

# XVI Jornades de Malalties Emergents

## XVI Jornadas de Enfermedades Emergentes

8-9/6/2026

/fuiTB

fundació uiTB  
fundación uiTB  
foundation uiTB

Organizado por

/fuiTB

fundació uiTB  
fundación uiTB  
foundation uiTB

Entidades participantes



Entidades patrocinadoras



- *One Health* y peste porcina africana (PPA)
- Arbovirosis e innovaciones en la prevención
- Amenazas pandémicas
- Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)
- Infecciones emergentes y reemergentes
- Reemergencia de enfermedades prevenibles

## Programa XVI Jornadas de Enfermedades Emergentes

### 8 Junio

#### 09:00-11:00 h. **Mesa: One Health y peste porcina africana (PPA)**

Moderadores: *Pere J. Cardona*  
*Carla Berengua*

- *One Health*: origen, evolución y futuro. *Juan J. Badiola*
- Salto entre especies, un fenómeno creciente. *Ferran Tarrés*
- Herramientas y oportunidades para controlar la PPA en jabalíes. *Christian Gortázar*
- El brote de PPA de 2025. *Francesc Accensi*

11:00-11:30 h. Pausa

#### 11:30-13:30 h. **Mesa: Arbovirosis e innovaciones en la prevención**

Moderadores: *Tomás Montalvo*  
*Cristina Ballart*

- WNV en Europa y evaluación de riesgos. *Jordi Figuerola*
- Garrapata Alert. Una herramienta para ciudadanos y profesionales sanitarios. *Lucía García*
- Anticipación de brotes de dengue mediante modelos climáticos y aprendizaje internacional. *Rachel Lowe*
- Nuevas herramientas en el control de mosquitos con especial énfasis en la estrategia *Wolbachia*. *Rubén Bueno*

13:30-14:30 h. Comida

#### 14:30-15:30 h. **Mesa: Comunicaciones breves**

Moderadoras: *Cristina Vilaplana*  
*Arantxa Romero*

- Sesión especial sobre hantavirus  
Aspectos clínicos. *Silvia Lobertti*  
Aspectos de Salud Pública. *Hernán Vargas*
- Circulación del virus Usutu en Cataluña: un enfoque "One Health" (2021-2025). *Núria Busquets*

#### 15:30-17:30 h. **Mesa: Amenazas pandémicas**

Moderadores: *Àngels Orcau*  
*Quique Bassat*

- Amenazas potenciales de pandemia. Desafíos en la preparación. *M. José Sierra*
- Plataforma STRIVE del NIH para preparación de pandemias. *Lourdes Mateu*
- Marburgo y Ébola en África. *Diana Pou*
- Gripe zoonótica: un nuevo reto para la vigilancia. *Anna I. Martínez*

### 9 Junio

#### 09:00-11:00 h. **Mesa: Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)**

Moderadores: *Arkaitz Imaz*  
*Andrés Marco*

- Ciudades y factores sociodemográficos asociados al mpox en España: desde el brote de 2022 hasta la diseminación del clado I. *Carles Pericas, Lluís Forcadell*
- ITS hoy: cambios en las prácticas sexuales y nuevas estrategias de prevención. *Irene Fuertes*
- Repunte de pacientes con sífilis durante el embarazo. *Susana Muñoz*
- Dermatofilia: ¿una infección emergente de transmisión sexual? *Vicente Descalzo*

11:00-11:30 h. Pausa

#### 11:30-13:30 h. **Mesa: Infecciones emergentes y reemergentes**

Moderadores: *Fernando Alcaide*  
*Joan P. Millet*

- La leishmaniosis en Cataluña, Europa y el mundo: epidemiología y tendencias. *Aurora Sabrià*
- Brote de condritis auricular por *piercing*. *Juan B. Bellido, Noemí Meseguer*
- El noma como paradigma de reemergencia en un contexto de crisis global. *Marta Ribes*
- Delta, la hepatitis olvidada. Situación en Cataluña. Aportaciones del estudio Opti-Hep-D. *María Buti*

13:30-14:30 h. Comida

#### 14:30-15:30 h. **Mesa: Comunicaciones breves**

Moderadoras: *Cristina Vilaplana*  
*Arantxa Romero*

- Tuberculosis zoonótica en Cataluña: análisis filogenético de *Mycobacterium bovis* y *Mycobacterium caprae* en aislados humanos y animales. *Antoni Escalas*
- The conserved proteomic fingerprint of infection illuminates novel broadspectrum antivirals targeting host factors. *Irene Silva*
- Desigualdades sociales en el brote de tos ferina 2023-2024 en la ciudad de Barcelona: estudio transversal de base poblacional. *Biel Palacín*
- Eficacia y seguridad de la vacuna antigripal de dosis alta para reducir las hospitalizaciones: nuevas evidencias. *Cintia Álvarez*

#### 15:30-17:15 h. **Mesa: Reemergencia de enfermedades prevenibles**

Moderadores: *Jacobo Mendioroz*  
*Judith Villar*

- Sarampión: ¿cómo recuperar el estatus de país libre de esta infección? *Cristina Rius*
- Situación actual de la COVID-19: circulación del SARS-CoV-2, variantes y vacunación anual. *Josep M. Miró*
- Impacto de la prevención frente al VRS: ¿estrategias diferentes, resultados similares? *Antoni Soriano*
- Virus de la gripe porcina. ¿Es un riesgo para la salud pública? *Andrés Antón*

# DÍA 8. MESA I. *One Health* y peste porcina africana (PPA)

**Moderadores:** **Pere J. Cardona.** *Serv. de Microbiología. H. Germans Trias i Pujol. Badalona. Universitat Autònoma de Barcelona.*  
**Carla Berengua.** *Serv. de Microbiología. Hospital de Sant Pau. Barcelona.*

## *One Health*: origen, evolución y futuro

**Juan José Badiola**

*Laboratorio de Referencia de la Organización Mundial de Sanidad Animal para las Enfermedades Priónicas Animales. Facultad de Veterinaria. Universidad de Zaragoza.*

Correspondencia:

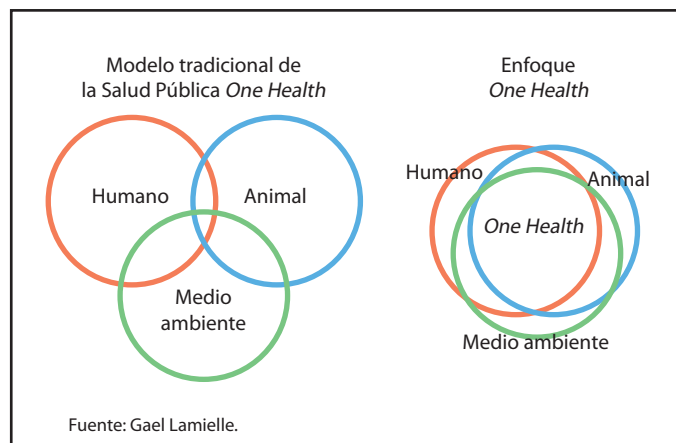
Juan José Badiola

E-mail: badiola@unizar.es

Enf Emerg 2026;25(2):77-78  
doi: 10.18176/enfemerg.0018

El concepto *One Health* implica un nuevo enfoque integrador de los problemas de salud en el mundo, que tiene como objetivo lograr una salud óptima para las personas, los animales y el medio ambiente. Supone un enfoque de salud única que reconoce las relaciones entre la salud humana, animal y ambiental, y aplica herramientas interdisciplinarias para resolver problemas complejos de salud pública. Este concepto implica el esfuerzo de colaboración de múltiples profesiones de las ciencias de la salud, junto con otras disciplinas e instituciones relacionadas, que trabajan a nivel local, nacional y mundial, para lograr una salud óptima para las personas, los animales domésticos, la vida silvestre, las plantas y el medio ambiente (Figura 1).

**Figura 1.**



## Origen, evolución y futuro

Ya Hipócrates (s. IV AC) estableció la influencia de los factores ambientales en la salud humana. R. Virchow (1860) relaciona la salud humana y animal y establece el término zoonosis (enfermedades compartidas entre animales y humanos). J H Steele (1947), veterinario experto en salud pública de los CDC de americanos contribuye a entender cómo se propagan las zoonosis. Calvin Schwabe (1964), acuña el término "Una Medicina", destacando la similitud entre las enfermedades humanas y animales y la necesidad de colaboración interprofesional para resolver los problemas de salud global.

En 2004, la *Wildlife Conservation Society* celebró una conferencia en la Universidad Rockefeller de Nueva York titulada "One World, One Health", a partir de la que se enunciaron los denominados Doce Principios de Manhattan, que establecían los vínculos entre humanos, animales y medio ambiente, que de forma integrada permitían comprender la dinámica de las enfermedades, así como la importancia de los enfoques interdisciplinarios para la prevención, educación, inversión y desarrollo de políticas apropiadas.

En 2006 la *American Veterinary Medical Association* (AMVA) estableció un grupo de trabajo para el desarrollo de la "Iniciativa *One Health*" con el protagonismo singular de dos médicos (Laura H.Kahn y Thomas P. Monath) y un veterinario (Bruce Kaplan). En 2007, la *American Medical Association* (AMA) aprueba la resolución de implantarla y promover la colaboración entre las dos asociaciones bajo ese enfoque, para dar respuestas a los brotes de enfermedades de ámbito global.

En 2008, basándose en estas iniciativas, FAO, OIE, OMS, UNICEF, el Grupo de la ONU para la Gripe y el Banco Mundial desarrollaron un marco titulado: “Contribuyendo a Un Mundo, Una Salud - Un marco estratégico para la reducción de los riesgos de las enfermedades infecciosas en la interfaz entre animales - Humanos - Ecosistemas”

En 2010, esas organizaciones decidieron adoptar el enfoque *One Health* en sus políticas de salud a nivel mundial, en un mundo global. En 2016, la Comisión Una Salud, la Plataforma Una Salud y el Equipo de la Iniciativa Una Salud propusieron el 3 de noviembre como Día Internacional de *One Health*.

La iniciativa establece por tanto que la salud humana, animal y medioambiental están interconectadas y por lo que supone un enfoque colaborativo, multisectorial y transdisciplinar, que trabaja en los niveles local, regional, nacional e internacional con el objetivo de lograr mejores resultados de salud en base a la interconexión entre personas, animales, plantas y sus elementos compartidos.

Existe un acuerdo unánime de las organizaciones internacionales (OMS, FAO, OMSA) de que este enfoque es necesario en un mundo cada vez más complejo, superpoblado y globalizado, que requiere una visión integrada de los problemas. *One Health* es un concepto en constante evolución que comparte similitudes con el de salud planetaria y promueve un enfoque internacional e interdisciplinario y una perspectiva intersectorial a la hora de valorar la emergencia y el control de enfermedades.

Se espera que la interrelación entre los tres ámbitos acelerará los avances científicos, mejorará la salud de las poblaciones del mundo y optimizará la atención biomédica. Una ventaja adicional supondrá una mayor eficacia por los menores costos de la detección precoz de enfermedades en los animales y personas, reduciendo así el impacto en vidas. Si se logra desarrollar debidamente, ayudará a proteger y salvar muchas vidas en las generaciones presentes y futuras. El enfoque *One Health* puede ser utilizado en el diseño y la aplicación de programas, políticas, legislación e investigación en los que colaboran varios sectores para lograr mejores resultados de salud pública.

## Salto entre especies, un fenómeno creciente

**Ferran Tarrés-Freixas**

*IRTA-CReSA.*

Correspondencia:

Ferran Tarrés-Freixas

E-mail: ferran.tarres@irta.cat

Enf Emerg 2026;25(2):78-79  
doi: 10.18176/enfemerg.0019

¿Estamos ante un aumento de brotes causados por patógenos zoonóticos? En los últimos años, la sociedad se ha familiarizado con términos que muchos de nosotros escuchamos por primera vez al inicio de nuestra formación científica: coronavirus zoonóticos, Ébola, hantavirus, Zika, entre otros. Aunque la población percibe estos eventos como fenómenos excepcionales, la realidad es que el 60% de las enfermedades infecciosas humanas tienen un origen zoonótico y, en algún momento de su evolución, realizaron un salto entre especies antes de establecerse de forma estable en humanos<sup>1</sup>.

En el campo de las enfermedades infecciosas, la protección de la salud humana no puede abordarse sin una visión integral

de “Una Salud”, que incorpore la sanidad animal y el medio ambiente, ya que entre el 75-80% de las enfermedades emergentes tienen un origen zoonótico<sup>1</sup>. Aunque las infecciones bacterianas, especialmente las causadas por bacterias multiresistentes, siguen siendo una de las principales causas de mortalidad, los virus zoonóticos constituyen la principal amenaza pandémica. Pero ¿cuáles son los pasos necesarios para que un virus que circula en animales salte a los humanos?

En primer lugar, el patógeno necesita un reservorio animal estable y la capacidad de infectar a otros huéspedes animales. En función de la magnitud de especies afectadas y de su distribución geográfica, estaremos ante una epizootia o una panzootia. Esta

situación no es infrecuente y acostumbra a pasar desapercibida; generando alarma principalmente cuando afecta a la ganadería (por ejemplo, la gripe aviar). Aun así, el 71.8% de saltos a humanos proceden de fauna salvaje<sup>1</sup>.

En segundo lugar, el patógeno debe presentar tropismo por células humanas. Aunque pueda parecer que este es el principal cuello de botella, estudios recientes sugieren que la entrada viral no constituye una de las principales barreras, ya que muchas proteínas virales tienen la capacidad de unirse a receptores humanos. Una vez dentro de la célula, el virus tendrá que apoderarse de la maquinaria de replicación celular y evadir la respuesta antiviral celular innata.

En tercer lugar, se produce el salto zoonótico (antropozoonosis: de animales a humanos). De nuevo, esta barrera no es necesariamente el principal factor limitante para que un patógeno se establezca como potencial agente pandémico, ya que estos eventos pueden producirse de forma recurrente<sup>2</sup>. Como ejemplo, desde 2012 se han documentado cientos de introducciones zoonóticas del MERS-CoV en humanos, probablemente muy por debajo de del número real de eventos, aunque solo unas pocas decenas han producido brotes mayores.

El principal factor limitante para que un patógeno zoonótico cause un brote severo y pueda desencadenar una pandemia es su capacidad de transmisión entre humanos (Figura 1). Se estima que la mayoría de los brotes con potencial pandémico fracasan

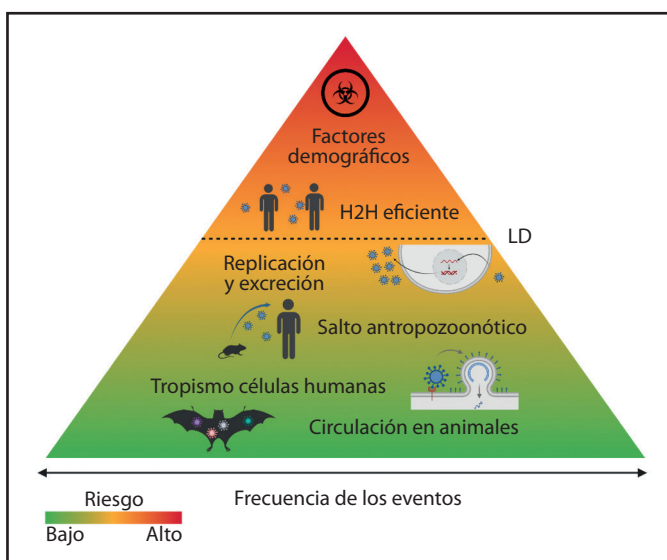
debido a su incapacidad para mantener cadenas de transmisión eficientes o por condiciones ecológicas y sociales desfavorables (por ejemplo, baja densidad de población o escasa excreción en individuos pre- y asintomáticos)<sup>3</sup>.

