

Recomendaciones sobre la vacunación contra el dengue en viajeros (abril 2026)

CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO

El **dengue** es una **infección viral** transmitida por mosquitos causada por **cuatro serotipos** del género *Flavivirus* (**DENV-1 a DENV-4**). Es una de las enfermedades transmitidas por vectores que más rápidamente se propaga en todo el mundo y una causa importante de enfermedad y hospitalización en las regiones tropicales y subtropicales.

La transmisión se produce principalmente a través de las **picaduras de mosquitos infectados** de las especies *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus*.

En las últimas cinco décadas, **el dengue se ha extendido** desde menos de 10 países endémicos en la década de 1970 a **más de 130 países en la actualidad**, con la mayor carga en América Latina, Asia y partes de África. La rápida urbanización, la gestión inadecuada del agua y los residuos y el aumento de la movilidad han permitido la **proliferación de los mosquitos *Aedes***, mientras que la variación climática ha extendido la transmisión a algunas regiones templadas apareciendo casos de transmisión autóctona en varios países europeos, entre ellos, España. Más de la mitad de la población mundial vive actualmente en zonas con riesgo de infección por dengue.

El dengue es **actualmente la principal causa de enfermedad febril en los viajeros que regresan de todos los continentes, excepto África**. Una publicación reciente estima una tasa de incidencia de 6 infecciones sintomáticas por dengue por cada 1.000 viajeros no vacunados a zonas endémicas y mes de estancia (1). Aunque el dengue causa una morbilidad considerable en los viajeros procedentes de regiones no endémicas, la mayoría de los casos son casos primarios y el dengue grave es poco frecuente.

LA PREVENCIÓN DEL DENGUE EN LAS CONSULTAS DEL VIAJERO

RECOMENDACIONES SEMEVI

LA VALORACIÓN DEL RIESGO

El riesgo de dengue en viajeros internacionales debe valorarse en base a la **suma de dos circunstancias** fundamentales (Anexo 1):

-La **prevalencia del dengue en el destino**, valorando factores como existencia de brotes activos, carga de mosquitos según temporada del año en el destino y diferencias regionales dentro de un mismo destino.

-Las **características del viaje y el viajero**, valorando:

- Las circunstancias que pueden aumentar el riesgo de exposición a mosquitos: duración acumulada de exposición a riesgo *-viajes más largos-*, actividades de más riesgo *-ej.: actividades al aire libre, alojamiento no protegido-*, actitud del viajero, etc.
- Los factores individuales que predisponen a enfermedad más grave: edades extremas, enfermedades crónicas...
- La posibilidad de acceder rápidamente a atención sanitaria adecuada en destino.

Esta valoración global no es sencilla, existe información dispersa y no siempre específica o exacta, pero van aumentando las **herramientas para una mejor valoración** (Anexo 2).

En cuanto a la **distribución geográfica**, se considera que el **Sudeste asiático, América Latina y Pacífico Oriental son los destinos de mayor riesgo**, aunque también debe tenerse en cuenta el dengue en destinos en cualquier otra zona tropical y subtropical del mundo. La suma de los factores mencionada es **muy variable según países**, e incluso destinos, dentro de un país. Tradicionalmente, el Sudeste Asiático ha soportado la mayor carga de enfermedad (70 %), pero en los últimos años, y particularmente desde 2022, se registran brotes de dengue de magnitud considerable en América del Sur, destacando la situación epidémica del continente en el año 2024

con unos 13 millones de casos (90 % del total en el mundo ese año) y más de 8.000 fallecimientos.

El **riesgo** para **viajeros** en **viajes turísticos habituales y de corta duración** es considerado como **bajo** siempre que no exista situación de brote activo y se mantengan una serie de PRECAUCIONES para **EVITAR LAS PICADURAS DE MOSQUITOS**. Esto incluye seleccionar alojamientos protegidos, limitar las actividades en horas/zonas de alta densidad de mosquitos, utilizar medidas de protección física antipicaduras (mosquiteras, ropa adecuada) y un buen uso de repelentes eficaces.

