EVIDENCIAS EN PEDIATRÍA
Toma de decisiones clínicas basadas en las mejores pruebas científicas
www.evidenciasenpediatria.es

Artículos Valorados Críticamente

# Inmunización universal con nirsevimab: reducción de las hospitalizaciones por el virus respiratorio sincitial con beneficio limitado en otros desenlaces

**Rodríguez Martínez L[1], González Rodríguez P[2]**
*[1]Pediatra. CS Mungia. Mungia. Vizcaya. España.*
*[2]Pediatra. CS Barrio del Pilar. Madrid. España.*

**Correspondencia: Laura Rodríguez Martínez:** l.rodriguezma@hotmail.com

**Palabras clave en español:** hospitalización; infecciones por virus respiratorio sincitial; inmunización; lactantes; nirsevimab.
**Palabras clave en inglés:** hospitalization; respiratory syncytial virus infections; immunization; infant; nirsevimab.

**Fecha de recepción:** 10 de noviembre de 2026 • **Fecha de aceptación:** 16 de noviembre de 2026
**Fecha de publicación del artículo:** 25 de noviembre de 2026

Evid Pediatr. 2026;22:47.

**CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO**

Rodríguez Martínez L, González Rodríguez P. Inmunización universal con nirsevimab: reducción de las hospitalizaciones por el virus respiratorio sincitial con beneficio limitado en otros desenlaces. Evid Pediatr. 2026;22:47.

Para recibir Evidencias en Pediatría en su correo electrónico debe darse de alta en nuestro boletín de novedades en
http://www.evidenciasenpediatria.es

Este artículo está disponible en: http://www.evidenciasenpediatria.es/EnlaceArticulo?ref=2026;22:47.
©2005-26 • ISSN: 1885-7388

Este es un artículo Open Access bajo la licencia
CC BY-NC-ND (Reconocimiento-No comercial-Sin obras derivadas): https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es

# Inmunización universal con nirsevimab: reducción de las hospitalizaciones por el virus respiratorio sincitial con beneficio limitado en otros desenlaces

Rodríguez Martínez L[1], González Rodríguez P[2]
[1]*Pediatra. CS Mungia. Mungia. Vizcaya. España.*
[2]*Pediatra. CS Barrio del Pilar. Madrid. España.*

**Correspondencia: Laura Rodríguez Martínez:** l.rodriguezma@hotmail.com

**Artículo original:** Razzini JL, Giné-Vázquez I, Jin J, Santiago-Pérez MI, Pérez-Martínez O, Otero-Barrós MT, *et al*. Impact of universal nirsevimab prophylaxis in infants on hospital and primary care outcomes across two respiratory syncytial virus seasons in Galicia, Spain (NIRSE-GAL): a population-based prospective observational study. Lancet Infect Dis. 2026;26:522-34.

## Resumen

**Conclusiones de los autores del estudio**: la inmunización universal de los lactantes con nirsevimab redujo de forma marcada las hospitalizaciones relacionadas con el virus respiratorio sincitial (VRS) y la morbilidad ambulatoria, manteniendo una reducción de las hospitalizaciones por infección del tracto respiratorio inferior asociada al VRS durante la segunda temporada, sin indicios de un cambio desfavorable en la morbilidad por VRS. Estos hallazgos aportan una sólida evidencia poblacional que puede resultar de utilidad para orientar las políticas de inmunización infantil y los análisis de coste-efectividad.

**Comentario de los revisores**: estudio poblacional, con adecuada validez metodológica, que aporta evidencia de la efectividad a medio plazo de la inmunización universal con nirsevimab para reducir las hospitalizaciones por infección del tracto respiratorio inferior asociada al VRS. El beneficio mantenido se limita al desenlace principal, por lo que son necesarios estudios con mayor seguimiento y evaluaciones de coste-efectividad para definir su impacto a largo plazo.

**Palabras clave**: hospitalización; infecciones por virus respiratorio sincitial; inmunización; lactantes; nirsevimab.

## Universal immunization with nirsevimab: reduction in hospitalizations due to respiratory syncytial virus infections with limited benefit in other outcomes

**Authors'conclusions**: universal infant nirsevimab prophylaxis markedly reduced RSV (respiratory syncytial virus)-related hospitalizations and outpatient morbidity, with sustained reductions in RSV-related LRTI (lower respiratory tract infection) hospitalizations into the second season and no signal of adverse shift in RSV morbidity. These findings provide robust population-level evidence that could be valuable for infant immunization policies and cost-effectiveness models.