Si se alinean todos estos factores y un patógeno zoonótico adquiere transmisión eficiente entre humanos, el elemento que puede determinar su éxito final es el estado inmunitario de la población. La existencia de inmunidad previa o de reactividad cruzada puede limitar considerablemente su diseminación. En cambio, una población inmunológicamente *naive* es especialmente vulnerable, como se observó durante la pandemia de gripe A(H1N1) de 2009, en la que las personas de mayor edad, previamente expuestas a variantes antiguas de del virus, presentaron menor susceptibilidad que las nacidas después de 1959.

Si un patógeno zoonótico consigue establecerse y transmitirse eficientemente en una población inmunológicamente *naive*, puede acumular mutaciones que, bajo presión selectiva, favorezcan una mayor replicación, transmisibilidad e infectividad, consolidando así su circulación. Además, en contextos donde existen interfaces complejas entre humanos y animales, pueden producirse fenómenos de zooantroponosis (o zoonosis inversa), en los que el patógeno retorna a sus reservorios animales, donde puede seguir evolucionando y potencialmente reemerger con nuevas variantes.

En resumen, el factor más determinante en la emergencia de patógenos zoonóticos es su capacidad de transmisión entre humanos. Sin embargo, a medida que aumenta el número de eventos de salto entre especies, también lo hace la probabilidad de que alguno de estos patógenos adquiera una alta capacidad de diseminación<sup>3</sup>. Factores como el cambio climático, el comercio de animales vivos<sup>4</sup>, la alteración de ecosistemas y la globalización favorecen el contacto entre especies y, en consecuencia, aumentan el riesgo de nuevas pandemias.

**Figura 1. Pirámide de frecuencia y riesgo de eventos pandémicos. H2H: transmisión entre humanos; LD: límite de detección.**



## Bibliografía

1. Jones KE, Patel NG, Levy MA, Storeygard A, Balk D, Gittleman JL, *et al.* Global trends in emerging infectious diseases. *Nature*. 2008;451(7181):990-3.
2. Pekar JE, Magee A, Parker E, Moshiri N, Izhikevich K, Havens JL, *et al.* The molecular epidemiology of multiple zoonotic origins of SARS-CoV-2. *Science*. 2022;377(6609):960-6.
3. Marani M, Katul GG, Pan WK, Parolari AJ. Intensity and frequency of extreme novel epidemics. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2021;118(35):e2105482118.
4. Gippet JMW, Carlson CJ, Klaftenberger T, Schweizer M, Eskew EA, Gore ML, *et al.* Wildlife trade drives animal-to-human pathogen transmission over 40 years. *Science*. 2026;392(6794):178-82.

# Peste porcina africana: herramientas y oportunidades para su control en jabalíes

Christian Gortázar, Jorge López-Olvera, David Relimpio

Instituto de Investigación en Recursos Cinegéticos IREC. Universidad de Castilla La Mancha y CSIC. Ciudad Real.

Correspondencia:

Christian Gortázar

E-mail: christian.gortazar@uclm.es

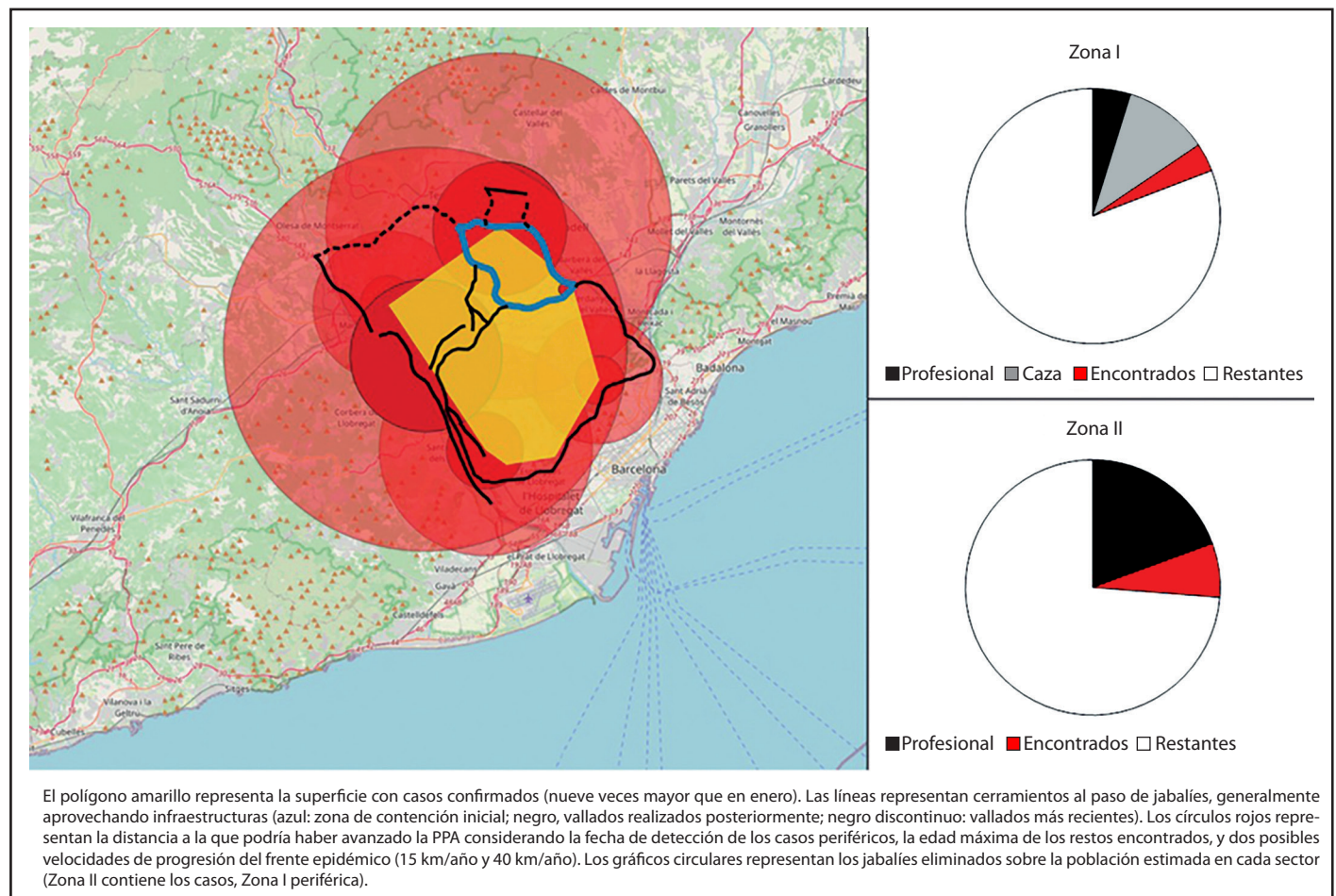
Enf Emerg 2026;25(2):80-81  
doi: 10.18176/enfemerg.0020

La actual pandemia de peste porcina africana (PPA) no tiene precedentes en su propagación geográfica ni en su impacto sobre la industria porcina mundial y las poblaciones de suidos silvestres. En noviembre de 2025 se declaró un brote de PPA en jabalíes (*Sus scrofa*) en Cerdanyola del Vallés, provincia de Barcelona. Ello supone el retorno de esta enfermedad a España 31 años después de su erradicación en 1994. La presentación

aborda las herramientas y oportunidades para el control de la PPA, considerando la ecología del jabalí, las particularidades del brote de Barcelona, y la fase epidémica en la que nos encontramos.

En los países de Eurasia afectados por la PPA, el jabalí es el hospedador silvestre relevante para el virus de la PPA (VPPA), contribuyendo al mantenimiento y la propagación de la infección y representando un desafío para el control de la enfermedad. Para

**Figura 1. Esquema de la situación de la peste porcina africana (PPA) en la provincia de Barcelona en mayo de 2026, y de las medidas aplicadas para su control.**



prevenir con éxito y, eventualmente, lograr controlar o erradicar la PPA en jabalíes o en la interfaz jabalí-cerdo doméstico, es necesario comprender la ecología, el comportamiento y la gestión de este ungulado silvestre, cuya población ha aumentado considerablemente en las últimas décadas<sup>1</sup>. El jabalí se caracteriza por una extrema plasticidad ecológica y se adapta a una amplia gama de condiciones ambientales, ocupando diversos hábitats incluyendo los periurbanos.

Ante introducciones puntuales de PPA en jabalíes, las tres principales herramientas que deben aplicarse son (1) los vallados; (2) la búsqueda, extracción y eliminación de cadáveres; y (3) la reducción de la población de jabalíes en la zona afectada y, principalmente, en un anillo periférico en el que crear una "zona blanca" totalmente libre de jabalíes. Ninguna valla es 100% efectiva para el jabalí, siendo los cursos de agua los puntos más vulnerables. Los cruces de vallados y otras barreras son más frecuentes entre los machos y durante períodos de escasez de alimentos<sup>2</sup>. Esto es relevante para el control de la PPA en jabalíes y para la bioseguridad en comarcas con producción porcina al aire libre.

Para la búsqueda de cadáveres, factores como la superficie afectada, el hábitat, la metodología de búsqueda y la disponibilidad de recursos suponen condicionantes importantes. La despoblación preventiva de jabalíes en áreas de riesgo cercanas a zonas infectadas (las denominadas "zonas blancas") se ha aplicado con éxito en Europa. El objetivo es que ningún jabalí infectado con el VPPA que pudiera sobrevivir a la enfermedad y a las medidas de control en la zona núcleo pueda contactar con y contagiar a otros jabalíes externos a esa zona blanca. Los modelos sugieren que las zonas blancas funcionarán siempre que se apliquen a una distancia razonable de las zonas infectadas conocidas, sean lo suficientemente amplias, tengan como objetivo una eliminación

prácticamente total de la población de jabalíes y se disponga de tiempo suficiente para alcanzar dicho objetivo<sup>3</sup>.

En cualquier caso, la logística, los recursos y las expectativas difieren entre las introducciones puntuales, generalmente por personas, y los frentes de expansión natural de la enfermedad<sup>4</sup>. Las expectativas ante introducciones puntuales también difieren en función de su detección más o menos temprana, así como de la calidad del hábitat y la densidad de jabalíes. Si el brote de Barcelona termina por transformarse en frente epidémico, las posibilidades de erradicar la PPA se reducirán, y aumentarán exponencialmente los costes para su control<sup>5</sup>.

## Bibliografía

1. Massei G, Kindberg J, Licoppe A, Gačić D, Šprem N, Kamler J, *et al*. Wild boar populations up, numbers of hunters down? A review of trends and implications for Europe. *Pest Manag Sci*. 2015;71(4):492-500. doi: 10.1002/ps.3965.
2. Laguna E, Barasona JA, Carpio AJ, Vicente J, Acevedo P. Permeability of artificial barriers (fences) for wild boar (*Sus scrofa*) in Mediterranean mixed landscapes. *Pest Manag Sci*. 2022;78:2277-86. doi: 10.1002/ps.6853.
3. European Food Safety Authority (EFSA), Vicente Baños J, Boklund A, Gogin A, Gortázar C, Guberti V, Helyes G, *et al*. Epidemiological analyses of African swine fever in the European Union. *EFSA J*. 2022;20(5):7290. doi: 10.2903/j.efsa.2022.7290.
4. Sauter-Louis C, Conraths FJ, Probst C, Blohm U, Schulz K, Sehl J, *et al*. African swine fever in wild boar in Europe—a review. *Viruses*. 2022;13(9):1717. doi: 10.3390/v13091717.
5. Palencia P, Blome S, Brook RK, Ferroglio E, Jo YS, Linden A, *et al*. Tools and opportunities for African swine fever control in wild boar and feral pigs: a review. *European Journal of Wildlife Research*. 2023;69(4):69. doi: 10.1007/s10344-023-01696-w.

## A glance to the ongoing 2025-2026 African swine fever outbreak in Spain

**Francesc Accensi<sup>1,2,4</sup>, Lola Pailler-García<sup>1,3,4</sup>, Xavier Fernandez Aguilar<sup>1,3,4</sup>, Liani Coronado<sup>1,3,4</sup>, Carles Vilalta<sup>1,3,4</sup>, Osvaldo Fonseca-Rodríguez<sup>1,3,4</sup>, Àlex Cobos<sup>1,2,3,4</sup>, Guillermo Cantero<sup>1,3,4</sup>, Joaquim Segalés<sup>1,2,4</sup>, Jordi Argilagué<sup>1,3,4</sup>, Natàlia Majó<sup>1,2,4</sup>**

<sup>1</sup>Unitat mixta d'Investigació IRTA-UAB en Sanitat Animal. Centre de Recerca en Sanitat Animal (CRESA). Bellaterra. <sup>2</sup>Departament de Sanitat i Anatomia Animals. Facultat de Veterinària. Universitat Autònoma de Barcelona (UAB). Bellaterra. <sup>3</sup>IRTA. Centre de Recerca en Sanitat Animal (CRESA). Bellaterra. <sup>4</sup>WOAH Collaborating Center for Research and Control of Emerging and Re-Emerging Pig Diseases in Europe (IRTA-CReSA). Barcelona.

Correspondència:

Francesc Accensi

E-mail: francesc.accensi@uab.cat

Ver artículo sobre este tema en este mismo número de *Enf Emerg.* 2026;25(2):71-74 doi: 10.18176/enfemerg.0017.

---

## DÍA 8. MESA 2. Arbovirosis e innovaciones en la prevención

**Moderadores:** **Tomás Montalvo**, *Serv. de Vigilància i Control de Plagues. Agència de Salut Pública de Barcelona. Barcelona. CIBERESP.*  
**Cristina Ballart**, *Departament de Biologia, Sanitat i Medi Ambient. Facultat de Farmàcia i Ciències de l'Alimentació. Universitat de Barcelona.*

### El reto que el control de las zoonosis transmitidas por vectores representa para Europa

**Jordi Figuerola**

*Estación Biológica de Doñana – CSIC. Sevilla; CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). Madrid.*

Correspondencia:

Jordi Figuerola Borrás  
 E-mail: jordi@ebd.csic.es

Ver Editorial sobre este tema en este mismo número de *Enf Emerg.* 2026;25(2):48-50 doi: 10.18176/enfemerg.0012.

### Garrapata Alert. Una herramienta para ciudadanos y profesionales sanitarios

**Lucía García San Miguel**

*Centro de coordinación de alertas y emergencias sanitarias (CCAES). Ministerio de Sanidad. Madrid.*

Correspondencia:

Lucía García  
 E-mail: lgarciasanmiguel@sanidad.gob.es

*Enf Emerg* 2026;25(2):83  
 doi: 10.18176/enfemerg.0021

En el contexto de Plan Nacional de Prevención, Vigilancia y control de las Enfermedades transmitidas por vectores, el Ministerio de Sanidad ha desarrollado un proyecto de ciencia ciudadana que además de apoyar la vigilancia entomológica de las garrapatas, pretende ser una herramienta de comunicación con la ciudadanía para la emisión de mensajes de prevención, y también una herramienta enfocada para su uso en el sistema sanitario, para apoyar el diagnóstico clínico de las enfermedades transmitidas por garrapatas. Garrapata Alert está constituido por una plataforma gestionada por el Ministerio de Sanidad con una

parte privada y una pública. A la parte pública accede la ciudadanía en general, o los profesionales sanitarios por WEB o APP, permitiendo el envío de aportaciones mediante imágenes de garrapatas. La parte privada es utilizada por el equipo de entomología para llevar a cabo la validación y las administraciones públicas de las CCAA. La herramienta ha sido validada en varios pilotajes con una precisión en la identificación del género de las garrapatas mediante fotografías no profesionales del 94%, un tiempo de respuesta de 1,1 día y diferentes modos de adaptación de las distintas administraciones públicas a su uso.

