VII Jornadas Actualización en Inmunizaciones 2026

XX Aniversario Curso Latinoamericano Actualización en Inmunizaciones a Distancia

"Acercando el conocimiento, acortando distancias y uniendo a Latinoamérica a través de las inmunizaciones"

Estrategias de prevención del VRS

Integración de estrategias: vacuna materna y anticuerpos monoclonales

Prof. Dra. Angela Gentile

Infectóloga Pediatra, epidemióloga
Jefa del Departamento de Epidemiología del HNRG
Ex presidente de la Sociedad Argentina de Pediatría.
Directora del Observatorio de la Niñez y Adolescencia de la SAP.
Profesora de Infectología de la Universidad de Buenos Aires
Asesora OPS/OMS en enfermedades inmunoprevenibles. Miembro del Comité Regional para la erradicación de Poliomielitis y Sarampión OMS/OPS.
Presidente de la Comisión Nacional para la Eliminación de Sarampión y Rubéola de Argentina.
Miembro de la Comisión Nacional de Seguridad en Vacunas (CONASEVA)
Miembro de la carrera de investigador del Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires.

Agenda

- Carga de enfermedad: concepto de enfermedad residual
- Características de la vacuna PreF, vacuna materna , en el Calendario nacional: eficacia, seguridad, efectividad e impacto.
- Estrategia ampliada: vacuna materna mas anticuerpos monoclonales: racional de su recomendación

Aspectos claves a considerar al introducir una vacuna

LA ENFERMEDAD

- Alineamiento de las prioridades políticas y de salud pública con las recomendaciones mundiales y regionales
- Carga de la enfermedad
- Situación de otras medidas de prevención y control de enfermedades

¿SE DEBE INTRODUCIR LA VACUNA AHORA?

LAS VACUNAS

- Desempeño y características de las vacunas disponibles
- Aspectos económicos y financieros
- Disponibilidad del suministro de la vacuna

FORTALEZA DEL PROGRAMA DE INMUNIZACIÓN Y DEL SISTEMA DE SALUD

COMUNICACION

Fuente: OMS. Principios y consideraciones para agregar una vacuna al programa nacional de inmunización: de la decisión a la implementación y el monitoreo. Enlace acceso al documento

¿Cual es el objetivo de la introducción de la Vacuna VRS al Calendario?

- Disminuir la hospitalización y la mortalidad

- Desde la gestión, disminuir la presión sobre los sistemas de salud (Tensión)

Actas Conain Noviembre 2023

Reunión de la Comisión Nacional de Inmunización
(CoNaIn) 9 de noviembre 2023
Resumen ejecutivo

Estrategia integral de prevención de Virus Sincicial Respiratorio. Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles y Dirección de Salud Perinatal y Niñez.

Se formula a la CoNaIn las siguientes preguntas: 1. ¿Teniendo en cuenta la variabilidad de la circulación del VSR postpandemia, considera la CoNaIn la vacunación de las personas gestantes, a toda la cohorte o con una estrategia estacional? 2. ¿Considera la CoNaIn adecuada la estrategia combinada de prevención para VSR reemplazando el Palivizumab por Nirsevimab asociado a la vacunación de personas gestantes?

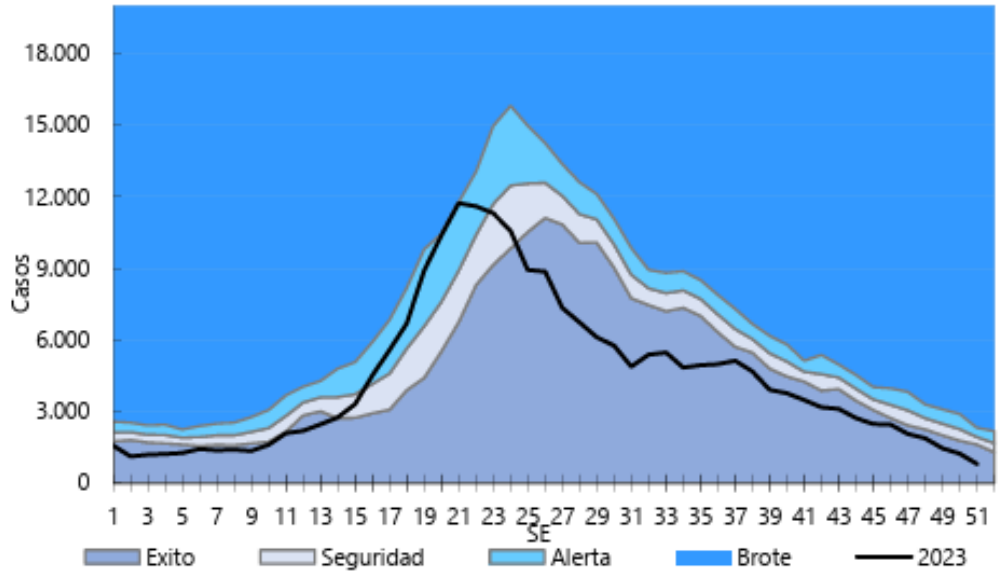
Se destaca la importancia de la vigilancia epidemiológica para determinar la circulación viral en las diferentes regiones del país y ajustar la estrategia de vacunación. Se comenta la importancia de utilizar métodos moleculares para mejorar la detección viral. Se propone convocar a las sociedades científicas de ginecología y obstetricia para compartir la estrategia de prevención.

Deberá vigilarse la señal de seguridad en el desbalance de prematuridad referida en los estudios.

La CoNaIn acuerda recomendar la estrategia combinada de vacunación de personas gestantes y el uso de Niservimab.

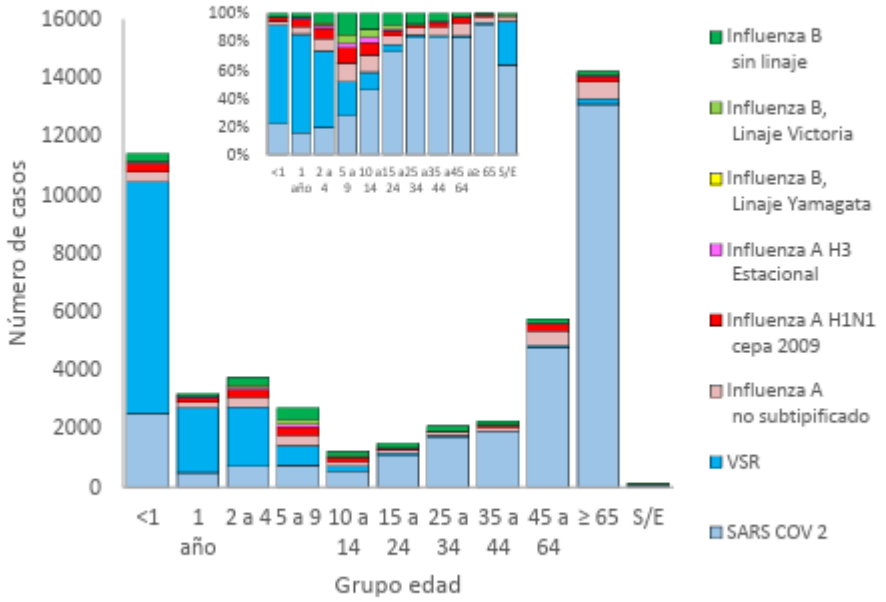
Bronquiolitis y VSR – Año 2023

Gráfico 6: Bronquiolitis en menores de 2 años: Corredor endémico Semanal. 5 años: 2015 a 2019. SE01-51 de 2023. Argentina.



Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2 y SNVS 2.0

Gráfico 16. Casos hospitalizados por IRA. Distribución absoluta y relativa de agentes identificados por grupos de edad acumulados entre SE23/2022 a SE52/2023. Argentina.



Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.

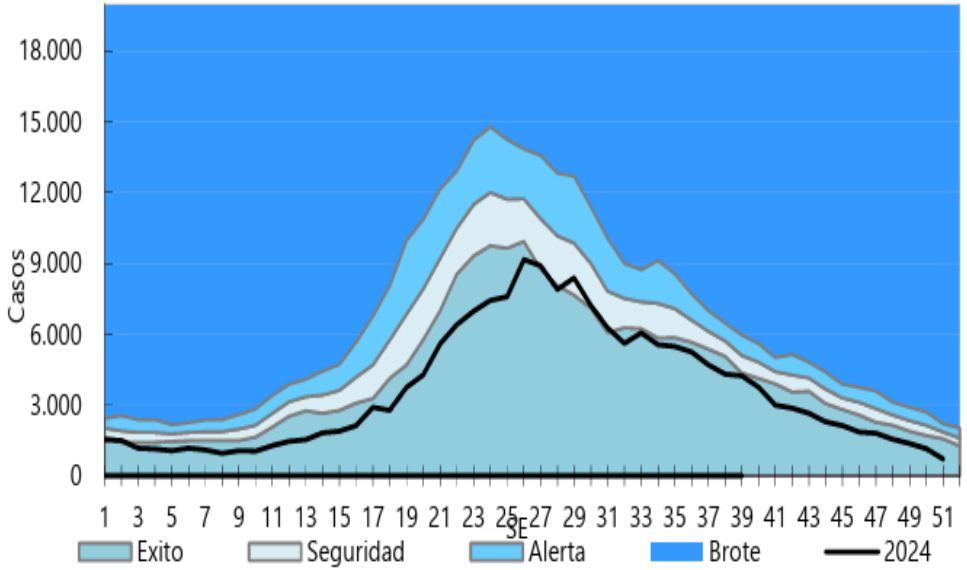
En 2023 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 224.513 casos de Bronquiolitis, con una tasa de incidencia acumulada de 15.388,9 casos/ 100.000 habitantes

Durante 2023 hubo 45.817 muestras estudiadas para VSR registrándose 13.493 con resultado positivo (porcentaje de positividad 29,45%).