**Reviewers'commentary:** population-based study with adequate methodological validity that provides evidence of the medium-term effectiveness of universal immunization with nirsevimab in reducing hospitalizations due to respiratory syncytial virus (RSV)-associated LRTI. The sustained benefit is limited to the primary outcome; therefore, studies with longer follow-up and cost-effectiveness evaluations are needed to determine its long-term impact.

**Key words**: hospitalization; respiratory syncytial virus infections; immunization; infant; nirsevimab.

## RESUMEN ESTRUCTURADO

**Objetivo**: evaluar el impacto de la profilaxis universal infantil frente al virus respiratorio sincitial (VRS) con nirsevimab (NSV) tanto a nivel hospitalario como en atención primaria durante dos temporadas consecutivas.

**Diseño**: estudio de cohortes prospectivo, longitudinal a lo largo de 18 meses y de base poblacional.

**Emplazamiento**: Galicia (España), utilizando los registros sanitarios de atención primaria y hospitalaria del sistema público de salud gallego.

**Población de estudio**: lactantes nacidos en Galicia entre el 1 de abril de 2023 y el 31 de marzo de 2024 y registrados en el Sistema Público de Salud de Galicia (*n* = 14 476), elegibles para la campaña universal de inmunización frente al VRS 2023-2024. Tras aplicar los criterios de exclusión predefinidos, se incluyeron 12 492 lactantes, de los que 11 796 (94,4%) recibieron NSV. Como grupo comparador se utilizaron cohortes históricas de nacidos en Galicia (de abril de 2016 a septiembre de 2023) previas al programa de inmunización, excluyendo las temporadas 2020-2021 y 2021-2022 por baja circulación del VRS durante la pandemia de COVID-19.

**Intervención**: administración de una dosis única de NSV como profilaxis frente al VRS, con seguimiento de los lactantes inmunizados durante dos temporadas epidémicas (2023-2025).

**Medición del resultado**: la variable principal fue la primera hospitalización por infección del tracto respiratorio inferior (ITRI) por VRS. Las variables-objetivo secundarias incluyeron la primera hospitalización y recurrencia por ITRI, bronquiolitis/bronquitis aguda, neumonía y hospitalización por cualquier causa. Además, se incluyeron las primeras consultas ambulatorias y sus primeras recurrencias por distintos procesos respiratorios y otitis. Los datos se obtuvieron de registros sanitarios de hospitalización (códigos CIE-10-CM, registros hospitalarios del Conjunto Mínimo Básico de Datos Español), microbiología (PCR para VRS, Sistema Regional de Información de Vigilancia de Galicia) y Atención Primaria (Clasificación Internacional de la Atención Primaria 2, registro gallego de la tarjeta sanitaria). El impacto se estimó mediante un modelo de regresión de Poisson, utilizando como comparador las tasas de incidencia semanal de las temporadas históricas no pandémicas (2017/18 a 2022/23) ajustando por la estacionalidad del VRS y evaluando tres periodos: primera y segunda temporada del VRS y hasta los 18 meses.

El cambio relativo se calculó usando la tasa de incidencia, que se representó como la tasa de incidencia relativa (IRR). La fórmula (IRR−1) × 100 se utilizó para expresar el cambio relativo en porcentaje. A partir de los casos esperados y observados se calcularon los casos evitados y el número necesario a inmunizar (NNI)*.

*IRR = cociente entre tasas de incidencia entre el grupo tratado (tras introducción de NSV) y el grupo control (antes de NSV). IRR <1 indica reducción de eventos.

NNI = número necesario para inmunizar. El NNI se obtiene a partir de:

$$NNI = \frac{N\ cohorte}{casos\ esperados - casos\ observados}$$

No procede de riesgos individuales ajustados, procede de datos agregados, impide ajustar confusores individuales.

