



INFORME RESUMEN

**CAMPAÑA DE INMUNIZACIÓN INFANTIL FRENTE A VRS EN LA
COMUNIDAD DE MADRID EN LA TEMPORADA 2025-2026**

Unidades Técnicas de Estrategias Poblacionales en Vacunas y de Gestión de Programas de
Vacunación

Área de Prevención

Subdirección general de prevención y promoción

18 de mayo de 2026

Índice

Contenido

1.	Antecedentes y objetivo de la evaluación	3
1.1.	Campaña de inmunización	4
1.2.	Adquisición del producto	5
1.3.	Distribución y registro	5
1.4.	Formación y comunicación	6
1.5.	Captación de la población diana	7
1.6.	Gestión de la autocita	7
1.7.	Cobertura de inmunización:.....	8
1.8.	Vigilancia epidemiológica	9
1.9.	Aceptabilidad	10
1.10.	Seguridad.....	10
2.	Conclusiones y recomendaciones	11

1. Antecedentes y objetivo de la evaluación

La infección por virus respiratorio sincitial (VRS) en la infancia tiene carácter universal dado que todos los menores de 2 años la adquieren en algún momento. Puede causar diferentes cuadros clínicos, siendo la infección de vías respiratorias altas la más frecuente y la bronquiolitis la más relevante entre las infecciones graves.

En España las infecciones por VRS en población infantil suponen anualmente una importante sobrecarga asistencial todos los inviernos, incluyendo visitas a urgencias, ocupación de las plantas de hospitalización y de las unidades de cuidados intensivos pediátricas.

En la UE el 31 de octubre de 2022 se autorizó nirsevimab, un anticuerpo monoclonal de larga duración capaz de neutralizar tanto al VRS-A como al VRS-B, para la prevención de la enfermedad de las vías respiratorias inferiores producida por VRS en neonatos y lactantes durante su primera temporada de exposición al virus.

La Comisión de Salud Pública (CSP) solicitó a la Ponencia de Programas y Registro de Vacunaciones la evaluación del uso de nirsevimab para la toma de decisiones en la temporada 2023-2024, y en mayo 2023 se aprobó la recomendación de su utilización en la población infantil con alto riesgo de enfermedad grave por VRS, y en los menores de 6 meses al inicio o durante la temporada de circulación del VRS.

En la Comunidad de Madrid (CM), alineados con las recomendaciones de la CSP, se elaboró el Protocolo de vigilancia, prevención y control de bronquiolitis por VRS, que contemplaba la vigilancia epidemiológica reforzada e individualizada de los casos de infección por VRS, y se implementó una primera campaña de inmunización poblacional entre el 1 de octubre de 2023 y el 31 de marzo de 2024.

Los resultados de la primera campaña reflejan el éxito en cuanto a las coberturas alcanzadas, superiores al 95% en los niños nacidos en la temporada de circulación del VRS, la aceptación por parte de los sanitarios y progenitores. Se redujo en un 90% los ingresos hospitalarios en menores de un año, así como ingresos a UCI y necesidad de ventilación mecánica¹.

La efectividad en niños a los que se dirigió la estrategia implementada durante la primera temporada fue de un 80%. Mientras que en prematuros y con bajo peso al nacer fue entre un 60% y un 70%². Estudios europeos recientes han mostrado resultados similares, con unas efectividades superiores al 80% frente a consultas a urgencias y hospitalizaciones por bronquiolitis por VRS, lo que apoya la continuidad de la inmunización en posteriores temporadas como estrategia para la disminución de la carga de la enfermedad por VRS³.

Este documento recoge la evaluación de la campaña de inmunización frente a VRS en lactantes en la CM, en la temporada 2025-2026, y tiene como objetivo determinar el alcance y los resultados de la campaña.

¹ Barbas Del Buey JF et al. The effectiveness of nirsevimab in reducing the burden of disease due to respiratory syncytial virus (RSV) infection over time in the Madrid region (Spain): a prospective population-based cohort study. *Front Public Health*. 2024 Aug 16;12:1441786

² Núñez O et al. Effectiveness of catch-up and at-birth nirsevimab immunisation against RSV hospital admission in the first year of life: a population-based case-control study, Spain, 2023/24 season. *Euro Surveill*. 2025 Feb;30(5):2400596

³ Sumsuzzman D et al. Real-world effectiveness of nirsevimab against respiratory syncytial virus disease in infants: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 2025; 9, 393-403

1.1. Campaña de inmunización

Objetivo principal:

Disminuir la incidencia de enfermedad por VRS en lactantes y menores de 2 años con riesgo elevado de enfermedad grave.