Fuente: Boletín Epidemiológico Nacional. N° 685. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/salud/boletin-epidemiologico-nacional

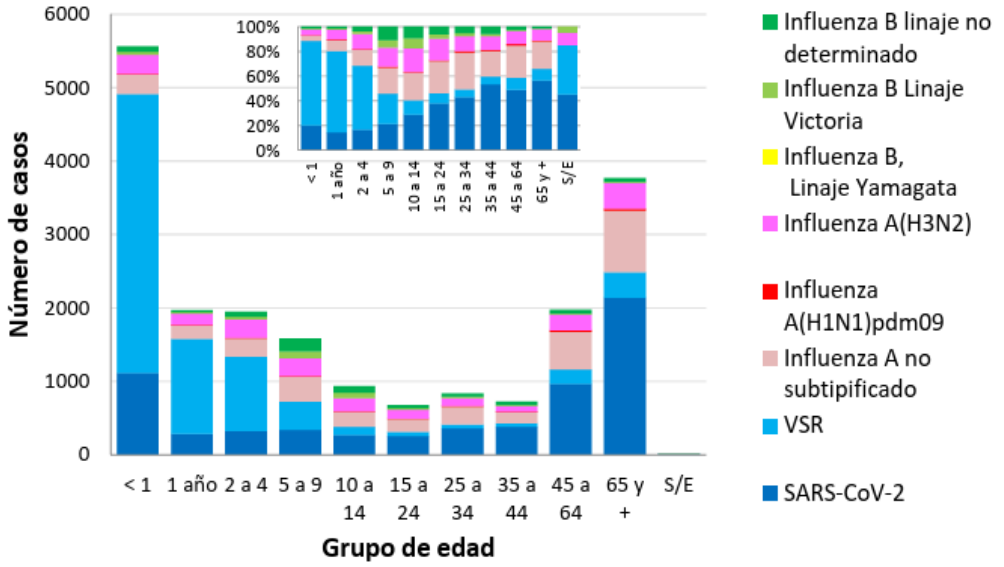
Bronquiolitis y VSR – Año 2024

Gráfico 6: Bronquiolitis: Corredor endémico semanal- Históricos 6 años: 2015-2023.[19] SE 1 a 51 de 2024. Argentina.



Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) C2 y SNVS 2.0

Gráfico 16. Casos hospitalizados por IRA. Distribución absoluta y relativa de agentes identificados por grupos de edad acumulados. SE 1/2024 a SE52/2024.



Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS[2.0].

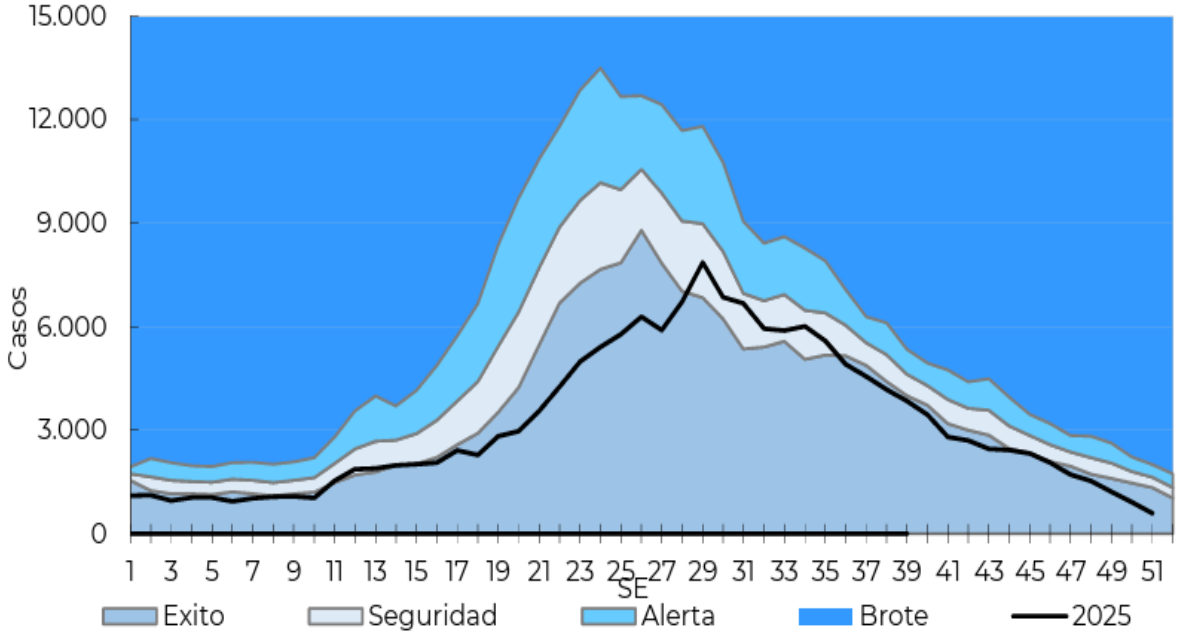
En 2024 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 183.589 casos de Bronquiolitis, con una tasa de incidencia acumulada de 12.637,0 casos/100.000 habitantes

En 2024 Se notificaron 7309 detecciones positivas para VSR en hospitalizados, con un descenso del 19,73% respecto a las notificaciones del mismo periodo del año previo.

Fuente: Boletín Epidemiológico Nacional. N° 737. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/salud/boletin-epidemiologico-nacional

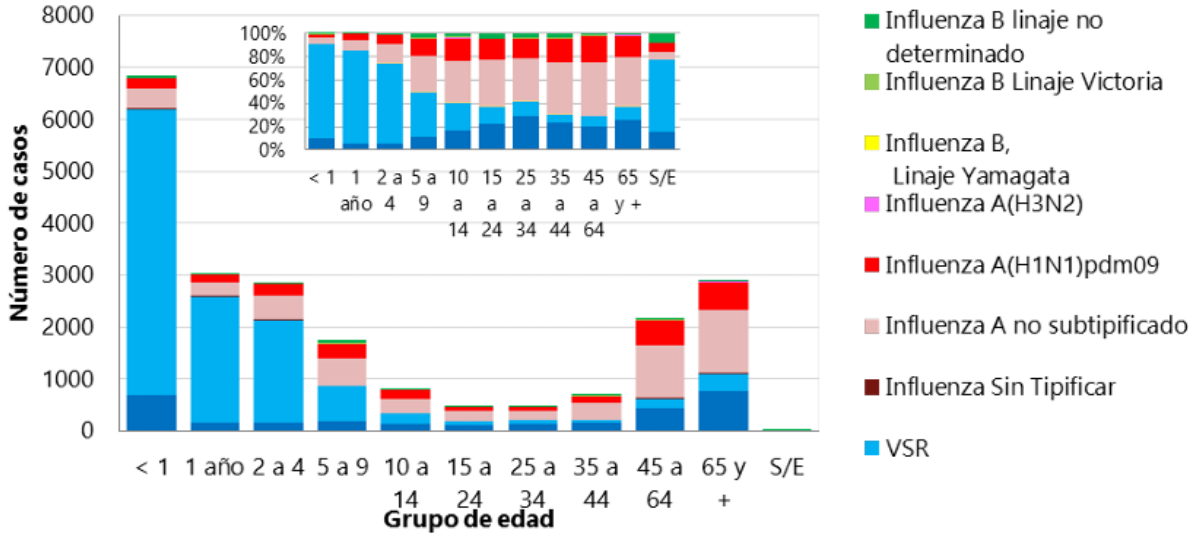
Bronquiolitis y VSR – Año 2025

Gráfico 6: Bronquiolitis en menores de 2 años: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2017-2024. SE 1 a 51 de 2025[11]. Argentina.



Fuente: Elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS[2.0].

Gráfico 12. Casos hospitalizados por IRA. Distribución absoluta y relativa de agentes identificados por grupos de edad acumulados. SE 1/2025 a SE52/2025.



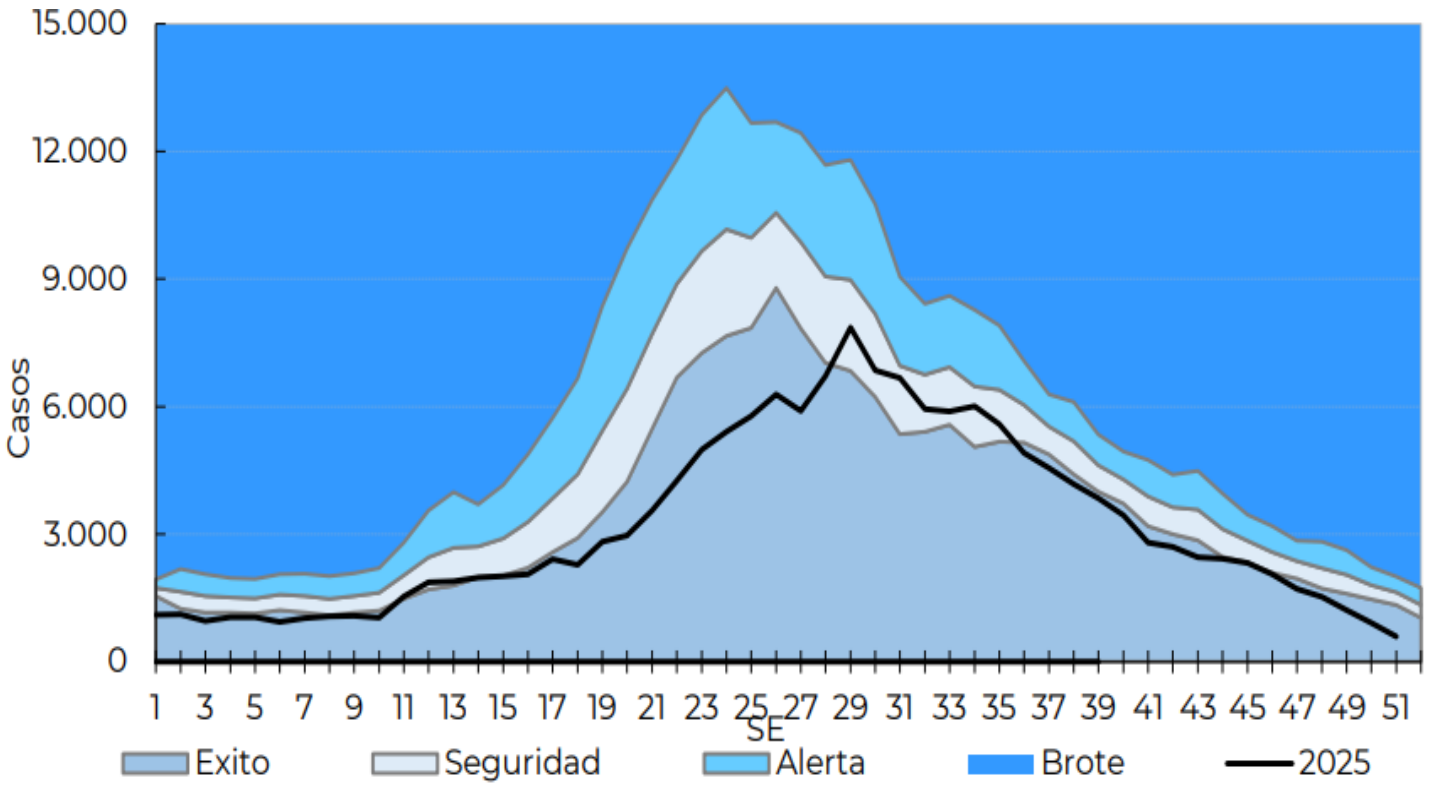
Fuente: elaboración propia del Área de Vigilancia de la Salud de la Dirección de Epidemiología en base a información proveniente del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud SNVS2.0.

