



RESULTADOS DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES. INFORME ANUAL. AÑO 2013

Monografías



MINISTERIO
DE ECONOMÍA
Y COMPETITIVIDAD

MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD



Red
Nacional de
Vigilancia
Epidemiológica

Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica
Instituto de Salud Carlos III
Ministerio de Economía y Competitividad
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
Monforte de Lemos, 5 – Pabellón 12
28029 MADRID (ESPAÑA)
Tel.: 91 822 26 12
Fax: 91 387 78 15/16

Catálogo general de publicaciones oficiales:
<http://publicacionesoficiales.boe.es>

Para obtener este informe de forma gratuita en Internet (formato pdf):
<http://publicaciones.isciii.es>



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.1/es/>

EDITA: CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA
Instituto de Salud Carlos III – Ministerio de Economía y Competitividad – Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

N.I.P.O.: en línea: 725-15-018-3
I.S.B.N.: No (Free online version)

Imprime: Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado.
Avda. de Manoteras, 54. 28050 – MADRID

Redacción y elaboración de este informe

Responsables de la elaboración:

Rocío Amillategui Dos Santos, Rosa Cano Portero.

Redacción del informe y gestión de datos:

Javier Almazán Isla, Fuencisla Avellanal Calzadilla, Raquel Boix Martínez, Rosa Cano Portero, Ana María Cornejo Gutierrez, Concepción Delgado Sanz, Oliva Díaz García, Asunción Díaz Franco, Mercedes Diez Ruiz-Navarro, Rafael Fernández-Cuenca Gómez, Silvia Jiménez Jorge, Amparo Larrauri Cámara, Pello Latasa Zamalloa, Teresa López Cuadrado, Noemí López Perea, Paloma Lucas Herraiz, M.ª del Carmen Martín Mesonero, Elena V. Martínez Sánchez, Josefa Masa Calles, Pilar Ordóñez Banegas, Jesús de Pedro Cuesta, Elena Rodríguez Valín, María de Viarce Torres de Mier, María Ruiz Tovar, Lucía Sobrino Vegas, M.ª del Carmen Varela Martínez, Emilia Velasco Arranz, Susana Villarrubia Enseñat.

Elaboración de tablas y gráficas:

Rocío Amillategui Dos Santos.

Cita sugerida

Centro Nacional de Epidemiología. Resultados de la vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles. Informe anual 2013. Madrid, 2015.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	7
ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS USADOS EN ESTE INFORME	8
1. INTRODUCCIÓN	10
2. VIGILANCIA DE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN 2013	11
Fuentes de datos y sistemas de notificación de las enfermedades	11
Métodos, presentación e interpretación de la información	11
Calidad de los datos y limitaciones	12
Resumen de las enfermedades	13
Enfermedades transmitidas por alimentos y agua	13
Enfermedades prevenibles por la vacunación	13
Enfermedades de transmisión aérea	14
Enfermedades de transmisión sexual y parenteral	15
Enfermedades transmitidas por vectores	16
Zoonosis	16
Encefalopatías espongiformes transmisibles humanas	17
3. ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS Y AGUA	18
Botulismo	18
Campilobacteriosis	19
Criptosporidiosis	22
Infección por <i>E. coli</i> productor de toxina shiga o verotoxina	23
Fiebre tifoidea y paratifoidea	25
Giardiasis	27
Hepatitis A	28
Listeriosis	30
Salmonelosis	31
Shigelosis	34
Triquinosis	35
Yersiniosis	37
4. ENFERMEDADES PREVENIBLES POR LA VACUNACIÓN	39
Difteria	39
Enfermedad meningocócica	39
Enfermedad neumocócica invasora	42
Enfermedad invasora por <i>Haemophilus influenzae</i>	44
Parotiditis	45
Rubéola y Síndrome de Rubéola Congénita	47
Sarampión	49
Tétanos y Tétanos Neonatal	52

Tos ferina	54
Varicela	56
5. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN AÉREA	59
Gripe	59
Legionelosis	65
Lepra	68
Tuberculosis	69
6. ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES	74
Fiebre exantemática mediterránea	74
Leishmaniasis	76
Paludismo	78
7. ZOONOSIS	80
Brucelosis	80
Hidatidosis	83
Carbunco	85
Fiebre Q	86
Tularemia	88
8. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y PARENTERAL	90
Infección por el VIH y sida	90
Sífilis	95
Sífilis Congénita	97
Infección Gonocócica	98
Infección por <i>Chlamydia trachomatis</i>	100
Hepatitis B	102
9. ENCEFALOPATÍAS ESPONGIFORMES TRANSMISIBLES HUMANAS	104
10. ANEXOS	107
ANEXO I. Mortalidad por enfermedades infecciosas - Años 2008 a 2013	107
Defunciones por enfermedades de etiología infecciosa en España en el periodo 2008-2013	107
ANEXO II. Resultados de la vigilancia: Tablas generales	113
Tabla 1. Casos notificados según la fuente de datos y enferme- dad	113
Tabla 2. Casos notificados según la fuente de datos por enferme- dad y Comunidad Autónoma*	114
Tabla 3a. Casos notificados según la fuente de datos por enferme- dad y mes. EDO	115
Tabla 3b. Casos notificados según la fuente de datos por enferme- dad y mes. SIM	116
Tabla 4a. Casos notificados según la fuente de datos por enferme- dad y grupos de edad (ambos sexos). EDO	117
Tabla 4b. Casos notificados según la fuente de datos por enferme- dad y grupos de edad (ambos sexos). SIM	118
Tabla 5a. Casos notificados según la fuente de datos por enferme- dad y grupos de edad en hombres. EDO	119

Tabla 5b. Casos notificados según la fuente de datos por enfermedad y grupos de edad en hombres. SIM	120
Tabla 6a. Casos notificados según la fuente de datos por enfermedad y grupos de edad en mujeres. EDO	121
Tabla 6b. Casos notificados según la fuente de datos por enfermedad y grupos de edad en mujeres. SIM	122
Tabla 7. Casos de sida en España. Datos acumulados desde 1981. Casos por categoría de transmisión y sexo, según la Comunidad Autónoma de residencia. Registro Nacional de SIDA. Fecha de actualización: 30 de junio de 2014	123

Agradecimientos

Los coordinadores de este informe reconocen y agradecen el trabajo realizado por los profesionales que trabajan en los distintos niveles de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica en las comunidades autónomas, así como a los profesionales que desempeñan su trabajo tanto en el ámbito asistencial como en los laboratorios de microbiología clínica o de referencia (Centro Nacional de Microbiología), a los profesionales de otros Departamentos o Consejerías y, en general, a todos los profesionales que contribuyeron, tanto a la notificación e investigación de las enfermedades y eventos vigilados, como al procesamiento y difusión de la información analizada y presentada en este informe.

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

CC.AA.	Comunidades Autónomas
CISNS	Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud
CNE	Centro Nacional de Epidemiología
CNM	Centro Nacional de Microbiología
ECDC	Centro Europeo para el Control y Prevención de Enfermedades
ECJ	Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob
ECVT	<i>Escherichia coli</i> verotoxigénica
EDO	Enfermedad de Declaración Obligatoria
EETH	Encefalopatías espongiformes transmisibles humanas
ELDSNet	Red de Vigilancia Legionelosis asociada a viajar
ENI	Enfermedad neumocócica invasora
ESV	Enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica
ENSV	Enfermedades no sujetas a vigilancia epidemiológica
EVA	Efectividad Vacunal
Hib	<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b
HSB	Hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres
IFL	Insomnio Familiar Letal
INE	Instituto Nacional de Estadística
IRA	Insuficiencia respiratoria aguda
IRAS	Infección relacionada con atención sanitaria
LCR	Líquido cefalorraquídeo
LNR	Laboratorio Nacional de Referencia
MI	Mortalidad Infecciosa
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAC	Porcentaje Anual de Cambio
PCR	Polymerase Chain Reaction
PTT	Púrpura trombótica trombocitopénica
RENAVE	Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica
RIC	Rango Intercuartílico
RSI	Reglamento Sanitario Internacional
RM	Razón de Masculinidad
RNS	Registro Nacional de Sida
SHU	Síndrome Hemolítico Urémico
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SIM	Sistema de Información Microbiológica

SGSS	Síndrome de Gerstmann-Sträussler-Scheinker
SRC	Síndrome de Rubéola Congénita
STEC	<i>E. coli</i> productor de toxina shiga
SVGE	Sistema de Vigilancia de la Gripe en España
TARGA	Terapia Antirretroviral de Gran Actividad
TB	Tuberculosis
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos
UDI	Usuarios de drogas inyectadas
vECJ	Variante de la Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
VRS	Virus Respiratorio Sincitial

1. INTRODUCCIÓN

El objetivo final de la vigilancia de las enfermedades transmisibles es reducir su incidencia en la comunidad. La Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) tiene entre sus funciones la recogida sistemática de la información epidemiológica, su análisis e interpretación y la difusión de los resultados.

Este informe presenta los resultados de la vigilancia para el año 2013 de las enfermedades transmisibles que realizaron los servicios de vigilancia de las comunidades autónomas y el Centro Nacional de Epidemiología (CNE) de acuerdo a los protocolos de la RENAVE.

2. VIGILANCIA DE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN 2013

FUENTES DE DATOS Y SISTEMAS DE NOTIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES

La RENAVE articula la vigilancia integrando la notificación y la investigación epidemiológica de casos de enfermedades transmisibles, de brotes o de microorganismos. Los casos de enfermedades sujetas a vigilancia son notificados de manera obligatoria a las autoridades competentes en los distintos niveles territoriales. Los protocolos para la notificación de la RENAVE estandarizan la forma de declaración y las definiciones de caso permiten la comparabilidad de la forma y criterios de declaración de los casos desde la comunidad autónoma al CNE y éste hace la agregación, análisis y difusión de la información.

En este informe se ha analizado la información de la declaración individualizada de casos, tanto de las 35 enfermedades de declaración obligatoria¹, como de las 11 de las que el ECDC requiere información². La fuente de información disponible para estas últimas es el Sistema de Información Microbiológica (SIM).

Las enfermedades se presentan en los siguientes grupos: enfermedades transmitidas por agua y alimentos; enfermedades prevenibles por la vacunación; enfermedades del tracto respiratorio; infección por VIH y SIDA, infecciones de transmisión sexual y enfermedades de transmisión parenteral; infecciones transmitidas por vectores y zoonosis.

MÉTODOS, PRESENTACIÓN E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Los casos declarados siguen las definiciones de caso y los criterios para su clasificación (caso sospechoso, probable y confirmado) de los Protocolos de las Enfermedades de Declaración Obligatoria. A partir de 2013 se reemplazará el uso de los antiguos protocolos por una nueva versión que incluye una actualización de los criterios de declaración y los protocolos para las nuevas enfermedades². Estos protocolos se aprobaron por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo en 2013³.

Los datos de población utilizados como denominadores provienen del Instituto Nacional de Estadística. Se han utilizado tanto para el cálculo de tasas globales y por comunidad autónoma como para el detalle de edad y sexo.

La distribución estacional de los casos se analizó de acuerdo con el mes de declaración. Para todas las enfermedades excepto para un pequeño número en las que se dispone de la fecha de inicio de síntomas, la fecha de la semana de declaración es la única disponible ([Anexo I](#), tablas [3a](#) y [3b](#)).

De acuerdo con las distintas enfermedades, las variables analizadas fueron: semana de declaración, fecha de inicio de síntomas, lugar de residencia y/o infección del caso, sexo, edad, tipo de caso (probable/confirmado), fallecimiento del paciente

e información sobre el estado de vacunación. Para algunas enfermedades, especialmente para las vigiladas a través del SIM, se presenta información taxonómica del microorganismo causante de la enfermedad.

En general, cuando la fuente de datos es el SIM, no se dan resultados de la presentación geográfica de los casos por considerar que esta fuente de información no tiene una cobertura geográfica suficiente. Sin embargo, si se ha visto que para enfermedades de incidencia alta y media es válido para conocer la evolución temporal y la estacionalidad de la enfermedad.

Para la presentación de los datos en las figuras y las tablas se agregó la población en los siguientes grupos de edad: menos de 1 año, 1-4, 5-9, 10-14, 15-19, 20-24, 25-44, 45-64, 65-74, 75-84 y ≥ 85 años. Para algunas enfermedades se han considerado otros desgloses más adecuados para su interpretación y análisis.

El informe contiene la descripción epidemiológica de cada una de las enfermedades notificadas en 2013 y su comparación con años anteriores. En general, se ha analizado la evolución temporal de las tasas para el periodo de 2007 a 2013. Para las enfermedades del SIM se ha utilizado el periodo de 2008 a 2013 y desde 1983 para algunas de las enfermedades prevenibles por vacunación. Se presenta también la distribución por edad y sexo de los casos en 2013 y la distribución geográfica por comunidades autónomas de las tasas de incidencia excepto para las enfermedades vigiladas con el SIM.

En el [anexo I](#) se presentan las tablas resumen con el número de casos y tasas por 100.000 habitantes por comunidades autónomas para cada una de las enfermedades vigiladas por ambos sistemas, por edad y sexo y mes de notificación.

En 2013 no se declararon casos de las siguientes enfermedades: difteria, fiebre amarilla, fiebres hemorrágicas, rabia, vCJD.

CALIDAD DE LOS DATOS Y LIMITACIONES

El análisis realizado se centra en los resultados de la notificación individualizada de casos en los años 2007 a 2013. La calidad de la información individualizada de las variables básicas (edad, sexo, distribución geográfica y semana de notificación) de los casos declarados es alta. Aun así, para otras variables la exhaustividad es baja o la falta de actualización de la información una vez hecha la notificación impide tener información sobre la evolución del caso, estado de vacunación, o identificación microbiológica completa del agente causal. El grado de exhaustividad de la información depende, entre otros, de la disponibilidad de medios diagnósticos y de los protocolos diagnósticos aplicados en los servicios sanitarios de cada Comunidad Autónoma, del nivel de alerta o conciencia para la detección y notificación de cada enfermedad y de los recursos y prioridades existentes en cada Comunidad Autónoma para la vigilancia de las enfermedades.

El objetivo final es mejorar la representatividad, exhaustividad y oportunidad de la notificación en las enfermedades vigiladas en la RENAVE. La devolución de la información recogida por la red a los notificadores y su difusión en este informe juega un papel relevante en la consecución de este objetivo.

RESUMEN DE LAS ENFERMEDADES

Enfermedades transmitidas por alimentos y agua

La vigilancia de las 13 enfermedades de este epígrafe se hace a partir de la información de los laboratorios de microbiología clínica hospitalaria. Para algunas comunidades autónomas estos laboratorios son la fuente primaria de información. En 2013 el cambio más significativo en la presentación de las enfermedades transmitidas por alimentos y agua ha sido el marcado aumento que ha experimentado la campilobacteriosis con respecto al año anterior, además, es la primera causa de gastroenteritis bacteriana notificada, seguida por salmonelosis. En 2013, descendieron ligeramente los casos debidos a *S. Enteritidis* y aumentó *S. Typhimurium* manteniéndose cada una de esas tendencias en los últimos años. La notificación de brotes de estas enfermedades es una valiosa fuente de información que permite estudiar los factores de riesgo para la enfermedad y permite a la autoridad sanitaria establecer medidas de prevención y control. En 2013 se notificaron brotes para todas las enfermedades de este epígrafe. Hay un elevado número de brotes en el que el vehículo o el mecanismo de la infección se desconocen. En 2013 se notificó un caso de cólera toxigénico importado de la India.

Enfermedades prevenibles por la vacunación

En España las vacunas incluidas en el calendario de vacunación infantil son bien aceptadas y se alcanzan altas coberturas de vacunación en la población. La vacunación sistemática ha conseguido que se elimine la polio y la difteria y que el tétanos y la enfermedad invasora por *H. influenzae* b hayan desaparecido, prácticamente, de la infancia, los casos que se notifican por este último se deben a serotipos no incluidos en las vacunas y en adultos.

Europa fue declarada región libre de polio en 2002, pero mientras haya polio en el mundo existe riesgo de importación y de restablecimiento de la circulación de poliovirus en cualquier territorio, por lo que se necesita mantener altas coberturas de vacunación, y sistemas de vigilancia adecuados. España cuenta con el Sistema de Vigilancia de Parálisis Flácida Aguda que, a pesar de sus debilidades (baja sensibilidad), está bien definido y consolidado y aporta una alta especificidad en el diagnóstico de laboratorio.

En los últimos años el sarampión ha resurgido en Europa occidental. En España entre 2010 y 2012 se produjo una epidemia que entró en fase de declive en 2013. La importación y reimportación de virus entre los países continúa siendo motivo de preocupación. En España en 2013 se notificaron casos importados que originaron pequeños brotes entre grupos de individuos susceptibles (sobre todo los niños menores de un año y adultos no vacunados).

La rubéola es actualmente una enfermedad rara; se notifican casos y brotes esporádicos asociados con la importación, que pueden ocasionar casos de rubéola congénita. Para afrontar la última fase de eliminación del sarampión y de la rubéola en Europa (con el objetivo de eliminación en 2020) se actualizará el “Plan Nacional de Eliminación de Sarampión y de Rubéola”. Para demostrar que en nuestro territorio no hay sarampión ni rubéola endémicos y alcanzar los estándares de calidad exigido por la OMS-Europa, habrá que intensificar la vigilancia y reforzar la integración de la vigilancia epidemiológica con la vigilancia del laboratorio.

La Enfermedad meningocócica también presenta una tendencia descendente tanto en los casos de serogrupo C, cuya vacuna está incluida en el calendario, como para el serogrupo B debido a lo que parece ser la evolución de cíclica de la enfermedad. No se aprecian cambios en otros serogrupos, como el Y, que ya están aumentando en países del norte de Europa.

Otras enfermedades con vacuna incluida en calendario desde hace muchos años, como la tos ferina y la parotiditis, siguen siendo enfermedades de alta incidencia. En España, como en otros países con políticas de vacunación similares, la tos ferina ha resurgido en los últimos años. Entre las posibles causas se señalan, además de la mejora en el acceso a técnicas de diagnóstico rápido que permiten una mejor notificación de la enfermedad, la evanescencia del efecto protector de la vacuna y la menor efectividad de la vacuna acelular, comparada con la de células enteras. La tos ferina está aumentando en todos los grupos de edad pero lo preocupante, por su gravedad, es la enfermedad en los lactantes. Actualmente la Ponencia de Programas y Registro de Vacunaciones está revisando el programa nacional de vacunación frente a tos ferina con el objetivo de mejorar el control de la enfermedad en los lactantes; se está valorando incluir la recomendación de vacunar frente a tos ferina a las embarazadas en el tercer trimestre de gestación para reducir la incidencia de tos ferina en los menores de tres meses.

Enfermedades de transmisión aérea

La actividad de la gripe en España en la temporada 2012-2013 fue moderada y se asoció a una circulación predominante del virus de la gripe B, con una menor contribución de virus A(H1N1)pdm09. Fue una temporada tardía, con un pico de máxima actividad gripal a mediados de febrero de 2013. Los menores de 15 años fueron los más afectados, con mayores tasas de incidencia acumulada en el grupo de 5-14 años. Se produjeron diversos brotes de gripe, confirmados por virus B, distribuidos por gran parte del territorio nacional, en su mayoría en residencias geriátricas. Durante las semanas 7 a 13 de 2013 se observó un exceso de mortalidad por todas las causas que superó en un 12% los umbrales de alerta en mayores de 74 años y en el grupo de 15-64 años.

La incidencia de Legionelosis presenta una tendencia decreciente. Se notificaron 12 brotes en los que se afectaron 66 personas. En seis brotes no se identificó la fuente de infección. En los otros seis se identificaron dos torres de refrigeración, la instalación de agua sanitaria en dos brotes y un humidificador en un centro comercial y un baño con movimiento (spa) en los dos restantes. Debido a la importancia de la industria turística, nuestro país hace un esfuerzo especial en el seguimiento de casos asociados a viajar. El Centro Europeo para el Control y Prevención de las Enfermedades (ECDC) coordina la vigilancia de estos casos en Europa. Desde 2005 se ha observado un descenso tanto en el número de agrupamientos como de casos esporádicos asociados con viajar a España.

Los datos de incidencia y prevalencia de la lepra en España han disminuido respecto a años anteriores; sin embargo el número de casos prevalentes debería ser inferior, lo que pone de manifiesto la importancia de la vigilancia de los casos y el seguimiento del tratamiento. La mayoría de los casos son importados, por lo que hay que seguir manteniendo la sospecha diagnóstica en personas procedentes de países endémicos.

La tendencia de tuberculosis ha sido decreciente desde 2008 (-8% de media anual). Esta disminución se puede atribuir en su mayor parte al descenso de la incidencia de tuberculosis pulmonar y al descenso en adultos, mientras que en las formas extrapulmonares y en niños la disminución de las tasas ha sido menos acusada. Al hacer un análisis más detallado vemos que aunque las tasas han disminuido, se siguen concentrando en determinados grupos de edad, como adultos jóvenes y personas de edad avanzada, por lo que hay que incidir en el control en estos grupos. En niños las tasas en general son bajas, pero por la gravedad de la enfermedad, sobre todo la meningitis tuberculosa, y por la dificultad de diagnóstico en estas edades es muy importante un diagnóstico precoz y estudio de contactos familiares para encontrar el caso fuente.

Enfermedades de transmisión sexual y parenteral

El sistema de información sobre nuevos diagnósticos de VIH (SINIVIH) recoge información sobre los nuevos diagnósticos de la infección desde el año 2003; la incorporación de las CC.AA. a este sistema se ha realizado de forma paulatina, completándose en el año 2013. La tasa de nuevos diagnósticos de VIH en España en 2013 es similar a las de otros países de Europa occidental, aunque superior a la media del conjunto de la Unión Europea. En el periodo 2008-2013 se aprecian diferentes tendencias en la incidencia de nuevos diagnósticos de VIH según mecanismo de transmisión: en UDI la tendencia es descendente; en heterosexuales los casos descienden levemente en mujeres y se mantienen estables en hombres y en HSH la tendencia es ascendente. Como resultado de estas tendencias contrapuestas las tasas globales están bastante estables cuando se corrige por retraso en la notificación. Las personas de otros países suponen una parte relevante de los nuevos diagnósticos (32,5%), aunque parece que descienden desde 2010. El diagnóstico tardío (definido como presencia de <350 CD4 en la primera determinación tras el diagnóstico de VIH) es de casi el 47% y no ha disminuido en los últimos años.

Respecto al SIDA, desde el inicio de la epidemia se han notificado un total de 84.043 casos en España. A partir de la introducción de los tratamientos antirretrovirales se observó un notable descenso en la incidencia, que se ha ralentizado en los últimos años. Por categoría de transmisión, se observa en los últimos años un descenso continuado en el grupo de UDI y transmisión heterosexual, mientras que los casos en HSH se mantienen estables.

La incidencia anual de sífilis ha experimentado un importante crecimiento entre 2006 y 2013. Respecto a la sífilis congénita, en este año se han declarado 3 casos confirmados. La misma tendencia creciente se observa para los casos notificados de infección gonocócica y para los diagnósticos notificados al SIM de infección por *Chlamydia trachomatis*.

La incidencia de hepatitis B, presenta una tendencia descendente desde 2008. El 72% de los casos notificados fueron hombres. Se ha observado un aumento de la edad media de los casos. Esto ha supuesto el desplazamiento del grupo de edad de mayor incidencia, que fue el de 25-34 años en 2005-2009 al de 35-44 años en 2010-2013. Se detectaron 2 casos en menores de 1 año.

Enfermedades transmitidas por vectores

En este grupo ocupan un papel destacado las enfermedades importadas. De ellas la más importante es el paludismo que mantiene desde 2010 una tendencia creciente. Los casos reportados por España junto a otros cuatro países europeos (Francia, Reino Unido, Alemania y Bélgica) suponen el 85% de los que se reciben en la UE.

En 2013 todos los casos notificados de paludismo fueron importados, especialmente personas residentes en España que visitan a familiares en zonas endémicas sin adoptar medidas de protección siguen siendo el principal grupo de riesgo África fue el continente donde se adquirieron el 95 % de las infecciones. En tan solo tres países, Guinea Ecuatorial, Nigeria y Mali, se originaron el 63 % de los casos.

De algunas enfermedades como dengue, enfermedad por virus Chikungunya o fiebre del Nilo occidental, los datos de que disponemos proceden de otras fuentes como el Centro Nacional de Microbiología (2 casos de enfermedad por virus Chikungunya) o el SIM (46 casos de dengue). Esta situación cambiará con la implantación en 2015 de los nuevos protocolos de vigilancia que ya incluyen estas enfermedades entre las de declaración obligatoria.

En cuanto a las enfermedades de ámbito regional, las de mayor peso son la fiebre exantemática mediterránea, que está experimentando un aumento paulatino en los últimos años y la leishmaniasis en la que se ha observado una disminución de los casos una vez que se ha iniciado el control del brote que tuvo lugar en la Comunidad de Madrid los dos años anteriores. Finalmente. Se han notificado 8 casos de fiebre recurrente por garrapatas, aunque se sospecha que esta enfermedad está subestimada por la baja sospecha y la dificultad en el diagnóstico.

De otras enfermedades importadas de baja incidencia, como fiebre amarilla, fiebres hemorrágicas o encefalitis transmitida por garrapatas, no se notificó ningún caso.

Zoonosis

La brucelosis en España es una enfermedad en vías de control y sujeta a programas de erradicación en animales. Los casos humanos suelen tener un origen ocupacional y se producen esporádicamente brotes que pueden producir picos en la incidencia. Esto es lo que ha sucedido en el año 2013, en que el número de casos fue ligeramente superior al del año anterior. También en ese año se han añadido varias CC.AA. de la península a la lista oficial de indemnes para brucelosis ovina y caprina. En la lista ya estaban Islas Baleares y Canarias que siguen manteniendo su estatus de oficialmente indemnes.

Otras zoonosis incluidas en la RENAVE son las consideradas endémicas de ámbito regional como el carbunco, enfermedad ligada a actividades ganaderas. En España en los últimos años han predominado los casos de carbunco cutáneo. Desde la introducción en los años 70 de la vacuna en los herbívoros, se ha reducido el número de casos humanos a menos en 10 al año.

Una zoonosis de baja incidencia es la tularemia. Su interés se debe a su capacidad para producir periódicamente brotes de cierta magnitud. Tras el brote producido en 2007, el número de casos ha ido descendiendo de forma constante, y desde 2010 se mantiene en niveles muy bajos. Los factores de riesgo para esta enfermedad son

aquellas actividades relacionadas con la vida al aire libre, como caza, senderismo, o actividades laborales en el campo. En 2013 se notificaron dos casos.

No se declararon casos de rabia humana. De otras zoonosis que no eran de declaración obligatoria, como la fiebre Q, se recoge la información del SIM. El número de casos se mantuvo estable respecto al año anterior.

Encefalopatías Espongiformes Transmisibles Humanas

Se observa una regresión del ECJ iatrogénico, persisten frecuencias medias de ECJ esporádica. En el País Vasco se observa una alta frecuencia de EETH genéticas y más en concreto de IFL. A partir de 2008 no se ha confirmado ningún otro caso de vECJ.

BIBLIOGRAFÍA

1. Real Decreto 2210/1995, de 28 de diciembre, por el que se crea la red nacional de vigilancia epidemiológica.
2. DECISIÓN DE LA COMISIÓN 2012/506/EU de 27/09/2012 que modifica la Decisión 2002/253/CE por la que se establecen las definiciones de los casos para comunicar las enfermedades transmisibles a la red comunitaria, de conformidad con la Decisión n.º 2119/98/CE del Parlamento Europeo y del Consejo.
3. Centro Nacional de Epidemiología. Protocolos de las enfermedades de declaración obligatoria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2000. Disponible en:
http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-procedimientos/PROTOCOLOS_RENAVE-ciber.pdf

3. ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS Y AGUA

BOTULISMO

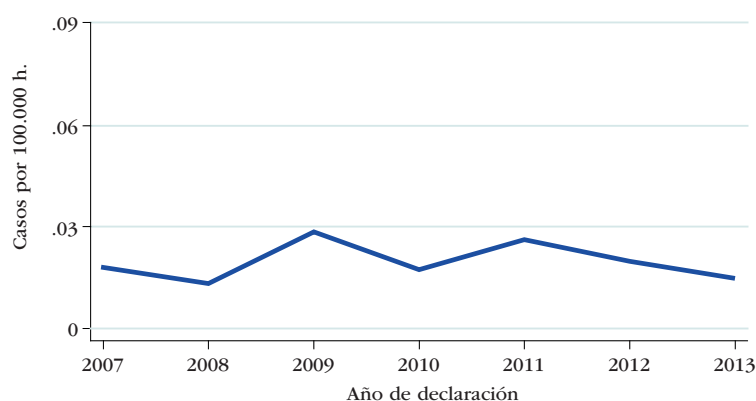
Situación epidemiológica

Distribución temporal y geográfica

En el año 2013 se notificaron 7 casos de botulismo (tres confirmados, tres probables y uno sospechoso), lo que supuso una incidencia anual de 0,015 casos por 100.000 habitantes (Figura 1).

Figura 1. Vigilancia de Botulismo. 2007-2013

Tasas de incidencia (casos por 100.000 h.)



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

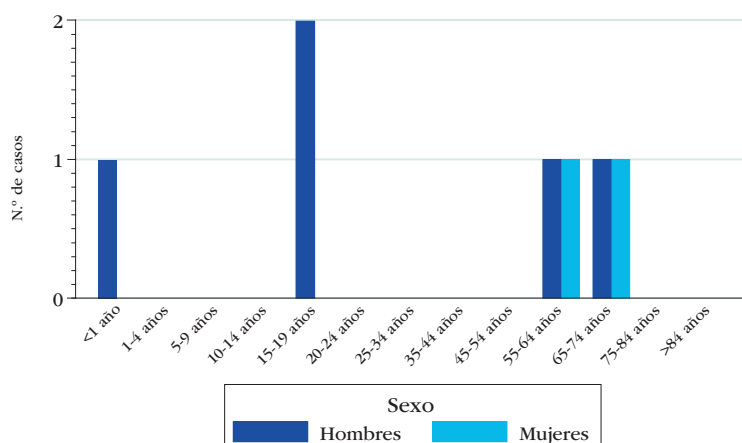
Los siete casos fueron botulismos alimentarios notificados por Castilla y León. Cuatro de estos casos se asociaron a dos brotes.

Características de los casos

En la figura 2 se observa la incidencia por grupo de edad y por sexo. Cuatro de los siete casos fueron en personas mayores de 54 años. Cinco casos fueron en hombres. No se notificó ninguna defunción.

Figura 2. Vigilancia de Botulismo. 2013

Casos por grupos de edad y sexo



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Discusión

Todos los casos declarados de botulismo en el año 2013 en España fueron de origen alimentario y se produjeron en la misma Comunidad Autónoma. Es importante recordar que la prevención de esta enfermedad se basa en la adecuada preparación, higiene y conservación de los alimentos.

CAMPILOBACTERIOSIS

Situación epidemiológica

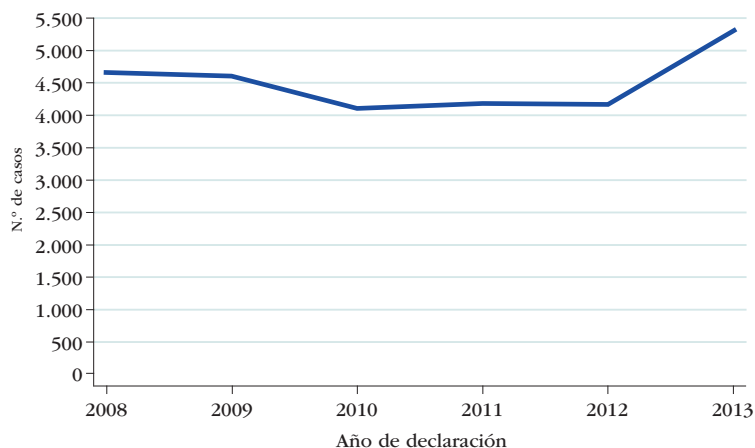
Distribución temporal

Durante el año 2013, 54 laboratorios de microbiología clínica, notificaron al SIM 7.282 infecciones por *Campylobacter*. El 80,4% de los casos aislados en 2013 (5.855) correspondieron a *C. jejuni*, el 3,8% (278) correspondieron a *C. coli*, 12 infecciones se debieron a otras especies (*C. fetus* y *C. lari*) y un 15,6% (1137) no mencionaban la especie (*Campylobacter spp.*).

En los últimos 6 años notificaron de manera continuada 31 laboratorios. Se observó un aumento importante en 2013 comparado con 2012. (Figuras 1 y 2).

Figura 1. Vigilancia de *Campylobacter*. 2008-2013

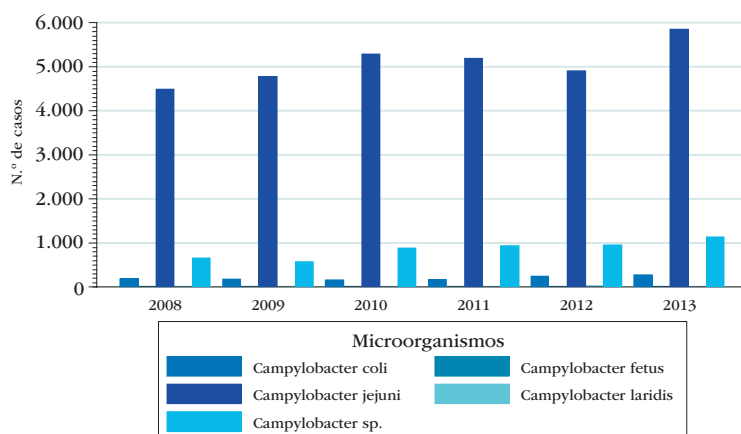
Casos notificados



Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

Figura 2. Vigilancia de *Campylobacter*. 2013

Casos por año y microorganismo aislado

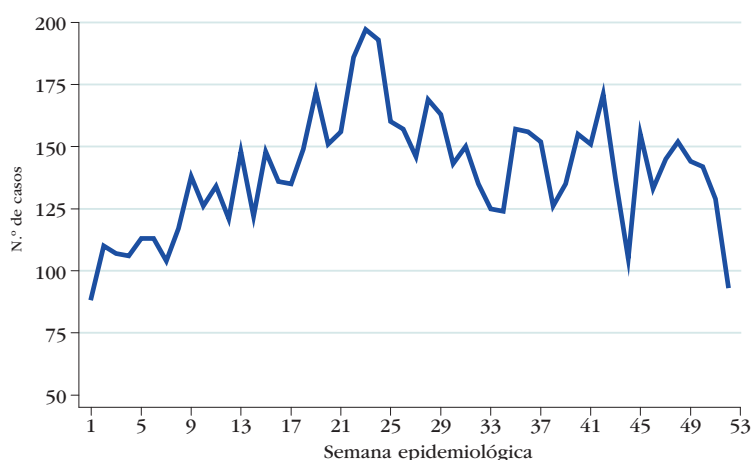


Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

Se observa un mayor número de casos de *Campylobacter* notificados en junio (semanas 22-24) (Figura 3).

Figura 3. Vigilancia de *Campylobacter*. 2013

Casos notificados por semana



Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

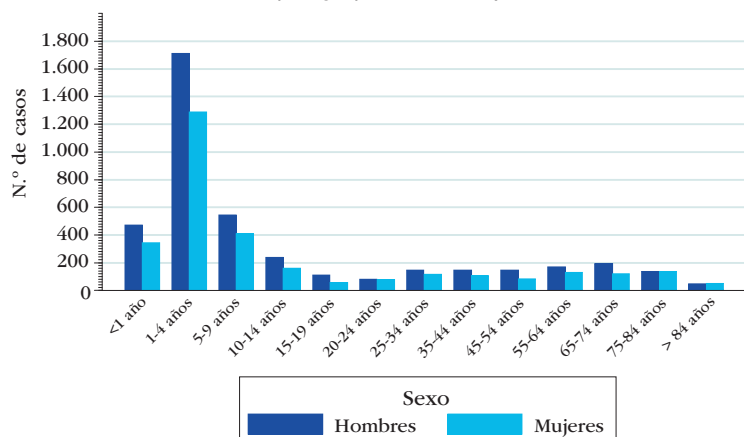
Se notificaron 15 brotes que afectaron a 582 personas. Doce de estos brotes fueron de transmisión alimentaria.

Características de los casos

El 57,4% (4.139/7.212) de los casos fueron hombres. El 41,6% de los casos tuvieron entre 1 y 4 años, el 13,3% entre 5 y 9 años y el 11,4% fueron menores de 1 año de edad. (Figura 4).

Figura 4. Vigilancia de *Campylobacter*. 2013

Casos por grupos de edad y sexo



Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

Discusión

Campilobacteriosis es la primera causa de gastroenteritis notificada al SIM. En el año 2013 se ha producido un aumento en los casos notificados con respecto al año anterior. La mayor proporción de casos notificados fue en menores de 10 años.

CRIPTOSPORIDIOSIS

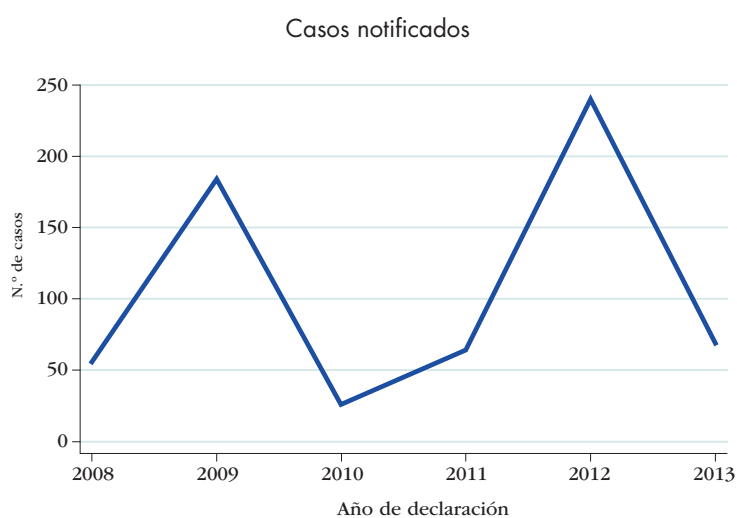
Situación epidemiológica

Distribución temporal y geográfica

En el año 2013 se notificaron 107 casos de infección por *Cryptosporidium*, a través de quince laboratorios del SIM. Nueve laboratorios notificaron al SIM de manera continuada durante los últimos 6 años y se seleccionaron para el estudio de la tendencia. Se observó una importante disminución en el número de casos en 2013 con respecto al año anterior (Figura 1).

Durante 2013 se notificó un brote debido a *Cryptosporidium*, en una guardería, con 45 casos.

