



RESULTADOS DE LA VIGILANCIA
EPIDEMIOLÓGICA DE LAS
ENFERMEDADES TRANSMISIBLES.
INFORME ANUAL. AÑO 2012

Monografías



MINISTERIO
DE ECONOMÍA
Y COMPETITIVIDAD

MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD



Instituto
de Salud
Carlos III



Red
Nacional de
Vigilancia
Epidemiológica

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

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

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



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

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

N.I.P.O. en línea: 725-14-029-6
I.S.B.N.: No (Free online version)

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

Redacción y elaboración de este informe

Responsables de elaboración:

Rocío Amillategui Dos Santos, Rosa Cano Portero.

Redacción del informe y gestión de datos:

Fuencisla Avellanal Calzadilla, Rosa Cano Portero, Concepción Delgado Sanz, Oliva Díaz García, Asunción Díaz Franco, Mercedes Díez Ruiz-Navarro, Rafael Fernández-Cuenca Gómez, Macarena Garrido Estepa, Silvia Jiménez Jorge, Amparo Larrauri Cámara, Alicia Llácer Gil De Ramales, Teresa López Cuadrado, Noemí López Perea, Paloma Lucas Herraiz, M^ª del Carmen Martín Mesonero, Elena V. Martínez Sánchez, Josefa Masa Calles, Jesús Oliva Domínguez, Pilar Ordóñez Banegas, Jesús de Pedro Cuesta, Elena Rodríguez Valín, María Ruiz Tovar, Lucía Sobrino Vegas, M^ª del Carmen Varela Martínez, Susana Villarrubia Enseñat.

Elaboración de tablas y gráficas:

Rocío Amillategui Dos Santos.

Para citar esta monografía

Centro Nacional de Epidemiología. Resultados de la vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles. Informe anual 2012. Madrid, 2014.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	6
ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS USADOS EN ESTE INFORME	7
1. INTRODUCCIÓN	9
2. VIGILANCIA DE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN 2012	10
Fuentes de datos y sistemas de notificación de las enfermedades	10
Métodos, presentación e interpretación de la información	10
Calidad de los datos y limitaciones	11
Resumen de las enfermedades	12
3. ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS Y AGUA	16
Botulismo	16
Campilobacteriosis	17
Criptosporidiosis	20
Infección por <i>E. coli</i> productor de toxina shiga o verotoxina	21
Fiebre tifoidea y paratifoidea	23
Giardiasis	25
Hepatitis A	26
Listeriosis	28
Salmonelosis	29
Shigelosis	32
Triquinosis	33
Yersiniosis	35
4. ENFERMEDADES PREVENIBLES POR LA VACUNACIÓN	37
Difteria	37
Enfermedad meningocócica	37
Enfermedad invasora por <i>Haemophilus influenzae</i>	40
Parotiditis	41
Rubéola y Síndrome de Rubéola Congénita	43
Sarampión	45
Tétanos y Tétanos Neonatal	47
Tos ferina	49
Varicela	51
5. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN AÉREA	54
Enfermedad neumocócica invasora	54
Gripe	56
Legionelosis	61
Lepra	64
Tuberculosis	66

6. ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES	71
Fiebre exantemática mediterránea	71
Leishmaniasis	73
Paludismo	75
7. ZOONOSIS	77
Brucelosis	77
Hidatidosis	79
Carbunco	81
Fiebre Q	82
Tularemia	84
8. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y PARENTERAL	86
Infección por el VIH y SIDA	86
Sífilis	89
Sífilis Congénita	91
Infección Gonocócica	92
Infección por <i>Chlamydia trachomatis</i>	95
Hepatitis B	96
9. ENCEFALOPATÍAS ESPONGIFORMES TRANSMISIBLES HUMANAS	99
10. ANEXOS	102
ANEXO I. Mortalidad por enfermedades infecciosas - Años 2007 a 2012	102
Defunciones por enfermedades de etiología infecciosa en España. 2007-2012	102
ANEXO II. Resultados de la vigilancia: Tablas generales	113
Tabla 1. Casos notificados según la fuente de datos y enfermedad	113
Tabla 2. Casos notificados según la fuente de datos por enfermedad y Comunidad Autónoma*	114
Tabla 3a. Casos notificados según la fuente de datos por enfermedad y mes. EDO	115
Tabla 3b. Casos notificados según la fuente de datos por enfermedad y mes. SIM	116
Tabla 4a. Casos notificados según la fuente de datos por enfermedad y grupos de edad (Ambos sexos). EDO	117
Tabla 4b. Casos notificados según la fuente de datos por enfermedad y grupos de edad (Ambos sexos). SIM	118
Tabla 5a. Casos notificados según la fuente de datos por enfermedad y grupos de edad en hombres. EDO	119
Tabla 5b. Casos notificados según la fuente de datos por enfermedad y grupos de edad en hombres. SIM	120
Tabla 6a. Casos notificados según la fuente de datos por enfermedad y grupos de edad en mujeres. EDO	121
Tabla 6b. Casos notificados según la fuente de datos por enfermedad y grupos de edad en mujeres. SIM	122
Tabla 7. Casos de SIDA en España. Datos acumulados desde 1981. Casos por categoría de transmisión y sexo, según la CC.AA de residencia. Registro Nacional de SIDA. Fecha de actualización: 30 de junio de 2012	123

Agradecimientos

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

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

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

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

1. INTRODUCCIÓN

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

Este informe presenta los resultados de la vigilancia para el año 2012 de las enfermedades transmisibles que realizan los servicios de vigilancia de las comunidades autónomas y el 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 2007 a 2012.

2. VIGILANCIA DE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN 2012

FUENTES DE DATOS Y SISTEMAS DE NOTIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES

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

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

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

MÉTODOS, PRESENTACIÓN E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Los casos declarados siguen las definiciones de caso y los criterios para su clasificación (caso sospechoso, probable y confirmado) de los Protocolos³ de las Enfermedades de Declaración Obligatoria. Los protocolos fueron consensuados con las comunidades autónomas 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 comunidades autónomas han utilizado como referencia para la vigilancia en sus territorios.

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

La distribución estacional de los casos se analizó de acuerdo con el mes de declaración. Para todas las enfermedades excepto para un pequeño número en las que se dispone de la fecha de inicio de síntomas, la fecha de la semana de declaración es la única disponible (Anexo 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. Para algunas enfermedades se han considerado otros desgloses más adecuados para su interpretación y análisis.

El informe contiene la descripción epidemiológica de cada una de las enfermedades notificadas en 2012 y su comparación con años anteriores. Se ha analizado la evolución temporal de las tasas (de 2006 a 2012, de 2007 a 2012 para las enfermedades del SIM y desde 1982 para algunas de las enfermedades prevenibles por vacunación), la distribución por edad y sexo de los casos en 2012 y la distribución geográfica por comunidades autónomas de las tasas de incidencia excepto para las enfermedades vigiladas con el SIM.

En el [anexo I](#) se presentan las cifras de fallecidos (fuente de mortalidad del INE) para algunas enfermedades transmisibles seleccionadas de 2007 a 2012.

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

En 2012 no se declararon casos de las siguientes enfermedades: difteria, fiebre amarilla, fiebres hemorrágicas, rabia, vCJD.

CALIDAD DE LOS DATOS Y LIMITACIONES

El análisis realizado se centra en los resultados de la notificación individualizada de casos en los años 2006 a 2012. La calidad de la información individualizada de las variables básicas (edad, sexo, distribución geográfica y semana de notificación) de los casos declarados es alta. Aun así, para otras variables la exhaustividad es baja o la falta de actualización de la información una vez hecha la notificación impide tener información sobre la evolución del caso, estado 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 CCAA, del nivel de alerta o conciencia para la detección y notificación de cada enfermedad y de los recursos y prioridades existentes en cada CCAA para la vigilancia de las enfermedades.

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

RESUMEN DE LAS ENFERMEDADES

Enfermedades transmitidas por alimentos y agua

Su vigilancia se hace, para muchas enfermedades, integrando la información de los laboratorios de microbiología clínica hospitalaria. Para algunas comunidades autónomas estos laboratorios son la fuente primaria de información. En cualquier caso, la tendencia es a que la comunidad autónoma integre esta información en algún nivel de su circuito de vigilancia con lo que al CNE llegará la información del caso independientemente de la fuente de declaración. En 2012 no se han observado cambios significativos en la presentación de las enfermedades que constituyen este epígrafe. Campilobacteriosis es la primera causa de gastroenteritis bacteriana notificada, seguida por salmonelosis. En 2012, aumentaron los casos debidos a *S. Enteritidis* dentro de la tendencia descendente que presentan estos casos en los últimos años. La notificación de brotes de estas enfermedades es una valiosa fuente de información que permiten estudiar los factores de riesgo para la enfermedad y permite a la autoridad sanitaria establecer medidas de prevención y control. En 2012 se notificaron brotes para todas las enfermedades de este epígrafe, excepto yersiniosis. Algunos de los brotes fueron de gran magnitud y se dieron en el ámbito escolar. Hay un elevado número de brotes en el que el vehículo o el mecanismo de la infección se desconocen.

Enfermedades prevenibles por la vacunación

En España las vacunas incluidas en el calendario de vacunación infantil son bien aceptadas y se alcanzan altas coberturas de vacunación en la población. La vacunación sistemática ha conseguido que se elimine la polio y la difteria y que el tétanos y la enfermedad invasora por *H. influenzae* b hayan desaparecido, prácticamente, de la infancia, los casos que se notifican por este último se deben a serotipos no incluidos en las vacunas y en personas mayores de 65 años.

Las altas coberturas de vacunación y la elevada efectividad de las vacunas del sarampión y de la rubéola han reducido drásticamente estas enfermedades en nuestro territorio. Sin embargo se siguen registrando pequeños brotes de rubéola y casos de rubéola congénita en personas procedentes de países en los que todavía no se vacuna de rubéola. Además existen bolsas de individuos susceptibles de sarampión capaces de generar brotes cuando llega un caso importado. En 2012, disminuyó la actividad epidémica que se inició años antes.

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

Otras vacunas, como la de tos ferina y la de parotiditis tienen menor efectividad y presentan pérdida de inmunidad con el tiempo, por lo que, a pesar de las altas coberturas de vacunación, se van acumulando individuos susceptibles y aparece la enfermedad en ondas epidémicas multianuales. La tos ferina y parotiditis se están desplazando hacia adultos jóvenes vacunados en los que la enfermedad suele ser más leve; particular preocupación, por su gravedad, generan los casos de tos ferina en lactantes antes de que hayan recibido la vacunación.

El calendario común de vacunación infantil recomienda la vacunación de varicela en adolescentes con el objetivo de reducir las complicaciones de la enfermedad en adultos. En España la varicela ha disminuido, aunque de forma desigual, en todas las comunidades debido a que se ha vacunado de varicela a los niños al margen de las recomendaciones oficiales de vacunación. La vacunación masiva frente a una enfermedad epidémica de la infancia fuera de un programa de salud pública y por tanto sin garantía de que se alcancen altas coberturas de vacunación, puede generar brotes epidémicos a medio plazo.

Enfermedades de transmisión aérea

Se ha observado un descenso en el número de casos notificados ENI desde el año 2008. El descenso se ha debido a la disminución de los casos causados por serotipos incluidos en la vacuna heptavalente.

La temporada de gripe 2011-2012 fue la segunda tras la pandemia de 2009 y la primera en la que volvió a circular mayoritariamente un virus estacional A(H3N2) diferente al pandémico. Se caracterizó por una actividad gripal moderada, una presentación tardía en el tiempo y una limitada concordancia antigénica entre los virus circulantes y la cepa vacunal que dio lugar al cambio por la OMS de la cepa A(H3N2) en la composición de la vacuna antigripal de la siguiente temporada. La enfermedad grave por gripe confirmada afectó, fundamentalmente, a niños menores de cinco años y a mayores de 64 años, concentrándose en estos últimos el mayor porcentaje de defunciones.

La incidencia de Legionelosis presenta una tendencia decreciente aunque en 2012 se produjo un ligero incremento con respecto al año anterior. Se produjeron 18 brotes de pequeña magnitud, excepto en dos con 41 y 64 casos respectivamente. Debido a la importancia de la industria turística, nuestro país hace un esfuerzo especial en el seguimiento de casos asociados a viajar. El Centro Europeo para el Control y Prevención de las Enfermedades (ECDC) coordina la vigilancia de estos casos en Europa. Desde 2005 se ha observado un descenso tanto en el número de agrupamientos como de casos esporádicos asociados con viajar a España.

Los datos de incidencia y prevalencia de la lepra en España han disminuido respecto a años anteriores, lo que pone de manifiesto la importancia de la vigilancia de los casos y el seguimiento del tratamiento, así como la sospecha diagnóstica en personas procedentes de países endémicos de lepra.

La incidencia de tuberculosis sigue descendiendo de forma continua desde 2006, especialmente las formas respiratorias. El descenso en las localizaciones no respiratorias y en la meningitis tuberculosa no es tan acusado; estas formas son más frecuentes en inmunodeprimidos, en niños y en personas de edad avanzada, por lo que hay que aumentar la sospecha diagnóstica en estos grupos especialmente vulnerables.

Enfermedades transmitidas por vectores

La Fiebre exantemática mediterránea es una enfermedad considerada endémica de ámbito regional por lo que sólo la declaran 5 CCAA. En 2012 se produjo un aumento de los casos declarados. En España el período de actividad de la garrapata (vector de la enfermedad) puede cubrir todo el año.

La leishmaniasis es también una enfermedad endémica de ámbito regional, nueve CCAA notificaron casos en 2012. En la comunidad de Madrid se inició un brote en 2009 que se ha extendido hasta 2012, en que se observó, por primera vez un descenso de los casos.

Desde el año 2008 se ha producido un aumento de los casos de paludismo importados. El incremento de los viajes a países endémicos, principalmente por turismo o por viajes de residentes en España que visitan a familiares en zonas endémicas sin adoptar medidas de protección. La mitad de los casos se debieron a viajar a Guinea Ecuatorial y Nigeria.

Zoonosis

Brucelosis es una enfermedad de carácter ocupacional que principalmente afecta a personas que trabajan con animales o en laboratorio. En España es una enfermedad en vías de control cuya incidencia ha disminuido notablemente los últimos años, debido a las campañas de saneamiento ganadero. Las Islas Baleares y Canarias siguen manteniendo su estatus de oficialmente libres de brucelosis ovina y caprina, y no declararon ningún caso humano.

Hidatidosis es una enfermedad endémica regional notificada por 9 CCAA. En 2012 se produjo un aumento de casos declarados.

El carbunco es una enfermedad profesional que afecta principalmente a hombres adultos (agricultores, ganaderos, matarifes y trabajadores de la industria de la piel y el pelo). En España en los últimos años han predominado los casos de carbunco cutáneo. Desde la introducción en los años 70 de la vacuna en los herbívoros, se ha reducido el número de casos humanos a menos de 10 al año.

En 2012 se produjo un aumento de casos de Fiebre Q declarados al SIM. Esta enfermedad tiene un carácter ocupacional por contacto con animales.

El interés de la vigilancia de la tularemia viene dado por su capacidad de producir periódicamente brotes de cierta magnitud. Tras el brote producido en 2007, el número de casos ha ido descendiendo de forma constante, y desde 2010 se mantiene en niveles muy bajos. Los factores de riesgo para esta enfermedad son aquellas actividades relacionadas con la vida al aire libre, como caza, senderismo, o actividades laborales en el campo.

Enfermedades de transmisión sexual y parenteral

La tasa de nuevos diagnósticos de VIH en España en 2012 es similar a las de otros países de Europa occidental, aunque superior a la media del conjunto de la Unión Europea. La transmisión en hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres (HSH) es la más frecuente (51%) seguida de la transmisión heterosexual (31%) y la de usuarios de drogas inyectadas (5%). El 35% de los nuevos diagnósticos se produjeron en personas originarias de otros países. Casi la mitad de los nuevos diagnósticos se realizaron de forma tardía. En el periodo 2007-2012, la tendencia en las tasas de nuevos diagnósticos de VIH fue bastante diferente según mecanismo de transmisión, observándose un descenso en usuarios de drogas, una estabilización en heterosexuales y un aumento de las tasas en HSH.

Respecto al sida, desde el inicio de la epidemia se han notificado un total de 83.171 casos en España. A partir de la introducción de los tratamientos

antirretrovirales en 1996 se observa un notable descenso en la incidencia que se ha ralentizado en los últimos años.

La incidencia anual de sífilis ha experimentado un importante crecimiento entre 2006 y 2012. En el año 2012 se ha declarado 1 caso confirmado de sífilis congénita. La misma tendencia creciente se observa para la infección gonocócica y para los diagnósticos notificados al SIM de infección por *Chlamydia trachomatis*.

La incidencia global de hepatitis B en 2012 continúa descendiendo desde el incremento observado en 2008 en España. El descenso principalmente se debió a un descenso en la incidencia los menores de 20 años de edad. Los más afectados fueron el grupo de adultos jóvenes, especialmente los hombres.

Encefalopatías Espongiformes Transmisibles Humanas

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

BIBLIOGRAFÍA

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

3. ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS Y AGUA

BOTULISMO

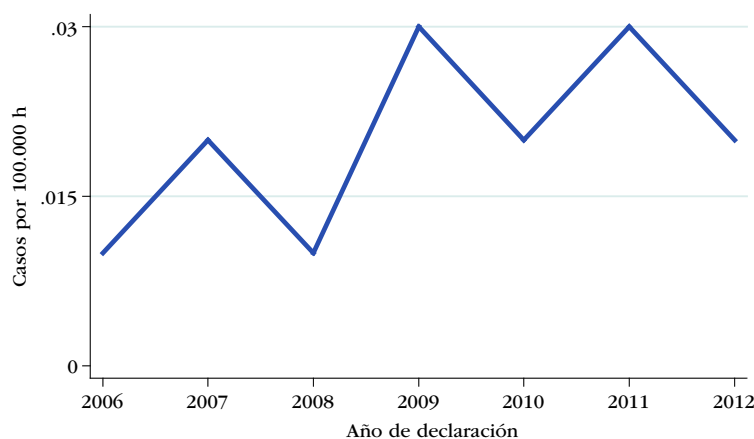
Situación epidemiológica

Distribución temporal y geográfica

En el año 2012 se notificaron 9 casos de botulismo (cinco confirmados y cuatro probables), lo que supuso una incidencia anual de 0,02 casos por 100.000 habitantes (Figura 1).

Figura 1. Vigilancia de Botulismo. 2006-2012

Tasas de incidencia (casos por 100.000 h)



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Ocho casos fueron botulismos alimentarios, notificados por Andalucía (1), Aragón (2), Baleares (2), País Vasco (2) y La Rioja (1). De estos, 6 casos se asociaron a 3 brotes (en Aragón, Baleares y País Vasco respectivamente). Además País Vasco notificó un caso de botulismo intestinal.

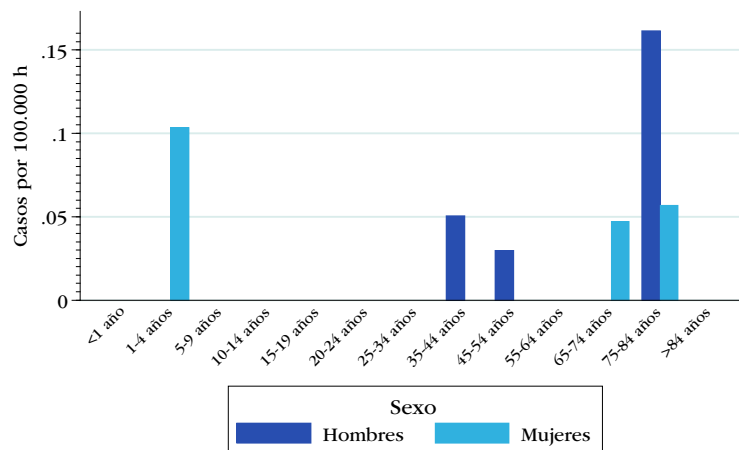
Características de los casos

En la figura 2 se observa la incidencia por grupo de edad y sexo, sólo se representan los 8 botulismos alimentarios. El único caso de botulismo intestinal se dio en una menor de un año.

No se notificó ninguna defunción.

Figura 2. Vigilancia de Botulismo. 2012

Tasas de incidencia por grupos de edad y sexo



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Discusión

El número de casos declarados de botulismo en el año 2012 en España fue menor al del año anterior. La prevención de esta enfermedad se basa en la adecuada preparación, higiene y conservación de los alimentos.

CAMPILOBACTERIOSIS

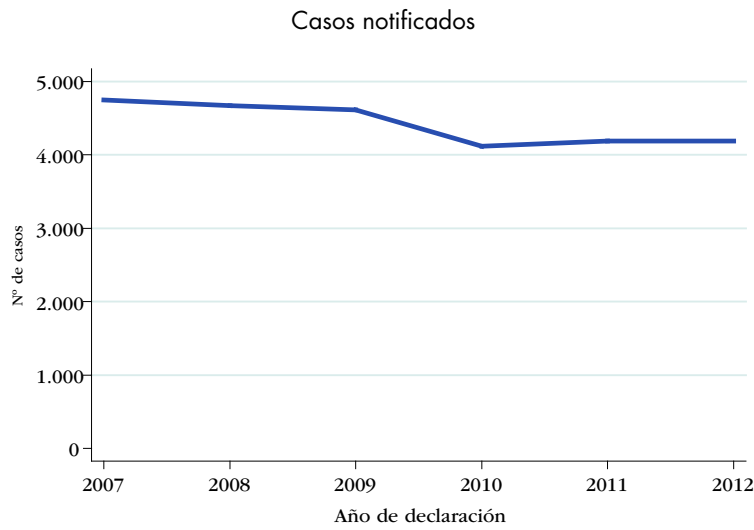
Situación epidemiológica

Distribución temporal

Durante el año 2012, 61 laboratorios de microbiología clínica, notificaron al SIM 6.123 infecciones por *Campylobacter*. El 80,24% de los casos aislados en 2012 (4.913) correspondieron a *C. jejuni*, el 4,08% (250) correspondieron a *C. coli*, el 0,07% (4) a otras especies (*C. fetus* y *C. laridis*) y un 15,61% (956) sin tipificar (*Campylobacter sp.*).

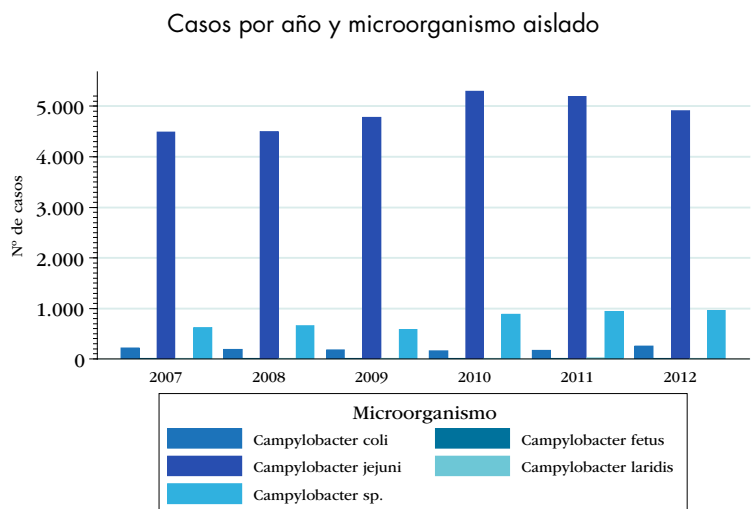
En los últimos 6 años notificaron de manera continuada 33 laboratorios. Se observó una ligera disminución de los casos notificados en el periodo de 2007 a 2012 y un mayor número de casos en hombres durante todo el periodo. En 2012 los casos aumentaron ligeramente con respecto al año anterior (Figuras 1 y 2).

Figura 1. Vigilancia de *Campylobacter*. 2007-2012



Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

Figura 2. Vigilancia de *Campylobacter*. 2012

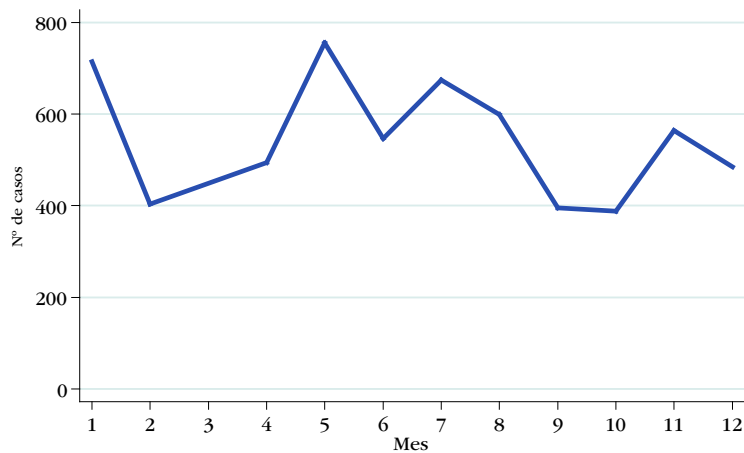


Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

Se observó un mayor número de casos de campilobacteriosis en los meses de verano así como en el mes de enero (Figura 3).

Figura 3. Vigilancia de *Campylobacter*. 2012

Casos notificados por mes



Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

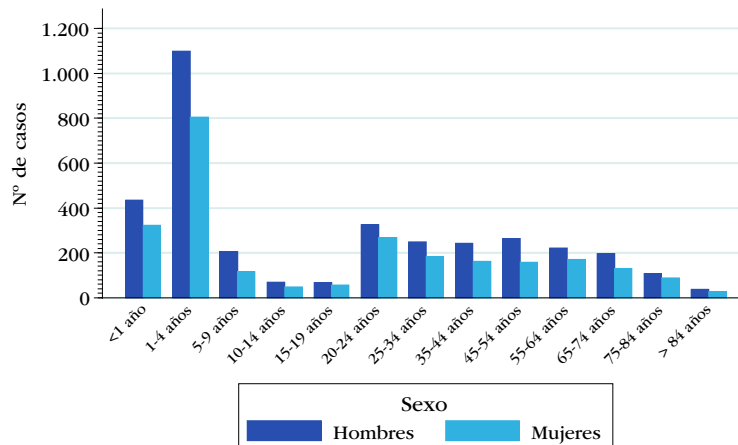
Se notificaron 7 brotes en los que se produjeron 309 casos, sólo 7 casos requirieron hospitalización. En tres de los brotes la transmisión fue alimentaria, dos de ellos causados por pollo en el ámbito escolar con 220 y 75 casos respectivamente. En los brotes restantes, en 3 la transmisión fue persona a persona y en el otro se desconoce esta información.

Características de los casos

El 57,36% (3.512/6.123) de los casos fueron hombres. En el 1,32% (81) de los casos notificados se desconoce el sexo. El 13% (758/5.979) de los casos fueron menores de 1 año de edad y el 32% (1.905/5.979) tuvieron entre 1 y 4 años. (Figura 4).

Figura 4. Vigilancia de *Campylobacter*. 2012

Casos por grupos de edad y sexo



Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

Discusión

Campilobacteriosis es la primera causa de gastroenteritis notificada al SIM. La mayor proporción de casos notificados fue en menores de 5 años.

CRIPTOSPORIDIOSIS

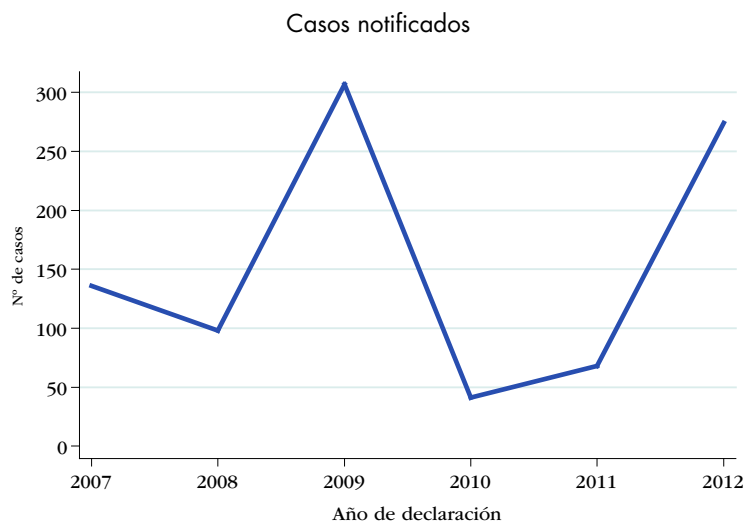
Situación epidemiológica

Distribución temporal y geográfica

En el año 2012 dieciséis laboratorios de microbiología clínica notificaron 299 casos de infección por *Cryptosporidium*. Trece 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 importante aumento en el número de casos en 2012 con respecto a los dos años anteriores, 79 casos en 2011 y 57 casos en 2010 (Figura 1).

Durante 2012 se notificaron tres brotes debidos a *Cryptosporidium*, uno de ellos transmitido por agua. El número total de casos asociados a estos brotes fue de 47.

Figura 1. Vigilancia de *Cryptosporidium*. 2007-2012



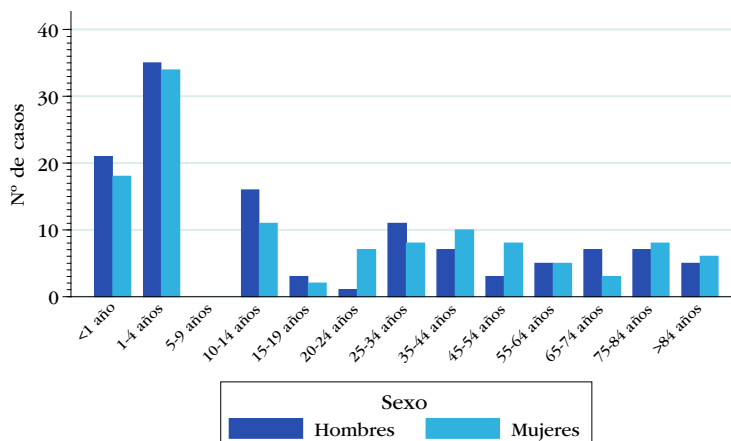
Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

Características de los casos

La mayoría de los casos de *Cryptosporidium* en el año 2012 se dieron en el grupo entre uno y cuatro años (70%). El 58% de los casos fueron en hombres (Figura 2).

Figura 2. Vigilancia de *Cryptosporidium*. 2012

Casos por grupos de edad y sexo



Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

Discusión

El número de casos de *Cryptosporidium* notificados en España en el año 2012 aumentó respecto a los dos años anteriores. La mayoría de estos aislamientos se realizaron en niños entre uno y cuatro años. Se debe seguir insistiendo en la importancia del manejo y tratamiento adecuados de las aguas que se utilizan para consumo y recreo, así como en la correcta higiene personal para la prevención de esta enfermedad.

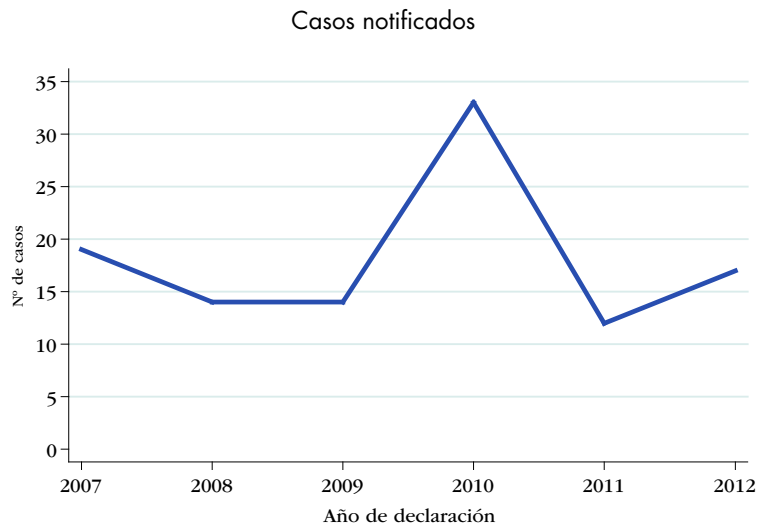
INFECCIÓN POR *E. COLI* PRODUCTOR DE TOXINA SHIGA O VEROTOXINA

Situación epidemiológica

Distribución temporal

Al Sistema de información microbiológica (SIM) se notificaron 19 casos de *E. coli* productor de toxina shiga (STEC), 16 de ellos se identificaron como *E. coli* O157. En 2011 se notificaron 14 casos (8 *E. coli* O157) y en 2010 fueron 37 (36 *E. coli* O157). No se observa ninguna tendencia temporal en los últimos años (Figura 1). También se analizó la información procedente del Laboratorio Nacional de Referencia (LNR), que notificó 32 casos STEC, 24 de ellos identificados como O157, 4 casos O75 y 3 casos O111. En 9 de los casos notificados por el LNR se produjo un síndrome hemolítico urémico (7 casos O157 y 2 O111), todos ellos en menores de 10 años.

Figura 1. Vigilancia de *E. coli* verotoxigénico. 2007-2012

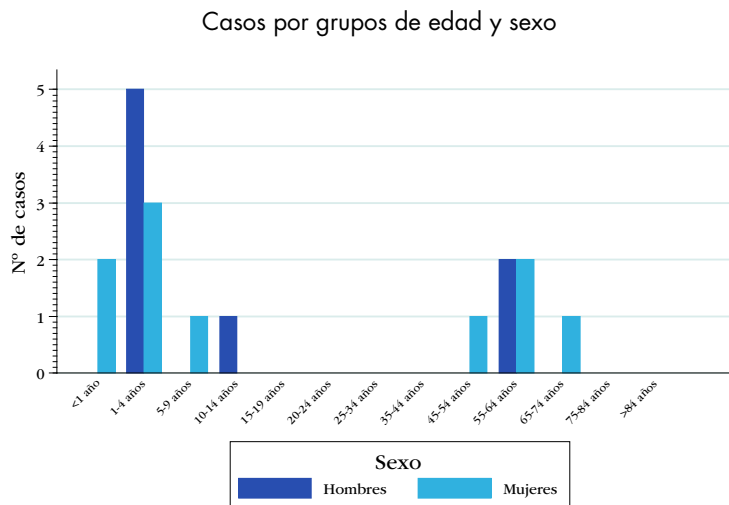


Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

Características de los casos

El 56% de los casos corresponden a niños menores de 5 años (10/18) y un 61% de los casos fueron menores de 10 años (11/18). El 56% de los casos fueron en hombres. En mayores de 64 años solamente se produjo un caso (Figura 2).

Figura 2. Vigilancia de *E. coli* verotoxigénico. 2012



Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

Durante 2012 se notificaron 2 brotes: uno producido por *E. coli* serogrupo O157, con ocho casos y otro por *E. coli* serogrupo O111 que afectó a 2 personas.

Discusión

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

FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA

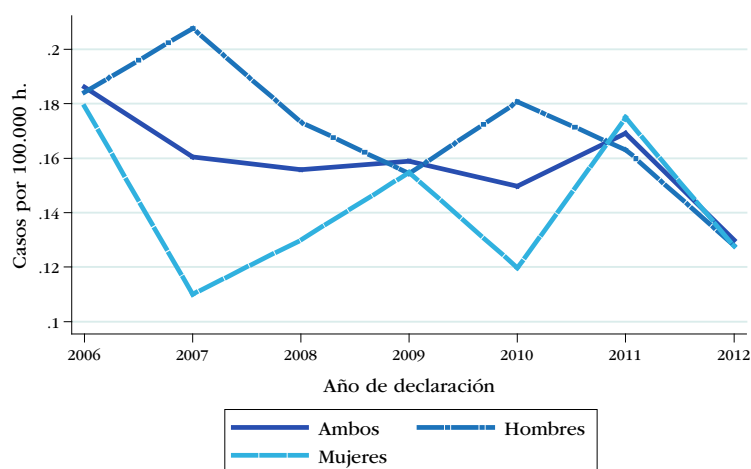
Situación epidemiológica

Distribución temporal y geográfica

El total de infecciones por *Salmonella* Typhi y *Salmonella* Paratyphi notificadas al sistema de enfermedades de declaración obligatoria en 2012 fue de 60; de los que 41 casos (71,67%) fueron casos confirmados. La incidencia de la enfermedad parece un poco menor que en años anteriores con 0,13 casos por 100.000 habitantes (Figura 1).

Figura 1. Vigilancia de F. tifoidea y paratifoidea. 2006-2012

Tasas de incidencia (casos por 100.000 h.)



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

La comunidad autónoma que notificó mayor número de casos fue Cataluña con 19 casos. Las mayores tasas de incidencia se dieron en País Vasco y Galicia (0,33 casos por 100.000 habitantes), Cataluña y Aragón (0,23 casos por 100.000 habitantes) y Valencia (0,16 casos por 100.000 habitantes) (Figura 2). No se registraron casos en Asturias, Cantabria, Navarra, La Rioja, Baleares, Extremadura, Canarias, Ceuta y Melilla.

aislamientos correspondieron a *S. Typhi*. En el SIM, el 53,85% (14/26) de los casos fueron mujeres.

