



INFORME SEMANAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA nº 19 Año 2024 EN ESPAÑA

CONTENIDO

	Semana epidemiológica	Página
 Nota informativa		1
 Información de la Enfermedad Meningocócica	17/2024	2
 Plan Nacional de Eliminación del Sarampión y la Rubéola	18/2024	4
 Informe de la temporada de Gripe y otros virus respiratorios 2023-2024	17/2024	5
 BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO SEMANAL (BES), vol. 32 nº1 2024		11
 Informe Situación Viruela del Mono	pulse aquí	

Cita sugerida: Boletín Semanal en Red. Número 19. Año 2024. Centro Nacional de Epidemiología. ISCIII.

Nota informativa.

Debido al proceso de actualización que se está realizando en la plataforma SIVIES+, las tablas 1 y 2 de la situación de las Enfermedades de declaración obligatoria no saldrán esta semana.

ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA. Año 2024. Semana 17 [Casos acumulados desde el 01/01/2024 hasta el 28/04/2024. Datos provisionales¹]

Tabla 1. Datos desagregados por CCAA

	Casos ²	Tasas ³	Casos confirmados	Defunciones	Letalidad (%)
Andalucía	28	0,33	27	4	14,3
Aragón	0	0,00	0	0	0,0
Asturias	9	0,90	9	1	11,1
Baleares	1	0,08	1	1	100,0
Canarias	5	0,22	5	0	0,0
Cantabria	3	0,51	3	0	0,0
Castilla-La Mancha	9	0,44	9	3	33,3
Castilla y León	5	0,21	5	0	0,0
Cataluña	0	0,00	0	0	0,0
C. Valenciana	16	0,31	15	3	18,8
Extremadura	2	0,19	2	0	0,0
Galicia	15	0,56	14	2	13,3
Madrid	26	0,38	26	0	0,0
Murcia	9	0,59	8	0	0,0
Navarra	3	0,45	3	0	0,0
P. Vasco	14	0,64	14	3	21,4
La Rioja	3	0,95	3	0	0,0
Ceuta	0	0,00	0	0	0,0
Melilla	0	0,00	0	0	0,0
Total	148	0,31	144	17	11,5

¹NOTA: Los análisis de enfermedad meningocócica se han realizado con datos consultados de SIVIES Plus a las 08:45 horas del día 07/05/2024.

²Casos acumulados: suma de casos confirmados, probables y sospechosos.

³Tasas de incidencia acumulada de periodo por 100.000 habitantes.

ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA. Año 2024. Semana 17 [Casos acumulados desde el 01/01/2024 hasta el 28/04/2024. Datos provisionales¹]

Tabla 2. Distribución por resultado microbiológico.

Resultado microbiológico	Año 2024				Año 2023			
	Casos	Tasas	Defunciones	Letalidad	Casos	Tasas	Defunciones	Letalidad
Sg A	1	0,00	0	0,0	0	0,00	0	0,0
Sg B	70	0,15	7	10,0	60	0,13	7	11,7
Sg C	0	0,00	0	0,0	1	0,00	0	0,0
Sg W	10	0,02	3	30,0	13	0,03	4	30,8
Sg Y	11	0,02	1	9,1	14	0,03	2	14,3
No tipables	18	0,04	2	11,1	7	0,01	0	0,0
Otros serogrupos	9	0,02	1	11,1	4	0,01	0	0,0
Serogrupo desconocido	24	0,05	3	12,5	13	0,03	0	0,0
Total confirmados	144	0,30	17	11,8	112	0,24	13	11,6
Total sospechosos	4	0,01	0	0,0	5	0,01	0	0,0
Total	148	0,31	17	11,5	117	0,25	13	11,1

¹NOTA: Los análisis de enfermedad meningocócica se han realizado con datos consultados de SIVIES Plus a las 08:45 horas del día 07/05/2024.

ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA. Año 2024. Semana 17 [Casos acumulados desde el 01/01/2024 hasta el 28/04/2024. Datos provisionales¹]

Tabla 3. SEROGRUPOS B, C, W e Y. Distribución por grupo de edad.

