



RESULTADOS DE LA VIGILANCIA  
EPIDEMIOLÓGICA DE LAS  
ENFERMEDADES TRANSMISIBLES.  
INFORME ANUAL. AÑO 2011

*Monografías*



MINISTERIO  
DE ECONOMÍA  
Y COMPETITIVIDAD

MINISTERIO  
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES  
E IGUALDAD



Instituto  
de Salud  
Carlos III



Red  
Nacional de  
Vigilancia  
Epidemiológica

## ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.....	6
ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS USADOS EN ESTE INFORME.....	7
1. INTRODUCCIÓN.....	8
2. VIGILANCIA DE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN 2011 .....	9
Fuentes de datos y sistemas de notificación de las enfermedades.....	9
Métodos, presentación e interpretación de la información.....	9
Calidad de los datos y limitaciones. ....	10
3. ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS Y AGUA.....	12
Botulismo .....	12
Campilobacteriosis .....	13
Criptosporidiosis.....	15
Infección por <i>E. coli</i> productor de toxina shiga .....	16
Fiebre tifoidea y paratifoidea .....	18
Giardiasis .....	20
Hepatitis A.....	21
Listeriosis .....	23
Salmonelosis.....	24
Shigelosis.....	26
Triquinosis .....	28
Yersiniosis.....	30
4. ENFERMEDADES PREVENIBLES POR LA VACUNACIÓN.....	32
Difteria .....	32
Enfermedad meningocócica.....	32
Enfermedad invasora por <i>Haemophilus influenzae</i> .....	35
Parotiditis .....	36
Rubéola y Síndrome de Rubéola Congénita .....	38
Sarampión .....	39
Tétanos y Tétanos Neonatal.....	41
Tos ferina .....	43
Varicela .....	45
5. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN AÉREA.....	48
Enfermedad neumocócica invasora .....	48
Gripe.....	50
Legionelosis.....	55
Lepra .....	57
Tuberculosis.....	59

<b>6. ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES .....</b>	<b>64</b>
Fiebre exantemática mediterránea .....	64
Leishmaniasis .....	66
Paludismo .....	68
<b>7. ZONOSIS.....</b>	<b>70</b>
Brucelosis.....	70
Hidatidosis .....	72
Carbunco .....	74
Fiebre Q.....	75
Tularemia .....	77
<b>8. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y PARENTERAL .....</b>	<b>78</b>
Infección por el VIH y sida .....	78
Sífilis .....	82
Sífilis Congénita .....	83
Infección Gonocócica .....	85
Infección por <i>Chlamydia trachomatis</i> .....	87
Hepatitis B .....	88
<b>9. ENCEFALOPATÍAS ESPONGIFORMES TRANSMISIBLES HUMANAS .....</b>	<b>91</b>
<b>10. ANEXOS.....</b>	<b>94</b>
ANEXO I. Mortalidad por enfermedades infecciosas-Años 2006 a 2011 .....	94
Defunciones por enfermedades de etiología infecciosa en España. 2006-2011. Fe de erratas del informe del 2010. ....	94
ANEXO II. Resultados de la vigilancia: Tablas generales.....	102
Tabla 1. Casos notificados según la fuente de datos y enfermedad .....	102
Tabla 2. Casos notificados según la fuente de datos por enfermedad y Comunidad Autónoma .....	104
Tabla 3a. Casos notificados según la fuente de datos por enfermedad y mes. EDO .....	106
Tabla 3b. Casos notificados según la fuente de datos por enfermedad y mes. SIM .....	107
Tabla 4a. Casos notificados según la fuente de datos por enfermedad y grupos de edad (ambos sexos). EDO .....	108
Tabla 4b. Casos notificados según la fuente de datos por enfermedad y grupos de edad (ambos sexos). SIM.....	109
Tabla 5a. Casos notificados según la fuente de datos por enfermedad y grupos de edad en hombres. EDO .....	110
Tabla 5b. Casos notificados según la fuente de datos por enfermedad y grupos de edad en hombres. SIM .....	112
Tabla 6a. Casos notificados según la fuente de datos por enfermedad y grupos de edad en mujeres. EDO.....	113
Tabla 6b. Casos notificados según la fuente de datos por enfermedad y grupos de edad en mujeres. SIM.....	115
Tabla 7. Casos de sida en España. Datos acumulados desde 1981. Casos por categoría de transmisión y sexo, según la comunidad autónoma de residencia. Registro Nacional de Sida. Fecha de actualización: 30 de junio de 2012. ....	116

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: 725-13-033-0

I.S.B.N.: No (Free online version)

Imprime: Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado.

Avda. de Manoteras, 54. 28050 – MADRID

**Responsables de elaboración:**

Macarena Garrido Estepa, Rosa Cano Portero.

**Redacción del informe:**

Javier Almazán Isla, Rosa Cano Portero, Concepción Delgado Sanz, Asunción Díaz Franco, Rafael Fernández-Cuenca Gómez, Macarena Garrido Estepa, Gloria Hernández Pezzi, Silvia Jiménez Jorge, Amparo Larrauri Cámara, Alicia Llácer Gil De Ramales, Elena V. Martínez Sánchez, Josefa Masa Calles, Jesús Oliva Domínguez, Jesús de Pedro Cuesta, Elena Rodríguez Valín, María Ruiz Tovar, M<sup>ª</sup> del Carmen Varela Martínez.

**Elaboración de tablas y gráficas:**

Macarena Garrido Estepa.

**Tratamiento y gestión de datos:**

Enrique Alcalde, Oliva Díaz García, M<sup>ª</sup> del Carmen Martín Mesonero, Pilar Ordóñez Banegas, Lucía Sobrino Vegas, Susana Villarrubia Enseñat, Macarena Garrido Estepa, Paloma Lucas Herraiz, Teresa López Cuadrado, Noemí López Perea, Rocío Amillategui Dos Santos.

**Para citar esta monografía**

Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Resultados de la vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles. Informe anual 2011. Madrid, 2013.

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

## Agradecimientos

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

## ABREVIATURAS 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
ENI	Enfermedad neumocócica invasora
ESV	Enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica
ENSV	Enfermedades no sujetas a vigilancia epidemiológica
Hib	<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b
HSH	Hombres que tienen sexo con hombres
IFF	Insomnio Familiar Fatal
INE	Instituto Nacional de Estadística
IRA	Insuficiencia respiratoria aguda
IRAS	Infección relacionada con atención sanitaria
LCR	Líquido cefalorraquídeo
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PTT	Púrpura trombótica trombocitopénica
RENAVE	Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica
RIC	Rango intercuartil
RSI	Reglamento Sanitario Internacional
SGSS	Síndrome de Gerstmann-Sträussler-Scheinker
SHU	Síndrome Hemolítico Urémico
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SIM	Sistema de Información Microbiológica
SRC	Síndrome de Rubéola Congénita
SVGE	Sistema de Vigilancia de la Gripe en España
TARGA	Terapia Antiretroviral de Gran Actividad
UDI	Usuarios de drogas inyectadas
vECJ	Variante de Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

## 1. INTRODUCCIÓN

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

Este informe presenta los resultados para el año 2011 de la notificación de casos de las enfermedades transmisibles realizada por los servicios de vigilancia de las comunidades autónomas al Centro Nacional de Epidemiología (CNE) de acuerdo a los protocolos de la RENAVE. También se han incluido datos de mortalidad procedentes del registro de mortalidad del Instituto Nacional de Estadística (INE) para los años 2006 a 2011.

## 2. VIGILANCIA DE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS EN 2011

### FUENTES DE DATOS Y SISTEMAS DE NOTIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES

Las distintas enfermedades fueron notificadas tanto por los médicos en ejercicio, a través del sistema de enfermedades de declaración obligatoria, registros de lepra, SIDA y encefalopatías espongiiformes transmisibles humanas, así como por los laboratorios de microbiología clínica, a través del Sistema de Información Microbiológica (SIM). Además, para la gripe se han incluido los datos de la red de vigilancia específica que incluye vigilancia centinela de casos y vigilancia microbiológica.

En este informe se ha analizado la información de la declaración individualizada de casos, tanto de las 35 enfermedades de declaración obligatoria<sup>1</sup>, como de las 11 de las que el ECDC requiere información<sup>2</sup>. La fuente de información disponible para estas últimas es el SIM.

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

### MÉTODOS, PRESENTACIÓN E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Los casos declarados siguen las definiciones de caso y los criterios para su clasificación (caso sospechoso, probable y confirmado) de los Protocolos<sup>3</sup> 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 utilizan como referencia para la vigilancia en sus territorios.

Los datos de población utilizados como denominadores provienen del Padrón Municipal, 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, sí 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  $\geq 85$  años.

El informe contiene la descripción epidemiológica de cada una de las enfermedades notificadas en 2011 y su comparación con años anteriores. Se ha analizado la evolución temporal de las tasas (de 2005 a 2011, de 2006 a 2011 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 2011 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.

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 2011 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 2005 a 2011. La calidad de la información individualizada de las variables básicas (edad, sexo, comunidad autónoma y semana de notificación) de los casos declarados es alta. Aun así, para otras variables la exhaustividad es baja o la falta de actualización de la información una vez hecha la notificación impide tener información sobre la evolución del caso, estado 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 CA, del nivel de alerta o conciencia para la detección y notificación de cada enfermedad y de los recursos y prioridades existentes en cada CA para la vigilancia de las enfermedades.

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

## BIBLIOGRAFÍA

1. Real Decreto 2210/1995, de 28 de diciembre, por el que se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica.
2. Decisión de la Comisión 2012/506/EU de 27/09/2012 que modifica la Decisión 2002/253/CE por la que se establecen las definiciones de los casos para comunicar las enfermedades transmisibles a la red comunitaria, de conformidad con la Decisión nº 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

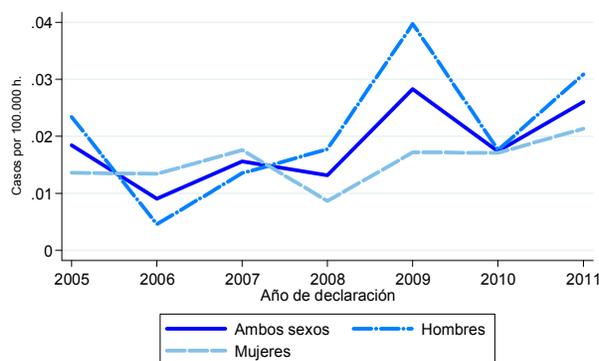
##### Situación epidemiológica

##### *Distribución temporal y geográfica*

En el año 2011 se notificaron 12 casos de botulismo (siete confirmados, tres probables y dos sospechosos), lo que supuso una incidencia anual de 0,03 casos por 100.000 habitantes (figura 1).

**Figura 1. Vigilancia de Botulismo. 2005-2011**

Tasas de incidencia (casos por 100.000 h.)



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Diez casos fueron botulismos alimentarios, notificados por Andalucía (1) Castilla y León (4), Castilla-La Mancha (2), C. Valenciana (2) y Madrid (1). De estos, 4 casos se asociaron a 2 brotes de Castilla-La Mancha y Castilla y León. Andalucía y Castilla y León notificaron un caso cada una de botulismo intestinal. En el año 2011 no hubo casos importados ni se observó una estacionalidad determinada.

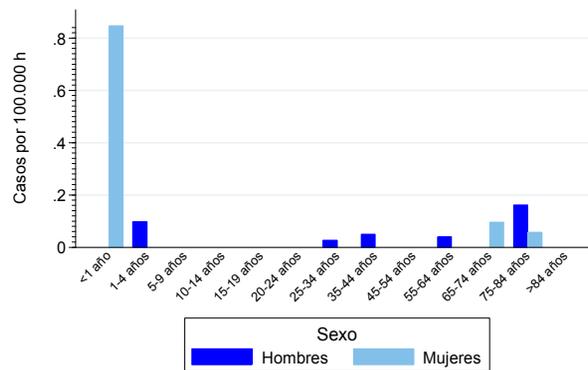
##### **Características de los casos**

En la figura 2 se observa la incidencia por grupo de edad y por sexo. Los dos casos de botulismo intestinal se dieron en menores de un año, siendo este el grupo que presenta mayor incidencia.

Solamente se notificó una defunción, en un varón de 79 años.

**Figura 2. Vigilancia de Botulismo, 2011**

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 2011 en España aumentó con respecto al año anterior. La prevención de esta enfermedad se basa en la adecuada preparación, higiene y conservación de los alimentos.

## CAMPILOBACTERIOSIS

### Situación epidemiológica

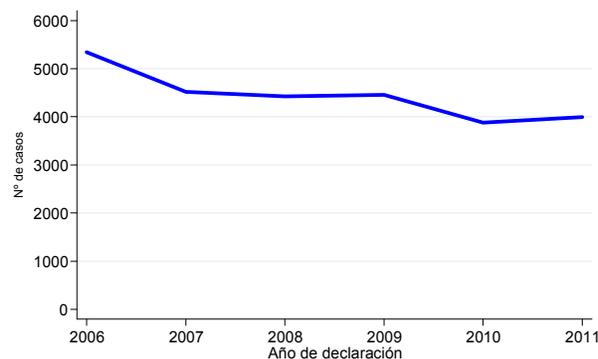
#### Distribución temporal

Durante el año 2011, 62 laboratorios de microbiología clínica, notificaron al SIM 6.325 infecciones por *Campylobacter*. El 82,1% de los casos aislados en 2011 (5.193) correspondieron a *C. jejuni*, el 2,7% (171) correspondieron a *C. coli*, el 0,32% (20) a otras especies (*C. fetus* y *C. lari*) y un 14,9% (941) sin tipificar (*Campylobacter sp.*).

En los últimos 6 años notificaron de manera continuada 28 laboratorios. Se observó una ligera disminución de los casos notificados en el periodo de 2006 a 2011 y un mayor número de casos en hombres durante todo el periodo. En 2011 los casos aumentaron ligeramente con respecto al año anterior (figuras 1 y 2).

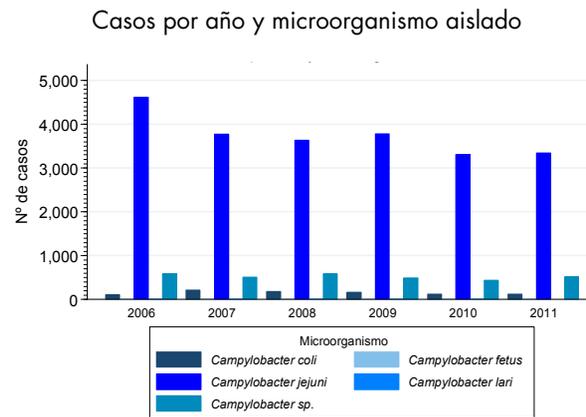
**Figura 1. Vigilancia de *Campylobacter*. 2006-2011**

Casos notificados



Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

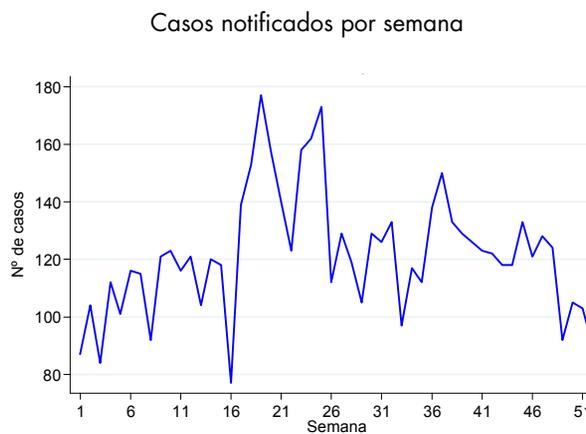
**Figura 2. Vigilancia de *Campylobacter*, 2006-2011**



Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

Se observaron picos de incidencia para *Campylobacter* entre las semanas 18-20 y 23-25, con dos picos consecutivos, y en la semana 37 (figura 3).

**Figura 3. Vigilancia de *Campylobacter*, 2011**



Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

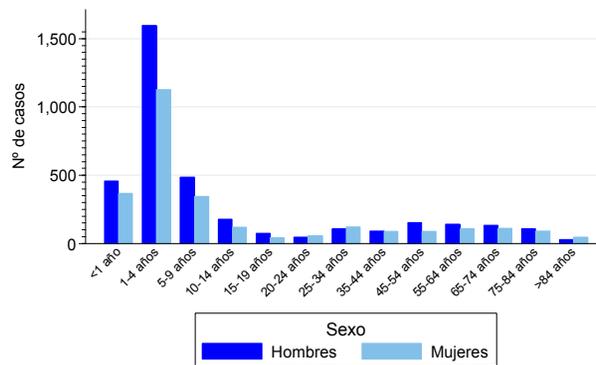
Se notificaron 16 brotes, 7 de ellos de transmisión alimentaria.

### Características de los casos

El 56,1% (3.548/6.325) de los casos fueron hombres. En el 1,7% de los casos notificados se desconoce el sexo. El 56,1% (3.551/6.325) de los casos fueron menores de 5 años de edad y el 13% (823/6.325) tuvieron entre 5 y 9 años (figura 4).

**Figura 4. Vigilancia de *Campylobacter*, 2011**

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

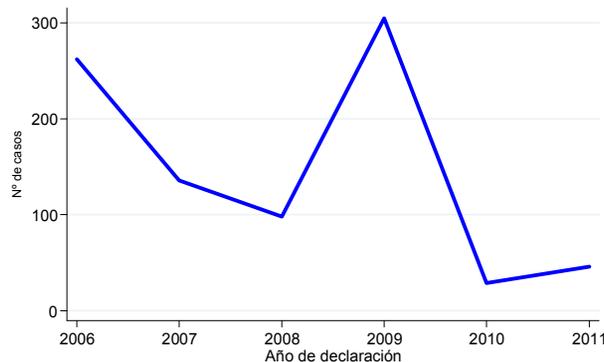
### Situación epidemiológica

#### Distribución temporal y geográfica

En el año 2011 se notificaron 79 casos de infección por *Cryptosporidium*. Ocho laboratorios de microbiología clínica notificaron al SIM de manera continuada durante los últimos 6 años y se seleccionaron para el estudio de la tendencia. Se observó un descenso del 90% en el número de aislamientos en 2010 (29 casos) con respecto al año anterior, 307 casos en 2009, mientras que en 2011 el número de casos notificados se mantuvo bajo (46 casos) (figura 1). Durante 2011 no se notificó ningún brote debido a *Cryptosporidium*.

