RESULTADOS DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES. INFORME ANUAL. AÑO 2010

Monografías

GOBIERNO E ESPAÑA
MINISTERIO DE ECONOMÍA Y COMPETITIVIDAD
Instituto de Salud Carlos III
Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS 6

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS USADOS EN ESTE INFORME 7

1. INTRODUCCIÓN 8

2. RESULTADOS DE LA VIGILANCIA DE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN 2010 9
   - Fuentes de datos y sistemas de notificación de las enfermedades 9
   - Métodos, presentación e interpretación de la información 9
   - Calidad de los datos y limitaciones. 10

3. ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS Y AGUA 12
   - Botulismo 12
   - Campilobacteriosis 13
   - Criptosporidiosis 15
   - Infección por *E. coli* verotoxigénico 16
   - Fiebre tifoidea y paratifoidea 17
   - Giardiasis 19
   - Hepatitis A 21
   - Listeriosis 23
   - Salmonelosis 24
   - Shigelosis 26
   - Triquinosis 28
   - Yersiniosis 29

4. ENFERMEDADES PREVENIBLES POR LA VACUNACIÓN 31
   - Difteria 31
   - Enfermedad meningocócica 31
   - Enfermedad invasora por *Haemophilus influenzae* 33
   - Parotiditis 35
   - Rubéola y Síndrome de Rubéola Congénita 37
   - Sarampión 38
   - Tétanos y tétanos neonatal 40
   - Tos ferina 42
   - Varicela 44

5. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN AÉREA 46
   - Enfermedad neumocócica invasora 46
   - Gripe 48
   - Legionelosis 52
   - Lepra 55
   - Tuberculosis 57

6. ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES 62
Fiebre exantemática mediterránea 62
Leishmaniasis 64
Paludismo 65
7. ZOONOSIS 67
Brucelosis 67
Hidatidosis 69
Carbunco 71
Fiebre Q 72
Tularemia 73
8. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y PARENTERAL 75
Infección por el VIH y sida 75
Sífilis 79
Sífilis congénita 81
Infección gonocócica 82
Infección por clamidia 84
Hepatitis B 86
9. ENCEFALOPATÍAS ESPONGIFORMES TRANSMISIBLES HUMANAS 88
10. INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA 91
11. ANEXOS 96
ANEXO I. Mortalidad por enfermedades infecciosas. Años 2005 a 2010 ... 96
Defunciones por enfermedades de etiología infecciosa en España. 2005-2010 96
ANEXO II. Resultados de la vigilancia: Tablas generales 102
Tabla 1. Casos notificados según la fuente de datos y enfermedad 102
Tabla 2. Casos notificados según la fuente de datos por enfermedad y Comunidad Autónoma. EDO 104
Tabla 3a. Casos notificados según la fuente de datos por enfermedad y mes. EDO 105
Tabla 3b. Casos notificados según la fuente de datos por enfermedad y mes. SIM 107
Tabla 4a. Casos notificados según la fuente de datos por enfermedad y grupos de edad (ambos sexos). EDO 108
Tabla 4b. Casos notificados según la fuente de datos por enfermedad y grupos de edad (ambos sexos). SIM 109
Tabla 5a. Casos notificados según la fuente de datos por enfermedad y grupos de edad en hombres. EDO 110
Tabla 5b. Casos notificados según la fuente de datos por enfermedad y grupos de edad en hombres. SIM 112
Tabla 6a. Casos notificados según la fuente de datos por enfermedad y grupos de edad en mujeres. EDO 113
Tabla 6b. Casos notificados según la fuente de datos por enfermedad y grupos de edad en mujeres. SIM 114
Tabla 7. Casos de sida por categoría de transmisión y sexo, según la comunidad autónoma de residencia 115

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: 725–12–038–3
I.S.B.N.: No (Free online version)

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

Responsables de elaboración:

Macarena Garrido Estepa, Rosa Cano Portero.

Redacción del informe:

Javier Almazán Isla, Rosa Cano Portero, Concepción Delgado Sanz, Asunción Díaz Franco, Mercedes Diez Ruiz-Navarro, Rafael Fernández-Cuenca Gómez, Macarena Garrido Estepa, Gloria Hernández Pezzi, Amparo Larrauri Cámara, Alicia Llácer Gil De Ramales, Elena V. Martínez Sánchez, Josefa Masa Calles, Jesús Oliva Domínguez, Rocío del Pilar Palmera Suárez, Jesús de Pedro Cuesta, Elena Rodríguez Valín, María Ruiz Tovar, Luisa P. Sánchez Serrano, Mª del Carmen Varela Martínez.

Elaboración de tablas y gráficas:

Macarena Garrido Estepa.

Tratamiento y gestión de datos:

Enrique Alcalde, Mª Teresa Castellanos Ruiz, Oliva Díaz García, Mª del Carmen Martín Mesonero, Pilar Ordóñez Banegas, Fernando Sánchez Alonso, Lucía Sobrino Vegas, Montserrat Terrés Arellano, Albertina Torres Frías, Susana Villarrubia Enseñat, Macarena Garrido Estepa, Paloma Lucas Herraiz, Teresa López Cuadrado.

Para citar esta monografía

Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Resultados de la vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles. Informe anual 2010. Madrid, 2012.

2012

Este texto puede ser reproducido siempre que se cite su procedencia.

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

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	*Eschericha coli* verotoxigénica
EDO	Enfermedad de Declaración Obligatoria
EETH	Encefalopatías espongiformes transmisibles humanas
ENI	Enfermedad neumocócica invasora
ESV	Enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica
ENSV	Enfermedades no sujetas a vigilancia epidemiológica
Hib	*Haemophilus influenzae* tipo b
HSH	Hombres que tienen sexo con hombres
INE	Instituto Nacional de Estadística
IRA	Insuficiencia respiratoria aguda
IRAS	Infección relacionada con atención sanitaria
LCR	Líquido cefalorraquídeo
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PTT	Púrpura trombótica trombocitopénica
RENAVE	Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica
RSI	Reglamento Sanitario Internacional
SHU	Síndrome Hemolítico Urémico
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SIM	Sistema de Información Microbiológica
SRC	Síndrome de Rubéola Congénita
SVGE	Sistema de Vigilancia de la Gripe en España
TARGA	Terapia Antiretroviral de Gran Actividad
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

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 para el año 2010 de la notificación de casos de las enfermedades transmisibles realizada por los servicios de vigilancia de las comunidades autónomas al Centro Nacional de Epidemiología (CNE) de acuerdo a los protocolos de la RENAVE. También se han incluido datos de mortalidad procedentes del registro de mortalidad del Instituto Nacional de Estadística (INE) para los años 2005 a 2010.

2. RESULTADOS DE LA VIGILANCIA DE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN 2010

FUENTES DE DATOS Y SISTEMAS DE NOTIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES

Las distintas enfermedades fueron notificadas tanto por los médicos en ejercicio, a través del sistema básico de enfermedades de declaración obligatoria (EDO), o de los registros de lepra, sida y encefalopatías espongiformes transmisibles humanas (EETH), como por los laboratorios de microbiología clínica, a través del Sistema de Información Microbiológica (SIM). Para la gripe los datos provienen de una red de vigilancia específica que incluye vigilancia centinela de casos y vigilancia microbiológica.

En este informe se ha analizado la información de la declaración individualizada de casos, tanto de las 35 enfermedades de declaración obligatoria[1], como de las 11 de las que el Centro Europeo para el Control y Prevención de Enfermedades (ECDC) requiere información[2]. La fuente de información disponible para estas últimas es el SIM.

Finalmente, se incorporan en el informe los resultados de la vigilancia de infecciones relacionadas con la atención sanitaria para las que el CNE mantiene colaboración con un número reducido de hospitales de diversas Comunidades Autónomas y con cuyos resultados contribuye a la vigilancia europea de estos procesos[3].

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

En el anexo I se indica el sistema por el que se vigila cada una de las enfermedades y el año de comienzo de la vigilancia. Para algunas enfermedades se analizó información procedente de varios sistemas.

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[4] de las Enfermedades de Declaración Obligatoria. Los protocolos fueron consensuados con las CC.AA y aprobados por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo en 1996. Fueron reeditados y revisados en 2000 y son los que las CC.AA utilizan como referencia para la vigilancia en sus territorios.

Los datos de población utilizados como denominadores provienen del Padrón Municipal, INE. Se han utilizado tanto para el cálculo de tasas globales y por CC.AA 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 II, 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, la estacionalidad de la enfermedad y la distribución por edad y sexo 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.

El informe contiene la descripción epidemiológica de cada una de las enfermedades notificadas en 2010 y su comparación con los cuatro años anteriores. Se ha analizado la evolución temporal de las tasas en el periodo 2005 a 2010, la distribución por edad y sexo de los casos en 2010 y la distribución geográfica por CC.AA de las tasas de incidencia excepto para las enfermedades vigiladas con el SIM.

En el anexo I se presentan las cifras de fallecidos (fuente de mortalidad del INE) para algunas enfermedades transmisibles seleccionadas.

En el anexo II se presentan las tablas resumen con el número de casos y tasas por 100.000 habitantes: totales y por CC.AA para cada una de las enfermedades vigiladas por ambos sistemas, por edad y sexo y mes de notificación.

En 2010 no se declararon casos de las siguientes enfermedades: difteria, fiebre amarilla, fiebres hemorrágicas, rabia y variante de la Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (vECJ).

CALIDAD DE LOS DATOS Y LIMITACIONES

El análisis realizado se centra en los resultados de la notificación individualizada de casos en los años 2005 a 2010. La calidad de la información individualizada de las variables básicas (edad, sexo, comunidad autónoma 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 de cada caso depende, entre otros, de la disponibilidad de medios diagnósticos y de los protocolos diagnósticos aplicados en los servicios sanitarios de cada CC.AA, del nivel de alerta o conciencia para la detección y notificación de cada

enfermedad y de los recursos y prioridades existentes en cada CC.AA 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.

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. European Centre for Disease Prevention and Control. Surveillance of surgical site infections in Europe, 2008–2009. Stockholm: ECDC; 2012. En: http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/120215_SUR_SSI_2008-2009.pdf
4. Centro Nacional de Epidemiología. Protocolos de las enfermedades de declaración obligatoria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2000. Disponible en: http://www.isciii.es/jsps/centros/epidemiologia/procedimientos.jsp

3. ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS Y AGUA

BOTULISMO

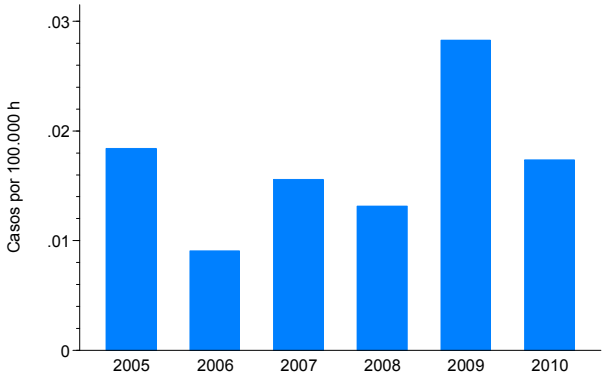
Situación epidemiológica

Distribución temporal y geográfica

En el año 2010 se notificaron 8 casos de botulismo (cuatro confirmados y cuatro probables), lo que supuso una incidencia anual de 0,02 casos por 100.000 habitantes. Esta incidencia fue inferior a la del año anterior en el que se detectaron un total de 13 casos (figura 1).

Figura 1. Vigilancia de botulismo, 2005-2010

Tasas de incidencia (casos por 100.000 habitantes)



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Cinco casos se clasificaron como botulismo alimentario, cuatro de ellos se asociaron a un mismo brote. Los tres restantes fueron casos de botulismo intestinal.

Los casos de botulismo alimentario fueron notificados por Extremadura (4) y Aragón (1). Los tres casos de botulismo intestinal fueron notificados por Andalucía.

En el año 2010 no hubo casos importados ni se observó una estacionalidad determinada.

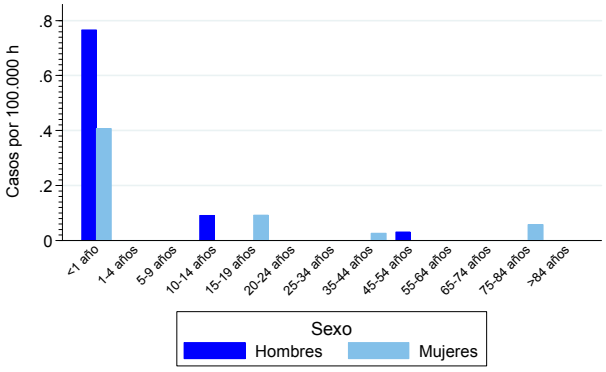
Características de los casos

En la figura 2 se observa la incidencia por grupo de edad y por sexo. Los menores de un año (en 2010 todos correspondían a casos de botulismo intestinal) son el grupo que presenta mayor incidencia.

La evolución clínica de todos los casos fue a la curación.

Figura 2. Vigilancia de botulismo, 2010

Tasas de incidencia (casos por 100.000 habitantes) por grupos de edad y sexo



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Discusión

El número de casos declarados de botulismo en el año 2010 en España descendió con respecto al año anterior. Se debe seguir insistiendo en la importancia de la adecuada preparación, higiene y conservación de los alimentos para la prevención de esta enfermedad.

CAMPILOBACTERIOSIS

Situación epidemiológica

Distribución temporal

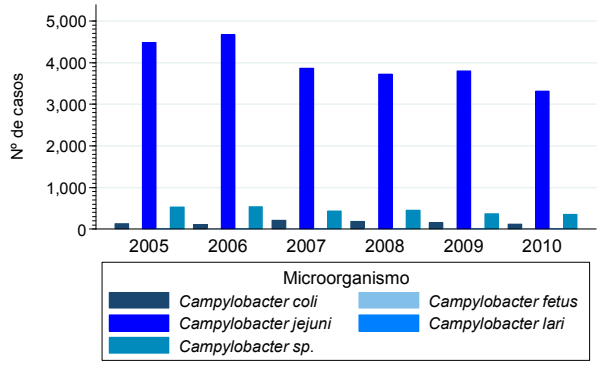
Durante el año 2010, 62 laboratorios de microbiología clínica notificaron al SIM 6.340 infecciones por *Campylobacter.*

El 83,4% de los casos aislados en 2010 (5.290/6.340) correspondieron a *C. jejuni,* el 2,5% (157/6.340) correspondieron a *C. coli,* 0,06% a otras especies *(C. fetus* y *C. lari)* y un 14% (889/6.340) sin tipificar *(Campylobacter sp.)*.

En los últimos 6 años notificaron de manera continuada 31 laboratorios. Se observó una ligera disminución de los casos notificados en el periodo de 2006 a 2010. En 2010 los casos disminuyeron ligeramente con respecto al año anterior (figura 1).

Figura 1. Vigilancia de *Campylobacter,* 2005-2010

Número de casos notificados por año y microorganismo aislado



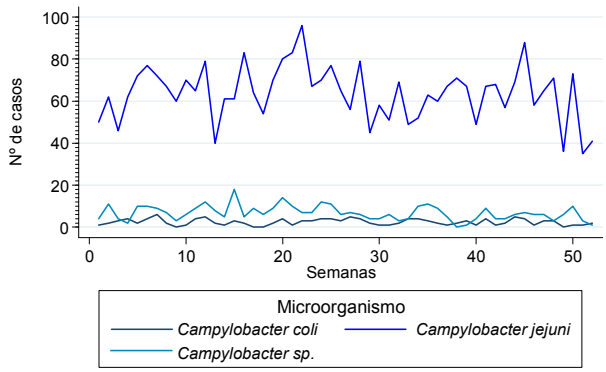
Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

Se observaron picos de incidencia para *C. coli* en las semanas 4-7. En el caso de *C. jejuni* el máximo de casos se dio en las semanas 21-22, mientras que se dieron picos en el número de casos de *Campylobacter sp.* en las semanas 15 y 20 (figura 2).

Cinco CC.AA. notificaron 10 brotes, 6 de ellos de transmisión alimentaria, uno por transmisión directa y tres en los que no se pudo determinar el tipo de transmisión. En total enfermaron 51 personas y hubo un hospitalizado. El agente causal se confirmó en nueve de los diez brotes y se identificó como *C. jejuni* en seis de ellos. El resto fue notificado como *Campylobacter sp.* Sólo se identificó el vehículo de transmisión en uno de los brotes alimentarios (pollo), aunque no pudo confirmarse que fuera el alimento implicado.

Figura 2. Vigilancia de *Campylobacter*, 2010

Número de casos notificados por semana y microorganismo aislado



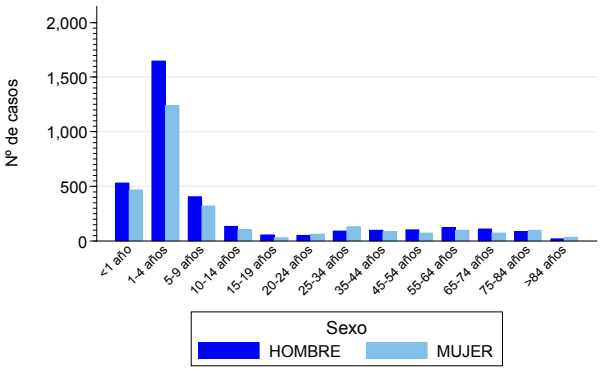
Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

Características de los casos

El 54,7% (3.467/6.340) de los casos fueron hombres. En el 0,8% de los casos notificados se desconoce el sexo. El 61,8% (3.918/6.340) de los casos fueron menores de 5 años de edad y el 11,5% (731/6.340) tuvieron entre 5 y 9 años. El número de casos en los mayores de 9 años se mantuvo estable (figura 3)

Figura 3. Vigilancia de *Campylobacter*, 2010

Casos notificados por grupos de edad y sexo



Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

Discusión

Campilobacteriosis es la primera causa de gastroenteritis notificada al SIM, mientras que se sitúa como la octava causa de los brotes de transmisión alimentaria. La enfermedad en niños notificada al SIM está probablemente sobre-representada, aunque los datos en el nivel europeo también muestran una mayor proporción de casos en menores de 5 años, según el informe anual del ECDC del año 2009.

CRIPTOSPORIDIOSIS

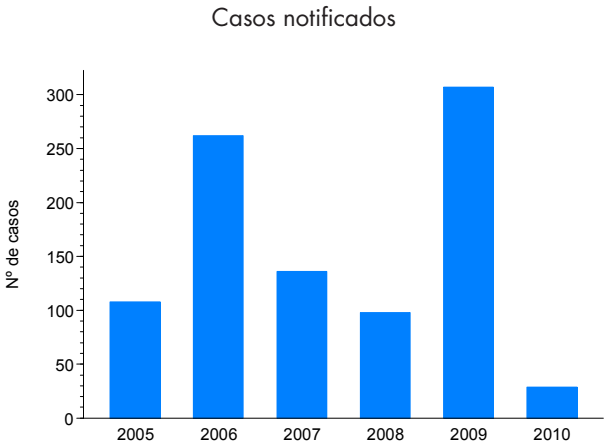
Situación epidemiológica

Distribución temporal y geográfica

En el año 2010 se notificaron 57 casos de infección por *Cryptosporidium*.

Diez laboratorios de microbiología clínica notificaron al SIM de manera continuada durante los últimos 6 años y se seleccionaron para el estudio de la tendencia. Se observó un descenso del 90% en el número de aislamientos en 2010 (29 casos) con respecto al año anterior, 307 casos en 2009 (figura 1).

Figura 1. Vigilancia de *Criptosporidium*, 2005-2010



Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

Los datos del SIM muestran que en el año 2010, tres CC.AA realizaron el 92,5% de los aislamientos de *Cryptosporidium*. Estas comunidades fueron Castilla y León (27 casos), Extremadura (11 casos) y País Vasco (9 casos).

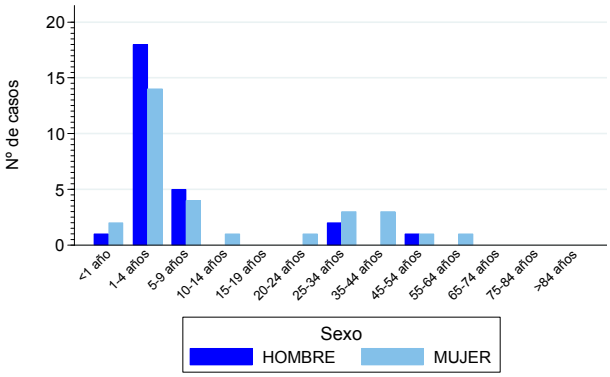
Durante 2010 no se produjo ningún brote debido a *Cryptosporidium*.

Características de los casos

La mayoría de los aislamientos de *Cryptosporidium* en el año 2010 se hicieron en muestras procedentes de pacientes menores de 10 años (77,2%). El número de casos en hombres y mujeres fue similar, el índice de masculinidad fue 0,9 (figura 2).

Figura 2. Vigilancia de *Criptosporidium*, 2010

Casos notificados por grupos de edad y sexo



Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

Discusión

El número de aislamientos de *Cryptosporidium* notificados en España en el año 2010 descendió notablemente respecto al año anterior.

La mayoría de estos aislamientos se realizaron en niños menores de diez 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* VEROTOXIGÉNICO

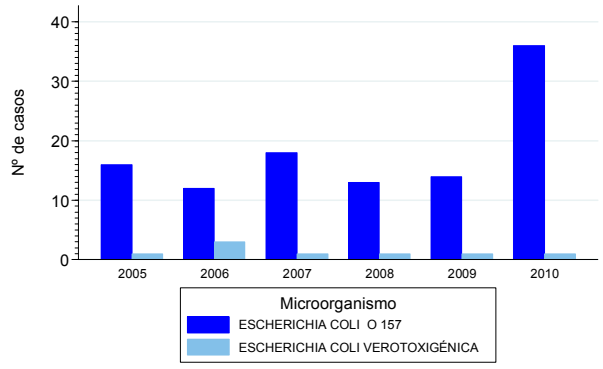
Situación epidemiológica

Distribución temporal

En 2010 se notificaron al SIM 37 casos de *E. coli* verotoxigénico (ECVT), 36 de ellos se identificaron como *E. coli* O157. El número de casos aumentó respecto a los casos notificados en los años anteriores que fueron 15 (14 serogrupo *E. coli* O157) en 2009 y 14 casos (13 serogrupo *E. coli* O157) en 2008 (figura 1).

Figura 1. Vigilancia de *E. coli* verotoxigénico, 2010

Casos notificados por año y microorganismo aislado



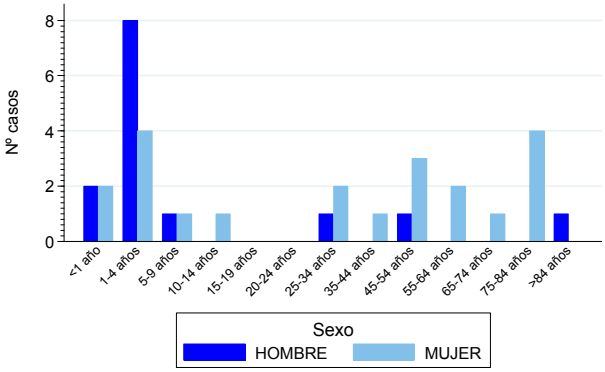
Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

Características de los casos

El 48,7% de casos (18/37) correspondieron a niños menores de 5 años y un 56,8% de los casos (21/37) fueron menores de 15 años. El 56,8% (21/37) de los casos fueron mujeres y el 37,8% (14/37) hombres (figura 2).

Figura 2. Vigilancia de *E. coli* verotoxigénico, 2010

Casos notificados por grupos de edad y sexo



Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

Durante 2010 se notificó un brote de transmisión alimentaria producido por *E. coli* serogrupo O157 con 48 casos de los que 4 necesitaron hospitalización y no se produjo ninguna defunción. No se consiguió localizar el alimento implicado.

Discusión

En 2010 se duplicó el número de casos notificados de infección por *E. coli* verotoxigénico.

La edad es el principal factor de riesgo de aparición de complicaciones en pacientes con infecciones por ECVT. En este sentido, los menores de 5 años y los mayores de 65 años constituyen los principales grupos de riesgo. En los datos recogidos en este informe se encontró un porcentaje pequeño de casos en mayores de 65 años, aunque los casos se distribuyeron de forma más homogénea entre los grupos de edad que el año anterior en el que el 66,7% fueron menores de 5 años y el 86,7% menores de 15 años.

FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA

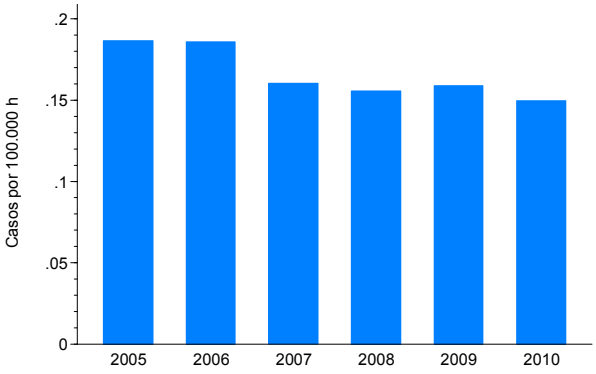
Situación epidemiológica

Distribución temporal y geográfica

El total de infecciones por *Salmonella* Typhi y *Salmonella* Paratyphi notificadas al sistema EDO en 2010 fue de 69; de los que 31 casos (44,9%) fueron casos confirmados. La incidencia de la enfermedad se mantuvo con respecto a años anteriores con 0,15 casos por 100.000 habitantes (figura 1).

Figura 1. Vigilancia de F. tifoidea y paratifoidea, 2005-2010

Tasas de incidencia (casos por 100.000 habitantes)

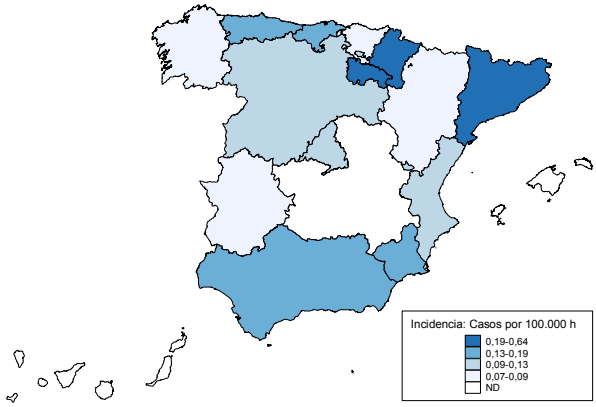


Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Las CC.AA que notificaron mayor número de casos fueron Cataluña, Andalucía y Madrid, con 25, 14 y 7 casos, respectivamente. Las mayores tasas de incidencia se dieron en La Rioja (0,64 casos por 100.000 habitantes), Cataluña (0,34 casos por 100.000 habitantes) y Navarra (0,32 casos por 100.000 habitantes) (figura 2). No se registraron casos en Castilla-La Mancha, Baleares, Canarias, Ceuta y Melilla.

Figura 2. Vigilancia de F. tifoidea y paratifoidea. España, 2010

Incidencia por Comunidades Autónomas. Semanas 1-52



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

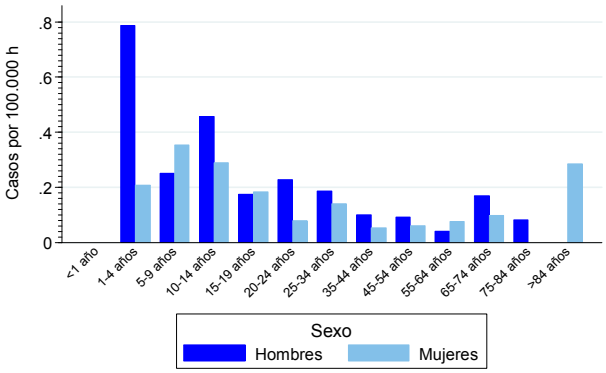
El 59,4% de los casos fueron hombres, con una razón de masculinidad de 1,5.

En 2010 no se notificó ningún caso en menores de 1 año. Los grupos de edad con mayor número de casos fueron el de 25-34 años (17) y el de 1-4 años (12), siendo los varones de entre 1-4 los que presentaron una tasa más alta (0,8 casos por 100.000 habitantes).

De los casos notificados en 2010, el 58% fueron autóctonos y en el 42% se desconocía esta información.

Figura 3. Vigilancia de F. tifoidea y paratifoidea, 2010

Tasas de incidencia (casos por 100.000 habitantes) por grupos de edad y sexo



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Diecisiete hospitales notificaron al SIM 36 casos de *Salmonella* Typhi y *Salmonella* Paratyphi (A, B, C): un 66,7% (24/36) de aislamientos correspondieron a S. Typhi. En el SIM, el 55,6% (20/36) de los casos fueron hombres. El grupo de edad de 1 a 4 años fue el que presentó mayor número de casos (10/36).

En este periodo sólo se notificó un brote causado por S. Typhi. Se trató de un brote de transmisión alimentaria, importado que afectó a una familia pakistaní que regresaba de su país de origen. Hubo 2 casos, requiriendo en ambos casos hospitalización. No pudo identificarse la fuente de infección.

Discusión

Las fiebres tifoidea y paratifoidea son infecciones con una baja incidencia en nuestro país. La tasa se mantiene constante desde el año 2007 y se sitúa por debajo de la tasa media de los países de la Unión Europea (0,30 casos por 100.000 habitantes), según datos del informe anual del ECDC del año 2009.

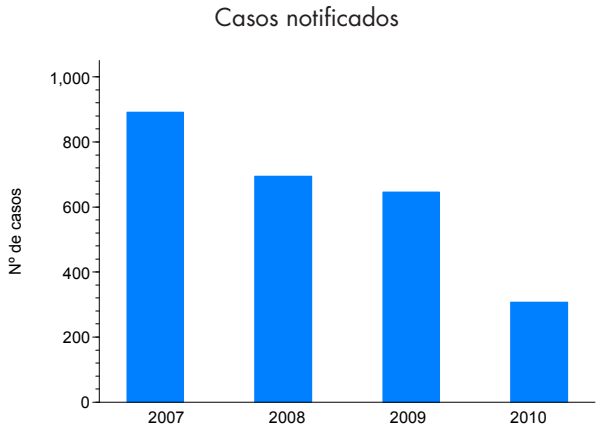
GIARDIASIS

Situación epidemiológica

Distribución temporal y geográfica

No se dispone de información individualizada de *Giardia* con anterioridad a 2007. Entre 2007 y 2010 se observa una tendencia decreciente en el número de identificaciones, desde 892 en 2007 a 307 en 2010, procedentes de 12 laboratorios que declararon de forma constante en este periodo (figura 1).

