

# Una vacuna oral frente al cólera, actualmente en fase 1, podría proporcionar protección duradera

13/04/2026

Leitner D, Walsh S, Suzuki M et al. Safety and immunogenicity of PanChol, a single-dose

live-attenuated oral cholera vaccine: results from a phase Ia, double-blind, randomised, placebo-controlled trial. *Lancet Infect Dis* published on line January 7, 2026

<https://www.em-consulte.com/article/1787317/safety-and-immunogenicity-of-panchol-a-single-dose>

Fase I del ensayo clínico aleatorio, doble ciego y controlado con placebo para evaluar la seguridad e inmunogenicidad de la vacuna atenuada, oral y de una única dosis PnChol (*pandemic cholera vaccine*) frente al cólera derivada de la cepa que actualmente circula con mayor intensidad en todo el mundo *Vibrio cholerae* 01. A esta cepa se le han introducido once mutaciones genéticas para eliminar los genes de las toxinas y otros factores de virulencia de manera que se disminuye la reactogenicidad y evita que pueda revertir a la forma salvaje. Expresa antígenos de Inaba y de Ogawa. La vacuna se administró a adultos de 18 a 55 años de Boston, naïves a infección o vacunación. Se reclutó a 57 individuos entre diciembre 2022 y febrero 2025 con edad media de 30.6 años. El 69% de los vacunados reportó al menos un efecto adverso solicitado frente al 38% del grupo placebo, siendo la mayoría leve-moderados y autolimitados consistentes en episodios diarreicos. Se constató excreción vírica (indicador de replicación vírica intestinal) en un vacunado de los tres que recibieron dosis de

$10^4$  UFP y en el 96% de los que recibieron  $10^5$  UFP. Todos los vacunados que recibieron esta última concentración de antígeno seroconvirtieron en cuanto a anticuerpos vibriocidas a ambos serotipos del virus, Inaba y Ogawa. Los autores concluyen que la vacuna está diseñada para remedar una infección colérica natural de modo que proporcione una protección duradera frente a futuras exposiciones y que sus hallazgos apoyan la progresión de PnChol a las fases sucesivas de los ensayos clínicos que incluyan, además, su uso en áreas endémicas.

---

## **La vacuna frente a VRS en el embarazo no parece aumentar los trastornos hipertensivos durante la gestación**

13/04/2026

Michnick A, MacDonald S, Cosgrove A et al. Interim Safety of RSVpreF Vaccination During Pregnancy. JAMA published on line January 8, 2026

<https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2843668>

Estudio retrospectivo de cohortes provisional para evaluar la seguridad de la vacuna frente al virus respiratorio sincitial en 54.011 embarazadas de las que 10.273 (19%) la recibieron entre las semanas 32 a 36 de gestación en relación a partos pretérmino, episodios hipertensivos y rotura prematura de membranas. El estudio tuvo lugar en cinco lugares de los Estados Unidos y las vacunadas se aparearon 1:1 según varias condiciones basales (comienzo del embarazo, inmunodepresión y

problemas hipertensivos previos. La mayoría de los embarazos fueron en mujeres blancas con una edad materna de 33 años en el momento del parto. Tras los ajustes pertinentes no se encontró una diferencia significativa en los partos pretérmino, hipertensión gestacional o rotura prematura de membranas. Los autores comentan que en anteriores trabajos de vigilancia se reportó un aumento significativo de hipertensión en unas cohortes más numerosas con un aRR de 1.14 (1.02-1.27) en relación a embarazos con otras vacunas administradas y en el del *Vaccine Safety Datalink* el HR fue de 1.09 (1.03-1.15) en relación a embarazadas no vacunadas, pero que en el que se expone tiene un control más potente de los factores de confusión y se lleva a cabo en mujeres que buscan consejos durante el embarazo. Por otra parte, los estudios previos y el actual no encontraron aumento de los partos prematuros. Se prevé que finalice el seguimiento de la vacunación en la gestación para 2029 y se evaluarán otros desenlaces con poblaciones poco representadas como de minorías étnicas.