# Anticipación de brotes de dengue mediante modelos climáticos y aprendizaje internacional

**Rachel Lowe**

Profesora ICREA y líder del grupo de Resiliencia en Salud Global del Barcelona Supercomputing Center. Barcelona.

Correspondencia:

Rachel Lowe

E-mail: rachel.lowe@bsc.es

Enf Emerg 2026;25(2):84-86  
doi: 10.18176/enfemerg.0022

El dengue es una de las enfermedades víricas transmitidas por mosquitos que más rápidamente se está expandiendo a escala mundial. Aunque históricamente se ha asociado a regiones tropicales y subtropicales, en los últimos años ha aumentado la preocupación por su emergencia en Europa. El dengue aún no es endémico en Europa y la mayoría de los casos siguen siendo importados, asociados a viajes a zonas donde el virus circula de forma habitual. En cualquier caso, la transmisión local ya no es excepcional: desde 2010 se han documentado episodios autóctonos en varios países europeos, incluidos Francia, Italia, España y Croacia. Este riesgo se relaciona con la expansión de *Aedes albopictus*, el alargamiento de la temporada de actividad vectorial, la movilidad internacional y condiciones climáticas cada vez más favorables para la transmisión<sup>1</sup>.

La situación europea debe entenderse como un escenario de riesgo emergente. Los brotes suelen ser limitados, focalizados y estacionales, y dependen de la coincidencia de varios factores: introducción del virus a través de casos importados, presencia de mosquitos vector, temperatura y humedad adecuadas para el vector y la replicación viral, y la velocidad de repuesta de salud pública. Por ello, Europa necesita pasar de un enfoque principalmente reactivo, centrado en responder cuando aparecen los primeros casos, a estrategias más proactivas capaces de anticipar cuándo y dónde pueden coincidir las condiciones que permiten la transmisión local.

Una parte esencial de esta preparación consiste en aprender de países y regiones donde el dengue es endémico o hiperendémico. En estos contextos se han acumulado décadas de experiencia en vigilancia epidemiológica, control vectorial, comunicación de riesgos, gestión clínica, participación comunitaria y uso operativo de modelos predictivos. Europa debe adaptar estas estrategias a su contexto epidemiológico, institucional y social propio: armonizar datos procedentes de múltiples fuentes, integrar información climática y epidemiológica, definir umbrales de alerta vinculados a acciones concretas, fortalecer la cooperación transfronteriza y diseñar herramientas de apo-

yo a la toma de decisiones junto con autoridades sanitarias y comunidades locales<sup>1,2</sup>.

Barbados ofrece un ejemplo claro de cómo los modelos climáticamente informados pueden apoyar la anticipación de brotes en una región endémica. En colaboración con instituciones sanitarias y meteorológicas del Caribe, se ha desarrollado un marco de modelización que combina datos de dengue con información sobre extremos climáticos. Este enfoque mostró que el riesgo de brote aumenta tras una secuencia de condiciones: sequía con varios meses de antelación, calor extremo posteriormente y exceso de lluvia más cerca del inicio del brote. Estos procesos pueden actuar de forma compuesta y en cascada: durante la sequía puede aumentar el almacenamiento doméstico de agua, el calor puede acelerar procesos biológicos del vector y del virus, y las lluvias posteriores pueden crear nuevos criaderos. El sistema permite estimar la probabilidad de brote con hasta tres meses de antelación, un horizonte útil para reforzar la vigilancia, preparar mensajes de comunicación y priorizar acciones de control vectorial<sup>3</sup>.

Singapur aporta un segundo ejemplo, en un contexto urbano con vigilancia epidemiológica y virológica de alta calidad. Un estudio reciente utilizó más de 20 años de datos semanales para analizar cómo la variabilidad climática y la competencia entre serotipos del virus del dengue moldean la dinámica de los brotes<sup>4</sup> (Figura 1). El trabajo mostró que un modelo informado por el clima mejoraba la capacidad predictiva frente a un modelo estacional, y que la incorporación de información sobre serotipos aumentaba aún más el rendimiento. La dinámica de serotipos actúa como una aproximación a la inmunidad poblacional y ayuda a explicar variaciones interanuales que no se captan únicamente con temperatura, lluvia o estacionalidad.

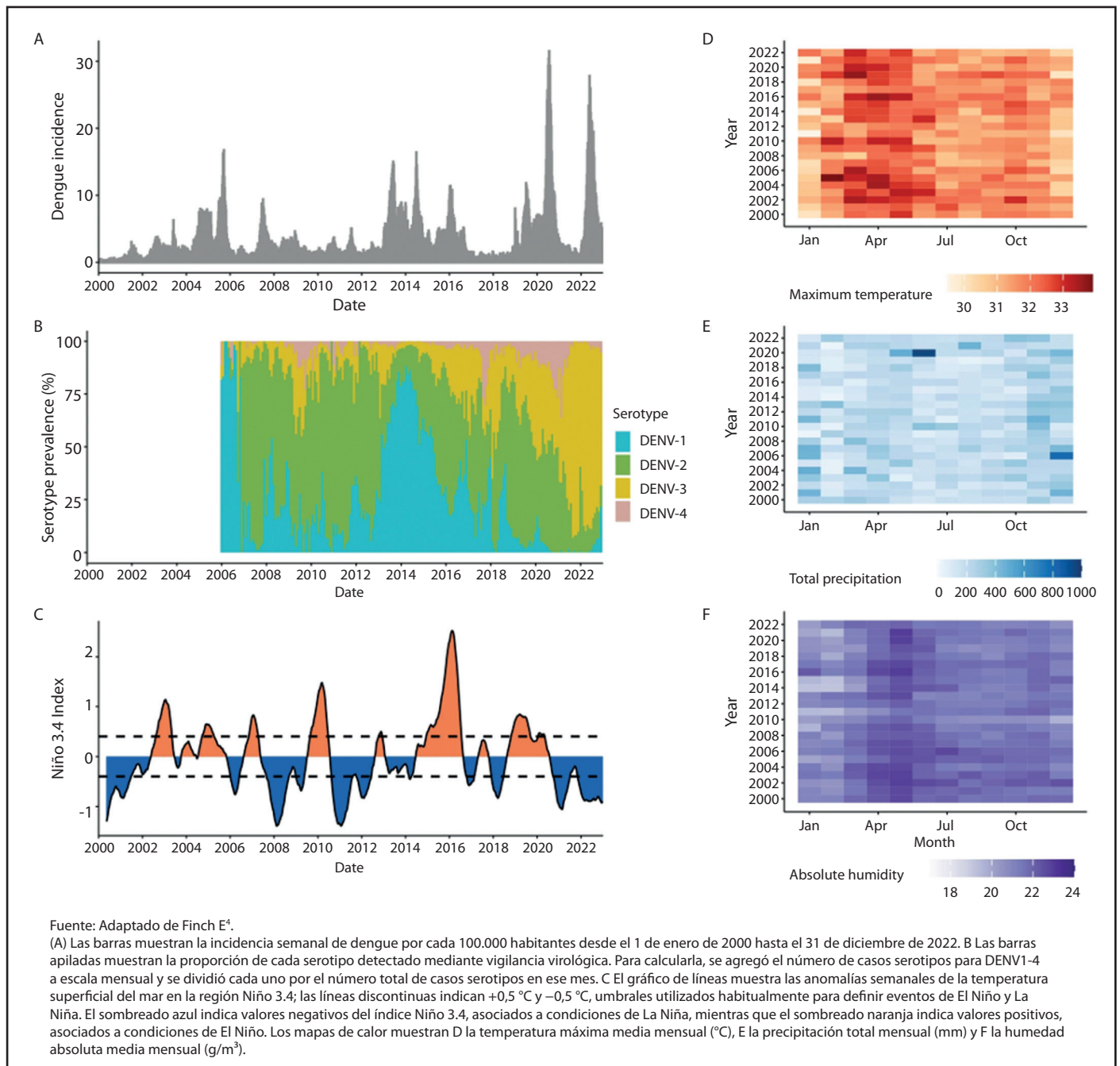
Estas experiencias muestran que los modelos predictivos son más útiles cuando están conectados a decisiones operativas. No se trata solo de estimar el número futuro de casos, sino de traducir el riesgo en acciones: cuándo intensificar la vigilancia, dónde realizar control vectorial, cuándo alertar a profesionales

sanitarios, cómo comunicar el riesgo a la población y qué umbrales deben activar medidas preventivas. Para Europa, donde la transmisión todavía es esporádica, los modelos deben combinar predicciones de las condiciones climáticas favorables y presencia de vector, casos importados y autóctonos, movilidad internacional y capacidad local de respuesta.

En este contexto, EpiOutlook representa un paso importante hacia una nueva generación de herramientas europeas de alerta

temprana para enfermedades infecciosas sensibles al clima. Desarrollada en el marco del proyecto IDAlert, la plataforma integra predicciones climáticas estacionales de uno a seis meses con indicadores de idoneidad climática para enfermedades y vectores relevantes, incluyendo dengue, chikungunya y Zika. Para dengue, EpiOutlook puede identificar áreas y periodos en los que las condiciones serán más favorables para la transmisión por *Aedes*. Esto no equivale a predecir automáticamente brotes

**Figura 1. Figura que muestra más de dos décadas de datos epidemiológicos y climáticos de Singapur.**



confirmados, ya que también debe introducirse el virus y existir contacto entre vectores y personas susceptibles. Sin embargo, sí permite anticipar ventanas de mayor riesgo y apoyar decisiones preventivas, como reforzar la vigilancia entomológica, sensibilizar a servicios clínicos, preparar comunicación pública y priorizar intervenciones vectoriales<sup>5</sup>.

En conclusión, el dengue en Europa se encuentra en una fase emergente: la transmisión local sigue siendo limitada, pero el riesgo está aumentando. Las experiencias de Barbados y Singapur demuestran que la anticipación es posible cuando los modelos integran clima, vigilancia epidemiológica, información virológica y necesidades operativas. EpiOutlook ofrece una vía para adaptar estas lecciones al contexto europeo mediante predicciones climáticas estacionales e indicadores de enfermedades sensibles al clima. El objetivo es fortalecer la capacidad de anticipar, prevenir y responder a episodios de transmisión local en Europa antes de que se amplifiquen.

## Bibliografía

1. Charnley GEC, Alcayna T, Almuedo-Riera A, Antoniou C, Badolo A, Bartumeus F, *et al.* Strengthening resilience to emerging vector-borne diseases in Europe: lessons learnt from countries facing endemic transmission. *The Lancet Regional Health – Europe*. 2025;53:101271. doi: 10.1016/j.lanepe.2025.101271.
2. Lowe R, Torres Codeço C. Harmonizing multisource data to inform vector-borne disease risk management strategies. *Annual Review of Entomology*. 2025;70:337-58. doi: 10.1146/annurev-ento-040124-015101.
3. Fletcher C, Moirano G, Alcayna T, Rollock L, Van Meerbeeck CJ, Mahon R, *et al.* Compound and cascading effects of climatic extremes on dengue outbreak risk in the Caribbean: an impact-based modelling framework with long-lag and short-lag interactions. *The Lancet Planetary Health*. 2025;9(8):101279. doi: 10.1016/j.lanplh.2025.06.003.
4. Finch E, Chang C-C, Kucharski A, Sim S, Ng L-C, Lowe R. Climate variation and serotype competition drive dengue outbreak dynamics in Singapore. *Nature Communications*. 2025;16:11364. doi: 10.1038/s41467-025-66411-6.
5. IDAlert. EpiOutlook: a platform for climate-sensitive infectious diseases. IDAlert project website; 2024 Dec 11. Accessed 2026 May 17. Available from: <https://idalertproject.eu/epioutlook>

---

## New tools in mosquito control with special emphasis on the *Wolbachia* strategy

Rubén Bueno-Marí<sup>1,2,3</sup>, María Cholvi<sup>2,3,4</sup>, Riccardo Moretti<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Centre of Excellence in Vector Control for Europe. Rentokil Initial. Paterna. Valencia. Spain. <sup>2</sup>Technical Department. Laboratorios Lokímica. Barcelona. Spain. <sup>3</sup>Area of Parasitology. Department of Pharmacy and Pharmaceutical Technology and Parasitology. Faculty of Pharmacy. Universitat de València. Valencia. Spain. <sup>4</sup>Department of Nursing. Faculty of Medicine and Health Sciences. Catholic University of Valencia. Valencia. Spain. <sup>5</sup>Casaccia Research Center. Department for Sustainability. Italian National Agency for New Technologies, Energy, and Sustainable Economic Development (ENEA). Rome. Italy.

### Correspondencia:

Rubén Bueno-Marí

E-mail: [ruben.bueno@rentokil-initial.com](mailto:ruben.bueno@rentokil-initial.com)

Ver artículo sobre este tema en este mismo número de *Enf Emerg*. 2026;25(2):67-70 doi: 10.18176/enfemerg.0016.

## DÍA 8. MESA 3. Amenazas pandémicas

**Moderadores:** **Àngels Orcau.** *Epidemióloga. Fundació fuitB. Barcelona.*  
**Quique Bassat.** *Instituto de Salud Global de Barcelona (ISGlobal).*

### Estrategias de los *National Institutes of Health* en investigación clínica en pandemias: del ACTT-1 a plataformas globales como STRIVE

**Lourdes Mateu**

*Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Germans Trias i Pujol. Fundació Lluita contra les Infeccions.*

Correspondencia:

Lourdes Mateu

E-mail: [lmateu.germanstrias@gencat.cat](mailto:lmateu.germanstrias@gencat.cat)

Enf Emerg 2026;25(2):87-88  
doi: 10.18176/enfemerg.0023

La pandemia por SARS-CoV-2 evidenció la necesidad de transformar de forma estructural el modelo de investigación clínica en enfermedades infecciosas emergentes. Los enfoques tradicionales, basados en ensayos individuales, frecuentemente infra-potenciados y desconectados entre sí, demostraron ser insuficientes para generar evidencia robusta en un contexto de rápida evolución epidemiológica. En este escenario, los *National Institutes of Health* (NIH) impulsó un cambio hacia modelos basados en plataformas adaptativas, colaborativas y globales, capaces de acelerar la generación de evidencia y optimizar la toma de decisiones clínicas.

El primer gran hito de este cambio fue el *Adaptive COVID-19 Treatment Trial-1* (ACTT-1), un ensayo multicéntrico, aleatorizado y controlado con placebo promovido por el NIAID. Este estudio demostró que el antiviral remdesivir reducía significativamente el tiempo de recuperación en pacientes hospitalizados con infección por SARS-CoV-2 (10 vs. 15 días; rate ratio 1,29;  $p < 0,001$ ), constituyendo la primera evidencia sólida de eficacia antiviral en esta enfermedad. Además, el beneficio fue más evidente en estadios precoces y en pacientes con requerimientos de oxígeno, subrayando la relevancia de la replicación viral como diana terapéutica inicial.

Más allá de sus resultados clínicos, el ACTT-1 representó una prueba de concepto clave: demostró que era posible diseñar y ejecutar ensayos rigurosos a gran escala en un tiempo muy reducido. Este modelo sirvió de base para el desarrollo de inicia-

tivas más ambiciosas, como la plataforma ACTIV (Accelerating COVID-19 Therapeutic Interventions and Vaccines), una colaboración público-privada impulsada por el NIH que integró agencias gubernamentales, industria farmacéutica y centros académicos. ACTIV permitió establecer una estructura basada en protocolos maestros adaptativos, en los que múltiples intervenciones podían ser evaluadas de forma simultánea dentro de una misma infraestructura, incorporando o descartando tratamientos según los resultados intermedios.