**Resultados principales:** en comparación con las cohortes históricas, las hospitalizaciones por ITRI por VRS se asociaron a un cambio relativo (CR) de -85,9% (intervalo de confianza al 95% [IC 95]: -80,2 a -90,0) en la primera temporada de VRS con un NNI de 36 y un -55,3% (IC 95: -22,5 a -74,3) en la segunda (NNI: 123). Este efecto se mantuvo globalmente a los 18 meses de seguimiento (-80,4%; IC 95: -86,4 a -71,6) (NNI: 22). En las hospitalizaciones por ITRI el CR fue -59,8% (IC 95: -69,8 a -46,5) en la primera temporada (NNI: 39) y -9,3% (IC 95: -43,9 a 46,4) en la segunda (NNI: 1250). La hospitalización por bronquitis aguda o bronquiolitis en la primera temporada presentó un CR de -59% (IC 95: -72,9 a -37,9) (NNI: 54), un CR de -40,8 (IC 95: -68,7 a 12) (NNI: 338) en la segunda y un CR de -58,7 (IC 95: -71 a -40,6) (NNI: 36) a los 18 meses. En la hospitalización por neumonía se observó un CR de -53,1% (IC 95: -71,1 a -23,9) (NNI: 521) en la primera temporada, un CR de 9,1% (IC 95; -35,8 a 85,3) (NNI: -2082) en la segunda, y un CR de -11% (IC 95: -38,2 a 28,1) (NNI: 1562) a los 18 meses. En Atención Primaria, la inmunización con NSV se asoció durante la primera temporada de VRS a una reducción de las tasas de las consultas por ITRI (-33,4%; IC 95: -21,6 a -43,4), bronquiolitis o bronquitis aguda (-30,8%; IC 95: -17,5 a -41,9) y sibilancias o asma (-27,7%; IC 95: -14,9 a -38,5). Sin embargo, durante la segunda temporada se observó un incremento de las consultas por estos procesos con aumento de todos los NNI (**Tablas 1 y 2**). No se observó un aumento de morbimortalidad por desplazamiento epidemiológico del VRS tras la profilaxis universal con NSV.

**Conclusión**: la profilaxis universal con NSV redujo las hospitalizaciones relacionadas con el VRS y la morbilidad ambulatoria durante la primera temporada, manteniendo la reducción de las hospitalizaciones por ITRI relacionadas con el VRS durante la segunda temporada epidémica.

**Conflicto de intereses**: tres autores son empleados de Sanofi y varios autores declaran relaciones con la industria farmacéutica.

**Fuente de financiación:** AstraZeneca y Sanofi.

## COMENTARIO CRÍTICO

**Justificación:** el VRS constituye la principal causa de infección respiratoria baja y de hospitalización en lactantes. La introducción de un anticuerpo monoclonal de vida media prolongada (NSV) ha demostrado eficacia para prevenir hospitalizaciones asociadas al VRS durante la primera temporada epidémica, tanto en ensayos clínicos como en estudios observacionales en condiciones reales[1]. Sin embargo, persisten incertidumbres sobre la duración de este efecto protector más allá de la primera temporada de VRS y sobre su posible impacto en la morbilidad respiratoria posterior. Este estudio evalúa la efectividad a medio plazo de la