---

**Las hospitalizaciones por infecciones causadas por virus respiratorio sincitial en los mayores tienen un impacto significativo en el largo plazo en cuanto a**

# desenlaces de salud y similares a los de la gripe

13/04/2026

Singer D, Wang Y, La E et al. Long-term clinical outcomes after hospitalization for acute respiratory illness due to respiratory syncytial virus (RSV). *Clinical Infectious Diseases* Published December 23, 2025

<https://academic.oup.com/cid/advance-article/doi/10.1093/cid/ciaf710/8402932>

Estudio retrospectivo llevado a cabo en los Estados Unidos entre octubre de 2015 y junio de 2023 en pacientes de cincuenta o más años con una o más hospitalizaciones por enfermedad respiratoria aguda causada por el virus respiratorio sincitial para comparar los desenlaces a largo plazo, hasta cinco años, en comparación con aquellos sin infecciones, que actuaron como controles, y con pacientes con una o más hospitalizaciones por enfermedad gripal. Se evaluó el riesgo de reingreso, mortalidad por todas las causas, infarto de miocardio, asma, exacerbación de EPOC y hospitalizaciones por fallo cardíaco. Se seleccionaron 14759, 77468 y 73795 pacientes para el grupo de VRS, el de gripe y el control, respectivamente. La cohorte VRS tuvo un riesgo ajustado sustancialmente elevado de mortalidad por cualquier causa y de infarto de miocardio respecto a controles con el mayor riesgo en los primeros 30 días desde el comienzo de la infección. Los riesgos ajustados de asma, EPOC y hospitalizaciones por fallo cardíaco fueron significativamente superiores en la cohorte VRS respecto a controles y similar al de la cohorte de gripe.

---

# La inmunización pasiva con nirsevimab se asocia con menor riesgo de hospitalizaciones y de desenlaces graves asociados a infecciones respiratorias inferiores por virus respiratorio sincitial

13/04/2026

Jabagi M, Bertrand M, Gabet A et al. Nirsevimab vs RSVpreF Vaccine for Respiratory Syncytial Virus–Related Hospitalization in Newborns. JAMA published on line December 22, 2025

[https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2843212?utm\\_campaign=articlePDF&utm\\_medium=articlePDFlink&utm\\_source=articlePDF&utm\\_content=jama.2025.24082](https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2843212?utm_campaign=articlePDF&utm_medium=articlePDFlink&utm_source=articlePDF&utm_content=jama.2025.24082)

Al desconocerse la efectividad comparativa de los anticuerpos monoclonales de larga duración, nirsevimab, y la vacunación materna con RSVpreF frente al virus respiratorio sincitial, los autores, pertenecientes a la *French National Agency for Medicines and Health*, mediante un estudio de cohortes de base poblacional disponiendo de datos del *French National Health Data System* intentan establecer la comparación en cuanto a la evitación de hospitalizaciones asociadas a VRS. La vacunación se administró a las gestantes entre las semanas 32 y 36 entre el 1 de septiembre y el 31 de diciembre de 2024 mientras que los monoclonales se administraron antes del alta hospitalaria en niños nacidos en Francia continental desde el 15 de

septiembre de 2024 o ambulatoriamente en los nacidos desde el 1 de enero. Los niños se aparearon por la fecha del alta de maternidad, sexo, edad gestacional y región francesa y fueron seguidos hasta el momento de la hospitalización o hasta el 28 de febrero de 2025. El outcome primario fue la hospitalización por infección respiratoria inferior (IRI) asociada a VRS y el secundario el ingreso en UVI o en una unidad de alta dependencia, apoyo ventilatorio y oxigenoterapia. Se incluyeron en el estudio un total de 42.560 con edad media de 3.7 días, con 21,280 por grupo y media de seguimiento de 84 días. De 481 hospitalizaciones 212 (44.1%) ocurrieron En el grupo de nirsevimab frente a las 269 (55.9%) del grupo vacunal con diferencia entre grupos de -11.8% (-18.1 a -5.5). Al comparar con la vacuna, la inmunización con nirsevimab se asoció con un riesgo menor de hospitalización por IRI asociada a VRS con una Hazard ratio ajustada de 0.74 (0.61-0.88), con menor riesgo de desenlaces graves que incluyeron ingreso en UVI (aHR 0.58 con IC95%: 0.42-0.80), apoyo ventilatorio (aHR: 0.57 y 95%CI, 0.40- 0.81) u oxigenoterapia (aHR, 0.56 y 95%CI, 0.38-0.81). Los resultados fueron consistentes entre subgrupos y en los análisis de sensibilidad.