Este enfoque se fundamenta en el concepto de platform trials, que permiten evaluar múltiples estrategias terapéuticas frente a un control común, con diseños flexibles y análisis interinos. Durante la pandemia, estos modelos demostraron una eficiencia superior respecto a los ensayos convencionales, generando una proporción significativa de la evidencia clínica útil en relación con el número de estudios realizados. Además, permitieron optimizar recursos, reducir tiempos de investigación y mejorar la robustez de los resultados.

Como evolución natural de este ecosistema, se desarrolló la iniciativa STRIVE (Strategies and Treatments for Respiratory Infections and Viral Emergencies), concebida como una red internacional permanente de ensayos clínicos. STRIVE constituye una plataforma multicéntrica, adaptativa y randomizada que integra centros de múltiples países y continentes, con el objetivo de evaluar de forma rápida y coordinada intervenciones terapéuticas en infecciones respiratorias emergentes. Su diseño permite una

activación inmediata ante nuevas amenazas sanitarias, evitando los retrasos inherentes a la creación de estructuras de investigación ad hoc durante una crisis.

La importancia de disponer de este tipo de plataformas globales es fundamental. Las pandemias requieren respuestas coordinadas a escala internacional, y las redes de ensayos clínicos permiten acelerar el reclutamiento, mejorar la representatividad de las poblaciones estudiadas y garantizar la aplicabilidad global de los resultados. Asimismo, facilitan la armonización regulatoria, el intercambio de datos y la estandarización metodológica, aspectos esenciales para evitar la fragmentación de la evidencia.

Un aprendizaje clave derivado de la pandemia es que la investigación debe contemplarse como un proceso continuo que abarca tres fases. En la fase prepandémica, es esencial desarrollar infraestructuras estables, identificar antivirales potenciales y avanzar en plataformas de vacunas. Durante la fase pandémica, deben activarse ensayos adaptativos que permitan evaluar múltiples intervenciones en tiempo real. Finalmente, la fase postpandémica debe centrarse en el seguimiento a largo plazo, la caracterización de secuelas y el estudio de los síndromes postvirales.

En conclusión, la experiencia del NIH, desde el ACTT-1 hasta la consolidación de plataformas globales como STRIVE, ha redefi-

nido la investigación clínica en pandemias. Este modelo, basado en colaboración internacional, infraestructuras permanentes y diseños adaptativos, es esencial para garantizar respuestas rápidas, eficientes y basadas en evidencia ante futuras amenazas sanitarias.

## Bibliografía recomendada

- Beigel JH, Tomashek KM, Dodd LE, Mehta AK, Zingman BS, Kalil AC, et al. Remdesivir for the Treatment of COVID-19 - Final Report. *N Engl J Med.* 2020;383(19):1813-26. doi: 10.1056/NEJMoa2007764.
- Kalil AC, Patterson TF, Mehta AK, Tomashek KM, Wolfe CR, Ghazaryan V, et al. Baricitinib plus Remdesivir for Hospitalized Adults with COVID-19. *N Engl J Med.* 2021;384(9):795-807. doi: 10.1056/NEJMoa2031994.
- Angus DC. Optimizing the Trade-off Between Learning and Doing in a Pandemic. *JAMA.* 2020;323(19):1895-6. doi: 10.1001/jama.2020.4984.
- Currier JS, Moser C, Eron JJ, Chew KW, Smith DM, Javan AC, et al. ACTIV-2: A Platform Trial for the Evaluation of Novel Therapeutics for the Treatment of Early COVID-19 in Outpatients. *J Infect Dis.* 2023;228(Suppl 2):S77-S82. doi: 10.1093/infdis/jiad246.
- Lindsell CJ, Shotwell M, Anstrom KJ, Berry S, Brittain E, Harrell FE, et al. The statistical design and analysis of pandemic platform trials: Implications for the future. *J Clin Transl Sci.* 2024;8(1):e155. doi: 10.1017/cts.2024.514. Erratum in: *J Clin Transl Sci.* 2024;8(1):e177. doi: 10.1017/cts.2024.648.

## Marburgo y Ébola en África

**Diana Pou**

*Unidad de Salud Internacional Drassanes/Vall d'Hebron. Barcelona.*

Correspondencia:

Diana Pou

E-mail: [diana.pou@vallhebron.cat](mailto:diana.pou@vallhebron.cat)

Enf Emerg 2026;25(2):88-90  
doi: 10.18176/enfemerg.0024

El manejo de las epidemias de enfermedad por filovirus Ébola (EVE) o Marburgo (EVM), en África subsahariana constituye uno de los mayores retos por las características clínicas, epidemiológicas y antropológicas ligadas a la enfermedad.

Su abordaje en terreno exige una integración rigurosa de todos los actores que participan en la intervención: epidemiólogos, clínicos, veterinarios, microbiólogos, antropólogos e incluso psicólogos (Figura 1). Lejos de ser un problema exclusivamente biomédico, los brotes de filovirus ponen de manifiesto la inte-

racción entre sistemas de salud frágiles, dinámicas comunitarias complejas y respuestas internacionales a menudo tensionadas por limitaciones logísticas y culturales.

Pongamos de ejemplo la enfermedad producida por el virus Ébola (EVE).

Desde el punto de vista epidemiológico, se caracteriza por brotes explosivos con alta letalidad, generalmente iniciados por un evento zoonótico —frecuentemente asociado a murciélagos frugívoros como reservorio— y amplificados por transmisión

humano-humano a través de fluidos corporales (Figura 2). En ocasiones, el primer caso en humanos es en cazadores de murciélagos o primates infectados. En terreno, la identificación temprana del caso índice rara vez es posible, por lo que el control depende de estrategias de vigilancia sindrómica, rastreo de contactos y aislamiento rápido. La definición de caso debe adaptarse a la sensibilidad requerida en cada fase del brote, buscando el equilibrio entre sobrediagnóstico y riesgo de transmisión. En este contexto, la capacidad diagnóstica, basada en PCR en tiempo real, suele estar limitada por infraestructura, lo que obliga a establecer laboratorios móviles y circuitos de transporte de muestras con estrictas condiciones de bioseguridad.

El rastreo de contactos es, operativamente, el pilar del control epidemiológico. Sin embargo, en muchas regiones afectadas, las estructuras familiares extensas, la movilidad transfronteriza y la desconfianza hacia las autoridades dificultan la identificación completa de cadenas de transmisión. Es frecuente encontrar contactos ocultos o no declarados, especialmente cuando el aislamiento se percibe como una sentencia de muerte. Por ello, la vigilancia activa debe combinarse con estrategias de implicación comunitaria que favorezcan la transparencia y la cooperación.

En el plano clínico, la EVE presenta un espectro que va desde formas inespecíficas iniciales —fiebre, astenia, mialgias— hasta cuadros graves con afectación multiorgánica, coagulopatía y shock. En terreno, el diagnóstico diferencial incluye malaria, fiebre tifoidea, leptospirosis y otras fiebres hemorrágicas, lo que complica la toma de decisiones en fases tempranas. La gestión clínica se basa fundamentalmente en soporte intensivo: reposición de volumen, corrección de electrolitos, manejo del dolor y tratamiento de infecciones concomitantes. En los últimos años,

Figura 2.

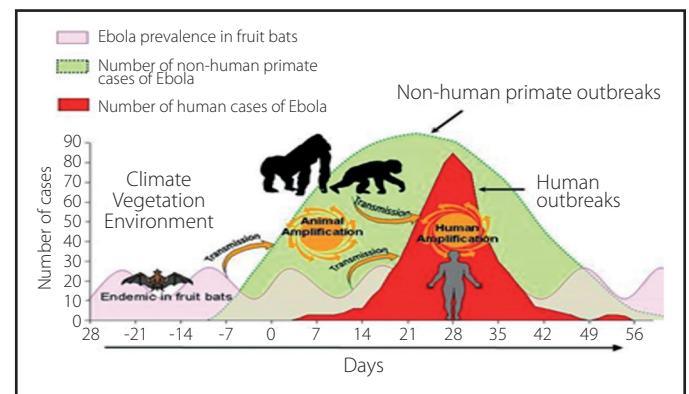
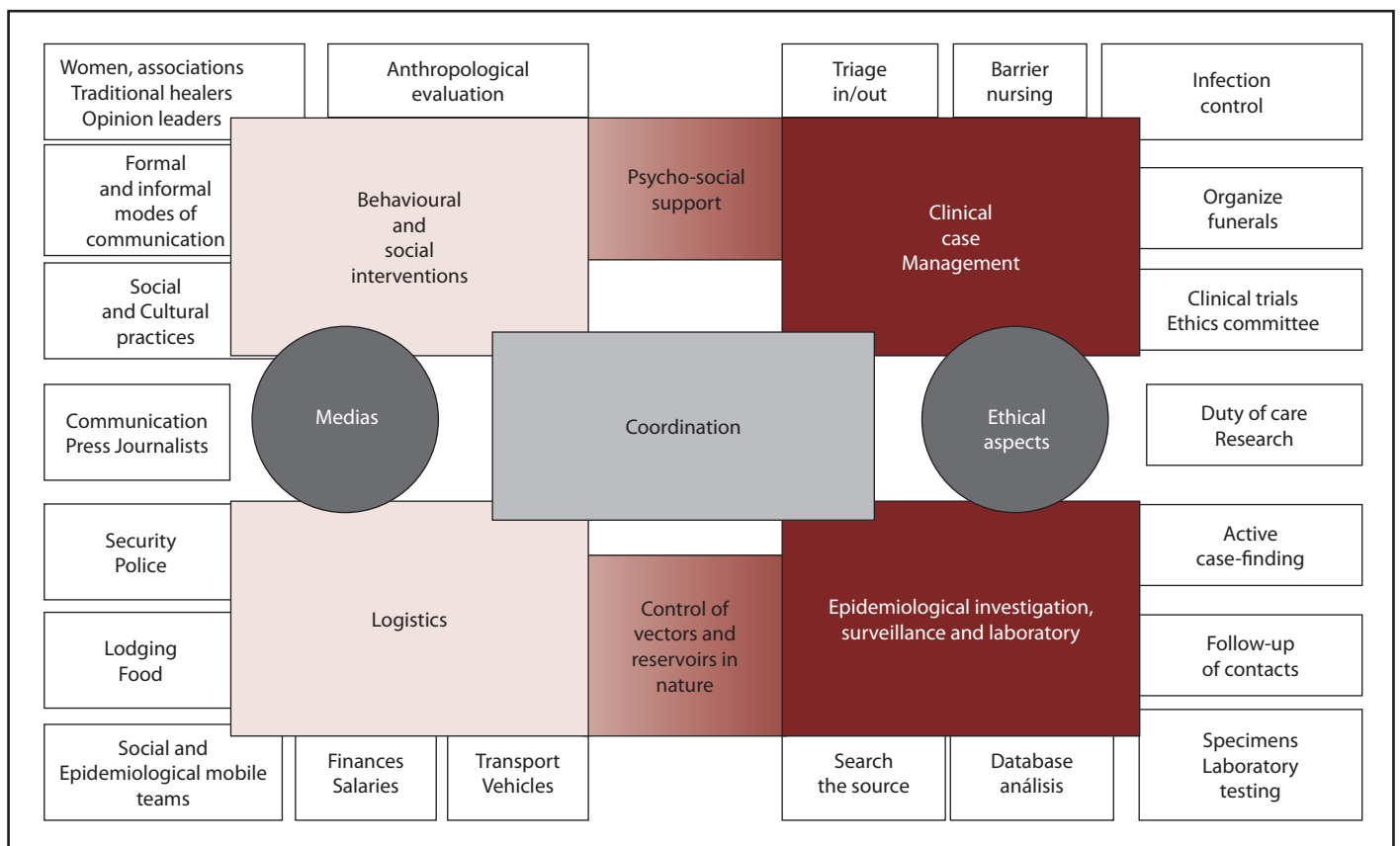


Figura 1.



iniciándose su uso en el brote de 2014 en África Occidental, el uso de terapias específicas como anticuerpos monoclonales ha demostrado mejorar la supervivencia, pero su disponibilidad en contextos rurales sigue siendo desigual.

El trabajo en unidades de tratamiento de Ébola (ETU) implica condiciones extremas: uso prolongado de equipos de protección individual (EPI), limitación del tiempo de contacto con pacientes, y una carga emocional considerable. Estas condiciones afectan tanto a la calidad asistencial como al bienestar del personal sanitario. La adherencia estricta a protocolos de control de infecciones es esencial, dado el alto riesgo de transmisión nosocomial. A su vez, la formación continua del personal local es clave para garantizar la sostenibilidad de la respuesta.

La dimensión antropológica es, con frecuencia, el factor determinante del éxito o fracaso de las intervenciones. Las prácticas funerarias tradicionales, que implican el contacto directo con el cuerpo del fallecido, han sido identificadas como eventos de superdiseminación en múltiples brotes. Sin embargo, la simple prohibición de estos rituales sin ofrecer alternativas culturalmente aceptables genera resistencia y ocultación de casos. La colaboración con líderes comunitarios y religiosos permite adaptar las prácticas funerarias de manera segura, manteniendo elementos simbólicos esenciales.

La percepción del sistema sanitario también influye decisivamente. En muchas comunidades, los centros de tratamiento son vistos con temor, asociados a alta mortalidad y separación familiar. Esto conduce a retrasos en la búsqueda de atención y a cuidados domiciliarios sin medidas de protección.

Asimismo, los factores socioeconómicos no pueden ignorarse. Las medidas de control —cuarentenas, restricciones de movimiento— tienen un impacto directo en la subsistencia diaria de las poblaciones afectadas. Sin mecanismos de apoyo, estas medidas son difíciles de sostener y pueden generar rechazo. La respuesta a un brote de Ébola debe, por tanto, integrar componentes de asistencia humanitaria, asegurando acceso a alimentos, agua y atención sanitaria básica no relacionada con el brote.

En conclusión, el manejo de las epidemias de Ébola en terreno requiere una aproximación multidisciplinar que trascienda la biomedicina. Es imprescindible comprender no solo la fisiopatología y el tratamiento, sino también las dinámicas epidemiológicas y los contextos culturales en los que se despliega la enfermedad. Solo mediante la integración de estos elementos es posible implementar intervenciones efectivas, sostenibles y respetuosas con las comunidades afectadas.

## Bibliografía recomendada

- World Health Organization (WHO). *Ebola virus disease: Key facts and outbreak response guidelines*. 2023.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *2014–2016 Ebola outbreak in West Africa: Epidemiology and transmission*. 2024.
- Mulangu S, Dodd LE, Davey RT Jr, Tshiani Mbaya O, Proschan M, Mukadi D, *et al.* A Randomized, Controlled Trial of Ebola Virus Disease Therapeutics. *N Engl J Med*. 2019;381(24):2293-303.
- Hewlett BS, Amola RP. Cultural contexts of Ebola in northern Uganda. *Emerg Infect Dis*. 2003;9(10):1242-8. doi: 10.3201/eid0910.020493.

# Gripes zoonóticas: un nuevo reto para la vigilancia

Anna I. Martínez

Servei de Control Epidemiològic i Resposta a Alertes i Emergències. Subdirecció General de Vigilància i Resposta a Emergències de Salut Pública. Lleida.

Correspondencia:

Anna I. Martínez

E-mail: a.martinez@gencat.cat

Enf Emerg 2026;25(2):91-92  
doi: 10.18176/enfemerg.0025

Las gripes zoonóticas son enfermedades causadas por virus gripales que normalmente circulan en animales, pero pueden transmitirse ocasionalmente al hombre causando infecciones esporádicas y generando cuadros clínicos de gravedad variable. Su mayor importancia radica en el potencial pandémico de algunos de ellos si lograran transmitirse eficazmente entre personas.

