

# La AEV renueva sus grupos de trabajo con nuevos miembros tras una alta participación de sus socios

02/02/2026

La Asociación Española de Vacunología (AEV) ha finalizado el proceso de **renovación de sus grupos de trabajo**, que ya cuentan con nuevos integrantes tras una convocatoria que ha registrado una elevada participación por parte de sus socios y socias.

Desde la Junta Directiva de la AEV han valorado muy positivamente la respuesta obtenida en esta convocatoria, que ha puesto de manifiesto el interés y el compromiso de los profesionales por contribuir de forma activa al trabajo científico y técnico de la asociación.

Ante la alta demanda registrada, la AEV ha establecido un número máximo de **20 integrantes por grupo** de trabajo, además de las personas coordinadoras. Para la selección de los participantes se han aplicado criterios objetivos, entre los que se han tenido en cuenta haber sido miembro previamente del grupo de trabajo y la antigüedad como socio o socia de la AEV.

Consulta aquí la [composición](#) de cada uno de los grupos de trabajo de la AEV, así como el reglamento actualizado.

---

## La OMS actualiza la situación

# de las infecciones por el virus Nipah en la India

02/02/2026

La [Organización Mundial de la Salud](#) en un Disease Outbreak News de 30 de enero 2026 ha actualizado la situación del virus Nipah en La India. Con fecha 26 de enero el National IHR Focal Point for India confirmó dos casos de infección por el virus en el estado de West Bengal. Los dos eran trabajadores de un hospital de Barasat. Uno de ellos permanecía con ventilación mecánica a 21 de enero mientras que el otro caso experimentó una enfermedad neurológica grave, aunque mejora en el momento actual. Las autoridades han identificado y realizado pruebas a más de 190 contactos resultando todo ellos negativos. Con estos casos ya son tres los reportados en ese Estado. La infección por este virus es una zoonosis grave pero infrecuente que se transmite a los humanos por animales infectados (del tipo de murciélagos) o por alimentos contaminados con saliva, orina o excretas de esos animales infectados. Ocasionalmente también se puede transmitir directamente de persona a persona tras contacto próximo. En el momento actual no se dispone de medicinas o vacunas, aunque un tratamiento de apoyo instaurado de forma precoz puede mejorar la supervivencia. La OMS estima que el riesgo es moderado a un nivel subnacional y bajo al nacional, regional y mundial.

---

## El monoclonal Nirsevimab no

# pierde efectividad ante variantes de VRS tipo B

02/02/2026

Lenghart L, Levy C, Basmaci R et el. Nirsevimab Treatment of RSV Bronchiolitis in Pediatric Emergency Departments. JAMA Network Open 2025;8(10):e2540720

<https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2840705>

Al haberse observado la aparición de mutaciones del virus respiratorio sincitial tipo B durante el primer año de la implantación del tratamiento con Nirsevimab a la hora de prevenir la infección del tracto respiratorio inferior y dado que en la segunda temporada fue es tipo el predominante en Francia, los autores se plantean evaluar y comparar la efectividad del fármaco en la prevención de la bronquiolitis durante la segunda temporada. Para ello diseñan un estudio multicéntrico de casos y controles test negativo que incluyó 636 menores de un año que recibieron un diagnóstico de un primer episodio de bronquiolitis durante las dos primeras temporadas de uso de Nirsevimab entre octubre 2023 y enero 2025 y con test nasofaríngeo para VRS. La edad media de los participantes fue de 3.0 meses de los que el 52,4% eran varones y el 25.5% había recibido el anticuerpo monoclonal. Durante la primera temporada el 71.1% de los pacientes fueron positivos a VRS y el 71.8% en la segunda. La efectividad del tratamiento se estimó en un 83.2% durante la primera y del 89.3% en la segunda temporada, no encontrándose diferencias significativas entre las dos temporadas ( $P=0.97$ ). al analizar por subgrupos y con análisis de sensibilidad los resultados fueron similares. Los autores concluyen que la efectividad de Nirsevimab a la hora de reducir las vistas a las urgencias por cuadros de bronquiolitis durante la segunda temporadas de su uso fue alta y comparable a la observada en la primera

temporada lo que no parece apuntar a que las cepas de VRS-B resistentes y recientemente aparecidas no han generado importantes consecuencias clínicas. No obstante, se debe seguir monitorizando la epidemiología de VRS en el contexto de su uso masivo.