Figura 1. Vigilancia de *Giardia lamblia*, 2007-2010



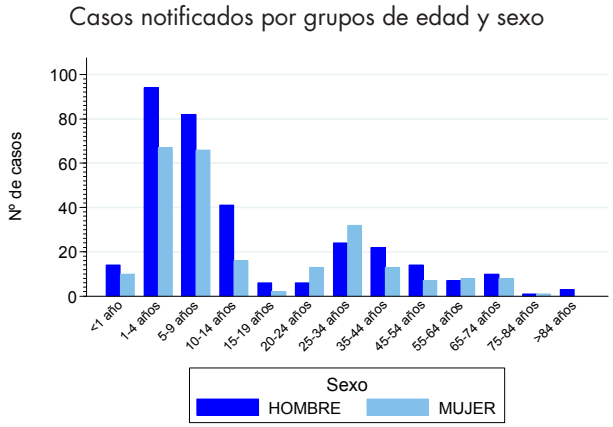
Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

En 2010, 25 laboratorios de ocho CC.AA. notificaron 578 casos por *G. lamblia*. Estas comunidades fueron País Vasco (183), Andalucía (156), Aragón (114), Castilla y León (62), Extremadura (40), Navarra (9), Canarias (8) y Castilla-La Mancha (6).

Características de los casos

Los datos del SIM muestran que dos tercios del total de identificaciones del año 2010 se hicieron en muestras procedentes de pacientes de entre 0 y 14 años (69,4%), siendo el 19% de los aislamientos en adultos jóvenes (20-44 años). En cuanto a la distribución por sexos el 56,1% de los casos correspondieron a hombres y el 42% a mujeres (figura 2). Este dato no figuraba en 11 casos (1,9%).

Figura 2. Vigilancia de *Giardia lamblia*, 2010



Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

Se notificaron dos brotes por *Giardia* a finales de 2010. Los afectados eran niños, en un brote dos y en otro cuatro casos.

Discusión

El número de aislamientos de *G. lamblia* notificados en España en el año 2010 fue menor al de los años anteriores. La mayoría de estos aislamientos se realizan en niños y adultos jóvenes.

HEPATITIS A

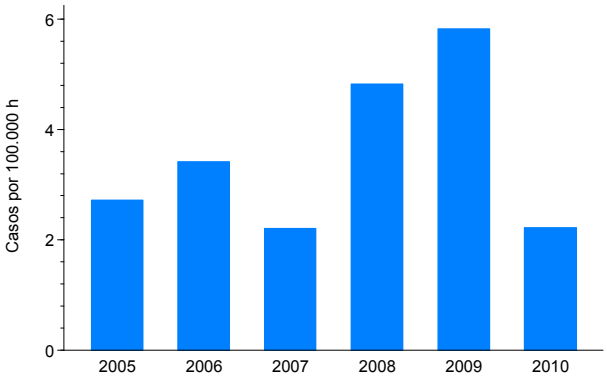
Situación epidemiológica

Distribución temporal y geográfica

En 2010 se notificaron 1.029 casos de hepatitis A. La incidencia fue de 2,23 casos por 100.000 habitantes, muy inferior a la de los años 2008 y 2009, años en los que produjo un aumento en la incidencia (figura 1). No se presentó una estacionalidad determinada.

Figura 1. Vigilancia de hepatitis A, 2005-2010

Tasas de incidencia (casos por 100.000 habitantes)



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

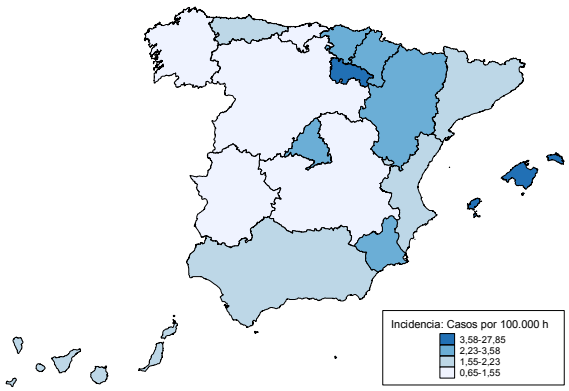
Las tasas por CC.AA fueron inferiores a los 8 casos por 100.000 habitantes, exceptuando Ceuta y Melilla (figura 2). Las tasas más bajas se detectaron en Extremadura, Galicia y Castilla y León con tasas de 0,65; 0,73 y 1,37 casos/100.000 habitantes respectivamente, y las más elevadas correspondieron a La Rioja (7,63 casos por 100.000 habitantes), Baleares (4,54 casos por 100.000 habitantes) y Aragón (3,58 casos por 100.000 habitantes).

Características de los casos

Los casos de hepatitis A fueron más frecuentes en hombres. Se notificaron 613 (59,6%) casos en hombres y 378 (36,7%) en mujeres. En 38 casos (3,7%) no se dispuso de información acerca del sexo.

Figura 2. Vigilancia de hepatitis A. España, 2010

Incidencia por Comunidades Autónomas. Semanas 1-52

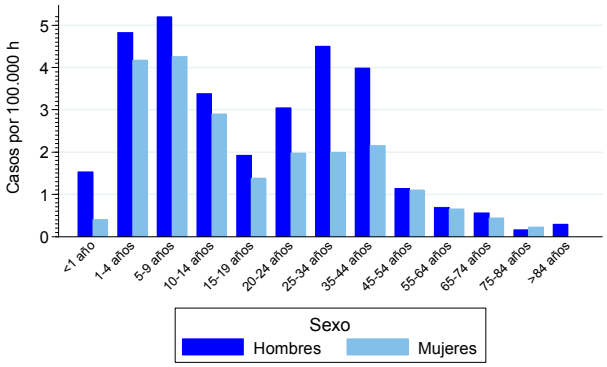


Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Tanto en hombres como en mujeres (figura 3), los grupos más afectados fueron el de 1 a 4 años y el de 5 a 9 años (4,8 y 5,2 casos por 100.000 habitantes en hombres; 4,2 y 4,3 casos por 100.000 habitantes en mujeres).

Figura 3. Vigilancia de hepatitis A, 2010

Tasas de incidencia (casos por 100.000 habitantes) por grupos de edad y sexo



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

En hombres la incidencia en los grupos de 25 a 34 y de 35 a 44 años (4,5 y 4,0 casos por 100.000 habitantes) fue aproximadamente el doble que en mujeres (2,0 y 2,2 casos por 100.000 habitantes).

Se notificaron 74 brotes de hepatitis A en 2010, solamente cuatro de ellos fueron de transmisión alimentaria.

Discusión

La incidencia de hepatitis A descendió en España en 2010. La incidencia fue mayor en niños de 1-9 años y en hombres más que en mujeres.

LISTERIOSIS

Situación epidemiológica

Distribución temporal

En 2010 se notificaron 129 casos por listeriosis. Se observa un descenso respecto al 2009 (146 casos), aunque el número de casos sigue estando por encima de los declarados entre 2005 y 2008, en los que no se superaron los 90 casos anuales (figura 1).

Figura 1. Vigilancia de *Listeria monocytogenes*, 2005-2010

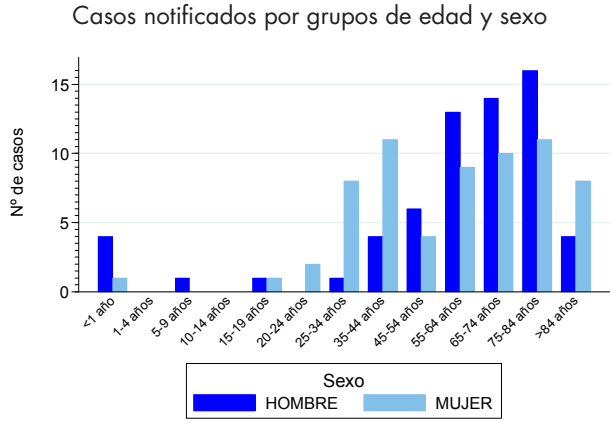


Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

Características de los casos

En cuanto a la distribución por edad y sexo se observa que los grupos más afectados son aquellos que corresponden con los más vulnerables a esta infección: recién nacidos, embarazadas y ancianos (figura 2).

Figura 2. Vigilancia de *Listeria monocytogenes*, 2010



Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

En 2010 se produjo un brote nosocomial con 4 casos.

Discusión

En 2010 los casos de listeriosis han descendido respecto al año anterior, aunque siguen por encima de los declarados entre 2005 y 2008. La distribución por edad y sexo sigue el patrón habitual para esta enfermedad.

SALMONELOSIS

Situación epidemiológica

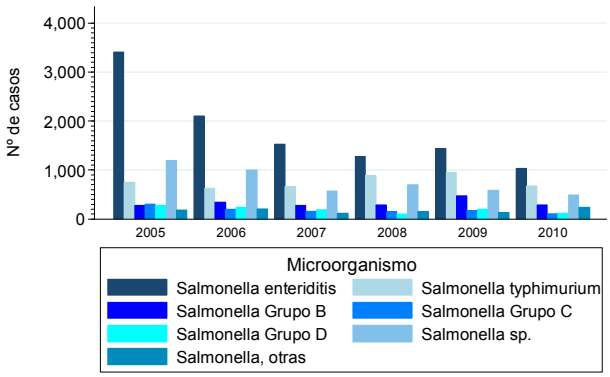
Distribución temporal

Cuarenta y seis laboratorios de microbiología clínica notificaron al SIM un total de 4.417 casos de infección por *Salmonella* no tifoidea en el año 2010. Treinta y cuatro de esos laboratorios declararon de forma constante los últimos seis años y se usaron para evaluar la tendencia. En 2010 el número de casos para esos laboratorios (2.296 casos) descendió con respecto al 2009 (3.968 casos).

La tendencia fue desigual en función del serotipo estudiado (figura 1). El número de casos de *Salmonella* Enteriditis, *Salmonella* Typhimurium, *Salmonella* Grupos B, C y D y otras salmonelas, descendieron respecto al año anterior. Un ligero ascenso se observó en *Salmonella sp.*

Figura 1. Vigilancia de *Salmonella*, 2005-2010

Casos notificados por año y microorganismo aislado



Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

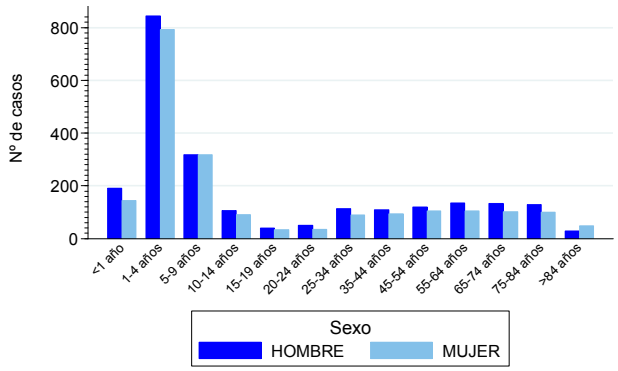
Características de los casos

En todos los grupos de edad el microorganismo que se aisló con más frecuencia fue *Salmonella* Enteritidis con 1.329 casos (30,1%), seguido de *Salmonella* Typhimurium con 1.270 casos (28,8%) y *Salmonella sp.* con 750 casos (17%).

Se dispone de información sobre sexo en 4.387 casos (99,3%), el 53% de los casos (2.323) fueron hombres. En todos los casos se conocía el dato de edad, el 45,2% (1.996) eran menores de 5 años, y el 12,4% (546) mayores de 65 (figura 2).

Figura 2. Vigilancia de *Salmonella*, 2010

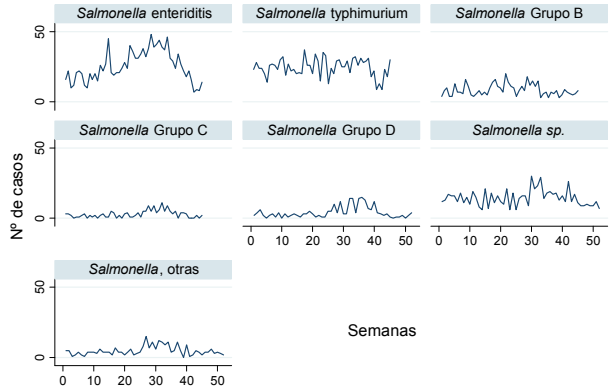
Casos notificados por grupos de edad y sexo



Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

Salmonella Enteritidis; *Salmonella* Grupo C; *Salmonella* Grupo D; y *Salmonella*, otras, presentaron 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. Gráficos por microorganismo aislado



Se notificaron 263 brotes causados por *Salmonella*, 262 de ellos autóctonos con un total de 3.406 enfermos, 400 hospitalizados y 10 defunciones. Casi la mitad de ellos causados por *Salmonella* Enteritidis (83% de los brotes con *Salmonella* serotipada) seguido de *Salmonella* Typhimurium (10,5% de los brotes con *Salmonella* serotipada). Predominan los brotes de transmisión alimentaria (90,8%) (238/262). No hubo ninguno transmitido por agua. En conjunto, el alimento implicado con más frecuencia fue el huevo y sus derivados (51,5% de los brotes), seguido a gran distancia de la repostería (4,6%), las aves (3,1%), la carne y productos cárnicos (1,5%) y los mariscos (1,5%). Uno de los brotes notificados era importado del Líbano, por transmisión directa y causado por *Salmonella* Typhimurium.

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 representan la principal causa de brotes de transmisión alimentaria y la segunda causa de brotes en general.

Los principales serotipos notificados son S. Enteritidis y S. Typhimurium, al igual que en la Unión Europea. El porcentaje de casos entre ambos sexos parece algo mayor en hombres (53% en hombres frente a 47% en mujeres).

SHIGELOSIS

Situación epidemiológica

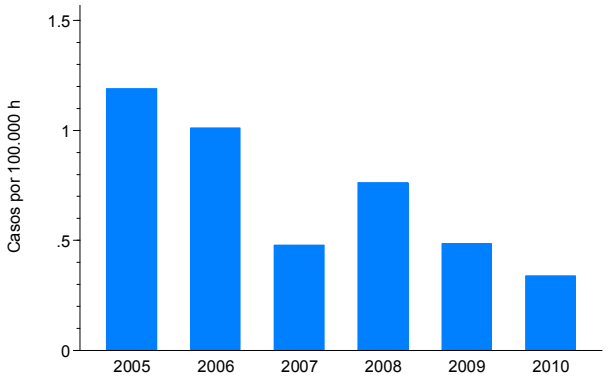
Distribución temporal y geográfica

En 2010 se notificaron 156 casos de shigelosis, la incidencia fue de 0,34 casos por 100.000 habitantes.

Se observó una tendencia descendente desde 2005, donde la incidencia fue superior a 1 caso por 100.000 habitantes (figura 1).

Figura 1. Vigilancia de disentería, 2005-2010

Tasas de incidencia (casos por 100.000 habitantes)

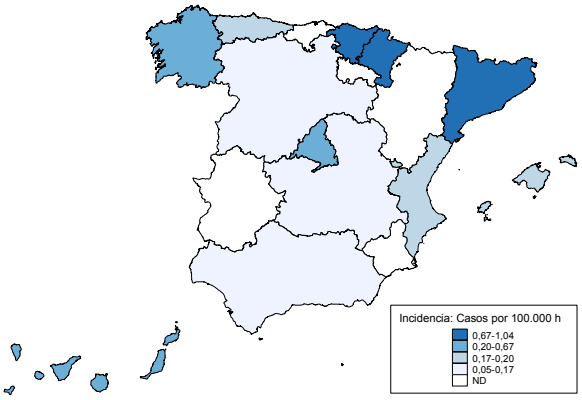


Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Las CC.AA que notificaron una mayor incidencia de shigelosis en 2010 fueron Cataluña, País Vasco y Navarra con 1,04; 1,03 y 0,97 casos por 100.000 habitantes respectivamente. Siete comunidades (Aragón, Cantabria, Extremadura, Murcia, La Rioja, Ceuta y Melilla) no notificaron ningún caso (figura 2).

Figura 2. Vigilancia de disentería. España, 2010

Incidencia por Comunidades Autónomas. Semanas 1-52



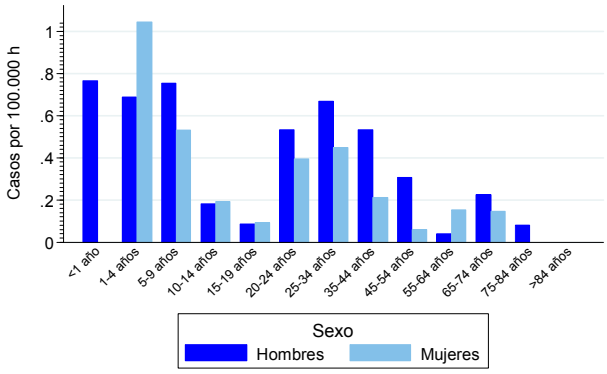
Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Características de los casos

La mayor incidencia se alcanzó en los niños de 1 a 9 años y en adultos jóvenes, de 20 a 44 años. La razón de masculinidad fue de 1,6 (figura 3).

Figura 3. Vigilancia de Disentería, 2010

Tasas de incidencia (casos por 100.000 habitantes) por grupos de edad y sexo



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Se notificaron cinco brotes en 2010, cuatro de transmisión directa y uno transmitido por agua.

Discusión

La incidencia de shigelosis en 2010 en España fue menor a la del año anterior. La mayor incidencia correspondió a los menores de 10 años y adultos jóvenes.

TRIQUINOSIS

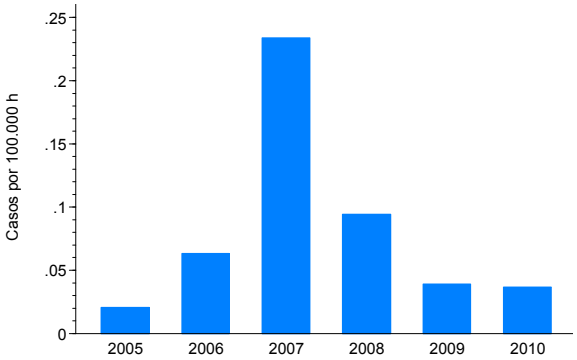
Situación epidemiológica

Distribución temporal y geográfica

En el año 2010 se notificaron 17 casos de triquinosis, 10 de ellos confirmados (58,8%) y siete probables (41,2%), lo que supuso una tasa de incidencia para ese año de 0,04 casos por 100.000 habitantes. La tasa se mantuvo estable en 2009 y 2010 (figura 1).

Figura 1. Vigilancia de triquinosis, 2005 - 2010

Tasas de incidencia (casos por 100.000 habitantes)



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Dos CC.AA declararon casos: Castilla-La Mancha (15) y Madrid (2) (figura 2).

Figura 2. Vigilancia de triquinosis. España 2010

Distribución de casos notificados por Comunidades Autónomas



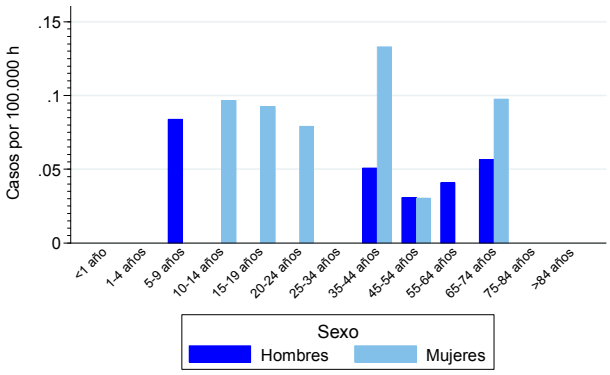
Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Características de los casos

Todos los casos de triquinosis se dieron en personas entre 5 y 74 años. El 58,8% (10 casos) de los casos se dieron entre los 25 y 64 años. El 64,7% (11 casos) fueron mujeres (figura 3).

Figura 3. Vigilancia de triquinosis, 2010

Tasas de incidencia (casos por 100.000 habitantes) por grupos de edad y sexo



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Los 17 casos correspondieron a dos brotes de origen alimentario ocurridos en la misma CC.AA. pero con afectados residentes en 2 CC.AA. En ambos brotes el vehículo de transmisión confirmado fue carne de jabalí consumida en forma de chorizo y procedente de dos cacerías.

Requirieron ingreso hospitalario tres casos.

Discusión

El número de casos de triquinosis notificado en España ha seguido una tendencia decreciente desde el año 2007.

Los casos se asocian a brotes debido al consumo de carne de jabalí y/o cerdo en general procedente de cacerías o matanzas domésticas sin control. Es importante, además, la adecuada cocción de la carne.

YERSINIOSIS

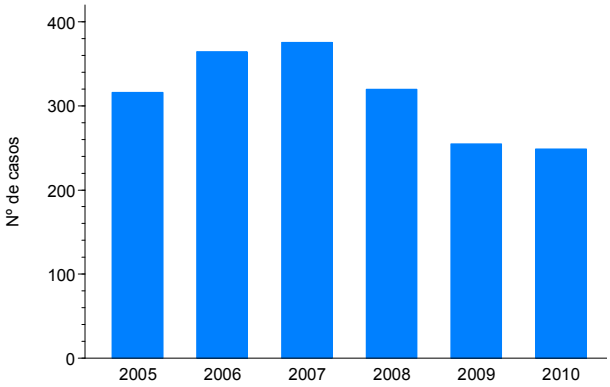
Situación epidemiológica

Distribución temporal

En 2010, 35 laboratorios notificaron 326 casos de yersiniosis, 325/326 debidos a *Y. enterocolítica,* identificándose el serogrupo O:3 en 85 (26,2%) de los casos. Veintiséis laboratorios notificaron casos de forma estable desde el año 2005. Los casos de *Y. enterocolítica* descendieron desde el año 2007, pasando de 376 casos en 2007 a 255 en 2009 y 249 casos en 2010 (figura 1).

Figura 1. Vigilancia de *Yersinia enterocolítica*, 2005-2010

Casos notificados por año y microorganismo aislado



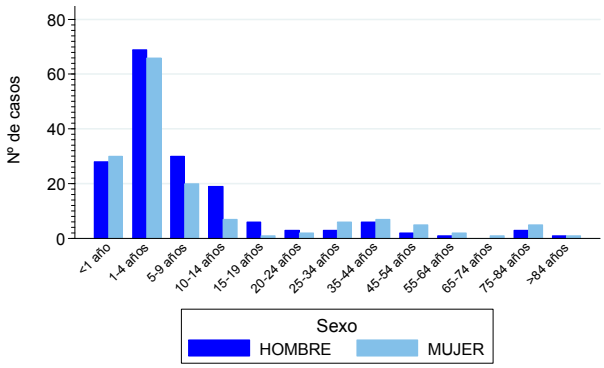
Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

Características de los casos

El grupo de edad del que se notificaron más casos fue el de 1 a 4 años con el 42% de los casos (137/326). El 75,2% de los casos declarados (245/326) tenían menos de 9 años. El 52,5% de los casos se dieron en hombres y el 46,9% en mujeres. No se informó el sexo en 2 casos (0,6%) (figura 2). La distribución de casos por grupos de edad fue similar en ambos sexos, aunque tendió a ser más alta en varones en niños y adolescentes.

Figura 2. Vigilancia de *Yersinia enterocolítica*, 2010

Casos notificados por grupos de edad y sexo



Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

No se ha notificado ningún brote causado por *Yersinia*.

Discusión

El número de casos de yersiniosis en 2010 fue similar al año anterior. Los casos notificados fueron niños y adolescentes, casi la mitad de ellos son menores de 5 años y hubo muy pocos casos declarados con más de 9 años de edad. Esto se corresponde con la epidemiología descrita de la enfermedad, con un alto porcentaje de infecciones asintomáticas en la edad adulta y una relación estrecha entre la higiene alimentaria y los brotes en guarderías y colegios.

4. ENFERMEDADES PREVENIBLES POR LA VACUNACIÓN

DIFTERIA

No se notificó ningún caso de difteria en el año 2010. 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. La cobertura debe superar el 90% en todo el país.

ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA

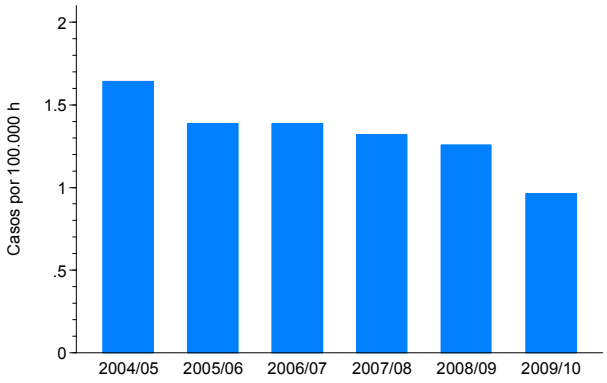
Situación epidemiológica

Distribución temporal y geográfica

En la temporada 2009-2010 se notificaron 563 casos de enfermedad meningocócica, tasa de 1,22 por 100.000 habitantes. De estos casos se confirmaron 440 (78%), la tasa de incidencia fue de 0,96 por 100.000 habitantes. La incidencia descendió de forma continuada desde la temporada 2004/05 (1,64 casos por 100.000 habitantes) (figura 1).

Figura 1. Vigilancia de Enf. meningocócica, temporadas 2004/05-2009/10

Tasas de incidencia (casos por 100.000 habitantes)



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Cincuenta y seis casos se debieron al serogrupo C (0,12 casos por 100.000 habitantes), ocho casos menos que la temporada previa. Se declararon 316 casos por serogrupo B (72% del total de casos confirmados) y la tasa fue de 0,69 casos por 100.000 habitantes, por debajo de la tasa del año anterior (1 caso por 100.000

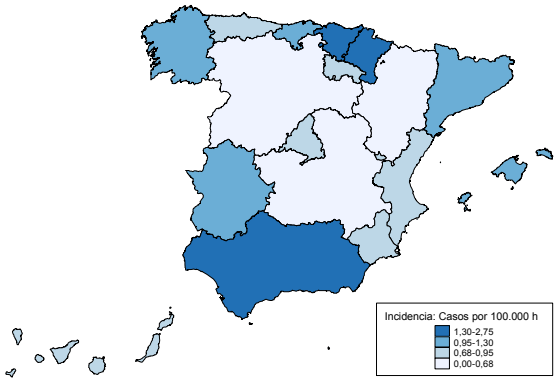
habitantes). Además, se produjeron 23 casos por otros serogrupos (0,05 por 100.000 habitantes), 28 casos por cepas no grupables (0,06 casos por 100.000 habitantes) y se confirmaron 17 casos sin llegar identificar el serogrupo (0,04 casos por 100.000 habitantes). Entre los 23 casos de otros serogrupos, doce casos se debieron al serogrupo Y, cuatro al W135, cuatro al A y tres a otros serogrupos.

Los casos del serogrupo B son los que mantienen la presentación estacional de la enfermedad. El mayor número de casos se notifican en los meses de enero y febrero.

La incidencia en casos por 100.000 habitantes confirmados más elevada correspondió a Ceuta (2,65), Navarra (1,77) y País Vasco (1,22). Esto se correspondió con incidencias más elevadas para el serogrupo B. Las tasas más altas para el serogrupo C las presentaron Andalucía (0,34), Navarra (0,32), Canarias (0,19) y Madrid (0,13).

Figura 2. Vigilancia de Enf. meningocócica. España, temporada 2009/10

Incidencia por Comunidades Autónomas. Semanas 1-52



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

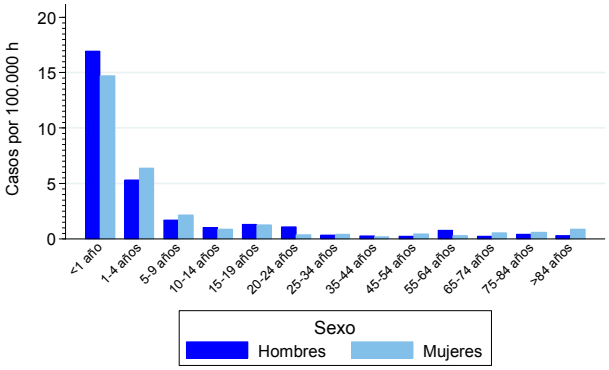
Características de los casos

El número total de casos confirmados de género masculino fue 219 (0,96 casos por 100.000 habitantes) y 218 del femenino (0,93 casos por 100.000 habitantes). La incidencia de casos del serogrupo B fue similar para hombres que para mujeres (0,68 casos por 100.000 habitantes). La incidencia por serogrupo C, por el contrario, fue ligeramente superior para los hombres (0,14 casos por 100.000 hombres) frente a las mujeres (0,10 casos por 100.000 mujeres).

La incidencia de casos confirmados más elevada correspondió a los menores de un año (15,61 casos por 100.0000 habitantes) y al grupo de 1 a 4 años (5,93 casos por 100.000 habitantes). Para el serogrupo B, las tasas más altas correspondieron a los menores de 5 años (13,04 casos por 100.000 habitantes para los menores de 1 año y 4,97 casos por 100.000 habitantes en el grupo de 1 a 4). Para el serogrupo C la tasa más elevada se dio en menores de 1 año (0,40 casos por 100.000 habitantes).

Figura 3. Vigilancia de Enf. meningocócica, 2010

Tasas de incidencia (casos por 100.000 habitantes) por grupos de edad y sexo



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Se produjeron un total 49 defunciones, 44 en casos confirmados. La letalidad global fue 8,7% (49/563) y 10,0% (44/440) para los casos confirmados. La letalidad más alta la presentaron los casos producidos por el serogrupo C, del 25% (14/56), muy por encima de la del año anterior (14,1%). La letalidad para los casos debidos al serogrupo B fue de 7% (22/316). La letalidad de los casos confirmados fue similar para hombres y mujeres (10,2% *vs.* 10,3%). La letalidad para los casos debidos al serogrupo B fue menor para los hombres que para las mujeres (6,6% *vs.* 7,9%). Por el contrario, en los casos por el serogrupo C la letalidad fue mayor para los hombres (28,1% *vs.* 21,7%).

Discusión

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

El serogrupo B es el principal agente causal de enfermedad meningocócica en todo el país. 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. Destaca el descenso de los casos sospechosos, debido al aumento en el uso de PCR en aquellos casos donde el cultivo fue negativo.

La letalidad debida al serogrupo C aumentó durante el 2010.