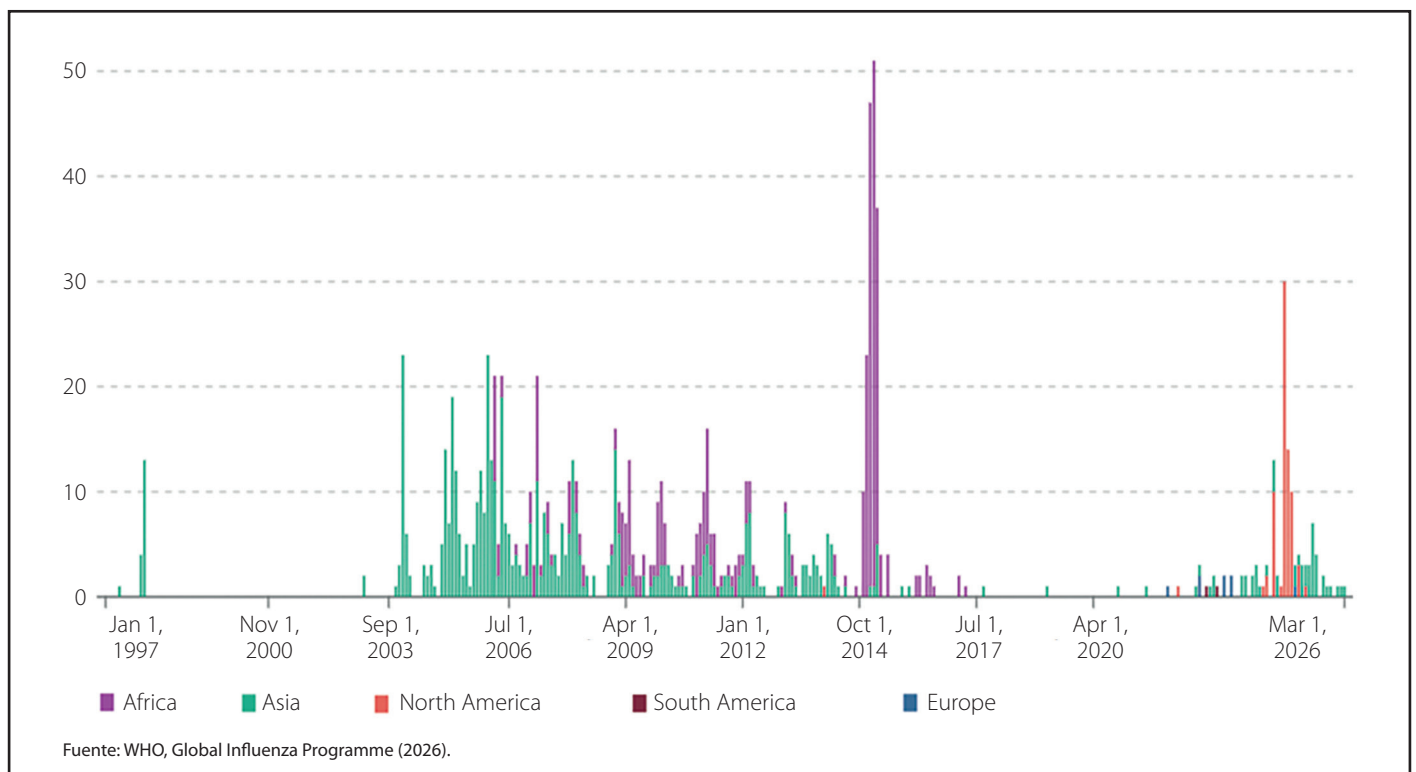
Estos virus pertenecen a la familia *Orthomyxoviridae*, género *Influenzavirus A* y se clasifican en subtipos en función de sus antígenos externos: hemaglutinina (HA) y neuraminidasa (NA). Se han descrito diferentes subtipos de HA y de NA, que pueden resultar en múltiples combinaciones. Tienen una alta capacidad para sufrir mutaciones espontáneas, así como para intercambiar material genético con otros virus cuando infectan al mismo

hospedador. De esta manera, adquieren características nuevas que, potencialmente, podrían incrementar su capacidad de transmitirse entre especies.

El principal reservorio de los virus influenza aviar son las aves silvestres acuáticas, en las que circulan de forma continua y generalizada, pero pueden propagarse tanto entre animales silvestres como domésticos, y también transmitirse a mamíferos como zorros, focas, leones marinos, vacas, visones, gatos o cerdos. Actualmente la transmisión a las personas sigue siendo un evento poco frecuente pero los brotes en mamíferos son cada vez más habituales.

Respecto a la influenza porcina, es importante destacar que los cerdos son susceptibles a los virus de la gripe humana y de la aviar,

**Figura 1. Distribución geográfica de casos humanos de gripe H5N1 notificados a nivel mundial.**



favoreciendo, en caso de coinfección, reorganizaciones del genoma viral que originen virus gripales con la capacidad de transmitirse entre las personas y, por tanto, con alto potencial pandémico.

## Situación epidemiológica actual

La situación actual de las gripes zoonóticas, especialmente de la gripe aviar A(H5N1), representa un motivo de preocupación para las autoridades sanitarias internacionales, aunque el riesgo para la población general sigue considerándose bajo. A nivel global, la gripe aviar H5N1 se ha expandido ampliamente entre aves silvestres, aves de corral y cada vez más especies de mamíferos (gatos, visones, vacas lecheras).

Desde 1997, 25 países han reportado un número total de más de 1000 casos esporádicos humanos de H5N1 (Figura 1), de los cuales ha fallecido aproximadamente el 48%. Durante los últimos años, se ha producido un aumento notable de brotes en aves en diversos países europeos. España ha tenido episodios recientes de H5N1 en aves silvestres y explotaciones avícolas que han podido ser controlados y se han levantado parte de las restricciones sanitarias. Cataluña es uno de los territorios más afectados del Estado, junto con Andalucía, Madrid, Castilla y León y Castilla-La Mancha. En los últimos años se han identificado casos humanos infectados tanto con virus de origen porcino como de origen aviar, aunque son de rara aparición y hasta ahora se han detectado en personas en contacto estrecho con animales infectados. Por este motivo, actualmente, los grupos que requieren una mayor vigilancia son los trabajadores avícolas y de fauna salvaje, veterinarios y personal de laboratorio.

## Perspectivas de futuro

El virus gripal H5N1 está considerado actualmente uno de los virus con mayor potencial pandémico y, a pesar de que el

riesgo inmediato para la población continúa siendo bajo, existen indicios que sugieren una mayor capacidad de adaptación biológica con más especies animales afectadas. En este momento, la preocupación está focalizada en la posible aparición de un hospedador intermedio o una coinfección humana que permita una recombinación entre influenza humana y aviar y genere un virus altamente transmisible.

Por tanto, es de especial importancia mantener una vigilancia reforzada, un abordaje interdisciplinar y una cooperación internacional constante. Las labores de prevención, vigilancia y control de infecciones por virus influenza zoonóticos exigen ser desarrolladas bajo el enfoque integrador y multidisciplinar de "Una Salud" (*One Health*), el cual reconoce que la salud humana, animal y el medio están estrechamente relacionados y son interdependientes.

## Bibliografía recomendada

- European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). *Avian influenza: EU agencies track virus mutations and analyse response strategies* [Internet]. 2025. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/avian-influenza-eu-agencies-track-virus-mutations-and-analyse-response-strategies>
- European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). *Zoonotic influenza - Annual Epidemiological Report for 2024*. Disponible en: [https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/zoonotic-influenza-2024-annual-epidemiological-report-2024\\_0.pdf](https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/zoonotic-influenza-2024-annual-epidemiological-report-2024_0.pdf)
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Global Human Cases with Avian Influenza A(H5N1), 1997-2026*. Disponible en: <https://www.cdc.gov/bird-flu/php/surveillance/chart-epi-curve-ah5n1.html?utm>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Una sola salud. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/one-health>

# DÍA 9. MESA I. Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

**Moderadores:** **Arkaitz Imaz.** *Serv. de Enfermedades Infecciosas. Hospital de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.*  
**Andrés Marco.** *Programa de Salud Penitenciaria. Instituto Catalán de la Salud. Barcelona.*

## Ciudades y factores sociodemográficos asociados al mpox en España: desde el brote de 2022 hasta la diseminación del clado I

**Carles Pericas<sup>1,2,3,4</sup>, Lluís Forcadell-Díez<sup>1,5</sup>**

<sup>1</sup>Servei d'Epidemiologia. Agència de Salut Pública de Barcelona. <sup>2</sup>Institut d'Investigació Biomèdica Sant Pau (IIB Sant Pau). <sup>3</sup>Departament de Medicina. Universitat de Barcelona. <sup>4</sup>CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). <sup>5</sup>Departament de Ciències Experimentals i de la Salut. Universitat Pompeu Fabra.

### Correspondencia:

Carles Pericas

E-mail: cpericas@aspb.cat

Lluís Forcadell

E-mail: lforcadell@aspb.cat

Enf Emerg 2026;25(2):93-94  
doi: 10.18176/enfemerg.0026

## Introducción

El mpox se ha consolidado como un reto emergente para la salud pública internacional, especialmente en grandes entornos urbanos caracterizados por una elevada densidad poblacional, movilidad, diversidad social y redes sexuales altamente conectadas. Durante el brote internacional de 2022, España fue uno de los países europeos con mayor número de casos, concentrándose especialmente en las grandes áreas metropolitanas de Madrid y Barcelona. En este contexto, diversos estudios han sugerido que los factores asociados a la transmisión del mpox pueden variar según el tamaño poblacional, las dinámicas sociales y las desigualdades estructurales existentes entre territorios<sup>1,2</sup>.

Las ciudades constituyen espacios especialmente relevantes para comprender la transmisión de infecciones emergentes, ya que concentran redes sexuales amplias, fenómenos migratorios, desigualdades socioeconómicas y contextos de ocio sexualizado que pueden favorecer la difusión de enfermedades infecciosas<sup>3,4</sup>. Sin embargo, todavía existe información limitada sobre cómo el tamaño poblacional y el contexto urbano influyen en los patrones epidemiológicos y clínicos del mpox.

Esta ponencia presenta dos estudios realizados en España y en la ciudad de Barcelona que abordan, desde perspectivas complementarias, el papel de los entornos urbanos en la epidemiología del mpox. El primer trabajo analiza las diferencias

epidemiológicas y conductuales entre casos diagnosticados en grandes ciudades y municipios pequeños durante el brote de 2022-2023 en España. El segundo estudio compara las características clínicas, sociodemográficas y de exposición de los casos de mpox por clado I y clado II detectados en Barcelona durante 2025.

## Tamaño poblacional y factores sociales asociados a la transmisión de mpox en España

Se realizó un estudio transversal de casos confirmados de mpox en hombres mayores de 16 años diagnosticados entre junio de 2022 y enero de 2023 en siete comunidades autónomas españolas. El objetivo fue analizar si el tamaño poblacional del municipio de residencia se asociaba con diferencias epidemiológicas, conductuales y clínicas relacionadas con la transmisión del mpox. Se compararon casos residentes en grandes ciudades ( $\geq 200.000$  habitantes) con aquellos procedentes de municipios de menor tamaño.

Se llevaron a cabo análisis descriptivos univariantes y bivariantes, así como modelos de regresión logística para estimar odds ratios crudas y ajustadas. Entre los 1.162 casos incluidos, el 66,8% residía en grandes áreas urbanas. Los resultados mostraron que vivir en grandes ciudades se asociaba significativamente con haber nacido en países de renta baja, tener antecedentes de infecciones de transmisión sexual, participar en prácticas de

chemsex, mantener relaciones sexuales en espacios de ocio de tipo privado y utilizar profilaxis preexposición frente al VIH (PrEP).

Desde el punto de vista clínico, las complicaciones fueron menos frecuentes entre los casos residentes en grandes ciudades. Estos hallazgos sugieren que las dinámicas urbanas, las redes sexuales, los procesos migratorios y las desigualdades sociales podrían desempeñar un papel importante en la transmisión del mpox en grandes entornos metropolitanos.

Los resultados apoyan la necesidad de incorporar una perspectiva urbana y de equidad en salud en las estrategias de prevención y vigilancia del mpox, especialmente en ciudades con alta densidad poblacional y gran diversidad social. Comprender cómo los determinantes sociales y estructurales modulan la transmisión de infecciones emergentes resulta fundamental para diseñar intervenciones sostenidas y adaptadas a diferentes contextos territoriales.

## Comparación entre casos de mpox clado I y clado II en Barcelona: más similitudes que diferencias

La detección internacional del clado I del virus del mpox en países no endémicos generó preocupación por un posible aumento de la gravedad clínica y por diferencias en los patrones de transmisión respecto al clado II, predominante en Europa<sup>5,6</sup>.

Con el objetivo de comparar las características sociodemográficas, clínicas y de exposición entre casos de mpox por clado I y clado II en Barcelona, se realizó un estudio observacional analítico de casos y controles que incluyó personas mayores de 16 años diagnosticadas entre septiembre y diciembre de 2025. La diferenciación de clados se efectuó mediante PCR específica y/o secuenciación viral. La información epidemiológica y clínica se obtuvo mediante entrevistas telefónicas y revisión de historias clínicas. Se aplicaron modelos de regresión logística penalizada utilizando el método de Firth e imputación múltiple para el manejo de datos faltantes.

De los 49 casos con clado determinado, 12 correspondieron al clado I y 37 al clado II. Todos los casos ocurrieron en hombres y la gran mayoría refirió tener sexo con otros hombres. La presenta-

ción clínica fue globalmente leve y no se observaron diferencias relevantes en términos de gravedad clínica entre ambos clados. Aunque, sin alcanzar significación estadística, el clado I mostró una tendencia a asociarse con mayor frecuencia a exantema anogenital, linfadenopatía generalizada y fiebre. También se observaron mayores probabilidades de exposición en fiestas y contactos sexuales en espacios públicos. Desde el punto de vista sociodemográfico, el clado I mostró una tendencia a ser más frecuente entre hombres nacidos fuera de Europa, especialmente en Norteamérica, Centro/Sudamérica y Asia.

En conjunto, los resultados sugieren que, en este entorno urbano europeo, el clado I del mpox no presentó un perfil epidemiológico claramente diferenciado ni una mayor gravedad clínica respecto al clado II. Las diferencias observadas parecen concentrarse principalmente en determinados patrones de exposición y manifestaciones clínicas concretas. Estos hallazgos refuerzan la importancia de mantener sistemas de vigilancia epidemiológica sensibles y comparativos que permitan monitorizar la evolución de los distintos clados virales y detectar posibles cambios en sus patrones de transmisión o presentación clínica.

## Bibliografía

1. Palma D, Guillaumes M, Pericas C, de Andrés A, Prieto R, Álvarez-Bruned L, *et al.* A new STI in the city: MPOX in Barcelona. First outbreak (5/2022-5/2023) and subsequent resurgence. *PLoS One.* 2025;20(1):1-17.
2. Ugwu CLJ, Asgary A, Wu J, Kong JD, Bragazzi NL, Orbinski J, *et al.* Geographical distribution and the impact of socio-environmental indicators on incidence of Mpox in Ontario, Canada. *PLoS One.* 2025;20:1-27.
3. Owens C, Hubach RD. Rural-urban differences in monkeypox behaviors and attitudes among men who have sex with men in the United States. *J Rural Heal* [Internet]. 2023;39(2):508-15.
4. Cosco LF, Tarsitano MG, Quinzi F, Facchin A, Hamdi F, Martone D, *et al.* Growing up in rural or urban settings: differences in physical activity, sexual attitude, and orthorexia. A cross-sectional study. *J Public Heal.* 2025.
5. Titanji BK, Hazra A, Zucker J. Mpox Clinical Presentation, Diagnostic Approaches, and Treatment Strategies: A Review. *JAMA.* 2024;332(19):1652-62.
6. Babkin IV, Babkina IN, Tikunova NV. Molecular Aspects of the Emergence of Monkeypox Virus Clades. *Viruses.* 2025;17(12):1549.

