

Enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*. España 2024

Invasive *Haemophilus influenzae* disease. Spain 2024

María de Viarce Torres de Mier^{1,2}  0000-0002-4738-5791

Josefa Masa-Calles^{1,2}  0000-0002-2725-417X

Rosa Cano Portero^{1,2}  0009-0000-7132-6348

¹Instituto de Salud Carlos III, Centro Nacional de Epidemiología. Madrid, España.

²Centro de Investigación Biomédica en red Epidemiología y Salud Pública CIBERESP, España

Correspondencia

María de Viarce Torres de Mier
mvtorres@isciii.es

Contribuciones de autoría

Todos los autores han leído y están de acuerdo con la publicación de la última versión.

Agradecimientos

A las personas que trabajan en los distintos niveles de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica mejorando día a día la notificación de los casos, a las que trabajan en el Laboratorio Nacional de Referencia y otros Laboratorios, a las que trabajan en la evaluación continua de los programas de vacunación y a las que participan en la evaluación de las nuevas vacunas, posibilitando nuevas estrategias.

Financiación

Este trabajo no ha recibido financiación externa.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses

Cita sugerida

Torres de Mier MV, Masa-Calles J, Cano-Portero R. Enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*. España 2024. Boletín Epidemiológico Semanal. 2026;34(2):86-99. doi: 10.4321/s2173-92772026000200005

Resumen

Introducción: Descripción del análisis epidemiológico de la enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae* (EIH) en España durante 2024 y su comparación respecto a años previos (2015-2023).

Método: Análisis epidemiológico descriptivo de los casos de EIH notificados a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) en 2024. Las variables analizadas fueron: sexo, grupo de edad, fecha de inicio de síntomas, comunidad o ciudad autónoma que notifica, defunción, manifestación clínica y serotipo.

Resultados: En 2024 se notificaron 769 casos de EIH (54% hombres) con una tasa de incidencia acumulada de 1,58 (IA: casos por 100.000 habitantes). Siguió un patrón de presentación estacional, con un mayor número de casos de EIH en otoño e invierno. Las mayores tasas de incidencia se observaron en menores de 1 año y en la población de 85 y más años. La manifestación clínica más frecuente fue la neumonía bacteriémica (49,0% de los casos). El 83,7% de las defunciones ocurrieron mayores de 65 años. Se desconoce el serotipo en el 63,3% de los casos de EIH notificados.

Discusión: En 2024 se registró la mayor incidencia acumulada de los últimos 10 años. La mejora de la notificación de los datos de caracterización microbiológica es crucial para llevar a cabo la vigilancia de esta enfermedad y para la evaluación del programa de vacunación.

Palabras clave: Enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*; *Haemophilus influenzae*; España; Análisis epidemiológico; 2024

Abstract

Introduction: Epidemiological analysis of invasive *Haemophilus influenzae* disease (IHD) in Spain during 2024 and its comparison with previous years (2015-2023).

Method: Descriptive epidemiological analysis of IHD cases reported to the National Epidemiological Surveillance Network (RENAVE) in 2024. The variables analyzed were: sex, age group, date of onset of symptoms, reporting region, death, clinical manifestation, and serotype.

Results: In 2024, 769 cases of HIE were reported (54% men) with a cumulative incidence rate of 1.58 (number of cases per 100,000 inhabitants). The highest incidence rates in 2024 were observed in children under 1 year of age and in the population aged 85 years and over. Typical seasonal pattern of this disease was observed, with a higher number of cases of HIE in autumn and winter. The most frequent clinical manifestation, regardless of age, was bacteremic pneumonia (49,0% of cases); 83.7% of deaths occurred in the 65-year-old age group. The serotype of most reported cases of HIE is unknown.

Discussion: In 2024, the highest cumulative incidence in the last 10 years was recorded. Improved reporting of microbiological characterization data is crucial for conducting surveillance of this disease and for evaluation of the vaccination program.

Keywords: Invasive disease by *Haemophilus influenzae*; *Haemophilus influenzae*; Spain; Epidemiological analysis; 2024

Abreviaturas

EIH Enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*

RENAVE Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

NTHi Cepas no capsulares, no tipables

Hib *Haemophilus influenzae* tipo b

CISNS Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud

CCAA Comunidades autónomas y ciudades de Ceuta y Melilla

CNM Centro Nacional de Microbiología

CSP Comisión de Salud Pública

SiViEs Sistema para la Vigilancia en España

INE Instituto Nacional de Estadística

TESSy The European Surveillance System

IA Incidencia acumulada (número de casos por 100.000 habitantes en un periodo de tiempo determinado)

ECDC Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (European Centre for Disease Prevention and Control)

ENI Enfermedad neumocócica invasiva

CNM Centro Nacional de Microbiología

ISCIII Instituto de Salud Carlos III

INTRODUCCIÓN

Haemophilus Influenzae es un cocobacilo gramnegativo, exclusivo del ser humano, que puede ser capsulado (cepas tipables) o no capsulado (cepas no tipables o NTHi). Coloniza las mucosas (principalmente de la nasofaringe) durante varias semanas sin causar síntomas en la mayoría de los casos.

Todas las cepas (tipables y no tipables), pueden llegar a producir EIH, la cual incluye síndromes clínicos como meningitis, septicemia, epiglotitis, neumonía, artritis séptica, celulitis, osteomielitis y pericarditis. De acuerdo con la información actual, los casos de enfermedad invasiva por *H. influenzae* (EIH) se producen mayoritariamente por cepas no tipables (NTHi). EIH afecta principalmente a personas en los extremos de la edad (menores de 1 año y mayores de 65 años) así como personas inmunodeprimidas ⁽¹⁾.

