INSTRUCCIÓN SGSPPS-1/2026

PREVENCIÓN DE LA BRONQUIOLITIS POR VRS CON NIRSEVIMAB EN LACTANTES

Recomendaciones para Andalucía
2026-2027

Secretaría General de Salud Pública y Promoción de la Salud
Servicio Andaluz de Salud

14 SEPTIEMBRE 2026

Junta de Andalucía
Consejería de Presidencia, Sanidad y Emergencias

Es copia auténtica de documento electrónico

Puede verificar la integridad de este documento mediante la lectura del código QR adjunto o mediante el acceso a la dirección https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma indicando el código de VERIFICACIÓN

FIRMADO POR	DAVID MORENO PEREZ	14/09/2026
VERIFICACIÓN	Pk2jmLK6RG4DYSWPZALHXRNV3GQ27C	PÁG. 1/16

ÍNDICE

01 **Introducción**
VRS, nirsevimab y resultados de campaña

02 **Indicaciones, captación y circuito**
Grupos 1, 2 y 3 de la campaña 2026-27

03 **Consideraciones y situaciones especiales**
Mutualistas, clínicas privadas, reinfecciones

04 **Presentación y conservación**
Jeringas de 50 y 100 mg, cadena de frío

05 **Posología**
Dosis según peso y temporada

06 **Preparación y administración**
Manejo de la jeringa, vía y técnica

07 **Reacciones adversas**
Frecuencia y curso clínico

08 **Precauciones y contraindicaciones**
Coagulación e hipersensibilidad

09 **Administración simultánea con vacunas**
Compatibilidad y lugares de inyección

10 **Seguridad y errores de administración**

11 **Registro**
Módulo Vacunas de Diraya

12 **Más información de interés**
Documentación oficial y publicaciones

A1 **Anexo 1. Indicaciones 2026-27**
Cuadro resumen por grupos

Es copia auténtica de documento electrónico

Puede verificar la integridad de este documento mediante la lectura del código QR adjunto o mediante el acceso a la dirección https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma indicando el código de VERIFICACIÓN

FIRMADO POR	DAVID MORENO PEREZ	14/09/2026
VERIFICACIÓN	Pk2jmLK6RG4DYSWPZALHXRNV3GQ27C	PÁG. 2/16

01 INTRODUCCIÓN

¿Qué es el virus respiratorio sincitial (VRS) y qué consecuencias tiene?

Constituye una de las principales causas de patología respiratoria en lactantes, especialmente en menores de 6 meses, así como en personas mayores y con ciertas situaciones de riesgo, generando una elevada carga de enfermedad y asistencial en atención primaria, urgencias y hospitalización.

En lactantes, es el causante de aproximadamente el 70% de las hospitalizaciones por infecciones respiratorias, siendo también responsable de numerosas visitas a atención primaria y a urgencias en la época invernal. Además, se ha relacionado la infección por VRS en los primeros meses de vida con una mayor frecuencia de secuelas a medio-largo plazo, como la hiperreactividad bronquial y el asma.

¿A quién afecta más?

Aunque la prematuridad, la displasia broncopulmonar, las cardiopatías (cianosantes y no cianosantes) y otros antecedentes médicos relevantes son factores de alto riesgo bien identificados de bronquiolitis grave por VRS en los primeros 1-2 años de vida, el 98% de los casos de bronquiolitis que precisan hospitalización y el 75% de los que acaban ingresando en UCIP, son lactantes sanos sin patologías de base.

¿Qué es nirsevimab?

Es un anticuerpo monoclonal de vida media prolongada diseñado para la protección frente a la bronquiolitis por el VRS. Nirsevimab ha demostrado ser un fármaco muy seguro.

¿Qué resultados se están consiguiendo con nirsevimab?

Sin prevención, uno de cada 25 recién nacidos acabaría ingresando en el hospital por una bronquiolitis por VRS. Sin embargo, durante las últimas 3 temporadas (2023-24, 2024-25 y 2025-26) se ha empleado nirsevimab de forma exitosa en términos de efectividad y seguridad en España. Desde entonces, lo están recibiendo más del 95% de los lactantes, y según los estudios realizados en Andalucía, la efectividad para prevenir la hospitalización por bronquiolitis por VRS supera el 80%. Además, en los lactantes que ingresan por infección por VRS a pesar de haber recibido nirsevimab, se ha apreciado una disminución significativa de la gravedad de la bronquiolitis, necesitando menos soporte respiratorio, requiriendo menos días en el hospital y con menos posibilidades de ingresar en la UCIP (estudio NIRSEGRAND: Vaccines (Basel), 2025).