# ITS, nuevas prácticas, nuevas estrategias de prevención

**Irene Fuertes**

*Servicio de Dermatología. Hospital Clínic de Barcelona.*

Correspondencia:

Irene Fuertes

E-mail: ifuertes@clinic.cat

Enf Emerg 2026;25(2):95-96  
doi: 10.18176/enfemerg.0027

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) constituyen actualmente un desafío de salud pública mundial de primer nivel.

El aumento sostenido de infecciones como sífilis, gonorrea o clamidia parece relacionado con cambios en las conductas sexuales, nuevas dinámicas sociales, sin olvidar por supuesto avances biomédicos que han supuesto una mejora en las técnicas de diagnóstico y una intensificación de los cribados. Ante este escenario surge la respuesta de la investigación biomédica en cuanto al desarrollo de herramientas de prevención frente a estas infecciones.

Aunque desde luego no es ya una novedad, el uso de aplicaciones móviles y plataformas digitales para encontrar parejas sexuales ha modificado las relaciones sociales y sexualidad en el mundo actual. Estas herramientas permiten contactos rápidos, geolocalizados y frecuentes, facilitando relaciones sexuales ocasionales con más parejas en menos tiempo. Potencialmente asocian un aumento de riesgo de adquirir ITS. Sin embargo, la evidencia científica disponible no parece confirmar este aumento de riesgo asociado. Además, estas mismas plataformas pueden utilizarse en favor de la salud pública, como herramientas para informar a los usuarios sobre el riesgo asociado a distintas prácticas, recordatorios de la necesidad de realizar cribados, asistir a las citas de PrEP, avisar a las parejas sexuales etc.

Otro fenómeno emergente es el "chemsex", definido como el uso de drogas recreativas para prolongar, intensificar o desinhibir las relaciones sexuales. En nuestro medio, sustancias como metanfetamina, mefedrona, GHB o ketamina se asocian a sesiones sexuales prolongadas, frecuentemente con múltiples parejas y menor control de las medidas preventivas, lo que puede incrementar el riesgo de ITS, incluido el VIH. Más allá del riesgo de adquirir o transmitir una ITS, esta práctica puede asociarse a importantes consecuencias psiquiátricas, emocionales y sociales, por lo que requiere un abordaje integral centrado en la reducción de riesgos y libre de prejuicios que puedan entorpecer la atención sanitaria.

Asistimos también a un aumento desproporcionado de ITS bacterianas en población joven y adolescente. Entre los factores

implicados destacan el inicio precoz de relaciones sexuales, la escasa educación sexual integral, el uso inconsistente del preservativo, la dificultad de acceso al sistema sanitario y la influencia de redes sociales y contenidos digitales. Otras poblaciones que han aumentado su tasa de ITS, aunque en menor medida, son los seniors. La población de más de 60 años es también partícipe de los cambios sociales y sexuales a los que asistimos, con otros escenarios y otros factores de riesgo distintos a los de los jóvenes, no debemos olvidarnos ni infravalorar la sexualidad en todas las etapas de la vida.

Ante este panorama, han surgido nuevas estrategias preventivas y terapéuticas. Una de las más relevantes es el desarrollo de nuevas formulaciones de profilaxis pre-exposición (PrEP) frente al VIH más allá de la administración diaria o a demanda oral de tenofovir/emtricitabina. Actualmente disponemos de nuevas modalidades adaptadas a diferentes necesidades y perfiles de pacientes. Entre ellas destacan formulaciones inyectables de acción prolongada, como cabotegravir intramuscular bimensual, ya aprobado por el Ministerio de Sanidad para algunos usuarios con situaciones muy específicas o el esperado lenacapavir subcutáneo con una comodísima posología semestral. Estas estrategias mejoran la adherencia y podrían ampliar el acceso a la prevención en personas con dificultades para mantener tratamientos diarios.

Otra de las nuevas estrategias con gran repercusión es la profilaxis posexposición con doxiciclina o Doxy-PEP. Diversos estudios recientes han demostrado reducciones significativas de ITS bacterianas en HSH y mujeres trans que utilizan esta estrategia. La Doxy-PEP representa un cambio conceptual en la prevención de las ITS. Sin embargo, también genera controversia debida principalmente al potencial desarrollo de resistencias antibióticas en distintos microorganismos. El posicionamiento de las autoridades sanitarias en Europa respecto a la DoxyPEP es el de recomendar su uso sólo en algunos escenarios concretos y bajo supervisión médica especializada.

En el ámbito vacunal, uno de los avances más prometedores en los últimos años ha sido la posibilidad de utilización de la vacuna frente al meningococo B como herramienta de preven-

ción frente al gonococo. Diversos estudios observacionales han mostrado que la vacuna 4CMenB (Bexsero®) podría reducir el riesgo de infección gonocócica. Sin embargo, un ensayo clínico aleatorizado, doble ciego (GoGoVax), cuyos resultados se han dado a conocer en febrero de 2026 parece no confirmar este beneficio de la vacuna.

En conclusión, las ITS están experimentando una profunda transformación epidemiológica impulsada por nuevas prácticas sociales, tecnológicas y sexuales. El chemsex, las aplicaciones

para encontrar parejas y el incremento de ITS en adolescentes están modificando los patrones de transmisión tradicionales. Frente a ello, emergen innovadoras estrategias preventivas con mayor o menor éxito asociado como las nuevas formulaciones de PrEP, la Doxy-PEP o el potencial uso de la vacuna frente al meningococo B para prevenir gonorrea. El futuro del control de las ITS dependerá de enfoques integrados capaces de combinar innovación biomédica, educación sexual, vigilancia epidemiológica y reducción del estigma social.

## Repunte de pacientes con sífilis durante el embarazo

Susana Muñoz<sup>1,2</sup>, Oriol Mitjà<sup>1,2</sup>, Clara Pérez<sup>1,2</sup>, Roser Escrig<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. <sup>2</sup>Fundació Lluita contra les Infeccions.

Correspondencia:

Susana Muñoz

E-mail: smunoz@lluaita.org

Enf Emerg 2026;25(2):96-98  
doi: 10.18176/enfemerg.0028

### Resumen

La sífilis en el embarazo constituye un problema creciente de salud pública a nivel global, con un aumento sostenido de la incidencia y de los casos de sífilis congénita a nivel mundial<sup>1,2</sup>.

En Cataluña, los datos recientes confirman esta tendencia, con un incremento progresivo de casos en mujeres y una proporción variable de diagnósticos durante la gestación<sup>3</sup>.

Se realizó una revisión de la literatura y de guías clínicas internacionales con el objetivo de analizar la epidemiología, el diagnóstico y el tratamiento de la sífilis en el embarazo, así como las principales controversias en su manejo.

El cribado universal y repetido durante la gestación es fundamental para prevenir la transmisión vertical. La penicilina G benzatina continúa siendo el tratamiento de elección, sin alternativas validadas en gestantes. Persisten incertidumbres en el manejo de la alergia a penicilina y en la interpretación de la respuesta serológica en este contexto. Estudios recientes en mujeres no gestantes sugieren un posible papel la cefixima, una cefalosporina oral, actualmente en fase de desarrollo clínico.

La sífilis gestacional continúa planteando retos relevantes. Es necesario generar evidencia específica en gestantes y consensuar las recomendaciones clínicas.

### Introducción

La sífilis continúa siendo una infección de transmisión sexual (ITS) de gran relevancia a nivel mundial. En los últimos años, se ha observado un incremento sostenido en la incidencia de sífilis, acompañado de un aumento paralelo de los casos de sífilis congénita, lo que refleja deficiencias en las estrategias de prevención y control<sup>1,2</sup>.

En el contexto del embarazo, la infección por *Treponema pallidum* adquiere especial importancia debido al riesgo de transmisión vertical, que puede ocasionar complicaciones graves como muerte fetal, prematuridad o enfermedad neonatal<sup>4</sup>.

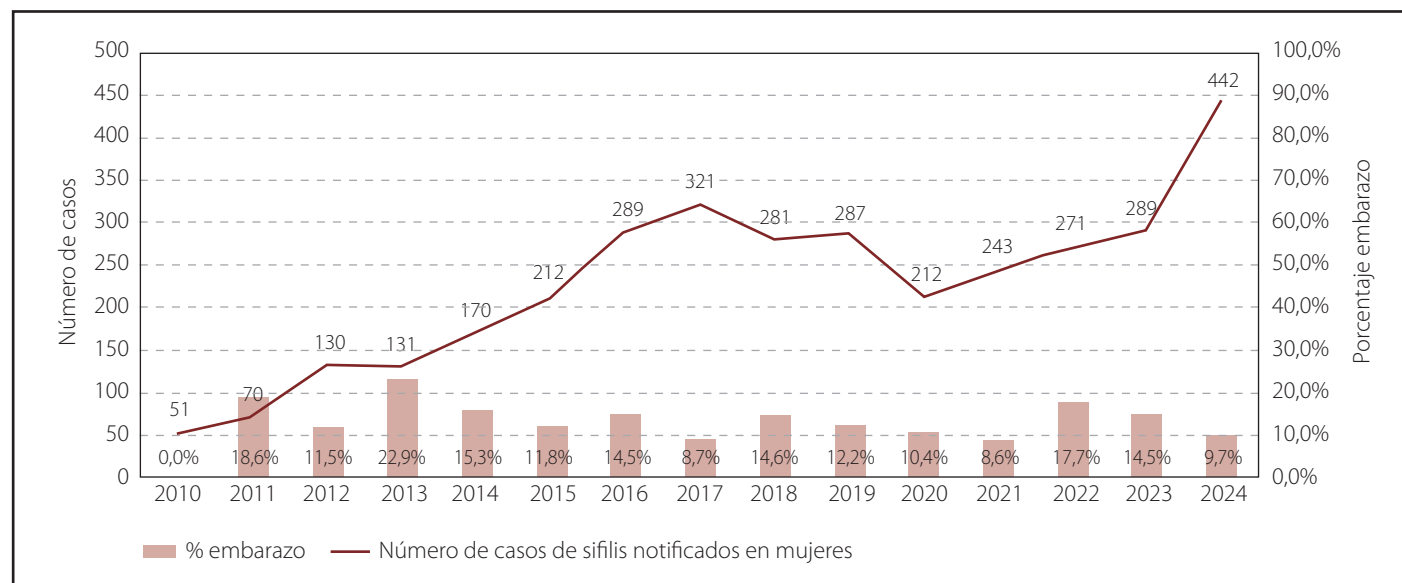
En Cataluña, la evolución epidemiológica en la última década muestra un aumento progresivo del número de casos de sífilis en mujeres, con fluctuaciones en el porcentaje de gestantes en el momento del diagnóstico (Figura 1).

Estos datos ponen de manifiesto la necesidad de reforzar las estrategias de cribado y optimizar el manejo clínico en esta población.

### Métodos

Se realizó una revisión bibliográfica de bases de datos y guías clínicas internacionales. Se incluyeron en la revisión las

**Figura 1. Evolución del número de casos de sífilis en mujeres y porcentaje de gestantes en el momento del diagnóstico en Cataluña, 2010–2024. CEEISCAT.**



recomendaciones de diferentes guías de referencia en el manejo de las ITS, así como un análisis de los estudios recientes sobre alternativas terapéuticas.

## Resultados

### Epidemiología

Los datos muestran una tendencia creciente en el número de casos de sífilis en mujeres en los últimos años. En Estados Unidos se ha observado un aumento importante de los casos de sífilis congénita, acompañado además de episodios recientes de desabastecimiento de penicilina benzatina<sup>6</sup>, lo que ha generado preocupación por su impacto en la prevención y el tratamiento no solo durante el embarazo, sino en el manejo de la infección en general.

En Cataluña, esta tendencia se acompaña de una variabilidad en el porcentaje de mujeres embarazadas en el momento del diagnóstico, lo que sugiere posibles diferencias en la implementación del cribado o en el acceso al sistema sanitario<sup>3</sup>.

### Diagnóstico

El cribado serológico universal en el primer trimestre del embarazo constituye la principal estrategia de detección. Las guías recomiendan repetir el cribado en el tercer trimestre y en el momento del parto en mujeres con riesgo elevado<sup>1,5</sup>.

### Tratamiento

La penicilina G benzatina continúa siendo el tratamiento de elección en todas las fases de la sífilis durante el embarazo.

Actualmente, no existen alternativas terapéuticas validadas en mujeres embarazadas.

Estudios recientes en mujeres no gestantes han explorado el uso de cefalosporinas orales, como la cefixima, con resultados prometedores. En paralelo, se están desarrollando protocolos de investigación para evaluar estos tratamientos como posibles alternativas en las mujeres embarazadas.

### Controversias en el manejo

Persisten discrepancias entre las distintas guías clínicas en aspectos clave, como el manejo de la alergia a la penicilina, la interpretación de títulos serológicos persistentemente elevados o la actitud ante aquellos casos en los que el intervalo entre el tratamiento y el seguimiento serológico no permite todavía valorar adecuadamente el descenso de los títulos antes del parto.

### Discusión

A pesar de la existencia de recomendaciones claras, el manejo de la sífilis en el embarazo continúa presentando retos significativos. La interpretación de la respuesta serológica tras el tratamiento es uno de los principales problemas en la práctica clínica, especialmente en mujeres con descensos subóptimos de títulos, o sin tiempo suficiente antes de la fecha de parto para la interpretación de los resultados.

Asimismo, la ausencia de alternativas terapéuticas eficaces y seguras en caso de alergia a la penicilina constituye una limitación importante. La necesidad de desensibilización en estos casos

implica una mayor complejidad asistencial, especialmente en países con recursos sanitarios limitados.

El desarrollo de nuevos tratamientos, como la cefixima, podría suponer un avance relevante, especialmente en contextos con dificultades de acceso a la penicilina. Además, la disponibilidad de alternativas por vía oral podría facilitar la adherencia y simplificar el tratamiento, en este colectivo donde la doxicilina esta contraindicada por toxicidad fetal.

La limitada evidencia en mujeres embarazadas refleja su histórica exclusión de la investigación clínica. Aunque esta situación responde a una necesaria preocupación por la seguridad fetal, ha contribuido a restringir las opciones terapéuticas disponibles y a aumentar la vulnerabilidad de este colectivo.

## Conclusiones

La sífilis en el embarazo sigue siendo un desafío clínico y de salud pública. El refuerzo de las estrategias de cribado, la optimización del seguimiento y la generación de nueva evidencia

sobre tratamientos alternativos son fundamentales en este grupo de población.

## Bibliografía

1. World Health Organization. *Global progress report on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections, 2021*. Geneva: World Health Organization; 2021.
2. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021. *MMWR Recomm Rep*. 2021;70(4):1-187.
3. Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya (CEEISCAT). *Vigilància epidemiològica de les infeccions de transmissió sexual a Catalunya. Informe anual 2023*. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2023.
4. Tsimis ME. Update on syphilis and pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*. 2018;219(6):S786–S792. doi: 10.1016/j.ajog.2018.07.017.
5. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. *Protocol de cribatge de malalties infeccioses durant l'embaràs*. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2018.
6. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Bicillin L-A (Penicillin G Benzathine) Shortage*. CDC; 2023.

# Dermatofilosis: ¿una infección emergente de transmisión sexual?

## Vicente Descalzo

Unidad ITS/VIH Drassanes. Hospital Vall d'Hebron.

