Arch Argent Pediatr. 2026;124(4):e202611018

Primera temporada de empleo de nirsevimab en Argentina (2025): reporte de un centro de vacunación privado

Vanesa E. Castellano[1], *Mariela del Pino*[1], *Sofía Diana Menéndez*[1], *Fernando Fernández*[1], *Pablo Bonvehí*[1], *Andreina Verdi*[1,2], *Nadia Sosa*[1,2], *Jésica Vera*[1,2], *Mirtha Valdeolmillos*[1], *Romina Gigliotti*[1,2], *Mariano Díaz*[1,2], *Fernando Burgos*[1]

RESUMEN

Introducción. Desde marzo de 2025, Argentina dispone de nirsevimab, un anticuerpo monoclonal para la prevención del virus sincicial respiratorio (VSR). El objetivo de este estudio fue describir el uso de nirsevimab en un centro privado de vacunación del Área Metropolitana de Buenos Aires, incluyendo el perfil de los lactantes inmunizados durante su primer año de comercialización.

Población y métodos. Se realizó un estudio descriptivo, a través de una encuesta en línea a cuidadores de niños que recibieron nirsevimab.

Se analizaron variables sociodemográficas, antecedentes clínicos, de vacunación materna para VSR y motivo de indicación.

Resultados. Respondieron 232 cuidadores, el 93,5 % fueron las madres, cuya edad media fue 37,1 años (DE 5,4). El 92,7 % contaba con estudios universitarios/terciarios; el 99,6 %, con cobertura de salud.

La edad media de los inmunizados fue 6,0 meses (DE 3,9; rango 0-21); el 53,9 % de sexo masculino (N = 125); el 19,8 % concurría al jardín maternal (N = 46). El 10,8 % (N = 25) presentaba comorbilidades, principalmente cardiopatía (5,6 %; N = 13) y enfermedad respiratoria crónica (4,7 %; N = 11). El 19,0 % (N = 44) había tenido ≥1 episodio de bronquiolitis.

Motivos de indicación: madre no vacunada: 51,3 % (N = 119); vacunación materna el año anterior: 18,5 % (N = 43); prematuros <34 semanas: 14,7 % (N = 34); condiciones de riesgo: 6,5 % (N = 15). La recomendación provino del pediatra en el 81,5 % (N = 189) de los casos.

Conclusión. Más de la mitad de las indicaciones se realizó a lactantes no protegidos por la vacunación materna. La mayoría eran lactantes sanos durante su primera temporada y recibieron indicación del pediatra.

Palabras clave: *infecciones por virus sincicial respiratorio; virus sincicial respiratorio; lactante; anticuerpos monoclonales; programas de inmunización.*

doi (español): http://dx.doi.org/10.5546/aap.2026-11018
doi (inglés): http://dx.doi.org/10.5546/aap.2026-11018.eng

Cómo citar: Castellano VE, del Pino M, Diana Menéndez S, Fernández F, Bonvehí P, Verdi A, et al. Primera temporada de empleo de nirsevimab en Argentina (2025): reporte de un centro de vacunación privado. *Arch Argent Pediatr.* 2026;124(4):e202611018.

[1] *Fundación Vacunar, Departamento Científico, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina;* [2] *Vacunar S. A. Centros de Vacunación, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.*

Correspondencia para *Vanesa E. Castellano: vcastellano@fundacionvacunar.org.ar*

Financiamiento*: Ninguno.*

Conflicto de intereses*: Ninguno que declarar.*

Recibido*: 9-1-2026*
Aceptado*: 19-3-2026*

Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Atribución-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional.
Atribución — Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio se debe reconocer y citar al autor original.
No Comercial — Esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso.
Sin Obra Derivada — Si remezcla, transforma o crea a partir del material, no puede difundir el material modificado.