Es copia auténtica de documento electrónico

Puede verificar la integridad de este documento mediante la lectura del código QR adjunto o mediante el acceso a la dirección https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma indicando el código de VERIFICACIÓN

FIRMADO POR	DAVID MORENO PEREZ	14/09/2026
VERIFICACIÓN	Pk2jmLK6RG4DYSWPZALHXRNV3GQ27C	PÁG. 3/16

01 INTRODUCCIÓN

En esta campaña 2026-27 se empleará nirsevimab en las mismas condiciones e indicaciones que en la campaña anterior. Durante la temporada 2026-27, este fármaco seguirá sin estar comercializado en farmacias comunitarias. Su administración no requiere prescripción facultativa previa ni la firma de un consentimiento informado de los padres o cuidadores.

Como novedad relevante para esta campaña 2026-27, para todos los lactantes del **GRUPO 1B** que nazcan **a partir del 1 de octubre de 2026 en centros privados**, independientemente de su adscripción (pública, privada o mutualista), la administración de nirsevimab **SE REALIZARÁ EN ACTO ÚNICO** (alta/registro administrativo para NUHSA en caso necesario, y administración por enfermería), **SIN NECESIDAD DE CITA PREVIA, en su primer contacto presencial con el sistema sanitario público, en su centro de Atención Primaria de referencia** (habitualmente, el más próximo a su domicilio). En admisión del centro se realizará la asignación directa en la agenda de enfermería.

A continuación, se exponen las indicaciones autorizadas para el uso de nirsevimab en Andalucía (ver **ANEXO 1**).

Es copia auténtica de documento electrónico

Puede verificar la integridad de este documento mediante la lectura del código QR adjunto o mediante el acceso a la dirección https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma indicando el código de VERIFICACIÓN		
FIRMADO POR	DAVID MORENO PEREZ	14/09/2026
VERIFICACIÓN	Pk2jmLK6RG4DYSWPZALHXRNV3GQ27C	PÁG. 4/16

02 INDICACIONES, CAPTACION Y CIRCUITO PARA LA ADMINISTRACION DE NIRSEVIMAB DURANTE LA CAMPAÑA 2026-27

GRUPO 1. MENORES DE 6 MESES

Se indica una dosis de nirsevimab de forma sistemática a todos los nacidos entre el 1 de abril de 2026 y el 31 de marzo de 2027. Estos se encuadran en el Grupo 1, que se subdivide en dos subgrupos:

GRUPO 1A. NACIDOS ENTRE 1 ABRIL Y 30 SEPTIEMBRE DE 2026

Independientemente del hospital de nacimiento (público o privado), recibirán nirsevimab **en su centro de Atención Primaria de referencia** (habitualmente, el más próximo a su domicilio), a partir del 21 de septiembre de 2026. Se contactará con los padres o tutores (captación activa) a partir del mes de septiembre.
Aquellos que, por el motivo que fuera, no hayan sido inmunizados, podrán hacerlo a lo largo de la campaña antes de su finalización, aunque tengan más de 6 meses.

Grupo 1B. Nacidos entre 1 octubre 2026 y 31 marzo 2027

Desde las maternidades debe informase a las familias de la importancia de esta inmunización y de realizarla de manera preferente tras el nacimiento.
Para los lactantes nacidos en **centros públicos del SSPA**, la administración de nirsevimab se realizará lo más pronto posible durante su ingreso en maternidad, previa al alta domiciliaria. En caso de negativa por parte de los padres a la administración es muy importante registrar esta información y el motivo en la historia clínica. Durante los días posteriores, se podrán realizar nuevos contactos de captación activa por los profesionales de referencia de su centro de atención primaria, realizando la inmunización tan pronto como fuera factible.