ENFERMEDAD INVASORA POR *HAEMOPHILUS INFLUENZAE*

Situación epidemiológica

Distribución temporal

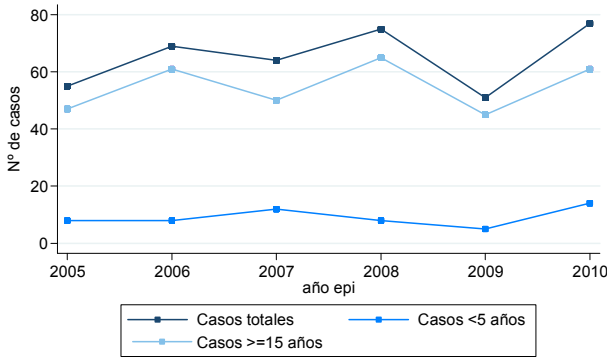
El 2010 se notificaron al SIM 86 casos de enfermedad invasora procedentes de 24 laboratorios de microbiología clínica de ocho CC.AA. Para el estudio de tendencia

temporal se seleccionaron 391 casos procedentes de los laboratorios que notificaron de manera constante durante todo el periodo de estudio.

El número de casos para todas las edades muestra un ascenso respecto al 2009, aunque se mantiene en valores similares a años precedentes. Este aumento se observó tanto en los casos mayores de 15 años como en los menores de 5 años. Solo hubo dos casos de entre 5-9 años (figura 1).

Figura 1. Vigilancia de *Haemophilus influenzae*, 2005-2010

Casos notificados: totales, en <5 años y en >=15 años



Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

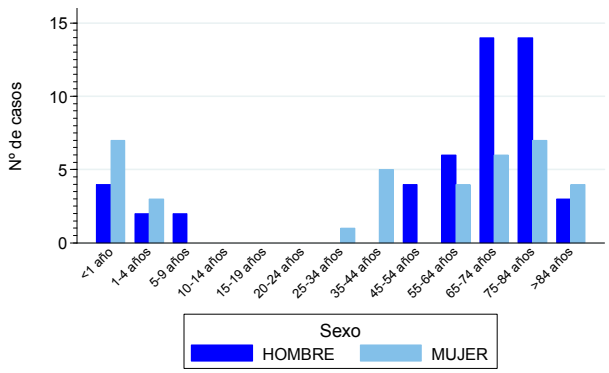
Características de los casos

El 43% (37/86) de los casos fueron hombres. El 18,6% (16/86) de los casos fueron menores de 5 años de edad y el 55,8% (48/86) mayores de 65 (figura 2).

Del total de casos de enfermedad invasora por *H. influenzae* 2 casos se notificaron como serotipo b y 1 como *H. influenzae* serotipo f. El resto se notificaron como *H. influenzae* sin especificar si son no tipables o si no se ha realizado la tipificación.

Figura 2. Vigilancia de *Haemophilus influenzae*, 2010

Casos notificados por grupos de edad y sexo



Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

El 93% (80) de los casos de enfermedad invasora por *H. influenzae* notificados fueron diagnosticados por aislamiento, el 1,2% (1) mediante detección del genoma, y en el 5,8% (5) de los casos no se especificó. El 84,9% (73/86) de las detecciones se hicieron en sangre, el 9,3% (8/86) en LCR, el 2,3% (2/86) en líquido articular y el 3,5% (3/86) en líquido peritoneal.

Discusión

El número de casos de enfermedad invasora por *H. influenzae* se mantiene constante desde 2005 en menores de 5 años. La tendencia en adultos, que aumentó hasta el año 2008 y descendió en 2009, volvió a experimentar un ascenso en 2010 volviendo a los niveles del 2008.

PAROTIDITIS

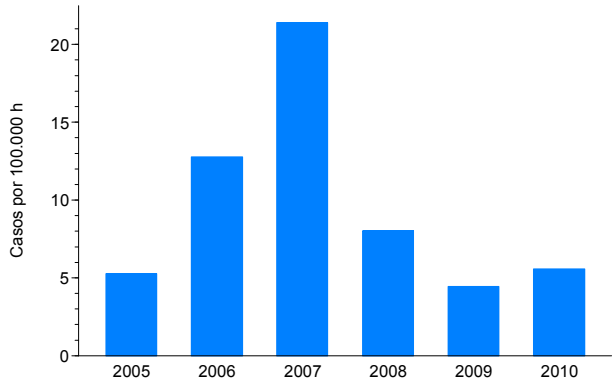
Situación epidemiológica

Distribución temporal y geográfica

La parotiditis tiene una presentación cíclica. Entre 2006 y 2008 se registró la última onda epidémica, en 2009 la incidencia descendió hasta 4,53 casos por 100.000 habitantes (figura 1). En 2010 se notificaron 2.570 casos de parotiditis y la incidencia fue de 5,58 casos por 100.000 habitantes.

Figura 1. Vigilancia de parotiditis, 2005-2010

Tasas de incidencia (casos por 100.000 habitantes)

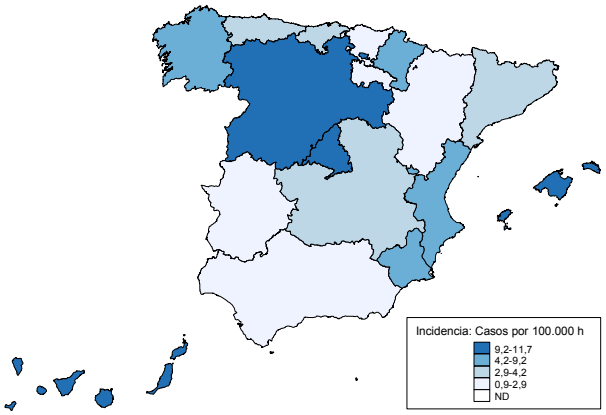


Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

En el año 2010 la incidencia de parotiditis por CC.AA presentó un rango muy amplio. Andalucía registró la incidencia más baja (0,92 casos por 100.000 habitantes) mientras que en Canarias (11,7 casos por 100.000 habitantes), Madrid (11,2 casos por 100.000 habitantes), Baleares (10,55 casos por 100.000 habitantes) y Castilla y León (9,6 casos por 100.000 habitantes) se registraron las más altas. Ceuta y Melilla no notificaron ningún caso (figura 2).

Figura 2. Vigilancia de parotiditis. España, 2010

Incidencia por Comunidades Autónomas. Semanas 1-52



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

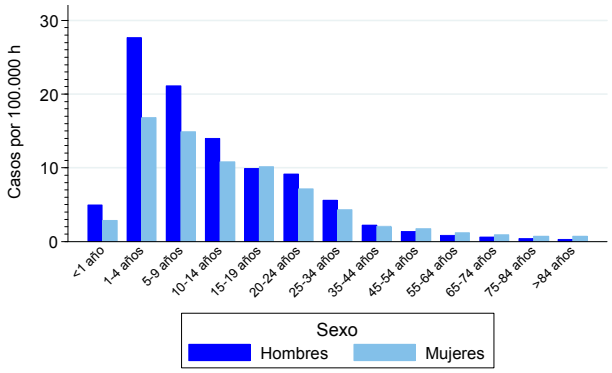
Características de los casos

El 56,7% de los casos se dieron en hombres. La mitad de casos se dieron en niños menores de 15 años (49,1%), con una distribución de casos por grupo de edad similar en ambos sexos, ligeramente mayor en varones menores de 15 años.

El pico de incidencia se produjo entre los 1 y 24 años, sobre todo en los menores de 15 años (figura 3).

Figura 3. Vigilancia de parotiditis, 2010

Tasas de incidencia (casos por 100.000 habitantes) por grupos de edad y sexo



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

El 77,9% de los casos que tenían información sobre sus antecedentes de vacunación habían recibido alguna dosis de vacuna.

Discusión

A pesar de las altas coberturas de vacunación, la parotiditis mantiene su presentación cíclica, con aparición de brotes debido al acúmulo de individuos susceptibles. En 2010 se ha iniciado una nueva onda epidémica con un incremento de la incidencia que no es homogéneo entre comunidades.

Se estima que la efectividad de la vacuna de parotiditis es del 88% con dos dosis, lo que explica el importante número de casos en individuos vacunados con dos dosis.

RUBÉOLA Y SÍNDROME DE RUBÉOLA CONGÉNITA

Situación epidemiológica

Distribución temporal y geográfica

Durante el año 2010 se declararon 9 casos confirmados de rubéola: 4 (44,4%) se confirmaron por laboratorio y 5 (55,6%) fueron casos clínicamente compatibles. La incidencia nacional fue de 0,02 casos por 100.000 habitantes.

La incidencia de la enfermedad ha continuado descendiendo desde el brote en 2005 en el que se produjeron 476 casos en la Comunidad de Madrid. Mientras que en 2006, 2007 y 2008 se notificaron alrededor de 60 casos anuales, en 2009 se notificaron 20 casos (figura 1).

Figura 1. Vigilancia de rubéola, 2005-2010



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

En 2010 cinco CC.AA confirmaron casos de rubéola pero no se notificaron brotes.

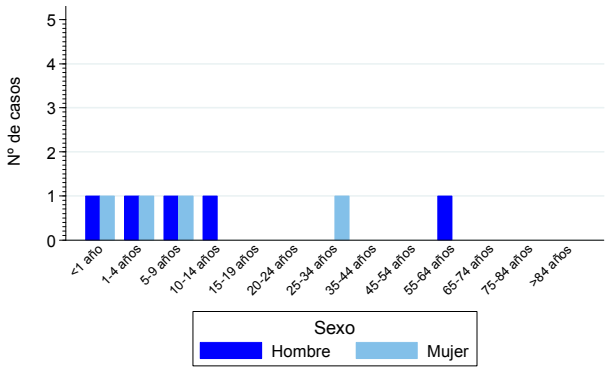
Características de los casos

Cinco casos fueron varones y cuatro mujeres; cuatro casos tenían menos de 4 años, dos entre 5-9 años, un caso entre 10-14 años y dos eran mayores de 30 años. Cinco casos habían recibido alguna dosis de vacuna (figura 2).

Todos los casos fueron autóctonos.

Figura 2. Vigilancia de rubéola, 2010

Casos por grupos de edad y sexo



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Epidemiología del Síndrome de Rubéola Congénita

En el año 2010 no se ha notificado ningún caso de SRC en España.

Discusión

El bajo número de casos de rubéola y de SRC notificados en los últimos años indica escasa circulación del virus en nuestro territorio. Entre el 30%-50% de las infecciones por el virus de la rubéola pueden ser asintomáticas, con lo que los sistemas de vigilancia detectan sólo una parte de las infecciones lo que genera incertidumbre en el proceso de eliminación de la rubéola.

Para el objetivo de la eliminación del sarampión y rubéola en la Región Europea de la OMS hay que mantener coberturas con dos dosis de vacuna por encima del 95%.

Los casos de SRC notificados en los últimos años son hijos de mujeres procedentes de países con altas tasas de susceptibilidad a rubéola. Hay que realizar esfuerzos para identificar y vacunar a grupos de población susceptible, particularmente a las mujeres jóvenes que procedan de países con bajas coberturas de vacunación.

SARAMPIÓN

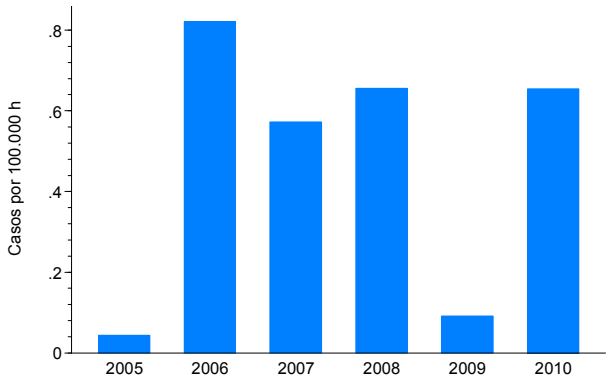
Situación epidemiológica

Distribución temporal y geográfica

Durante el año 2010 se declararon 302 casos confirmados de sarampión: 246 (81,5%) se confirmaron por laboratorio, 35 (11,6%) por vínculo epidemiológico y 21 (6,9%) fueron casos clínicamente compatibles. La tasa de incidencia en el 2010 fue de 0,66 casos por 100.000 habitantes.

Figura 1. Vigilancia de sarampión, 2005-2010

Tasas de incidencia (casos por 100.000 habitantes)

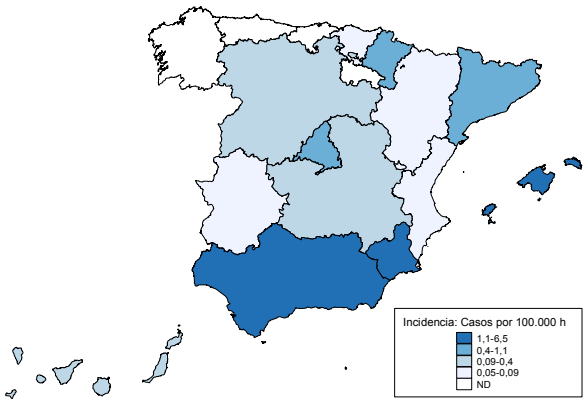


Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Tras una fuerte caída en la notificación de casos de sarampión en 2009, en el año 2010 se han registrado brotes de sarampión de distinto tamaño y duración (figura 1). Catorce CC.AA notificaron casos de sarampión. Las de mayor incidencia fueron Murcia (6,6 casos por 100.000 habitantes), Baleares (1,9 casos por 100.000 habitantes), Ceuta (1,3 casos por 100.000 habitantes) y Andalucía (1,1 casos por 100.000 habitantes). El resto de CC.AA tuvieron tasas por debajo de los 0,5 casos por 100.000 habitantes.

Figura 2. Vigilancia de sarampión. España, 2010

Incidencia por Comunidades Autónomas. Semanas 1-52



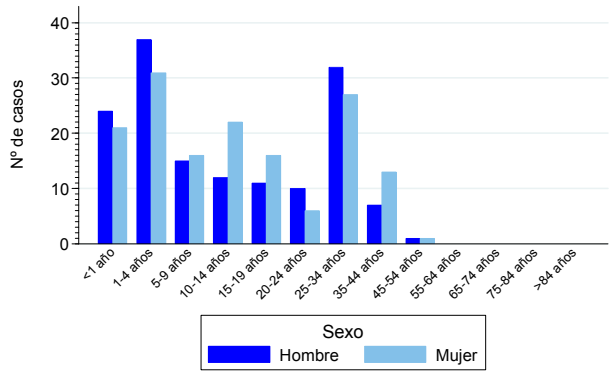
Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Características de los casos

En 2010, la proporción de casos fue similar en hombres (149/302) y mujeres (153/302). El 23,8% de los casos tenían menos de 16 meses (en la mayoría de las comunidades la primera dosis de vacuna se administra a los 15 meses) y el 32,1% eran mayores de 19 años. El 31% de los casos pertenecen a los grupos de edad de entre 5 y 19 años, que deberían estar vacunados con dos dosis (figura 3). El 95% de los casos en los que se recoge el antecedente de vacunación, no estaban vacunados.

Figura 3. Vigilancia de sarampión, 2010

Casos por grupos de edad y sexo



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO

Se han notificado 19 casos importados, la mitad procedente de Europa y el resto de otros continentes. Como consecuencia de la intensa circulación del virus del sarampión en el entorno europeo, varios casos de sarampión importados de Bulgaria y de Francia han originado brotes en nuestro territorio.

El 21% de los casos se hospitalizaron; neumonía, otitis y laringofaringitis fueron las complicaciones más frecuentes.

Discusión

Los grandes brotes que desde 2006 se están produciendo amenazan el objetivo de la eliminación del sarampión en Europa. En España, a pesar de mantener altas coberturas de vacunación, existen bolsas de individuos susceptibles capaces de generar brotes. Niños no vacunados pertenecientes a poblaciones marginales, trabajadores sanitarios, trabajadores de guarderías y escuelas infantiles, viajeros susceptibles que han visitado países con brotes de sarampión y niños de familias contrarias a las vacunas han generado brotes en su entorno que en ocasiones se han extendido a la población general.

TÉTANOS Y TÉTANOS NEONATAL

Situación epidemiológica

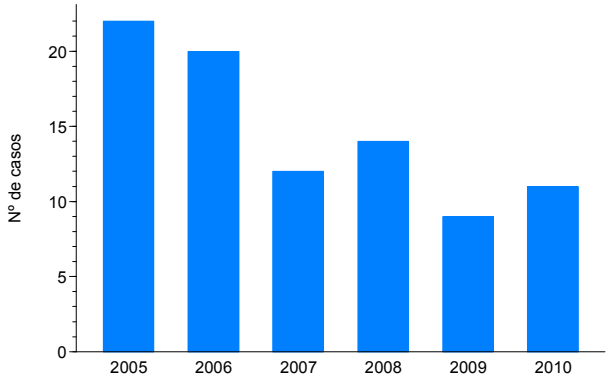
Distribución temporal y geográfica

En el año 2010 se declararon 11 casos de tétanos, lo que supone una incidencia de 0,02 casos por 100.000 habitantes. El número de casos aumentó con respecto al año 2009 (9 casos).

Desde 1997 existe un Registro Nacional de Tétanos Neonatal al que no se ha declarado ningún caso.

Figura 1. Vigilancia de tétanos, 2005-2010

Casos notificados



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

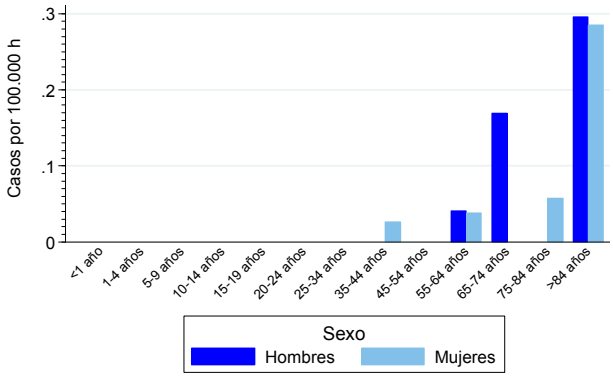
Siete comunidades notificaron casos de tétanos en 2010: Andalucía (1), Aragón (1), Canarias (1), Castilla y León (1), Cataluña (1), País Vasco (2) y Galicia (4).

Características de los casos

La incidencia por sexo y grupo de edad puede verse en la figura 2. Todos los casos se dieron en mayores de 55 años, salvo una mujer que estaba en el grupo de entre 35 y 44 años. El 72,7% tenían 65 o más años. Cinco casos son hombres y cinco mujeres; en un caso esta variable no se conocía.

Figura 2. Vigilancia de tétanos, 2010

Tasas de incidencia (casos por 100.000 habitantes) por grupos de edad y sexo



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Entre los casos de tétanos declarados en 2010, uno estaba correctamente vacunado (en el grupo de edad de 55-64 años), 2 casos no estaban correctamente vacunados y en 8 casos se desconoce el estado de vacunación.

Discusión

Las altas coberturas de vacunación han reducido drásticamente la incidencia y la mortalidad por tétanos en España. No obstante, en los últimos años la incidencia se mantiene estable y, al igual que en otros países industrializados, los casos se diagnostican fundamentalmente en mayores de 65 años no vacunados o con pautas de vacunación incompletas. El INE recoge 4 muertes por tétanos en 2010 (2 hombres y 2 mujeres) todos ellos mayores de 70 años.

TOS FERINA

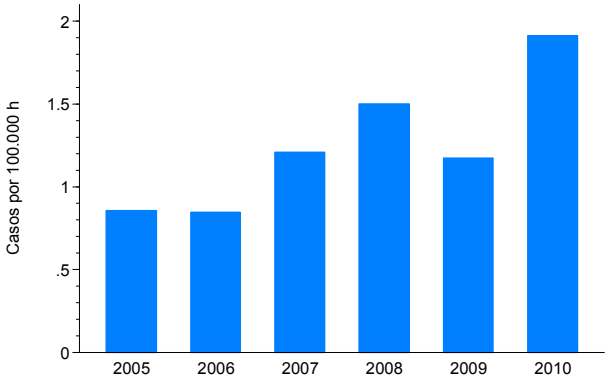
Situación epidemiológica

Distribución temporal y geográfica

Según los datos de la notificación individualizada de casos al sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria, en 2010 se declararon en España 882 casos de tos ferina, que suponen una tasa de incidencia de 1,9 casos por 100.000 habitantes. El número de casos ha aumentando un 63,3% respecto al año anterior, alcanzándose la máxima incidencia del período 2005-2010 (figura 1).

Figura 1. Vigilancia de tos ferina, 2005-2010

Tasas de incidencia (casos por 100.000 habitantes)

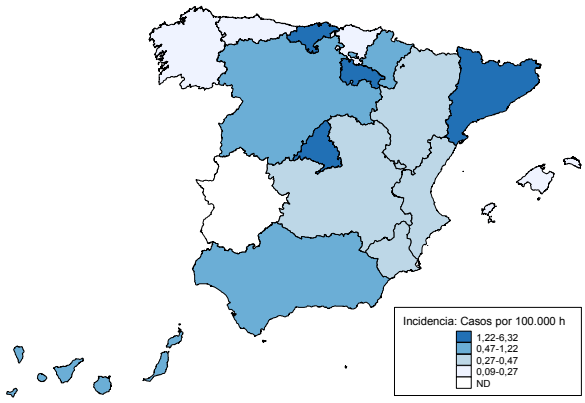


Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Las CC.AA con mayor incidencia fueron Madrid (6,3 casos por 100.000 habitantes) Cataluña (4,5 casos por 100.000 habitantes) y La Rioja (3,8 casos por 100.000 habitantes). Las incidencias más bajas se dieron en Baleares (0,09 casos por 100.000 habitantes), Asturias (0,19 casos por 100.000 habitantes) y País Vasco (0,19 casos por 100.000 habitantes). Extremadura, Ceuta y Melilla no notificaron ningún caso (figura 2).

Figura 2. Vigilancia de tos ferina. España, 2010

Incidencia por Comunidades Autónomas. Semanas 1-52



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

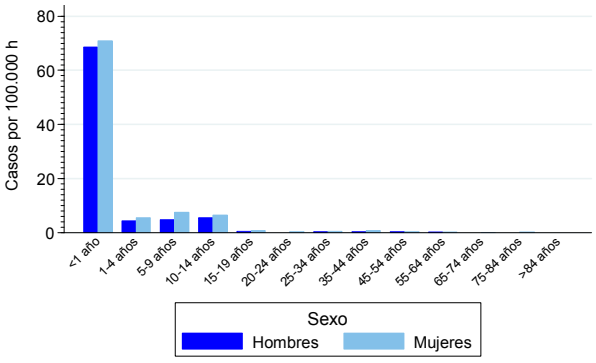
Características de los casos

En 2010 el 34,6% de los casos notificados fueron casos confirmados.

El 44,8% de los casos fueron hombres y el 53,2% mujeres. Casi la mitad de ellos (40,3%) correspondieron a niños menores de 1 año. Las tasas en menores de 1 año fueron elevadas tanto en hombres (68,6 casos por 100.000 habitantes), como en mujeres (71,0 casos por 100.000 habitantes). El resto de casos se distribuyó entre los 1-14 años mayoritariamente (42,5%). A partir de los 15 años el número de casos va disminuyendo cómo se muestra en la figura 3.

Figura 3. Vigilancia de tos ferina, 2010

Tasas de incidencia (casos por 100.000 habitantes) por grupos de edad y sexo



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Discusión

La tos ferina tiene una presentación cíclica con ondas cada 3-5 años. En 2010 se inició una nueva onda epidémica con un importante incremento de casos notificados.

La tos ferina en lactantes es motivo de preocupación tanto por su frecuencia como por su gravedad en los primeros meses de vida (en España el INE recoge 5 muertes por tos ferina en 2008, 3 en 2009 y 3 en 2010 todas en menores de un año). Muchos casos se diagnostican en niños bien vacunados por lo que el reto para el

control de la enfermedad pasa por el desarrollo de vacunas más inmunógenas y que puedan administrarse al nacimiento.

VARICELA

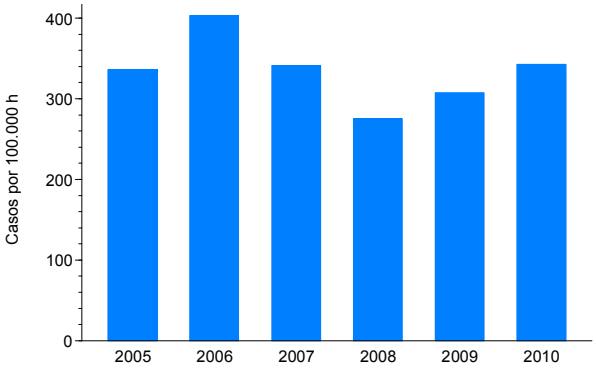
Situación epidemiológica

Distribución temporal y geográfica

En 2010 se notificaron 157.914 casos (342,7 casos por 100.000 habitantes) a través de la declaración numérica. La tasa aumentó con respecto al año 2009 (307,9 casos por 100.000 habitantes), volviendo a los valores del período 2005-2007 (336,7; 403,3 y 341,2 casos por 100.000 habitantes) (figura1).

Figura 1. Vigilancia de varicela, 2005-2010

Tasas de incidencia (casos por 100.000 habitantes)

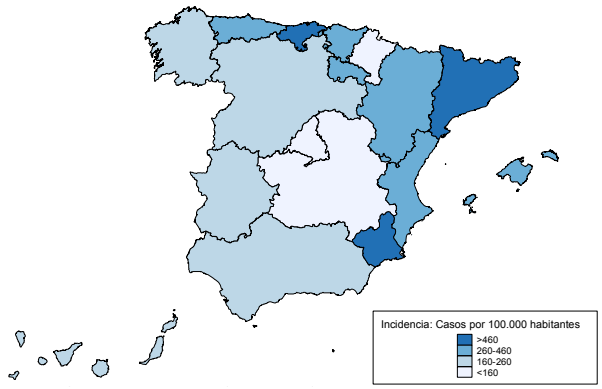


Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

En 2010 las CC.AA que presentaron la incidencia, expresada en casos por 100.000 habitantes, más alta fueron Cataluña (709,9), Cantabria (684,7) y Murcia (579,5). Las más bajas correspondieron a Castilla-La Mancha (151,3), Madrid (150,2), Ceuta (124,6), Navarra (70,4) y Melilla (61,1) (figura 2).

Figura 2. Vigilancia de varicela. España, 2010

Incidencia por Comunidades Autónomas. Semanas 1-52



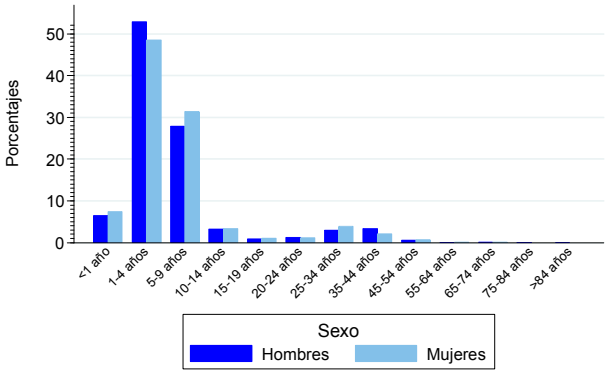
Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Características de los casos

En el año 2010 se obtuvo información individualizada de 3.933 casos. A partir de esta información se observa que el 90,6 % de los casos notificados tenían menos de 15 años y el 80,4% tenían edades entre 1 y 9 años (1 a 4 años: 50,8% y 5 a 9 años: 29,6%). El 9,2 % de los casos tenían entre 15 y 64 años y sólo el 0,2 % eran mayores de 64 años. Por sexo, el 51,8% de los casos fueron hombres.

Figura 3. Vigilancia de varicela, 2010

Porcentaje de casos por grupos de edad y sexo



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Discusión

La varicela tiene una presentación cíclica con ondas de 2-3 años de duración. En 2009-2010 se ha registrado un aumento de casos que indica el inicio de una nueva onda epidémica.

Desde el año 2005 el Calendario de Vacunaciones del SNS recomienda la administración de una dosis de vacuna de varicela a los adolescentes susceptibles entre los 10 y 14 años de edad, lo que hace que la varicela en adultos vaya disminuyendo. Además en las comunidades de Madrid, Navarra, Ceuta y Melilla se ha introducido una dosis de vacuna frente a varicela a los 15-18 meses (en Navarra se administra una segunda dosis en la edad preescolar). En el mapa de incidencia (figura 2) se puede ver que estas cuatro comunidades se sitúan en el rango inferior con incidencias que están entre 2-5 veces por debajo de la incidencia media nacional.

5. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN AÉREA

ENFERMEDAD NEUMOCÓCICA INVASORA

Situación epidemiológica

Distribución temporal y geográfica

La enfermedad neumocócica se vigila a través del SIM. Además, las CC.AA vigilan las formas de presentación invasora de la enfermedad (ENI), especialmente meningitis.

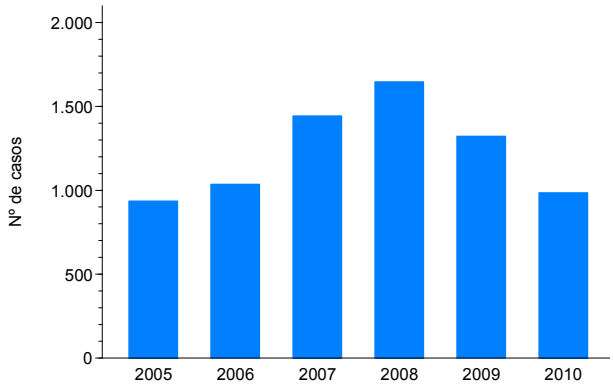
Datos obtenidos del SIM

El número de casos declarados al SIM continuó descendiendo en 2010 hasta los 1.235 casos, tras el pico máximo observado en 2008 en el que se notificaron 1.682 casos.

Treinta y seis laboratorios declararon de forma constante durante el 2005-2010 (figura 1) observándose un descenso en el número de casos notificados por dichos laboratorios desde el año 2008.

Figura 1. Vigilancia de *Streptococcus penumoniae,* 2005-2010

Casos notificados



Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

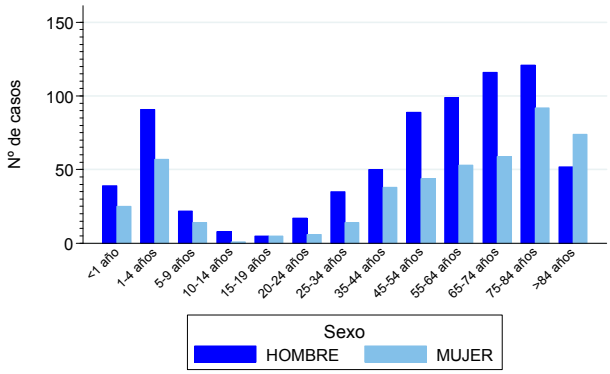
Los casos se distribuyen con estacionalidad invernal, coincidiendo con los meses más fríos, la incidencia es mayor en las primeras semanas del año.

Características de los casos

Se obtuvieron datos de sexo e intervalo de edad en el 99,3% de los casos (figura 2). Se dieron más casos en hombres (60,2%) que en mujeres (39%). Los casos fueron frecuentes en menores de 10 años (20,4%) y en mayores de 34 años: el 30,5% entre los 34 y los 64 años y el 41,8% en mayores de 65 años. Los grupos de edad con menos casos fueron los grupos entre los 10 y los 34 años (7,4% de los casos).