En este periodo se notificó 1 brote importado de Marruecos causado por *S. Typhi*, debido a consumo de agua. Además notificó 1 brote autóctono causado por *S. Paratyphi B*.

Discusión

La fiebre tifoidea y paratifoidea es una infección con una baja incidencia en nuestro país. La tasa de 2012 es algo menor que la registrada en años anteriores y continua por debajo de la tasa media de los países de la Unión Europea (0,26 casos por 100.000 habitantes en 2012) según datos del informe anual del ECDC.

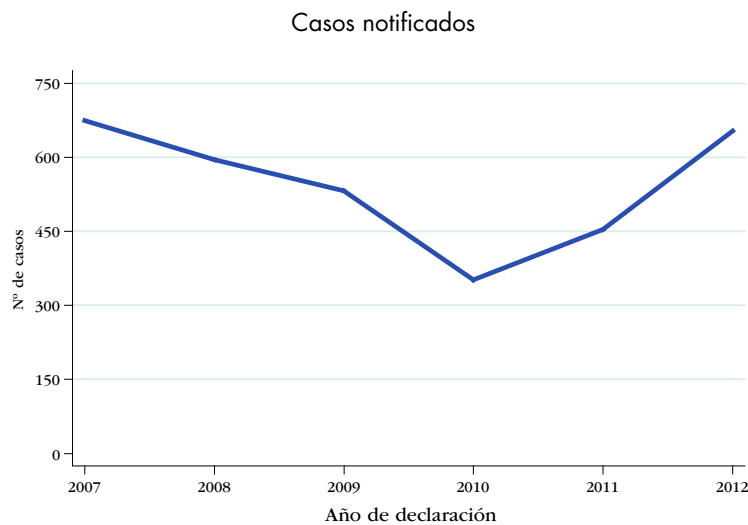
GIARDIASIS

Situación epidemiológica

Distribución temporal y geográfica

En 2012 se notificaron 942 casos de *Giardia lamblia* por parte de 29 laboratorios. Entre 2007 y 2012, 17 laboratorios notificaron de forma constante. Durante ese período se observó una tendencia decreciente en el número de casos hasta el año 2010 (595 notificaciones en 2007 a 352 en 2010) y un posterior aumento en 2011 (454 notificaciones) y en 2012 (653 notificaciones). Los casos se dieron en hombres con más frecuencia durante todo el período (Figura 1).

Figura 1. Vigilancia de *Giardia lamblia*. 2007-2012

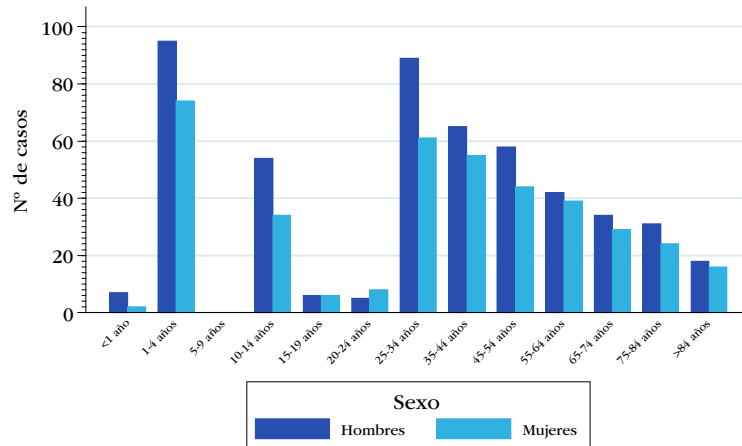


Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

Características de los casos

Los datos del SIM muestran que la mayor proporción de casos se dieron en niños entre 1 y 14 años y en adultos a partir de 25 años. En cuanto a la distribución por sexos el 54,25% (511) de los casos correspondieron a hombres y el 42,14% (397) a mujeres (Figura 2). Este dato no figuraba en 34 casos (3,61%).

Figura 2. Vigilancia de *Giardia lamblia*. 2012
Casos por grupos de edad y sexo



Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

En 2012 se notificó un brote por *Giardia* de transmisión persona a persona.

Discusión

El número de casos de *G. lamblia* notificados en España en 2012 aumentó de forma importante con respecto a 2011. La mayoría de estos aislamientos se dieron en niños y adultos jóvenes.

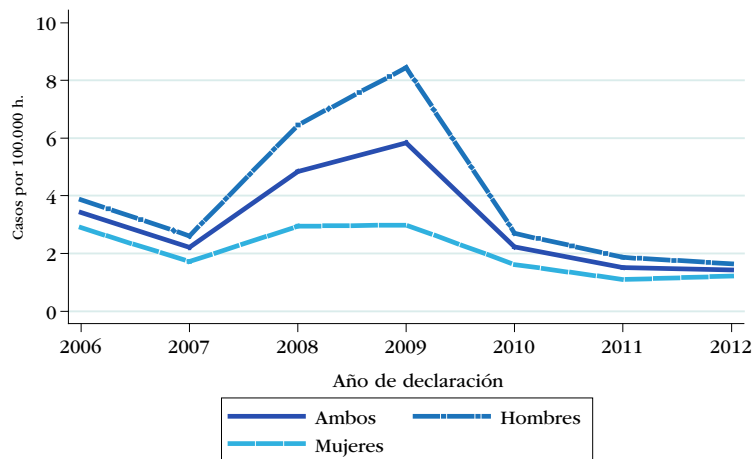
HEPATITIS A

Situación epidemiológica

Distribución temporal y geográfica

En 2012 se notificaron 657 casos de hepatitis A. La incidencia fue de 1,42 casos por 100.000 habitantes, menor que en el año anterior (1,51 casos por 100.000 habitantes) (Figura 1). El mayor número de casos se da en el periodo de octubre a noviembre y el menor en el mes de julio.

Figura 1. Vigilancia de Hepatitis A. 2006-2012
Tasas de incidencia (casos por 100.000 h.)

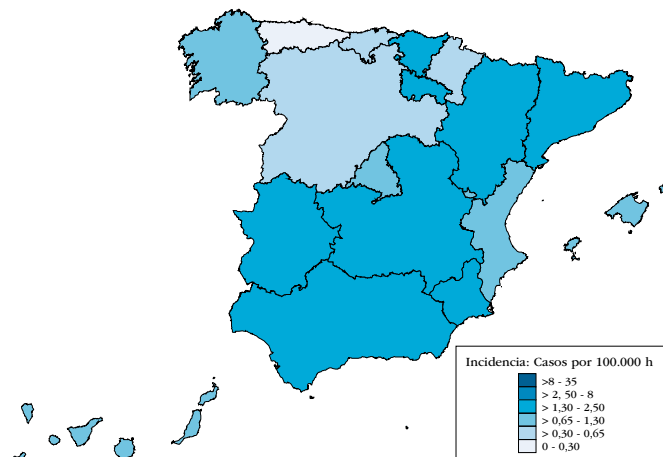


Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Las tasas más altas fueron las de Ceuta y Melilla (33,62 y 7,71 casos por 100.000 habitantes respectivamente), seguidas de las de Extremadura (2,22 casos por 100.000 habitantes) y Aragón (2,06 casos por 100.000 habitantes). Las tasas más bajas se detectaron en Asturias, Castilla y León y Cantabria con tasas de 0,29, 0,45 y 0,52 casos/100.000 habitantes respectivamente.

Figura 2. Vigilancia de Hepatitis A. España. 2012

Incidencia por Comunidades Autónomas



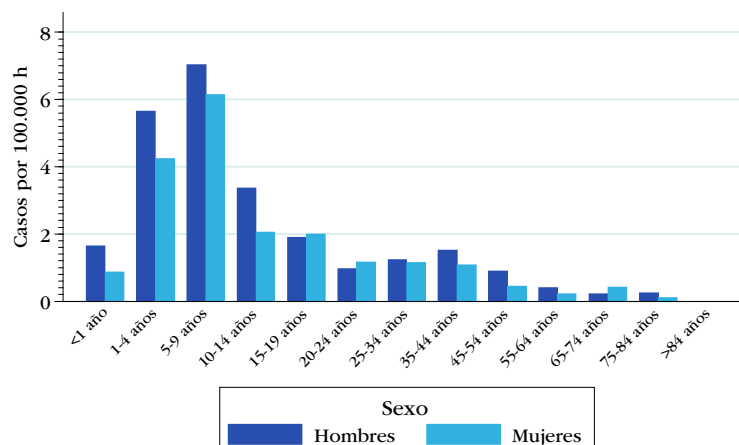
Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Características de los casos

Los casos de hepatitis A fueron más frecuentes en hombres. Se notificaron 372 (56,6%) casos en hombres y 285 (43,4%) en mujeres. Tanto en hombres como en mujeres (Figura 3), el grupo más afectado fue el de 5 a 9 años (7,03 casos por 100.000 habitantes en hombres y 6,15 en mujeres), seguido del de 1 a 4 años (5,65 casos por 100.000 habitantes en hombres y 4,24 en mujeres) y del de 10 a 14 años (3,36 casos por 100.000 habitantes en hombres y 2,06 en mujeres).

Figura 3. Vigilancia de Hepatitis A. 2012

Tasas de incidencia por grupos de edad y sexo



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Se notificaron 51 brotes de hepatitis A en 2012, dos de ellos transmitidos por alimentos y uno de ellos por agua. Once brotes tuvieron su origen en un país distinto de España.

Discusión

La incidencia de hepatitis A en España en 2012 fue ligeramente inferior al año anterior. La incidencia fue mayor en hombres que en mujeres, y el grupo de edad de mayor incidencia fue de 5-9 años.

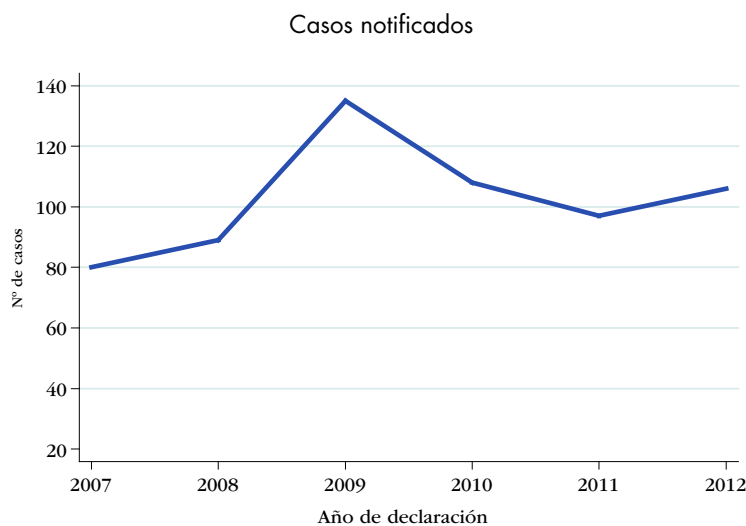
LISTERIOSIS

Situación epidemiológica

Distribución temporal

En 2012, 34 laboratorios notificaron al SIM 128 casos de listeriosis. En los últimos 6 años, 22 laboratorios han declarado de forma constante y se han utilizado para ver la tendencia de la enfermedad (Figura 1). Teniendo en cuenta esos 22 laboratorios se observa un incremento notable en 2009, con un progresivo descenso en 2010 y 2011, y un leve aumento en 2012 que podría estar asociado a la investigación de un brote que afectó a varias Comunidades Autónomas.

Figura 1. Vigilancia de *Listeria monocytogenes*. 2007-2012



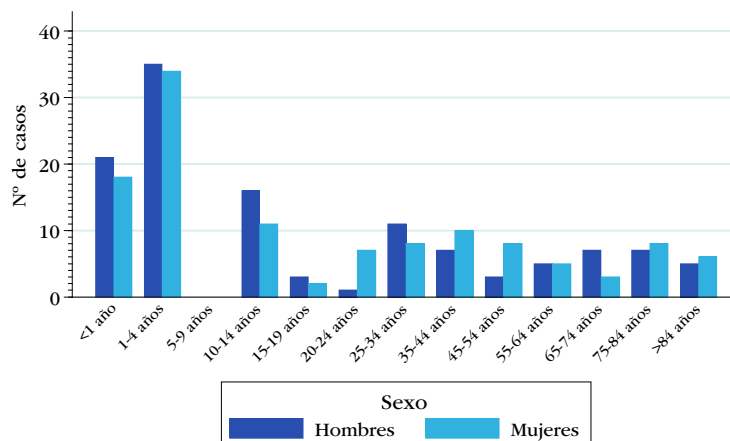
Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

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, mujeres en edad fértil (embarazadas) y ancianos. (Figura 2).

Figura 2. Vigilancia de *Listeria monocytogenes*. 2012

Casos por grupos de edad y sexo



Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

En 2012 se notificó un brote de transmisión alimentaria asociado al consumo de un queso importado de Portugal, que afectó a 11 personas de seis Comunidades Autónomas.

Discusión

En 2012 los casos de listeriosis han aumentado ligeramente respecto al año anterior, hecho que podría estar relacionado con la búsqueda prospectiva y retrospectiva de casos que se llevó a cabo durante la investigación de un brote de listeriosis que afectó a varias CCAA. La distribución por edad y sexo sigue el patrón habitual para esta enfermedad.

SALMONELOSIS

Situación epidemiológica

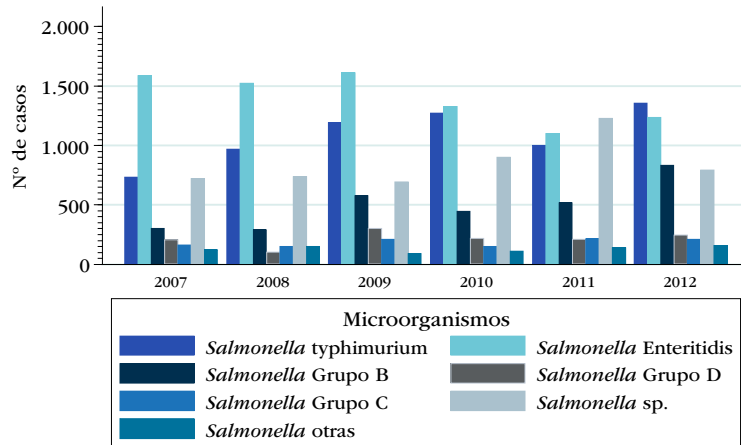
Distribución temporal

Sesenta y cuatro laboratorios de microbiología clínica notificaron al SIM un total de 4.831 casos de infección por *Salmonella* no tifoidea en el año 2012. Treinta y uno de esos laboratorios declararon de forma constante en los últimos seis años y son los usados para evaluar la tendencia. En 2012 el número de casos declarados por esos laboratorios (3.157 casos) aumento con respecto al 2011 (2.954 casos).

La tendencia fue desigual en función del serotipo estudiado (Figura 1). El número de casos de *Salmonella* Grupo C y *Salmonella* spp. descendieron respecto al año anterior. *Salmonella* Enteritidis aumentó el último año pero la tendencia de los últimos años parece descendente. *Salmonella* Typhimurium y *Salmonella* Grupo B muestran una tendencia ascendente en los últimos años.

Figura 1. Vigilancia de *Salmonella*. 2007-2012

Casos por año y microorganismo aislado



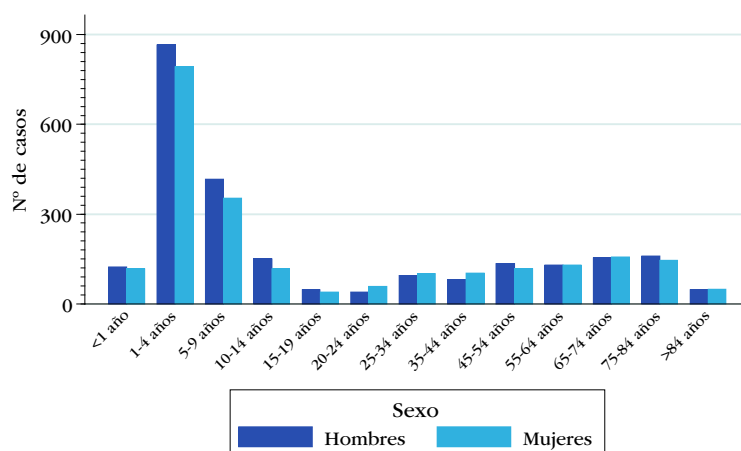
Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

Características de los casos

El microorganismo que se aisló con más frecuencia fue *Salmonella Typhimurium* con 1.354 (28,03%), seguida por *Salmonella* Enteritidis con 1.236 casos (25,58%) y *Salmonella* Grupo B con 831 casos (17,02%). Se dispone de información sobre sexo en 4.772 casos (98,8%), el 51,72% de los casos fueron hombres (2.468). Se dispone de información sobre edad en 4.757 casos (98,5%). El 40,28% (1.899) eran menores de 5 años y el 15,05% (709) mayores de 65 (Figura 2). *Salmonella* Enteritidis presenta un mayor número de casos en los meses cálidos entre las semanas 20 y 40. En el resto de serotipos la estacionalidad no está tan clara. (Figura 3).

Figura 2. Vigilancia de *Salmonella*. 2012

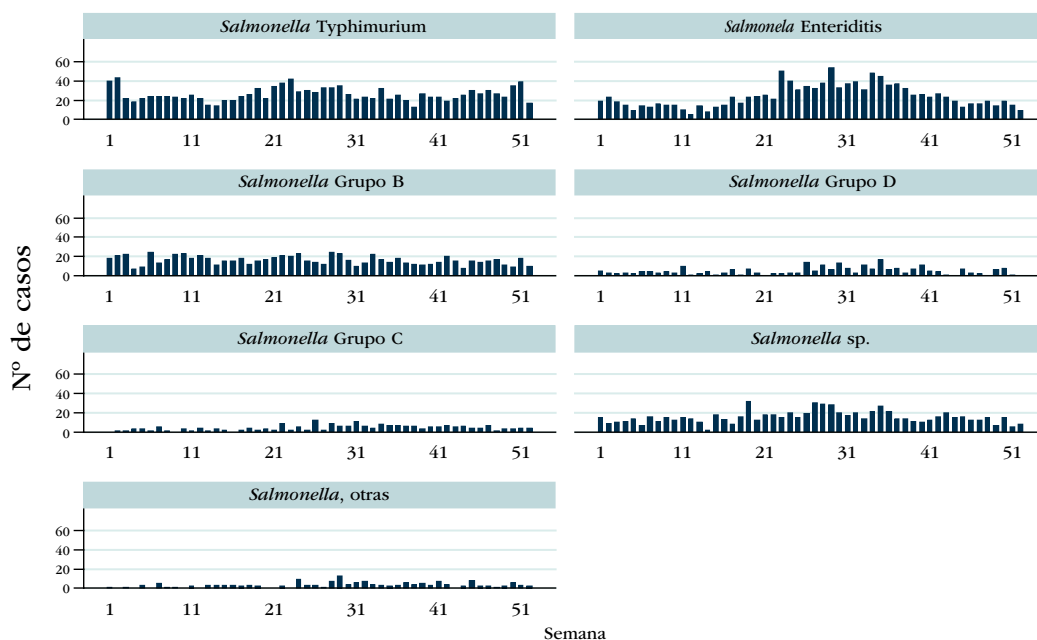
Casos por grupos de edad y sexo



Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

Figura 3. Vigilancia de *Salmonella*. 2012

Casos por semana y microorganismo aislado



Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

En 2012, se notificaron 291 brotes causados por *Salmonella*, todos ellos autóctonos con un total de 2.406 enfermos, 380 hospitalizados y 2 defunciones. La mitad de ellos fueron causados por *Salmonella* Enteritidis (80,7% de los brotes con *Salmonella* serotipada), seguido de *Salmonella* Typhimurium (13,6% de los brotes con *Salmonella* serotipada). Predominan los brotes de transmisión alimentaria, en total el 91,4% (266/291). Sólo uno de los brotes fue transmitido por agua. Se identificó algún alimento sospechoso en el 80,45% de los brotes. Entre los alimentos sospechosos, el alimento implicado con más frecuencia fue el huevo y sus derivados (68,2% de los brotes), seguido a gran distancia de la carne y productos cárnicos (6,5%), los vegetales (5,6%), la repostería (4,2%), las aves (1,9%), y el pescado/marisco (1,4%).

Discusión

Los cuadros de salmonelosis son la segunda causa de gastroenteritis bacteriana notificada al SIM en España detrás de los causados por *Campylobacter*, pero representan la principal causa de brotes de transmisión alimentaria. Los principales serotipos notificados son *S. Typhimurium* y *S. Enteritidis* al igual que en la Unión Europea (UE), aunque en la Unión Europea el serotipo Enteritidis continúa siendo el más frecuente a distancia del serotipo Typhimurium. La tendencia decreciente general descrita en los últimos años también se observa en la UE, aunque la tasa de casos confirmados continúa siendo bastante alta comparada con la de la Unión Europea (tasa de notificación estandarizada por edad de 19,83 casos por 100.000 habitantes en 2012 en la Unión Europea).

SHIGELOSIS

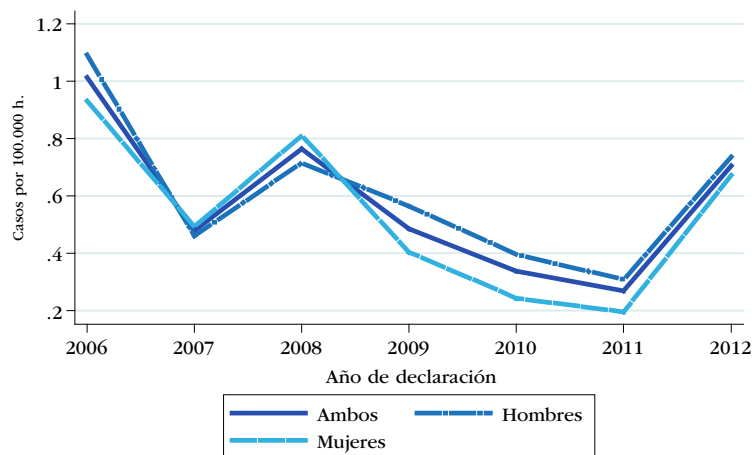
Situación epidemiológica

Distribución temporal y geográfica

En 2012 se notificaron 325 casos de shigelosis, la incidencia fue de 0,7 casos por 100.000 habitantes. Se observó un aumento con respecto a los últimos años, en gran medida debido a la existencia de un brote de 112 casos (Figura 1).

Figura 1. Vigilancia de Disentería. 2006-2012

Tasas de incidencia (casos por 100.000 h.)

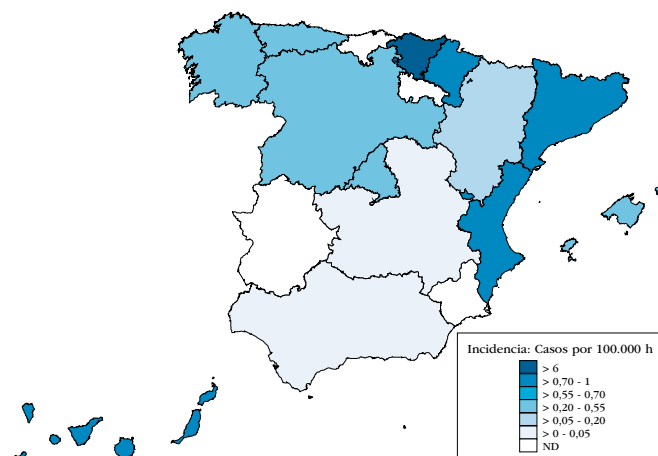


Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

País Vasco fue la comunidad autónoma que notificó una mayor incidencia de shigelosis en 2012 (6,8 casos por 100.000 habitantes). En esta comunidad se produjo un brote de ámbito comunitario con más de 100 casos. En orden decreciente le siguen la Comunidad Valenciana y Navarra con 0,98 y 0,802 casos por 100.000 habitantes respectivamente. Seis comunidades (Cantabria, Extremadura, Murcia, La Rioja, Ceuta y Melilla) no notificaron ningún caso (Figura 2).

Figura 2. Vigilancia de Disentería. España. 2012

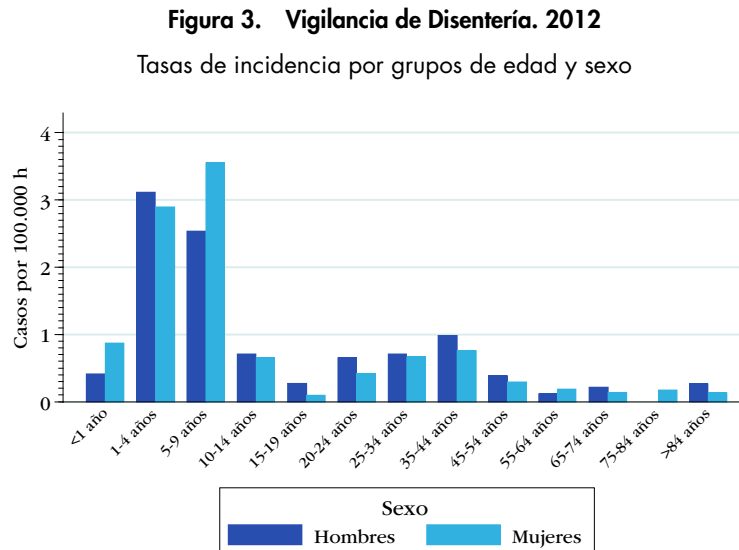
Incidencia por Comunidades Autónomas



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Características de los casos

La mayor incidencia se alcanzó en menores de 15 años, fundamentalmente en niños de 1 a 9 años, seguido del grupo de adultos jóvenes, de 20 a 44 años. La razón de masculinidad fue de 1,06 (Figura 3).



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Se notificaron seis brotes en 2012, cinco de ellos por transmisión de persona a persona y en uno de ellos no se especificó el mecanismo de transmisión. El origen de uno de los brotes fue un país distinto de España.

Discusión

La incidencia de shigelosis en 2012 en España fue superior a la de los años anteriores, fundamentalmente debida a un brote de ámbito comunitario que afectó a 112 personas. La mayor incidencia correspondió a los menores de 5 años y adultos jóvenes.

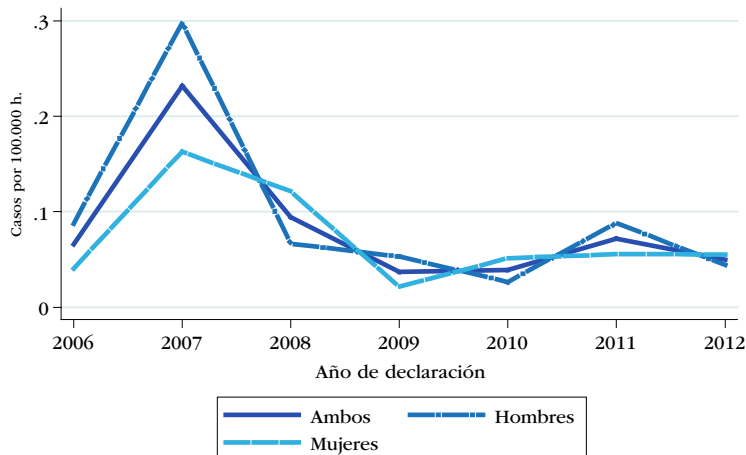
TRIQUINOSIS

Situación epidemiológica

Distribución temporal y geográfica

En el año 2012 se notificaron 23 casos de triquinosis, 10 de ellos confirmados (43,5%) y 13 probables (56,5%), lo que supuso una tasa de incidencia para ese año de 0,05 casos por 100.000 habitantes (Figura 1).

Figura 1. Vigilancia de Triquinosis. 2006-2012
Tasas de incidencia (casos por 100.000 h.)



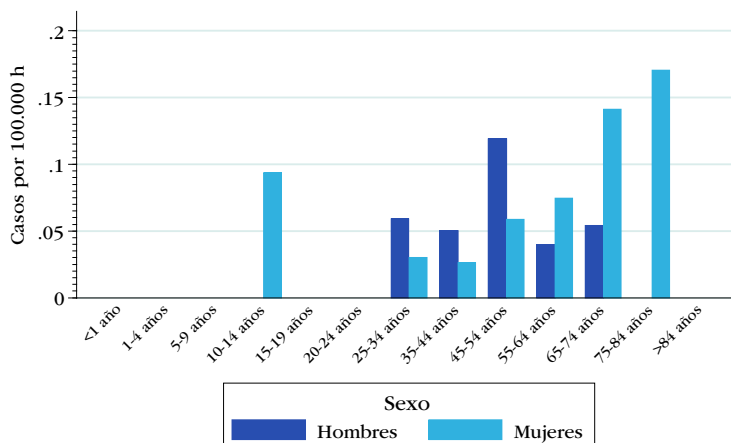
Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Dos comunidades autónomas declararon casos: Castilla la Mancha (21) y Castilla y León (2).

Características de los casos

Todos los casos de triquinosis se dieron en personas entre 25 y 84 años, excepto un caso que se dio en una niña de 11 años. El 56,52% (13 casos) fueron mujeres (Figura 2). Requirieron ingreso hospitalario cinco casos.

Figura 2. Vigilancia de Triquinosis. 2012
Tasas de incidencia por grupos de edad y sexo



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Todos los casos corresponden a dos brotes, uno en Castilla la Mancha con 21 casos y otro en Castilla y León con 2 casos. El vehículo en uno de los brotes fue carne de cerdo y jabalí y en el otro la carne de jabalí.

Discusión

El número de casos notificado de triquinosis en España en 2012 fue menor al notificado en el año anterior. 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. Para evitar la enfermedad, es importante, la adecuada cocción de la carne.

YERSINIOSIS

Situación epidemiológica

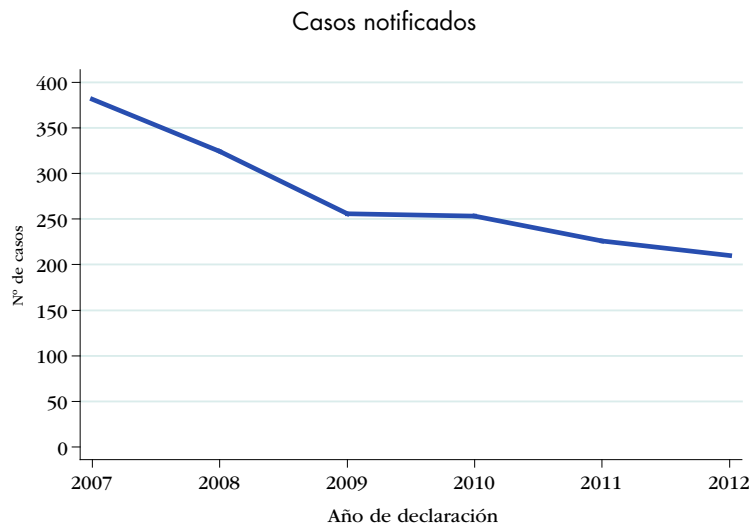
Distribución temporal

En 2012, 42 laboratorios notificaron 253 casos de yersiniosis, 220/253 debidos a *Y. enterocolítica*, identificándose el serogrupo O:3 en 33 (13,04%) de los casos. Veintitrés laboratorios notificaron casos de forma estable desde el año 2007. Los casos notificados de *Y. enterocolítica* continúan descendiendo desde el año 2007. (Figura 1).

Características de los casos

El grupo de edad del que se notificaron más casos fue el de 1 a 4 años con el 29% de los casos (69/241). El 56% de los casos declarados (135/241) tenían menos de 15 años. El 48,62% (123) de los casos se dieron en hombres y el 47,86% (121) en mujeres. No se informó del sexo en 9 casos (3,56%) (Figura 2). No se ha notificado ningún brote causado por *Yersinia* en 2012.

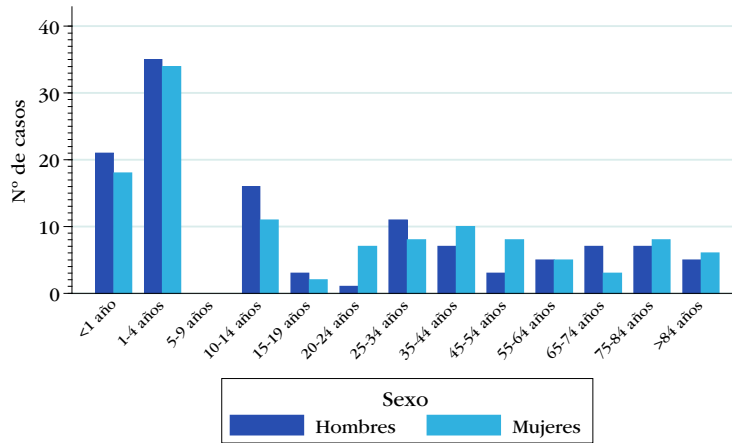
Figura 1. Vigilancia de *Yersinia enterocolítica*. 2007-2012



Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

Figura 2. Vigilancia de *Yersinia enterocolitica*. 2012

Casos por grupos de edad y sexo



Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

Discusión

El número de casos de yersiniosis en 2012 descendió respecto al año anterior. La mayoría de los casos notificados fueron en menores de 15 años.

4. ENFERMEDADES PREVENIBLES POR LA VACUNACIÓN

DIFTERIA

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

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

ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA

Situación epidemiológica

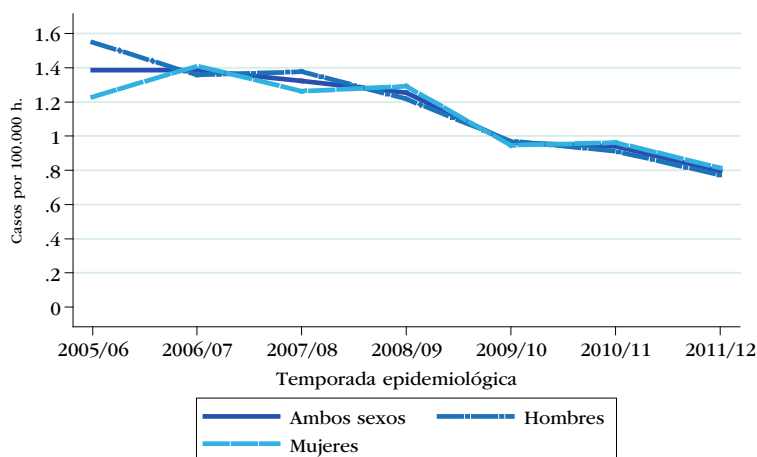
Distribución temporal y geográfica

En la temporada 2011/12 se notificaron 473 casos de enfermedad meningocócica, tasa de 1,03 por 100.000 habitantes. De estos casos se confirmaron el 77,4% (366) con una tasa de incidencia de 0,79 por 100.000 habitantes.

La incidencia de los casos confirmados descendió de forma continuada desde la temporada 2005/06 (1,39 casos por 100.000 habitantes). La tendencia fue similar en hombres y mujeres (Figura 1).

Figura 1. Vigilancia de Enf. meningocócica. 2005/06-2011/12

Tasas de incidencia (casos por 100.000 h.)



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

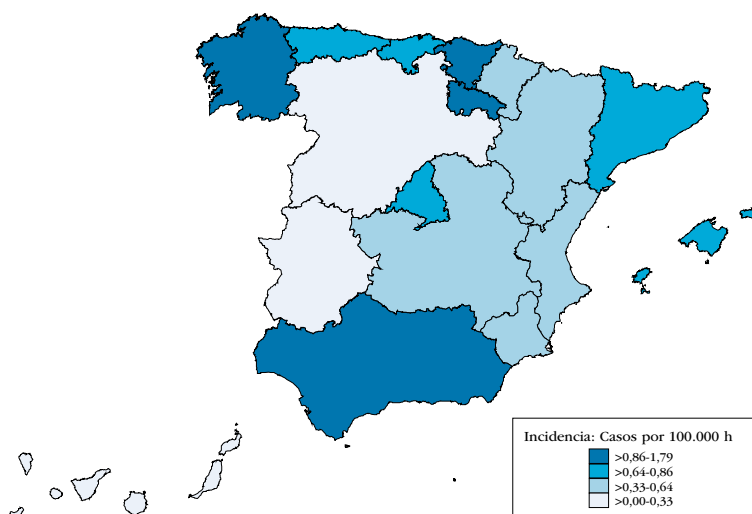
Sesenta casos se debieron al serogrupo C (0,13 casos por 100.000 habitantes). Se declararon 239 casos por serogrupo B (65,3% del total de casos confirmados) y la tasa fue de 0,52 casos por 100.000 habitantes, por debajo de la tasa del año anterior (0,67 casos por 100.000 habitantes). Además, se produjeron 30 casos por otros

serogrupos (0,07 por 100.000 habitantes), 27 casos por cepas no agrupables (0,06 por 100.000 habitantes) y se confirmaron 10 casos sin llegar a identificar el serogrupo (0,02 por 100.000 habitantes). Entre los 30 casos de otros serogrupos, 5 casos se debieron al serogrupo Y, 13 al W, 2 al A y 10 a otros sin especificar.