En 2025 se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del SNVS 161.580 casos de Bronquiolitis, con una tasa de incidencia acumulada de 11171,8 casos/100.000 habitantes.

Durante 2025 se notificaron 11.498 detecciones positivas para VSR en hospitalizados.

Fuente: Boletín Epidemiológico Nacional. N° 789. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/salud/boletin-epidemiologico-nacional

Bronquiolitis en menores de 2 años: Corredor endémico semanal- Históricos 5 años: 2017- 2024. SE 1 a 51 de 2025. Argentina.



Se reportaron 161.580 casos de bronquiolitis, con una tasa de incidencia acumulada de 11171,8 casos/100.000 en menores de dos años.

Los casos se mantuvieron por debajo de los años previos, con excepción de los años 2020 y 2021.

Se notificaron 11.498 casos hospitalizados positivos para VSR en todas las edades, con circulación en la SE (Semana Epidemiológica) 20 y pico en la SE 30.

Eficacia de RSVpreF (ECA)

Atención médica debido a IRAB grave por VSR

Time interval	RSVpreF n=3495 (%)	Placebo n=3480 (%)	Efficacy % (CI)
90 dias	6 (0.2)	22 (0.9)	**81.8 (40.6-96.3)**
120 dias	12 (0.3)	46 (1.3)	73.9 (45.6-88.8)
150 dias	16 (0.5)	55 (1.6)	70.9 (44.5-85.9)
180 dias	19 (0.5)	62 (1.8)	**69.4 (44.3-84.1)**

Atención médica debido a IRAB por VSR

Time interval	RSVpreF n=3495 (%)	Placebo n=3480 (%)	Efficacy % (CI)
90 dias	24 (0.7)	56 (1.6)	**57.1 (14.7-79.8)**
120 dias	35 (1.0)	81 (2.3)	56.8 (31.2-73.5)
150 dias	47 (1.3)	99 (2.8)	52.5 (28.7-68.9)
180 dias	57 (1.6)	117 (3.4)	51.3 (29.4-66.8)

Hospitalizaciones por VSR

Time interval	RSVpreF n=3495 (%)	Placebo n=3480 (%)	Efficacy % (CI)
90 dias	10 (0.3)	31 (0.9)	**67.7 (15.9-89.5)**
120 dias	15 (0.4)	37 (1.1)	59.5 (8.3-83.7)
150 dias	17 (0.5)	39 (1.1)	56.4 (5.2-81.5)
180 dias	19 (0.5)	44 (1.3)	56.8 (10.1-80.7)
360 dias	38 (1.1)	57 (1.6)	33.3 (-17,6-62.9)

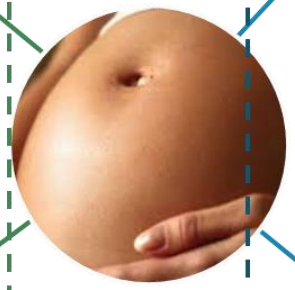
N Engl J Med 2023; 388:1451-1464

VACUNAS DURANTE LA GESTACIÓN

- Se pueden indicar en **cualquier momento de la gestación**.
- Protegen principalmente a la gestante que tiene mayor riesgo de enfermedad grave por estas infecciones.
- Protegen indirectamente al recién nacido en los primeros meses de vida

Influenza

COVID-19



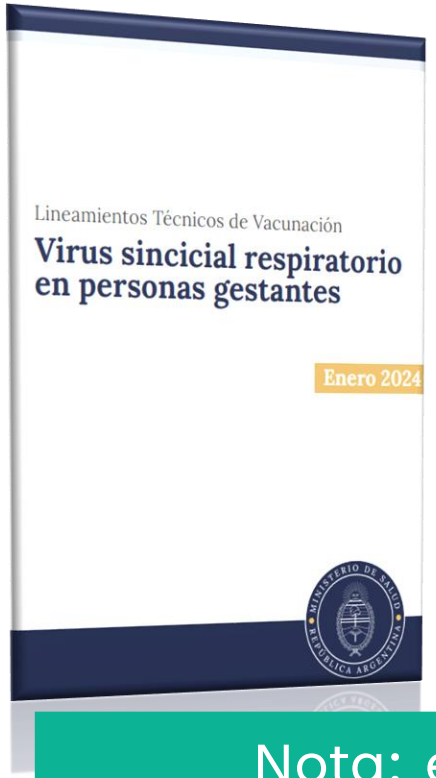
Triple bacteriana acelular

VSR

- **Triple bacteriana acelular a partir de las 20 semanas** de gestación.
- Protegen al recién nacido durante los primeros 6 meses de vida de padecer infecciones graves por Bordetella pertussis y tétanos neonatal.

- **VSR entre las semanas 32 y 36,6 de la gestación.**
- Protegen al recién nacido durante los primeros 6 meses de vida de padecer infecciones respiratorias agudas graves por VSR.

Prevenir todas las formas de enfermedad del tracto respiratorio inferior causadas por el VRS en niños y niñas desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad mediante la vacunación de las personas gestantes.



- Vacunación estacional iniciando 2-3 meses antes del inicio de la circulación de VSR (1)
- Una dosis de 0.5 ml por vía intramuscular entre las 32 y 36,6 semanas de gestación (1)
- Posible coadministrar con cualquier otra vacuna del embarazo
- Incluida en el Calendario Nacional de Vacunación: gratuita, obligatoria y sin requerimiento de orden médica (1)

Nota: en 2025 se autorizó la aplicación de la vacuna en cada embarazo independientemente del intervalo intergenésico (2)

Fuente: (1) Lineamientos técnicos de vacunación. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2018/02/lineamientos_vsr.pdf. (2) Acta CoNaIn Noviembre 2024 https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/03/01-2024-acta_conain_20_nov_2024.pdf

Recomendaciones actuales

24–36 weeks

- Slovenia (**year round**)[1]
- Sicily, Italy[2]*
- Poland (**year round**)[4]

28–36 weeks

- UK (**year round,** ≥28 wks)[5,6]
- Belgium[7]
- Australia (**year round,** ≥28 wks)[8]
- Campania, Italy [9†]
- Czech Rep (ČVS)[3]
- South Africa (**year round,** ≥28 wks)[28]
- Brazil (**year round**)[25]
- Taiwan [32]
- Estonia [33]

32–36 weeks

- USA[10]
- Argentina [11,12]
- Luxembourg[13]
- France[14]
- Uruguay[15]
- Ontario, CA[16]
- Lazio, Italy [17]
- Dubai [18]
- Panama (**year round**)[29,30]
- Bogota, Colombia (**year round**)[31]
- Austria[19]
- Switzerland[20‡]
- Costa Rica (**round**)[21]**year**
- Cyprus (**year round**)[22]
- Greece (MoH)[23]
- Denmark (SST)[24]
- El Salvador (MoH)[27]
- Kuwait[34]

IMPLEMENTACIÓN: Diferencias en semanas de gestación y estacionalidad

Estudios de Efectividad en Argentina (2024)

Estudio	Diseño del estudio	Tamaño de muestra	Principales estimaciones de efectividad contra hospitalización por IRAB por VSR	Hallazgos adicionales
Gentile et al. (Caso-control con prueba negativa) [1]	Prospectivo, multicéntrico, caso-control con prueba negativa (4 hospitales, temporada de VRS 2024)	187 lactantes • 91 casos • 96 controles	<3m: **78,7%** (IC95%: 51,4–90,7%) <6m: **68,2%** (IC95%: 33,1–84,9%)	Menor uso de oxígeno y menor duración de la internación; No hubo diferencias en UCI/ventilación mecánica; No se registraron muertes por VRS
Pérez Marc et al. – Estudio BERNI (Caso-control con prueba negativa) [2]	Multicéntrico, retrospectivo, caso-control con prueba negativa (12 hospitales, temporada de VRS 2024)	505 lactantes • 286 casos • 219 controles	<3m: **78,6%** (IC95%: 62,1–87,9) <6m: **71,3%** (IC95%: 53,3–82,3) grave en < 6 meses: 76,9% (IC95%: 45,0–90,3)	Las 3 muertes relacionadas con VRS ocurrieron en lactantes cuyas madres no habían recibido la vacuna
Razzini et al. (Impacto y efectividad) [3-4]	Cohorte retrospectiva + caso-control anidado	No especificado (comparación multianual)	<3m; **80,8%** <6m: **66,1%** Cuidados intensivos: 87,2% Estancia prolongada: 88,6%	Reducción de hospitalizaciones: 33,6%; Número necesario a vacunar: 83,9

Resumen la efectividad para prevenir hospitalización por VSR:

en menores de 3 meses: **78,6-80,8%**

en menores de 6 meses: **66,1-71,3%**

Grave en <6 meses: **76,9%**

Cuidados intensivos en <6 meses: **87,2%**

RESUMEN DE EFECTIVIDAD EN ARGENTINA (2025)