Figura 1. Vigilancia de *Cryptosporidium*. 2008-2013



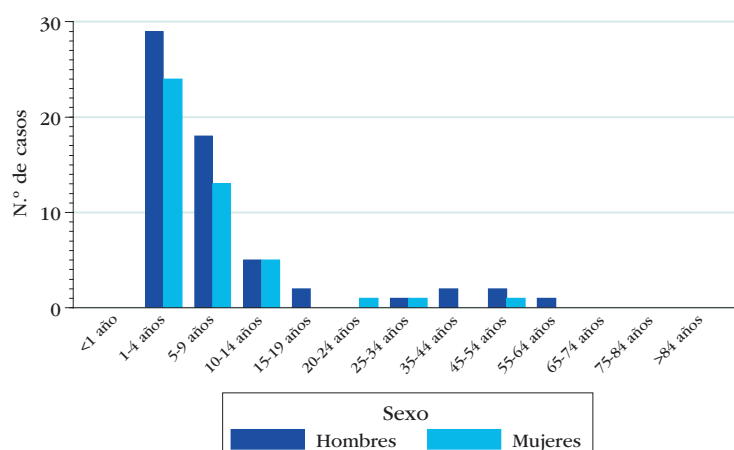
Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

Características de los casos

La mayoría de los casos de *Cryptosporidium* notificados en el año 2013 fueron en el grupo entre uno y nueve años (79%). El 57% de los casos fueron en hombres (Figura 2).

Figura 2. Vigilancia de *Cryptosporidium*. 2013

Casos por grupos de edad y sexo



Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

Discusión

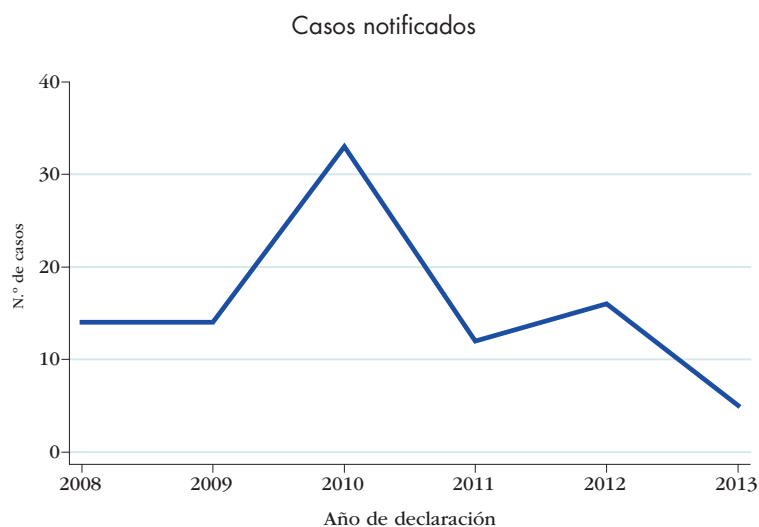
El número de casos de *Cryptosporidium* notificados en España en el año 2013 disminuyó respecto al año anterior. La mayoría de estos aislamientos se realizaron en niños entre uno y nueve años. Se debe seguir insistiendo en la importancia del manejo y tratamiento adecuados de las aguas que se utilizan para consumo y recreo, y en la correcta higiene personal para la prevención de esta enfermedad.

INFECCIÓN POR *E. COLI* PRODUCTOR DE TOXINA SHIGA O VEROTOXINA

Situación epidemiológica

Distribución temporal

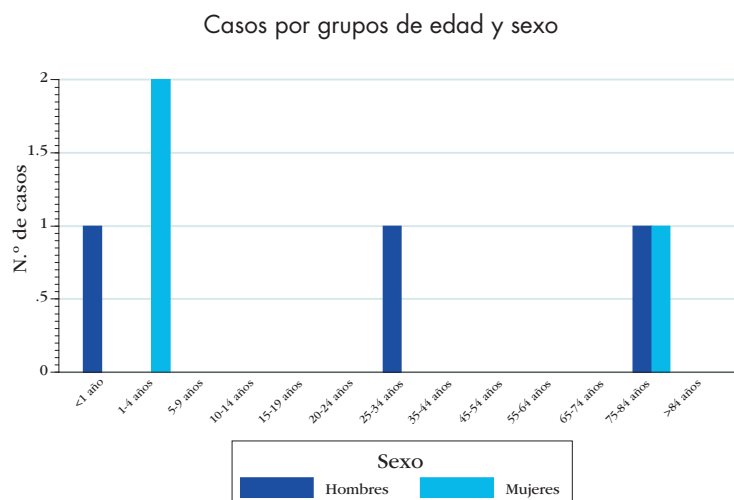
Al SIM se notificaron 6 casos de *E. coli* productor de toxina shiga (STEC), solamente se especificó el serogrupo en uno de ellos (O157). Para analizar la tendencia en el número de casos notificados a lo largo del tiempo se ha tenido en cuenta la información proporcionada por los 16 laboratorios que han notificado de forma constante entre 2008 y 2013. Se observa una disminución en el número de casos notificados en 2013 con respecto al año anterior ([Figura 1](#)). También se analizó la información procedente del Laboratorio Nacional de Referencia (LNR), que notificó 28 casos STEC, 23 de ellos identificados como O157:H7, 2 casos O26:H11, 2 casos O73:H18 y un caso O145:H34. En 3 de los casos notificados por el LNR se notificó un síndrome hemolítico urémico (1 casos O157, 1 O26 y 1 O73).

Figura 1. Vigilancia de *E. coli* verotoxigénico. 2008-2013

Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

Características de los casos

Tres casos se produjeron en menores de 5 años, otro en el grupo de edad entre 25 y 34 años y dos en el grupo entre 75 y 84 años. Se notificó el mismo número de casos en hombres que en mujeres (Figura 2).

Figura 2. Vigilancia de *E. coli* verotoxigénico. 2013

Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

Durante 2013 se notificó un brote producido por *E. coli* serotipo O26:H11, con cinco casos, desarrollando uno de ellos un síndrome hemolítico urémico.

Discusión

El número de casos de infección por *E. coli* productor de toxina shiga o verotoxina es pequeño, sin embargo hay que tener en cuenta que, especialmente en niños, puede producir una enfermedad grave como es el síndrome hemolítico urémico.

FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA

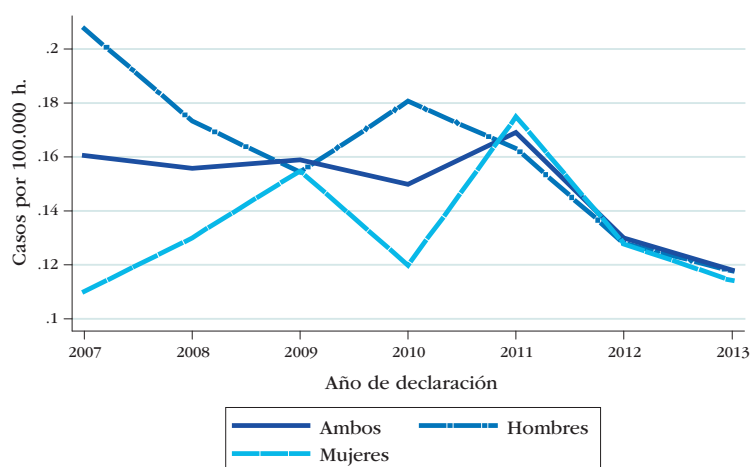
Situación epidemiológica

Distribución temporal y geográfica

El total de infecciones por *Salmonella* Typhi y *Salmonella* Paratyphi notificadas al sistema de enfermedades de declaración obligatoria en 2013 fue de 55; de los que 52 casos (94,5%) fueron casos confirmados. La incidencia de la enfermedad se mantiene entre 0,12 y 0,16 por 100.000 habitantes en los últimos 5 años, siendo la tasa de 2013 de 0,12 casos por 100.000 habitantes (Figura 1).

Figura 1. Vigilancia de F. tifoidea y paratifoidea. 2007-2013

Tasas de incidencia (casos por 100.000 h.)

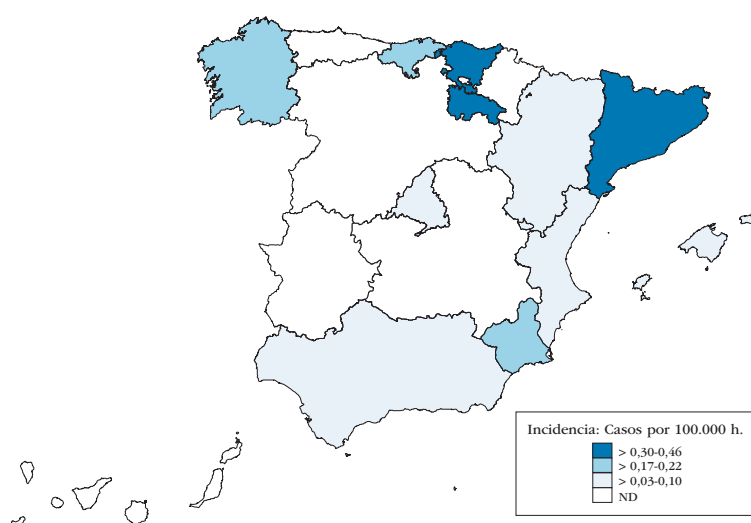


Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

La comunidad autónoma que notificó mayor número de casos fue Cataluña con 22 casos. Las mayores tasas de incidencia se dieron en País Vasco (0,46 casos por 100.000 habitantes), La Rioja (0,31 casos por 100.000 habitantes) y Cataluña (0,30 casos por 100.000 habitantes) (Figura 2). No se registraron casos en Asturias, Canarias, Castilla La Mancha, Castilla y León, Extremadura, Navarra, Ceuta y Melilla.

Figura 2. Vigilancia de F. tifoidea y paratifoidea. España, 2013

Incidencia por Comunidades Autónomas



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

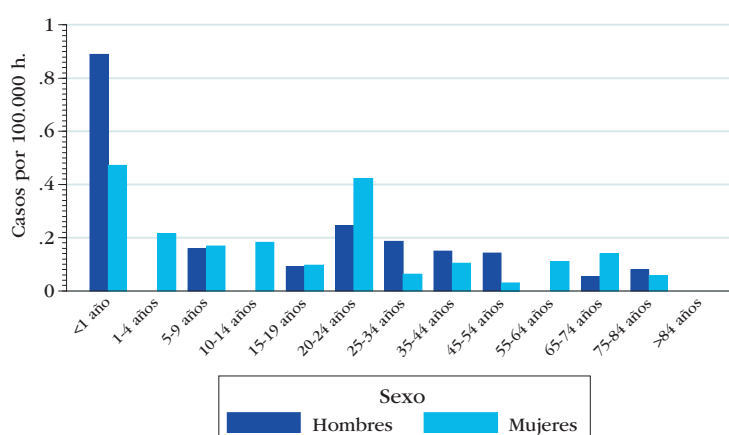
Características de los casos

El 50% de los casos fueron mujeres (27). Cuatro (5,5%) de los casos notificados se dieron en menores de 1 año. Los grupos de edad con mayor número de casos fueron el de 35-44 años (10), el de 25-34 años (9) y el de 20-24 años (8), aunque las mayores tasas se dan en niños varones menores de un año (0,89 casos por 100.000 habitantes).

De los casos notificados en 2013, 52 (94,6%) fueron autóctonos. Sólo se notificó un caso importado (1,8%), correspondiente a un caso notificado por Murcia importado desde Marruecos. En el resto, 2 (3,6%), no se conocía la procedencia.

Figura 3. Vigilancia de F. tifoidea y paratifoidea, 2013

Tasas de incidencia por grupos de edad y sexo



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Quince laboratorios notificaron al SIM 30 casos, de ellos un 23,3% (7/30) *Salmonella* Typhi y un 76,7% (23/30) *Salmonella* Paratyphi (A). El 70% (21/30) de los casos, notificados a través del SIM fueron hombres.

En este periodo no se ha notificado ningún brote de fiebre tifoidea o paratifoidea.

Discusión

La fiebre tifoidea y paratifoidea son infecciones con una baja incidencia en nuestro país. La tasa se mantiene desde el año 2007 y continua por debajo de la tasa media de los países de la Unión Europea (0,25 casos por 100.000 habitantes en 2012), según datos del informe anual de enfermedades transmitidas por alimentos del ECDC del año 2014.

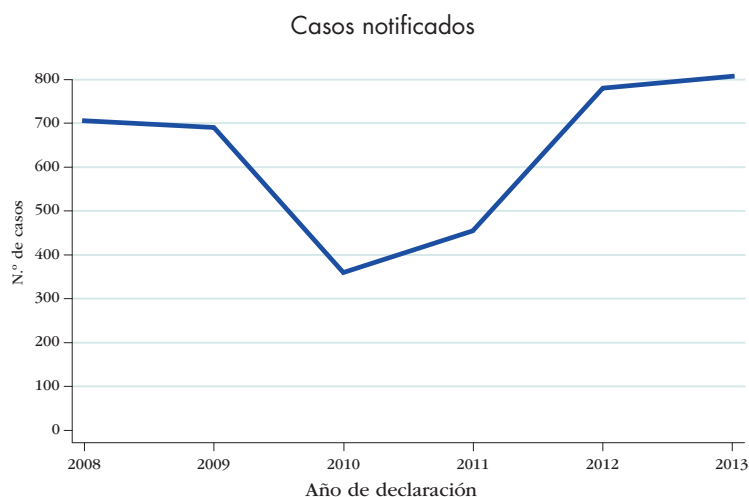
GIARDIASIS

Situación epidemiológica

Distribución temporal y geográfica

En 2013 se notificaron 890 aislamientos de *Giardia lamblia* por parte de 27 laboratorios que notificaron al SIM. Entre 2008 y 2013, 16 laboratorios notificaron de forma constante. Durante ese período se observó una tendencia decreciente en el número de casos hasta el año 2010, con un aumento en 2011 y un mayor aumento en 2012; los casos notificados en 2013 son similares a los del año anterior (Figura 1).

Figura 1. Vigilancia de *Giardia lamblia*. 2008-2013



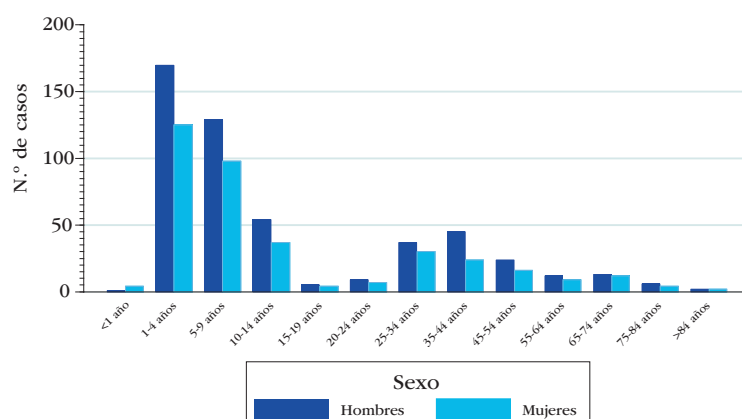
Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

Características de los casos

Los datos del SIM muestran que la mayor proporción de casos notificados fueron en niños entre 1 y 14 años y en adultos a partir de 25 años. En cuanto a la distribución por sexos el 57,4% (511) de los casos correspondieron a hombres y el 42,4% (377) a mujeres (Figura 2). Este dato no figuraba en 2 casos.

Figura 2. Vigilancia de *Giardia lamblia*. 2013

Casos por grupos de edad y sexo



Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

En 2013 se notificó un brote por *Giardia*, con dos casos.

Discusión

El número de infecciones por *G. lamblia* notificadas en España en 2013 es similar al año anterior. La mayoría de ellas se corresponden a niños y adultos jóvenes.

HEPATITIS A

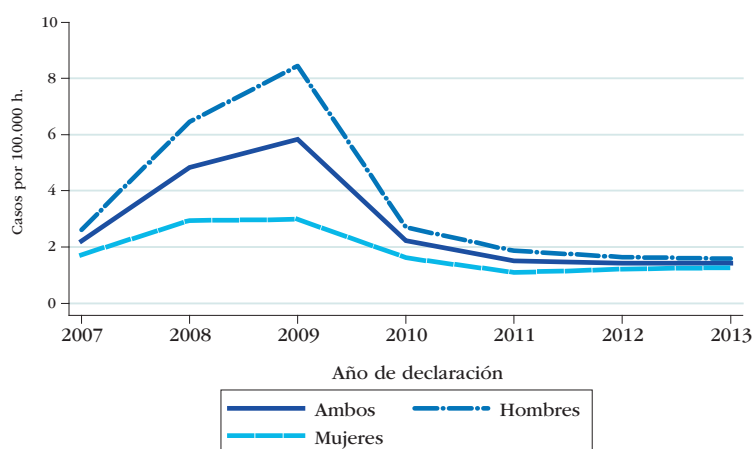
Situación epidemiológica

Distribución temporal y geográfica

En 2013 se notificaron 664 casos de hepatitis A. La incidencia fue de 1,42 casos por 100.000 habitantes, igual que el año anterior (Figura 1). El mayor número de casos notificados se dio en septiembre-enero.

Figura 1. Vigilancia de Hepatitis A. 2007-2013

Tasas de incidencia (casos por 100.000 h.)

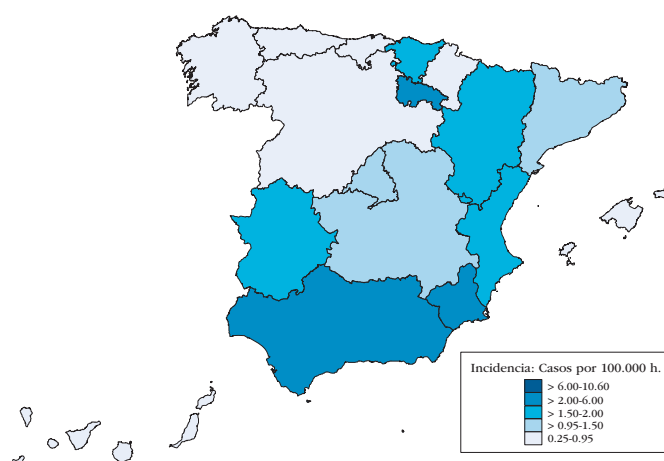


Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Las tasas más altas fueron las de Ceuta y Melilla (10,6 y 6 casos por 100.000 habitantes respectivamente), seguidas de las de La Rioja (4,4 casos por 100.000 habitantes) y Murcia y Andalucía con 2,6 y 2,2 casos por 100.000 habitantes respectivamente. Las tasas más bajas fueron las de Galicia y Navarra, que estaban por debajo de 0,5 casos por 100.000 habitantes.

Figura 2. Vigilancia de Hepatitis A. España, 2013

Incidencia por Comunidades Autónomas



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

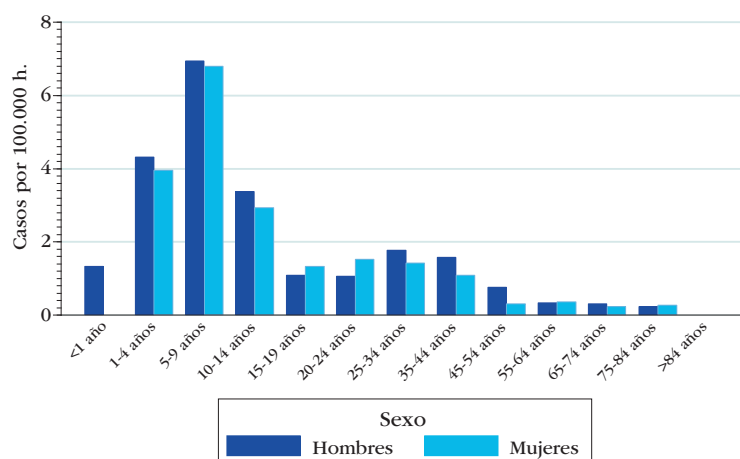
Características de los casos

Los casos de hepatitis A se notificaron con más frecuencia en hombres 54,8% (364 casos).

Tanto en hombres como en mujeres (Figura 3), el grupo más afectado fue el de 5 a 9 años (7 casos por 100.000 habitantes en hombres y 6,8 en mujeres), seguido del de 1 a 4 años (4,3 casos por 100.000 habitantes en hombres y 4 en mujeres) y del de 10 a 14 años (3,4 casos por 100.000 habitantes en hombres y 2,9 en mujeres).

Figura 3. Vigilancia de Hepatitis A. 2013

Tasas de incidencia por grupos de edad y sexo



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Se notificaron 56 brotes de hepatitis A en 2013, dos de ellos transmitidos por agua e importados de Marruecos y uno transmitido por alimentos. En total 20 brotes tuvieron su origen en un país distinto de España.

Discusión

La incidencia de hepatitis A en España en 2013 fue similar al año anterior. La incidencia fue mayor en hombres que en mujeres, encontrándose la mayor incidencia en el grupo de edad de 5 a 9 años.

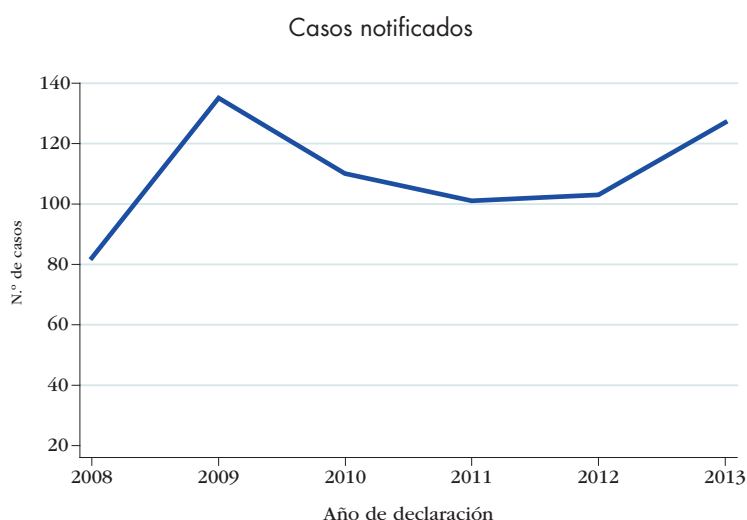
LISTERIOSIS

Situación epidemiológica

Distribución temporal

En 2013 33 laboratorios notificaron al SIM 143 casos de listeriosis. En los últimos 6 años 24 laboratorios han declarado de forma constante y se han utilizado para ver la tendencia de la enfermedad ([Figura 1](#)). Teniendo en cuenta esos 24 laboratorios se observa un incremento en el número de casos notificados en 2013 con respecto al año anterior.

Figura 1. Vigilancia de *Listeria monocytogenes*. 2008-2013



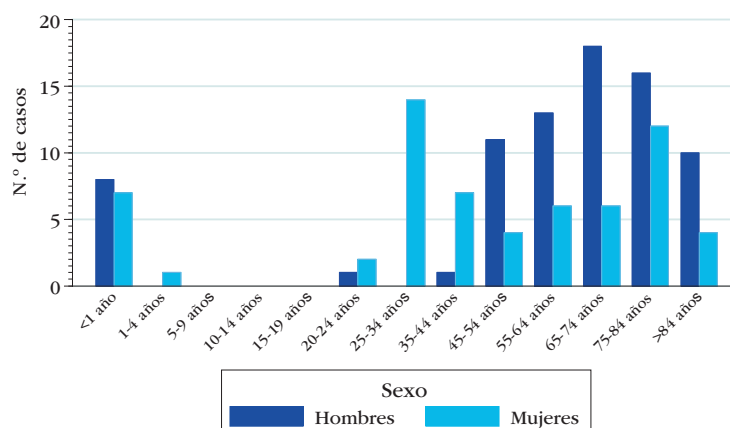
Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

Características de los casos

En cuanto a la distribución por edad y sexo se observa que los grupos con mayor proporción de casos son aquellos que corresponden con los más vulnerables a esta infección: recién nacidos, mujeres en edad fértil (embarazadas) y ancianos. ([Figura 2](#)).

Figura 2. Vigilancia de *Listeria monocytogenes*. 2013

Casos por grupos de edad y sexo



Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

En 2012 no se notificó ningún brote de listeriosis.

Discusión

En 2013 los casos de listeriosis han aumentado respecto al año anterior. La distribución por edad y sexo sigue el patrón habitual para esta enfermedad.

SALMONELOSIS

Situación epidemiológica

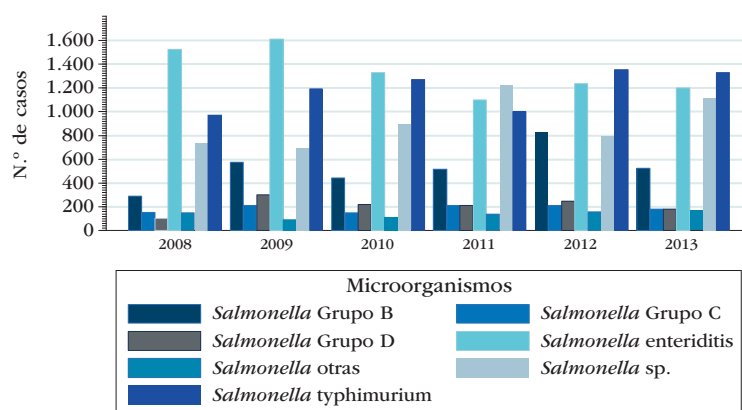
Distribución temporal

Sesenta laboratorios de microbiología clínica notificaron al SIM un total de 4.710 casos de infección por *Salmonella* no tifoidea en el año 2013. Treinta y tres de esos laboratorios declararon de forma constante en los últimos seis años y son los usados para evaluar la tendencia. En 2013 el número de casos declarados por esos laboratorios (3.520 casos) aumento con respecto al 2012 (3.153 casos).

La tendencia fue desigual en función del serotipo estudiado (Figura 1), aunque parece que se está produciendo un leve ascenso del número de casos de *S. Typhimurium*. En el resto no se apreciaba tendencia estable en los últimos años.

Figura 1. Vigilancia de *Salmonella*. 2008-2013

Casos por año y microorganismo aislado



Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

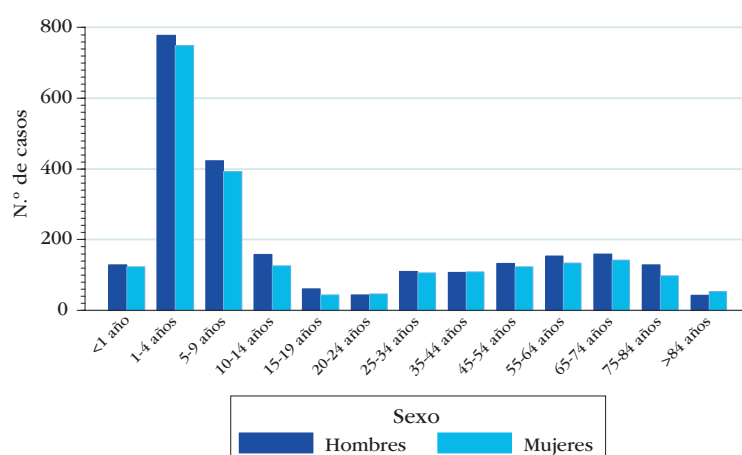
Características de los casos

El microorganismo que se aisló con más frecuencia fue *Salmonella* Typhimurium con 1.331 (28,3%), seguido de *Salmonella* Enteritidis con 1.200 casos (25,5%) y *Salmonella* Grupo B con 525 casos (11,2%).

Se dispone de información sobre sexo en 4.698 casos (99,8%), siendo el 51,8% de los casos (2.438) hombres. Se dispone de información sobre edad en 4.677 casos (99,3%). El 37,8% (1.779) eran menores de 5 años y el 13,3% (626) mayores de 65 (Figura 2).

Figura 2. Vigilancia de *Salmonella*. 2013

Casos por grupos de edad y sexo

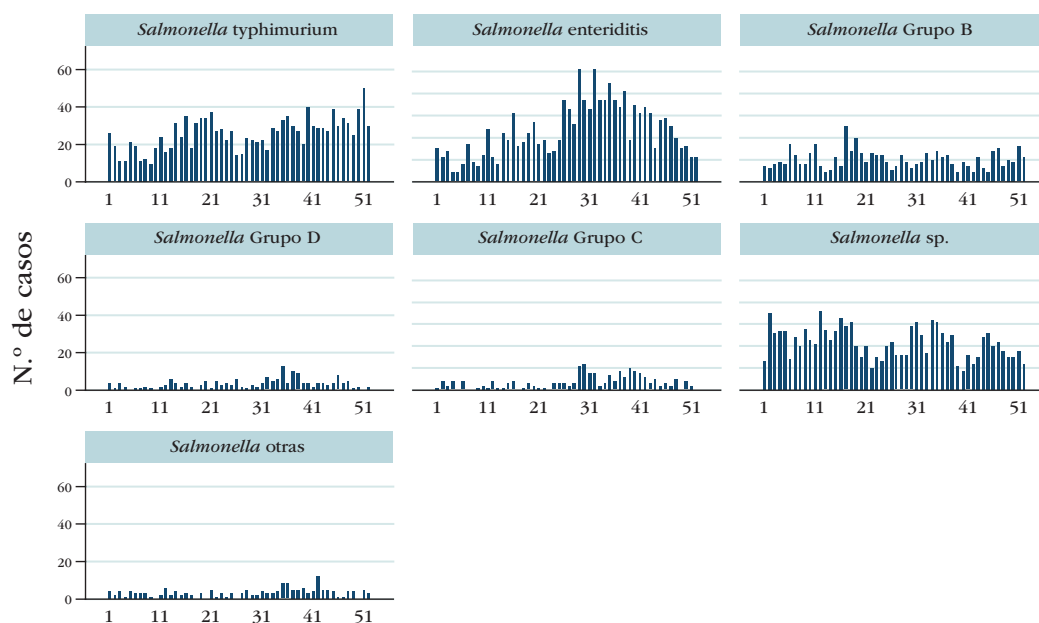


Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

Salmonella Enteritidis presenta un mayor número de casos en los meses cálidos entre las semanas 20 y 40. En el resto de serotipos la estacionalidad no está tan clara. (Figura 3).

Figura 3. Vigilancia de *Salmonella*. 2013

Casos por semana y microorganismo aislado



Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

En 2013, se notificaron 297 brotes causados por *Salmonella*, todos ellos autóctonos con un total de 2.188 enfermos, 474 hospitalizados y 3 defunciones. La mitad de ellos causados por *Salmonella* Enteritidis (78,1% de los brotes con *Salmonella* serotipada), seguido de *Salmonella* Typhimurium (15,5% de los brotes con *Salmonella* serotipada). Predominan los brotes de transmisión alimentaria, en total el 87,5% (260/297), 2 de ellos transmitidos por agua. Se identificó algún alimento sospechoso en el 80,5% de los brotes. Entre los alimentos sospechosos, el alimento implicado con más frecuencia fue el huevo y sus derivados (75,5% de los brotes), seguido a gran distancia de la carne y productos cárnicos (10,6%), la repostería (3,9%) y el pescado/marisco (1,7%).

Discusión

Los cuadros de salmonelosis son la segunda causa de gastroenteritis bacteriana notificada al SIM en España detrás de los causados por *Campylobacter*, mientras que continua representando la principal causa de brotes de transmisión alimentaria.

De acuerdo al último informe de enfermedades de transmisión alimentaria del ECDC, los serogrupos notificados con mayor frecuencia son *S. Typhimurium* y *S. Enteritidis* tanto en España como en la Unión Europea. Sin embargo, en Europa el serotipo Enteritidis continúa siendo el más frecuente, mientras que en España es el serotipo Typhimurium. La tasa de casos confirmados continúa siendo bastante alta (34,07 casos por 100.000) comparada con la de la Unión Europea (tasa de notificación estandarizada por edad de 21,82 casos por 100.000 habitantes en 2012 en la Unión Europea).

SHIGELOSIS

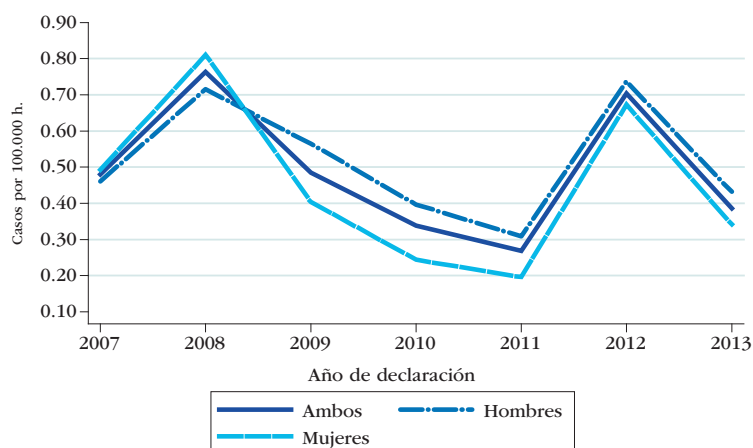
Situación epidemiológica

Distribución temporal y geográfica

En 2013 se notificaron 180 casos de shigelosis, la incidencia fue de 0,4 casos por 100.000 habitantes (Figura 1).

Figura 1. Vigilancia de Shigelosis. 2007-2013

Tasas de incidencia (casos por 100.000 h.)

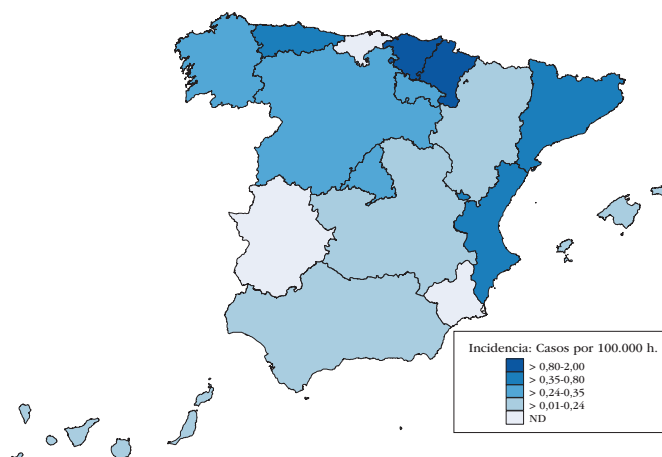


Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Navarra fue la comunidad autónoma que notificó una mayor incidencia de shigelosis en 2013 (1,9 casos por 100.000 habitantes), le sigue en incidencia País Vasco con 1,1 casos por 100.000 habitantes. Cinco comunidades (Cantabria, Extremadura, Murcia, Ceuta y Melilla) no notificaron ningún caso (Figura 2).

Figura 2. Vigilancia de Shigelosis. España, 2013

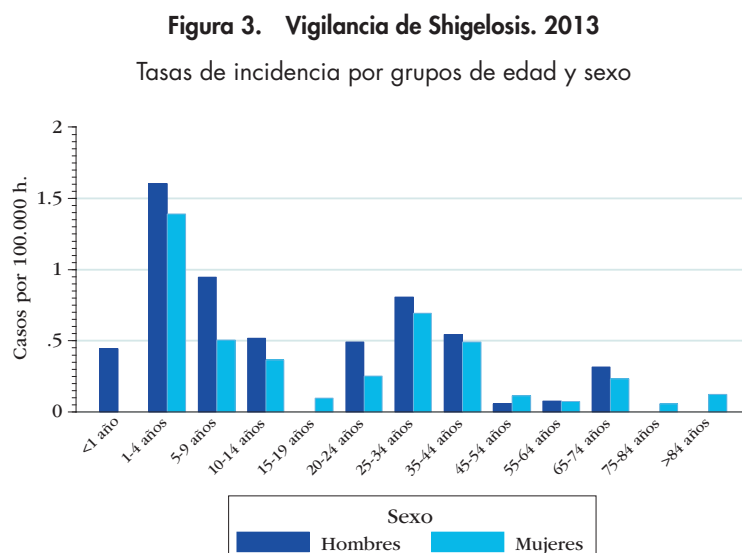
Incidencia por Comunidades Autónomas



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Características de los casos

La mayor incidencia se alcanzó en menores de 15 años, fundamentalmente en niños de 1 a 9 años, seguido del grupo de adultos jóvenes, de 20 a 44 años. La razón de masculinidad fue de 1,2 (Figura 3).



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Se notificaron ocho brotes en 2013, cinco de ellos de transmisión persona a persona y tres de transmisión alimentaria.

Discusión

La incidencia de shigelosis en 2013 en España disminuyó con respecto al año anterior, año en que se produjo un brote con un elevado número de casos. La mayor incidencia correspondió a los menores de 5 años y adultos jóvenes.

TRIQUINOSIS

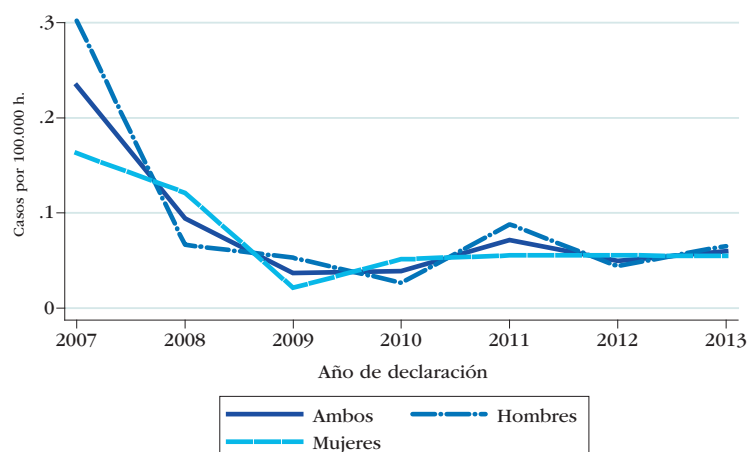
Situación epidemiológica

Distribución temporal y geográfica

En el año 2013 se notificaron 28 casos de triquinosis, 23 de ellos confirmados (82,1%) y 5 probables (17,8%), lo que supuso una tasa de incidencia para ese año de 0,06 casos por 100.000 habitantes (Figura 1).

Figura 1. Vigilancia de Triquinosis. 2007-2013

Tasas de incidencia (casos por 100.000 h.)



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

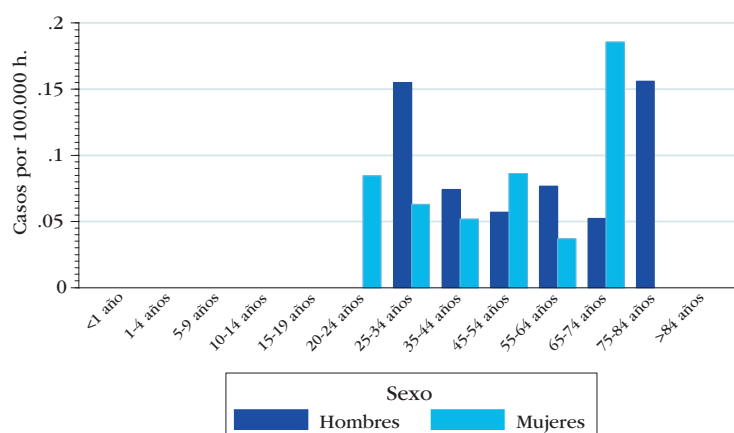
Todos los casos notificados en 2013 son de la Comunidad de Madrid.