Los viajeros que se clasifiquen como de mayor riesgo, valorando el riesgo en el destino, el perfil de susceptibilidad de enfermedad grave del viajero, los viajes más prolongados o frecuentes, las actividades previstas, las peores perspectivas de recibir una asistencia sanitaria adecuada, **además** de conocer igualmente las **precauciones generales**, deben recibir **INDICACIÓN DE VACUNACIÓN**. Deben siempre ser **INFORMADOS** de que la protección con la vacuna no es absoluta contra toda posibilidad de contraer dengue y que existen generalmente otras enfermedades transmitidas por estos insectos en el mismo destino y, por tanto, no deben relajarse las medidas antipicaduras de mosquitos por el hecho de estar vacunados.

LA VACUNA: QDENGGA® (TAK-003)

Desde finales del año 2022, fecha de la aprobación por la EMA de la vacuna contra el dengue del laboratorio Takeda, **QDENGGA®**, se dispone de una **herramienta clave para la prevención de esta enfermedad en viajeros** de zonas no endémicas a destinos de riesgo. **En España se inició la comercialización en mayo de 2023** y, a partir de esa fecha, se puede indicar a los viajeros en riesgo. En los dos primeros años desde su lanzamiento, se han dispensado unas 40.000 dosis en oficinas de farmacia en nuestro país, según datos del propio laboratorio Takeda.

Anteriormente, se disponía, a nivel global, de la primera vacuna contra el dengue desde el año 2015, Dengvaxia®, pero su uso estaba limitado a personas seropositivas a dengue previo, lo que no la hacía válida para viajeros de regiones no endémicas y no se llegó a comercializar en Europa. Se ha anunciado la discontinuación a nivel mundial de esta vacuna para el tercer trimestre del 2026 por la baja demanda.

Además de en Europa, la vacuna ha ido recibiendo autorización de comercialización en diversas regiones del mundo, estando **actualmente**

autorizada en más de 40 países, y habiéndose distribuido 18,6 millones de dosis en 11 países endémicos hasta septiembre de 2025.

La vacuna TAK-003 fue **precalificada por la OMS** en mayo de 2024.

Actualmente, existe otra vacuna tetravalente contra el dengue, *Butantan-DV*[®], que fue aprobada por el organismo regulador de Brasil, Anvisa, en noviembre de 2025 para su uso como dosis única en personas de entre 12 y 59 años.

Esta vacuna no ha sido precalificada aún por la OMS y se está administrando solo en Brasil actualmente.

DATOS DE EFICACIA

En el **estudio pivotal**, TIDES DEN-301 (2), la vacuna mostró*:

- Una **eficacia contra dengue virológicamente confirmado de 80,2 %** (IC 95%: 73,3–85,3) y **de 95,4 %** (IC 95 %: 88,4–98,2) **contra dengue hospitalizado, de 30 días a 12 meses** después de segunda dosis de Qdenga[®].
- **De 30 días a 18 meses tras la segunda dosis**, la **eficacia contra dengue virológicamente confirmado fue de 73,3 %** (IC 95 %: 66,5–78,8) y **de 90,4 %** (IC 95 %: 82,6–94,7) **contra la hospitalización por dengue.**
- En el **seguimiento a 4,5 años tras la segunda dosis**, la **eficacia de la vacuna TAK-003 contra dengue virológicamente confirmado fue de 61,2 %** (IC 95 %: 56,0–65,8) y **de 84,1 %** (IC 95 %: 77,8–88,6) **para hospitalización.**

*Véase el apartado de dosis de refuerzo con los **nuevos datos de eficacia a 7 años** desde la vacunación inicial.

En **PARTICIPANTES SERONEGATIVOS AL INICIO**, lo que es el caso de la **mayoría de nuestros viajeros**, la eficacia fue menor que en seropositivos: de **53,5 %** (IC 95 %: 41,6–62,9) **contra dengue confirmado** y **79,3 %** (IC 95 %: 63,5–88,2) **contra dengue hospitalizado**, todo ello en el seguimiento hasta 4,5 años después de la segunda dosis de Qdenga[®].

En **RELACIÓN CON LOS DIFERENTES SEROTIPOS**, con un seguimiento hasta 4,5 años después de la segunda dosis de Qdenga[®], la eficacia vacunal se demostró para los **cuatro serotipos** en individuos **SEROPOSITIVOS** tanto en prevención contra el dengue confirmado como contra dengue hospitalizado, mientras que en **SERONEGATIVOS** se **observó protección frente a DENV-1 y DENV-2** para ambos objetivos, pero sin demostrar

eficacia frente a DENV-3 y sin datos suficientes para obtener resultados frente a DENV-4.