Las tasas de incidencia de casos confirmados más elevadas correspondieron a País Vasco (1,79 casos por 100.000 habitantes), Andalucía (1,40 casos por 100.000 habitantes), La Rioja (0,96 casos por 100.000 habitantes) y Galicia (0,95 casos por 100.000 habitantes) (Figura 2). Los casos mantuvieron la presentación estacional de la enfermedad. El mayor número de casos se notifican en los meses de enero y febrero.

Figura 2. Vigilancia de Enf. meningocócica. Temporada 2011/12

Incidencia por Comunidades Autónomas



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Características de los casos

El número total de casos confirmados de género masculino fue 175 (0,77 casos por 100.000 hombres) y 191 del femenino (0,81 casos por 100.000 mujeres).

La incidencia de casos del serogrupo B fue 0,53 y 0,51 casos por 100.000 para hombres y mujeres, respectivamente. La incidencia por serogrupo C fue 0,10 casos por 100.000 habitantes en hombres y 0,16 casos por 100.000 habitantes en mujeres.

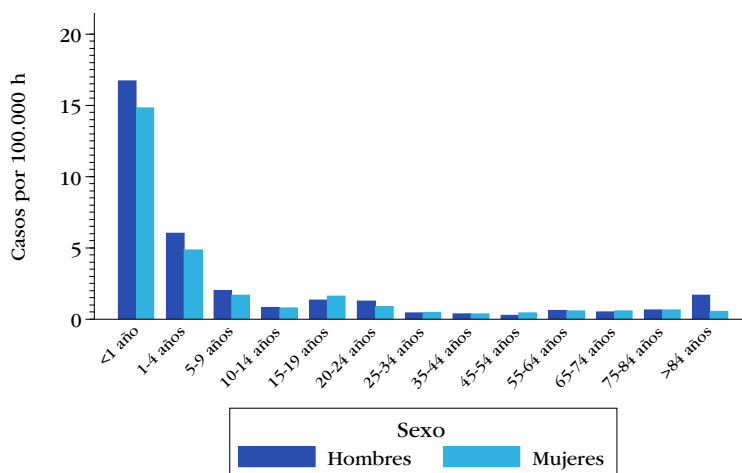
La incidencia de casos confirmados por grupos de edad se muestra en la figura 3. La tasa de incidencia más elevada correspondió a los menores de un año (15,6 casos por 100.000 hab.) y al grupo de 1 a 4 años (5,5 casos por 100.000 hab.). Para el serogrupo B, las tasas más altas correspondieron a los menores de 5 años (11,3 casos por 100.000 hab. para los menores de 1 año y 3,10 casos por 100.000 hab. en el grupo de 1 a 4).

Para el serogrupo C la tasa más elevada se dio en el grupo de 20-24 años (0,44 casos por 100.000 hab.). No se notificaron casos en menores de 1 año y solo se notificaron 3 casos en niños entre 1 y 14 años. Dos de estos casos estaban correctamente vacunados (1 dentro de la vacunación rutinaria y otro dentro de un programa de

catch-up e iniciaron síntomas 6 y 11 años después de recibir su última dosis, respectivamente). El tercer caso no estaba vacunado.

Figura 3. Vigilancia de Enf. meningocócica. 2011/12

Tasas de incidencia por grupos de edad y sexo



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Se produjeron un total 42 defunciones, 35 en casos confirmados. La letalidad global fue 8,9% (42/473) y 9,6% (35/366) para los casos confirmados. La letalidad más alta la presentaron los casos producidos por el serogrupo C con un 16,7% de fallecidos (10/60) por debajo de la del año anterior, del 40,3%. La letalidad para los casos debidos al serogrupo B fue de 8,1% (19/235), similar a la de años anteriores. La letalidad de los casos confirmados fue ligeramente superior en hombres que en mujeres (10,5% vs. 9%). La letalidad para los casos debidos al serogrupo B fue ligeramente menor para los hombres que para las mujeres (9,4% vs. 6,8%). Por el contrario, en los casos por el serogrupo C la letalidad fue mayor para las mujeres (17,4% vs. 16,2%).

Discusión

La incidencia de enfermedad meningocócica presentó una tendencia descendente en los últimos años, el descenso se dio tanto en los casos por serogrupo B como por serogrupo C. El mayor descenso se observa en el serogrupo C en las cohortes que han sido objeto de vacunación (menores de 25 años) con vacuna conjugada para el serogrupo C, no detectándose ningún caso en <1 de un año. Sin embargo, también descendieron los casos en las personas de 25 y más años, edades que no fueron objeto de vacunación.

En el momento actual el serogrupo B es la principal causa de enfermedad meningocócica en todas las CCAA. 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 que había aumentado en los años anteriores descendió hasta el 16,7%.

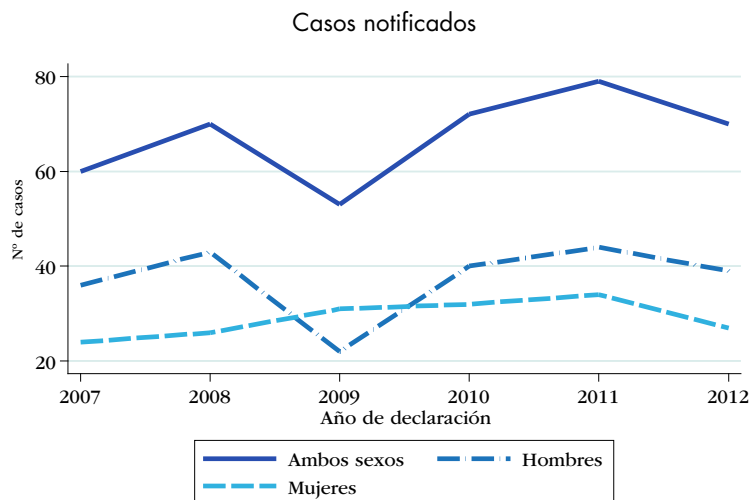
ENFERMEDAD INVASORA POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE

Situación epidemiológica

Distribución temporal

El 2012 se notificaron al SIM 93 casos de enfermedad invasora por *H. influenzae*. Los casos procedieron de 30 laboratorios de doce comunidades autónomas, de éstos, un total de 28 laboratorios notificaron de forma constante durante el periodo 2007 a 2012 y se utilizaron para el estudio de tendencia. Se observó un ligero aumento entre 2009 y 2011, especialmente en hombres mientras que los casos en mujeres se mantuvieron constantes (Figura 1). En 2012 disminuyeron el número de detecciones.

Figura 1. Vigilancia de *Haemophilus influenzae*. 2002-2012

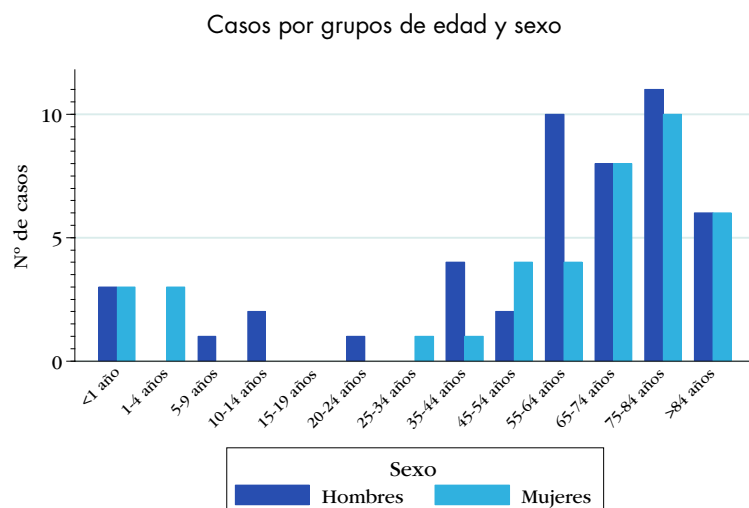


Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

Características de los casos

En 2012, del total de casos notificados al SIM el 51,6% (48/93) de los casos fueron hombres. El 14% (13/93) de los casos fueron menores de 5 años de edad y el 52,7% (49/93) mayores de 65 (Figura 2).

Figura 2. Vigilancia de *Haemophilus influenzae*. 2012



Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

Todos los casos de enfermedad invasora por *H. influenzae* notificados fueron diagnosticados por aislamiento. El 91,4% (85/93) de las detecciones se hicieron en sangre, el 5,4% (5/93) en LCR y el 3,2% (3/93) en líquido pleural.

Discusión

El número de casos de enfermedad invasora por *H. influenzae* disminuyó ligeramente respecto al año anterior. Los casos se dieron con más frecuencia en personas mayores de 65 años.

PAROTIDITIS

Situación epidemiológica

Distribución temporal y geográfica

La parotiditis tiene una presentación cíclica con ondas epidémicas cada 3-4 años. La epidemia actual se inició en el año 2010, (incidencia 5,6 casos por 100.000 habitantes), en 2011 alcanzó los 9,8 casos por 100.000 habitantes (4.512 casos) y continuó subiendo en 2012 hasta alcanzar 20,7 casos por 100.000 habitantes (9.538 casos) (Figura 1).

Figura 1. Vigilancia de Parotiditis. 1982-2012

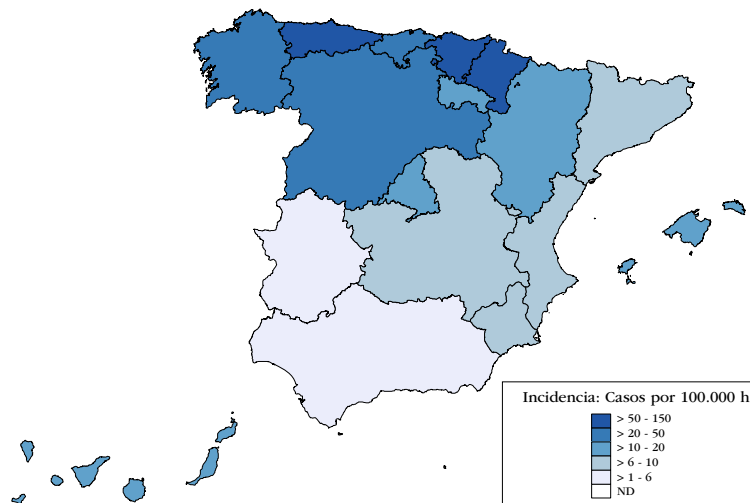
Tasas de incidencia (casos por 100.000 h.). Escala log.



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

En el año 2012 la incidencia de parotiditis por comunidades autónomas presentó un rango muy amplio: Navarra (140,5 casos por 100.000 hab.), Asturias (128,7 por 100.000 hab.) y País Vasco (99,9 por 100.000 hab.) registraron las incidencias más altas seguidas de Castilla y León (46,5 casos por 100.000 hab.) y Cantabria (37,1 casos por 100.000 hab.). En el otro extremo se sitúan Ceuta y Melilla, que no notificaron casos, y Andalucía (1,77 casos por 100.000 hab.) y Extremadura (3,70 casos por 100.000) (Figura 2).

Figura 2. Vigilancia de Parotiditis. España. 2012
Incidencia por Comunidades Autónomas

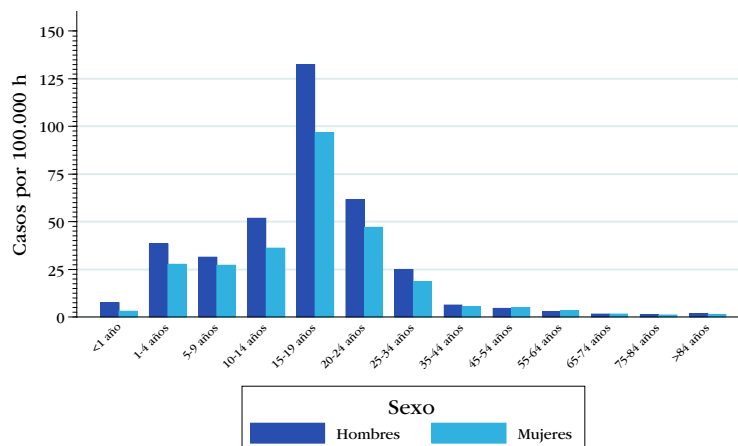


Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Características de los casos

Los adolescentes y adultos jóvenes (entre 15 y 24 años) fueron los grupos edad más afectados. El 57,06% de los casos se dieron en hombres y hasta los 45 años, en todos grupos de edad, la incidencia de parotiditis fue superior en hombres que en mujeres (Figura 3).

Figura 3. Vigilancia de Parotiditis. 2012
Tasas de incidencia por grupos de edad y sexo



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

El antecedente de vacunación se recoge en 6.129 (64,2%) casos; entre éstos el 65,7% estaba vacunado frente a parotiditis. Entre los vacunados, el 70% había recibido dos dosis de vacuna.

Discusión

A pesar de que las altas coberturas de vacunación con vacuna triple vírica, la parotiditis es una enfermedad frecuente que sigue apareciendo periódicamente en

forma de ondas epidémicas. Por lo general las epidemias de parotiditis se deben al acúmulo de individuos susceptibles y su patrón geográfico va cambiando; entre 2010 y 2012 la parotiditis ha afectado más a las comunidades del norte de España que a las del centro y sur.

El importante número de casos de parotiditis que se notifican en individuos que han recibido dos dosis de vacuna, se debe a la baja efectividad y a la evanescencia de la protección que confiere la vacuna.

RUBÉOLA Y SÍNDROME DE RUBÉOLA CONGÉNITA

Situación epidemiológica

Distribución temporal y geográfica

Gracias a las altas coberturas alcanzadas con la vacuna triple vírica, en España la incidencia de rubéola se mantiene en los niveles de eliminación y desde el año 2009 la incidencia anual es inferior a 1 caso por millón de habitantes (10 casos confirmados en 2010 y 12 en 2011). En el año 2012 se han registrado pequeños brotes de rubéola, con un total de 64 casos confirmados (56 por laboratorio y 8 clínicamente compatibles), incidencia de 0,14 casos por 100.000 habitantes (Figura 1).

Figura 1. Vigilancia de Rubéola. 1982-2012



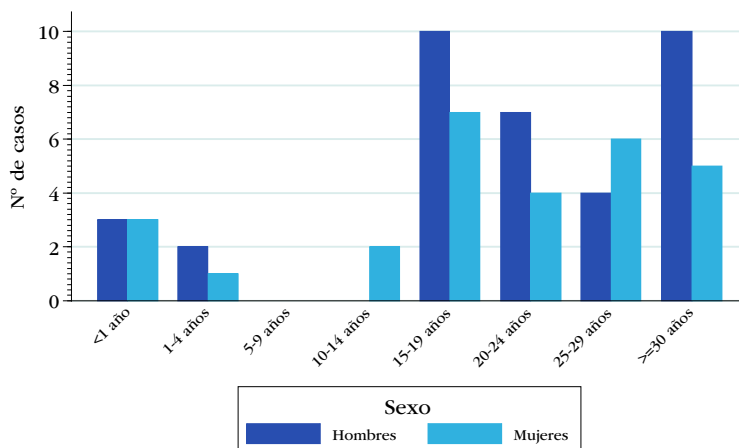
Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Características de los casos

Treinta y seis casos fueron varones y veintiocho mujeres. La mayoría de los casos (82,3%) tenían más de 15 años (Figura 2). Se conocía el antecedente de vacunación en 44 casos (68,7%), de éstos, el 90,9 % estaba sin vacunar. Dos casos se diagnosticaron en mujeres gestantes (una ciudadana argelina y otra rumana) y se resolvieron con interrupción voluntaria del embarazo. Diez casos fueron importados: 9 de Rumanía y uno de Polonia. De los 4 brotes declarados, dos han afectado a ciudadanos de origen rumano (adolescentes y adultos) regularmente establecidos en España y están asociados a la gran epidemia de rubéola que se ha extendido por Rumanía entre 2010 y 2012.

Figura 2. Vigilancia de Rubéola. 2012

Casos por grupos de edad y sexo



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Epidemiología del Síndrome de Rubéola Congénita

En el año 2012 se han notificado tres Síndromes de Rubéola Congénita (SRC), todos ellos son recién nacidos de madres extranjeras: una mujer Pakistání que había viajado a su país durante el embarazo, una mujer rumana que llegó a España dos semanas antes del parto y una mujer dominicana con residencia establecida en España desde 1985 y sin antecedentes de viajes recientes al extranjero.

Discusión

Entre el 30% y el 50% de las infecciones producidas por el virus de la rubéola pueden ser asintomáticas, por lo que se asume que los sistemas de vigilancia son incapaces de detectar la circulación real del virus de la rubéola. Bajo la estrategia de eliminación hay que fortalecer la vigilancia y la investigación en el laboratorio de todos los casos sospechosos de rubéola. Los casos de SRC notificados en los últimos años son hijos de mujeres procedentes de países que tienen altas tasas de susceptibilidad a rubéola. Hay que realizar esfuerzos para identificar y vacunar a los grupos de población susceptible, particularmente a las mujeres jóvenes que procedan de países con bajas coberturas de vacunación. Europa está inmersa en la fase final del proceso de eliminación con el objetivo de interrumpir la transmisión endémica del sarampión y de la rubéola en la región en el 2015. El objetivo de la eliminación solo se conseguirá si se mantienen coberturas de vacunación con dos dosis de vacuna triple vírica superiores al 95% en todos los niveles geográficos y grupos de población.

Referencias: Centro Nacional de Epidemiología. Plan nacional de eliminación del sarampión y de la rubéola. Informe anual 2012. Madrid, 2013

http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/fd-enfermedades-prevenibles-vacunacion/Informe-Sarampion_Rubeola-y-SRC_Espana-2012.pdf

SARAMPIÓN

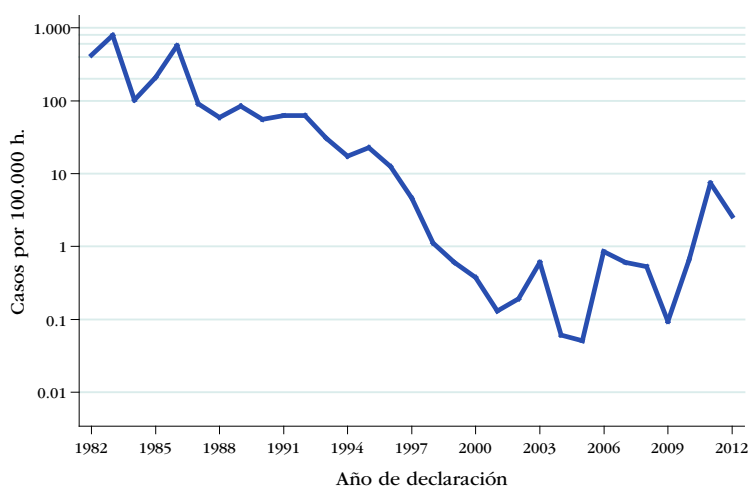
Situación epidemiológica

Distribución temporal y geográfica

En España la vacuna triple vírica (sarampión, rubéola y parotiditis) se introdujo en el calendario de vacunación infantil en 1981; la incorporación de una segunda dosis de vacuna en 1996, produjo una fuerte reducción de los casos de sarampión. En el año 2001 España se sumó al objetivo europeo de eliminación del sarampión y el Plan de Eliminación del Sarampión se estableció en todo el territorio nacional. Hasta 2009 la incidencia anual de sarampión se ha mantenido en niveles de eliminación, por debajo de 1 caso por 100.000 habitantes. Entre 2010-2012 Europa occidental y central ha sufrido un rebrote de sarampión; En España la epidemia presentó su pico máximo en 2011 (3.518 casos; incidencia 7,11 casos por 100.000 habitantes); en 2012 la epidemia entra en fase de declive con 1.204 casos y una incidencia 2,54 casos por 100.000 habitantes (Figura 1).

Figura 1. Vigilancia de Sarampión. 1982-2012

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



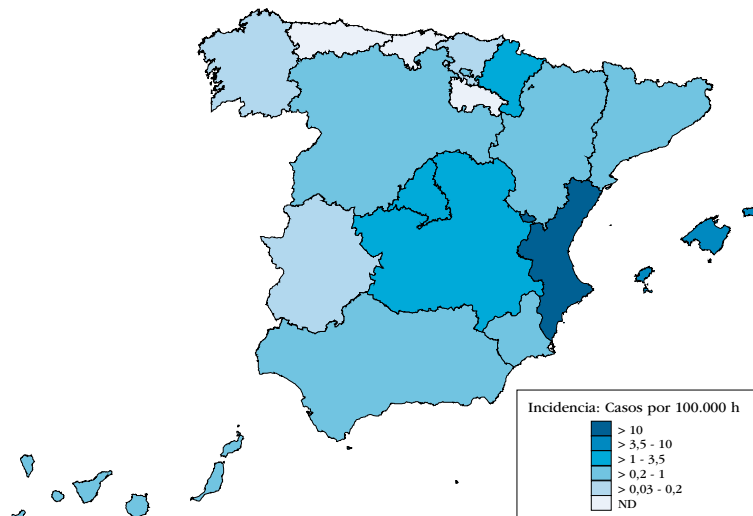
Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

El 67,8% de los casos (816) se confirmaron por laboratorio, el 19,9% (240) por vínculo epidemiológico y el 12,3% (148) fueron casos clínicamente compatibles.

Todas las comunidades, salvo Cantabria y La Rioja, notificaron sospechas de sarampión: Andalucía, la Comunidad Valenciana, Madrid, Castilla La Mancha y Baleares notificaron el 89% de los casos. Las incidencias más altas se registraron en la Comunidad Valenciana (14,5 casos por 100.000 habitantes), Melilla (11,1 casos por 100.000 habitantes), Baleares (6,9 casos por 100.000 habitantes), Castilla La Mancha (3,4 casos por 100.000 habitantes) y Madrid (3,1 casos por 100.000 habitantes) (Figura 2).

Figura 2. Vigilancia de Sarampión. España. 2012

Incidencia por Comunidades Autónomas



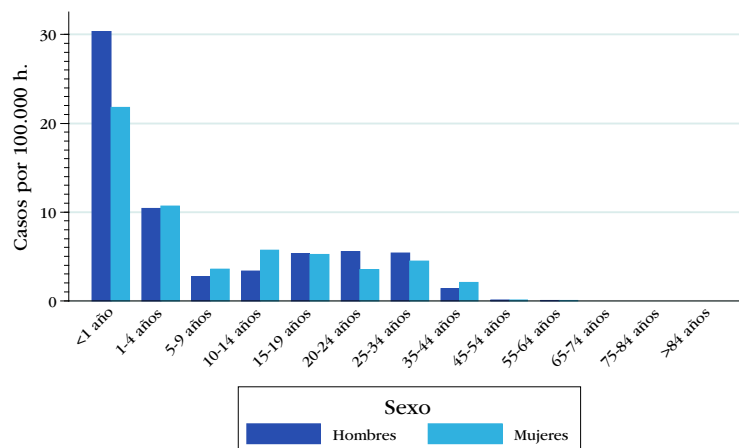
Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Características de los casos

En 2012, el 51,6% (621) de los casos de sarampión fueron hombres. El grupo de edad más afectado han sido los menores de 1 año (29,2 casos por 100.000 habitantes) seguidos del grupo de 1-4 años (10,1 casos por 100.000 habitantes). El sarampión también afectó a los adolescentes entre 15-19 años (5,4 casos por 100.000 habitantes) y a los adultos jóvenes entre 20-29 años, (incidencia de 4,5 casos por 100.000 habitantes) (Figura 3).

Figura 3. Vigilancia de Sarampión. 2012

Tasas de incidencia por grupos de edad y sexo



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

De los casos con información sobre antecedente de vacunación (967; 80,3%): el 88,7% no estaban vacunados; el 9,2% habían recibido una dosis y el 2,1% habían recibido dos dosis de vacuna. El 19,3% de los casos se hospitalizaron y el 11,5% cursaron con complicaciones, principalmente neumonía, diarreas/vómitos y otitis/laringofaringitis. Hubo tres casos de encefalitis por sarampión que se resolvieron sin

secuelas. Se notificó una muerte por complicaciones asociadas al sarampión en un varón de 36 años con discapacidad mental.

Discusión

En España, a pesar de las altas coberturas de vacunación, existen bolsas de individuos susceptibles capaces de generar brotes cuando llega un caso importado de sarampión. Niños no vacunados pertenecientes a poblaciones marginales, niños de familias contrarias a las vacunas, trabajadores sanitarios, trabajadores de guarderías y escuelas infantiles y viajeros susceptibles que proceden o han visitado países con brotes de sarampión han generado brotes en su entorno que en ocasiones se han extendido de forma epidémica por municipios y comarcas. El objetivo de la eliminación del sarampión en Europa solo se alcanzará si se mantienen altas coberturas con dos dosis de vacunación en todos los grupos de población y niveles geográficos.

Referencias: Centro Nacional de Epidemiología. Plan nacional de eliminación del sarampión y de la rubéola. Informe anual 2012. Madrid, 2013.

http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/fd-enfermedades-prevenibles-vacunacion/Informe-Sarampion_Rubeola-y-SRC_Espana-2012.pdf

TÉTANOS Y TÉTANOS NEONATAL

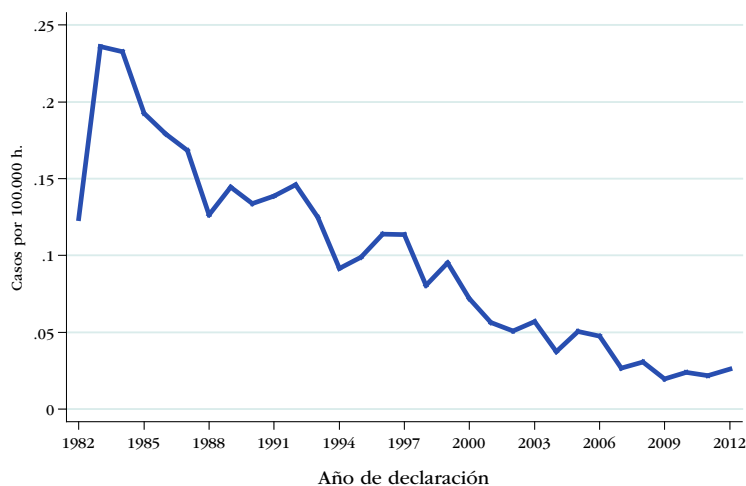
Situación epidemiológica

Distribución temporal y geográfica

El tétanos es una enfermedad rara en España. En los últimos años la incidencia de tétanos se mantiene muy baja, con menos de 0,05 casos por 100.000 habitantes desde 2007. En el año 2012 se declararon 12 casos, incidencia 0,03 casos por 100.000 habitantes (Figura 1).

Figura 1. Vigilancia de Tétanos. 1982-2012

Tasas de incidencia (casos por 100.000 h.)



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

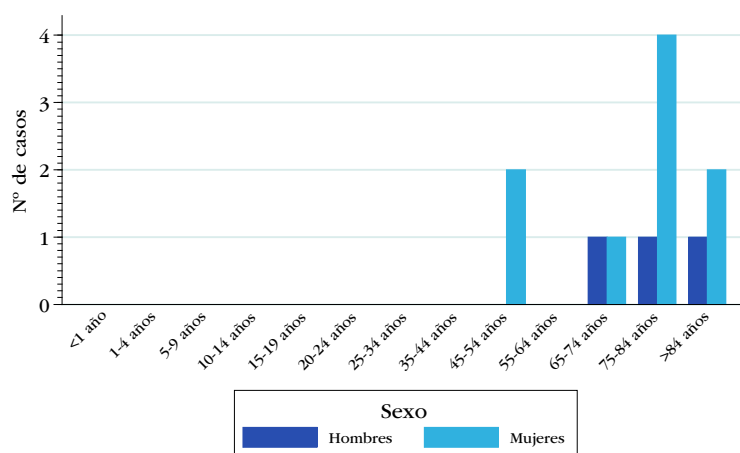
En 2012, ocho comunidades notificaron casos de tétanos: Baleares (1), Cataluña (1), Castilla la Mancha (1), Comunidad Valenciana (2), Madrid (1), Murcia (1), País Vasco (2) y Galicia (3).

Características de los casos

Nueve casos son mujeres y tres hombres. Todos los casos de tétanos se dieron en mayores de 45 años. El 84% de los casos tenía más de 64 años. (Figura 2).

Figura 2. Vigilancia de Tétanos. 2012

Tasas de incidencia por grupos de edad y sexo



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

En cuanto a los antecedentes de vacunación, solo se recoge información en 7 casos y de estos 4 casos no estaban vacunados y 3 habían recibido pauta de vacunación incompleta.

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

Discusión

Las altas coberturas de vacunación han reducido drásticamente la incidencia y la mortalidad por tétanos en España. En los últimos años la incidencia se mantiene estable y, al igual que en otros países que tienen programas de vacunación bien establecidos, los casos se diagnostican fundamentalmente en mayores de 65 años que no están vacunados o que tienen pautas de vacunación incompletas.

A pesar de la baja incidencia de tétanos siguen registrándose muertes por esta causa. El INE recoge una muerte por tétanos en 2011 y dos muertes en 2012. El calendario de vacunación del adulto recomienda revisar la pauta de vacunación frente a tétanos en torno a los 65 años. A los adultos vacunados de forma incompleta se les actualizará la pauta hasta completar 5 dosis; a los adultos bien vacunados (con al menos 5 dosis) se les administrará una única dosis de recuerdo.

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

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

TOS FERINA

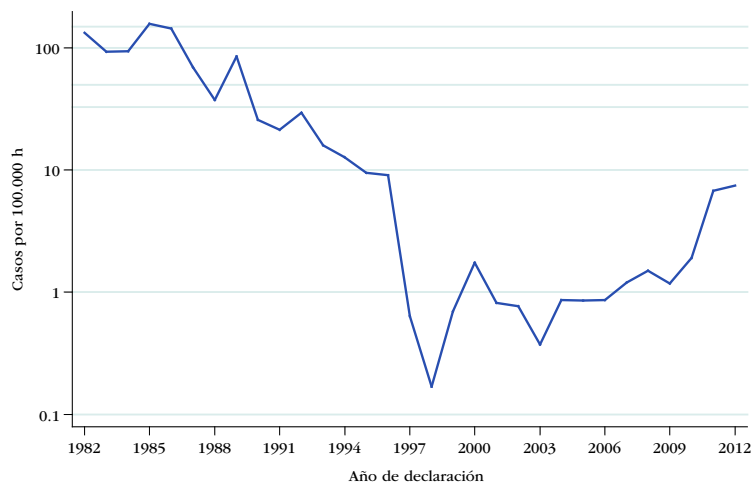
Situación epidemiológica

Distribución temporal y geográfica

Desde el año 1998 la incidencia anual de tos ferina se había mantenido por debajo de 2 casos por 100.000 habitantes, con ondas epidémicas cada 3-5 años. La actual onda epidémica se inició en 2010 (incidencia 1,9 por 100.000 habitantes), con un rápido ascenso en 2011 (3.124 casos; incidencia de 6,8 casos por 100.000 habitantes) que se ha mantenido en 2012 (3.439 casos; incidencia de 7,5 casos por 100.000 habitantes) (Figura 1).

Figura 1. Vigilancia de Tos ferina. 1982-2012

Tasas de incidencia (casos por 100.000 h.)

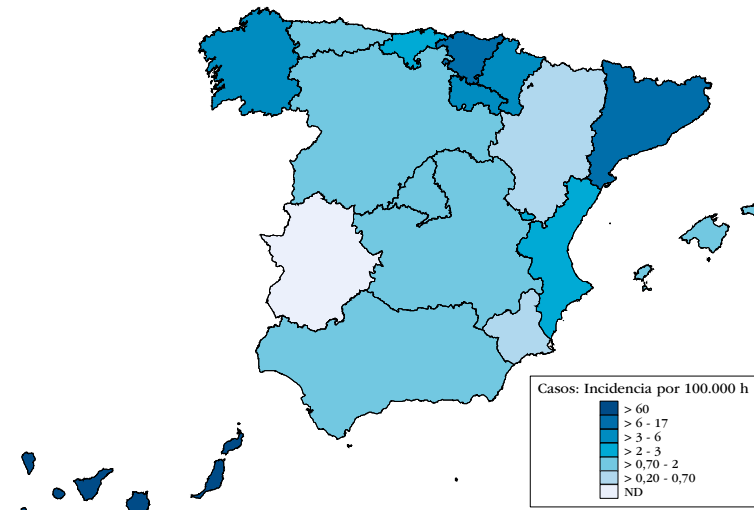


Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Las comunidades autónomas con mayor incidencia fueron Canarias (64,07 casos por 100.000 habitantes), País Vasco (16,72 casos por 100.000 habitantes) y Cataluña (15,31 casos por 100.000 habitantes), seguidas de Navarra (5,13 casos por 100.000 habitantes), La Rioja (4,81 casos por 100.000 habitantes) y Galicia (3,42 casos por 100.000 habitantes); Extremadura Ceuta y Melilla no notificaron ningún caso (Figura 2).

Figura 2. Vigilancia de Tos ferina. España. 2012

Incidencia por Comunidades Autónomas



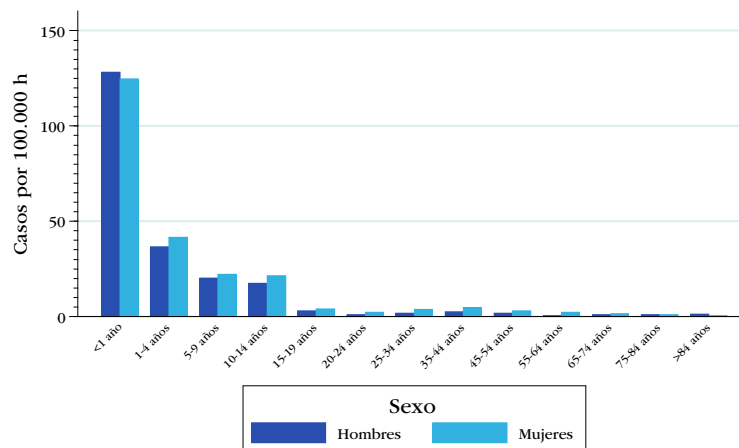
Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Características de los casos

El 45,4% de los casos fueron hombres. La incidencia de tos ferina en mujeres fue más alta que en hombres para la mayoría de grupos de edad. El grupo más afectado fueron los menores de un año con una incidencia de 128,2 casos por 100.000 habitantes en hombres y 124,7 casos por 100.000 habitantes en mujeres, seguidos del grupo de 1-4 años: 36,6 casos por 100.000 habitantes en hombres y 41,6 casos por 100.000 habitantes en mujeres (Figura 3).

Figura 3. Vigilancia de Tos ferina. 2012

Tasas de incidencia por grupos de edad y sexo



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Discusión

En el año 2012 se han notificado muchos casos de tos ferina, hasta alcanzar la incidencia más alta desde 1996. El grupo más afectado han sido los menores de 1

año, sobre todo los lactantes menores de 6 meses que todavía no han completado la primovacunación con tres dosis de vacuna. También se han notificado muchos casos en niños mayores, adolescentes y adultos.

La tos ferina está aumentando en muchos países que tienen programas de vacunación consolidados. Aunque la mejora de la sospecha clínica y la disponibilidad de pruebas diagnósticas sencillas y rápidas como la PCR, facilitan la notificación de casos, todos los resultados apuntan a que se está dando un aumento real en la incidencia de tos ferina. La evanescencia de la protección que confiere la vacuna y la sustitución de las vacunas de células enteras por las vacunas acelulares podrían estar contribuyendo al inesperado aumento de casos de tos ferina.

VARICELA

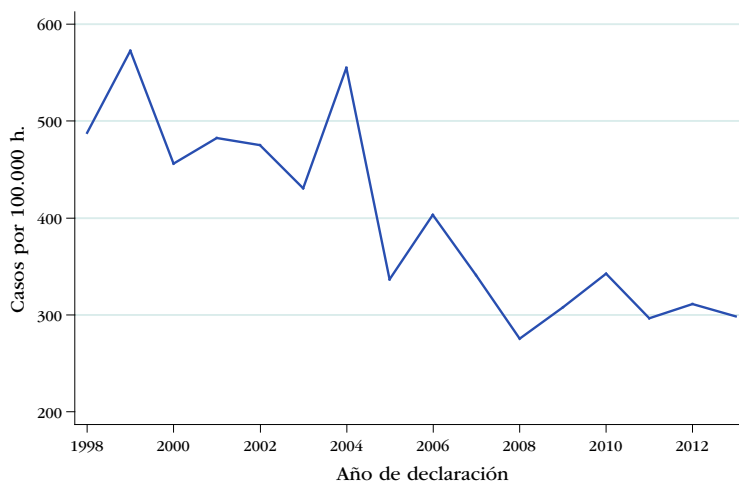
Situación epidemiológica

Distribución temporal y geográfica

La varicela es una enfermedad epidémica que se presenta en ondas cíclicas multianuales. La incidencia de varicela ha caído ostensiblemente en los últimos años, pasando de 193.866 casos notificados (486,1 casos por 100.000 habitantes) en 1998 a 145.704 casos (311,1 casos por 100.000 habitantes) en 2012 (Figura 1).

