

17 estados afirman que no adoptarán el nuevo calendario de vacunación de los CDC de los Estados Unidos

13/01/2026

Según publica el [Center for Infectious Disease Research and Policy](#) de la Universidad de Minnesota son ya 17 estados de la Unión los que han manifestado su deseo de no adoptar el nuevo calendario de vacunación de los CDC de los Estados Unidos. Estos Estados son mayoritariamente demócratas: California, Colorado, Hawaii, Connecticut, [Illinois](#), [Maryland](#), [Massachusetts](#), [Minnesota](#), [New Hampshire](#), [New Jersey](#), [New York](#), [North Carolina](#), [Oregon](#), [Pennsylvania](#), [Vermont](#), [Washington](#) y [Wisconsin](#), y han tomado la decisión después de que los CDC hayan recortado el número de vacunas infantiles pasando de 17 a 10. Estos Estados consideran la decisión de los CDC como imprudente y profundamente peligrosa y seguirán las guías de vacunación emitidas por la Academia Americana de Pediatría.

A este respecto el [Public Health Commissioner](#) de Massachusetts ha hecho público un comunicado en el que expone que en un momento de una explosión de casos de sarampión, del resurgimiento de la tosferina y de las muertes por gripe en niños, la decisión del gobierno federal coloca a las familias en una posición imposible y en riesgo a los niños y a la comunidad.

Por otra parte, últimamente los legisladores de varios estados han promulgado leyes para proteger el acceso a las vacunas y que permitirían obviar las guías federales, adhiriéndose a las guías de la American Academy of Pediatrics, American Academy of Family Physicians y a las del American College of

Vigo será la sede del Congreso de la AEV de este año, y Murcia acogerá el XIII Simposio en 2027

13/01/2026

Del 14 al 17 de octubre 2026, Vigo acogerá el XIII Congreso de la Asociación Española de Vacunología.

Además, tras la votación realizada hace unas semanas entre los socios/as de la Asociación Española de Vacunología, se ha decidido que el XIII Simposio de la AEV del año 2027 se celebre en Murcia.

Desde la AEV, agradecemos a todos los que participasteis en la votación.

Expertos de la OMS se reafirman, tras nuevos análisis, de que no existe

una asociación causal entre vacunas y autismo

13/01/2026

Nuevos análisis llevados a cabo por un comité de expertos en seguridad vacunal de la [Organización Mundial de la Salud](#) ha encontrado que, en base a la evidencia actualmente disponible, no existe una asociación causal entre las vacunas y los trastornos del espectro autista (TEA). El Comité, Global Advisory Committee on Vaccine Safety (GACVS), constituido en 1999 junta a expertos de todo el mundo para que proporciones consejo científico independiente en asuntos relacionados con la seguridad de las vacunas. El último tema abordado por el GACVS en noviembre 2025 se centró en la relación entre el timerosal contenido en vacunas multidosis y los TEA y entre las vacunas, en general y esas patologías. La evidencia, basada en 31 estudios primarios de investigación, y publicados entre enero 2020 y agosto 2025, procedentes de varios países, apoyan el positivo perfil de seguridad de las vacunas que se utilizan en el embarazo y en la infancia, y confirman, adicionalmente, la ausencia de una relación causal con los TEA.

El Comité también evaluó el riesgo potencial para la salud asociado al aluminio contenido en las vacunas, analizando estudios publicados entre 1999 y 2023. Además, revisó un amplio estudio de cohortes llevado a cabo con los registros poblacionales daneses de niños nacidos entre 1997 y 2018. Este estudio no mostró que las trazas de aluminio incluido en algunas vacunas no se asocian con estos trastornos.

Tras la revisión practicada, el GACVS se reafirma en sus conclusiones previas de 2002, 2004 y 2012: “las vacunas, incluyendo aquellas con aluminio o timerosal, no causan autismo”. Concluye el statement: “durante los últimos 50 años las vacunas han salvado al menos 154 millones de vidas”.