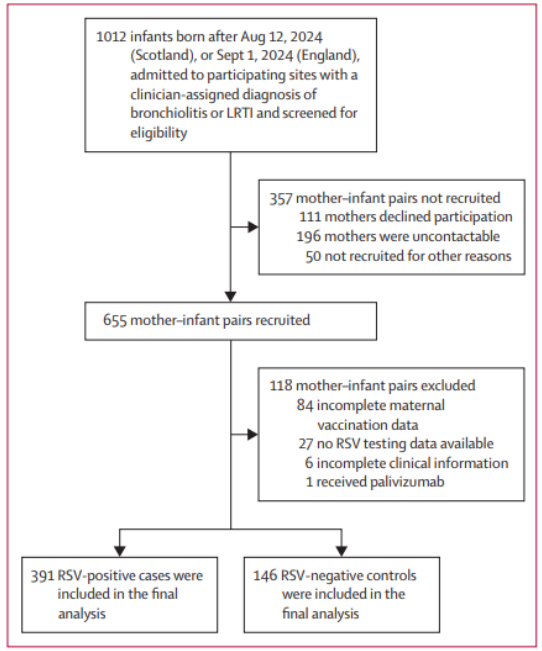
Estudio	Diseño del estudio	Tamaño de muestra	Principales estimaciones de efectividad contra hospitalización por IRAB por VSR		Hallazgos adicionales
			Cruda	Ajustada	
Gentile et al. (Caso-control con prueba negativa) [1]	Prospectivo, multicéntrico, caso-control con prueba negativa (5 hospitales, temporada de VRS 2024-2025)	2024 • 113 casos • 170 controles 2025 • 234 casos • 214 controles	2024 <3m: 73% (IC95%: 31-90) 3-6m: 90,4% (IC95%: 57-99) <6m: 74,3% (IC95%: 47-88) 2025 <3m: 79,6% (IC95%: 54-91) 3-6m: 46,2% (IC95%: 7-69) <6m: 56,1% (IC95%: 33-71) Global 2024 -2025 <3m: 77% (IC95%: 58-88) 3-6m: 50,3% (IC95%: 21–69) <6m: 58,4% (IC95%: 41-71)	2024 <3m: 95% (IC95%: 70-99) 3-6m: 80,4% (IC95%: -113-99) <6m: 83,9% (IC95%: 47-96) 2025 <3m: 72,6% (IC95%: 18-91) 3-6m: 58,5% (IC95%: 19-79) <6m: 61,7% (IC95%: 35-78) Global <3m: 77% (IC95%: 49-90) 3-6m: 59,8% (IC95%: 26-79) <6m: 65,5% (IC95%: 45-78)	- En la temporada 2024, los bebés con VRS positivos <6 meses nacidos de madres con vacunación adecuada tuvieron duraciones más cortas de hospitalización y oxigenoterapia en comparación con los bebés no vacunados (suma de rangos de Wilcoxon: p = 0,012 y p = 0,010, respectivamente). En 2025, no se observaron diferencias estadísticamente significativas para ninguno de los resultados. - La coinfección aumentó notablemente en 2025. - La Efectividad fue mayor en 2024 que en 2025
Pérez Marc et al. – Estudio BERNI (Caso-control con prueba negativa) [2]	Multicéntrico, retrospectivo, caso-control con prueba negativa (12 hospitales, temporada de VRS 2024 y 2025)	1143 lactantes • 736 casos • 407 controles	<3m: **75,5%** (IC95%: 64,6–83,1) 3-6m: 42,3% (IC95%: 7,7-63,9) <6m: **62,1** (IC95%: 49,7–71,4) grave en < 6 meses: 78,5% (IC95%:65,2- 86,8)	-	Las 3 muertes relacionadas con VRS ocurrieron en lactantes cuyas madres no habían recibido la vacuna
Caballero et al. (Caso-control con prueba negativa) [3]	Prospectivo, multicéntrico, caso-control con prueba negativa (temporada de VRS 2024- 2025)	2073 lactantes • 885 incluido en análisis	-	Global <3m: 76,07% (IC95%: 60,9,–88,5) <6m: 73,66% (IC95%: 58,26–83,58) UCI <3m: 82,84% (IC95%: 50,19–94,60) <6m: 75,31% (IC95%: 39,11-90,36)	La hospitalización por RSV en menores de 6 meses se redujo un 59,71% en el año 2025 en comparación con años previos; sin embargo, incremento un 24,8% en comparación con el año 2024

Efectividad en el Reino Unido

Bivalent prefusion F vaccination in pregnancy and respiratory syncytial virus hospitalisation in infants in the UK: results of a multicentre, test-negative, case-control study

Lancet Child Adolesc Health 2025; 9: 655–62

Thomas C Williams, Robin Marlow*, Steve Cunningham, Simon B Drysdale, Helen E Groves, Samantha Hunt, Dalia Iskander, Xinxue Liu, Mark D Lyttle, Chengetai D Mpamhanga, Shaun O'Hagan, Thomas Waterfield, Damian Roland, on behalf of the PERUKI & BronchStart Collaboration†*



- Efectividad ajustada por sitio, mes, sexo edad menor 3 meses y prematurez: **58%** (IC95%: 28-75%)
- Si habían recibido la vacuna 14 o más días antes del parto la EV ascendía a **72%** (IC95%: 48–85%)
- EV prevenir uso de CAFO: 71% (IC95% :47–85%)

	Mother unvaccinated (n=318)	Mother vaccinated >14 days before delivery (n=39)	p value*
Length of admission, days	3 (2–5)	4 (1–6)	0·87
Nasogastric feeds	206 (65%)	24 (62%)	0·69
Intravenous fluids	81 (25%)	15 (38%)	0·084
Low-flow oxygen	200 (63%)	21 (54%)	0·27
High-flow nasal cannulae	126 (40%)	18 (46%)	0·43
Continuous positive airway pressure	35 (11%)	7 (18%)	0·20
Invasive mechanical ventilation	14 (4%)	3 (8%)	0·41
High-dependency unit admission	43 (14%)	7 (18%)	0·45
Paediatric intensive care unit admission	28 (9%)	5 (13%)	0·38

Data are n (%) or median (IQR). RSV=respiratory syncytial virus. *Generated using Wilcoxon rank sum test, Pearson's χ^2 test, or Fisher's exact test.

Table 2: **Comparison of clinical outcomes for RSV-positive infants with unvaccinated mothers compared with RSV-positive infants with mothers vaccinated more than 14 days before delivery**

National Center for Immunization and Respiratory Diseases

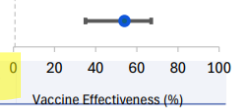
Effectiveness and impact of RSV prevention products in infants during the 2024–2025 RSV season

Coronavirus and Other Respiratory Viruses Division

June 25, 2025

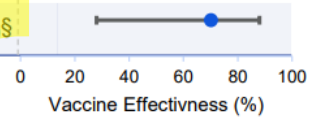
Maternal vaccine effectiveness (VE) against RSV-associated emergency department (ED) visits among infants in their first RSV season, VISION, 2024–2025

SYSTEM Nirsevimab Status	RSV-positive encounters N (Col %)	RSV-negative encounters N (Col %)	Median days since birth (IQR)	Median days since dose (IQR)	Adjusted VE (95% CI)
VISION	**333**	**660**			
No maternal vaccine	262 (79)	428 (65)	Not Applicable	Not Applicable	Reference
Maternal vaccine*	71 (21)	232 (35)	53 (31-90)	85 (65-110)	54 (35-67)†



Maternal vaccine effectiveness (VE) against RSV-associated hospitalization among infants in their first RSV season, VISION & NVSN, 2024–2025

SYSTEM Vaccination Status	RSV-positive encounters N (Col %)	RSV-negative encounters N (Col %)	Median days since birth (IQR)	Median days since dose (IQR)	Adjusted VE (95% CI)
VISION	**134**	**122**			
No maternal vaccine	109 (81)	77 (63)	Not Applicable	Not Applicable	Reference
Maternal vaccine*	25 (19)	45 (37)	35 (17-69)	73 (52-111)	79 (55-90)†
NVSN	**108**	**213**			
No maternal vaccine	89 (82)	142 (67)	Not Applicable	Not Applicable	Reference
Maternal vaccine‡	19 (18)	71 (33)	32 (17-58)	71 (50-103)	70 (28-88)§



June ACIP presentation, MacNeil A. Effectiveness and impact of RSV prevention products in infants during the 2024–2025 RSV season. Presented to ACIP, June 25 2025

Effectiveness of the maternal RSVpreF vaccine against severe disease in infants in Scotland, UK: a national, population-based case–control study and cohort analysis

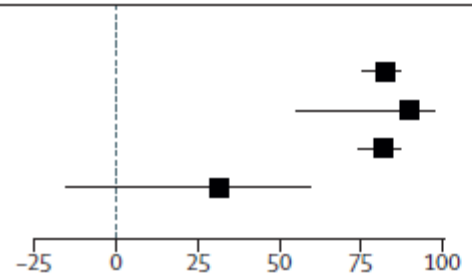
Isobel McLachlan, Chris Robertson, Kirsty E Morrison, Ross McQueenie, Safraj Shahul Hameed, Cheryl Gibbons, Rachael Wood, Rachel Merrick, Louisa Pollock, Antonia Ho, Ting Shi, Thomas C Williams, Sir Aziz Sheikh, Jim McMenamin, Sam Ghebrehewet, Kimberly Marsh

Summary

Background Respiratory syncytial virus (RSV) is a leading cause of infant hospitalisation, particularly in infants younger than 6 months. On Aug 12, 2024, Scotland introduced a maternal vaccination programme with bivalent RSV prefusion F (RSVpreF) vaccine, offered from 28 weeks' gestation. Although clinical trials have shown high efficacy of maternal RSVpreF vaccination, this study assessed RSVpreF vaccine effectiveness in a real-world setting, to inform policy and programme delivery.

Lancet Infect Dis 2025
Published Online
November 28, 2025
https://doi.org/10.1016/S1473-3099(25)00624-3

	Cases	Controls	Adjusted vaccine effectiveness, % (95% CI)	p value
Unvaccinated	293	1788	0 (ref)	..
Vaccinated (>14 days before delivery)	43	1518	82·2% (75·1 to 87·3%)	<0·0001
<37 weeks' gestation	3	128	89·9% (55·3 to 97·7%)	0·0025
≥37 weeks' gestation	40	1390	81·5% (73·9 to 87·0%)	<0·0001
Suboptimal immunisation (≤14 days before delivery)	18	205	31·7% (−15·2 to 59·5%)*	0·20*

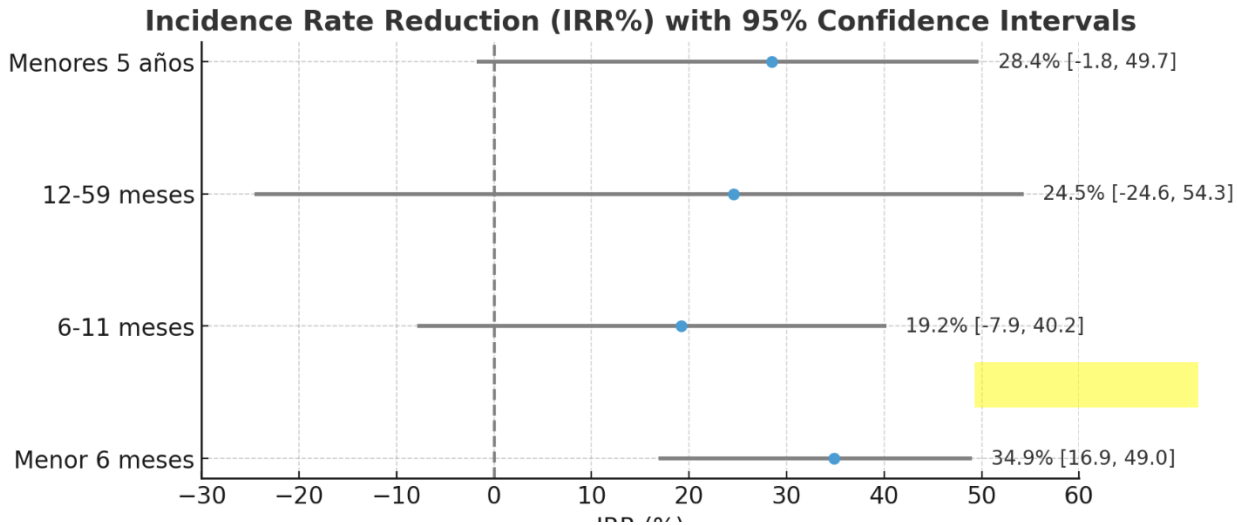


- Estudio de base poblacional (27.575 nacidos vivos)
- <90 días
- 1:10 (caso- control)
- 50% de cobertura de vacunación (mediana 29 semanas: RIQ 26–32)
- EV se mantuvo en pretérminos
- 219 internaciones evitadas

