

**SOCIEDAD PANAMEÑA
DE PEDIATRÍA**



BOLETÍN INFORMATIVO

**Actualización basada en evidencia:
Inmunización frente al Virus
Respiratorio Sincitial (VRS)**

**Comité de Vacunas
Agosto 2026**

<https://spp.com.pa> 

@spponline 



**Sociedad Panameña de Pediatría (SPP) - Comité de Vacunas.
Boletín informativo - Agosto 2026. Actualización basada en
evidencia: Inmunización frente al Virus Respiratorio Sincitial (VRS)**

Autores:

- Dr. Manuel Alvarado Villarreal - Pediatra Intensivista, Vicepresidente Junta Directiva.
- Dra. Ana Lucas - Comité de Vacunas SPP, Tesorera Junta Directiva.
- Dra. Yesenia Williams Alvarado - Coordinadora del Comité de Vacunas SPP, Vocal Junta Directiva.

Diseño y Redacción:

Dra. Yesenia Williams Alvarado - Coordinadora del Comité de Vacunas SPP

Revisión y Edición:

Comité de Vacunas SPP

Junta Directiva 2025 - 2027

Aprobación:

Junta Directiva SPP

2025 - 2027

Cita propuesta: De la Sociedad Panameña de Pediatría, Comité de Vacunas (Agosto 2026). Boletín informativo. Actualización basada en evidencia: Inmunización frente al Virus Respiratorio Sincitial (VRS).

Los autores/desarrolladores de este documento declaran no tener ningún conflicto de interés que pueda influir o sesgar el contenido, las recomendaciones aquí presentadas.



CONTENIDO



01

Evolución de las recomendaciones de la Sociedad Panameña de Pediatría.

02

Justificación de la actualización.

03

Panorama epidemiológico actual.

04

Revisando la evidencia actual - inmunización contra VRS.

05

Evidencia de seguridad en el uso combinado de ambas estrategias.

06

Importancia del *timing* en la implementación de estrategias de inmunización frente al Virus Respiratorio Sincitial (VRS)

07

El paciente crítico por VRS en pediatría: Ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos

08

Recomendaciones finales de la Sociedad Panameña de Pediatría – agosto 2026.



Las recomendaciones del Comité de Vacunas de la SPP respecto a la prevención del Virus Respiratorio Sincitial (VRS) han evolucionado significativamente a partir de la incorporación de nueva evidencia científica y la experiencia de aplicación en la vida real.

A. En **agosto de 2024** publicamos nuestro primer documento, planteándose desde el primer momento anticuerpos de acción prolongada como estrategia ideal, recomendando aplicarlo en las maternidades del país en los meses de mayor circulación (mayo a diciembre) del virus junto con las vacunas de nacimiento. Se propuso una estrategia de rescate o catch up en los centros de la red primaria (la inmunización es la estrategia de atención primaria por excelencia!) en aquellos lactantes nacidos entre enero y abril, enfocándose en menores de 6 meses y hasta los 2 años en pacientes con alto riesgo.

B. Con la evidencia de que el anticuerpo monoclonal de acción prolongada – nirsevimab demostró protección más allá de los 6 meses de vida, la SPP actualiza las recomendaciones en **enero de 2025** a una administración continua a lo largo de todo el año eliminando así la necesidad de esquemas complejos de recuperación.

C. Tras la decisión del Ministerio de Salud (MINSa) en **mayo de 2025** de implementar una estrategia combinada, la SPP estructuró las recomendaciones integrales vigentes:

- Vacuna Materna (RSV preF): Indicada para mujeres embarazadas en el tercer trimestre (semanas 32 a 36) para lograr inmunización pasiva del lactante.
- Anticuerpo Monoclonal de acción prolongada: Destinado a la inmunización al nacer de los recién nacidos cuyas madres no fueron cubiertas por la vacuna materna. Ambas estrategias se establecieron para aplicarse durante todo el año.

En la actualidad, Panamá administra la vacuna contra el VSR a embarazadas entre las semanas 30 - 36 de gestación y a adultos mayores de 60 años. Próximamente, la estrategia combinada se complementará con la llegada de anticuerpos monoclonales de acción prolongada.

01

Evolución de las recomendaciones de la Sociedad Panameña de Pediatría.

AGOSTO 2024

ANTICUERPO MONOCLONAL DE ACCIÓN PROLONGADA

Planteándose desde el primer momento anticuerpos de acción prolongada como estrategia ideal, recomendando aplicarlo en las maternidades del país en los **meses de mayor circulación** (mayo a diciembre) del virus junto con las vacunas de nacimiento.

APLICACIÓN CONTINUA DEL AC MONOCLONAL

Nirsevimab demostró protección más allá de los 6 meses de vida, la SPP actualiza las recomendaciones en enero de 2025 a una **administración continua a lo largo de todo el año** eliminando así la necesidad de esquemas complejos de recuperación.