Características de los casos

Todos los casos de triquinosis se dieron en personas en los grupos de edad entre 20 y 84 años. El 53,6% (15 casos) fueron hombres (Figura 2). Se notificó el ingreso hospitalario de tres casos.

Figura 2. Vigilancia de Triquinosis. 2013

Tasas de incidencia por grupos de edad y sexo



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Todos los casos corresponden a un brote en el que el vehículo fue carne de cerdo procedente de una matanza casera, aunque se sospecha que pudiera llevar mezclada carne de jabalí.

Discusión

En general los casos de triquinosis se asocian a brotes debido al consumo de carne de jabalí y/o cerdo habitualmente procedente de cacerías o matanzas caseras sin control. Para evitar la enfermedad, es importante, la adecuada cocción de la carne.

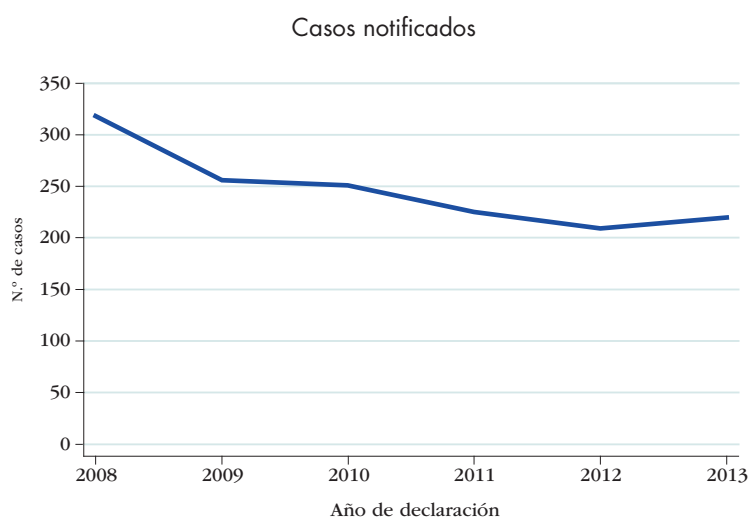
YERSINIOSIS

Situación epidemiológica

Distribución temporal

En 2013, 30 laboratorios notificaron 243 casos de yersiniosis, 220/243 debidos a *Y. enterocolitica*, identificándose el serogrupo O:3 en 23 (9,5%) de los casos. Diecinueve laboratorios notificaron casos de forma estable desde el año 2008. En 2013 estos laboratorios notificaron 220 casos, un número levemente superior al año anterior que fue de 209 casos (Figura 1).

Figura 1. Vigilancia de *Yersinia enterocolitica*. 2008-2013



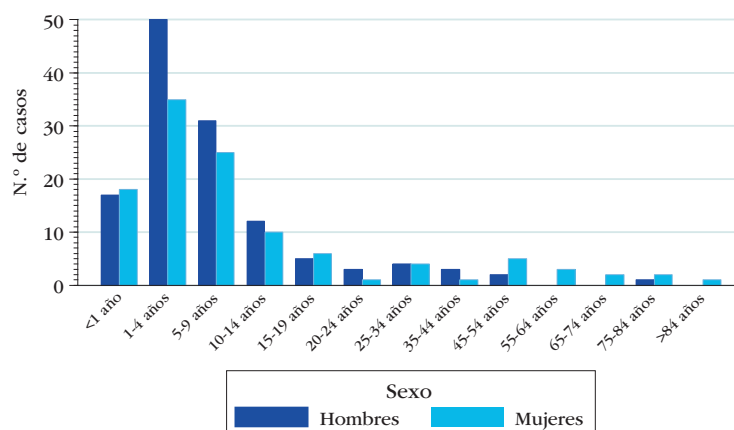
Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

Características de los casos

El grupo de edad del que se notificaron más casos fue el de 1 a 4 años con el 35% de los casos (85/243). El 81,5% de los casos declarados (198/243) tenían menos de 15 años. El 53,1% (128) de los casos se dieron en hombres y el 45,9% (113) en mujeres. No se informó del sexo en 2 casos (Figura 2). Se notificó un brote causado por *Yersinia* en 2013, que afectó a tres miembros de una misma familia, se desconoce si la transmisión fue persona a persona o a través de un alimento contaminado.

Figura 2. Vigilancia de *Yersinia enterocolitica*. 2013

Casos por grupos de edad y sexo



Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

Discusión

El número de casos de yersiniosis en 2013 se mantuvo en valores similares a los del año anterior. La mayoría de los casos notificados fueron en menores de 15 años.

4. ENFERMEDADES PREVENIBLES POR LA VACUNACIÓN

DIFTERIA

Situación epidemiológica

No se notificó ningún caso de difteria en el año 2012. Los dos últimos casos de difteria en España se notificaron en 1986.

Dada la situación epidemiológica actual en nuestro país, la existencia de un solo caso de difteria requiere la notificación inmediata y la adopción de medidas de control, tales como tratamiento, aislamiento del caso, vacunación y profilaxis de los contactos y será considerado como brote.

ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA

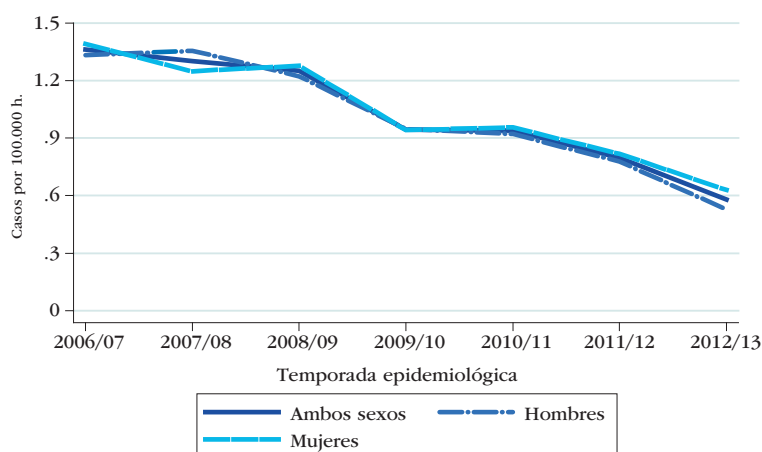
Situación epidemiológica

Distribución temporal y geográfica

En la temporada 2012/13 se notificaron 348 casos de enfermedad meningocócica, tasa de 0,74 por 100.000 habitantes. De estos casos se confirmaron el 78% (271) con una tasa de incidencia de 0,59 por 100.000 habitantes. El número de casos declarado descendió de forma continuada desde la temporada 2006/07 (12,6% de media anual). La tendencia fue similar en hombres y mujeres (Figura 1).

Figura 1. Vigilancia de Enf. meningocócica. 2006/07-2012/13

Tasas de incidencia (casos por 100.000 h.)



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Se notificaron 193 casos causados por el serogrupo B (71% del total de casos confirmados) y la tasa fue de 0,42 casos por 100.000 habitantes, por debajo de la tasa del año anterior (0,52 casos por 100.000 habitantes). Treinta y un casos se debieron al serogrupo C (0,06 casos por 100.000 habitantes). Además, se produjeron 30 casos

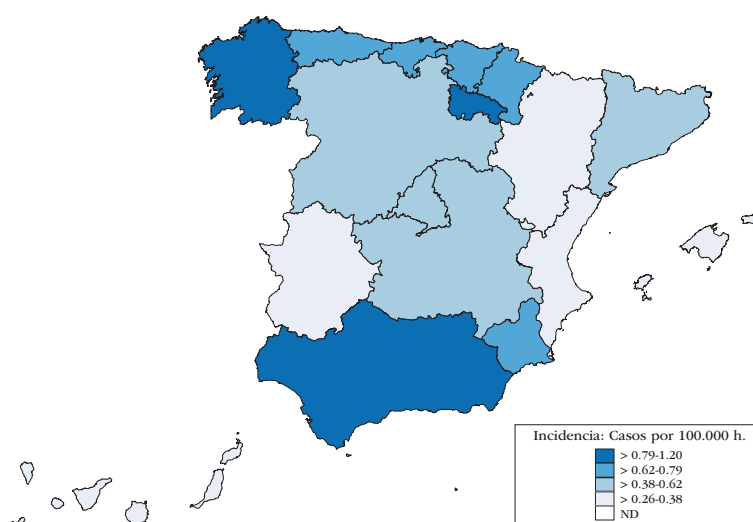
por otros serogrupos (0,06 por 100.000 habitantes) y se confirmaron 17 casos sin llegar a identificar el serogrupo (0,04 por 100.000 habitantes). Entre los 30 casos de otros serogrupos, 12 casos se debieron a cepas no agrupables, 4 casos se debieron al serogrupo Y, 8 al W, y 6 a otros sin especificar.

Las tasas de incidencia de casos confirmados más elevadas correspondieron a La Rioja (0,95 casos por 100.000 habitantes), Galicia (0,87 casos por 100.000 habitantes) y Andalucía (0,81 casos por 100.000 habitantes). Las más bajas correspondieron a Comunidad Valenciana (0,26 casos por 100.000), Extremadura (0,27) y Baleares (0,36). Melilla notificó un caso y Ceuta no notificó casos (Figura 2).

Los casos mantuvieron la presentación estacional de la enfermedad. El mayor número de casos se notifican en los meses de enero, febrero y marzo (31, 35 y 29 casos respectivamente).

Figura 2. Vigilancia de Enf. meningocócica. Temporada 2012/13

Incidencia por Comunidades Autónomas



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Características de los casos

El número total de casos confirmados de género masculino fue 121 (0,53 casos por 100.000 hombres) y 149 del femenino (0,63 casos por 100.000 mujeres).

La incidencia de casos del serogrupo B fue 0,34 y 0,48 casos por 100.000 para hombres y mujeres, respectivamente. La incidencia por serogrupo C fue 0,08 casos por 100.000 habitantes en hombres y 0,05 casos por 100.000 habitantes en mujeres.

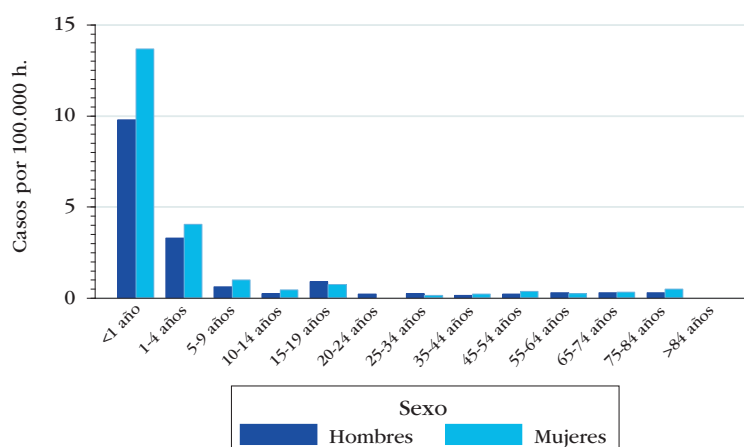
La incidencia de casos confirmados por grupos de edad se muestra en la figura 3. La tasa de incidencia más elevada correspondió a los menores de un año (11,21 casos por 100.000 hab.) y al grupo de 1 a 4 años (3,36 casos por 100.000 hab.). Para el serogrupo B, las tasas más altas correspondieron a los menores de 5 años (10,3 casos por 100.000 hab. para los menores de 1 año y 3,00 casos por 100.000 hab. en el grupo de 1 a 4).

Para el serogrupo C las tasas más elevadas correspondieron a los menores de 1 año (0,23) y al grupo de 15 a 19 años (0,23). Se notificaron 8 casos menores de 20

años. Un caso fue importado de Rusia, tenía 14 meses y no estaba vacunado. Entre los 7 restantes hubo tres fallos de la vacuna confirmados (dos casos con 15 años habían recibido la vacuna conjugada en las campañas de 2000 y 2001 y otro fue vacunado con dos dosis de acuerdo a su edad en 2004) y un fallo probable (sólo había recibido dos dosis). Además se notificaron tres casos con 18 y 19 años para los que se desconoce el estado de vacunación.

Figura 3. Vigilancia de Enf. meningocócica. 2012/13

Tasas de incidencia por grupos de edad y sexo



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Se notificaron 36 defunciones, 29 en casos confirmados. La letalidad para el total de casos confirmados fue 10,7%. Se produjeron 18 fallecimientos por serogrupo B (letalidad de 9,3%) y 6 por serogrupo C (letalidad de 19,4%). Doce de los fallecidos tenían menos de 20 años (10 fueron debidos al serogrupo B y 2 al serogrupo C).

Discusión

La incidencia de enfermedad meningocócica presentó una tendencia descendente en los últimos años, el descenso se dio tanto en los casos por serogrupo B como por serogrupo C. El mayor descenso se observa en el serogrupo C en las cohortes que han sido objeto de vacunación (menores de 25 años) con vacuna conjugada para el serogrupo C. Sin embargo, también descendieron los casos en las personas de 25 y más años, edades que no fueron objeto de vacunación.

En el momento actual el serogrupo B es la principal causa de enfermedad meningocócica en todas las CC.AA. Los cambios observados en la incidencia de este serogrupo no han sido relevantes y el descenso observado, probablemente, se debe a los cambios cíclicos que afectan a la evolución de la enfermedad.

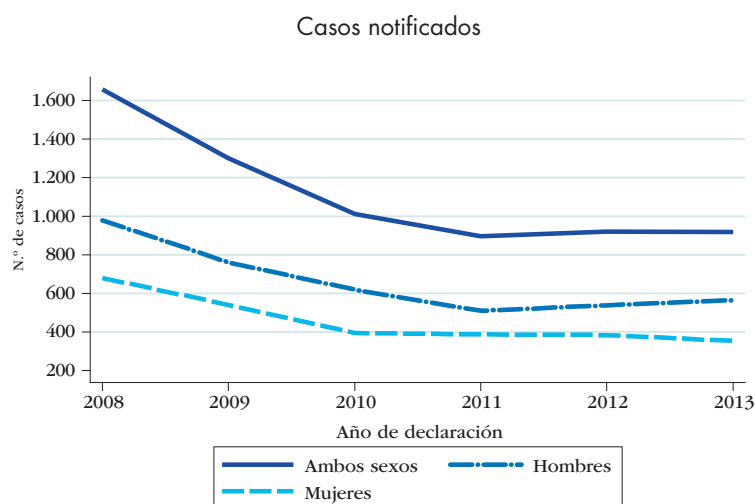
ENFERMEDAD NEUMOCÓCICA INVASORA

Situación epidemiológica

Distribución temporal

En 2013 se declararon al SIM 1.027 casos de enfermedad invasora por *Streptococcus pneumoniae* procedentes de 52 laboratorios de 11 CC.AA. Veintiocho laboratorios declararon de forma constante durante el 2008-2013 observándose un descenso en el número de casos notificados por dichos laboratorios desde el año 2008. Las muestras pertenecían con mayor frecuencia a hombres, aunque ambos sexos siguieron la misma tendencia (Figura 1).

Figura 1. Vigilancia de *Streptococcus pneumoniae*. 2008-2013



Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

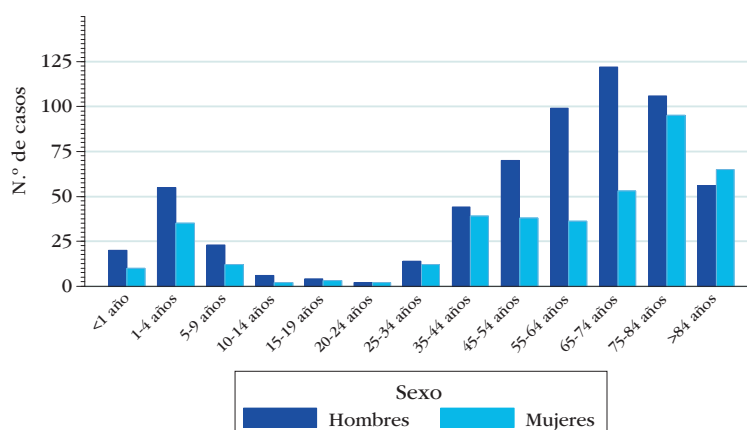
Los casos se distribuyen con estacionalidad invernal, coincidiendo con los meses más fríos, la incidencia es mayor en las primeras semanas del año.

Características de los casos

De los 1.027 casos notificados al SIM, 622 (60,56%) fueron hombres y 403 (39,44%) mujeres.

Figura 2. Vigilancia de *Streptococcus pneumoniae*. 2013

Casos por grupos de edad y sexo



Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

Los casos fueron más frecuentes en menores de 5 años (10,2%) y en mayores de 25 años (80,7%): el 36,4% entre los 25 y los 64 años y el 31,4% en mayores de 65 años. Los grupos de edad con menos casos fueron los grupos entre los 10 y los 24 años (2,9% de los casos).

Serotipos

En el año 2013 se dispone información del serotipo para 174 casos. Los serotipos notificados con más frecuencia fueron: el 3 (18,4%), 1 (7,5%), 22F (6,9%), 19A (5,7%) y 7F (5,7%). En total, los serotipos cubiertos por la vacuna 13-valente (1, 3, 4, 5, 6A, 6B, 7F 9V, 14, 18C, 19A, 19F y 23F) supusieron un 51,7% de los casos notificados con serotipo (en 2012 supusieron el 53,6%).

Discusión

El número de casos de ENI que se notificaron a través de laboratorios con declaración estable disminuyó en 2013. La información disponible es todavía insuficiente para poder extraer conclusiones y no se pueden descartar cambios en la declaración. No se dispone de información sobre el estado de vacunación de los casos en la encuesta de caso del Sistema de Información Microbiológica.

ENFERMEDAD INVASORA POR *HAEMOPHILUS INFLUENZAE*

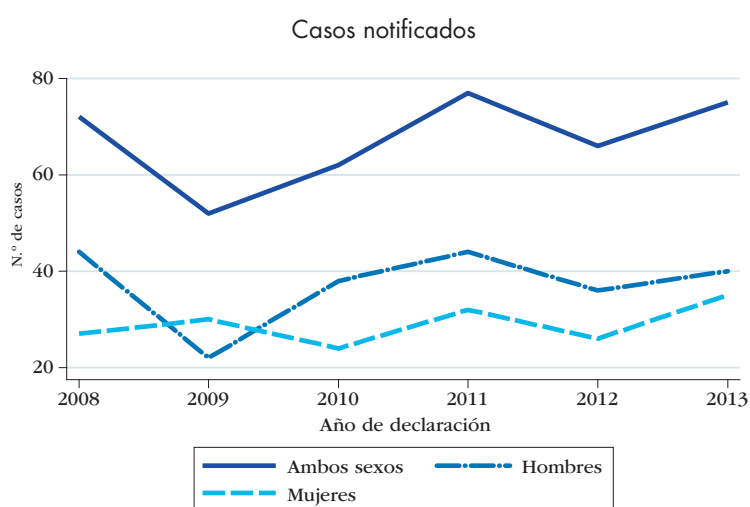
Situación epidemiológica

Distribución temporal

El 2013 se notificaron al SIM 97 casos de enfermedad invasora por *H. influenza*, 2 de ellos por *H. influenzae* tipo b. Los casos procedieron de 30 laboratorios de nueve comunidades autónomas, de éstos, un total de 29 laboratorios notificaron de forma constante durante el periodo 2008 a 2013 y se utilizaron para el estudio de tendencia.

La tendencia fue creciente en el periodo 2009 a 2013 para hombres y mujeres (Figura 1). En 2013 se observó un aumento del 15% con respecto al número de detecciones notificadas en 2012.

Figura 1. Vigilancia de *Haemophilus influenzae*. 2008-2013



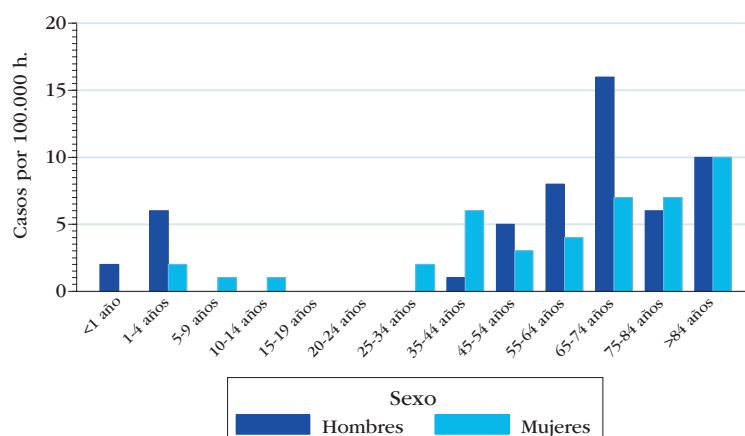
Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

Características de los casos

En 2013, del total de casos notificados al SIM el 55,7% (54/97) de los casos fueron hombres. El 14% (13/93) de los casos fueron menores de 5 años de edad y el 52,7% (49/93) mayores de 65 (Figura 2). En cuatro casos se desconoce la edad. Los dos casos de enfermedad invasora por *H. influenzae* tipo b correspondieron a una mujer de 47 años y a un hombre de 85 años.

Figura 2. Vigilancia de *Haemophilus influenzae*. 2013

Casos por grupos de edad y sexo



Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

Todos los casos de enfermedad invasora por *H. influenzae* notificados fueron diagnosticados por aislamiento. El 92,8% (90/97) de las detecciones se hicieron en sangre, el 5,1% (5/97) en LCR y el 2,1% (2/97) en líquido pleural.

Discusión

El número de casos de enfermedad invasora por *H. influenzae* aumentó respecto al año anterior. Los casos se dieron con más frecuencia en personas mayores de 65 años tanto en hombres como en mujeres.

PAROTIDITIS

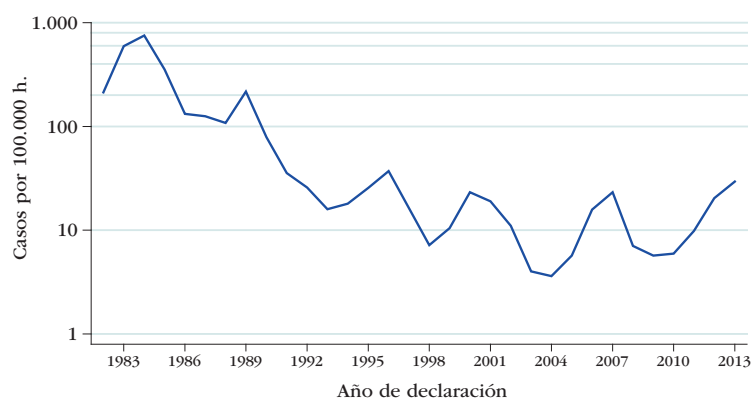
Situación epidemiológica

Distribución temporal y geográfica

La parotiditis es una enfermedad epidémica que se presenta en ondas cíclicas cada 4-5 años. La introducción de la vacuna triple vírica en el calendario de vacunación infantil a principio de los años ochenta redujo drásticamente la incidencia de parotiditis, con valores por debajo de los 20 casos por 100.000 habitantes y año (15,9 y 17,9 en 1993 y 1994 respectivamente). A partir de 1994 la parotiditis recuperó su presentación epidémica y desde entonces hasta 2013 se han producido 4 ondas epidémicas (1994-1997, 1998-2003, 2004-2009 y 2010-2013). La onda que se inició en 2010 alcanzó su pico máximo en 2013 (13.880 casos) con una incidencia de 29,5 casos por 100.000 habitantes, la más alta registrada desde 1996 (Figura 1).

Figura 1. Vigilancia de Parotiditis. 1983-2013

Tasas de incidencia (casos por 100.000 h.). Escala log.

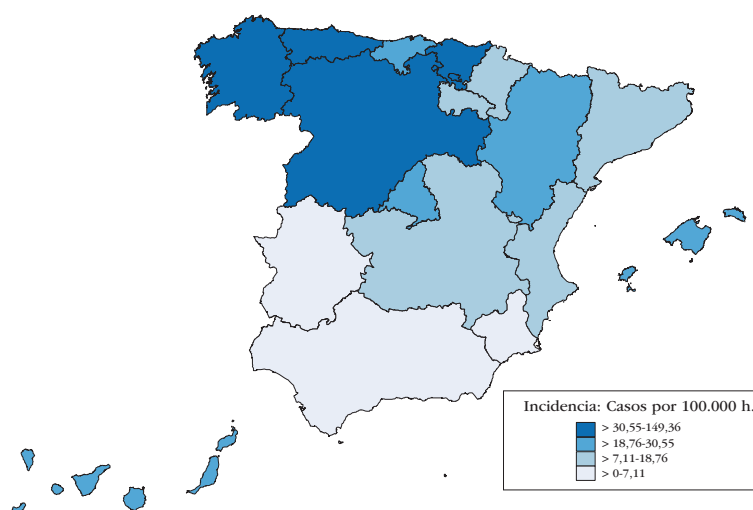


Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Por comunidades autónomas la incidencia de parotiditis en 2013 presentó un rango muy amplio. Las tasas más altas se notificaron en Asturias (149,4 por 100.000 hab.), Galicia (120,5 casos por 100.000 hab.), Castilla y León (109,25 casos por 100.000 hab.) y País Vasco (69,3 casos por 100.000 hab.). En el otro extremo las incidencias más bajas se registraron en Andalucía (3,86 por 100.000 hab.), Extremadura (5,73 por 100.000 hab.), Murcia (7,11 por 100.000 hab.) y en Ceuta y Melilla que no notificaron casos (Figura 2).

Figura 2. Vigilancia de Parotiditis. España, 2013

Incidencia por Comunidades Autónomas

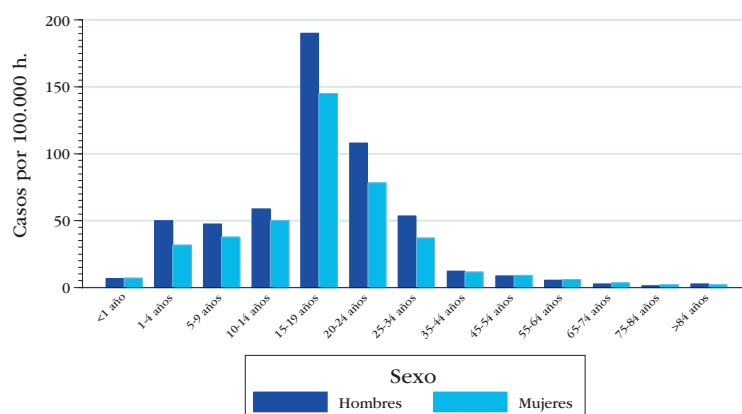


Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Características de los casos

El 57,5% de las parotiditis se dieron en hombres. Para todos los grupos de edad entre 1 y 44 años la parotiditis fue más frecuente entre los hombres que entre las mujeres. Destacan los jóvenes entre 15-19 años, con 190,2 casos por 100.000 habitantes entre hombres y 145,0 casos por 100.000 entre mujeres, y los adultos jóvenes entre 20-24 años con 108,2 y 78,1 casos de parotiditis por 100.000 respectivamente (Figura 3).

Figura 3. Vigilancia de Parotiditis. 2013
Tasas de incidencia por grupos de edad y sexo



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

El antecedente de vacunación se recoge en 10.052 (72,4%) casos; entre éstos el 50,9% estaba vacunado con alguna dosis y el 26,0% había recibido dos o más dosis.

Discusión

A pesar de las altas coberturas de vacunación nacionales con vacuna triple vírica, superiores al 95% desde 1999, la parotiditis es una enfermedad frecuente que sigue apareciendo periódicamente en forma de epidemias. En 2013, se ha alcanzado el pico de la actual onda epidémica y la tasa de incidencia más alta de los últimos 17 años (solo superada por la incidencia en 1996: 37,0 casos por 100.000 habitantes). El importante número de casos de parotiditis que se notifican en individuos que han recibido dos dosis de vacuna, se debe a la baja efectividad y a la evanescencia de la protección que confiere la vacuna.

La parotiditis es una enfermedad muy contagiosa, lo que junto con la evanescencia de inmunidad, explica el acúmulo de casos entre los jóvenes que tienen patrones de comportamiento que facilitan la transmisión de la enfermedad.

RUBÉOLA Y SÍNDROME DE RUBÉOLA CONGÉNITA

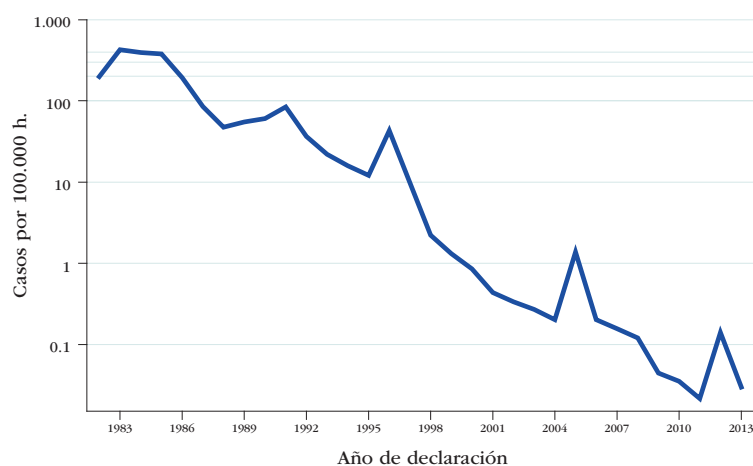
Situación epidemiológica

Distribución temporal y geográfica

Gracias a las altas coberturas de vacunación alcanzadas con la vacuna triple vírica, en España la incidencia de rubéola se mantiene en los niveles de eliminación; desde el año 2009 la incidencia anual de rubéola ha sido inferior a 1 caso por millón de habitantes, salvo un pequeño brote notificado en 2012 (incidencia 1,4 casos por millón); en 2013 solo se han notificado dos casos de rubéola (Figura 1).

Figura 1. Vigilancia de Rubéola. 1983-2013

Tasas de incidencia (casos por 100.000 h.) Escala log.



Fuente: Plan Nacional de Eliminación del Sarampión y de la Rubéola

Características de los casos

Los casos de rubéola se notificaron en Andalucía y en la Comunidad Valenciana y ambos fueron importados de Argelia. Se trata de dos adultos: un hombre de 32 años y una mujer de 35 años que no habían sido vacunados de rubéola.

Epidemiología del Síndrome de Rubéola Congénita

Síndrome de Rubéola Congénita

En 2013 se declaró un caso de Síndrome de Rubéola Congénita. El SRC se diagnosticó en un recién nacido de una mujer de 24 años de origen rumano y residente en España desde 2008. La madre, que no estaba vacunada de rubéola, no había viajado durante el primer trimestre de la gestación, por lo que probablemente se contagió de rubéola a finales de 2012 por contacto con la comunidad rumana residente en España. En 2012 Rumanía sufrió una epidemia de rubéola con más de 20.000 casos; ese mismo año en España se notificaron 64 casos de rubéola, de los que más de la mitad eran adultos de origen rumano establecidos en diferentes comunidades autónomas.

Discusión

La OMS tiene el objetivo a corto plazo de eliminar el sarampión y la rubéola de Europa. El bajo número de casos de rubéola notificados en los últimos años sugiere escasa circulación del virus en nuestro país. No obstante, entre el 30% y el 50% de las infecciones por el virus de la rubéola pueden ser asintomáticas, por lo que se asume que los sistemas de vigilancia detectan sólo una parte de las infecciones, lo que introduce incertidumbre en el proceso de eliminación de la rubéola.

Los casos de SRC que se han notificado en los últimos años en nuestro país son hijos de mujeres procedentes de zonas del mundo con altas tasas de susceptibilidad a rubéola, y que se contagiaron al viajar a sus países de origen.

Aunque se está avanzando en el control de la rubéola, actualmente solo en América y en Europa todos los países vacunan a los niños frente a rubéola (en muchos países

del este de Europa la vacunación de rubéola se ha incluido en los últimos años). En el resto de zonas del mundo, la mayoría de los países no tienen la vacunación de rubéola en sus programas de vacunación, por lo que la susceptibilidad de la población frente a rubéola es alta.

La prevención de la rubéola congénita, en un contexto mundial de intensos movimientos de personas, pasa por establecer programas especiales de vacunación, dirigidos a los adolescentes y adultos, particularmente a las mujeres en edad fértil, que llegan a España procedentes de países con bajos niveles de inmunización frente a rubéola.

Referencias: Centro Nacional de Epidemiología. Plan nacional de eliminación del sarampión y de la rubéola. Informe anual 2011. Madrid, 2012

<http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/fd-enfermedades-prevenibles-vacunacion/Informe-Anual-Plan-Eliminacion-Sarampion-Rubeola-2011.pdf>

SARAMPIÓN

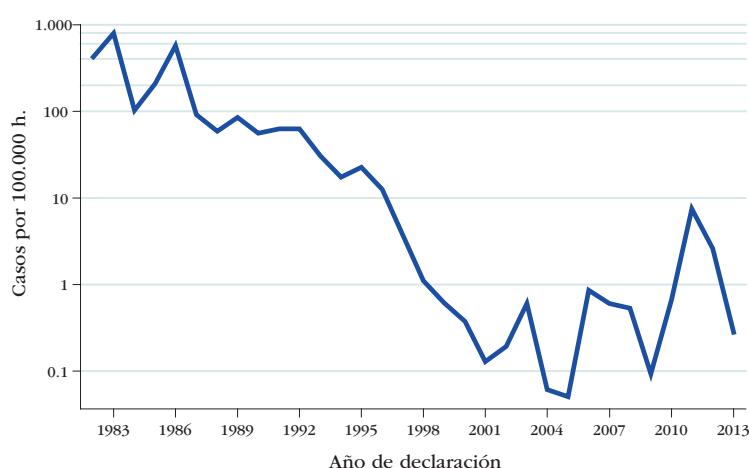
Situación epidemiológica

Distribución temporal y geográfica

Al igual que en otros países de Europa, a partir del año 2010 en España el sarampión ha resurgido, y entre 2010 y 2013 se ha registrado una importante onda epidémica, que presentó su pico máximo en 2011 (3.518 casos; incidencia 7,11 casos por 100.000 habitantes); en 2012 la epidemia entró en fase de declive (1.204 casos; incidencia 2,54) y en 2013 se redujo hasta 131 casos, incidencia 0,28 casos por 100.000 habitantes (Figura 1).

Figura 1. Vigilancia de Sarampión. 1983-2013

Tasas de incidencia (casos por 100.000 h.). Escala log.



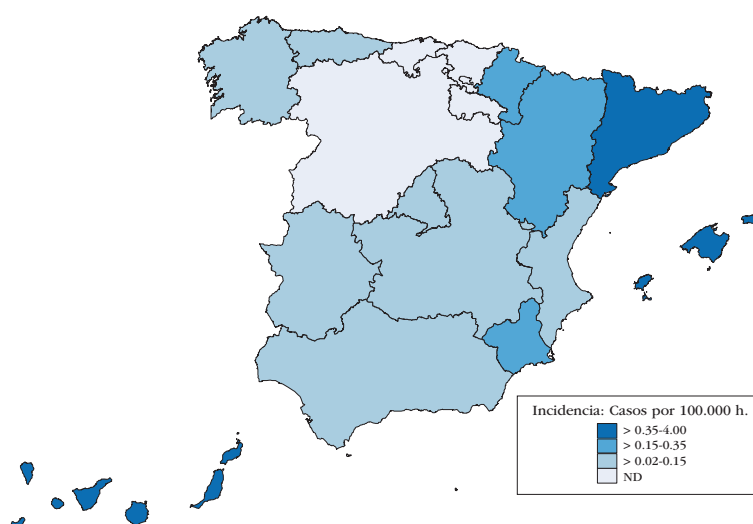
Fuente: Plan Nacional de Eliminación del Sarampión y de la Rubéola

El 83,2% de los casos (109) se confirmaron por laboratorio, el 10,6% (14) por vínculo epidemiológico con otro caso confirmado por laboratorio y el 6,2% (8) fueron casos clínicamente compatibles.

Todas las comunidades salvo Cantabria, País Vasco, La Rioja y Melilla notificaron sospechas de sarampión. Cataluña y Baleares notificaron el 74,8% de los casos. Por comunidades la incidencia más alta de sarampión se registró en Baleares (3,96 casos por 100.000 habitantes), Cataluña (0,71 casos por 100.000 habitantes) y Canarias (0,47 casos por 100.000 habitantes) (Figura 2).

Figura 2. Vigilancia de Sarampión. España, 2013

Incidencia por Comunidades Autónomas



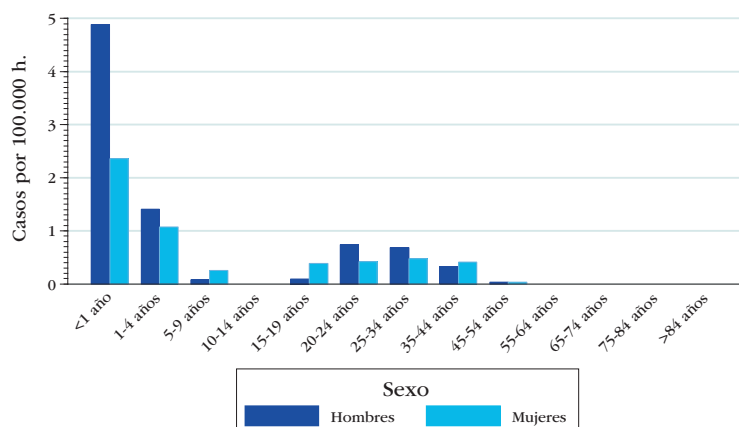
Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Características de los casos

En 2013, el 54,9% (72) de los casos de sarampión fueron hombres. El grupo de edad más afectado han sido los menores de 1 año (3,71 casos por 100.000 hab.) seguidos del grupo de 1-4 años (1,22 casos por 100.000 habitantes); el sarampión también se dio en adultos de 20-24 años (incidencia de 0,58 casos por 100.000 hab.) y de 25-34 años (incidencia de 0,57 casos por 100.000 hab.) (Figura 3).

Figura 3. Vigilancia de Sarampión. 2013

Tasas de incidencia por grupos de edad y sexo



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

De los casos con información sobre antecedente de vacunación frente al sarampión (108; 82,4%): el 86,1% no estaba vacunado; el 12% había recibido una dosis y el 1,9% había recibido dos dosis de vacuna.

El 36,6% de los casos se hospitalizaron y el 26,2% cursaron con complicaciones, principalmente neumonía, diarreas/vómitos y otitis/laringofaringitis. Se notificó una encefalitis como complicación del sarampión en un adulto, que se resolvió sin secuelas.

Se han identificado 14 casos importados, la mitad procedentes de otros países de Europa, y el resto del continente asiático. Seis comunidades autónomas —Aragón, Baleares, Canarias, Cataluña, Comunidad Valenciana y Murcia— notificaron brotes de sarampión asociados a importaciones; los brotes, por lo general, fueron de pequeño tamaño (≤ 5 casos), salvo dos que se extendieron durante semanas con varias generaciones de casos (30-50 casos).