**Figura 1. Vigilancia de *Cryptosporidium*. 2006-2011**

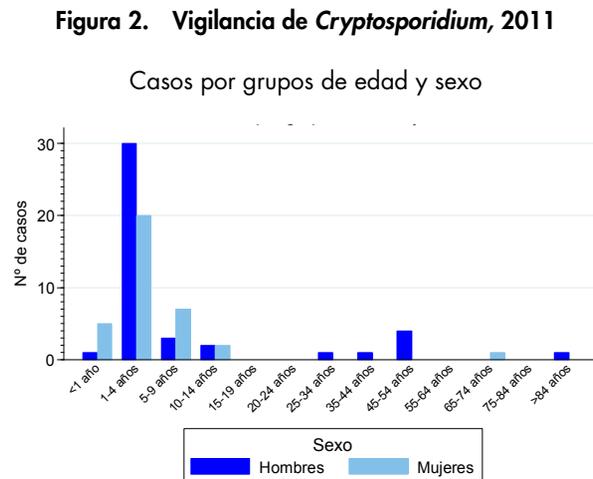
Casos notificados



Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

## Características de los casos

La mayoría de los casos de *Cryptosporidium* en el año 2011 fueron en menores de 5 años (72,2%). El número de casos en hombres y mujeres fue similar, el índice de masculinidad fue 1,2 (figura 2).



Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

## Discusión

El número de aislamientos de *Cryptosporidium* notificados en España en el año 2011 aumentó ligeramente respecto al año anterior. La mayoría de estos aislamientos se realizaron en niños menores de cinco años. Se debe seguir insistiendo en la importancia del manejo y tratamiento adecuados de las aguas que se utilizan para consumo y recreo, y en la correcta higiene personal para la prevención de esta enfermedad.

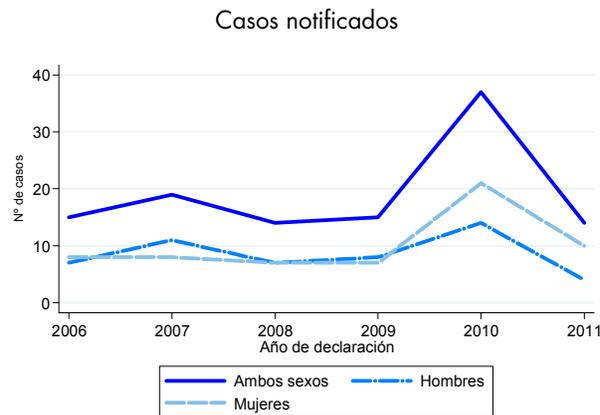
## INFECCIÓN POR *E. COLI* PRODUCTOR DE TOXINA SHIGA

### Situación epidemiológica

#### Distribución temporal

En 2011 se notificaron al SIM 14 casos de *E. coli* productor de toxina shiga, 8 de ellos se identificaron como *E. coli* O157. El número de casos disminuyó respecto a los casos notificados en los años anteriores que fueron 37 (36 serogrupo *E. coli* O157) en 2010 y 15 (14 serogrupo *E. coli* O157) en 2009. En 2010 y 2011 los casos se dieron con mayor frecuencia en mujeres (figura 1).

**Figura 1. Vigilancia de *E. coli* verotoxigénico. 2006-2011**

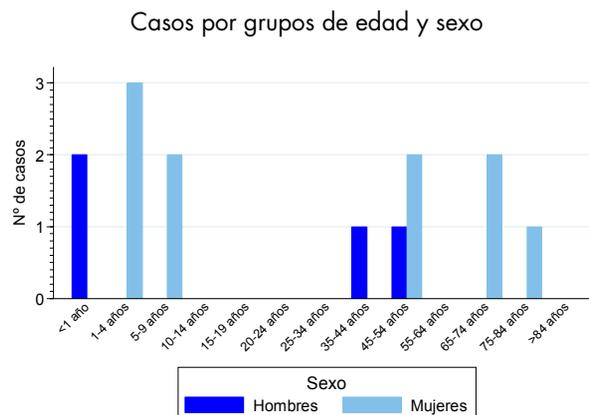


Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

### Características de los casos

El 35,7% de casos (5/14) correspondieron a niños menores de 5 años y un 50% de los casos (7/14) fueron menores de 15 años. El 71,4% (10/14) de los casos fueron mujeres. Tres casos (21,4%) se dieron en mujeres mayores de 64 años (figura 2).

**Figura 2. Vigilancia de *E. coli* verotoxigénico, 2011**



Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

Durante 2011 se notificó un brote de transmisión alimentaria producido por *E. coli* serogrupo O157.

### Discusión

En 2011 disminuyó el número de casos notificados de infección por *E. coli* productor de toxina shiga.

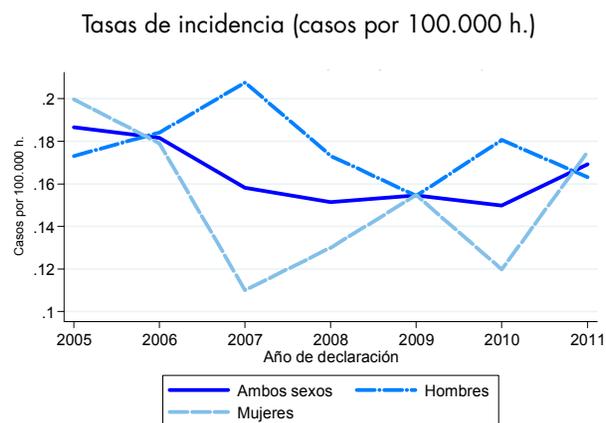
## FIEBRE TIFOIDEA Y PARATIFOIDEA

### 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 2011 fue de 78; de los que 41 casos (62,8%) fueron casos confirmados. La incidencia de la enfermedad se mantuvo con respecto a años anteriores con 0,17 casos por 100.000 habitantes (figura 1).

Figura 1. Vigilancia de F. tifoidea y paratifoidea. 2005-2011

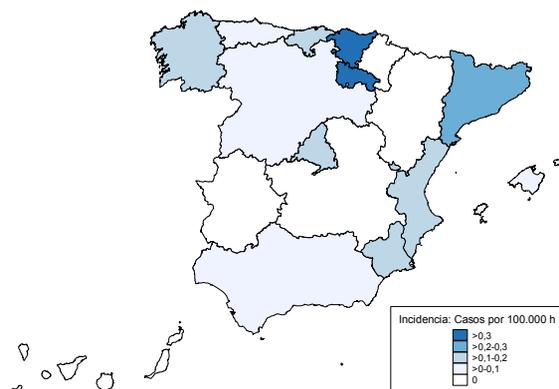


Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Las comunidades autónomas que notificaron mayor número de casos fueron Cataluña, País Vasco, Madrid y C. Valenciana, con 21, 15, 11 y 7 casos, respectivamente. Las mayores tasas de incidencia se dieron en Melilla (5,33 casos por 100.000 habitantes), La Rioja (1,6 casos por 100.000 habitantes) y País Vasco (0,7 casos por 100.000 habitantes) (figura 2). No se registraron casos en Aragón, Canarias, C. la Mancha, Extremadura, Navarra y Ceuta.

Figura 2. Vigilancia de F. tifoidea y paratifoidea. España, 2011

Incidencia por Comunidades Autónomas



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

### Características de los casos

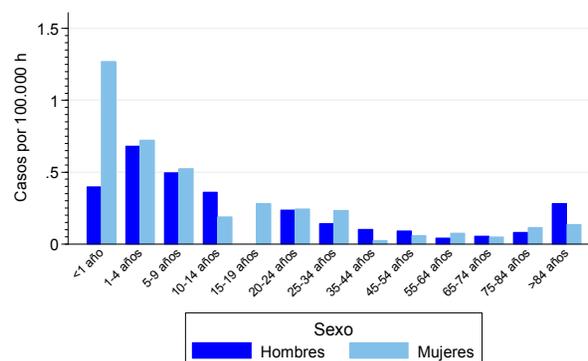
El 52,6% de los casos fueron mujeres, con una razón de masculinidad de 0,9.

Cuatro (5,1%) de los casos se dieron en menores de 1 año. Los grupos de edad con mayor número de casos fueron el de 1-4 años (14), el de 25-34 años (13) y el de 5-9 años (12), siendo las niñas menores de 1 año las que presentaron una tasa más alta (1,27 casos por 100.000 habitantes).

De los casos notificados en 2011, 56 (71,8%) fueron autóctonos. Uno (1,3%) de los casos notificados por Melilla fue importado desde Guinea. En el resto, 21 (26,9%) no se conocía la procedencia.

**Figura 3. Vigilancia de *F. tifoidea* y *paratifoidea*, 2011**

Tasas de incidencia por grupos de edad y sexo



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Diecisiete hospitales notificaron al Sistema de Información Microbiológica (SIM) 47 casos de *Salmonella* Typhi y *Salmonella* Paratyphi (A, B, C): un 63,8% (30/47) de aislamientos correspondieron a *S. Typhi*. En el SIM, el 46,8% (22/47) de los casos fueron hombres.

En este periodo se notificaron 2 brotes importados causados por *S. Typhi*. Ambos brotes importados fueron familias que regresaban de Pakistán, de 2 casos cada brote, requiriendo hospitalización los dos casos de uno de los brotes. No pudo identificarse la fuente de infección. Además notificaron 1 brote autóctono causado por *S. Paratyphi* B y otro en el que no consta el serotipo. En el brote de *S. Paratyphi* B se aisló la misma cepa en los casos que en el agua del acuario de una tortuga que tenían en el hogar.

### Discusión

La fiebre tifoidea y paratifoidea son infecciones con una baja incidencia en nuestro país. La tasa se mantiene constante desde el año 2007 y continúa por debajo de la tasa media de los países de la Unión Europea (0,31 casos por 100.000 habitantes en 2010), según datos del informe anual del ECDC del año 2012.

## GIARDIASIS

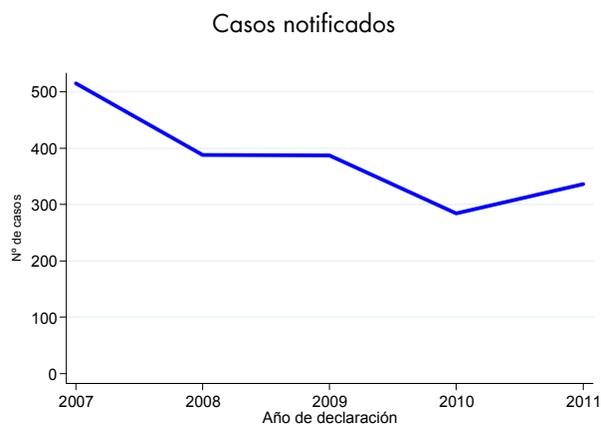
### Situación epidemiológica

#### Distribución temporal y geográfica

No se dispone de información individualizada de *Giardia* con anterioridad a 2007. En 2011 se notificaron 641 aislamientos de *Giardia lamblia* por parte de 23 laboratorios. Entre 2007 y 2011, 10 laboratorios notificaron de forma constante. Durante ese período se observó una tendencia decreciente en el número de casos hasta el año 2010 (515 notificaciones en 2007 a 284 en 2010), con un ligero repunte en 2011 (336 notificaciones). Los aislamientos se dieron en hombres con más frecuencia durante todo el período (figura 1).

Los 23 laboratorios que notificaron en 2011 pertenecían a siete CCAA: Andalucía (121), Aragón (145), Castilla y León (70), Extremadura (30), Navarra (46), País Vasco (222) y La Rioja (7).

Figura 1. Vigilancia de *Giardia lamblia*. 2007-2011



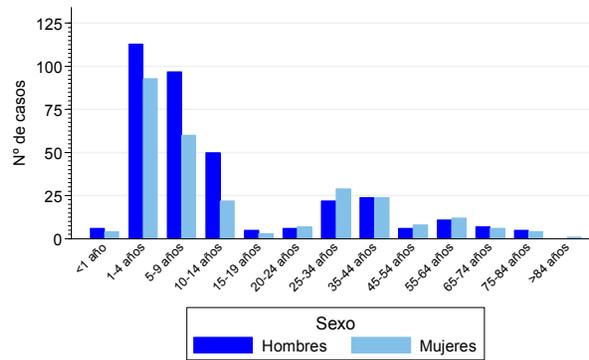
Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

#### Características de los casos

Los datos del SIM muestran que casi tres cuartos del total de casos del año 2011 fueron en menores de 15 años (71,3%), siendo el 17,6% de los aislamientos en adultos jóvenes (20-44 años). En cuanto a la distribución por sexos el 54,9% de los casos correspondieron a hombres y el 42,6% a mujeres (figura 2). Este dato no figuraba en 16 casos (2,5%).

**Figura 2. Vigilancia de *Giardia lamblia*, 2011**

Casos por grupos de edad y sexo



Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

No se notificó ningún brote por *Giardia* en 2011.

## Discusión

El número de aislamientos de *G. lamblia* notificados en España presenta una tendencia descendente desde el 2007, aunque en el año 2011 aumentó respecto al año 2010. La mayoría de estos aislamientos se realizan en niños y adultos jóvenes.

## HEPATITIS A

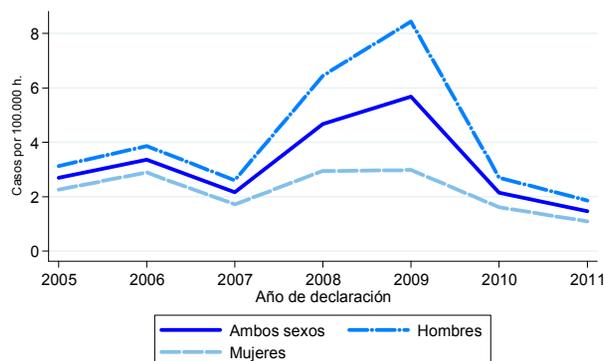
### Situación epidemiológica

#### Distribución temporal y geográfica

En 2011 se notificaron 698 casos de hepatitis A. La incidencia fue de 1,51 casos por 100.000 habitantes, menor que en el año anterior (2,2 casos por 100.000 habitantes) (figura 1). No se presentó una estacionalidad determinada.

**Figura 1. Vigilancia de Hepatitis A. 2005-2011**

Tasas de incidencia (casos por 100.000 h.)

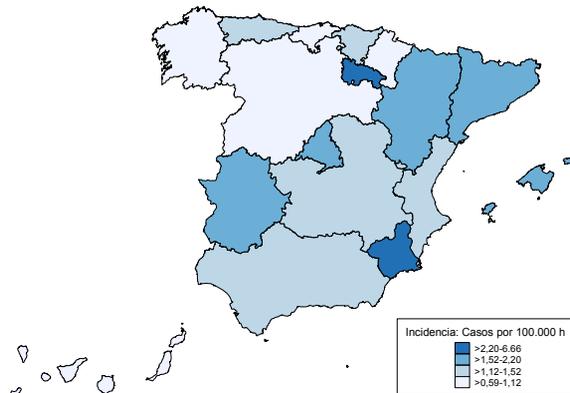


Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Las tasas más altas fueron las de Ceuta y Melilla (9,13 y 7,99 casos por 100.000 habitantes respectivamente), seguidas de las de Murcia (3,47 casos por 100.000 habitantes) y La Rioja (2,56 casos por 100.000 habitantes). Las tasas más bajas se detectaron en Castilla y León, Canarias y Galicia con tasas de 0,97, 0,81 y 0,59 casos/100.000 habitantes respectivamente.

**Figura 2. Vigilancia de Hepatitis A. España, 2011**

Incidencia por Comunidades Autónomas



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

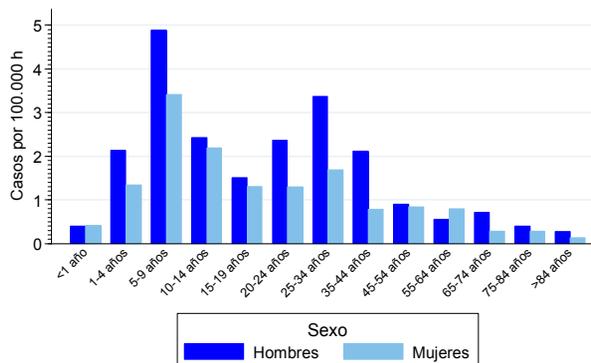
### Características de los casos

Los casos de hepatitis A fueron más frecuentes en hombres. Se notificaron 423 (60,6%) casos en hombres y 255 (36,8%) en mujeres. En 18 casos (2,6%) no se dispuso de información acerca del sexo.

Tanto en hombres como en mujeres (figura 3), el grupo más afectado fue el de 5 a 9 años (4,9 casos por 100.000 habitantes en hombres y 3,42 casos por 100.000 habitantes en mujeres), seguido del de 25 a 34 años en hombres (3,37 casos por 100.000 habitantes) y del de 10 a 14 años en mujeres (2,2 casos por 100.000 habitantes).

**Figura 3. Vigilancia de Hepatitis A, 2011**

Tasas de incidencia por grupos de edad y sexo



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Se notificaron 52 brotes de hepatitis A en 2011, solamente uno de ellos fue de transmisión alimentaria.

## Discusión

La incidencia de hepatitis A descendió en España en 2011. La incidencia fue mayor en niños de 5-9 años y en hombres más que en mujeres.

## LISTERIOSIS

### Situación epidemiológica

#### Distribución temporal

En 2011 se notificaron al SIM 115 casos de listeriosis. Se observa un descenso respecto a 2010 (123 casos), aunque el número de casos sigue estando por encima de los declarados entre 2005 y 2008, en los que no se superaron los 90 casos anuales. En los últimos 6 años 23 laboratorios han declarado de forma constante y se han utilizado para ver la tendencia de la enfermedad (figura 1). Teniendo en cuenta esos 23 laboratorios se observa un incremento notable en 2009, con un progresivo descenso en 2010 y 2011.

Figura 1. Vigilancia de *Listeria monocytogenes*. 2006-2011



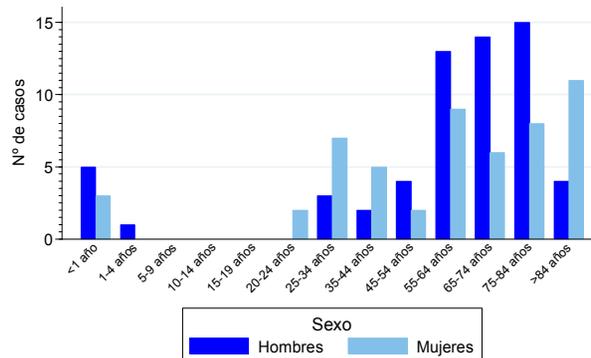
Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

#### 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*, 2011**

Casos por grupos de edad y sexo



Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

En 2011 se produjo un brote de transmisión alimentaria.

## Discusión

En 2011 los casos de listeriosis han descendido respecto al año anterior, aunque siguen por encima de los declarados entre 2005 y 2008. La distribución por edad y sexo sigue el patrón habitual para esta enfermedad.