Figura 2. Vigilancia de *Streptococcus pneumoniae,* 2010

Casos notificados por grupos de edad y sexo



Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

Datos obtenidos de la declaración individualizada de casos

En el año 2010 se obtuvieron datos de forma individualizada de 12 comunidades. Estas 12 CC.AA. declararon 1.437 casos de enfermedad invasora causada por *S.pneumoniae:* 148 casos de sepsis, 167 casos de meningitis neumocócica, 537 neumonías bacteriémicas, 16 empiemas y 5 casos de artritis. En 564 casos (39,3%) no se especificó la forma clínica.

La letalidad global en 2010 fue 11,3%. En menores de 2 años fue del 4,1%. Los pacientes en los grupos de edad de 75-84 y mayores de 84 años presentaron las letalidades más elevadas, 16,2% y 31,9% respectivamente.

Evolución de los serotipos vacunables

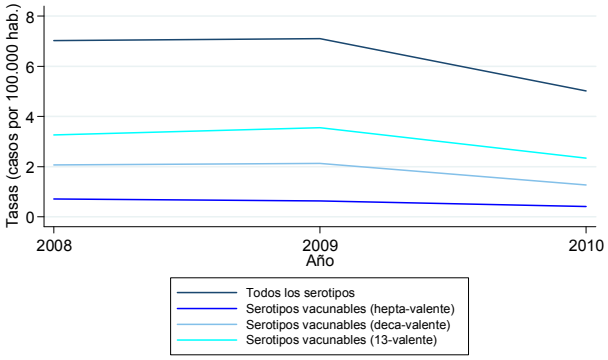
La información sobre el serotipo se cumplimentó en el 48,2% de los casos en 2010.

En el periodo 2008-2010, se declararon 322 casos (12,9% del total de casos) causados por serotipos incluidos en la vacuna heptavalente, 1.001 (40%) por serotipos incluidos en la vacuna 10-valente y 1.677 (67,0%) por serotipos incluidos en la vacuna 13-valente.

Se observó un descenso progresivo en las tasas de los serotipos incluidos en la vacuna heptavalente (de 0,71 casos por 100.000 habitantes en 2008 a 0,41 casos por 100.000 habitantes en 2010). En 2010 se observó un descenso paralelo de las tasas globales y de las tasas por serotipos incluidos en la vacuna conjugada de 13 valencias aprobada en 2009 (figura 3).

Figura 3. Vigilancia de *S. pneumoniae*. Periodo 2008-2010

Tasas para todos los serotipos y vacunables (hepta-, deca- y 13-valente)



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria

Discusión

La incidencia de ENI disminuyó en 2010. La información disponible es todavía insuficiente para poder extraer conclusiones y no se pueden descartar cambios en la declaración.

Se observa un descenso progresivo desde 2008 a 2010 en las tasas asociadas a los serotipos incluidos en la vacuna heptavalente (4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F y 23F). Las tasas para todos los serotipos, los incluidos en la **13-valente** (**1, 3,** 4, **5, 6A,** 6B, **7F,** 9V, 14, 18C, **19A,** 19F y 23F) descendieron tras su comercialización en 2009. Este descenso fue más marcado para los serotipos **1, 5 y 7F** incorporados en la vacuna 13-valente. La reducción en el número de casos fue del 40%, 80% y 35%, respectivamente.

GRIPE

Actividad gripal en España en la temporada 2009-2010

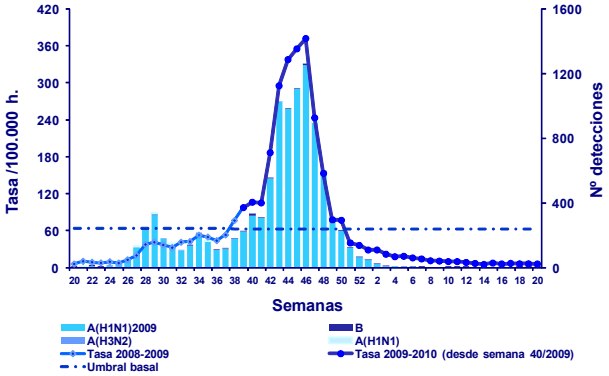
Redes centinela

Siguiendo las recomendaciones del ECDC y la OMS la actividad de vigilancia de gripe a través del Sistema de Vigilancia de la gripe en España (SVGE) se mantuvo íntegramente a partir de la semana 19/2009, con el objetivo de vigilar y monitorizar la pandemia por el virus de la gripe A(H1N1)pdm09 en España.

La actividad gripal en España en la temporada 2009-2010 fue elevada y se asoció a una circulación predominante del virus de la gripe A(H1N1)pdm09 (figura 1). La circulación del virus pandémico A(H1N1)pdm09 se detectó por primera vez en la semana 21/2009 (24-30 de mayo). La onda pandémica tuvo una presentación temprana en comparación con las temporadas estacionales de gripe previas, iniciándose su fase de ascenso en la semana 40/2009 (4-10 de octubre). A nivel global, tanto la duración de la onda pandémica (11 semanas), como el nivel de intensidad gripal, con una tasa máxima de incidencia de gripe 372,7 casos por 100.000 habitantes en la semana 46/2009 (15-21 de noviembre), la sitúan en el rango de lo observado en las últimas trece temporadas gripales. A partir de la semana 50/2009 (13-19 de diciembre) se alcanzaron tasas de incidencia de gripe por debajo del umbral basal.

Figura 1. Tasa de incidencia semanal de gripe y detecciones virales. Sistemas centinela

Temporada 2009-2010. España

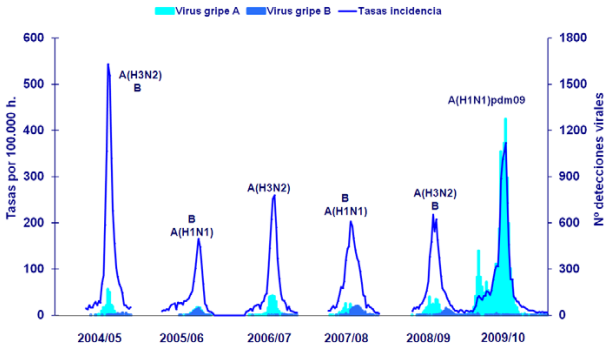


En la tabla 1 se muestran las características epidemiológicas y virológicas de la actividad gripal en la temporada 2009-2010 en las distintas redes centinela integradas en el SVGE.

En su comparación con las cinco temporadas previas la temporada 2009-2010 mostró un nivel moderado de intensidad de la actividad gripal (figura 2).

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

Temporadas 2004/2005-2009/2010. España



Aunque los menores de 15 años fue el grupo de edad más afectado, cabe destacar las elevadas tasas de incidencia registradas en el grupo de 5-14, alcanzando las máximas tasas de incidencia en la semana 45/2009, una semana antes del pico global de la onda pandémica, con 1.104,57 casos por 100.000 habitantes (figura 3).

Tabla 1. Actividad gripal en las redes centinela que integran el SVGE

Temporada 2009-2010

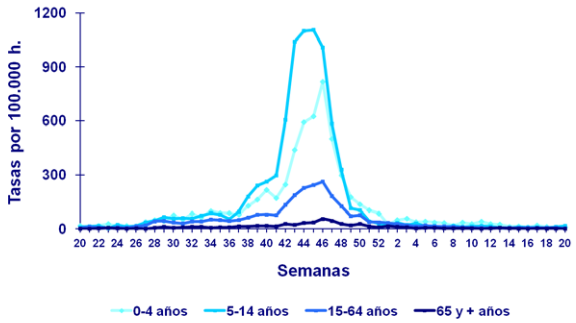
Redes centinela	Semana del pico de la onda epidémica	Incidencia máxima de onda epidémica (Tasa semanal/ 100.000 h.)	Grupos de edad más afectados en la temporada	Máximo nivel de intensidad de actividad gripal declarado[1]	Máximo nivel de difusión de actividad gripal declarado[1]	Semana(s) de mayor tasa de detección viral en el periodo epidémico	Tipo/subtipo virus dominante en la temporada[2]
Andalucía	46/2009	380.55	5-14 y 0-4 años	Medio	Epidémico	44/2009	A(H1N1) pdm09
Aragón	45/2009	746.63	5-14 y 0-4 años	Alto	Epidémico	43/2009	A(H1N1) pdm09
Asturias	46/2009	377,03	5-14 y 0-4 años	Alto	Epidémico	44/2009	A(H1N1) pdm09
Baleares	47/2009	187.86	5-14 y 0-4 años	Alto	Epidémico	44-45/2009	A(H1N1) pdm09
Canarias	46/2009	372.08	5-14 años	Alto	Epidémico	44/2009	A(H1N1) pdm09
Cantabria	43/2009	505.16	5-14 y 0-4 años	Muy alto	Epidémico	44/2009	A(H1N1) pdm09
Castilla-La Mancha	46/2009	353.50	5-14 y 0-4 años	Alto	Epidémico	42-43/2009	A(H1N1) pdm09
Castilla y León	43/2009	546.47	5-14 y 0-4 años	Alto	Epidémico	42/2009	A(H1N1) pdm09
Cataluña	46/2009	584.64	Menores de 15 años	Muy alto	Epidémico	44/2009	A(H1N1) pdm09
Comunidad Valenciana	46/2009	649.70	Menores de 15 años	Muy alto	Epidémico	46-48/2009	A(H1N1) pdm09
Extremadura	45/2009	305.33	Menores de 15 años	Alto	Epidémico	41/2009	A(H1N1) pdm09
Madrid	43/2009	375.82	5-14 y 0-4 años	Alto	Epidémico	43/2009	A(H1N1) pdm09
Navarra	45/2009	653.28	5-14 y 0-4 años	Alto	Epidémico	45-46/2009	A(H1N1) pdm09
País Vasco	43/2009	608.01	5-14 y 0-4 años	Muy alto	Epidémico	41-45/2009	A(H1N1) pdm09
La Rioja	44/2009	544.54	5-14 años	Muy alto	Epidémico	43-46/2009	A(H1N1) pdm09
Ceuta	47/2009	202.94	5-14 años	Alto	Local	44-45/2009	A(H1N1) pdm09
Melilla	46/2009	411.39	5-14, 0-4 y 15-65 años	Alto	Epidémico	43-46/2009	A(H1N1) pdm09
Global nacional	46/2009	372.15	5-14 y 0-4 años	Medio	Epidémico	43-45/2009	A(H1N1) pdm09

[1] *Indicadores de actividad gripal: temporada 2007-2008. (Traducido de "Indicators of influenza activity: 2007-2008 influenza Season") http://euroflu.org/html/levels_2007.html*

[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*

Figura 3. Evolución de la incidencia de gripe por grupos de edad. Sistemas centinela

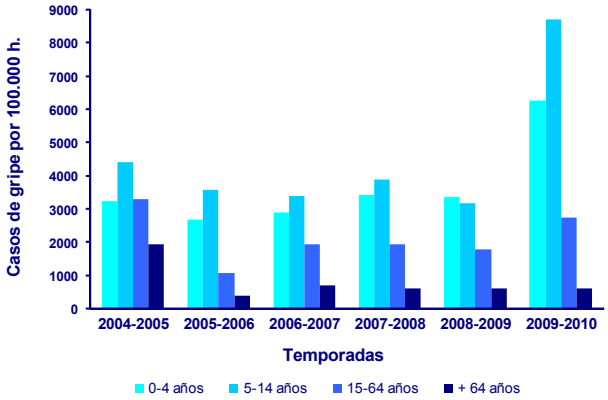
Temporada 2009-2010. España



Como se observa en la figura 4, en las cinco últimas temporadas gripales, y en especial en la temporada 2009-2010, las mayores tasas acumuladas de gripe se registraron en los menores de 15 años. Sin embargo, en la temporada 2004-2005 hubo una afectación de todos los grupos de edad, con tasas de incidencia elevadas en los grupos de edad adulta, sobre todo en mayores de 64 años, en comparación con temporadas precedentes.

Figura 4. Tasa de incidencia acumulada de gripe por grupos de edad. Sistemas centinela

Temporadas 2004/2005-2009/2010. España



Información virológica

En la temporada 2009-2010 la actividad gripal se asoció a una circulación mayoritaria de virus de la gripe A(H1N1)pdm09. En las primeras semanas co-circuló con los virus de la gripe estacional AH3N2 y B, pero a partir de la semana 24/2009 (14-20 de junio) se hizo predominante. A mediados de enero de 2010 se observó de nuevo una co-circulación de virus gripales estacionales, sobre todo del tipo viral B. (figura 1). Los laboratorios del SVGE analizaron 11.249 muestras respiratorias, de las que 98,5% fueron positivas a virus de la gripe A (0,02% AH1; 0,08% AH1N1; 0,09% AH3; 0,33% AH3N2 y 99,48% A(H1N1)pdm09, entre los subtipados), 1,4% virus de la gripe B y 0,1% virus de la gripe C. La tasa de detección viral durante el periodo epidémico osciló entre el 42% en la semana 40/2009, 69% en la semana 43/2009 (tres semanas antes del pico de máxima actividad gripal) y un 27% registrado en la semana 50/2009.

Se caracterizaron genéticamente 355 detecciones de virus de la gripe. El análisis filogenético mostró que del total de virus caracterizados en el territorio sujeto a vigilancia, el 99% correspondieron a virus pandémico A/California/07/2009, y que los virus AH3N2 y B caracterizados fueron semejantes a las cepas vacunales de la temporada 2009-2010: A/Brisbane/10/2007(H3N2) y B/Brisbane/60/2008. Así mismo, en la temporada 2009-2010 se identificaron nueve virus con la mutación H275Y que confiere resistencia a oseltamivir, 15 virus con la presencia de la mutación D222G en la región HA1 de la hemaglutinina y 79 virus con la mutación D222E. Todas las secuencias de la proteína M2 analizadas desde la semana 40/2009 (105) presentaron la mutación S31N que confiere resistencia a los antivirales de la familia de los adamantanos.

Discusión

Siguiendo las recomendaciones nacionales e internacionales, la actividad de vigilancia de gripe a través del SVGE se mantuvo íntegramente a partir de la semana 19/2009, con el objetivo de vigilar la evolución de la pandemia en España. La circulación del virus pandémico A(H1N1)pdm09 se hizo mayoritaria en todo el Estado a partir de la semana 24/2009. Durante el verano de 2009 las tasas de incidencia de gripe fueron aumentando paulatinamente hasta el inicio de la onda pandémica en la semana 40/2009, cuya duración fue de 11 semanas, hasta la semana 50/2009. La intensidad de la onda pandémica, en la temporada 2009-2010, se calificó de moderada y se asoció a la circulación prácticamente absoluta del virus de la gripe A(H1N1) pdm09. Los menores de 15 años fue el grupo de edad más afectado, con mayores tasas acumuladas de gripe en el grupo de 5-14 años. A mediados de enero de 2010 se observó una co-circulación de virus gripales estacionales, especialmente de virus de la gripe B, que predominó desde marzo de 2010 hasta el final de la temporada 2009-2010. Todas las cepas de virus de la gripe A analizadas fueron similares a la cepa pandémica A/California/07/2009.

LEGIONELOSIS

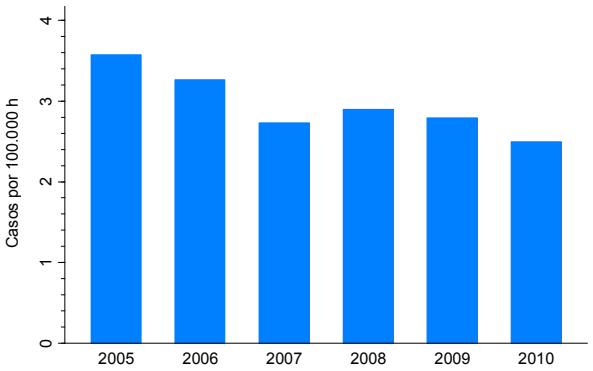
Situación epidemiológica

Distribución temporal y geográfica

En 2010 se recibió información individualizada de 1.152 casos de legionelosis en residentes en España, tasa de 2,5 por 100.000 habitantes. La incidencia de esta enfermedad ha seguido una tendencia descendente y se produjo un descenso anual medio del 5,2% en el periodo 2005 a 2010 (1.429 casos en 2005, 1.337 en 2006, 1.137 en 2007, 1.233 en 2008 y 1.150 en 2009) (figura 1).

Figura 1. Vigilancia de legionelosis, 2005-2010

Tasas de incidencia (casos por 100.000 habitantes)



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

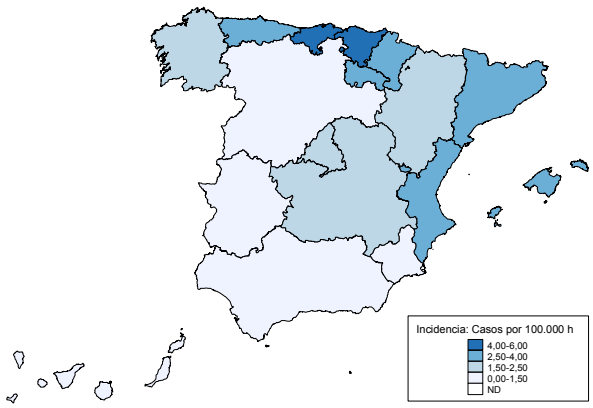
Además, la red europea para la vigilancia de casos asociados a viajar (ELDSnet-ECDC) notificó 68 casos en 2010 con antecedente de permanecido en España durante el periodo de incubación (124 en 2005, 104 en 2006, 89 en 2007, 88 en 2008 y 64 en 2009).

El análisis que sigue se ha hecho, excepto cuando se indica lo contrario, a partir de la información de los 1.152 casos de los residentes en España de los que se recibió encuesta en el Centro Nacional de Epidemiología (el 93% de los declarados a la RENAVE).

La incidencia (calculada de acuerdo a la comunidad de residencia) más elevada la presentó la Comunidad de Cantabria (30 casos; 5,2 casos por 100.000 habitantes) seguida de la del País Vasco (108 casos; 5,1 casos por 100.000 habitantes). La tasa más baja correspondió a Extremadura con 1 caso del que se recibió encuesta y tasa de 0,09 casos por 100.000 habitantes. Melilla no declaró ningún caso (figura 2).

Figura 2. Vigilancia de legionelosis. España, 2010

Incidencia por Comunidades Autónomas. Semanas 1-52



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

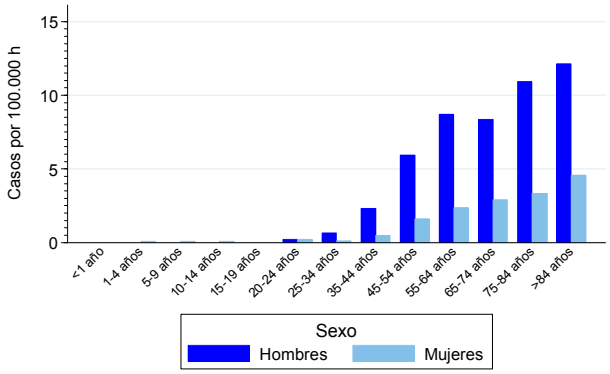
Los casos de legionelosis tienen una distribución claramente estacional. El mayor número de casos declarados corresponde a los meses de octubre y noviembre. Este patrón de estacionalidad se repite a lo largo de todo el periodo de estudio.

Características de los casos

La incidencia en hombres es 2,9 veces superior a la que se registra en mujeres. La incidencia fue de 3,7 casos por 100.000 hombres (847 casos) y de 1,3 casos por 100.000 mujeres (294 casos). La incidencia de la enfermedad aumenta con la edad. Las tasas más altas se dan en las últimas décadas de la vida tanto para hombres como para mujeres. Sin embargo, los hombres presentan también tasas altas en edades más jóvenes, mientras que esto no ocurre en las mujeres (figura 3).

Figura 3. Vigilancia de legionelosis, 2010

Tasas de incidencia (casos por 100.000 habitantes) por grupos de edad y sexo



De los 1.152 casos declarados se sabe que 51 fallecieron, pero se desconoce esta información en 443 casos. Se ha calculado la letalidad para los 709 casos en los que se dispone de esta información. La letalidad global fue de 7,2% (51/709), 6,8% (36/526) en los hombres y 8,2% (15/182) en las mujeres.

La información sobre antecedentes de riesgo se conoce en el 41,6% de los pacientes. El 67,2% de los casos (322/479) eran o habían sido fumadores, el 23,8% tenían antecedentes de haber padecido alguna enfermedad respiratoria crónica (114/479) y el 6,3% tenían antecedentes de ingreso en un hospital durante el periodo de incubación (30/479).

Del total de casos notificados, 27 casos tenían como antecedente haber viajado a otros países durante el periodo de incubación de la enfermedad.

Se conoce la ocupación en 440 casos (38,2%). Para las mujeres se conoce este dato en 111 pacientes (37,5%) y sólo en 39 (35,1%) se identificó una ocupación distinta de ama de casa o jubilada. En cuanto a los hombres, en 328 (38,5%) pacientes se especifica la ocupación. Ciento cuarenta y dos casos (43,3%) estaban jubilados y en 81 (24,7%) se relacionaba con ser transportista, trabajar en la construcción, la agricultura o en el mantenimiento de diversas instalaciones.

La notificación de brotes constituye otra fuente de información que complementa la vigilancia de legionelosis. En 2010 se declararon 57 brotes que afectaron a 246 personas y se produjeron 12 fallecimientos (letalidad global de 4,9%). Fueron brotes de pequeña magnitud; en 53 se afectaron cinco o menos personas (34 brotes con sólo 2 afectados). Se produjeron cuatro brotes con más de 10 casos, uno de seis casos en Cataluña en el que no se identificó la fuente de infección, uno de 16 casos en C. Valenciana en el que se identificó un túnel de lavado de coches como origen del brote, uno de 33 casos en Madrid en el que no se descubrió el origen y finalmente

uno de 54 casos en Cataluña en el que la enfermedad cursó clínicamente como fiebre de Pontiac y en el que la posible fuente de infección fue un riego por aspersión. De los 57 brotes, 40 fueron comunitarios (207 casos), uno nosocomial (2 casos) y 16 con 37 afectados se asociaron a viajar (seis notificados por ELDSnet-ECDC). La fuente de infección se desconoce en 34 brotes (59,6%), se identificó en 7 brotes (12,3%) y en 16 o no se llegó a identificar o las investigaciones (epidemiológica y/o microbiológica) no fueron concluyentes. De los brotes en los que se conoce o se sospecha la fuente, en 12 fue la instalación de agua sanitaria, en dos una torre de refrigeración, en dos el riego por aspersión o una fuente ornamental, en uno un túnel de lavado de coches y en otro un baño de hidromasaje.

Discusión

España es uno de los países europeos con tasas más elevadas de legionelosis. El número de casos declarados en España presenta una tendencia ligeramente decreciente desde 2005. 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

En la tabla 1 se expone la distribución geográfica de los casos incidentes y prevalentes por CC.AA. de residencia en el periodo 2009-2010. Durante el año 2010 se notificaron al registro estatal 19 casos incidentes de lepra. De estos, la clínica es multibacilar en 14 de los casos y paucibacilar en 5. Uno de los casos incidentes con clínica multibacilar presenta discapacidad de grado 2. El tratamiento utilizado en todos los casos es la multiterapia recomendada por la Organización Mundial de la Salud.

El número de casos prevalentes registradosa fue de 67 en 2010. En la tabla 1 se expone la distribución geográfica de los casos incidentes y prevalentes por CC.AA.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.	2010		2009	
	Casos incidentes	Casos prevalentes[a]	Casos incidentes	Casos prevalentes[a]
Andalucía		9	(2*) 3	15
Aragón		1	1	2
Asturias		0		0
Baleares	(3*) 3	4	(2*) 2	2
Canarias		2		2
Cantabria		0		0
Castilla-La Mancha		1	(1*) 1	2
Castilla y León	(1*) 1	4	(3*) 3	2
Cataluña	(5*) 7	14	(6*) 7	14
C. Valenciana	(2*) 2	6	(1*) 1	8
Extremadura	1	1		0
Galicia	(1*) 1	11	(3*) 3	11
Madrid	(1*) 1	7	(2*) 3	10
Murcia	1	2	(2*) 2	2
Navarra	(1*) 1	2		1
País Vasco	1*) 1	3		4
La Rioja		0		0
Ceuta		0		0
Melilla		0		0
Total estatal	(15*) 19	67	(22*) 26	75

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

[a] Casos activos a enero 2012

En la distribución por sexo se observan 11 hombres y 8 mujeres. En 15 de los 19 casos incidentes consta un país de origen distinto de España: Bolivia (2), Brasil (6), Colombia (1), Filipinas (2), Venezuela (2), República Dominicana (1) y Senegal (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	(1*) 1	(1*) 1
15-24	(2*) 2	0	(2*) 2
25-44	(5*) 6	(5*) 5	(10*) 11
45-64	(1*) 3	(1*) 2	(2*) 5
65 y más	0	0	0
Total estatal	(8*) 11	(7*) 8	15* (19)

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

Discusión

Los datos de incidencia y prevalencia de la lepra en nuestro país se mantienen en niveles muy bajos, similares a los de años anteriores. No obstante, los datos de prevalencia son más elevados de lo que cabría esperar en relación con la incidencia y la duración del tratamiento, lo que puede deberse a que hay casos en los que el tratamiento se prolonga innecesariamente, o a deficiencias en el seguimiento, lo que sería un aspecto a mejorar en el futuro. Es muy importante la vigilancia y el estricto cumplimiento del tratamiento de los casos, así como en estar atentos a los síntomas de la enfermedad en personas procedentes de países endémicos de lepra.

TUBERCULOSIS

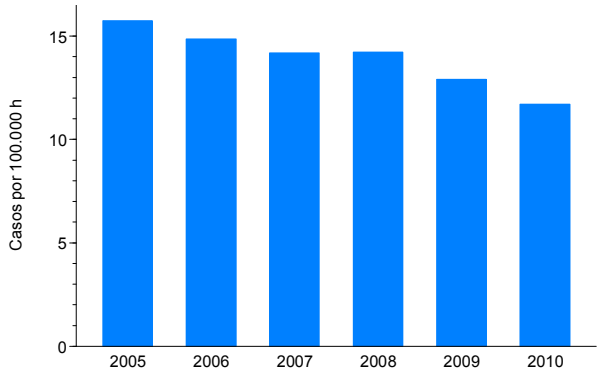
Situación epidemiológica

Distribución temporal y geográfica

En 2010 las tasas de incidencia de tuberculosis respiratoria fueron 11,7 casos por 100.000 habitantes (5.395 casos) (figura 1). La tasa continuó descendiendo respecto a años anteriores (12,9 casos por 100.000 habitantes en el año 2009 y 14,2 casos por 100.000 habitantes en el 2008).

Figura 1. Vigilancia de tuberculosis respiratoria, 2005-2010

Tasas de incidencia (casos por 100.000 habitantes)

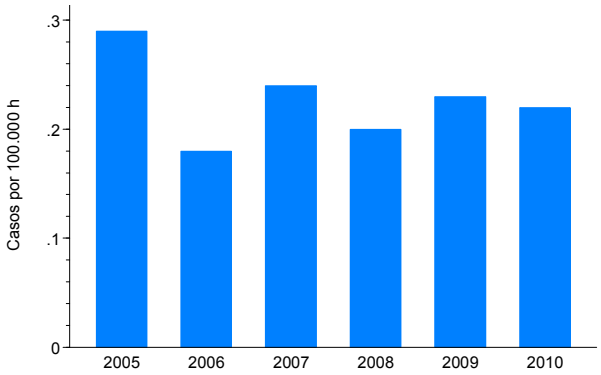


Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

En cuanto a la meningitis tuberculosa, la tasa para el 2010 fue de 0,22 casos por 100.000 habitantes (103 casos). Las tasas estuvieron entre 0,18 y 0,29 durante el período 2005-2010 sin una clara tendencia ascendente (figura 2).

Figura 2. Vigilancia de meningitis tuberculosa, 2005-2010

Tasas de incidencia (casos por 100.000 habitantes)

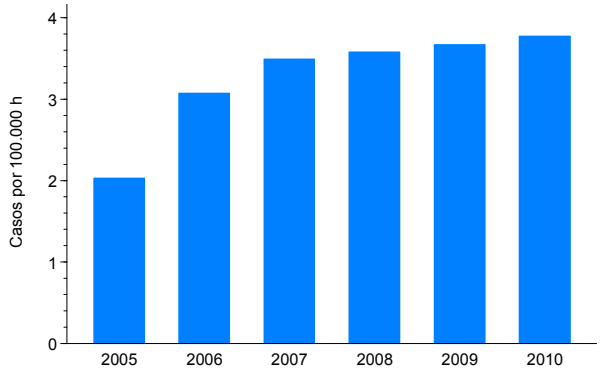


Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

La tasa para tuberculosis de otras localizaciones fue de 3,78 casos por 100.000 habitantes (1.741 casos). Hubo un incremento progresivo en la tasa de incidencia desde el 2005 (2,03 casos por 100.000 habitantes) al 2010 (3,78 casos por 100.000 habitantes) debido fundamentalmente a una mejora de la notificación (figura 3).

Figura 3. Vigilancia de tuberculosis. Otras localizaciones, 2005 - 2010

Tasas de incidencia (casos por 100.000 habitantes)



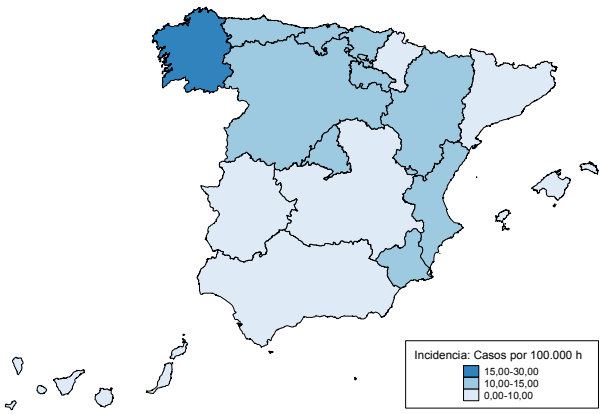
Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

La distribución de las tasas de incidencia entre las distintas CC.AA., como viene siendo habitual, no es uniforme, y depende de factores poblacionales y de otros relacionados con los sistemas de vigilancia y control de la tuberculosis.

En tuberculosis respiratoria, las mayores tasas se observaron en Melilla (28,45 casos por 100.000 habitantes) y Galicia (19,5 casos por 100.000 habitantes) si bien por número de casos destacan Cataluña (1.017) y Madrid (759) (figura 4).

