el 31 de marzo de 2026 recibirán la dosis en el Hospital Comarcal en las primeras 48 horas del nacimiento y siempre antes del alta hospitalaria.
- Los nacidos entre el 1 de abril y el 30 de septiembre de 2025 deben acudir a su Centro de Vacunación o Centro de Salud durante el mes de octubre para recibir su dosis. Se puede aprovechar la cita para el programa de Control del Niño Sano o para la vacunación de los 2, 4 o 6 meses y administrar nirsevimab en ese momento, ya que este tratamiento se puede poner junto con otras vacunas.
- Los niños con factores de riesgo se citarán en el Hospital Comarcal.

¿Es seguro Nirsevimab? ¿Qué efectos adversos puede producir?

Nirsevimab tiene un buen perfil de seguridad. Los efectos adversos más frecuentes son reacciones locales leves en el lugar de inyección y fiebre. Todos ellos aparecen con una frecuencia menor al 1%.



¿Qué es el virus respiratorio sincitial (VRS)?

El VRS es un virus estacional que circula en la comunidad de octubre a marzo. Se transmite con mucha facilidad a través de pequeñas gotitas que se generan al hablar, toser o estornudar, e infecta a las vías respiratorias. Este virus puede originar infecciones graves en la población infantil menor de 1 año, ocasionando hospitalizaciones e ingresos en UCI por bronquiolitis (inflamación de las ramas finas de los bronquios) y neumonías.

La infección por VRS es la causa más frecuente de hospitalización en los lactantes y puede producir complicaciones a corto y medio plazo, como sibilancias recurrentes, asma, infecciones de oído repetitivas y otras infecciones respiratorias.

¿Cuál es la población infantil con mayor riesgo de enfermedad grave por VRS?

El 90% de los niños van a contagiarse de VRS antes de los dos años.

Tienen más riesgo de desarrollar enfermedad grave por VRS los lactantes sanos menores de 1 año, especialmente si son menores de 6 meses, así como los que fueron prematuros al nacimiento y los que presentan enfermedades pulmonares, cardiológicas o algún tipo de condición que debilite su sistema inmunitario.

¿Cómo se puede prevenir la enfermedad por VRS?

La lactancia materna, el lavado frecuente de manos, la limpieza y desinfección de juguetes, superficies y utensilios, junto a las medidas de protección contra las personas con infecciones respiratorias, ayudan a prevenir la infección por VRS.

Para los menores de 6 meses, los prematuros hasta los 12 meses y los niños de riesgo menores de 24 meses, disponemos de una medida de prevención fundamental: la inmunización pasiva mediante la administración de un anticuerpo monoclonal llamado nirsevimab.

Nirsevimab se une al virus y evita que se fusione con las células de las vías respiratorias y las lesione. Al tratarse de un anticuerpo, produce una respuesta rápida y directa contra el VRS. Su efecto dura unos 5 o 6 meses, por lo que consigue proteger al lactante durante toda la temporada otoño e invierno.

Nirsevimab ha demostrado que puede prevenir aproximadamente el 80% de los casos y de las hospitalizaciones por bronquiolitis debidas a VRS.

¿Quién debe inmunizarse con Nirsevimab?

- Los niños prematuros nacidos antes de las 35 semanas de embarazo, antes de cumplir 12 meses de edad cronológica.
- Los niños menores de 24 meses que tienen alto riesgo de enfermedad grave por VRS.
- Todos los niños nacidos entre el 1 de abril de 2025 y el 31 de marzo de 2026.

Se recomienda la inmunización con Nirsevimab independientemente del antecedente de vacunación materna contra el VRS durante el embarazo.

¿Se han utilizado antes anticuerpos monoclonales para la prevención de la enfermedad por VRS?

Sí, hasta el año 2023 se utilizaba otro anticuerpo monoclonal, llamado Palivizumab, en un grupo de población muy reducido con alto riesgo de enfermedad grave por VRS. Palivizumab ya no se usa porque requiere la administración de una dosis mensual a lo largo de toda la temporada, a diferencia de Nirsevimab, que se administra en una sola dosis.

En 2023-24 se utilizó por primera vez en nuestro país el Nirsevimab con gran éxito, ya que se evitaron hasta 10.000 ingresos hospitalarios de bronquiolitis por VRS.

Los lactantes que recibieron Nirsevimab tuvieron un 80% menos de riesgo de ser hospitalizados por VRS que los que no se inmunizaron.