## SALMONELOSIS

### Situación epidemiológica

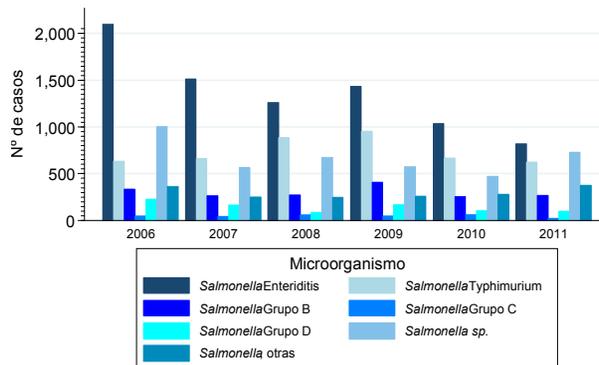
#### Distribución temporal

Sesenta y seis laboratorios de microbiología clínica notificaron al SIM un total de 4.406 casos de infección por *Salmonella* no tifoidea en el año 2011. Treinta y dos de esos laboratorios declararon de forma constante en los últimos seis años y son los usados para evaluar la tendencia. En 2011 el número de casos declarados por esos laboratorios (2.954 casos) descendió con respecto al 2010 (2.893 casos).

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

**Figura 1. Vigilancia de *Salmonella*, 2006-2011**

Casos por año y microorganismo aislado



Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

### Características de los casos

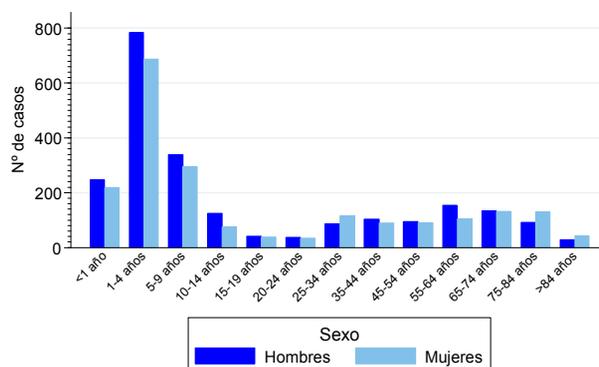
El microorganismo que se aisló con más frecuencia fue *Salmonella sp.* con 1.103 casos (25%), seguido de *Salmonella Enteritidis* con 1.099 casos (24,9%) y *Salmonella Typhimurium* con 1.000 casos (22,7%).

Se dispone de información sobre sexo en 4.334 casos (98,4%), siendo el 52,5% de los casos (2.275) hombres.

En todos los casos se conocía el dato de edad. El 44,8% (1.973) eran menores de 5 años y el 13% (571) mayores de 65 (figura 2).

**Figura 2. Vigilancia de *Salmonella*, 2011**

Casos por grupos de edad y sexo

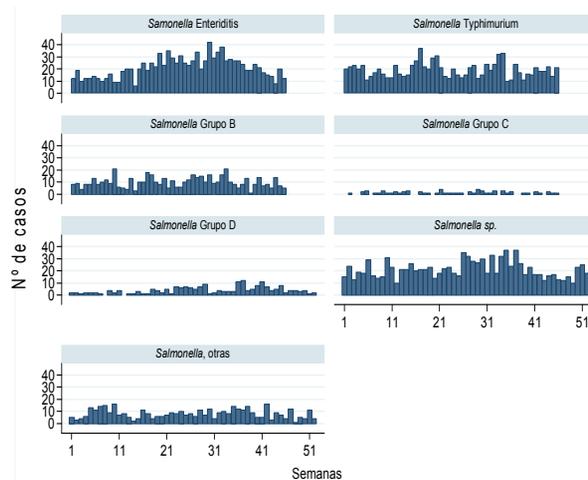


Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

*Salmonella Enteritidis*; *Salmonella* Grupo C; *Salmonella* Grupo D; y *Salmonella otras*, presentaron un mayor número de casos en los meses cálidos entre las semanas 20 y 40. En el resto de serotipos la estacionalidad no está tan clara (figura 3).

**Figura 3. Vigilancia de *Salmonella*, 2011**

Casos por semana y microorganismo aislado



Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

En 2011, se notificaron 271 brotes causados por *Salmonella*, todos ellos autóctonos con un total de 2.861 enfermos, 377 hospitalizados y 7 defunciones. La mitad de ellos causados por *Salmonella* Enteritidis (85% de los brotes con *Salmonella* serotipada), seguido de *Salmonella* Typhimurium (10% de los brotes con *Salmonella* serotipada). Predominan los brotes de transmisión alimentaria, en total el 88,2% (239/271). Sólo uno de los brotes fue transmitido por agua. En conjunto, el alimento implicado con más frecuencia fue el huevo y sus derivados (51,5% de los brotes), seguido a gran distancia de la repostería y la carne y productos cárnicos (ambos con 4,2%), las aves (3,3%), los lácteos (2,5%) y el queso, el pescado/marisco y los vegetales (estos últimos juntos con 1,3%).

## Discusión

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

Los principales serotipos notificados son *S. Enteritidis* y *S. Typhimurium* al igual que en la Unión Europea, aunque a nivel europeo el serotipo Enteritidis continúa siendo el más frecuente. La tendencia decreciente descrita en los últimos años se observa de la misma forma a nivel europeo, aunque la tasa de casos confirmados continúa siendo bastante alta comparada con la de la Unión Europea (tasa media de 21,31 casos por 100.000 habitantes en 2010 en la Unión Europea).

## SHIGELOSIS

### Situación epidemiológica

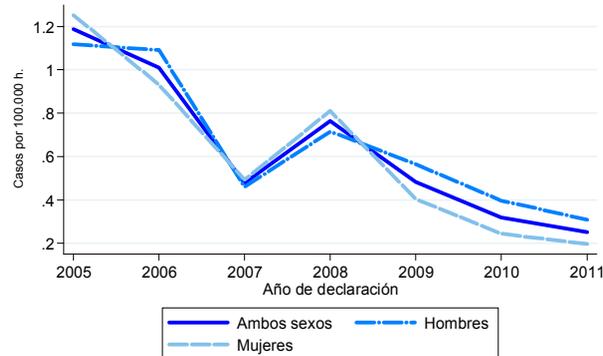
#### Distribución temporal y geográfica

En 2011 se notificaron 124 casos de shigelosis, la incidencia fue de 0,27 casos por 100.000 habitantes.

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

**Figura 1. Vigilancia de Disentería. 2005-2011**

Tasas de incidencia (casos por 100.000 h.)

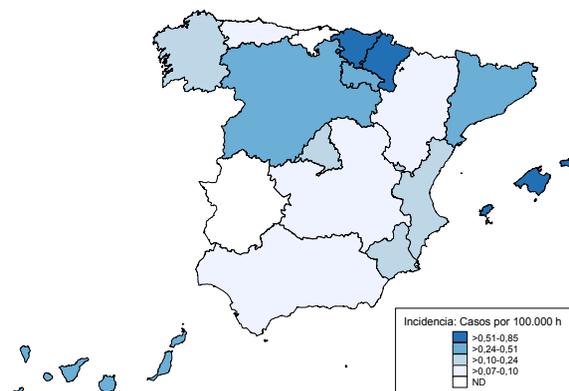


Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Las comunidades autónomas que notificaron una mayor incidencia de shigelosis en 2011 fueron País Vasco, Navarra y Baleares con 0,85; 0,8 y 0,55 casos por 100.000 habitantes respectivamente. Cuatro comunidades (Cantabria, Extremadura, Ceuta y Melilla) no notificaron ningún caso (figura 2).

**Figura 2. Vigilancia de Disentería. España, 2011**

Incidencia por Comunidades Autónomas



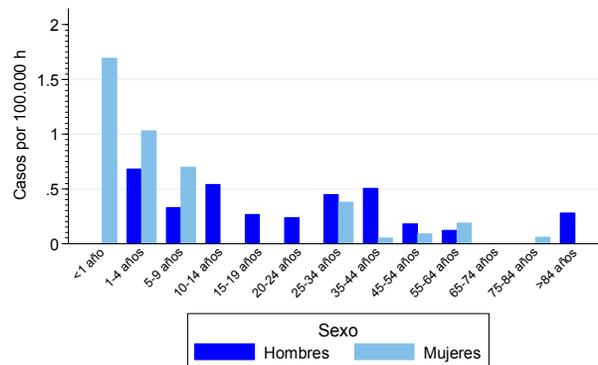
Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

### Características de los casos

La mayor incidencia se alcanzó en los niños de 1 a 9 años y en adultos jóvenes, de 25 a 44 años. La razón de masculinidad fue de 1,5 (figura 3).

**Figura 3. Vigilancia de Disentería, 2011**

Tasas de incidencia por grupos de edad y sexo



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Se notificaron cinco brotes en 2011, tres de ellos de transmisión alimentaria.

## Discusión

La incidencia de shigelosis en 2011 en España fue menor a la del año anterior. La mayor incidencia correspondió a los menores de 10 años y adultos jóvenes.

## TRIQUINOSIS

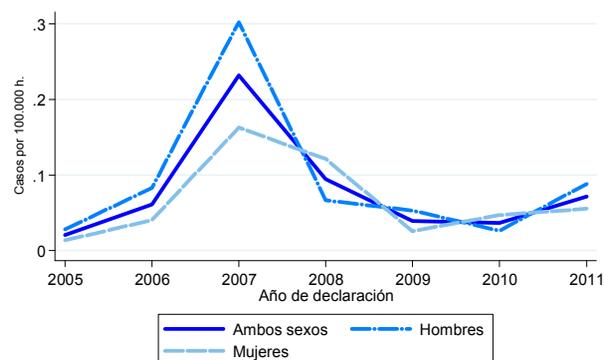
### Situación epidemiológica

#### Distribución temporal y geográfica

En el año 2011 se notificaron 33 casos de triquinosis, 18 de ellos confirmados (54,5%), 14 probables (42,4%) y un sospechoso (3%), lo que supuso una tasa de incidencia para ese año de 0,07 casos por 100.000 habitantes (figura 1).

**Figura 1. Vigilancia de Triquinosis. 2005-2011**

Tasas de incidencia (casos por 100.000 h.)

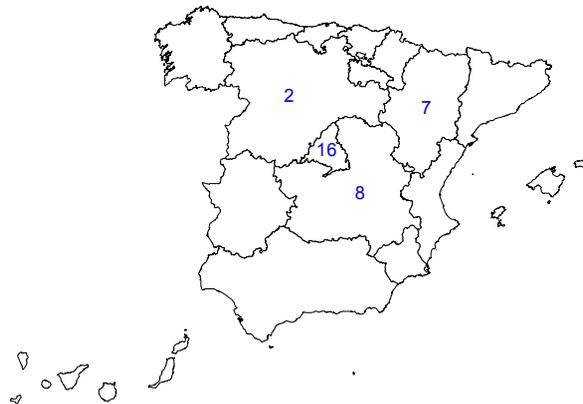


Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Cuatro comunidades autónomas declararon casos: Aragón (7), Castilla-La Mancha (8) Castilla y León (2) y Madrid (16) (figura 2).

**Figura 2. Vigilancia de Triquinosis. España, 2011**

Casos por Comunidades Autónomas



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

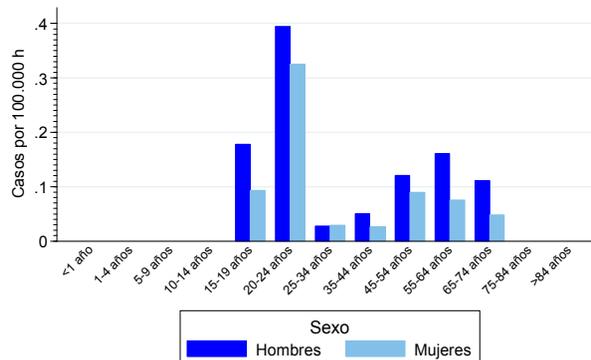
### Características de los casos

Todos los casos de triquinosis se dieron en personas entre 15 y 74 años. El 55% (18 casos) de los casos tenían entre 25 y 64 años. El 61% (20 casos) fueron hombres (figura 3).

Requirieron ingreso hospitalario siete casos, uno de los casos falleció (varón de 56 años).

**Figura 3. Vigilancia de Triquinosis, 2011**

Tasas de incidencia por grupos de edad y sexo



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

De los 33 casos, 30 corresponden a tres brotes ocurridos en Aragón, Castilla-La Mancha y Madrid. El vehículo de transmisión en dos brotes fue la carne de jabalí de dos cacerías, posteriormente mezclada con carne de cerdo para hacer chorizos, y en el otro brote fue carne de cerdo.

### Discusión

El número de casos notificado de triquinosis en España ha seguido una tendencia decreciente desde el año 2007 hasta 2010. En 2011, aumentaron los casos con respecto al año anterior (17 casos en 2010).

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.

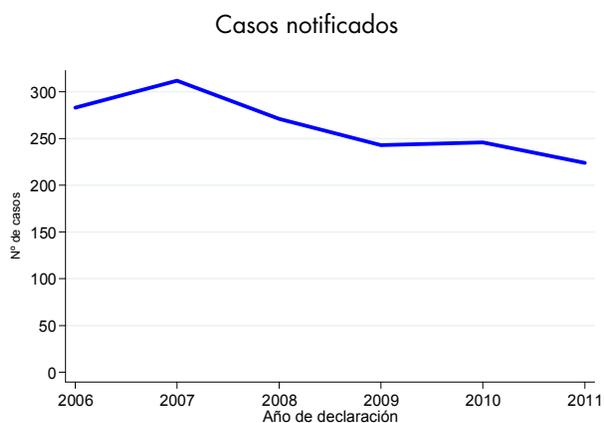
## YERSINIOSIS

### Situación epidemiológica

#### Distribución temporal

En 2011, 40 laboratorios notificaron 290 casos de yersiniosis, 238/290 debidos a *Y. enterocolítica*, identificándose el serogrupo O:3 en 52 (17,9%) de los casos. Veintiún laboratorios notificaron casos de forma estable desde el año 2006. Los casos notificados de *Y. enterocolítica* descendieron desde el año 2007 (figura 1).

Figura 1. Vigilancia de *Yersinia enterocolítica*. 2006-2011



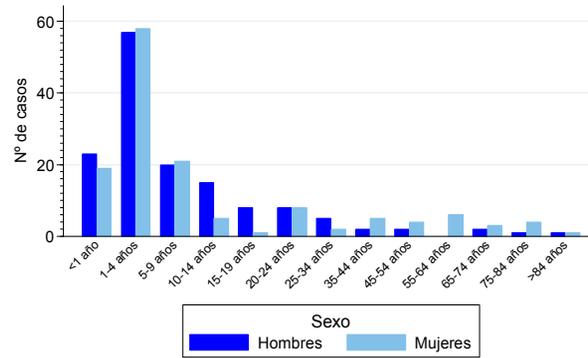
Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

#### Características de los casos

El grupo de edad del que se notificaron más casos fue el de 1 a 4 años con el 41% de los casos (119/290). El 71,4% de los casos declarados (207/290) tenían menos de 9 años. El 53,2% de los casos se dieron en hombres y el 45,5% en mujeres. No se informó del sexo en 35 casos (1,37%) (figura 2). La distribución de casos por grupos de edad fue similar en ambos sexos.

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

**Figura 2. Vigilancia de *Yersinia enterocolitica*, 2011**  
Casos por grupos de edad y sexo



Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

## Discusión

El número de casos de yersiniosis en 2011 descendió respecto al año anterior. Los casos notificados fueron niños y adolescentes, casi la mitad de ellos son menores de 5 años. Esto se corresponde con la epidemiología descrita de la enfermedad, con un alto porcentaje de infecciones asintomáticas en la edad.

## 4. ENFERMEDADES PREVENIBLES POR LA VACUNACIÓN

### DIFTERIA

No se notificó ningún caso de difteria en el año 2011. 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

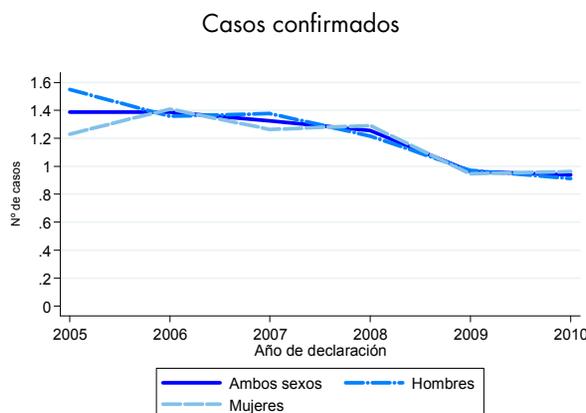
#### Situación epidemiológica

#### Distribución temporal y geográfica

En la temporada 2010-2011 se notificaron 543 casos de enfermedad meningocócica, tasa de 1,18 por 100.000 habitantes. De estos casos se confirmaron el 79,7% (433) con una tasa de incidencia de 0,94 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. Temporadas 2005/06-2010/11



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

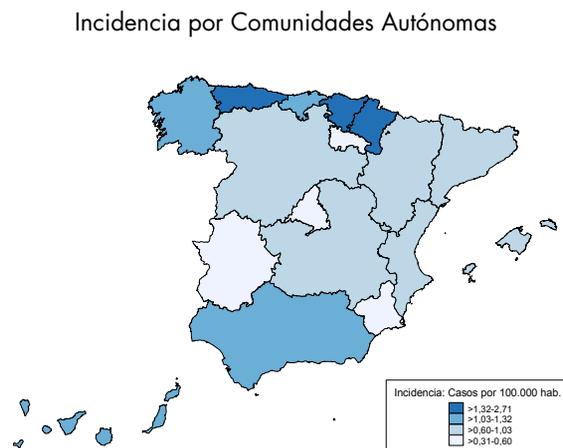
Sesenta y siete casos se debieron al serogrupo C (0,15 casos por 100.000 habitantes), doce casos más que la temporada previa. Se declararon 307 casos por serogrupo B (71% del total de casos confirmados) y la tasa fue de 0,67 casos por 100.000 habitantes, similar la tasa del año anterior (0,69 casos por 100.000 habitantes). Además, se produjeron 14 casos por otros serogrupos (0,03 por 100.000), 24 casos

por cepas no agrupables (0,05 por 100.000) y se confirmaron 21 casos sin llegar a identificar el serogrupo (0,04 por 100.000). Entre los 14 casos de otros serogrupos, 4 casos se debieron al serogrupo Y, 8 al W135 y 2 al A.

Las tasas de incidencia de casos confirmados más elevadas correspondieron a Melilla (2,71 casos por 100.000 habitantes), Navarra (2,26 casos por 100.000 habitantes) y Asturias (1,51 casos por 100.000 habitantes) (figura 2).