Según los antígenos encontrados en las cápsulas (cepas capsulares) se pueden distinguir 6 serotipos (serotipos del a-f). *H. influenzae* tipo b (Hib) fue el responsable del 90-95% de los casos en menores de 5 años antes de la utilización generalizada de las vacunas conjugadas frente a Hib, que se introdujeron en el calendario vacunal en España en 1997 (pauta de vacunación de tres dosis indicadas a los 2, 4, 6 meses y un recuerdo a los 15-18 meses) ⁽²⁾. En 2017 se cambió la pauta de vacunación a tres dosis siendo éstas a los 2, 4 y 11 meses. El calendario común de vacunación a lo largo de toda la vida del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) recomendado en 2024 mantuvo la vacunación frente a Hib a los 2, 4 y 11 meses de edad ⁽³⁾. Además, se recomienda la vacunación en determinados grupos de población con condiciones de riesgo (por ejemplo, pacientes con infección por VIH, asplenia, deficiencias del complemento, tratamiento con eculizumab o ravulizumab) ⁽⁴⁻⁵⁾.

En España la vigilancia de la EIH se estableció en 2015 con el objetivo final de reducir su incidencia en la comunidad. Las comunidades y ciudades autónomas (CCAA) notifican los casos confirmados de manera individual al Centro Nacional de Epidemiología a través de la plataforma del Sistema para la Vigilancia en España (SiViEs) de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)1. La RENAVE tiene entre sus funciones la recogida sistemática de la información epidemiológica, su análisis e interpretación y la difusión de los resultados. La calidad de la información de vigilancia es de vital importancia para la toma de decisiones de salud pública.

Varias CCAA incorporaron la declaración individualizada de los casos en años posteriores a 2015; la Comunidad Valenciana a partir de 2017, Murcia a partir del año 2020, Asturias y Baleares a partir de 2022. Desde el año 2022 todas las CCAA notifican sus casos de EIH a la RENAVE.

Este trabajo contiene la descripción epidemiológica de la EIH (estudio transversal descriptivo) en España durante el año 2024 y su comparación con los años anteriores (desde el 2015).

MÉTODOS

La información epidemiológica se obtuvo de los casos notificados a la RENAVE mediante la plataforma SiViEs a fecha de 10 de septiembre de 2025

Los casos declarados siguen las definiciones de caso y los criterios para su clasificación recogidos en el Protocolo de vigilancia de EIH de la RENAVE ⁽¹⁾.

Los datos de población utilizados como denominadores para el cálculo de tasas provienen del Instituto Nacional de Estadística (INE). Se han utilizado tanto para el cálculo de las tasas de incidencia acumulada por 100.000 habitantes (IA) y por CCAA, como para el detalle de edad y sexo. Para la población de 2024 se utilizó la población estimada con fecha de referencia a 1 de enero del 2024 según la operación Estadística Continua de Población publicada por el INE. Para las poblaciones anteriores a 2023, se utilizaron las poblaciones consolidadas a 1 de enero del año siguiente. Las IA anuales, ya sean nacionales, por CCAA, sexo o edad, se han calculado usando las poblaciones de aquellas CCAA que notifican casos.

En 2024 todas las CCAA que declararon los casos de EIH en la RENAVE incluyeron la información del serotipo que causó la enfermedad excepto Asturias, Cantabria, Comunidad de Madrid y Comunidad Valenciana.

Las variables analizadas fueron: edad, sexo, CCAA que notifica el caso, manifestación clínica, fecha clave, detalle de la información microbiológica del agente patógeno (serotipo), vacunación y defunción (sí o no). Se evaluó la calidad de estas variables a través del porcentaje de cumplimentación de las mismas. La variable de manifestación clínica, fue agrupada en las 8 categorías que solicita el Sistema de Vigilancia Europeo (The European Surveillance System-TESSy) como diagnóstico principal (meningitis, sepsis, meningitis y sepsis, neumonía, osteomielitis o artritis séptica, celulitis, epiglotis y otra ⁽⁶⁾).

Para la presentación de los datos en las figuras y las tablas se agregó la información de los casos en los siguientes grupos de edad: < 1 año, 1-4 años, 5-9 años, 10-39 años, 40-64 años, 65-74 años, 75-84 años, ≥ 85 años.

La información utilizada para el estudio no permite identificar a los pacientes, por lo que no se ha solicitado la revisión por ningún comité de ética al no verse comprometida la confidencialidad de los casos y garantizarse siempre su anonimato ⁽⁷⁻⁸⁾.

RESULTADOS

Calidad de los datos y limitaciones

La calidad de la información de las variables básicas (distribución geográfica, sexo, fecha de inicio de síntomas y edad) de los casos declarados fue alta.

Para el resto de las variables, el grado de exhaustividad de la información depende, entre otros, de los sistemas de información, de los protocolos diagnósticos aplicados en los servicios sanitarios de cada CCAA, del nivel de sospecha de la enfermedad por el personal sanitario y de los recursos y prioridades existentes en cada CCAA para la vigilancia de las enfermedades (Tabla 2). La Tabla 1 muestra el porcentaje de cumplimentación de las variables más importantes.