> Como novedad relevante para esta campaña 2026-27, para todos los lactantes del **GRUPO 1B** que nazcan **a partir del 1 de octubre de 2026 en centros privados**, independientemente de su adscripción (pública, privada o mutualista), la administración de nirsevimab **SE REALIZARÁ EN ACTO ÚNICO**, incluyendo el alta/registro administrativo para NUHSA en caso necesario, e inmunización y registro por enfermería, **SIN NECESIDAD DE CITA PREVIA, en su primer contacto presencial con el sistema sanitario público, en su centro de Atención Primaria de referencia** (habitualmente, el más próximo a su domicilio). En ese mismo contacto, desde el Servicio de Atención a la Ciudadanía, se realizarán las gestiones administrativas necesarias, incluida, cuando proceda, la gestión del alta/asignación del NUHSA, para posibilitar la administración de nirsevimab por enfermería y su correspondiente registro en la historia clínica. Desde admisión del centro se realizará la asignación directa en agenda de enfermería, sin necesidad de cita previa.

Se recomienda el registro en RUPYNA por parte de los centros sanitarios privados antes del alta, para facilitar la generación del NUHSA.

La campaña 2026-27 concluirá con los nacidos hasta el 31 de marzo de 2027, aunque podría depender de la situación epidemiológica. Los lactantes nacidos en los últimos días de marzo de 2027, tendrán hasta el 9 de abril de 2027 para poder inmunizarse con nirsevimab.

Es copia auténtica de documento electrónico

Puede verificar la integridad de este documento mediante la lectura del código QR adjunto o mediante el acceso a la dirección https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma indicando el código de VERIFICACIÓN

FIRMADO POR	DAVID MORENO PEREZ	14/09/2026
VERIFICACIÓN	Pk2jmLK6RG4DYSWPZALHXRNV3GQ27C	PÁG. 5/16

02 Indicaciones, captacion y circuito para la administracion de nirsevimab durante la campaña 2026-27

GRUPO 2. Prematuros de <35 semanas con menos de 1 año de edad.

Lactantes menores de 1 año de edad (es decir, hasta 364 días de vida) en el momento de la administración del fármaco, con antecedente de prematuridad de menos de 35 semanas.
Recibirán nirsevimab en atención primaria, a partir del 21 de septiembre 2026. Se realizará captación activa a partir del mes de septiembre.
La administración se realizará lo antes posible. Aquellos a los que no se les administre al principio de la campaña podrán hacerlo a lo largo de toda la campaña.

GRUPO 3. Menores de 2 años con condiciones de alto riesgo

Pacientes menores de 2 años (es decir, hasta 1 año y 364 días) en el momento de la administración de nirsevimab, con alguna de estas condiciones de alto riesgo:

- Cardiopatías congénitas con afectación hemodinámica significativa (cianosantes o no cianosantes).
- Cirugía cardiaca con by-pass cardiopulmonar.
- Displasia broncopulmonar.
- Inmunodepresión grave: enfermedades oncohematológicas; inmunodeficiencias primarias sobre todo combinadas y agammaglobulinemia congénita; tratamiento con inmunosupresores de forma continuada.
- Errores congénitos del metabolismo.
- Enfermedades neuromusculares.
- Enfermedades pulmonares graves.
- Síndromes genéticos con problemas respiratorios relevantes.
- Síndrome de Down.
- Fibrosis quística.
- En cuidados paliativos.

Recibirán nirsevimab en los hospitales que los atienden, preferentemente en los Servicios de Medicina Preventiva, a partir del 21 de septiembre de 2026. Se contactará con los padres o tutores (captación activa) a partir del mes de septiembre. Los listados se realizarán en colaboración con los Servicios de Pediatría.
La administración se realizará lo antes posible. Aquellos a los que no se les administre al principio de la campaña podrán hacerlo a lo largo de toda la campaña.
Aquellos con síndrome de Down podrán inmunizarse en atención primaria, así como otros por situación de oportunidad, y que no hubieran sido inmunizados en Medicina Preventiva.

Es copia auténtica de documento electrónico

Puede verificar la integridad de este documento mediante la lectura del código QR adjunto o mediante el acceso a la dirección https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma indicando el código de VERIFICACIÓN

FIRMADO POR	DAVID MORENO PEREZ	14/09/2026
VERIFICACIÓN	Pk2jmLK6RG4DYSWPZALHXRNV3GQ27C	PÁG. 6/16

03 CONSIDERACIONES Y SITUACIONES ESPECIALES

A continuación, se describen una serie de situaciones especiales que se pueden ir presentando a lo largo de la campaña:

- Los lactantes con consideración de **mutualistas** (MUFACE, ISFAS o MUGEJU) que hayan optado por el aseguramiento privado, y que tengan indicación de inmunización frente al VRS por pertenecer a cualquiera de los 3 grupos descritos en esta instrucción, recibirán nirsevimab en su **centro de Atención Primaria de referencia** (habitualmente, el más próximo a su domicilio). **La administración de nirsevimab debe realizarse lo antes posible**. Aquellos pertenecientes a algunos de los **grupos de alto riesgo (Grupo 2 o 3)**, deberán **acreditar** su condición de riesgo mediante un informe médico de su entidad, especificando la indicación de inmunización e igualmente.
- Aquellos lactantes del **GRUPO 1B** que, excepcionalmente, no reciban nirsevimab en la maternidad del hospital público de nacimiento por el motivo que fuera, la administración **SE REALIZARÁ EN ACTO ÚNICO, SIN NECESIDAD DE CITA PREVIA, en su primer contacto con el sistema sanitario público, en su centro de Atención Primaria de referencia** (habitualmente, el más próximo a su domicilio). Desde admisión del centro se realizará la asignación directa en agenda de enfermería, sin necesidad de cita previa.
- En el caso de recién nacidos que se encuentren hospitalizados por problemas médicos, se deberá administrar tan pronto como la situación de estabilidad clínica lo permita.
- Para los lactantes con indicación de nirsevimab según esta instrucción que se encuentren ingresados en centros privados durante la campaña en curso, se facilitará su administración en dichos centros a través de un circuito específico y en coordinación con las Delegaciones Territoriales de Salud. Cada caso se gestionará de forma individualizada, asegurando la trazabilidad y registro correspondiente en la historia clínica de salud.
- Los lactantes del **GRUPO 1A** (nacidos a partir de 1 abril 2026) que por el motivo que fuera ya hubieran recibido nirsevimab en la campaña anterior (2025-26), deben recibirlo nuevamente en la campaña 2026-27.
- Los lactantes nacidos antes del 1 de abril de 2026 que **no hubieran recibido** nirsevimab en la temporada anterior por el motivo que fuera, y que no pertenezcan a otros grupos de riesgo, **no recibirán** nirsevimab en esta temporada.
- Los lactantes del Grupo 2, siempre que tengan menos de 1 año de edad, recibirán nirsevimab independientemente de si han recibido nirsevimab en la campaña 2025-26 o de si han padecido una o varias infecciones por VRS previamente.
- Los lactantes del Grupo 3, siempre que tengan menos de 2 años de edad, recibirán nirsevimab independientemente de si han recibido nirsevimab en la campaña 2025-26 o de si han padecido una o varias infecciones por VRS previamente.
- Los lactantes que presenten condiciones tanto de Grupo 2 como de Grupo 3 (por ejemplo: prematuro de 32 semanas y fibrosis quística), se inmunizarán mientras tengan menos de 2 años.
- Los lactantes que estén cursando una bronquiolitis, ya sea por VRS u otro patógeno, pueden ser inmunizados durante el proceso si este es leve y clínicamente están estables.

Es copia auténtica de documento electrónico

Puede verificar la integridad de este documento mediante la lectura del código QR adjunto o mediante el acceso a la dirección https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma indicando el código de VERIFICACIÓN

FIRMADO POR	DAVID MORENO PEREZ	14/09/2026
VERIFICACIÓN	Pk2jmLK6RG4DYSWPZALHXRNV3GQ27C	PÁG. 7/16

03 Consideraciones y situaciones especiales

- Aquellos lactantes con indicación de recibir nirsevimab, que antes de haber recibido nirsevimab hayan pasado una o varias infecciones previas por VRS independientemente de su gravedad, seguirán teniendo indicación de recibirlo.
- La vacuna frente al VRS para embarazadas está disponible en las oficinas de farmacia comunitaria mediante prescripción privada. No obstante, se recomienda administrar nirsevimab a todos los recién nacidos, incluidos aquellos cuyas madres hubieran recibido la vacuna durante el embarazo.

