

# VACUNA DE FIEBRE AMARILLA EN VIAJE A ÁREA ENDÉMICA DE PERSONA CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE

15/01/2026

**Respuesta del Experto a ...**

ÚLTIMAS CONSULTAS y de FIEBRE AMARILLA

## **Pregunta**

Buenos días. Tengo el caso de una viajera de 42 años que va a viajar a Kenia a principios de febrero. La paciente tiene Esclerosis Múltiple (EMRR), actualmente está sin tratamiento (no recibe inmunosupresores ni inmunomoduladores), controlada y estable sin brotes en los últimos meses.

Aunque en un primer momento me decidí a administrarle la vacuna de la fiebre amarilla y de la fiebre tifoidea oral, en el caso de la amarilla después de consultar con la SEN y lo que he visto en la AEV no hay contraindicación estricta pero tampoco indicación por lo que lo que aparece es evaluar siempre riesgo-beneficio. Si el viaje es turístico de 14 días y se va a estar moviendo por todo el país, ¿cuál sería la actitud más segura para ella?: Bien recomendarle la vacunación como ya hice, pero advirtiéndole de posibles efectos (aparición de brote) y reflejarlo en el informe o bien desestimar vacunación, hacerle certificado de exención advirtiéndole que no está protegida y que lo sensato en ese caso sería no viajar. O bien otras opciones que ahora no veo. Ruego asesoramiento. Muchas gracias.

**Respuesta de José Antonio Navarro14 de enero de 2026)**

Buenos días.

Como bien dice la decisión no es fácil pero dado que no está en tratamiento inmunosupresor, que la probabilidad de recaídas es muy baja (1) o inexistente (1) y que en el lugar de destino hay casos de fiebre amarilla por todo el país, incluso en la capital, pensamos que tras exponer pros y contras se puede plantear la vacunación.

## Referencias

1. Farez M et al. Yellow Fever Vaccination and Increased Relapse Rate in Travelers With Multiple Sclerosis. Arch Neurol. 2011;68(10):1267-1271
2. Huttner A et al. Risk of MS relapse after yellow fever vaccination A self-controlled case series. Neurol Neuroimmunol Neuroinflamm 2020;7:e726

---

# La exposición precoz al aluminio contenido en algunas vacunas no se asocia a alergias/atopias, autoinmunidad o trastornos del desarrollo neurológico

15/01/2026

Andersson N, Svalgaard I, Hoffmann S et al. Aluminum-Adsorbed Vaccines and Chronic Diseases in Childhood A Nationwide Cohort Study. Ann Intern Med [Epub 15 July 2025].

<https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/ANNALS-25-00997>

Al persistir las preocupaciones parentales sobre el aluminio incluido e algunas vacunas y su efecto en la salud en relación a autoinmunidad, atopia o alergias y trastornos del neurodesarrollo, los autores evalúan la asociación entre la exposición acumulativa de mercurio desde la infancia temprana y el riesgo de esas patologías. Para ello diseñan un estudio de cohortes que liga el registro nacional danés de vacunaciones infantiles, los desenlaces diagnósticos y los factores potenciales de confusión que va desde 1997 a 2020 y en el que participan 1224176 niños nacidos en Dinamarca entre 1997 y 2018 y que residían en el país hasta los dos años de edad. La exposición acumulativa al aluminio en los dos primeros años de vida no se asoció con tasas aumentadas de ninguno de los cincuenta trastornos evaluados. Para grupos de patologías los Hazard ratios por cada miligramo de exposición al aluminio fueron 0,98 (0,94-1,02) para cualquier trastorno autoinmune, de 0,99 (0,98-1,01) para trastornos alérgicos o atópicos y de 0,93 (0,90-0,97) para los del neurodesarrollo. Para la mayoría de los 50 analizados los límites superiores del intervalo al 95% fueron incompatibles con aumentos relativos superiores al 10% o al 30%. A pesar de las limitaciones -no se revisaron las historias médicas individuales- los resultados de su estudio, los autores concluyen, que no han encontrado evidencias que apoyen un aumento del riesgo de padecimiento de enfermedades autoinmunes, alergias/atopias o trastornos del neurodesarrollo asociados a la exposición precoz al aluminio contenido en algunas vacunas. Para la mayoría de los trastornos los hallazgos fueron inconsistentes con aumentos de moderados a grandes en el riesgo.