Población diana:

Lactantes menores de 6 meses al inicio de la temporada de circulación (nacidos desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre de 2025) y los recién nacidos durante la temporada (nacidos desde el 1 de octubre de 2025 hasta el 31 de marzo de 2026).

Población infantil con alto riesgo de enfermedad grave por VRS: prematuros de menos de 35 semanas y menos de 12 meses de edad y menores de 24 meses con riesgo elevado de desarrollar enfermedad grave (cardiopatías congénitas, hemopatías malignas, displasia broncopulmonar, otras patologías de base con inmunodepresión grave). En este grupo se recomienda la administración de una segunda dosis (si no han cumplido los 12 meses y fueron prematuros, o si no han cumplido los 24 meses en el caso de persistir alguno de los factores de riesgo descritos), independientemente de si recibieron o no una primera dosis en la campaña previa 2024-2025.

Duración de la campaña:

Del 1 de octubre de 2025 al 31 de marzo de 2026, periodo de mayor circulación del VRS.

Lugares de inmunización:

En la CM se ha contemplado, también para la tercera campaña, la administración en ámbito hospitalario, tanto público como privado, buscando una mayor eficiencia en el uso de los recursos humanos y materiales necesarios para la implementación del programa. De modo que:

- Para la población infantil de menos de seis meses de edad al inicio de la temporada (nacidos de 1 de abril a 30 de septiembre de 2025) se planificó su inmunización lo antes posible al inicio de la misma (en el mes de octubre y la primera semana de noviembre) en cualquiera de los nueve dispositivos hospitalarios habilitados mediante el sistema de autocita (Hospital 12 de Octubre, Hospital Infantil Niño Jesús, Hospital Gregorio Marañón, Hospital La Paz y Hospital Puerta de Hierro-Majadahonda, Hospital de Móstoles, Hospital del Sureste, Hospital del Henares y Hospital Infanta Cristina). El Hospital Infantil Universitario Niño Jesús permaneció habilitado para la inmunización durante toda la campaña.
- A los lactantes nacidos durante la temporada (del 1 de octubre 2025 a 31 de marzo de 2026), se les inmunizó tras el nacimiento, preferentemente antes del alta hospitalaria o en las primeras semanas de vida en los dispositivos habilitados a través de autocita. Todas las maternidades de la CM, tanto públicas como privadas, participaron en la inmunización a sus recién nacidos.
- Para los niños menores de 24 meses con condiciones de alto riesgo y prematuros de menos de 35 semanas de gestación y menores de 12 meses de edad, la inmunización se realizó por parte de su hospital de referencia (maternidades previamente indicadas, HU Ramón y Cajal, y servicios de salud penitenciarios).

Producto:

El producto empleado en la campaña de inmunización 25-26, al igual que en campañas previas, fue nirsevimab (Beyfortus®), autorizado por la UE en octubre de 2022 y comercializado para la prevención de la enfermedad de las vías respiratorias inferiores producida por VRS en neonatos

y lactantes durante su primera temporada de exposición al virus. Nirsevimab ha demostrado un buen perfil de seguridad y de efectividad en ensayos clínicos, y en la vida real.

La pauta recomendada es de una dosis única y determinada por el peso del lactante. Está disponible en dos presentaciones:

- Jeringa precargada con 50 mg de nirsevimab en 0,5 ml para lactantes con peso corporal <5 kg y
- Jeringa precargada con 100 mg de nirsevimab en 1 ml para lactantes con peso corporal \geq 5 kg.

En el caso de indicación de nirsevimab en una segunda temporada, se administra una dosis de 100 mg si el peso del niño/a es menor de 10Kg y doble dosis (200 mg) si pesa \geq 10Kg.

La duración de la protección proporcionada por nirsevimab es de, al menos, de 5 a 6 meses.