### Correspondencia:

Vicente Descalzo

E-mail: vicente.descalzo@vallhebron.cat

Enf Emerg 2026;25(2):98-99  
doi: 10.18176/enfemerg.0029

La dermatofilosis es una infección cutánea causada por *Dermatophilus congolensis*, un actinomiceto que principalmente infecta animales en regiones tropicales o subtropicales<sup>1</sup>. Los casos en humanos son raros y suelen estar relacionados con el contacto con ganado o animales salvajes. En nuestro entorno, suelen presentarse como infecciones importadas, por ejemplo, en viajeros procedentes de Tailandia tras contacto con elefantes<sup>2</sup>. Previo a los casos descritos en la siguiente comunicación, no se había reportado la posibilidad de transmisión entre humanos.

Recientemente se ha descrito un clúster de 9 casos de dermatofilosis identificados en el Hospital Vall d'Hebron (Barcelona) entre diciembre 2025 y marzo 2026<sup>3</sup>. A dicha serie se añade un caso adicional identificado en abril 2026. La mayoría de los pa-

cientes habían sido atendidos en la Unidad ITS de Drassanes. El diagnóstico se realizó mediante cultivo de muestras de lesiones cutáneas, con identificación por espectrometría MALDI-TOF, confirmando infección por *D. congolensis*. Se realizó la caracterización genómica de los aislamientos mediante la secuenciación completa del genoma. Se revisaron las historias clínicas y se contactó con los pacientes para completar los datos demográficos, epidemiológicos y clínicos.

Todos los individuos eran hombres cisgénero que tienen sexo con hombres (HSH). La mayoría eran personas viviendo con VIH o usuarios de PrEP. Ningún paciente reportó contacto con animales ni viajes recientes a regiones tropicales, aunque algunos habían viajado a diferentes ciudades europeas en el

último mes. Casi todos los pacientes reportaron haber frecuentado saunas para encuentros sexuales en la semana previa al inicio de los síntomas. Algunos pacientes informaron además de parejas sexuales con síntomas similares. La presentación clínica consistía en una erupción pruriginosa similar a una foliculitis, que afectaba principalmente a los genitales, muslos, ingles y región de la barba. Todos los pacientes lograron la resolución clínica sin complicaciones tras una 1 semana de antibiótico oral (betalactámicos o doxiciclina), o tras tratamiento de infecciones de transmisión sexual concomitantes.

La secuenciación genómica mostró una relación muy estrecha entre los aislamientos del estudio, sugiriendo transmisión reciente por un ancestro común. El análisis filogenético demostró que los aislamientos formaban un clúster muy diferenciado de los aislamientos previamente publicados de *D. congolensis*. A falta de completar el estudio taxonómico, estos hallazgos sugieren que los aislamientos de los casos identificados podrían corresponder a una nueva especie de *Dermatophilus*. El perfil de sensibilidad era idéntico en todos los aislamientos, mostrando sensibilidad a la mayoría de antibióticos testados.

En conclusión, la identificación de casos de dermatofilia en ausencia de exposición zoonótica, formando un clúster estrechamente relacionado dentro de redes sexuales, y con una presentación clínica como erupción en los genitales o áreas adyacentes, sugiere que *Dermatophilus* podría estar emergiendo como un patógeno de transmisión sexual entre HSH. La asistencia a saunas puede haber facilitado la transmisión debido a las condiciones de humedad, que favorecen la liberación de zoosporas

y persistencia ambiental de *Dermatophilus*<sup>4</sup>. En este sentido, aunque el contacto piel con piel durante las relaciones sexuales es la vía más probable de transmisión, no se puede descartar la transmisión indirecta por el ambiente o fómites en estos entornos. Cabe destacar que todos los casos fueron leves y respondieron bien a ciclos cortos de antibióticos. Coincidiendo con el reporte de casos en Barcelona, se ha publicado una serie muy similar de pacientes con dermatofilia en Lyon y Paris (también HSH, la mayoría con el antecedente epidemiológico de la asistencia reciente a saunas, y con una presentación y evolución clínica parecida)<sup>5</sup>, por lo que es muy probable que más casos se estén sucediendo también en otras ciudades europeas.

## Bibliografía

1. Zaria LT. *Dermatophilus congolensis* infection (Dermatophilosis) in animals and man! An update. *Comp Immunol Microbiol Infect Dis*. 1993 Jul;16(3):179-222.
2. Alejo-Cancho I, Bosch J, Vergara A, Mascaro JM, Marco F, Vila J. Dermatitis by *Dermatophilus congolensis*. *Clin Microbiol Infect*. 2015;21(9):e73-4.
3. Descalzo V, Moreno-Mingorance A, Álvarez-López P, Salmerón P, García-Pérez JN, Pericás-Cladera FP, et al. Suspected sexual transmission of dermatophilosis among men who have sex with men, Barcelona, Spain, 2025-2026. *Emerg Infect Dis*. 2026;32(6).
4. Abu-Samra MT. The epizootiology of *Dermatophilus congolensis* infection. *Rev Elev Med Vet Pays Trop*. 1980;33(1):23-32.
5. Degreze M, Durupt F, Ibranosyan M, Maucotel A-L, Lapendry A, Gouillon L, et al. Suspected sexual transmission of dermatophilosis among men who have sex with men, Lyon and Paris, France, 2025-2026. *Emerg Infect Dis*. 2026;32(6).

## DÍA 9. MESA 2. Infecciones emergentes y reemergentes

**Moderadores:** **Fernando Alcaide**, *Serv. de Microbiologia, Hospital de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat.*  
**Joan P. Millet**, *Agència de Salut Pública de Barcelona. Serveis Clínics, Barcelona.*

### La leishmaniosis en Catalunya, Europa y el mundo: epidemiología y tendencias

**Aurora Sabrià**

*Servei de Prevenció i Control de Malalties Emergents. Subdirecció General de Vigilància i Resposta a Emergències de Salut Pública, Barcelona. CIBERESP.*

Correspondencia:

Aurora Sabrià

E-mail: [asabria@gencat.cat](mailto:asabria@gencat.cat)

Enf Emerg 2026;25(2):100-101

doi: 10.18176/enfemerg.0030

La leishmaniosis es una zoonosis causada por parásitos protozoos del género *Leishmania*, del cual se han descrito más de 20 especies. Entre las más relevantes desde el punto de vista clínico y epidemiológico se encuentran *Leishmania infantum*, *Leishmania donovani*, *Leishmania major* y *Leishmania tropica*, cada una asociada a diferentes manifestaciones clínicas y áreas geográficas específicas.

Se trata de una enfermedad característica de climas tropicales y subtropicales, incluida la cuenca del Mediterráneo. La transmisión a los seres humanos y a otros animales —especialmente perros y determinados animales silvestres, como la liebre o el conejo— se produce a través de la picadura de flebotomos (moscas de la arena) hembras infectadas al alimentarse de un hospedador reservorio. En Europa, los principales vectores pertenecen al género *Phlebotomus*, siendo *P. perniciosus* y *P. ariasi* las especies más abundantes en Europa occidental<sup>1</sup>.

Una proporción elevada de las personas infectadas permanece asintomática, mientras que solo una parte desarrolla la enfermedad, proceso que se asocia a diversos factores de riesgo, como la inmunosupresión. La especie de *Leishmania* implicada, la interacción con el vector y los factores inmunológicos del huésped son los principales determinantes de la forma clínica de la leishmaniosis. Esta puede manifestarse como leishmaniosis cutánea, la forma más frecuente, caracterizada por lesiones ulcerosas en la piel; leishmaniosis mucocutánea, que afecta a las mucosas de la nariz, la boca y la garganta; o leishmaniosis visceral, la forma clínica más grave, que compromete órganos internos como el bazo, el hígado y la médula ósea<sup>2</sup>.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se estima que cada año se producen entre 700.000 y 1.000.000 de nuevos casos de leishmaniosis en todo el mundo. Anualmente se registran entre 50.000 y 90.000 nuevos casos de leishmaniosis visceral, de los cuales solo entre el 25% y el 45% se notifican a la OMS. En cuanto a la leishmaniosis cutánea, se producen cerca de 1 millón de nuevos casos cada año, aunque únicamente unos 200.000 son notificados oficialmente<sup>2</sup>. Aproximadamente el 95% de los casos de leishmaniosis cutánea se concentran en las Américas, la cuenca del Mediterráneo, Oriente Medio y Asia Central. En el caso de la leishmaniosis mucocutánea, más del 90% de los casos se registran en el Estado Plurinacional de Bolivia, Brasil, Etiopía y Perú<sup>2</sup>.

En Europa, la leishmaniosis no está incluida de forma generalizada en la lista de enfermedades de declaración obligatoria, lo que dificulta la obtención de datos estandarizados y la comparación de la evolución de la enfermedad entre los distintos Estados miembros. En humanos, la forma clínica más frecuentemente notificada es la leishmaniosis visceral, mientras que la forma cutánea se encuentra claramente infrarregistrada.

La enfermedad es endémica principalmente en los países del sur de Europa, como España, Portugal, Italia, Grecia y el sur de Francia, donde las condiciones climáticas favorecen la presencia del vector y la persistencia del ciclo de transmisión. En las últimas décadas se ha observado una expansión hacia zonas más septentrionales, asociada, entre otros factores, al cambio climático, la movilidad de huéspedes y reservorios, y al aumento de la población sometida a tratamientos inmunosupresores<sup>3</sup>.

El perro doméstico constituye el principal reservorio de *L. infantum* en el ámbito europeo. Presenta una elevada susceptibilidad a la infección y puede permanecer largos periodos como portador, con frecuencia de forma subclínica, lo que favorece el mantenimiento del ciclo de transmisión y constituye un factor clave para la infección humana. La leishmaniosis canina está ampliamente distribuida en los países del sur de Europa, con seroprevalencias que oscilan entre el 5% y el 30%, valores que pueden superarse en áreas altamente endémicas o en poblaciones de perros vagabundos o alojados en refugios. No obstante, la enfermedad no es de declaración obligatoria en todos los países de la Unión Europea, lo que contribuye a su infranotificación y limita el conocimiento de su impacto real<sup>3</sup>.

En España y en Catalunya, la leishmaniosis es una enfermedad endémica de declaración obligatoria desde 1995 y 1996, respectivamente. El análisis de los casos humanos registrados entre 2017 y 2025 en Catalunya muestra un incremento del número de casos tras la pandemia de COVID-19, pasando de 45 casos en 2020 a 118 en 2025 (tasa de incidencia de 0,58 y 1,45 por 100.000 habitantes, respectivamente), en concordancia con la tendencia observada a nivel estatal<sup>4</sup>.

Según la forma clínica, entre el 60% y el 71% de los casos correspondieron a leishmaniosis cutánea, entre el 26% y el 30% a la forma visceral, y un porcentaje reducido a la forma mucocutánea. Del total de casos con información disponible sobre la especie causal (94 casos; 11,9%), el 78,0% fueron causados por *L. infantum*. Asimismo, la mayoría de los casos (86%) de los casos fueron autóctonos (datos disponibles en 623 casos; 78,8%), lo que confirma la existencia de transmisión local sostenida.

Por grupos de edad, más del 50% de los casos se concentraron en personas de 45 años o más. No obstante, las tasas de incidencia más elevadas se observaron en menores de 1 año, especialmente en mujeres (65,3 frente a 55,5 por 100.000 en hombres), y en el grupo de 1 a 4 años (32,3 en mujeres frente a 21,1 en hombres). A partir del grupo de 10–14 años, la tasa de incidencia fue superior en los hombres en todos los grupos etarios.

Entre los casos con información sobre la evolución clínica disponible (609 casos; 77,0%), el 97,2% se recuperaron, mientras que el 2,8% (17 casos) fallecieron. De estos fallecimientos,

16 (94,1%) correspondieron a leishmaniosis visceral, siendo la inmunosupresión el principal factor de riesgo identificado.

En relación con los factores de riesgo, entre los casos con información disponible (entre el 50% y el 67%), el 26,9% refirieron contacto con perros u otros animales, el 23,4% habían viajado a zonas endémicas —principalmente Marruecos (56,0%)— y el 21,2% se encontraban en tratamiento inmunosupresor.

En conjunto, la leishmaniosis continúa siendo una enfermedad ampliamente distribuida en nuestro entorno y aún insuficientemente notificada, con una clara evidencia de expansión geográfica hacia áreas donde previamente no estaba presente. El aumento de casos observado en los últimos años puede atribuirse parcialmente a una mejora del diagnóstico y a la recuperación de los sistemas de vigilancia tras la pandemia de COVID 19; sin embargo, la persistencia del incremento, su distribución en diversas regiones mediterráneas y el predominio de casos autóctonos sugieren que este fenómeno no puede explicarse únicamente por una mayor detección, sino que refleja también un aumento real de la transmisión. Este escenario se explica por la confluencia de múltiples factores, como el cambio climático, las transformaciones ambientales y urbanísticas, el movimiento de personas y animales infectados, y la presencia de vectores competentes en nuevas áreas.

Resulta, por tanto, fundamental reforzar los sistemas de vigilancia y notificación, tanto en humanos como en animales, así como implementar estrategias de control basadas en el enfoque *One Health*, que integren la salud humana, la sanidad animal y el control vectorial.

## Bibliografía

1. European Centre for Disease Prevention and Control. Phlebotomine sand flies [Internet]. Stockholm: ECDC. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/disease-vectors/facts/phlebotomine-sand-flies>
2. Organización Mundial de la Salud. Leishmaniasis [Internet]. 2023. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/leishmaniasis>
3. European Centre for Disease Prevention and Control. *Surveillance, prevention and control of leishmaniasis in the European Union and its neighbouring countries*. Stockholm: ECDC; 2022.
4. Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III, CIBERESP. *Informe epidemiológico sobre la situación de la leishmaniasis en España, 2024*. Madrid: Instituto de Salud Carlos III; 2025 nov.

## Brote de condritis auricular asociado a *piercing* en un establecimiento sin autorización

Noemí Meseguer-Ferrer<sup>1</sup>, Juan Carlos Gascó-Laborda<sup>1</sup>, Carles Escrig-Monfort<sup>1</sup>, Esther Silvestre-Silvestre<sup>1</sup>, Lledó Lluch Bacas<sup>1</sup>, Juan B. Bellido-Blasco<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Centre de Salut Pública de Castelló. Castelló de la Plana. Castelló. <sup>2</sup>Facultat de Ciències de la Salut. Universitat Jaume I (UJI). Castelló de la Plana. Castelló.

Correspondencia:  
Juan B. Bellido-Blasco  
E-mail: bellido@uji.es

Ver artículo sobre este tema en este mismo número de *Enf Emerg.* 2026;25(2):51-56 doi: 10.18176/enfemerg.0013.

---

## Noma in Spain: a review of reported cases throughout the twentieth and twenty-first centuries

Marta Ribes<sup>1</sup>, Ghaith Benhsen<sup>1</sup>, Ekhiñe Oroz<sup>2</sup>, Montserrat Royo<sup>3</sup>, Patricia Siebels<sup>1</sup>, Carlos Chaccour<sup>4</sup>, Anna Roca<sup>1,5,6</sup>

<sup>1</sup>ISGlobal. Barcelona. Spain. <sup>2</sup>London School of Hygiene & Tropical Medicine. London. United Kingdom. <sup>3</sup>Library Services. University of Navarra. Pamplona. Spain. <sup>4</sup>Institute for Culture and Society-NCID. Universidad de Navarra. Pamplona. Spain. <sup>5</sup>ICREA. Barcelona. Spain. <sup>6</sup>Medical Research Council Unit The Gambia at The London School of Hygiene and Tropical Medicine. Banjul. The Gambia.

Correspondencia:  
Marta Ribes  
E-mail: marta.ribes@isglobal.org

Ver artículo sobre este tema en este mismo número de *Enf Emerg.* 2026;25(2):57-61 doi: 10.18176/enfemerg.0014.