Tabla 1. Calidad de la información individualizada de casos de enfermedad invasiva por *H. influenzae* (en %). España, 2024

Cumplimentación de cada Variable (en %)	2022	2023	2024	Diferencia en el % de cumplimentación (2024-2023)
CCAA que notifica el caso	100,0%	100,0%	100,0%	
Fecha de inicio de síntomas (Fecha clave)	100,0%	100,0%	100,0%	
Edad	100,0%	100,0%	100,0%	
Sexo	100,0%	99,9%	99,9%	
Manifestación clínica	35,2%	60,5%	72,3%	+ 16,3%
Defunción	54,3%	56,1%	58,4%	+ 3,9%
Vacunación	38,8%	31,8%	47,1%	+ 32,5%
Serotipo	20,0%	27,0%	36,7%	+ 26,4%

Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

Tabla 2. Calidad de la información individualizada de casos de enfermedad in vasiva por *H. influenzae* por Comunidad Autónoma (en %), 2024

Comunidad Autónoma	Cumplimentación de la variable (en %)					
	Casos	Manifestación clínica	Defunción	Serotipo	Vacunación	Media
Melilla	1	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	> 90%
Murcia	22	100,0%	100,0%	77,3%	100,0%	
País Vasco	34	100,0%	100,0%	67,6%	97,1%	
Extremadura	18	94,4%	100,0%	66,7%	100,0%	
La Rioja	8	100,0%	100,0%	50,0%	100,0%	75% -90%
Castilla La Mancha	31	100,0%	100,0%	48,4%	100,0%	
Aragón	29	96,6%	93,1%	58,6%	93,1%	
Navarra	11	90,9%	90,9%	63,6%	90,9%	
Canarias	14	92,9%	100,0%	50,0%	50,0%	50% -75%
C Valenciana	93	100,0%	100,0%	0,0%	88,2%	
Castilla y León	44	0,0%	95,5%	72,7%	100,0%	
Andalucía	113	100,0%	98,2%	15,9%	47,8%	
Balears, Illes	19	26,3%	100,0%	73,7%	57,9%	
Asturias	15	0,0%	93,3%	0,0%	93,3%	< 50%
Cataluña	190	100,0%	3,2%	47,9%	3,2%	
Cantabria	6	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	
Galicia	59	0,0%	0,0%	49,2%	0,0%	
Madrid	74	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
Ceuta	0	-	-	-	-	No aplica

Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Situación epidemiológica

Distribución temporal y geográfica

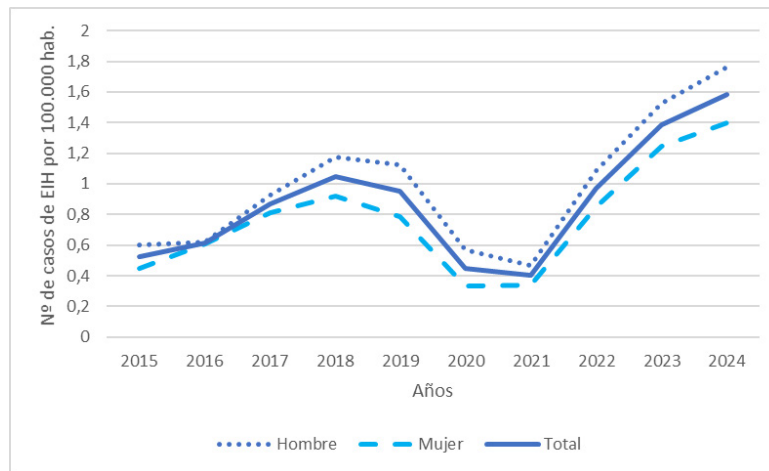
En el año 2024 se notificaron 769 casos de EIH con una IA de 1,58. El 54% de los casos fueron en hombres (421 casos en hombres, IA de 1,77) y 347 casos en mujeres (IA de 1,40). En un caso no se facilitó esta información, pero fue incluido en el análisis. Se notificaron 4 casos importados que se excluyeron del análisis.

Durante todo el periodo (2015 a 2024) se notificaron un total de 3.965 casos de EIH (14 casos importados se excluyeron del análisis).

La EIH muestra una tendencia creciente desde la temporada 2015 hasta la temporada 2018, tanto en hombres como en mujeres. La IA en 2019 disminuyó ligeramente y se produjo un descenso acusado en los años 2020 y 2021, años pandémicos. En el año 2022 se observó un aumento de la IA y se alcanzó la cifra de los años prepandémicos. En el 2024 la IA superó las IA de años prepandémicos. A lo largo de todo el periodo analizado (2015 a 2024) la IA en hombres fue superior a la IA en mujeres (Figura 1).

La Figura 2 muestra la IA de las CCAA durante el año 2024. La tabla 3 compara la IA de 2024 de cada una de las CCAA respecto a los años previos. El incremento en la IA global se ha visto reflejado en la mayoría de las CCAA. Sólo Cantabria, Murcia, y, en menor medida: Navarra, Canarias y C Valenciana registra una menor IA con respecto a 2023.

Figura 1. Tasa de incidencia acumulada por sexo de enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*. España, 2015-2024



Fuente: Red Nacional Vigilancia Epidemiológica

Figura 2. Número de casos de la enfermedad invasiva por *H. influenzae* por 100.000 habitantes por Comunidad Autónoma, 2024.

Vigilancia de enfermedad invasora por haemophilus influenzae. España, 2024.
 Tasas de incidencia por comunidades autónomas.