Grupo de Edad	Serogrupo B				Serogrupo C				Serogrupo W				Serogrupo Y			
	Año 2024		Año 2023		Año 2024		Año 2023		Año 2024		Año 2023		Año 2024		Año 2023	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
<1 año	7	2,12	8	2,43	0	0,00	0	0,00	1	0,30	2	0,61	0	0,00	1	0,30
1-4 años	14	0,94	4	0,27	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
5-9 años	8	0,36	3	0,13	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,04	0	0,00	0	0,00
10-14 años	3	0,12	8	0,32	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,04	0	0,00	0	0,00
15-19 años	5	0,20	6	0,24	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,08
20-24 años	3	0,12	5	0,20	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	0,12
25-34 años	6	0,11	9	0,17	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,02	0	0,00	0	0,00
35-44 años	5	0,07	1	0,01	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,01	1	0,01
45-54 años	5	0,06	3	0,04	0	0,00	0	0,00	2	0,03	0	0,00	2	0,03	2	0,03
55-64 años	3	0,05	4	0,06	0	0,00	0	0,00	0	0,00	3	0,05	0	0,00	1	0,02
65-74 años	7	0,14	4	0,08	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,02	1	0,02	1	0,02
75-84 años	3	0,10	2	0,06	0	0,00	0	0,00	4	0,13	3	0,10	4	0,13	1	0,03
>84 años	1	0,06	3	0,19	0	0,00	1	0,06	3	0,19	1	0,06	3	0,19	2	0,12
Total	70	0,15	60	0,13	0	0,00	1	0,00	10	0,02	13	0,03	11	0,02	14	0,03

¹NOTA: Los análisis de enfermedad meningocócica se han realizado con datos consultados de SIVIES Plus a las 08:45 horas del día 07/05/2024.

CLASIFICACIÓN DE LOS CASOS SOSPECHOSOS DE SARAMPIÓN

Tabla 4. Casos acumulados desde el 01/01/2024 hasta el 05/05/2024 (Semana 18)

CC.AA	Casos notificados	En Investigación	Clasificación de origen de la infección					Casos descartados				
	Total	Total	Endémicos	Importado	Relacionado importación	Desconocido	Total	Rubéola	Casos Vacunales	Otro Diagnóstico	Sin Diagnosticar	Total
ANDALUCÍA	4						0				4	4
ARAGÓN	12			1	1	2	4			2	6	8
ASTURIAS	1						0		1			1
BALEARES							0					0
CANARIAS							0					0
CANTABRIA							0					0
C. LA MANCHA	5			1	4		5					0
CASTILLA Y LEÓN	5	1			1	2	3				1	1
CATALUÑA	13			2		4	6			1	6	7
C. VALENCIANA	13			5	5	2	12			1		1
EXTREMADURA							0					0
GALICIA	3			1	1		2				1	1
MADRID	3			2	1		3					0
MURCIA	1			1			1					0
NAVARRA	2	1					0				1	1
PAIS VASCO							0					0
LA RIOJA							0					0
CEUTA							0					0
MELILLA							0					0
TOTAL	62	2	0	13	13	10	36	0	1	4	19	24

Otros diagnósticos: Identificación de otros virus diferentes de Rubéola: Sd, Kawasaki, Infección por estreptococo, Enfermedad mano-pie-boca, Probable reacción alérgica, mononucleosis infecciosa, Roséola infantil por VHH7, Eritema infeccioso, Pustulosis exantemática aguda generalizada, Parvovirus B19, V, Epstein Barr, infección por adenovirus, Cuadro febril, Sd, Gianotti-Crosti + eccema del pañal, Escarlatina, Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III, Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, Protocolo de Vigilancia del Sarampión, Protocolos de enfermedades de declaración obligatoria, Madrid, 2013. http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-procedimientos/PROTOCOLOS_RENAVE-ciber.pdf