Figura 1. Vigilancia de Varicela. 1998-2012

Tasas de incidencia (casos por 100.000 h.)

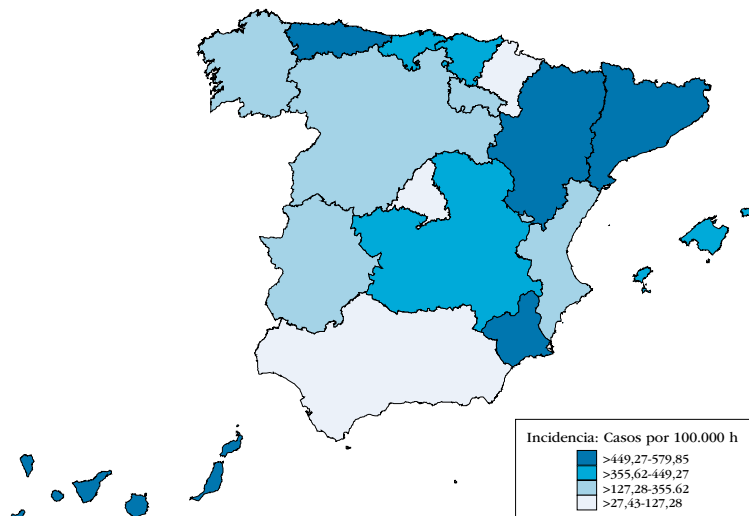


Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

En 2012 la incidencia de varicela en las comunidades autónomas presenta un rango muy amplio: las más altas se registraron en Cataluña (579,8 por 100.000 habitantes), Aragón (540,2 casos por 100.000 habitantes) y Canarias (482,7 casos por 100.000 habitantes) y las más bajas en Navarra (27,4 casos por 100.000 habitantes), Melilla (77,3 casos por 100.000 habitantes) y Ceuta (85,3 casos por 100.000 habitantes) (Figura 2).

Figura 2. Vigilancia de Varicela. España. 2012

Incidencia por Comunidades Autónomas



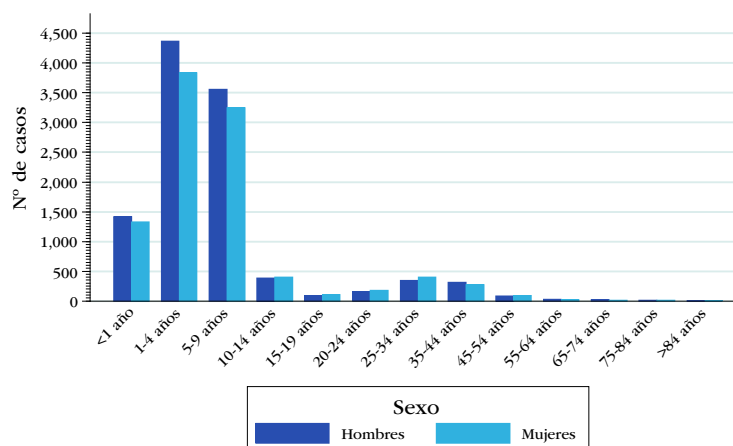
Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Características de los casos

En el año 2012 se notificó información sobre edad y sexo en 20.751 casos de varicela (14,5% del total de casos). El 52,01% de los casos fueron hombres. La varicela afectó sobre todo a los niños menores de 15 años (89,6% de los casos): el 39,7% tenía entre 1 y 4 años y el 32,8% entre 5 y 9 años. Entre los 25-44 años se observa un repunte de varicela con un 6,4% del total de los casos. (Figura 3).

Figura 3. Vigilancia de Varicela. 2012

Casos por grupos de edad y sexo



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Discusión

Desde el año 2005, cuando se introdujo la vacuna, la varicela está disminuyendo en España aunque mantiene su presentación cíclica en ondas epidémicas cada 2-3 años.

En los últimos años la tendencia de la varicela está siendo muy diferente según comunidades autónomas. Hay comunidades que están experimentando una caída importante y mantenida mientras que en otras el descenso es moderado. Estas diferencias se deben a las distintas políticas de vacunación infantil frente a varicela.

El Calendario de Vacunaciones del Sistema Nacional de Salud recomienda la vacunación de varicela en la adolescencia con dos dosis de vacuna a los 14 años. Navarra, Ceuta y Melilla y Madrid (hasta 2013) incluyen además la vacunación de varicela en la infancia en sus calendarios de vacunación. En el resto de comunidades se está vacunando de varicela fuera de las recomendaciones del calendario de vacunación infantil y se están alcanzando coberturas que se estiman entre el 28% y el 90% de los niños.

La situación de la vacunación de varicela en España hace impredecible el impacto sobre la circulación del virus de la varicela y sobre la incidencia de herpes zóster en la población, particularmente entre los adultos mayores de 50 años.

5. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN AÉREA

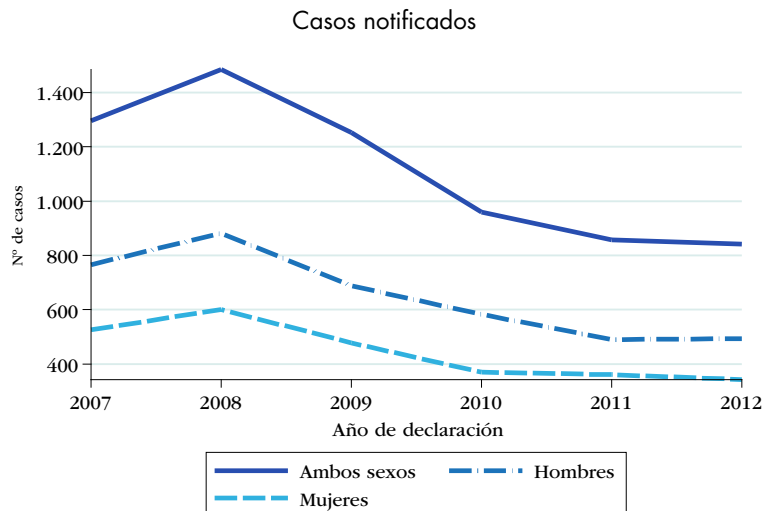
ENFERMEDAD NEUMOCÓCICA INVASORA

Situación epidemiológica

Distribución temporal y geográfica

En 2012 se declararon al SIM 1.184 casos de enfermedad invasiva por *Streptococcus pneumoniae*. Veintiocho laboratorios declararon de forma constante durante el 2007-2012 observándose un descenso en el número de casos notificados por dichos laboratorios desde el año 2008. Las muestras pertenecían con mayor frecuencia a hombres, aunque ambos sexos siguieron la misma tendencia (Figura 1).

Figura 1. Vigilancia de *Streptococcus pneumoniae*. 2002-2012



Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

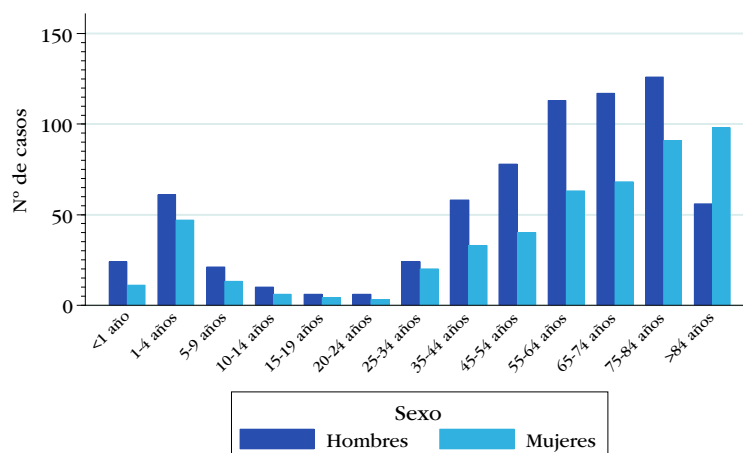
Los casos se distribuyen con estacionalidad invernal, coincidiendo con los meses más fríos, la incidencia es mayor en las primeras semanas del año.

Características de los casos

De los 1.184 casos notificados al SIM, 680 (57,4%) fueron hombres y 488 (41,2%) mujeres. La distribución por sexo fue similar a la del año anterior.

Figura 2. Vigilancia de *Streptococcus pneumoniae*. 2012

Casos notificados por grupos de edad y sexo



Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

Los casos fueron frecuentes en menores de 5 años (10,2%) y en mayores de 25 años (80,7%): el 36,4% entre los 25 y los 64 años y el 31,4% en mayores de 65 años. Los grupos de edad con menos casos fueron los grupos entre los 10 y los 24 años (2,95% de los casos).

Serotipos

En el año 2012 los serotipos más frecuentes fueron el 1 (12,3%), 3 (10,1%), 7F (8,8%), 19A (8,0%), 12F (7,6%) y 14 (5,4%).

En total, los serotipos cubiertos por la vacuna heptavalente (4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F y 23F) supusieron un 11,4% de los casos notificados con serotipo, por debajo del valor de año anterior que supusieron un 17,6%. Los serotipos incluidos en la vacuna 13-valente que incluye además de los anteriores protección frente a los serotipos 1, 3, 5, 6A, 7F y 19A constituyeron el 51,6% de los serotipos notificados (en 2011 supusieron el 61,7%).

Discusión

El número de casos de ENI que se notificaron a través de laboratorios con declaración estable disminuyó en 2012. La información disponible es todavía insuficiente para poder extraer conclusiones y no se pueden descartar cambios en la declaración.

De los casos notificados con dato de serotipo se observa un descenso progresivo en los casos asociados a los serotipos incluidos en la vacuna heptavalente (4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F y 23F) y 13-valente (1, 3, 4, 5, 6A, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19A, 19F y 23F).

GRUPE

Actividad gripal en España en la temporada 2011-2012

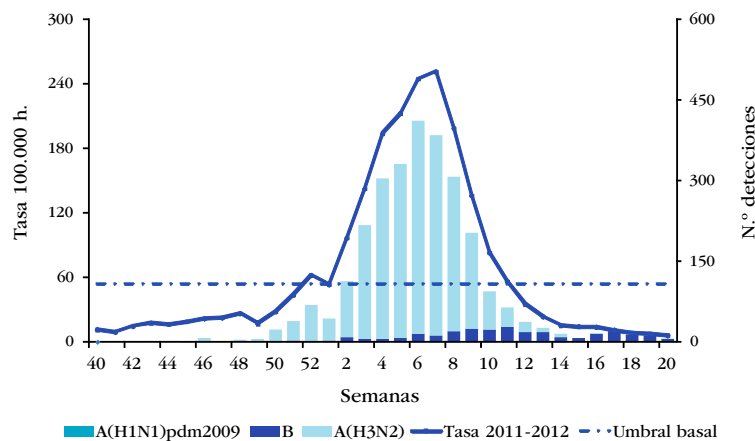
Redes centinela

La temporada 2011-2012 tuvo un interés especial epidemiológicamente por ser la segunda temporada de gripe tras la pandemia de 2009 y la primera en la que volvió a dominar la circulación de un virus estacional A(H3N2) diferente del virus pandémico.

La actividad gripal en España en la temporada 2011-2012 fue moderada y se asoció a una circulación predominante del virus de la gripe A(H3N2) con una contribución creciente de virus de la gripe B, a partir del pico de la onda epidémica (Figura 1). La onda epidémica superó el umbral establecido para la temporada en la semana 52/2011 (25-31 de diciembre), alcanzando una tasa máxima de incidencia de gripe de 251.247 casos por 100.000 habitantes en la semana 07/2012 (13-19 de febrero). A nivel global.

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

Sistemas centinela. Temporada 2011-2012. España

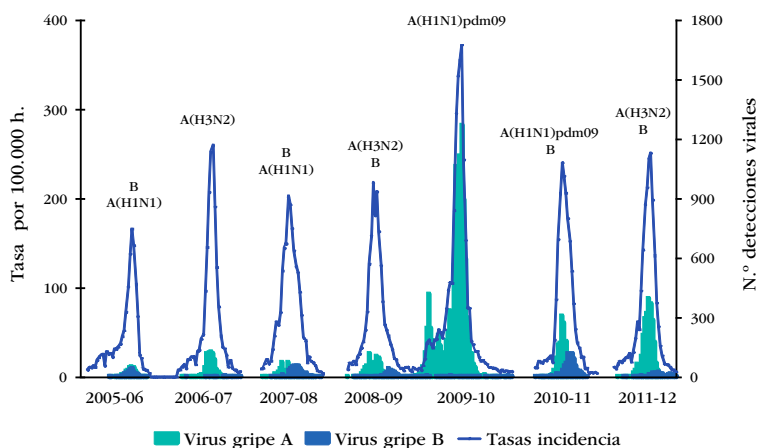


En la tabla 1 se muestran las características epidemiológicas y virológicas de la actividad gripal en la temporada 2011-2012 en las distintas redes centinela integradas en el Sistema de Vigilancia de la Gripe en España (SVGE). La duración de la onda epidémica (10 semanas) y el nivel de intensidad gripal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

Los menores de 15 años fue el grupo de edad más afectado con una tasa máxima de incidencia semanal de gripe de 682,25 casos y 484,89 casos por 100.000 habitantes para los grupos de 0-4 años y 5-14 años, respectivamente.

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

Temporadas 2005/2006-2011/2012. España



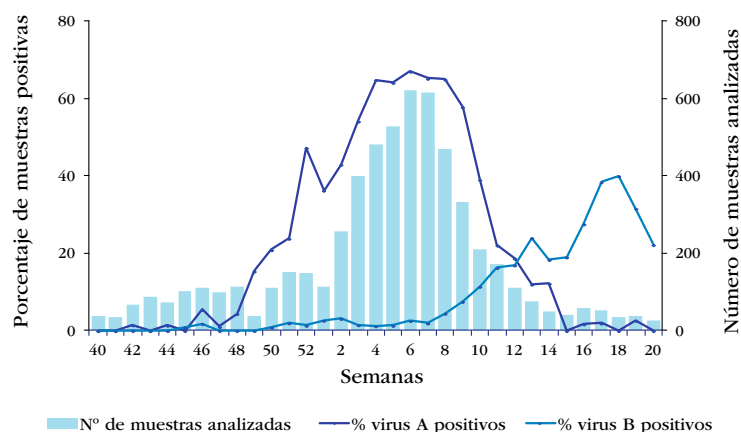
Información virológica

En la temporada 2011-2012 la actividad gripal se asoció a una circulación mayoritaria de virus de la gripe A(H3N2). A partir del pico epidémico (semana 07/2012) se observó un incremento de la contribución del virus de la gripe B, que circuló de forma mayoritaria a partir de la semana 13/2012 (26 de marzo- 1 de abril) (Figura 1). Se notificaron al SVGE un total de 5.386 detecciones de virus de la gripe (54% centinela y 46% no centinela), de las que 92,3% fueron virus de la gripe A (98,8% A(H3N2) y 0,2% A(H1N1)pdm09, entre los subtipados), 7,6% fueron 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 49% en la semana 52/2011, 70% en la semana 08/2012 (ocho semanas después de la del con una tasa del 49%) y 50% en la semana 10/2012. Cuando se representa el porcentaje de muestras positivas por tipo de virus gripal se observan dos picos máximos diferenciados, uno en la semana 06/2012 con un 67% de muestras positivas a virus de la gripe A y otro en la semana 18/2012 con un 40% de muestras positivas a virus de la gripe B (Figura 3).

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

Temporada 2011-2012. España



Durante la temporada se caracterizaron genéticamente 634 virus de la gripe (6 A(H1N1)pdm09, 537 A(H3N2) y 91 B). El análisis filogenético mostró que la mayoría de los virus A(H3N2) caracterizados, independientemente de los grupos genéticos a los que pertenezcan, pueden ser considerados antigénicamente distintos a la cepa vacunal A/Perth/16/2009(H3N2). Los escasos virus de la gripe A(H1N1)pdm09 caracterizados se agruparon en cepas similares a la cepa vacunal A/California/7/2009. La mayoría de los virus de la gripe B caracterizados fueron del linaje Yamagata, difiriendo de la cepa vacunal B/Brisbane/60/2008 perteneciente al linaje Victoria.

Brotos de gripe

Durante la temporada 2011-12 se notificaron 29 brotes de gripe en nueve CCAA, 20 en instituciones geriátricas, cuatro en el ámbito escolar, cuatro en instituciones sanitarias y uno en entorno familiar. Todos los brotes, excepto dos, tuvieron lugar durante la onda epidémica de gripe, identificándose en la mayoría de ellos como agente causal el virus de la gripe A(H3N2). Los dos brotes fuera del periodo epidémico se produjeron uno al inicio de la temporada por virus de la gripe A(H1N1)pdm09 y otro al final de la temporada por virus de la gripe B. La tasa global de ataque fue del 22%.

La cobertura de vacunación antigripal varió según el tipo de institución, desde un 95% (61%-100%) en residencias geriátricas a un 5% en centros escolares. Un análisis combinado de 10 de los brotes notificados en instituciones geriátricas permitió estimar, mediante un modelo de efectos aleatorios, un riesgo relativo asociado a la vacunación de 0,81 (IC 95%: 0,36-1,86), obteniéndose una efectividad vacunal (EVA) del 19% (IC 95%: -86 - 64), en consonancia con un efecto protector bajo-moderado descrito para la vacuna antigripal a mitad de temporada.

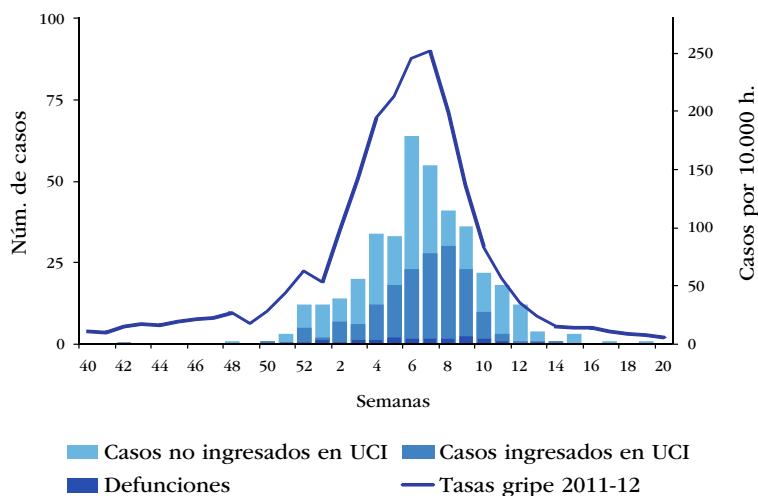
Vigilancia de casos graves hospitalizados confirmados de gripe

En la temporada 2011-2012 participaron en la vigilancia de casos graves hospitalizados confirmados de gripe 112 hospitales, con una población vigilada de 25.249.050 habitantes (55% de la población española). La definición de caso incluía aquellos pacientes que presentaron un cuadro clínico compatible con gripe y que requirieron ingreso hospitalario, por la gravedad del cuadro clínico que presentaban: neumonía, fallo multiorgánico, shock séptico o ingreso en UCI, o por desarrollar el cuadro anterior durante su ingreso hospitalario por otro motivo, y que hubieran sido confirmados de infección de virus de la gripe por laboratorio.

Durante el periodo de vigilancia se notificaron un total de 609 casos graves hospitalizados confirmados de virus de la gripe, de los que 171 (28%) fueron admitidos en UCI (**Figura 4**). La tasa global de hospitalización estimada fue de 3,01 casos por 100.000 habitantes, con valores máximos en el grupo de edad menor de 1 año (13,28 casos por 100.000 habitantes) y mayores de 64 años (3,86 casos por 100.000). Por grupos de edad, el mayor porcentaje de casos hospitalizados se observó en los mayores de 64 años (41%), seguido de los menores de 5 años (28%). En el 95% de los pacientes se identificó el virus de la gripe A (99,4% A(H3N2) y 0,6% A(H1N1)pdm2009, entre los subtipados) y en el 8% el virus B.

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

Temporada 2011-2012. España



Fuente: CNE. SGVE. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

El 78% de los casos presentaba algún factor de riesgo de complicaciones de gripe. Entre los factores de riesgo más prevalentes destacó la enfermedad pulmonar crónica (25%) y la enfermedad cardiovascular crónica (23%). El 62% de los casos desarrolló neumonía y un 53% de los pacientes en los que estaba recomendada la vacunación habían recibido la vacuna antigripal de esta temporada.

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

Durante la temporada 2011-2012 se registraron 50 defunciones entre los casos graves hospitalizados confirmados de gripe (Figura 4). La letalidad de la infección grave por virus de la gripe se ha estimado en un 8,2% entre los casos hospitalizados. Las defunciones se registraron mayoritariamente en el grupo de mayores de 64 años (66%) y en el grupo de 45-64 años (24%). En el 96% de los casos se confirmó infección por virus de la gripe A(H3) y en el 4% por virus B. El 94% de los casos presentaban algún factor de riesgo de complicaciones de gripe y el 39% de los casos en los que estaba recomendada la vacunación habían recibido la vacuna antigripal de esta temporada.

La mortalidad general observada por todas las causas durante la temporada de vigilancia de la gripe 2011-2012 estuvo por debajo de lo esperado hasta la semana 05/2012 (primera semana de febrero), a partir de la cual se inició un aumento progresivo, que superó los umbrales de alerta (límite de confianza superior al 95%) en la semana 07/2012, coincidiendo con el pico de la onda epidémica de gripe. Permaneció por encima de este umbral hasta la semana 9/2012, y volvió a los niveles esperados al final de la semana 10/2012. El exceso acumulado de mortalidad durante el periodo en que la mortalidad observada estuvo por encima de la esperada fue del 17%. Este exceso afectó casi exclusivamente a los mayores de 75 años (80% del exceso).

Discusión

La actividad gripal en la temporada 2011-2012 fue moderada y se asoció a una circulación mayoritaria del virus de la gripe estacional A(H3N2), con una contribución mínima del virus A(H1N1)pdm09 que había predominado desde el inicio de la

pandemia de 2009. La temporada se caracterizó por una presentación tardía, a mitad del mes de febrero, así como por una limitada concordancia entre los virus circulante A(H3N2) y la cepa vacunal. Debido a esta heterogeneidad antigénica, la OMS recomendó en febrero de 2012 el cambio de la cepa vacunal A(H3N2) en la composición de la vacuna antigripal 2012-2013. La enfermedad grave por gripe confirmada se produjo fundamentalmente en niños menores de cinco años y personas de edad avanzada, confirmando su evolución hacia patrones de edad típicos de las hospitalizaciones por gripe en las epidemias de gripe estacional. Los mayores de 64 años concentraron el mayor porcentaje de defunciones en casos graves hospitalizados confirmados de gripe, mientras que la mortalidad en adultos jóvenes fue notablemente menor que en las dos temporadas previas. En términos de letalidad, la temporada 2011-2012 fue menos grave que las temporadas en las que predominó el virus de la gripe A(H1N1)pdm09.

La diversidad de brotes de gripe identificados en la temporada 2011-2012 y distribuidos en gran parte del territorio nacional, especialmente en residencias geriátricas con altas coberturas de vacunación antigripal, podría estar relacionada también con un limitado efecto protector de la vacuna antigripal 2011-2012 en estos grupos de población. Sin embargo, la demostración de un efecto protector de la vacuna antigripal en los grupos elegibles para vacunación, en estudios de efectividad de la vacuna antigripal en España, refuerza la importancia de las recomendaciones oficiales de vacunación antigripal.

Tabla 1. Actividad gripal en las redes centinela que integran el SVGE. Temporada 2011-2012

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 ¹	Máximo nivel de difusión de actividad gripal ¹	Tipo/subtipo virus dominante en la temporada ²
Andalucía	5/2012	218,08	Menores de 15 años	Medio	Epidémico	A(H3N2)
Aragón	5/2012	531,49	Menores de 15 años	Alto	Epidémico	A(H3)
Asturias	6/2012	397,73	Menores de 15 años	Alto	Epidémico	A(H3N2)
Baleares	8/2012	136,38	Menores de 15 años	Alto	Epidémico	A(H3N2)
Canarias	6/2012	269,57	Menores de 15 años	Alto	Epidémico	A(H3)
Cantabria	7/2012	455,49	Menores de 15 años	Alto	Epidémico	A(H3N2)
Castilla-La Mancha	4/2012	331,32	Menores de 15 años	Alto	Epidémico	A(H3N2)
Castilla y León	6/2012	297,93	Menores de 15 años	Medio	Epidémico	A(H3)
Cataluña	7/2012	461,13	Menores de 15 años	Muy Alto	Epidémico	A(H3)
Comunidad Valenciana	7/2012	204,02	Menores de 15 años	Medio	Epidémico	A(H3)

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 ¹	Máximo nivel de difusión de actividad gripal ¹	Tipo/subtipo virus dominante en la temporada ²
Extremadura	7/2012	466,90	Menores de 15 años	Medio	Epidémico	A(H3N2)
Madrid	3/2012	117,91	Menores de 15 años	Medio	Epidémico	A(H3N2)
Navarra	7/2012	359,75	Menores de 15 años	Alto	Epidémico	A(H3)
País Vasco	7/2012	341,05	Menores de 15 años	Alto	Epidémico	A(H3)
La Rioja	4/2012	281,61	Menores de 15 años	Medio	Epidémico	A(H3)/B
Ceuta	2/2012	182,42	Mayores de 65 años	Medio	Esporádico	ANS
Melilla	7/2012	252,11	Menores de 15 años	Alto	Epidémico	A(H3N2)
Global nacional	7/2012	251,24	Menores de 15 años	Medio	Epidémico	A(H3)

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

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

LEGIONELOSIS

Situación epidemiológica

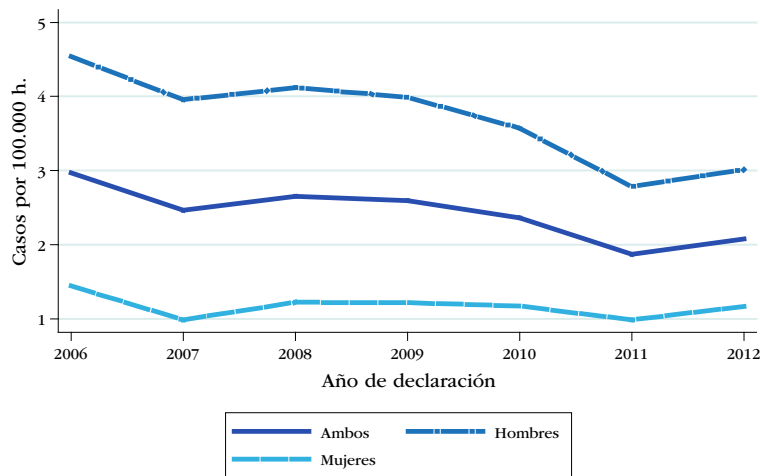
Distribución temporal y geográfica

En 2012 se recibió información individualizada de 977 casos de legionelosis en residentes en España, 959 fueron casos autóctonos (2,11 casos por 100.000 habitantes) y 18 casos fueron importados. La incidencia de esta enfermedad ha seguido una tendencia descendente y se produjo un descenso anual medio del 5,5% en el periodo 2006 a 2012. La incidencia fue superior en hombres durante todo el periodo (Figura 1).

Además, la red europea para la vigilancia de casos asociados a viajar notificó 92 casos en viajeros con antecedente de permanecer en España durante el periodo de incubación. En años anteriores se notificaron 102 casos en 2006, 88 en 2007, 82 en 2008, 63 en 2009, 62 en 2010 y 61 en 2011.

Figura 1. Vigilancia de legionelosis. 2006-2012

Tasas de incidencia (casos por 100.000 habitantes)

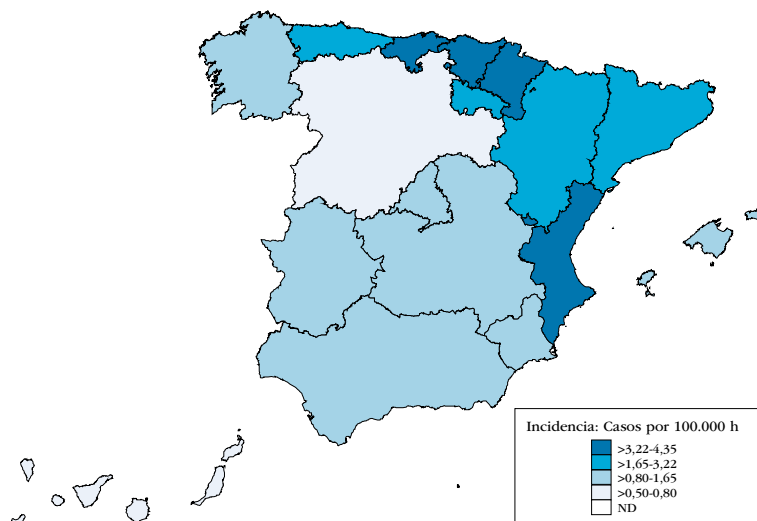


Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Las tasas de incidencia (para el numerador se han considerado los casos en los que la CCAA de residencia coincide con la CCAA a la que se ha adjudicado el caso. Se han excluido los casos de viajes producidos a distinta CCAA de la de residencia) más elevadas las presentaron Cantabria con 29 casos (tasa de 5,01), País Vasco con 96 casos (tasa de 4,51), Comunidad Valenciana con 211 casos (tasa de 4,26). La tasa más baja correspondió a Canarias con 9 casos (tasa de 0,43). Ceuta y Extremadura no declararon ningún caso (Figura 2).

Figura 2. Vigilancia de legionelosis. España. 2012

Incidencia por Comunidades Autónomas



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

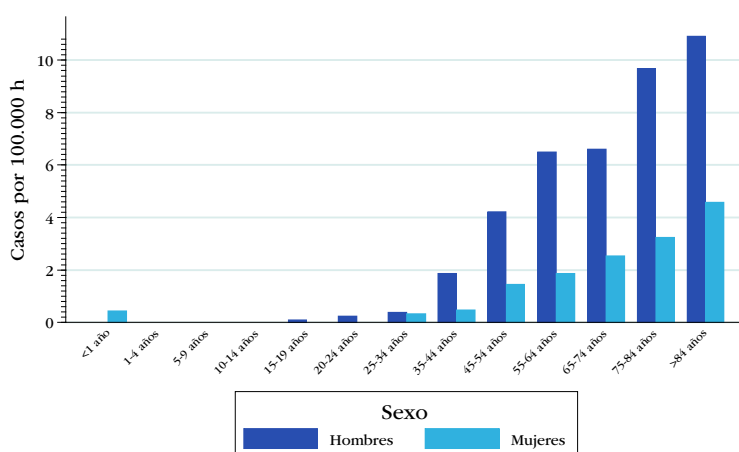
Esta enfermedad tiene una distribución claramente estacional. En 2012, el número de casos notificado en los meses de junio a agosto (328 casos) fue ligeramente inferior a los notificados de septiembre a noviembre (357 casos). El mes con mayor número de casos declarados fue octubre (153 casos 16,3% del total de caso declarado en el año).

Características de los casos

El 71,29% de los casos fueron hombres. La incidencia según el sexo fue de 3,01 casos por 100.000 hombres (683 casos) y de 1,21 casos por 100.000 mujeres (275 casos), en un caso se desconoce el sexo y en tres la edad. La incidencia de la enfermedad aumenta con la edad. Las tasas más altas se dan en las últimas décadas de la vida. Hubo tres casos en menores de 20 años. Dos de ellos fueron una niña de 9 meses y un niño de un año de edad (Figura 3).

Figura 3. Vigilancia de legionelosis. 2012

Tasas de incidencia por grupos de edad y sexo



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

La evolución se conoce en el 60,90% de los casos (595/977). Se notificaron 51 defunciones, todas en casos autóctonos. Se ha calculado la letalidad para los 595 casos en los que se dispone de esta información. La letalidad global fue de 8,57% (51/595), 8,21% (34/414) en los hombres y 9,39% (17/181) en las mujeres.

La información sobre antecedentes de riesgo se conoce en el 35% (342/977) de los pacientes. El 80,99% de los casos con información (277/342) eran o habían sido fumadores, el 17,54% tenían antecedentes de haber padecido alguna enfermedad respiratoria crónica (60/342), el 0,88% (3/342) tratamiento con corticoides y el 0,58% (2/342) tuvieron algún tipo de cáncer. De los 233 casos en los que se conoce dónde se produjo la exposición, en 48 fue en el hospital (20,6%) y en 11 en otra institución sociosanitaria (4,7%).

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

En 2012, nueve comunidades autónomas notificaron 18 brotes en los que resultaron afectados 154 personas y se produjeron 10 defunciones (letalidad global de 6,5%). La magnitud de los brotes fue pequeña, excepto en dos que tuvieron lugar en la C. Valenciana y Madrid con 41 y 64 casos respectivamente. Los 16 brotes restantes se asociaron con 9 o menos casos (12 con dos o tres casos). De estos 18 brotes, ocho se clasificaron como comunitarios (90 casos), uno nosocomial (tres casos) y nueve,

con 61 afectados, se asociaron a viajar. La fuente de infección no se llegó a identificar en 12 brotes (66,7%). En los seis brotes restantes en que se identificó, en tres fue la instalación de agua sanitaria, y en los tres restantes, una torre de refrigeración, un baño con hidromasaje y una fuente ornamental respectivamente. Además, se notificaron siete agrupamientos de casos asociados a viajar notificados a través de la red de vigilancia legionelosis asociada a viajar (ELDSNet) del ECDC. Cada agrupamiento fue de dos casos, no hubo defunciones y transcurrió un año o más entre la visita del primer caso y el segundo al hotel.

Discusión

España es uno de los países europeos, junto con Francia e Italia, que notifica las tasas más elevadas de legionelosis. El número de casos declarados en España presenta una tendencia ligeramente decreciente desde 2006, aunque en 2012 se produjo un incremento del 4,7% con respecto al año anterior. La información sobre edad y sexo permite describir su presentación, caracterizada como una enfermedad que afecta más a hombres que a mujeres y a personas de edad avanzada, aunque en el caso de los hombres, la incidencia es alta en la etapa activa de la vida, lo que podría explicarse por la relación con el desempeño de algunas profesiones o trabajos. La letalidad de la enfermedad es difícil de valorar por la falta de actualización de la información sobre la evolución de los pacientes en la base de datos nacional.

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

LEPRA

Situación epidemiológica

Durante el año 2012 se notificaron al registro estatal 10 casos incidentes de lepra, y además se notificaron tres recidivas de Paraguay, España y Colombia. De los 10 casos incidentes la clínica es multibacilar en 4 de los casos, paucibacilar en 6. Dos de los casos incidentes presentan discapacidad, uno con clínica multibacilar presenta discapacidad de grado 2 y el otro, con clínica paucibacilar, presenta discapacidad de grado 1. El tratamiento utilizado en 8 de los casos es la multiterapia recomendada por la Organización Mundial de la Salud, en un caso paucibacilar se empleó otra multiterapia y otro caso paucibacilar está pendiente de tratamiento.

El número de casos prevalentes registrados^a fue de 53 en 2012. En la [tabla 1](#) se expone la distribución geográfica de los casos incidentes y prevalentes por CCAA 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

CCAA	2012		2011	
	Casos incidentes	Casos prevalentes*	Casos incidentes	Casos prevalentes ^a
Andalucía	1	10	0	11
Aragón	0	0	0	1
Asturias	1	3	1	2
Baleares	0	2	0	4
Canarias	0	2	1	2
Cantabria	0	0	0	0
Castilla-La Mancha	0	0	0	1
Castilla-León	0	2	0	3
Cataluña	1	9	2	15
Comunidad Valenciana	1	6	2	6
Extremadura	0	0	0	0
Galicia	0	6	0	9
Madrid	1	5	4	6
Murcia	1	3	2	4
Navarra	0	2	1	3
País Vasco	4	3	1	5
La Rioja	0	0	0	0
Ceuta	0	0	0	0
Melilla	0	0	0	0
Total Estatal	(9*) 10	53	(12*)14	72

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

^a Casos activos a 31/12/2012.