Es copia auténtica de documento electrónico

Puede verificar la integridad de este documento mediante la lectura del código QR adjunto o mediante el acceso a la dirección https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma indicando el código de VERIFICACIÓN

FIRMADO POR	DAVID MORENO PEREZ	14/09/2026
VERIFICACIÓN	Pk2jmLK6RG4DYSWPZALHXRNV3GQ27C	PÁG. 8/16

04 PRESENTACIÓN Y CONSERVACIÓN

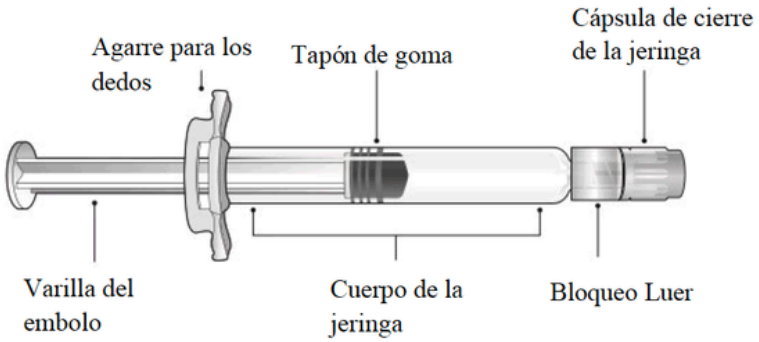
Nirsevimab (Beyfortus®) se presenta en jeringa precargada, lista para su administración. NO se debe agitar. NO precisa dilución. Hay disponibles dos presentaciones con dosis diferentes:

Beyfortus® 50 mg

- En jeringa precargada, con émbolo morado.
- Contiene 50 mg de nirsevimab en 0,5 ml (100 mg/ml).
- Para lactantes con menos de 5 kg de peso en el momento de recibir el fármaco.

Beyfortus® 100 mg

- En jeringa precargada, con émbolo azul claro.
- Contiene 100 mg de nirsevimab en 1 ml (100 mg/ml).
- Para lactantes de 5 kg o más de peso en el momento de recibir el fármaco.



Se debe conservar en nevera entre 2 y 8ºC. No se debe congelar.
Se puede mantener a temperatura ambiente (20°C – 25°C) protegido de la luz durante un máximo de 8 horas. Después de este tiempo, la jeringa se debe desechar.

Es copia auténtica de documento electrónico

Puede verificar la integridad de este documento mediante la lectura del código QR adjunto o mediante el acceso a la dirección https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma indicando el código de VERIFICACIÓN

FIRMADO POR	DAVID MORENO PEREZ	14/09/2026
VERIFICACIÓN	Pk2jmLK6RG4DYSWPZALHXRNV3GQ27C	PÁG. 9/16

05 POSOLOGÍA

SITUACIÓN	PESO EN EL MOMENTO DE LA ADMINISTRACIÓN	DOSIS
Los lactantes en su primera temporada de VRS	Menos de 5 kg	**se administrará una jeringa de 50 mg.**
	5 kg o más	**se administrará una jeringa de 100 mg.**
Los pacientes con condiciones de alto riesgo de enfermedad grave por VRS, menores de 24 meses (Grupo 3, Anexo 1), y los prematuros <35 semanas menores de 12 meses en su segunda temporada de VRS (Grupo 2)	Menos de 10 kg	**se administrará una jeringa de 100 mg.**
	10 kg o más	**200 mg (se administrarán 2 jeringas de 100 mg).**

Recibirán diferente dosis de nirsevimab en función de su peso, independientemente de si han recibido nirsevimab en la temporada anterior.

En lactantes sometidos a **cirugía cardíaca con bypass cardiopulmonar**, previamente inmunizados con nirsevimab en esta campaña antes de la cirugía, se debe administrar una dosis adicional lo antes posible una vez que el lactante esté estable después de la cirugía para asegurar niveles séricos adecuados de nirsevimab. En los primeros 90 días tras recibir la dosis de nirsevimab previa a la cirugía, la dosis adicional debe ser de 50 mg o 100 mg según el peso corporal (200 mg si pesan 10 kg o más). Si han transcurrido más de 90 días después de la dosis previa a la cirugía, la dosis adicional podría ser una dosis única de 50 mg independientemente del peso corporal durante la primera temporada del VRS o de 100 mg durante la segunda temporada del VRS para cubrir el resto de la temporada de VRS.