INTRODUCCIÓN

El virus sincicial respiratorio (VSR) constituye la principal causa de infecciones respiratorias agudas bajas (IRAB) en niños pequeños. En Argentina, se estima una incidencia anual de IRAB de 47,5 por 1000 niños, lo que equivale a más de 175 000 casos por año[1]. Según el Boletín Epidemiológico Nacional, durante el año 2025, se notificaron 161 580 casos de bronquiolitis en menores de 2 años.[2]

A nivel global, se estima que es responsable de aproximadamente una de cada 50 muertes en menores de 5 años, la mayoría registradas en países de bajos y medianos ingresos.[1] Además, se ha documentado que una proporción significativa de las muertes por VSR se producen en el ámbito comunitario.[3] En Argentina, la mortalidad infantil comunitaria atribuible al VSR se ha estimado en 0,27 por 1000 nacidos vivos.[4]

La infección por VSR también genera un impacto económico considerable tanto para los sistemas de salud como para las familias. A nivel sanitario, se manifiesta en la elevada demanda de internaciones por infecciones respiratorias bajas en lactantes, que requieren camas hospitalarias, estudios diagnósticos y, en muchos casos, cuidados críticos, con el consiguiente aumento en los costos. A nivel familiar, se traduce en la carga económica vinculada con traslados, acompañamiento durante la internación y pérdida de ingresos por ausentismo laboral. En conjunto, estos factores posicionan al VSR como una de las principales causas de impacto económico por enfermedad respiratoria en la primera infancia.[5]

Por otro lado, la infección por VSR en la primera infancia se asocia con un riesgo aumentado de sibilancias recurrentes y asma durante la niñez, contribuyendo a la morbilidad respiratoria a largo plazo.[6]

Durante más de dos décadas, la inmunoprofilaxis contra el VSR se basó en palivizumab, indicado en niños de alto riesgo y utilizado en Argentina desde 2007 como política pública para prematuros y menores de 2 años con condiciones de riesgo.[7] Debido a su vida media relativamente corta, este anticuerpo requiere administraciones mensuales durante la temporada de circulación del virus. En nuestro país, se han incorporado recientemente dos nuevas herramientas eficaces para la prevención del VSR: la vacunación materna,[8] incluida en el Calendario Nacional de Vacunación desde marzo de 2024,[9] y nirsevimab,[10,11] un anticuerpo monoclonal de larga duración, disponible en el ámbito privado desde marzo de 2025.[12]

Nirsevimab proporciona inmunidad pasiva inmediata con una única aplicación y está indicado para lactantes en su primera temporada del VSR y para menores de 2 años con factores de riesgo.[13]

Las sociedades científicas nacionales y la Comisión Nacional de Inmunizaciones (CoNaIn) recomendaron su uso como estrategia complementaria para lactantes no protegidos por la vacunación materna (prematuros, hijos de gestantes no vacunadas o con respuesta inadecuada, nacidos fuera de temporada), o con condiciones que aumentan la vulnerabilidad al VSR. Sin embargo, esta estrategia no se encuentra implementada a nivel del sistema público nacional.[13-15]

El objetivo de este estudio fue describir el uso de nirsevimab en un centro privado de vacunación del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), incluyendo el perfil de los lactantes inmunizados durante su primer año de comercialización.

POBLACIÓN Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo entre marzo y septiembre de 2025. Se incluyeron familias de niños menores de 2 años que recibieron nirsevimab durante el período de estudio en los 18 centros de vacunación de la red Vacunar S. A. y en el programa “Vacunar en casa”, en el AMBA.

La recolección de datos se realizó de manera retrospectiva, mediante una encuesta semiestructurada en Google Forms, autoadministrada, enviada por WhatsApp a los acompañantes de los niños inmunizados.

Se realizó previamente una prueba piloto en 10 sujetos. Tras completar la encuesta, los participantes fueron consultados sobre la comprensión, claridad y pertinencia de cada ítem, así como sobre la extensión del instrumento. Las observaciones obtenidas permitieron realizar ajustes en la redacción y estructura. La encuesta se detalla en el material complementario.

Se relevaron variables sociodemográficas del grupo familiar, antecedentes clínicos, origen de la prescripción, motivo de indicación del anticuerpo, coadministración con vacunas.

Las variables cuantitativas se expresaron como media y desviación estándar o mediana y rango intercuartílico, y las categóricas, como frecuencias y porcentajes de los datos recolectados. El procesamiento y el análisis de los datos se realizaron con el *software* STATA v14.

El estudio contó con aprobación del Comité de

Ética en Investigación Clínica (CEIC) Stamboulian (PRIISA.BA registro 15551).