1.2. Adquisición del producto

Para la estimación de las necesidades de compra, se tuvo en cuenta: el número de recién nacidos residentes en la CM registrados en el año 2024 (en torno a 50.000), un 3% de aumento de la natalidad, unas estimaciones de cobertura similar a la de la temporada anterior en recién nacidos entre octubre y marzo y un 10% mayor en los nacidos entre abril a septiembre, así como los intercambios y préstamos de dosis de la temporada previa y el stock residual de la temporada previa. Finalmente, se adquirieron 30.000 dosis de Beyfortus® 50mg y 14.000 dosis de Beyfortus® 100 mg.

1.3. Distribución y registro

La distribución de nirsevimab en la campaña 2025-2026 se realizó a un total de 45 centros sanitarios:

- 24 maternidades de la red del SERMAS
- 16 maternidades privadas
- El Hospital Infantil Universitario (HUI) Niño Jesús, habilitado como dispositivo de inmunización a lo largo de toda la campaña
- Otros centros que solicitaron dosis para los niños con condiciones de alto riesgo o nacidos de madres privadas de libertad: HU Ramón y Cajal, el Hospital Virgen del Mar, el Hospital Universitario HM Sanchinarro y el Servicio Médico Penitenciario Madrid VI.

Previo al inicio de la campaña se realizó una primera distribución programada a los 41 centros hospitalarios participantes. Posteriormente, los centros fueron solicitando dosis ajustando a la demanda.

A fin de campaña, habían sido distribuidas un total de 32.200 dosis de Beyfortus® 50 mg (98,81% de las dosis disponibles), y las dosis registradas en SISPAL han sido 30.623 (porcentaje de registro de 97,70%). De Beyfortus® 100 mg se distribuyeron 17.565 dosis (86,12% de las dosis disponibles) y se registraron en SISPAL un total de 17.033 (porcentaje de registro de 119,40%).

Para ambos productos el porcentaje de registro ha sido ajustado teniendo en cuenta las dosis distribuidas, las dosis sobrantes y las afectadas por RCF). En el caso de Beyfortus® 100 mg el porcentaje de registro supera el 100% (119,40%), la explicación residiría en la existencia de dosis disponibles en los hospitales al inicio de la campaña sobrantes de la campaña previa que no habían sido notificadas.

1.4. Formación y comunicación

Previo al inicio de la campaña se realizaron varias sesiones informativas para los profesionales de las maternidades públicas, privadas y Atención Primaria (AP). El objetivo de estas sesiones fue informar al personal implicado de cada hospital sobre los objetivos y la estrategia de implementación de la campaña. En cada maternidad se nombró la figura del coordinador VRS para facilitar la comunicación entre el centro y el equipo de la D.G. de Salud Pública.

Para la difusión de la campaña, se elaboró una sección específica en la página web institucional sobre VRS, con información tanto para población general como para profesionales sanitarios.



Además de la formación on line, se elaboró documentación técnica: Documento técnico de inmunización frente al VRS infantil en la Comunidad de Madrid en la temporada 2025-2026, Guía técnica NIRSEVIMAB (Beyfortus®), y un documento de preguntas y respuestas frecuentes que se puso a disposición de los profesionales sanitarios en la intranet de la CM (Salud@) y en la web institucional para profesionales.

En esta campaña se editaron 55.000 folletos informativos y 500 carteles que fueron distribuidos en las maternidades y centros de AP: 42.788 en español y 8.359 en otros idiomas (francés, inglés, chino y árabe). Se distribuyeron 21.896 folletos a centros de AP, 28.499 folletos a las maternidades, y a las ONG que trabajan con población vulnerable 1.152.

Campaña de inmunización frente al virus respiratorio sincitial

La Comunidad de Madrid pone en marcha el 1 de octubre la campaña para inmunizar a recién nacidos y lactantes frente al virus respiratorio sincitial (VRS, principal causante de bronquiolitis).

¿Dónde se administra?

En las maternidades, antes del alta, a los bebés nacidos entre el 1 de octubre del presente año y 31 de marzo del año próximo, residentes en la Comunidad de Madrid.

A partir del 1 de octubre, mediante autocita, se administrará a bebés nacidos entre el 1 de abril y 30 de septiembre del presente año en los hospitales públicos de la Comunidad de Madrid habilitados para ello.