## Tabla 1. Cambios relativos en la incidencia semanal frente a cohortes históricas

| | Primera temporada de VRS (2 oct 2023 – 14 abr 2024) | | | | | Segunda temporada de VRS (30 sept 2024 – 13 abr 2025) | | | | | Seguimiento hasta 18 meses (2 oct 2023 – 13 abr 2025) | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Desenlace** | **Obs** | **Exp** | **Av** | **NNI** | **Cambio relativo** | **Obs** | **Exp** | **Av** | **NNI** | **Cambio relativo** | **Obs** | **Exp** | **Av** | **NNI** | **Cambio relativo** |
| **Primera hospitalización** | | | | | | | | | | | | | | | |
| VRS asociado a ITRI | 57 | 407 | 350 | 36 | -85,9% (-90,0 a -80,2) | 85 | 187 | 102 | 123 | -55,3% (-74,3 a -22,5) | 142 | 716 | 574 | 22 | -80,4% (-86,4 a -71,6) |
| ITRI | 220 | 547 | 327 | 39 | -59,8% (-69,8 a -46,5) | 141 | 151 | 10 | 1250 | -9,3% (-43,9 a 46,4) | 399 | 767 | 368 | 34 | -48,1% (-59,7 a -33,1) |
| Bronquitis o bronquiolitis aguda | 177 | 432 | 255 | 49 | -59,0% (-72,9 a -37,9) | 54 | 91 | 37 | 338 | -40,8% (-68,7 a 12,0) | 250 | 601 | 351 | 36 | -58,7% (-71,3 a -40,6) |
| Neumonía | 22 | 46 | 24 | 521 | -53,1% (-71,1 a -23,9) | 55 | 49 | -6 | -2082 | 9,1% (-35,8 a 85,3) | 87 | 95 | 8 | 1562 | -11,0% (-38,2 a 28,1) |
| Todas las causas | 1539 | 1932 | 393 | 32 | -20,3% (-34,4 a -3,1) | 280 | 274 | -6 | -2082 | 1,6% (-19,5 a 28,3) | 2042 | 2237 | 195 | 65 | -8,7% (-23,9 a 9,5) |
| **Primera recurrencia de hospitalización** | | | | | | | | | | | | | | | |
| VRS asociado a ITRI | 2 | 9 | 7 | 1785 | -79,7% (-96,3 a 12,5) | 3 | 11 | 8 | 1562 | -78,2% (-93,6 a -25,6) | 5 | 28 | 23 | 544 | -85,5% (-94,4 a -61,9) |
| ITRI | 12 | 47 | 35 | 357 | -74,7% (-88,2 a -45,9) | 14 | 35 | 21 | 595 | -62,4% (-79,6 a -30,9) | 26 | 101 | 75 | 167 | -75,5% (-85,2 a -59,4) |
| Bronquitis o bronquiolitis aguda | 6 | 20 | 14 | 893 | -75,9% (-93,0 a -17,5) | 4 | 10 | 6 | 2082 | -76,9% (-94,4 a -5,3) | 10 | 39 | 29 | 431 | -81,6% (-92,4 a -55,2) |
| Neumonía | 1 | .. | .. | .. | NC | 2 | .. | .. | .. | NC | 3 | .. | .. | .. | NC |
| Todas las causas | 257 | 363 | 106 | 118 | -29,0% (-41,7 a -13,6) | 155 | 168 | 13 | 961 | -7,4% (-27,9 a 19,0) | 538 | 642 | 104 | 121 | -16,0% (-27,8 a -2,3) |
| **Primera visita a atención primaria de salud** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bronquitis o bronquiolitis aguda | 1784 | 2577 | 793 | 16 | -30,8% (-41,9 a -17,5) | 1971 | 1535 | -436 | -28 | 28,5% (14,4 a 44,3) | 4297 | 4546 | 249 | 51 | -5,5% (-16,3 a 6,7) |
| Sibilancias o asma | 2267 | 3134 | 867 | 15 | -27,7% (-38,5 a -14,9) | 2292 | 1777 | -515 | -24 | 29,0% (16,3 a 43,0) | 5345 | 5572 | 227 | 56 | -4,0% (-13,9 a 7,0) |
| ITRI | 1879 | 2821 | 942 | 14 | -33,4% (-43,4 a -21,6) | 2120 | 1646 | -474 | -26 | 28,7% (15,2 a 43,9) | 4595 | 4961 | 366 | 35 | -7,3% (-17,7 a 4,3) |
| Infecciones respiratorias | 4852 | 5115 | 263 | 48 | -5,2% (-13,2 a 3,6) | 2503 | 2177 | -326 | -38 | 15,1% (4,4 a 26,9) | 9471 | 9149 | -322 | -38 | 3,5% (-3,2 a 10,6) |
| Otitis media aguda | 740 | 784 | 44 | 284 | -5,6% (-18,3 a 9,2) | 2370 | 2110 | -260 | -48 | 12,3% (2,6 a 22,8) | 3999 | 3743 | -256 | -48 | 6,9% (-0,7 a 15,2) |
| Todas las otitis | 789 | 824 | 35 | 357 | 4,1% (-10,2 a 16,5) | 2411 | 2161 | -250 | -49 | 11,6% (2,1 a 22,0) | 4148 | 3862 | -286 | -43 | 7,3% (-0,1 a 15,2) |

Primeros episodios y primeras recurrencias de hospitalización y resultados en atención primaria durante la primera y segunda temporadas de VRS y hasta 18 meses de seguimiento.
Datos expresados como n o cambio relativo (IC 95). El cambio relativo se calcula como (IRR – 1) × 100.
**Av:** eventos evitados; **Exp:** número esperado; **IRR:** razón de tasas de incidencia; **ITRI:** infección del tracto respiratorio inferior; **NNI:** número necesario a inmunizar; **NC:** no calculado; **Obs:** número observado de eventos; **VRS:** virus respiratorio sincitial.

inmunización universal con NSV, analizando hospitalizaciones y consultas en atención primaria, durante un seguimiento de 18 meses.