Discusión

En España la vacuna triple vírica (sarampión, rubéola y parotiditis) se introdujo en el calendario de vacunación infantil en 1981; la incorporación de una segunda dosis de vacuna en 1996, produjo una fuerte reducción de los casos de sarampión. En el año 2001 España se sumó al objetivo europeo de eliminación del sarampión y el Plan de Eliminación del Sarampión se estableció en todo el territorio nacional. Entre 1999 y 2009 la incidencia de sarampión se mantuvo en niveles de eliminación, por debajo de 1 caso al año por 100.000 habitantes.

Tras la intensa onda epidémica 2010-2012, en el año 2013 se ha reducido el número de casos y el tamaño de los brotes de sarampión. El sarampión ha afectado más a los extremos de los grupos de edad: los niños menores de un año, que todavía no han recibido la primera dosis de vacuna, y los adultos que no se vacunaron ni pasaron el sarampión de manera natural. Todo ello nos sitúa en el escenario de la última fase de la eliminación del sarampión, en el que se espera que las importaciones del virus solo generen brotes de pequeño tamaño por falta de individuos susceptibles. En España, a pesar de las altas coberturas de vacunación, existen bolsas de individuos susceptibles capaces de generar brotes cuando llega un caso importado de sarampión: niños no vacunados pertenecientes a poblaciones marginales, niños de familias contrarias a las vacunas, trabajadores sanitarios, trabajadores de guarderías y escuelas infantiles y viajeros susceptibles que proceden o han visitado países con brotes de sarampión.

La clave para evitar la circulación endémica del virus en nuestro territorio es mantener altas coberturas de vacunación y un adecuado control de los brotes.

TÉTANOS Y TÉTANOS NEONATAL

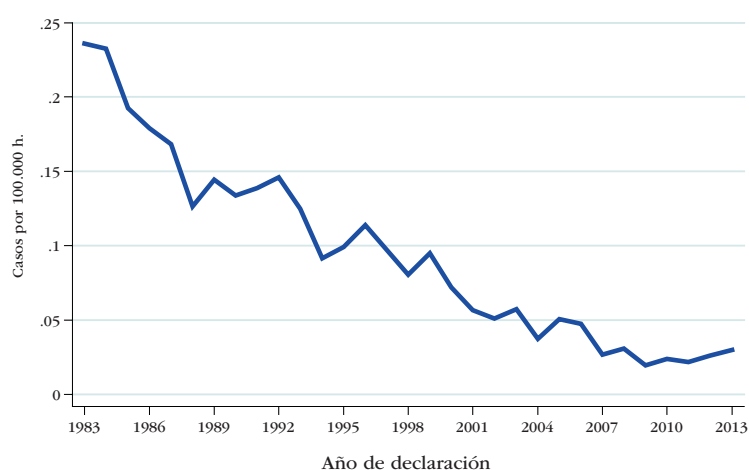
Situación epidemiológica

Distribución temporal y geográfica

El tétanos es una enfermedad rara en España. Desde el año 2007 el tétanos se mantiene estable con una incidencia entre 0,02 y 0,03 casos por 100.000 habitantes y año. En 2013 se declararon 13 casos (0,03/100.000 habitantes) (Figura 1).

Figura 1. Vigilancia de Tétanos. 1983-2013

Tasas de incidencia (casos por 100.000 h.)



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

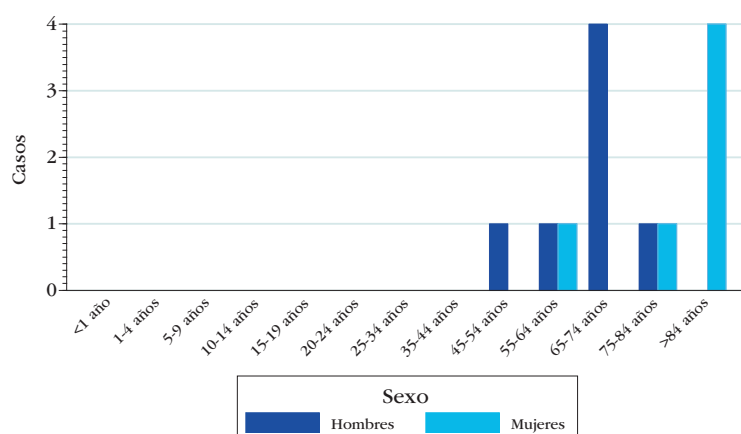
En 2013, ocho comunidades notificaron casos de tétanos: Andalucía (3), Baleares (1), Cataluña (1), Canarias (1), Castilla y León (1), Galicia (4), Navarra (1) y La Rioja (1).

Características de los casos

Siete casos hombres y 6 son mujeres. Todos los casos de tétanos se dieron en mayores de 45 años, y el 77% de los casos tenía más de 64 años (Figura 2).

Figura 2. Vigilancia de Tétanos. 2013

Casos por grupos de edad y sexo



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Entre los casos de tétanos declarados en 2013, 10 casos tienen información sobre antecedentes de vacunación y de ellos 9 no estaban vacunados.

Desde 1997 existe un Registro Nacional de Tétanos Neonatal al que solo se ha declarado un caso. En el año 2006 se notificó en Melilla un caso de Tétanos neonatal en una niña de una semana de vida que había nacido en parto domiciliario en Marruecos. El caso se confirmó con aislamiento de *Clostridium tetani* tras la extirpación quirúrgica de la úvula. Se desconocen los antecedentes de vacunación de la madre.

Discusión

Las altas coberturas de vacunación han reducido drásticamente la incidencia y la mortalidad por tétanos en España. En los últimos años la incidencia se mantuvo estable y los casos se diagnosticaron fundamentalmente en mayores de 65 años en personas que no están vacunadas o que han recibido pautas de vacunación incompletas.

A pesar de la baja incidencia siguen registrándose muertes por tétanos. El INE recoge 4 muertes por tétanos en 2013, dos hombres en el grupo de 70-74 años y dos mujeres del grupo de 85 o más años.

El calendario de vacunación del adulto recomienda revisar la pauta de vacunación frente a tétanos en torno a los 65 años. A los adultos vacunados de forma incompleta se les actualizará la pauta hasta completar 5 dosis; a los adultos bien vacunados (con al menos 5 dosis) se les administrará una única dosis de recuerdo.

Referencias: Ministerio de Sanidad y Consumo. Vacunación en Adultos. Actualización recomendaciones de vacuna de difteria y tétanos. Año 2009.

http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/vacunaciones/docs/TetanosDifteria_2009.pdf

TOS FERINA

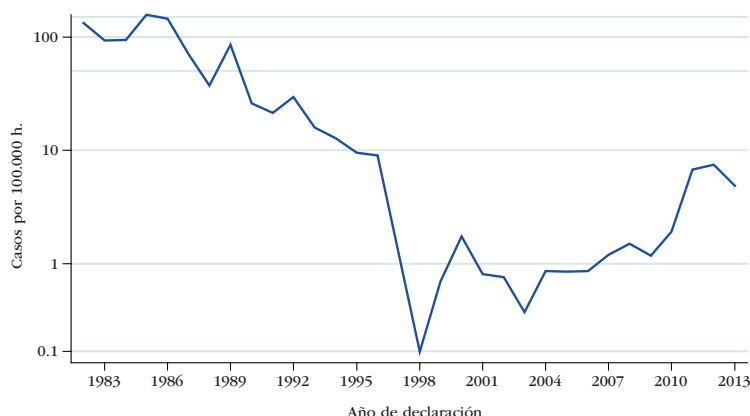
Situación epidemiológica

Distribución temporal y geográfica

La tos ferina es una enfermedad prevenible por vacunación que mantiene su patrón epidémico con ondas que se presentan cada 3-5 años. Entre 1998 y 2013 se describen 4 periodos epidémicos 1998-2001, 2002-2005, 2006-2009 y 2010-2013. Hasta el año 2010 la incidencia de tos ferina había sido inferior a 2 por 100.000 habitantes (excepto el pico epidémico del año 2000). En el año 2010, coincidiendo con el inicio de la 4ª onda epidémica, comenzó a aumentar la notificación de casos de tos ferina (1,9 por 100.000 habitantes); a partir de 2011 se incrementó la incidencia registrando el pico máximo en 2012 con 7,67 casos por 100.000. En 2013 la incidencia se ha reducido hasta 5,28 por 100.000, describiendo la parte descendente de la onda epidémica (Figura 1).

Figura 1. Vigilancia de Tos ferina. 1983-2013

Tasas de incidencia (casos por 100.000 h.) Escala log.

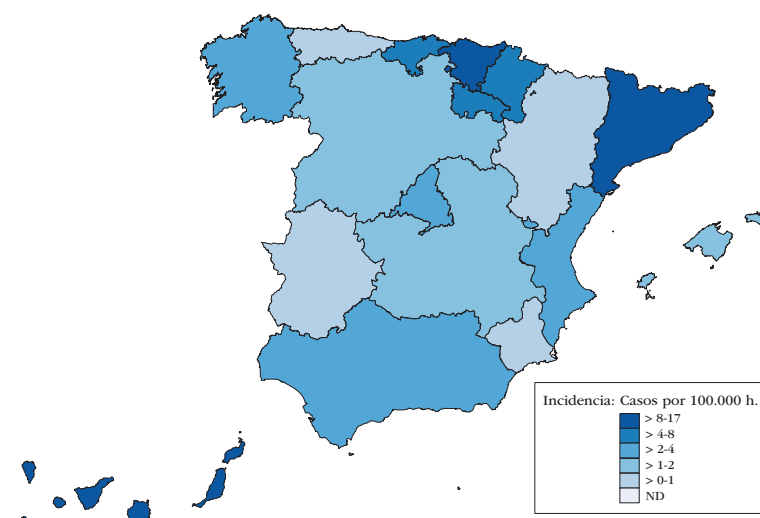


Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Las comunidades autónomas con mayor incidencia fueron Canarias (16,1 casos por 100.000 habitantes), Cataluña (12,4 casos por 100.000 habitantes) y País Vasco (9,9 casos por 100.000 habitantes) seguidas de Navarra (6,9 casos por 100.000 habitantes) y La Rioja (6,9 casos por 100.000 habitantes) (figura 2).

Figura 2. Vigilancia de Tos ferina. España, 2013

Incidencia por Comunidades Autónomas



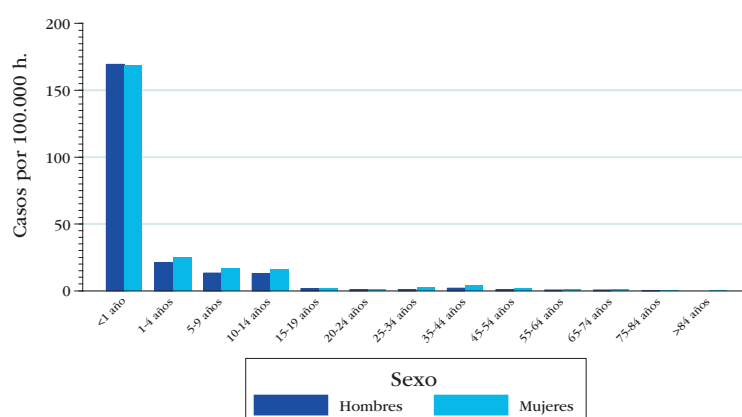
Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Características de los casos

El 54,5 % de los casos fueron mujeres y para todos los grupos de edad (salvo para el grupo entre 75 y 84 años) la incidencia de tos ferina fue más alta en mujeres que en hombres. La tos ferina afecta sobre todo a los niños. Destaca la incidencia en menores de un año: 169,3 casos por 100.000 en hombres y 168,4 casos por 100.000 en mujeres; le sigue el grupo de 1-4 años con 20,9 y 24,8 casos por 100.000 respectivamente, el grupo de 5-9 años (13,4 y 16,7 por 100.000) y del grupo de 10-14 años (12,9 y 15,8 respectivamente) (figura 3).

Figura 3. Vigilancia de Tos ferina. 2013

Tasas de incidencia por grupos de edad y sexo



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Discusión

A pesar de las altas coberturas de vacunación, la tos ferina mantiene su presentación cíclica. En España, entre 1998 y 2013 se produjeron 4 ondas epidémicas. Desde el

año 2007 y sobre todo durante la onda epidémica 2010-2013, la incidencia de tos ferina aumentó ostensiblemente en todos los grupos de edad, incluidos los adolescentes y los adultos. No obstante la tos ferina sigue siendo una enfermedad de la infancia, que afecta sobre todo a los niños menores de un año y particularmente a los lactantes que todavía no han recibido ninguna dosis de vacuna de tos ferina.

La mejora en la sospecha clínica y la disponibilidad de pruebas diagnósticas sencillas y rápidas como la PCR, han contribuido al aumento de la detección y notificación de casos de tos ferina, pero los resultados sugieren un incremento real de la incidencia de la enfermedad. La pérdida de la protección que confiere la vacuna y la sustitución de las vacunas de células enteras por las vacunas acelulares podrían contribuir al aumento de casos de tos ferina.

La principal preocupación por el aumento de la tos ferina es la enfermedad en los lactantes, debido a las complicaciones y a la mortalidad asociada. La vacunación de las embarazadas con vacuna dTpa en el tercer trimestre de gestación se ha mostrado capaz de reducir la enfermedad en los primeros meses de vida.

VARICELA

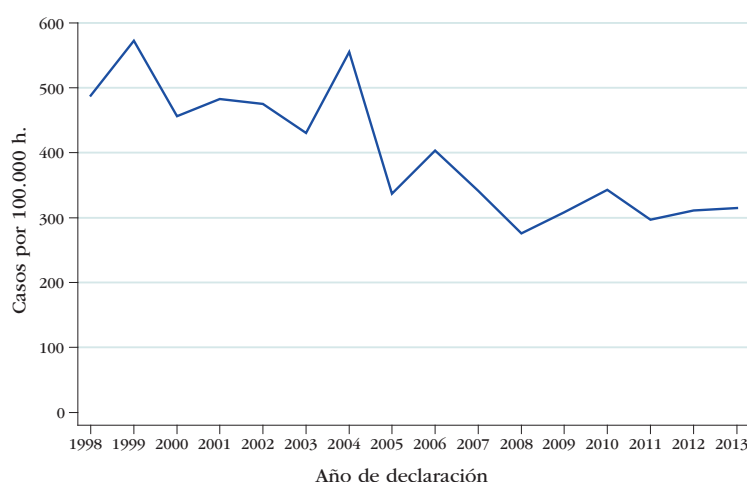
Situación epidemiológica

Distribución temporal y geográfica

La incidencia de varicela ha caído ostensiblemente en los últimos años, pasando de 193.866 casos notificados (488,8 casos por 100.000 habitantes) en 1998 a 146.814 casos (315,0 casos por 100.000 habitantes) en 2013 ([Figura 1](#)).

Figura 1. Vigilancia de Varicela. 1998-2013

Tasas de incidencia (casos por 100.000 h.)

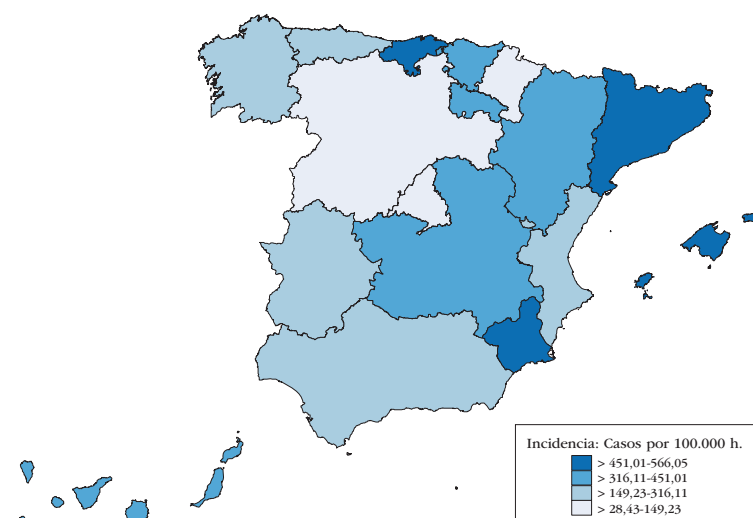


Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

En 2013 la incidencia de varicela en las comunidades autónomas presenta un rango muy amplio: las más altas se registraron en Cataluña (566,5 por 100.000 habitantes), Cantabria (566,1 casos por 100.000 habitantes) y Murcia (519,1 casos por 100.000 habitantes) y las más bajas en Navarra (28,4 casos por 100.000 habitantes), Ceuta (34,3 casos por 100.000 habitantes) y Melilla (49,3 casos por 100.000 habitantes) ([Figura 2](#)).

Figura 2. Vigilancia de Varicela. España, 2013

Incidencia por Comunidades Autónomas



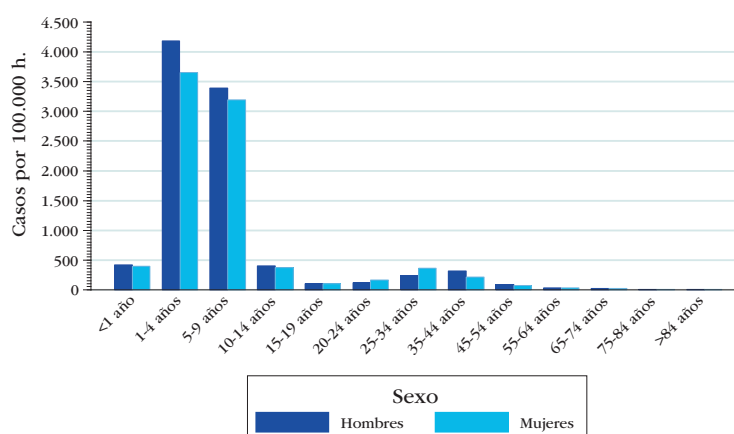
Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Características de los casos

En el año 2013 se notificó información individualizada sobre edad y sexo en 17.856 casos de varicela (12,2% del total de casos). El 52% de los casos fueron hombres. La varicela afectó sobre todo a los niños menores de 15 años (89,6% de los casos), el 48,4% tenía entre 1 y 4 años y el 36,9% entre 5 y 9 años. El 10,4 % de los casos se dieron en mayores de 15 años, la mayoría (6,2%) acumulados en los adultos entre 25-44 años (Figura 3).

Figura 3. Vigilancia de Varicela. 2013

Tasas de incidencia por grupos de edad y sexo



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Discusión

En los últimos años la varicela presenta una tendencia decreciente, sobre todo a partir de que se comercializara la vacuna de varicela. No obstante la enfermedad mantiene su presentación cíclica en ondas epidémicas que aparecen cada 2-3 años.

La tendencia de la varicela tiene una presentación diferente en la distintas CC.AA. Hay comunidades que están experimentando una caída importante y mantenida de la incidencia mientras que en otras el descenso es moderado. Estas diferencias se deben a las distintas políticas de vacunación infantil implantadas en cada comunidad.

El Calendario de Vacunaciones del Sistema Nacional de Salud recomienda la vacunación de varicela en adolescentes susceptibles con dos dosis de vacuna a los 12 años. Navarra, Ceuta, Melilla y Madrid (hasta 2013) incluyen además, la vacunación de varicela en la infancia en sus calendarios de vacunación. En el resto de comunidades hasta el año 2013 también se vacunado de varicela fuera de las recomendaciones del calendario de vacunación infantil, y se han alcanzado coberturas que se estiman entre el 28% y el 90% de los niños.

Referencias: Situación de la Varicela y del Herpes Zóster en España, 1998-2012. Bol Epid Sem 2015 Vol. 22 n.º 14 / 185-200.

<http://revista.isciii.es/bes/article/view/900/1087>

5. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN AÉREA

GRIPLE

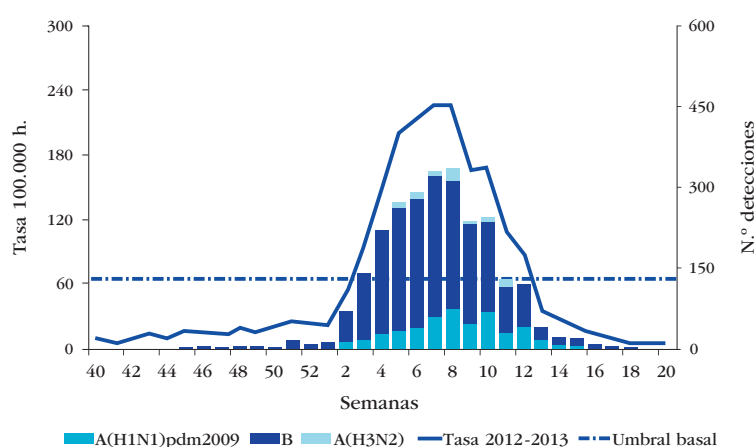
Actividad gripal en España en la temporada 2012-2013

Redes centinela

La actividad gripal en España en la temporada 2012-2013 fue moderada y se asoció a una circulación predominante del virus de la gripe B, con una menor contribución de virus de la gripe A(H1N1)pdm09 mantenida durante toda la onda epidémica (Figura 1). La onda epidémica superó el umbral establecido para la temporada en la semana 03/2013 (14-20 de enero), alcanzando una tasa máxima de incidencia de gripe de 229,44 casos por 100.000 habitantes en la semana 08/2013 (18-24 de febrero). Los niveles de incidencia de gripe tomaron de nuevo valores pre-epidémicos, por debajo del umbral basal (71,02 casos por 100.000 habitantes), a partir de la semana 13/2013.

Figura 1. Tasa de incidencia semanal de Gripe y detecciones virales

Sistemas centinela. Temporada 2012-2013. España

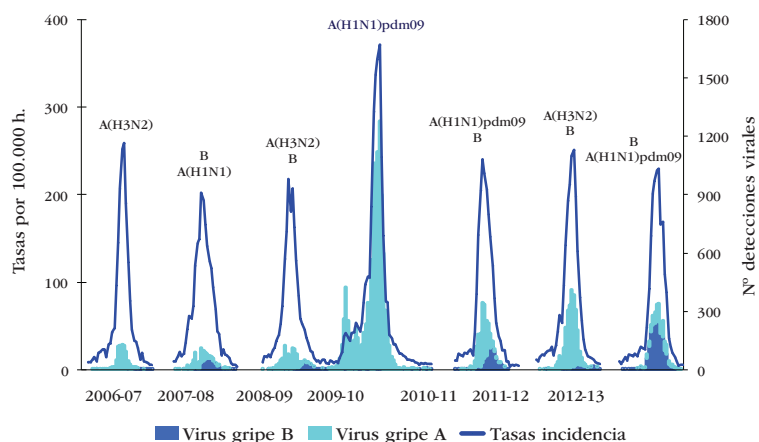


En la [tabla 1](#) se muestran las características epidemiológicas y virológicas de la actividad gripal en la temporada 2012-2013 en las distintas redes centinelas integradas en el Sistema de Vigilancia de la Gripe en España (SVGE). La duración de la onda epidémica (10 semanas) y el nivel de intensidad gripal la sitúan en el rango de lo observado en las seis temporadas de gripe previas (Figura 2). Sin embargo su presentación en el tiempo fue tardía, como en la temporada 2011-2012, con el pico de máxima actividad en la segunda mitad de febrero, en contraste con la mayoría de las temporadas, con picos a finales de diciembre-primeros de enero.

Los menores de 15 años fueron el grupo de edad más afectado, con tasas de incidencia acumulada gripe de 5.154,33 casos y 4.673,74 casos por 100.000 habitantes para los grupos de 5-14 años y 0-4 años, respectivamente.

Figura 2. Evolución de la actividad gripal. Tasa de incidencia semanal de Gripe y detecciones virales. Sistemas centinela

Temporadas 2006/2007-2012/2013. España



Información virológica

En la temporada 2012-2013 la actividad gripal se asoció a una circulación mayoritaria de virus de la gripe B, mientras que el virus de la gripe A(H1N1)pdm09 aumentó su contribución a partir de la semana 02/2013 y circuló de forma moderada durante el desarrollo de la onda epidémica de la temporada (Figura 1).

Se notificaron al SVGE un total de 4.511 detecciones de virus de la gripe (59% centinela y 41% no centinela), de las que el 75,7% fueron virus de la gripe B, 24,2% virus de la gripe A (84% A(H1N1)pdm09 y 16% A(H3N2), entre los subtipados) y 0,1% virus de la gripe C.

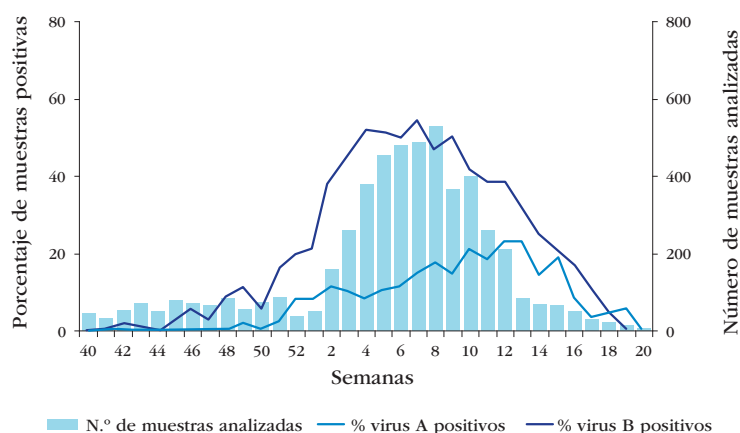
La tasa de detección viral durante el periodo epidémico osciló entre el 56% en la semana 03/2013, 69% en la semana 07/2013 (siete semanas después de la del VRS, con una tasa del 37%) y 61% en la semana 12/2013. Cuando se representa el porcentaje de muestras positivas por tipo de virus gripal se observan dos picos máximos diferenciados, uno en la semana 07/2013 con un 54% de muestras positivas a virus de la gripe B y otro en la semana 12/2013, con un 23% de muestras positivas a virus de la gripe A (Figura 3).

Durante la temporada 2012-2013 se caracterizaron genéticamente 495 virus de la gripe, de los cuales 268 fueron virus B (222 del linaje Yamagata y 46 del linaje Victoria), 175 virus A(H1N1)pdm09 y 52 A(H3N2). El análisis filogenético mostró que la mitad de los virus B caracterizados, del linaje Yamagata, fueron semejantes a la cepa vacunal B/Wisconsin/1/2010, mientras que los virus de la gripe B del linaje Victoria no estarían cubiertos con la vacuna de esta temporada. Por otra parte la mayoría de los virus A(H1N1)pdm09 y todos los virus A(H3N2) caracterizados, se agruparon en cepas genéticamente semejantes a las incluidas en la vacuna de la temporada A/California/7/2009 y A/Victoria/361/2011, respectivamente.

El análisis de la secuencia del gen de la neuraminidasa de los 84 virus caracterizados (42 A(H1N1)pdm09, 7 A(H3N2) y 35 B) ha permitido la detección de dos virus A(H1N1)pdm09 con la mutación Y155H que se ha asociado previamente con resistencia a oseltamivir y zanamivir en virus A(H1N1) estacionales.

Figura 3. Tasa de detección viral por tipo de virus (%) y muestras centinela analizadas. Sistemas centinela

Temporada 2012-2013. España



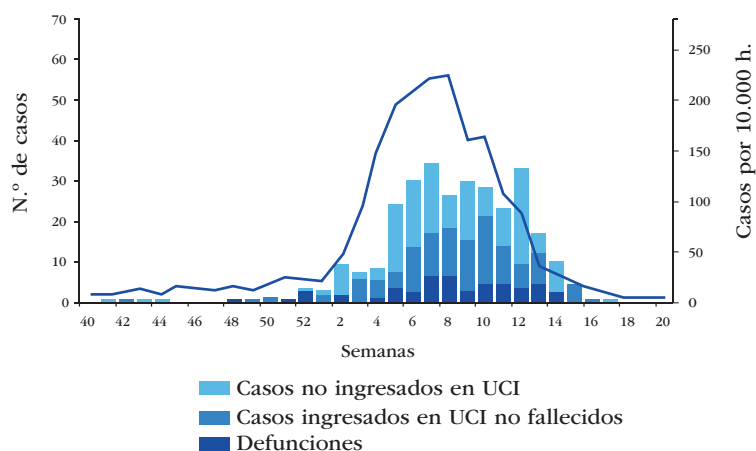
Vigilancia de casos graves hospitalizados confirmados de gripe

En la temporada 2012-2013 participaron en la vigilancia de casos graves hospitalizados confirmados de gripe (CGHCG) 110 hospitales, con una población vigilada de 26.204.863 habitantes (57% de la población española). La definición de caso incluía aquellos pacientes que presentaron un cuadro clínico compatible con gripe y que requirieron ingreso hospitalario, por la gravedad del cuadro clínico que presentaban: neumonía, fallo multiorgánico, shock séptico o ingreso en UCI, o por desarrollar el cuadro anterior durante su ingreso hospitalario por otro motivo, y que hubieran sido confirmados de infección de virus de la gripe por laboratorio.

Durante el periodo de vigilancia se notificaron un total de 525 CGHCG en 16 CC.AA. Del total de casos, 162 casos (30,9%) fueron admitidos en UCI y no fallecieron y 54 casos (10,3%) fallecieron (**Figura 4**). La tasa global de hospitalización estimada fue de 2,62 casos por 100.000 habitantes. Los grupos de edad con mayores tasas de hospitalización fueron los menores de 1 año (8,60 casos por 100.000 habitantes) y el grupo de 45-64 y mayores de 64 años (2,74 y 2,86 casos por 100.000 habitantes, respectivamente). De los 525 casos el 61% fueron hombres, y la mediana de edad fue de 52 años [rango intercuartílico (RIC): 23-68]. Por grupos de edad, el mayor porcentaje de casos hospitalizados se observó en los mayores de 64 años (30%) y en el grupo de 45-64 años (29,5%). En el 52% de los pacientes se identificó el virus de la gripe B y en el 48% el virus A [93% A(H1N1) pdm09 y 7% A(H3), entre los subtipados].

Figura 4. Evolución de casos graves hospitalizados confirmados de Gripe, según nivel de gravedad y tasa de incidencia semanal de Gripe

Temporada 2012-2013. España



Fuente: CNE. SGVE. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

El 79% de los casos presentaba algún factor de riesgo de complicaciones de gripe. Entre los factores de riesgo más prevalentes destacó la enfermedad pulmonar crónica (25%) y la enfermedad cardiovascular crónica (23%). El 75% de los casos desarrolló neumonía y un 29% de los pacientes en los que estaba recomendada la vacunación habían recibido la vacuna antigripal de esta temporada.

Mortalidad relacionada con gripe y excesos de mortalidad diaria por todas las causas

Durante la temporada 2012-2013 se registraron 54 defunciones entre los casos graves hospitalizados confirmados de gripe (Figura 4). La letalidad de la infección grave por virus de la gripe fue del 10,4% (IC 95%: 8,1-13,4), entre los casos hospitalizados. Las defunciones se registraron mayoritariamente en el grupo de mayores de 64 años (57%) y en el grupo de 45-64 años (22%). En el 50% de los casos se confirmó infección por virus de la gripe A [89% A(H1N1)pdm09 y 11 A(H3)] y en el 50% por virus B. El 92% de los casos presentaban algún factor de riesgo de complicaciones de gripe y el 33% de los casos en los que estaba recomendada la vacunación habían recibido la vacuna antigripal de esta temporada.

La mortalidad general observada por todas las causas durante la temporada de vigilancia de la gripe 2012-2013 estuvo por debajo de lo esperado hasta la semana 06/2013 (segunda semana de febrero), a partir de la cual se inició un aumento progresivo, que superó los umbrales de alerta (límite de confianza superior al 95%) en la semana 07/2013, una semana antes del pico de la onda epidémica de gripe. Permaneció por encima de este umbral durante 39 días, hasta la semana 13/2013. El exceso acumulado de mortalidad durante este periodo fue del 12% y se concentró fundamentalmente en los mayores de 74 años, con un 10% de exceso de mortalidad hasta la semana 10/2013 y en el grupo en 15-64 años, con excesos del 12% y 9% en las semanas 9/2013 y 12/2013, respectivamente, ambos con sólo un día de alerta.

Efectividad vacunal

En la temporada 2012-2013 se llevó a cabo la quinta edición del estudio de casos y controles cycEVA (casos y controles Efectividad Vacuna Antigripal), el componente

español del estudio europeo I-MOVE (Monitoring the influenza vaccine effectiveness in the European Union and European Economic Area).

La efectividad de la vacuna antigripal (EVA) frente a la infección por virus de la gripe B, predominante en esta temporada, fue del 62% (IC 95%: 35-77). Por grupos de edad, la EVA en el grupo de 15-64 años fue del 70% y superiores al 90% en ≥ 65 años, lo que refuerza la importancia de las recomendaciones oficiales de vacunación antigripal a los mayores y grupos de riesgo. En general, las estimaciones fueron similares para toda la población y en los grupos recomendados para vacunación.

Los resultados de las estimaciones de EVA del estudio europeo I-MOVE, realizadas en febrero de 2013, contribuyeron a las recomendaciones de la OMS sobre las cepas gripales incluidas en la vacuna antigripal de la temporada 2013-2014 en el hemisferio norte y del 2014 en el hemisferio sur.

Discusión

La actividad gripal en la temporada 2012-2013 fue moderada y se asoció a una circulación mayoritaria del virus de la gripe B, con una contribución de virus A(H1N1)pdm09 durante toda la onda epidémica. Desde la temporada 1996-1997, sólo había predominado el virus de la gripe B en la temporada 2002-2003. Se caracterizó por una presentación tardía, a mitad del mes de febrero, una afectación mayor en el grupo de edad escolar de 5-14 años, un prolongado periodo de intensa circulación viral ($>50\%$ de muestras positivas durante once semanas consecutivas), así como por una buena concordancia entre los virus circulantes y las cepas vacunal, excepto para los virus B del linaje Victoria, no incluidos en la vacuna recomendada para la temporada 2012-2013.

La enfermedad grave por gripe confirmada se produjo fundamentalmente en personas mayores de 64 años y en adultos jóvenes, con predominio de infección por virus B en <15 años y >64 años, y por virus A(H1N1)pdm09 en los adultos jóvenes (15-64 años). Los mayores de 64 años concentraron el mayor porcentaje de defunciones en CGHCG, mientras que la mortalidad en adultos jóvenes fue notablemente menor, igual que en la temporada previa. En términos de letalidad, la temporada 2012-2013 puede considerarse similar a las dos temporadas previas.

Durante las semanas 07-13/2013 se observó un exceso de mortalidad por todas las causas en España que coincidió con una transmisión máxima del virus de la gripe en la comunidad y con factores ambientales como exceso de frío.

La demostración de un efecto protector de la vacuna antigripal en los grupos elegibles para vacunación refuerza la importancia de las recomendaciones oficiales de vacunación antigripal. Las estimaciones de EVA estuvieron en línea con las publicadas por el estudio europeo I-MOVE y contribuyeron a las recomendaciones de la OMS sobre las cepas gripales incluidas en la vacuna antigripal de la próxima temporada 2013-2014 en el hemisferio norte.

Tabla 1. Actividad gripal en las redes centinela que integran el SVGE. Temporada 2012-2013

Redes centinela	Semana del pico de la onda epidémica	Incidencia máxima de onda epidémica (Tasa semanal/ 100.000 h.)	Grupos de edad más afectados en la temporada	Máximo nivel de intensidad de actividad gripal declarado ¹	Máximo nivel de difusión de actividad gripal declarado ¹	Tipo/ subtipo virus dominante en la temporada ²
Andalucía	8/2013	254,56	Menores de 15 años	Medio	Epidémico	B
Aragón	5/2013	252,99	Menores de 15 años	Alto	Epidémico	B
Asturias	4/2013	385,90	Menores de 15 años	Alto	Epidémico	B
Baleares	8/2013	207,99	Menores de 15 años	Muy Alto	Epidémico	B
Canarias	7/2013	384,04	Menores de 15 años	Alto	Epidémico	B/A(H1N1) pdm09
Cantabria	9/2013	180,02	Menores de 15 años	Medio	Epidémico	B
Castilla-La Mancha	10/2013	269,30	Menores de 15 años	Alto	Epidémico	B
Castilla y León	10/2013	311,19	Menores de 15 años	Medio	Epidémico	B
Cataluña	6/2013	430,70	Menores de 15 años	Alto	Epidémico	B
Comunidad Valenciana	7/2013	350,33	Menores de 15 años	Alto	Epidémico	B
Extremadura	10/2013	211,37	Menores de 15 años	Medio	Epidémico	B/A(H1N1) pdm09
Madrid	8/2013	174,62	Menores de 15 años	Alto	Epidémico	B/A(H1N1) pdm09
Navarra	8/2013	260,22	Menores de 15 años	Medio	Epidémico	B
País Vasco	8/2013	318,89	Menores de 15 años	Alto	Epidémico	B
La Rioja	4/2013	257,17	Menores de 15 años	Medio	Epidémico	B
Ceuta	3/2013	213,20	Menores de 15 años	Alto	Local	B/A(H1N1) pdm09
Melilla	4/2013	292,06	Menores de 15 años	Alto	Epidémico	B/A(H1N1) pdm09
Global nacional	8/2013	229,44	Menores de 15 años	Medio	Epidémico	B

¹ Indicadores de actividad gripal. Ver: Indicators of influenza activity. European Center for Disease Prevention and Control (ECDC) 2005-2014. http://ecdc.europa.eu/en/activities/surveillance/EISN/surveillance/Pages/indicators_influenza_activitiy.aspx.

² Criterios para la asignación de virus dominante. Ver: EISS Annual Report. 2005-2006 influenza season. Utrecht, the Netherlands. NIVEL 2007. <http://www.nivel.nl/pdf/European-Influenza-Surveillance-Scheme-annual-report-2005-2006-influenza-season.pdf>.

LEGIONELOSIS

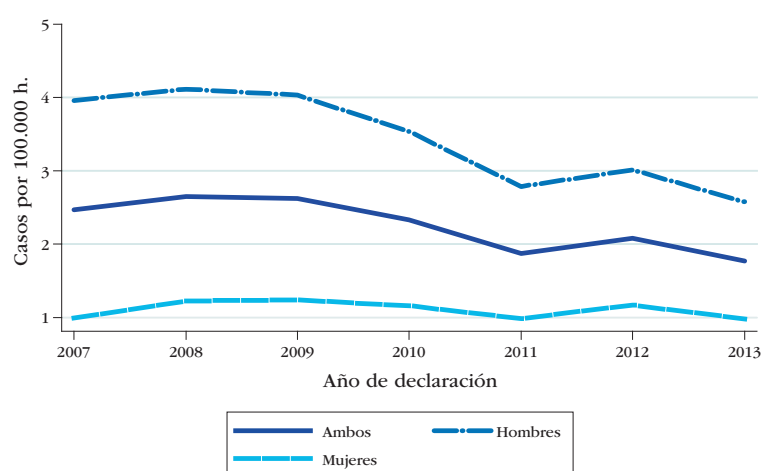
Situación epidemiológica

Distribución temporal y geográfica

En 2013 se recibió información individualizada de 838 casos de legionelosis en residentes en España, 825 fueron casos autóctonos (1,77 casos por 100.000 habitantes) y 13 casos fueron importados (3 de Italia, 2 de República Checa, 2 de Turquía y 1 en cada uno de los siguientes países: Argelia, Barbados, Bélgica, Emiratos Árabes, Irlanda y México). La incidencia de esta enfermedad ha seguido una tendencia descendente y se produjo un descenso anual medio del 5,8% en el periodo 2007 a 2013 (Figura 1).