En la distribución por sexo se observan 6 hombres y 4 mujeres (Tabla 2). En 9 de los 10 casos incidentes consta un país de origen distinto de España: Brasil (3), Ecuador (1), Paraguay (2), Filipinas (1), India (1), Marruecos (1).

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

Grupos de edad	Masculino	Femenino	Total
0-14	0	0	0
15-24	0	0	0
25-44	3	3	6
45-64	2	1	3
65 y más	1	0	1
Total estatal	6	4	10

Discusión

Los datos de incidencia y prevalencia de la lepra en España han bajado respecto a años anteriores, lo que pone de manifiesto la importancia de la vigilancia de los casos y el seguimiento del tratamiento, así como la sospecha diagnóstica en personas procedentes de países endémicos de lepra.

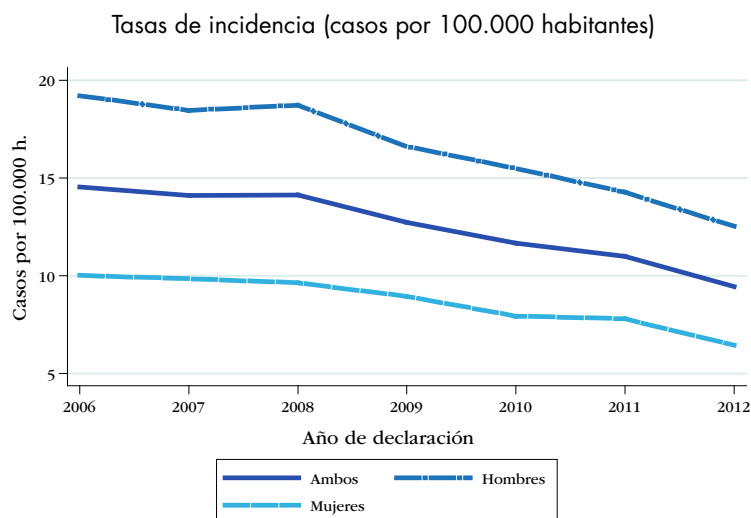
TUBERCULOSIS

Situación epidemiológica

Distribución temporal y geográfica

En 2012 la tasa de incidencia de tuberculosis respiratoria fue 9,4 casos por 100.000 habitantes (4.354 casos) (Figura 1). Esto supuso un descenso de aproximadamente un 12% respecto al año 2011, en que se registró una tasa de 10,9 casos por 100.000 habitantes. El descenso en las tasas ha sido continuado desde 2006.

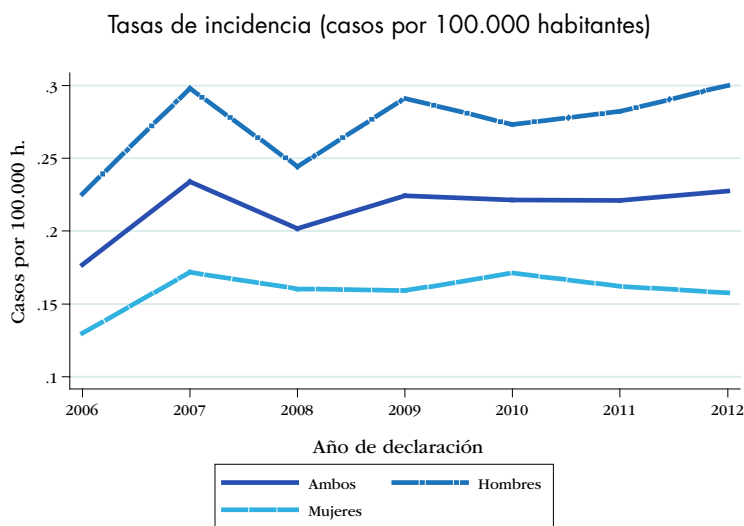
Figura 1. Vigilancia de tuberculosis respiratoria. 2006-2012



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

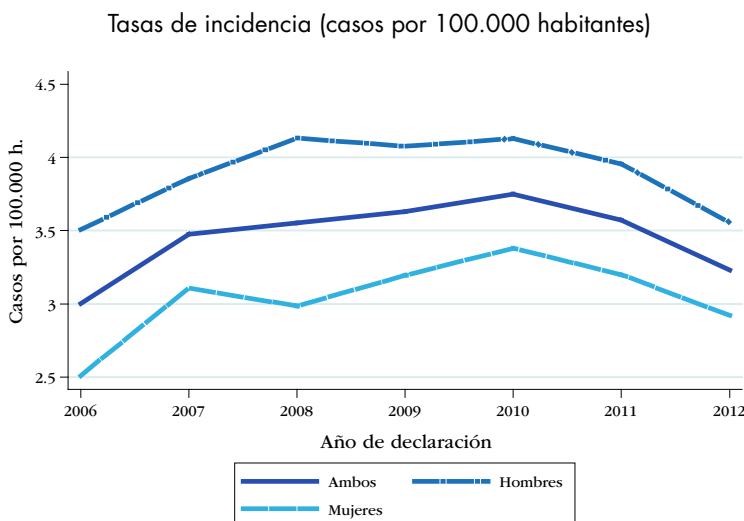
En cuanto a la meningitis tuberculosa, la tasa para el 2012 fue de 0,23 casos por 100.000 habitantes (105 casos). Esto supone un ligero ascenso respecto al año 2011 (0,22), aunque desde el año 2007 no se observa una clara tendencia, manteniéndose las tasas entre 0,20 y 0,23 casos por 100.000 habitantes en ese periodo (Figura 2).

Figura 2. Vigilancia de meningitis tuberculosa. 2006-2012



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Figura 3. Vigilancia de tuberculosis. Otras localizaciones. 2006-2012



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

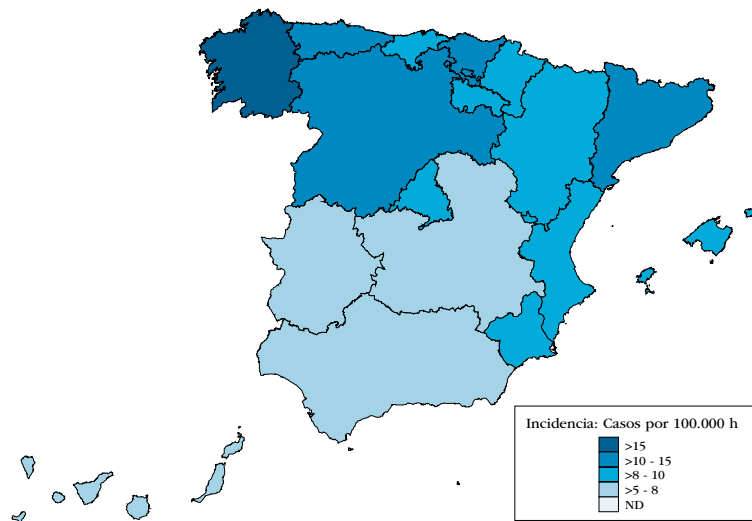
La tasa para tuberculosis de otras localizaciones fue de 3,23 casos por 100.000 habitantes (1.492 casos) en 2012, un 8% menos que en el año 2011. Tras la tendencia ascendente que se produjo hasta el año 2010 y que se debió fundamentalmente a una mejora de la notificación, desde entonces se ha producido un descenso continuado (Figura 3).

La distribución de las tasas de incidencia es desigual entre las distintas CCAA, lo que se debe a factores poblacionales, climatológicos, y de otros relacionados con los sistemas de vigilancia y control de la tuberculosis. En tuberculosis respiratoria, las mayores tasas se observaron en Ceuta (34 casos por 100.000 habitantes) y Galicia (15,5 casos por 100.000 habitantes) si bien por número de casos destacan Cataluña (835) y Andalucía (662) (Figura 4).

En meningitis tuberculosa las mayores tasas se observaron también en Ceuta y Galicia (1,2 y 0,6 casos por 100.000 habitantes respectivamente), si bien por número de casos destacan Madrid y Cataluña, con 20 casos cada una.

En la TB de otras localizaciones, Galicia (8,4) y País Vasco (5,5) presentan las mayores tasas y Cataluña (368), y Galicia (228) el mayor número de casos.

Figura 4. Vigilancia de tuberculosis respiratoria. España. 2012
Incidencia por Comunidades Autónomas

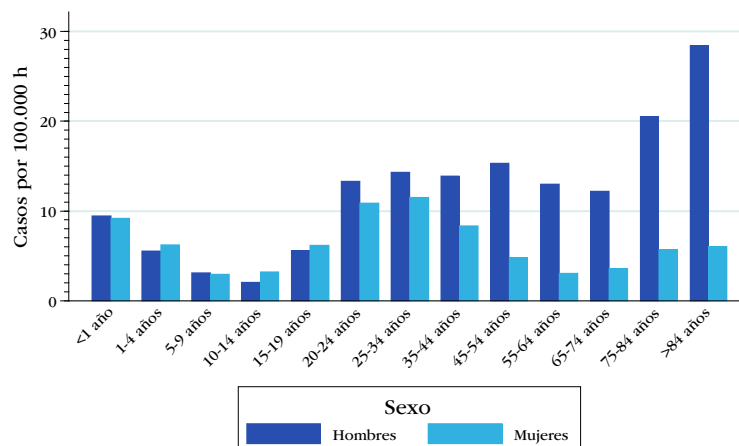


Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Características de los casos

En las tres localizaciones de la enfermedad se observan unas tasas de incidencia más elevadas en hombres que en mujeres en casi todos los grupos de edad (Figuras 5, 6 y 7). En la tuberculosis respiratoria las tasas específicas por edad son más elevadas en mayores de 75 años en hombres, mientras que en mujeres son más elevadas en jóvenes de 25 a 34 años.

Figura 5. Vigilancia de tuberculosis respiratoria. 2012
Tasas de incidencia por grupos de edad y sexo



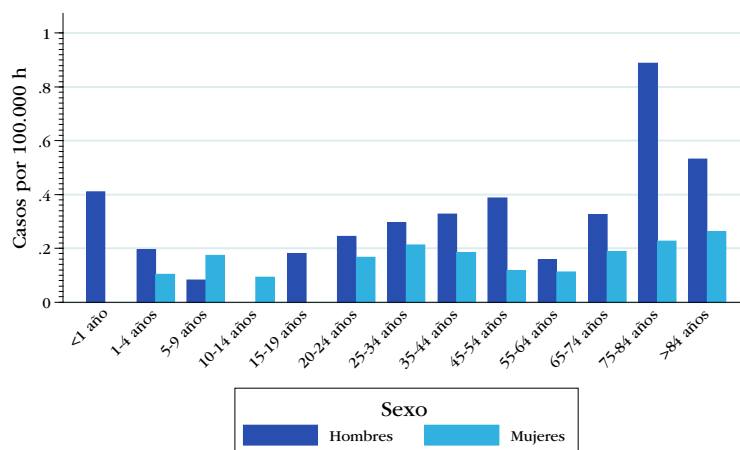
Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

En meningitis tuberculosa los grupos más afectados son los menores de 1 año y los mayores de 75 en hombres, y en mujeres la incidencia parece estar más distribuida entre los distintos grupos de edad. En las TB de otras localizaciones los grupos de edad con mayor incidencia son los mayores de 75 años y los adultos jóvenes en ambos sexos.

Respecto a otras características, hay que destacar que el 89,92% (5.351 / 5.951 casos) del total de los casos no habían recibido tratamiento previo antituberculoso, que el 65% (3.849 casos) estaban confirmados por cultivo, y que un 31,18% (1.855 casos) eran personas nacidas fuera de España. Un 6,2% del total de casos (369 casos) eran VIH positivos, si bien hay un 29,32% de los casos sin información acerca de resultados de las pruebas de VIH.

Figura 6. Vigilancia de meningitis tuberculosa. 2012

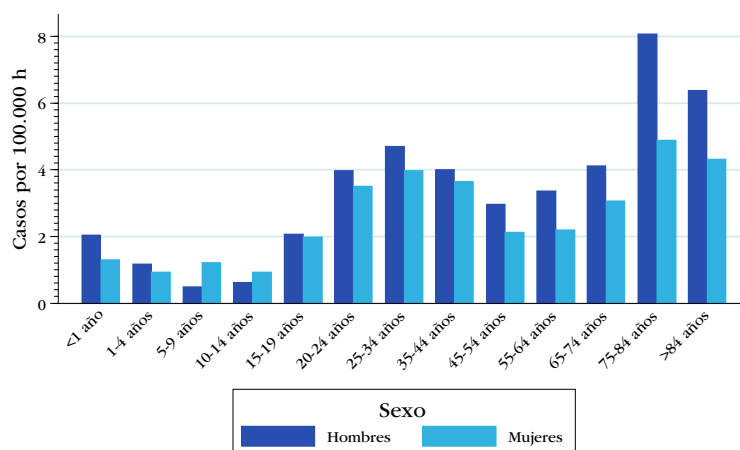
Tasas de incidencia por grupos de edad y sexo



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Figura 7. Vigilancia de tuberculosis. Otras localizaciones. 2012

Tasas de incidencia por grupos de edad y sexo



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Discusión

En el año 2012 se continúa con la tendencia descendente en las tasas de tuberculosis respiratoria y de otras localizaciones, lo que indica que las actividades de control de

la enfermedad están funcionando adecuadamente (diagnóstico y seguimiento de los casos, estudio de contactos y quimioprofilaxis para frenar la transmisión). Las tasas de meningitis tuberculosa se mantienen prácticamente estables los últimos años, debido probablemente a una mayor dificultad en el control de esta enfermedad, dada su gravedad y a que afecta a grupos más vulnerables (niños, personas de edades avanzadas, inmunodeprimidos) por lo que hay que incidir en el control en estos grupos.

Las diferencias entre ambos sexos por edad, especialmente en la tuberculosis respiratoria, se deben a distintos factores de riesgo en hombres y mujeres, ligados a la profesión, comportamientos de riesgo, así como a características genéticas y sociales. En hombres, las tasas más elevadas en edades avanzadas corresponden en su mayor parte a reactivaciones de infecciones adquiridas en edades jóvenes, mientras que las tasas elevadas en adultos jóvenes en ambos sexos, están ligadas a una transmisión más activa que se produce en estos grupos, así como a que los inmigrantes procedentes de países de alta endemia tuberculosa se localizan en estas edades.

Respecto a las variables de la declaración, la calidad de la información es buena en general, si bien hay que seguir mejorando en la recogida de información de algunas variables como el estatus VIH.

6. ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES

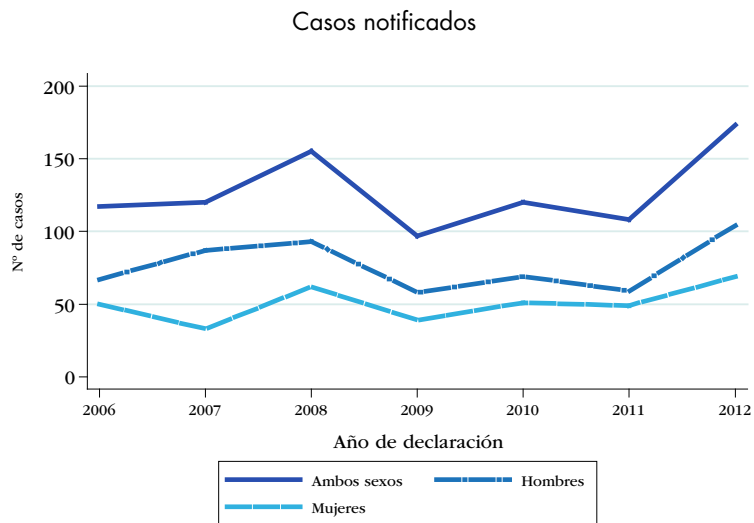
FIEBRE EXANTEMÁTICA MEDITERRÁNEA

Situación epidemiológica

Distribución temporal y geográfica

En 2012 se declararon 173 casos de fiebre exantemática mediterránea, también llamada fiebre botonosa (Figura 1). El número de casos en hombres ha sido superior al de mujeres durante todo el período 2006-2012.

Figura 1. Vigilancia de F. exantemática mediterránea. 2006-2012

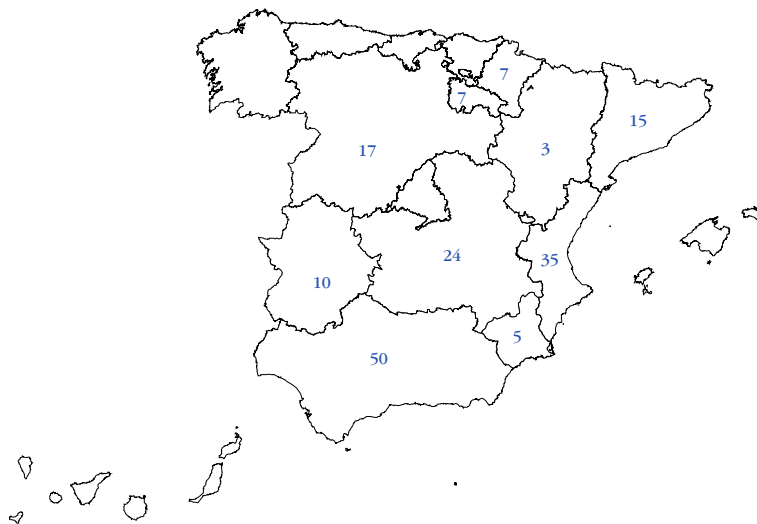


Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

En los países de climas templados la enfermedad presenta un patrón de aparición estacional, más frecuente en verano y principios de otoño siguiendo los períodos de actividad de los vectores que la transmiten. En España el período de actividad del vector puede cubrir todo el año.

Figura 2. Vigilancia de Fiebre exantemática mediterránea. España. 2012

Casos notificados por Comunidades Autónomas



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

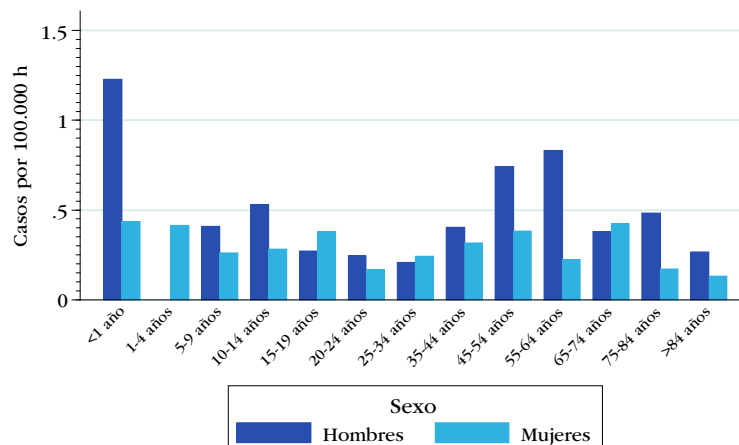
Sólo notifican casos las CCAA que la incluyen como «enfermedad endémica». En 2012, las CCAA que notificaron un mayor número de casos fueron Andalucía (50), la C. Valenciana (35), Castilla La Mancha (24), Castilla León (17) y Cataluña (15) (Figura 2).

Características de los casos

La enfermedad afectó a ambos sexos, con un ligero predominio en hombres. En 2012 las tasas más elevadas fueron en hombres menores de un año, seguida del grupo de 55-64 años (Figura 3).

Figura 3. Vigilancia de F. exantemática mediterránea. 2012

Tasas de incidencia por grupos de edad y sexo



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Discusión

La fiebre exantemática mediterránea se trata de una enfermedad endémica en algunas zonas de España y emergente en otras. Su control se basa en la detección precoz, el tratamiento de los casos y el control de los reservorios (perros) y vectores (garrapatas). Para ello es necesario educar a la población respecto al modo de transmisión por medio de garrapatas y las formas de protección personal. Se debe evitar la parasitación de los perros. Para impedir que entren en contacto con las garrapatas se utilizarán medios físicos o repelentes frente a estos ácaros.

LEISHMANIASIS

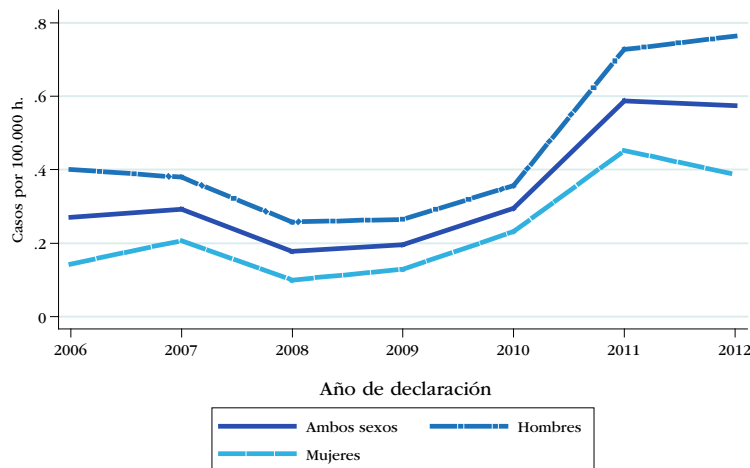
Situación epidemiológica

Distribución temporal y geográfica

En España, la media de casos anuales de leishmaniasis entre los años 2005 y 2010 era de 115 casos. A partir de ese año el número comenzó a aumentar y ha continuado ascendiendo hasta llegar a 271 casos en 2011 y 265 en 2012. Esto fue debido en gran parte a un brote en la Comunidad de Madrid que se extendió en el tiempo desde finales del 2009 hasta el año 2012, en el que parece que comienza a disminuir el número de casos.

Figura 1. Vigilancia de Leishmaniasis. 2006-2012

Tasas de incidencia (casos por 100.000 h.)



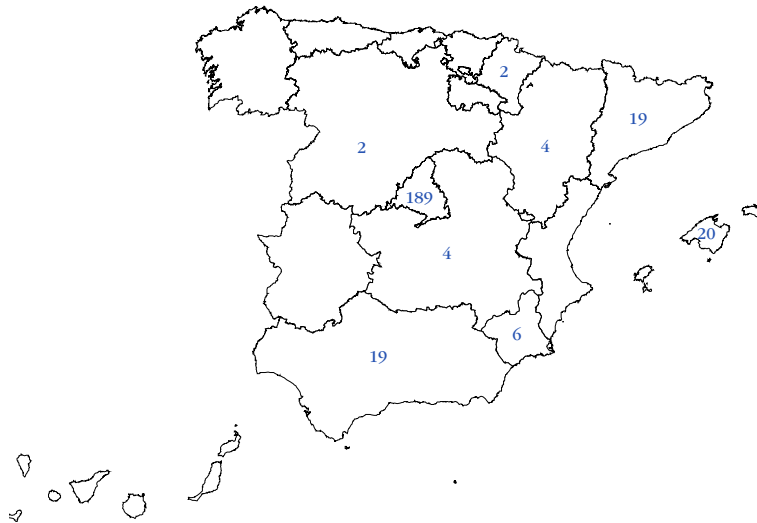
Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

En 2012, la tasa de incidencia en ambos sexos fue de 0,57 casos por 100.000 habitantes (0,76 en hombres y 0,39 en mujeres). Esta mayor incidencia en hombres se ha observado durante todo el período (Figura 1).

Nueve CCAA notificaron casos de leishmaniasis en 2012. Las CCAA con mayor número de casos fueron Madrid (189 casos), Baleares (20 casos), Andalucía (19 casos) y Cataluña (19 casos) (Figura 2). Las tasas más elevadas se dieron en Madrid (2,95 casos por 100.000 habitantes) y Baleares (1,82 casos por 100.000 habitantes). El 87,2% (231/265) de los casos fueron confirmados.

Figura 2. Vigilancia de Leishmaniasis. España. 2012

Casos notificados por Comunidades Autónomas



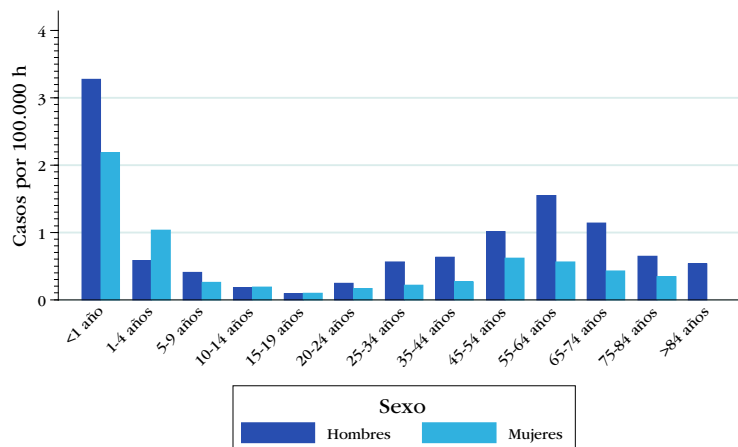
Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Características de los casos

El 65,5% de los casos eran hombres (razón de masculinidad 1,9). Los grupos de edad más afectados fueron los menores de 5 años, en especial los varones menores de 1 año (Figura 3).

Figura 3. Vigilancia de Leishmaniasis. 2012

Tasas de incidencia por grupos de edad y sexo



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Discusión

La leishmaniasis está considerada como una enfermedad endémica de ámbito regional con distribución geográfica limitada, por lo que solo aquellas Comunidades Autónomas que en su ámbito tengan casos de esta enfermedad lo comunican a la RENAVE. Los casos de leishmaniasis en España comenzaron a aumentar desde 2009 debido fundamentalmente a un brote producido en la Comunidad de Madrid y que

se extendió en el tiempo, observándose por primera vez este año un descenso. El grupo más afectado fueron los menores de 5 años, en especial los varones menores de 1 año.

PALUDISMO

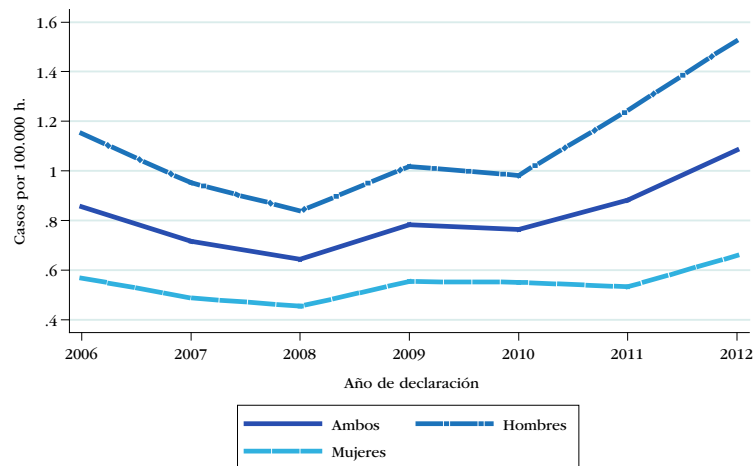
Situación epidemiológica

Distribución temporal y geográfica

En el año 2012 se notificaron en España 505 casos de paludismo, siendo todos importados. La incidencia en 2012 fue de 1,09 casos por 100.000 habitantes (1,5 en hombres y 0,6 en mujeres). Las tasas en hombres se han mantenido superiores a lo largo de todo el periodo 2006-2012. Desde el año 2008 el aumento ha sido paulatino, y más acusado desde 2010 y en hombres (Figura 1).

Figura 1. Vigilancia de Paludismo. 2006-2012

Tasas de incidencia (casos por 100.000 h.)



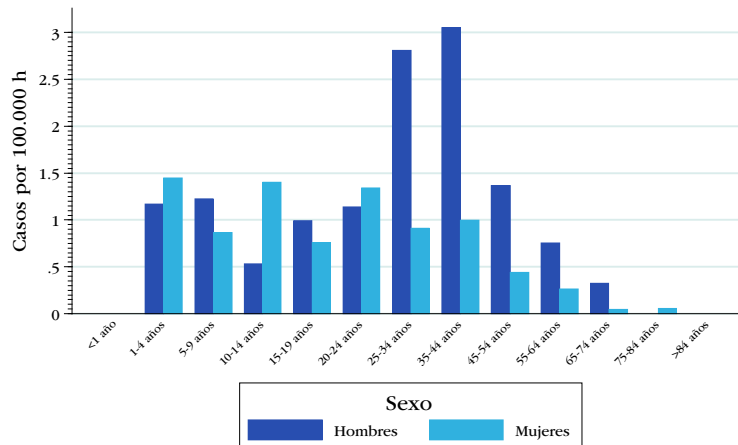
Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Características de los casos

El 69% de los casos declarados en 2012 fueron hombres (razón de masculinidad de 2,2). Por edad, el 69 % del total tenían entre 25 y 54 años (Figura 2).

Figura 2. Vigilancia de Paludismo. 2012

Tasas de incidencia por grupos de edad y sexo



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

El 98,6 % (496/503) de los casos fueron confirmados. El 76% del total y el 90% de los que se dispone información de la especie fueron producidos por *P. falciparum*.

Entre los motivos de viaje al país endémico, el 65% de los casos lo hicieron por motivos de turismo (que incluye visitas a familiares), y un 16% por motivos laborales. Los principales países de visita fueron Guinea Ecuatorial y Nigeria, con el 34 y 16% de los casos respectivamente.

Hay que destacar que se produjeron tres defunciones por esta enfermedad, dos atribuibles a *P. falciparum* y otra a una combinación de *P. falciparum*+ *P. ovale*. Los fallecidos eran hombres y tenían 56, 49 y 27 años de edad.

Discusión

El paludismo está erradicado en España desde 1964. Desde entonces, los casos que se producen son importados. El incremento que se observa desde 2008 se debe al aumento de los viajes a países endémicos, principalmente por turismo o por extranjeros residentes en España que vuelven a esas zonas para visitar a sus familias y no adoptan medidas de protección.

Las medidas preventivas para esta enfermedad van dirigidas principalmente a proteger a estas personas y se basan en reducir el riesgo de picaduras de mosquitos y la quimioprofilaxis cuando esté indicada.

7. ZOONOSIS

BRUCELOSIS

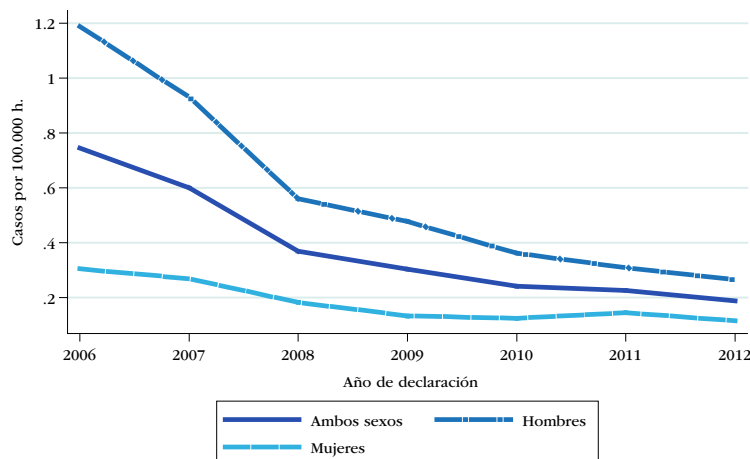
Situación epidemiológica

Distribución temporal y geográfica

La incidencia de brucelosis sigue mostrando la tendencia descendente que se venía observando desde los años 90, con tasas por debajo 1 por 100.000 en los últimos años. En 2012 se observó un descenso en la tasa de incidencia (0,19 casos por 100.000 habitantes) frente al año anterior (0,23 casos por 100.000 habitantes) (Figura 1). El número de casos en 2012 fue de 87.

Figura 1. Vigilancia de Brucelosis. 2006-2012

Tasas de incidencia (casos por 100.000 h.)

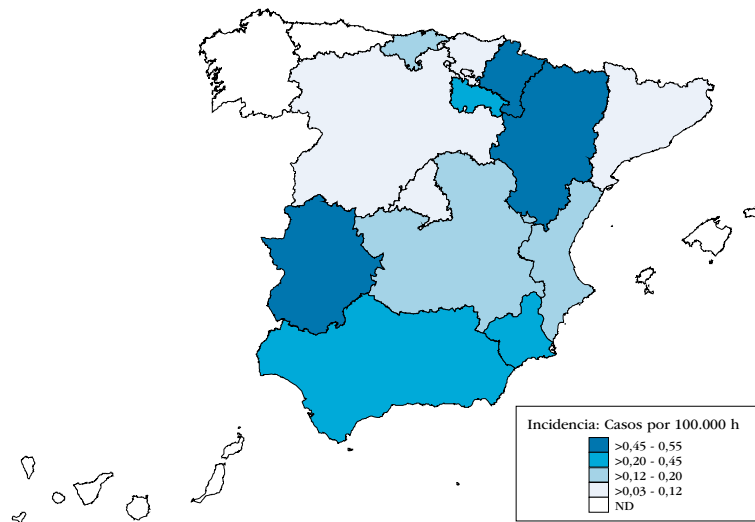


Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Respecto a la distribución geográfica de la enfermedad, se asocia fundamentalmente a las zonas con mayor actividad ganadera (ovino y caprino) en España. Las CCAA de la cornisa cantábrica y litoral mediterráneo son las que presentan las tasas más bajas. En 2012 las Islas Baleares y Canarias siguen manteniendo su estatus de oficialmente libres de brucelosis ovina y caprina, y no declararon ningún caso humano. Asturias, Galicia, Ceuta y Melilla tampoco declararon ningún caso en 2012.

Figura 2. Vigilancia de Brucelosis. España. 2012

Incidencia por Comunidades Autónomas



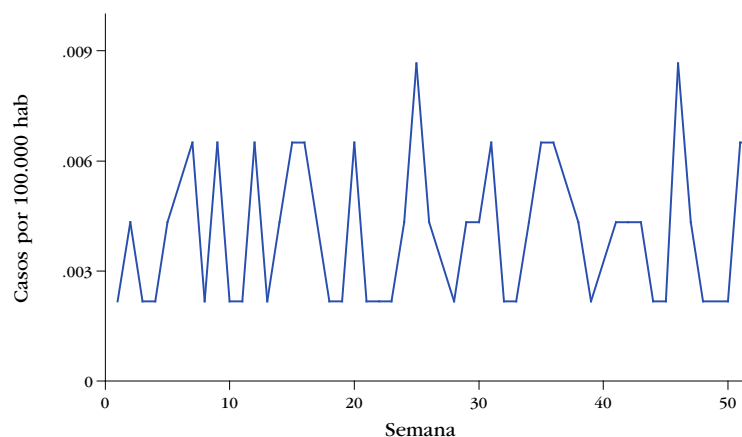
Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

La tasa más alta se registró en Extremadura (0,55 casos por 100.000 habitantes), seguida por Aragón (0,53 casos por 100.000 habitantes) y Navarra (0,48 casos por 100.000 habitantes). El resto de comunidades que declararon casos presentaron tasas entre 0,45 y 0 casos por 100.000 habitantes (Figura 2).

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

Figura 3. Vigilancia de Brucelosis por semanas epidemiológicas. 2012

Tasas de incidencia (casos por 100.000 habitantes)



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

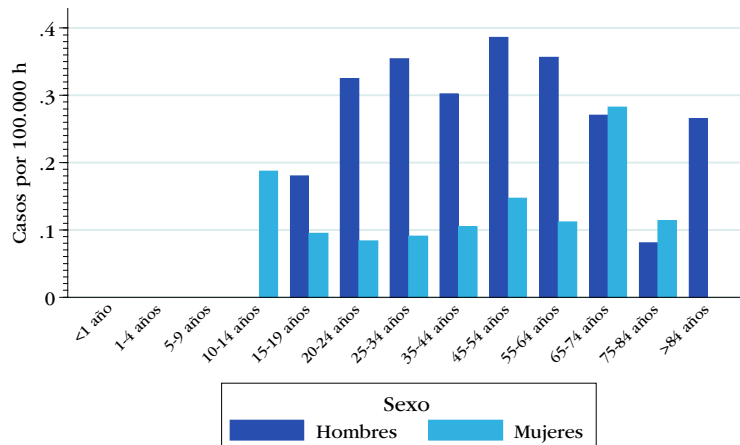
Características de los casos

El 68,97% (60) de los casos fueron hombres. El mayor número correspondió a adultos de entre 25 y 74 años (72/87 casos), y sólo hay dos casos menores de 15

años. La incidencia fue mayor en el grupo de edad de 45 a 54 años en varones (0,39 casos por 100.000 habitantes) y de 65 a 74 años en mujeres (0,28 casos por 100.000 habitantes) (Figura 4).

Figura 4. Vigilancia de Brucelosis. 2012

Tasas de incidencia por grupos de edad y sexo



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Discusión

La brucelosis es una enfermedad de carácter ocupacional que principalmente afecta a personas que trabajan con animales o en laboratorio. En España es una enfermedad en vías de control cuya incidencia ha disminuido notablemente los últimos años, debido a las campañas de saneamiento ganadero.