CLASIFICACIÓN DE LOS CASOS SOSPECHOSOS DE RUBEOLA

Tabla 5. Casos acumulados desde el 01/01/2024 hasta el 05/05/2024 (Semana 18)

CC.AA	Casos notificados	En Investigación	Casos Confirmados				Casos descartados				
	Total	Total	Laboratorio	Vínculo	Clínica	Total	Sarampión	Casos Vacunales	Otro Diagnóstico	Sin Diagnosticar	Total
ANDALUCIA											
ARAGÓN											
ASTURIAS											
BALEARES											
CANARIAS											
CANTABRIA											
C. LA MANCHA											
CASTILLA Y LEÓN											
CATALUÑA	1	1									
C.VALENCIANA	2									2	2
EXTREMADURA											
GALICIA											
MADRID											
MURCIA											
NAVARRA											
PAIS VASCO											
LA RIOJA											
CEUTA											
MELILLA											
TOTAL	3	1								2	2

Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III, Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, Protocolo de Vigilancia de Rubéola, Protocolos de enfermedades de declaración obligatoria, Madrid, 2013 http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-procedimientos/PROTOCOLOS_RENAVE-ciber.pdf

Vigilancia centinela de Infección Respiratoria Aguda en Atención Primaria (IRAs) y en Hospitales (IRAG) Gripe, COVID-19 y VRS. Semana 17/2024 (del 22 al 28 de abril de 2024)

[Informe](#)

Las infecciones respiratorias agudas se mantienen en valores basales en España, en Atención Primaria y hospitales

La positividad de casos de IRAs se situó por debajo del 10% desde la semana 01/2024 para VRS, desde la semana 03/2024 para SARS-CoV-2 y desde la semana 07/2024 para gripe.

La variante de SARS-CoV-2 identificada en mayor proporción en los casos centinela de IRAs e IRAG en Atención Primaria y hospitales es la BA.2.86 (58% y 59%) desde la semana 03/2024.

La infección por VRS sigue decreciendo o permanece estable en todos los ámbitos.

Las estimaciones MoMo de excesos semanales de mortalidad por todas las causas muestran que la mortalidad está a niveles esperados, después de un periodo de elevada mortalidad observada.

- **Infección Respiratoria Aguda en Atención Primaria (IRAs):** La tasa de IRAs a nivel nacional es de 439,8 casos/100000 h, con fluctuaciones en las últimas semanas. Por grupos de edad, las mayores tasas de IRAs en Atención Primaria se dan en el grupo de los menores de 1 año (2473,8 casos/100000 h), seguido del grupo de 1-4 años de edad (1622,2 casos/100000 h). Las tasas de síndrome gripal siguen disminuyendo desde la semana 01/2024 mientras que la de bronquiolitis comenzó el descenso tres semanas antes (50/2023).

- Esta semana el porcentaje de positividad a gripe desciende a 0,4 vs 0,9% en la semana previa, también desciende para VRS (0,4% vs 0,9% en la semana previa), mientras que asciende para SARS-CoV-2 (2,4% vs 1,6% en la semana previa). Desde el inicio de la temporada se han analizado más de 23000 muestras de IRAs para el diagnóstico de gripe, SARS-CoV-2 y VRS, con un 12,2%, 8,3% y 6,2% de positividad, respectivamente. El 96,4% de los virus gripales identificados son de tipo A (26,8% de AH3N2 y 73,2% de A(H1)pdm09 entre los subtipados) con un **24,5%** de virus A no subtipado.

- **Infección Respiratoria Aguda Grave en Hospitales (IRAG):** La tasa global desciende a 11,3 casos/100000 h (14,4 casos/100000 h en la semana previa). Por grupos de edad, las mayores tasas de hospitalización esta semana se observan en el grupo de los menores de un año (72,8 casos/100000 h), seguido del grupo de los adultos de 80 o más años (65,2 casos/100000 h).