---

## **Descripción de un caso autóctono fatal de rabia en un país de la UE/EEA como consecuencia de una menor vigilancia y de la ausencia de medidas de vacunación animal**

02/02/2026

Mihnea H, Gradinaru M, Florica B et al. Death in the EU/EEA from autochthonous human rabies, Romania, July 2025: a call for action. Euro Surveill. 2025;30(43):pii=2500794

<https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2025.30.43.2500794?emailalert=true>

Descripción de un caso autóctono de rabia humana en Rumania en el año 2025, adquirida mediante mordedura de un perro infectado. En febrero de ese mismo año entró un perro vagabundo en una propiedad de un residente de unos cuarenta años, en el condado rumano de Iasi, que le mordió en la mano. Se trató la mordedura con medidas locales y un ciclo corto de

antibioterapia. Un médico de la localidad sugirió iniciar una profilaxis postexposición frente a la rabia, pero fue rechazado por el paciente. A mediados de junio comenzó a desarrollar síntomas de confusión y agitación con un deterioro progresivo de la función neurológica por lo que fue ingresado en un hospital psiquiátrico cuatro días más tarde. El curso clínico fue desfavorable apareciendo fiebre e hipersalivación entrando en coma a los cinco días del ingreso que motivó su ingreso en UVI de un hospital de infecciosas donde se sospechó un cuadro de rabia tras advertir un familiar el antecedente de una mordedura de perro. Falleció tras tres semanas en UVI confirmándose la rabia por PCR del LCR y de saliva antes del óbito y por test de anticuerpos por fluorescencia directa postmortem. Rumania tiene frontera con Moldavia y Ucrania y se controla la rabia mediante campañas bienales de vacunación animal para establecer un “cordón sanitario” que evitara la reintroducción de la enfermedad. Estas campañas dirigidas a zorros se suspendieron en 2020 con un resurgimiento de casos en animales domésticos y salvajes. Entre enero y septiembre de este año se identificaron 48 casos de rabia animal en siete provincias incluida la de Iasi. El caso ilustra que la rabia, aunque eliminada de la EU/EEA, supone una amenaza persistente cuando decaen la vigilancia y los programas de control.

---

# **La Asociación Española de Vacunología y la Sociedad Española de Calidad**

# Asistencial lanzan nuevas recomendaciones para eliminar prácticas de bajo valor en vacunación

02/02/2026

- Las recomendaciones se enmarcan en la iniciativa 'No Hacer' de GuíaSalud y en el convenio de colaboración entre la AEV y la SECA para mejorar de la calidad y la seguridad en la vacunación.

La Asociación Española de Vacunología (AEV) y la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA), a través del [Grupo de Trabajo No Hacer en Vacunas](#), han publicado un nuevo conjunto de recomendaciones dirigidas a profesionales sanitarios con el objetivo de identificar y abandonar prácticas de bajo valor en el ámbito de la vacunación. La iniciativa se enmarca en el programa Recomendaciones No Hacer, impulsado por GuíaSalud dentro del Sistema Nacional de Salud, cuyo propósito es reducir intervenciones innecesarias o carentes de beneficio demostrado y promover una atención sanitaria basada en la evidencia científica. Las recomendaciones abordan distintas fases del proceso vacunal y parten de la premisa de que determinadas prácticas ampliamente extendidas no aportan beneficios clínicos y, en algunos casos, pueden generar confusión, uso ineficiente de recursos o retrasos injustificados en la inmunización.

En este sentido, la AEV y la SECA señalan que [no se recomienda la administración sistemática de antipiréticos o analgésicos](#) de forma profiláctica, ni antes ni después de la vacunación, ya que no existe evidencia suficiente que justifique su uso generalizado en ausencia de síntomas. Asimismo, otra recomendación indica que [no es necesario realizar antisepsia de la piel con alcohol antes de la administración de una vacuna](#) – siempre que la zona de inyección esté visiblemente limpia –, una práctica que no ha

demonstrado reducir el riesgo de infección en este contexto. En la misma línea, las sociedades científicas subrayan que el uso rutinario de guantes durante todo el procedimiento de vacunación no es recomendable, salvo en aquellos casos en los que el profesional presente lesiones abiertas en las manos. Otro de los aspectos abordados es la tendencia a retrasar o suspender vacunaciones por motivos clínicos leves. Las recomendaciones aclaran que, en la mayoría de los esquemas vacunales, no debe posponerse la administración de vacunas en personas con enfermedades agudas leves, con o sin fiebre baja, ni por haber recibido recientemente tratamiento antibiótico. Únicamente se contemplan excepciones concretas, como determinadas vacunas orales –la vacuna oral viva frente a la fiebre tifoidea y la vacuna oral frente al cólera– o la vacuna BCG en personas que estén en tratamiento con fármacos antituberculosos.