ENERO 2025

MAYO 2025

DECISIÓN DE PAÍS - ESTRATEGIA COMBINADA

Tras la decisión del Ministerio de Salud (MINSA) en mayo de 2025 de implementar una estrategia combinada, la SPP estructuró las recomendaciones integrales.



Este documento de actualización se sustenta en una conjunción crítica de datos epidemiológicos recientes con pobre impacto clínico actual y la disponibilidad de innovaciones farmacológicas que optimizan la inmunización pasiva.

1. Desde mayo de 2025 la estrategia mixta elegida no se ha implementado. Luego de 14 meses de esta decisión, la vacuna materna ha sido la única estrategia administrada en el país, sin alcanzar las coberturas necesarias.
2. La circulación del VRS ha demostrado un comportamiento implacable sobre la población vulnerable. De acuerdo con los reportes oficiales del Ministerio de Salud, se registran 13 defunciones asociadas al VRS hasta julio de 2026, de las cuales 12 corresponden a menores de cinco años. Este panorama refleja una presión asistencial crítica —evidenciada por alta ocupación en unidades de cuidados intensivos pediátricos— que exige una redirección inmediata hacia intervenciones de alta efectividad poblacional y cumplimiento riguroso.
3. La literatura internacional y los análisis de salud pública confirman que la respuesta más robusta y costo-efectiva radica en una estrategia mixta sincronizada: combinar la inmunización materna con la profilaxis directa mediante anticuerpos monoclonales de acción prolongada en los lactantes. El aseguramiento y la disponibilidad oportuna de estos anticuerpos garantizan un puente protector inmediato y estandarizado para los recién nacidos, neutralizando el impacto de las bajas coberturas maternas y reduciendo drásticamente las hospitalizaciones por bronquiolitis y neumonía grave.
4. Innovación farmacológica con la inclusión de nuevas alternativas como el clesrovimab, un anticuerpo monoclonal humanizado de vida media prolongada que ha demostrado reducción significativa en la incidencia de infecciones respiratorias bajas y hospitalizaciones asociadas a VRS.

Panamá se encuentra en un periodo de alta circulación viral por encima del umbral de alerta institucional. El Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud (MINSa) ha confirmado 13 defunciones asociadas al VRS en lo que va de 2026, de las cuales 12 (92.3%) corresponden a menores de cinco años. El 69.2% concentradas en el pico de mayor circulación entre las semanas 23 y 28 siendo la comarca Ngäbe Buglé concentra la mayor proporción de las muertes.

A finales del mes de julio de 2026, el Ministerio de Salud ha confirmado la adquisición de anticuerpo monoclonal (*nirsevimab*) para inicio de la estrategia combinada de inmunización contra VRS.

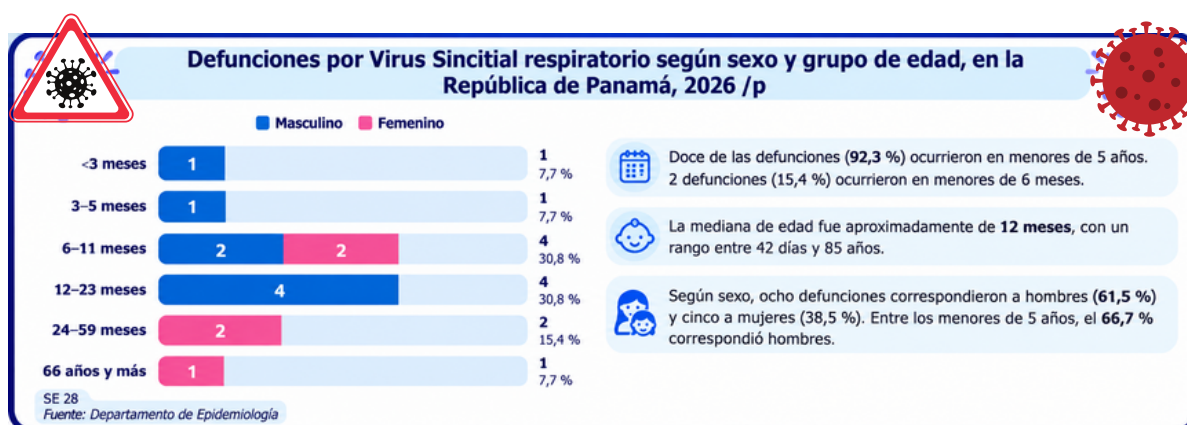
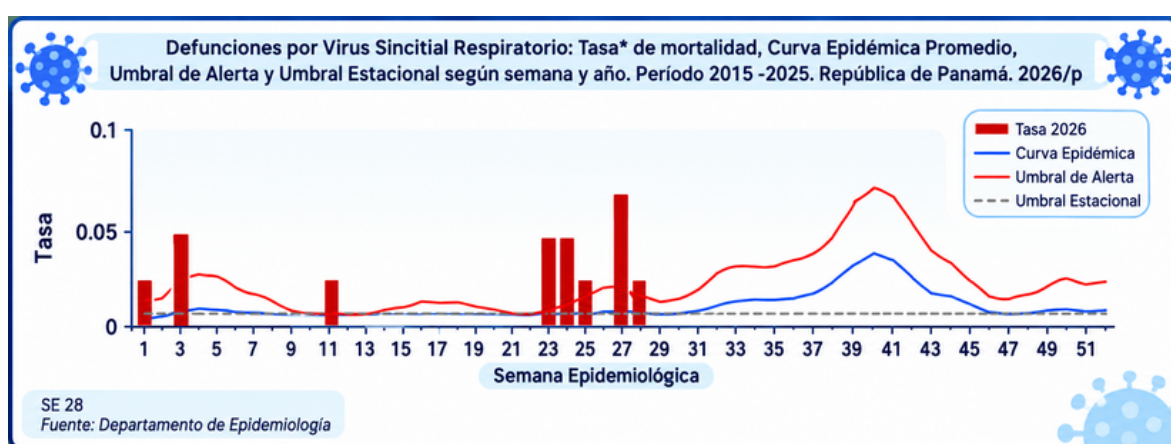