---

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

15/01/2026

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 online 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**

15/01/2026

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 antigripal 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 Mestre.
- 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

15/01/2026

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 trasplantados. 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

15/01/2026

**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

15/01/2026

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

15/01/2026

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.

---

# Un anticuerpo monoclonal frente a la difteria se muestra seguro a inmunógeno en la fase 1

15/01/2026

White N. Monoclonal antibodies to treat diphtheria. J Infect Dis 2025;232: 519.520

<https://academic.oup.com/jid/article-abstract/232/3/519/7906296>

Comentario editorial respecto de un [artículo](#) aparecido en el mismo número de la revista en el que se presentan los resultados de la fase I de un ensayo clínico de un anticuerpo monoclonal neutralizante G1, S315, frente a la difteria en cuanto a la seguridad y a su farmacocinética. Aunque esa enfermedad ha descendido radicalmente en países occidentales, entre 1990 y 1999 se declararon más de 158.000 casos en la

extinta Unión Soviética y en la última década se han registrado brotes epidémicos en Yemen, Bangladesh, Venezuela, Myanmar y Haití asociados a desórdenes civiles, deprivación, migraciones forzadas y desastres naturales, siendo el más reciente el del norte de Nigeria en 2023. En el año 2023, la OMS reportó 24,778 casos correspondiendo más de la mitad a ese país. El tratamiento actual descansa en el uso de la antitoxina procedente de ganado equino, con todos los inconvenientes a él asociados, por lo que el disponer de anticuerpos monoclonales podría suponer una importante solución. Hasta ahora y con datos muy limitados, incluidos un buen perfil de seguridad, parece que el S315 tiene una mayor actividad neutralizante antitoxínica en relación a la equina y a dosis comparables, por lo que los resultados de la fase I son muy alentadores, a pesar de las barreras regulatorias que tendría que superar y si se superan quedaría pendiente como hacerlos llegar a los países de alta incidencia y baja renta.

---

## **En niños con cáncer en tratamiento una dosis adicional de vacuna antigripal es segura y mejora la respuesta inmune**

15/01/2026

Chiu S, Furlong E, McKinnon E et al. Boosting the influenza vaccine schedule in children with cancer: a prospective open-label study. *npj vaccines* 2025;10:203

<https://www.nature.com/articles/s41541-025-01256-0>

Dado que los niños que reciben quimioterapia tienen una respuesta inmune a las vacunas reducida, los autores diseñan un estudio abierto y prospectivo en menores de nueve años que se encontraban en tratamiento anticanceroso en un hospital australiano, al objeto de examinar la seguridad y la eficacia de un esquema de vacunación que incorporaba dosis de recuerdo de vacuna antigripal tetravalente. El esquema incluía tres dosis de vacuna para los menores de nueve años y de dos dosis para los mayores. En ambos casos la separación entre dosis era de cuatro semanas. Los participantes ascendieron a 62. Se constató una historia de vacunación antigripal previa en el 61% distribuida uniformemente entre menores y mayores de nueve años. En el reclutamiento el 81% mostraban linfopenia y el 37% tenía títulos bajos de IgG. Las dosis adicionales fueron bien toleradas sin que se registrara ningún efecto adverso grave. En cuanto a la inmunogenicidad y tras el esquema de vacunación seleccionado aumentó la media geométrica de títulos de anticuerpos frente a A/H1N1 (a 97), de A/H3N2 (a 104) y frente a B (179), todos ellos con carácter significativo y en relación a la situación basal con GMT's de 23,4, 31,9 y 78,2 para A/H1N1, A/H3N2 y B, respectivamente. Compararon, adicionalmente, la respuesta entre este esquema y el convencional se observó un aumento significativo con las dosis adicionales pasando de 70 a 97, de 76 a 104 y de 148 a 279 para A/H1N1, A/H3N2 y B, respectivamente. Los autores concluyen que dosis adicionales de vacuna antigripal son seguras y mejoran la respuesta inmune en niños con cáncer en tratamiento.