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Tabla 3. Comparación tasa incidencia acumulada (casos por 100.000 habitantes) de la enfermedad invasiva por *H. influenzae* por Comunidad Autónoma: 2022, 2023 y 2024

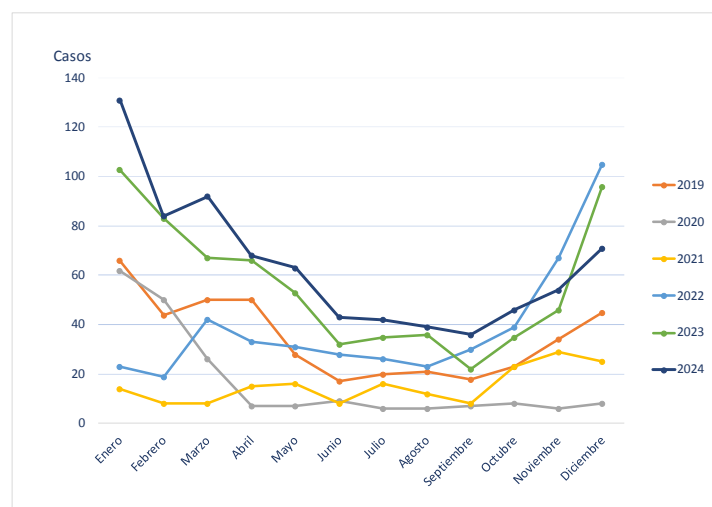
Comunidad Autónoma	IA 2022	IA 2023	IA 2024	Porcentaje de cambio IA (2024-2023)
Cantabria	1,70	1,86	1,02	-83,2%
Murcia	1,35	2,49	1,40	-77,2%
Canarias	0,72	0,76	0,63	-21,6%
Navarra	1,49	1,92	1,62	-18,2%
C Valenciana	1,44	1,79	1,64	-09,3%
Extremadura	0,95	1,80	1,71	-05,7%
Asturias	1,09	1,49	1,49	00,0%
Castilla La Mancha	0,72	1,38	1,47	+06,3%
Cataluña	1,04	2,11	2,36	+10,7%
País Vasco	1,08	1,26	1,53	+17,6%
Andalucía	0,56	1,06	1,31	+19,4%
Madrid	0,77	0,70	0,98	+28,9%
Balears, Illes	1,24	1,06	1,54	+31,6%
Galicia	1,33	1,40	2,18	+35,6%
La Rioja	1,24	1,54	2,47	+37,5%
Castilla y León	0,50	1,13	1,84	+38,6%
Aragón	1,79	1,11	2,15	+48,2%
Ceuta	0,00	1,20	0,00	-
Melilla	0,00	0,00	1,16	-
Total general	0,97	1,39	1,58	+12,3%

Nota: La Incidencia acumulada (IA) no ha sido estandarizada.
 Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Estacionalidad de los casos

La Figura 3 muestra la estacionalidad de los casos de EIH durante los últimos 6 años (Figura 3). Ya en 2023 se recuperó la estacionalidad típica de la enfermedad que se caracteriza por la disminución de casos en los meses de primavera y verano (de la semana 12 a la 38) y aumento en otoño e invierno (de la semana 39 a la semana 11). Semejante patrón se observa en 2024

Figura 3. Casos de enfermedad invasiva por *H. influenzae* en función del mes de inicio de síntomas. España 2019 - 2024.



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Características de los casos

La tabla 4 y la figura 4 muestran la evolución de la IA en función del grupo de edad. Los grupos de edad con las mayores IA son las edades extremas de la vida: ≥ 85 años (IA de 8,70) y menores de 1 año (IA de 8,68).

La IA de 2024 disminuyó respecto a 2023 en los grupos de edad de < de 1 año, y, especialmente entre 1 a 4 años y de 5 a 9 años. En el resto de los grupos de edad, la IA aumentó frente al año anterior.

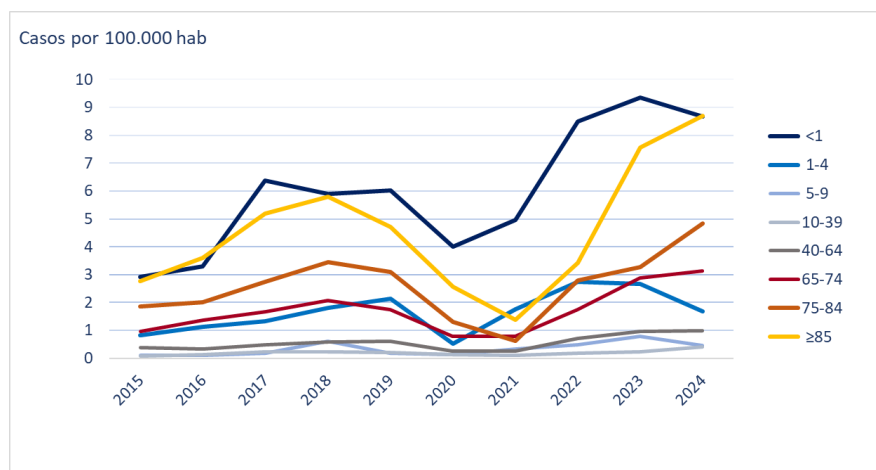
Las IA en todos los grupos de edad fueron superiores a la incidencia preandémica salvo 1 a 4 años y de 5 a 9 años.

Tabla 4. Comparación de la tasa incidencia acumulada de la enfermedad invasiva por *H. influenzae* por grupo de edad. España, 2022, 2023 y 2024

	2022	2023	2024	Porcentaje de cambio IA (2024-2023)
Menor de 1 año	8,49	9,37	8,68	- 07,9%
de 1 a 4 años	2,75	2,68	1,69	-58,7%
de 5 a 9 años	0,50	0,77	0,46	-70,2%
de 10 a 39 años	0,17	0,24	0,41	+ 40,9%
de 40 a 64 años	0,71	0,95	1,00	+ 04,3%
de 65 a 74 años	1,73	2,88	3,14	+ 08,2%
de 75 a 84 años	2,80	3,28	4,84	+ 32,3%
≥ 85 años	3,43	7,57	8,70	+ 13,1%

Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

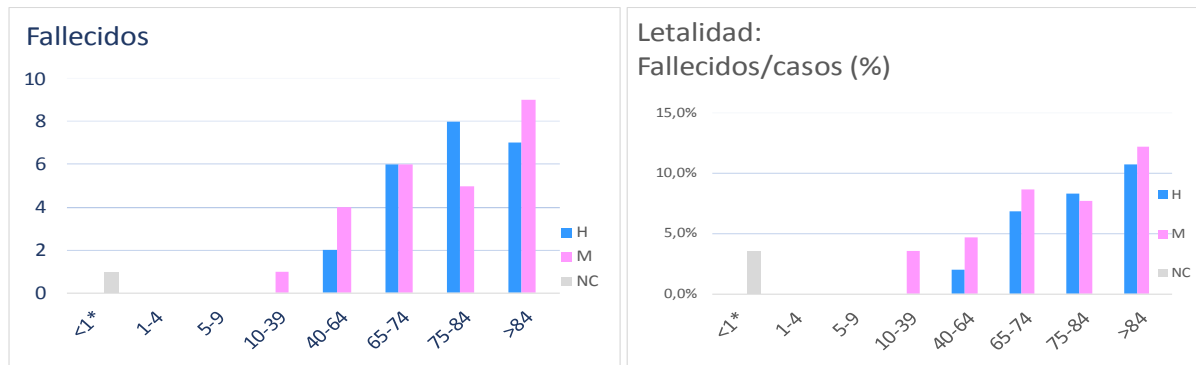
Figura 4. Casos por 100.000 habitantes de enfermedad invasiva por *H. influenzae* por grupo de edad. España, 2015 - 2024.



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

En el año 2024 se notificaron un total de 49 defunciones por EIH (23 en hombres, 25 en mujeres y 1 defunción en un recién nacido de quién no se informó su sexo). La Figura 5 muestra el número de defunciones notificadas por grupo de edad. La gran mayoría de las defunciones se produjeron en los grupos de mayor edad; 41 defunciones a partir de los 65 años, lo que constituyen el 83,7% del total de fallecidos. Al igual que el número de defunciones, también la letalidad aumenta conforme aumenta la edad de los casos: 1,5% en el grupo de edad 10-39 años, 3,3% en el grupo de edad de 10-64 años, 7,6% entre 65-74 años, 8,1% en 75-84 años y 11,5% entre los mayores de 84 años.

Figura 5. Defunciones y letalidad por enfermedad invasiva por *H. influenzae* por grupo de edad notificadas a la RENAVE. España, 2024



*<1 año: recién nacido fallecido por *H. influenzae* sin información sobre sexo.

Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Manifestación clínica de los casos

En el año 2024, se notificó la manifestación clínica en el 72,3% de los casos totales. La manifestación más frecuente fue la neumonía bacteriémica (49,0%) seguida de la meningitis (15,9%) y sepsis (14,2%). La Tabla 5 compara el porcentaje de las manifestaciones clínicas principales de los casos de EIH únicamente con los últimos 4 años (2021 a 2024).

Tabla 5. Distribución de las principales manifestaciones clínicas notificadas de enfermedad invasiva por *H. influenzae*, España 2021-2024.

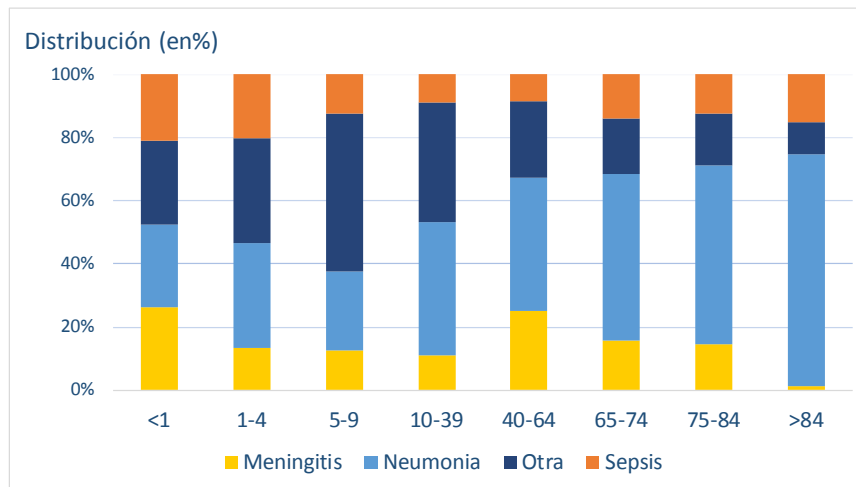
Manifestación Clínica	2021	2022	2023	2024
Neumonía	33,3%	45,7%	46,1%	49,0%
Sepsis	35,9%	28,7%	20,6%	14,2%
Meningitis	11,5%	12,2%	13,5%	15,9%
Meningitis, Sepsis	1,3%	1,2%	1,0%	0,0%
Otra	17,9%	12,2%	18,9%	20,9%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

La Figura 6 muestra los porcentajes de las manifestaciones clínicas principales en cada grupo de edad. La meningitis supone el 26,3% de las manifestaciones clínicas en menores de 1 año. Y, la proporción se mantiene entre el 11,1% y el 25,3% en todos los grupos de edad con excepción de los más mayores, pues las meningitis por EIH apenas alcanza el 1,3% de los diagnósticos de EIH en mayores de 84 años.

Y, al revés, conforme aumenta la edad, aumenta la proporción de neumonía debida a EIH. Y así, entre los menores de 1 año representa el 26,3%, y entre los mayores de 84 años supone el 73,4% de todos los diagnósticos conocidos por EIH.

Figura 6. Distribución de manifestaciones clínicas principales de la enfermedad invasiva por *H. influenzae* por grupo de edad. España, 2024.