---

## **Las reactivaciones del virus varicela zóster suponen un factor de riesgo modificable para padecer demencia**

13/04/2026

Polisky V, Littmann M, Triastcyn A et al. Varicella-zoster virus reactivation and the

risk of dementia. Nature Medicine 2025;31:4172-4179

<https://www.nature.com/articles/s41591-025-03972-5>

El virus varicela zóster (VVZ) es un virus neurotrópico que establece latencia a largo plazo y su reactivación se asocia con una amplia variedad de síntomas entre los que se incluye el herpes zóster. Igualmente se ha implicado en el desarrollo de cuadros de demencia, aunque sin mucha precisión. A la vista de lo anterior los autores presentan un análisis longitudinal a gran escala de las historias clínicas de más de 100 millones de personas de los Estados Unidos (de la base de datos *multi-center Optum EHR*) y demuestran, tras controlar por cerca de una 400 características del tipo de demografía, factores socioeconómicos, comorbilidades, ingesta de medicación, correlatos de consultas sanitarias, calidad de los registros de salud y cambios en las guías clínicas, que existe una relación consistente entre las reactivaciones del virus con la demencia. Adicionalmente encuentran que los cuadros recurrentes de herpes zóster se asocian con un aumento del riesgo de demencia al comparar con un único episodio de zóster y también encuentran que la exposición a vacunas frente al zóster se asocia con una reducción del riesgo de cuadros de demencia en comparación con la vacuna antineumocócica polisacárida simple de 23 serotipos utilizada como control. Más aún, la reducción del riesgo de demencia tras la administración de la vacuna atenuada frente al herpes zóster se desvanece a medida que transcurre el tiempo y estaba altamente correlacionada con el *waning* de la protección vacunal frente a zóster. La reducción del riesgo entre los tres y cinco años tras la exposición a la vacuna fue mayor en aquellos que recibieron múltiples dosis de vacuna recombinante en relación con los que recibieron una y en aquellos con riesgo elevado de padecer zóster.

---

# Los títulos de anticuerpos neutralizantes frente al genotipo G del virus salvaje de la parotiditis prácticamente no cambian con una tercera dosis de triple vírica

13/04/2026

Sowers S, Nguyen H, Masters N et al. Durability of the Mumps Antibody Response After the Third Dose of MMR Vaccine. J Infect Dis published on line 8 December 2025

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/41358808/>

Debido a que son escasos los datos acerca de la inmunogenicidad a largo plazo de la tercera dosis de la vacuna frente a la parotiditis, los autores examinan la respuesta en adultos a los quince años de haber recibido la tercera dosis de vacuna triple vírica (entre los 18 y 28 años). Se analizó el suero de 655 de participantes basalmente, al mes, al año, a los cinco años y a los 9-11 años tras la vacunación para neutralización, inmunoensayo y avidéz de la IgG de los virus de los genotipos vacunales A y salvajes G. Entre los participantes con muestras recogidas en todas las visitas (262 de 655) la susceptibilidad frente al genotipo A aumentó desde un 15.7% basalmente hasta el 30.5% a los 9-11 años mientras que la susceptibilidad basada en los títulos para el genotipo G permaneció estable (aquellos con títulos de anticuerpos

neutralizantes menores de 31 para el A y menores de 8 para el G se consideraron potencialmente susceptibles). La proporción de participantes seronegativos para IgG por inmunoensayo aumentó del 0% basalmente al 7,5% a los 9-11 años postvacunación. El índice de avidéz aumentó del 52% al 67% hasta el quinto año. Los autores concluyen que transcurridos entre 9 y 11 años tras haber recibido una tercera dosis de vacuna triple vírica muchos participantes tenían títulos de anticuerpos frente a parotiditis que predecían susceptibilidad a la infección, siendo comparables a los observados antes de haber recibido esa dosis.