Es preciso señalar que, como se indica en la Ficha Técnica de Qdenga®, no se ha realizado ningún estudio de eficacia clínica en sujetos a partir de los 17 años de edad. La eficacia de Qdenga® en los sujetos a partir de los 17 años de edad se ha inferido de la eficacia clínica obtenida entre los 4 y los 16 años de edad, extrapolando los datos de inmunogenicidad obtenidos en adultos de 18 a 60 años en el estudio DEN-304. Se espera protección contra la enfermedad del dengue en los adultos, aunque se desconoce la magnitud real de la eficacia con respecto a la observada en niños y adolescentes.

Es importante destacar que la seguridad entre la población seronegativa y seropositiva hace referencia al riesgo teórico de amplificación dependiente de anticuerpos (ADE, por sus siglas en inglés). **Este tipo de manifestaciones no han sido registradas por ningún sistema de farmacovigilancia hasta la fecha.** Tampoco se ha informado de este evento durante los **7 años de seguimiento** del estudio DEN-301. No obstante, es fundamental continuar con la vigilancia activa de la seguridad de esta vacuna.

No se considera necesaria la determinación de anticuerpos previamente a la decisión de vacunación, a diferencia de la vacuna anterior (Dengvaxia®). Según la OMS, no se recomienda en general el uso de una estrategia de cribado previo a la vacunación para limitar la vacunación a las personas seropositivas, ya que ello reduciría considerablemente el impacto en la salud pública y aumentaría los costes (3). En entornos donde esta determinación sea sencilla, puede valorarse como un elemento de valoración en la decisión, sobre todo en los viajeros en los que la indicación por valoración riesgo/beneficio puede ser más compleja, como en viajeros >60 años de edad o viajeros con inmunodepresión leve.

Datos de eficacia post comercialización, Brasil: Un estudio publicado en 2025 evaluó la efectividad de la vacuna tetravalente contra el dengue TAK-003 durante el brote de 2024 en el estado de San Paulo, Brasil, mediante un diseño de **casos y controles** tipo test-negativo en **adolescentes de 10 a 14 años** (5). Los resultados fueron algo inferiores a los del estudio pivotal, pero los resultados deben interpretarse con precaución, por las limitaciones del mismo. El estudio mostró que **la vacuna ofreció una protección del 50,2 % tras la primera dosis y del 61,7 % tras la segunda frente al dengue**

sintomático, y una efectividad del 67,5 % contra la hospitalización. La protección comenzó a observarse 14 días después de la primera dosis (67,4 %), aunque disminuyó con el tiempo (49,7 % a los 90 días).

SEGURIDAD-EFECTOS ADVERSOS

En ensayos clínicos de fase II y III (2) Qdenga® fue evaluada en más de 21.000 personas de 4 a 60 años, mostrando un **perfil de seguridad aceptable**. Los **eventos adversos más comunes** fueron dolor en el sitio de aplicación (50 %), cefalea (35 %) y mialgias (31 %), **en general leves a moderados**, de corta duración (1 a 3 días) y menos frecuentes tras la segunda dosis. Los eventos graves fueron menos frecuentes en el grupo vacunado, y, aunque se registraron muertes en ambos grupos, **ninguna muerte se atribuyó a la vacuna, ni se notificaron muertes por dengue**.

Riesgo de anafilaxia:

No se registraron casos de anafilaxia en los ensayos clínicos, pero, en la vigilancia iniciada tras la estrategia pública de vacunación en Brasil, se notificaron 16 casos, entre ellos 3 eventos de shock anafiláctico, con una tasa de **4,4 por cada 100.000 dosis aplicadas** (6). En Argentina la tasa de anafilaxia registrada por el Ministerio de Salud de la República Argentina fue de **1,93 por cada 100.000**, un valor inferior al informado por Brasil, pero superior al habitual para el resto de las vacunas (7).

Se recomienda el cumplimiento estricto del periodo de observación tras la administración de la vacuna en un **centro sanitario**: al menos 15 minutos si no hay antecedentes de reacciones alérgicas y de 30 minutos si existen antecedentes alérgicos.

Enfermedad tipo dengue:

A raíz de la presentación de síntomas similares al dengue en la vigilancia pasiva de la vacuna TAK-003 en Argentina, el Ministerio de Salud estableció la definición de “enfermedad tipo dengue”, entendida como la presencia de dos o más de los siguientes síntomas: fiebre, cefalea, mialgias, malestar general y/o astenia, dolor retroocular, artralgias, síntomas digestivos, trombocitopenia, leucopenia o exantema, detectándose una tasa de **53,7 por cada 100.000 dosis aplicadas** (7).