La inmunidad híbrida frente a covid-19 protege frente a covid prolongado

13/01/2026

Carazo S, Phimmasome J, Skowronski D et al. Effectiveness of COVID-19 vaccination and prior infections to reduce long COVID risk during the pre-Omicron and Omicron periods. Clin Infect Dis on line ahead of print September 29, 2025

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41021660/>

Mediante una combinación de datos procedentes de una encuesta a trabajadores sanitarios de Quebec junto a registros de vacunación y datos administrativos de laboratorio, los autores intentan estimar la efectividad vacunal, mediante un diseño de casos y controles test negativo, frente a COVID-19 y COVID de larga duración (síntomas autoreferidos de doce o más semanas de duración) en las etapas de circulación de variantes preomicron y ómicron por el número de dosis de vacuna recibidas y las historias de infecciones previas. Compararon a los vacunados y con historia de infección con los no vacunados durante preomicron o con aquellos vacunados seis o más meses antes de las pruebas confirmatorias del laboratorio durante la circulación de ómicron. El análisis incluyó 8230 participantes con COVID-19 y 43361 muestras analizadas. Durante preomicron la efectividad vacunal frente a COVID-19 para una y dos dosis fue del 75% y del 95%, y del 91% y 87% frente a COVID prolongado, respectivamente. Durante la circulación de ómicron la dosis de recuerdo indujo una efectividad del 41% y del 57%

frente a COVID-19 y frente a COVID prolongado, respectivamente, aunque descendiendo en los seis meses posteriores. La efectividad en los casos de inmunidad híbrida osciló entre el 81% al 92% independientemente del número de dosis, variante infectante previa o tiempo medio transcurrido (hasta nueve meses) desde el último episodio inmunológico. Los autores concluyen que la vacunación evitó el COVID prolongado durante la etapa preomicron y redujo el riesgo en más de la mitad en el periodo ómicron. En la situación actual con la mayoría de la población con inmunidad híbrida las dosis repetidas de vacuna pueden aportar escasos beneficios en cuanto a COVID prolongado.

Premiados AEV AWARDS 2024

13/01/2026

Tras estudio y deliberación de las 33 propuestas recibidas en tiempo y forma, el jurado determinó, para cada una de las categorías existentes en los AEV Awards, las propuestas ganadoras corresponden a:

Categoría de buenas prácticas en atención primaria:

- Primer Premio: Proyecto 29. Optimización cobertura vacunal frente a herpes zóster y neumococo del calendario sistemático del adulto mediante captación activa de cohortes. Proyecto piloto realizado en Centro Salud Actur Oeste Sector 1 Zaragoza. Autores: María Isabel Lostal Gracia, Cielos Gonzalo García y colaboradores.
- Mención de Honor: Proyecto 11: Estrategia de vacunación poblacional en atención primaria. Autores: Nuria Tribó

Alcobé e Isabel Segarra Solanes.

Categoría de buenas prácticas en atención hospitalaria:

- Primer Premio: Proyecto 12. Las interconsultas no presenciales: Herramienta facilitadora de la vacunación del paciente de riesgo en Navarra. Autores: Judith Chamorro Camazón, Sara Maquínez Noriega y colaboradores
- Mención de Honor: Proyecto 7. Proyecto Quickvaccine. Autores: Abelardo Fernández Chávez y Jesús María Aranaz Andrés.

Categoría de buenas prácticas en salud pública:

- Primer Premio: Proyecto 13. Programa de vacunación antígrupal escolar. Autores: Yolanda Molina Salas y Francisco José Romera Guirado
- Mención de Honor: Proyecto 18. CAP-ZOS-65: Estrategia de apoyo a la captación poblacional para la vacunación frente a herpes zóster en las cohorte de 1957 y 1958 Autoras: María Fernández Prada, María José Zapico Baragaño y colaboradoras.

Categoría de buenas prácticas en la farmacia comunitaria:

- Primer Premio: Proyecto 9. AxónVacunas. Autor: Jorge Juan García Maestre.
- Mención de Honor: DESIERTO

[DESCARGAR FALLO JURADO](#)

En pacientes con TPH las vacunas frente a VRS pueden ser más efectivas con más tiempo transcurrido desde el trasplante

13/01/2026

Lötscher J, Walti c, Heller S et al. Respiratory Syncytial Virus Vaccination in Adult Allogeneic Hematopoietic Cell Transplant Recipients. JAMA 2025 Oct 2:e2516744

