

VRS y nirsevimab: *lo esencial para la guardia.*

Ficha de repaso sobre la prevención del virus respiratorio sincitial (VRS) con anticuerpos monoclonales. Dosis, ventana estacional, evidencia y los cambios recientes que hay que tener frescos.

1

dosis única por temporada — a diferencia del palivizumab mensual

~5

meses de protección mínima con una dosis de nirsevimab

Oct–Mar

ventana típica de temporada en el hemisferio norte

EL CONCEPTO DE UNA LÍNEA

El nirsevimab es un **anticuerpo monoclonal de acción prolongada** dirigido al **sitio antigénico Ø de la conformación prefusión** de la proteína F del VRS. No es una vacuna: da **inmunización pasiva** inmediata, sin depender de que el lactante monte respuesta. Una sola dosis IM cubre toda una temporada. (El clesrovimab targetea el sitio IV, presente en pre y postfusión.)

REGLA DE DOSIS – PENSÁ EN EL PESO

- <5 50 mg de nirsevimab (émbolo púrpura) — lactante <5 kg, 1.^a temporada
- ≥5 100 mg de nirsevimab (émbolo celeste) — lactante ≥5 kg, 1.^a temporada
- 2.^a <8 100 mg — <8 meses en 2.^a temporada (elegible)
- 2.^a ≥8 200 mg (2 × 100 mg) — niños 8–19 m de alto riesgo, 2.^a temporada

Material educativo profesional — no reemplaza el juicio clínico, la ficha técnica del producto ni las guías locales. Confirmá dosis y elegibilidad con la guía vigente en tu país.

Fuentes: AAP Policy Statement Pediatrics 2025 (156:5); CDC/ACIP 2023–2025; AAP RSV Administration & FAQ 2025–2026; ensayos MELODY y HARMONIE. Verificado 2026.

PABLO SUXO, MD
PABLOSUXO.COM

QUIÉN Y CUÁNDO

- **Todos los lactantes <8 meses** que nacen durante o entran a su primera temporada de VRS — **excepto** si la madre recibió la vacuna materna ≥ 14 días antes del parto (ahí no se recomienda de rutina, salvo excepciones de riesgo).
- **Niños 8–19 meses de alto riesgo** (prematurez severa, enfermedad pulmonar crónica, cardiopatía congénita, inmunocompromiso) que entran a su segunda temporada.
- Nacidos en temporada: idealmente en la **primera semana de vida**. Nacidos fuera de temporada: justo antes del inicio (oct–nov).

CAMBIOS RECIENTES QUE NO PODÉS PASAR POR ALTO

01

Adiós al palivizumab

Ya **no se recomienda de rutina** y se discontinúa el 31 dic 2025. Si recibió palivizumab en la temporada 1 y sigue elegible, en la temporada 2 recibe nirsevimab.

02

Nuevo actor: clesrovimab

Segundo monoclonal (Enflonsia, 2025): **105 mg** dosis única independiente del peso, solo 1.^a temporada. No aprobado para la 2.^a temporada; para eso, nirsevimab.

03

Coadministración

Se aplica **solo IM** y puede darse junto con las vacunas del calendario.

EVIDENCIA EN UNA LÍNEA

Los ensayos pivotaes (MELODY, HARMONIE) y datos de vida real (CDC, temporada 2023–2024) muestran reducción sustancial de hospitalizaciones y consultas por VRS en lactantes en su primera temporada.

La lección de método: verificá siempre la temporada y la guía vigente. En VRS, la recomendación cambió dos veces en dos años.

Material educativo profesional — no reemplaza el juicio clínico, la ficha técnica del producto ni las guías locales. Confirmá dosis y elegibilidad con la guía vigente en tu país.

Fuentes: AAP Policy Statement Pediatrics 2025 (156:5); CDC/ACIP 2023–2025; AAP RSV Administration & FAQ 2025–2026; ensayos MELODY y HARMONIE. Verificado 2026.

PABLO SUXO, MD
PABLOSUXO.COM