Según la OMS, se han observado síntomas similares al dengue en personas recientemente vacunadas, lo que impulsó el desarrollo de pruebas diagnósticas y directrices para distinguir entre la infección por el virus de tipo salvaje y la viremia relacionada con la vacuna. Se han notificado cinco casos sospechosos de dengue tras la vacunación y se detectaron cepas DENV-2, DENV-3 y DENV-4 en muestras de sangre. Un caso en una persona de 87 años resultó en la muerte, mientras que los demás, en 3 hombres y 1 mujer de entre 7 y 42 años, no fueron graves. Tres casos se confirmaron como DENV-2 y uno como DENV-4 (8).

COMPOSICIÓN

Después de la reconstitución, 1 dosis de 0,5 ml contiene:

- Virus del dengue serotipo 1 (vivo, atenuado) *: $\geq 3,3 \log_{10}$ UFP**/dosis
- Virus del dengue serotipo 2 (vivo, atenuado) *: $\geq 2,7 \log_{10}$ UFP**/dosis
- Virus del dengue serotipo 3 (vivo, atenuado) *: $\geq 4,0 \log_{10}$ UFP**/dosis
- Virus del dengue serotipo 4 (vivo, atenuado) *: $\geq 4,5 \log_{10}$ UFP**/dosis

La vacuna Qdenga® contiene como excipientes: α,α -Trehalosa dihidrato, poloxámero 407, albúmina de suero humano, dihidrógenofosfato de potasio, hidrogenofosfato de disodio, cloruro potásico y cloruro de sodio.

Ficha técnica (9):

https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/1221699005/FT_1221699005.html

PUNTOS CLAVE en vacunación de viajeros contra el dengue

1.- Pauta vacunal

La **vacunación completa** se realiza con la **administración subcutánea de 2 dosis de vacuna separadas 3 meses entre sí**. No es adecuado el adelanto de la 2ª dosis, pero se permite un **amplio intervalo en la administración de la 2ª (hasta 1 año)**.

Si se retrasa la administración de la 2ª dosis, no se debe reiniciar la pauta, sino reanudarla.

2.- Eficacia de 1ª dosis

En la Ficha Técnica de Qdenga® consta que se observó un inicio temprano de la protección con una eficacia vacunal exploratoria del **81,1 %** (IC 95 %: 64,1

-90,0) desde la primera dosis hasta la segunda contra el dengue virológicamente confirmado causado por todos los serotipos combinados (9).

En el período comprendido entre la primera y la segunda dosis del estudio pivotal - *ensayo clínico fase III TIDES (DEN-301)* - la **eficacia** de la vacuna en este intervalo se ha publicado en 2024 que fue del **82,1 %** (IC 95 %: 66,2–90,5), con un inicio estimado de protección **a los 14 días de la primera dosis** (10).

En el estudio de efectividad post comercialización arriba referido, el realizado en San Pablo (Brasil) y publicado en agosto de 2025 se observó una efectividad del 64 % entre los 14 y los 27 días posteriores a la primera dosis, la cual desciende a 50 % después de los 90 días (5). Estos resultados sugieren que ésta podría considerarse una opción útil en las situaciones de tiempo limitado antes de un viaje, requiriendo completar el esquema de dos dosis para conseguir la eficacia sostenida.

La vacuna TAK-003 confiere, por tanto, una **protección temprana y significativa desde la primera dosis**, lo que refuerza la utilidad de la vacuna en situaciones donde es necesario contar con inmunidad antes de completar el esquema de dos dosis, como es el caso de muchos viajeros.

No hay datos a largo plazo que evalúen la eficacia con una única dosis. Se debe **recomendar siempre completar el esquema de dos dosis, con un intervalo mínimo de 3 meses**. En situaciones que lo precisen, se puede administrar la primera dosis como medida inicial, completando el esquema posteriormente en forma diferida.

3.- No están indicadas las dosis de refuerzo con los datos disponibles hoy

En la continuación del estudio DEN-301 se evaluó la eficacia y seguridad de una dosis de refuerzo de TAK-003 para prevenir dengue sintomático confirmado virológicamente, hospitalizaciones y dengue grave. Se aplicó la vacuna en niños de 4 a 16 años de zonas endémicas con un esquema primario a los 0 y 3 meses, seguido de dosis de refuerzo o placebo entre 4 y 4,5 años después, con seguimiento por 25 meses. Se presentaron los resultados a finales del 2025 (11,12).