RESULTADOS

Entre el 12 de marzo y el 30 de septiembre del 2025, un total de 772 niños recibieron nirsevimab. Respondieron la encuesta 232 familias, con una tasa de respuesta del 30,1 %.

Las características sociodemográficas de los cuidadores se describen en la *Tabla 1*. La población inmunizada presentó un rango etario de 0 a 21 meses; el 90 % eran menores de 12 meses. Las características sociodemográficas y clínicas de los lactantes se describen en la *Tabla 2.*

El pediatra del paciente fue el principal prescriptor del anticuerpo monoclonal (N = 189;

Tabla 1. Características sociodemográficas de los cuidadores

Variable		N (%)
Edad (años) (N = 197)	Media (DE)	37,1 (5,4)
	Mediana (RIC)	37 años (34-40)
Nacionalidad (N = 230)	Argentina	225 (97,8)
	Boliviana	3 (1,3)
	Paraguaya	1 (0,4)
	Peruana	1 (0,4)
Residencia (N = 232)	Conurbano bonaerense*	119 (51,3)
	Ciudad Autónoma de Buenos Aires	103 (44,4)
	Otros	10 (4,3)
Vínculo (N = 232)	Madre	217 (93,5)
	Padre	15 (6,5)
Educación materna (N = 232)	Universitario/terciario	215 (92,7)
	Secundario completo	14 (6,0)
	Secundario incompleto	2 (0,9)
	Prefiero no responder	1 (0,4)

* Compuesto por los siguientes municipios de la provincia de Buenos Aires: Almirante Brown, Avellaneda, Berazategui, Berisso, Brandsen, Campana, Cañuelas, Ensenada, Escobar, Esteban Echeverría, Exaltación, Ezeiza, Florencio Varela, Gral. Las Heras, Gral. Rodríguez, Gral. San Martín, Hurlingham, Ituzaingó, José C. Paz, La Matanza, La Plata, Lanús, Lomas de Zamora, Luján, Malvinas Argentinas, Marcos Paz, Merlo, Moreno, Morón, Quilmes, Pilar, Presidente Perón, San Fernando, San Isidro, San Miguel, San Vicente, Tigre, Tres de Febrero, Vicente López, Zárate.
DE: desviación estándar, RIC: rango intercuartílico.

Tabla 2. Características sociodemográficas y clínicas de los lactantes

Variable		N (%)
Edad (meses)	Media (DE); rango	6,0 (3,9); 0-21
	Mediana (RIC)	5 (3-7)
Edad <12 meses		210 (90,5)
Sexo (N = 232)	Masculino	125 (53,9)
	Femenino	107 (46,1)
Cobertura de salud (obras sociales y medicinas prepagas) (N = 231)	Sí	230 (99,6)
	No	1 (0,4)
Concurrencia al jardín maternal (N = 232)	Sí	46 (19,8)
	No	186 (80,2)
Enfermedad crónica (N = 232)	Sí	25 (10,8) *
	No	207 (89,2)
Antecedente de síndrome broncoobstructivo (N = 232)	Sí	44 (19,0) **
	No	188 (81,0)
Hermanos <5 años (N = 232)	Sí	56 (24,1)
	No	176 (75,9)

**Cardiopatía (N = 12), enfermedad pulmonar crónica (N = 10), cardiopatía y enfermedad pulmonar crónica (N = 1), enfermedad neurológica (N = 1), síndrome genético (N = 1).*
*** 20/44 requirieron internación.*
DE: desviación estándar, RIC: rango intercuartílico.

81,5 %), seguido por el neonatólogo (N = 27; 11,6 %). En menor proporción, la indicación provino del neumonólogo (N = 5; 2,2 %), ginecoobstetra (N = 2; 0,9 %) y cardiólogo (N = 2; 0,9 %); algunos cuidadores reportaron más de un profesional interviniente. El 7,8 % de las familias (N = 18) refirió que la indicación fue solicitada por el propio cuidador al pediatra, mientras que el 1,3 % (N = 3) señaló que la recomendación inicial provino de un familiar o conocido. En todos los casos, la administración se realizó con prescripción médica.