- Esta semana la positividad a gripe de los IRAG seleccionados sistemáticamente desciende a 0,5% (vs 0,7% en la semana previa), también desciende para VRS (0,6% vs 1,4% en la semana previa), mientras que asciende para SARS-CoV-2 (2,8% vs 1,9% en la semana previa). Desde el inicio de la temporada se han analizado más de 11000 muestras de IRAG para el diagnóstico de gripe, para SARS-CoV-2 y para VRS, con una positividad de positividad de 14,3%, 8,7% y 10,7%, para gripe, SARS-CoV-2 y VRS, respectivamente. Entre los 1593 virus gripales identificados, 1585 son de tipo A (28,6% de AH3N2 y 72,5% de A(H1)pdm09 entre los subtipados), con un **53,5%** de virus A no subtipado. Entre los VRS tipados, 47,1% son de tipo A y 52,9% de tipo B.

- **Gripe:** La **incidencia de gripe en Atención Primaria** a nivel nacional se sitúa en 1,8 casos/100000 h (4,1 casos/100000 h en la semana previa), después de tomar valores por debajo del umbral post- epidémico en la semana 06/24. El pico de actividad se alcanzó en la semana 52/2023 con un nivel muy alto de intensidad en relación a temporadas previas. Por grupos de edad, el descenso se observa en todos los grupos de edad. **La tasa de hospitalización por gripe** se sitúa en 0,1 casos/100000h al igual que en la semana previa. Se observa que la mayor tasa de hospitalización por gripe corresponde al grupo de los adultos de 80 o más años. En términos de gravedad, desde el inicio de temporada, los casos hospitalizados por presentan un 31,9% de neumonía, un 5,8% de admisión en UCI y un 7,1% de letalidad. Se observan valores de letalidad mayores que en la temporada previa en los casos hospitalizados con gripe.

- **COVID-19:** La **incidencia de COVID-19 en Atención Primaria** se sitúa en 10,4 casos/100000 h (7,2 casos/100000 h en la semana previa) y las mayores tasas se observan en el grupo de 1-4 años.

- La variante de SARS-CoV-2 identificada en mayor proporción en los casos de IRAs en atención primaria han sido BA.2.86 (58,41%), con predominio del 97,78% desde el inicio de la temporada correspondiente a la circulación de linajes y sublinajes JN.1.

- La **tasa de hospitalización** por COVID-19 se sitúa en 0,3 casos/100000 h al igual que en la semana previa). La hospitalización por COVID-19 disminuye en todos los grupos de edad, excepto en el grupo de los adultos de 80 o más años (3,1 vs 1,6 casos/100000 h). En términos de gravedad, desde el inicio de temporada, los casos hospitalizados por COVID-19 presentan un 30,2% de neumonía, un 4,5% de admisión en UCI y un 9,1% de letalidad, en un rango similar al de temporadas previas.
- La variante de SARS-CoV-2 identificada en mayor proporción en los casos de IRAG en hospitales es BA.2.86 (59,06%), con un predominio del 84,13% desde el inicio de la temporada correspondiente a la circulación de linajes y sublinajes JN.1.
- **Virus Respiratorio Sincitial (VRS):** La tasa de infección **por VRS en Atención Primaria** presenta una tendencia decreciente, con fluctuaciones a la baja en todos los grupos de edad excepto en el grupo de 1-4 años (35,3 vs 0 casos/100000 h en la semana previa). En hospitales se observa un descenso en la **tasa de hospitalización por infección por VRS** con 0,1 casos/100000 h (0,2 casos/100000 h en la semana previa). El descenso se observa en todos los grupos de edad, excepto en el grupo de 5-14 años (0,4 vs 0 casos/100000 h). En términos de gravedad, desde el inicio de temporada, los casos hospitalizados por infección por VRS presentan un 20,6% de neumonía, un 10,3% de admisión en UCI y un 4,0% de letalidad, en un rango similar al de temporadas previas.
- **Se recomienda aumentar el subtipado de los virus de la gripe A, especialmente los identificados tanto en las muestras de IRAs (24,5% de ANS) en Atención Primaria como en las muestras de IRAG en hospitales (53,5% de ANS).**
- Los resultados del sistema MoMo indican que desde el inicio de la temporada 2023-24 no se produjeron excesos positivos de defunciones por todas las causas hasta la semana 52/2023. Desde la semana 52/2023 hasta la semana 04/2024 se observa un exceso de 6189 defunciones por todas las causas.