Los casos del serogrupo B 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 2010/11**



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

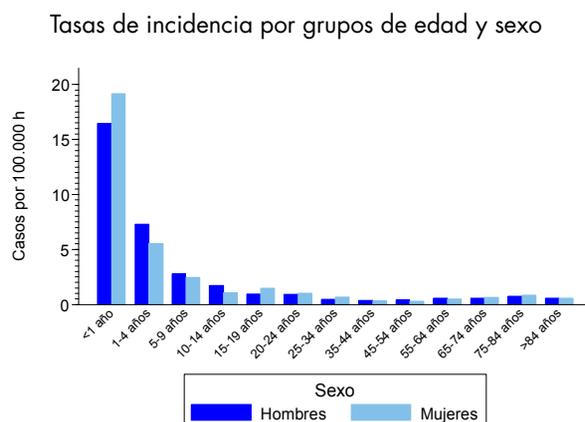
### Características de los casos

El número total de casos confirmados de género masculino fue 207 (0,91 casos por 100.000 hombres) y 225 del femenino (0,96 casos por 100.000 mujeres).

La incidencia de casos del serogrupo B fue 0,63 y 0,70 casos por 100.000 para hombres y mujeres, respectivamente.

La incidencia por serogrupo C fue similar para ambos sexos (0,14 casos por 100.000 habitantes)

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 (15,2 casos por 100.000 hab.) y al grupo de 1 a 4 años (5,2 casos por 100.000 hab.). Para el serogrupo B, las tasas más altas correspondieron a los menores de 5 años (13,04 casos por 100.000 hab. para los menores de 1 año y 4,3 casos por 100.000 hab. en el grupo de 1 a 4). Para el serogrupo C la tasa más elevada se dio en menores de 1 año (0,40 casos por 100.000 hab.).

**Figura 3. Vigilancia de Enf. meningocócica, 2011**

Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Se produjeron un total 65 defunciones, 60 en casos confirmados. La letalidad global fue 12% (65/543) y 13,9% (60/433) para los casos confirmados. La letalidad más alta la presentaron los casos producidos por el serogrupo C con un 40,3% de fallecidos (27/67), muy por encima de la de temporadas anteriores (25,5% en 2009/10 y 14% en 2008/09). La letalidad para los casos debidos al serogrupo B fue de 8,1% (25/307), similar a la de años anteriores. La letalidad de los casos confirmados fue menor en hombres que en mujeres (13,3% vs. 15%). La letalidad para los casos debidos al serogrupo B fue ligeramente menor para los hombres que para las mujeres (8,2% vs. 8,4%). Por el contrario, en los casos por el serogrupo C la letalidad fue mayor para las mujeres (33,3% vs. 48,6%).

## 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 las cohortes que han sido objeto de vacunación (menores de 25 años) con vacuna conjugada para el serogrupo C. Sin embargo, también descendieron los casos en las personas de 25 y más años, edades que no fueron objeto de vacunación.

En el momento actual el serogrupo B es la principal causa de enfermedad meningocócica en todas las 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 ha aumentado.

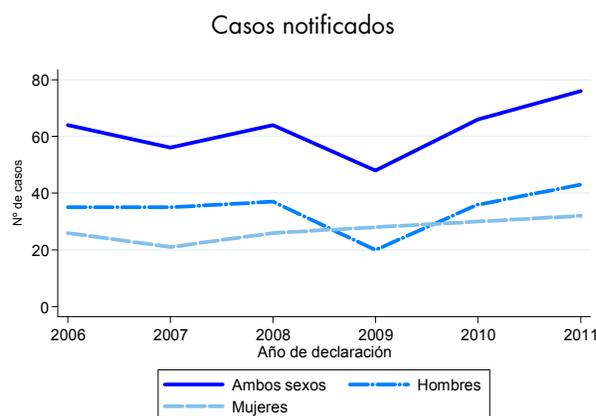
## ENFERMEDAD INVASORA POR *HAEMOPHILUS INFLUENZAE*

### Situación epidemiológica

#### Distribución temporal

El 2011 se notificaron al SIM 96 casos de enfermedad invasora por *H. influenzae*. Los casos procedieron de 32 laboratorios de diez comunidades autónomas, de éstos, un total de 22 laboratorios notificaron de forma constante durante el periodo 2006 a 2011 y se utilizaron para el estudio de tendencia. Se observó un ligero aumento desde 2009, especialmente en hombres, mientras que los casos en mujeres se mantuvieron constantes (figura 1).

Figura 1. Vigilancia de *Haemophilus influenzae*. 2006-2011



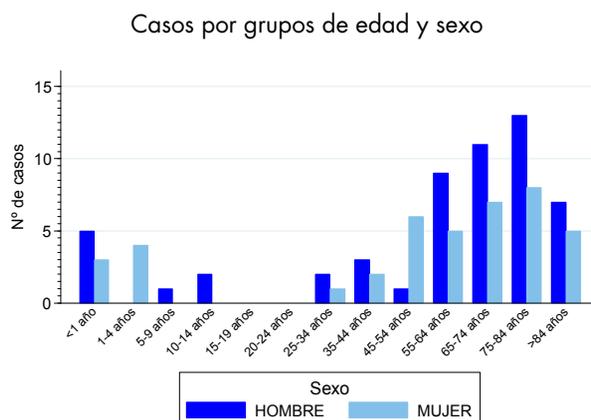
Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

#### Características de los casos

El 56,3% (54/96) de los casos fueron hombres. El 13,5% (13/96) de los casos fueron menores de 5 años de edad y el 53,1% (51/96) mayores de 65 (figura 2).

Del total de casos de enfermedad invasora por *H. influenzae*, 2 casos se notificaron como serotipo b (dos pacientes de 78 y 86 años de edad) y el resto se notificaron como *H. influenzae* sin especificar si fueron no tipables o si no se realizó la tipificación.

Figura 2. Vigilancia de *Haemophilus influenzae*, 2011



Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

Todos los casos de enfermedad invasora por *H. influenzae* notificados fueron diagnosticados por aislamiento. El 87,5% (84/96) de las detecciones se hicieron en sangre, el 8,3% (8/96) en LCR, el 1% (1/96) en líquido articular y el 3,1% (3/96) en líquido pleural.

## Discusión

El número de casos de enfermedad invasora por *H. influenzae* aumentó ligeramente respecto a los años anteriores. Los casos se dieron con más frecuencia en hombres en edad adulta.

## PAROTIDITIS

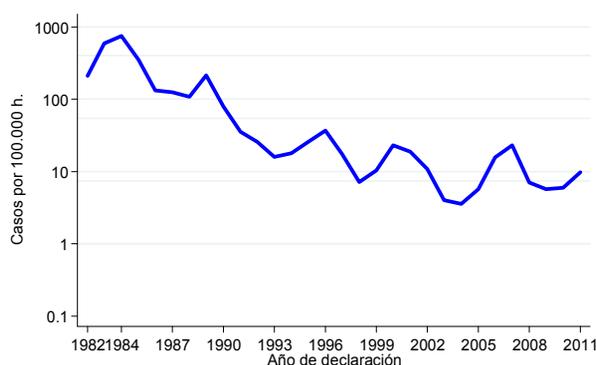
### Situación epidemiológica

#### Distribución temporal y geográfica

La parotiditis tiene una presentación cíclica con ondas epidémicas cada 3-4 años. La última onda epidémica se registró entre 2006 y 2009. En 2010 la incidencia empezó un ascenso con 5,58 casos por 100.000 habitantes que ha continuado en 2011 con 9,78 casos por 100.000 habitantes (4.512 casos notificados) (figura 1).

**Figura 1. Vigilancia de Parotiditis. 1982-2011**

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

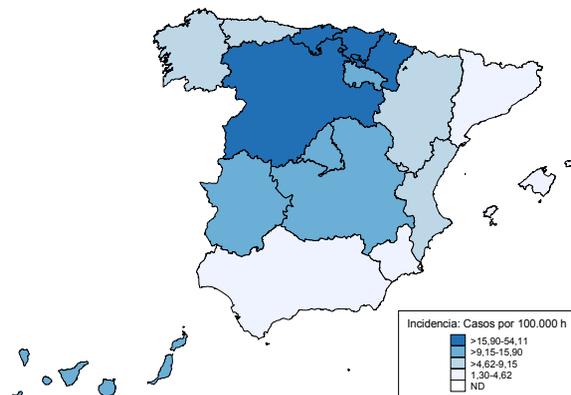


Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

En el año 2011 la incidencia de parotiditis por comunidades autónomas presentó un rango muy amplio. Navarra (54,1 casos por 100.000 hab.), Cantabria (48,6 por 100.000 hab.), País Vasco (41,1 por 100.000 hab.) y Castilla León (16,9 casos por 100.000 hab.) registraron las incidencias más altas. Ceuta (1,3 por 100.000 habitantes) y Andalucía (1,92 por 100.000 habitantes) registraron las incidencias más bajas (figura 2).

**Figura 2. Vigilancia de Parotiditis. España, 2011**

Incidencia por Comunidades Autónomas



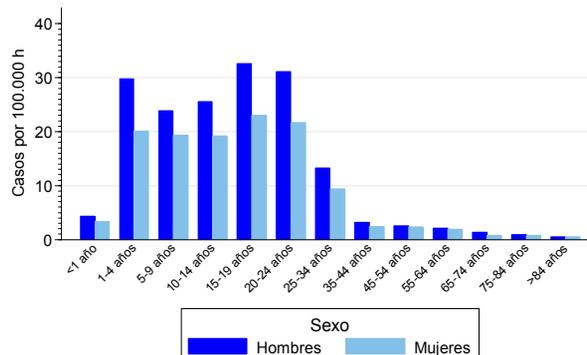
Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

### Características de los casos

El 54,1% de los casos se dieron en hombres. La incidencia de parotiditis fue superior en hombres para todos los grupos de edad; los adolescentes y adultos jóvenes (entre 15 y 24 años) fueron los grupos más afectados (figura 3).

**Figura 3. Vigilancia de Parotiditis, 2011**

Tasas de incidencia por grupos de edad y sexo



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

El 75,4% de los casos con información sobre antecedente de vacunación habían recibido alguna dosis de vacuna, de los que el 51% habían recibido dos o más dosis.

### Discusión

A pesar de las altas coberturas de vacunación, la parotiditis es una enfermedad frecuente que sigue apareciendo periódicamente en forma de ondas epidémicas debido al acúmulo de individuos susceptibles. El ascenso de la incidencia de parotiditis entre 2010 y 2011 no ha sido homogéneo en todas las comunidades.

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 de la vacuna y a la pérdida de la inmunidad conferida por la vacuna con el paso del tiempo.

## RUBÉOLA Y SÍNDROME DE RUBÉOLA CONGÉNITA

### Situación epidemiológica

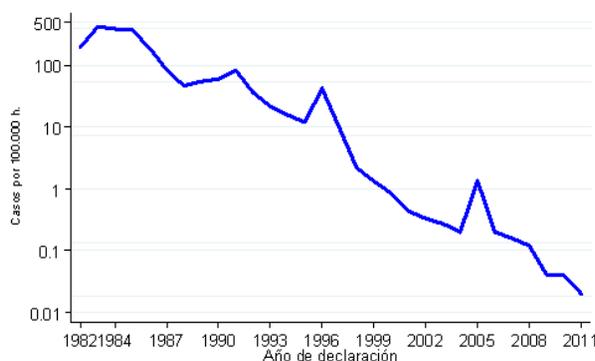
#### Distribución temporal y geográfica

Durante el año 2011 se declararon 12 casos de rubéola: 10 (83,3%) se confirmaron por laboratorio y 2 (16,7%) fueron casos clínicamente compatibles. La incidencia nacional fue de 0,03 casos por 100.000 habitantes.

Desde el año 2000 la incidencia anual de rubéola se ha mantenido en los niveles de eliminación, es decir por debajo de 1 caso por 100.000 habitantes, salvo en 2005 cuando se produjo un gran brote en la Comunidad de Madrid. Desde el año 2009 la incidencia es inferior a 1 caso por millón de habitantes (20 casos en 2009 y 10 casos en 2010) (figura 1).

**Figura 1. Vigilancia de Rubéola. 1982-2011**

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



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

En 2011 seis comunidades autónomas confirmaron casos de rubéola pero no se notificaron brotes.

#### Características de los casos

Nueve casos fueron varones y tres mujeres. En niños entre 1-4 años se declararon 4 casos, todos vacunados con una dosis; se notificó un caso en una chica entre 15-19 años correctamente vacunada con dos dosis. El resto de los casos se dio en adultos de 20 años o más, que estaban sin vacunar o en los que se desconocía el antecedente de vacunación (figura 2). No se ha declarado ningún caso de rubéola en mujeres embarazadas. Ninguno de los casos fue importado.

**Figura 2. Vigilancia de Rubéola, 2011**

Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

## Epidemiología del Síndrome de Rubéola Congénita

En el año 2011 no se ha notificado ningún caso de SRC en España.

## Discusión

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

Los casos de SRC notificados en los últimos años son hijos de mujeres procedentes de países con altas tasas de susceptibilidad a rubéola. Hay que realizar esfuerzos para identificar y vacunar a 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 2011. Madrid, 2012. <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/fd-enfermedades-prevenibles-vacunacion/Informe-Anual-Plan-Eliminacion-Sarampion-Rubeola-2011.pdf>

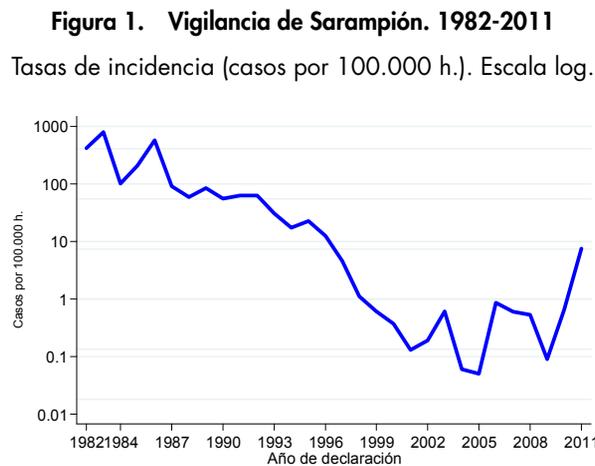
## SARAMPIÓN

### Situación epidemiológica

#### Distribución temporal y geográfica

En España desde 1999 la incidencia anual de sarampión se ha mantenido inferior a 1 caso por 100.000 habitantes. A finales de 2010 se inició una onda epidémica que

ha alcanzado su máximo en 2011 con 3.518 casos notificados, incidencia de 7,45 casos por 100.000 habitantes (11 veces la incidencia de 2010) (figura 1).

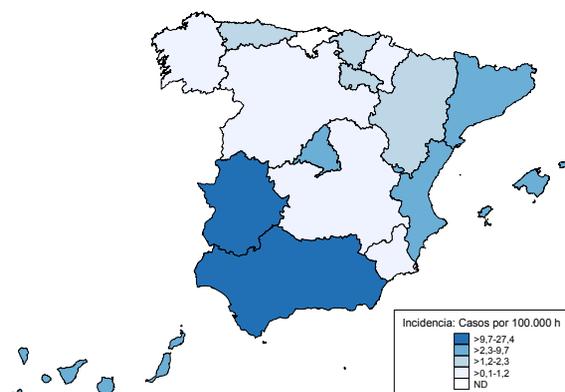


Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

El 60,9% de los casos (2.149) se confirmaron por laboratorio, el 14,2% (492) por vínculo epidemiológico y el 24,9% (877) fueron casos clínicamente compatibles.

Todas las comunidades, salvo Cantabria, notificaron casos de sarampión: Andalucía, Madrid, Cataluña y la Comunidad Valenciana notificaron el 86% de los casos. Las incidencias más altas se registraron en Ceuta (27,4 casos por 100.000 habitantes), Andalucía (24,1 casos por 100.000 habitantes) y Extremadura (13,2 casos por 100.000 habitantes) (figura 2).

**Figura 2. Vigilancia de Sarampión. España, 2011**  
 Incidencia por Comunidades Autónomas



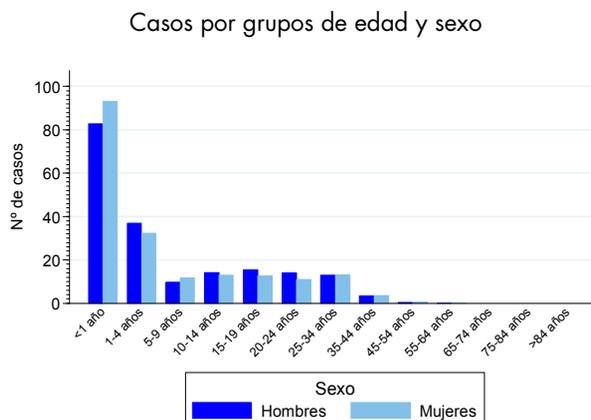
Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

### Características de los casos

En 2011, el 52% de los casos fueron hombres. Por edad los más afectados fueron los <1 año (13% de casos; 98,6 casos por 100.000 habitantes) seguidos del grupo de 1-4 años (19%; 33,2 casos por 100.000 habitantes), de 5-19 años (24%; 12,5 casos por 100.000 habitantes) y de 20-29 años (21%; 12,7 casos por 100.000 habitantes); el 23%

de los casos de sarampión tenían 30 o más años, la incidencia en este grupo fue de 2,5 casos por 100.000 habitantes (figura 3).

**Figura 3. Vigilancia de Sarampión, 2011**



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

De los casos con información sobre antecedente de vacunación (60%), el 86,7% no estaban vacunados, el 9,6% habían recibido una dosis y el 3,7% habían recibido dos dosis. El 20% de los casos se hospitalizaron y el 13% cursaron con complicaciones, principalmente neumonía, otitis y laringofaringitis; no se han notificado muertes por sarampión.

## Discusión

La inadecuada inmunidad de las poblaciones está ocasionando la aparición de grandes brotes con importaciones y reimportaciones entre países, que amenazan el objetivo de la eliminación del sarampión en Europa.

En España, a pesar de mantener altas coberturas de vacunación, existen bolsas de individuos susceptibles capaces de generar brotes. Niños no vacunados pertenecientes a poblaciones marginales, 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 provincias.

Referencias: Centro Nacional de Epidemiología. Plan nacional de eliminación del sarampión y de la rubéola. Informe anual 2011. Madrid, 2012. <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/fd-enfermedades-prevenibles-vacunacion/Informe-Anual-Plan-Eliminacion-Sarampion-Rubeola-2011.pdf>

## TÉTANOS Y TÉTANOS NEONATAL

### Situación epidemiológica

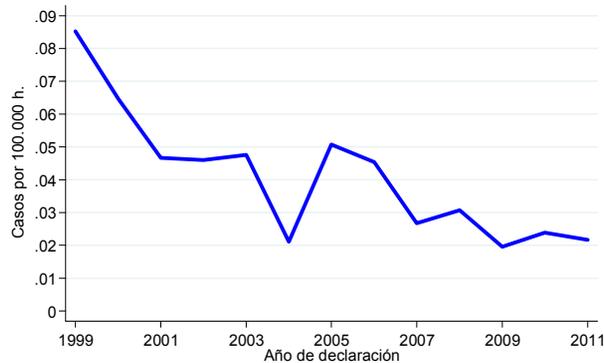
#### Distribución temporal y geográfica

El tétanos es una enfermedad rara en España. En los últimos años la incidencia de tétanos se mantiene muy baja, alrededor de 0,02 casos por 100.000 habitantes. En el año 2011 se declararon 10 casos (figura 1).