Figura 1. Vigilancia de Legionelosis. 2007-2013

Tasas de incidencia (casos por 100.000 h.)



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

De los 825 casos notificados que contrajeron la enfermedad en España, 793 lo hicieron en su comunidad de residencia y 32 en otra Comunidad Autónoma. A través de la red de vigilancia de casos asociados a viajes (ELDSNet) que coordina el ECDC se notificaron 52 casos en turistas extranjeros con antecedente de permanecer en España durante el periodo de incubación, 39 casos fueron esporádicos y 13 se asociaron a 8 agrupamientos (se han contabilizado aquí los agrupamientos de casos asociados al mismo alojamiento en un periodo de dos años, según la definición del ECDC). En años anteriores se notificaron: 102 casos en 2006, 88 en 2007, 82 en 2008, 63 en 2009, 62 en 2010, 61 en 2011 y 92 en 2012.

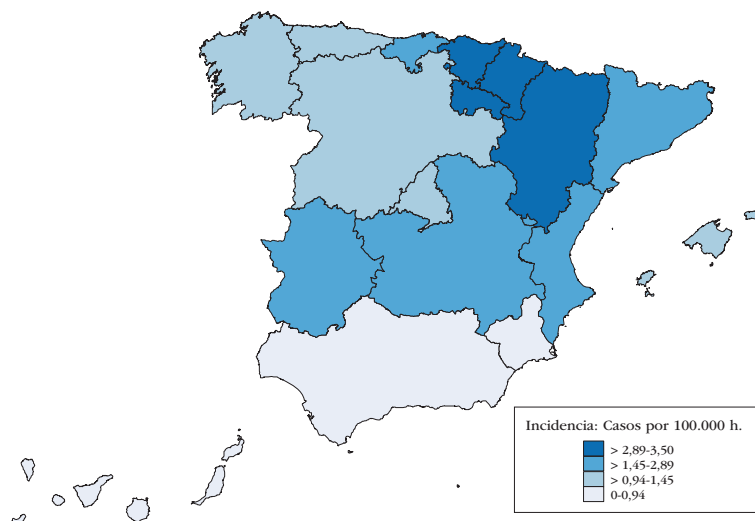
Para el cálculo de las tasas de incidencia, en el numerador se han considerado los casos en los que la Comunidad Autónoma de residencia coincide con la Comunidad Autónoma a la que se ha adjudicado el caso por lo que se han excluido los casos de viajes producidos a distintas CC.AA. de las de residencia. Las tasas más elevadas las presentaron País Vasco con 76 casos (tasa de 3,50), La Rioja con 11 casos (tasa de 3,48), Navarra con 21 casos (tasa de 3,30) y Aragón con 44 casos (tasa de 3,30). Las tasas más bajas correspondieron a Canarias con 4 casos (tasa de 0,19), Murcia con 11 casos (tasa de 0,75) y Andalucía con 79 casos (tasa de 0,94). Ceuta y Extremadura no declararon ningún caso (Figura 2).

Esta enfermedad tiene una distribución claramente estacional. En 2013, el número de casos notificados en los meses de agosto a noviembre fue del 47% de los casos

(390/825). El mes con mayor número de casos declarados fue agosto (125 casos 15,2% del total de casos declarados en el año).

Figura 2. Vigilancia de Legionelosis. España, 2013

Incidencia por Comunidades Autónomas



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

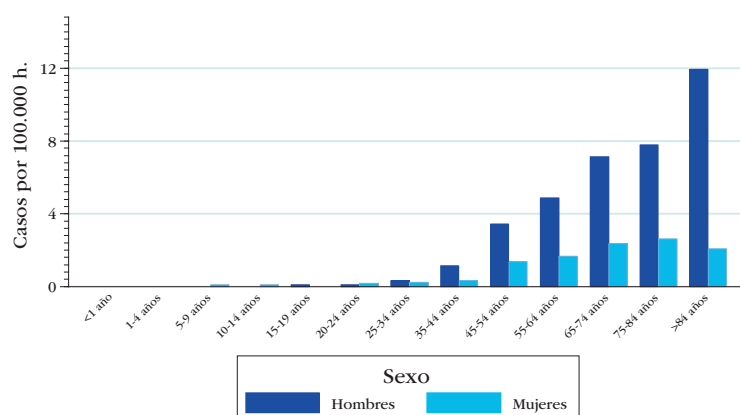
Características de los casos

El 71,3% de los casos fueron hombres. La edad mediana para los hombres fue de 63 años y rango de 18 a 96 años y de 64 años y rango de 9 a 98 años para las mujeres.

La incidencia según el sexo fue de 2,58 casos por 100.000 hombres (591 casos) y de 0,98 casos por 100.000 mujeres (232 casos), en dos casos se desconoce el sexo y en tres la edad. La incidencia fue superior en hombres durante todo el periodo (Figura 1). La incidencia de la enfermedad aumenta con la edad. Las tasas más altas se dan en las últimas décadas de la vida. Hubo cinco casos en menores de 20 años (Figura 3).

Figura 3. Vigilancia de Legionelosis. 2013

Tasas de incidencia por grupos de edad y sexo



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

La evolución se conoce en el 59,2% de los casos (495/838). Se notificaron 47 defunciones, todas en casos autóctonos. Se ha calculado la letalidad para los 495 casos en los que se dispone de esta información. La letalidad global fue de 9,5% (47/495), 9,4% (33/352) en los hombres y 9,9% (14/142) en las mujeres.

La información sobre antecedentes de riesgo se conoce en el 35,3% (296/838) de los pacientes. En 59 casos consta más de un factor de riesgo. El 78% de los casos con algún factor de riesgo (277/355) eran o habían sido fumadores, el 16,9% tenían antecedentes de haber padecido alguna enfermedad respiratoria crónica (60/355), el 5,6% (20/355) tuvieron algún tipo de cáncer y el 2,5% (9/355) algún tratamiento inmunosupresor. De los 109 casos en los que se conoce dónde se produjo la exposición, en 49 fue en el hospital (44,9%), en 41 en un alojamiento turístico (37,6%) y en 14 en otra institución sociosanitaria (12,8%).

Del total de casos notificados, 18 tenían como antecedente haber viajado a otros países durante el periodo de incubación de la enfermedad. Fueron nueve los países visitados y la enfermedad se asoció a viajar a Francia e Italia (cuatro casos a cada país), a Argelia, Marruecos y Turquía (dos casos a cada país) y los cuatro casos restantes visitaron Andorra, India, Malasia y Portugal.

En 2013 se notificaron 9 brotes de legionelosis en 5 CC.AA. Castilla-La Mancha notificó 4 brotes, Andalucía dos brotes y Aragón, Galicia y País Vasco un brote cada una. Resultaron afectadas 66 personas y no se produjeron defunciones. Todos los brotes fueron comunitarios, dos se asociaron a torres de refrigeración (10 casos), uno a un sistema de nebulización en un centro comercial (10 casos) y otro a una bañera de hidromasaje (24 casos). Sólo en uno de los brotes asociado a una torre de refrigeración se pudo establecer la concordancia genética entre la cepa de los casos y la cepa ambiental [*L. pneumophila* serogrupo 1 Pontiac (France/Allentown) ST-23].

Además, se notificaron 11 brotes o agrupamientos de casos asociados a viajar en los que se afectaron 25 personas. No hubo defunciones. En tres de estos agrupamientos, los casos se produjeron con una media de 5 días de diferencia en el mismo alojamiento y en los otros ocho con una media de 15 meses de diferencia. Se produjeron en ocho hoteles y un complejo de apartamentos y en dos balnearios. En 7 se implicó a la instalación de agua sanitaria como fuente de la infección y en 4 no se pudo establecer.

Discusión

España es uno de los países europeos, junto con Francia e Italia, que notifica las tasas más elevadas de legionelosis. El número de casos declarados en España presenta una tendencia ligeramente decreciente desde 2006. La información sobre edad y sexo permite describir su presentación, caracterizada como una enfermedad que afecta más a hombres que a mujeres y a personas de edad avanzada, aunque en el caso de los hombres, la incidencia es alta en la etapa activa de la vida, lo que podría explicarse por la relación con el desempeño de algunas profesiones o trabajos. La letalidad de la enfermedad es difícil de valorar por la falta de actualización de la información sobre la evolución de los pacientes en la base de datos nacional.

Debido a la importancia de la industria turística, nuestro país hace un esfuerzo especial en el seguimiento de casos asociados a viajar. El Centro Europeo para el Control y Prevención de las Enfermedades (ECDC) coordina la vigilancia de estos casos en Europa. Desde 2005 se ha observado un descenso tanto en el número de agrupamientos como de casos esporádicos asociados con viajar a España.

LEPRA

Situación epidemiológica

Durante el año 2013, se notificaron al Registro Estatal 12 casos incidentes de lepra y una recidiva.

De los 12 casos incidentes la clínica es multibacilar en 9, paucibacilar en 2 y en un caso está pendiente. El tratamiento utilizado en 9 de los casos es la multiterapia recomendada por la Organización Mundial de la Salud, en 2 casos otra multiterapia y en un caso no consta.

El número de casos prevalentes registrados^a fue de 49 en 2013. En la [tabla 1](#) se expone la distribución geográfica de los casos incidentes y prevalentes por Comunidad Autónoma de residencia en comparación con el año previo:

Tabla 1. Incidencia y prevalencia de Lepra por Comunidad Autónoma de residencia. Registro Estatal de Lepra. España

CC.AA.	2013		2012	
	Casos incidentes	Casos prevalentes ^a	Casos incidentes	Casos prevalentes ^a
Andalucía	2	10	1	10
Aragón		0		0
Asturias		1	1	3
Baleares		2		2
Canarias		2		2
Cantabria	1	1		0
Castilla-La Mancha	2	2		0
Castilla-León	1	3		2
Cataluña	2	9	1	9
Comunidad Valenciana	1	7	1	6
Extremadura		0		0
Galicia	1	1		6
Madrid	1	5	1	5
Murcia		0	1	3
Navarra		2		2
País Vasco	1	4	4	3
La Rioja		0		0
Ceuta		0		0
Melilla		0		0
Total Estatal	(9*) 12	49	(9*) 10	53

* Número de casos de personas inmigrantes con residencia actual en España.

^a Casos activos a 31/12.

En la distribución por sexo se observan 6 hombres y 6 mujeres. En 9 de los 12 casos incidentes consta un país de origen distinto de España: Bolivia (2), Brasil (3), Ecuador (1), Paraguay (1), R. Dominicana (1), G. Ecuatorial (1).

Tabla 2. Incidencia de Lepra por grupos de edad y sexo
Registro Estatal de Lepra. España

Grupos de edad	Masculino	Femenino	Total
0-14	0	0	0
15-24	0	1	1
25-44	2	2	4
45-64	3	3	6
65 y más	1	0	1
Total estatal	6	6	12

Discusión

El número de casos incidentes y prevalentes de lepra en España es inferior al del año anterior; es de destacar especialmente el descenso de los casos prevalentes. Esto pone de manifiesto la importancia de la vigilancia de los casos y el seguimiento del tratamiento. Hay que seguir manteniendo la sospecha diagnóstica de lepra en personas procedentes de países endémicos.

TUBERCULOSIS

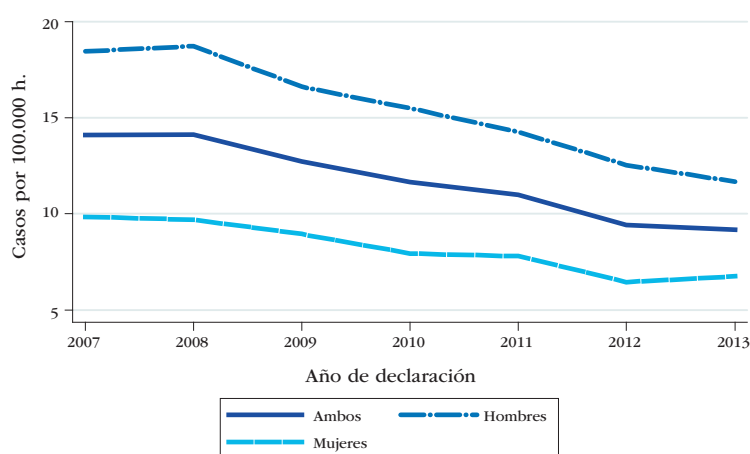
Situación epidemiológica

Distribución temporal y geográfica

En 2013 la tasa de incidencia de tuberculosis respiratoria fue 9,2 casos por 100.000 habitantes (4.288 casos), continuando con la tendencia descendente que se viene observando desde 2007 (Figura 1).

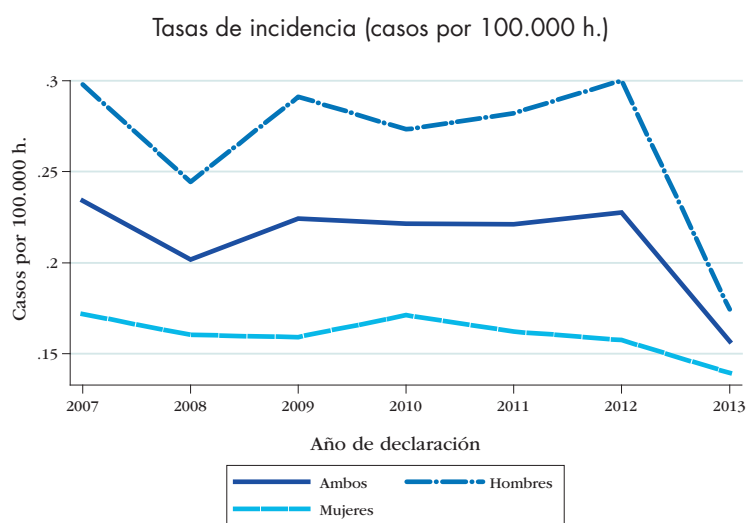
Figura 1. Vigilancia de Tuberculosis respiratoria. 2007-2013

Tasas de incidencia (casos por 100.000 h.)

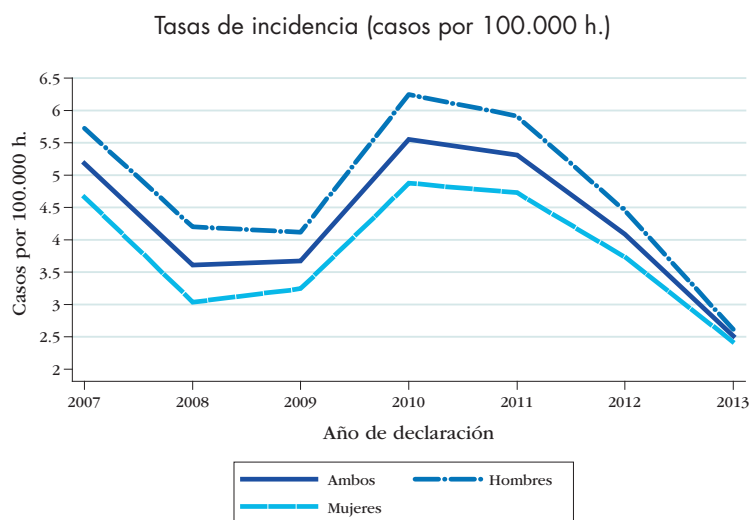


Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

En cuanto a la meningitis tuberculosa, la tasa para el 2013 fue de 0,15 casos por 100.000 habitantes (73 casos). Desde el año 2007 las tasas se han mantenido entre 0,20 y 0,23 casos por 100.000 habitantes, y este año se observa por primera vez un notable descenso respecto al año 2012 (0,22) (Figura 2).

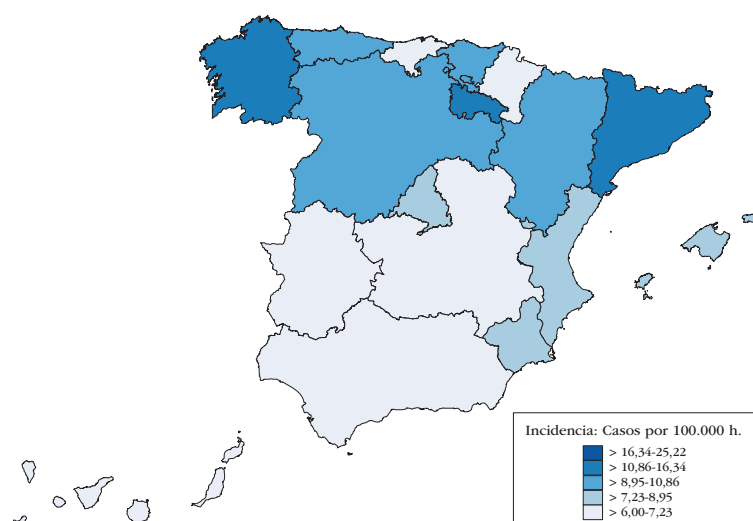
Figura 2. Vigilancia de Meningitis tuberculosa. 2007-2013

La tasa para tuberculosis de otras localizaciones fue de 2,51 casos por 100.000 habitantes (1.177 casos) en 2013. Tras el ascenso que se produjo hasta el año 2010 y que se debió fundamentalmente a una mejora de la notificación, la tendencia es descendente (Figura 3).

Figura 3. Vigilancia de Tuberculosis. Otras localizaciones. 2007-2013

La distribución de las tasas de tuberculosis respiratoria por CC.AA. se muestra en la Figura 4. Las tasas oscilan desde 6 casos por 100.000 en la CC.AA. de Extremadura hasta 25 y 22 casos por 100.000 habitantes en las Ciudades Autónomas de Melilla y Ceuta. Estas diferencias entre CC.AA. se pueden atribuir en su mayor parte a factores sociales y ambientales, y en menor medida a la exhaustividad de los sistemas de vigilancia.

Figura 4. Vigilancia de Tuberculosis respiratoria. España, 2013
Incidencia por Comunidades Autónomas



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

En meningitis tuberculosa las mayores tasas se observaron en Galicia y Cantabria (0,65 y 0,51 casos por 100.000 respectivamente), y por número de casos destacan Galicia y Cataluña, con 18 y 10 casos respectivamente.

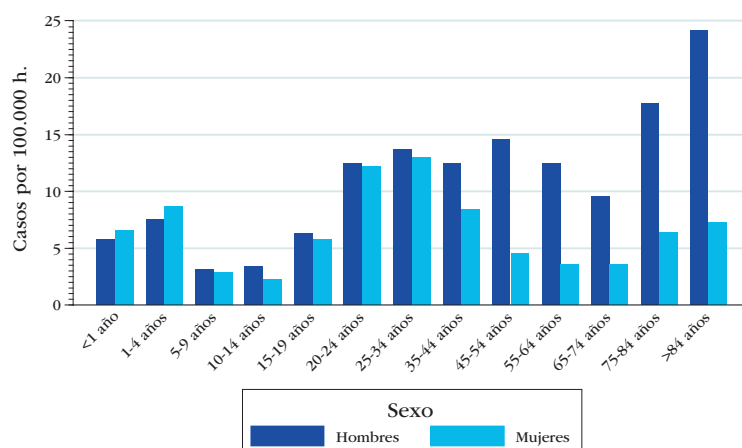
En la TB de otras localizaciones, País Vasco (5,2), Galicia y Cantabria (4,76 en cada una) presentan las mayores tasas de incidencia.

Características de los casos

En las tres localizaciones de la enfermedad se observan unas tasas de incidencia más elevadas en hombres que en mujeres en casi todos los grupos de edad (figuras 5, 6 y 7), excepto en la meningitis tuberculosa en que hay predominio de las mujeres en algunos grupos. En la tuberculosis respiratoria las tasas específicas por edad no muestran diferencias entre ambos sexos hasta los 34 años, y a partir de esa edad son claramente más elevadas en hombres. En meningitis tuberculosa las mayores tasas se encuentran en edades adultas. En las TB de otras localizaciones los grupos de edad con mayor incidencia son los mayores de 75 años y los adultos jóvenes en ambos sexos.

Figura 5. Vigilancia de Tuberculosis respiratoria. 2013

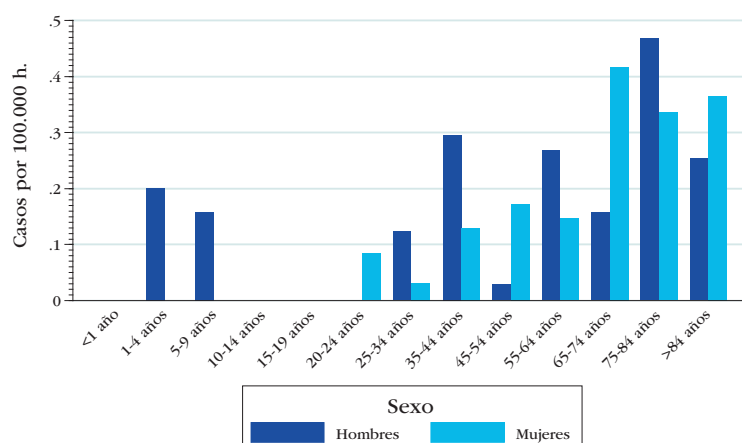
Tasas de incidencia por grupos de edad y sexo



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Figura 6. Vigilancia de Meningitis tuberculosa. 2013

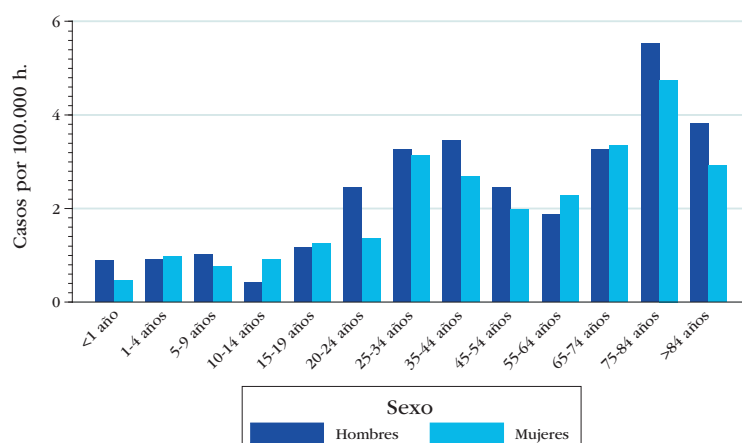
Tasas de incidencia por grupos de edad y sexo



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Figura 7. Vigilancia de Tuberculosis. Otras localizaciones. 2013

Tasas de incidencia por grupos de edad y sexo



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Respecto a otras características, hay que destacar que el 89% del total de los casos eran nuevos (no habían recibido tratamiento previo antituberculoso), que el 65% estaban confirmados por cultivo, y que un 32% eran personas nacidas fuera de España. Se dispone de información acerca del estatus VIH del 75% de los casos, de los que el 7% eran VIH positivos.

Discusión

Las tasas de tuberculosis siguen con su tendencia descendente en el año 2013, si bien al hacer un análisis más detallado vemos que se siguen concentrando en determinados grupos de edad, como adultos jóvenes y personas de edad avanzada, por lo que hay que incidir en el control en estos grupos.

Las tasas elevadas en adultos jóvenes en ambos sexos, están ligadas a una transmisión más activa, así como a una concentración de inmigrantes de países de alta endemia de tuberculosis en estas edades. Por otro lado, las tasas más elevadas en edades avanzadas, especialmente en hombres, corresponden en su mayor parte a

reactivaciones de infecciones adquiridas en la juventud. En niños las tasas en general son bajas, pero por la gravedad de la enfermedad, sobre todo la meningitis tuberculosa, y por la dificultad de diagnóstico en estas edades es muy importante un diagnóstico precoz y estudio de contactos familiares para encontrar el caso fuente.

Respecto a la calidad de la información, esta es buena para la mayoría de las variables de la declaración, pero hay que incidir en la recogida más exhaustiva de algunas como el estatus VIH. También hay que mejorar el porcentaje de casos confirmados por cultivo, así como recoger información sobre resistencias junto con la declaración de casos.

El fortalecimiento de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica es esencial para avanzar hacia la eliminación de la tuberculosis, así como la coordinación y colaboración entre los servicios de vigilancia epidemiológica y los laboratorios, tanto en el nivel central como en el autonómico. Esto mejorará la calidad de la información y permitirá un conocimiento más profundo de la epidemiología de la tuberculosis, con el objetivo de aportar información útil a las autoridades sanitarias para mejorar la vigilancia y el control de la tuberculosis en España.

6. ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES

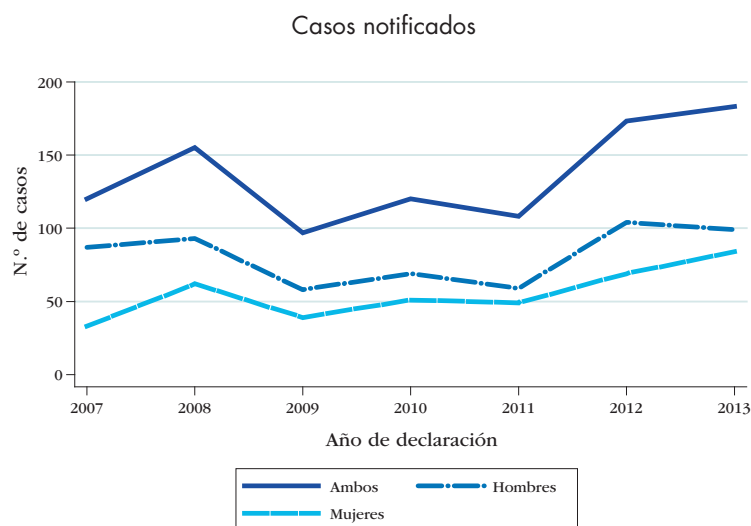
FIEBRE EXANTEMÁTICA MEDITERRÁNEA

Situación epidemiológica

Distribución temporal y geográfica

En 2013 se declararon 183 casos de fiebre exantemática mediterránea, también conocida como fiebre botonosa, manteniéndose el incremento ya observado en 2012 (Figura 1). Como en años previos, el número de casos sigue siendo superior en hombres que en mujeres.

Figura 1. Vigilancia de F. exantemática mediterránea. 2007-2013



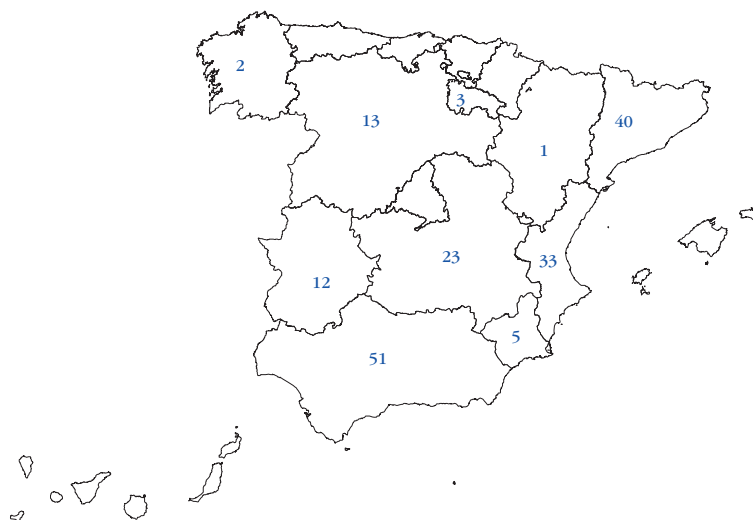
Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Se trata de una enfermedad con un patrón estacional que sigue el período de actividad del vector. En España, aunque los casos son más frecuentes durante el verano y comienzos del otoño, se diagnostican casos durante todo el año.

Sólo las CC.AA. que la incluyen como “enfermedad endémica” notifican casos. En 2013 las Comunidades con mayor número de notificaciones fueron Andalucía (51), Cataluña (40), Comunidad Valenciana (33) y Castilla La Mancha (23) (Figura 2). Las tasas más altas se dieron en Castilla La Mancha (1,10 casos por 100.000 habitantes), Extremadura (1,09 casos por 100.000 habitantes) y La Rioja (0,95 casos por 100.000 habitantes).

Figura 2. Vigilancia de Fiebre exantemática mediterránea. España, 2013

Casos notificados por Comunidades Autónomas



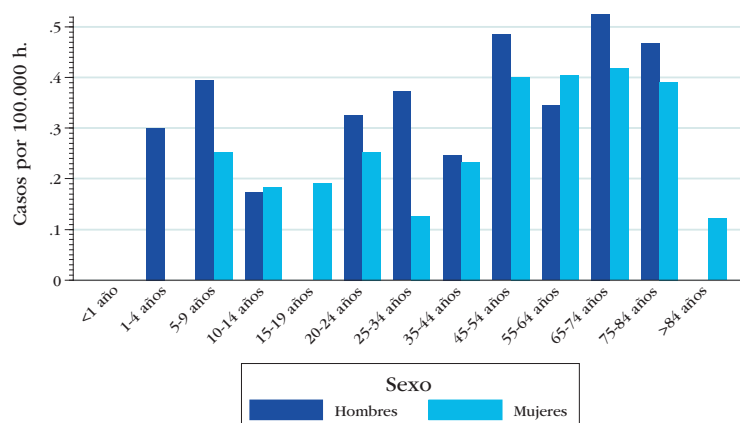
Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Características de los casos

La enfermedad afectó a ambos sexos con un ligero predominio en hombres (razón de masculinidad de 1,17). Por grupos de edad los más afectados fueron los mayores de 45 años (Figura 3).

Figura 3. Vigilancia de F. exantemática mediterránea. España, 2013

Tasas de incidencia por grupos de edad y sexo



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Discusión

La fiebre exantemática mediterránea es una enfermedad endémica en algunas zonas de España y emergente en otras, que en los últimos dos años ha experimentado un importante aumento. Para su control es necesario educar a la población respecto al modo de transmisión (garrapatas) y al uso de medios físicos o repelentes que

impidan entrar en contacto con estos ácaros. Para evitar la parasitación de los perros (reservorios) deben utilizarse insecticidas adecuados y collares con repelentes.

LEISHMANIASIS

Situación epidemiológica

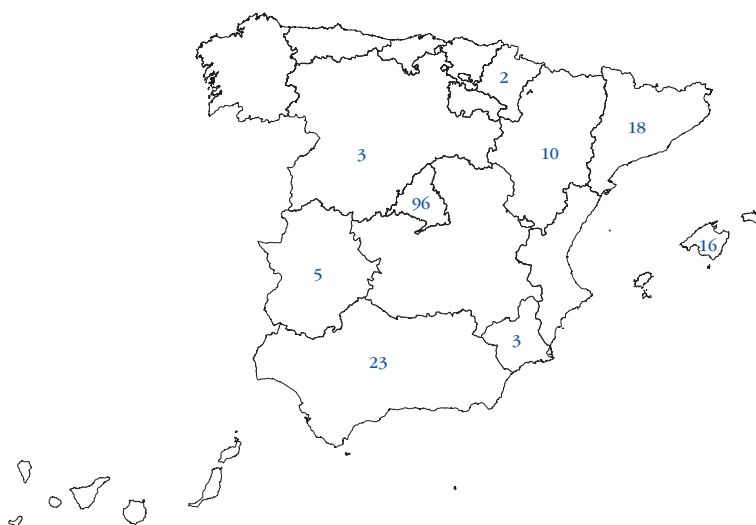
Distribución temporal y geográfica

Durante los años 2010-2012 se había producido un considerable incremento en el número de casos declarados reflejo de la aparición a finales del año 2009 de un brote en la Comunidad de Madrid. El brote alcanzó su máximo durante el año 2012, cuando dicha Comunidad notificó 189 casos que suponían el 71% del total en España (266 casos).

Durante el año 2013 nueve CC.AA. notificaron 176 casos (Figura 1), 159 de ellos confirmados (90,3%). Las CC.AA. que notificaron mayor número de casos fueron Andalucía (23 casos), Cataluña (18 casos), Baleares (16 casos) y Madrid (96 casos) dónde, a pesar de haberse producido un considerable descenso, el número de casos sigue estando muy por encima del observado en los años anteriores al brote.

Figura 1. Vigilancia de Leishmaniasis. España, 2013

Casos notificados por Comunidades Autónomas



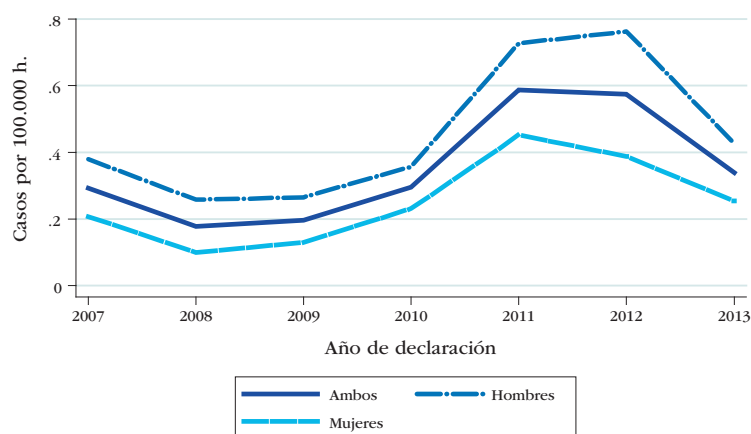
Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

La tasa de incidencia fue de 0,38 casos por 100.000 habitantes. Se mantiene el predominio masculino de la enfermedad con una tasa en hombres de 0,48 frente a una tasa de 0,27 en mujeres (Figura 2).

Las tasas más elevadas se dieron en Madrid (1,50 casos por 100.000 habitantes) y Baleares (1,43 casos por 100.000 habitantes) pero mostrando en ambos casos un descenso respecto a los dos años anteriores. Por el contrario, Aragón experimentó un aumento (0,75 casos por 100.000 habitantes).

Figura 2. Vigilancia de Leishmaniasis. 2007-2013

Tasas de incidencia (casos por 100.000 h.)



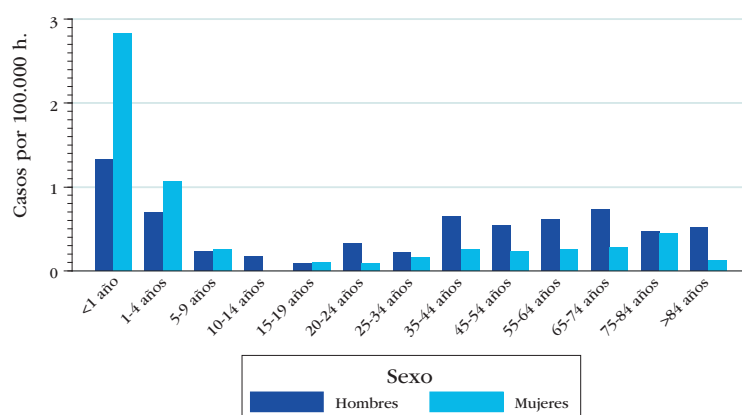
Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Características de los casos

El 62,5% de los casos eran hombres (razón de masculinidad 1,66). Por edad los grupos más afectados siguieron siendo los menores de 5 años (Figura 3).

Figura 3. Vigilancia de Leishmaniasis. 2013

Tasas de incidencia por grupos de edad y sexo



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Discusión

La leishmaniasis está considerada una enfermedad endémica de ámbito regional, con incidencia en las Comunidades Autónomas del litoral mediterráneo y de la meseta central. No obstante se está observando una expansión de la enfermedad hacia latitudes más septentrionales. Durante el año 2013 se produjo un descenso en la notificación de casos tras haber comenzado a controlarse el brote que se había iniciado en la Comunidad de Madrid en 2009. No obstante, las cifras en esta Comunidad siguen siendo superiores a las registradas con anterioridad a esa fecha.

PALUDISMO

Situación epidemiológica

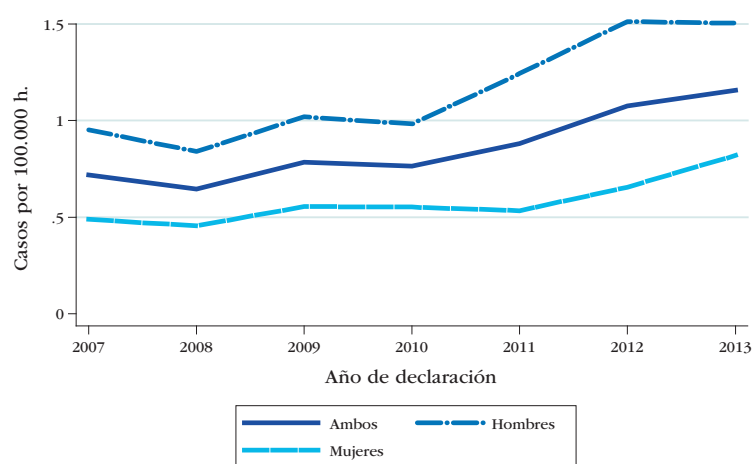
Distribución temporal y geográfica

En el año 2013 se notificaron en España de forma individualizada 543 casos de paludismo, todos ellos importados, lo que supone un aumento del 7% respecto al año anterior, manteniéndose así la tendencia al alza iniciada en 2010.

La incidencia fue de 1,16 casos por 100.000 habitantes. Aunque sigue habiendo un predominio de la enfermedad en hombres, se ha observado un aumento de la tasa en mujeres (0,82) mientras que la tasa en hombres se ha mantenido igual a la del año 2012 (1,50) (Figura 1).

Figura 1. Vigilancia de Paludismo. 2007-2013

Tasas de incidencia (casos por 100.000 h.)



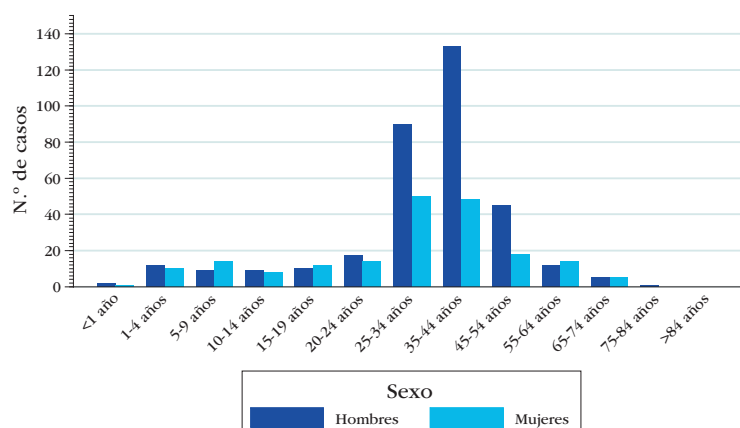
Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Características de los casos

El 71,2% de los casos se dieron en los grupos de edad comprendidos entre 25 y 54 años (Figura 2) y la razón de masculinidad fue de 1,77.