McLachlan I et al. Effectiveness of the maternal RSVpreF vaccine against severe disease in infants in Scotland, UK: a national, population-based case–control study and cohort analysis. Lancet Infect Dis 2025; S1473-3099(25)00624-3

Impacto de la Vacunación materna en Argentina (2024)

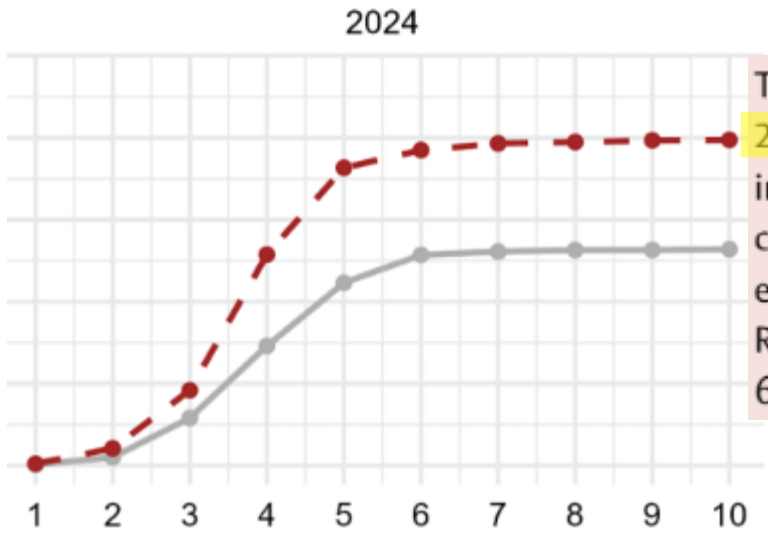
Fuente: Gentile A, Juarez MV, Lucion MF, et al. Impact of Maternal Immunization against Respiratory Syncytial Virus on Hospitalizations Due to Lower Respiratory Tract Infections in Infants: A Multicenter Study in Argentina. Aceptado para publicación en PIDJ.



33-35% de reducción de hospitalizaciones en menores de 6 meses

Impact and effectiveness of RSV maternal immunization on infant hospitalizations in Buenos Aires: a hospital-based, multicentre, retrospective surveillance cohort study

Josefina L. Razzini,[a] Daniela Parada,[b,c] Guillermo Solovey,[b,c] Gonzalo Guiñazú,[a] Emiliano M. Sosa,[a] Sabrina R. Orta,[d] Sofía Esposto,[e] Gabriela Sanluis Fenelli,[f] Anastasia E. Regalado,[e] Valeria Torre,[e] Micaela Pichinenda,[e] María Fabiana Ossorio,[f] Stella Maris Souto,[f] María Nieves Ojeda,[g] Silvana Lugo,[g] Fernando Ferrero,[f] Fernando P. Polack,[i] Julia Dvorkin,[a,b,h,j] and Mauricio T. Caballero,[a,b,h,+,j] RIMA Network Collaborators



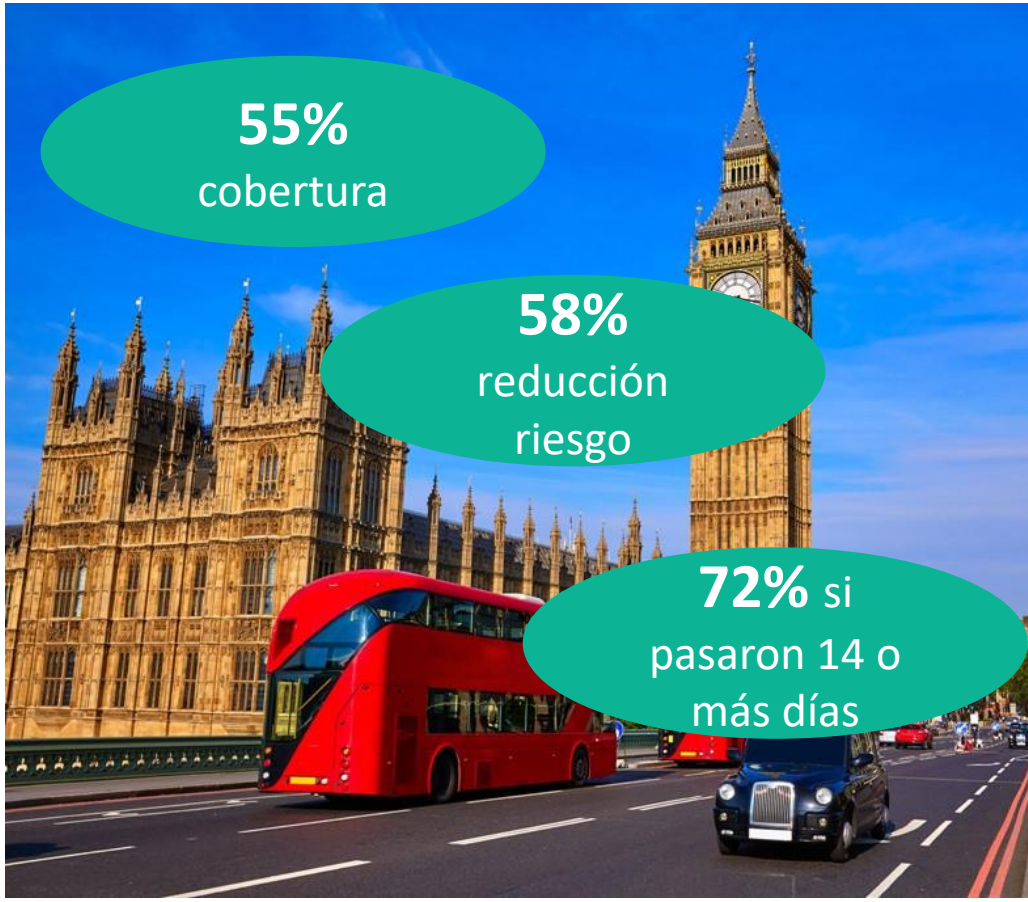
The immunisation programme led to a 33·6% (95% CI 29·5–37·2) reduction in RSV-ALRTI hospitalisations among infants under age six months in 2024, compared to expected cases from previous years (2018, 2019, and 2023). The estimated number needed to immunise (NNI) to prevent one RSV-related ALRTI hospitalisation was 83·9 (95% CI 65·9–185·4).

Impacto en el Reino Unido

"La cobertura de la vacuna contra el VRS ha aumentado de forma constante desde el inicio del programa (1-09-24).

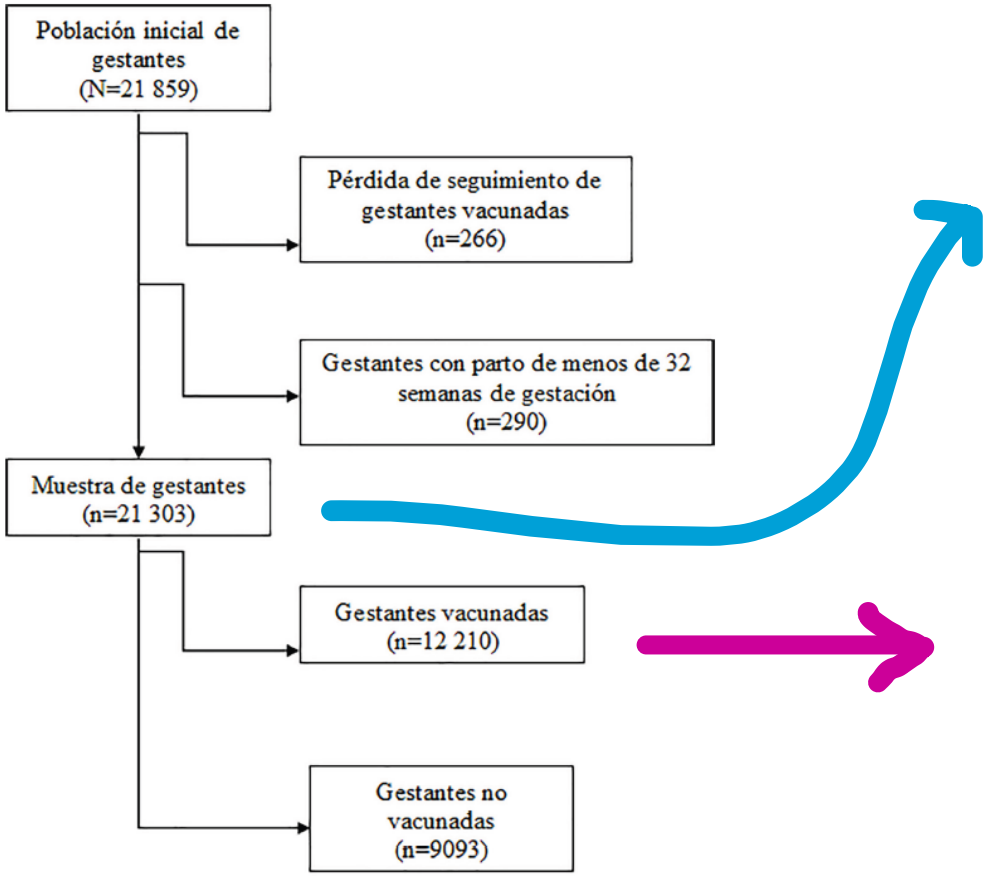
La vacunación materna alcanzó una **cobertura de 55 %** durante este primer año.

La **reducción del riesgo de VSR** fue del **58 %** en los lactantes cuyas madres fueron vacunadas antes del parto. Este efecto aumentó al **72 %** si las madres recibieron la vacuna más de 14 días antes del parto



Fuente: https://www.lshtm.ac.uk/research/centres/vaccine-centre/news/469076/one-year-we-are-seeing-protective-power-widespread-rsv-vaccination

Seguridad en Argentina en vida real



Cobertura de vacunación = 57.3%
Tasa de prematuridad global = **7.8%**
Tasa de bajo peso = **7.3%**
Mediana de la edad de las madres = 28 años (RIC: 23-33 años)
Nivel de instrucción bajo (secundario incompleto o menos) = 36.9%
Parto múltiple= 2.7%

Las personas vacunadas tuvieron:

- **44% menos riesgo de parto prematuro** (RR=0.56; p<0.001) 5.8% vs. 10.6%
- **42% menos de riesgo de bajo peso al nacer** (RR=0.58; p<0.001) 5.5% vs. 9.8%

Fuente: Scruzzi G, et al. Seguridad de la vacuna contra el virus sincicial respiratorio en gestantesMEDICINA (Buenos Aires) 0000. ISSN 1669-9106

Primera temporada de implementación: EE. UU., Argentina, Reino Unido y Francia. Resumen de datos reales sobre nacimientos prematuros.