---

# Hepatitis Delta: la hepatitis olvidada. Situación en Cataluña y aportaciones del estudio OPTI-HEP-D

**María Buti**

*Hospital General Universitario Valle de Hebron.*

**Correspondencia:**

**María Buti**

E-mail: mariabutiferret@gmail.com

Enf Emerg 2026;25(2):103-104  
doi: 10.18176/enfemerg.0031

La hepatitis Delta, causada por el virus de la hepatitis D (VHD), representa actualmente la forma más agresiva de hepatitis viral crónica en humanos. A pesar de su elevada capacidad para acelerar la progresión hacia cirrosis, cirrosis descompensada y carcinoma hepatocelular, durante décadas ha permanecido infradiagnosticada y escasamente visible dentro de las estrategias de salud pública, motivo por el cual la podríamos denominar “la hepatitis olvidada”.

El VHD es un virus defectivo que depende obligatoriamente de la presencia del virus de la hepatitis B (VHB) para poder replicarse y transmitirse. Por ello, únicamente afecta a personas portadoras del antígeno de superficie de hepatitis B (HBsAg). La sobreinfección por VHD modifica radicalmente la evolución clínica de la hepatitis B, incrementando de manera significativa la fibrosis hepática y el riesgo de enfermedad hepática grave.

A nivel mundial se estima que entre 15 y 20 millones de personas viven con hepatitis Delta. En España, diferentes estudios sitúan la prevalencia de anticuerpos anti-VHD entre el 5 % y el 8 % de los pacientes con hepatitis B crónica. Sin embargo, el principal problema continúa siendo el infradiagnóstico: durante años, muchos pacientes HBsAg positivos nunca fueron estudiados para descartar infección por VHD.

En los últimos años, la hepatitis Delta ha adquirido una creciente relevancia clínica y científica gracias al desarrollo de Nuevos tratamientos. En Cataluña, los datos clínicos disponibles muestran que una proporción importante de pacientes con hepatitis Delta ya presentan cirrosis en el momento del diagnóstico. Esto refleja el retraso histórico en la detección y la necesidad urgente de estrategias de cribado sistemático. Además, determinados colectivos presentan mayor vulnerabilidad epidemiológica, entre ellos personas migrantes procedentes de áreas endémicas, usuarios de drogas por vía parenteral y, pacientes coinfectados con VIH o VHC.

En este contexto surge el estudio OPTI-HEP-D (“Optimising Hepatitis Delta Care”), uno de los proyectos más ambiciosos

desarrollados en Cataluña para transformar el abordaje de la hepatitis Delta. Este estudio basado en la colaboración de especialistas en hepatología y microbiología, plantea un cambio de paradigma: dejar de considerar el VHD una infección residual y abordarla como un verdadero problema emergente de salud pública.

La principal aportación de OPTI-HEP-D es la implantación de un modelo de cribado universal de hepatitis Delta en todos los pacientes HBsAg positivos atendidos en los hospitales del ICS de Cataluña. El proyecto evaluó más de 10.000 personas mediante determinación sistemática de anticuerpos anti-VHD y confirmación molecular mediante ARN-VHD. Esta estrategia permitió identificar casos previamente ocultos y reducir de forma drástica el infradiagnóstico.

Otro avance fundamental es la incorporación de sistemas de “reflex testing”, mediante los cuales la detección de hepatitis B activa automáticamente el estudio de hepatitis Delta sin necesidad de nuevas solicitudes clínicas. Este modelo mejora la eficiencia diagnóstica y facilita una detección precoz más equitativa.

El estudio también impulsó la creación de un laboratorio centralizado de referencia para cuantificación de ARN-VHD, lo que permite homogeneizar técnicas diagnósticas, aumentar la sensibilidad analítica y optimizar el seguimiento clínico longitudinal de los pacientes.

Paralelamente, OPTI-HEP-D desarrolla el primer gran registro digital catalán de hepatitis Delta, integrando datos epidemiológicos, clínicos y virológicos. Este registro constituye una herramienta estratégica para conocer la dimensión real de la enfermedad en Cataluña y diseñar futuras políticas sanitarias basadas en evidencia científica.

Uno de los aspectos más relevantes del proyecto es el del “linkage to care”, es decir, garantizar que cada paciente diagnosticado pueda acceder realmente a unidades especializadas de hepatología, evaluación de fibrosis, seguimiento clínico y nuevas terapias antivirales. Este enfoque resulta especialmen-

te relevante tras la reciente incorporación de la bulevirtida, el primer tratamiento aprobado específicamente contra el VHD en Europa.

Más allá de sus aportaciones técnicas, OPTI-HEP-D tiene un profundo valor sanitario y social. El estudio contribuye a devolver visibilidad a pacientes históricamente olvidados, favoreciendo el diagnóstico precoz, reduciendo inequidades y mejorando las posibilidades de prevenir complicaciones hepáticas graves.

En conjunto, Cataluña se está consolidando como uno de los principales referentes europeos en investigación y atención integral de hepatitis Delta. La combinación de cribado universal, innovación diagnóstica, registros clínicos y acceso a nuevos tratamientos sitúa a la región en una posición estratégica para avanzar hacia los objetivos de eliminación de hepatitis virales promovidos por la Organización Mundial de la Salud.

# DÍA 9. MESA 3. Reemergencia de enfermedades prevenibles

**Moderadores:** **Jacobo Mendioroz.** *Sub-dirección General de Vigilancia y Respuesta a Emergencias de Salud Pública. Barcelona.*  
**Judith Villar.** *Unidad de Salud Internacional y Atención al Viajero. Hospital del Mar. Barcelona.*

## Impacto de la prevención frente al VRS: ¿estrategias diferentes, resultados similares?

**Antoni Soriano Arandes**

*Departamento de Pediatría. Serveis de Salut Integrats del Baix Empordà. Palamós. Girona.*

Correspondencia:

Antoni Soriano

E-mail: [tsorianoarandes@gmail.com](mailto:tsorianoarandes@gmail.com)

Enf Emerg 2026;25(2):105-107

doi: 10.18176/enfemerg.0032

### Introducción y marco estratégico de la prevención del VRS

El Virus Respiratorio Sincitial (VRS) ha representado históricamente una de las principales causas de carga asistencial para los pediatras, siendo el gran responsable de hospitalización por infecciones del tracto respiratorio inferior en lactantes, sobre todo en menores de 6 meses de edad<sup>1</sup>. Hasta hace tres años, la profilaxis frente a VRS se limitaba al palivizumab, un anticuerpo reservado estrictamente para grupos de muy alto riesgo, que requería una administración mensual y, como consecuencia, un coste elevado para el sistema sanitario<sup>2</sup>. Sin embargo, estamos asistiendo a una transición estratégica hacia modelos de protección poblacional masiva. Este cambio de paradigma se apoya en dos pilares de prevención novedosos: el nirsevimab (Beyfortus<sup>®</sup>)<sup>3</sup>, un anticuerpo monoclonal de acción prolongada que confiere inmunización directa en la primera temporada de exposición al virus, y la vacunación materna frente a VRS con RSVpreF (Abyryvo<sup>®</sup>)<sup>4</sup>, una proteína de pre-fusión estabilizada diseñada para la transferencia de inmunidad pasiva transplacentaria.

Si bien ambos productos demuestran una eficacia teórica robusta en diferentes ensayos clínicos, su impacto epidemiológico en el mundo real depende críticamente de la ejecución logística, la agilidad administrativa y la aceptación social. Para responder

a esta pregunta, se realizó un análisis comparativo para evaluar cómo diferentes estrategias de implementación han condicionado la presión asistencial en diversas regiones europeas durante la temporada 2024-2025, una vez que las dos medidas de prevención frente a VRS se habían ya implementado en este entorno<sup>5</sup>.

### Metodología

Para evaluar las políticas de salud pública con relación a la enfermedad causada por VRS en "condiciones reales", este estudio utilizó un análisis retrospectivo multinacional con datos poblacionales de visitas a urgencias e ingresos hospitalarios de Catalunya (España), Roma (Italia), Reino Unido (Bristol, Edimburgo, Glasgow y Leicester), Islandia y Rumanía entre abril de 2018 y marzo de 2025<sup>5</sup>.

Este diseño permitió capturar la variabilidad operativa de los sistemas de salud más allá de los entornos controlados en ensayos clínicos. Se utilizaron conjuntos de datos agregados y anonimizados centrándose el análisis en el número total de visitas a urgencias e ingresos. No se pudo informar sobre variables individuales como el sexo o el estatus socioeconómico de los pacientes. Se incluyeron datos de todos los diagnósticos en general, de diagnósticos asociados a patología respiratoria (con códigos equivalentes para cada región) y de bronquiolitis.

Se aplicó un modelo lineal generalizado con regresión de Poisson para obtener cocientes de riesgo o *Risk Ratios* (RR) e intervalos de confianza del 95% (IC 95%). Para garantizar la validez estadística y la comparabilidad entre centros con distintos volúmenes de pacientes, el modelo incluyó el logaritmo natural de las urgencias/ingresos totales como término de desplazamiento (offset term). Se excluyó la temporada 2020-2021 debido al sesgo provocado por las medidas no farmacológicas del COVID-19. Este rigor analítico permitió evitar el efecto de las intervenciones de la variabilidad estacional intrínseca del VRS, utilizando a Islandia y Rumanía como grupos de control.

## Análisis de resultados

El estudio incluyó un total de 1.988.428 visitas a los servicios de urgencias y 397.438 ingresos hospitalarios. Estos datos, recopilados entre abril de 2018 y marzo de 2025, procedían de las diferentes regiones participantes a través de sistemas de información electrónica para obtener registros agregados de población.

El desglose detallado de los datos por región o país fue el siguiente:

- Catalunya: 1.357.286 visitas a urgencias y 279.212 ingresos hospitalarios, incluyendo datos de todos los centros públicos y privados de la región.
- Reino Unido (4 centros en Bristol, Edimburgo, Glasgow y Leicester): 470.238 visitas y 87.786 ingresos.
- Roma (Italia): 25.768 visitas y 4.556 ingresos de un hospital universitario (Gemelli).
- Islandia (todo el país): 49.328 visitas y 3.146 ingresos.
- Bucarest (Rumanía): 85.808 visitas y 22.738 ingresos.

Catalunya se consolidó como referente de éxito en la implementación de nirsevimab. Los resultados clínicos para lactantes menores de 6 meses en la temporada 2024-2025 confirmaron la efectividad de esta política:

- Impacto en Urgencias: RR 0,45 (IC 95% 0,43–0,47).
- Impacto en Hospitalización: RR 0,40 (IC 95% 0,37–0,43).

Desde la perspectiva de la gestión sanitaria, una reducción del 60% en las hospitalizaciones minimizó el riesgo de saturación en planta y liberó recursos críticos en las Unidades de Cuidados

Intensivos Pediátricos. Este resultado demuestra que nirsevimab, con una cobertura muy elevada, es capaz de modificar la epidemiología de la enfermedad, manteniendo los resultados positivos de protección por segunda temporada consecutiva.

Por el contrario, en Roma (Italia) y Reino Unido se produjeron incertidumbres en el inicio de las campañas que impactaron directamente en el resultado de las estrategias (Tabla 1).

- *Roma (Italia)*: pese al uso de nirsevimab, no hubo reducción significativa en menores de 6 meses (RR 1,09 en urgencias; 1,12 en ingresos). La causa principal fue un inicio de campaña tardía (finales de noviembre) y que la cobertura sólo se aplicaba a recién nacidos a partir de mediados de agosto de 2024.
- *Reino Unido*: el impacto de la vacunación materna fue “modesto” (reducción significativa en solo 1 de 4 hospitales para urgencias y 2 de 4 para ingresos). Estratégicamente, esto fue resultado de una campaña donde muchas gestantes fueron vacunadas muy cerca del momento del parto. La previsión es que los resultados puedan mejorar sin duda cuando el programa alcance un estado estacionario (*steady-state*).
- *Controles (Islandia y Rumanía)*: en estos países, sin intervención poblacional, las admisiones hospitalarias aumentaron progresivamente desde 2018. Este dato es fundamental, confirma que el éxito en Catalunya no se debió a una temporada de menor circulación del VRS, sino a la intervención médica directa.

Un factor crítico es el concepto de *waning immunity*. Mientras que la vacuna materna muestra una efectividad decreciente después de los 3 meses de vida del lactante, nirsevimab ofrece probablemente una ventana de protección más amplia, especialmente cuando se combina con estrategias de captura de cohortes de lactantes de hasta 6 meses de edad.

Otro concepto para tener en cuenta es que la disparidad de resultados no reside en el fármaco o producto, sino en la logística. La falta de una campaña de “catch-up” en Italia dejó desprotegidos a los nacidos entre abril y julio, un error que Catalunya evitó con una cobertura integral.

**Tabla 1. Estrategias de cobertura por región.**

Región	Estrategia de cobertura	Nivel de cobertura alcanzado
Cataluña	Campaña coordinada (centros de atención primaria y hospitales) con "catch-up"	>90% (90.3% en recién nacidos de temporada; 93.6% en cohorte de captura)
Roma	Incertidumbre de fondos; inicio tardío (nov. 24)	~75% (Estimación nacional)
Reino Unido	Vacunación materna a partir de la semana 28 de gestación	50% - 60% (según región)

## Conclusiones

Este estudio confirma que la efectividad en el mundo real de políticas de prevención sanitaria depende de varios factores, que habitualmente están asociados entre sí. La reducción de la carga asistencial se mantiene en el tiempo (en el caso del estudio comentado, durante dos temporadas seguidas) bajo modelos de alta cobertura. A pesar de que se detectó un aumento muy leve en urgencias (RR 1,08) en la cohorte de 12-23 meses en Catalunya no hubo ningún incremento en hospitalizaciones, lo que descarta un “rebote” clínico de casos graves en el segundo año de vida. La inmunización directa con anticuerpos monoclonales frente a VRS presenta hoy en día mayor resiliencia ante las barreras de acceso y el declive de anticuerpos en comparación con la estrategia de vacunación materna. Las futuras estrategias deben priorizar la equidad en el precio y la sencillez en el despliegue para garantizar coberturas superiores al 90%. Es imperativo un esfuerzo internacional coordinado para que la prevención del VRS sea una realidad equitativa y eficiente en toda Europa, pero también en países con pocos recursos donde la carga de enfermedad por VRS está asociada a mayor morbilidad y mortalidad.

## Bibliografía

1. Li Y, Wang X, Blau DM, Caballero MT, Feikin DR, Gill CJ, *et al.* Global, regional, and national disease burden estimates of acute lower respiratory infections due to respiratory syncytial virus in children younger than 5 years in 2019: a systematic analysis. *Lancet.* 2022;399(10340):2047-64. doi: 10.1016/S0140-6736(22)00478-0.
2. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Ficha técnica de Synagis® (palivizumab). Disponible en: [https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/199117004/FT\\_199117004.pdf](https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/199117004/FT_199117004.pdf)
3. European Medicines Agency (EMA). Product Information Beyfortus® (nirsevimab) [Internet]. Disponible en: [https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/beyfortus-epar-product-information\\_es.pdf](https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/beyfortus-epar-product-information_es.pdf)
4. European Medicines Agency. Abrysvo. EPAR Product Information. Disponible en: <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/abrysvo#ema-inpage-item-product-details>.
5. Perramon-Malavez A, Chiaretti A, Coma E, Craiu M, Foster S, Leonard P, *et al.* Real-world impact of nirsevimab immunisation and maternal RSV vaccination against respiratory disease on emergency department attendances and admissions: a multinational retrospective analysis. *Lancet Reg Health Eur.* 2026;63:101597. doi: 10.1016/j.lanepe.2026.101597.