¿Qué es el virus respiratorio sincitial (VRS)?

Es un virus estacional con circulación, principalmente, entre octubre y marzo.

Produce infecciones respiratorias, sobre todo en niños menores de 2 años. Es el principal causante de bronquiolitis, (infección respiratoria que afecta a las vías aéreas más pequeñas y que puede ocasionar mucosidad nasal, dificultad respiratoria y sibilancias). Las infecciones por VRS provocan numerosas consultas en los centros de Atención Primaria y los servicios de urgencias.

Tienen más riesgo de complicaciones los lactantes prematuros y los niños con enfermedades crónicas pulmonares, cardíacas o con algún tipo de déficit del sistema inmune.

¿Cómo podemos evitar la infección por VRS?

Mediante la inmunización con nirsevimab (Beyfortus®). Con este fármaco se inyectan anticuerpos contra el VRS para bloquear al virus.

Se administra en una única inyección que protege, al menos, durante 5 meses, abarcando el periodo cuando es más frecuente la infección (entre octubre y marzo). La dosis depende del peso del niño.

¿Tiene efectos secundarios?

Este medicamento ha demostrado muy buen perfil de seguridad. Los efectos secundarios más frecuentes son erupción cutánea, que puede producirse hasta 2 semanas después de la administración, y fiebre y dolor en el lugar de la inyección.

Más información sobre las fechas de la campaña, la edad de los bebés y lugares de administración:
<https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/virus-respiratorio-sincital-vrs>

Cualquier problema de salud que aparezca después de la administración de este medicamento puede consultarlo con su pediatra.

Además, si lo desea, puede notificar directamente acontecimientos adversos relacionados con este medicamento en www.notificaram.es

A través del equipo técnico del Programa Vulnerables del Servicio de Promoción de la Salud se contactó con 7 organizaciones sociales que trabajan con población vulnerable y migrante, específicamente mujeres embarazadas y población infantil menor de 6 meses, para hacerles llegar los folletos en todos los idiomas, sobre la campaña de inmunización frente al VRS 2025-2026.

Al igual que la documentación técnica, los folletos se pusieron a disposición de los profesionales sanitarios y población general en formato digital en la web.

1.5. Captación de la población diana

Durante septiembre y octubre, se enviaron un total de 61.497 mensajes SMS a los teléfonos de contacto existentes en la base de datos de tarjeta sanitaria de los nacidos entre abril y septiembre con el objetivo de captar a esta población, y facilitar información y el enlace de acceso a la autocita, servicio que estuvo disponible para la ciudadanía a partir del 1 de septiembre de 2025, con citas disponibles en los nueve centros hospitalarios a partir del 1 de octubre de 2025.

Además, a finales del mes de noviembre se acordó con la Gerencia Asistencial de Atención Primaria la captación activa de 9.209 niños que constaban como no inmunizados/no citados hasta ese momento, a través del Centro de Atención Telefónica (CAT). Durante la llamada se citaron el 30,7% de los contactados, 25,6% no fue posible contactarle telefónicamente y 5,7% de este grupo rechazó la inmunización.

1.6. Gestión de la autocita

En coordinación con la Consejería de Salud Digital, se preparó el sistema de autocita para permitir la citación de la población diana a todo niño/a nacido a partir de abril del 2025, que figurase registrado en la base de datos poblacional: padrón, tarjeta sanitaria Cibeles (niños/as con CIPA), y/o en el registro del Programa de Información Vacunal Personalizado (PIVAP) permitiendo la citación de niños/as sin CIPA nacidos en la CM y con residencia en esta comunidad autónoma.