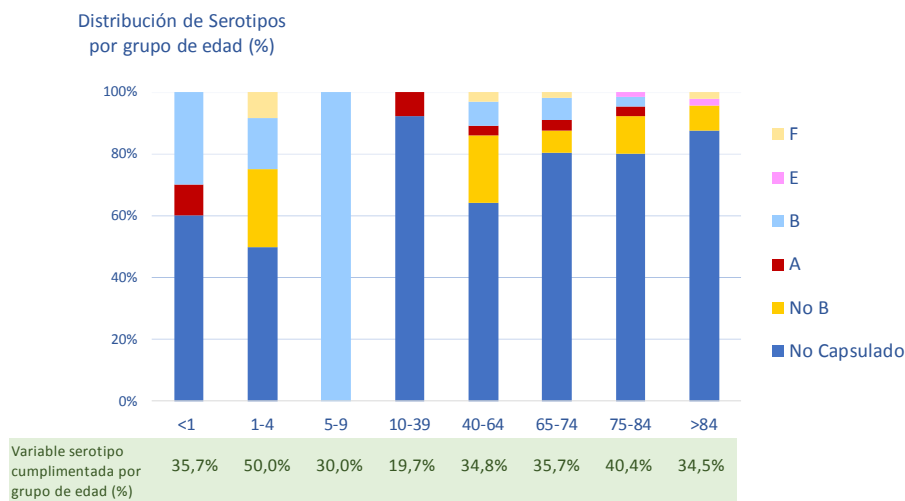


Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Información microbiológica del agente patógeno

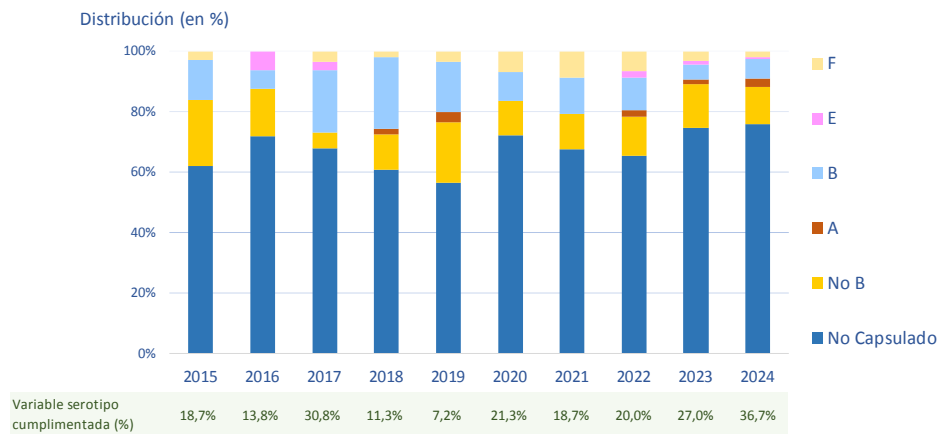
Durante el año 2024 se informó el serotipo que causó la enfermedad únicamente en el 36,7% de los casos. La Figura 7 muestra la distribución de serotipos por grupo de edad y la Figura 8 muestra la evolución de los serotipos anuales notificados en la RENAVE a lo largo del periodo 2015-2024. El serotipo más frecuente en el año 2024 fue el serotipo no capsular (76,0%, 206 casos) seguido de los casos en los que únicamente se descartó el serotipo b (12,2%, 33 casos).

Figura 7. Distribución de serotipos notificados causantes de enfermedad invasiva por *H. influenzae* por grupo de edad. España, 2024.



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Figura 8. Distribución de serotipos notificados causantes de enfermedad invasiva por *H. influenzae*. España, 2015-2024.



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

DISCUSIÓN

La notificación de las variables sociodemográficas (edad, sexo, fecha de inicio de síntomas y comunidad autónoma) se considera plenamente consolidada (100% de cumplimentación en todas las comunidades autónomas)

Por otro lado, aunque mejoró el grado de cumplimentación de otras variables esenciales tales como vacunación (+32,5%), serotipo (+26,4%) manifestación clínica (+16,3%) y defunción (+ 3,9%) frente al año 2023, en general, continúa siendo baja y muy desigual entre las distintas comunidades autónomas. Esto supone una limitación para el análisis y dificulta la adecuada monitorización del programa de vacunación.

Durante el año 2024 se notificaron un total de 769 casos de EIH, con una IA de 1,58 por 100.000 habitantes, superando en un 12,3% la IA de 2023 (1,39) y en un 39,6% la IA prepandémica de 2019 (0,95).

Tal y como ya ocurriera en 2023, la presentación de la enfermedad en 2024 siguió el patrón estacional típico de la enfermedad, con un mayor número de casos de EIH en otoño e invierno y un descenso en los meses de primavera y verano. Este mismo patrón estacional lo observamos en la enfermedad neumocócica invasiva favorecido probablemente por la mayor circulación de diferentes patógenos respiratorios tales como gripe o virus respiratorio sincitial durante los meses de invierno⁽⁹⁻¹¹⁾.

La IA en 2024 aumentó un 12,3% en términos generales frente a 2023. Sin embargo, en los grupos de edad de 5 a 9 años, de 1 a 4 años y en menores de 1 año se registró menor IA que el año previo (-70,2%, -58,7% y -7,9% respectivamente). En el resto de los grupos de edad, se produjo un incremento en la IA, sobre todo en el grupo de edad de 10 a 14 años (+40,9%) y de 75 a 84 años (+32,3%)⁽¹²⁾.