Figura 4. Vigilancia de tuberculosis respiratoria. España, 2010

Incidencia por Comunidades Autónomas. Semanas 1-52



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

En meningitis tuberculosa las mayores tasas se declararon en Galicia (0,84 casos por 100.000 habitantes) y Cantabria (0,52 casos por 100.000 habitantes), y por número de casos destacan Galicia (23) y Andalucía (16).

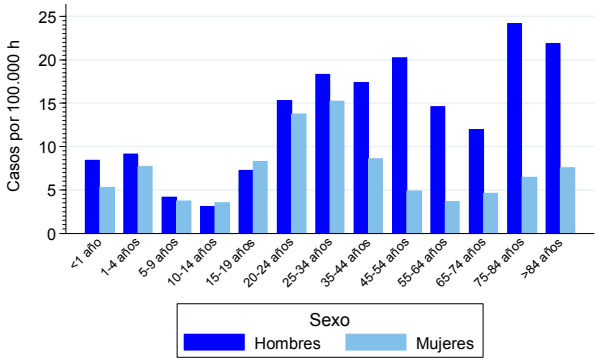
En la tuberculosis de otras localizaciones Galicia (8,40 casos por 100.000 habitantes) y País Vasco (6,83 casos por 100.000 habitantes) presentan las mayores tasas y Cataluña (390) y Andalucía (248) el mayor número de casos.

Características de los casos

Las tasas específicas por edad de las tres categorías de declaración se muestran en las figuras 5, 6 y 7. En la tuberculosis respiratoria y en las tuberculosis de otras localizaciones la distribución es similar, encontrándose las mayores tasas en adultos jóvenes y en mayores de 75 años, mientras que en la meningitis tuberculosa los grupos más afectados son los menores de 5 años y los mayores de 75.

Figura 5. Vigilancia de tuberculosis respiratoria, 2010

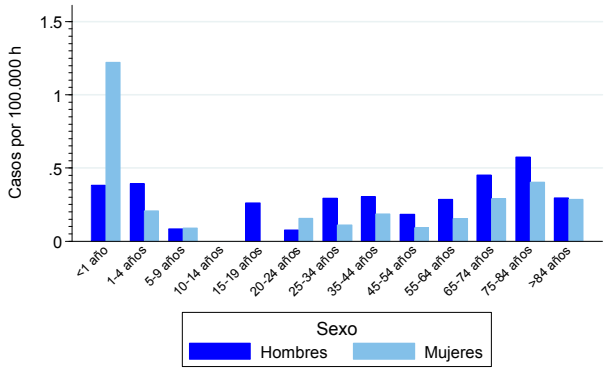
Tasas de incidencia (casos por 100.000 habitantes) por grupos de edad y sexo



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Figura 6. Vigilancia de meningitis tuberculosa, 2010

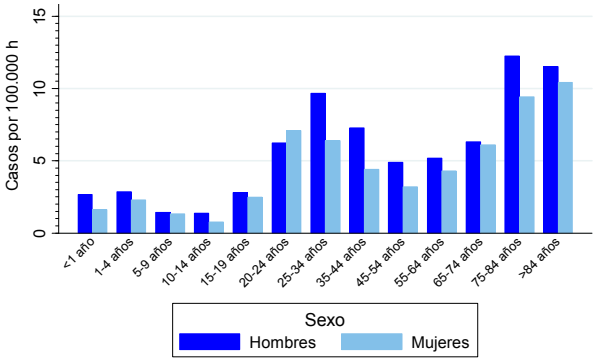
Tasas de incidencia (casos por 100.000 habitantes) por grupos de edad y sexo



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Figura 7. Vigilancia de tuberculosis. Otras localizaciones, 2010

Tasas de incidencia (casos por 100.000 habitantes) por grupos de edad y sexo



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Respecto a otras características, hay que destacar que el 90,3% (6.534 casos) del total de los casos no habían recibido tratamiento previo antituberculoso, que el 67% (4.890 casos) estaban confirmados por cultivo, y que un 32,9% (2.383 casos) eran personas nacidas fuera de España. Un 6,3% del total de casos (456 casos) eran VIH positivos, si bien hay un 32% de los casos sin información acerca de resultados de las pruebas de VIH.

Discusión

En el año 2010 la tasa de tuberculosis respiratoria descendió un 9,3% respecto a la del año anterior, continuando con el descenso del 9% en 2009. Por el contrario, las tasas de meningitis tuberculosa y de tuberculosis de otras localizaciones se mantuvieron o ascendieron ligeramente.

Las características de los casos siguen mostrando un predominio de los hombres y de los adultos jóvenes, especialmente en la tuberculosis respiratoria. También hay que señalar que los casos nacidos fuera de España representan un porcentaje destacado del total de casos, superior al 30%.

La calidad de la información, en general, es buena y ha mejorado los últimos años, especialmente en relación a los resultados de laboratorio, si bien aún presenta deficiencias en la cumplimentación de algunas variables como el estatus VIH.

6. ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES

FIEBRE EXANTEMÁTICA MEDITERRÁNEA

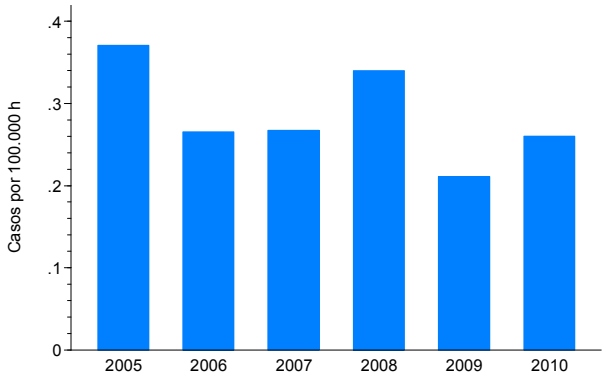
Situación epidemiológica

Distribución temporal y geográfica

En 2010 se observó un aumento en los casos declarados con respecto al año anterior, que pasaron de 97 en el 2009 (0,21 casos por 100.000 habitantes) a 120 en el 2010 (0,26 casos por 100.000 habitantes) (figura 1).

Figura 1. Vigilancia de F. exantemática mediterránea, 2005-2010

Tasas de incidencia (casos por 100.000 habitantes)



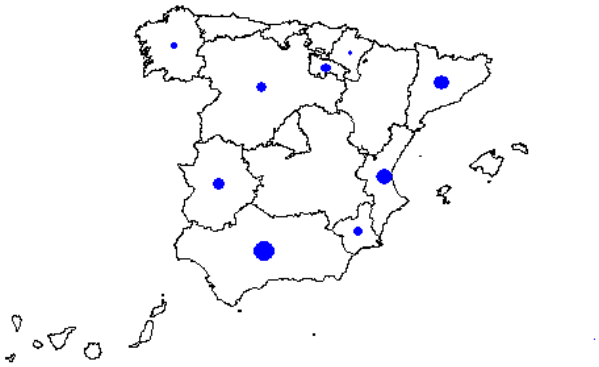
Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Se trata de una enfermedad con un patrón de aparición estacional, así, aunque se diagnostican casos durante todo el año, se observan ligeros aumentos de finales de verano a otoño siguiendo los períodos de actividad de los vectores que la transmiten.

Sólo notifican casos las CC.AA. que la incluyen como "enfermedad endémica". En 2010, las CC.AA. que notificaron un mayor número de casos fueron Andalucía (36), la C. Valenciana (23), Cataluña (21) y Extremadura (12) (figura 2). Las tasas se mantuvieron en las CC.AA. que declararon casos entre 0,48 y 0,11 casos por 100.000 habitantes, salvo en La Rioja (2,22 casos por 100.000 habitantes) y Extremadura (1,11 casos por 100.000 habitantes).

Figura 2. Vigilancia de Fiebre exantemática mediterránea. España 2011

Casos notificados por CC.AA. Semanas 1-52



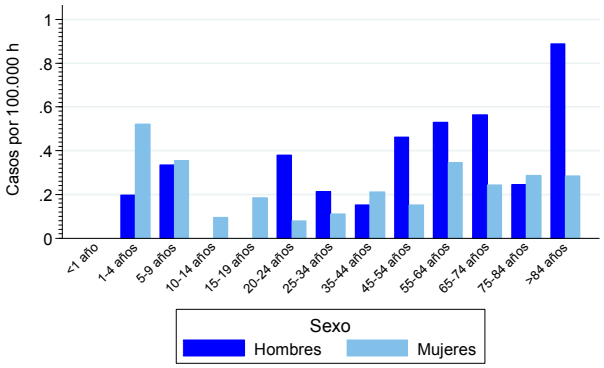
Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Características de los casos

La enfermedad afectó a ambos sexos, con un ligero predominio en hombres. Como es habitual, en 2010 los más afectados fueron los mayores de 55 años para ambos sexos (figura 3).

Figura 3. Vigilancia de F. exantemática mediterránea, en 2010

Tasas de incidencia (casos por 100.000 habitantes) por grupos de edad y sexo



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Discusión

El número de casos de fiebre exantemática aumentó en 2010. Su mayor incidencia fue en los meses cálidos. La enfermedad afectó principalmente a adultos de más de 55 años.

LEISHMANIASIS

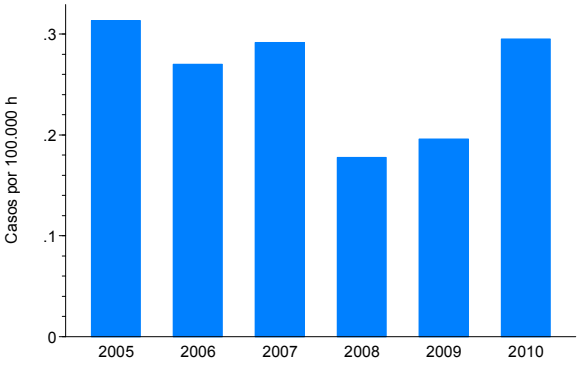
Situación epidemiológica

Distribución temporal y geográfica

Durante los años 2008 y 2009 se observó un descenso en los casos de leishmaniasis en España, con 81 casos en 2008 y 90 en 2009. En 2010, sin embargo, el número de casos aumentó a niveles previos a 2008 con 136 casos de leishmaniasis (figura 1).

Figura 1. Vigilancia de leishmaniasis, 2005-2010

Tasas de incidencia (casos por 100.000 habitantes)

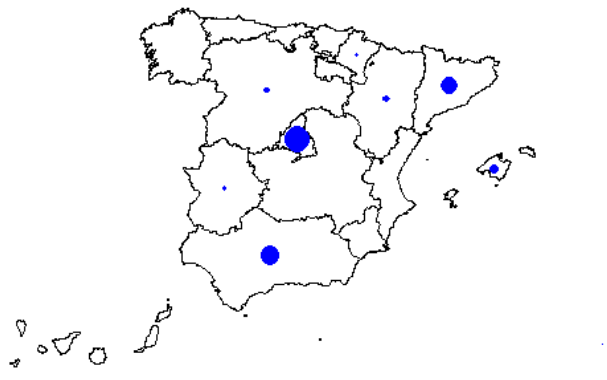


Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Ocho CC.AA. notificaron casos de leishmaniasis en 2010. Las CC.AA. con mayor número de casos fueron Madrid (60 casos), Andalucía (34 casos) y Cataluña (25 casos). Las tasas más elevadas se dieron en Madrid (0,94 casos por 100.000 habitantes) y Baleares (0,74 casos por 100.000 habitantes). El resto de CC.AA. tuvieron tasas por debajo de los 0,5 casos por 100.000 habitantes (figura 2).

Figura 2. Vigilancia de leishmaniasis. España, 2010

Casos notificados por CC.AA. Semanas 1-52



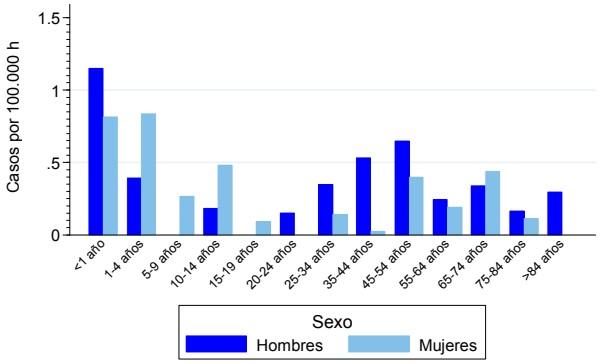
Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Características de los casos

El 59,6% de los casos eran hombres. Las mujeres se vieron menos afectadas, siendo los grupos de edad más afectados los menores de 5 años (figura 3).

Figura 3. Vigilancia de leishmaniasis, 2010

Tasas de incidencia (casos por 100.000 habitantes) por grupos de edad y sexo



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

El 68,4% (93) de los casos son confirmados.

Discusión

Los casos de leishmaniasis aumentaron en 2010 con respecto al 2008 y 2009. La razón de masculinidad fue de 1,5, siendo más frecuente en menores de 5 años y mayores de 35 años.

PALUDISMO

Situación epidemiológica

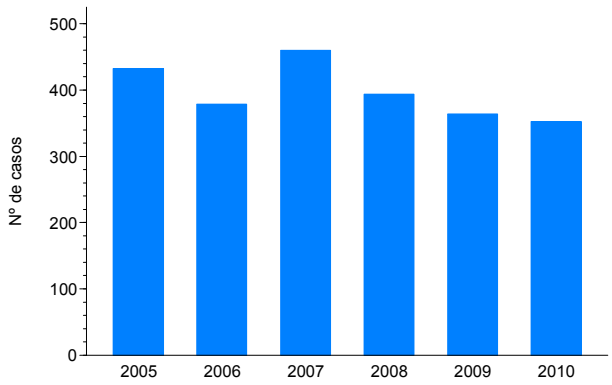
Distribución temporal y geográfica

En el año 2010 se notificaron en España 353 casos de paludismo, de los que 351 fueron importados. Los dos restantes son autóctonos. Uno es un caso inducido que tuvo lugar en un hospital en las Islas Baleares. El otro caso fue clasificado como introducido (primer caso en una zona libre), se identificó *P. vivax*.

En 2010 el número de casos fue similar al del año anterior con un ligero descenso desde 2007 donde hubo 459 casos (figura 1).

Figura 1. Vigilancia de paludismo, 2005-2010

Casos notificados



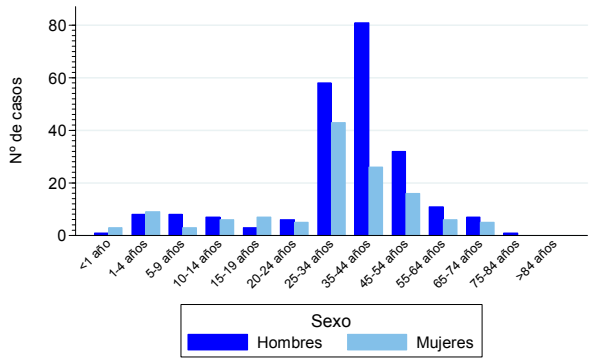
Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Características de los casos

El 72,8% de los casos se dieron en los grupos de edad de entre 25 y 54 años, siendo más frecuentes en hombres (figura 2) La razón de masculinidad fue de 1,8 en 2010.

Figura 2. Vigilancia de paludismo, 2010

Casos notificados por grupos de edad y sexo



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Discusión

De todos los casos declarados en 2010, el 99,5% (351/353) cumplían criterios de caso confirmado. Hay que destacar que se produjeron 2 defunciones por esta enfermedad, ambos atribuibles a *P. falciparum*.

7. ZOONOSIS

BRUCELOSIS

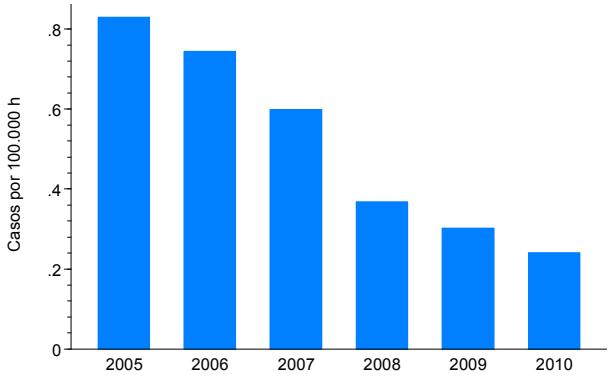
Situación epidemiológica

Distribución temporal y geográfica

Desde el comienzo de los años 90 la incidencia de brucelosis ha descendido situándose en los últimos años en tasas por debajo 1 por 100.000 habitantes. En 2010 se observó otro descenso en la incidencia de la enfermedad (0,24 casos por 100.000 habitantes) (figura 1).

Figura 1. Vigilancia de brucelosis, 2005-2010

Tasas de incidencia (casos por 100.000 habitantes)



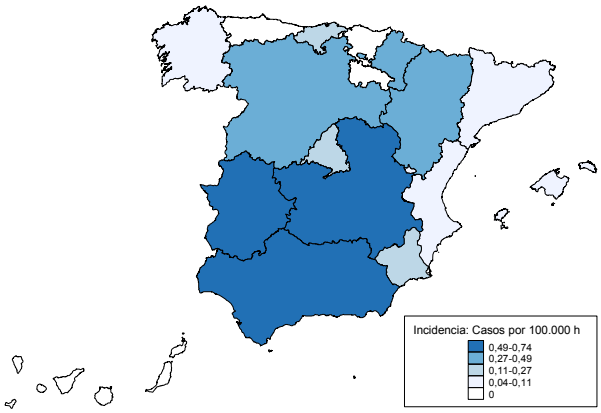
Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

La distribución geográfica es consecuencia de la distribución 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. Las Islas Canarias mantienen un estatuto de "Oficialmente libres de brucelosis".

La tasa más alta se registró en Extremadura (0,74 casos por 100.000 habitantes), por debajo de la tasa en 2009 para dicha comunidad (2,13 casos por 100.000 habitantes). El mayor número de casos se declaró en Andalucía (42). El resto de comunidades que declararon casos presentaron tasas entre 0,52 y 0 casos por 100.000 habitantes (figura 2).

Figura 2. Vigilancia de brucelosis. España, 2010

Incidencia por Comunidades Autónomas. Semanas 1-52

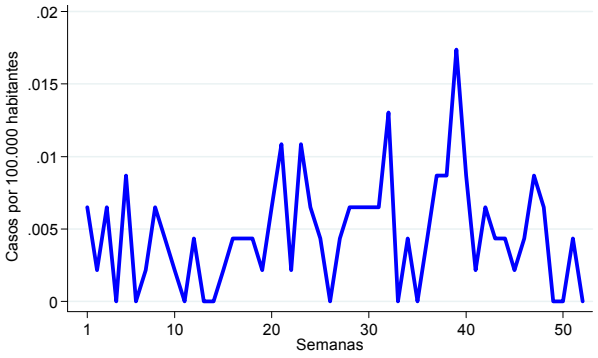


Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

La enfermedad presentó un fuerte componente estacional, apareciendo los casos en primavera, aunque actualmente hay casos esporádicos a lo largo de todo el año (figura 3).

Figura 3. Vigilancia de brucelosis por semanas epidemiológicas. 2010.

Tasas de incidencia (casos por 100.000 habitantes)



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

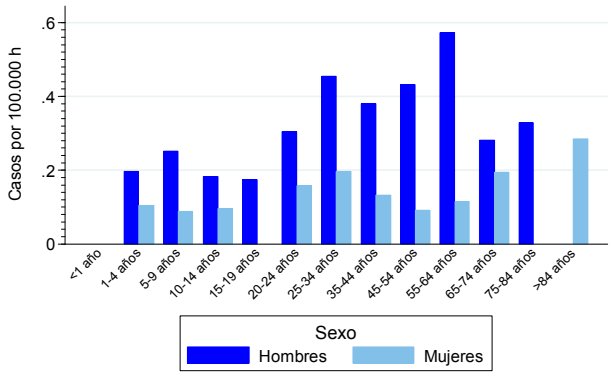
Características de los casos

La brucelosis afectó principalmente a hombres (73,9% de los casos). El mayor número de casos notificados correspondió a hombres adultos de entre los 20 y 74 años (73/82 casos). La incidencia fue mayor en el grupo de edad de 55 a 64 años (0,57 casos por 100.000 habitantes), seguido de los de 25-34 (0,46 casos por 100.000 habitantes) y 45-54 años (0,43 casos por 100.000 habitantes) (figura 4).

En mujeres las tasas fueron bajas y el grupo más afectado fue el de 75-84 años con una tasa de 0,29 casos por 100.000 habitantes.

Figura 4. Vigilancia de brucelosis, 2010

Tasas de incidencia (casos por 100.000 habitantes) por grupos de edad y sexo



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Discusión

La brucelosis sigue descendiendo en España en el año 2010. Continúa la presentación característica de brucelosis con predominio en hombres adultos y ligada a aspectos laborales.

HIDATIDOSIS

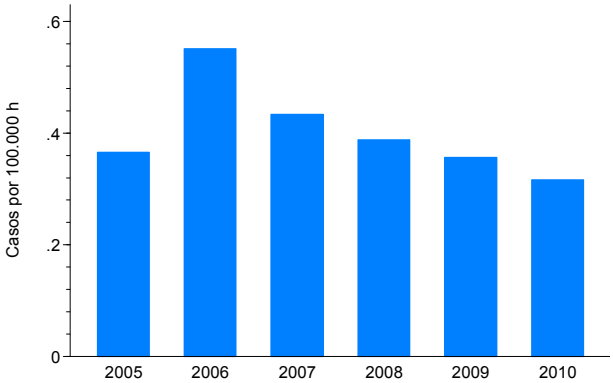
Situación epidemiológica

Distribución temporal y geográfica

En el año 2010 siete CC.AA. notificaron casos de hidatidosis. Se declararon un total de 146 casos. La serie de casos se mantiene estable oscilando entre los 150 y los 200 casos anuales desde la década de los noventa (figura 1).

Figura 1. Vigilancia de hidatidosis, 2005-2010

Tasas de incidencia (casos por 100.000 habitantes)

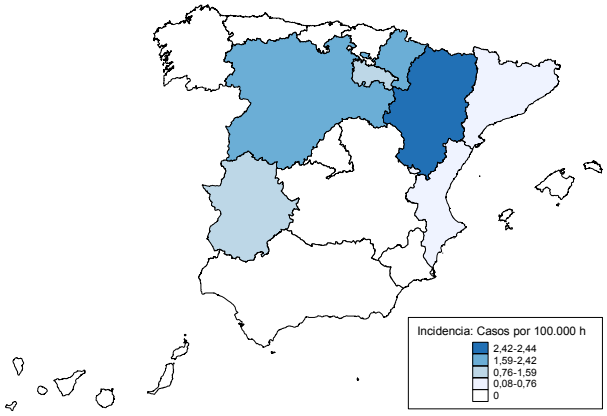


Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Las tasas más altas se dieron en Aragón y Navarra (2,44 y 2,42 casos por 100.000 habitantes, respectivamente), seguido por Castilla y León (1,91 casos por 100.000 habitantes) y La Rioja (1,59 casos por 100.000 habitantes), que son regiones con alta producción ovina (figura 2).

Figura 2. Vigilancia de hidatidosis. España, 2010

Incidencia por Comunidades Autónomas. Semanas 1-52



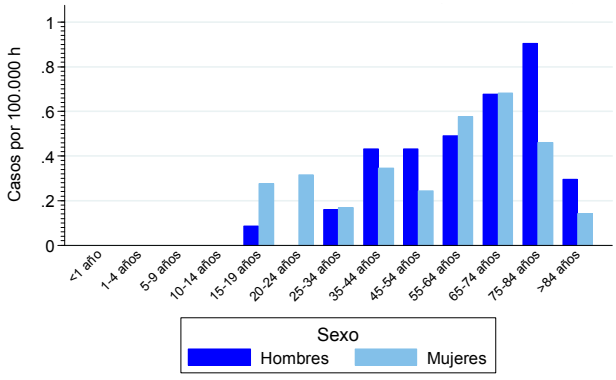
Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Características de los casos

La proporción de hombres y mujeres afectados fue similar: 74 (50,7%) y 72 (49,3%) mujeres. Todos los casos se dieron en mayores de 14 años. Los grupos de edad más afectados fueron los de 65-74 y 75-84 años (figura 3).

Figura 3. Vigilancia de hidatidosis, 2010

Tasas de incidencia (casos por 100.000 habitantes) por grupos de edad y sexo



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Discusión

El número de casos de hidatidosis no sufrió grandes cambios con respecto al 2009, aunque existe una tendencia descendente desde el 2006.

CARBUNCO

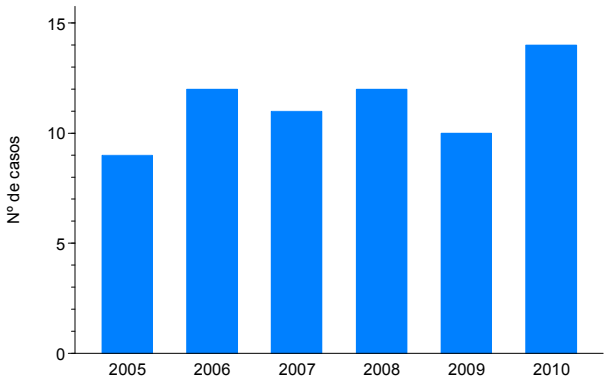
Situación epidemiológica

Distribución temporal y geográfica

En los últimos 6 años se han notificado un total de 68 casos de carbunco (figura 1). La mayoría de los casos de carbunco se notifican como sospechosos y no se llegan a confirmar. En el año 2010, de los 14 casos notificados, 2 fueron sospechosos y 12 probables.

Figura 1. Vigilancia de carbunco, 2005-2010

Casos notificados

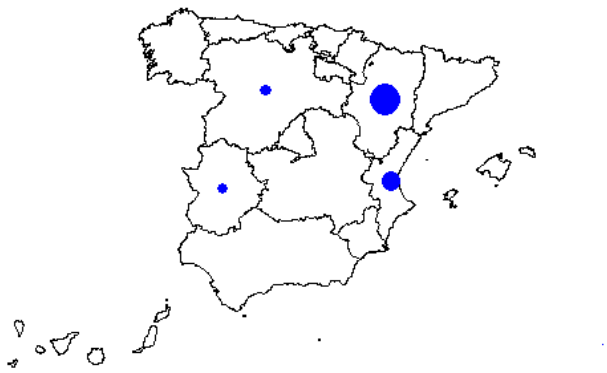


Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

De las cuatro CC.AA. en donde se dieron casos: Castilla y León y Extremadura declararon un caso, respectivamente; C. Valenciana declaró 3 casos; y Aragón declaró 6 casos (figura 2).

Figura 2. Vigilancia de carbunco. España, 2010

Casos notificados por Comunidades Autónomas. Semanas 1-52



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

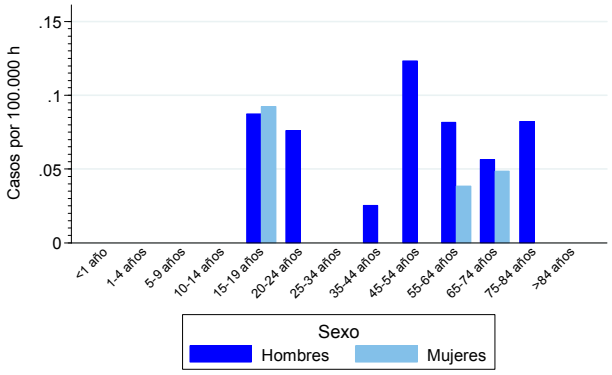
Características de los casos

El carbunco es una enfermedad profesional en agricultores, ganaderos, matarifes y trabajadores de la industria de la piel y el pelo que afecta, principalmente, a hombres adultos.

En 2010, la razón de masculinidad fue igual a 3,67 (11/3). Todos los casos se dieron en mayores de 15 años. Nueve de los catorce casos tenían entre 20 y 64 años; tres de ellos entre 65 y 84 años; y dos en el grupo de 15-19 años (figura 3).

Figura 3. Vigilancia de carbunco, 2010

Tasas de incidencia (casos por 100.000 habitantes) por grupos de edad y sexo



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

En España en los últimos años han predominado los casos de carbunco cutáneo. Existe constancia de brotes por consumo y faenado de animales carbuncosos.

Discusión

Los casos de carbunco se mantienen estables con niveles muy bajos. Su persistencia se debe a la persistencia de las esporas en el medio.

FIEBRE Q

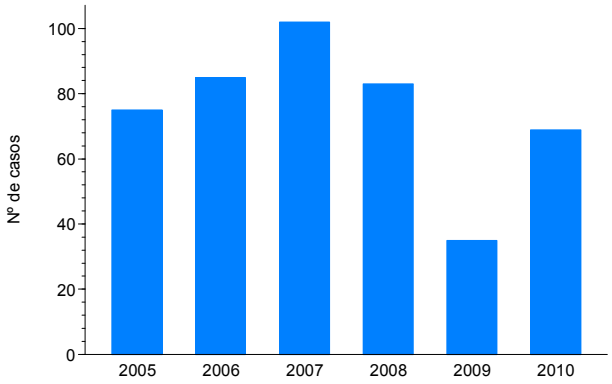
Situación epidemiológica

Distribución temporal

En 2010 se notificaron al SIM 69 casos causados por *Coxiella burnetii*. En la figura 1 se pueden observar la evolución en el número de casos notificados en el período 2005-2010 por parte de los laboratorios incluidos en el SIM.

Figura 1. Vigilancia de *Coxiella burnetii*, 2005-2010

Casos notificados



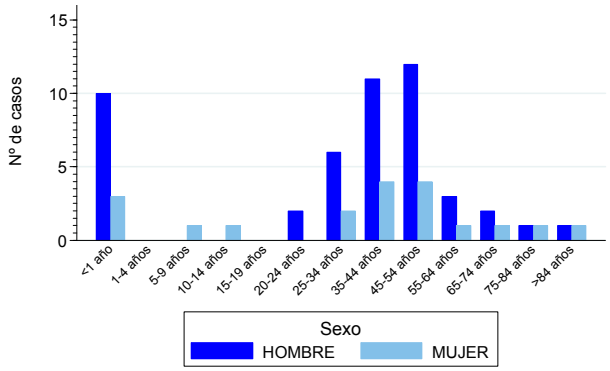
Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

Características de los casos

En 2010 la distribución de los casos de fiebre Q se concentró en edades intermedias (de los 25 a los 64 años) y en hombres principalmente (48 de los 69 casos). Véase figura 2.

Figura 2. Vigilancia de *Coxiella burnetii*, 2010

Casos notificados por grupos de edad y sexo



Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

Discusión

En 2010 se detectó un incremento del número de casos. La distribución de los casos según edad y sexo es semejante a la de otros años.