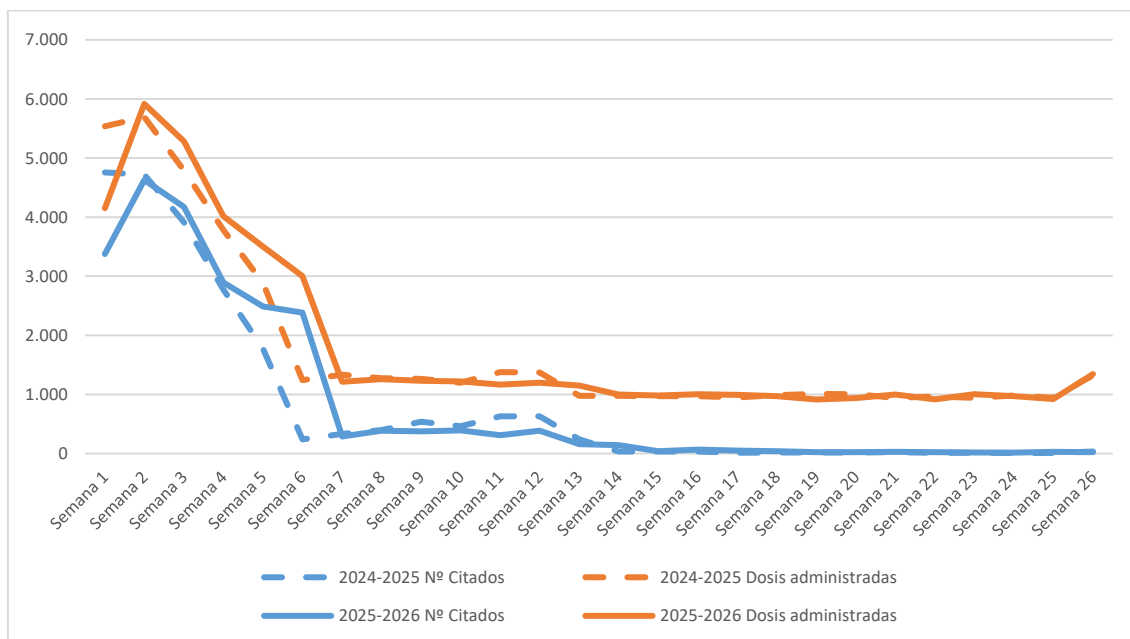
La citación permitía elegir entre 9 centros hospitalarios en el mes de octubre y la primera semana de noviembre y quedando únicamente el Hospital Infantil Universitario Niño Jesús durante el resto de la campaña. Durante esta campaña se amplió la atención de los 9 centros a la primera semana de noviembre respecto a la campaña previa en la que solo estuvieron disponibles hasta finalizar octubre y, previo acuerdo con los centros, se designaron días de atención sin cita previa.

A fin de campaña, se citaron un total de 22.739 niños a través del sistema de autocita. En el siguiente gráfico se muestra el total de niños inmunizados a lo largo de la campaña y la evolución de los que acudieron a través de la autocita. El número de inmunizados es superior al de citados porque incluye al total de la población inmunizada por semana, es decir, a la población infantil captada para la inmunización a través de la autocita y los nacidos en temporada inmunizados antes del alta hospitalaria.

Esta información estuvo disponible al inicio de la campaña en la web de la CM, y adicionalmente se envió una nota informativa recordatoria a las Direcciones Asistenciales, indicando los días, horarios y centros específicos de atención.

En el siguiente gráfico se muestra el total de niños inmunizados a lo largo de la campaña y la evolución del número de citados a través de la autocita.

Gráfico 1. Dosis administradas y nº de citas por semana. Campaña 2024-25 / Campaña 2025-26



* La diferencia en el Nº de citas y dosis administradas en la 1ra semana podría deberse a que en esta campaña 2025-26 la primera semana tiene menos días.

Las incidencias relacionadas con la citación se podían notificar por parte de los ciudadanos en el teléfono 900 102 112 al Centro de Atención Personalizada (CAP). Se elaboró un procedimiento, conjuntamente con el CAP, con respuestas a las preguntas frecuentes que pudieran tener los progenitores, así como el flujo a seguir para la resolución de las incidencias de autocita. Se tramitaron 996 reclamaciones de autocita de las que citaron 969 (89,16%).