Otra de las recomendaciones advierte de que no es necesario reiniciar pautas de vacunación incompletas cuando se han respetado los intervalos mínimos establecidos en la ficha técnica, una práctica que puede contribuir a mejorar las coberturas vacunales y evitar dosis innecesarias. La única excepción señalada es la vacuna oral frente a la fiebre tifoidea, cuya pauta debe reiniciarse si han transcurrido más de tres semanas entre dosis.

Estas recomendaciones se desarrollan en el marco del convenio de colaboración firmado entre la AEV y la SECA, que contempla la puesta en marcha de iniciativas conjuntas orientadas a mejorar la calidad asistencial, la seguridad del paciente y el uso adecuado de las vacunas. Con estas publicaciones, ambas entidades refuerzan su compromiso con la optimización de la práctica clínica a través de la supresión de prácticas de bajo valor y con la promoción de una vacunación más eficiente, segura y alineada con la mejor evidencia disponible.

---

# La PAHO renueva el llamamiento para evitar la infravacunación frente a la tosferina en las Américas

02/02/2026

La [Pan American Health Association](#) sigue urgiendo a los países miembros a aumentar esfuerzos de vacunación frente a la tosferina debido al resurgimiento de la misma desde 2023 y a la vista de los [datos epidemiológicos](#) recientes. En 2024, y a escala mundial, el número de casos llegó a 977.000 lo que supone casi seis veces más que los 167.407 reportados en 2023 siendo la región Western Pacific la que contabiliza el mayor número de casos (591.193) seguido de la europea (296.543).

En América se observa un patrón similar habiendo pasado de 3,284 casos en 2022 a 11.202 en 2023 y a 66.184 en 2024. Las coberturas de vacunación cayeron estrepitosamente durante la pandemia COVID-19 alcanzando su nivel más bajo en dos décadas durante la cual la cobertura para la primera dosis fue del 87% y del 81% para la segunda. En 2024 mejoró levemente con cifras de 89% y 87%, respectivamente, aunque con importantes diferencias entre países. En menores de doce meses el 30%-40% de los casos aparecen en Argentina, Brasil y Colombia.

---

## La compañía Valneva retira

# voluntariamente su vacuna frente al virus Chikunguña en el mercado de los Estados Unidos

02/02/2026

Mediante [Nota de Prensa](#) de la farmacéutica Valneva anuncia que retira voluntariamente su vacuna frente al virus Chikunguña, IXCHIQ, del mercado de los Estados Unidos una vez que la Food and Drug Administration suspendió la licencia para su comercialización en agosto 2025. De momento, el fármaco queda en suspenso en función de una investigación de nuevos reportes de efectos adversos graves. Estos aparecieron fuera de los Estados Unidos y afectaron a un joven adulto que recibió tres vacunas concomitantemente, incluida IXCHIQ, y hasta ahora no se ha podido establecer una asociación causal, aunque la misma es plausible.

La vacuna sigue comercializándose en Europa, Canadá, el Reino Unido y Brasil y la compañía sigue pensando que el riesgo/beneficio de la vacuna permanece favorable para personas que habitan en áreas endémicas y para zonas con brotes epidémicos.

Este asunto ya se abordó en la sección de [NOTICIAS](#) de la AEV el pasado mes de agosto.

---

# **La OMS comunica que en España se ha reestablecido la transmisión endémica del virus del sarampión**

02/02/2026

El Ministerio de Sanidad ha recibido la notificación oficial del Comité Regional Europeo de Verificación para la Eliminación del Sarampión y la Rubeola (CRV), organismo de expertos independientes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la que se comunica que, tras la evaluación anual de los datos epidemiológicos y de laboratorio de 2024, se considera que se ha reestablecido la transmisión endémica del sarampión en España.

Además de España, otros cinco países han pasado de una situación de eliminación a una de restablecimiento de la transmisión: Armenia, Austria, Azerbaiyán, Uzbekistán y Reino Unido. En total, el sarampión presenta una circulación persistente en 13 países de la región. Entre ellos, Francia, Alemania e Italia han evolucionado desde un escenario de interrupción de la transmisión a una situación de transmisión sostenida.

Si bien el CRV reconoce la alta calidad de la información remitida por el Comité Nacional de Verificación con datos procedentes de las autoridades sanitarias españolas, subraya que los datos disponibles no permiten descartar una transmisión sostenida del virus en nuestro país durante el año 2024. Esta decisión no afecta a la rubeola, respecto a la cual España mantiene el estatus de eliminación.