Figura 1. La gráfica muestra la evolución de la tasa de mortalidad por Virus Sincitial Respiratorio (VSR) en Panamá durante 2026. Se observa que las defunciones se concentraron en las primeras 28 semanas epidemiológicas, con un pico alrededor de la semana 27, mientras que el mayor incremento esperado de circulación viral ocurre entre las semanas 39 y 42.

Figura 2. La distribución de las defunciones por VSR según sexo y grupo de edad evidencia que la mayoría de los fallecimientos ocurrieron en menores de 5 años, especialmente en lactantes de 6-23 meses. Predominó el sexo masculino, que representó el 61,5 % de las defunciones, y la mediana de edad fue de aproximadamente 12 meses, lo que resalta la mayor vulnerabilidad de los niños pequeños frente a esta infección. El 46% de las muertes ocurrieron en menores de 1 año.

La evidencia científica más sólida actual para la prevención del Virus Respiratorio Sincitial (VRS) se divide en dos enfoques principales:

- En **recién nacidos y lactantes**: Se establece una protección universal basada en una de dos estrategias: la aplicación de la vacuna materna (RSVpreF) o la administración de un anticuerpo monoclonal de acción prolongada al lactante (nirsevimab o clesrovimab).
 - Este esquema moderno complementa o desplaza al palivizumab, que era la estrategia conocida para proteger a estas poblaciones en el pasado.
- En **adultos**: Se recomienda la vacunación (incluyendo RSVpreF) a partir de los 60 años o más, de acuerdo con el nivel de riesgo y la edad. No obstante, no existe una recomendación rutinaria para adultos vulnerables de 18 años en adelante, ni para el personal de salud sano que se encuentre fuera de los criterios de indicación.

a. Estrategias de inmunización en la población pediátrica

Anticuerpos monoclonales de acción prolongada	
Nirsevimab (Beyfortus)	• Infecciones respiratorias bajas con necesidad de atención médica: Reducción del 79,0%. • Hospitalizaciones por VRS-LRTI: Reducción del 80,6%. • Reducción del ingreso a UCI por VRS: 75.6% (8 estudios). • En los estudios incluidos no se reportaron EA graves atribuibles; EA leves transitorios (fiebre/reacción local) dominan. <i>Dosis: según peso</i> • 50 mg <5 kg • 100 mg ≥5 kg). ◦ Esquemas adicionales según riesgo: durante la segunda temporada, 200 mg (dos inyecciones de 100 mg) en niños de 8 a 19 meses de alto riesgo, dosis adicional tras cirugía cardíaca con bypass cardiopulmonar y en pacientes con descenso de las concentraciones del anticuerpo.
Clesrovimab (Enflonsia)	• Eficacia (ensayo pivotal fase 2b/3, doble ciego, placebo; seguimiento eficacia 150 días): ◦ Infecciones respiratorias bajas agudas por VRS con atención médica (<i>medically attended LRTI</i>): Reducción relativa del 60,4% (2,5% vs. 6,2%). ◦ Hospitalizaciones por RSV-LRTI: Reducción del 90,9% (0,2% vs. 2,2%). ◦ Perfil de seguridad: Incidencia de eventos adversos graves totales (EA) del 11,5% vs. 12,4% (RR 0,93; IC 95%: 0,77–1,12) con un seguimiento de hasta 1 año. Ventaja operativa: dosis única fija 105 mg IM (no depende de peso), lo que simplifica la implementación y disminuye la posibilidad de errores programáticos asociados . Desde el punto de vista inmunológico, se une al sitio antigénico 4 de la proteína F del VRS, un epítipo altamente conservado, lo que se ha asociado a un menor riesgo teórico de escape viral por mutaciones, además de mostrar una alta distribución en tejido nasal, sitio primario de replicación viral.