Vigilancia sindrómica

IRAs en Atención Primaria

Figura 1. Evolución de las tasas de incidencia de IRAs por grupo de edad. SiVIRA, temporada 2023-24.

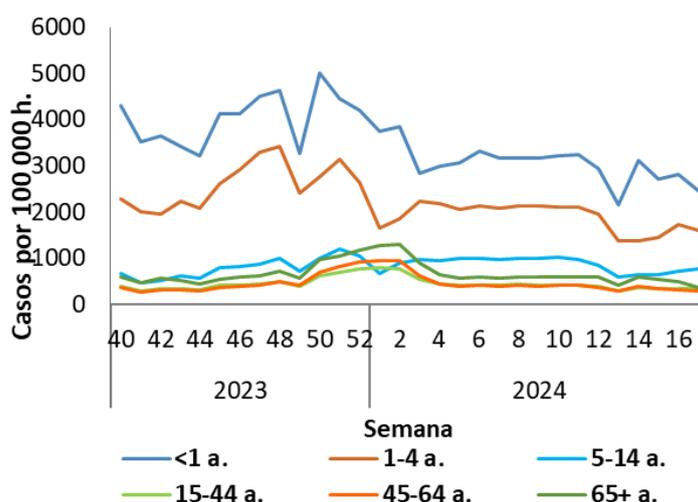


Figura 2. Evolución de la positividad a gripe, SARS-CoV-2 y VRS en los casos de IRAs. SiVIRA, temporada 2023-24.

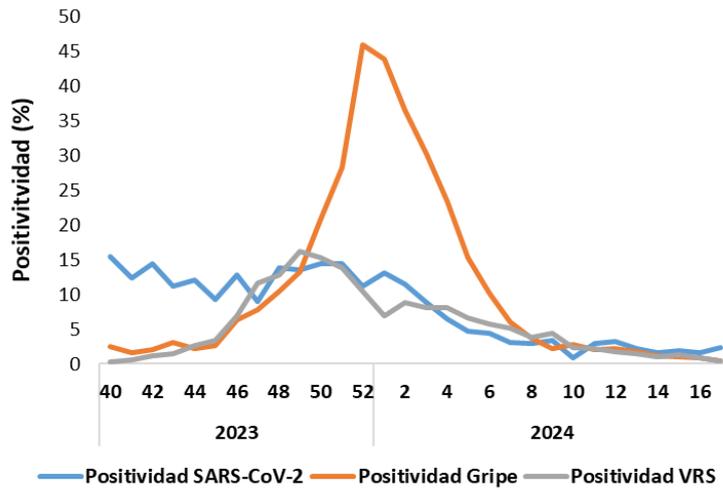
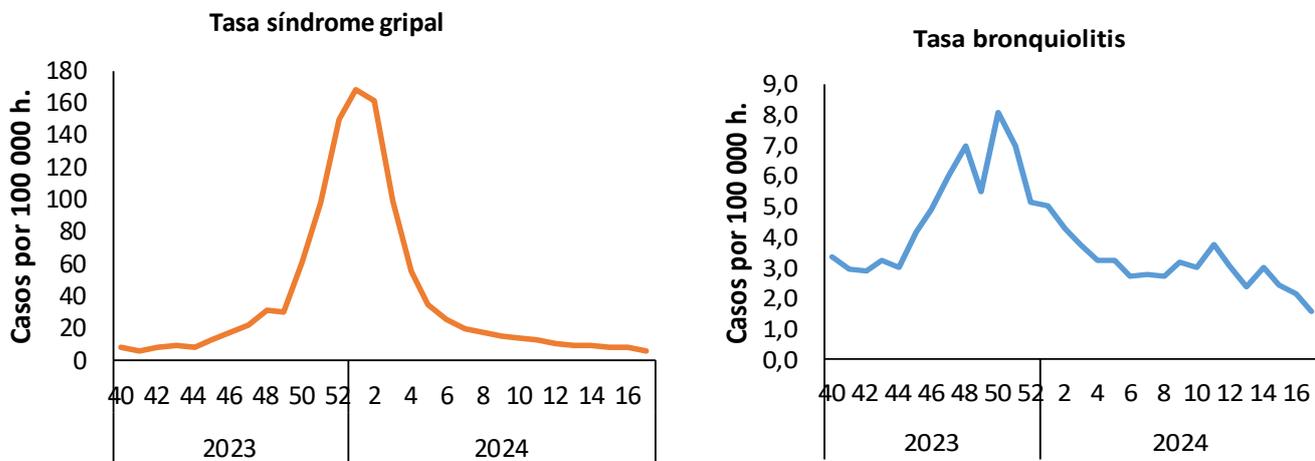