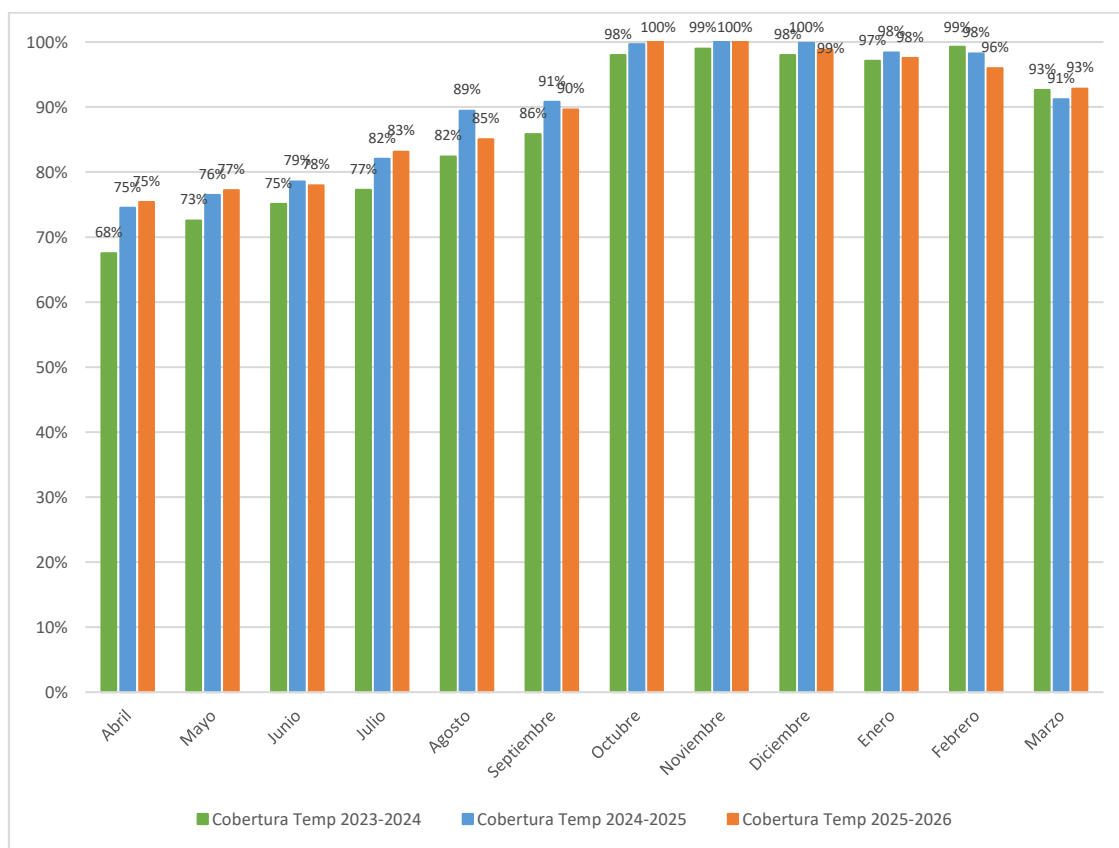
1.7. Cobertura de inmunización:

Durante la campaña 2025-2026 se administraron un total de 47.733 dosis de nirsevimab (17.054 dosis de Beyfortus® 100 mg y 30.679 dosis de Beyfortus® 50 mg).

El número de dosis administradas a los lactantes nacidos a partir del mes de abril han sido 46.435 dosis. La cobertura en este grupo se ha calculado mediante el cociente entre el número de dosis de nirsevimab registradas en SISPAL y el número de niños con residencia en la CM que constan en el PIVAP. La cobertura global alcanzada es de **90%**. Entre los nacidos desde el 1 de abril al 30 de septiembre la cobertura es de **81%**, mientras que en los nacidos en temporada se ha alcanzado una cobertura de **98%**, se detalla en la siguiente tabla.

Cobertura inmunización frente a VRS Campaña 25-26	Inmunizaciones	RN por mes de nacimiento	Coberturas por mes de nacimiento
<i>Global</i>	46.435	51.773	90%
<i>Nacidos abril /sept 2025</i>	21.231	26.054	81%
<i>Nacidos oct 2025 /marzo 2026</i>	25.204	25.719	98%

En la figura se muestran las coberturas de inmunización frente a VRS en lactantes en la CM a lo largo de las 3 campañas por mes de nacimiento.



Además, se inmunizaron 924 niños >6 y <24 meses de edad con algún factor de riesgo. El número de dosis administradas a estos niños ha sido 1.095, dado que 171 niños al estar en su segunda temporada y tener un peso de ≥ 10 kg, recibieron doble dosis de Beyfortus 100 mg.