En 2024, la IA continúa siendo superior en hombres que en mujeres (1,77 versus 1,40) y los grupos de edad más afectados continúan siendo los extremos de la vida: menores de 1 año (IA 8,68) y ≥85 años (IA: 8,70). Por el contrario, los grupos de edad menos afectados, son los comprendidos entre los 5 y los 65 años (con IA≤1 en todos los grupos de edad)

El incremento de los casos de enfermedad invasiva por *H. influenzae* en el grupo de 75 a 84 años y mayores de 85 años en comparación con 2022 y 2023 puede estar relacionado con varios factores. La pandemia de COVID-19 y las restricciones asociadas, como el distanciamiento social y el uso de mascarillas disminuyeron la circulación y la exposición a diversos patógenos respiratorios. Por último, en el caso de este grupo de edad, se suma el deterioro del sistema inmunitario por envejecimiento

(inmunosenescencia). Todos estos factores pueden resultar en un mayor riesgo de esta población para desarrollar la enfermedad ⁽¹³⁾.

La manifestación clínica del diagnóstico principal más frecuente fue la neumonía bacteriémica (un 49,0% de los casos), seguida de meningitis (15,9% de los casos) y sepsis (un 14,2% de los casos). De acuerdo con el último informe de los European Center for Disease Prevention and Control (ECDC) que recoge información relativa al año 2023, las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron neumonía bacteriémica (25%), seguido de septicemia (23%) y meningitis (13%) ⁽¹⁴⁾.

Salvo el fallecimiento de un recién nacido, la gran mayoría de las defunciones se produjeron en los grupos de mayor edad. El 83,7 % de las defunciones se produjeron en el grupo de edad de 65 y más años. Este porcentaje es similar al obtenido en el año 2022 (82,3%) y al año 2023 (80,4 %) ^(11,12).

A pesar de que las cepas no capsulares se asocian con menor capacidad invasiva, los datos actuales en España y en concordancia con varios países europeos, indican que la enfermedad invasiva es mayoritariamente ocasionada por estas cepas ⁽¹⁵⁾. En 2024, en los casos en los que se dispone de la información del serotipo, el 76,0% fue ocasionado por cepas no capsuladas (similar al año anterior: 74,7% en 2023). El desarrollo de vacunas eficaces frente a estas cepas tiene cada vez más relevancia en el avance de la prevención de esta enfermedad.

Respecto a los serotipos capsulares, en 2024 se notificaron 4 tipos de serotipos: serotipo a (en un 3,0%), b (en un 6,3%), e (en un 0,7%) y f (en un 1,8%) siendo el resto de los serotipos identificados serotipo “no b” (12,2%).

En relación a los casos notificados por serotipo b, relevantes para la evaluación del programa de vacunación, de los 17 casos notificados en 2024 por serotipo b, 11 eran mayores de 40 años y no habían sido vacunados y otro tenía 4 meses y tampoco estaba vacunado. De los cinco restantes, con edades comprendidas entre los 8 meses y 7 años, cuatro estaban vacunados. El hecho de que se produzcan infecciones en niños parcial o, incluso totalmente vacunados destaca la necesidad de una evaluación continua de la eficacia de la vacuna y del periodo de protección a fin de garantizar una protección óptima en los grupos de edad más vulnerables.

La gran proporción de casos en los que el serotipo causante de la enfermedad es desconocido fue muy elevado (64%), por lo que el análisis del serotipo debe interpretarse con precaución. Es importante tener en cuenta que las coberturas de vacunación nacionales publicadas por el Ministerio de Sanidad en 2024 fueron muy elevadas: la cobertura de primovacunación frente a *H. influenzae* tipo b, con dos dosis fue del 97,97 % y la cobertura de una dosis de recuerdo fue del 95,33% ⁽¹⁶⁾. Estas cifras son superiores a la cobertura media de vacunación para los países de la UE/EEA (93%) ⁽¹⁴⁾.

En España, en línea con lo que está sucediendo en el resto de los países la UE/EEA, continúa aumentando el número de casos de enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae* que, ya desde 2022 superan los niveles prepandémicos. El ECDC alerta de que, mientras la notificación del serotipo b está estabilizado, aumenta la presencia y la relevancia de las cepas no capsuladas y no b ⁽¹⁷⁻¹⁹⁾. El reemplazo de serotipos subraya la naturaleza adaptable de la epidemiología de la enfermedad causada por *H. influenzae* tras la introducción de la vacuna frente a Hib ⁽²⁰⁻²¹⁾.

En España, de manera global, se conoce el serotipo en el 22,4% de todos los casos de EIH notificados en los últimos 10 años. Aunque esta cifra está mejorando y, en el último año alcanzó el 36,7%, no la suficiente calidad para mejorar el análisis.