Vacuna RSVpreF (Abrysvo): embarazo e impacto en lactantes

Eficacia clínica global en lactantes	El ensayo MATISSE (Maternal Immunization Study for Safety and Efficacy) demostró que la vacuna RSVpreF administrada en gestantes redujo el riesgo de infección respiratoria inferior grave asociada al VRS en un 81.8% a los 90 días de vida y en un 69.4% a los 180 días en los lactantes. Este estudio evaluó a más de 7,000 mujeres embarazadas con edades gestacionales comprendidas entre la semana 24 y la 36 (con una mediana de 31 semanas).
Reducción de hospitalizaciones	Estudios de efectividad en vida real confirman una disminución superior al 75% en las admisiones hospitalarias por bronquiolitis por VRS en menores de tres meses cuyas madres completaron la inmunización en el periodo gestacional recomendado.
Población que queda desprotegida bajo un esquema exclusivo materno	• Prematuros extremos y nacimientos anticipados: Recién nacidos antes de los 15 días de administración o de madres que no alcanzaron a recibir la dosis. • Fallos en la transferencia placentaria: Lactantes de madres con patologías placentarias o condiciones que impiden el paso efectivo de inmunoglobulinas. • Hijos de madres no vacunadas: Población afectada por barreras de acceso al control prenatal o reticencia/rechazo a la inmunización. • Lactantes mayores de 6 meses con riesgo: Niños cuya protección transplacentaria ha decaído naturalmente.
Aplicación	Dosis única de 0.5 mL vía intramuscular en todas las embarazadas, entre la semana 30 y 36 de gestación (Esquema de vacunación CONAPI/PAI Enero 2026).

b. Estrategias de inmunización en adultos mayores y población de riesgo

- Efectividad contra hospitalización en adultos mayores (real-world): 79.6% (95% CI 73.8–85.3; 3 estudios) para hospitalización asociada a VRS.
- Seguridad: es una vacuna segura. Se reportan casos de Síndrome Guillain – Barré <10 casos por millón de dosis.
- Administración a mayores de 18 años:
 - La Agencia Europea de Medicamentos (EMA) y la Comisión Europea han ampliado la indicación de vacunas específicas frente al VRS —como Arexvy— para incluir no solo a los adultos mayores, sino también a la población adulta con condiciones de alto riesgo (con rangos de edad que varían a partir de los 18 o 50 años según el inmunógeno). En el caso de Abrysvo, su uso está autorizado desde los 18 años de edad y en mujeres gestantes.
 - Por su parte, la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de Estados Unidos también aprobó la expansión de estas indicaciones para su uso en adultos de alto riesgo a partir de los 18 años.
 - Hasta el momento, nuestro país no ha emitido recomendaciones oficiales de inmunización para este grupo de edad específico.
- No hay recomendación de vacunación rutinaria por ocupación (salvo que cumplan criterios por edad/riesgo antes descritas).

Evidencia programática/económica (útil para “mejor estrategia” a nivel sistema)

- Modelo EE. UU. en lactantes sanos, Pediatrics 2026: la estrategia mixta (RSVpreF + nirsevimab) fue más costo-efectiva que nirsevimab universal desde perspectiva social.
- Modelado Italia (Lombardía): anticuerpo monoclonal de acción prolongada en lactantes proyecta mayor reducción de hospitalizaciones que vacuna materna; en la estrategia mixta (vacuna + anticuerpo monoclonal solo en no vacunadas) queda por debajo de anticuerpo monoclonal amplio cuando la cobertura/eficacia del anticuerpo monoclonal es mayor.

05

Evidencia de seguridad en el uso combinado de ambas estrategias.

En cuanto a la seguridad de la administración combinada de ambas estrategias de inmunoprofilaxis contra VRS, el estudio de *Rostad et al. (2026)*, un ensayo aleatorizado, abierto, de fase 4 realizado en 8 sitios de Estados Unidos, aporta evidencia interina tranquilizadora.

En este estudio se asignaron 181 binomios madre-hijo a cuatro grupos: vacuna materna RSVpreF sola, vacuna materna combinada con nirsevimab al nacer, vacuna materna combinada con nirsevimab a los 3 meses, o nirsevimab solo al nacer. Los resultados mostraron que tanto los productos administrados de forma individual como en combinación fueron seguros, sin eventos adversos serios relacionados en madres ni en lactantes-

El nirsevimab fue bien tolerado, y toda la reactogenicidad local y sistémica reportada fue de intensidad leve a moderada.