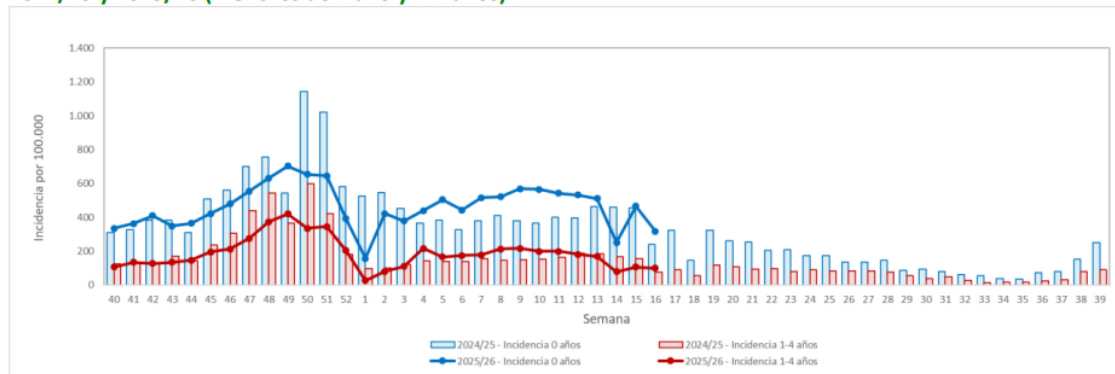
Tomando como denominador el número de niños entre >6 y <24 meses de edad con algún factor de riesgo indicado al inicio de la campaña los Servicios de Medicina Preventiva de los centros participantes, se estimó una cobertura global en este grupo de 77.55%, como se detalla en la siguiente tabla.

Grupo Riesgo	Beyfortus 50 mg	Beyfortus 100 mg	Doble dosis Beyfortus 100 mg	Total general
<i>Prematuro (< 35 semanas)</i>	2	408	39	449
<i>Cardiopatía congénita</i>	1	73	26	100
<i>Displasia broncopulmonar</i>		31	8	39
<i>Otras patologías de alto riesgo</i>	5	233	98	336
Total general	8	745	171	924

1.8. Vigilancia epidemiológica

Los datos de vigilancia epidemiológica mostraron una reducción significativa de los episodios de sospechosos de VRS en niños de 0-4 años registrados en AP (código CIAP R-78 (bronquitis/bronquiolitis)), en la temporada 2025-2026, respecto a la temporada previa.

Incidencia de casos sospechosos de bronquitis/bronquiolitis (R-78) por 100.000 habitantes. Temporadas 2024/25 y 2025/26 (menores de 1 año y 1-4 años).



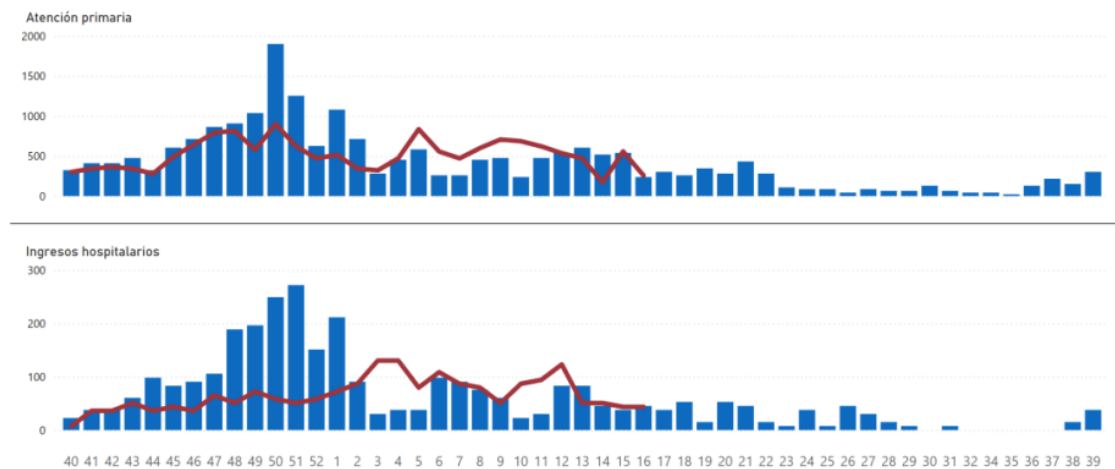
Fuente: SG de Vigilancia en Salud Pública. Informe Epidemiológico Semanal Comunidad de Madrid. Semana 16; 21 de abril de 2026