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41037295/>

Las infecciones por el virus respiratorio sincitial suponen un grave riesgo para la salud, particularmente en niños pequeños, adultos mayores y en personas inmunodeprimidas. Entre diciembre 2023 y diciembre 2024 recibieron la vacuna 94 pacientes con una edad media de 64 años que habían sido sometidos a un trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos entre tres y más de doce meses desde la infusión con el objeto de medir la respuesta inmune siendo el end-point primario una respuesta humoral de al menos cuatro veces los valores basales. Ese objetivo se cumplió en el 31.7% de los participantes con un incremento medio de los títulos de 16 veces. Menos del 20% desarrollaron una respuesta inmune significativa en los tres-seis meses tras el trasplante. Una mejor respuesta se correlacionó con un mayor tiempo transcurrido desde la infusión, con una remisión completa y sin tratamiento oncológico y sin recepción reciente de inmunoglobulinas intravenosas. Se detectaron respuestas celulares en el 37.2% de los transplantados. En el seguimiento a 12.9 meses se documentó una infección por VRS en nueve pacientes de los que siete precisaron asistencia

extrahospitalaria, dos ingresaron en cuidados intensivos y uno falleció tras un segundo trasplante. Los autores concluyen con dos mensajes: a) necesidad de precauciones respiratorias postrasplante, b) posible beneficio de dosis adicionales de vacuna, y c) evaluar optimizar el momento de la vacunación para que coincida con la circulación de VRS.

VACUNACIÓN FREnte A LA FIEBRE AMARILLA EN TRATAMIENTO CON DENOSUMAB

13/01/2026

Respuesta del Experto a ...

ÚLTIMAS CONSULTAS y de FIEBRE AMARILLA

Pregunta

En el Centro de vacunacion Internacinal , nos surge la duda si NO es recomendable vacunar una viajera de 66 años con destino Etiopia , de fiebre amarilla y que esta en tratamiento con denosumab (Prolia) . Ultima dosis de Prolia hace 1 mes . Si la administracion de denosumab nos limita la administracion de Fiebre Amarilla. Muchas gracias un saludo

Respuesta de José Antonio Navarro 22 de diciembre de 2025)

Buenas tardes.

El Denosumab per se no se considera que tenga capacidad inmunosupresora (1) aunque está descrito que los pacientes

bajo ese tratamiento tienen mayor riesgo de infecciones especialmente en las primeras fases del mismo (2). Por lo anterior deberán ser los facultativos encargados de la viajera junto a los del Centro de Vacunación Internacional y a la propia paciente los que decidan la vacunación en base al riesgo/beneficio.

Por otra parte, es conveniente que recuerde que la vacuna frente a la fiebre amarilla supone una precaución en los mayores de 60 años.

Referencias

1. Rivera Izquierdo M, Valero Ubierna C, Guerrero Fernández de Alba I, Martínez Nogueras R, Morales Portillo A, Fernández Martínez NF, et al. Guía de vacunación en pacientes tratados con anticuerpos monoclonales y otras terapias dirigidas con efecto inmunosupresor: revisión actualizada a 1 de octubre de 2025. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública y Gestión Sanitaria (SEMPSPGS); 2025. DOI: 10.64133/REMPSP.2025.S.01
2. Shih-Ting Hua. Denosumab treatment and infection risks in patients with osteoporosis: propensity score matching analysis of a national-wide population-based cohort study. *Frontiers in Endocrinology* 2023;14:1182753

En receptores de implantes cocleares de dos o más años

puede ser necesaria una dosis adicional de vacuna antineumocócica conjugada

13/01/2026

Hominal A, Gualtieri R, Lemaitre B et al. Vaccine Immunity Against Pneumococcus in Children With Cochlear Implants. Pediatr Infect Dis J on line ahead of print September 26, 2025

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41004661/>

Análisis retrospectivo de datos de un centro suizo especializado en implantes cocleares entre 2008 y 2023 para evaluar las concentraciones de IgG frente a serotipos neumocócicos específicos. Incluyeron a cincuenta niños con una edad media en el momento del implante de 1.5 años. En los menores de dos años el 82% estaban al día con los esquemas de vacunación antineumocócica (tres dosis de Prevenar 13 administradas a los 2, 4 y 12 meses), mientras que solo el 56% llegaron a alcanzar seroprotección frente a neumococo. Por el contrario, entre los de dos o más años el 24% habían recibido las dosis rutinarias según el calendario suizo y una dosis adicional administrada antes del proceso quirúrgico y todos ellos (100%) alcanzaron seroprotección protectora. Se observó un descenso en la seroprotección en los cinco años posteriores a la vacunación, especialmente alrededor de los cinco años de edad. La inmunidad postvacunal difirió según el serotipo estudiado: el 6B, 14 y 19 tenían mayores títulos de anticuerpos mientras que la respuesta inmune a los serotipos 4, 9V y 18C era inferior. A destacar que entre los de 2 a 5 años había tendencia a menor inmunidad en global. Los autores concluyen que sus hallazgos apoyan la administración proactiva de una dosis adicional de vacuna en los de dos o más años en el momento previo al implante, con monitorización quinquenal de los niveles de IgG frente a los serotipos para valorar

dosis de recuerdo.