En la *Tabla 3* se detallan los motivos de indicación; el más frecuente fue la ausencia de vacunación materna, seguido por madre vacunada en el año anterior, que incluyó el período de la campaña oficial o los últimos meses del año por recomendación individual, dado que en el ámbito privado la vacunación se mantuvo disponible durante todo el año.

Un 43,1 % (N = 100) recibió otras vacunas en la misma visita.

El 77,9 % (N = 180) refirió que no obtuvo descuento por su cobertura de salud.

DISCUSIÓN

El estudio incluyó a una población de cuidadores compuesta principalmente por madres, argentinas, residentes en el AMBA, con estudios universitarios o terciarios. Los niños inmunizados fueron, en su mayoría, menores de un año, sin comorbilidades ni antecedentes de infecciones respiratorias bajas. Este perfil de aplicación resulta coherente con la evidencia, que muestra que el VSR provoca la mayoría de los cuadros graves en lactantes sanos y nacidos a término,[16] y se alinea con la indicación de nirsevimab, dirigida a todos los lactantes, a diferencia de palivizumab.[13,15] Es de destacar que la protección conferida por nirsevimab ha demostrado persistir durante al menos 150 días, lo que cubre una temporada completa de circulación viral,[17] y nueva evidencia sugiere que la efectividad podría prolongarse hasta un año,[18] lo que refuerza su utilidad programática en lactantes sanos.

El pediatra del paciente fue el principal prescriptor de nirsevimab, seguido por el neonatólogo, lo que evidencia el rol central de estas especialidades en la implementación de esta nueva estrategia preventiva.[15]

En relación con los motivos de indicación, más de la mitad correspondió a hijos de madres no vacunadas para VSR, en concordancia con la cobertura de vacunación materna registrada en el año 2024.[19,20] Esto deja en evidencia la necesidad de fortalecer la consejería sobre vacunación materna e inmunización pasiva del lactante durante la gestación, como señalan diversas sociedades científicas.[15,21]

Un hallazgo relevante fue la indicación de nirsevimab en un grupo de lactantes cuyas madres habían recibido la vacuna para el VSR en la temporada previa o el año anterior, lo que representó un uso por fuera de las recomendaciones vigentes. Sin embargo, a nivel internacional, si bien ningún país recomienda como política de salud la utilización de ambas estrategias en un mismo individuo, tampoco existe una contraindicación formal en términos de seguridad.[13-15] En este contexto, documentos como los de la Asociación Española de Pediatría y de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (CDC) reconocen que la decisión podría individualizarse, permitiendo que el profesional o los progenitores opten por utilizar ambas intervenciones preventivas.[19,22]

Tabla 3. Motivo de indicación en porcentaje de respuesta (N = 232)

Motivo de indicación de nirsevimab	N (%)
Madre no vacunada para VSR	119 (51,3)
Madre vacunada para VSR en temporada previa o el año anterior	43 (18,5)*
Bebé prematuro (<34 semanas de gestación)	34 (14,7)
Bebé o niño con condición de riesgo	15 (6,5)
Madre vacunada para VSR, con parto dentro de los 14 días posteriores	10 (4,3)
Otros	11 (4,7)

** En esta población, la media de edad de los inmunizados fue de 8 meses.*

VSR: virus sincicial respiratorio.

Este estudio presenta algunas limitaciones. En primer lugar, la población encuestada estuvo conformada exclusivamente por familias que asistieron a los centros Vacunar del AMBA, lo que podría introducir un sesgo de selección y limitar la generalización de los resultados. Si bien el nivel socioeconómico no fue evaluado con un instrumento específico, ciertas características observadas, como la cobertura de salud y el nivel educativo referido, son compatibles con una población con un nivel socioeconómico medio-alto, por lo que los hallazgos podrían no reflejar la experiencia de otros sectores, quienes podrían haber presentado problemas en el acceso debido al costo del anticuerpo. Por otra parte, no se han indagado los motivos de la ausencia de vacunación materna para VSR, por lo que no es posible interpretar este aspecto con mayor profundidad. Por último, se trata de un estudio descriptivo, lo que restringe la posibilidad de explorar asociaciones entre variables.