Estos hallazgos permiten afirmar, con base en evidencia directa, que si por cualquier motivo una madre recibe la vacuna RSVpreF durante el embarazo y su hijo recibe adicionalmente nirsevimab — ya sea al nacer o a los 3 meses—, no existen señales de alarma en seguridad asociadas a la superposición de ambas estrategias. Esto resulta especialmente relevante en la práctica clínica real, donde la secuencia de inmunización no siempre puede planificarse de forma perfecta, y brinda tranquilidad tanto a los equipos de salud como a las familias ante la eventual coadministración o superposición de ambas intervenciones.

06

Importancia del timing en la implementación de estrategias de inmunización frente al Virus Respiratorio Sincitial (VRS)

Iniciar una estrategia de inmunización pasiva de manera aislada o desfasada —especialmente cuando se ejecuta de forma tardía o justo después de la temporada alta de mayor circulación viral — genera limitaciones operativas y epidemiológicas críticas que explican la ausencia de un impacto positivo inmediato a nivel comunitario.

Si la inmunización se despliega fuera de tiempo (post-pico o en periodos de baja circulación), los lactantes susceptibles ya habrán transitado por su primer pico de exposición sin anticuerpos protectores, o bien la cohorte de riesgo recibirá la profilaxis cuando la presión de contagio comunitario ya ha descendido de manera natural. Esto diluye drásticamente el impacto preventivo sobre la incidencia de bronquiolitis grave y las admisiones hospitalarias urgentes.

La evidencia internacional subraya que el timing condiciona directamente la eficiencia y la percepción de efectividad de costo de la intervención. Esto puede conducir a una falsa apreciación de baja efectividad del recurso biológico debido a un error cronológico en su implementación.

Los estudios internacionales actuales demuestran que aproximadamente el 5% de todos los lactantes hospitalizados por VRS requieren ingreso a unidades de cuidados intensivos (UCIP/UCIN), afectando de manera crítica a los menores de 3 meses (quienes representan hasta tres cuartas partes de los casos graves). Entre el 50% y el 60% de los lactantes ingresados a cuidados intensivos por VRS precisan soporte ventilatorio avanzado (ventilación mecánica invasiva o no invasiva), evidenciando que la gran mayoría de estos pacientes críticos son lactantes previamente sanos y nacidos a término. El costo de manejo de un paciente con VRS en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP/UCIN) es en promedio de 2 a 5 veces mayor en comparación con una hospitalización en sala general o cuidados intermedios.

Las recomendaciones van orientadas a 3 momentos cruciales: antes, durante y después de su estancia en intensivos neonatales o pediátricos.

Antes de Cuidados Intensivos: PREVENIR EL INGRESO	• Garantizar la administración de la vacuna materna entre las semanas 30 y 36 de gestación (recomendación SPP - julio 2026 de adelantar su aplicación a partir de la semana 28) y aplicar de forma sostenida anticuerpo monoclonal de acción prolongada a todos los que no pudieron beneficiarse de vacunación materna. ◦ Registro obligatorio y completo de esta información en Tarjetas de Control Materna e Infantil. • Administración de dosis única de anticuerpo monoclonal - Nirsevimab - 200 mg de nirsevimab en niños de 8 a 19 meses de alto riesgo en su segunda temporada de circulación viral. ◦ Clesrovimab: Los ensayos clínicos de fase 3 (como el estudio SMART) y las solicitudes de expansión de indicaciones han evaluado su uso mediante una dosis adicional (de 210 mg) antes de iniciar la segunda temporada en niños < 2 años que continúan presentando un riesgo elevado de enfermedad grave (como aquellos con prematuridad moderada/temprana con factores de riesgo, displasia broncopulmonar o cardiopatías congénitas). <i>Está pendiente la aurotización por organizaciones regulatorias de esta medida a nivel internacional.</i> • Verificación sistemática y obligatoria en triage y expediente clínico de todo paciente pediátrico que ingresa para hospitalización. Se recomienda consignar: vacunación materna (sí/no/desconocido y semana de gestación) y anticuerpo monoclonal recibido (nombre del producto administrado, fecha, dosis). • Todo contacto con el sistema de salud durante la temporada es una oportunidad de rescate.
Durante la estancia en Cuidados Intensivos	• Ni el nirsevimab ni el clesrovimab tienen indicación terapéutica en la infección por VRS ya establecida. Son estrategias de prevención. • Paciente hospitalizado por otra causa, de determinarse la ausencia de inmunoprofilaxis con anticuerpo monoclonal, ni beneficio de anticuerpos por vacunación materna: administrar durante la hospitalización antes del egreso. • Los anticuerpos monoclonales no interfieren con hemoderivados, inmunoglobulina intravenosa ni vacunas y pueden coadministrarse con el calendario en sitios anatómicos distintos.
Después del egreso de Cuidados Intensivos	• Lista de verificación al egreso para evitar que ningún paciente elegible salga de la unidad o del hospital sin inmunoprofilaxis administrada. • Reclasificación del paciente al salir de Cuidados Intensivos: luego de ventilación mecánica prolongada, desarrollo de displasia broncopulmonar, necesidad de oxígeno domiciliario o secuela neurológica pasa a ser paciente de alto riesgo para la temporada siguiente y debe quedar programado para la dosis correspondiente. • Según los protocolos hospitalarios, este paciente debe manejarse de forma multidisciplinaria según requerimientos (incluyendo la evaluación social o identificación de riesgos adicionales). • Recomendaciones claras para la familia y cuidadores: vacunación materna en embarazos futuros; esquemas rutinario de vacunas completas en el paciente y contactos cercanos, mantener y promover la lactancia materna, evitar humo de tabaco, cigarrillos (convencionales y electrónicos/vape) y de leña.