HIDATIDOSIS

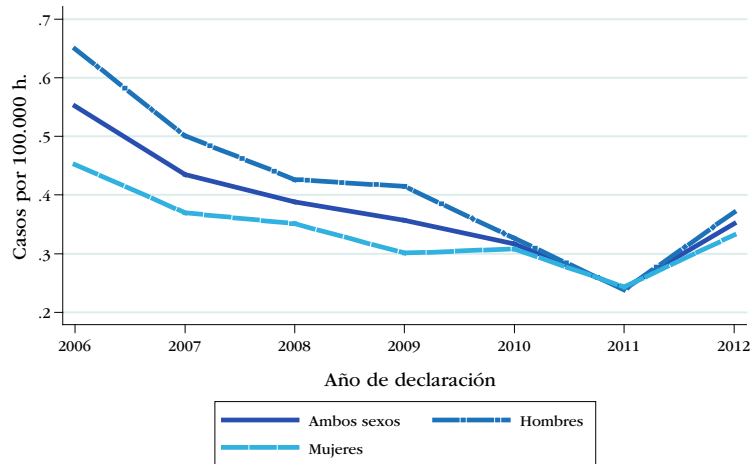
Situación epidemiológica

Distribución temporal y geográfica

En España, el número de casos de hidatidosis se mantiene estable entre 150 y 200 casos anuales desde la década de los noventa. En el año 2012 se observó un aumento respecto al año anterior (162 casos frente a 111 en 2011). La incidencia suele ser ligeramente superior en hombres que en mujeres, excepto en los años 2010 y 2011 donde se igualó (Figura 1). En 2012 la tasa global de hidatidosis fue 0,35 casos por 100.000 habitantes (0,37 en hombres y 0,33 en mujeres).

Figura 1. Vigilancia de Hidatidosis. 2006-2012

Tasas de incidencia (casos por 100.000 h.)

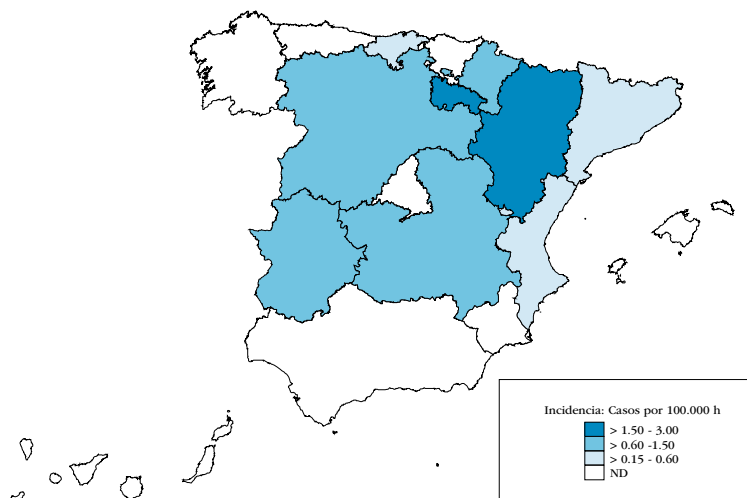


Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Nueve CCAA notificaron casos en 2012. La tasa más alta se dio en La Rioja (2,89 casos por 100.000 habitantes), seguida por Aragón (2,06 casos por 100.000 habitantes). Por número de casos destacan Castilla y León (36) y la Comunidad Valenciana (29) (Figura 2).

Figura 2. Vigilancia de Hidatidosis. España. 2012

Incidencia por Comunidades Autónomas



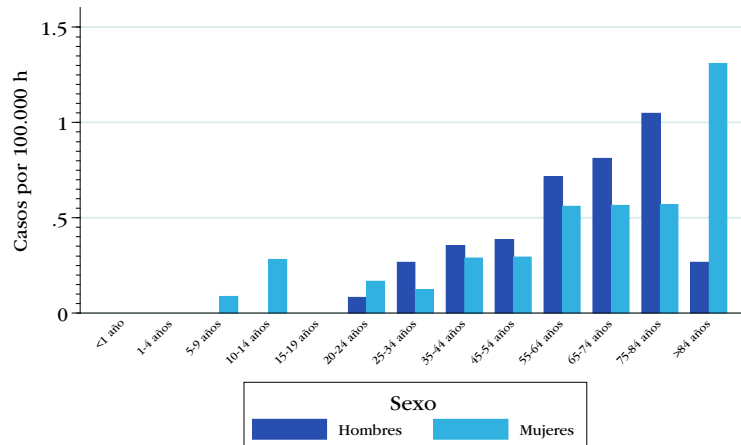
Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Características de los casos

La distribución fue casi uniforme entre ambos sexos: 84 casos (51,85%) hombres y 78 (48,15%) mujeres. Por grupos de edad, se observa un aumento de la incidencia en edades adultas, especialmente en hombres, aunque en mayores de 84 años las tasas fueron muy superiores en mujeres. Se produjeron 3 casos en niños (Figura 3).

Figura 3. Vigilancia de Hidatidosis. 2012

Tasas de incidencia por grupos de edad y sexo



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Discusión

La hidatidosis es una enfermedad parasitaria que se transmite a través de un ciclo doméstico entre perros domésticos y otros cánidos, y animales herbívoros (fundamentalmente ovino y vacuno).

En humanos la mayor incidencia se suele encontrar en regiones con alta producción ovina. El hombre adquiere la infección a partir del perro, al ingerir de forma accidental los huevos del parásito proveniente de las heces de este, mediante alimentos, las manos u objetos contaminados.

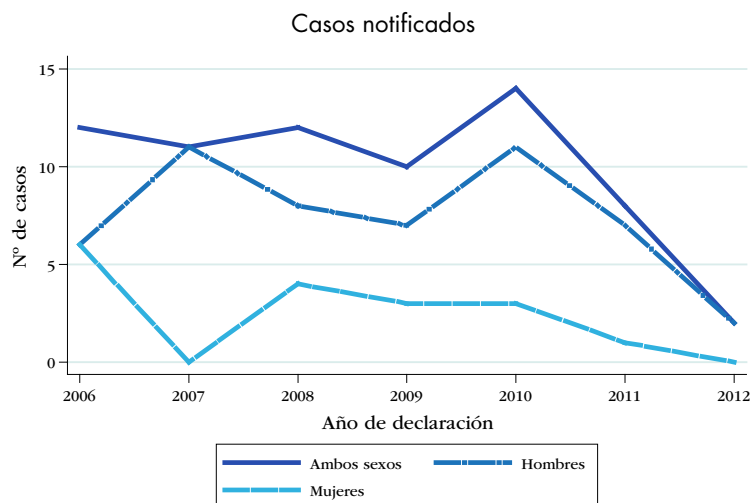
En 1986 se pusieron en marcha programas de control y erradicación de hidatidosis en diferentes CCAA. Estos programas se basaban fundamentalmente en: desparasitación y control de perros, control de vísceras en mataderos y de cadáveres en el campo e información y educación sanitaria. Como consecuencia,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

CARBUNCO

Situación epidemiológica

Distribución temporal y geográfica

En España desde 2006 se han declarado 69 casos de carbunco (Figura 1). La mayoría de los casos se notificaron como sospechosos y no se llegaron a confirmar. Se observa un predominio de la enfermedad en hombres durante todo el periodo (52 casos en total).

Figura 1. Vigilancia de Carbunco. 2006-2012

Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Las dos CCAA que declararon casos en 2012 fueron Andalucía y Aragón.

Características de los casos

En 2012, los dos casos declarados fueron en hombres con edades de 55 y 63 años, uno sospechoso y el otro probable.

Discusión

El carbunco es una enfermedad profesional que afecta principalmente a hombres adultos (agricultores, ganaderos, matarifes y trabajadores de la industria de la piel y el pelo). En España en los últimos años han predominado los casos de carbunco cutáneo.

La prevención del carbunco en las personas está unida al control de su distribución entre los animales. Desde la introducción en los años 70 de la vacuna en los herbívoros, se ha reducido el número de casos humanos a menos de 10 al año.

FIEBRE Q

Situación epidemiológica

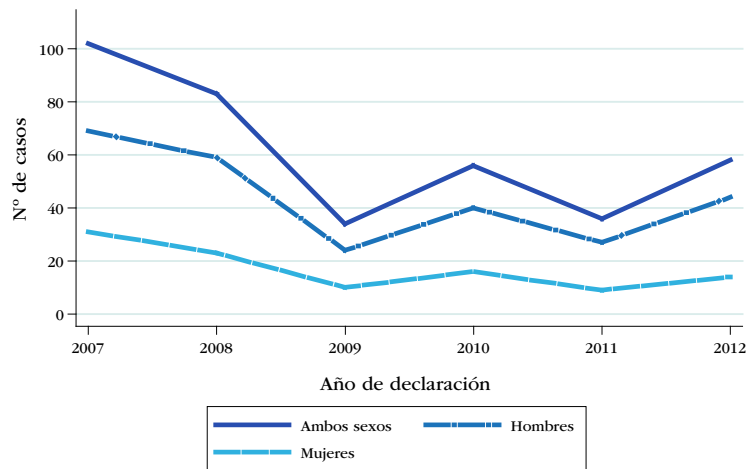
Distribución temporal

En 2012 se notificaron al Sistema de Información Microbiológica 110 casos causados por *Coxiella burnetii*. En la [figura 1](#) se puede observar la evolución en el número de casos notificados en el período 2007-2012 por parte de los laboratorios incluidos en el Sistema de Información Microbiológica.

Los casos notificados en 2012 correspondían a 13 laboratorios de 6 CCAA.

Figura 1. Vigilancia de *Coxiella burnetii*. 2007-2012

Casos notificados



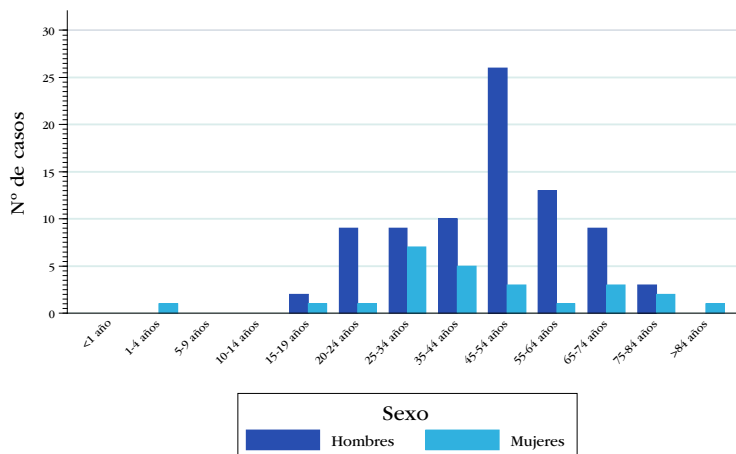
Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

Características de los casos

En 2012 el mayor número de casos de fiebre Q fueron hombres (84 de los 110 casos). La razón hombre/mujer fue 3,4. El grupo de edad de 45 a 54 años fue el que presentó un mayor número de casos en hombres, y en mujeres el de 25 a 34 años (Figura 2).

Figura 2. Vigilancia de *Coxiella burnetii*. 2012

Casos notificados por grupos de edad y sexo



Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

Discusión

En 2012 el número de casos de fiebre Q declarados al SIM aumentó notablemente respecto al año anterior (110 frente a 54 en 2011), aunque si tenemos en cuenta los laboratorios que notifican regularmente al sistema, el aumento no fue tan acusado (58 en 2012 frente a 36 en 2011). La distribución de los casos según edad y sexo es semejante a la de otros años. Aunque en el SIM no se dispone de ese tipo de

información, el predominio de los hombres y las edades adultas está ligado muy probablemente al carácter ocupacional de la enfermedad y al contacto con animales.

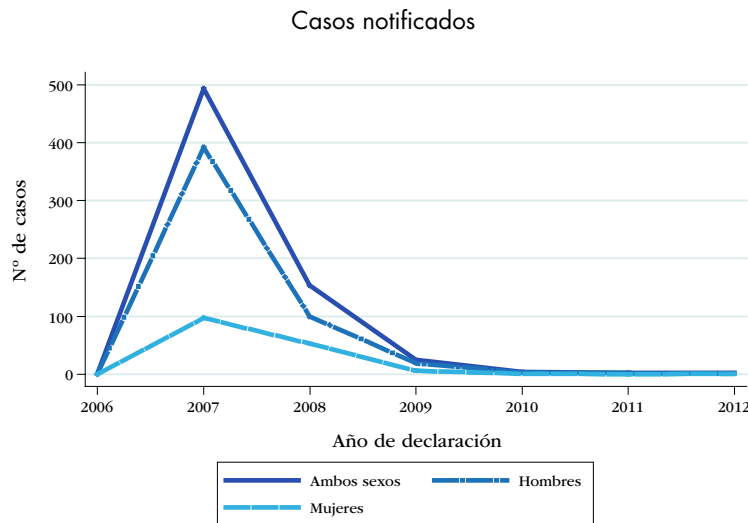
TULAREMIA

Situación epidemiológica

Distribución temporal y geográfica

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, 25 en 2009, 4 en 2010, 2 en 2011 y en 2012 también 2 casos. Los hombres son los que presentan una mayor incidencia (Figura 1).

Figura 1. Vigilancia de Tularemia. 2006-2012



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Características de los casos

De los dos casos declarados en 2012, uno fue un hombre adulto de 69 años y otro una mujer de 17 años.

Discusión

El interés de la vigilancia de la tularemia en España viene dado por su capacidad de producir periódicamente brotes de cierta magnitud. Tras el brote producido en 2007, el número de casos ha ido descendiendo de forma constante, y desde 2010 se mantiene en niveles muy bajos. Los factores de riesgo para esta enfermedad son aquellas actividades relacionadas con la vida al aire libre, como caza, senderismo, o actividades laborales en el campo.

8. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y PARENTERAL

INFECCIÓN POR EL VIH Y SIDA

VIH

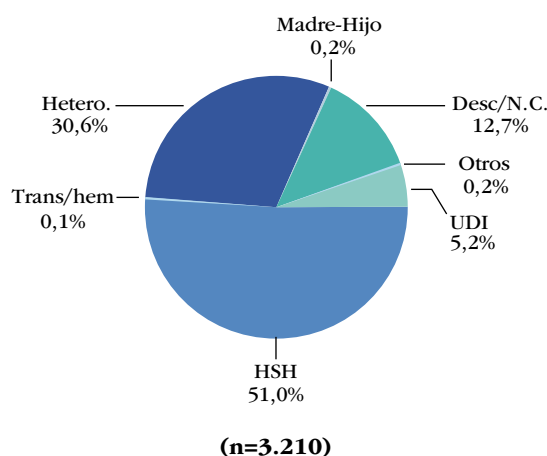
Nuevos diagnósticos de VIH

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 CCAA de Asturias, Baleares, Canarias, Cataluña, Extremadura, La Rioja, Navarra, el País Vasco y la ciudad autónoma de Ceuta desde el año 2003; de Galicia desde el año 2004; de Madrid desde el 2007; de Aragón, Castilla La Mancha y la ciudad autónoma de Melilla desde el 2008; de las comunidades de Cantabria, Castilla León y Murcia desde el año 2009; y de la Comunidad Valenciana desde 2012. Por tanto, la población cubierta por este sistema de vigilancia ha ascendido progresivamente, desde los 14.469.101 habitantes en 2003 (34% del total de la población española) hasta los 37.863.951 habitantes en 2012 (82% del total de la población nacional).

Nuevos diagnósticos de VIH en el año 2012

Hasta el 30 de junio de 2013 se ha recibido desde las 18 CCAA la notificación de 3.210 nuevos diagnósticos de VIH en el año 2012, lo que representa una tasa de 8,5 por 100.000 habitantes sin ajustar por retraso en la notificación. Los hombres suponen el 85% de los nuevos diagnósticos de VIH, y las tasas correspondientes para hombres y mujeres fueron respectivamente 14,6 y 2,6/100.000 habitantes. La mediana de edad al diagnóstico de VIH fue de 36 años (RIC: 29-44). La distribución de las categorías de transmisión queda reflejada en la figura 1.

Figura 1. Nuevos diagnósticos de VIH. Categoría de Transmisión
España. Datos de 18 CCAA *. Año 2012

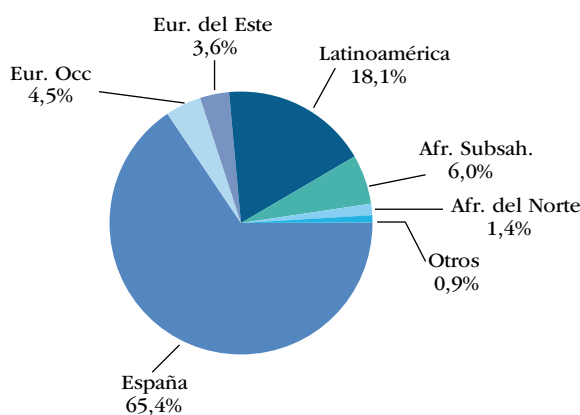


*Aragón, Asturias, Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Ceuta, Com. Valenciana, Extremadura, Galicia, La Rioja, Madrid, Melilla, Murcia, Navarra y País Vasco.

El 35% de los nuevos diagnósticos de infección por el VIH se realizó en personas originarias de otros países. Tras el origen español, el más frecuente fue el latinoamericano (18%) (Figura 2).

Figura 2. Nuevos diagnósticos de VIH. Zona de origen

España. Datos de 18 CCAA*. Año 2012



(n = 3.210)

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

La mediana de CD4 fue de 370 (RIC, 171-580). Un 28% de los nuevos diagnósticos presentaron enfermedad avanzada (<200 CD4 al diagnóstico de VIH), y un 48% presentaron diagnóstico tardío (<350 CD4).

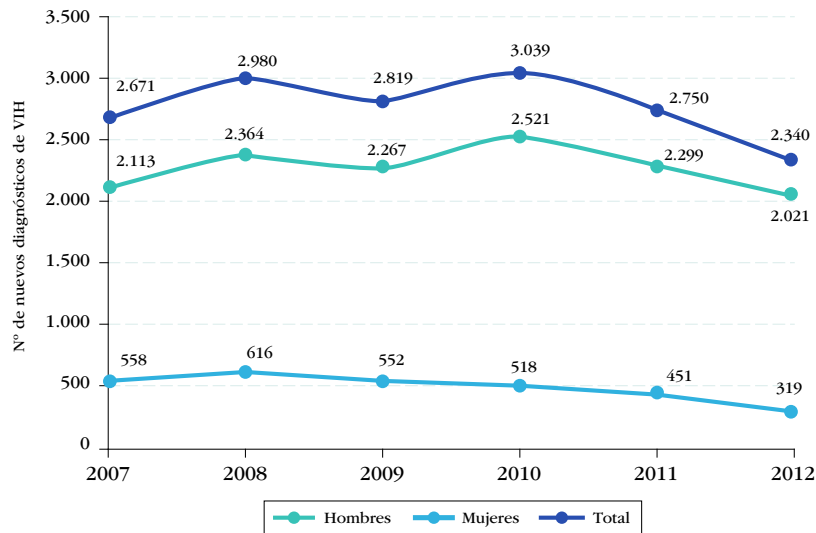
Tendencia de los nuevos diagnósticos de VIH

Once CCAA (Asturias, Baleares, Canarias, Cataluña, Ceuta, Galicia, Extremadura, Madrid, Navarra, País Vasco y La Rioja) han notificado sus casos de forma consistente desde el año 2007. Por ello, para analizar las tendencias de los nuevos diagnósticos de VIH se han utilizado sólo los datos aportados por ellas. Son datos no corregidos por retraso en la notificación, lo que puede afectar a la interpretación de las tendencias, sobre todo en el último año.

El número de casos anuales y su distribución por sexo se refleja en la figura 3, observándose un descenso progresivo del porcentaje que suponen las mujeres, de un 21% en 2007 a un 14% en 2012.

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

España. Datos de 11 CCAA*. Período 2007-2012. Datos no corregidos por retraso en la notificación

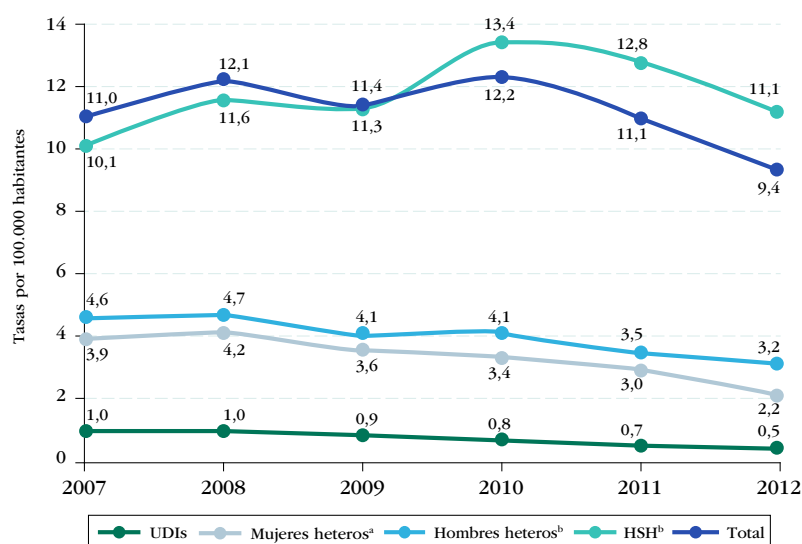


*Asturias, Baleares, Canarias, Cataluña, Ceuta, Extremadura, Galicia, La Rioja, Madrid, Navarra y País Vasco.

La tendencia de las tasas de nuevos diagnósticos de VIH en el periodo 2007-2012 varía según mecanismo de transmisión: se observa una tendencia descendente en UDIs; las tasas tienden a estabilizarse en la transmisión heterosexual, sobre todo considerando el retraso en la notificación; por el contrario, aumentan claramente los nuevos diagnósticos en HSH, aunque las cifras podrían estar estabilizándose en niveles altos. Como resultado de estas tendencias contradictorias, las tasas globales están bastante estables (Figura 4).

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

España. Datos de 11 CCAA*. Período 2007-2012. Datos sin corregir por retraso en la notificación



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

^a Tasa por 100.000 mujeres.

^b Tasa por 100.000 hombres.

El porcentaje de personas diagnosticadas cuyo país de origen no es España aumentó de forma progresiva en la primera mitad de la década del 2000, pero las cifras se estabilizaron en la segunda mitad y partir de 2010 parece haberse iniciado un descenso.

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 2012

Hasta el 30 de junio de 2013 se ha recibido la notificación de 777 casos diagnosticados en 2012. Tras corregir por retraso en la notificación, se estima que en dicho año se diagnosticaron en España 1.021 casos de sida. El 77% de los diagnósticos eran hombres, y la mediana de edad fue de 43 años (RIC: 35-48). El porcentaje de personas que contrajeron la infección por relaciones heterosexuales no protegidas ascienden al 35%. La transmisión entre HSH supone el 31% de todos los casos. El porcentaje de personas diagnosticadas de sida en 2012 que contrajeron la infección por compartir material de inyección para la administración parenteral de drogas descendió al 24%.

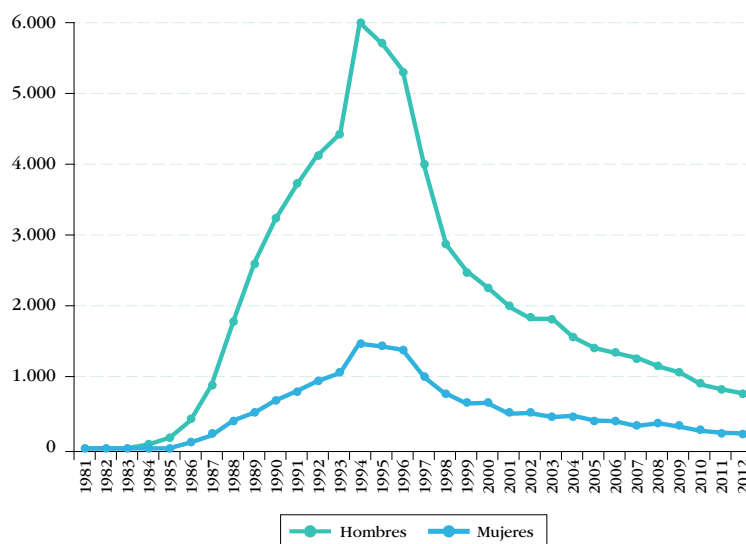
Evolución de la incidencia de sida en España

Desde el inicio de la epidemia en España se han notificado un total de 83.171 casos de sida, cuya distribución por CCAA de residencia se observa en la [Tabla 7 \(Anexo II\)](#). 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 85% desde 1996 (año previo a la generalización del TARGA) hasta 2012 ([Figura 5](#)). Con respecto al 2011, en el año 2012 los casos descendieron un 5%, principalmente por el descenso continuado en la transmisión UDI (16%).

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 31% en 2012. En este último año, el 46% de estas personas extranjeras procedía de Latinoamérica, y el 22% de África Subsahariana.

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

Registro Nacional de Sida. Actualización a 30 de junio de 2013



Discusión

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

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

SÍFILIS

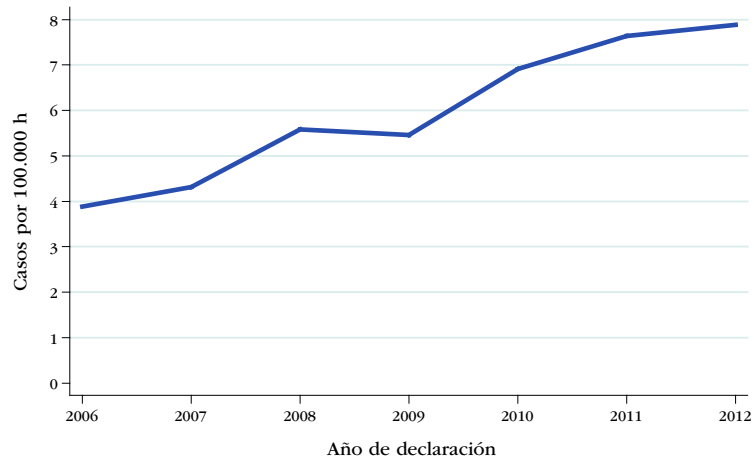
Situación epidemiológica

Distribución temporal y geográfica

Según los datos de la notificación numérica en 2012 se declararon en España 3.641 casos de sífilis, lo que supone una incidencia de 7,88 casos por 100.000 habitantes. La incidencia anual de sífilis ha experimentado un importante crecimiento entre 2006 y 2012 (Figura 1).

Figura 1. Vigilancia de Sífilis. 2006-2012

Tasas de incidencia (casos por 100.000 h.)

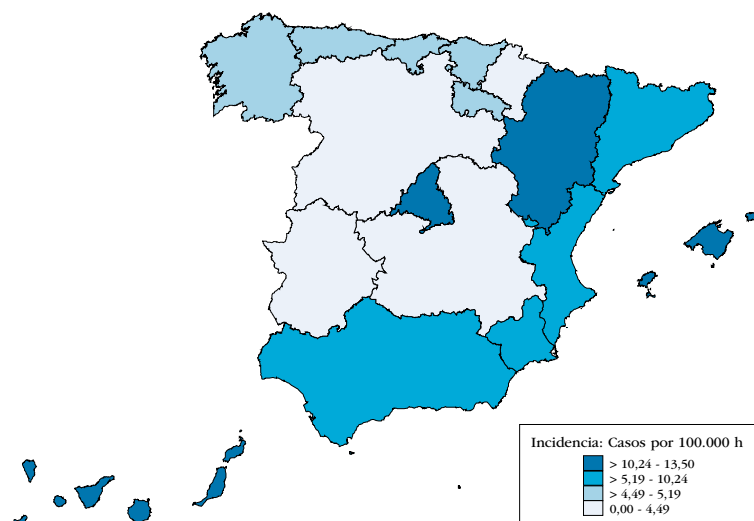


Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Las comunidades autónomas que notificaron tasas más altas en el año 2012 fueron Baleares (13,48 casos por 100.000 habitantes), Madrid (12,51 casos por 100.000 habitantes) y Canarias (10,98 casos por 100.000 habitantes). Las de menor incidencia fueron Castilla La Mancha (2,59 casos por 100.000 habitantes) y Castilla y León (2,79 casos por 100.000 habitantes). Melilla no declaró casos de sífilis (Figura 2).

Figura 2. Vigilancia de Sífilis. España. 2012

Incidencia por Comunidades Autónomas



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Características de los casos

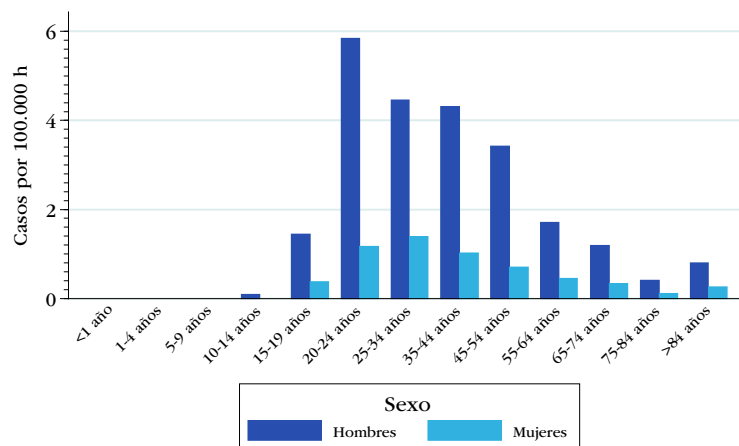
De los 3.641 casos declarados de forma numérica en 2012, se dispuso de información individualizada de 752 casos procedentes de siete comunidades autónomas (Castilla La Mancha, Castilla y León, Extremadura, La Rioja, Comunidad Valenciana, Navarra y Murcia). Estos casos suponen el 100% de la notificación numérica en esas comunidades, excepto para Navarra donde supusieron el 88%.

De esos 752 casos, el 79,65% fueron varones (599/752). El 84,4% se produjeron entre los 20 y 54 años: 36,3% en el grupo de 25-34; 28,0% en el grupo de 35-44; 18,6% en el de 45-54 y 11,5% en el grupo de 20-24 años. No se notificaron casos en menores de 14 años (Figura 3).

La edad media de los casos fue de 39,2 años (DE: 13,6), mayor que la edad media del año anterior de 36,6 años (DE: 12,5). La edad media por sexo fue prácticamente la misma (mujeres 39,88 años; DE: 14,4 y hombres 39,04 años, DE: 13,4).

Figura 3. Vigilancia de Sífilis. 2012

Tasas de incidencia por grupos de edad y sexo



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Discusión

La notificación de casos de sífilis aumentó durante el año 2012 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

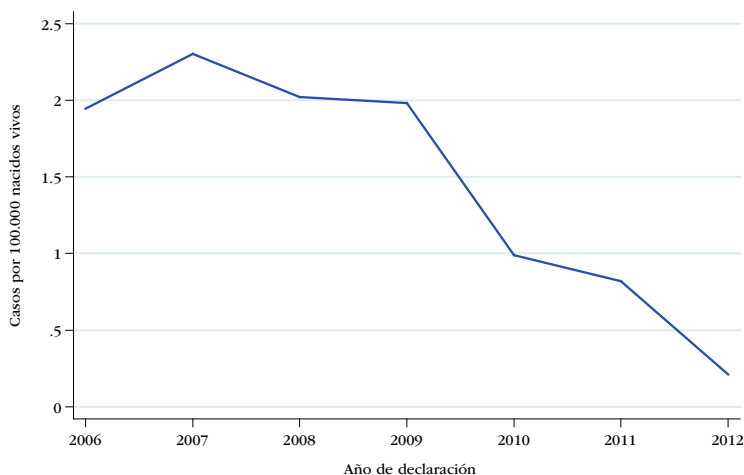
En el año 2012 se ha declarado 1 caso confirmado de sífilis congénita, lo que supone una incidencia de 0,22 casos por 100.000 nacidos vivos.

Distribución temporal

En la figura 1 se muestra la tasa de casos confirmados por 100.000 nacidos vivos en el periodo 2006-2012. Durante estos años las tasas han oscilado entre 2,23 en 2007 y 0,22 en 2012, observándose un descenso estadísticamente significativo a partir del año 2009.

Figura 1. Vigilancia de Sífilis congénita. 2006-2012

Tasas de incidencia (casos por 100.000 nacidos vivos)



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Distribución geográfica y características de los casos

El caso de sífilis congénita notificado en 2012 fue declarado por Andalucía y correspondió a una mujer diagnosticada en la segunda 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 *European Centre for Disease Prevention and Control*¹, en Europa en el año 2012 se notificaron 87 casos de sífilis congénita (tasa de 3,2 casos por 100.000 nacidos vivos). La mayoría de los casos fueron notificados por Bulgaria, Polonia, Portugal y Rumania.

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

¹ European Centre for Disease Prevention and Control. Annual Epidemiological Report 2012. Reporting on 2010 surveillance data and 2011 epidemic intelligence data. Stockholm: ECDC; 2013. <http://www.ecdc.europa.eu/>

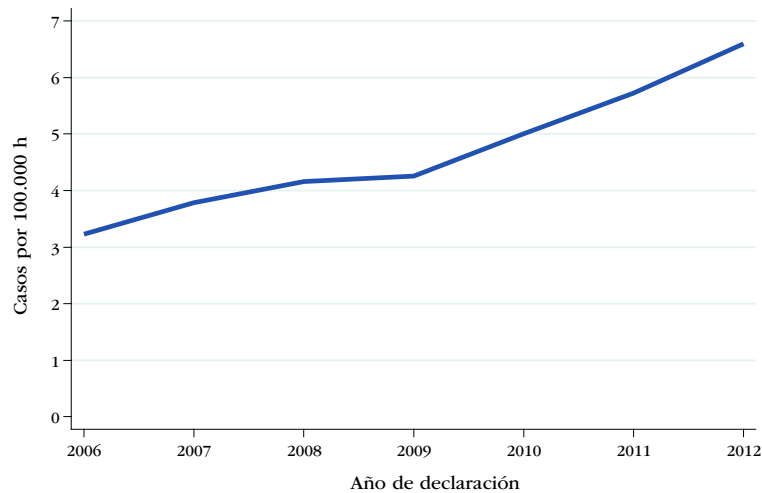
INFECCIÓN GONOCÓCICA

Situación epidemiológica

Según los datos de la notificación numérica, en 2012 se declararon en España 3.042 casos de gonococia, lo que supone una incidencia de 6,59 casos por 100.000 habitantes superior a la del año previo (5,72 casos por 100.000 hab.). En el periodo 2006-2012 se observa una tendencia ascendente (Figura 1).

Figura 1. Vigilancia de Infección gonocócica. 2006-2012

Tasas de incidencia (casos por 100.000 h.)

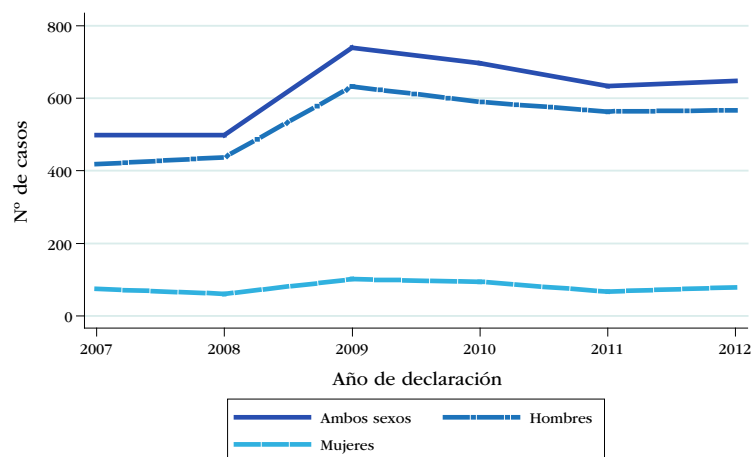


Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

El SIM recogió 777 diagnósticos de *Neisseria gonorrhoeae* en el año 2012 de 55 laboratorios. El número de diagnósticos notificados aumentó de 364 en 2006 a 777 en 2012, alcanzando un máximo de 920 diagnósticos en 2010. Sin embargo, al analizar los datos aportados por los 32 laboratorios que declararon casos de forma regular al SIM en el periodo, no se observa una tendencia definida, siendo el rango de aislamientos de 311 a 434. La tendencia en hombres y mujeres fue paralela a la global aunque la mayoría de casos en el período se produjeron en hombres (Figura 2).