Es copia auténtica de documento electrónico

Puede verificar la integridad de este documento mediante la lectura del código QR adjunto o mediante el acceso a la dirección https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma indicando el código de VERIFICACIÓN

FIRMADO POR	DAVID MORENO PEREZ	14/09/2026
VERIFICACIÓN	Pk2jmLK6RG4DYSWPZALHXRNV3GQ27C	PÁG. 10/16

06 PREPARACIÓN Y ADMINISTRACIÓN

La jeringa precargada de nirsevimab (Beyfortus®) se debe manejar de la siguiente forma:

1º

Sostener el bloqueo Luer en una mano (evitar sostener la varilla del émbolo o el cuerpo de la jeringa), desenroscar la cápsula de cierre de la jeringa girándola con la otra mano en sentido contrario a las agujas del reloj

2º

Colocar una aguja de bloqueo Luer a la jeringa precargada girando suavemente la aguja en el sentido de las agujas del reloj sobre la jeringa precargada hasta que se note una ligera resistencia

3º

Sostener el cuerpo de la jeringa con una mano y tirar con cuidado del capuchón de la aguja directamente con la otra mano. No sostener la varilla del émbolo mientras se retira la cubierta de la aguja o el tapón de goma, que podría moverse. No tocar la aguja ni dejar que toque ninguna superficie. No volver a tapar la aguja ni la desprenda de la jeringa.

Beyfortus® se administra por vía intramuscular. En cuanto al lugar de elección:

- **En los menores de 1 año**: preferiblemente en la cara anterolateral externa del muslo (músculo vasto externo o lateral) (zona externa del tercio medio del muslo).
- **En los lactantes entre 1-2 años**: dependiendo de la masa muscular, el lugar de inyección recomendado es también la cara anterolateral externa del muslo, aunque el deltoides podría ser una alternativa. Esto sólo se aplica a los pacientes de los grupos de riesgo de enfermedad grave por VRS a los cuales se les administrará nirsevimab antes de cada temporada de VRS hasta cumplir los dos años de edad.

Otras recomendaciones para su administración:

- Limpieza con gasa o algodón empapada con agua destilada o suero fisiológico y dejar secar.
- No se considera necesario hacer un aspirado previo a la inyección.
- Al terminar la inyección, retirar rápidamente la aguja y presionar ligeramente la zona de la punción con un algodón. No se debe realizar masaje sobre la zona.
- Para la administración intramuscular se debe introducir la aguja en un ángulo de 90º respecto a la piel.
- Adecuar el tamaño de la longitud de la aguja en caso necesario.

Es copia auténtica de documento electrónico

Puede verificar la integridad de este documento mediante la lectura del código QR adjunto o mediante el acceso a la dirección https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma indicando el código de VERIFICACIÓN

FIRMADO POR	DAVID MORENO PEREZ	14/09/2026
VERIFICACIÓN	Pk2jmLK6RG4DYSWPZALHXRNV3GQ27C	PÁG. 11/16

06 Preparación y administración

Se recomiendan dos tipos de técnicas:

Técnica del aplanado

consiste en aplanar la piel y el tejido celular subcutáneo en el lugar de la inyección mediante un movimiento de separación entre pulgar e índice, al tiempo que se presiona sobre la masa muscular. Es la técnica recomendada por la OMS.

Técnica del pellizco

consiste en coger el músculo entre los dedos índice y pulgar de la mano libre.

No hay ningún tratamiento específico en caso de sobredosis con nirsevimab. Si se produce sobredosis, se debe monitorizar al paciente para detectar la aparición de reacciones adversas y se le debe proporcionar tratamiento sintomático si fuera necesario.

Es copia auténtica de documento electrónico

Puede verificar la integridad de este documento mediante la lectura del código QR adjunto o mediante el acceso a la dirección https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma indicando el código de VERIFICACIÓN

FIRMADO POR	DAVID MORENO PEREZ	14/09/2026
VERIFICACIÓN	Pk2jmLK6RG4DYSWPZALHXRNV3GQ27C	PÁG. 12/16

Apartado 07

07 REACCIONES ADVERSAS

La reacción adversa más frecuente es la erupción cutánea (0,7 %) que se produce durante los 14 días posteriores a la administración. La mayoría de los casos son de intensidad leve a moderada.

Además, puede aparecer fiebre y reacción en el lugar de la inyección en un 0,6 % y un 0,4 % respectivamente, dentro de los 7 días posteriores a la dosis. En los ensayos realizados, las reacciones en el lugar de la inyección no fueron graves.

Apartado 08

08 PRECAUCIONES Y CONTRAINDICACIONES

Al igual que con otras inyecciones intramusculares, se deben administrar con precaución en lactantes con trombocitopenia o cualquier trastorno de la coagulación. En estos casos, se recomienda emplear una aguja de calibre fino (23–25 G) y aplicar presión firme sobre el punto de inyección durante al menos 2 minutos, sin frotar la zona, para reducir el riesgo de hematoma.
Como cualquier fármaco, se contraindica si existe hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes (L-histidina, hidrocloruro de L-histidina, hidrocloruro de L-arginina, sacarosa, polisorbato 80).