Para consolidar el éxito de la inmunización frente al VRS y superar las limitaciones operativas asociadas a un despliegue desfasado, el Comité de Vacunas SPP recomienda:

1. Ante la decisión de país de una estrategia mixta o combinada, se recomienda aplicar:

- Vacuna materna (*Abrysvo*): A partir de la semana 30 a 36 de gestación (la última recomendación de SPP enviada a CONAPI en julio de 2026 indica considerar la administración a partir de la semana 28).
- Anticuerpo monoclonal de acción prolongada (*Nirsevimab* o *Clesrovimab*) en:
 - Recién nacidos: Aplicar antes de los 15 días de vida o en aquellos hijos de madres que no alcanzaron a recibir la dosis materna.
 - Fallos en la transferencia placentaria: Lactantes de madres con patologías placentarias o condiciones que impiden el paso efectivo de inmunoglobulinas.
 - Hijos de madres no vacunadas: Población afectada por barreras de acceso al control prenatal o reticencia/rechazo a la inmunización.
 - Lactantes mayores de 6 meses con riesgo: Niños cuya protección transplacentaria ha decaído naturalmente.
 - Pacientes con esquemas incompletos: Administrar el anticuerpo monoclonal a todo paciente con esquema incompleto antes del alta hospitalaria.
 - Reclasificación de riesgo: Reclasificar al paciente como de alto riesgo tras su egreso de una unidad de cuidados intensivos pediátricos o neonatales (UCIP/UCIN) para asegurar su protección.
 - Segunda temporada: Incluir la administración de anticuerpos monoclonales durante la segunda temporada de circulación viral para los pacientes que mantengan criterios de riesgo elevado.
- Vacunación en el adulto: Aplicar una dosis única universal de vacuna contra el VRS (*Arexvy* y *Abrysvo*) a personas de 60 años o más, independientemente de la presencia de comorbilidades.

2. Si se ha optado por un esquema combinado (inmunización activa/pasiva según disponibilidad y perfil de riesgo), es imperativo garantizar protocolos claros, estandarizados y exentos de duplicidades o vacíos de cobertura entre los diferentes grupos de lactantes elegibles.
3. Fomentar la educación continua del profesional de la salud y el personal técnico para estandarizar el conocimiento de la estrategia, promoviendo el trabajo colaborativo entre sociedades y la publicación de estas recomendaciones.
4. Estructurar la estrategia como política de salud pública permanente y presupuestariamente previsible, evitando depender de compras reactivas o intervenciones de emergencia que comprometan la continuidad asistencial año con año.
5. Robustecer los sistemas de información y vigilancia en tiempo real. Un registro nominal ágil e interoperable permite medir coberturas exactas, identificar brechas de manera precoz y evaluar el verdadero impacto clínico-epidemiológico de la intervención.
6. La estrategia debe implementarse bajo estrictos criterios de equidad, garantizando la disponibilidad y distribución equitativa del insumo de manera transversal entre el sistema público del MINSA, la Caja de Seguro Social y el sector de atención privada, evitando sesgos socioeconómicos en la protección infantil.
7. Administrar los anticuerpos monoclonales de acción prolongada en instalaciones de primer nivel de atención y maternidades. Esto facilita un acceso más cercano a la población, optimiza la captación oportuna y asegura un esquema de catch-up eficiente antes del inicio de la temporada de alta circulación viral.



RECOMENDACIONES FINALES DE LA SOCIEDAD PANAMEÑA DE PEDIATRÍA

Ante la decisión de país de una estrategia mixta o combinada, se recomienda aplicar:

1. VACUNA MATERNA (ABRYSVO)

A partir de la semana 30 a 36 de gestación

(la última recomendación de SPP enviada a CONAPI en julio de 2026 indica considerar la administración a partir de la semana 28).

2. ANTICUERPO MONOCLONAL DE LARGA DURACIÓN (NIRSEVIMAB O CLESROVIMAB) EN:

1

RECIÉN NACIDOS:
Aplicar antes de los 15 días de vida o en aquellos hijos de madres que no alcanzaron a recibir la dosis materna.