TULAREMIA

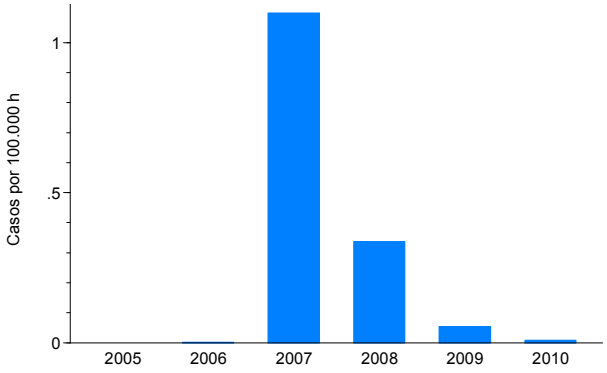
Situación epidemiológica

Distribución temporal y geográfica

En 2010 se han declarado 4 casos producidos por *Francisella tularensis*. Tras el brote que comenzó en 2007 y en el que se declararon 493 casos a través del sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria, ha seguido la aparición de pequeños brotes y/o casos esporádicos, con un total de 154 casos declarados en 2008 y 25 en 2009 (figura 1).

Figura 1. Vigilancia de tularemia, 2005-2010

Tasas de incidencia (casos por 100.000 habitantes)



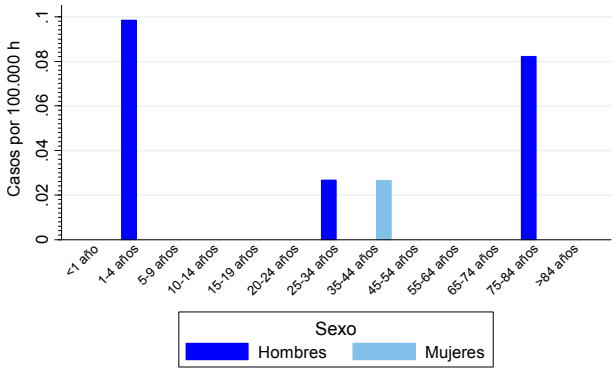
Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Características de los casos

Tres de los cuatro casos se dieron en hombres, uno en un niño de 3 años. El resto de casos se dio en mayores de 25 años (figura 2).

Figura 2. Vigilancia de tularemia, 2010

Tasas de incidencia (casos por 100.000 habitantes) por grupos de edad y sexo



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Discusión

El número de casos producidos por *Francisella tularensis* descendió en 2010 con respecto a los años anteriores marcados por la aparición de brotes.

8. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y PARENTERAL

INFECCIÓN POR EL VIH Y SIDA

VIH

Nuevos diagnósticos de VIH

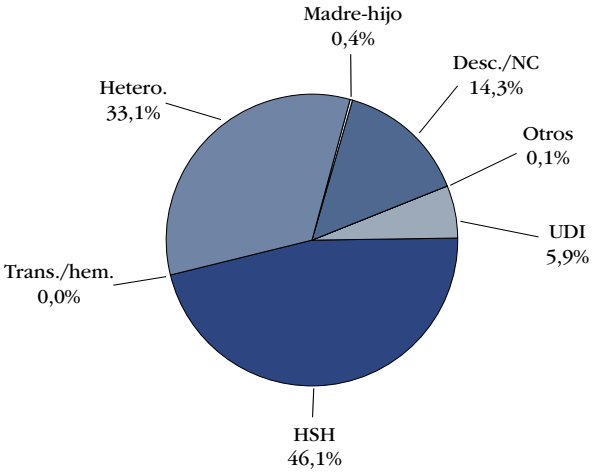
El análisis epidemiológico aquí presentado se basa en los datos aportados por los sistemas de vigilancia de nuevos diagnósticos de infección por el VIH de las CC.AA. de Baleares, Canarias, Cataluña, Extremadura, La Rioja, Navarra, el País Vasco y la ciudad autónoma de Ceuta desde el año 2003, la incorporación de Galicia desde el año 2004, la de Asturias desde 2006, Madrid desde 2007, Aragón, Castilla-La Mancha y la ciudad autónoma de Melilla desde el año 2008, y la de Cantabria, Castilla y León y Murcia, que aportan sus datos desde el año 2009. Así pues, la población cubierta ha ascendido desde los 13.409.246 habitantes en 2003 (32% del total de la población española) hasta los 32.843.416 habitantes en 2010 (71% del total de la población nacional).

Nuevos diagnósticos de VIH en el año 2010

Hasta el 30 de junio de 2010 se ha recibido desde las 17 CC.AA. la notificación de 2.907 nuevos diagnósticos de VIH en el año 2010. La mediana de edad al diagnóstico es de 35 años (RIC: 29-43), siendo los hombres el 82% de los nuevos diagnósticos de VIH. La distribución de las categorías de transmisión queda reflejada en la figura 1.

Figura 1. Nuevos datos de diagnóstico de VIH. Categoría de transmisión

España. Datos de 17 CC.AA.* Año 2010



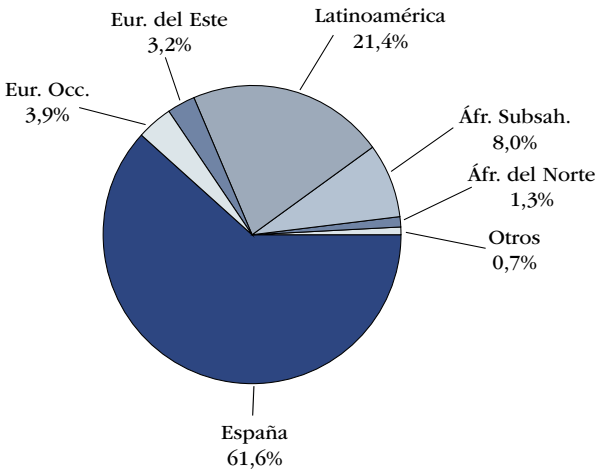
(n = 2.907)

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

El 38,4% de los nuevos diagnósticos de infección por el VIH se realizó en personas originarias de otros países. Tras el origen español, los más frecuentes fueron el latinoamericano (21,4%) y el subsahariano (8%) (figura 2).

Figura 2. Nuevos diagnósticos de VIH. Zona de origen

España. Datos de 17 CC.AA.* Año 2010



(n = 2.907)

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

La mediana de CD4 al diagnóstico fue de 380 (RIC: 176-591). Un 27,7% de los casos presentaron inmunosupresión grave (< 200 CD4) al ser diagnosticados, con claro riesgo de sufrir una enfermedad grave, y el consiguiente diagnóstico de sida. Además, un 17,7% tenían entre 200 y 350 CD4. Por lo tanto, un 45,4% de los nuevos diagnósticos presentaron diagnóstico tardío.

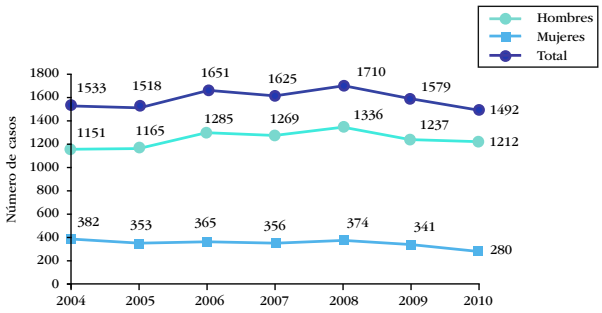
Tendencia de los nuevos diagnósticos de VIH

Para analizar la tendencia de los nuevos diagnósticos de VIH se han utilizado sólo los datos aportados por las nueve CC.AA. (Baleares, Canarias, Cataluña, Ceuta, Galicia, Extremadura, Navarra, País Vasco y La Rioja) que han notificado sus casos de forma consistente desde el año 2004.

El número de casos anuales y su distribución por sexo se refleja en la figura 3, observándose un ligero descenso del porcentaje que suponen las mujeres, de un 25% en 2004 a un 19% en 2010.

Figura 3. Nuevos diagnósticos de VIH. Distribución por año de diagnóstico y sexo

España. Datos de 9 CC.AA.* Período 2004-2010. Datos no corregidos por retraso en la notificación

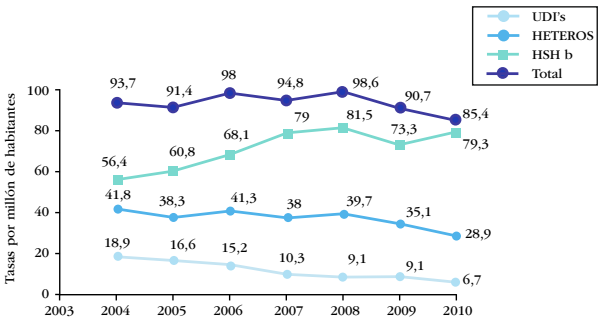


* *Baleares, Canarias, Cataluña, Ceuta, Extremadura, Galicia, La Rioja, Navarra y País Vasco*

Se aprecian diferentes tendencias en los nuevos diagnósticos según las categorías de transmisión. Así, en el grupo de UDI (usuarios de drogas intravenosas) se observa durante el periodo un descenso progresivo en las tasas por millón de habitantes. En el caso de la transmisión heterosexual, aunque se evidencia un descenso en el porcentaje de nuevos diagnósticos por esta causa, las tasas se encuentran más estabilizadas, sobre todo cuando se tiene en cuenta que no se ha corregido por retraso en la notificación. Por el contrario, aumentan claramente los nuevos diagnósticos en HSH (hombres que tienen sexo con hombres). Dado el peso creciente que esta última categoría de transmisión tiene en el conjunto de los nuevos diagnósticos, el incremento en sus tasas repercute sobre las globales (figura 4).

Figura 4. Tasas de nuevos diagnósticos de VIH. Distribución por año de diagnóstico y categoría de transmisión

España. Datos de 9 CC.AA.* Período 2004-2010. Datos sin corregir por retraso en la notificación



* *Baleares, Canarias, Cataluña, Ceuta, Extremadura, Galicia, La Rioja, Navarra y País Vasco*

[b] *Tasa por millón de población masculina*

El porcentaje de personas diagnosticadas cuyo país de origen es extranjero es cada vez mayor, pasando de un 31% en 2004 a un 35,7% en 2010. Pero este aumento porcentual no se acompaña de una elevación importante del número de casos, que ha pasado de 475 en 2004 a 533 en 2010.

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 2010

Hasta el 30 de junio de 2011 se recibió la notificación de 930 casos diagnosticados en 2010. De ellos, el 77% fueron hombres, y la mediana de edad al diagnóstico de sida fue 42 años (RIC: 35-48). El 28% de las personas que desarrollaron la enfermedad habían contraído la infección por compartir material para la inyección de drogas (UDI), lo que pone de manifiesto el peso importante que tiene todavía este modo de transmisión dentro del conjunto de personas que viven infectadas por el VIH. Las personas que contrajeron la infección por relaciones heterosexuales ascienden al 33% de los casos. La tercera vía de transmisión, 26%, ha sido las relaciones sexuales entre hombres.

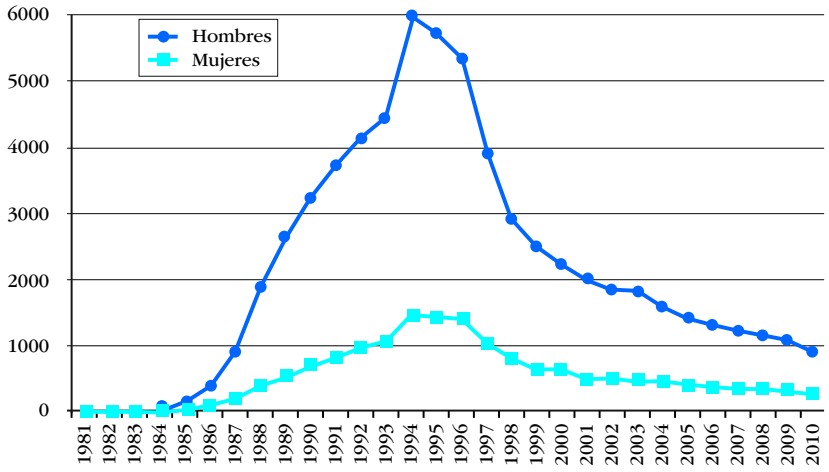
Evolución de la incidencia de sida en España

Desde el inicio de la epidemia en España se han notificado un total de 80.827 casos de sida, cuya distribución por CC.AA. de residencia se observa en la tabla 7 (Anexo III). Tras alcanzar su cénit a mediados de la década de los 90, el número de casos notificados ha experimentado un progresivo declive, que supone un 83% desde 1996 (año previo a la generalización del TARGA) hasta 2010 (figura 5). Con respecto al 2009, en el año 2010 los casos descendieron un 16% entre los varones y un 18% entre las mujeres. Por categorías de transmisión los UDI y los heterosexuales descendieron 26% y el 20% respectivamente, mientras que el descenso fue mínimo en los HSH, con un 1%.

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 27% en 2010. En este último año, el 41% de estas personas extranjeras procedía de Latinoamérica y el 27% de África.

Figura 5. Incidencia de sida en España por sexos corregida por retraso en la notificación

Registro Nacional de sida. Actualización a 30 de junio de 2011



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. El retraso diagnóstico es muy importante, y tan sólo ha descendido entre los HSH.

Respecto a los casos de sida, tras más de una década de disponibilidad de TARGA, la información aportada por el Registro Nacional de Sida nos indica que 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

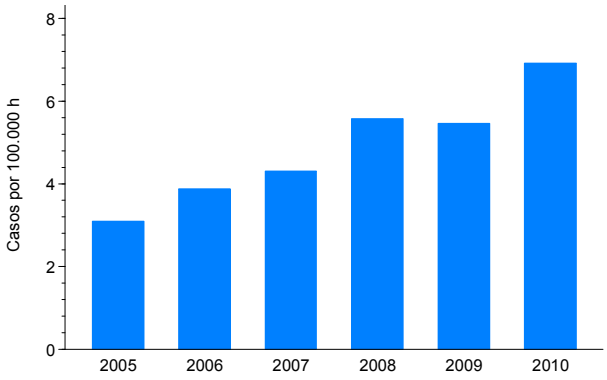
Situación epidemiológica

Distribución temporal y geográfica

Según los datos de la notificación numérica en 2010 se declararon en España, 3.187 casos de sífilis, lo que supone una incidencia de 6,9 casos por 100.000 habitantes. La incidencia anual de sífilis experimentó un importante crecimiento entre 2005 y 2010 (figura 1).

Figura 1. Vigilancia de sífilis, 2005-2010

Tasas de incidencia (casos por 100.000 habitantes)

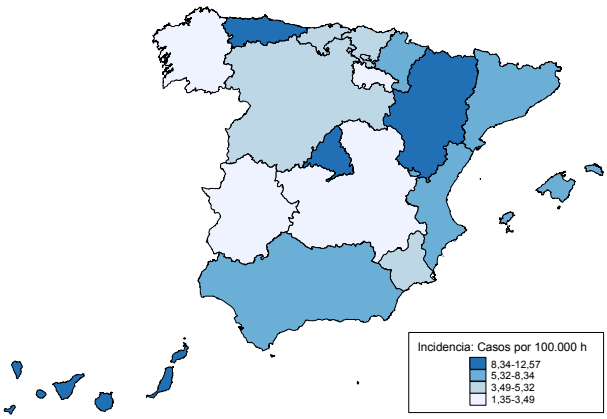


Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Las CC.AA que notificaron tasas más altas, en casos por 100.000 habitantes, en el año 2010 fueron Canarias (12,6), Madrid (10,1), Asturias (9,9) y Aragón (9,4). Las de menor incidencia fueron Melilla (1,3), Castilla-La Mancha (1,8), Galicia (2,3) y Extremadura (2,4) (figura 2).

Figura 2. Vigilancia de sífilis. España, 2010

Incidencia por Comunidades Autónomas. Semanas 1-52



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

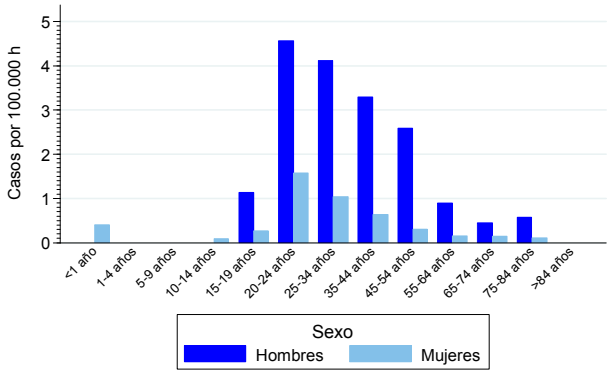
Características de los casos

De los 3.187 casos declarados de forma numérica en 2010, se dispuso de información individualizada de 584 casos procedentes de seis CC.AA (Castilla-La Mancha, Castilla y León, Extremadura, La Rioja, C. Valenciana y Melilla). Estos casos suponen el 100% de la notificación numérica en esas comunidades.

De esos 584 casos, el 81,8% fueron varones (478/584). El 89% se produjeron entre los 20 y 54 años: 32,8% en el grupo de 25-34; 26,4% en el grupo de 35-44; 16,1% en el de 45-54 y 13,7% en el grupo de 20-24 años (figura 3).

Figura 3. Vigilancia de sífilis, 2010

Tasas de incidencia (casos por 100.000 habitantes) por grupos de edad y sexo



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

La edad media de los casos fue de 36,6 años (DE: 12,5), siendo la edad media menor en mujeres (34,6 años; DE: 13,7) que en hombres (36,9 años, DE: 12,2), aunque las diferencias no llegaron a ser estadísticamente significativas (p = 0,0804).

Discusión

La notificación de casos de sífilis aumentó durante el año 2010 con respecto a los anteriores. De los casos de los que se dispone de información individualizada, la

mayor parte fueron hombres y de 20 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

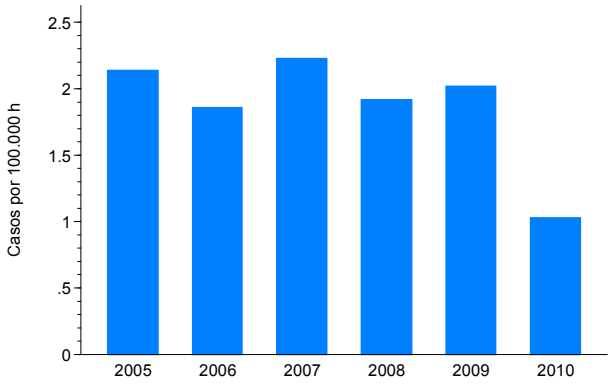
En el año 2010 se han declarado 5 casos confirmados de sífilis congénita, lo que supone una incidencia de 1,03 casos por 100.000 nacidos vivos.

Distribución temporal

En la figura 1 se muestra la tasa por 100.000 nacidos vivos en el periodo 2005-2010. Durante estos años las tasas han oscilado entre 1,03 a 2,23 casos por 100.000 habitantes, sin apreciarse ninguna tendencia temporal.

Figura 1. Vigilancia de sífilis congénita, 2005-2010

Tasas de incidencia (casos por 100.000 habitantes)



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Distribución geográfica

Cuatro comunidades han notificado casos de sífilis congénita en 2010: Andalucía (2), Aragón (1), Comunidad Valenciana (1) y Murcia (1).

Características de los casos

De los casos notificados en 2010, uno correspondió a un hombre y 4 a mujeres. Todos ellos se diagnosticaron antes de la semana de vida.

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 ECDC[1], en Europa en el año 2009 se notificaron 101 casos de sífilis congénita de los cuales 71 eran confirmados (tasa de 3,5

1. European Centre for Disease Prevention and Control. Sexually transmitted infections in Europe, 1990–2009. Stockholm: ECDC; 2011. http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/

casos por 100.000 nacidos vivos). La mayoría de los casos fueron notificados por Bulgaria, Portugal, Italia, España, Polonia y Rumania.

En global, la tendencia en el periodo 2000-2009 está estabilizada aunque con diferencias importantes entre países. No obstante, la incidencia en el contexto europeo podría estar infranotificada ya que hay varios países que no disponen de sistema de vigilancia para esta enfermedad.

INFECCIÓN GONOCÓCICA

Situación epidemiológica

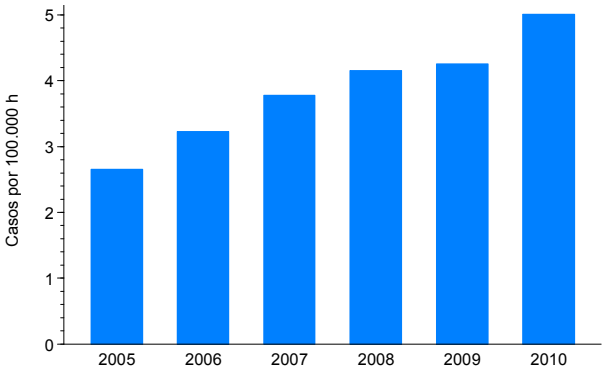
Según los datos de la notificación numérica, en 2010 se declararon en España 2.306 casos de gonococia, lo que supone una incidencia de 5,01 casos por 100.000 habitantes. El SIM recogió en este año 920 diagnósticos de *Neisseria gonorrhoeae.*

Distribución temporal

La incidencia anual ha experimentado un incremento continuo desde 2005, año en el que se notificaron 1.155 casos (tasa de incidencia: 2,66 por 100.000 habitantes) a través de las EDO (figura 1).

Figura 1. Vigilancia de infección gonocócica, 2005-2010

Tasas de incidencia (casos por 100.000 habitantes)



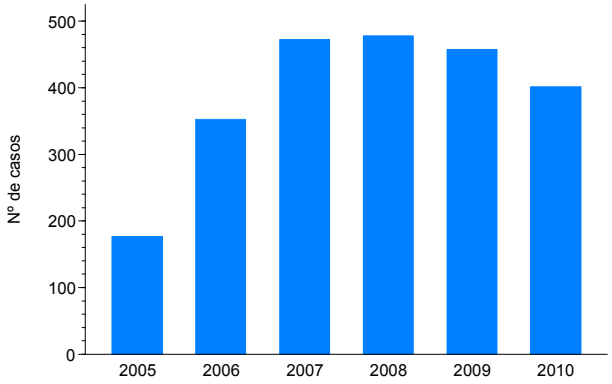
Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Durante el período 2005-2010, el número de diagnósticos notificados al SIM aumentó de 181 a 920. Sin embargo, al analizar los datos aportados por los 32 laboratorios que declararon casos de forma regular al SIM en el periodo se observa una tendencia ascendente entre el año 2005 y 2007, seguida de una estabilización, entre 2007-2008 y ligero descenso en 2009-2010 (figura 2).

Forms/ECDC_DispForm.aspx?ID=679

Figura 2. Vigilancia de *Neisseria gonorrhoeae*, 2005-2010

Casos notificados



Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

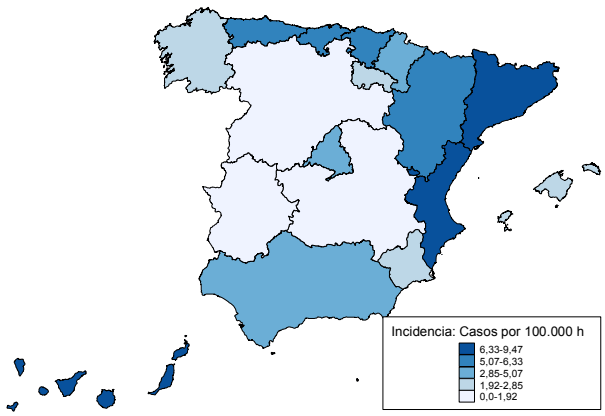
Distribución geográfica

En 2010, la incidencia de infección gonocócica por comunidades autónomas presenta un rango muy amplio, entre 1,5 y 9,47 casos por 100.000 habitantes (figura 3).

Las tasas más elevadas se registraron en Canarias (9,37), en la Comunidad Valenciana (8,44), Cataluña (7,23) y Aragón (6,17). Las tasas más bajas se notificaron en Castilla-La Mancha (1,20), Extremadura (1,66) y Baleares (1,94). Melilla no declaró casos.

Figura 3. Vigilancia de infección gonocócica. España, 2010

Incidencia por Comunidades Autónomas



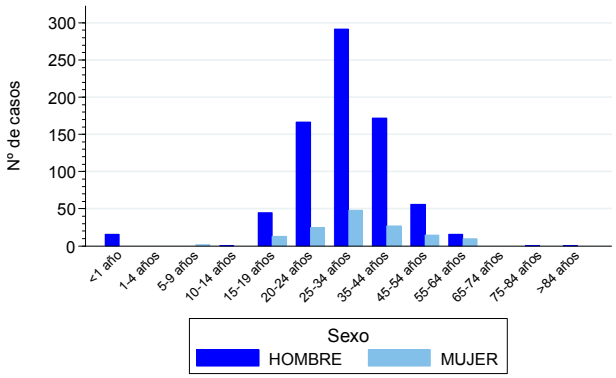
Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Características de los casos

La información sobre las características de los casos procede del SIM. El 83,37% de los diagnósticos de *Neisseria gonorrhoeae* se produjeron en hombres. Los casos entre 25 y 34 años suponen más de una tercera parte de los diagnósticos notificados en 2010 (37,7%) (figura 4).

Figura 4. Vigilancia de *Neisseria gonorrhoeae*, 2010

Casos notificados 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 2005.

Los datos aportados por el SIM muestran una mayor afectación de las personas entre 25 y 34 años y de los hombres. No obstante, estos datos habrán de corroborarse cuando se disponga de declaración individualizada en todas las CC.AA.

INFECCIÓN POR CLAMIDIA

Situación epidemiológica

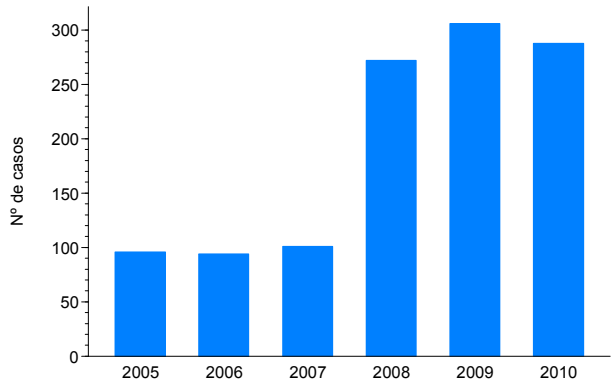
Distribución temporal

Durante el año 2010 se declararon al SIM 948 diagnósticos de *Chlamydia trachomatis*.

Desde el 2005 al 2010 se aprecia un incremento en el número de los diagnósticos notificados al SIM (de 148 en 2005 a 948 en 2010). Al analizar los 19 laboratorios que notificaron de forma continuada durante el periodo se observó una tendencia ascendente en el número de casos entre el 2005 y el 2009 (96 casos en 2005, 94 en 2006, 101 en 2007, 272 en 2008 y 306 en 2009), con una estabilización en el número de casos notificados en 2010 (288 casos) (figura 1).

Figura 1. Vigilancia de *Chlamydia trachomatis*, 2005-2010

Casos notificados



Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

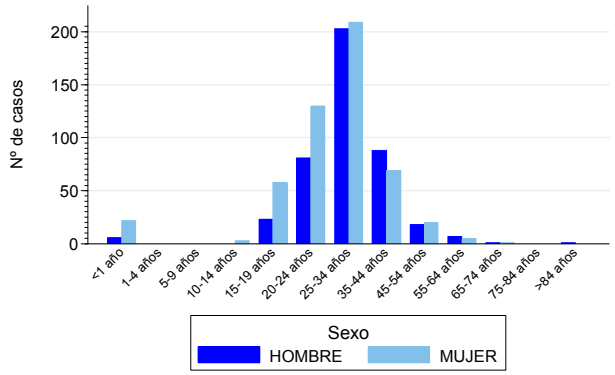
Características de los casos

Los diagnósticos de *Chlamydia trachomatis* fueron más frecuentes en mujeres (517/948) que en hombres (428/948) y afectaron principalmente a personas de 25-34 años (43,6%) y 20-24 años (22,3%) (figura 2). La media de edad global fue de 28,5 años (DE: 10,1), similar a la de años anteriores.

Las mujeres fueron más jóvenes que los hombres [27,0 años (DE: 10,1) frente a 30,4 años (DE: 9,8), respectivamente].

Figura 2. Vigilancia de *Chlamydia trachomatis*, 2010

Casos notificados por grupos de edad y sexo



Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

Discusión

En el periodo 2005-2010 se observó un incremento de la notificación de casos de *Chlamydia trachomatis,* debido en parte a la incorporación en la notificación de nuevos laboratorios del SIM. La notificación de los laboratorios que declaran de forma continuada se ha mantenido estable en los últimos tres años.

HEPATITIS B

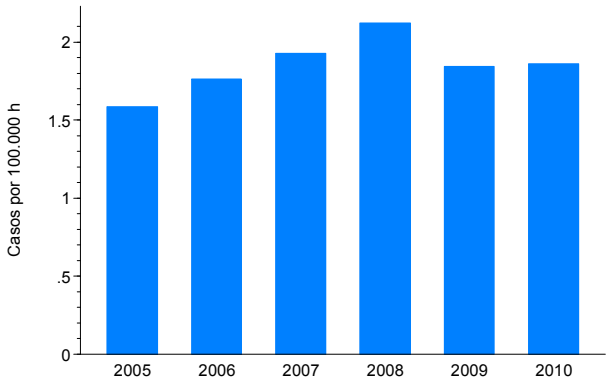
Situación epidemiológica

Distribución temporal y geográfica

En 2010 se notificaron 858 casos de hepatitis B. La incidencia fue de 1,86 casos por 100.000 habitantes. La incidencia se mantuvo con respecto al año anterior, en el que se declararon 848 casos (figura 1). Los casos no presentaron una estacionalidad determinada.

Figura 1. Vigilancia de hepatitis B, 2005-2010

Tasas de incidencia (casos por 100.000 habitantes)

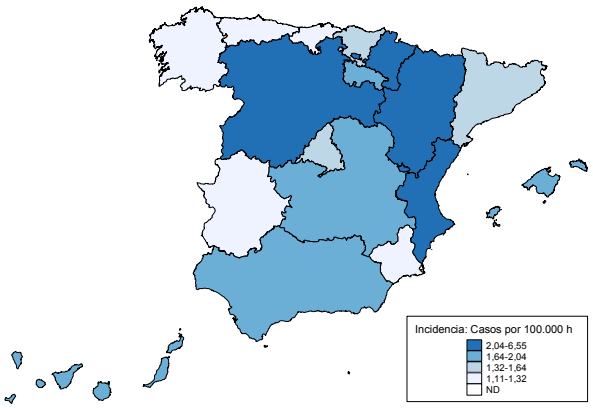


Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Las tasas por CC.AA fueron de entre 1,11 y 6,55 casos por 100.000 habitantes (figura 2). Las tasas más bajas se detectaron en Extremadura y Cantabria con tasas de 1,11 y 1,21 casos por 100.000 habitantes, respectivamente, y las más elevadas en Aragón (6,55 casos por 100.000 habitantes), Navarra (3,71 casos por 100.000 habitantes), Castilla y León (2,9 casos por 100.000 habitantes) y Comunidad Valenciana (2,2 casos por 100.000 habitantes).