España mantiene su firme compromiso con la eliminación del sarampión, estatus que fue certificado por la OMS en 2016, por

la ausencia de circulación endémica durante un periodo de 36 meses, y ya trabaja en la actualización del Plan Estratégico para la Eliminación del Sarampión y la Rubeola con el objetivo de recuperar dicho reconocimiento.

Entre los objetivos del Plan se encuentra reforzar la cobertura de vacunación y el sistema de vigilancia y garantizar una respuesta coordinada entre todos los niveles de la administración sanitaria.

## **Evolución epidemiológica**

A nivel global y europeo, desde 2022 se ha registrado un aumento progresivo en el número de casos de sarampión. En 2024, según datos publicados por el Centro Europeo de Prevención y Control de Enfermedades (ECDC) se notificaron 35.212 casos en la Unión Europea/Espacio Económico Europeo (UE/EEE), frente a los 3.973 del año anterior.

En España, en 2024 se notificaron 467 casos sospechosos, de los cuales se confirmaron 227: un 23,3% fueron importados, un 44,9% estaban relacionados con la importación y en un 32,2 no pudo establecerse el origen. En 2025, hasta el 28 de diciembre, se habían confirmado 397 casos de sarampión de un total de 971 sospechosos, entre los que se incluyen 108 casos importados.

Durante 2024, se registraron 30 brotes en 12 comunidades autónomas, en general de pequeño tamaño y duración limitada. Uno de ellos, vinculado a una población infantil con baja cobertura vacunal, causó 52 casos y se mantuvo activo durante tres meses. Para conocer con mayor detalle la situación del sarampión en España y en los países de nuestro entorno durante el año 2024, puede consultarse la [evaluación de riesgo publicada en marzo de 2025](#).

## **Prevención y cobertura vacunal**

La inmunización con la vacuna triple vírica (sarampión,

rubeola y parotiditis) sigue siendo la medida más eficaz para prevenir el sarampión. En 2024, las coberturas nacionales alcanzaron el 97,3% para la primera dosis, y el 93,8% para la segunda. De los 227 casos confirmados, 160 no estaban vacunados y 7 contaban solo con una dosis. Para lograr una inmunidad colectiva efectiva, se necesita alcanzar coberturas superiores al 95% con ambas dosis.

El [último estudio de seroprevalencia en España](#) realizado en 2018, muestra niveles altos de anticuerpos frente al sarampión. Se considera protegida a la población nacida antes de 1978 por exposición natural al virus.

## **Recomendaciones y actuaciones**

El Ministerio de Sanidad emitió en [mayo de 2025 una serie de recomendaciones](#) para controlar la transmisión:

- Garantizar una cobertura vacunal superior al 95% con ambas dosis de la vacuna triple vírica, especialmente en población infantil y grupos de riesgo.
- Desarrollar estrategias específicas dirigidas a colectivos con baja cobertura vacunal, con el objetivo de reducir el número de personas no protegidas frente al virus.
- Aprovechar cada contacto con los servicios sanitarios para revisar y actualizar el estado vacunal, teniendo en cuenta la edad y las condiciones de riesgo, en especial en personas que vayan a viajar a países con alta incidencia de sarampión.
- Promover la difusión de información a la población general sobre la enfermedad, su prevención y su mecanismo de transmisión, así como de las recomendaciones que se deben seguir en caso de aparición de sintomatología compatible con sarampión.

## **Contexto internacional**

La situación en países de nuestro entorno muestra un aumento generalizado de casos y brotes de sarampión. La circulación del sarampión durante los últimos meses en diferentes países ha ralentizado el camino hacia la eliminación de la enfermedad a nivel global, reestableciéndose la circulación endémica en más países. La Región de las Américas, que había logrado eliminar la enfermedad en todos sus países, perdió la certificación en 2025 debido al resurgimiento de brotes.