Estudio (ubicación)	Periodo	Ventana de vacunación	Nacimiento prematuro		
			Vacunados	No vacunados	Riesgo (95% IC)
Son M, et al[1] (USA)	2023-2024	32-36 semanas	5.9%	6.7%	**aOR: 0.87** (0.62, 1.20) **HR: 0.93** (0.64, 1.34)
CDC VSD[2] (USA)	2023-2024	32-36 semanas	4.0%	4.5%	**aRR: 0.90** (0.8, 1.0)
Blauvelt CA, et al[3] (USA)	2023-2024	32-36 semanas	8.5%	18.5%	**aOR: 1.03** (0.55, 1.93)
Hsieh TYJ, et al[4] (USA)	2023-2024	32-36 semanas	7.0%	7.0%	**RR: 1.01** (0.89, 1.15)
Solsman AM, et al[5] (USA)	2023-2024	32-36 semanas	5.5%	6.8%	**aOR: 0.80** (0.67, 0.95)
Scruzzi GF, et al[6] (Argentina)	2024	32-36 semanas	5.8%	10.6%	**RR: 0.56** (0.51, 0.62)
Gabet A, et al[7] (Francia)	2024-2025	32-36 semanas	4.1%	4.3%	**wIRR: 0.97** (0.89, 1.06)
Razai MS, et al[8] (UK)	2024	**28-36 semanas**	10%	9.6%	*P*=0.980

El análisis preliminar de seguridad realizado por UKHSA no observó ninguna señal de asociación con el parto prematuro.

a, ajustado; CDC, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades; IC, intervalo de confianza; HR, razón de riesgo; OR, razón de probabilidades; RR, razón de riesgo; UK, Reino Unido; UKHSA, Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido; USA., Estados Unidos; VSD, Enlace de Datos de Seguridad de Vacunas; wIRR, razón de tasas de incidencia ponderada por ponderación de probabilidad inversa del tratamiento.

1. Son M, et al. *JAMA Netw Open.* 2024;7(7):e2419268. 2. DeSilva M. Prenatal RSVpreF vaccine safety 2023–2024 respiratory season. The Vaccine Safety Datalink (VSD). ACIP Meeting, June 25, 2025. Accessed January 2026. https://www.cdc.gov/acip/downloads/slides-2025-06-25-26/04a-DeSilva-Mat-Peds-RSV-508.pdf 3. Blauvelt CA, et al. *JAMA Netw Open.* 2025;8(2):e2460735. 4. Hsieh TYJ, et al. *Am J Obstet Gynecol.* 2025;233(5):e181-e190. 5. Solsman AM, et al. *Obstet Gynecol.* 2026;147(1):127-130. 6. Scruzzi GF, et al. *Medicina (B Aires).* 2025;85(5):999-1007. 7. Gabet A, et al. *Obstet Gynecol.* 2026;147(1):118-126. 8. Razai MS, et al. *BMJ Open.* 2025;15(9):e101592. 9. United Kingdom Joint Committee on Vaccination and Immunisation. Minute of the meeting held on 01 October 2025. https://app.box.com/s/iddfb4ppwkmtiusir2tc/file/2044018962188

Primera temporada de implementación: EE. UU., Argentina, Reino Unido y Francia. Resumen de datos reales sobre trastornos hipertensivos del embarazo.

Estudio (ubicación)	Periodo	Ventana de vacunación	Trastornos hipertensivos del embarazo		
			Vacunados	No vacunados	Riesgo (95% IC)
Son M, et al[1] (USA)	2023-2024	32-36 semanas	20.1%	18.1%	**aOR: 1.10** (0.90, 1.35) **HR: 1.43** (1.16, 1.77)
CDC VSD[2] (USA)	2023-2024	32-36 semanas	17.4%	15.3%	**aRR: 1.09** (1.03, 1.15)
Blauvelt CA, et al[3] (USA)	2023-2024	32-36 semanas	23.9%	30.5%	*P*=0.08
Hsieh TYJ, et al[4] (USA)	2023-2024	32-36 semanas	21.6%	22.3%	**RR: 0.97** (0.91, 1.04)
Solsman AM, et al[5] (USA)	2023-2024	32-36 semanas	9.8%	9.1%	**aOR: 1.03** (0.90, 1.19)
Scruzzi GF, et al[6] (Argentina)	2024	32-36 semanas	No evaluado		
Gabet A, et al[7] (Francia)	2024-2025	32-36 semanas	1.1%	1.0%	**wIRR: 1.02** (0.85, 1.22)*
Razai MS, et al[8] (UK)	2024	**28-36** semanas	7.5%	6.1%	**aOR: 1.29** (0.63, 2.53; *P*=0.469)

*Solo preeclampsia

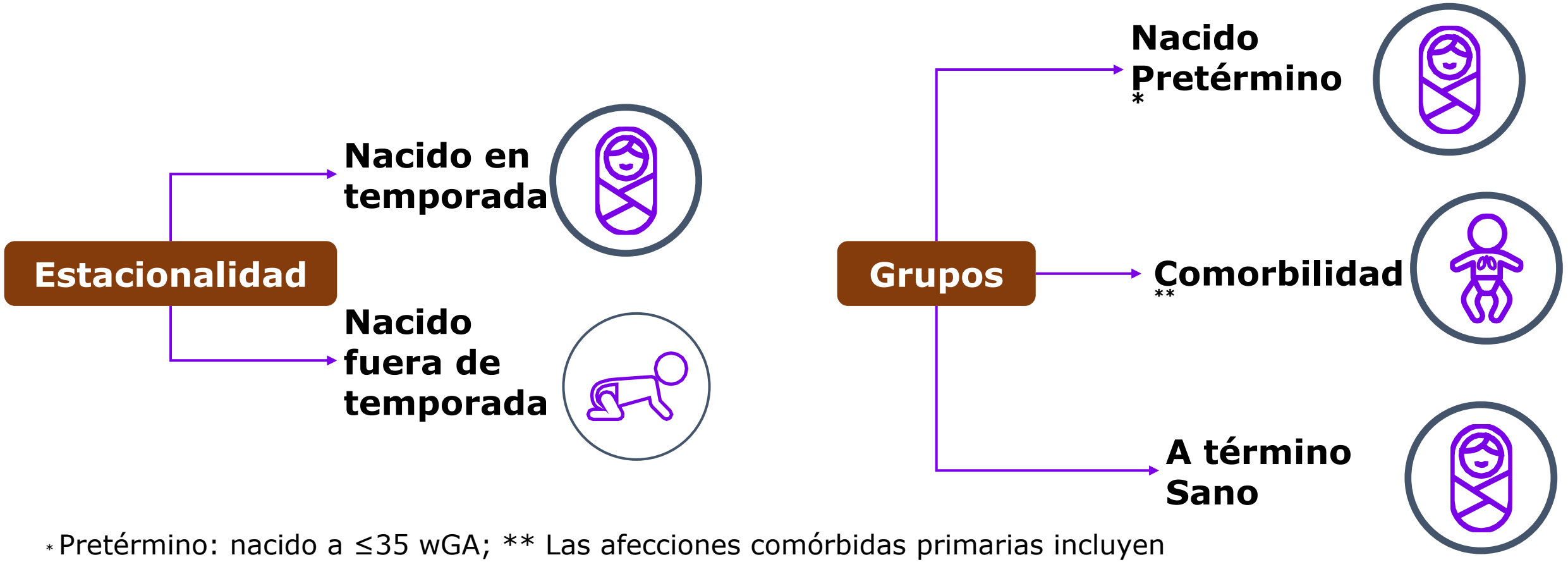
a, ajustado; CDC, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades; IC, intervalo de confianza; HR, razón de riesgo; OR, razón de probabilidades; RR, razón de riesgo; Reino Unido, Reino Unido; EE. UU., Estados Unidos; VSD, Enlace de Datos de Seguridad de Vacunas; wIRR, razón de tasas de incidencia ponderada por ponderación de probabilidad inversa del tratamiento.

1. Son M, et al. *JAMA Netw Open.* 2024;7(7):e2419268. 2. DeSilva M. Prenatal RSVpreF vaccine safety 2023–2024 respiratory season. The Vaccine Safety Datalink (VSD). ACIP Meeting, June 25, 2025. Accessed January 2026. https://www.cdc.gov/acip/downloads/slides-2025-06-25-26/04a-DeSilva-Mat-Peds-RSV-508.pdf 3. Blauvelt CA, et al. *JAMA Netw Open.* 2025;8(2):e2460735. 4. Hsieh TYJ, et al. *Am J Obstet Gynecol.* 2025;233(5):e181-e190. 5. Solsman AM, et al. *Obstet Gynecol.* 2026;147(1):127-130. 6. Scruzzi GF, et al. *Medicina (B Aires).* 2025;85(5):999-1007. 7. Gabet A, et al. *Obstet Gynecol.* 2026;147(1):118-126. 8. Razai MS, et al. *BMJ Open.* 2025;15(9):e101592.

Recomendaciones de la Sociedad Argentina de Pediatría

- La vacunación materna es la estrategia elegida por Argentina para enfrentar la enfermedad por VRS. Es fundamental aumentar las coberturas de vacunación actuales para todas las vacunas a ser administradas en el Embarazo.
- El abordaje es una estrategia universal e integrada, que combine la vacunación materna durante el embarazo con el uso de Ac. monoclonales de vida media prolongada, con el objetivo de proteger a todos los recién nacidos y lactantes pequeños en el primer año de vida durante su primera temporada de circulación del virus.

Todos los lactantes necesitan protección contra el VSR



* Pretérmino: nacido a ≤35 wGA; ** Las afecciones comórbidas primarias incluyen cardiopatía congénita, enfermedad pulmonar crónica, inmunodeficiencia, síndrome de down, parálisis cerebral
VSR: virus respiratorio sincicial

Recomendaciones para la primera temporada:

1. Todos los recién nacidos o lactantes menores de 6 meses:

- hijos de madres que no hayan recibido vacunación contra VSR durante el embarazo
- cuyo nacimiento se haya producido antes de transcurridos 14 días desde la vacunación materna
- cuya madre haya sido vacunada pero con posible respuesta inmune subóptima a la vacunación, como aquellas con condiciones de inmunocompromiso.