Figura 2. Vigilancia de hepatitis B. España, 2010

Incidencia por Comunidades Autónomas. Semanas 1-52



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Características de los casos

Los casos de hepatitis B fueron más frecuentes en hombres. Se declararon 602 (70,2%) casos en hombres y 213 (24,8%) en mujeres. La razón hombre/mujer fue de 2,83.

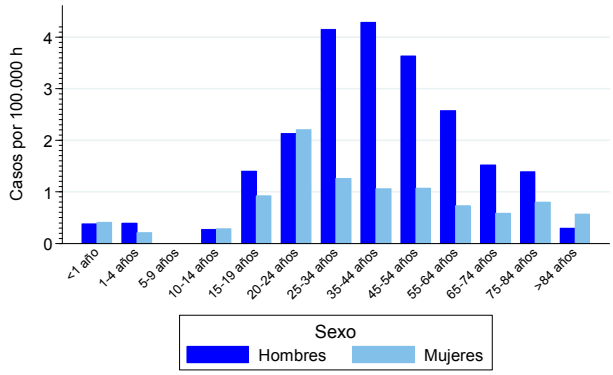
En hombres (figura 3), las tasas más altas se dieron en los grupos de 25-34 años y 35-44 años con 4,29 y 4,15 casos por 100.000 habitantes, respectivamente.

En mujeres, la tasa más elevada se dio en el grupo de 20-24 años (2,21 casos por 100.000 habitantes) y se mantuvo por encima de 1 caso por 100.000 habitantes hasta los 54 años.

Sólo se dieron 2 casos en menores de 1 año (1 varón y 1 mujer).

Figura 3. Vigilancia de hepatitis B, 2010

Tasas de incidencia (casos por 100.000 habitantes) por grupos de edad y sexo



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Discusión

La incidencia de hepatitis B en 2010 se mantuvo en comparación con el 2009 en España. La incidencia fue mayor en el grupo de adultos jóvenes, especialmente hombres.

9. ENCEFALOPATÍAS ESPONGIFORMES TRANSMISIBLES HUMANAS

SITUACIÓN DE LAS EETH EN ESPAÑA

Distribución espacial y temporal

Desde el comienzo del registro hasta el 31 de diciembre de 2010 se recibieron 1.292 notificaciones, 222 de las cuales correspondieron a diagnósticos finalmente descartados como Encefalopatías Espongiformes Transmisibles Humanas (EETH) siendo el resto Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob esporádica (ECJe) (533 casos confirmados, 380 casos probables y 47 posibles), cinco casos de variante de ECJ (vECJ) confirmados, 48 de Insomnio Familiar Letal (IFL) y dos del síndrome de Gerstmann-Sträussler-Scheinker (SGSS).

La distribución de notificaciones por CC.AA y año se puede ver en la tabla 1. Se observan aumentos en los años 1998, 2001, 2005 y 2008 siendo este el año en el que se recibieron más notificaciones de todo el período.

Tabla 1. Distribución de notificaciones por año y CC.AA.*

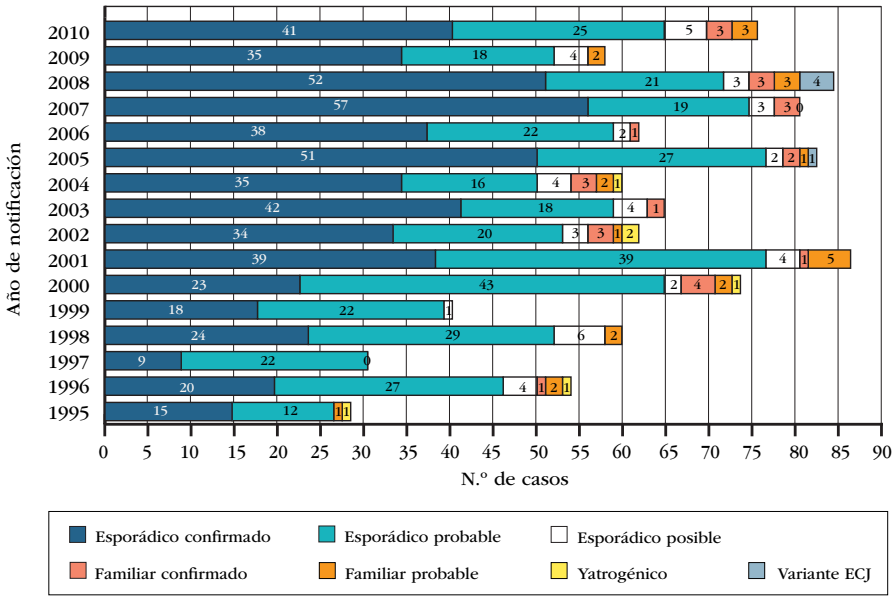
Comunidad Autónoma	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Total
Andalucía	9	3	6	3	2	14	16	13	11	15	14	12	11	20	18	13	180
Aragón	0	1	2	7	1	2	3	1	2	1	5	1	3	5	4	4	42
Asturias	3	0	0	2	2	3	4	0	3	4	1	0	0	0	0	3	25
Baleares	2	1	2	0	1	1	1	0	0	4	2	0	0	1	2	3	20
Canarias	0	0	4	3	4	2	2	3	2	1	3	3	3	1	2	3	36
Cantabria	0	3	1	4	3	4	0	2	0	0	0	0	0	3	0	2	22
Castilla-La Mancha	0	4	2	1	0	4	0	3	0	1	6	2	3	8	8	5	47
Castilla y León	2	7	5	3	4	9	7	5	6	6	6	10	4	14	7	8	103
Cataluña	7	5	1	17	3	22	19	15	7	14	18	2	18	23	10	20	201
C. Valenciana	0	13	5	5	14	12	9	11	19	10	13	7	20	14	10	20	182
Extremadura	0	1	0	3	0	2	0	2	2	0	2	5	5	4	2	0	28
Galicia	1	3	0	6	7	0	11	3	5	0	6	5	10	6	0	0	63
C. Madrid	0	14	2	9	6	11	16	10	12	11	14	14	8	10	14	14	165
Murcia	1	0	1	0	1	0	1	3	2	3	3	1	3	5	2	1	27
Navarra	1	1	2	0	1	3	1	0	0	0	2	2	2	0	0	3	18
País Vasco	5	4	3	7	5	7	11	10	8	6	10	11	11	8	5	11	122
La Rioja	2	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	3	11
Total	33	60	37	70	55	96	101	82	79	77	105	76	102	122	84	113	1.292

** De forma retrospectiva se recogieron casos correspondientes a 1993-94*

En la figura 1 se presenta el número anual de casos de Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ) declarados desde 1995 hasta 2010, según el tipo y el grado de certeza diagnóstica. No hay notificaciones de casos iatrogénicos a partir de 2004, y los de variante aparecen a partir de ese año. En el año 2005 se notifica desde Madrid el

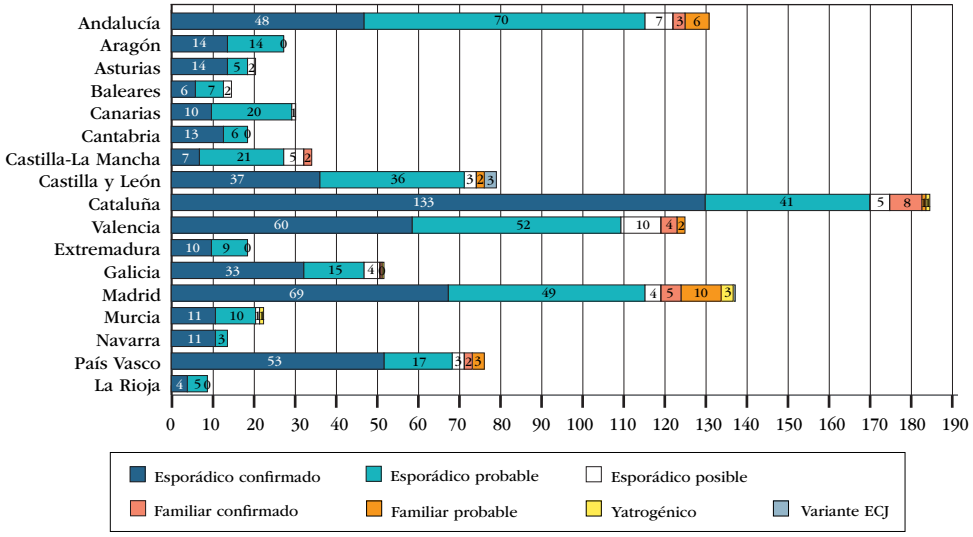
primer caso de vECJ en una mujer de 26 años. En 2007 y 2008 se diagnostican otros cuatro, tres de los cuales residían en Castilla y León y el último en Cantabria. La confirmación postmortem del ECJ esporádico parece disminuir en los tres últimos años del periodo.

Figura 1. Distribución de casos de ECJ por año de notificación, 1995- 2010



La incidencia de ECJ esporádica confirmada y probable entre 1998 (año en que el sistema de vigilancia parece haberse consolidado y se generaliza el uso de las pruebas de detección de proteína 14-3-3 en líquido cefalorraquídeo) y 2010 es de 1,49 casos por millón de habitantes y año, cifra similar a la de otros países de nuestro entorno. En las distintas CC.AA oscila entre 0,79 de Islas Baleares y 2,22 del País Vasco. La ECJ esporádica afecta en España sobre todo a personas entre los 60 y los 80 años de edad con especial incidencia en el grupo de 70 a 79 años, como en otros países europeos.

Figura 2. Distribución de casos de ECJ por Comunidad Autónoma, 1995- 2010



Características de los casos

De los 48 casos declarados de IFL, 20 eran residentes en el País Vasco. Todos los casos de ECJ 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 o 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 el primer año de la epidemia de vECJ en Reino Unido (1996) y la difusión de la prueba de proteína 14-3-3 en líquido cefalorraquídeo (LCR) (1998); la inclusión de las EETH entre las EDO (Orden de 21 de febrero de 2001, publicada en BOE de 1 de marzo de 2001) y la aparición de la encefalopatía espongiforme bovina en España; la aparición del primer caso de vECJ en España en 2005 y, por último, 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 escasamente diferenciables geográficamente a excepción de Cantabria y País Vasco, dándose en este último una alta frecuencia de EETH genéticas y más en concreto de IFL. A partir de 2008 no se ha confirmado ni registrado como probable ningún caso de vECJ.

10. INFECCIONES RELACIONADAS CON LA ASISTENCIA SANITARIA

INTRODUCCIÓN

El Centro Nacional de Epidemiología coordina la participación española en la vigilancia de la infección asociada a cuidados sanitarios (IRAS) en Europa desde el año 2006. Su objetivo es reunir datos comparables de estas infecciones en España y crear una base de datos común que permita disponer de resultados nacionales y, posteriormente, la comparación entre distintos países europeos[1]. El CNE recoge la información y facilita soporte técnico (análisis, elaboración y difusión de informes) a los centros hospitalarios que participan voluntariamente en la red de vigilancia y envía los datos al ECDC que es el centro que coordina la vigilancia en Europa.

SITUACIÓN INFECCIÓN DE SITIO QUIRÚRGICO

En 2010, 31 centros hospitalarios de 14 CC.AA participaron en la vigilancia de infección de sitio quirúrgico y contribuyeron con información de 10.270 intervenciones de 23 procedimientos quirúrgicos. En el análisis que se presenta a continuación no se han incluido los procedimientos quirúrgicos vigilados por menos de 5 hospitales debido a la variabilidad de los resultados que ofrecen.

En total se analizaron 9.778 intervenciones de 9 procedimientos quirúrgicos. El procedimiento quirúrgico vigilado con mayor frecuencia fue la intervención de prótesis de cadera (HPRO), las colecistectomías y la cirugía colo-rectal le siguen en frecuencia. Los procedimientos con una mayor media de días de seguimiento post-intervención correspondieron a las intervenciones de prótesis de rodilla (KPRO) con 59 días y la prótesis de cadera (HPRO) 48 días (tabla 1).

Tabla 1. Media y rango de días de seguimiento post-intervención quirúrgica, según el procedimiento quirúrgico

Procedimiento quirúrgico	Número de hospitales*	Número IQ	Días seguimiento tras la IQ			
			Media	P25	Mediana	P75
CBGB	9	433	27	9	16	39
CBGC	8	142	40	9	35	63
CHOL	13	1.748	28	2	17	38
COLO	19	1.444	35	8	17	43
CSEC	10	1.283	26	4	5	45
HPRO	27	2.447	48	7	25	56
KPRO	20	1.399	59	8	37	61
LAM	6	285	42	28	35	62

** Un hospital puede contribuir con la vigilancia de varios procedimientos quirúrgicos*

CBGB: cirugía coronaria con doble incisión; CBGC: cirugía coronaria con incisión simple; CHOL: colecistectomía; COLO: cirugía de colon; CSEC: cesáreas; HPRO: prótesis cadera; KPRO: prótesis rodilla; LAM: laminectomía

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTE INTERVENIDOS

La distribución de los pacientes intervenidos según el procedimiento quirúrgico y el sexo se detalla en la tabla 2. En el total de las intervenciones el 57,8% de los pacientes fueron mujeres.

Tabla 2. Número de intervenciones según procedimiento quirúrgico y sexo

Procedimiento quirúrgico	Hombres		Mujeres	
	N.º	%	N.º	%
CBGB	342	78,9	91	21,1
CBGC	117	82,4	25	17,6
CHOL	788	45,1	960	54,9
COLO	826	57,2	617	42,8
CSEC	-	-	1.283	100,0
HPRO	1.022	41,8	1.425	58,2
KPRO	438	31,3	961	68,7
LAM	144	50,5	141	49,5
Total	3.974	40,6	3.906	59,4

CBGB: cirugía coronaria con doble incisión; CBGC: cirugía coronaria con incisión simple; CHOL: colecistectomía; COLO: cirugía de colon; CSEC: cesáreas; HPRO: prótesis cadera; KPRO: prótesis rodilla; LAM: laminectomía

La distribución en cuartiles de las edades de los pacientes, según el sexo, para cada uno de los procedimientos quirúrgicos se detalla en la tabla 3. La mediana de la edad para el conjunto de las intervenciones fue en hombres 68 años y en mujeres 66 años. Las intervenciones efectuadas en la población mas joven correspondieron a las cesáreas con una mediana de la edad de 34 años.

Tabla 3. Distribución de la edad en cuartiles según procedimiento quirúrgico y sexo

Procedimiento quirúrgico	Hombres			Mujeres			Total
	P25	Mediana	P75	P25	Mediana	P75	Mediana
CBGB	60	67	75	64	73	77	68
CBGC	59	67	74	67	73	79	67
CHOL	53	66	76	46	61	74	63
COLO	59	69	77	58	70	79	69
CSEC	-	-	-	30	34	37	34
HPRO	59	70	79	71	79	85	76
KPRO	66	72	77	67	73	78	73
LAM	36	46	56	39	48	57	47
Total	58	68	77	40	66	78	68

CBGB: cirugía coronaria con doble incisión; CBGC: cirugía coronaria con incisión simple; CHOL: colecistectomía; COLO: cirugía de colon; CSEC: cesáreas; HPRO: prótesis cadera; KPRO: prótesis rodilla; LAM: laminectomía

CARACTERÍSTICAS DE LOS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS

Los hospitales contribuyeron con 84.373 días-paciente de seguimiento en el hospital, contados a partir del día de la intervención. La estancia media hospitalaria para cada uno de los procedimientos quirúrgicos oscilo entre los 13,6 días de estancia media hospitalaria para las intervenciones de CBGB y 5,2 días para las LAM.

En la tabla 4 se presentan los resultados estratificados según el índice de riesgo NNIS (National Nosocomial Infection Surveillance, Vigilancia Nacional de la Infección Nosocomial). El 38,4% de las intervenciones (3.754) realizadas pertenecían a la categoría de riesgo NNIS = 0. El 40,3% (3.937 intervenciones) fueron clasificadas con riesgo NNIS = 1 y 1.643 intervenciones (16,8 %) se clasificaron con las categorías de riesgo 2 o 3.

Tabla 4. Riesgo NNIS según el procedimiento quirúrgico

Procedimiento quirúrgico	N.º total	Estancia media	NNIS 0		NNIS 1		NNIS 2-3		NNIS desc.	
			N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
CBGB	433	13,6	8	1,8	226	52,2	199	46,0	0	0,0
CBGC	142	11,4	2	1,4	41	28,9	98	69,0	1	0,7
CHOL	1.748	6,2	821	47,0	504	28,8	254	14,5	169	9,7
COLO	1.444	15,0	116	8,0	544	37,7	717	49,7	67	4,6
CSEC	1.283	5,3	813	63,4	317	24,7	7	0,5	146	11,4
HPRO	2.447	9,3	1.115	45,6	1.105	45,2	189	7,7	38	1,6
KPRO	1.399	8,8	648	46,3	578	41,3	162	11,6	11	0,8
LAM	285	5,2	183	64,2	85	29,8	8	2,8	9	3,2
Total	9.778	9,3	3.754	38,4	3.937	40,3	1.643	16,8	444	4,5

CBGB: cirugía coronaria con doble incisión; CBGC: cirugía coronaria con incisión simple; CHOL: colecistectomía; COLO: cirugía de colon; CSEC: cesáreas; HPRO: prótesis cadera; KPRO: prótesis rodilla; LAM: laminectomía

INFECCIÓN DE SITIO QUIRÚRGICO

Incidencia acumulada

En la tabla 5 se recogen la incidencia acumulada y la densidad de incidencia para las ocho intervenciones. La Incidencia acumulada global fue 6,3% (615/9.778) (IC: 95% 5,8- 6,7). La tasa de incidencia acumulada mas elevada se dio en los procedimientos quirúrgicos de COLO (20,6 %) y CHOL (6,2%). Las menores incidencias acumuladas se observan en CSEC (2,4%) y HPRO (3,2%). La densidad de incidencia global fue de 5,5 por 1.000 días paciente (464/84.373 *1000). La mayor densidad de incidencia correspondió a las cirugías colo-rectales (13,7 por 1.000 días-paciente), seguida de las CHOL (8,9 por 1.000 días paciente).

Tabla 5. Resultados e indicadores más relevantes obtenidos en el estudio de infección de sitio quirúrgico

Procedimiento quirúrgico	Número de hospitales*	Número de intervenciones	Incidencia acumulada	Densidad incidencia (por 1.000 días paciente)
CBGB	9	433	5,1	3,8
CBGC	7	142	4,9	2,6
CHOL	11	1.748	6,2	8,9
COLO	13	1.444	20,6	13,7
CSEC	6	1.283	2,4	1,8
HPRO	26	2.447	3,2	1,8
KPRO	22	1.399	3,4	1,1
LAM	8	285	3,5	4,1
Total	31	9.778	6,3	5,5

** Un hospital puede contribuir con la vigilancia de varios procedimientos quirúrgicos*

Los bacilos Gram negativos enterobacteriaceas (44,1%) han sido los microorganismos mas frecuentemente aislados, seguidos muy de cerca por los cocos Gram positivos (37,2%). Los bacilos Gram negativos enterobactereaceas se han aislado con mayor frecuencia en COLO y CHOL a expensas de infecciones por *Escherichia coli*.

Al 90,4% de los pacientes intervenidos (8.835/9.778) se les administro profilaxis perioperatoria. El mayor porcentaje de pacientes con profilaxis se dio en los pacientes intervenidos de prótesis de rodilla.

Discusión

La exhaustividad en la recogida de los datos fue alta para la mayoría de las variables. Solo en el 4,5% de las intervenciones no se obtuvo el índice de riesgo NNIS.

La incidencia acumulada es un indicador de incidencia de IRAS para un procedimiento quirúrgico determinado, pero depende de la intensidad de la vigilancia tras el alta hospitalaria, seguimiento que puede variar entre los diferentes hospitales. Esta limitación es común a todos los sistemas de vigilancia de IRAS en otros países.

Para obviar esta limitación se calcula la densidad de incidencia, que solo tiene en cuenta las infecciones detectadas en el hospital, y por tanto, no depende de la vigilancia tras el alta. Esta tasa es mas fiable para comparaciones entre hospitales, pero no refleja aquellos casos con breve estancia hospitalaria postoperatoria.

Tras cinco años de vigilancia de infección de sitio quirúrgico se confirma una disminución en la tasa de Incidencia Acumulada con respecto a la vigilancia de años posteriores, para alguno de los procedimientos quirúrgicos vigilados (CBGB, CHOL, CSEC) y especialmente en la cirugía colo-rectal donde en el año 2006 su tasa de incidencia acumulada fue de 26,2% y en el año 2010 de 20,6%.

Nota: Incidencia acumulada es el número de infecciones de sitio quirúrgico diagnosticadas durante los treinta días posteriores a la intervención quirúrgica o de 365 días en la intervención con prótesis (HPRO, KPRO) dividido por el número total de intervenciones y expresada en porcentaje.

Densidad de incidencia es el número de infecciones de sitio quirúrgico de inicio durante la hospitalización dividido por 1.000 días-paciente en hospitalización. Para su cálculo solo se tienen en cuenta las infecciones diagnosticadas durante la estancia hospitalaria y el número de días "en riesgo" en el hospital tras la intervención quirúrgica.

BIBLIOGRAFÍA

1. European Centre for Disease Prevention and Control. Title. Surveillance of surgical site infections in Europe, 2008-2009. Stockholm: ECDC; 2012. Disponible en: http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/120215_SUR_SSI_2008-2009.pdf.

11. ANEXOS

ANEXO I. MORTALIDAD POR ENFERMEDADES INFECCIOSAS, AÑOS 2005 A 2010

Defunciones por enfermedades de etiología infecciosa en España. 2005-2010*

El análisis de la mortalidad por patologías de etiología infecciosa incluye, tanto el grupo de enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica en el marco de la Unión Europea (ESV)[1,2] como aquellas otras patologías de etiología infecciosa no sujetas a vigilancia (ENSV), pero cuya relevante magnitud contribuye a la importancia de las enfermedades infecciosas en la mortalidad general. Los datos corresponden a la media anual de defunciones y tasas por 100.000 habitantes, para el período 2005-2009 y para el año 2010, desagregadas por sexo (gráficos y tabla 1). En este informe se analiza de forma especial la distribución geográfica por sexo y provincia de ambos grupos de enfermedades infecciosas para el quinquenio 2006-2010.

En España, durante el periodo 2005 al 2010, las muertes por enfermedades infecciosas representaron el 5,9% de la mortalidad general repartidas entre el 0,7% las ESV y el 5,2% las ENSV.

En el periodo 2005-2009 se registró una media anual de 22.582,4 defunciones por enfermedades infecciosas, suponiendo una tasa media de 52,7 muertes por 100.000 habitantes. En el año 2010 hubo 21.554 defunciones con una tasa de 41,5. La razón de masculinidad (tasa hombres/tasa mujeres: tasa H/M) fue de 0,98 en el quinquenio y de 0,91 en 2010 (46,9 % de las defunciones en los hombres). Entre el 2005-2009 y el año 2010 se produjo un descenso de la mortalidad por causa infecciosa, siendo el porcentaje de cambio de la tasa (PCT) del –11,3%.

Las defunciones por **enfermedades sujetas a vigilancia (ESV)** representaron el 12,5% del total de la mortalidad infecciosa para el período 2005-2009 y el 11,4% para el año 2010; en este periodo descendió la mortalidad por este grupo (PCT = –19,3%) de forma muy similar en ambos sexos.

---

* En este informe se han añadido por su importancia dos entidades:

Las Infecciones del sistema digestivo y Otras infecciones intestinales, ambas engrosan las NSV. A efectos de seguimiento, se ha reelaborado el quinquenio de referencia y para comparar con las cifras totales de los dos informes previos, hay que tener en cuenta que ambas rúbricas suponen el 5,5% del total de causas infecciosas.

1. Se contemplan las 35 enfermedades de declaración obligatoria (EDO) según el Real Decreto 2210/1995, de 28 de diciembre, por el que se crea la RENAVE.

2. Complementariamente, el ECDC requiere información de otras 11 entidades por Decisión de la Comisión de 28/IV/2008 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 nº 2119/98/CE del Parlamento Europeo y del Consejo. La RENAVE proporciona dicha información a partir de la fuente de información microbiológica (SIM).

Entre las ESV de baja mortalidad (media anual en el quinquenio inferior a 5 defunciones) se continuaron registrando muertes por enfermedades vacunables durante el año 2010 tales como por Tétanos (4 en mayores de 70 años) y por Tos Ferina (3 en menores de 1 año); destaca la Parotiditis (5 defunciones en mayores de 85 años) que sale este año del grupo de baja mortalidad. Esta enfermedad había tenido una media de 1 defunción en el quinquenio, por lo que supuso el aumento más elevado (PCT = 386,6%) de los habidos por causas ESV. En 2010, se produjeron 2 muertes por Lepra.

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; a pesar de ello se ubicaron dentro de las enfermedades cuyas tasas de mortalidad disminuyeron en el periodo estudiado, especialmente la primera (PCT = –22%). Cuatro enfermedades de este grupo registraron un incremento de la mortalidad durante el año 2010 con PCT positivos: Sífilis (84%), Meningitis tuberculosa (42,4%), Otras tuberculosis (11,3%) solo en hombres y Listeriosis (6,3%) sólo en mujeres.

La razón de masculinidad global para el grupo de ESV fue de 1,88 para todo el periodo 2005-2010; este predominio de las defunciones en los hombres se dio fundamentalmente a costa del sida/VIH (tasa H/M = 4); Hepatitis B y Otras Hepatitis víricas (tasa H/M = 1,3), la tuberculosis respiratoria (tasa H/M = 2,7) y la Legionelosis (tasa H/M = 2,4).

Las defunciones por **enfermedades no sujetas a vigilancia (ENSV)** representaron el 87,5% del total de la mortalidad infecciosa para el período 2005-2009 y el 88,6% para el año 2010. Las ENSV disminuyeron en el periodo considerado (PCT = –10,2%). Solo tres causas de este grupo aumentaron: Infecciones Cardíacas (10,2%), otras Infecciones Intestinales (57,7%) y la Infección Renal (8%).

Cinco importantes patologías de este grupo: la Neumonía, la Septicemia, la Infección Renal, la Infección Respiratoria Aguda (IRA) y la Infección Cardiaca representaron el 89,2% de la mortalidad por ENSV y el 78,5% del total de muertes por patología infecciosa durante el periodo 2005-2010.