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

**Figura 1. Vigilancia de Tétanos. 1999-2011**

Tasas de incidencia (casos por 100.000 h.)



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

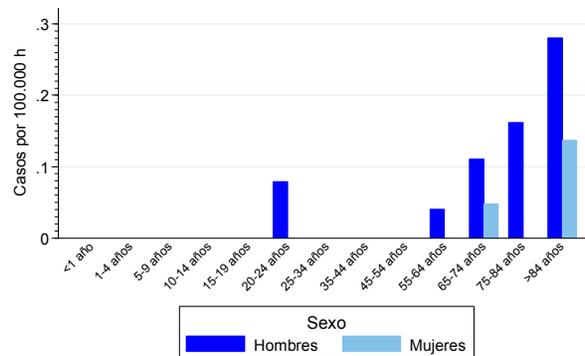
En 2011, ocho comunidades notificaron casos de tétanos: Andalucía (1), Baleares (2), Canarias (1), Castilla y León (1), Castilla-La Mancha (1), C. Valenciana (1), País Vasco (2) y Galicia (1).

### Características de los casos

Siete casos son hombres y dos mujeres; en un caso esta variable no se conocía. Todos los casos de tétanos se dieron en mayores de 55 años, salvo un hombre que tenía entre 20 y 24 años. El 70% de los casos tenía más de 64 años (figura 2).

**Figura 2. Vigilancia de Tétanos, 2011**

Tasas de incidencia por grupos de edad y sexo



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Entre los casos de tétanos declarados en 2011 dos casos tenían la pauta de vacunación incompleta (uno de ellos un hombre de 20-24 años con 4 dosis de vacuna), otro no estaba vacunado y en 7 casos se desconoce el estado de vacunación.

## Discusión

Las altas coberturas de vacunación han reducido drásticamente la incidencia y la mortalidad por tétanos en España. 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 siguen registrándose muertes por tétanos. El INE recoge 4 muertes por tétanos en 2010 y una muerte en 2011.

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.

## TOS FERINA

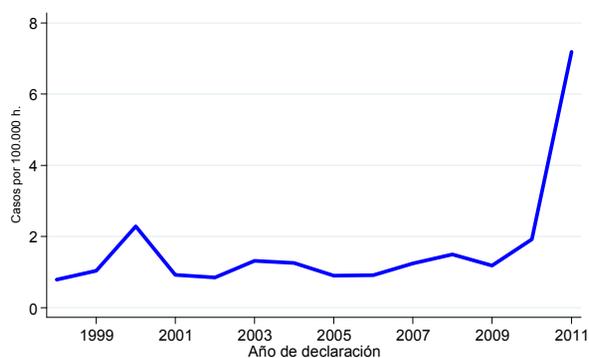
### Situación epidemiológica

#### *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. En 2010 se inició la última onda epidémica (882 casos; 1,9 por 100.000 habitantes) con un rápido ascenso en 2011 llegando a 3.124 casos notificados de tos ferina y una incidencia de 6,8 casos por 100.000 habitantes (figura 1).

**Figura 1. Vigilancia de Tos ferina. 1998-2011**

Tasas de incidencia (casos por 100.000 h.)

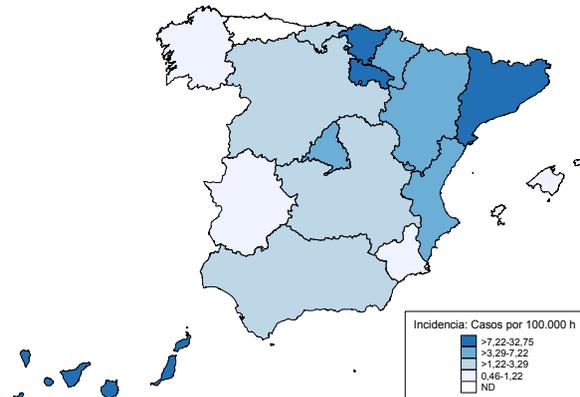


Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Las comunidades autónomas con mayor incidencia fueron Canarias (32,75 casos por 100.000 habitantes), Cataluña (14,91 casos por 100.000 habitantes), País Vasco (8,41 casos por 100.000 habitantes) y La Rioja (7,99 casos por 100.000 habitantes). Las incidencias más bajas se dieron en Extremadura (0,46 casos por 100.000 habitantes), Galicia (0,59 casos por 100.000 habitantes), Baleares (0,64 casos por 100.000 habitantes) y Murcia (0,88 casos por 100.000 habitantes). Asturias, Ceuta y Melilla no notificaron ningún caso (figura 2).

**Figura 2. Vigilancia de Tos ferina. España, 2011**

Incidencia por Comunidades Autónomas



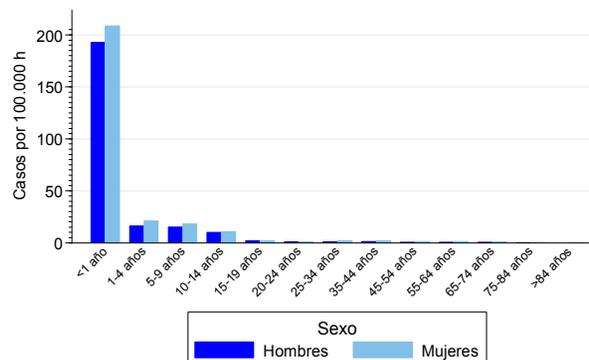
Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

### Características de los casos

Entre los casos con información sobre el sexo (88%) el 46,1% fueron hombres y el 53,9% mujeres. El 31,3% de los casos fueron niños menores de 1 año; el 47,2% tenían entre 1 y 14 años; y el 21,5% eran mayores de 14 años. La incidencia de tos ferina en mujeres es más alta que en hombres para la mayoría de grupos de edad. El grupo de edad más afectado fueron los menores de un año con incidencias muy altas: 192,9 casos por 100.000 en hombres y 208,7 casos por 100.000 en mujeres (figura 3).

**Figura 3. Vigilancia de Tos ferina, 2011**

Tasas de incidencia por grupos de edad y sexo



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

### Discusión

En el año 2011 se ha registrado un importante incremento de casos de tos ferina. El grupo más afectado son 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 en lactantes es motivo de preocupación, por la gravedad que puede tener la enfermedad en los primeros meses de vida. Las 12 muertes por tos ferina que el INE recoge entre 2008 y 2011 ocurrieron todas en menores de un año.

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

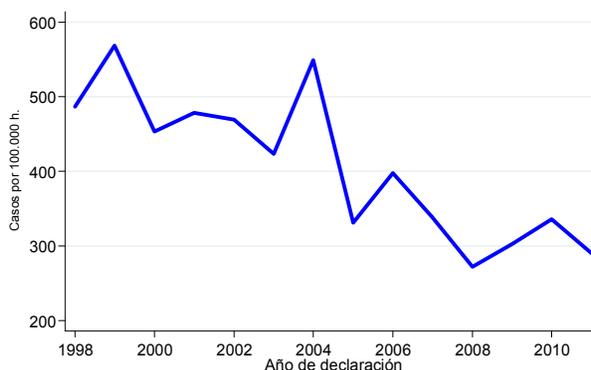
### Situación epidemiológica

#### Distribución temporal y geográfica

La varicela es una enfermedad epidémica que se presenta en ondas cíclicas multianuales. La incidencia de varicela ha caído fuertemente en los últimos años, pasando de 193.866 casos notificados (486,1 por 100.000 habitantes) en 1998 a 136.823 casos (296,6 por 100.000 habitantes) en 2011 ([figura 1](#)).

**Figura 1. Vigilancia de Varicela. 1998-2011**

Tasas de incidencia (casos por 100.000 h.)

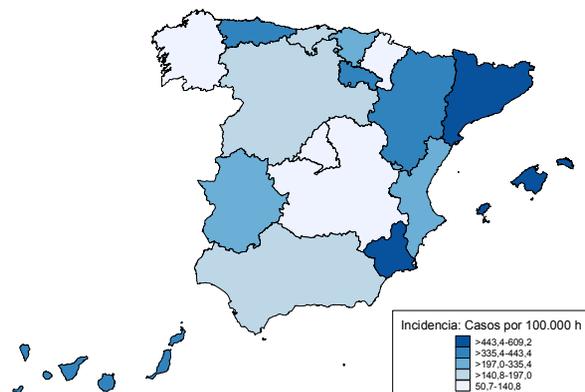


Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

En 2011 la incidencia de varicela en las comunidades autónomas presenta un rango muy amplio: las más altas se registraron en Baleares (609,1 casos por 100.000 habitantes), Cataluña (600,2 por 100.000 habitantes) y Murcia (509 casos por 100.000 habitantes), y las más bajas en Navarra (50,7 casos por 100.000 habitantes), Madrid (103,6 casos por 100.000 habitantes) y Castilla-La Mancha (110,8 casos por 100.000 habitantes) ([figura 2](#)).

**Figura 2. Vigilancia de Varicela. España, 2011**

Incidencia por Comunidades Autónomas



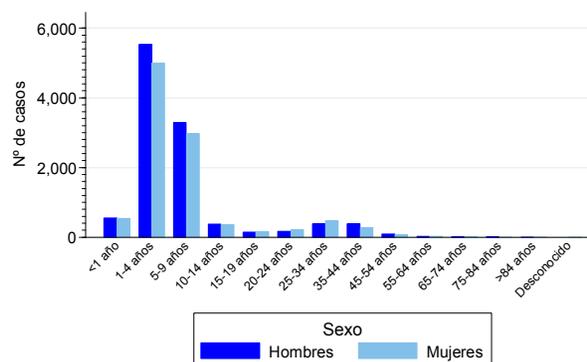
Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

### Características de los casos

En el año 2011 se notificó información sobre edad y sexo en 21.229 casos de varicela (15,5% del total de casos). El 52% de los casos fueron hombres. El 88,1% de los casos tenía menos de 15 años. El mayor número de casos se registró en niños entre 1 y 4 años (49,7%) y entre 5 y 9 años (29,6%) (figura 3).

**Figura 3. Vigilancia de Varicela, 2011**

Casos por grupos de edad y sexo



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

### Discusión

En España la varicela está disminuyendo aunque mantiene su presentación cíclica en ondas epidémicas de 2-3 años de duración.

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 SNS no recomienda la vacunación de varicela en la infancia, pero Navarra, Madrid, Ceuta y Melilla han introducido la vacuna en sus calendarios. En el resto de comunidades se está vacunando de varicela fuera de las recomendaciones del calendario de vacunación 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

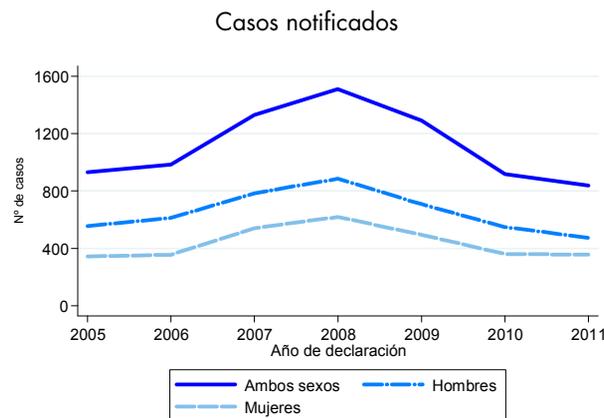
#### Situación epidemiológica

#### Distribución temporal y geográfica

El número de casos declarados al SIM continuó descendiendo en 2011 hasta los 1.100 casos, tras el pico máximo observado en 2008 en el que se notificaron 1.682 casos.

Treintaiún laboratorios declararon de forma constante durante el 2005-2011 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*, 2005-2011

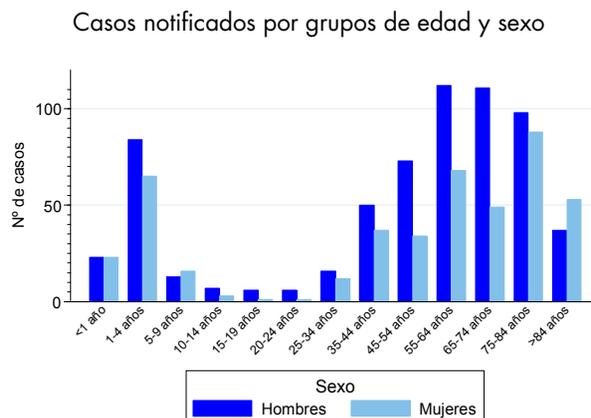


Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

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 1.100 casos notificados al SIM, 636 (57,8%) fueron hombres y 450 (40,9%) mujeres.

**Figura 2. Vigilancia de *Streptococcus pneumoniae*, 2011**

Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

Los casos fueron frecuentes en menores de 10 años (21,3%) y en mayores de 34 años (73,8%): el 30,1% entre los 34 y los 64 años y el 39,7% en mayores de 65 años. Los grupos de edad con menos casos fueron los grupos entre los 10 y los 34 años (4,92% de los casos).

### Serotipos

En el año 2011 los serotipos más frecuentes fueron 7F (14%), 19A (11,3%), 1 (10,4%), 3 (6,8%), 14 (5,4%) y 12F (4,1%).

En total, los serotipos cubiertos por la vacuna heptavalente (4, 6B, 9V, 14, 18C, 19F y 23F) supusieron un 17,6% de los casos notificados con serotipo, por debajo del valor de año anterior que supusieron un 23,4%. 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 61,7% de los serotipos notificados con un descenso menos acusado (en 2010 supusieron el 64,2%). Este menor descenso se dio principalmente porque los casos asociados a serotipos 1 y 7F aumentaron con respecto al año anterior.

### Discusión

El número de casos de ENI que se notificaron a través de laboratorios con declaración estable disminuyó en 2011. 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), aunque se detectaron más casos de los serotipos 1 y 7F.

## GRUPE

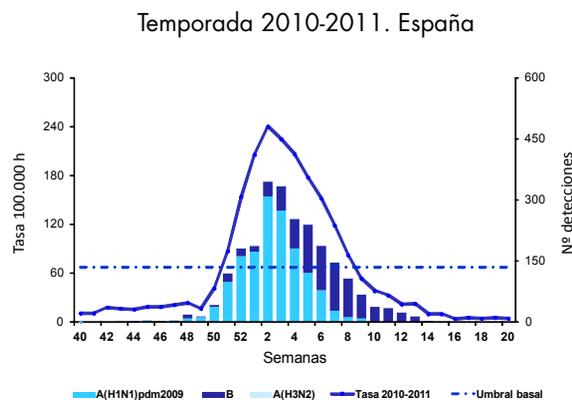
### Actividad gripal en España en la temporada 2010-2011

#### Redes centinela

La temporada 2010-2011 tuvo un interés especial desde el punto de vista epidemiológico por ser la primera temporada de gripe tras la pandemia de 2009.

La actividad gripal en España en la temporada 2010-2011 fue moderada y se asoció a una circulación predominante del virus de la gripe A(H1N1)pdm09 con una contribución creciente de virus de la gripe B, a partir del pico de la onda epidémica (figura 1). La onda epidémica inició su fase de ascenso en la semana 51/2010 (19-25 de diciembre), alcanzando una tasa máxima de incidencia de gripe de 240,17 casos por 100.000 habitantes en la semana 02/2011 (9-15 de enero). A nivel global, tanto la duración de la onda epidémica (10 semanas), como el nivel de intensidad gripal la sitúan en el rango de lo observado en las últimas trece temporadas estacionales de gripe.

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

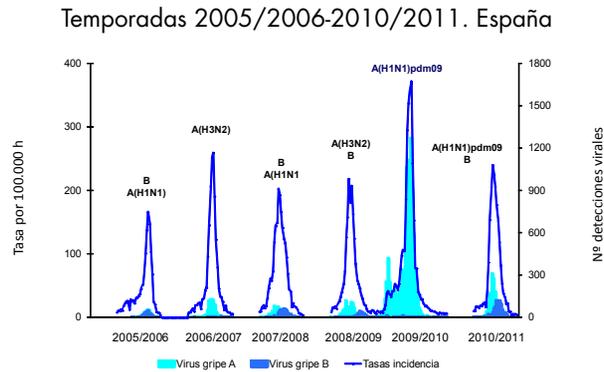


En la [tabla 1](#) se muestran las características epidemiológicas y virológicas de la actividad gripal en la temporada 2010-2011 en las distintas redes centinela integradas en el Sistema de Vigilancia de la Gripe en España (SVGE).

En comparación con las cinco temporadas previas la temporada 2010-2011 mostró un nivel moderado de intensidad de la actividad gripal, menor que la pandemia, y en el rango de temporadas anteriores (figura 2).

Los menores de 15 años fueron los más afectados con una tasa máxima de incidencia semanal de gripe de 529,45 casos y 494,67 casos por 100.000 habitantes para los grupos de 5-14 años y 0-4 años, respectivamente.

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

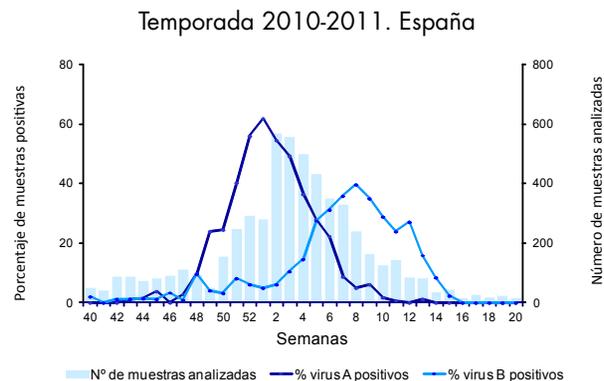


En la temporada 2010-2011 la actividad gripal se asoció a una circulación mayoritaria de virus de la gripe A(H1N1)pdm09. A partir del pico epidémico (semana 02/2011) se observó un incremento de la contribución del virus de la gripe B, que circuló de forma mayoritaria a partir de la semana 07/2011 (13-19 de febrero) (figura 1). Se han notificado al SVGE un total de 4.747 detecciones de virus de la gripe, de las que 71,9% fueron virus de la gripe A (2,3% A(H3) y 97,7% A(H1N1)pdm09, entre los subtipados), 27,8% fueron virus de la gripe B y 0,3% virus de la gripe C.

La tasa de detección viral durante el periodo epidémico osciló entre el 55% en la semana 51/2010, 69% en la semana 01/2011 (tres semanas después de la del VRS, con una tasa del 48%) y 47% en la semana 08/2011. Cuando se representa el porcentaje de muestras positivas por tipo de virus gripal se observan dos picos máximos diferenciados, uno en la semana 01/2011 con un 62% de muestras positivas a virus de la gripe A y otro en la semana 08/2011 con un 40% de muestras positivas a virus de la gripe B (figura 3).