Figura 2. Vigilancia de Paludismo. 2013

Tasas de incidencia por grupos de edad y sexo



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

En 2013 hubo 531 casos confirmados (97,8%) y de ellos 461 habían sido producidos por *P. falciparum* (86,8%). No se notificó ningún fallecimiento.

Se mantiene la visita a familiares como el principal motivo del viaje (64,5% de los casos), seguido de motivos laborales (16,1%). El 35,7% de los casos procedían de Guinea Ecuatorial, un 14,4% de Nigeria y un 13,1% de Mali.

Discusión

Desde la erradicación del paludismo en España en 1964 los casos notificados han sido fundamentalmente importados y su número ha ido creciendo progresivamente debido al aumento de los viajes a zonas endémicas.

La población originaria de países subsaharianos, que vuelve a sus lugares de origen a visitar a sus familias, junto con las personas que se desplazan por motivos de trabajo son los grupos más susceptibles de adquirir la enfermedad. Es primordial concienciar a estos colectivos de la necesidad de que adopten medidas de protección frente a la picadura del mosquito y de la toma de medicación antipalúdica.

7. ZOONOSIS

BRUCELOSIS

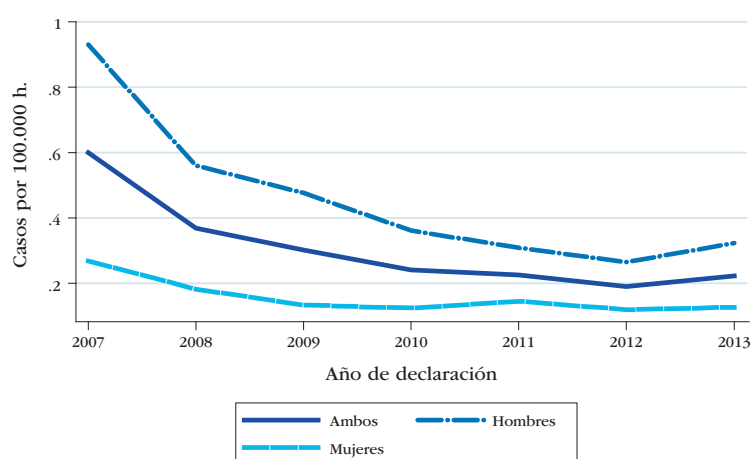
Situación epidemiológica

Distribución temporal y geográfica

El número de casos de brucelosis declarados en 2013 fue de 104 (tasa de 0,22 casos por 100.000 habitantes). La tasa de incidencia viene descendiendo de forma constante desde los años 90 situándose en los últimos años por debajo 1 por 100.000 (Figura 1). Sin embargo este año el número de casos fue ligeramente superior al de 2012 (88 casos, 0,19 casos por 100.000 habitantes), debido a brotes producidos en diversas CC.AA.

Figura 1. Vigilancia de Brucelosis. 2007-2013

Tasas de incidencia (casos por 100.000 h.)

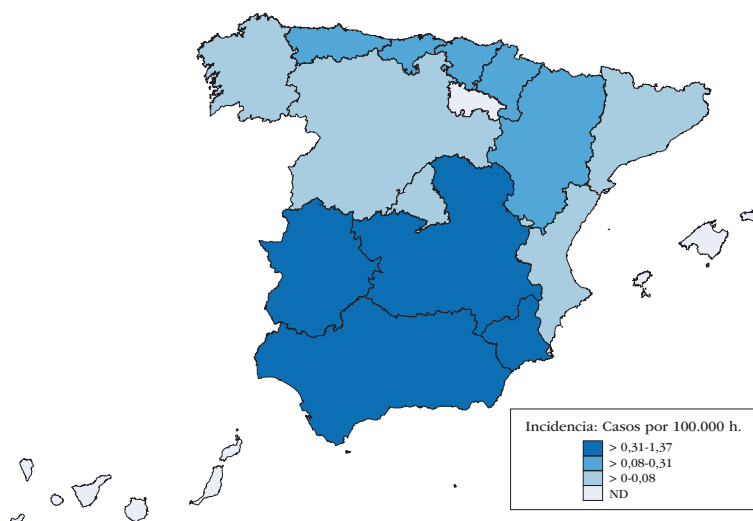


Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

La distribución geográfica de los casos se corresponde con la del ganado ovino y caprino en España. Las CC.AA. del centro y sur peninsular son las que presentan tasas más altas, mientras que las de la cornisa cantábrica y litoral mediterráneo se mantienen con tasas bajas.

Figura 2. Vigilancia de Brucelosis. España, 2013

Incidencia por Comunidades Autónomas



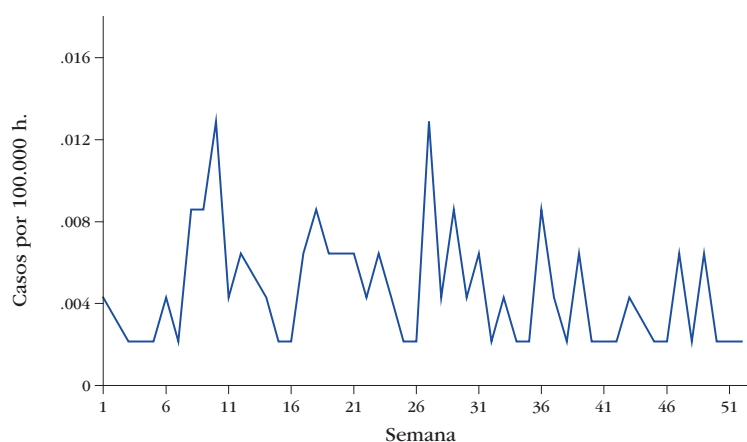
Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

La tasa más alta se registró en Murcia (1,37 casos por 100.000 habitantes), seguida por Castilla-La Mancha y Extremadura (0,82 casos por 100.000 habitantes cada una). El resto de comunidades que declararon casos presentaron tasas entre 0,5 (Andalucía) y 0,01 casos por 100.000 habitantes (Figura 2).

La enfermedad presenta un componente estacional, apareciendo los casos sobretodo en primavera, aunque hay casos esporádicos a lo largo de todo el año (Figura 3).

Figura 3. Vigilancia de Brucelosis por semanas epidemiológicas. 2013

Tasas de incidencia (casos por 100.000 habitantes)



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

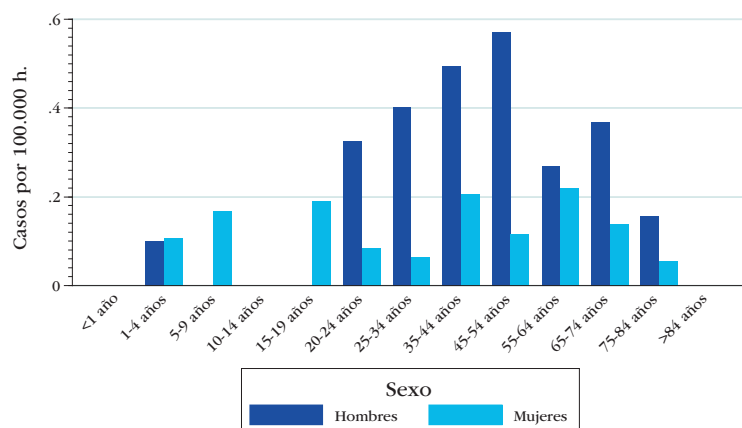
Características de los casos

El 71% (74) de los casos fueron hombres, su incidencia es casi tres veces superior a la de las mujeres (0,32 en hombres y 0,13 en mujeres). Por edad, las tasas más

elevadas correspondieron al grupo de 45 a 54 años en hombres (0,57 casos por 100.000 habitantes) y al de 55-64 años en mujeres (0,22 casos por 100.000 habitantes) (Figura 4).

Figura 4. Vigilancia de Brucelosis. 2013

Tasas de incidencia por grupos de edad y sexo



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Discusión

La brucelosis es una enfermedad de carácter ocupacional que afecta a personas que trabajan con animales o en laboratorio. Las especies más frecuentes que producen enfermedad en España son *B. melitensis*, que afecta al ganado ovino y caprino, y *B. abortus*, que afecta al ganado vacuno. Las vías más frecuentes de transmisión al hombre son la infección por vía aérea y alimentaria.

En España es una enfermedad en vías de control y sujeta a programas de erradicación en animales. Debido al éxito de estos programas, la incidencia en humanos ha descendido drásticamente. No obstante, esporádicamente se producen brotes en trabajadores de mataderos que sacrifican animales procedentes de las campañas de saneamiento, y con menos frecuencia, brotes familiares por el consumo de leche o productos lácteos sin control sanitario elaborado con leche de animales enfermos.

El trabajo continuo realizado por los programas de erradicación, ha permitido incluir recientemente en la lista de oficialmente indemnes de brucelosis a varias CC.AA. que no lo eran. Actualmente Asturias, Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla y León, Galicia y País Vasco tienen el estatuto de “Oficialmente Indemnes” en cuanto a brucelosis por *B. melitensis*, y Canarias, Baleares, País Vasco, Murcia y La Rioja son “Oficialmente Indemnes” de brucelosis bovina.

HIDATIDOSIS

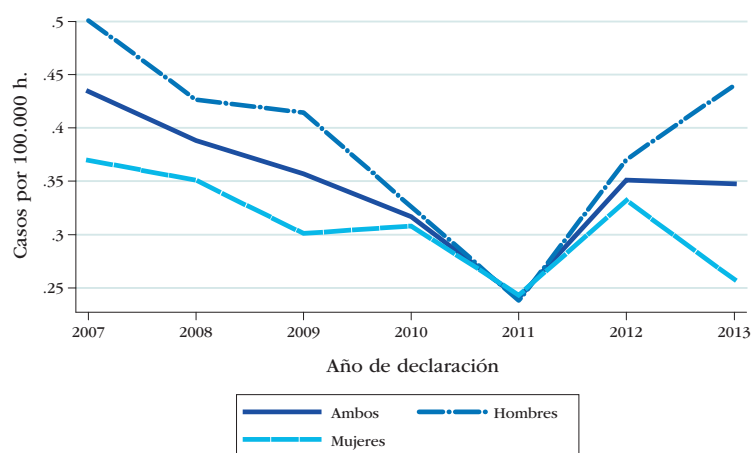
Situación epidemiológica

Distribución temporal y geográfica

En el año 2013 se declararon en España 162 casos de hidatidosis (tasa de 0,3 casos por 100.000 habitantes). El número de casos fue disminuyendo hasta el año 2011 (111 casos), y aumentó en 2012, manteniéndose desde entonces. La incidencia siempre ha sido ligeramente superior en hombres que en mujeres, excepto en los años 2010 y 2011 donde se igualó (Figura 1).

Figura 1. Vigilancia de Hidatidosis. 2007-2013

Tasas de incidencia (casos por 100.000 h.)

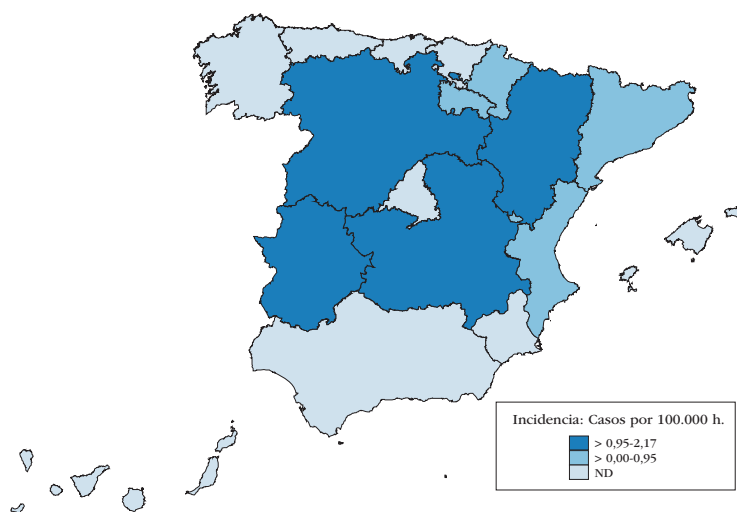


Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

De las ocho CC.AA. que declararon casos en 2013, la que presenta la tasa más alta fue Aragón (2,17 casos por 100.000 habitantes), seguido por Castilla y León (1,75 casos por 100.000 habitantes), Extremadura (1,27) y Castilla-La Mancha (1,06) (Figura 2).

Figura 2. Vigilancia de Hidatidosis. España, 2013

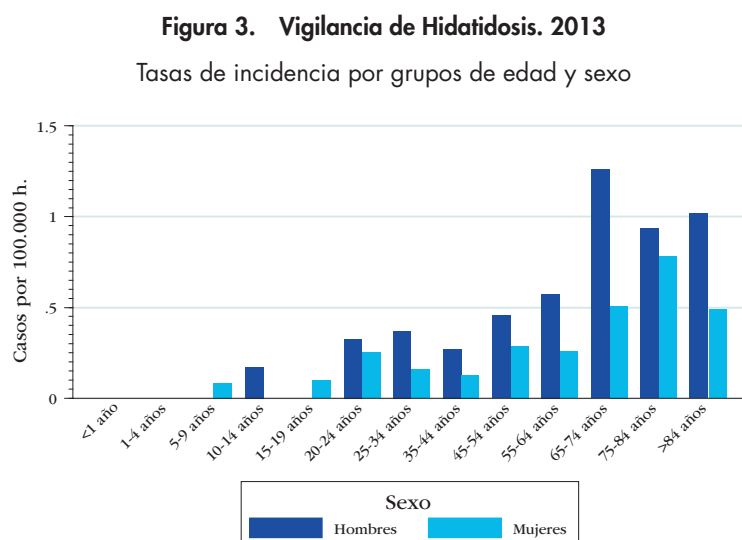
Incidencia por Comunidades Autónomas



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Características de los casos

El número de casos fue muy superior en hombres, 101 casos (62,3%) frente a 61 (37,6%) en mujeres. Los grupos más afectados fueron los mayores de 65. En niños (0-14 años) sólo hubo tres casos (Figura 3).



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Discusión

La hidatidosis es una enfermedad parasitaria producida por cestodos del Género *Equinococcus*, siendo la especie principal en nuestro país el *E. granulosus*. Se transmite a través de un ciclo doméstico entre perros domésticos y otros cánidos, y animales herbívoros, ovino, vacuno y otros, por lo que es más frecuente en regiones con alta producción ganadera, especialmente ovina.

El hombre adquiere la infección a partir del perro, de forma directa al ingerir accidentalmente los huevos del parásito proveniente de las heces del perro, o de forma indirecta mediante alimentos u objetos contaminados.

En 1986 se pusieron en marcha programas de control y erradicación de hidatidosis en diferentes CC.AA. Estos programas se basaban fundamentalmente en: desparasitación y control de perros, control de vísceras en mataderos y de cadáveres en el campo e información y educación sanitaria. Como consecuencia, la parasitación en los animales ha descendido, así como el número de casos en humanos.

En algunos países de Europa es de cierta relevancia la enfermedad producida por *E. multilocularis*, en la que el hospedador definitivo es el zorro; esta forma clínica (denominada hidatidosis alveolar) es de mayor gravedad en humanos. Actualmente el sistema de vigilancia no permite distinguir entre las dos especies mencionadas, pero es recomendable hacerlo ya que la prevención y el tratamiento son diferentes a los de la enfermedad producida por *E. granulosus*.

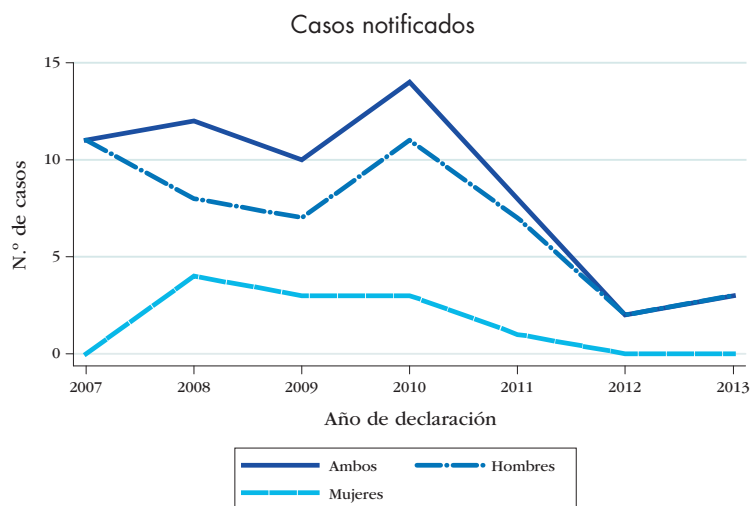
CARBUNCO

Situación epidemiológica

Distribución temporal y geográfica

En el año 2013 se declararon 3 casos de carbunco. Desde el año 2007 se han notificado un total de 60 casos de carbunco a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (Figura 1). La mayoría de los casos se clasificaron como sospechosos y no se llegaron a confirmar, y gran parte se produjeron en hombres (49/60).

Figura 1. Vigilancia de Carbunco. 2007-2013

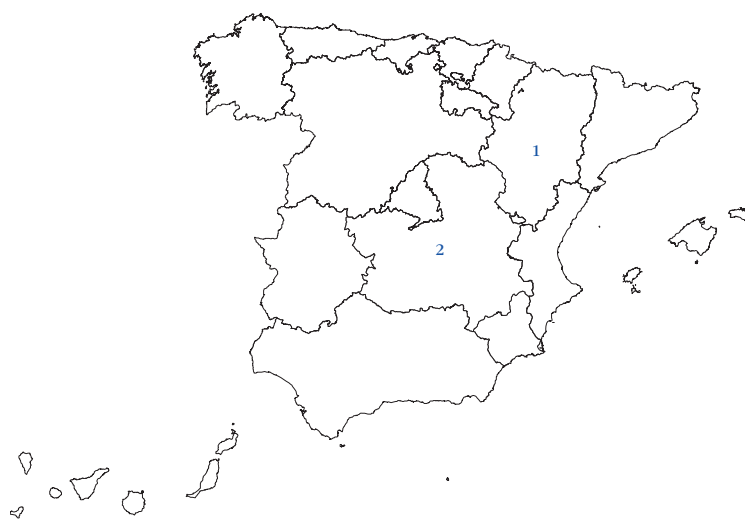


Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Las dos CC.AA. que declararon casos en 2013 fueron Castilla-La Mancha y Aragón (Figura 2).

Figura 2. Vigilancia de Carbunco. España, 2013

Incidencia por Comunidades Autónomas



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Características de los casos

En 2013, los dos casos declarados de Castilla-La Mancha eran varones de 39 y 60 años, ambos clasificados como sospechosos. El caso de Aragón era probable, otro varón de 51 años.

Discusión

El carbunco es una infección aguda causada por *Bacillus anthracis*. Afecta de forma natural a muchas especies de animales herbívoros como ovejas, vacas y cabras. En el organismo la bacteria se encuentra en forma vegetativa y espórtula al entrar en contacto con el aire.

La forma más frecuente es el carbunco cutáneo, por contacto con tejidos de animales, pelo, lana o cueros contaminados y sus derivados (tambores, cepillos o alfombras), con tierra con la que tuvieron contacto animales infectados o con harina de hueso contaminada usada como abono.

Otra forma es el respiratorio, por inhalación de esporas durante procesos industriales peligrosos, como el curtido de cueros o el procesamiento de lana o huesos, en los que pueden generarse aerosoles con esporas de *B. anthracis* en locales cerrados y mal ventilados. También se ha utilizado como amenaza en actos de bioterrorismo porque las esporas son muy resistentes en condiciones ambientales adversas y por inhalación la enfermedad tiene una alta letalidad.

Una forma clínica de presentación poco frecuente es el carbunco gastrointestinal u orofaríngeo, por la ingestión de carne contaminada mal cocida.

En España el más frecuente es el de tipo cutáneo. Se considera una enfermedad profesional que afecta principalmente a hombres adultos (agricultores, ganaderos, matarifes y trabajadores de la industria de la piel y el pelo). Se presenta en forma de casos esporádicos y brotes por la manipulación de subproductos animales muchas veces importados de países con áreas enzoóticas.

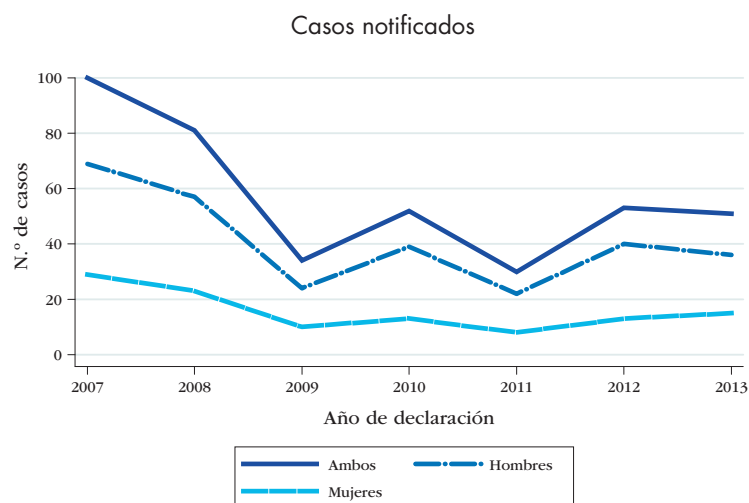
La prevención del carbunco en las personas está unida al control de su distribución entre los animales. Desde la introducción en los años 70 de la vacuna en los herbívoros, se ha reducido drásticamente el número de casos humanos.

FIEBRE Q

Situación epidemiológica

Distribución temporal

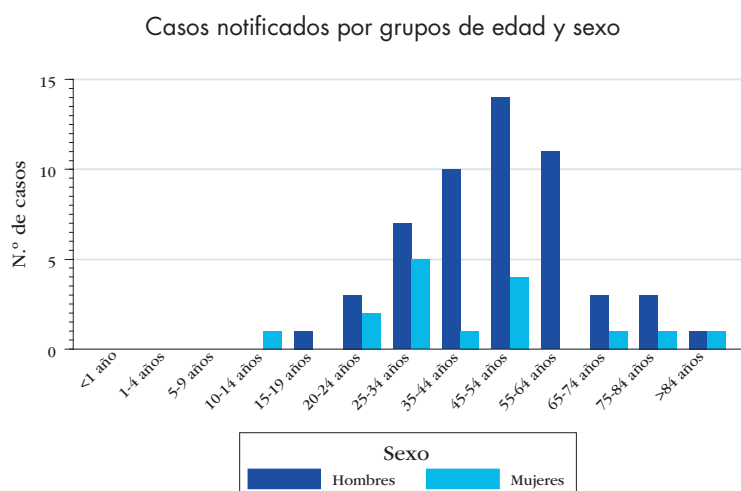
En el año 2013 se notificaron al Sistema de Información Microbiológica 73 casos de fiebre Q por 13 laboratorios. En la [figura 1](#) se puede observar la evolución en el número de casos notificados en el período 2007-2013 por parte de los 8 laboratorios que han participado de forma continua en el Sistema.

Figura 1. Vigilancia de *Coxiella burnetii*. 2008-2013

Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

Características de los casos

El 77% de los casos declarados en 2013 (56) fueron hombres, la mayoría se encuentran en el grupo de 45 a los 54 años, y en mujeres, de los 17 casos declarados, 5 están en el grupo de 25 a 34 años (Figura 2).

Figura 2. Vigilancia de *Coxiella burnetii*. 2013

Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

Discusión

La fiebre Q es una zoonosis producida por la bacteria *Coxiella burnetii*. Muchos animales domésticos y salvajes pueden ser reservorios o vectores de la enfermedad pero los principales reservorios son el ganado bovino, ovino y caprino. En el hombre la transmisión aérea es la más común, bien indirecta a larga distancia por aerosoles, o directa a través de la inhalación de gotas, aerosoles y polvo contaminado durante el contacto con animales infectados, productos animales (lana, paja) y la ropa contaminada. Dadas las características de esta enfermedad y su carácter ocupacional, periódicamente se pueden presentar brotes.

En España en el año 2013 la fiebre Q no estaba incluida en la lista de enfermedades de declaración obligatoria, por lo que los datos que se muestran en este informe proceden del SIM. El número de casos recogidos por el SIM muestra una tendencia descendente desde el año 2007, si tenemos en cuenta los laboratorios que declaran de forma regular al sistema. Esta información no es representativa en el nivel nacional, en el año 2013 la representatividad estimada del sistema fue del 30%.

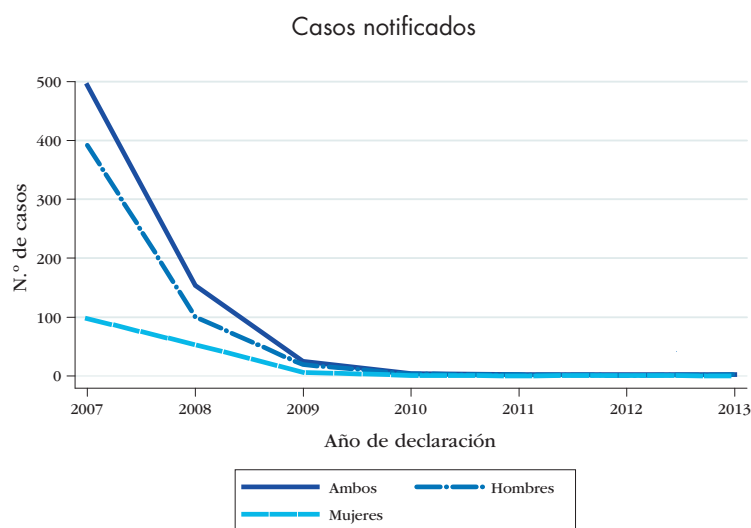
TULAREMIA

Situación epidemiológica

Distribución temporal y geográfica

El número de casos declarados en 2013 fue de dos, el mismo número que en 2011 y 2012. Tras el brote que comenzó en 2007 y en el que se declararon 493 casos, hubo pequeños brotes y casos esporádicos, con una drástica disminución hasta llegar a 4 casos en 2010, manteniéndose constante el número desde entonces, la mayoría en hombres (Figura 1).

Figura 1. Vigilancia de Tularemia. 2007-2013



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Características de los casos

Los casos declarados en 2013 fueron en Castilla y León, en dos hombres del grupo de edad de 45-54 años. Los dos casos fueron probables.

Discusión

La tularemia se produce por la *Francisella tularensis*, bacteria que se encuentra en lagomorfos y pequeños roedores. El ser humano adquiere la infección principalmente por contacto directo con el animal infectado/enfermo o muerto (a través de la piel y con menor frecuencia a través de la conjuntiva del ojo y de las mucosas de nariz y boca). Por ello las personas con actividades relacionadas con la vida al aire libre, como cazadores, senderistas, etc. o con actividades laborales en el campo, son las que presentan un mayor riesgo. También son posibles otros mecanismos

de transmisión, como la vía aérea, picadura de artrópodos o alimentaria. En España la tularemia se consideró una enfermedad emergente en 1997 cuando se identificó un brote epidémico con más de 500 casos en Castilla y León debido, en su mayor parte, al contacto con liebres infectadas. En 1998, Castilla-La Mancha notificó 19 casos en personas que manipularon cangrejos de río. Tras el último gran brote en Castilla y León en 2007 que alcanzó los 493 casos, el número de casos se mantiene en niveles muy bajos y continúa descendiendo.

8. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y PARENTERAL

INFECCIÓN POR EL VIH Y SIDA

Situación epidemiológica

VIH

Nuevos diagnósticos de VIH

El análisis epidemiológico aquí presentado se basa en los datos aportados por los sistemas de vigilancia de nuevos diagnósticos de infección por el VIH de las CC.AA. de Asturias, Baleares, Canarias, Cataluña, Extremadura, La Rioja, Navarra, el País Vasco y la ciudad autónoma de Ceuta desde el año 2003; de Galicia desde el año 2004; de Madrid desde el 2007; de Aragón, Castilla La Mancha y la ciudad autónoma de Melilla desde el 2008; de Cantabria, Castilla y León y Murcia desde el año 2009; de la Comunidad Valenciana desde 2012 y de Andalucía desde el 2013. Por tanto, la población cubierta por este sistema de vigilancia ha ascendido progresivamente, desde los 14.469.101 habitantes en 2003 (34% del total de la población española) hasta los 46.591.857 en 2013, alcanzando por primera vez una cobertura del 100% de la población española. Los resultados presentados del año 2013 no se han corregido por retraso en la notificación. Para el análisis de las tendencias se han utilizado los casos de las 12 CC.AA., además de Ceuta y Melilla, que disponen de datos desde el año 2008 (cobertura: 61% de la población española); para la interpretación de las mismas, las figuras referidas al periodo 2008-2013, se han corregido por retraso de notificación.

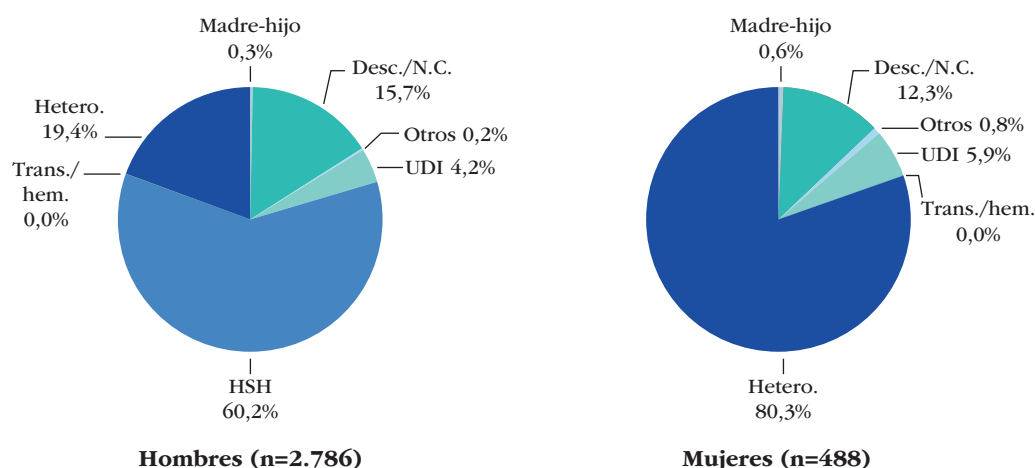
Nuevos diagnósticos de VIH en el año 2013

Hasta el 30 de junio de 2014 se ha recibido, desde las 17 CC.AA., Ceuta y Melilla, la notificación de 3278 nuevos diagnósticos de VIH en el año 2013, lo que supone una tasa de 7,04/100.000 habitantes sin corregir por retraso en la notificación. Tras corregir por este retraso, se estima que la tasa para 2013 será de 10,3 por 100.000 habitantes cuando se haya completado la notificación de todos los diagnósticos realizados ese año.

La mediana de edad al diagnóstico es de 35 años (RIC: 29-43), siendo el 85% de los nuevos diagnósticos de VIH hombres. La distribución de las categorías de transmisión en hombres y mujeres queda reflejada en la [figura 1](#).

Figura 1. Nuevos diagnósticos de VIH. Categoría de Transmisión y sexo

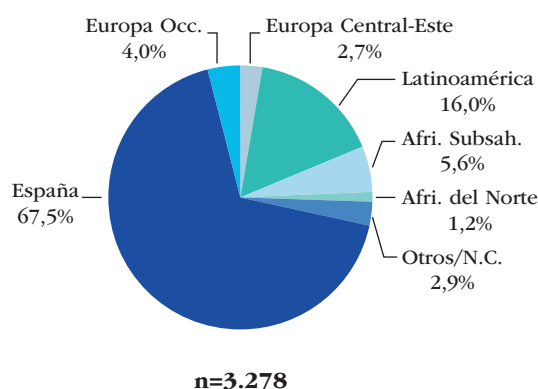
España. Año 2013. Datos no corregidos por retraso de notificación



El 32,5% de los nuevos diagnósticos de infección por el VIH se realizó en personas originarias de otros países. Tras el origen español, el más frecuente fue el latinoamericano (16%) (Figura 2).

Figura 2. Nuevos diagnósticos de VIH. Zona de origen

España. Año 2013. Datos no corregidos por retraso de notificación



La transmisión en hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres (HSH) fue la más frecuente (51,2%), seguida de la heterosexual (28,5%) y la que se produce entre usuarios de drogas inyectadas (UDI), 4,4%.

La mediana de CD4 al diagnóstico fue de 378 (RIC: 181-571). Un 27,3% de los nuevos diagnósticos presentaron enfermedad avanzada (<200 CD4 al diagnóstico de VIH), y un 46,6% diagnóstico tardío (<350 CD4) siendo este último mayor en mujeres (50% frente a 45,9%).

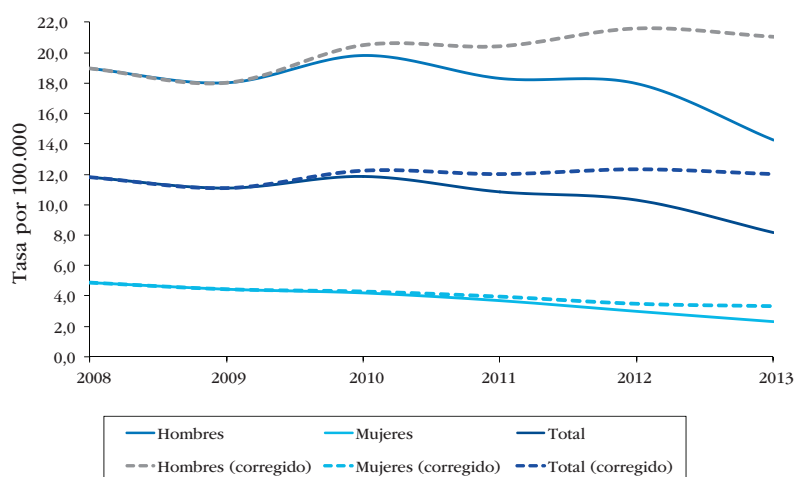
Tendencia de los nuevos diagnósticos de VIH

Doce CC.AA. (Aragón, Asturias, Baleares, Canarias, Castilla La Mancha, Cataluña, Galicia, Extremadura, Madrid, Navarra, País Vasco y La Rioja), Ceuta y Melilla han notificado casos de forma consistente desde el año 2008. Por ello, para analizar las tendencias de los nuevos diagnósticos de VIH se han utilizado sólo los datos aportados por ellas. Para una mejor evaluación de las tendencias los datos presentados en gráficos se han corregido por retraso en la notificación. Las tasas anuales de nuevos

diagnósticos por sexo y la tasa global por 100.000 habitantes, corregidas por retraso en la notificación, se reflejan en la [figura 3](#).

Figura 3. Tasas de nuevos diagnósticos de VIH por sexo.

España*. 2008-2013. Datos corregidos por retraso en la notificación

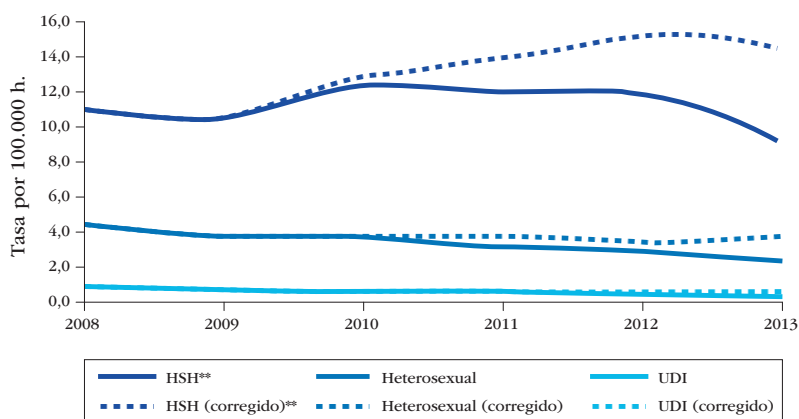


*Aragón, Asturias, Baleares, Canarias, Castilla-La Mancha, Cataluña, Ceuta, Extremadura, Galicia, La Rioja, Madrid, Melilla, Navarra y País Vasco.

Se aprecian diferentes tendencias en la incidencia de nuevos diagnósticos de VIH según mecanismo de transmisión: en UDI la tendencia es descendente; en heterosexuales los casos descienden levemente en mujeres y se mantienen estables en hombres, y en HSH la tendencia es ascendente. Como resultado de estas tendencias contrapuestas las tasas globales están bastante estables al corregir por retraso en la notificación ([Figuras 3 y 4](#)).

Figura 4. Tasas de nuevos diagnósticos de VIH anuales por categoría de transmisión.

España*. 2008-2013. Datos corregidos por retraso en la notificación



*Aragón, Asturias, Baleares, Canarias, Castilla-La Mancha, Cataluña, Ceuta, Extremadura, Galicia, La Rioja, Madrid, Melilla, Navarra y País Vasco.

**Tasa por 100.000 hombres.

Al inicio del periodo, el porcentaje de personas extranjeras permanecía estable, pero a partir de 2010 se ha iniciado un descenso.

En el conjunto de datos el diagnóstico tardío desciende levemente, aunque esta diferencia no es significativa.

SIDA

Los casos nuevos de sida reflejan el perfil de aquellas personas infectadas por el VIH en las que la infección ha alcanzado etapas de inmunodeficiencia más avanzada.

Casos de sida diagnosticados en 2013

Hasta el 30 de junio de 2014 se recibió la notificación de 604 casos diagnosticados en 2013. Tras corregir por retraso en la notificación, se estima que en dicho año se diagnosticaron en España 760 casos de sida. De ellos, el 77,5% fueron hombres, y la mediana de edad al diagnóstico de sida fue 43 (RIC: 35-50). El porcentaje de personas que contrajeron la infección por relaciones heterosexuales no protegidas ascendió al 33,4%, mientras que la transmisión entre HSH supuso el 32,3% de todos los casos. El porcentaje de personas diagnosticadas de sida en 2013 que contrajeron la infección por compartir material de inyección para la administración parenteral de drogas fue del 22,5%.

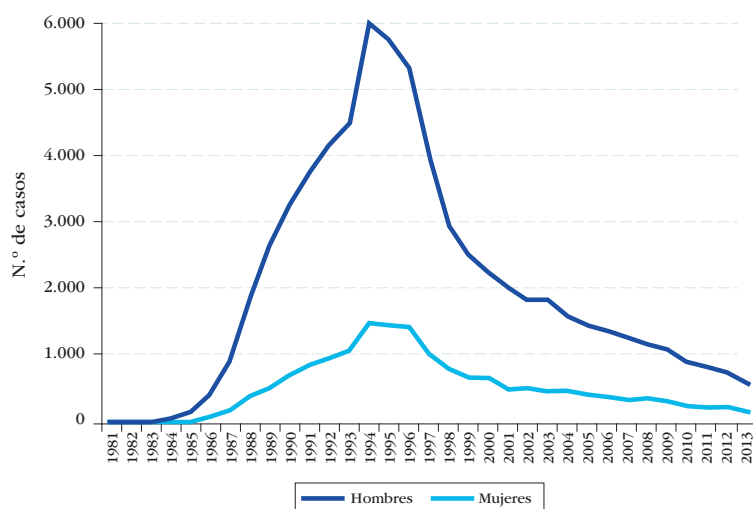
Evolución de la incidencia de sida en España

Desde el inicio de la epidemia en España se han notificado un total de 84.043 casos de sida, cuya distribución por CC.AA. de residencia se observa en la Tabla 7 (Anexo II). Tras alcanzar su cenit a mediados de la década de los 90, el número de casos notificados ha experimentado un progresivo declive, que supone un 88,7% desde 1996 (año previo a la generalización del TARGA) hasta 2013 ([Figura 5](#)). Por categoría de transmisión, se observa en los últimos años un descenso continuado en el grupo de UDI y casos debidos a transmisión heterosexual, mientras que los casos en HSH se mantienen estables.