Figura 2. Vigilancia de *Neisseria gonorrhoeae*. 2007-2012

Casos notificados



Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

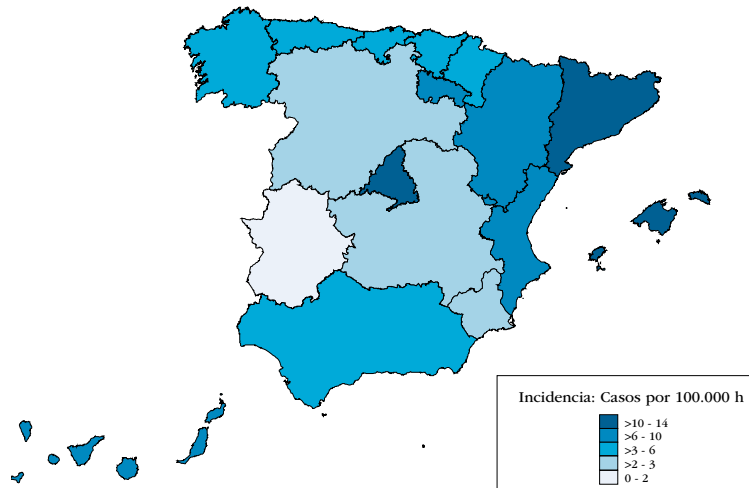
Distribución geográfica

En 2012, la incidencia de casos de infección gonocócica notificados por comunidades autónomas presenta un rango muy amplio, entre 1,75 y 13,76 casos por 100.000 habitantes (Figura 3). Las tasas más elevadas se registraron en Baleares

(13,7), Cataluña (10,9) y Madrid (10,4). Las tasas más bajas se notificaron en Extremadura (1,7) y Castilla León (2,1). Ceuta y Melilla no notificaron casos.

Figura 3. Vigilancia de Infección gonocócica. España. 2012

Incidencia por Comunidades Autónomas



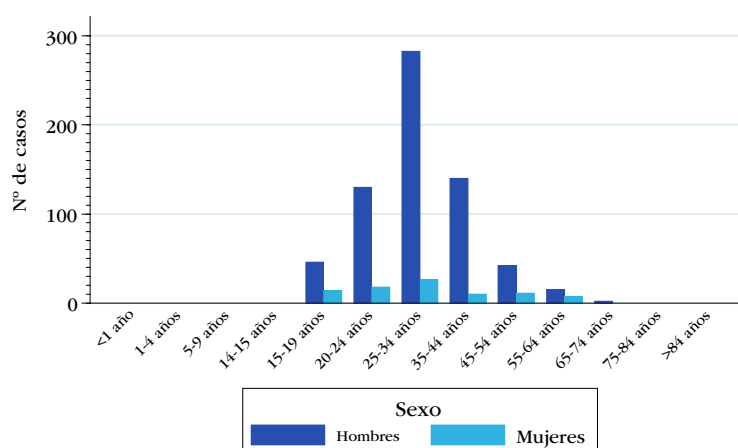
Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Características de los casos

La información sobre las características de los casos procede del SIM. El 87,9% de los diagnósticos de *Neisseria gonorrhoeae* en 2012 se produjeron en hombres. Los casos entre 25 y 34 años suponen el 39,8% de los diagnósticos notificados en 2012 (Figura 4).

Figura 4. Vigilancia de *Neisseria gonorrhoeae*. 2012

Casos por grupos de edad y sexo



Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

Discusión

La situación epidemiológica de la infección gonocócica en España muestra un incremento continuo de los casos notificados desde el año 2006.

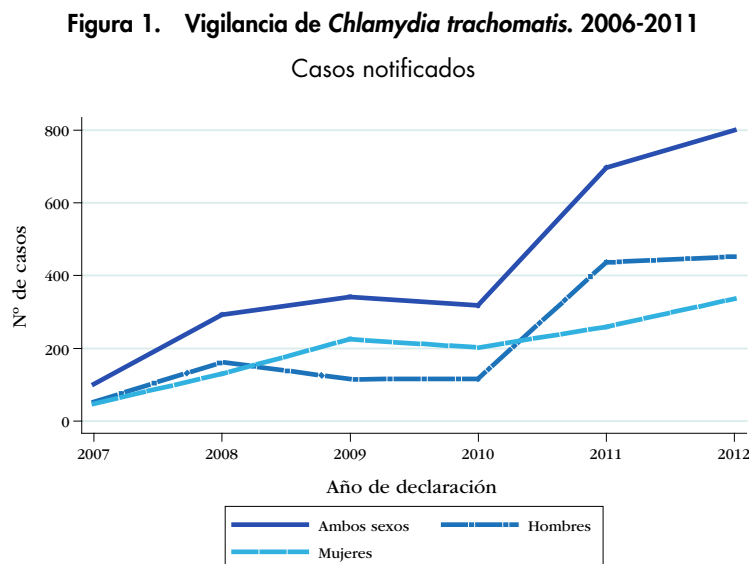
Los datos aportados por el SIM muestran una mayor afectación de las personas entre 25 y 34 años y de los hombres. No obstante, estos datos habrán de corroborarse cuando se disponga de declaración individualizada en todas las Comunidades Autónomas.

INFECCIÓN POR *CHLAMYDIA TRACHOMATIS*

Situación epidemiológica

Distribución temporal

Durante el año 2012 se declararon al SIM 1.022 diagnósticos de *Chlamydia trachomatis*. Desde el año 2007 al 2012 se aprecia un incremento en el número de los diagnósticos notificados al SIM (de 223 en 2007 a 1.022 en 2012). Al analizar los 16 laboratorios que notificaron de forma continuada durante el periodo se observó una tendencia ascendente en el número de casos entre el 2007 y el 2012 (101 casos en 2007 y 799 en 2012) (Figura 1).



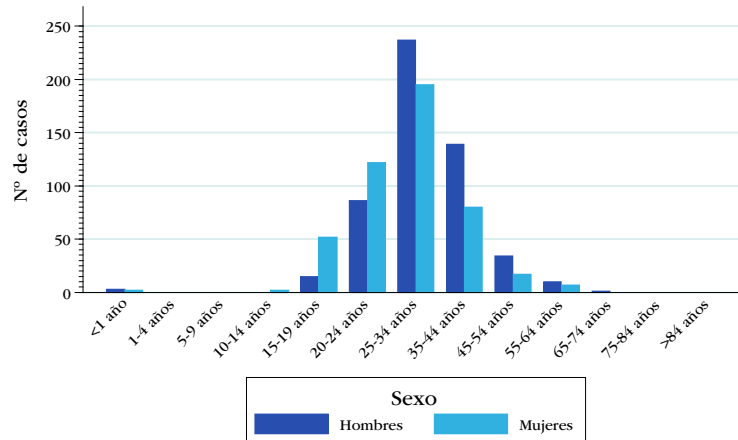
Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

Características de los casos

La distribución de los diagnósticos de *C. trachomatis* por sexo fue similar entre hombres (527/1.022) y mujeres (484/1.022) y afectaron principalmente a personas de 25-34 años (43,4%) y 20-24 años (22,2%) (Figura 2). La mediana de edad fue de 29 años (P_{25} - P_{75} : 24-35), similar a la de años anteriores. Las mujeres fueron más jóvenes que los hombres siendo su edad mediana de 27 años (P_{25} - P_{75} : 22-33) y 31 años (P_{25} - P_{75} : 26-38), respectivamente.

Figura 2. Vigilancia de *Chlamydia trachomatis*. 2012

Casos por grupos de edad y sexo



Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

Discusión

En el periodo 2007-2012 se observó un incremento de la notificación de casos de *Chlamydia trachomatis*, tanto en los laboratorios que notificaron de forma continuada como debido a la incorporación de nuevos laboratorios al Sistema de Información Microbiológica.

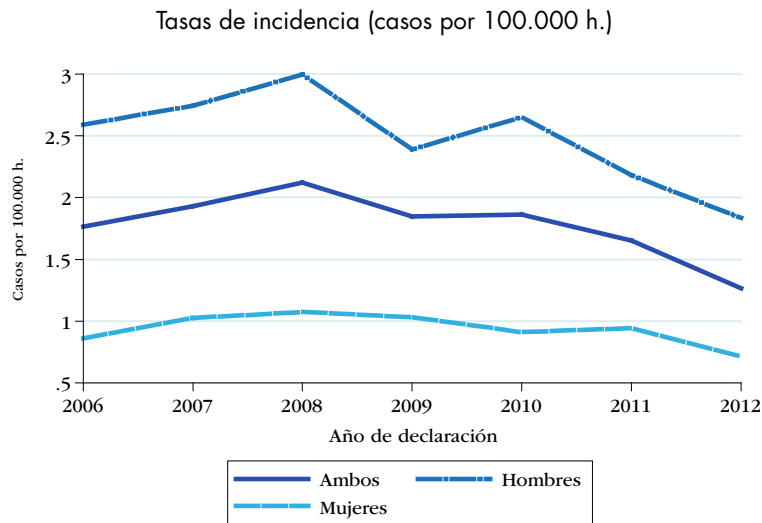
HEPATITIS B

Situación epidemiológica

Distribución temporal y geográfica

En 2012 se notificaron 585 casos de hepatitis B. La incidencia fue de 1,27 casos por 100.000 habitantes, por debajo de la del año anterior, en el que se declararon 762 casos (Figura 1). La incidencia en hombres fue superior durante todo el periodo a la de las mujeres. En 2012, las tasas por sexo fueron 1,84 casos por 100.000 hombres y 0,72 casos por 100.000 mujeres.

Figura 1. Vigilancia de Hepatitis B. 2006-2012

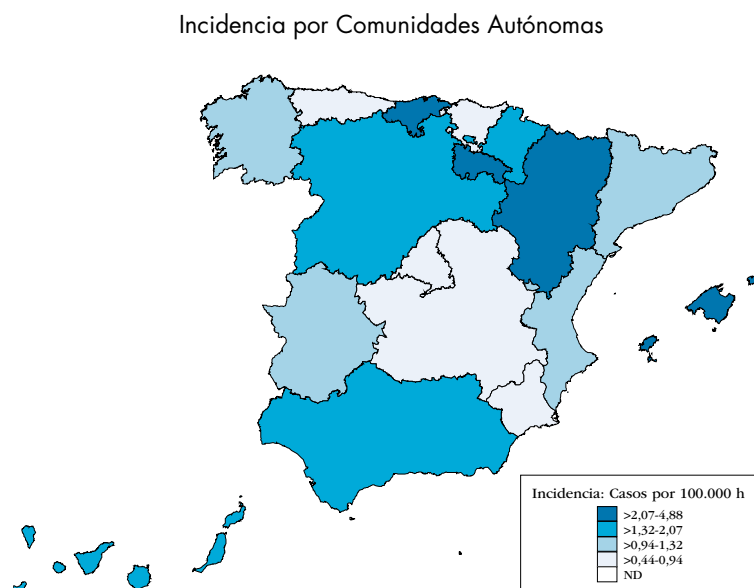


Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Los casos no presentaron una estacionalidad determinada.

Las tasas por comunidad autónoma estuvieron entre 0,44 y 4,88 casos por 100.000 habitantes (Figura 2). Las tasas más bajas se detectaron en Madrid, Asturias y Murcia con tasas de 0,44, 0,57 y 0,68 casos por 100.000 habitantes, respectivamente, y las más elevadas en Baleares (2,21 casos por 100.000 habitantes), La Rioja (2,25 casos por 100.000 habitantes) y Aragón (4,88 casos por 100.000 hab.).

Figura 2. Vigilancia de Hepatitis B. España. 2012



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

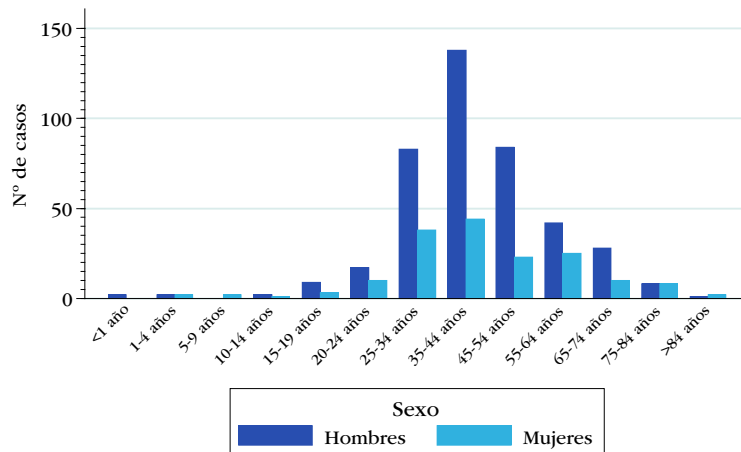
Características de los casos

Los casos de hepatitis B fueron más frecuentes en hombres. Se declararon 416 (71,2%) casos en hombres y 168 (28,8%) en mujeres. La razón hombre/mujer fue de 2,48.

Tanto en hombres como en mujeres (Figura 3), las tasas más altas se dieron entre los 25 y los 64 años. Siendo el grupo con mayor incidencia el de 35-44 años con 3,48 y 1,16 casos por 100.000 habitantes, respectivamente.

Figura 3. Vigilancia de Hepatitis B. 2012

Tasas de incidencia por grupos de edad y sexo



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Discusión

La incidencia global de hepatitis B en 2012 continúa descendiendo desde el incremento observado en 2008 en España. El descenso principalmente se debió a un descenso en la incidencia en varones. Los más afectados fueron el grupo de adultos jóvenes, especialmente los hombres.

9. ENCEFALOPATÍAS ESPONGIFORMES TRANSMISIBLES HUMANAS

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

Distribución espacial y temporal

Hasta 31 de diciembre de 2012 se recibieron 1.488 notificaciones, 253 de las cuales corresponden a casos que finalmente se descartaron como EETH. 616 eran casos confirmados de Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ) esporádica, 436 más fueron casos probables y 55 posibles. Se habían confirmado también cinco casos de variante de ECJ (vECJ), 53 de IFL (Insomnio Familiar Letal) y tres del síndrome de Gerstmann-Sträussler-Scheinker (SGSS).

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

Tabla 1. Distribución de notificaciones por año de notificación y CCAA*

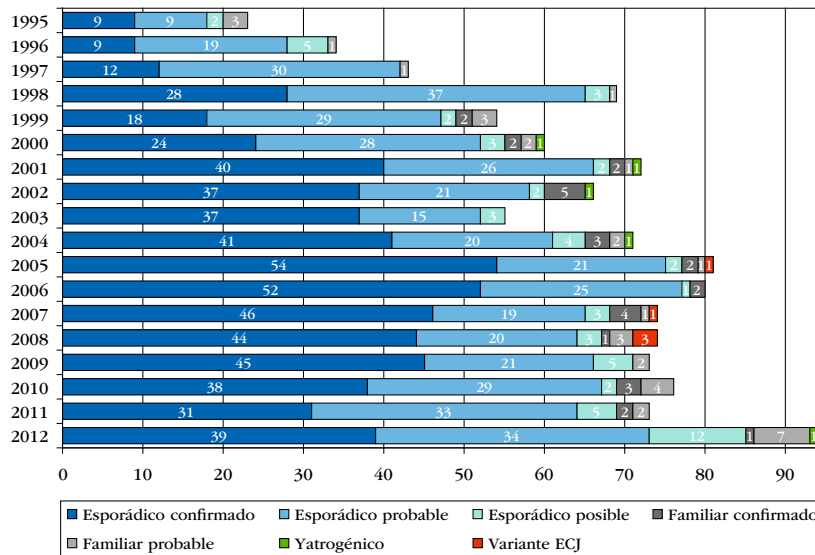
Comunidad Autónoma	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total
Andalucía	9	3	6	3	2	14	16	13	11	15	14	12	11	20	18	13	15	11	206
Aragón	0	1	2	7	1	2	3	1	2	1	5	1	3	5	4	4	3	4	49
Asturias, Principado de	3	0	0	2	2	3	4	0	3	4	1	0	0	0	0	3	0	0	25
Baleares, Islas	2	1	2	0	1	1	1	0	0	4	2	0	0	1	2	3	3	2	25
Canarias	0	0	4	3	4	2	2	3	2	1	3	3	3	1	2	3	2	2	40
Cantabria	0	3	1	4	3	4	0	2	0	0	0	0	0	3	0	2	0	0	22
Castilla-La Mancha	0	4	2	1	0	4	0	3	0	1	6	2	3	8	8	5	6	6	59
Castilla y León	2	7	5	3	4	9	7	5	6	6	6	10	4	14	7	8	8	5	116
Cataluña	7	5	1	17	3	22	19	15	7	14	18	2	18	23	10	20	7	23	231
C. Valenciana	0	13	5	5	14	12	9	11	19	10	13	7	20	14	10	20	19	16	217
Extremadura	0	1	0	3	0	2	0	2	2	0	2	5	5	4	2	0	1	0	29
Galicia	1	3	0	6	7	0	11	3	5	0	6	5	10	6	0	0	14	0	77
C. de Madrid	0	14	2	9	6	11	16	10	12	11	14	14	8	10	14	14	7	16	188
Murcia, Región de	1	0	1	0	1	0	1	3	2	3	3	1	3	5	2	1	1	0	28
Navarra, C. Foral de	1	1	2	0	1	3	1	0	0	0	2	2	2	0	0	3	2	3	23
País Vasco	5	4	3	7	5	7	11	10	8	6	10	11	11	8	5	11	8	12	142
La Rioja	2	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	3	0	0	11
TOTAL	33	60	37	70	55	96	101	82	79	77	105	76	102	122	84	113	96	100	1.488

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

En la [Figura 1](#) se presenta el número anual de casos de ECJ declarados desde 1995 hasta 2012, según el tipo y el grado de certeza diagnóstica. En el año 2005 se notifica desde Madrid el primer caso de vECJ en una mujer de 26 años. En 2007 y 2008 se diagnostican otros cuatro, tres de los cuales residían en Castilla y León y el último en

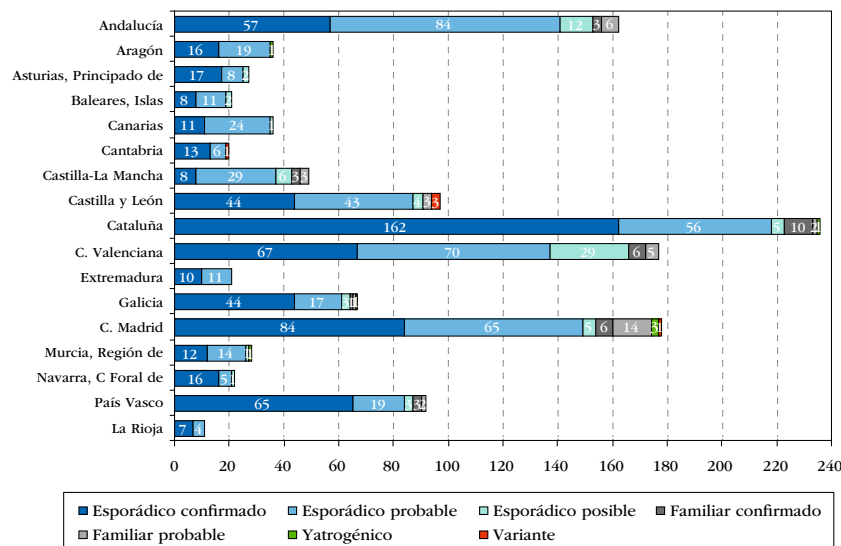
Cantabria. En 2012 se notifica un caso de ECJ iatrogénico, por implante de duramadre realizado en 1988, después de 8 años sin casos incidentes de este tipo. La confirmación post-mortem del ECJ esporádico parece disminuir en los tres últimos años.

Figura 1
Distribución de los casos de ECJ por año de notificación, 1995-2012



La incidencia de ECJ esporádica confirmada y probable entre 1998 (año en que el sistema de vigilancia se ha consolidado y en el que las pruebas de detección de proteína 14-3-3 en líquido cefalorraquídeo se han generalizado) y 2012 es de 1,41 casos por millón de habitantes y año, cifra similar a la de otros países de nuestro entorno. En las distintas comunidades autónomas oscila entre 0,83 de Islas Baleares y 2,22 del País Vasco (Figura 2). La ECJ esporádica afecta en España sobre todo a personas entre los 60 y los 80 años de edad con especial incidencia el grupo de 70 a 79 años, como en otros países del entorno.

Figura 2
Distribución de los casos de ECJ por Comunidad Autónoma.



Características de los casos

De los 48 casos declarados de IFL, 21 eran residentes en el País Vasco. Todos los casos iatrogénicos se produjeron por implante de duramadre. En lo referente a vECJ, las encuestas epidemiológicas no revelaron antecedentes de estancia significativa en Reino Unido ni de recepción de sangre ni derivados sanguíneos. En dos casos había antecedentes de consumo habitual de cerebro de vacuno. Se trata de una mujer y su hijo que constituyen la primera agrupación familiar descrita.

Discusión

Los picos en la notificaciones anuales parecen coincidir con los primeros años de la epidemia de vECJ en Reino Unido y la generalización de la detección de proteína 14-3-3 en líquido cefalorraquídeo (LCR) como prueba diagnóstica (1998), con la inclusión de las EETH entre las Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) (Orden de 21 de febrero de 2001, publicada en BOE de 1 de marzo de 2001), con la aparición del primer caso de vECJ en España en 2005 y, el ascenso de 2008, con la declaración de dos casos de vECJ relacionados familiarmente. También se observa un incremento de notificaciones en 2010.

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

10. ANEXOS

ANEXO I. MORTALIDAD POR ENFERMEDADES INFECCIOSAS. AÑOS 2007 A 2012

Defunciones por enfermedades de etiología infecciosa en España. 2007-2012

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⁾ como aquellas otras patologías de etiología infecciosa no sujetas a vigilancia (ENSV), pero cuya magnitud determina su importancia en la mortalidad general. Los datos corresponden a la media anual de defunciones y tasas por 100.000 habitantes, para el período 2007-2011 y para el año 2012, último disponible, desagregadas por sexo (Tabla 1). En este informe se analiza de forma especial la evolución por sexo de las enfermedades infecciosas en los niños y niñas menores de quince años.

En España, durante el periodo 2007 al 2012, las muertes por enfermedades infecciosas representaron el 6,0% de la mortalidad general repartidas entre el 0,65% las ESV y el 5,4% las ENSV. En el periodo 2007-2011 se registró una media anual de 23.186 defunciones por enfermedades infecciosas, suponiendo una tasa media de 50,7 muertes por 100.000 habitantes. En el año 2012 hubo 24.453 defunciones con una tasa de 53,0. La razón de masculinidad (tasa hombres/tasa mujeres: tasa₂₀₀₇₋₁₁ H/M) fue 0,95 en el quinquenio y en 2012 de 0,89 (46,2% de las defunciones en los hombres). En relación al año anterior, la tasa aumentó un 7,4% algo menos que el año anterior (19%) y también lo hizo en relación al quinquenio 2007-2011 (4,5%).

Las defunciones por **enfermedades sujetas a vigilancia (ESV)** representaron el 11,7% del total de la mortalidad infecciosa para el período 2007-2011 y el 9,7% para el año 2012; en este periodo descendió la mortalidad por este grupo (PCT=- 13,8%) en los dos sexos, aunque más en los hombres (PCT=-17%) que en las mujeres (PCT=- 7,9%). Durante el año 2012, entre las ESV de baja mortalidad (media anual en el quinquenio inferior a 5 defunciones) se continuaron registrando muertes por enfermedades vacunables: Tétanos (2 defunciones en dos mujeres de 83 años de Tarragona y 90 años de Álava); Parotiditis (2 defunciones, una en una mujer de 91 años y en un hombre de 85, ambos en Barcelona) y destacan la Tos Ferina con 6 defunciones, cuatro niños y dos niñas, todos ellos menores de 3 meses; dos en Barcelona y uno en Valencia, A Coruña, Vizcaya y Sta. Cruz de Tenerife. Esta enfermedad, la Tos Ferina, había tenido una media de 3 defunciones en el quinquenio 2005-2009, situándose en el grupo de infecciosas de baja mortalidad, del

(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 red nacional de vigilancia epidemiológica (RENAVE). 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 n.º 2119/98/CE del Parlamento Europeo y del Consejo. La RENAVE proporciona dicha información a partir de la fuente de información microbiológica (SIM).

que salió en 2010 al haber tenido un considerable aumento en ese año. También se han producido 10 muertes por Varicela (8 en hombres y 2 en mujeres). La edad mediana de las defunciones fue de 77,5 años y el más joven fue un hombre de 52 años. En 2012, se produjo como el año anterior una muerte por Lepra, ocurrida en una mujer de 87 en Alicante y, una defunción por Infección gonocócica (la última había sido en 2004) en un hombre de 71 años en Tarragona y una defunción por Disentería (la última en 2005) en un hombre de 41 años, en Las Palmas.

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 ($PCT_{\text{SIDA-VIH}} = -21,9\%$; $PCT_{\text{otras Hepatitis}} = -11,6\%$). Siete enfermedades de este grupo registraron un incremento de la mortalidad durante el año 2012 con PCT positivos: Gripe (42,8%); Salmonelosis (93,8%); Varicela (6,2%); Hidatidosis (12,8%) y Sífilis (20%).

La razón de masculinidad global para el grupo de ESV fue de 1,69 para todo el periodo 2007-2012; este predominio de las defunciones en los hombres se dio fundamentalmente a costa del SIDA/VIH (tasa H/M=3,7 y la Tuberculosis respiratoria (tasa H/M=2,4).

Las defunciones por **enfermedades no sujetas a vigilancia (ENSV)** representaron 88,3% del total de la mortalidad infecciosa para el período 2007-2011 y el 90,3% para el año 2012. Las ENSV aumentaron 6,9%, al igual que cinco causas de este grupo: otras Infecciones Intestinales (37,9%), la Infección Renal (18,7%), las Encefalitis (23,0%), las IRA (21,9%) y la Neumonía (9,3%). Cinco importantes patologías de este grupo: la Neumonía, la Septicemia, la Infección Renal, la IRA y la Infección Cardíaca representaron 89,7% de la mortalidad por ENSV y el 79% del total de muertes por patología infecciosa durante el periodo 2006-2011 (Tabla 2).

Tabla 1a. España. Defunciones y tasas por enfermedades infecciosas 2007-2012

Código CIE 10	Enfermedades	Defunciones				Tasas por 100.000 hab.				% cambio 07-11 a 2012
		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		
		Media 2007-11	2012	Media 2007-11	2012	Media 2007-11	2012	Media 2007-11	2012	
Enfermedades infecciosas sujetas a vigilancia (ESV)¹										
Enfermedades de media anual de menos de 5 defunciones en el período 2007-2011 y/o en el último año										
A23	Brucelosis	0,2	0	0,2	0	0,001	0	0,001	0	-100,0
A03	Disentería	0	1	0	0	0	0,004	0	0	—
A04.5	Campylobacteriosis	0,2	2	0,2	0	0,001	0,009	0,001	0	397,7
A41.3, G00.0	Enf.inv.haem. influ	0,6	0	0,2	0	0,003	0	0,001	0	-100,0
A04. 3	Esch coli verotoxigén	0	0	0,2	0	0	0	0,001	0	-100,0
A77.1	Fieb. Exánt. mediterr.	1	0	0	0	0,004	0	0	0	-100,0
A78	Fiebre Q	0,4	1	0,4	1	0,002	0,004	0,002	0,004	147,4
A01	F.Tifoidea y paratif.	0,2	0	0	0	0,001	0	0	0	-100,0
B15	Hepatitis A	1	0	0,2	0	0,004	0	0,001	0	-100,0
A54	Infección gonocócica	0	1	0	0	0	0,004	0	0	—
B55	Leishmaniasis	3	2	1,8	2	0,013	0,009	0,008	0,009	-17,5
A30	Lepra	0,8	0	0,8	1	0,004	0	0,003	0,004	-38,0
A27	Leptospirosis	1	1	0	1	0,004	0,004	0	0,004	97,7
A69.2	Lyme, enfermedad de	0	0	0,2	0	0	0	0,001	0	-100,0
B26	Parotiditis	0,4	1	1,6	1	0,002	0,004	0,007	0,004	-0,9
P35.0	Rubéola congénita	0	1	0,2	0	0	0,004	0,001	0	393,2
A50	Sífilis congénita	0	0	0,2	0	0	0	0,001	0	-100,0
A34- A35	Tétanos	1	0	1,4	2	0,004	0	0,006	0,009	-17,5
B75	Triquinosis	0,2	0	0	0	0,001	0	0	0	-100,0
A04.6	Yersiniosis, no pestis	0	0	0,2	0	0	0	0,001	0	-100,0

Tabla 1b. España. Defunciones y tasas por enfermedades infecciosas 2007-2012

Código CIE 10	Enfermedades	Defunciones				Tasas por 100.000 hab.				
		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		Ambos % cambio 07-11 a 2012
		Media 2007-11	2012	Media 2007-11	2012	Media 2007-11	2012	Media 2007-11	2012	
Enfermedades de media anual de 5 defunciones o más en el período 2007-2011 y/o en el último año										
A40.3, G00.1	Enfer.invasora por strept. pneumoniae	31,9	19	34,8	26	0,138	0,084	0,15	0,111	-32,5
J10-J11	Gripe	63,6	70	78,6	135	0,282	0,309	0,339	0,575	42,8
B16	Hepatitis B	22,2	21	15,2	13	0,098	0,093	0,066	0,055	-10,0
B17- B19*	Hepatitis vírica, otras	457,6	420	458	397	2,030	1,853	1,976	1,690	-11,6
B67	Hidatidosis	7,4	11	8,4	7	0,033	0,049	0,036	0,03	12,8
A39.9	Infec. meningocócica	17,2	9	22,8	9	0,076	0,04	0,098	0,038	-55,4
A48.1	Legionelosis	17,8	16	8	14	0,079	0,071	0,035	0,06	15,2
A32	Listeriosis	11,6	4	8,2	5	0,051	0,018	0,035	0,021	-55,0
A17.0	Meningitis tuberculosa	5,4	8	5,8	2	0,024	0,035	0,025	0,09	-11,6
B50-54	Paludismo	5	4	1,4	0	0,022	0,018	0,006	0	-38,1
B91	Poliomielitis, ef. tardíos	4,6	9	6,2	0	0,02	0,04	0,027	0	-17,4
A02.0	Salmonelosis, no tifoidea ni paratifoidea	6	9	3,2	9	0,027	0,04	0,014	0,038	93,8
B20- B24; R75	SIDA y VIH	887,2	675	228,8	205	3,935	2,978	0,987	0,873	-21,9
A51- A53	Sífilis	4,8	7	1,8	1	0,021	0,031	0,008	0,004	20,0
A15- A16	Tuberculosis respiratoria	150,4	127	60,6	58	0,667	0,56	0,261	0,247	-13,2
A17- A19	Tuberculosis, otras	33,8	23	23,8	21	0,15	0,101	0,103	0,089	-24,4
A37	Tos ferina	2,2	4	2,4	2	0,01	0,018	0,01	0,009	29,2
B01	Varicela	3,8	8	2,8	2	0,017	0,035	0,012	0,009	50,0
Total ESV		1.741,8	1.454	978,6	914	7,73	6,41	4,22	3,89	-13,79

* Las «hepatitis víricas, otras», en el año considerado 2012, todavía integraban rúbricas inespecíficas. Según los próximos protocolos siguiendo al ECDC, la única a considerar en un futuro como sujeta a Vigilancia será la Hepatitis C (B17.1 y B18.2).

Tabla 2. España, 2007-2012. Defunciones y Tasas por enfermedades infecciosas no sujetas a vigilancia

Código CIE 10	Enfermedades	Defunciones				Tasas por 100.000 hab.				Ambos % cambio 07-11 a 2012
		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		
		Media 2007-11	2012	Media 2007-11	2012	Media 2007-11	2012	Media 2007-11	2012	
Enfermedades infecciosas no sujetas a vigilancia (ENSV)										
G04-G05	Encefalitis	47,8	63	40,8	47	0,21	0,28	0,18	0,20	23,0
I00-I09; I30-I33; I40	Infección cardiaca	767	711	1.322,2	1.357	3,40	3,14	5,75	5,78	-2,4
N10-12; N13.6; N15.1; N30; N39.0	Infección renal	1.248,0	1.473	2.028,8	2.455	5,54	6,50	8,75	10,45	18,7
J00-J08; J20-J22; J36;J85;J86	IRA	471,8	520	714	940	2,09	2,29	3,08	4,00	21,9
G00- G03:excepto G00.0 y G00.1	Meningitis	58,6	49	47,4	47	0,26	0,22	0,20	0,20	-10,3
J12-18	Neumonía	4.325,0	4.699	4.088,6	4.590	19,18	20,73	17,64	19,54	9,3
K35-K37; K67; K61.0- 4; K63.0; K65.0,8; K83.0	Otras infecc. del sistema digestivo	316,8	332	331	332	1,41	1,46	1,43	1,41	1,5
A02; A04; A06-A09; A05.0; A05.2-9	Otras infecc. intestinales	213	278	373,6	539	0,94	1,23	1,61	2,29	37,9
P23; P35-39	Otras infecc. perinatales	72,2	52	60,2	31	0,32	0,23	0,26	0,13	-37,9
O85	Sepsis puerperal	—	—	0,6	0	0,00	0,00	0,00	0,00	-100,0
A40-41, excepto A40.3 y A41.3	Septicemia	1.562,2	1.357	1.823,6	1.584	6,93	5,99	7,87	6,74	-14,0
Resto A00-B99	Otr. Capítulo I	291,8	299	250,2	330	1,29	1,32	1,08	1,40	14,9
Total ENSV		9.374,2	9.833	11.091	12.252	41,58	43,38	47,86	52,15	6,88
Total defunciones infecciosas		11.116	11.287	12.069,6	13.166	49,31	49,79	52,08	56,04	4,5
Total defunciones todas causas		19.9570,6	20.5920	185.744,6	197.030	885,25	908,39	801,49	838,63	3,57
Total ENSV		9.374,2	9.833	11.091	12.252	41,58	43,38	47,86	52,15	6,88

Tabla 3. España. 2012. Mortalidad infecciosa. Causas ESV de muy baja mortalidad o eliminadas. Año de la última defunción registrada y sexo de la persona fallecida.

Botulismo - A05.1	2003; h	Peste - A20	1932; 3h,6m
Carbunco - A22	1995; h	Poliomielitis- A80	1995; m
Criptosporidiasis - A07.2 (solo CIE10)	1999; m	Rabia - A82	1979; 2h
Cólera A00	1990; h	Rubéola - B06	1990; h
Difteria - A36	2003; m	Sarampión - B05	2006; 3h
Fiebre Amarilla - A95	1989; h	Tétanos neonatal -A33	1994; m
Fiebre Recurrente por garrapatas - A68.1	1964*;h	Tifus exantemático A75.0	1991; h
Giardiasis - A07.1	1953;h*	Turalemia - A21	1982; h

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

Mortalidad infecciosa en menores de 15 años

En 2012 murieron 2.151 niños y niñas menores de 15 años. Representaban el 0,53% de todas las defunciones habidas en ese año. El 65% de estas defunciones infantiles correspondían a menores de 1 año. El peso de la mortalidad infecciosa (MI) en estas edades fue del 7,3%, superior al 6,1% para el conjunto de la población.

Desde el inicio de los años 80, la MI había disminuido en todas las edades, con un porcentaje anual de cambio (PAC) del -1,6%, prácticamente igual en uno y otro sexo. El descenso de las enfermedades infecciosas sujetas a vigilancia (ESV) acusó la irrupción del VIH-SIDA (Gráficos 1 a, b, c).

En los menores de 15 años el PAC¹⁹⁸⁰⁻²⁰¹² fue del -5,1%, algo mayor para las ESV, sobre todo en los menores de 1 año, con un PAC^{1980-2012(1a)} del -7,2% (Tabla 4).

Para dar una mayor estabilidad a los datos se analiza la importancia de la MI en edades infantiles de menores de 15 años, comparando los quinquenios 2000-2004 y 2008-2012. En ambos periodos, la distribución por grupos de edad y sexo, sigue la típica curva en «uve» para las enfermedades infecciosas no sujetas a vigilancia (ENSV), mientras que para las ESV, la distribución, en «uve doble», refleja la mortalidad por VIH-SIDA. La diferencia entre hombres y mujeres es pequeña en los extremos etarios y más acusadas en las edades intermedias, sobre todo en las ESV (Gráfico 2). En ambos quinquenios, la mortalidad por causa infecciosa para todas las edades estuvo en torno al 6%, si bien en el último periodo, aumentó la importancia de la mortalidad por las ENSV.

Para los menores de 15 años, en 2008-2012, las causas infecciosas fueron responsables de una media anual de 225 fallecimientos, (121 niños y 104 niñas) el 9,6% de los producidos por todas las causas, siendo mayor la importancia de la MI que para el conjunto de la población. En los más pequeños, fallecidos en el primer año de vida, la media anual de defunciones por causas infecciosas fue de 164 (90 niños y 74 niñas) que supusieron el 10,5 % de todos los fallecidos en los que la tasa de MI es máxima y desciende acusadamente en los grupos de edad siguientes (Tabla 5).