Apartado 09

09 ADMINISTRACIÓN SIMULTÁNEA DE NIRSEVIMAB CON VACUNAS

Nirsevimab se puede administrar de forma segura a la vez que vacunas habituales como hexavalente, hepatitis B, neumococo conjugada, meningococo B, C y ACWY, triple vírica, varicela, rotavirus, vacunas inactivadas antigripales y vacunas frente a COVID-19.
No se debe mezclar con ninguna vacuna en la misma jeringa.
Cuando se administra concomitantemente con vacunas inyectables, se debe administrar con jeringas separadas y en diferentes lugares de inyección, dejando una distancia de al menos 2,5 cm si se administra en el mismo muslo. Si por cualquier razón no se administra el mismo día, no es necesario respetar ningún intervalo entre dosis.
También se puede administrar a la vez que otros productos inyectables habituales de los primeros días de vida, como la vitamina K, en lugares anatómicos diferentes.

Es copia auténtica de documento electrónico

Puede verificar la integridad de este documento mediante la lectura del código QR adjunto o mediante el acceso a la dirección https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma indicando el código de VERIFICACIÓN

FIRMADO POR	DAVID MORENO PEREZ	14/09/2026
VERIFICACIÓN	Pk2jmLK6RG4DYSWPZALHXRNV3GQ27C	PÁG. 13/16

Apartado 10

10 SEGURIDAD Y ERRORES DE ADMINISTRACIÓN

Nirsevimab ha demostrado ser un fármaco muy seguro. La erupción cutánea o el dolor en la zona de inyección aparecen en menos del 1% de inmunizados. Hasta la fecha no se ha detectado ninguna señal de alerta de seguridad.

Si por error inadvertido se administra la jeringa incorrecta:

Si se administra jeringa de 100 mg a un lactante de menos de 5 kilos de peso

se informará a los cuidadores del posible aumento de reactogenicidad, aunque no es esperable que se produzcan efectos adversos añadidos. La dosis se dará como válida.

Si se administra jeringa de 50 mg a un lactante con 5 kilos o más

se administrará otra dosis de 50 mg, en cualquier momento, incluido el mismo día. No es necesario guardar ningún tipo de intervalo.

En estos casos, siempre se debe notificar este tipo de errores.

Apartado 11

11 REGISTRO

La administración de nirsevimab (Beyfortus®) se registrará en el módulo Vacunas de la historia digital de Diraya, tanto si se administra en atención primaria como en atención hospitalaria. Se debe especificar si se emplea una jeringa precargada de 50 o de 100 mg.

El registro se debe realizar en el momento y por la persona o personas que lleven a cabo la administración de nirsevimab.

Este registro, incluso previo al acto vacunal, es **obligado**, ya que permite conocer la trazabilidad del fármaco administrado, la certeza de que no ha sido administrado previamente en ese lactante, así como el control de stock de unidades disponibles.

Cuando se esté cumplimentando el registro, es importante primero, configurar la ficha vacunal, donde además de asociar el calendario específico de inmunización frente al VRS, se añade las condiciones o factores de riesgo que justifiquen su administración.

Es copia auténtica de documento electrónico

Puede verificar la integridad de este documento mediante la lectura del código QR adjunto o mediante el acceso a la dirección https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma indicando el código de VERIFICACIÓN

FIRMADO POR	DAVID MORENO PEREZ	14/09/2026
VERIFICACIÓN	Pk2jmLK6RG4DYSWPZALHXRNV3GQ27C	PÁG. 14/16

12 MÁS INFORMACIÓN DE INTERÉS

Documentación oficial sobre inmunoprevención del VRS:

- Andavac. Campaña #StopBronquiolitis. www.andavac.es/stop-bronquiolitis/
- Servicio Andaluz de Salud. Citación en centros de atención primaria. www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/ciudadania/citas-en-centros-de-atencion-primaria
- Ministerio de Sanidad, Gobierno de España. Recomendaciones de utilización de nirsevimab. www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/VRS/poblacionInfantil/home.htm

Ficha técnica del anticuerpo monoclonal frente a VRS disponible en el SSPA:

- Ficha técnica de nirsevimab (Beyfortus®).

https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/1221689001/FT_1221689001.html