Figura 3. Evolución de las tasas de incidencia semanal de síndrome gripal y bronquiolitis. Vigilancia centinela de IRAs. SiVIRA, temporada 2023-24.



IRAG en hospitales

Figura 4. Evolución de las tasas de hospitalización de IRAG por grupo de edad. SiVIRA, temporada 2023-24.

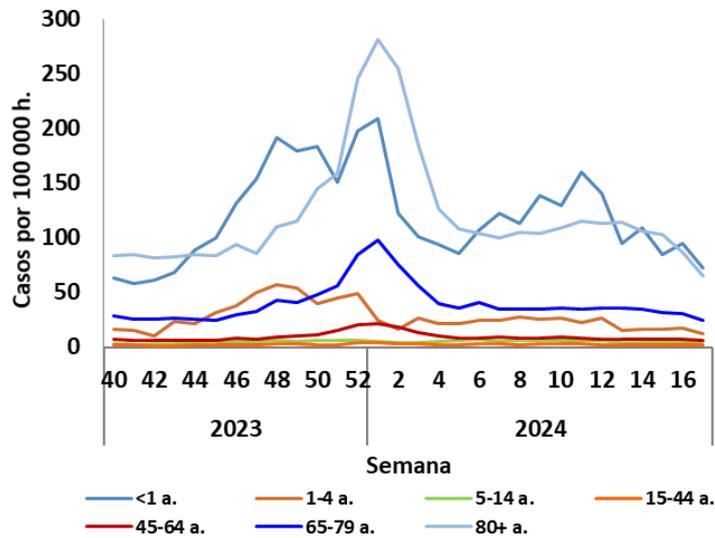
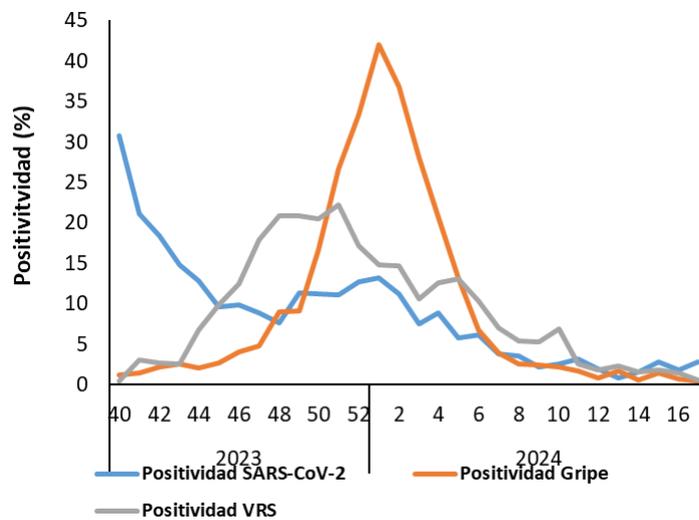


Figura 5. Evolución de la positividad a gripe, SARS-CoV-2 y VRS en los casos IRAG en hospitales. SiVIRA, temporada 2023-24.