Coberturas de vacunación primera y segunda temporada

Año 2024 (primera temporada)

67.8% cobertura de vacunación

Mas de 147.000 dosis administradas

Duración de la campaña: marzo a septiembre

Año 2025 (segunda temporada)

68.1% cobertura de vacunación

Mas de 194.000 dosis administradas

Duración de la campaña: enero-octubre

Coberturas comparables a las otras vacunas administradas en el embarazo

Sociedad Argentina de Pediatría

Recomendaciones para la primera temporada:

2. Todos los recién nacidos o lactantes menores de 12 meses*:

- con antecedente de nacimiento prematuro menor de 32 semanas

* Estos grupos podrían estar en su primera o segunda temporada

Epidemiología del VRS en Argentina: desde la pandemia por COVID-19 a la estrategia de vacunación materna

Table 5. Multivariate analysis of factors associated with RSV infection versus other respiratory viruses in hospitalized cases of ALRTI.

RSV infection associated factors	OR (95% CI)	p
Prematurity	1.3 (1.1-1.5)	0.004
Congenital heart disease	1.1 (0.9-1.4)	0.274
Chronic neurological disease	0.7 (0.6-1.1)	0.091
Comorbidities	1.8 (1.6-2)	<0.001
Age under 6 months	1.8 (1.6-2.1)	<0.001

Factores asociados a mayor riesgo de infección por VRS:

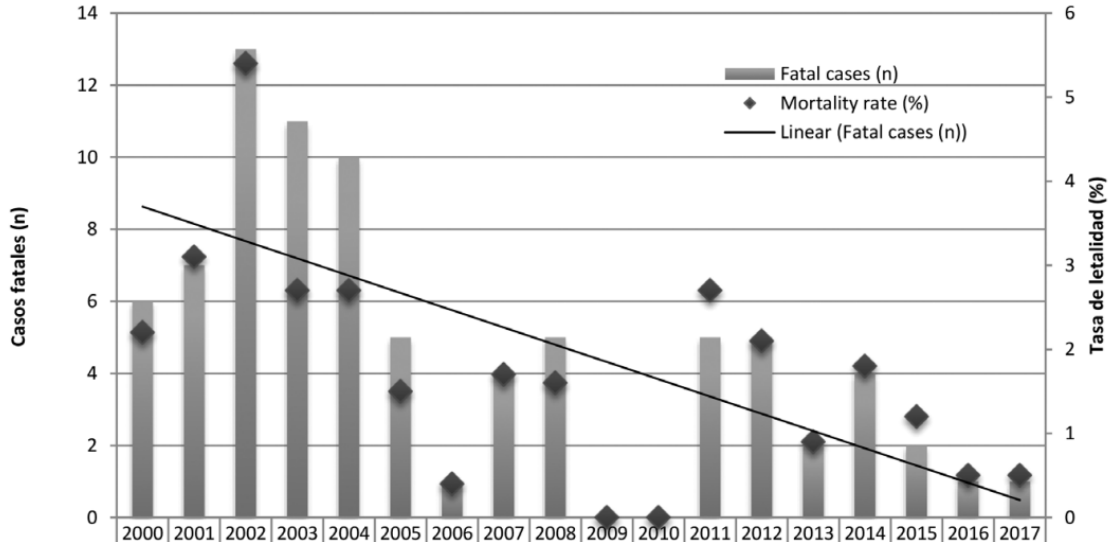
- Prematurez
- Comorbilidades
- Edad menor a seis meses

"RSV EPIDEMIOLOGY IN ARGENTINA: FROM COVID-19 PANDEMIC TO THE MATERNAL INMUNIZATION STRATEGY "(aceptado por PIDJ en suplemento INMIS) Authors: Angela Gentile [1], María del Valle Juárez [1], María Florencia Lucion[1], Gabriela Ensinck [2], Oscar Lopez [3], Pablo Melonari [4], Tatiana Fernández [5], Andrés Logiosa [5], Gustavo Lazarte [2], Silvina Lobertti [2], Natalia Pejito [1], Camila Racana [1], Leandro López [3], Gabriela Gregorio [5].

Factores de riesgo en la infancia

Fuentes: (1) Gentile et al. Burden of Respiratory Syncytial Virus Disease and Mortality Risk Factors in Argentina: 18 Years of Active Surveillance in a Children's Hospital. The Pediatric Infectious Disease Journal 38(6):p 589-594, June 2019.
(2) Caballero M et al. Mortality Associated With Acute Respiratory Infections Among Children at Home. J Infect Dis. 2019 Jan 9;219(3):358-364.

Tasa de letalidad 1,7% (1)



	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Fatal cases (n)	6	7	13	11	10	5	1	4	5	0	0	5	5	2	4	2	1	1
Mortality rate (%)	2.2	3.1	5.4	2.7	2.7	1.5	0.4	1.7	1.6	0	0	2.7	2.1	0.9	1.8	1.2	0.5	0.5

FIGURE 2. Annual RSV cases and mortality rate distribution, 2000 to 2017.

Figura: Gentile et al. Burden of Respiratory Syncytial Virus Disease and Mortality Risk Factors in Argentina: 18 Years of Active Surveillance in a Children's Hospital. Pediatr Infect Dis J 2019;38:589–594

Sociedad Argentina de Pediatría

Recomendaciones para la primera temporada:

3. Todos los lactantes 6-12 meses*: independientemente del antecedente de vacunación materna o la presencia de factores de riesgo

* Estos grupos podrían estar en su primera o segunda temporada

El VSR es el principal agente etiológico que ocasiona IRAB en nuestro país

Programa de Vigilancia Epidemiológica, para IRAB en el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez (HNRG) en el período 2000-2018

16018
Egresos por IRAB

6047
Positivos para virus respiratorios

81,1%
Debido a VSR

7 días
De estadía hospitalaria

86%
Sanos nacidos a término

7 meses
Edad promedio a la internación

8,5%
Requirieron UCI

1- Respiratory syncytial virus in preterm infants: 19 years of active epidemiological surveillance in a children's hospital, Arch Argent Pediatr 2020;118(6):386-392

Distribución por edad de la enfermedad por VRS en niños menores de cinco años

Age distribution of respiratory syncytial virus disease in children younger than 5 years in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis

Sarwat Mahmud, Kevin van Zandvoort*, Ling Guo, You Li, Harish Nair, Daniel R Feikin, Erin Sparrow, Fahmida Chowdhury, Cheryl Cohen, Ghassan S Dbaibo, Angela Gentile, Christopher J Gill, Aubree Gordon, Katherine C Horton, Qing Cao, Kirill Stolyarov, Andrew D Clark, on behalf of the RSV Age Study Collaborators†*

	Community cases	Outpatient or clinic visits	Emergency room visits	Inpatient ward admissions	Intensive care unit admissions	Facility deaths	Non-facility deaths
(Continued from previous page)							
Cumulative percentage of RSV disease in children <5 years for all LMIC datasets combined							
1 month	1%	1%	4%	2%	6%	12%	14%
2 months	5%	3%	12%	7%	22%	25%	27%
3 months	9%	6%	20%	15%	37%	36%	38%
4 months	15%	10%	27%	24%	47%	45%	46%
5 months	20%	14%	34%	33%	55%	52%	52%
6 months	26%	19%	40%	41%	60%	57%	57%
12 months	54%	46%	63%	71%	78%	76%	75%
24 months	80%	75%	83%	89%	90%	89%	88%
36 months	91%	88%	92%	95%	95%	95%	94%
48 months	97%	95%	97%	98%	98%	98%	98%
60 months	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

All statistics presented are based on the single best-fitting curve for each RSV outcome, allowing reproduction with fitted Burr parameters. Notably, when testing for differences between age distributions for different subgroups, we instead used the median (95% credible interval) across 500 posterior samples (appendix p 27). For this reason, the median ages presented in the table might differ slightly from those presented in the results. LMIC=low-income and middle-income country. RSV=respiratory syncytial virus.

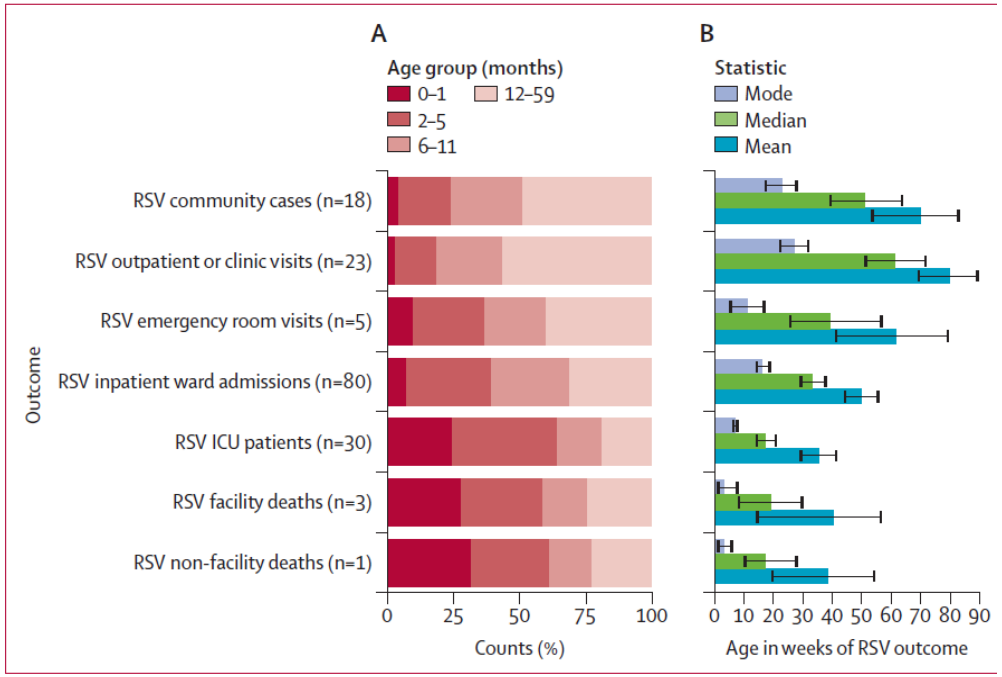


Figure 4: Summary statistics for the age distribution of alternative RSV disease outcomes in LMICs

Mortalidad: 50% de las muertes en menores de 6 meses y alrededor del 75% en menores de un año
Hospitalización: 41% de los casos en menores de 6 meses
Visita a urgencias: 41% menores de 6 meses

Sociedad Argentina de Pediatría

- Pacientes menores de 2 años de edad con enfermedades de base en su primera y segunda temporada de circulación de VRS :

  - Cardiopatías congénitas hemodinámicamente significativa.
  - Pacientes con inmunocompromiso
  - Enfermedad pulmonar crónica
  - Síndrome de Down
  - Anomalías de la vía aérea
  - Fibrosis quística
  - Enfermedad neuromuscular
  - Hernia diafragmática
  - Metabolopatías

Sociedad Argentina de Pediatría

Recomendaciones para la primera temporada:

1. Todos los recién nacidos o lactantes menores de 6 meses:
   - hijos de madres que no hayan recibido vacunación contra VSR durante el embarazo
   - cuyo nacimiento se haya producido antes de transcurridos 14 días desde la vacunación materna
   - cuya madre haya sido vacunada pero con posible respuesta inmune subóptima a la vacunación, como aquellas con condiciones de inmunocompromiso.
2. Todos los recién nacidos o lactantes menores de 12 meses*:
   - con antecedente de nacimiento prematuro menor de 32 semanas
3. Todos los lactantes 6-12 meses*: independientemente del antecedente de vacunación materna o la presencia de factores de riesgo

* Estos grupos podrían estar en su primera o segunda temporada

Sociedad Argentina de Pediatría

- **Pacientes menores de 2 años de edad con enfermedades de base en su primera y segunda temporada de circulación de VRS :**

  - Cardiopatías congénitas hemodinámicamente significativa.
  - Pacientes con inmunocompromiso
  - Enfermedad pulmonar crónica
  - Síndrome de Down
  - Anomalías de la vía aérea
  - Fibrosis quística
  - Enfermedad neuromuscular
  - Hernia diafragmática
  - Metabolopatías

Recomendación Sociedad Latinoamericana de Infectologia pediátrica (SLIPE)

EXPERT REVIEW OF VACCINES
2025, VOL. 24, NO. 1, 578–580
https://doi.org/10.1080/14760584.2025.2524530

Taylor & Francis
Taylor & Francis Group

EDITORIAL

OPEN ACCESS Check for updates

Advancing Respiratory Syncytial Virus (RSV) prevention in Latin America: updated recommendations from the Pediatric Infectious Diseases Society of Latin America (SLIPE) expert group on RSV prevention

María L. Ávila-Agüero[a,b], Roberto Debbag[c], Helena Brenes-Chacón[a], Jose Brea-Del Castillo[d], Luiza H. Falleiros-Arlant[e], Alejandra Soriano-Fallas[a], Carlos N. Torres Martínez[f], Lourdes Dueñas[g], Abiel H. Mascareñas-de Los Santos[h], Pio Lopez[i], Mónica Pujadas[j], Juan P. Torres[k], Xavier Sáez-Llorens[l] and Angela Gentile[m]

SLIPE
Sociedad Latinoamericana de Infectología Pediátrica

El Grupo de Expertos de SLIPE VSR, considerando la importancia de establecer las recomendaciones generales para nuestra región, propone las siguientes recomendaciones regionales

Opción 1: Estrategia de enfoque único

Ac. monoclonal de larga duración

Población objetivo: Todos los lactantes

Opción 2: Estrategia mixta

Vacunación materna contra el VSR + Ac. monoclonal de larga duración (grupo no protegido

Población objetivo: Garantizar una protección integral y equitativa para las poblaciones vulnerables

Advancing Respiratory Syncytial Virus (RSV) prevention in Latin America: updated recommendations from the Pediatric Infectious Diseases Society of Latin America (SLIPE) expert group on RSV prevention

sanofi

Ministerio de Salud 2026: Lineamientos técnicos – Nirsevimab

Objetivo general: reducir la mortalidad por **IRAB graves por VSR** durante la temporada invernal 2026, mediante la **administración oportuna de nirsevimab** en la población infantil más vulnerable del sistema público de salud.

Prevención de la infección respiratoria aguda grave por virus sincicial respiratorio en pediatría

Nirsevimab
Anticuerpo monoclonal específico

Lineamientos técnicos y operativos

Campaña de Invierno 2026

Población objetivo

- **Prematuros ≤32 sem o PN < 1500 g → hasta 6 meses * (nacidos ≥ 1° nov año previo)**
- **Prematuros < 29 sem + PN < 1000 g (ambos criterios) → hasta 12 meses * (nacidos ≥ 1° mayo año previo)**
- **Niños hasta 12 meses * + cardiopatía congénita con hiperflujo pulmonar**
- **Niños hasta 12 meses * + oxígeno domiciliario (independiente de EG/PN)**

El cronograma de administración se compone de una (1) única dosis del anticuerpo, la cual podrá ser administrada durante los meses de **mayo, junio, julio o agosto**.

*Al inicio de la temporada.
Estas recomendaciones tienen carácter dinámico, serán monitoreadas de manera continua, pudiendo ajustarse a la situación epidemiológica nacional.

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/nirsevimab-lineamientos_tecnicos_y_operativos_2026.pdf

Dosificación de Nirsevimab

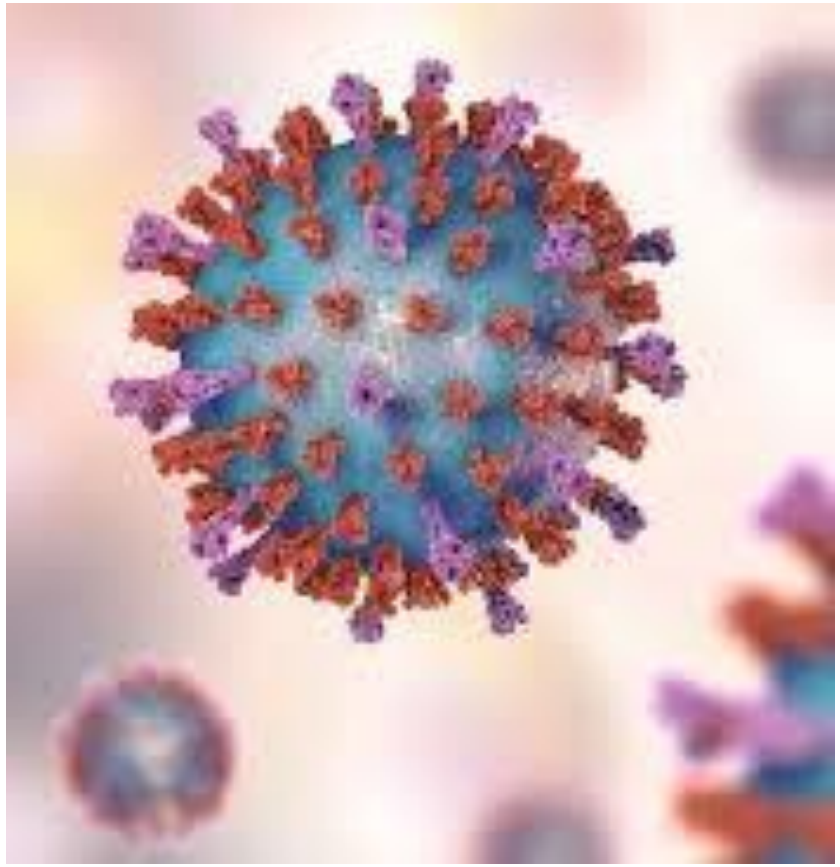
Nirsevimab es un anticuerpo monoclonal de vida media prolongada. Su dosificación se define en función del peso y de la temporada de exposición al VSR, en concordancia con la evidencia farmacocinética, que demuestra que la biodistribución y la eliminación de los anticuerpos monoclonales dependen principalmente del peso corporal y la edad del paciente.

- Primera temporada de VSR: se indica una dosis única ajustada al peso, con 50 mg en lactantes con peso < 5 kg y 100 mg en aquellos con peso ≥ 5 kg.

- Segunda temporada de VSR: se utiliza una dosis fija de 200 mg, independientemente del peso.(ANMAT)

Conclusiones

- El VSR constituye un **problema relevante de salud** pública a nivel global.
- La **mortalidad se concentra** en poblaciones con mayor vulnerabilidad socioeconómica, evidenciando inequidades en salud.
- Los lactantes **menores de 6 meses** y **hasta el año de edad** presentan el mayor riesgo de enfermedad grave.
- Existen **grupos de alto riesgo** que mantienen una elevada morbimortalidad **hasta los 2 años de vida**.
- La **estacionalidad del VSR** varía según la región, probablemente influenciada por factores climáticos y ambientales.
- En los últimos años, la incorporación de nuevas estrategias de prevención ha comenzado a **transformar el paradigma de protección** en la infancia.

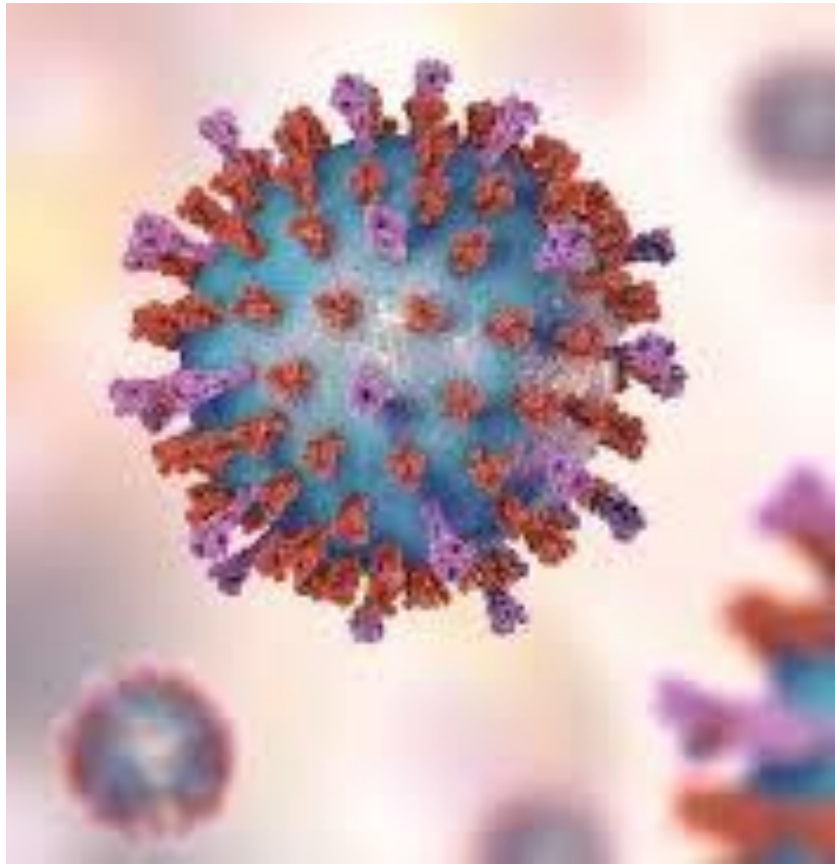


Conclusiones

- El uso de la estrategia de vacunación materna contra el VRS implica el uso del anticuerpo monoclonal de larga duración como estrategia integrada

- 2- Los grupos de riesgo marcados por SAP son claves en términos de prevención y bajo el concepto de equidad. El menor de un año , con o sin factores de riesgo, debería ser protegido

- 3- Es fundamental siempre recordar las medidas generales de prevención fundamentalmente la lactancia materna, la prevención contra las infecciones respiratorias y el uso racional de antimicrobianos.



Muchas Gracias !!!