Durante la temporada se caracterizaron genéticamente 353 detecciones de virus de la gripe (224 A(H1N1)pdm09, 15 A(H3N2) y 114 B). El análisis filogenético mostró que los virus A(H1N1)pdm09 se clasificaban en cinco grupos (A/California/07/2009, A/England/142/2010, A/Stockholm/14/2010, A/Christchurch/16/2010 y Wyoming/01/2010). La mayoría de virus A(H3N2) fueron semejantes a la cepa vacunal A/HongKong/2121/2010 (H3N2 y la mayoría de virus B semejantes a B/Brisbane/60/2008 (Linaje Victoria), incluida en la vacuna antigripal de la temporada).

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



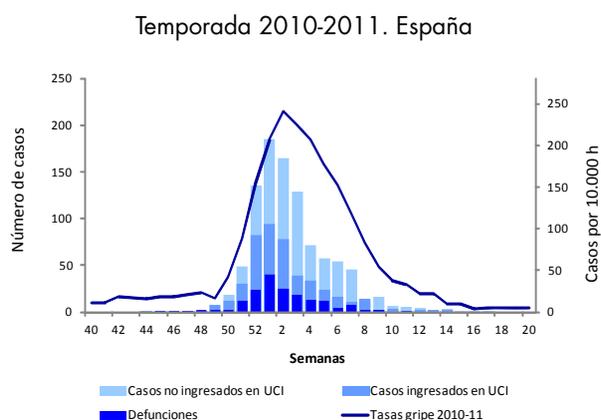
Así mismo, en la temporada 2010-2011 se identificaron cuatro virus A(H1N1) pdm09 que presentaban la mutación D222G en la subunidad HA1 de la hemaglutinina, relacionada con gravedad, y dos virus (2,3%) con la mutación H275Y que confiere resistencia a oseltamivir.

### Vigilancia de casos graves hospitalizados confirmados de gripe

En la temporada 2010-2011 se consolidó la vigilancia de casos graves hospitalizados confirmados de gripe, iniciada en España durante la pandemia de 2009. 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 1.618 casos graves hospitalizados confirmados de virus de la gripe, de los que 598 (40,8%) fueron admitidos en UCI (figura 4). Con una tasa global de hospitalización estimada en 5,76 casos por 100.000 habitantes, con valores máximos en el grupo de edad menor de 1 año (14,85 casos por 100.000 habitantes) seguido del grupo de 45 a 65 años (8,05 casos por 100.000 habitantes). Por grupos de edad, el mayor porcentaje de casos hospitalizados se concentra en los grupos de 45-64 (35%) y de 15-44 años (29%). En el 84% de los pacientes se identificó el virus de la gripe A(H1N1)pdm2009 y en el 7% el virus B. El 75% de los casos presentaba algún factor de riesgo de complicaciones de gripe. Entre los factores de riesgo más prevalentes destaca la enfermedad pulmonar crónica (21%) y la inmunodeficiencia (18%). El 78% de los casos desarrolló neumonía y el 22% de los pacientes en los que estaba recomendada la vacunación habían recibido la vacuna antigripal de esta temporada. Los pacientes que habían recibido la vacuna antigripal de la temporada 2010-2011, tuvieron un riesgo menor de admisión en UCI y evolución fatal que los que no habían sido vacunados.

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



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

Durante la temporada 2010-2011 se registraron 191 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 12,3% entre los casos hospitalizados y en un 25% entre los casos admitidos en UCI. Las defunciones se registraron mayoritariamente en el grupo de 45-64 años (48%) y en los mayores de 64 años (29%). En el 86% de los casos se confirmó infección por virus de la gripe A(H1N1) pdm09 y en el 5% por virus B. El 89% de los casos presentaban algún factor de riesgo de complicaciones de gripe y el 16% de los casos en los que estaba recomendada la vacunación habían recibido la vacuna antigripal de esta temporada.

La mortalidad general observada durante la temporada de vigilancia de la gripe 2010-2011 fue menor de la esperada. Los picos máximos de mortalidad no presentaron la asociación habitual con la máxima incidencia de gripe. La falta de coincidencia temporal de los periodos de máxima incidencia de gripe y de los periodos de bajas temperaturas, como sucedió en temporadas anteriores, podría explicar esta reducción de la mortalidad; sin embargo hay pocos estudios que permitan concluir sobre esta hipótesis.

## Discusión

En la primera temporada de gripe tras la pandemia de 2009 el virus A(H1N1) pdm09 continuó circulando de forma mayoritaria, pero en contraste con la pandemia, con una circulación mixta con virus de la gripe B a partir del pico de la onda epidémica. La temporada 2010-2011 se sitúa en el rango de lo observado en las últimas temporadas estacionales de gripe, en cuanto a la presentación en el tiempo, duración de la onda epidémica y nivel de intensidad gripal. Los menores de 15 años fueron los más afectados, con mayores tasas de incidencia de gripe en el grupo de 5-14 años. La mayoría de virus de la gripe A y B caracterizados genéticamente fueron similares a las cepas incluidas en la vacuna antigripal recomendada para la temporada 2010-2011 en el hemisferio norte.

Como ocurrió en la pandemia en una gran proporción de casos graves hospitalizados se confirmó el virus de la gripe A(H1N1)pdm09, siendo los grupos de edad más afectados los jóvenes y adultos de mediana edad, así como los pacientes con alguna enfermedad crónica subyacente. De ahí la importancia de seguir recomendando la vacuna antigripal en la prevención de complicaciones y defunciones por gripe en los grupos de riesgo. Además, se identificó a la vacuna antigripal 2010-2011 como un factor de protección de evolución crítica o fatal entre los casos graves de gripe. La letalidad de casos graves hospitalizados admitidos en UCI esta temporada ha sido comparable a la de la pandemia.

**Tabla 1. Actividad gripal en las redes centinela que integran el SVGE**  
Temporada 2010-2011

Redes centinela	Semana del pico de la onda epidémica	Incidencia máxima de onda epidémica (Tasa semanal/100.000 h.)	Grupos de edad más afectados en la temporada	Máximo nivel de intensidad de actividad gripal declarado <sup>1</sup>	Máximo nivel de difusión de actividad gripal declarado <sup>1</sup>	Semana(s) de mayor tasa de detección viral en el periodo epidémico	Tipo/subtipo virus dominante en la temporada
Andalucía	04/2011	247.84	5-14 y 0-4 años	Alto	Epidémico	06/2011	A(H1N1) pdm09/B
Aragón	03/2011	293.13	5-14 y 0-4 años	Medio	Epidémico	03/2011	A(H1N1) pdm09
Asturias	01/2011	587.31	Menores de 15 años	Alto	Epidémico	52/2010	A(H1N1) pdm09
Baleares	01/2011	174.64	Menores de 15 años	Alto	Local	52/2010	A(H1N1) pdm09
Canarias	04/2011	495.93	5-14 y 0-4 años	Alto	Epidémico	02/2011	A(H1N1) pdm09
Cantabria	02/2011	363.19	0-4 y 5-65 años	Alto	Epidémico	04/2011	A(H1N1) pdm09
Castilla-La Mancha	02/2011	257.71	5-14 y 0-4 años	Medio	Epidémico	01/2011	A(H1N1) pdm09
Castilla y León	03/2011	269.75	Menores de 15 años	Medio	Epidémico	03/2011	A(H1N1) pdm09
Cataluña	06/2011	270.43	Menores de 15 años	Alto	Epidémico	03/2011	A(H1N1) pdm09/Ans
Comunidad Valenciana	05/2011	153.89	5-14 y 0-4 años	Medio	Epidémico	04/2011	B/A(H1N1) pdm09
Extremadura	04/2011	378.54	5-14 y 0-4 años	Alto	Epidémico	01/2011	A(H1N1) pdm09
Madrid	04/2011	125.45	5-14 y 0-4 años	Medio	Epidémico	01/2011	A(H1N1) pdm09
Navarra	02/2011	405.76	5-14, 0-4 y 15-65 años	Alto	Epidémico	01/2011	A(H1N1) pdm09
País Vasco	02/2011	366.82	Menores de 15 años	Alto	Epidémico	01/2011	A(H1N1) pdm09
La Rioja	02/2011	392.77	Menores de 15 años	Alto	Epidémico	51/2010	A(H1N1) pdm09
Ceuta	02/2011	183.09	Menores de 15 años	Bajo	Esporádico	02-03/2011	B
Melilla	06/2011	234.21	5-14 años	Bajo	Epidémico	05/2011	A(H1N1) pdm09/B
Global nacional	02/2011	240.17	5-14 y 0-4 años	Medio	Epidémico	01/2011	A(H1N1) pdm09

<sup>1</sup> Indicadores de actividad gripal. Ver: *Indicators of influenza activity. European Center for Disease Prevention and Control (ECDC) 2005-2013.*

[http://ecdc.europa.eu/en/activities/surveillance/EISN/surveillance/Pages/indicators\\_influenza\\_activity.aspx](http://ecdc.europa.eu/en/activities/surveillance/EISN/surveillance/Pages/indicators_influenza_activity.aspx)

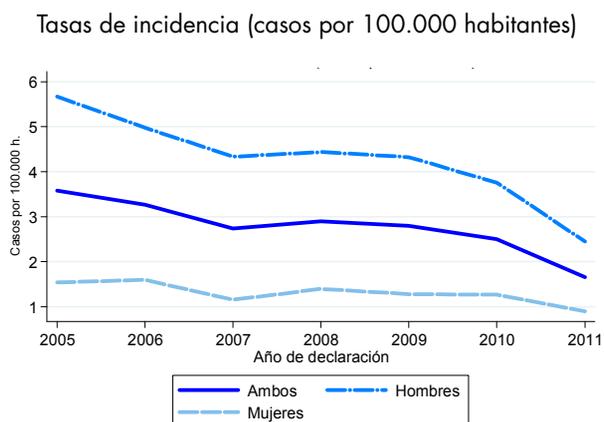
## LEGIONELOSIS

### Situación epidemiológica

#### Distribución temporal y geográfica

En 2011 se recibió información individualizada de 971 casos de legionelosis en residentes en España, 954 fueron casos autóctonos (2,11 casos por 100.000 habitantes) y 17 casos fueron importados. La incidencia de esta enfermedad ha seguido una tendencia descendente y se produjo un descenso anual medio del 6,3% en el periodo 2005 a 2011. La incidencia fue superior en hombres durante todo el periodo (figura 1).

**Figura 1. Vigilancia de legionelosis, 2005-2011**



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Además, la red europea para la vigilancia de casos asociados a viajar notificó 61 casos en 2011 en viajeros con antecedente de permanecer en España durante el periodo de incubación. En años anteriores se notificaron 124 casos en 2005, 104 en 2006, 89 en 2007, 88 en 2008, 63 en 2009 y 62 en 2010.

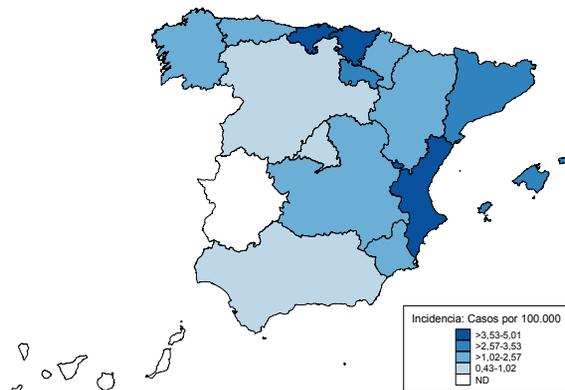
El análisis que sigue se ha hecho, excepto cuando se indica lo contrario, a partir de la información de los 954 casos de los residentes en España de los que se recibió encuesta en el Centro Nacional de Epidemiología.

Las tasas de incidencia (calculadas de acuerdo a la comunidad de residencia) más elevadas las presentaron Cantabria con 29 casos (tasa de 5,01 casos por 100.000 habitantes), 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).

Los casos de legionelosis tienen una distribución claramente estacional. El mayor número de casos declarados corresponde a los meses de verano y otoño, de junio a noviembre se declararon el 67% de los casos. Este patrón de estacionalidad se repite a lo largo de todo el periodo de estudio.

**Figura 2. Vigilancia de legionelosis. España, 2011**

Incidencia por Comunidades Autónomas



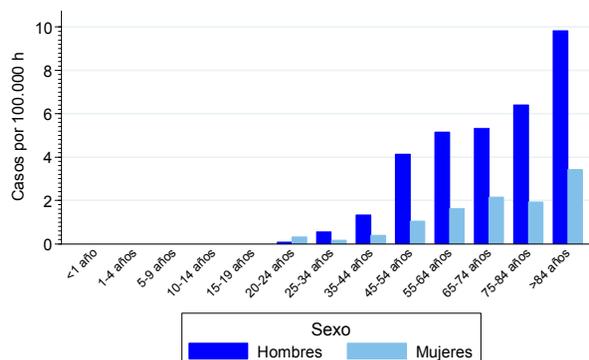
Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

### Características de los casos

El 73,5% de los casos fueron hombres. La incidencia según el sexo fue de 3,09 casos por 100.000 hombres (701 casos) y de 1,07 casos por 100.000 mujeres (252 casos), en un caso se desconoce el sexo. La incidencia de la enfermedad aumenta con la edad. Las tasas más altas se dan en las últimas décadas de la vida. No hubo ningún caso en menores de 20 años (figura 3).

**Figura 3. Vigilancia de legionelosis, 2011**

Tasas de incidencia por grupos de edad y sexo



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

La evolución se conoce en el 63% de los casos (611/971). Se notificaron 52 defunciones, 51 en casos autóctonos y una en un caso importado. Se ha calculado la letalidad para los 611 casos en los que se dispone de esta información. La letalidad global fue de 8,5% (52/611), 8,6% (39/456) en los hombres y 8,4% (13/155) en las mujeres.

La información sobre antecedentes de riesgo se conoce en el 50,5% de los pacientes. El 55,2% de los casos con información (293/531) eran o habían sido fumadores, el 24,9% tenían antecedentes de haber padecido alguna enfermedad respiratoria crónica (126/506) y el 7,6% tenían antecedentes de ingreso en un hospital durante el periodo de incubación (70/927).

Del total de casos notificados, 17 casos tenían como antecedente haber viajado a otros países durante el periodo de incubación de la enfermedad.

En 2011 se declararon 40 brotes que afectaron a 138 personas y se produjeron cuatro fallecimientos (letalidad global de 2,9%). Fueron brotes de pequeña magnitud; en 35 se afectaron cinco o menos personas (19 brotes con sólo dos afectados). Se produjeron cinco brotes con más de cinco casos. Dos en Cataluña con seis y 14 casos respectivamente, dos en la Comunidad Valenciana de ocho y 10 casos respectivamente y uno en Madrid de 11 casos. De los 40 brotes, 29 fueron comunitarios (107 casos), dos nosocomiales (ocho casos) y nueve con 23 afectados se asociaron a viajar. La fuente de infección se desconoce en 31 brotes (77,5%), se identificó en cuatro brotes y en cinco las investigaciones (epidemiológica y/o microbiológica) no fueron concluyentes. De los brotes en los que se conoce o se sospecha la fuente, en cinco fue la instalación de agua sanitaria, en dos brotes un túnel de lavado de coches, y en los dos restantes una torre de refrigeración y un baño de hidromasaje.

## Discusión

España es uno de los países europeos con tasas más elevadas de legionelosis. El número de casos declarados en España presenta una tendencia ligeramente decreciente desde 2005. La información sobre edad y sexo permite describir su presentación, caracterizada como una enfermedad que afecta más a hombres que a mujeres y a personas de edad avanzada, aunque en el caso de los hombres, la incidencia es alta en la etapa activa de la vida, lo que podría explicarse por la relación con el desempeño de algunas profesiones o trabajos. La letalidad de la enfermedad es difícil de valorar por la falta de actualización de la información sobre la evolución de los pacientes en la base de datos nacional.

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

## LEPRA

### Situación epidemiológica

En la [tabla 1](#) se expone la distribución geográfica de los casos incidentes y prevalentes por CCAA de residencia en el periodo 2010-2011. Durante el año 2011 se notificaron al registro estatal 14 casos incidentes de lepra. De estos, la clínica es multibacilar en 7 de los casos, paucibacilar en 6 y en uno limítrofe. Uno de los casos incidentes con clínica multibacilar presenta discapacidad de grado 2. El tratamiento utilizado en 10 de los casos es la multiterapia recomendada por la Organización Mundial de la Salud y en 4 casos paucibacilares otra multiterapia.

El número de casos prevalentes registrados<sup>a</sup> fue de 72 en 2011. 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**

CC.AA.	2011		2010	
	Casos incidentes	Casos prevalentes <sup>a</sup>	Casos incidentes	Casos prevalentes <sup>a</sup>
Andalucía		11		9
Aragón		1		1
Asturias	1	2		0
Baleares		4	3	4
Canarias	1	2		2
Cantabria		0		0
Castilla-La Mancha		1		1
Castilla y León		3	1	4
Cataluña	2	15	7	14
C. Valenciana	2	6	2	6
Extremadura		0	1	1
Galicia		9	1	11
Madrid	4	6	1	7
Murcia	2	4	1	2
Navarra	1	3	1	2
País Vasco	1	5	1	3
La Rioja		0		0
Ceuta		0		0
Melilla		0		0
Total estatal	(12*) 14	72	(15*) 19	67

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

<sup>a</sup> Casos activos a 31 de diciembre

En la distribución por sexo se observan 8 hombres y 6 mujeres. En 13 de los 14 casos incidentes consta un país de origen distinto de España: Brasil (5), Paraguay (5), Venezuela (1), Nigeria (1), país desconocido (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	5	8
45-64	2	1	3
65 y más	3	0	3
Total estatal	8	6	14

## Discusión

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

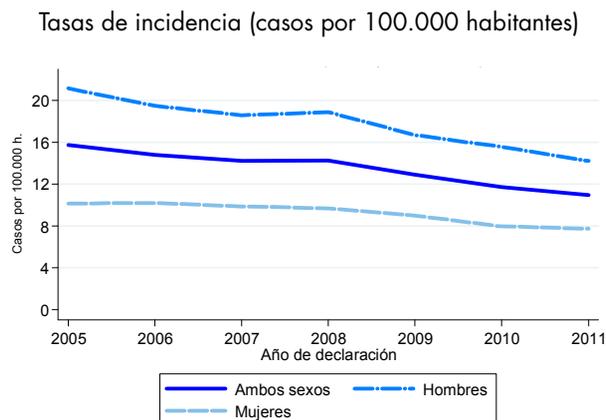
## TUBERCULOSIS

### Situación epidemiológica

#### *Distribución temporal y geográfica*

En 2011 las tasas de incidencia de tuberculosis respiratoria fueron 10,9 casos por 100.000 habitantes (5.043 casos) (figura 1). La tasa continuó descendiendo respecto a años anteriores (11,7 casos por 100.000 habitantes en el año 2010; 12,9 casos por 100.000 habitantes en el 2009).