**Validez o rigor científico:** la población de estudio y la exposición (una dosis de NSV) están bien definidas. La cohorte inmunizada alcanzó una cobertura superior al 94%, lo que favorece la representatividad y la validez externa. No obstante, las cohortes históricas empleadas como comparador, aunque proceden de la misma población, no se describen en detalle en cuanto a sus características basales, lo que limita la valoración de su comparabilidad. Además, las diferencias en el riesgo basal entre poblaciones pueden modificar el NNI. Aunque se excluyeron las temporadas 2020-2021 y 2021-2022 por la baja circulación del VRS durante la pandemia de COVID-19, la epidemiología del virus y la utilización de los servicios sanitarios pueden haber experimentado cambios temporales respecto a las temporadas previas.

Los desenlaces hospitalarios están bien definidos mediante registros administrativos y códigos diagnósticos estandarizados; tras la introducción de NSV, los casos de VRS fueron confirmados microbiológicamente y revisados por expertos. En cambio, la definición y validación de las variables registradas en atención primaria se describen con menor detalle.

La principal limitación deriva del uso de cohortes históricas como grupo comparador, lo que puede introducir confusión residual por diferencias temporales en la circulación viral, las estrategias diagnósticas, los criterios de ingreso, el acceso sanitario o la conducta de las familias. Los autores utilizaron modelos de regresión de Poisson y realizaron análisis de sensibilidad con resultados consistentes, lo que refuerza la robustez de los hallazgos, aunque el diseño no permite controlar completamente todos los posibles factores de confusión individuales.

La financiación por la industria farmacéutica y la participación de empleados de dicha industria como coautores constituyen posibles fuentes de sesgo.

**Tabla 2. Estimación de las razones de tasas de incidencia (IRR) en la incidencia semanal de primeras ocurrencias y primeras recurrencias de hospitalización y resultados en atención primaria durante la primera y segunda temporadas de virus respiratorio sincitial (VRS) y hasta los 18 meses**

| Resultado | 1.ª temporada VRS (IRR) | 2.ª temporada VRS (IRR) | Hasta 18 meses (IRR) |
|---|---|---|---|
| **Primera hospitalización** | | | |
| VRS asociado a ITRI | 0,14 (0,10–0,20) | 0,45 (0,26–0,78) | 0,20 (0,14–0,28) |
| ITRI | 0,40 (0,30–0,54) | 0,91 (0,56–1,46) | 0,52 (0,40–0,67) |
| Bronquitis/bronquiolitis aguda | 0,41 (0,27–0,62) | 0,59 (0,31–1,12) | 0,41 (0,29–0,59) |
| Neumonía | 0,47 (0,29–0,76) | 1,09 (0,64–1,85) | 0,89 (0,62–1,28) |
| Todas las causas | 0,80 (0,66–0,97) | 1,02 (0,80–1,28) | 0,91 (0,76–1,09) |
| **Primera hospitalización recurrente** | | | |
| VRS asociado a ITRI | 0,20 (0,04–1,12) | 0,22 (0,06–0,74) | 0,15 (0,06–0,38) |
| ITRI | 0,25 (0,12–0,54) | 0,38 (0,20–0,69) | 0,25 (0,15–0,41) |
| Bronquitis/bronquiolitis aguda | 0,24 (0,07–0,83) | 0,23 (0,06–0,95) | 0,18 (0,08–0,45) |
| Neumonía | NC | NC | NC |
| Todas las causas | 0,71 (0,58–0,86) | 0,93 (0,72–1,19) | 0,84 (0,72–0,98) |
| **Primera visita en Atención Primaria** | | | |
| Bronquitis/bronquiolitis aguda | 0,69 (0,58–0,82) | 1,28 (1,14–1,44) | 0,95 (0,84–1,07) |
| Sibilancias/asma | 0,72 (0,61–0,85) | 1,29 (1,16–1,43) | 0,96 (0,86–1,07) |
| ITRI | 0,67 (0,57–0,78) | 1,29 (1,15–1,44) | 0,93 (0,82–1,04) |
| Infecciones respiratorias | 0,95 (0,87–1,04) | 1,15 (1,04–1,27) | 1,03 (0,97–1,11) |
| Otitis media aguda | 0,94 (0,82–1,09) | 1,12 (1,03–1,23) | 1,07 (0,99–1,15) |
| Todas las otitis | 0,96 (0,83–1,10) | 1,12 (1,02–1,22) | 1,07 (1,00–1,15) |

**ITRI:** infección del tracto respiratorio inferior; **NC:** no calculado.
Fuente. Apéndice suplementario: *Impact of universal nirsevimab prophylaxis in infants on hospital and primary care outcomes across two respiratory syncytial virus seasons in Galicia, Spain (NIRSE-GAL): a population-based prospective observational study.*