La **eficacia global fue de 74,3 %** (IC95 %: 66,7-80,1), 75,8 % en SERONEGATIVOS y 73,6 % en SEROPOSITIVOS **a los 25 meses post-refuerzo**. La eficacia global frente a dengue virológicamente confirmado hospitalizado fue del 90,6 % (IC95 %: 78,9-95,8).

No se demostró eficacia frente a DENV-3 en los SERONEGATIVOS basales, pero si **mejoró la eficacia frente a DENV-4 en estos sujetos**, ya que en este periodo circuló más esta variante que en el ensayo pivotal (eficacia contra dengue confirmado virológicamente DEN4 en seronegativos: 78,2 con un IC95 % de 29,4 a 93,3).

Los datos a largo plazo demostraron una **inmunogenicidad sostenida antes de la administración del refuerzo**, observándose un aumento posterior al refuerzo seguido de cierto descenso en los títulos de anticuerpos, similar a lo visto después de la vacunación primaria, cuya significancia clínica sería limitada.

Por lo tanto, con los datos disponibles de este estudio (**datos de 7 años tras primovacunación**), **no hay evidencia** suficiente que respalde **la indicación de una dosis de refuerzo tras la primovacunación con dos dosis**.

Sólo se registraron tres casos de dengue grave, todos en el grupo placebo. El refuerzo resultó bien tolerado y con un perfil de seguridad adecuado. Con **7 años de seguimiento no se observó un incremento en la tasa de hospitalización en el grupo de los seronegativos basales vacunados**.

4.- Vacunación en caso de haber padecido dengue recientemente

La infección por dengue genera una inmunidad de larga duración frente al serotipo que causó la enfermedad (homóloga) y una protección transitoria frente a los otros tres serotipos (heteróloga). Esta inmunidad cruzada puede persistir entre seis meses y dos años (13), por lo que **se recomienda esperar seis meses después de la infección para iniciar la vacunación**.

5.- Viajeros con alteraciones de la inmunidad.

Esta vacuna no debe utilizarse en personas que hayan presentado una reacción de hipersensibilidad (alérgica) a una dosis previa de Qdenga® (9).

En viajeros **con inmunodepresión grave está contraindicada**, pero en **casos de inmunosupresión de bajo rango**, incluyendo viajeros VIH+ clínicamente e inmunológicamente estables (carga viral indetectable, y CD4+ >200 células/mm³ e, idealmente, >500 células/mm³), se puede **valorar individualmente la administración de Qdenga®** (9) en casos de riesgo de enfermedad (3,9). Sería una valoración similar a la que se realiza tradicionalmente en las consultas del viajero con una vacuna viva atenuada con un uso de amplia experiencia en esta población de riesgo, como es la vacuna frente a la Fiebre Amarilla.

6.- Embarazo y lactancia

Como vacuna viva atenuada y ante la falta de datos, Qdenga® no debe administrarse en el embarazo o la lactancia (**contraindicación**) (9).

Las mujeres en edad fértil deben evitar el embarazo durante al menos un mes tras la vacunación (9).

7.- Administración junto con otras vacunas

Existen datos sobre la **coadministración segura de Qdenga®** con (9):

- Vacuna contra la **hepatitis A**.
- Vacuna contra la **fiebre amarilla**. En un estudio clínico con aproximadamente 300 sujetos adultos que recibieron Qdenga® de forma concomitante con la vacuna contra la fiebre amarilla 17D, no hubo ningún efecto sobre la tasa de seroprotección contra la fiebre amarilla. Las respuestas de anticuerpos contra el dengue disminuyeron tras la administración concomitante de estas dos vacunas. Se desconoce la trascendencia clínica de este hallazgo.
- Vacuna contra el **virus del papiloma humano**.

No existen datos de coadministración con todas las vacunas, de calendario o no. Si Qdenga® se debe administrar al mismo tiempo que otra vacuna inyectable, las vacunas se deben administrar siempre en lugares de inyección diferentes.

Como **principio general en coadministración de vacunas vivas atenuadas**, con Qdenga® se sigue la norma de, en lo posible, **separar las mismas al menos 28 días**, y de no ser posible, priorizar la coadministración en el mismo día sobre la administración separada menos de 4 semanas.