---

## **Un 8% de sanitarios de los Estados Unidos con covid-19 sintomático continuó asistiendo a sus centros de trabajo**

13/04/2026

Crosby J, Santos León E, Chinnock B et al. Presenteeism Among Health Care Personnel With COVID-19. JAMA Netw Open 2025;8:e2546405

<https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2842213>

El presentismo (ir al trabajo mientras se está enfermo) supone un riesgo para la salud pública en el lugar de trabajo y especialmente donde hay personas vulnerables. El objetivo del presente estudio es determinar la frecuencia de presentismo

entre trabajadores sanitarios de los Estados Unidos con COVID-19 sintomático y evaluar factores asociados al mismo mediante un estudio observacional de cohortes que utiliza datos del proyecto *Preventing Emerging Infections Through Vaccine Effectiveness Testing* que estudia la efectividad de la vacuna frente a COVID-19 mediante diseños de casos y controles test negativo entre 2020 y 2024. Definen el presentismo como el sanitario que no para de trabajar durante la enfermedad, aunque en el estudio no se diferencia si se continúa trabajando en remoto. Incluyeron en el análisis a 3721 sanitarios con edades entre 18 y 49 años con un 80.4% de mujeres. En conjunto 293 (7.9%) reportaron presentismo durante el periodo estudiado, aumentando anualmente la frecuencia del mismo pasando del 1.4% en el año 2020 a 15.2% en el año 2024. El presentismo se asoció con sanitarios que tenían un contacto mínimo con el paciente (OR ajustado: 3.73 con IC 95%: 2.39-4.37), en los que tenían un grado profesional sanitario (aOR: 1.90 con IC 95%: 1.45-2.50) y con ingresos económicos por encima de los 100.000 dólares (aOR: 1.74 con IC 95%: 1.12-2.69). Los autores concluyen que se necesitan más estudios para comprender el *rationale* detrás de la decisión de continuar trabajando estando enfermo y las causas del aumento de su incidencia.

---

**Presencia del virus gripal C  
en niños ingresados por  
bronquiolitis aguda o**

# convulsiones febriles

13/04/2026

Jevsnik M, Petrovec M, Strle F et al. Influenza C Virus in Children With Acute Bronchiolitis and Febrile Seizures. *Pediatr Infect Dis J* published on line December 15, 2025

[https://journals.lww.com/pidj/fulltext/9900/influenza\\_c\\_virus\\_in\\_children\\_with\\_acute.1562.aspx?LatestEmailToken=ZlSdiGIohTKB6-42Z9KSKvVfYY1-0cTmuqrsLwKc7mTf0D98rUIph9Pf8TH-B2lS4C0ekZ-C1cxpGmSRUCLd-80](https://journals.lww.com/pidj/fulltext/9900/influenza_c_virus_in_children_with_acute.1562.aspx?LatestEmailToken=ZlSdiGIohTKB6-42Z9KSKvVfYY1-0cTmuqrsLwKc7mTf0D98rUIph9Pf8TH-B2lS4C0ekZ-C1cxpGmSRUCLd-80)

Los virus gripales C pertenecen a la familia *Orthomyxovirida* y habitualmente causan una enfermedad respiratoria leve en la infancia y dada su baja prevalencia y su similitud con otras infecciones respiratorias no se suele investigar. Es por ello que este trabajo intenta detectarlo en niños ingresados con bronquiolitis o con convulsiones febriles. Se recogieron entre octubre 2009 y septiembre 2011 499 muestras nasofaríngeas en niños de menos de seis años en la University Medical Center Ljubljana. Para el estudio se incluyó 307 niños diagnosticados de ambas patologías y 150 niños que actuaron como controles. Se detectó virus C en el 1.3% (4 de 307) de niños con bronquiolitis aguda y en el 2.6% (5 de 192) de los que tuvieron convulsiones, pero en ninguno de los controles. Ocurrieron coinfecciones en el 56% (5 de 9 casos) en niños con infecciones por virus gripal C. Este virus fue el único identificado en un caso de bronquiolitis aguda y en tres de convulsiones febriles. En niños con bronquiolitis la positividad a virus C se asoció con enfermedad clínica de mayor gravedad, incluyendo a un niño que precisó cinco de oxigenoterapia. Los análisis filogenéticos demostraron que todas las cepas de virus gripal C aisladas en Eslovenia pertenecían al clade I, próximo al linaje C/Yamagata. Los autores concluyen que se aisló el virus C en ingresados por bronquiolitis o por convulsiones febriles, pero no en niños sanos.