**Importancia clínica:** la tasa de hospitalización por infección del tracto respiratorio inferior (ITRI) asociada al VRS se redujo un 85,9% durante la primera temporada, un 55,3% durante la segunda y un 80,4% en el análisis acumulado a los 18 meses. En esta cohorte poblacional, el impacto estimado del programa correspondió a aproximadamente una hospitalización por ITRI asociada al VRS evitada por cada 36 lactantes de la cohorte inmunizable durante la primera temporada, 123 durante la segunda y 22 en el análisis acumulado a los 18 meses. Estos valores deben interpretarse como una medida del impacto poblacional del programa y no como un NNT individual convencional, ya que se derivan de la diferencia entre los acontecimientos observados y los esperados a partir de cohortes históricas. La estimación del NNI fue menos precisa durante la segunda temporada, con un IC 95 aproximado de 90-297, frente a intervalos más estrechos en la primera temporada (34-38) y en el análisis acumulado a los 18 meses (20-24) (**Tabla 3**).

La magnitud del efecto sobre el desenlace principal es grande, aunque su importancia clínica debe interpretarse con cautela, al tratarse de un desenlace importante pero no crítico. Para otros desenlaces hospitalarios no se observaron reducciones estadísticamente significativas durante la segunda temporada ni en el seguimiento acumulado, como ocurrió con la hospitalización por ITRI, neumonía o por cualquier causa. Estos desenlaces no son específicos de la infección por VRS y pueden estar condicionados por múltiples etiologías, por lo que la ausencia de efecto no debe interpretarse como ausencia de beneficio del programa frente a la enfermedad grave por VRS.

**Tabla 3. Estimación de los intervalos de confianza al 95% (IC 95) de los números necesarios para inmunizar (NNI) calculados a partir de los datos publicados**

| Periodo | NNI | IC 95 aproximado | Hospitalizaciones evitadas / 1000 |
|---|---|---|---|
| 1.ª temporada | 36 | 34–38 | 27,8 |
| 2.ª temporada | 123 | 90–297 | 8,1 |
| Hasta 18 meses | 22 | 20–24 | 45,5 |

Algunos estudios han analizado el impacto en ingresos en unidades de cuidados intensivos (UCI)[2]. En comparación con los no inmunizados, disminuyeron los ingresos en UCI sin aumentar el riesgo de enfermedad grave. Otro estudio compara diferentes periodos previos y posteriores a la pandemia, y observa una disminución de hospitalizaciones e ingresos en UCI por ITRI en menores de 6 meses[3]. Al tratarse de una estrategia de inmunización universal, el estudio no permite determinar si el beneficio difiere entre subgrupos de mayor riesgo, lo que limita la posibilidad de optimizar la intervención en poblaciones específicas.

**Aplicabilidad en la práctica clínica:** los resultados son aplicables a entornos con programas universales de inmunización frente al VRS y coberturas elevadas, similares al estudio. No obstante, la efectividad podría diferir en entornos con menor cobertura, con enfermedad basal diferente, distinta epidemiología del VRS o diferentes estrategias de implementación. Los hallazgos aportan evidencia a favor de la efectividad de los programas de inmunización con NSV, aunque son necesarios estudios con mayor seguimiento y evaluaciones de coste-efectividad que confirmen la persistencia del beneficio y su impacto sobre la práctica clínica.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Sumsuzzman DM, Wang Z, Langley JM, Moghadas SM. Real-world effectiveness of nirsevimab against respiratory syncytial virus disease in infants: a systematic review and meta-analysis. Lancet Child Adolesc Health. 2025;9(6):393-403.
2. Coma E, Martinez-Marcos M, Hermosilla E, Mendioroz J, Reñé A, Fina F, *et al.* Effectiveness of nirsevimab immunoprophylaxis against respiratory syncytial virus-related outcomes in hospital and primary care settings: a retrospective cohort study in infants in Catalonia (Spain). Arch Dis Child. 2024;109:736-41.
3. Bermúdez-Barrezueta I, Matías del Pozo V, Marugán-Miguelsanz JM, López EI, Uribe-Reina P, Romero del Hombrebueno Y, *et al.* Universal administration of nirsevimab in infants: an analysis of hospitalisations and paediatric intensive care unit admissions for RSV-associated lower respiratory tract infections. Eur J Pediatr. 2025;184(6):345.