Únicamente la calidad y exhaustividad en los datos de vigilancia permitirá un análisis que se ajuste cada vez más a la realidad, imprescindible tanto para evaluar los programas de vacunación, así como para el desarrollo de futuras vacunas que incluyan un espectro más amplio de cepas de *H. influenzae* ⁽²²⁻²³⁾. El período posterior a la pandemia pone de relieve la interacción entre población vulnerable, así como los cambios en el comportamiento y la dinámica de los patógenos. Todo ello refuerza la necesidad de políticas de vacunación flexibles e inclusivas y adaptables a los cambios del patrón epidemiológico de la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Protocolos de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Madrid, 2013. <https://cne.isciii.es/documents/d/cne/protocolo-de-vigilancia-de-enfermedad-invasora-por-haemophilus-influenzae-pdf> [consultado el 20 de enero de 2026]
2. Limia Sánchez A, Olmedo Lucerón C, Soler Soneira M, Cantero Gudino E, Sánchez-Cambronero Cejudo L. Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones y evolución del calendario de vacunación en España [Committee for Immunization Programme and Registry and changes in the National Immunization Programme in Spain]. *Rev Esp Salud Publica*. 2020;94:e202003018. Published 2020 Mar 11.4.
3. Ministerio de Sanidad. Calendario común de vacunación a lo largo de toda la vida. Calendario recomendado año 2026. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. [https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/calendario/docs/CalendarioVacunacion_Todalavida.pdf]
4. Ministerio de Sanidad. Vacunación específica en personas adultas (≥ 18 años) con condiciones de riesgo. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Calendario recomendado año 2026. [https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/calendario/docs/CalendarioVacunacion_GRadultos.pdf]
5. Ministerio de Sanidad. Vacunación específica en menores y adolescentes (< 18 años) con condiciones de riesgo. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Calendario recomendado año 2026. [https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/calendario/docs/CalendarioVacunacion_GRinfantil.pdf]
6. European Centre for Disease Prevention and Control. TESS y metadata report. <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/tessy-metadata-report>
7. Council of the European Union. (2016). Position of the Council at first reading with a view to the adoption of a Regulation of the European Parliament and of the Council on the protection of natural persons with regard to the processing of personal data and on the free movement of such data, and repealing Directive 95/46/EC (General Data Protection Regulation). Official Journal of the European Union.
8. España. (2018). Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Boletín Oficial del Estado, núm. 294, de 6 de diciembre de 2018, disposición adicional decimoséptima
9. Instituto de Salud Carlos III. Vigilancia de Infección Respiratoria Aguda: gripe, COVID-19 y VRS. Semana 02/2026 (del 5 de enero al 11 de enero de 2026) <https://repisalud.isciii.es/entities/publication/5287e-d3c-1b36-4173-9145-97adc5c3a17e> [consultado el 20 de enero de 2026]
10. Soler Soneira M, Granero Melcón B, Arroyo Nebreda V, Sastre García M, Amillategui Dos-Santos R, Cano Portero R. Enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*. España 2021-2022. <https://revista.isciii.es/index.php/bes/article/view/1317/1645>
11. Soler-Soneira M, Granero-Melcón B, Sastre-García M, Bertrán-Pérez M, Amillategui-Dos-Santos R, Cano-Portero R. Enfermedad Neumocócica Invasiva en España en 2022. *Boletín Epidemiológico Semanal*. 2023;31(4):260-273. <https://repisalud.isciii.es/rest/api/core/bitstreams/98e0823e-6ffc-417d-a6fa-a18ca1360945/content>
12. Soler-Soneira M, Muñoz-Martínez L, Alcaide-Jiménez A, Arroyo Nebreda V, Cano Portero R. Enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*. España 2023. *Boletín Epidemiológico Semanal*. 2024;32(3):137-149 <https://revista.isciii.es/index.php/bes/article/view/1397/1696>
13. Editorial. The Lancet Respiratory Medicine. Patterns of respiratory infections after COVID-19. *Lancet Respir Med*. 2024 Jan;12(1):1 <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2213260023004721?via%3Dihub>
14. European Centre for Disease Prevention and Control. Annual Epidemiological Report for 2023 – *Haemophilus influenzae* disease. Stockholm: ECDC; July 2025 https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/HAEINF_AER_2023_Report.pdf
15. Allonce, J., Ahsan, M., Browne, A., Witherell, R., & Rasnake, M. (2024). Changing Landscape of *Haemophilus influenzae* Meningitis and Implication on Public Health. *Case reports in infectious diseases*, 2024, 5571104. <https://doi.org/10.1155/2024/5571104>
16. Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Vacunaciones (SIVAMIN) Disponible en: <https://pestadistico.inteligenciadegestion.sanidad.gob.es/publicoSNS/I/sivamin/sivamin>
17. Kastrin T, Paragi M, Kolman J, Cizman M, Kraigher A, Gubina M. Characterisation of invasive *Haemophilus influenzae* isolates in Slovenia, 1993–2008. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2010 Jun;29(6):661–8 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20306323/>

18. Reilly AS, McElligott M, Mac Dermott Casement C, Drew RJ. Haemophilus influenzae type f in the post-Haemophilus influenzae type b vaccination era: a systematic review. *J Med Microbiol.* 2022;71(10). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36306238/>
19. Toor J, Echeverria-Londono S, Li X, Abbas K, Carter ED, Clapham HE, et al. Lives saved with vaccination for 10 pathogens across 112 countries in a pre-COVID-19 world. *eLife.* 2021 Jul 13;10:e67635. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34253291/>
20. Whittaker R, Economopoulou A, Dias JG, Bancroft E, Ramliden M, Celentano LP. Epidemiology of invasive Haemophilus influenzae disease, Europe, 2007–2014. *Emerg Infect Dis.* 2017 Mar;23(3):396–404. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28220749/>
21. Georges S, Lepoutre A, Dabernat H, Levy-Bruhl D. Impact of Haemophilus influenzae type b vaccination on the incidence of invasive Haemophilus influenzae disease in France, 15 years after its introduction. *Epidemiol Infect.* 2013 Sep;141(9):1787–96. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23425638>
22. Behrouzi A, Vaziri F, Rahimi-Jamnani F, Afrough P, Rahbar M, Satarian F, Siadat SD. Vaccine candidates against nontypeable Haemophilus influenzae: a review. *Iran Biomed J.* 2017 Mar;21(2):69–76.
23. Galgani I, Annaratone M, Casula D, Di Maro G, Janssens M, Tasciotti A, Schwarz T, Ferguson M, Arora AK. Safety and immunogenicity of three doses of non-typeable Haemophilus influenzae–Moraxella catarrhalis (NTHi–Mcat) vaccine when administered according to two different schedules: a phase 2, randomised, observer-blind study. *Respir Res.* 2022;23:114. Published 2022 May 4.