Vigilancia centinela de gripe, COVID-19 y VRS en hospitales

Figura 6. Tasas estimadas de hospitalización por gripe, SARS-CoV-2 y VRS, por temporada 2020-21 a 2023-24.



El 6 de mayo de 2024, se publicó el primer volumen del Boletín Epidemiológico Semanal (BES) de los cuatro volúmenes que se publicarán durante 2024. El último número publicado está disponible en:

[Vol. 32 Núm. 1 \(2024\): Semanas 1-13 | Boletín Epidemiológico Semanal \(isciii.es\)](#)

Se pueden revisar los números anteriores en:

[Archivos | Boletín Epidemiológico Semanal \(isciii.es\)](#)

Que incluye la **Nota Editorial**:

- **Día mundial de la tuberculosis – 24 de marzo –**

[Día mundial de la tuberculosis -24 de marzo- | Boletín Epidemiológico Semanal \(isciii.es\)](#)

Y los siguientes estudios epidemiológicos:

- **Nuevos diagnósticos de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en personas de 50 o más años en España, 2013-2022.**

RESUMEN

Introducción: Entre la población de mayor edad con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) se encuentran aquellos que adquirieron la infección en décadas anteriores como los que se diagnostican con 50 años o más. El objetivo es describir las características de los nuevos diagnósticos de VIH de 50 años o más identificados en España en 2022 y analizar la tendencia en 2013-2022.

Método: Estudio descriptivo de los nuevos diagnósticos de 50 años o más notificados al Sistema de Vigilancia de Nuevos Diagnósticos de VIH (2013-2022) y su comparación con los de 15-49 años. Las tendencias se estudiaron mediante variación de tasas.

Resultados: En 2022 se produjeron 2.952 nuevos diagnósticos de VIH en mayores de 14 años, de los que el 18,3% (540) tenían 50 o más años. La mayoría fueron hombres (84,3%), nacidos en España (68,7%) y el modo de transmisión más frecuente fueron las relaciones sexuales no protegidas entre hombres (40,7%). El 64,4% presentó diagnóstico tardío. Comparados con los casos entre 15 y 49 años, se observó mayor proporción de españoles, transmisión en hombres heterosexuales y de casos con retraso diagnóstico. Entre aquellos de 50 o más años la tendencia en las tasas totales, por sexo y modo de transmisión fue descendente con importante disminución entre 2019 y 2020. El porcentaje de casos con diagnóstico tardío no varió en el periodo.

Conclusiones: La elevada proporción de diagnóstico tardío en los nuevos diagnósticos de mayor edad hace necesario reforzar la prevención primaria y secundaria en esta población.

Se puede consultar en:

[Vista de Nuevos diagnósticos de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en personas de 50 o más años en España, 2013-2022 \(isciii.es\)](#)

- **Epidemiología y carga de enfermedad por VRS en España. SiVIRA, temporadas 2021-22 y 2022-23.**

RESUMEN

Introducción: Es esencial conocer la carga de enfermedad de la infección respiratoria aguda por Virus Respiratorio Sincitial (VRS) antes de la implementación de cualquier medida preventiva. El objetivo de este estudio es describir la epidemiología de la infección por VRS y estimar su carga de enfermedad en España a partir del Sistema de Vigilancia de Infección Respiratoria Aguda (SiVIRA).

Método: Con datos de SiVIRA se estimaron casos en Atención Primaria y hospitalizaciones por VRS, por grupo de edad, en las temporadas de 2021-22 a 2022-23. Las hospitalizaciones estimadas con SiVIRA se compararon con datos de altas hospitalarias por VRS en el periodo 2016-2020, obtenidas del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD).

Resultados: SiVIRA estimó un promedio por temporada de 907.194 casos en Atención Primaria y 29.081 hospitalizaciones por VRS en España. Los <5 años concentraron 259.013 casos (28,6%) y 15.375 hospitalizaciones (52,9%), y requirieron con mayor frecuencia ventilación mecánica invasiva (6,9%) y admisión en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) (14,4%). En ≥65 años se estimaron 128.590 casos (14,2%) y 10.360 hospitalizaciones (35,6%). En el análisis ampliado del CMBD, se observaron 21.258 hospitalizaciones en <5años (42,4%), y 22.758 en los ≥65 años (45,4%).