8.- Edades extremas. El niño viajero y el viajero Senior

Niños: No se ha comprobado todavía la seguridad y eficacia de Qdenga® en niños menores de 4 años. **No está autorizada para niños hasta 4 años** de edad, ni en Europa ni en otros países, endémicos o no.

La **eficacia de Qdenga®** en los estudios de desarrollo fue **menor en los individuos de 4-5 años de edad** (EV=44 %; IC 95 %: 25-57) en comparación con los de 6-11 años (EV=64 %; IC 95 %: 57-69) y los de 12-16 años (EV=68 %; IC 95 %: 58-75). Las estimaciones de eficacia fueron inferiores tanto entre los sujetos seropositivos como entre los seronegativos en el grupo de edad de 4-5 años en comparación con el grupo de mayor edad (3).

Se encuentra en desarrollo una investigación para ampliar la autorización de Qdenga® desde los 2 años de edad (4).

Mayores de 60 años: No existen datos sobre el uso de Qdenga® en sujetos mayores de 60 años de edad. La OMS en 2024 ha recomendado provisionalmente el límite máximo de 60 años (3).

A pesar de que esta población no se incluyó en el programa de desarrollo clínico, el informe de evaluación del Comité de Medicamentos de Uso Humano (CHMP) de la EMA concluyó que el análisis detallado de los datos de seguridad e inmunogenicidad durante el desarrollo vacunal, no sugiere efectos relevantes relacionados con la edad, por lo que no consideran previsible un perfil beneficio-riesgo más desfavorable para los mayores de 60 años y la **vacuna está autorizada en Europa sin límite de edad superior** (14).

En personas **mayores de 60 años**, con un sistema inmune más débil y con frecuentes comorbilidades, la **indicación** debe basarse en una decisión compartida e individualizada, **considerando muy cuidadosamente las condiciones de viaje y viajero** y, con ellas, el nivel de riesgo de contraer la enfermedad y la posibilidad de peor evolución de la misma (15).

Es importante recordar que es una vacuna viva atenuada y, por tanto, la consideración de la indicación a partir de los 60 años debe tener en cuenta más factores relacionados con el riesgo personal y del viaje que en población menor de esta edad. A la espera de nuevos datos que están evaluando la seguridad y eficacia en esta población mayor, **recomendamos una valoración similar a la sugerida en pacientes con inmunodepresión de bajo rango.**

9.- Donación de sangre

Como norma general, en todas las vacunas vivas se debe esperar para donar sangre al menos 4 semanas tras la administración vacunal.

**Anexo 1: CUADRO ORIENTATIVO PARA LA INDICACIÓN DE VACUNA
CONTRA EL DENGUE EN VIAJEROS INTERNACIONALES EN ESPAÑA**

		A favor	En contra
Características del viajero	Edad	4-59 años ¹	> 60 años ²
	Factores de riesgo: -Riesgo de sangrado aumentado (coagulopatía, enfermedad hemolítica, fármacos) -Obesidad (IMC ≥ percentil 95) -Comorbilidades (diabetes, hipertensión, asma/EPOC, enfermedad hepática crónica, enfermedad renal...)	X	
	Antecedente de dengue (incluido sin confirmación serológica)	X	
Características del viaje	Incidencia/prevalencia en el destino (valorar también la estacionalidad)	Alta (hiperendemia, brotes)	Baja
	Serotipo prevalente en el destino (si se conoce)	1 y 2	3
	Duración del viaje	-Largo (>4 semanas) -Viajeros frecuentes	Corto (< 2 semanas)
	Tipo y condiciones del viaje	VFR ³ , Mochilero, Cooperación, Expatriado	Turismo y trabajo (de medio y alto estándar)

¹ Entre 4 y 5 años, la eficacia de la vacuna es menor.

² En población mayor de 60 años, se recomienda considerar la vacunación en presencia de algún otro factor a favor de la vacunación.

³ VFR: *visiting friends and relatives*, viajes de visita a amigos y familiares.

Estas recomendaciones han sido elaboradas siguiendo el criterio de la Junta Directiva y el Comité de expertos de SEMEVI, y están en continua revisión.