Este trabajo aporta datos iniciales sobre la utilización de nirsevimab en Argentina, en un contexto en el que el anticuerpo aún no se encontraba disponible en el sector público. Una fortaleza del estudio es que recoge información directa de las familias durante la primera temporada de implementación, lo que permite caracterizar de manera temprana el proceso de indicación y uso en la vida real de la intervención. En conjunto, estos datos resultan valiosos para comprender el escenario local y orientar estrategias de implementación en futuras temporadas.

La incorporación de nirsevimab al Calendario Nacional de Vacunación como estrategia complementaria podría contribuir a mejorar la equidad en el acceso y favorecer la cobertura universal en un futuro.[3,11,20] En este contexto, serán necesarios estudios que evalúen el impacto poblacional de la implementación de nirsevimab y su eventual alcance en estrategias de acceso público.

CONCLUSIÓN

Durante la primera temporada de implementación de nirsevimab en un centro privado de vacunación del AMBA, más de la mitad de las indicaciones correspondieron a lactantes no protegidos por la vacunación materna para VSR. La población inmunizada estuvo constituida mayoritariamente por lactantes sanos, en su primera temporada de exposición, y la indicación fue realizada principalmente por el pediatra. ■

Agradecimientos

A Sol Figueroa y Carla Figueroa Coss, profesionales de Vacunar, por contribuir a la recolección de datos.

El material complementario que acompaña este artículo se presenta tal como ha sido remitido por los autores. Se encuentra disponible en: https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2026/11018_AO_Castellano_Anexo.pdf

REFERENCIAS

1. Li Y, Wang X, Blau DM, Caballero MT, Feikin DR, Gill CJ, et al. 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. *Lancet.* 2022;399(10340):2047-64. doi:10.1016/S0140-6736(22)00478-0.
2. Argentina. Ministerio de Salud. Boletín Epidemiológico Nacional. 2025(789);SE 52. [Internet]. Buenos Aires; [Consulta: 8 de marzo de 2026]. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/salud/boletin-epidemiologico-nacional/boletines-2025
3. Mazur NI, Löwensteyn YN, Willemsen JE, Gill CJ, Forman L, Mwananyanda LM, et al. Global Respiratory Syncytial Virus-Related Infant Community Deaths. *Clin Infect Dis*. 2021;73(Suppl_3):S229-37. doi:10.1093/cid/ciab528.
4. Caballero MT, Bianchi AM, Grigaites SD, De la Iglesia Niveyro PX, Nuño A, Valle S, et al. Community Mortality Due to Respiratory Syncytial Virus in Argentina: Population-based Surveillance Study. *Clin Infect Dis*. 2021;73(Suppl_3):S210-7. doi:10.1093/cid/ciab497.
5. Guiñazú G, Dvorkin J, Mahmud S, Baral R, Pecenka C, Libster R, et al. Evaluation of the potential impact and cost-effectiveness of respiratory syncytial virus (RSV) prevention strategies for infants in Argentina. *Vaccine*. 2024;42(23):126234. doi: 10.1016/j.vaccine.2024.126234.
6. Madhi SA, Ceballos A, Cousin L, Domachowske JB, Langley JM, Lu E, et al. Population attributable risk of wheeze in 2-<6-year-old children, following a respiratory syncytial virus lower respiratory tract infection in the first 2 years of life. *Pediatr Infect Dis J*. 2025;44(5):379-86. doi:10.1097/INF.0000000000004447.
7. Fattore MJ, Maccarrone AJA, Brusadin M, Arbio MS, Saá G, Grupo Palivizumab SAP. Recomendaciones sobre el uso de palivizumab: actualización 2023. *Arch Argent Pediatr*. 2025;123(1):e202410430. doi:10.5546/aap.2024-10430.
8. Otsuki T, Akada S, Anami A, Kosaka K, Munjal I, Baber J, et al. Efficacy and safety of bivalent RSVpreF maternal vaccination to prevent RSV illness in Japanese infants: Subset analysis from the pivotal randomized phase 3 MATISSE trial. *Vaccine*. 2024;42(22):126041. doi: 10.1016/j.vaccine.2024.06.009.
9. Argentina. Ministerio de Salud. Lineamientos Técnicos de Vacunación Virus sincicial respiratorio en personas gestantes [Internet]. 2024. [Consulta: 15 de marzo de 2026]. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2018/02/lineamientos_vsr.pdf
10. Hammitt LL, Dagan R, Yuan Y, Baca Cots M, Bosheva M, Madhi SA, et al. Nirsevimab for Prevention of RSV in Healthy Late-Preterm and Term Infants. *N Engl J Med*. 2022;386(9):837-46. doi:10.1056/NEJMoa2110275.
11. Munro APS, Drysdale SB, Cathie K, Flamein F, Knuf