Conclusiones: El mayor impacto de la infección por VRS se produce en los niños <5 años, especialmente en <1 año. La considerable carga hospitalaria en adultos mayores aconseja valorar medidas preventivas de salud pública. Las estimaciones de carga hospitalaria a partir de la vigilancia SiVIRA fueron comparables a las obtenidas con el análisis ampliado del CMBD.

Se puede consultar en:

[Vista de Epidemiología y carga de enfermedad por VRS en España. SiVIRA, temporadas 2021-22 y 2022-23 \(isciii.es\)](#)

- **Mortalidad por tuberculosis en España, 2008-2021**

RESUMEN

Introducción: La tuberculosis (TB) presenta una elevada carga de morbimortalidad, siendo la principal causa de mortalidad por agente infeccioso en el mundo, sólo superada recientemente por la COVID-19. El objetivo de este estudio fue analizar la evolución espacio temporal de la mortalidad por TB en España entre 2008-2021.

Método: Análisis epidemiológico descriptivo de los casos de defunción por TB registrados en el Instituto Nacional de Estadística (INE) durante 2008-2021. Las variables analizadas fueron sexo, edad, provincia y año de defunción. Se realizó análisis descriptivo de las variables principales y un análisis espacio temporal de las tasas de mortalidad (TM) y las razones de mortalidad estandarizadas (RME).

Resultados: Del 2008 al 2021, se notificaron 3.876 decesos por TB, con una TM media de 0,6 por 100.000 habitantes. Más del 60% de las defunciones fueron en mayores de 75 años. Se observó una tendencia decreciente en las TM con un porcentaje de cambio medio anual (PCMA) de -5,2%. Se observó un mayor número de muertes en hombres (64,1%), así como una mayor disminución en sus TM (PACMA -5,5% vs -4,5% en mujeres). Todas las provincias descendieron sus TM excepto Palencia, Cantabria y Huesca. Las RME se distribuyeron de forma diferente según las provincias y según el sexo, con mayores RME en hombres.

Conclusiones: La TM por TB en España ha seguido una tendencia descendente desde 2008, aunque con un patrón y evolución desigual por sexo y provincia. Es necesario realizar más estudios que permitan explicar las diferencias observadas.

Se puede consultar en:

[Vista de Mortalidad por tuberculosis en España, 2008-2021 \(isciii.es\)](https://isciii.es/vista-de-mortalidad-por-tuberculosis-en-espana-2008-2021)

- **Casos de dengue importados de Cuba en España, 2022**

RESUMEN

Introducción: En nuestro país, el dengue es una enfermedad principalmente importada desde zonas endémicas. El objetivo de este estudio fue analizar la frecuencia y características de los casos de dengue importados en España de Cuba en 2022.

Método: Análisis gráfico de e los casos importados desde 2016 a 2022, según su lugar de infección (Cuba vs. otros) y descriptivo de los casos de Cuba de 2022.

Resultados: Se observa en 2022 un predominio de la proporción de casos procedentes de Cuba (66,5%) respecto a años previos. De estos casos, 177 (53,5%) fueron mujeres y la edad mediana 37 años. El 52,0% viajaron por turismo y la proporción de hospitalizaciones fue similar entre los de Cuba vs. otros.

Discusión: La elevada proporción de casos procedentes de Cuba en España en 2022 se correspondió con una alerta por dengue en Cuba y un mayor número de casos importados en otros territorios. Conocer la situación epidemiológica en lugares endémicos y el país de contagio, puede contribuir en la prevención de casos importados en territorios no endémicos.

Se puede consultar en:

[Vista de Casos de dengue importados de Cuba en España, 2022 \(isciii.es\)](https://isciii.es/vista-de-casos-de-dengue-importados-de-cuba-en-espana-2022)