Publicaciones de interés:

- Iglesias-Caballero M, Mas V, Campoy A, et al. Genomic surveillance and antigenic characterization of Respiratory Syncytial Virus (RSV) in Spain during the 2023-2024 season of nirsevimab administration. *J Infect Dis.* 2026;233(2):e409-e418.
- López-Lacort M, Muñoz-Quiles C, Mira-Iglesias A, Xavier López-Labrador F, Garcés-Sánchez M, Escribano-López B, et al. Nirsevimab effectiveness against severe respiratory syncytial virus infection in the primary care setting. *Pediatrics.* 2025 Jan 1;155(1):e2024066393.
- Moreno-Pérez D, Catalán-Fernández E, Croche FB, et al. Nirsevimab and hospitalization for lower respiratory tract infection during the second season. *Pediatrics.* 2026 Aug 1;158(2):e2025075562. doi: 10.1542/peds.2025-075562.
- Moreno-Pérez D, Korobova A, Croche-Santander FB, et al. Nirsevimab prophylaxis for reduction of respiratory syncytial virus complications in hospitalised infants: the multicentre study during the 2023-2024 season in Andalusia, Spain (NIRSEGRAND). *Vaccines (Basel).* 2025;13(2):175.
- Núñez O, Juaneda J, Martinez-Marcos M, et al. Two-season effectiveness of a single nirsevimab dose against RSV hospitalisation in healthy term-born infants: a population-based case-control study, Spain, October 2023 to March 2025. *Euro Surveill.* 2026;31(9):2500593.
- Razzini JL, Giné-Vázquez I, Jin J, 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(5):522-534.
- Sauré D, Torres JP, Goic M, et al. Nirsevimab in high-risk infants in a Respiratory Syncytial Virus prevention strategy. *JAMA Netw Open.* 2026;9(4):e266042.
- Viñeta Paramo M, Kiely M, Valiquette L, et al. Post-licensure safety of nirsevimab from the Canadian National Vaccine Safety (CANVAS) network. *Hum Vaccin Immunother.* 2026;22(1):2658377.
- Zornoza M, Yelo Cano JJ, et al. Strategies used to improve immunization coverage of nirsevimab in an autonomous community in Spain. *Hum Vaccin Immunother.* 2026;22(1):2634505.

Es copia auténtica de documento electrónico

Puede verificar la integridad de este documento mediante la lectura del código QR adjunto o mediante el acceso a la dirección https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma indicando el código de VERIFICACIÓN		
FIRMADO POR	DAVID MORENO PEREZ	14/09/2026
VERIFICACIÓN	Pk2jmLK6RG4DYSWPZALHXRNV3GQ27C	PÁG. 15/16

A1 ANEXO 1

Indicaciones de nirsevimab para la campaña 2026-27 en Andalucía.

GRUPO	CONDICIONES
Grupo 1 Menores de 6 meses	**Subgrupo 1A.** Nacidos entre el 1 de abril y el 30 de septiembre de 2026. **Subgrupo 1B.** Nacidos entre el 1 de octubre de 2026 y el 31 de marzo de 2027.
Grupo 2 Menores de 1 año prematuros	Con antecedente de prematuridad de menos de 35 semanas.
Grupo 3 Menores de 2 años con otras condiciones de alto riesgo	Con alguna de las siguientes condiciones de alto riesgo: • Cardiopatías congénitas con afectación hemodinámica significativa, cianosantes o no cianosantes. • Cirugía cardiaca con bypass cardiopulmonar. • Displasia broncopulmonar. • Inmunodepresión grave: enfermedades oncohematológicas; inmunodeficiencias primarias, sobre todo combinadas y agammaglobulinemia congénita; tratamiento con inmunosupresores de forma continuada. • Errores congénitos del metabolismo. • Enfermedades neuromusculares. • Enfermedades pulmonares graves. • Síndromes genéticos con problemas respiratorios relevantes. • Síndrome de Down. • Fibrosis quística. • En cuidados paliativos.

Es copia auténtica de documento electrónico

Puede verificar la integridad de este documento mediante la lectura del código QR adjunto o mediante el acceso a la dirección https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma indicando el código de VERIFICACIÓN

FIRMADO POR	DAVID MORENO PEREZ	14/09/2026
VERIFICACIÓN	Pk2jmLK6RG4DYSWPZALHXRNV3GQ27C	PÁG. 16/16