Tabla 1. España. Defunciones y tasas por enfermedades infecciosas 2005-2010

Código CIE 10	Enfermedades	Defunciones				Tasas por 100.000 habitantes				
		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		Ambos sexos
		Media 2005-09	2010	Media 2005-09	2010	Media 2005-09	2010	Media 2005-09	2010	% cambio 05-09 a 2010
Enfermedades infecciosas sujetas a vigilancia (ESV) (1)										
Enfermedades de media anual de menos de 5 defunciones en el período 2005-2009 y/o en el último año										
A23	Brucelosis	0,2	1	0,4	0	<0,01	<0,01	<0,01	0	61,94
A03	Disentería	0	0	0,2	0	0	0	<0,01	0	-100,00
A77.1	Fiebre exantem. Mediter.	1,2	0	0,2	0	<0,01	0	<0,01	0	-100,00
A78	Fiebre Q	0,2	0	0,2	0	<0,01	0	<0,01	0	-100,00
B15	Hepatitis A	0	1	0	0	0	<0,01	0	0	-
A54	Infección gonocócica	0,8	1	0	1	<0,01	<0,01	0	<0,01	142,46
A30	Lepra	0,4	2	0,6	0	<0,01	<0,01	<0,01	0	94,62
A27	Leptospirosis	1	1	0	0	<0,01	<0,01	0	0	-2,69
A69.2	Lyme, enfermedad de	0	0	0	1	0	0	0	<0,01	-
P35.0	Rubéola congénita	0	0	0,2	0	0	0	<0,01	0	-100,00
B05	Sarampión	0,6	0	0,6	0	<0,01	0	<0,01	0	-100,00
A50	Sífilis congénita	0	0	0,2	0	0	0	<0,01	0	-100,00
A34-A35	Tétanos	0,6	2	2	2	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	49,40
A37	Tos ferina	1,2	2	1,4	1	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	12,05
Enfermedades de media anual de 5 defunciones o más en el período 2004-2008 y/o en el último año										
J10-J11	Gripe	76,2	27	130	30	0,35	0,12	0,57	0,13	-73,14
B16	Hepatitis B	21,8	19	14	11	0,10	0,08	0,06	0,05	-18,57
B17	Hepatitis víricas, otras	497,4	438	475,2	464	2,25	1,93	2,09	1,99	-9,88
B67	Hidatidosis	9	6	7,4	10	0,04	0,03	0,03	0,04	-5,19
A39.9	Infección meningocócica	22,6	8	24	14	0,10	0,04	0,11	0,06	-54,12
A48.1	Legionelosis	19,8	19	8,6	6	0,09	0,08	0,04	0,03	-14,46
B55	Leishmaniasis	4,4	1	1,8	2	0,02	<0,01	0,01	0,01	-53,00
A32	Listeriosis	12,2	8	7	13	0,06	0,04	0,03	0,06	6,30
A17.0	Meningitis Tuberculosa	4,8	10	6,8	7	0,02	0,04	0,03	0,03	42,42
B50-54	Paludismo	3,8	4	1,2	1	0,02	0,02	0,01	<0,01	-2,86
B26	Parotiditis	0	2	1	3	0,00	0,01	0,00	0,01	386,55
B91	Efect. tardíos Poliomielitis	4,4	6	6,2	1	0,02	0,03	0,03	<0,01	-35,85

Código CIE 10	Enfermedades	Defunciones				Tasas por 100.000 habitantes				
		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		Ambos sexos
		Media 2005-09	2010	Media 2005-09	2010	Media 2005-09	2010	Media 2005-09	2010	% cambio 05-09 a 2010
B20-B24;R75	sida e infección por VIH	1.014,20	813	260,2	207	4,59	3,58	1,15	0,89	-22,22
A51-A53	Sífilis	4,4	8	1,4	3	0,02	0,04	0,01	0,01	84,40
A15-A16	TBC respiratoria	166,4	161	63,8	61	0,75	0,71	0,28	0,26	-6,28
A17-A19	TBC, otras	33,6	46	25,8	22	0,15	0,20	0,11	0,09	11,25
B01	Varicela	4,8	4	3,2	3	0,02	0,02	0,01	0,01	-15,00
Total ESV		1.906	1.590	1.043,6	863	8,60	6,96	4,57	3,66	-19,34
Enfermedades infecciosas no sujetas a vigilancia (ENSV)										
G04-G05	Encefalitis	46,8	47	39,8	36	0,21	0,21	0,18	0,15	-6,86
I00- I09; I30-I33; I40	Infección cardíaca	721,4	800	1.265,8	1.454	3,27	3,52	5,58	6,22	10,22
K35-K37; K67; K61.0-4; K63.0; K65.0,8; K83.0	Infecciones del sistema digestivo	331	291	340,4	300	1,50	1,28	1,50	1,28	-14,46
A02; A04; A06-A09;A05.0; A05.2-9	Infecciones intestinales, otras	173	286	299,8	481	0,78	1,26	1,32	2,06	57,65
P23; P35-39	Infecciones perinatales, otras	78,8	44	57	59	0,36	0,19	0,25	0,25	-26,29
N10-N12; N13.6; N15.1;N30; N39.0	Infección renal	1.146,80	1.234	1.826,2	2.071	5,19	5,44	8,05	8,86	8,03
J00-J08; J20-J22;J36;J85 J86	IRA	515	365	768,2	641	2,33	1,61	3,39	2,74	-23,81
G00-G03	Meningitis#	85,6	70	75,2	71	0,39	0,31	0,33	0,30	-14,79
J12-18	Neumonía	4.517,6	3.771	4.182,6	3.754	20,45	16,61	18,44	16,06	-15,95
A40-41	Septicemia#	1.693,8	1.326	1.918,0	1.490	7,67	5,84	8,45	6,37	-24,23
Resto A00-B99	Otras Capítulo I	316,2	295	262,2	215	1,43	1,30	1,16	0,92	-14,31
Total ENSV		9.626,0	8.529	11.035,2	10.572	43,58	37,58	48,64	45,23	-10,16
Total defunciones infecciosas		11.532,0	10.119	12.078,8	11.435	52,21	44,58	53,24	48,92	-11,29
Total defunciones todas causas		199.160,2	198.121	183.930,0	183.926	901,74	872,87	810,75	786,84	-3,09

Tabla 2. España. Mortalidad infecciosa. Causas ESV de muy baja mortalidad y causas de reciente vigilancia en el marco europeo (ECDC)

Sin defunciones en los últimos 26 años	Sin defunciones de 2005 a 2010 (entre paréntesis, último año con defunciones en los últimos 26 años) (*)	Causas de reciente incorporación a la red de vigilancia	
		Sin defunciones en 2010	Con defunciones en 2010
Fiebre recurrente por garrapatas - A68.1 Peste - A20 Rabia - A82 Triquinosis - B75 Turalemia - A21	Botulismo - A05.1 (2003) Carbunco - A22 (1995) Cólera - A00 (1995) Difteria - A36 (2003) Fiebre Amarilla - A95 (1989) Fiebre Tifoidea y Paratifoidea - A01 (2002) Poliomielitis- A80 (1995) Rubéola - B06 (1990) Tétanos neonatal -A33 (1994) Tifus exantemático A75.0 (1991)	Campylobacteriosis - A04.5; Criptosporidiasis - A07.2; *Escherichia coli* verotoxigénico- A04.3 Giardiasis - A07.1 Infección por clamidias - A56 Yersiniosis, no pestis - A04.6 Enfermedad invasora por *Haemophilus influenzae* - G00.0; A41.3 Fiebres hemorrágicas víricas, incluyendo Fiebre del Nilo occidental (varias)	Salmonelosis, no tifoidea, ni paratifoidea - A02.0 (1 defunción en mayor de 85 años) Enfermedad invasora por *Streptococcus pneumoniae* - G00.1; A40.3 (55 defunciones)

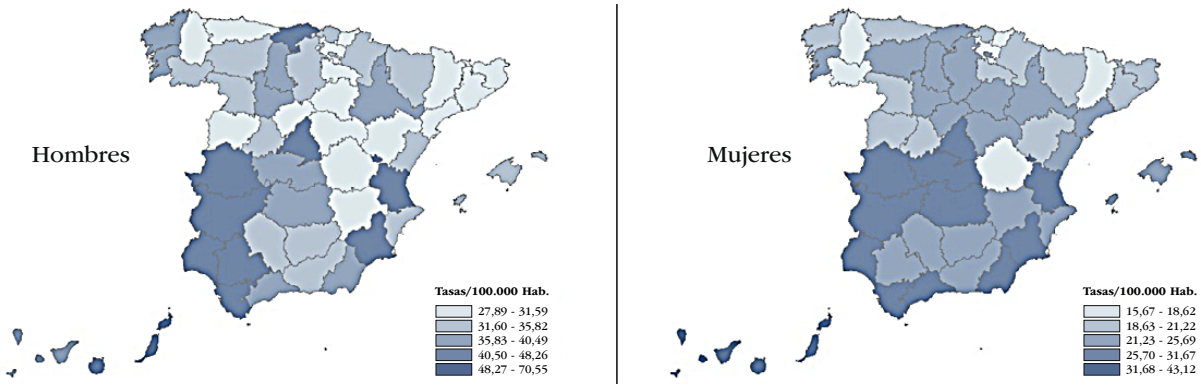
* *Incluyen dos de las nuevas entidades declaradas al ECDC pero que aún no figuran en la lista EDO: Enfermedad invasora por Haemophilus influenzae (G00.0 ; A41.3) y la Enfermedad invasora por Streptococcus pneumoniae (G00.1; A40.3)*

Distribución geográfica

La distribución provincial en el quinquenio 2006-2010 es desigual, con una tasa ajustada mínima de 27,9 y máxima de 48,3 en hombres, y entre 15,7 y 31,7 en mujeres (excluyendo Ceuta, que presenta tasas de 70,6 en hombres y 43,1 en mujeres).

Figura 1. España. Mortalidad por enfermedades infecciosas por sexo y provincia. 2006-2010

Tasa ajustada a la población europea por 100.000 habitantes

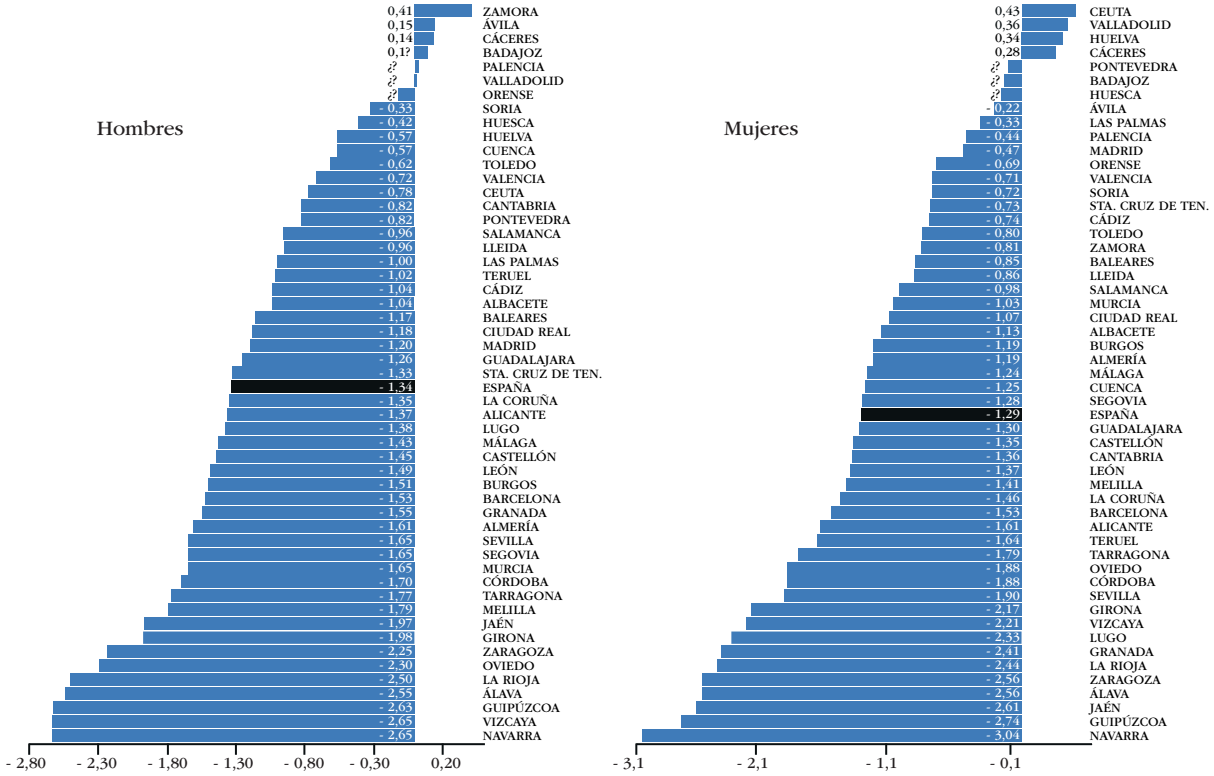


Tendencia desde 1980

Desde 1980 prácticamente todas las provincias han tenido una tendencia decreciente (excepto 6 en hombres y 4 en mujeres, que tienen un ligero crecimiento), con un porcentaje anual de cambio para el conjunto de España de -1,34 en hombres y -1,29 en mujeres, con diferencias importantes entre provincias. Así encontramos un rango del porcentaje anual de cambio entre +0,41 y -2,65 en hombres y entre +0,43 y -3,04 en mujeres.

Figura 2. España. Mortalidad por enfermedades infecciosas 1980-2010

Porcentaje anual de cambio de la tasa ajustada, por provincia y sexo



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	8	4	4	0
2	Brucelosis	111	82	29	0
3	Carbunco	14	11	3	0
4	Enfermedad meningocócica	563	288	275	0
5	F. exantemática mediterránea	120	69	51	0
6	F. tifoidea y paratifoidea	69	41	28	0
7	Hepatitis A	1.029	613	378	38
8	Hepatitis B	858	602	213	43
9	Hidatidosis	146	74	72	0
10	Legionelosis	1.152	853	296	3
11	Leishmaniasis	136	81	54	1
12	Lepra	19	11	8	0
13	Meningitis tuberculosa	103	62	41	0
14	Paludismo (casos importados)	353	223	129	1
15	Parotiditis	2.570	1.314	1.005	251
16	Rubéola	9	5	4	0
17	Sarampión	302	149	153	0
18	Shigelosis	156	90	57	9
19	Sífilis*	584 (3.187*)	478	105	1
20	Sífilis congénita	5	1	4	0
21	Tétanos	11	5	5	1
22	Tos ferina	882	395	469	18
23	Triquinosis	17	6	11	0
24	Tuberculosis respiratoria	5.395	3.534	1861	0
25	Tuberculosis, otras localizaciones	1.741	948	793	0
26	Tularemia	4	3	1	0
27	Varicela*	3.933 (157.914*)	2.039	1.894	0

CNE notificación individualizada año 2010

** Datos procedentes de la declaración agregada semanal*

Fuente principal de datos: Sistema de Información Microbiológico

		Casos	Hombres	Mujeres	Desconocido
1	Campylobacteriosis	6.340	3.467	2.820	53
2	Infección por clamidias	948	428	517	3
3	Criptosporidiosis	57	27	30	0
4	*Escherichia coli* verotoxigénico	37	14	21	2
5	Giardiasis	578	324	243	11
6	Gonococia	920	767	140	13
7	Enfermedad invasora por *Haemophilus influenzae*	86	49	37	0
9	Listeriosis	129	64	65	0
10	Fiebre Q	69	48	19	2
11	Salmonelosis, no tifoidea, ni paratifoidea	4.417	2.323	2.064	30
12	Enfermedad invasora por *Streptococcus pneumoniae*	1.235	744	482	9
14	Yersiniosis, no pestis	326	171	153	2

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. EDO

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	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	8
Brucelosis	42	5	0	1	0	1	13	10	8	3	8	1	12	4	3	0	0	0	0	111
Carbunco	0	9	0	0	0	0	0	1	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	14
Enfermedad meningocócica	115	5	15	14	16	19	24	22	82	47	19	55	54	14	14	42	4	2	0	563
F. exantemática mediterránea	36	0	0	0	0	0	0	9	21	23	12	3	0	7	2	0	7	0	0	120
F. tifoidea y paratifoidea	14	1	2	0	0	1	0	3	25	5	1	2	7	2	2	2	2	0	0	69
Hepatitis A	183	47	25	49	34	9	35	28	161	110	7	20	152	50	14	49	24	22	10	1.029
Hepatitis B	138	86	13	22	41	7	41	71	100	109	12	36	99	18	23	35	6	1	0	858
Hidatidosis	0	32	0	0	0	0	0	39	6	38	11	0	0	0	15	0	5	0	0	146
Legionelosis	116	30	29	43	19	30	38	29	277	190	1	50	144	19	16	108	12	1	0	1.152
Leishmaniasis	34	4	0	8	0	0	0	3	25	0	1	0	60	0	1	0	0	0	0	136
Lepra	0	0	0	3	0	0	0	1	7	2	1	1	1	1	1	1	0	0	0	19
Meningitis tuberculosa	16	1	1	4	2	3	4	5	15	7	0	23	13	1	1	7	0	0	0	103
Paludismo (casos importados)	42	34	2	2	14	2	13	12	0	73	1	16	88	8	18	23	4	1	0	353
Parotiditis	76	38	38	114	245	17	85	239	264	398	23	128	712	67	57	60	9	0	0	2.570
Rubéola	2	0	0	1	0	0	2	0	0	1	0	0	3	0	0	0	0	0	0	9
Sarampión	91	1	0	21	8	0	4	4	34	4	1	0	33	96	3	1	0	1	0	302
Shigelosis	4	0	2	2	8	0	1	4	76	10	0	8	13	0	6	22	0	0	0	156
Sífilis*	623	123	105	73	263	30	44	86	455	416	26	63	644	78	35	107	11	4	1	3.187
Sífilis congénita	2	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	5
Tétanos	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	4	0	0	0	2	0	0	0	11
Tos ferina	51	6	2	1	15	10	8	10	329	18	0	6	402	5	3	4	12	0	0	882
Triquinosis	0	0	0	0	0	0	15	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	17

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
Tuberculosis respiratoria	731	195	157	108	172	85	191	323	1.017	532	77	533	759	158	45	242	40	9	21	5.395
Tuberculosis, otras localizaciones	248	64	21	32	21	33	53	91	390	120	11	230	233	19	14	146	15	0	0	1.741
Tularemia	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
Varicela*	19.500	4.441	4.172	4.572	4.594	3.965	3.775	3.879	51.534	21.127	2.433	5.270	9.553	8.494	379	8.665	1.415	94	52	157.914

CNE notificación individualizada año 2010

** Datos procedentes de la declaración agregada semanal*

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 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	Desconocido	Total
Botulismo	0	0	0	0	4	1	2	1	0	0	0	0	0	8
Brucelosis	7	8	5	5	11	11	11	11	18	10	9	5	0	111
Carbunco	2	0	0	0	1	2	0	2	2	0	1	4	0	14
Enfermedad meningocócica*	65	52	52	44	51	50	35	27	34	34*	58*	61*	0	563
F. exantemática mediterránea	6	2	6	9	9	20	11	14	15	7	13	8	0	120
F. tifoidea y paratifoidea	7	8	3	5	6	3	13	4	10	4	2	4	0	69
Hepatitis A	88	130	104	91	88	95	64	58	74	79	77	81	0	1.029
Hepatitis B	67	87	84	72	66	84	82	56	71	57	58	71	3	858

Enfermedad	Mes													
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Desconocido	Total
Hidatidosis	17	9	20	12	6	16	9	12	11	8	12	14	0	146
Legionelosis	48	37	37	22	48	120	71	94	109	141	54	71	300	1.152
Leishmaniasis	17	10	10	8	7	10	8	7	12	11	11	24	1	136
Meningitis tuberculosa	3	4	14	10	12	3	7	11	13	9	7	10	0	103
Paludismo (casos importados)	11	21	16	19	16	25	32	34	31	30	28	38	52	353
Parotiditis	162	160	244	228	266	320	197	170	238	176	209	200	0	2.570
Rubéola	1	1	2	0	1	2	0	1	1	0	0	0	0	9
Sarampión	7	4	23	70	24	6	4	6	4	23	66	65	0	302
Shigelosis	8	4	13	11	5	7	11	19	23	31	12	12	0	156
Sífilis**	216	254	315	261	293	322	222	249	301	243	251	260	0	3.187
Sífilis congénita	0	1	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	5
Tétanos	0	1	1	0	1	2	0	1	1	2	0	2	0	11
Tos ferina	18	36	40	66	82	113	122	90	147	48	57	63	0	882
Triquinosis	0	0	0	0	2	0	1	0	14	0	0	0	0	17
Tuberculosis respiratoria	407	428	511	452	493	562	453	393	494	361	387	452	2	5.395
Tuberculosis, otras localizaciones	120	133	178	124	146	211	151	138	140	107	131	161	1	1.741
Tularemia	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	4
Varicela**	10.029	14.345	22.978	19.035	20.511	26.748	9.600	3.249	3.236	5.213	9.764	13.179	27	157.914

CNE: notificación Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) individualizada año 2010

** Datos correspondientes a la temporada 2009/10 semanas 41/40*

*** Datos procedentes de la declaración agregada semanal*

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 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	Desconocido	Total
Campylobacteriosis	426	582	631	524	612	709	454	438	579	504	454	427	0	6.340
Infección por clamidias	76	116	143	103	76	84	77	28	70	56	49	70	0	948
Criptosporidiosis	7	3	6	4	3	5	2	4	12	5	5	1	0	57
Escherichia coli verotoxigénico	3	2	4	1	6	7	1	4	4	1	2	2	0	37
Giardiasis	37	47	50	43	41	61	54	37	68	60	41	39	0	578
Gonococia	105	95	100	81	86	65	72	54	88	81	43	50	0	920
Enfermedad invasora por *Haemophilus influenzae*	4	13	13	11	7	7	2	1	5	5	2	16	0	86
Listeriosis	11	5	10	3	14	10	9	18	16	13	7	13	0	129
Fiebre Q	3	8	11	12	5	10	4	6	3	3	2	2	0	69
Salmonelosis, no tifoidea, ni paratifoidea	278	274	356	323	317	449	423	503	595	372	270	257	0	4.417
Enfermedad invasora por *Streptococcus pneumoniae*	157	160	163	105	114	64	44	26	54	101	110	137	0	1.235
Yersiniosis, no pestis	40	29	32	19	20	21	24	27	30	33	24	27	0	326

CNE: Sistema de Información Microbiológica (SIM) año 2010

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 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	3	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	8
Brucelosis	0	3	4	3	2	6	24	20	17	17	9	4	2	0	111
Carbunco	0	0	0	0	2	1	0	1	4	3	2	1	0	0	14
Enfermedad meningocócica	86	162	59	28	37	21	40	23	26	30	20	21	8	2	563
F. exantemática mediterránea	0	7	8	1	2	6	12	14	20	22	15	8	5	0	120
F. tifoidea y paratifoidea	0	10	7	8	4	4	12	6	5	3	5	1	2	2	69
Hepatitis A	5	91	113	68	37	73	250	255	74	34	19	6	1	3	1.029
Hepatitis B	2	6	0	7	27	56	214	221	161	86	41	32	5	0	858
Hidatidosis	0	0	0	0	4	4	12	30	22	27	26	19	2	0	146
Legionelosis	0	1	1	1	0	6	29	110	246	276	209	191	73	9	1.152
Leishmaniasis	5	13	3	7	1	2	18	22	34	11	15	4	1	0	136
Lepra	0	0	0	0	0	2	5	6	2	4	0	0	0	0	19
Meningitis tuberculosa	4	6	2	0	3	3	15	19	9	11	14	14	3	0	103
Paludismo (casos importados)	4	17	11	13	10	11	102	107	48	17	12	1	0	0	353
Parotiditis	20	478	470	294	247	229	392	190	121	61	33	22	6	7	2.570
Rubéola	2	2	2	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	9
Sarampión	45	68	31	34	27	16	59	20	2	0	0	0	0	0	302
Shigelosis	2	18	16	4	2	13	42	33	13	5	7	1	0	0	156
Sífilis congénita	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
Tétanos	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	3	2	3	0	11
Tos ferina	355	103	142	130	15	5	33	52	25	13	3	3	0	3	882

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
Triquinosis	0	0	1	1	1	1	0	7	2	1	3	0	0	0	17
Tuberculosis respiratoria	39	175	106	76	176	385	1.253	1.019	828	461	322	421	133	1	5.395
Tuberculosis, otras localizaciones	7	38	24	17	48	111	383	312	185	164	162	220	70	0	1.741
Tularemia	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	4

CNE: notificación Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) individualizada año 2010

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 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	1.014	2.904	731	240	88	116	222	189	175	228	186	190	57	0	6.340
Infección por clamidias	28	0	0	3	81	211	413	159	38	12	2	0	1	0	948
Criptosporidiosis	3	32	9	1	0	1	5	3	2	1	0	0	0	0	57
Escherichia coli verotoxigénico	5	13	2	1	0	0	3	1	4	2	1	4	1	0	37
Giardiasis	30	162	149	60	8	19	56	35	21	15	18	2	3	0	578
Gonococia	17	0	2	1	58	192	347	201	73	26	1	1	1	0	920
Enfermedad invasora por *Haemophilus influenzae*	11	5	2	0	0	0	1	5	4	10	20	21	7	0	86
Listeriosis	5	0	1	0	2	2	9	15	10	22	24	27	12	0	129

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
Fiebre Q	13	0	1	1	0	2	8	17	16	4	3	2	2	0	69
Salmonelosis, no tifoidea, ni paratifoidea	347	1.649	639	198	74	86	207	205	225	241	236	231	79	0	4.417
Enfermedad invasora por *Streptococcus pneumoniae*	65	151	36	9	10	23	49	89	134	153	176	214	126	0	1.235
Yersiniosis, no pestis	58	137	50	26	7	5	9	13	7	3	1	8	2	0	326

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	2	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	4
Brucelosis	0	2	3	2	2	4	17	15	14	14	5	4	0	0	82
Carbunco	0	0	0	0	1	1	0	1	4	2	1	1	0	0	11
Enfermedad meningocócica	46	84	30	14	18	16	18	12	11	21	6	8	2	2	288
F. exantemática mediterránea	0	2	4	0	0	5	8	6	15	13	10	3	3	0	69
F. tifoidea y paratifoidea	0	8	3	5	2	3	7	4	3	1	3	1	0	1	41
Hepatitis A	4	49	62	37	22	42	168	160	37	17	10	2	1	2	613
Hepatitis B	1	4	0	3	16	28	155	169	118	63	27	17	1	0	602

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
Hidatidosis	0	0	0	0	1	0	6	17	14	12	12	11	1	0	74
Legionelosis	0	0	0	0	0	3	25	91	193	213	148	133	41	6	853
Leishmaniasis	3	4	0	2	0	2	13	21	21	6	6	2	1	0	81
Lepra	0	0	0	0	0	2	1	4	1	3	0	0	0	0	11
Meningitis tuberculosa	1	4	1	0	3	1	11	12	6	7	8	7	1	0	62
Paludismo (casos importados)	1	8	8	7	3	6	58	81	32	11	7	1	0	0	223
Parotiditis	13	281	252	153	113	120	210	87	44	20	11	5	1	4	1.314
Rubéola	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	5
Sarampión	24	37	15	12	11	10	32	7	1	0	0	0	0	0	149
Shigelosis	2	7	9	2	1	7	25	21	10	1	4	1	0	0	90
Sífilis congénita	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Tétanos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	0	1	0	5
Tos ferina	179	44	57	61	6	0	11	17	13	6	0	0	0	1	395
Triquinosis	0	0	1	0	0	0	0	2	1	1	1	0	0	0	6
Tuberculosis respiratoria	22	102	55	36	84	205	707	689	667	364	218	304	80	1	3.534
Tuberculosis, otras localizaciones	3	22	12	11	26	51	227	188	113	88	77	105	25	0	948
Tularemia	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	3

CNE notificación individualizada año 2010

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	532	1.649	406	134	55	54	90	100	102	125	111	89	20	0	3.467
Infección por clamidias	6	0	0	0	23	81	203	88	18	7	1	0	1	0	428
Criptosporidiosis	1	18	5	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	27
Escherichia coli verotoxigénico	2	8	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	14
Giardiasis	14	94	82	41	6	6	24	22	14	7	10	1	3	0	324
Gonococia	16	0	0	1	45	167	292	172	56	16	0	1	1	0	767
Enfermedad invasora por *Haemophilus influenzae*	4	2	2	0	0	0	0	0	4	6	14	14	3	0	49
Listeriosis	4	0	1	0	1	0	1	4	6	13	14	16	4	0	64
Fiebre Q	10	0	0	0	0	2	6	11	12	3	2	1	1	0	48
Salmonelosis, no tifoidea, ni paratifoidea	191	845	318	106	40	51	115	110	120	135	134	129	29	0	2.323
Enfermedad invasora por *Streptococcus pneumoniae*	39	91	22	8	5	17	35	50	89	99	116	121	52	0	744
Yersiniosis, no pestis	28	69	30	19	6	3	3	6	2	1	0	3	1	0	171

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	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	4
Brucelosis	0	1	1	1	0	2	7	5	3	3	4	0	2	0	29
Carbunco	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	3
Enfermedad meningocócica	40	78	29	14	19	5	22	11	15	9	14	13	6	0	275
F. exantemática mediterránea	0	5	4	1	2	1	4	8	5	9	5	5	2	0	51
F. tifoidea y paratifoidea	0	2	4	3	2	1	5	2	2	2	2	0	2	1	28
Hepatitis A	1	40	48	30	15	25	71	81	36	17	9	4	0	1	378
Hepatitis B	1	2	0	3	10	28	45	40	35	19	12	14	4	0	213
Hidatidosis	0	0	0	0	3	4	6	13	8	15	14	8	1	0	72
Legionelosis	0	1	1	1	0	3	4	19	53	62	60	58	32	2	296
Leishmaniasis	2	8	3	5	1	0	5	1	13	5	9	2	0	0	54
Lepra	0	0	0	0	0	0	4	2	1	1	0	0	0	0	8
Meningitis tuberculosa	3	2	1	0	0	2	4	7	3	4	6	7	2	0	41
Paludismo (casos importados)	3	9	3	6	7	5	43	26	16	6	5	0	0	0	129
Parotiditis	7	161	168	112	110	91	153	77	57	31	19	13	5	1	1.005
Rubéola	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	4
Sarampión	21	31	16	22	16	6	27	13	1	0	0	0	0	0	153
Shigelosis	0	10	6	2	1	5	16	8	2	4	3	0	0	0	57
Sífilis congénita	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
Tétanos	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	2	0	5
Tos ferina	174	53	85	68	9	5	19	32	10	7	2	3	0	2	469
Triquinosis	0	0	0	1	1	1	0	5	1	0	2	0	0	0	11

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
Tuberculosis respiratoria	17	73	51	40	92	180	546	330	161	97	104	117	53	0	1.861
Tuberculosis, otras localizaciones	4	16	12	6	22	60	156	124	72	76	85	115	45	0	793
Tularemia	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1

CNE notificación individualizada año 2010

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 6b. Casos notificados según la fuente de datos por enfermedad y grupos de edad en mujeres. 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	468	1.239	319	104	31	62	130	88	72	100	72	100	35	0	2.820
Infección por clamidias	22	0	0	3	58	130	209	69	20	5	1	0	0	0	517
Criptosporidiosis	2	14	4	1	0	1	3	3	1	1	0	0	0	0	30
Escherichia coli verotoxigénico	2	4	1	1	0	0	2	1	3	2	1	4	0	0	21
Giardiasis	10	67	66	16	2	13	32	13	7	8	8	1	0	0	243
Gonococia	0	0	2	0	13	25	48	27	15	10	0	0	0	0	140
Enfermedad invasora por *Haemophilus influenzae*	7	3	0	0	0	0	1	5	0	4	6	7	4	0	37
Listeriosis	1	0	0	0	1	2	8	11	4	9	10	11	8	0	65

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
Fiebre Q	3	0	1	1	0	0	2	4	4	1	1	1	1	0	19
Salmonelosis, no tifoidea, ni paratifoidea	144	793	318	92	34	35	90	95	105	105	102	101	50	0	2.064
Enfermedad invasora por *Streptococcus pneumoniae*	25	57	14	1	5	6	14	38	44	53	59	92	74	0	482
Yersiniosis, no pestis	30	66	20	7	1	2	6	7	5	2	1	5	1	0	153

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 por categoría de transmisión y sexo, según la comunidad autónoma de residencia

Registro nacional de sida. Datos no corregidos por retraso en la notificación

Datos actualizados a 30 de junio de 2010

CC.AA.	Homo/bi	UDVP		Hemode		Transf		Madre-hijo		Hetero		Otros		Total		
	H	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	Total
Andalucía	25	59	11	0	0	0	0	2	0	32	22	15	4	133	37	170
Aragón	0	7	0	0	0	0	0	0	0	10	9	2	0	19	9	28
Asturias	5	16	1	0	1	0	0	0	0	0	5	0	0	21	7	28
Baleares	12	12	4	1	0	0	0	0	0	6	4	8	2	39	10	49
Canarias	12	12	4	0	0	0	0	0	0	13	6	2	0	39	10	49
Cantabria	4	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	7	3	10
Castilla-La Mancha	1	8	1	0	0	0	0	0	0	4	0	3	0	16	1	17
Castilla y León	10	13	4	0	0	0	0	0	0	11	7	4	1	38	12	50
Cataluña	44	24	6	0	0	0	0	1	0	48	24	9	4	126	34	160

CC.AA.	Homo/bi	UDVP		Hemode		Transf		Madre-hijo		Hetero		Otros		Total		
	H	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	Total
C. Valenciana	13	20	9	1	0	0	0	0	0	19	14	8	4	61	27	88
Extremadura	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	4	1	5
Galicia	12	17	6	1	0	0	0	0	0	18	9	1	3	49	18	67
Madrid	83	50	15	0	0	1	1	0	1	26	27	9	1	169	45	214
Murcia	7	5	0	0	0	0	0	0	0	6	5	2	2	20	7	27
Navarra	3	1	1	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	6	3	9
País Vasco	8	13	2	0	0	0	0	0	0	15	5	4	0	40	7	47
La Rioja	1	3	0	0	0	0	0	0	0	3	0	1	0	8	0	8
Melilla	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2	2	4
Desconocida	1	3	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	6	1	7
Total	242	267	66	3	1	1	1	3	1	217	143	70	22	803	234	1.037