Figura 5. Casos de sida en España* por sexo

Datos corregidos por retraso en la notificación

Registro Nacional de Sida. Actualización a 30 de junio de 2014



*Por razones técnicas no se han podido incluir los casos de Andalucía del año 2013.

Hasta 1997 la proporción de casos de sida en personas nacidas fuera de España estuvo por debajo del 3%, pero desde entonces ha subido progresivamente hasta alcanzar el 28% en 2013. En este último año, el 53% de estas personas extranjeras procedía de Latinoamérica y el 17% de África Subsahariana.

En el último quinquenio, la neumonía por *Pneumocystis jirovecii* y la tuberculosis de cualquier localización han sido las enfermedades indicativas de sida más frecuentes, afectando ambas al 24,6% de los casos, seguidos por la candidiasis esofágica (12,7%).

Discusión

Las tasas de nuevos diagnósticos de VIH en España son similares a las de otros países de Europa occidental, aunque superiores a la media del conjunto de la Unión Europea. El VIH se transmite mayoritariamente por vía sexual, siendo la transmisión entre HSH la categoría mayoritaria, y su influencia crece año a año. Las personas de otros países suponen una parte relevante de los nuevos diagnósticos, aunque parece que su repercusión en las cifras totales desciende desde 2010. Durante el periodo 2007-2012 el diagnóstico tardío no ha disminuido en ninguna categoría de transmisión, si bien las cifras en HSH son mucho menores que en el resto.

Respecto a los casos de sida, la información aportada por el RNS nos indica que, tras la introducción del TARGA, el avance en la reducción de la incidencia de sida en España ha sido notable. Este continuo descenso, inicialmente espectacular, se ha ido ralentizado en los últimos años.

SÍFILIS

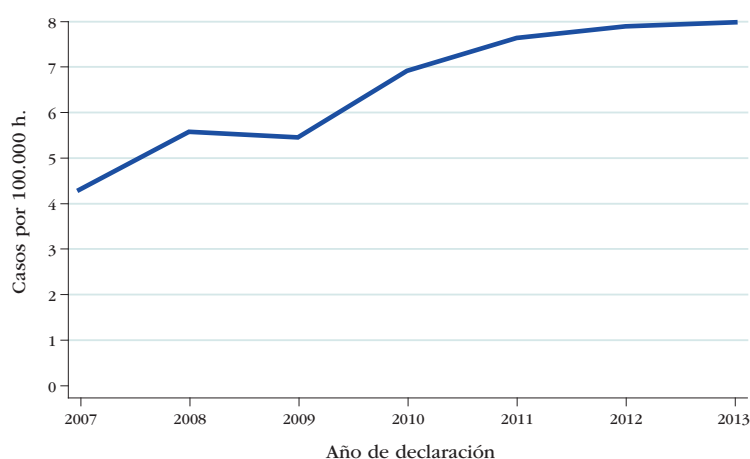
Situación epidemiológica

Distribución temporal y geográfica

Según los datos de la notificación numérica en 2013 se declararon en España 3.723 casos de sífilis, lo que supone una incidencia de 8,0 casos por 100.000 habitantes. La incidencia anual de sífilis ha experimentado un importante crecimiento entre 2007 y 2013 (Figura 1).

Figura 1. Vigilancia de Sífilis. 2007-2013

Tasas de incidencia (casos por 100.000 h.)

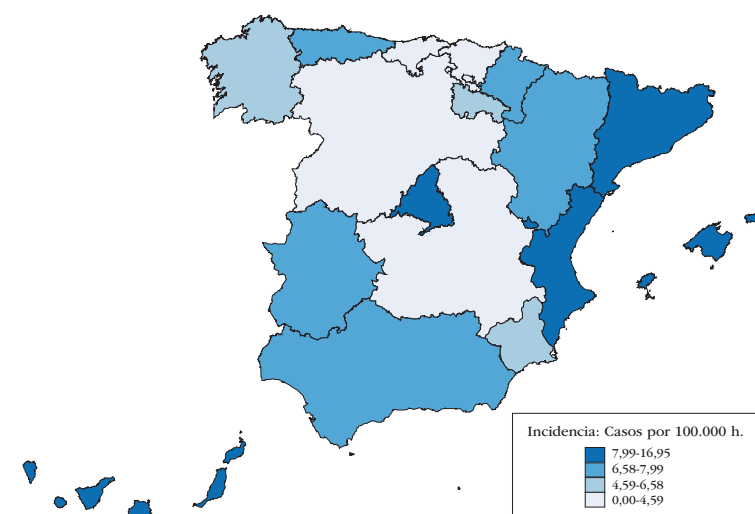


Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Las comunidades autónomas que notificaron tasas más altas en el año 2013 fueron Baleares (16,95 casos por 100.000 habitantes), Madrid (11,16 casos por 100.000 habitantes), Canarias (10,76 casos por 100.000 habitantes) y Cataluña (10,62 casos por 100.000 habitantes). Las de menor incidencia fueron Castilla La Mancha (2,40 casos por 100.000 habitantes) y Castilla y León (2,91 casos por 100.000 habitantes). Melilla no declaró casos de sífilis (Figura 2).

Figura 2. Vigilancia de Sífilis. España, 2013

Incidencia por Comunidades Autónomas



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

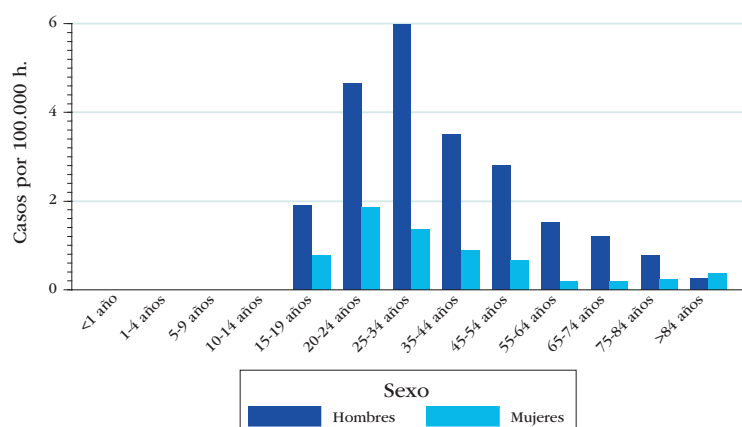
Características de los casos

De los 3.723 casos declarados de forma numérica en 2013, se dispuso de información individualizada de 732 casos procedentes de siete comunidades autónomas (Castilla La Mancha, Castilla y León, Extremadura, La Rioja, Comunidad Valenciana, Navarra y Murcia). Estos casos suponen el 100% de la notificación numérica en esas comunidades, excepto para Navarra donde supusieron el 93%.

De esos 732 casos, el 79,9% fueron varones (585/732). El 56,4% se produjeron entre los 25 y 44 años: 32,3% en el grupo de 25-34; y 24,1% en el grupo de 35-44. No se notificaron casos en menores de 14 años (Figura 3).

Figura 3. Vigilancia de Sífilis. 2013

Tasas de incidencia por grupos de edad y sexo



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

La edad media de los casos fue de 38,4 años (DE: 14,0). La edad media por sexo fue similar (mujeres 37,9 años; DE: 15,7 vs. hombres 38,5 años, DE: 16,6),

Discusión

La notificación de casos de sífilis aumentó durante el año 2013 con respecto a los anteriores. De los casos de los que se dispone de información individualizada, la mayor parte fueron hombres y de 25 a 44 años. No obstante estos datos habrán de corroborarse cuando se disponga de la declaración individualizada en todas las comunidades autónomas.

SÍFILIS CONGÉNITA

Situación epidemiológica

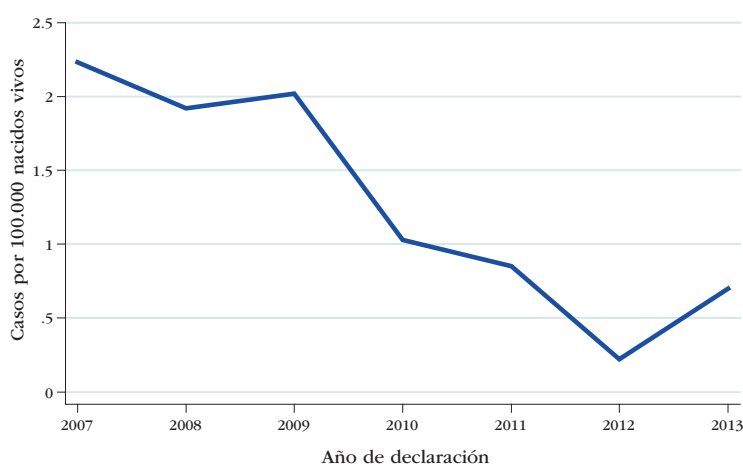
En el año 2013 se ha declarado 3 casos confirmado de sífilis congénita, lo que supone una incidencia de 0,70 casos por 100.000 nacidos vivos.

Distribución temporal

En la [figura 1](#) se muestra la tasa de casos confirmados por 100.000 nacidos vivos en el periodo 2007-2013. Durante estos años, las tasas han oscilado entre 2,23 en 2007 y 0,22 en 2012, observándose un descenso estadísticamente significativo a partir del año 2009.

Figura 1. Vigilancia de Sífilis congénita. 2007-2013

Tasas de incidencia (casos por 100.000 nacidos vivos)



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Distribución geográfica y características de los casos

Todos los casos fueron varones y se diagnosticaron en la primera semana de vida. Dos de ellos fueron declarados por Extremadura y el restante por Andalucía.

Discusión

La sífilis congénita es una enfermedad grave pero prevenible a través del screening y tratamiento precoz de las mujeres embarazadas, estrategia altamente coste-efectiva.

Según los últimos datos publicados por el *European Centre for Disease Prevention and Control*¹, en Europa en el año 2012 se notificaron 101 casos de sífilis congénita

(tasa de 3,8 casos por 100.000 nacidos vivos). La mayoría de los casos fueron notificados por Polonia, Bulgaria y Portugal.

En el contexto europeo, la tendencia en los últimos años está estabilizada aunque con diferencias importantes entre países. Sin embargo, la incidencia podría estar infranotificada puesto que hay países que no disponen de sistema de vigilancia para esta enfermedad.

¹ European Centre for Disease Prevention and Control. Annual epidemiological report 2014 - sexually transmitted infections, including HIV and blood-borne viruses. Stockholm: ECDC; 2015. <http://www.ecdc.europa.eu/>

INFECCIÓN GONOCÓCICA

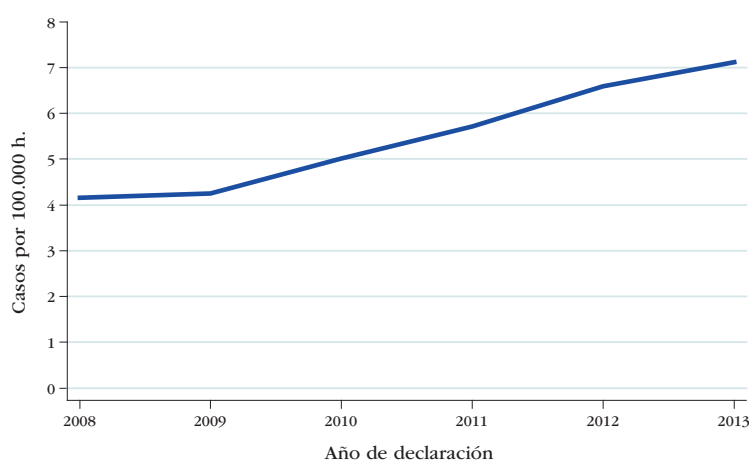
Situación epidemiológica

Distribución temporal

Según los datos de la notificación numérica, en 2013 se declararon en España 3.315 casos de gonococia, lo que supone una incidencia de 7,12 casos por 100.000 habitantes superior a la del año previo (6,59 casos por 100.000 hab.). En el periodo 2008-2013 se observa una tendencia ascendente (Figura 1).

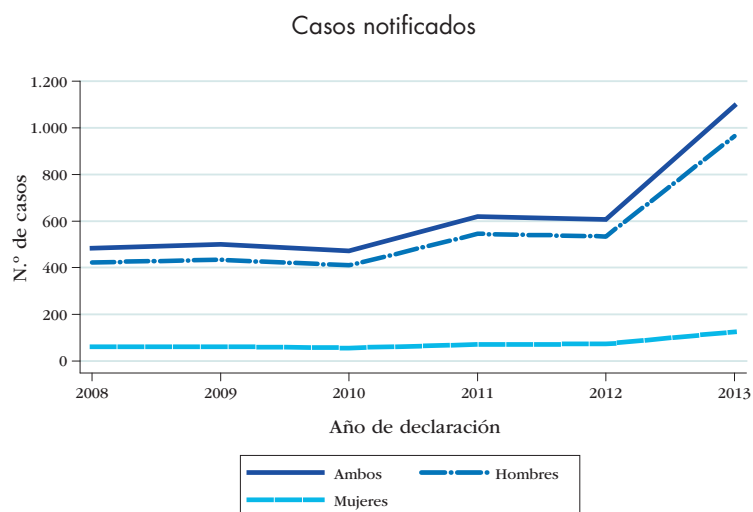
Figura 1. Vigilancia de *Neisseria gonorrhoeae*. 2008-2013

Tasas de incidencia (casos por 100.000 h.)



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

El SIM recogió 1.356 diagnósticos de *Neisseria gonorrhoeae* en el año 2013 notificados por 49 laboratorios. Al analizar los datos aportados por los 34 laboratorios que declararon casos de forma regular al SIM entre 2008 y 2013, se observa una tendencia ascendente desde 484 diagnósticos en 2008 a 1.096 en 2013. La tendencia en hombres fue paralela a la global (Figura 2).

Figura 2. Vigilancia de *Neisseria gonorrhoeae*. 2008-2013

Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

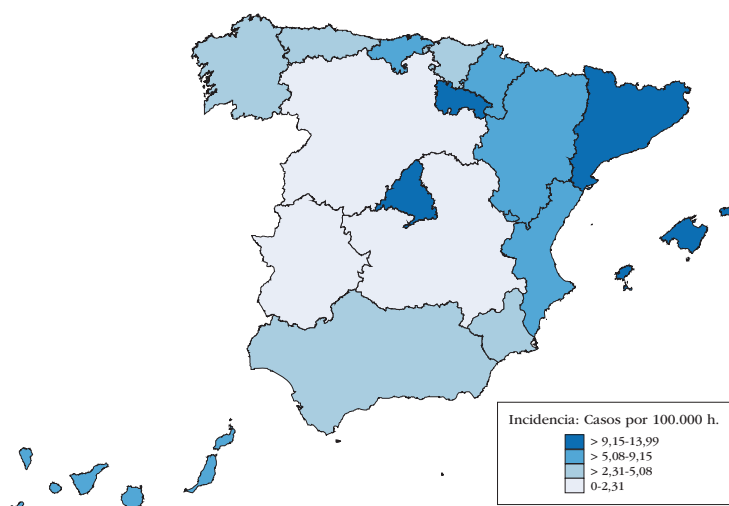
Distribución geográfica

Para el análisis geográfico se tuvieron en cuenta los datos de la notificación numérica ya que su cobertura es nacional. En 2013, la incidencia de casos infección gonocócica notificados por comunidades autónomas presenta un rango muy amplio, entre 1,18 y 13,99 casos por 100.000 habitantes (Figura 3).

Las tasas más elevadas se registraron en Baleares (13,99), Cataluña (12,04), La Rioja (13,59) y Madrid (10,94). Las más bajas se notificaron en Extremadura (1,55), Castilla La Mancha (2,25) y Castilla y León (2,31). Melilla no notificó casos.

Figura 3. Vigilancia de *Neisseria gonorrhoeae*. España, 2013

Incidencia por Comunidades Autónomas



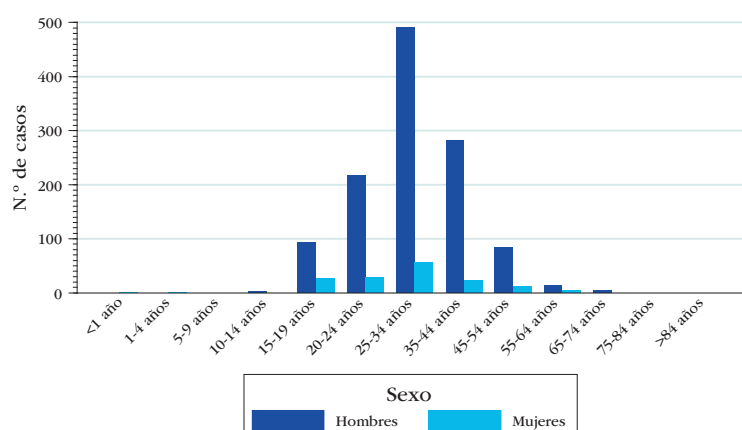
Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Características de los casos

La información sobre las características de los casos procede del SIM. De los diagnósticos de *Neisseria gonorrhoeae* con información disponible en 2013 (1.341), el 88,5% se produjeron en hombres y el 40,9% entre los 25 y 34 años. La distribución de los diagnósticos por grupos de edad y sexo se muestra en la [Figura 4](#).

Figura 4. Vigilancia de *Neisseria gonorrhoeae*. 2013

Casos por grupos de edad y sexo



Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

Discusión

La situación epidemiológica de la infección gonocócica en España muestra un incremento continuo de los casos notificados desde el año 2008.

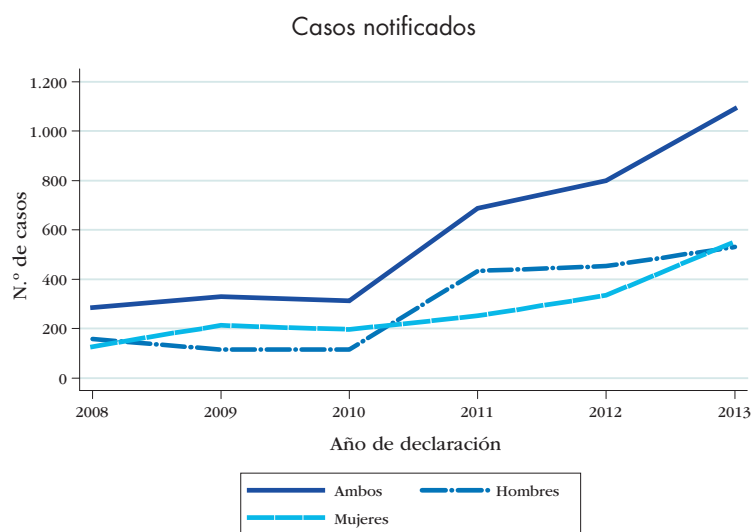
Los datos aportados por el SIM muestran una mayor afectación de las personas entre 25 y 34 años y de los hombres. No obstante, habrá que corroborar estos datos cuando se disponga de declaración individualizada en todas las Comunidades Autónomas.

INFECCIÓN POR *CHLAMYDIA TRACHOMATIS*

Situación epidemiológica

Distribución temporal

Durante el año 2013 se declararon al SIM 1.511 diagnósticos de *Chlamydia trachomatis*. Desde el 2008 al 2013 se aprecia un incremento en el número de los diagnósticos notificados al SIM (de 404 en 2008 a 1.511 en 2013). Al analizar los 18 laboratorios que notificaron de forma continuada durante el periodo se observó una tendencia ascendente en el número de casos en ese periodo (desde 285 casos en 2008 a 1.092 en 2013) ([Figura 1](#)).

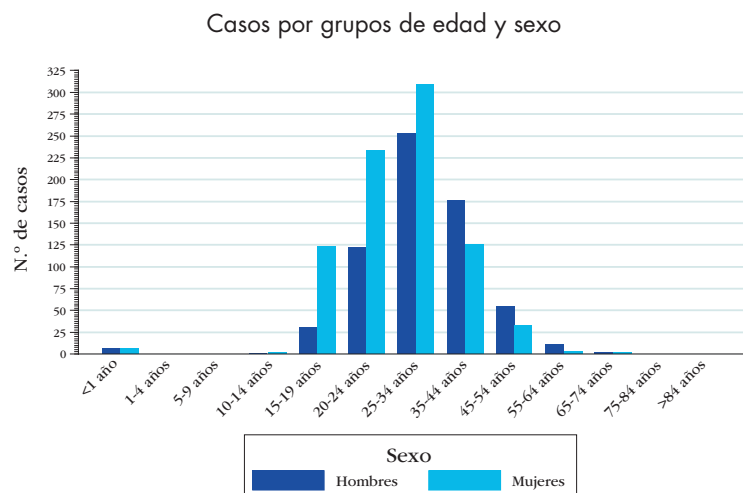
Figura 1. Vigilancia de *Chlamydia trachomatis*. 2008-2013

Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

Características de los casos

De los diagnósticos de *C. trachomatis* notificados en 2013, el porcentaje de mujeres (55,7%) fue superior al de hombres (43,6%). La mayoría de los casos se produjeron entre los 25-34 años (37,7%) y 20-24 años (23,8%) (Figura 2).

La mediana de edad fue de 28 años (RIC: 23-35), similar a la de años anteriores. Las mujeres fueron más jóvenes que los hombres siendo su edad mediana de 26 años (RIC: 21-32) y 31 años (RIC: 25-37), respectivamente.

Figura 2. Vigilancia de *Chlamydia trachomatis*. 2013

Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

Discusión

En el periodo 2008-2013 se observó un incremento de la notificación de casos de *Chlamydia trachomatis*, tanto en los laboratorios que notificaron de forma continuada como debido a la incorporación de nuevos laboratorios al Sistema de Información Microbiológica.

HEPATITIS B

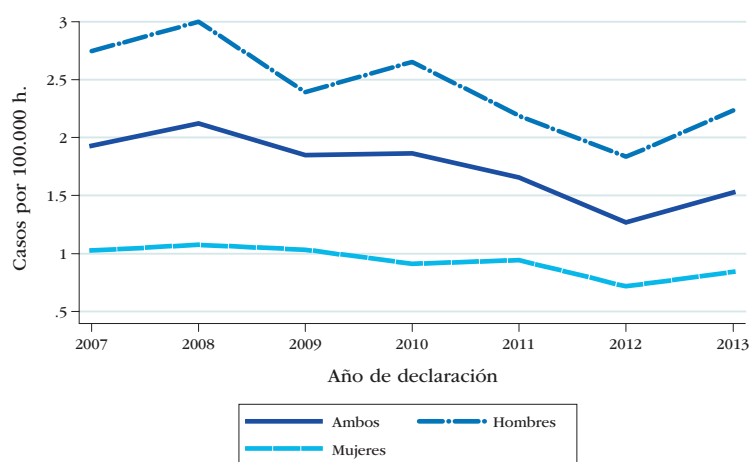
Situación epidemiológica

Distribución temporal y geográfica

En 2013 se notificaron 711 casos de hepatitis B. La incidencia fue de 1,52 casos por 100.000 habitantes, superior a la del año anterior, en el que se declararon 585 casos, tasa 1,27 por 100.000 habitantes (Figura 1). La incidencia en hombres fue superior durante todo el periodo a la de las mujeres. En 2013, las tasas por sexo fueron 2,23 casos por 100.000 en hombres y 0,84 casos por 100.000 en mujeres.

Figura 1. Vigilancia de Hepatitis B. 2008-2013

Tasas de incidencia (casos por 100.000 h.)

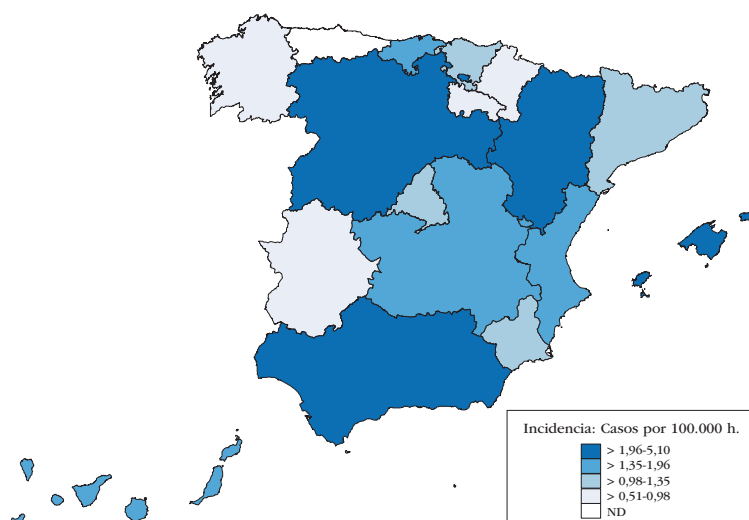


Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Las tasas por comunidad autónoma estuvieron entre 0 y 5,1 casos por 100.000 habitantes (Figura 2). Las tasas más bajas correspondieron a Asturias, Ceuta y Melilla con 0 casos; Galicia, La Rioja, Extremadura y Navarra con tasas inferiores a 1 caso por 100.000 habitantes, y las más elevadas en Andalucía, C. León y Baleares con tasas superiores a 2 casos por 100.000 y en Aragón con 5,1 por 100.000.

Figura 2. Vigilancia de Hepatitis B. España, 2013

Incidencia por Comunidades Autónomas



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

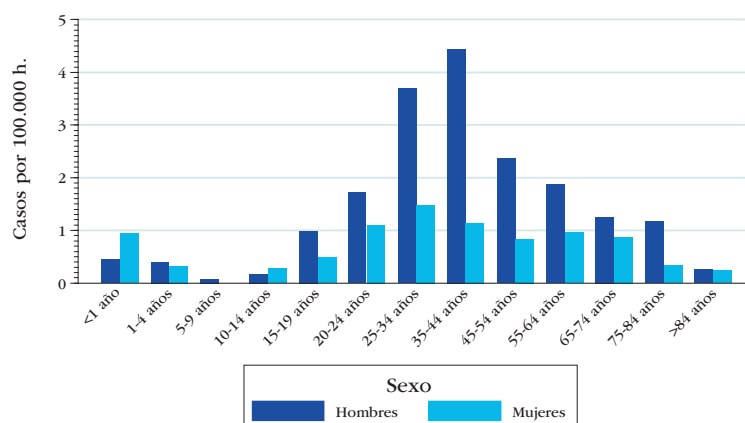
Características de los casos

Los casos de hepatitis B fueron más frecuentes en hombres. Se declararon 512 (72%) casos en hombres y 199 (28%) en mujeres. La razón hombre/mujer fue de 2,57.

Tanto en hombres como en mujeres (Figura 3), las tasas más altas se dieron entre los 25 y los 44 años. Siendo el grupo con mayor incidencia el de 35-44 años en hombres con 4,45 casos por 100.000 habitantes y de 25 a 34 años en mujeres con 1,48 casos por 100.000 habitantes.

Figura 3. Vigilancia de Hepatitis B. 2013

Tasas de incidencia por grupos de edad y sexo



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Discusión

A pesar del aumento del número de casos respecto al año anterior, la tendencia general de hepatitis B en 2013 continúa descendiendo desde el incremento observado en 2008 en España.

9. ENCEFALOPATÍAS ESPONGIFORMES TRANSMISIBLES HUMANAS

Situación de las Encefalopatías Espongiformes Transmisibles Humanas (EETH) en España

Distribución espacial y temporal

Hasta 31 de diciembre de 2013 se recibieron 1.609 notificaciones, 268 de las cuales corresponden a casos que finalmente se descartaron como EETH. 641 eran casos confirmados de Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ) esporádica, 485 más fueron casos probables y 74 posibles. Se habían confirmado también cinco casos de variante de ECJ (vECJ), 58 de IFL (Insomnio Familiar Letal) y tres del síndrome de Gerstmann-Sträussler-Scheinker (SGSS).

La distribución de notificaciones por comunidad autónoma y año se puede ver en la [Tabla 1](#). Se observan aumentos en los años 1998, 2001, 2005, 2008 y 2010.

Tabla 1. Número de notificaciones por año de diagnóstico y comunidad autónoma

Comunidad Autónoma	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	TOTAL
Andalucía	4	6	2	2	5	4	8	11	16	14	9	11	16	15	12	21	14	13	15	15	9	222
Aragón	0	0	1	0	5	4	1	3	4	0	2	0	5	2	2	5	4	4	4	4	2	52
Asturias, Principado de	2	0	2	0	1	2	3	2	2	0	5	2	2	0	1	0	1	3	0	3	0	31
Baleares, Islas	1	2	0	1	1	0	2	0	1	1	1	3	1	0	0	2	4	0	4	3	1	28
Canarias	0	0	0	0	4	4	4	2	2	2	2	2	2	3	3	1	4	3	2	1	0	41
Cantabria	1	2	0	0	2	4	3	3	0	2	0	0	1	0	0	2	0	2	0	0	0	22
Castilla-La Mancha	0	1	1	2	2	1	2	2	1	2	0	2	5	3	5	6	9	3	9	5	2	63
Castilla y León	2	1	6	2	7	4	4	6	8	5	6	6	7	7	7	12	9	8	8	4	2	121
Cataluña	8	6	3	6	6	15	16	9	13	11	7	19	17	16	16	15	12	14	14	19	9	251
C. Valenciana	1	3	3	7	5	12	11	10	12	13	17	10	8	8	19	16	12	21	13	20	19	240
Extremadura	0	0	0	1	1	2	2	0	0	3	1	0	2	7	5	3	1	0	1	0	1	30
Galicia	1	1	3	0	0	11	3	5	8	7	1	7	6	6	4	5	5	4	0	0	1	78
C. de Madrid	4	4	5	7	5	7	9	10	16	7	12	8	13	16	8	9	16	12	12	17	9	206
Murcia, Región de	1	0	0	0	1	0	1	0	2	3	2	2	3	1	6	2	3	2	0	4	0	33
Navarra, C. Foral de	1	0	0	2	1	0	2	2	1	0	0	0	4	4	0	0	1	1	2	4	1	26
País Vasco	2	3	1	6	4	8	5	8	8	9	7	6	11	11	11	9	4	12	10	9	7	151
La Rioja	2	0	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	3	0	0	2	13
TOTAL	30	29	27	36	51	79	76	73	95	79	73	78	104	99	100	108	99	105	94	108	65	1.608

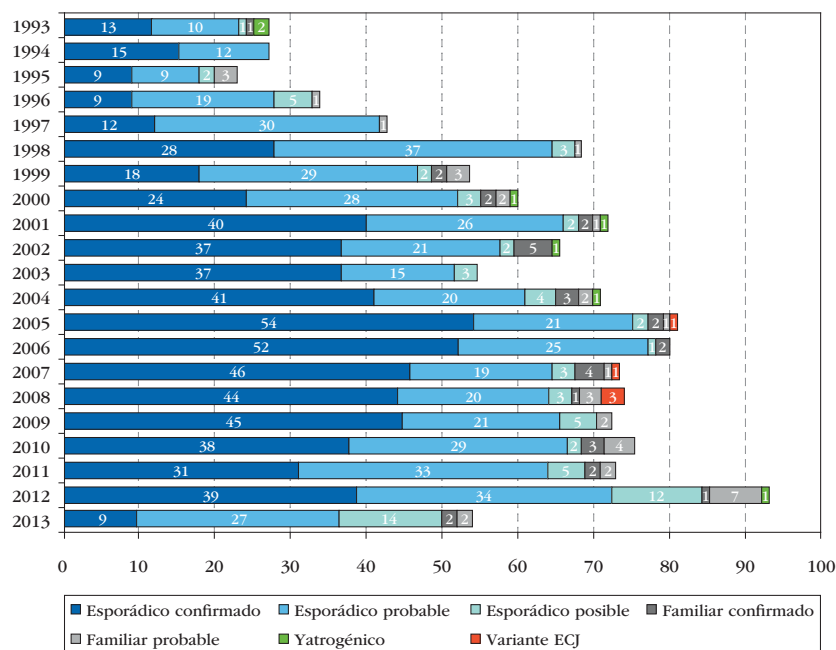
* Se desconoce el año de diagnóstico en la notificación de un "no caso".

En la [Figura 1](#) se presenta la distribución casos de ECJ según el grado de certeza diagnóstica, separados por año de diagnóstico y declarados desde 1995 hasta 2013. Los casos de 1993 y 1994 fueron recogidos de forma retrospectiva. En el año 2005 se

notifica desde Madrid el primer caso de vECJ en una mujer de 26 años. En 2007 y 2008 se diagnostican otros cuatro, tres de los cuales residían en Castilla y León y el último en Cantabria. En 2012 se notifica un caso de ECJ iatrogénico, por implante de duramadre realizado en 1988, después de 8 años sin casos incidentes de este tipo. La confirmación post-mortem del ECJ esporádico parece disminuir en los últimos años.

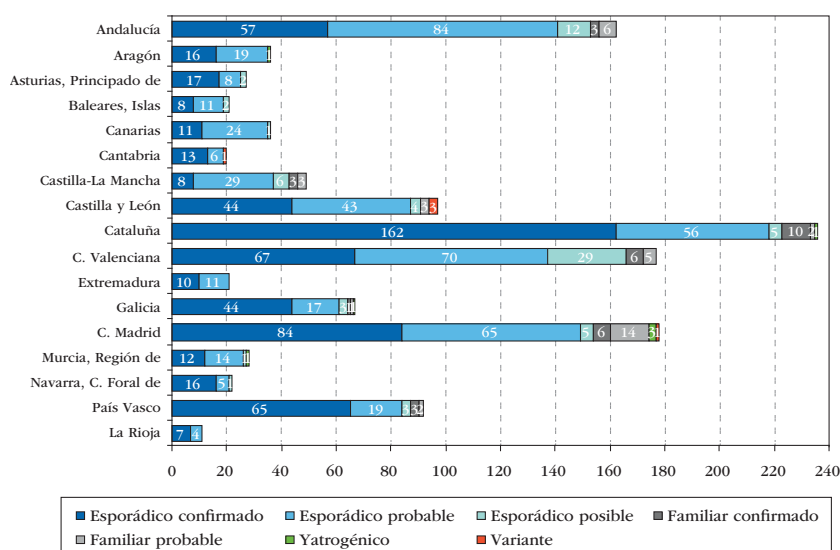
Figura 1

Distribución de casos de ECJ confirmados, probables y posibles por año de diagnóstico



La tasa de incidencia de ECJ esporádica confirmada y probable en España entre 1998 (año en que el sistema de vigilancia se ha consolidado y en el que las pruebas de detección de proteína 14-3-3 en líquido cefalorraquídeo se han generalizado) y diciembre de 2013, ajustada por edad, es de 1,13 casos por millón de habitantes y año, similar a la de otros países. Destacan con las tasas más altas Cantabria, País Vasco y Navarra en el norte y Cataluña y la Comunidad Valenciana en el este. Las tasas más bajas se dan en Asturias y Extremadura (Figura 2). El grupo de edad más afectado por esta enfermedad es el de 70 a 79 años en mujeres y de 60 a 79 en hombres.

Figura 2
Distribución de casos de ECJ confirmados, probables y posibles por CC.AA.



Características de los casos

De los 58 casos declarados de IFL, 24 eran residentes en el País Vasco. Todos los casos iatrogénicos se produjeron por implante de duramadre. En lo referente a vECJ, las encuestas epidemiológicas no revelaron antecedentes de estancia significativa en Reino Unido ni de recepción de sangre ni derivados sanguíneos. En dos casos había antecedentes de consumo habitual de cerebro de vacuno. Se trata de una mujer y su hijo que constituyen la primera agrupación familiar descrita.

Discusión

Los picos en la notificaciones anuales parecen coincidir con los primeros años de la epidemia de vECJ en Reino Unido y la generalización de la detección de proteína 14-3-3 en líquido cefalorraquídeo (LCR) como prueba diagnóstica (1998), con la inclusión de las EETH entre las Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) (Orden de 21 de febrero de 2001, publicada en BOE de 1 de marzo de 2001), con la aparición del primer caso de vECJ en España en 2005 y, el ascenso de 2008, con la declaración de dos casos de vECJ relacionados familiarmente.

En conclusión, en el terreno de las EETH, encontrándose en regresión el ECJ iatrogénico, persisten frecuencias medias de ECJ esporádica. En el País Vasco se observa una alta frecuencia de EETH genéticas y más en concreto de IFL. A partir de 2008 no se ha confirmado ningún otro caso de vECJ.

10. ANEXOS

ANEXO I. MORTALIDAD POR ENFERMEDADES INFECCIOSAS. AÑOS 2008 A 2013

Defunciones por enfermedades de etiología infecciosa en España en el periodo 2008-2013

El análisis de la mortalidad por patologías de etiología infecciosa incluye un grupo de estas patologías que están sujetas a vigilancia epidemiológica en el marco de la Unión Europea (ESV) (1) y otro grupo no sujeto a vigilancia (ENSV), pero cuya magnitud determina su importancia en la mortalidad general.

Los datos presentados corresponden a la media anual de defunciones y tasas por 100.000 habitantes, para el periodo 2008-2013 y el número anual de defunciones y las tasas para el año 2013, último disponible, desagregado por sexo ([Tabla 1](#)).

En España, durante el periodo 2008 al 2013, las muertes por enfermedades infecciosas representaron el 6% de la mortalidad general repartidas entre el 0,6% las ESV y el 5,3% las ENSV.

En el periodo 2008-2013 se registró una media anual de 23.358 defunciones por enfermedades infecciosas, suponiendo una tasa media de 50,8 muertes por 100.000 habitantes. En el año 2013 hubo 22.952 defunciones con una tasa de 49,2 muertes por 100.000 habitantes. La razón de masculinidad (tasa hombres/tasa mujeres: $tasa_{2008-13} \text{ H/M}$) fue de 0,93 en el quinquenio y de 0,92 en el 2013. Esto supone que el 47,3% de las defunciones ocurren en los hombres durante el quinquenio y el 47,1% en el 2013.

En relación al año anterior, la tasa disminuyó un -5,4% para los hombres y un -8,5% para las mujeres, y también lo hizo en relación al quinquenio 2008-2013, reduciéndose un -3,4% para los hombres y un -2,7% para las mujeres.

Las defunciones por **enfermedades sujetas a vigilancia (ESV)** representaron el 11,1% del total de la mortalidad infecciosa para el periodo 2008-2013, siendo del 14,9% para hombres y el 7,8% para mujeres, y el 9,1% para el año 2013, siendo del 12,2% en hombres y 6,4% en mujeres.