En menores de un año, se observó una reducción significativa en los ingresos hospitalarios por sospecha de bronquiolitis aguda entre las semanas 44 y 52 de la temporada 2025-2026, frente a las mismas semanas de la temporada previa, según datos procedentes de la vigilancia Síndromica de las Infecciones Respiratorias Agudas (SiVIRA-MAD). La incidencia de ingresos aumentó ligeramente entre las semanas 2 y 10 de 2026, lo que muestra una distribución temporal algo atípica probablemente atribuible a un pico precoz de incidencia de gripe⁴.

Bronquiolitis aguda

Incidenca semanal (menores de 1 año)

● 2024-2025 ● 2025-2026



Fuente: SG de Vigilancia en Salud Pública. Informe Epidemiológico Semanal Comunidad de Madrid. Semana 16; 21 de abril de 2026

1.9. Aceptabilidad

Las altas coberturas alcanzadas durante esta temporada, mantenidas frente a las de la temporada anterior, demuestran una muy buena aceptabilidad por parte de los progenitores y de los profesionales sanitarios implicados

1.10. Seguridad

La ausencia de notificaciones graves durante las tres campañas demuestra un buen perfil de seguridad del producto.

⁴ Vigilancia epidemiológica, Comunidad de Madrid. <https://www.comunidad.madrid/salud/vigilancia-epidemiologica>

2. Conclusiones y recomendaciones

- La cobertura de inmunización global se ha mantenido respecto a la temporada previa, alcanzando un 90%. En la población infantil nacida del 1 de octubre de 2025 al 31 de marzo de 2026 se mantuvo en el 98% y en los nacidos entre el 1 de abril y el 30 de septiembre de 2025 en el 81%.
- La estimación de la cobertura de inmunización en niños con condiciones de riesgo presenta dificultades para la obtención del denominador. Se mantendrá la solicitud de datos a los servicios involucrados de los hospitales.
- Durante esta campaña han participado la totalidad de las maternidades, tanto públicas como privadas de la CM.
- El número de dosis adquiridas durante esta campaña se ha ajustado a las necesidades y ha permitido asumir las devoluciones comprometidas en la temporada anterior, prestar a otras CCAA que presentaron déficit en su stock y disponer de un stock para la próxima campaña.
- Se ha administrado un número mayor de dosis de Beyfortus con respecto a la temporada anterior, debido probablemente a que la CM experimenta un incremento de la natalidad del 3%, liderando en 2025 el mayor aumento a nivel nacional.
- Las tasas de registro tanto de Beyfortus® 50 mg como de Beyfortus® 100 mg se mantuvieron elevadas.
- La tasa de pérdida de Beyfortus 50 mg es menor del 3%, lo que refleja el exhaustivo seguimiento de la trazabilidad y utilización del producto a lo largo de toda la campaña, mostrando una ligera mejoría con respecto a la campaña previa.
- Las coberturas alcanzadas durante esta temporada son un indicador de la buena aceptabilidad de esta campaña, tanto por profesionales sanitarios como por progenitores.
- La red de Atención Primaria es un aliado estratégico en la implementación de esta campaña, debido al rol central de sensibilización a la población, así como la participación del CAT en la captación de los nacidos antes de la temporada.
- La captación de la población nacida entre abril y septiembre supone un importante reto debido al alto tránsito de la población en la CM y a la inclusión de todos los niños/as independientemente de su aseguramiento.
- La ampliación de la apertura de los 9 centros de autocita hasta la primera semana de noviembre, así como la disponibilidad de días sin cita constituyen estrategias que facilitan la accesibilidad.
- El nirsevimab ha demostrado un muy buen perfil de seguridad a lo largo de toda la experiencia de utilización.
- Los datos recogidos en los informes epidemiológicos semanales de la CM reflejan un importante impacto en la carga de enfermedad producida por el VRS en lactantes durante la temporada de circulación del virus, expresada en términos tanto en ingresos hospitalarios como en consultas de AP.
- En 2026-2027 se continuará con la misma estrategia de inmunización poblacional.