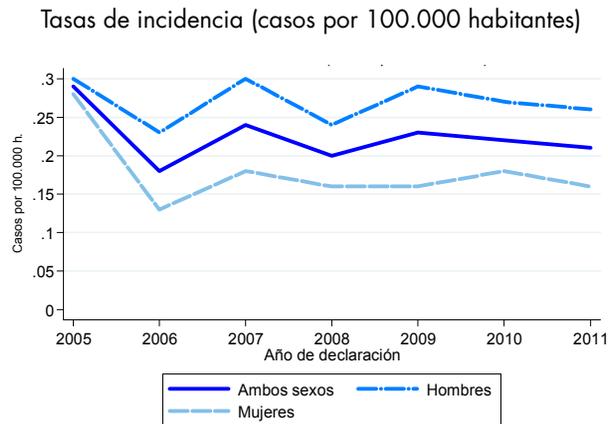
**Figura 1. Vigilancia de tuberculosis respiratoria, 2005-2011**



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

En cuanto a la meningitis tuberculosa, la tasa para el 2011 fue de 0,21 casos por 100.000 habitantes (98 casos). Las tasas estuvieron entre 0,18 y 0,29 durante el período 2005-2011 sin una clara tendencia (figura 2).

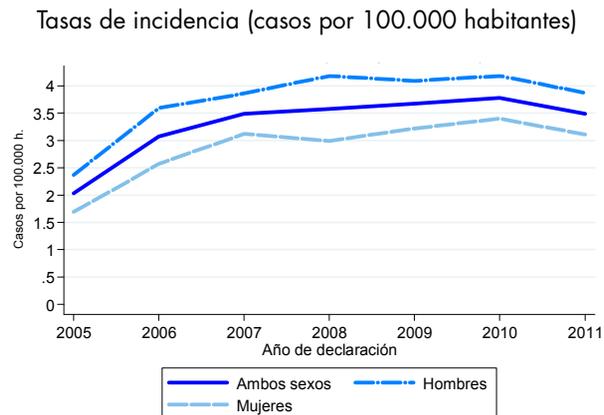
**Figura 2. Vigilancia de meningitis tuberculosa, 2005-2011**



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

La tasa para tuberculosis de otras localizaciones fue de 3,49 casos por 100.000 habitantes (1.608 casos). Hubo un incremento progresivo en la tasa de incidencia desde el 2005 (2,03 casos por 100.000 hab.) al 2010 (3,78 casos por 100.000 hab.) debido fundamentalmente a una mejora de la notificación, iniciándose un descenso en 2011 (figura 3).

**Figura 3. Vigilancia de tuberculosis. Otras localizaciones, 2005-2011**

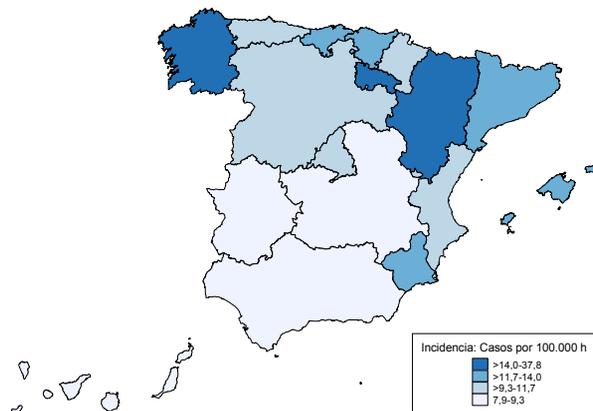


Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

La distribución de las tasas de incidencia es desigual entre las distintas CCAA, lo que se debe a factores poblacionales, climatológicos, y otros relacionados con los sistemas de vigilancia y control de la tuberculosis. En tuberculosis respiratoria, las mayores tasas se observaron en Ceuta (37,8 casos por 100.000 hab.) y Galicia (15,7 casos por 100.000 hab.) si bien por número de casos destacan Cataluña (921) y Andalucía (737) (figura 4).

**Figura 4. Vigilancia de tuberculosis respiratoria. España, 2011**

Incidencia por Comunidades Autónomas



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

En meningitis tuberculosa las mayores tasas se declararon en Baleares (1,19 casos por 100.000 hab.) y Galicia (0,62 casos por 100.000 hab.), y por número de casos destacan Galicia (17) y Cataluña (16).

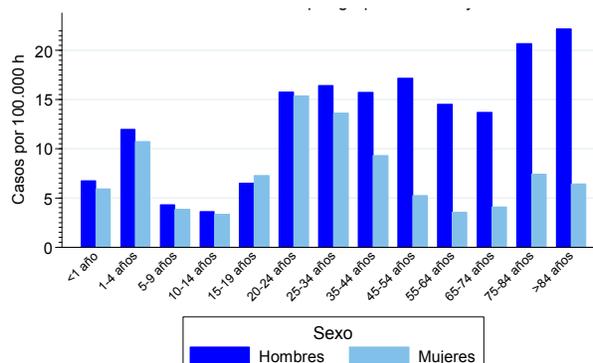
En la tuberculosis de otras localizaciones, Galicia (9,00) y País Vasco (6,02) presentan las mayores tasas y Cataluña (401) y Galicia (246) el mayor número de casos.

### Características de los casos

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

**Figura 5. Vigilancia de tuberculosis respiratoria, 2011**

Tasas de incidencia por grupos de edad y sexo



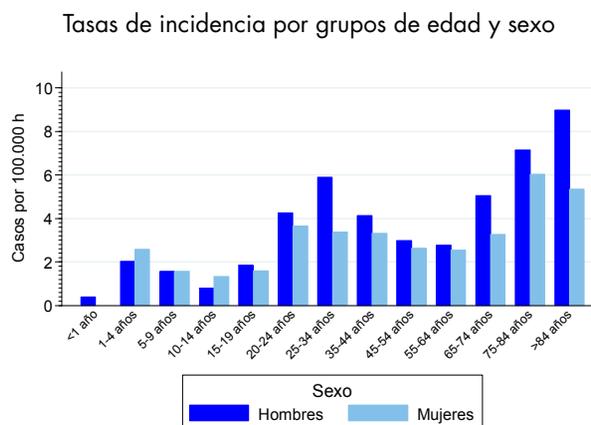
Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

**Figura 6. Vigilancia de meningitis tuberculosa, 2011**



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

**Figura 7. Vigilancia de tuberculosis. Otras localizaciones, 2011**



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Respecto a otras características, hay que destacar que el 94,5% (6.372 casos) del total de los casos no habían recibido tratamiento previo antituberculoso, que el 66% (4.430 casos) estaban confirmados por cultivo, y que un 31,9% (2.150 casos) eran personas nacidas fuera de España. Un 6,1% del total de casos (414 casos) eran VIH positivos, si bien hay un 32,2% de los casos sin información acerca de resultados de las pruebas de VIH.

## Discusión

En el año 2011 la tasa de tuberculosis respiratoria descendió un 6,6% respecto a la del año anterior, y las tasas de meningitis tuberculosa y de tuberculosis de otras localizaciones descendieron un 4,5 y un 8% respectivamente.

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

destacado del total de casos, superior al 30%, que se ha mantenido estable los últimos años.

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

## 6. ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES

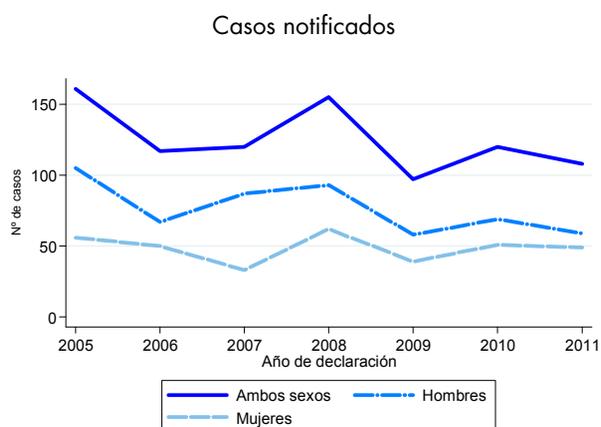
### FIEBRE EXANTEMÁTICA MEDITERRÁNEA

#### Situación epidemiológica

#### Distribución temporal y geográfica

En 2011 se declararon 108 casos de fiebre exantemática mediterránea, también llamada fiebre botonosa (figura 1). El número de casos en hombres fue superior al de mujeres durante el período 2005-2011.

Figura 1. Vigilancia de F. exantemática mediterránea. 2005-2011



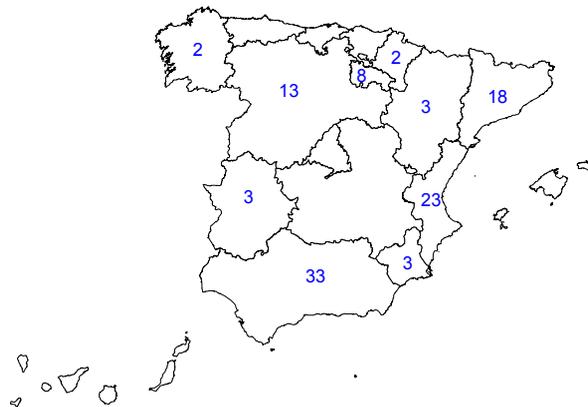
Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

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.

Sólo notifican casos las CCAA que la incluyen como “enfermedad endémica”. En 2011, las CCAA que notificaron un mayor número de casos fueron Andalucía (33), C. Valenciana (23), Cataluña (18) y Castilla León (13) (figura 2). Las tasas oscilaron entre 0,52 y 0,07 casos por 100.000 habitantes, salvo en la Rioja (2,56 casos por 100.000 habitantes).

**Figura 2. Vigilancia de Fiebre exantemática mediterránea. España, 2011**

Casos notificados por Comunidades Autónomas



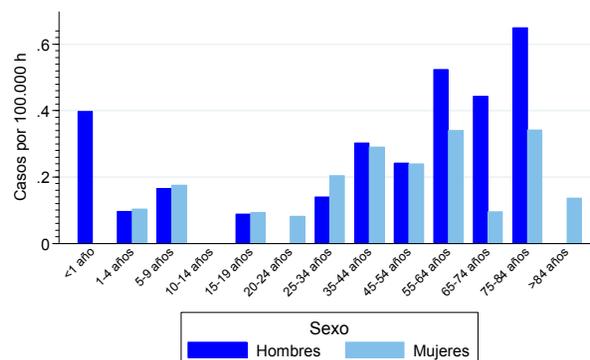
Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

### Características de los casos

La enfermedad afectó a ambos sexos, con un ligero predominio en hombres. Los mayores de 55 años fueron los más afectados en 2011, al igual que el año anterior (figura 3).

**Figura 3. Vigilancia de F. exantemática mediterránea, 2011**

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

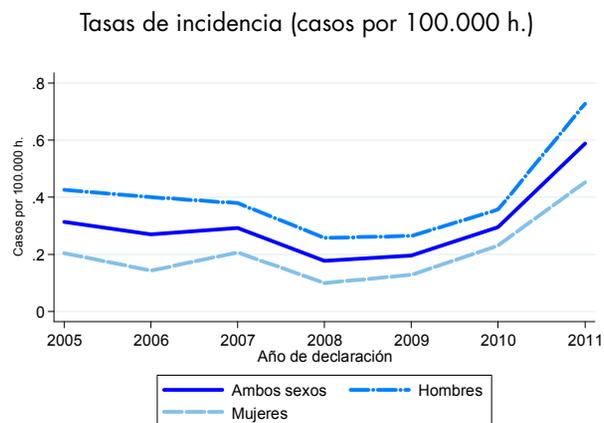
### Situación epidemiológica

#### Distribución temporal y geográfica

Entre los años 2005 y 2010 se declararon una media de 115 casos anuales de leishmaniasis en España. A partir de ese año el número de casos aumentó y ha continuado ascendiendo en 2011 hasta un total de 271. Este aumento fue debido en gran parte a un brote extendido en el tiempo en la Comunidad de Madrid desde finales del 2009 hasta la actualidad.

La tasa de incidencia en ambos sexos, hombres y mujeres en 2011 fue de 0,59, 0,72 y 0,45 casos por 100.000 habitantes, respectivamente. Los hombres presentaron tasas superiores a las mujeres durante todo el período (figura 1).

**Figura 1. Vigilancia de Leishmaniasis. 2005-2011**



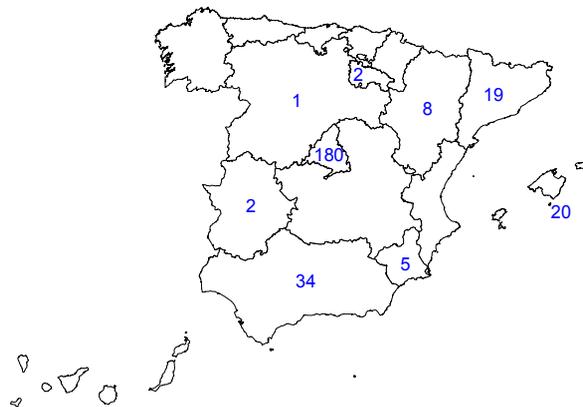
Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Nueve CCAA notificaron casos de leishmaniasis en 2011. Las CCAA con mayor número de casos fueron Madrid (180 casos), Andalucía (34 casos) y Cataluña (19 casos).

Las tasas más elevadas se dieron en Madrid (2,83 casos por 100.000 habitantes) y Baleares (1,83 casos por 100.000 habitantes), en ambas CCAA las tasas aumentaron con respecto al año anterior. El resto de CCAA tuvo tasas por debajo de los 0,64 casos por 100.000 habitantes (figura 2). El 82,7% (224/271) de los casos fueron confirmados.

**Figura 2. Vigilancia de Leishmaniasis. España, 2011**

Casos notificados por Comunidades Autónomas



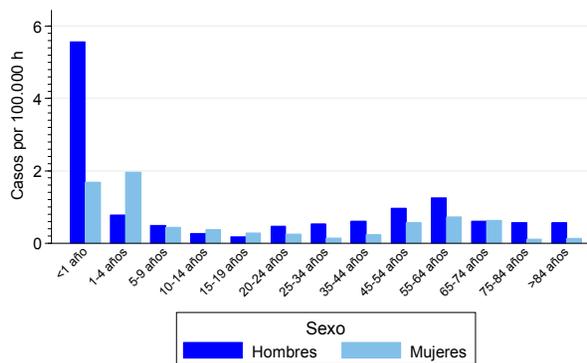
Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

### Características de los casos

El 60,9% de los casos eran hombres (razón de masculinidad 1,6). 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, 2011**

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 aumentaron en 2011 por encima de los valores observados en el periodo 2005-2010. El grupo más afectado fueron los menores de 5 años, en especial los varones menores de 1 año. El aumento del número de casos en

España a partir del año 2009 se debe casi exclusivamente a los casos declarados por la Comunidad de Madrid.

## PALUDISMO

### Situación epidemiológica

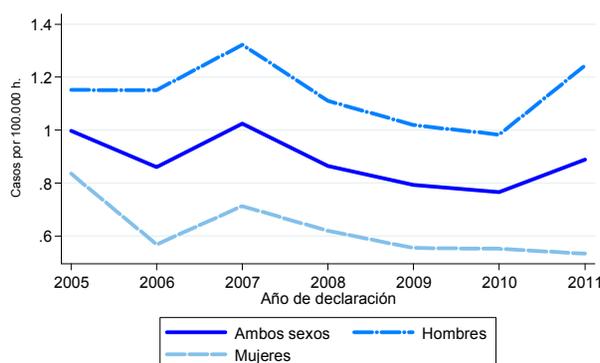
#### Distribución temporal y geográfica

En el año 2011 se notificaron en España 410 casos de paludismo, de los que 409 fueron importados. Además hubo un caso de paludismo inducido en un niño de 4 años de edad, que tuvo lugar mediante transmisión nosocomial mientras estuvo ingresado en un hospital por otra patología, coincidiendo con otro paciente de Guinea Ecuatorial que presentaba paludismo por *P. falciparum*.

La incidencia en 2011 fue de 0,89 casos por 100.000 habitantes, superior al del año anterior, debido a un aumento en las tasas en hombres (figura 1).

Figura 1. Vigilancia de Paludismo. 2005-2011

Tasas de incidencia (casos por 100.000 h.)



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

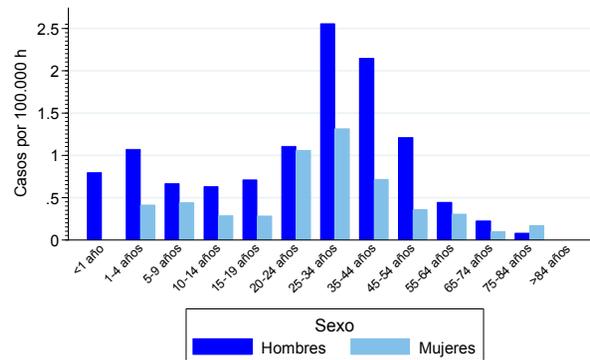
#### Características de los casos

El 69% del total de casos fueron hombres, y por edad, el 73,4 se produjo en los grupos de entre 25 y 54 años (figura 2). La razón de masculinidad fue de 2,3 en 2011, por encima de la del año anterior que fue de 1,7 y señalando un incremento de los casos en hombres.

El 98,8 % (405/410) de los casos fueron confirmados. 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*.

**Figura 2. Vigilancia de Paludismo, 2011**

Tasas de incidencia por grupos de edad y sexo



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

## Discusión

El paludismo está erradicado en España desde 1964. La mayoría de los casos que se producen son importados. Estos casos son cada vez más frecuentes en nuestro país debido al aumento de los viajes a países endémicos (inmigración, turismo, cooperación o negocios), así como por inmigrantes 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 fundamentalmente en reducir el riesgo de picaduras de mosquitos y la quimioprofilaxis cuando esté indicada.

## 7. ZOONOSIS

### BRUCELOSIS

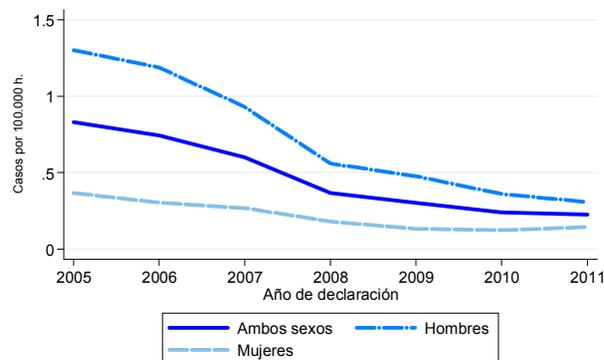
#### Situación epidemiológica

##### *Distribución temporal y geográfica*

Desde el comienzo de los años 90 la incidencia de brucelosis ha descendido situándose en los últimos años en tasas por debajo 1 por 100.000. En 2011 se observó una estabilización en la tasa de incidencia (0,23 casos por 100.000 habitantes) frente al año anterior (0,24 casos por 100.000 habitantes) (figura 1). El número de casos en 2011 fue de 104.