---

# VACUNA HAEMOPHILUS INFLUENZAE B EN TRASPLANTES DE PULMÓN

13/04/2026

**Respuesta del Experto a ...**

ÚLTIMAS CONSULTAS y de HAEMOPHILUS INFLUENZAE B

## **Pregunta**

Buenas tardes, en relación a la vacunación frente a Hib, ¿qué nivel de evidencia hay respecto a la vacunación de pacientes trasplantados de órgano sólido? En algunos sitios he leído que en general no se recomienda salvo cumplir cualquier otra indicación específica para esa vacuna (déficit congénito de fracciones terminales del complemento, tratamiento farmacológico con inhibidores del mismo, asplenia anatómica o funcional, ...), excepto en los trasplantes de pulmón en los que hay opiniones diversas. Aunque en algunos sitios recomiendan vacunar con 1 dosis de recuerdo por posible colonización del injerto, en otros no se establece claramente dicha indicación.

**Respuesta de José Antonio Navarro 20 de marzo de 2026)**

Buenas tardes.

Hasta donde conocemos no existen protocolos de organismos o de autoridades sanitarias que recomienden sistemáticamente la vacuna frente a Hib en trasplantados de órgano sólido. Existen reportes aislados de grupos de investigadores que sí recomiendan la vacunación postrasplante (1,2).

## **Referencias**

1. Viganó M. Vaccination Recommendations in Solid Organ Transplant Adult

Candidates and Recipients. Vaccine 2023, 11, 1611

2. Polishchuk VB. Features of haemophilus influenzae type b vaccine in patients waitlisted for lung transplantation. Russian Journal of transplantology and artificial organ Vol. XXII № 4–2020

---

# **La evidencia emergente en cuanto a seguridad, inmunogenicidad a largo plazo y coberturas subraya la necesidad de rebajar la edad de inicio de la vacunación frente a VPH**

13/04/2026

Brassington E, Fairhead C, Hill A. Is it time to reassess the target age of HPV vaccination globally? Clin Infect Dis published 09 December, 2025

<https://academic.oup.com/cid/advance-article/doi/10.1093/cid/ciaf679/8375424>

Los autores, del Imperial College del Reino Unido, se plantean las ventajas de iniciar más precozmente la vacunación universal en ambos sexos frente al virus del papiloma humano. A pesar de que la OMS ha incluido la edad de 9 0 10 años en

sus recomendaciones de vacunación, la mayoría de los países comienzan a partir de los once años de edad de manera que solo el 30% inician la vacunación a los nueve años. Mientras que los países de alta renta (el 78% comienzan a partir de los 11 años) un porcentaje menor (54%) de ellos de renta media-baja la inician a esa edad. Los autores esgrimen cuatro argumentos en favor de un comienzo más precoz. A) Una mayor probabilidad de estar vacunado antes del inicio de las relaciones sexuales (en los países de alta renta el 19.5% las inician entre los 12 y los 15 años y, por otra parte, es alta la seroprevalencia de HPV de alto riesgo en menores de 15 años lo que sugiere que la exposición no solamente se vincula al debut sexual, B) la vacunación precoz supone una oportunidad para reducir el estigma sexual. En algunos países, como los Estados Unidos, se ha encontrado que introducir la vacuna a los nueve años reduce en los padres el estigma sexual, percibiéndose la vacuna más como una medida anticáncer que como un marcador de que se aproxima el debut sexual, C) Ventajas logísticas. En Primaria aumenta la cobertura de vacunación y elimina inequidades al incluir a niños que no progresan a niveles educativos superiores y deja a la Secundaria como una red de seguridad para otra oportunidad a los no vacunados, y D). Evidencia de robusta inmunogenicidad. Se ha constatado en revisiones sistemáticas que los de 9 a 14 años experimentan respuestas mayores de anticuerpos en relación a los adolescentes de 15 a 18 años, aunque no hay datos desglosados para los de 9 a 14 años. Aunque no significativo las respuestas humorales a una dosis de vacuna VPH16 y VPH18 alcanzaron picos en niñas de 11 a 12 años superiores a los encontrados en las de más de doce años.