Anexo 2: Herramientas para la valoración del riesgo de dengue

- OMS. Global dengue Surveillance. https://worldhealthorg.shinyapps.io/dengue_global/
- ECDC. Dengue worldwide overview. <https://www.ecdc.europa.eu/en/dengue-monthly>
- Atlas Visual del Dengue. <https://denguevisualatlas.com/es/home-2/>
- Global Dengue Observatory. <https://globaldengueobservatory.org/>

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Steffen R, Chen LH, Leggat PA. Travel vaccines-priorities determined by incidence and impact. *J Travel Med* 2023; 30: taad085.
- (2) Biswal S, Borja-Tabora C, Martinez Vargas L, Velásquez H, Theresa Alera M, Sierra V, et. Al. Efficacy of a tetravalent dengue vaccine in healthy children aged 4-16 years: a randomised, placebo-controlled, phase 3 trial. *Lancet*. 2020;395(10234):1423-1433.
- (3) WHO position paper on dengue vaccines – May 2024. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://www.who.int/publications/i/item/who-wer-9918-203-224>, acceso 19 marzo 2026).
- (4) EMA/PE/0000224202: EMA decision of 5 December 2024 on the acceptance of a modification of an agreed paediatric investigation plan for dengue tetravalent vaccine (live, attenuated) (Qdenga). (<https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/paediatric-investigation-plans/ema-pe-0000224202>, acceso 19 marzo 2026)
- (5) Ranzani OT, Lazar Neto F, Mareto LK, Brumatti TS, de Oliveira RD, da Silva PV, et al. Effectiveness of the TAK-003 dengue vaccine in adolescents during the 2024 outbreak in São Paulo, Brazil: a test-negative, case-control study. *Lancet Infect Dis*. 2025 Aug 19; S1473-3099(25)00382-2.
- (6) Report of the Meeting of the WHO Global Advisory Committee on Vaccine Safety (GACVS), 15–17 May 2024. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://www.who.int/publications/i/item/who-wer-9932-407-414>, acceso 19 marzo 2026).
- (7) Ministerio de Salud de la Nación. Informe de seguridad de la vacuna tetravalente contra el dengue [Internet]. Buenos Aires: Ministerio de Salud; nov 2024 (https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2023/08/1er_informe_dengue_2024sd_esavi.pdf, acceso 19 marzo 2026)
- (8) Report of the 4th joint meeting of the WHO Global Advisory Committee on Vaccine Safety and the Advisory Committee on Safety of Medicinal Products, 12–14 November 2024. Geneva: World Health Organization; 2025 (<https://www.who.int/publications/i/item/who-wer10010-75-86>, acceso 19 marzo 2026).
- (9) Ficha Técnica Qdenga®. (https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/1221699005/FT_1221699005.html, acceso 19 marzo 2026).
- (10) Petri E, Biswal S, Lloyd E, Tricou V, Folschweiller N. Early onset of protection of the TAK-003 dengue vaccine: Data from the DEN-301 clinical trial. *Vaccine*. 2024 Dec 2;42(26):126309.

- (11) Escudero I, Sirivichayakul C, Acosta C, Tricou V, Roubinis N, Hellwig M, et. al. Evaluation of Booster Dose of the Tetravalent Dengue Vaccine TAK-003 in Healthy Children in Dengue Endemic Regions (DEN- 301). Congreso de la Sociedad Mundial de Enfermedades Infecciosas Pediátricas (WSPID). Bangkok. 28 al 31 de octubre de 2025. [Presentación oral].
- (12) Long-Term Safety and Antibody Persistence of TDV and the Impact of a Booster Dose. (<https://multi-sponsor-site-prod.s3.amazonaws.com/takeda/studies/attachments/DEN-303-plain-language-summary.pdf>, acceso 19 marzo 2026).
- (13) Guy B, Ooi EE, Ramos-Castañeda J, Thomas SJ. When Can One Vaccinate with a Live Vaccine after Wild-Type Dengue Infection? *Vaccines* (Basel). 2020 Apr 9;8(2):174. doi: 10.3390/vaccines8020174. PMID: 32283639; PMCID: PMC7349415.
- (14) EMA. Qdenga®, dengue tetravalent vaccine (live, attenuated) <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/qdenga>, acceso 19 marzo 2026).
- (15) Giang NNT, Taylor-Robinson AW. Recommendations for dengue vaccine implementation in the elderly population. *Ther Adv Vaccines Immunother*. 2025 Feb 17;13:25151355251321718. doi: 10.1177/25151355251321718. PMID: 39963378; PMCID: PMC11831656.