2

FALLOS EN LA TRANSFERENCIA PLACENTARIA:
Lactantes de madres con patologías placentarias o condiciones que impiden el paso efectivo de inmunoglobulinas.

3

HIJOS DE MADRES NO VACUNADAS:
Población afectada por barreras de acceso al control prenatal o reticencia/rechazo a la inmunización.

4

LACTANTES MAYORES DE 6 MESES CON RIESGO:
Niños cuya protección transplacentaria ha decaído naturalmente.

5

PACIENTES CON ESQUEMAS INCOMPLETOS:
Administrar el anticuerpo monoclonal a todo paciente con esquema incompleto antes del alta hospitalaria.

6

RECLASIFICACIÓN DE RIESGO:
Reclasificar al paciente como de alto riesgo tras su egreso de una unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) para asegurar su protección.

7

SEGUNDA TEMPORADA:
Incluir la administración de anticuerpos monoclonales durante la segunda temporada de circulación viral para los pacientes que mantengan criterios de riesgo elevado.

3. VACUNACIÓN EN EL ADULTO

Aplicar una dosis única universal de vacuna contra el VRS (Arexvy y Abrysvo) a personas de 60 años o más, independientemente de la presencia de comorbilidades.

ESTRATEGIA	POSOLOGÍA RECOMENDADA
NIRSEVIMAB - Anticuerpo monoclonal de acción prolongada	Recién nacidos y lactantes < 8 meses: <5 kg: 50 mg IM. ≥5 kg: 100 mg IM. - Se puede administrar de forma simultánea con las vacunas del recién nacido. - Niños con patologías de alto riesgo hasta los 2 años (en su segunda temporada viral): repetir una dosis de 200 mg (2 aplicaciones simultáneas de 100 mg en sitios anatómicos distintos).
CLESROVIMAB - Anticuerpo monoclonal de acción prolongada	Recién nacidos y lactantes < 8 meses: dosis única de 105 mg IM. Se puede administrar de forma simultánea con las vacunas del recién nacido.
EMBARAZADAS – Vacuna prefusión F	Actualmente indicada entre 30 y 36 semanas. <i>Recomendación SPP julio 2026: ajustar el inicio de aplicación a partir de la semana 28 hasta la semana 36 de gestación. 0.5 mL IM, dosis única.</i> Se puede aplicar de forma simultánea con las otras vacunas de la embarazada.
ADULTOS ≥60 años – Vacuna prefusión F	0.5 mL IM, dosis única.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- European Medicines Agency (EMA). (s. f.). Abrysvo (EPAR - Medicine overview): Indicaciones autorizadas para prevención en adultos 18 años e inmunización materna. Recuperado de <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/abrysvo>
- European Medicines Agency (EMA). (s. f.). Arexvy (EPAR - Medicine overview): Actualización de autorización de comercialización para ampliación de indicación en adultos de 18 años y en adelante con factores de riesgo. Recuperado de <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/arexvy>
- Fleming-Dutra, K. E., Jones, J. M., Roper, L. E., Toolis, M. D., Talbot, H. K., & Mbaeyi, S. A. (2024). Use of Respiratory Syncytial Virus Vaccines in Adults Aged 60 Years: Updated Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices – United States, 2024. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 73(32), 693–701. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7332e1>
- Fontana, D., Soriano-Arandes, A., Lanaspá, M., et al. (2025). Real-world effectiveness of RSVpreF vaccination during pregnancy against RSV-associated lower respiratory tract disease leading to hospitalisation in infants during the 2024 RSV season in Argentina (BERNI study): a multicentre, retrospective, test-negative, case-control study. *The Lancet*, 405(10489), 1629–1638. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(25\)00311-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(25)00311-X)
- Global Burden of Disease RSV Collaborators. (2022). Global, regional, and national disease burden estimates of acute lower respiratory infections due to respiratory syncytial virus in children younger than 5 years in 2019: a systematic analysis. *The Lancet*, 400(10350), 435–448. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00478-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00478-0)
- Griffin, M. P., Fang, Y., Esser, M. T., Zaman, K., Aoki, Y., Adeyi, A. A., Hendriks, J., & Takas, T. (2020). Single-Dose Nirsevimab for Prevention of RSV in Healthy Infants. *New England Journal of Medicine*, 388(5), 415–425. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2213556>
- Kampmann, B., Ofori-Anyinam, O., Garcia-Vidal, C., Lopez, F., Itta, R., Mazur, N. I., et al. (Pfizer Maternal RSV Study Group). (2023). Bivalent RSV Prefusion F Vaccine in Pregnancy to Prevent RSV Illness in Infants. *New England Journal of Medicine*, 388(16), 1451–1464. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2216480>
- Lee, B., Trusinska, D., Ferdous, S., Pei, R., Kwok, H. H. Y., Schwarze, J., Williams, T. C., Gibbons, C., Quint, J. K., Sheikh, A., Drysdale, S. B., & Shi, T. (2025). Real-world effectiveness and safety of nirsevimab, RSV maternal vaccine and RSV vaccines for older adults: a living systematic review and meta-analysis. *Thorax*, 80(11), 838–848. <https://doi.org/10.1136/thorax-2025-223376>
- Lucas, & Williams Alvarado. (2025). Inmunización contra el Virus Sincicial Respiratorio en niños. *Revista Pediátrica de Panamá, Recomendaciones de la Sociedad Panameña de Pediatría*.
- Marcellusi, A., et al. (2025). Economic and clinical burden associated with respiratory syncytial virus and impact of universal immunization with nirsevimab in Italy. *Global and Regional Health Technology Assessment*, 12(1). <https://doi.org/10.33393/grhta.2025.3182>
- Marcellusi, A., et al. (2025). Economic evaluation of timing and deployment strategies for respiratory syncytial virus immunization in pediatric populations. *Health Economics Review*, 15(24).