M, Collins AM, et al. 180-day efficacy of nirsevimab against hospitalisation for respiratory syncytial virus lower respiratory tract infections in infants (HARMONIE): a randomised, controlled, phase 3b trial. *Lancet Child Adolesc Health.* 2025;9(6):404-12. doi:10.1016/S2352-4642(25)00102-6.

12. Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT). Aprobación Nirsevimab. Disposición No 10320/23. [Internet]. 2023. [Consulta: 15 de marzo de 2026]. Disponible en: https://boletin.anmat.gob.ar/noviembre_2023/Dispo_10320-23.pdf
13. Sociedad Argentina de Pediatría. Documento de posición para la prevención de infecciones respiratorias por virus sincicial respiratorio (VSR) [Internet]. 2024. [Consulta: 15 de marzo de 2026]. Disponible en: https://www.sap.org.ar/docs/pdf/consensos_documento-de-posicion-para-la-prevencion-de-infecciones-respiratorias-por-virus-sincicial-respiratorio-vsr-134.pdf
14. CoNaIn. Acta 3a Reunión Ordinaria de la Comisión Nacional de Inmunizaciones [Internet]. 2024. [Consulta: 15 de marzo de 2026]. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/03/01-2024-acta_conain_20_nov_2024.pdf
15. Sociedad Argentina de Vacunología y Epidemiología. Vacunación contra el virus sincicial respiratorio en todas las etapas de la vida: logros, propuestas, desafíos [Internet]. 2024. [Consulta: 15 de marzo de 2026]. Disponible en: https://save.org.ar/wp-content/uploads/2024/10/Documento-de-consenso-vacuna-contra-VSR-en-todas-las-etapas-de-la-vida_sept24.pdf
16. Hall CB, Weinberg GA, Blumkin AK, Edwards KM, Staat MA, Schultz AF, et al. Respiratory syncytial virus-associated hospitalizations among children less than 24 months of age. *Pediatrics.* 2013;132(2):e341-8. doi:10.1542/peds.2013-0303.
17. Simões EAF, Madhi SA, Muller WJ, Atanasova V, Bosheva M, Cabañas F, et al. Efficacy of nirsevimab against respiratory syncytial virus lower respiratory tract infections in preterm and term infants, and pharmacokinetic extrapolation to infants with congenital heart disease and chronic lung disease: a pooled analysis of randomised controlled trials. *Lancet Child Adolesc Health.* 2023;7(3):180-9. doi:10.1016/S2352-4642(22)00321-2.
18. Kitano T, Tsuzuki S, Fukuda H, Yoshida S. Long-term impact of nirsevimab on prevention of respiratory syncytial virus infection using a real-world global database. *J Infect*. 2025;91(6):106652. doi:10.1016/j.jinf.2025.106652.
19. Centers for Disease Control and Prevention. RSV Vaccine Guidance for Pregnant Women [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention; 2024. [Consulta: 15 de marzo de 2026]. Disponible en: https://www.cdc.gov/rsv/hcp/vaccine-clinical-guidance/pregnant-people.html
20. Argentina. Ministerio de Salud. Coberturas de vacunación Calendario Nacional 2024 [Internet]. 2025. [Consulta: 15 de marzo de 2026]. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/10-30-nacion-cnv_2024-10_09_2025_v2.pdf
21. American College of Obstetricians and Gynecologists. Maternal Respiratory Syncytial Virus Vaccination: Practice Advisory. [Internet]. 2023. [Consulta: 15 de marzo de 2026]. Disponible en: https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-advisory/articles/2023/09/maternal-respiratory-syncytial-virus-vaccination
22. Asociación Española de Pediatría. Manual de inmunizaciones en línea de la AEP. [Internet]. Capítulo 43: Virus respiratorio sincitial. 2024. [Consulta: 15 de marzo de 2026]. Disponible en: https://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-43