---

## **El anticuerpo monoclonal frente a VRS reduce, además de las infecciones del aparato respiratorio inferior, la tasa de otitis media aguda en el lactante**

02/02/2026

Fafi I, Levy C, Birgy A et al. Impact of RSV immunization on the rate of pediatric acute otitis media: a time-series analysis. Clin Infect Dis published October 9, 2025

<https://academic.oup.com/cid/advance-article/doi/10.1093/cid/ciaf564/8280078>

Palabra clave. Otitis. VRS. Vacuna

Comentarios. A la vista de que hay fundadas sospechas de que el virus respiratorio sincitial (VRS) juega un importante papel en la génesis de la otitis media aguda (OMA) en los

niños, los autores se plantean estimar el impacto de la inmunización frente a VRS en la tasa de subsecuentes episodios de OMA infantil. Con ese objetivo llevan a cabo un análisis de una serie temporal interrumpida basada en una red de pediatras entrenados de enfermedades infecciosas de 110 ambulatorios franceses. Incluyeron a todas las visitas ambulatorias por OMA entre junio 2017 y febrero 2025 siendo el outcome la tasa mensual de esa patología en menores de doce meses por 1000 visitas ambulatorias. Se analizaron durante el mismo periodo de tiempo la bronquiolitis y las infecciones urinarias como controles positivos y negativos, respectivamente. Formaron parte del estudio 70452 casos de OMA, 13284 de bronquiolitis y 814 infecciones urinarias (ITU). La tasa de OMA por 1000 visitas disminuyó significativamente tras la implantación de la profilaxis pasiva frente a VRS (-23.7% con IC 95%: -37.6 a -9.7) mientras que no se apreciaron cambios significativos en los de edades superiores a los doce meses. La tendencia para las bronquiolitis llevó una tendencia similar y, por otra parte, no descendió la tasa de ITU. Los autores concluyen que la inmunización con anticuerpos monoclonales en lactantes induce una potente reducción de la OMA además de su eficacia en prevenir las infecciones del tracto respiratorio inferior.

---

**La AEV celebra un webinar gratuito para dar a conocer el programa de acompañamiento**

# personalizado del modelo VaCredita y compartir la experiencia de los hospitales acreditados

02/02/2026

El próximo martes 10 de febrero, la **Asociación Española de Vacunología** celebrará un webinar gratuito sobre el [modelo VaCredita](#). El objetivo de la jornada online, que tendrá lugar de 17:00h a 18:30h, es dar a conocer en qué consiste el sello, compartir la experiencia de quienes ya han obtenido el sello de calidad, y acercar a los asistentes el programa de acompañamiento personalizado, una de las principales novedades puestas en marcha.

El webinar contará con la participación de **María Fernández Prada**, secretaria de la AEV y **Pilar Arrazola**, Jefe de Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Universitario 12 de Octubre, que introducirán el modelo y en qué consiste; **Paz Rodríguez Cundín**, responsable de la Unidad de Vacunación del Servicio de Medicina Preventiva y Seguridad del Paciente del Hospital Universitario Marques de Valdecilla, y **Abelardo Claudio Fernández Chávez**, responsable de la Unidad de Vacunas del Hospital Ramón y Cajal, que explicarán qué ha supuesto para los respectivos hospitales en los que trabajan haber conseguido el sello VaCredita; y **Patricia Carnero**, de SILO Company, que abordará el programa de acompañamiento personalizado.

La jornada está dirigida a todos aquellos profesionales de la salud que quieran conocer en profundidad en qué consiste el modelo de acreditación VaCredita, así como a las Unidades de Vacunación interesadas en conseguir este sello.

El sello VaCredita, lanzado por la AEV en 2023, es una hoja de ruta con la que mejorar la calidad de la asistencia sanitaria que se ofrece en las Unidades de Vacunación e Inmunización. En definitiva, persigue el objetivo de asegurar una atención adecuada en el ámbito de la vacunación.

La asistencia al webinar es gratuita, previa inscripción [a través de este enlace](#).

[Consulta aquí el programa completo](#)

# PROGRAMA

**17:00H-17:15H**

**Bienvenida y presentación.** María Fernández Prada, secretaria de la Asociación Española de Vacunología. Área de Gestión Clínica Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Vital Álvarez Buylla.

**17:15H-17:35H**

**Modelo VaCredita: por qué, cómo y cuándo.** Pilar Arrazola. Jefe de Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Universitario 12 de Octubre.

**17:35H-17:55H**

**Nuestra vida en el hospital después de conseguir el sello VaCredita.** Paz Rodríguez Cundín, responsable de la Unidad de Vacunación del Servicio de Medicina Preventiva y Seguridad del Paciente del Hospital Universitario Marques de Valdecilla, y **Abelardo Claudio Fernández Chávez**, Responsable de la Unidad de Vacunas del Hospital Ramón y Cajal.

**17:55H-18:15H**

**Programa de acompañamiento personalizado.** Patricia Carnero, SILO Company.

**18:15H-18:30H**

**Turno de preguntas y respuestas.**

Asociación  
Española  
de Vacunología