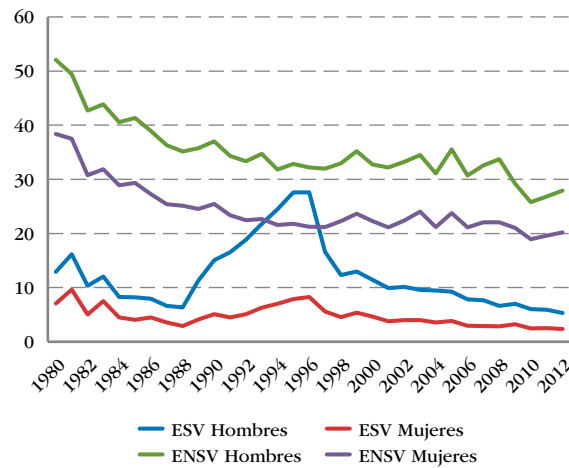
En menores de 15 años, al igual que para el conjunto de la población, la mayor parte de la MI corresponde a ENSV (85%), a costa sobre todo de los menores de un año en los que solo un 8% de la MI es por ESV.

La razón de masculinidad (RM) de la MI descendió entre ambos quinquenios para toda la población y también en los menores de 15 años. La excepción es el grupo de 1 a 4 años en el que tanto las ESV como las NSV aumentaron la RM entre ambos quinquenios siendo el que tuvo la mayor proporción de MI (11%) en el último periodo.

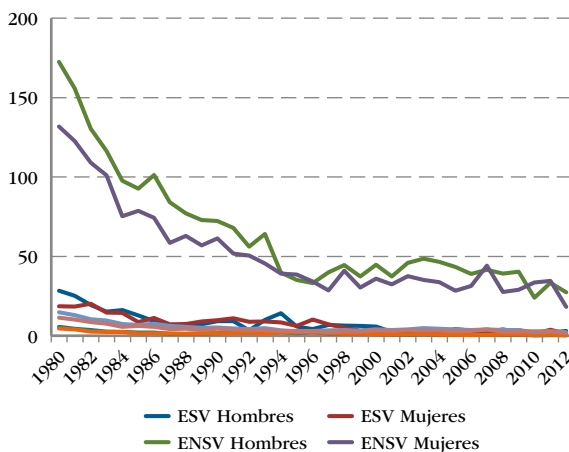
Por causas específicas, en los menores de 1 año, el 69,8% de los fallecidos por enfermedades infecciosas, en el quinquenio 2008-2012 lo fueron por infecciones perinatales, con una tasa de 23,7 (RM=1,17) si bien habían descendido un 21,4% respecto al primer quinquenio. El 83% de las infecciones perinatales correspondieron a la Sepsis bacteriana del recién nacido, con una tasa de 19,7. El perfil de la MI en los menores de un año condiciona el de los menores de 15 años; en los tres grupos de edad considerados, también fueron importantes la septicemia, neumonía e infección meningocócica (Tabla 6).

Gráfico 1. Evolución de la mortalidad por causas infecciosas. 1980-2012. Enfermedades sujetas a vigilancia (ESV) y no sujetas a Vigilancia (ENSV) por sexo

G1.a) Todas las edades. Tasa ajustada por edad por 100.000 h.



G1.b) Menores de 1 año. Tasa por 100.000 nacidos vivos.



G1.c) Menores de 1 año. Tasa por 100.000 nacidos vivos.

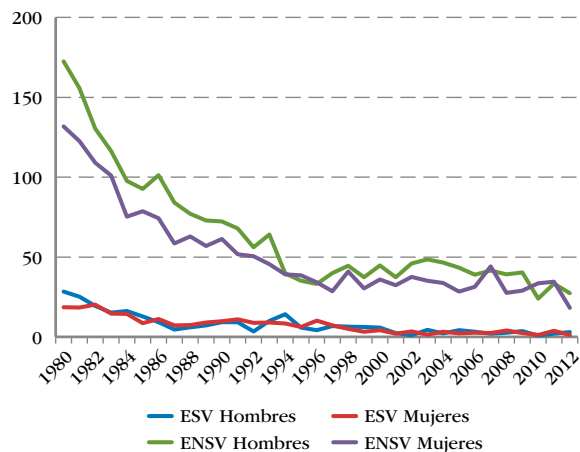


Tabla 4. Enfermedades sujetas a Vigilancia (ESV), Enfermedades no sujetas a Vigilancia (ENSV) y Total de Infecciosas (TI) por sexo y edad en menores de 15 años. Porcentaje anual de cambio 1980-2012.

Grupo de edad	ESV			ENSV			TI		
	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos
0 años	-7,5*	-6,7*	-7,2*	-5,1*	-4,8*	-5,0*	-5,4*	-5,0*	-5,2*
1 a 4	-7,0*	-6,7*	-6,9*	-6,3*	-5,6*	-6,0*	-6,8*	-6,3*	-6,6*
5 a 14	-5,3*	-5,0*	-5,3*	-6,5*	-6,4*	-6,6*	-6,3*	-6,0*	-6,2*
0 a 14 años	-6,8*	-6,1*	-6,5*	-4,8*	-4,4*	-4,6*	-5,3*	-4,9*	-5,1*
Todas edades (tasa ajustada)	-2,3*	-2,6*	-2,1*	-1,3*	-1,5*	-1,4*	-1,6*	-1,7*	-1,6*

* Estadísticamente significativo p<0.05 (metodología JointPoint).

Gráfico 2. Enfermedades Infecciosas. 2000-2004 y 2008-2012. Tasa media anual por sexo y edad por 100.000 hab.

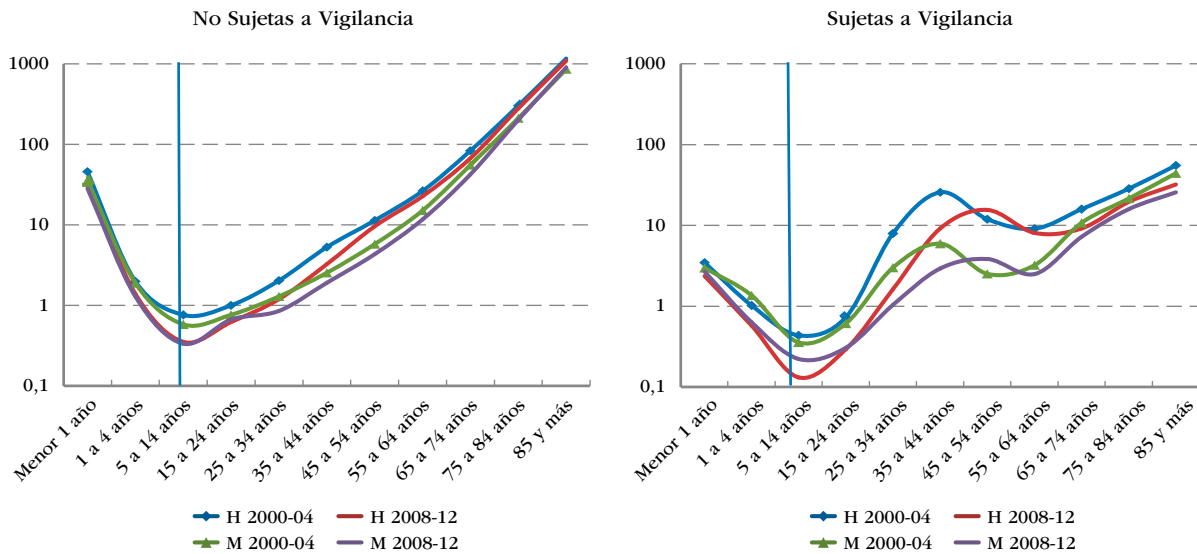


Tabla 5. Enfermedades Infecciosas en menores de 15 años, ambos sexos. 2000-2004,2008-2012. Enfermedades sujetas a Vigilancia (ESV), no sujetas a Vigilancia (NSV) y totales (TI) Tasa*+ por 100.000 hab.; Porcentaje de cambio entre quinquenios y Razón de masculinidad (RM)

Edad	Causa	Ambos sexos				% de cambio	RM (tasa H/tasa M)	
		2000-2004		2008-2012			2000-2004	2008-2012
		Defunción (media anual)	Tasa	Defunción (media anual)	Tasa			
Menores de un año	ESV	13,4	3,17	12,4	2,56+	-19,24	1,16	0,88
	ENSV	170,4	40,32	152	31,39+	-22,15	1,28	1,17
	TI	183,8	43,49	164,4	33,95+	-21,94	1,27	1,15
	Todas Causas	1.736,00	416,95	1.562,40	316,88+	-24,00	1,20	1,15
1 a 4 años	ESV	18,6	1,18	11,8	0,6	-49,15	0,75	0,92
	ENSV	30,4	1,94	26,2	1,34	-30,93	1,05	1,09
	TI	49	3,12	38	1,94	-37,82	0,92	1,03
	Todas Causas	394	25,1	347	17,71	-29,44	1,22	1,13
5 a 14 años	ESV	16	0,39	7,8	0,18	-53,85	1,23	0,59
	ENSV	27,2	0,67	15,2	0,34	-49,25	1,31	1,06
	TI	43,2	1,07	23	0,52	-51,4	1,28	0,86
	Todas Causas	598,6	14,76	448,4	10,09	-31,64	1,43	1,39
0 a 14 años	ESV	48	0,79	32	0,46	-41,77	0,99	0,82
	ENSV	228	3,77	193,4	2,81	-25,46	1,25	1,15
	TI	276	4,57	225,4	3,27	-28,45	1,21	1,1
	Todas Causas	2.728,60	45,17	2.357,80	34,2	-24,29	1,26	1,19
Todas edades	ESV	3.539,80	7,01*	2.603,80	4,43*	-36,80	2,52	2,29
	ENSV	17.457	26,53*	20.754,4	23,9*	-9,91	1,47	1,41
	TI	20.996,8	33,53*	23.358,2	28,32*	-15,54	1,63	1,51
	Todas Causas	369.180,4	592,75*	38.8833	494,74*	-16,53	1,80	1,76

+ Tasa por 100.000 nacidos.

* Tasa ajustada por edad por pob. europea.

Gráfico 3. Mortalidad proporcional por Enfermedades Infecciosas en menores de 15 años en ambos sexos. 2008-2012

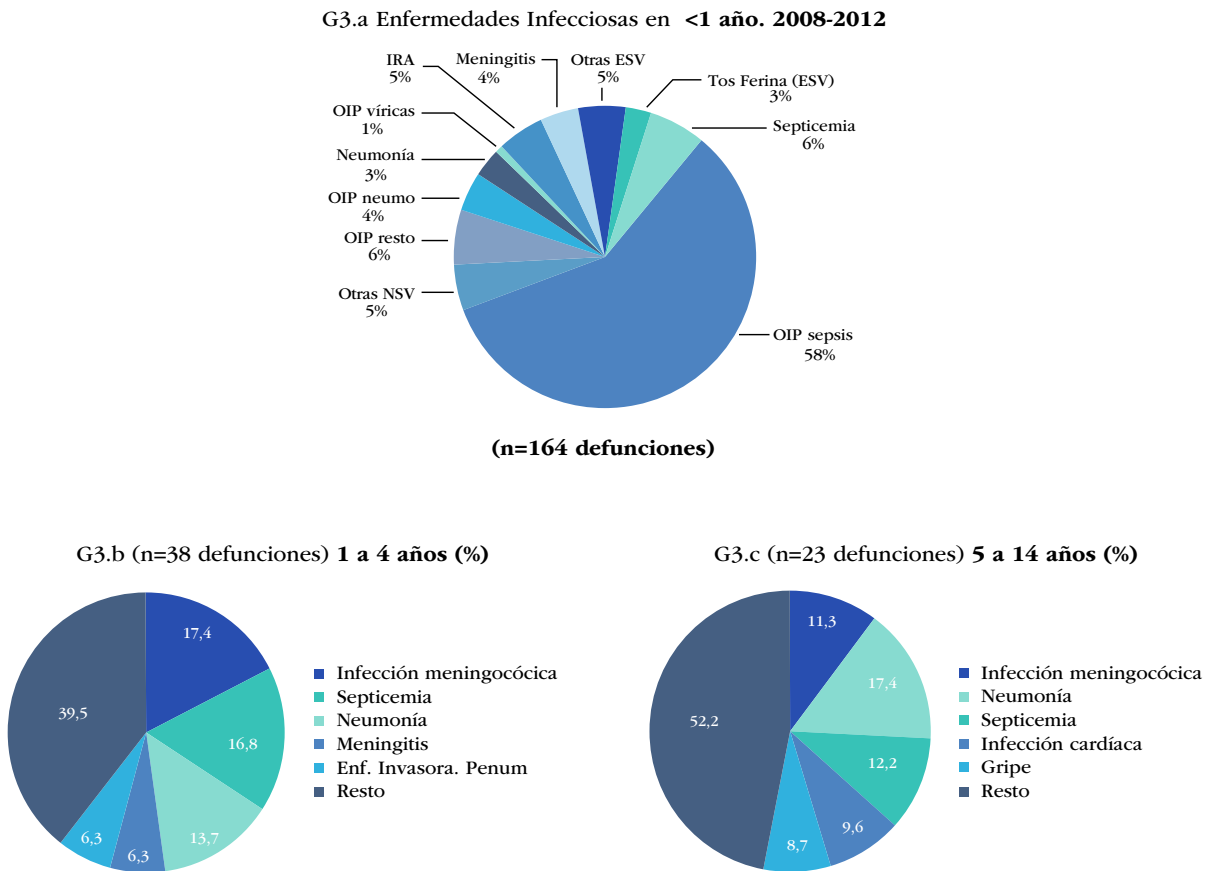


Tabla 6. Mortalidad Infecciosa por causas en menores de 15 años, ambos sexos: 2008-2012

Causa (CIE 10)	Defunciones media anual	Tasa por 100.000h	%	% de cambio tasa desde 2000-2004
Otras infec. perinatales	116,4	1,69	51,64	-20,66
Septicemia	18,8	0,27	8,34	-35,71
Neumomía	13,4	0,19	5,95	-38,71
Infec. meningocócica	12	0,17	5,32	-61,36
IRA	11	0,16	4,88	-30,43
Meningitis	9,2	0,13	4,08	-43,48
Resto	44,6	0,66	19,79	
Total infecciones	225,4	3,27	100	-28,45

Tabla 7. Otras infecciones perinatales

P23; P35-39 Otras Infecciones Perinatales	
P23. Neumonía congénita	P37. Otras enfermedades infecciosas y parasitarias congénitas
P23.0 agente viral	P37.0 TBC
P23.1 chlamidia	P37.2 listeriosis (diseminada)
P23.2 estafilococos	P37.3 paludismo por plasmodium falciparum
P23.3 estreptococo grupo B	P37.4 otros paludismos
P23.4 escherichia coli	P37.5 candidiasis neonatal
P23.5 pseudomonas	P37.8 otras neonatales infec. o parasitarias especific.
P23.6 otros agentes bacterianos	P37.9 otras neonatales infecciosas o parasitarias NE
P23.8 otros organismos	P37.9 otras neonatales infecciosas o parasitarias NE
P23.9 organismo no especificado	P38. Onfalitis del RN con o sin hemorragia leve
P35. Otras Congénitas Virales	P39. Otras infecciones específicas del período perinatal
*(P35.0 síndrome rubéola congénita)	P39.0 mastitis infecciosa neonatal
P35.1 citomegalovirus	P39.0 mastitis infecciosa neonatal
P35.2 herpes simple	P39.1 conjuntivitis y dracriocistitis neonatales
P35.3 hepatitis viral	P39.2 infección intraamniótica del feto
P35.8 otras virales	P39.3 de las vías urinarias cutáneas
P35.9 otras virales sin especificar	P39.8 otras infecciones especificadas del período perinatal
P36. Sepsis del RN	P39.9 otras infecciones del período perinatal NE
P36.0 estreptococo grupo B	
P36.1 por otros estreptococo y NE	
P36.2 por estafilococcus aureus	
P36.4 escherichia coli	
P36.5 anaerobios	
P36.8 otras bacterias	
P36.9 NE	

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	9	5	4	0
2 Brucelosis	87	60	27	0
3 Carbunco	2	2	0	0
4 Enfermedad meningocócica	473	254	223	5
5 F. exantemática mediterránea	173	104	69	0
6 F.tifoidea y paratifoidea	60	29	30	1
7 Hepatitis A	657	368	282	7
8 Hepatitis B	585	416	168	1
9 Hidatidosis	162	84	78	0
10 Legionelosis	977	683	275	19
11 Leishmaniasis	265	173	91	1
12 Lepra	12	6	4	2
13 Meningitis tuberculosa	105	68	37	0
14 Paludismo (Casos importados)	505	345	155	5
15 Parotiditis	9.538	5.440	4.095	3
16 Rubéola	64	36	28	0
17 Sarampión	1.204	621	583	0
18 Shigelosis	325	167	158	0
19 Sífilis (*)	752	599	150	3
20 Sífilis congénita	1	0	0	0
21 Tétanos	12	3	9	0
22 Tos ferina	3.439	1.441	1.761	237
23 Triquinosis	23	10	13	0
24 Tuberculosis respiratoria	4.354	2.841	1.513	0
25 Tuberculosis, otras localizaciones	1.492	805	684	3
26 Tularemia	2	1	1	0
27 Varicela (*)	20.751	10.793	9.921	37

CNE notificación individualizada año 2012.

(*) Datos procedentes de la declaración agregada semanal 2012.

Fuente principal de datos: Sistema de Información Microbiológico				
	Casos	Hombres	Mujeres	Desconocido
1 Campilobacteriosis	6.123	3.512	2.530	81
2 Chlamydia trachomatis	1.022	527	484	11
3 Criptosporidiosis	299	172	117	10
4 <i>Escherichia coli</i> verotoxigénico	19	8	10	1
5 Giardiasis	942	511	397	34
6 Gonococia	777	683	92	2
7 Enfermedad invasora por <i>Haemophilus influenzae</i>	93	48	40	5
9 Listeriosis	128	76	48	4
10 Fiebre Q	110	84	25	1
11 Salmonelosis, no tifoidea, ni paratifoidea	4.831	2.441	2.273	117
12 Enfermedad invasora por <i>Streptococcus pneumoniae</i>	1.184	680	488	16
13 Yersiniosis, no pestis	253	123	121	9

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*

Enfermedad	Fuente principal de Datos: Enfermedades de Declaración Obligatoria														Total					
	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
Botulismo	1	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	0	0	9
Brucelosis	37	7	0	0	0	1	4	3	6	9	6	0	2	6	3	1	1	0	1	87
Carbunco	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Enfermedad meningocócica	127	9	11	10	8	12	24	9	67	34	53	50	7	5	42	3	1	0	0	472
F.exantemática mediterránea	50	3	0	0	0	0	24	17	35	10	0	0	0	5	7	0	7	0	0	173
F.tifoidea y paratifoidea	2	3	0	0	0	0	3	2	17	8	0	9	8	1	0	7	0	0	0	60
Hepatitis A	132	27	3	12	22	3	38	11	116	63	24	23	82	24	4	35	6	26	6	657
Hepatitis B	114	64	6	23	44	12	18	37	82	66	14	30	28	10	10	20	7	0	0	585
Hidatidosis	0	27	0	0	0	2	24	36	14	29	13	0	0	0	8	0	9	0	0	162
Legionelosis	69	30	28	17	14	25	17	14	227	171	11	41	80	24	27	76	10	0	0	881
Leishmaniasis	19	4	0	20	0	0	0	2	19	0	4	0	189	6	2	0	0	0	0	265
Lepra	2	0	2	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	4	0	0	0	12
Meningitis tuberculosa	17	3	0	3	2	0	2	4	20	5	1	18	20	3	1	5	1	1	0	106
Paludismo (Casos importados)	70	40	5	20	20	9	8	16	0	94	1	25	133	8	19	31	6	0	0	505
Parotiditis	147	199	1.350	128	388	214	129	1.148	607	451	40	855	753	107	876	2.114	32	0	0	9.538
Rubéola	5	28	0	0	0	0	0	0	13	2	0	1	13	0	1	1	0	0	0	64
Rubéola Congénita	0	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Sarampión	22	7	0	77	15	0	71	5	38	741	1	1	199	3	10	4	0	1	9	1.204
Shigelosis	3	3	4	4	16	0	1	10	51	49	0	14	20	0	4	144	0	0	0	323
Sífilis*	506	136	49	148	233	30	53	69	747	440	34	140	802	108	28	96	16	6	0	3.641
Sífilis congénita	2	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	6
Tétanos	0	0	0	1	0	0	1	0	1	2	0	3	1	1	0	2	0	0	0	12
Tos ferina	104	3	9	11	1.375	14	24	24	1.116	133	0	93	118	10	33	354	15	0	3	3.439
Triquinosis	0	0	0	0	0	0	21	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	23
Tuberculosis respiratoria	662	118	126	102	118	46	135	254	835	434	74	422	582	141	53	224	28	26	12	4.392
Tuberculosis, otras localizaciones	203	37	20	38	18	21	32	98	368	69	19	228	180	17	13	117	14	2	1	1.495
Tularemia	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Variola*	10.563	7.087	4.879	4.048	10.239	2.587	8.626	5.840	42.270	14.904	2.938	8.713	6.281	6.638	171	8.686	1.108	66	60	145.704

CNE notificación individualizada año 2012.

* Datos procedentes de la declaración agregada semanal 2012.

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

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

Enfermedad	Fuente principal de Datos: Enfermedades de Declaración Obligatoria												Total	
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre		Desconocido
Botulismo	0	2	0	0	1	1	2	1	0	0	2	0	0	9
Brucelosis	5	9	6	8	6	9	6	10	6	7	8	7	0	87
Carbunco	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2
F. exantemática mediterránea	3	4	6	8	18	33	18	25	21	17	14	6	0	173
F.tifoidea y paratifoidea	4	6	6	6	7	2	7	9	11	4	5	1	0	68
Hepatitis A	50	54	53	47	47	41	24	41	51	111	80	58	0	657
Hepatitis B	42	58	49	51	55	0	60	52	39	56	41	34	0	585
Hidatidosis	14	24	12	10	12	16	12	7	10	16	12	17	0	162
Leishmaniasis	27	48	31	19	29	17	13	24	12	13	15	17	0	265
Lepra	0	3	0	2	1	1	0	0	1	1	1	2	0	12
Meningitis tuberculosa	3	8	10	5	13	7	7	9	5	10	6	6	0	89
Paludismo (Casos importados)	38	41	34	27	45	41	48	52	53	45	46	35	0	505
Parotiditis	508	1.012	879	617	924	703	608	518	475	903	1.100	1.291	0	9.538
Rubéola	1	14	17	8	6	6	4	4	0	2	0	2	0	67
Rubéola congénita	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	3
Sarampión	118	351	332	164	103	61	32	22	3	11	3	4	0	1.204
Shigelosis	12	20	13	6	24	34	12	13	24	112	36	17	2	325
Sífilis**	282	362	301	311	334	315	267	268	291	359	301	250	0	3.641
Sífilis congénita	0	0	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	0	6
Tétanos	0	0	0	0	2	2	0	4	0	1	1	2	0	12
Tos ferina	97	164	174	212	331	390	536	479	362	396	180	118	0	3.439
Triquinosis	0	17	4	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	23
Tuberculosis respiratoria	343	455	408	335	447	484	315	293	309	287	380	298	0	4.354
Tuberculosis, otras localizaciones	97	127	113	126	164	149	130	114	108	128	133	103	0	1.492
Tularemia	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	2
Varicela**	9.902	15.546	17.210	16.848	22.929	19.130	11.163	4.659	2.673	6.555	9.243	9.866	0	145.704

CNE: notificación Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) individualizada año 2012.

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

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

Enfermedad	Fuente principal de Datos: Sistema de Información Microbiológica												Total	
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre		Desconocido
Campylobacteriosis	714	404	104	494	755	547	674	599	395	388	564	484	1	6.123
Chlamydia trachomatis	90	153	85	104	118	91	60	67	44	81	78	51	0	1.022
Criptosporidiosis	8	2	3	7	10	5	23	82	92	36	26	5	0	299
Escherichia coli verotoxigénico	2	0	2	0	1	4	1	2	2	2	2	0	1	19
Giardiasis	49	55	87	67	68	70	81	94	131	76	102	62	0	942
Gonococia	65	69	61	48	53	64	87	70	51	71	82	56	0	777
Enfermedad invasora por <i>Haemophilus influenzae</i>	16	38	12	2	5	1	0	5	7	3	3	1	0	93
Listeriosis	20	9	7	17	9	9	10	9	8	7	9	14	0	128
Fiebre Q	11	13	17	7	9	15	10	4	6	7	7	4	0	110
Salmonelosis, no tifoidea, ni paratifoidea	331	289	369	269	371	594	549	598	393	362	410	296	0	4.831
Enfermedad invasora por <i>Streptococcus pneumoniae</i>	117	394	118	86	222	38	12	52	26	8	75	36	0	1.184
Yersiniosis, no pestis	17	27	27	9	22	25	24	26	28	14	20	14	0	253

CNE: Sistema de Información Microbiológica (SIM) año 2012.

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

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

Enfermedad	Fuente principal de Datos: Enfermedades de Declaración Obligatoria											Total			
	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
Botulismo	1	1	0	0	0	0	0	2	1	0	1	3	0	0	9
Brucelosis	0	0	0	2	3	5	15	16	18	12	11	3	1	1	87
Carbunco	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2
Enfermedad meningocócica	77	111	44	17	32	27	31	28	23	30	21	19	10	3	473
F. exantemática mediterránea	4	4	8	9	7	5	15	28	38	27	16	9	2	1	173
F. tifoidea y paratifoidea	1	12	6	3	1	4	12	9	3	2	3	3	1	0	60
Hepatitis A	6	99	157	60	42	26	80	101	45	16	13	5	0	7	657
Hepatitis B	2	4	2	3	12	28	121	182	107	67	38	16	3	0	585
Hidatidosis	0	0	1	3	0	3	13	25	23	33	27	23	11	0	162
Legionelosis	1	0	0	0	1	3	24	89	173	196	159	161	70	3	881
Leishmaniasis	13	16	8	4	2	5	26	36	55	54	30	14	2	0	265
Lepra	0	0	0	0	0	1	4	2	2	1	2	0	0	0	12
Meningitis tuberculosa	1	3	3	1	2	5	17	20	17	7	10	15	4	0	105
Paludismo (Casos importados)	0	26	25	21	19	30	125	159	71	26	7	1	0	5	505
Parotiditis	28	706	774	1.030	2.683	1.495	1.622	512	359	186	69	43	21	10	9.538
Rubéola	6	3	0	2	17	11	17	6	1	1	0	0	0	0	64
Sarampión	124	210	74	99	114	110	329	133	6	2	0	0	0	3	1.204
Shigelosis	3	60	72	15	4	13	46	68	23	8	7	3	2	1	325
Sífilis	0	0	0	1	20	86	197	210	139	55	29	7	5	3	752
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	2	0	2	5	3	0	12
Tos ferina	599	778	504	425	75	40	180	277	162	75	50	28	9	0	3.202
Triquinosis	0	0	0	1	0	0	3	3	6	3	4	3	0	0	23
Tuberculosis respiratoria	44	117	72	57	127	294	864	868	674	409	301	354	153	15	4.354
Tuberculosis, otras localizaciones	8	21	20	17	44	91	290	298	172	144	141	186	57	3	1.492
Tularemia	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2
Variola	2.745	8.211	6.808	788	196	332	742	587	172	56	37	13	10	40	20.751

CNE: notificación Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) individualizada año 2012.

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

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

Enfermedad	Fuente principal de Datos: Sistema de Información Microbiológica													Total	
	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		
Campylobacteriosis	758	1.905	0	319	116	122	593	431	405	420	392	325	193	73	6.123
Chlamydia trachomatis	5	0	0	2	67	208	432	219	51	17	1	0	0	20	1.022
Criptosporidiosis	8	196	50	15	5	0	0	1	2	0	3	1	0	18	299
Escherichia coli verotoxigénico	2	8	1	1	0	0	0	1	4	1	0	0	0	1	19
Giardiasis	9	169	0	88	12	13	150	120	102	81	63	55	34	46	942
Gonococia	0	0	0	0	60	148	309	150	53	22	2	0	0	33	777
Enfermedad invasora por Haemophilus influenzae	10	3	1	2	0	2	1	5	6	14	16	21	12	0	93
Listeriosis	8	0	0	0	3	0	7	7	12	26	31	22	4	8	128
Fiebre Q	0	1	0	0	3	10	16	15	29	14	12	5	1	4	110
Salmonelosis, no tifoidea, ni paratifoidea	240	1.659	769	266	86	97	196	183	250	259	310	304	95	117	4.831
Enfermedad invasora por Streptococcus pneumoniae	12	109	36	16	10	9	44	91	118	178	189	218	154	0	1.184
Yersiniosis, no pestis	39	69	0	27	5	8	19	17	11	10	10	15	11	12	253

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

Enfermedad	Fuente principal de Datos: Sistema de Información Microbiológica												Total		
	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	
Campylobacteriosis	436	1.100	0	204	69	66	325	248	242	263	221	195	106	37	3.512
Chlamydia trachomatis	3	0	0	0	15	86	237	139	34	10	1	0	0	2	527
Criptosporidiosis	7	110	28	10	4	0	0	1	2	0	2	0	0	8	172
Escherichia coli verotoxigénica	0	5	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	8
Giardiasis	7	95	0	54	6	5	89	65	58	42	34	31	18	7	511
Gonococia	0	0	0	0	46	130	283	140	42	15	2	0	0	25	683
Enfermedad invasora por Haemophilus influenzae	3	0	1	2	0	1	0	4	2	10	8	11	6	0	48
Listeriosis	5	0	0	0	2	0	1	1	7	22	23	11	2	2	76
Fiebre Q	0	0	0	0	2	9	9	10	26	13	9	3	0	3	84
Salmonelosis, no tifoidea, ni paratifoidea	123	866	416	150	47	39	95	81	134	130	154	159	47	0	2.441
Enfermedad invasora por Streptococcus pneumoniae	4	61	21	10	6	6	24	58	78	113	117	126	56	0	680
Yersiniosis, no pestis	21	35	0	16	3	1	11	7	3	5	7	7	5	2	123

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

Enfermedad	Fuente principal de Datos: Enfermedades de Declaración Obligatoria											Total			
	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
Botulismo	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4
Brucelosis	0	0	0	2	1	1	3	4	5	3	6	2	0	0	27
Carbunco	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedad meningocócica	35	47	19	8	17	11	16	14	14	15	12	11	4	0	223
F. exantemática mediterránea	1	4	3	3	4	2	8	12	13	6	9	3	1	5	69
F. rifoidea y paratifoidea	0	5	3	2	0	3	5	7	0	0	3	1	0	0	29
Hepatitis A	2	41	71	22	21	14	38	41	15	6	9	2	0	3	285
Hepatitis B	2	0	1	1	3	10	38	44	23	25	10	8	2	0	168
Hidatidosis	0	0	1	3	0	2	4	11	10	15	12	10	10	0	78
Legionelosis	1	0	0	0	0	0	11	18	49	50	54	57	35	0	275
Leishmaniasis	5	10	3	2	1	2	7	10	21	15	9	6	0	0	91
Lepra	0	0	0	0	0	0	2	1	1	0	0	0	0	0	4
Meningitis tuberculosa	0	1	2	1	0	2	7	7	4	3	4	4	2	0	37
Paludismo (Casos importados)	0	14	10	15	8	16	30	38	15	7	1	1	0	0	155
Parotiditis	8	281	345	410	1.111	644	685	240	190	102	36	25	12	6	4.095
Rubeola	3	1	0	2	7	4	10	0	1	0	0	0	0	0	28
Sarampión	50	103	41	61	55	42	147	78	3	1	0	0	0	0	581
Shigelosis	2	28	41	7	1	5	22	29	10	5	3	3	1	1	158
Sífilis	0	0	0	0	4	14	46	39	24	12	7	2	2	0	150
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	2	0	1	4	2	0	9
Tos ferina	286	402	256	229	42	26	123	182	104	61	30	16	4	0	1.761
Triquinosis	0	0	0	1	0	0	1	1	2	2	3	3	0	0	13
Tuberculosis respiratoria	21	60	34	34	65	130	380	317	163	81	76	100	46	6	1.513
Tuberculosis, otras localizaciones	3	9	14	10	21	42	131	139	72	59	65	86	33	0	684
Tularemia	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Varicela	1.329	3.839	3.249	402	106	176	400	272	90	24	15	14	3	2	9.921

CNE notificación individualizada año 2012.

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

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

Enfermedad	Fuente principal de Datos: Sistema de Información Microbiológica												Total		
	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	
Campylobacteriosis	322	805	0	115	47	56	268	183	163	157	171	130	87	26	2.530
Chlamydia trachomatis	2	0	0	2	52	122	195	80	17	7	0	0	0	7	484
Criptosporidiosis	1	86	22	5	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	117
Escherichia coli verotoxigénico	2	3	1	0	0	0	0	1	2	1	0	0	0	0	10
Giardiasis	2	74	0	34	6	8	61	55	44	39	29	24	16	5	397
Gonococia	0	0	0	0	16	18	26	10	11	7	0	0	0	4	92
Enfermedad invasora por Haemophilus influenzae	3	3	0	0	0	0	1	1	4	4	8	10	6	0	40
Listeriosis	3	0	0	0	1	0	6	6	5	4	8	11	2	2	48
Fiebre Q	0	1	0	0	1	1	7	5	3	1	3	2	1	0	25
Salmonelosis, no tifoidea, ni paratifoidea	117	793	353	116	39	58	101	102	116	129	156	145	48	0	2.276
Enfermedad invasora por Streptococcus pneumoniae	2	47	13	6	4	3	20	33	40	63	68	91	98	0	488
Yersiniosis, no pestis	18	34	0	11	2	7	8	10	8	5	3	8	6	1	121

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

Tabla 7. CASOS DE SIDA EN ESPAÑA. Datos acumulados desde 1981. Casos por categoría de transmisión y sexo, según la CC.AA de residencia. Registro Nacional de SIDA. Fecha de actualización: 30 de junio de 2012.

CCAA de Residencia	HSH		UDI		Hemoder.		Transfús.		Madre-hijo		Hetero.		Otros/NC		Total	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Andalucía	1.104	6.877	1.046	143	13	26	24	61	65	1.055	707	438	105	9.704	1.960	11.664
Aragón	131	727	189	26	5	2	4	14	10	283	157	101	23	1.284	388	1.672
Asturias	174	697	171	12	2	8	6	7	5	198	97	67	21	1.163	302	1.465
Baleares	533	951	285	19	5	7	5	19	20	355	202	145	46	2.029	563	2.592
Canarias	804	655	189	25	2	11	3	15	11	378	243	161	13	2.049	461	2.510
Cantabria	80	396	69	4	1	1	2	6	6	64	44	54	18	605	140	745
Castilla-La Mancha	125	808	127	22	3	9	3	8	9	189	95	81	28	1.242	265	1.507
Castilla y León	225	1.583	389	48	8	9	16	19	26	377	191	118	26	2.379	656	3.035
Cataluña	3.373	7.093	1.750	107	7	31	22	109	102	2.161	1.293	695	151	13.569	3.325	16.894
Com. Valenciana	887	2.995	840	49	5	23	11	31	41	745	465	325	79	5.055	1.441	6.496
Extremadura	62	625	124	18	5	4	2	5	12	98	41	85	33	897	217	1.114
Galicia	377	1.966	498	56	7	18	13	5	10	541	338	118	47	3.081	913	3.994
Madrid	3.535	9.952	2.388	139	7	50	44	118	134	1.359	1.383	780	148	15.933	4.104	20.037
Murcia	308	776	145	18	0	4	2	9	9	254	138	100	32	1.469	326	1.795
Navarra	76	410	178	9	0	2	1	2	5	138	63	21	10	658	257	915
País Vasco	421	3.085	853	53	6	11	15	30	33	568	398	148	47	4.316	1.352	5.668
La Rioja	29	281	63	3	1	0	1	5	4	99	37	12	3	429	109	538
Ceuta	5	109	16	0	0	0	0	2	1	20	9	11	6	147	32	179
Melilla	9	51	7	0	0	1	1	1	1	8	8	3	2	73	19	92
Extranjero	86	69	19	1	0	5	0	1	1	37	16	20	4	219	40	259
Total	12.344	40.106	9.346	752	77	222	175	467	505	8.927	5.925	3.483	842	66.301	16.870	83.171

HSH= Hombres que mantienen relaciones es con hombres.

UDI= Usuarios de drogas inyectadas.

Hemoder.= Receptores de hemoderivados.

Transfús.= Receptores de transfusiones sanguíneas.

Hetero.= Relaciones heterosexuales de riesgo.

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

H= Hombres.

M= Mujeres.