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ministerio de Salud de Panamá. (2026). Informe epidemiológico: Circulación de virus respiratorios, semana epidemiológica 28 (2026). Gobierno de Panamá. https://minsa.gob.pa/sites/default/files/publicacion-general/informe_virusresp_se28_2026.pdf
- Melgar, M., Britton, A., Roper, L. E., et al. (2023). Use of Respiratory Syncytial Virus Vaccines in Older Adults: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices – United States. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 72.
- Patton, M. E., et al. (2025). Interim Evaluation of Respiratory Syncytial Virus Hospitalization Rates Among Infants and Young Children After Introduction of Respiratory Syncytial Virus Prevention Products. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 74(16). <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/74/wr/mm7416a1.htm>
- Phijffer, E. W. E. M., Wildenbeest, J. G., Brouwer, C. N. M., de Hoog, M., Kneyber, M. C. J., Maebe, S., Nusmeier, A., Riedijk, M. A., Wösten-van Asperen, R. M., Bont, L. J., & van Woensel, J. B. M. (2025). The Full Burden of RSV-related Pediatric Intensive Care Unit Admissions During Infancy: A Prospective National Study (BRICK Study). *Pediatric Infectious Disease Journal*, 44(6), 517–521. <https://doi.org/10.1097/INF.00000000000004712>
- Rocha-Filho, C. R., Ramalho, G. S., Martins, J. W. L., Lucchetta, R. C., Pinto, A. C. P. N., da Rocha, A. P., Trevisani, G. F. M., Reis, F. S. A., Ferla, L., Mastroianni, P. C., Correa, L., Saconato, H., & Trevisani, V. F. M. (2023). Economic burden of respiratory syncytial and parainfluenza viruses in children of upper-middle-income countries: a systematic review. *Jornal de Pediatria*, 99(6), 537–545. <https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2023.05.003>
- Sahasrabudhe, S., et al. (2026). Cost-Effectiveness of Nirsevimab and Maternal RSVpreF Immunization Strategies in Low-Risk Infants. *Pediatrics*, 157(3), e2025071558.
- Shoukat, A., Abdollahi, E., Galvani, A. P., Halperin, S. A., Langley, J. M., & Moghadas, S. M. (2023). Cost-effectiveness analysis of nirsevimab and maternal RSVpreF vaccine strategies for prevention of Respiratory Syncytial Virus disease among infants in Canada: a simulation study. *The Lancet Regional Health – Americas*, 28, 100629. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2023.100629>
- U.S. Food and Drug Administration (FDA). (s. f.). Resumen de aprobaciones y actualizaciones regulatorias de vacunas contra el Virus Respiratorio Sincitial (VRS). Recuperado de <https://www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/arexvy>
- Wildenbeest, J. G., et al. (2025). Respiratory syncytial virus hospitalisation by chronological month of age and by birth month in infants. *Nature Communications*, 16, Article 4200. <https://doi.org/10.1038/s41467-025-61400-1>
- World Health Organization (WHO). (2024). The immunological basis for immunization series: module 27: respiratory syncytial virus (RSV) vaccine. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/376248>
- World Health Organization (WHO). (2025). Immunization to protect infants against Respiratory Syncytial Virus (RSV) disease: WHO position paper. World Health Organization. <https://www.who.int>
- Zar, H. J., et al. (2025). Clesrovimab for Prevention of RSV Disease in Healthy Infants. *New England Journal of Medicine*, 393(14). <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2502984>
- Zar, H. J., Bont, L. J., Manzoni, P., Muñoz, F. M., Ramilo, O., et al. (2026). Clesrovimab in Infants at Increased Risk For Severe Disease During 2 RSV Seasons: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*, 180(9).



<https://spp.com.pa> 

@spponline 