Una segunda dosis de vacuna antigripal en niños naïve menores de tres años parece aumentar la protección frente a la gripe

13/01/2026

Goldsmith J, Tavlian S, Vu Ch et al. Comparison of 2 Doses vs 1 Dose in the First Season Children Are Vaccinated Against Influenza: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA Network Open* 2025;8 (10): e2535250

<https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2839597>

Revisión sistemática de artículos científicos revisados por pares hasta marzo 2025 para estimar el aumento e protección frente a la gripe en niños menores de nueve años que nunca han recibido vacuna antigripal tras una segunda dosis de vacuna. Los estudios tenían que reportar la eficacia o efectividad vacunal por número de dosis recibidas de vacuna, excluyendo los relativos a coste/efectividad. La revisión sistemática se basó en la guía Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA). Para los estudios que reportaron estimaciones de dosis 1 y dosis 2 la diferencia en eficacia/efectividad se calculó para estimar la protección adicional asociada con la segunda dosis. Se incluyeron en el análisis 51 estudios con 415.050 participantes. El aumento

absoluto en efectividad tras una segunda dosis en el primer año tras la vacunación fue de 15% (-2.8 a 33) para los menores de nueve años y de 28% (4.7-51) para los menores de tres años. No se dispuso de suficientes datos como para estimar el beneficio asociado a una segunda dosis de vacuna intranasal atenuada. Los autores concluyen que tras la revisión sistemática con meta-análisis una segunda dosis en niños naïve de menos de tres años mejora la protección frente a la gripe, respecto a la obtenida tras una única dosis. En cualquier caso, piensan que hacen falta estudios adicionales de alta calidad para evaluar el impacto de esa segunda dosis a la hora de determinar en qué rango de edad es beneficiosa ese esquema de vacunación.

El Departamento de Salud de los Estados Unidos deja de recomendar la vacunación sistemática de hepatitis A y B, rotavirus, enfermedad meningocócica y gripe

13/01/2026

El Departamento de Salud de los Estados Unidos ha emitido un "[Memorándum Presidencial](#)" por el que elimina la recomendación rutinaria de vacunar en la infancia frente a hepatitis A y B, gripe rotavirus y enfermedad meningocócica, lo que ha sido calificado por la [American Academy of Pediatrics](#) como peligrosa e innecesaria, además de generar gran confusión en

las familias, y subraya que seguirá emitiendo sus propias recomendaciones.

Tras este memorándum, las vacunas se clasificarán como: a) recomendadas para todos los niños, b) recomendadas solo para los de alto riesgo y c) aquellas bajo decisión compartida entre sanitario y familia. Según esta clasificación las universales serán difteria, tétanos, tosferinas, *Haemophilus influenzae* tipo b, neumococo, poliomielitis, sarampión, parotiditis, rubeola, varicela y papilomavirus en esquema de una dosis. Aquellas para niños de alto riesgo serán: VRS, hepatitis A, hepatitis B, Dengue, meningocócica tetravalente y meningocócica B y las de decisión compartida las de rotavirus, COVID-19, gripe, enfermedad meningocócica y ambas hepatitis. Todas las vacunas, e independientemente de las categorías, seguirán estando cubiertas por los seguros públicos y privados.

Los cambios en el calendario de vacunación se basan en un memorándum de 5 de diciembre 2025 del presidente Trump en el que instaba a los oficiales sanitarios a examinar los calendarios de otros países para compararlos con el de los Estados Unidos. Tras examinar los calendarios de veinte países decidieron que se asemejara al actualmente vigente en Dinamarca que es el país que tiene uno de los calendarios con el menor número de vacunas recomendadas (diez), pero sin tener en cuenta la epidemiología de cada país, los distintos sistemas sanitarios y los programas de atención al niño.