Durante el año 2013, entre las ESV de baja mortalidad (media anual en el quinquenio inferior a 5 defunciones) se continuaron registrando muertes por enfermedades vacunables: Tétanos (4 defunciones, 2 en mujeres y 2 en hombres); Parotiditis (2 defunciones en mujeres), Tos Ferina (4 defunciones, 2 en mujeres y 2 en hombres).

En 2013, ya no se registraron muertes por Lepra, y se volvió a registrar una defunción por Disentería. También cabe destacar las 6 defunciones registradas por leishmaniosis (3 en hombres y 3 en mujeres).

Entre las ESV con media anual igual o superior a 5 defunciones, el SIDA-VIH y las otras Hepatitis víricas fueron las patologías con mayor número de fallecimientos

tanto en hombres como en mujeres. Dos enfermedades de este grupo registraron un incremento de la mortalidad durante el año 2013: Leishmaniosis (47,9%), pasando de una media de 4 casos en el periodo 2008-13 a 6 casos en 2013 y Otras tuberculosis (10,7%), pasando de una media de 50,8 casos en el quinquenio a 57 casos en 2013.

La razón de masculinidad global para el grupo de ESV fue de 1,76 para todo el periodo 2008-2013; este predominio de las defunciones en los hombres se dio fundamentalmente a costa del SIDA/VIH (tasa H/M=3,8) y la Sífilis (tasa H/M= 4,3).

Las defunciones por **enfermedades no sujetas a vigilancia (ENSV)** representaron 88,9% del total de la mortalidad infecciosa para el período 2008-2012 y el 90,9% para el año 2013. Las ENSV disminuyeron un 0,9%. Las tasa de enfermedad que más disminuyeron fueron: Otras infecciones perinatales (-22%), Meningitis (-11,4%), Septicemia (-10,6%) e Infección cardíaca (-7,8%). Cinco importantes patologías de este grupo: la Neumonía, la Septicemia, la Infección Renal, la IRA y la Infección Cardíaca representaron el 89,6% de la mortalidad por ENSV y el 79,6% del total de muertes por patología infecciosa durante el periodo 2008-2013 ([Tabla 2](#)).

Tabla 1a. España. Defunciones y tasas por enfermedades infecciosas 2008-2013

Código CIE 10	Enfermedades	Defunciones				Tasas por 100.000 hab.				
		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		Ambos % cambio 08-12 a 2013
		Media 2008-12	2013	Media 2008-12	2013	Media 2008-12	2013	Media 2008-12	2013	
Enfermedades infecciosas sujetas a vigilancia (ESV)										
Enfermedades de media anual de menos de 5 defunciones en el período 2008-2012 y/o en el último año										
A23	Brucelosis	0,2	0	0	1	0,001	0	0	0,004	388,6
A03	Disentería	0,2	0	0	1	0,001	0	0	0,004	388,6
A05.1	Botulismo	0	1	0	0	0	0,004	0	0	—
A04.5	Campylobacteriosis	0,4	1	0,2	0	0,002	0,004	0,001	0	64,1
A41.3, G00.0	Enf.inv.h. influ	0,6	0	0	1	0,003	0	0	0,004	64,1
A04. 3	E. Coli verotoxigén	0	0	0,2	0	0	0	0,001	0	-100,0
A77.1	Fieb. Exánt. Mediterranea	0,6	0	0	0	0,003	0	0	0	-100,0
A78	Fiebre Q	0,6	2	0,6	0	0,003	0,009	0,003	0	64,4
A01	Fiebre tifoidea y paratifoidea	0,2	0	0	0	0,001	0	0	0	-100,0
B15	Hepatitis A	0,6	0	0,2	0	0,003	0	0,001	0,004	23,6
A54	Infección Gonocócica	0,2	0	0	0	0,001	0	0	0	-100,0
A30	Lepra	0,6	0	1	0	0,003	0	0,004	0	-100,0
A27	Leptospirosis	1	0	0,2	0	0,004	0	0,001	0	-100,0
A69.2	Lyme, enfermedad de	0	0	0,2	0	0	0	0,001	0	-100,0
B26	Parotiditis	0,6	0	1,6	2	0,003	0	0,007	0,008	-10,4
P35.0	Rubéola congénita	0,2	0	0,2	0	0,001	0	0,001	0	-100,0
A50	Sífilis congénita	0	0	0,2	0	0	0	0,001	0	-100,0
A34- A35	Tétanos	1	2	1,8	2	0,004	0,009	0,008	0,008	40,9
B75	Triquinosis	0,2	0	0	0	0,001	0	0	0	-100,0
A04.6	Yersiniosis, no pestis	0	0	0,2	0	0	0	0,001	0	-100,0

Tabla 1b. España. Defunciones y tasas por enfermedades infecciosas 2008-2013

Código CIE 10	Enfermedades	Defunciones				Tasas por 100.000 hab.				
		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		Ambos % cambio 08-12 a 2013
		Media 2008-12	2013	Media 2008-12	2013	Media 2008-12	2013	Media 2008-12	2013	
Enfermedades de media anual de 5 defunciones o más en el período 2008-2012 y/o en el último año										
A40.3, G00.1	Enfer.invasora por strept. pneumoniae	27,4	23	33,2	21	0,12	0,1	0,14	0,09	-28,4
J10-J11	Gripe	72,6	55	96,4	56	0,32	0,24	0,41	0,24	-35,2
B16	Hepatitis B	22,4	20	15,4	15	0,01	0,09	0,07	0,06	-8,7
B17- B19	Hepatitis vírica, otras	443,8	382	443,2	423	2	1,67	1,9	1,79	-10,5
B67	Hidatidosis	8,2	9	8,2	5	0,04	0,04	0,04	0,02	-15,8
A39.9	Infec. meningocócica	14	13	17,2	8	0,06	0,06	0,07	0,03	-33,6
A48.1	Legionelosis	16,6	12	9,2	4	0,07	0,05	0,04	0,02	-38,8
B55	Leishmaniasis	2,4	3	1,6	3	0,01	0,01	0,007	0,01	47,9
A32	Listeriosis	10,2	8	7,6	3	0,05	0,04	0,03	0,01	-39,0
A17.0	Meningitis tuberculosa	7	4	4,8	6	0,03	0,027	0,022	0,03	-16,4
B50-54	Paludismo	4,4	0	1,2	0	0,02	0	0,01	0	-100,0
B91	Poliomielitis, ef. tardíos	5,8	5	4,8	2	0,03	0,02	0,02	0,01	-34,9
A02.0	Salmonelosis, no tifoidea ni paratifoidea	6,4	4	4,2	5	0,03	0,02	0,02	0,02	-16,3
B20- B24; R75	SIDA y VIH	809,4	604	220	146	3,57	2,63	0,94	0,62	-28,1
A51- A53	Sífilis	5,8	4	1,4	2	0,03	0,02	0,01	0,018	-17,8
A15- A16	Tuberculosis respiratoria	142,2	124	59,8	47	0,63	0,543	0,26	0,20	-16,5
A17- A19	Tuberculosis, otras	29,4	36	21,4	21	0,13	0,16	0,099	0,09	10,7
A37	Tos ferina	3	2	2	2	0,01	0,01	0,01	0,01	-21,1
B01	Varicela	5	1	2,4	2	0,02	0,004	0,01	0,01	-60,0
Total ESV		1.643,2	1.315	960,6	779	7,26	5,73	4,12	3,29	-20,7

Tabla 2. España, 2008-2013. Defunciones y Tasas por enfermedades infecciosas no sujetas a vigilancia

Código CIE 10	Enfermedades	Defunciones				Tasas por 100.000 hab.				
		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		Ambos
		Media 2008-12	2013	Media 2008-12	2013	Media 2008-12	2013	Media 2008-12	2013	% cambio 08-12 a 2013
Enfermedades infecciosas no sujetas a vigilancia (ENSV)										
G04-G05	Encefalitis	52,4	65	42,2	37	0,23	0,28	0,18	0,16	6,4
I00-I09; I30-I33; I40	Infección cardíaca	764,6	724	1.371,8	1.273	3,38	3,16	5,88	5,38	-7,8
N10-12; N13.6; N15.1; N30; N39.0	Infección renal	1.305	1.553	2.156,2	2.488	5,76	6,77	9,24	10,51	15,2
00-J08; J20-J22; J36; J85; J86	IRA	482,2	505	755,8	806	2,13	2,20	3,24	3,41	4,5
G00-G03: excepto G00.0 y G00.1	Meningitis	56,2	49	46,2	43	0,25	0,21	0,20	0,18	-11,4
J12-18	Neumonía	4.369,4	4.317	4.185,8	4.016	19,29	18,82	17,94	16,97	-3,9
K35-K37; K67; K61.0-4; K63.0; K65.0,8; K83.0	Otras infecc. del sistema digestivo	319,6	305	328,2	331	1,41	1,33	1,41	1,40	-3,2
A02; A04; A06-A09; A05.0; A05.2-9	Otras infecc. intestinales	232,6	294	418	495	1,03	1,28	1,79	2,09	19,6
P23; P35-39	Otras infecc. perinatales	64,8	58	52,2	34	0,29	0,25	0,22	0,14	-22,4
O85	Sepsis puerperal	0	0	0,4	1	0	0	0,002	0,004	147,1
A40-41, excepto A40.3 y A41.3	Septicemia	1.471,2	1.334	1.727,6	1.565	6,50	5,82	7,41	6,61	-10,6
Resto A00-B99	Otr. Capítulo I	290,8	291	261,2	274	1,28	1,27	1,12	1,16	1,0
Total ENSV		9.408,8	9.495	11.345,6	11.363	41,55	41,39	48,63	48,01	41,6
Total defunciones infecciosas		11.052	10.810	12.306,2	12.142	48,80	47,12	52,75	51,3	48,8
Total defunciones todas causas		200.527,4	199.834	188.305,6	190.585	885,46	871,07	807,14	805,23	885,5

Tabla 3. España. 2013. Mortalidad infecciosa. Causas ESV de muy baja mortalidad o eliminadas.
Año de la última defunción registrada y sexo de la persona fallecida.

Carbunco - A22	1995; h	Poliomielitis- A80	1995; m
Criptosporidiasis - A07.2 (solo CIE10)	1999; m	Rabia - A82	1979; 2h
Cólera A00	1990; h	Rubéola – B06	1990; h
Difteria – A36	2003; m	Sarampión – B05	2006; 3h
Fiebre Amarilla - A95	1989; h	Tétanos neonatal -A33	1994; m
Fiebre Recurrente por garrapatas - A68.1	1964*;h	Tifus exantemático A75.0	1991; h
Giardiasis - A07.1	1953*;h	Turalemia - A21	1982; h
Peste - A20	1932; 3h		

* El año corresponde a rúbricas menos específicas de las anteriores CIE pero que no permiten descartar la señalada con la CIE_10.^a

ANEXO II. RESULTADOS DE LA VIGILANCIA: TABLAS GENERALES

Tabla 1. Casos notificados según la fuente de datos y enfermedad

Fuente principal de datos: Enfermedades de Declaración Obligatoria Individualizada				
	Casos (*)	Hombres	Mujeres	Desconocido
1 Botulismo	7	5	2	0
2 Brucelosis	104	74	30	0
3 Carbunco	3	3	0	0
4 Enfermedad meningocócica	271	121	149	1
5 F. exantemática mediterránea	183	99	84	0
6 F. tifoidea y paratifoidea	55	27	27	1
7 Hepatitis A	664	364	300	0
8 Hepatitis B	711	512	199	0
9 Hidatidosis	162	101	61	0
10 Legionelosis	825	591	232	2
11 Leishmaniasis	176	110	66	0
12 Lepra	12	6	6	0
13 Meningitis tuberculosa	73	38	35	0
14 Paludismo (casos importados)	543	345	194	3
15 Parotiditis	13.935	7.976	5.950	14
16 Rubéola	2	1	1	0
17 Rubéola congénita	1	0	1	0
18 Sarampión	131	72	59	0
19 Shigelosis	180	99	81	0
20 Sífilis	732	585	146	1
21 Sífilis congénita	3	3	0	0
22 Tétanos	13	7	6	0
23 Tos ferina	2.452	1.112	1.332	8
24 Triquinosis	28	15	13	0
25 Tuberculosis respiratoria	4.288	2.681	1.599	8
26 Tuberculosis, otras localizaciones	1.177	600	573	4
27 Tularemia	2	2	0	0
28 Varicela	17.870	9.288	8.570	14

CNE notificación individualizada año 2013.

Fuente principal de datos: Sistema de Información Microbiológico				
	Casos	Hombres	Mujeres	Desconocido
1 Campilobacteriosis	7.282	4.141	3.073	68
2 <i>Chlamydia trachomatis</i>	1.511	659	841	11
3 Criptosporidiosis	107	61	45	1
4 <i>Escherichia coli</i> verotoxigénico	6	3	3	0
5 Giardiasis	890	511	377	2
6 Gonococia	1.356	1.187	154	15
7 Enfermedad invasora por <i>Haemophilus influenzae</i>	97	54	43	0
9 Listeriosis	143	79	64	0
10 Fiebre Q	73	56	17	0
11 Salmonelosis, no tifoidea, ni paratifoidea	4.710	2.438	2.260	12
12 Enfermedad invasora por <i>Streptococcus pneumoniae</i>	1.027	622	403	2
13 Yersiniosis, no pestis	243	128	112	3

No se ha declarado ningún caso de las siguientes enfermedades: Difteria, Fiebre amarilla, Fiebres hemorrágicas, Peste, Polio, Rabia, Rubéola congénita, Tétanos neonatal, Tifus exantemático y Viruela

Tabla 2. Casos notificados según la fuente de datos por enfermedad y Comunidad Autónoma*

Fuente principal de datos: Enfermedades de Declaración Obligatoria																				
Enfermedad	Comunidad Autónoma (*)																			
	Andalucía	Aragón	Asturias	Baleares	Canarias	Cantabria	Castilla La Mancha	Castilla y León	Cataluña	C. Valenciana	Extremadura	Galicia	Madrid	Murcia	Navarra	País Vasco	La Rioja	Ceuta	Melilla	Total
Botulismo	0	0	0	0	0	0	0	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
Brucelosis	42	2	1	0	0	1	17	1	1	4	9	1	1	20	2	2	0	0	0	104
Carbunco	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Enfermedad meningocócica	68	5	8	4	8	4	10	14	40	13	3	24	36	10	5	15	3	0	0	271
F. exantemática mediterránea	51	1	0	0	0	0	23	13	40	33	12	2	0	5	0	0	3	0	0	183
F. F. tifoidea y paratifoidea	4	1	0	1	0	1	0	0	22	2	0	6	4	3	0	10	1	0	0	55
Hepatitis A	180	26	7	6	12	3	20	17	101	86	18	7	74	38	3	38	14	9	5	664
Hepatitis B	177	68	0	27	38	9	35	54	78	80	10	14	75	15	6	23	2	0	0	711
Hidatidosis	0	29	0	0	0	0	22	44	17	30	14	0	0	0	3	0	3	0	0	162
Legionelosis	83	45	12	16	4	23	52	27	189	119	16	41	77	12	21	77	11	0	0	825
Leishmaniasis	23	10	0	16	0	0	0	3	18	0	5	0	96	3	2	0	0	0	0	176
Lepra	2	0	0	0	0	1	2	1	2	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	12
Meningitis tuberculosa	6	2	2	3	1	3	7	1	10	6	0	18	8	1	1	3	1	0	0	73
Paludismo (casos importados)	82	36	14	20	11	3	31	16	1	75	4	16	139	5	15	57	18	0	0	543
Parotiditis	324	299	1.588	220	407	126	391	2.739	603	381	63	3.319	1.952	104	82	1.308	29	0	0	13.935
Rubéola	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Rubéola congénita	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Sarampión	2	4	1	44	10	0	1	0	54	2	1	1	6	4	1	0	0	0	0	131
Shigelosis	1	1	6	1	4	0	5	7	52	39	0	9	18	0	12	24	1	0	0	180
Sífilis*	613	102	70	189	227	27	50	73	791	397	77	146	713	77	44	99	17	11	0	3.723
Sífilis congénita	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Tétanos	3	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	4	0	0	1	0	1	0	0	13
Tos ferina	217	12	9	16	341	30	34	30	945	196	1	77	245	7	48	222	22	0	0	2.452
Triquinosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	28	0	0	0	0	0	0	28
Tuberculosis respiratoria	585	145	108	100	130	42	135	234	875	435	66	450	525	131	46	205	36	19	21	4.288
Tuberculosis, otras localizaciones	176	37	19	18	21	28	23	49	271	75	16	131	159	14	8	113	15	1	3	1.177
Tularemia	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Varicela*	16.825	4.371	3.361	5.166	7.641	3.316	9.402	3.742	42.178	14.126	2.594	7.651	5.672	7.595	181	7.769	1.060	29	41	142.180

CNE notificación individualizada año 2013.

* Datos procedentes de la declaración agregada semanal 2013.

No se ha declarado ningún caso de las siguientes enfermedades: Difteria, Fiebre amarilla, Fiebres hemorrágicas, Peste, Polio, Rabia, Tétanos neonatal, Tifus exantemático y Viruela.

Tabla 3a. Casos notificados según la fuente de datos por enfermedad y mes. EDO

Fuente principal de datos: Enfermedades de Declaración Obligatoria													
Enfermedad	Mes												
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Total
Botulismo	0	0	2	0	0	0	0	1	1	0	1	2	7
Brucelosis	5	9	13	7	15	7	17	5	10	4	6	6	104
Carbunco	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	3
Enfermedad Meningocócica	31	35	29	19	19	17	23	18	12	15	20	27	271
F. exantemática mediterránea	5	2	7	13	20	21	22	24	26	20	15	8	183
F. tifoidea y paratifoidea	4	1	1	3	7	2	7	8	8	9	2	3	55
Hepatitis A	81	50	43	37	46	31	34	41	68	80	64	89	664
Hepatitis B	62	45	53	56	72	49	69	60	47	62	74	62	711
Hidatidosis	15	20	11	9	10	15	11	16	9	16	12	18	162
Legionelosis	43	44	37	57	65	69	76	125	94	85	86	44	825
Leishmaniasis	15	15	20	13	14	12	17	11	11	9	14	25	176
Lepra	0	0	4	0	2	2	1	0	0	1	2	0	12
Meningitis tuberculosa	7	9	9	8	6	7	9	3	5	2	4	4	73
Paludismo (casos importados)	28	23	11	30	26	38	71	78	91	56	50	41	543
Parotiditis	2.152	1.939	1.828	1.670	1.749	1.257	989	544	502	555	419	331	13.935
Rubéola	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Rubéola congénita	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Sarampión	5	15	13	15	15	18	31	8	4	4	0	3	131
Shigelosis	9	4	5	13	9	12	16	24	19	26	32	11	180
Sífilis*	210	1.070	297	299	279	210	315	209	189	248	215	182	3.723
Sífilis congénita	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	2	0	3
Tétanos	0	2	2	1	1	0	2	1	0	2	0	2	13
Tos ferina	223	186	197	290	334	251	265	191	163	138	76	138	2.452
Triquinosis	22	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	28
Tuberculosis respiratoria	391	389	345	424	427	340	424	270	305	393	301	279	4.288
Tuberculosis, otras localizaciones	102	104	96	96	125	111	122	80	73	96	98	74	1.177
Tularemia	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2
Varicela*	12.413	10.664	11.508	17.205	18.071	22.763	20.790	7.382	2.688	3.979	6.167	8.550	142.180

CNE: notificación Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) individualizada año 2013.

* Datos procedentes de la declaración agregada semanal 2013.

No se ha declarado ningún caso de las siguientes enfermedades: Difteria, Fiebre amarilla, Fiebres hemorrágicas, Peste, Polio, Rabia, Tétanos neonatal, Tifus exantemático y Viruela.

Tabla 3b. Casos notificados según la fuente de datos por enfermedad y mes. SIM

Fuente principal de datos: Sistema de Información Microbiológica													
Enfermedad	Mes												
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Total
Campylobacteriosis	443	456	518	662	693	717	751	545	703	632	575	587	7.282
<i>Chlamydia trachomatis</i>	102	100	155	143	165	126	117	125	112	154	129	83	1.511
Criptosporidiosis	7	3	7	11	6	7	11	23	20	4	4	4	107
<i>Escherichia coli</i> verotoxigénico	0	0	0	0	0	1	0	1	1	2	1	0	6
Giardiasis	68	67	83	72	68	56	67	74	110	85	66	74	890
Gonococia	148	109	128	99	115	109	87	107	122	140	108	84	1.356
Enfermedad invasora por <i>Haemophilus influenzae</i>	13	6	10	10	14	6	3	4	8	3	14	6	97
Listeriosis	7	7	3	14	11	16	16	12	22	9	11	15	143
Fiebre Q	4	4	5	8	13	6	4	7	6	6	7	3	73
Salmonelosis, no tifoidea, ni paratifoidea	275	266	311	453	379	319	477	499	517	427	416	371	4.710
Enfermedad invasora por <i>Streptococcus pneumoniae</i>	123	162	114	91	86	59	33	21	47	63	81	147	1.027
Yersiniosis, no pestis	27	15	15	18	19	19	17	29	25	18	23	18	243

CNE: Sistema de Información Microbiológica (SIM) año 2013

No se ha declarado ningún caso de las siguientes enfermedades: Difteria, Fiebre amarilla, Fiebres hemorrágicas, Peste, Polio, Rabia, Tétanos neonatal, Tifus exantemático y Viruela.

Tabla 4a. Casos notificados según la fuente de datos por enfermedad y grupos de edad (ambos sexos). EDO

Fuente principal de datos: Enfermedades de Declaración Obligatoria															
Enfermedad	Grupo de edad														
	<1 año	1-4 años	5-9 años	10-14 años	15-19 años	20-24 años	25-34 años	35-44 años	45-54 años	55-64 años	65-74 años	75-84 años	≥85 años	Desconocido	Total
Botulismo	1	0	0	0	2	0	0	0	2	0	2	0	0	0	7
Brucelosis	0	2	2	0	2	5	15	28	24	13	10	3	0	0	104
Carbunco	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	3
Enfermedad meningocócica	51	71	20	8	18	3	13	15	21	15	13	13	0	10	271
F. exantemática mediterránea	0	4	14	7	5	7	18	27	38	23	24	15	1	0	183
F. tifoidea y paratifoidea	3	2	4	2	2	8	9	10	6	3	4	2	0	0	55
Hepatitis A	3	80	169	71	26	31	102	106	38	19	11	80	0	0	664
Hepatitis B	3	7	1	5	16	34	166	224	112	75	43	21	3	1	711
Hidatidosis	0	0	1	2	1	7	17	16	26	22	35	26	8	1	162
Legionelosis	0	0	1	1	1	3	18	59	168	172	187	147	64	4	825
Leishmaniasis	9	17	6	2	2	5	12	36	27	23	20	14	3	0	176
Lepra	0	0	0	0	0	1	0	4	4	2	0	1	0	0	12
Meningitis tuberculosa	0	2	2	0	0	1	5	17	7	11	12	12	4	0	73
Paludismo (casos importados)	3	22	23	17	22	31	140	181	63	26	10	1	1	3	543
Parotiditis	30	795	1.049	1.222	3.623	2.249	2.889	941	625	301	123	53	26	9	13.935
Rubéola	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	2
Sarampión	16	24	4	0	5	14	37	29	2	0	0	0	0	0	131
Shigelosis	1	19	18	10	1	9	48	41	6	4	11	1	1	0	180
Sífilis	0	0	0	0	29	79	236	176	121	45	27	14	4	1	732
Tétanos	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	4	2	4	0	13
Tos ferina	738	441	369	322	36	26	103	217	94	54	33	8	3	8	2.452
Triquinosis	0	0	0	0	0	1	7	5	5	3	5	2	0	0	28
Tuberculosis respiratoria	27	156	74	64	130	297	851	830	668	422	259	342	155	8	4.288
Tuberculosis, otras localizaciones	3	18	22	15	26	46	204	244	155	111	134	156	39	4	1.177
Tularemia	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2
Varicela	808	7.839	6.589	771	205	272	594	522	154	54	39	9	2	14	17.870

CNE: notificación Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) individualizada año 2013

No se ha declarado ningún caso de las siguientes enfermedades: Difteria, Fiebre amarilla, Fiebres hemorrágicas, Peste, Polio, Rabia, Tétanos neonatal, Tifus exantemático y Viruela.

Tabla 4b. Casos notificados según la fuente de datos por enfermedad y grupos de edad (ambos sexos). SIM

Fuente principal de datos: Sistema de Información Microbiológica															
Enfermedad	Grupo de edad														
	<1 año	1-4 años	5-9 años	10-14 años	15-19 años	20-24 años	25-34 años	35-44 años	45-54 años	55-64 años	65-74 años	75-84 años	≥85 años	Desconocido	Total
Campylobacteriosis	803	2.971	950	394	165	156	260	251	227	298	311	273	96	127	7.282
<i>Chlamydia trachomatis</i>	12	0	0	3	154	357	565	302	87	14	4	0	0	11	1.511
Criptosporidiosis	0	53	31	10	2	1	2	2	3	1	0	0	0	2	107
<i>Escherichia coli</i> verotoxigénico	1	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0	0	6
Giardiasis	5	295	227	91	9	16	67	69	40	21	25	10	4	10	890
Gonococia	1	1	0	2	119	245	549	305	96	19	4	0	0	15	1.356
Enfermedad invasora por <i>Haemophilus influenzae</i>	2	8	1	1	0	0	2	7	8	12	23	13	20	0	97
Listeriosis	15	1	0	0	0	3	14	8	15	19	24	28	14	2	143
Fiebre Q	0	0	0	0	1	5	12	11	18	11	4	4	2	5	73
Salmonelosis, no tifoidea, ni paratifoidea	252	1.527	816	284	105	90	216	217	256	288	302	228	96	33	4.710
Enfermedad invasora por <i>Streptococcus pneumoniae</i>	30	90	35	8	7	4	26	83	108	135	175	201	121	4	1.027
Yersiniosis, no pestis	35	85	56	22	11	4	8	4	7	3	2	3	1	2	243

No se ha declarado ningún caso de las siguientes enfermedades: Difteria, Fiebre amarilla, Fiebres hemorrágicas, Peste, Polio, Rabia, Rubéola congénita, Tétanos neonatal, Tifus exantemático y Viruela.

Tabla 5a. Casos notificados según la fuente de datos por enfermedad y grupos de edad en hombres. EDO

Fuente principal de datos: Enfermedades de Declaración Obligatoria															
Enfermedad	Grupo de edad														
	<1 año	1-4 años	5-9 años	10-14 años	15-19 años	20-24 años	25-34 años	35-44 años	45-54 años	55-64 años	65-74 años	75-84 años	≥85 años	Desconocido	Total
Botulismo	1	0	0	0	2	0	0	0	0	1	1	0	0	0	5
Brucelosis	0	1	0	0	0	4	13	20	20	7	7	2	0	0	74
Carbunco	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	3
Enfermedad meningocócica	22	33	8	3	10	3	8	6	8	8	6	4	0	2	121
F. exantemática mediterránea	0	3	8	4	3	4	13	14	19	11	12	8	0	0	99
F. tifoidea y paratifoidea	2	0	2	0	1	3	6	6	5	0	1	1	0	0	27
Hepatitis A	3	43	88	39	12	13	57	64	27	9	6	3	0	0	364
Hepatitis B	1	4	1	2	11	21	119	180	83	49	24	15	1	1	512
Hidatidosis	0	0	0	2	0	4	12	11	16	15	24	12	4	1	101
Legionelosis	0	0	0	0	1	1	11	46	120	127	136	100	47	2	591
Leishmaniasis	3	7	3	2	1	4	7	26	19	16	14	6	2	0	110
Lepra	0	0	0	0	0	0	0	2	2	1	0	1	0	0	6
Meningitis tuberculosa	0	2	2	0	0	0	4	12	1	7	3	6	1	0	38
Paludismo (casos importados)	2	12	9	9	10	17	90	133	45	12	5	1	0	0	345
Parotiditis	15	498	600	677	2.108	1.325	1.723	500	307	145	52	16	10	14	7.976
Rubéola	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Sarampión	11	14	1	0	1	9	22	13	1	0	0	0	0	0	72
Shigelosis	1	16	12	6	0	6	26	22	2	2	6	0	0	0	99
Sífilis	0	0	0	0	21	57	193	142	98	40	23	10	1	0	585
Tétanos	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	4	1	0	0	7
Tos ferina	381	209	170	150	16	10	33	76	37	18	8	4	0	0	1.112
Triquinosis	0	0	0	0	0	0	5	3	2	2	1	2	0	0	15
Tuberculosis respiratoria	13	75	40	39	70	153	441	506	510	325	183	228	95	3	2.681
Tuberculosis, otras localizaciones	2	9	13	5	13	30	105	140	86	49	62	71	15	0	600
Tularemia	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2
Varicela	414	4.183	3.394	400	102	112	234	310	87	28	20	3	1	0	9.288

CNE notificación individualizada año 2013.

No se ha declarado ningún caso de las siguientes enfermedades: Difteria, Fiebre amarilla, Fiebres hemorrágicas, Peste, Polio, Rabia, Rubéola congénita, Tétanos neonatal, Tifus exantemático y Viruela.

Tabla 5b. Casos notificados según la fuente de datos por enfermedad y grupos de edad en hombres. SIM

Fuente principal de datos: Sistema de Información Microbiológica															
Enfermedad	Grupo de edad														
	<1 año	1-4 años	5-9 años	10-14 años	15-19 años	20-24 años	25-34 años	35-44 años	45-54 años	55-64 años	65-74 años	75-84 años	≥85 años	Desconocido	Total
Campylobacteriosis	471	1.712	546	238	110	80	146	147	145	170	191	136	47	2	4.141
<i>Chlamydia trachomatis</i>	6	0	0	1	31	122	253	176	54	11	2	0	0	3	659
Criptosporidiosis	0	29	18	5	2	0	1	2	2	1	0	0	0	1	61
<i>Escherichia coli</i> verotoxigénico	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	3
Giardiasis	1	140	129	54	5	9	37	45	24	12	13	6	2	10	511
Gonococia	0	0	0	2	92	217	492	282	84	14	4	0	0	0	1.187
Enfermedad invasora por <i>Haemophilus influenzae</i>	2	6	0	0	0	0	0	1	5	8	16	6	10	0	54
Listeriosis	8	0	0	0	0	1	0	1	11	13	18	16	10	1	79
Fiebre Q	0	0	0	0	1	3	7	10	14	11	3	3	1	3	56
Salmonelosis, no tifoidea, ni paratifoidea	129	778	423	158	61	44	110	108	133	154	160	129	43	8	2.438
Enfermedad invasora por <i>Streptococcus pneumoniae</i>	20	55	23	6	4	2	14	44	70	99	122	106	56	1	622
Yersiniosis, no pestis	17	50	31	12	5	3	4	3	2	0	0	1	0	0	128

No se ha declarado ningún caso de las siguientes enfermedades: Difteria, Fiebre amarilla, Fiebres hemorrágicas, Peste, Polio, Rabia, Rubéola congénita, Tétanos neonatal, Tifus exantemático y Viruela.

Tabla 6a. Casos notificados según la fuente de datos por enfermedad y grupos de edad en mujeres. EDO

Fuente principal de datos: Enfermedades de Declaración Obligatoria															
Enfermedad	Grupo de edad														
	<1 año	1-4 años	5-9 años	10-14 años	15-19 años	20-24 años	25-34 años	35-44 años	45-54 años	55-64 años	65-74 años	75-84 años	≥85 años	Desconocido	Total
Botulismo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2
Brucelosis	0	1	2	0	2	1	2	8	4	6	3	1	0	0	30
Carbunco	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedad meningocócica	29	38	12	5	8	0	5	9	13	7	7	9	0	7	149
F. exantemática mediterránea	0	1	6	3	2	3	5	13	19	12	12	7	1	0	84
F. tifoidea y paratifoidea	1	2	2	2	1	5	2	4	1	3	3	1	0	0	27
Hepatitis A	0	37	81	32	14	18	45	42	11	10	5	5	0	0	300
Hepatitis B	2	3	0	3	5	13	47	44	29	26	19	6	2	0	199
Hidatidosis	0	0	1	0	1	3	5	5	10	7	11	14	4	0	61
Legionelosis	0	0	1	1	0	2	7	13	48	45	51	47	17	0	232
Leishmaniasis	6	10	3	0	1	1	5	10	8	7	6	8	1	0	66
Lepra	0	0	0	0	0	1	0	2	2	1	0	0	0	0	6
Meningitis tuberculosa	0	0	0	0	0	1	1	5	6	4	9	6	3	0	35
Paludismo (casos importados)	1	10	14	8	12	14	50	48	18	14	5	0	0	0	194
Parotiditis	15	297	449	545	1.515	924	1.166	441	318	156	71	37	16	0	5,950
Rubéola	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Sarampión	5	10	3	0	4	4	15	16	1	0	0	0	0	0	59
Shigelosis	0	13	6	4	1	3	22	19	4	2	5	1	1	0	81
Sífilis	0	0	0	0	8	22	43	34	23	5	4	4	3	0	146
Tétanos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	4	0	6
Tos ferina	357	232	199	172	20	16	70	141	57	36	25	4	3	0	1,332
Triquinosis	0	0	0	0	0	1	2	2	3	1	4	0	0	0	13
Tuberculosis respiratoria	14	81	34	25	60	144	410	324	158	97	76	114	60	2	1,599
Tuberculosis, otras localizaciones	1	9	9	10	13	16	99	104	69	62	72	85	24	0	573
Tularemia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Varicela	394	3,656	3,195	371	103	160	360	212	67	26	19	6	1	0	8,570

CNE notificación individualizada año 2013.

No se ha declarado ningún caso de las siguientes enfermedades: Difteria, Fiebre amarilla, Fiebres hemorrágicas, Peste, Polio, Rabia, Tétanos neonatal, Tifus exantemático y Viruela.

Tabla 6b. Casos notificados según la fuente de datos por enfermedad y grupos de edad en mujeres. SIM

Enfermedad	Fuente principal de datos: Sistema de Información Microbiológica												
	Grupo de edad												
	<1 año	1-4 años	5-9 años	10-14 años	15-19 años	20-24 años	25-34 años	35-44 años	45-54 años	55-64 años	65-74 años	75-84 años	≥85 años
		años	años	años	años	años	años	años	años	años	años	años	años
Campylobacteriosis	344	1,288	411	158	56	76	115	105	83	130	120	137	50
<i>Chlamydia trachomatis</i>	6	0	0	2	123	233	309	125	33	3	2	0	0
Criptosporidiosis	0	24	13	5	0	1	1	0	1	0	0	0	0
<i>Escherichia coli</i> verotoxigénico	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Giardiasis	4	125	98	37	4	7	30	24	16	9	12	4	2
Gonococia	1	1	0	0	27	28	57	23	12	5	0	0	0
Enfermedad invasora por <i>Haemophilus influenzae</i>	0	2	1	1	0	0	2	6	3	4	7	7	10
Listeriosis	7	1	0	0	0	2	14	7	4	6	6	12	4
Fiebre Q	0	0	0	0	0	2	5	1	4	0	1	1	1
Salmonelosis, no tifoidea, ni paratifoidea	123	749	393	126	44	46	106	109	123	134	142	99	53
Enfermedad invasora por <i>Streptococcus pneumoniae</i>	10	35	12	2	3	2	12	39	38	36	53	95	65
Yersiniosis, no pestis	18	35	25	10	6	1	4	1	5	3	2	2	1
Total	3,073	841	45	3	377	154	43	64	17	2,260	403	112	

No se ha declarado ningún caso de las siguientes enfermedades: Difteria, Fiebre amarilla, Fiebres hemorrágicas, Peste, Polio, Rabia, Rubéola congénita, Tétanos neonatal, Tifus exantemático y Viruela.

Tabla 7. CASOS DE SIDA EN ESPAÑA. Datos acumulados desde 1981. Casos por categoría de transmisión y sexo, según la Comunidad Autónoma de residencia.
Registro Nacional de SIDA. Fecha de actualización: 30 de junio de 2014.

Comunidad Autónoma de residencia	HSH		UDI		Hemoder.		Transfu.		Madre-hijo		Hetero.		Otros/NC		Total	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Andalucía	1.104	6.877	1.046	13	26	24	61	65	1.055	707	438	105	9.704	1.960	11.664*	
Aragón	137	732	194	5	2	4	14	10	294	168	101	23	1.306	404	1.710	
Asturias	180	697	173	2	8	6	7	5	201	98	68	24	1.173	308	1.481	
Baleares	542	954	288	19	7	5	19	20	361	206	147	51	2.049	575	2.624	
Canarias	816	659	190	25	11	3	15	11	383	248	165	15	2.074	469	2.543	
Cantabria	84	401	70	4	1	2	6	6	68	45	56	17	620	141	761	
Cast-La Mancha	128	815	127	3	9	3	8	9	197	98	85	29	1.264	269	1.533	
Castilla y León	231	1.589	389	48	9	16	19	26	382	194	121	26	2.399	659	3.058	
Cataluña	3.430	7.121	1.760	107	31	22	109	102	2.196	1.309	705	156	13.699	3.356	17.055	
Com. Valenciana	904	2.999	841	49	5	11	31	41	751	475	345	81	5.102	1.454	6.556	
Extremadura	62	626	124	18	4	2	5	12	99	41	87	34	901	218	1.119	
Galicia	397	1.976	501	56	7	18	5	10	556	342	120	48	3.128	921	4.049	
Madrid	3.642	10.003	2.413	139	7	50	44	118	1.390	1.426	797	150	16.139	4.175	20.314	
Murcia	315	788	146	18	4	2	9	9	263	139	103	33	1.500	329	1.829	
Navarra	80	412	180	9	2	1	2	5	139	65	22	10	666	261	927	
País Vasco	438	3.097	862	54	11	15	30	33	577	405	155	49	4.369	1.370	5.732	
La Rioja	31	286	64	3	0	1	5	4	100	40	14	3	439	113	552	
Ceuta	6	109	16	0	0	0	2	1	21	9	11	6	149	32	181	
Melilla	9	52	7	0	1	1	1	1	8	11	3	2	74	22	96	
Extranjero	86	69	19	1	5	0	1	1	37	16	20	4	219	40	259	
Total	12.622	40.262	9.410	753	222	175	467	506	9.078	6.042	3.563	866	66.967	17.076	84.043*	

HSH= Hombres que mantienen relaciones con hombres.

UDI= Usuarios de drogas inyectadas.

Hemoder.= Receptores de hemoderivados.

Transfús.= Receptores de transfusiones sanguíneas.

Hetero.= Relaciones heterosexuales de riesgo.

N.C.= No consta el año de diagnóstico.

H= Hombres.

M= Mujeres.

*Por razones técnicas no se han podido incluir los casos de Andalucía del año 2013. Según Registro andaluz VIH/sida hasta junio de 2014 se han diagnosticado 88 casos de sida.