**Figura 1. Vigilancia de Brucelosis. 2005-2011**

Tasas de incidencia (casos por 100.000 h.)



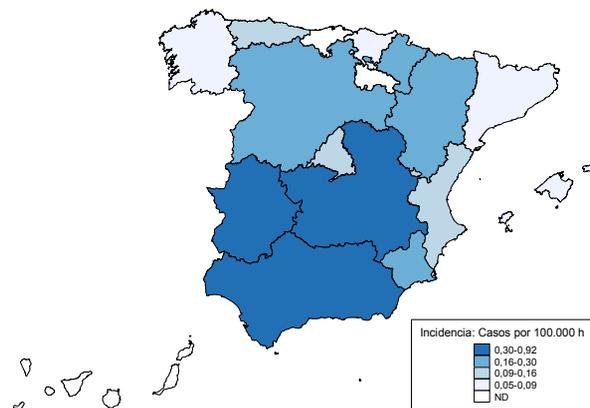
Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

La distribución geográfica de los casos se corresponde con la del ganado ovino y caprino en España. Las CCAA del centro y sur peninsular son las que presentan tasas más altas, mientras que las de la cornisa cantábrica y litoral mediterráneo se mantienen con tasas bajas. Las Islas Canarias mantienen un estatuto de “Oficialmente libres de brucelosis”.

La tasa más alta se registró en Extremadura (0,92 casos por 100.000 habitantes), seguida por Andalucía (0,54 casos por 100.000 habitantes). El resto de comunidades que declararon casos presentaron tasas entre 0,54 y 0 casos por 100.000 habitantes (figura 2).

**Figura 2. Vigilancia de Brucelosis. España, 2011**

Incidencia por Comunidades Autónomas

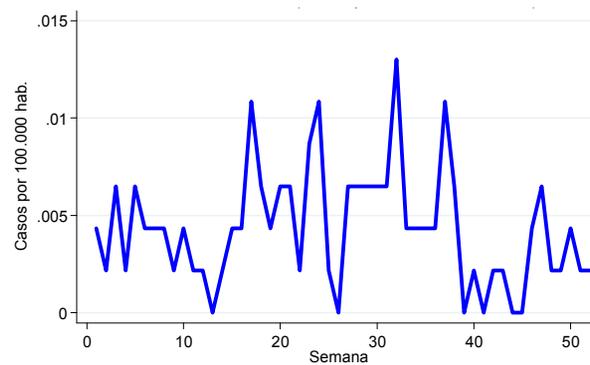


Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

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

**Figura 3. Vigilancia de Brucelosis por semanas epidemiológicas. 2011**

Tasas de incidencia (casos por 100.000 habitantes)



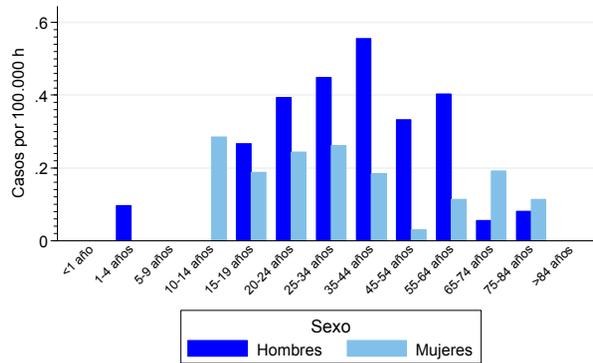
Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

### Características de los casos

El 67,3% de los casos fueron hombres. El mayor número correspondió a adultos de entre los 20 y 64 años (87/104 casos). La incidencia fue mayor en el grupo de edad de 35 a 44 años en varones (0,56 casos por 100.000 habitantes) y de 10-14 años en mujeres (0,29 casos por 100.000 habitantes) (figura 4).

**Figura 4. Vigilancia de Brucelosis, 2011**

Tasas de incidencia por grupos de edad y sexo



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

## Discusión

La brucelosis es una enfermedad de carácter ocupacional que afecta a personas que trabajan con animales o en laboratorio. En España es una enfermedad en vías de control y sujeta a programas de erradicación en animales.

## HIDATIDOSIS

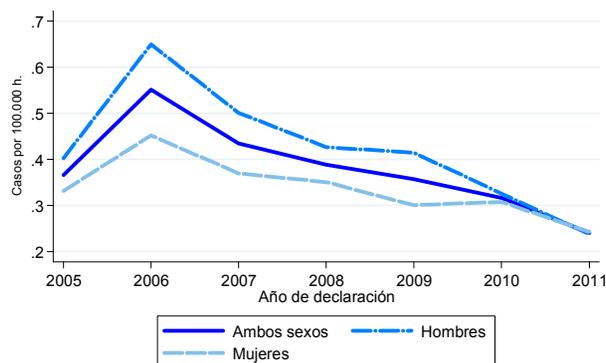
### Situación epidemiológica

#### Distribución temporal y geográfica

En el año 2011 siete CCAA notificaron casos de hidatidosis. La serie de casos se mantiene estable oscilando entre los 150 y los 200 casos anuales desde la década de los noventa, mientras que en el año 2010 (146 casos) y 2011 (111 casos) se observó un descenso. La incidencia fue ligeramente superior en hombres que en mujeres, excepto en el 2010 y 2011 donde se igualó (figura 1).

**Figura 1. Vigilancia de Hidatidosis. 2005-2011**

Tasas de incidencia (casos por 100.000 h.)

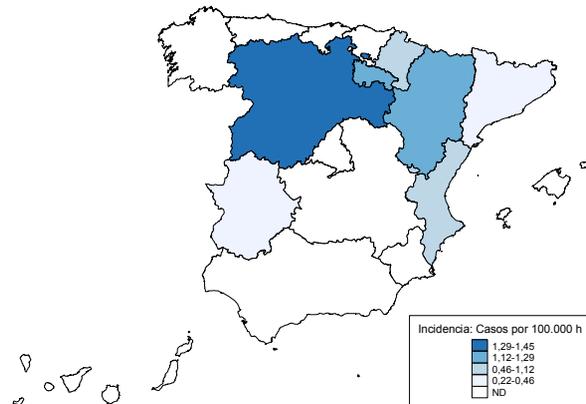


Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Siete CCAA presentaron casos en 2011. La tasa más alta se dio en Castilla y León (1,45 casos por 100.000 habitantes), seguida por Aragón (1,29 casos por 100.000 habitantes) y La Rioja (1,28 casos por 100.000 habitantes), que son regiones con alta producción ovina (figura 2).

**Figura 2. Vigilancia de Hidatidosis. España, 2011**

Incidencia por Comunidades Autónomas



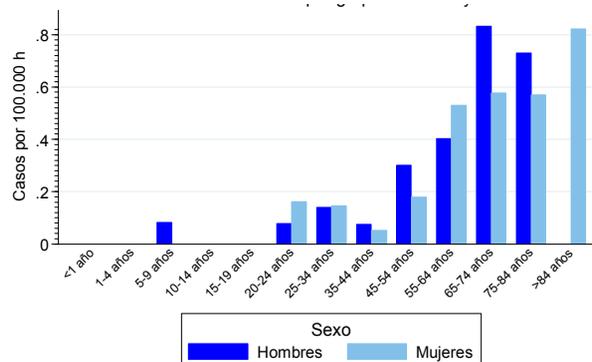
Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

### Características de los casos

La distribución fue casi a partes iguales entre ambos sexos: 54 casos (48,7%) hombres y 57 (51,3%) mujeres. Los más afectados fueron los grupos de edad con 45 o más años (92/111 casos). Se dio un caso en un niño de 8 años de edad (figura 3).

**Figura 3. Vigilancia de Hidatidosis, 2011**

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, ovino, vacuno y otros.

El hombre adquiere la infección a partir del perro, al ingerir de forma accidental los huevos del parásito proveniente de las heces del perro, 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.

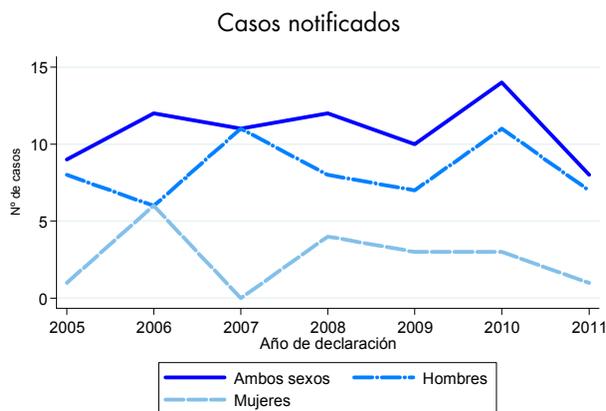
## CARBUNCO

### Situación epidemiológica

#### Distribución temporal y geográfica

En los últimos 7 años se han notificado un total de 76 casos de carbunco (figura 1). La mayoría de los casos de carbunco se notificaron como sospechosos y no se llegaron a confirmar. En el año 2011, de los 8 casos notificados, 4 fueron sospechosos y 4 probables. La mayoría de los casos del periodo se dieron en hombres (58/76).

Figura 1. Vigilancia de Carbunco. 2005-2011



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Cuatro CCAA declararon casos: Andalucía, Aragón, Cataluña y Murcia (figura 2).

Figura 2. Vigilancia de Carbunco. España, 2011

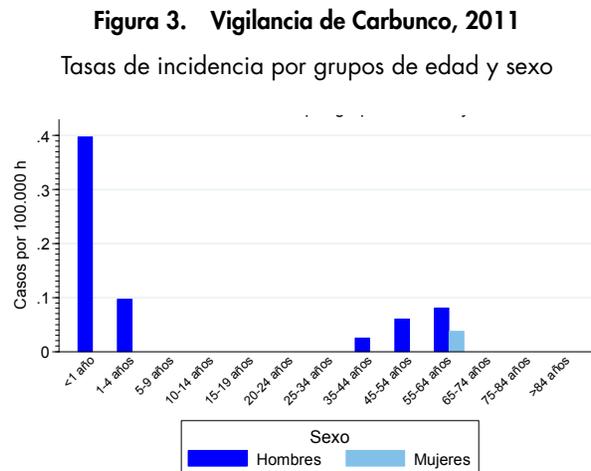
Casos notificados por Comunidades Autónomas



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

## Características de los casos

En 2011, la razón de masculinidad fue igual a 7 (7/1). Dos casos se dieron en niños menores de 4 años (uno de 4 años y otro menor de 1). El resto de casos se dieron entre los 35 y 64 años (figura 3).



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

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

## Discusión

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).

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.

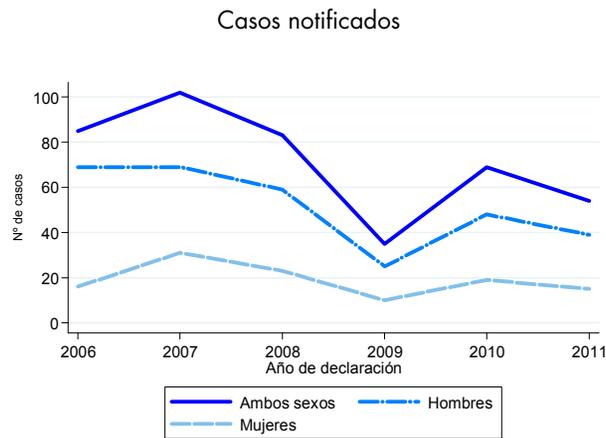
## FIEBRE Q

### Situación epidemiológica

#### Distribución temporal

En 2011 se notificaron al Sistema de Información Microbiológica 54 casos causados por *Coxiella burnetii*. En la figura 1 se pueden observar la evolución en el número de casos notificados en el período 2006-2011 por parte de los laboratorios incluidos en el Sistema de Información Microbiológica.

**Figura 1. Vigilancia de *Coxiella burnetii*. 2006-2011**



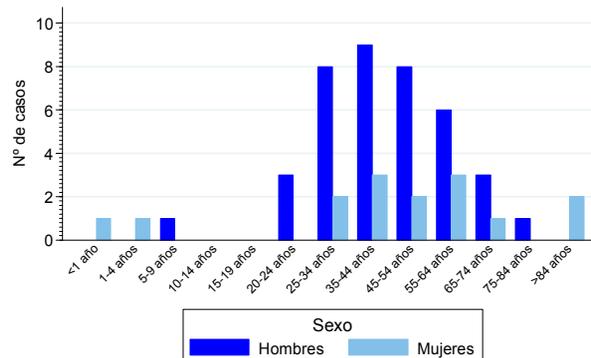
Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

### Características de los casos

En 2011 la distribución de los casos de fiebre Q se concentró en edades intermedias (de los 25 a los 64 años) y en hombres principalmente (48 de los 69 casos). La razón de sexo fue 2,6 (figura 2).

**Figura 2. Vigilancia de *Coxiella burnetii*, 2011**

Casos notificados por grupos de edad y sexo



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

### Discusión

En 2011 el número de casos descendió respecto al año anterior (69 casos). 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.

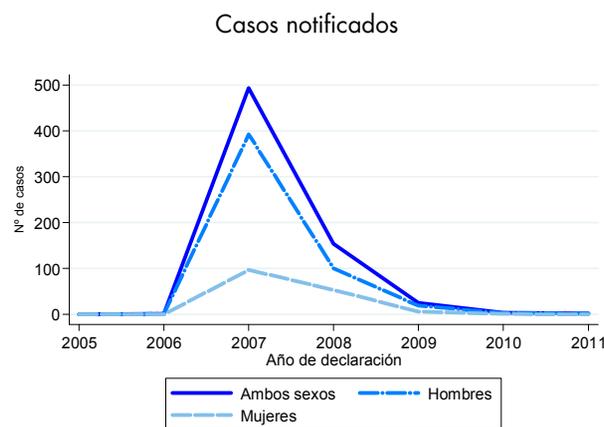
## TULAREMIA

### Situación epidemiológica

#### *Distribución temporal y geográfica*

Tras el brote que comenzó en 2007, en el que se declararon 493 casos a través del sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria, ha seguido la aparición de pequeños brotes y/o casos esporádicos, con un total de 154 casos declarados en 2008 y 25 en 2009, reduciéndose a 8 casos en 2010 y 2 en 2011. Los casos se dieron principalmente en hombres (figura 1).

**Figura 1. Vigilancia de Tularemia. 2005-2011**



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

#### *Características de los casos*

Los dos casos se dieron en Castilla y León. Ambos fueron hombres adultos, entre los 25 y 54 años. Uno de los casos fue confirmado y el otro probable.

#### **Discusión**

La trascendencia de la tularemia en España viene dada por su capacidad de producir periódicamente brotes de cierta magnitud. Tras el último gran brote que alcanzó los 493 casos, el número de casos se mantiene en niveles muy bajos y continúa descendiendo.

Las personas con actividades relacionadas con la vida al aire libre, como cazadores, senderistas, etc. o con actividades laborales en el campo, son las que presentan un mayor riesgo.

## 8. ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y PARENTERAL

### INFECCIÓN POR EL VIH Y SIDA

#### VIH

##### Nuevos diagnósticos de VIH

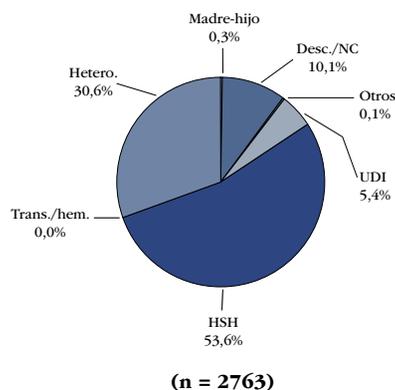
El análisis epidemiológico aquí presentado se basa en los datos aportados por los sistemas de vigilancia de nuevos diagnósticos de infección por el VIH de las CCAA de Baleares, Canarias, Cataluña, Extremadura, La Rioja, Navarra, el País Vasco y la ciudad autónoma de Ceuta desde el año 2003; de Galicia y Asturias desde el año 2004; de Madrid desde el 2007; de Aragón, Castilla La Mancha y la ciudad autónoma de Melilla desde el 2008; y de las comunidades de Cantabria, Castilla León y Murcia desde el año 2009. Por tanto, la población cubierta por este sistema de vigilancia ha ascendido progresivamente, desde los 13.408.973 habitantes en 2003 (32% del total de la población española) hasta los 32.853.439 habitantes en 2011 (71% del total de la población nacional).

##### Nuevos diagnósticos de VIH en el año 2011

Hasta el 30 de junio de 2012 se han recibido desde las 17 CCAA la notificación de 2.763 nuevos diagnósticos de VIH en el año 2011. La mediana de edad al diagnóstico es de 35 años (RIC: 29-44), siendo los hombres el 83% de los nuevos diagnósticos de VIH. 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 17 CCAA \*. Año 2011

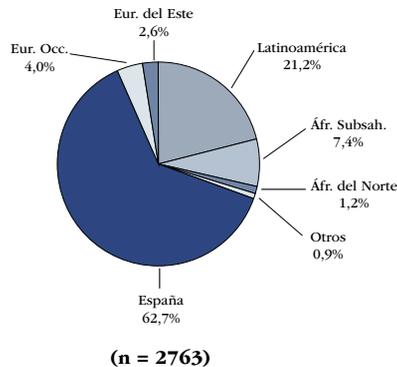


\* Aragón, Asturias, Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Ceuta, Extremadura, Galicia, La Rioja, Madrid, Melilla, Murcia, Navarra y País Vasco

El 37% 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 (21%) (figura 2).

**Figura 2. Nuevos diagnósticos de VIH. Zona de origen**

España. Datos de 17 CCAA\*. Año 2011



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

La mediana de CD4 al diagnóstico fue de 373 (RIC: 163-567). Un 29,1% de los nuevos diagnósticos presentaron enfermedad avanzada (<200 CD4 al diagnóstico de VIH), y un 46,5% presentaron diagnóstico tardío (<350 CD4).

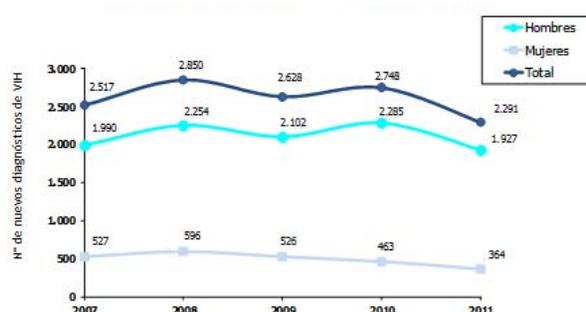
### Tendencia de los nuevos diagnósticos de VIH

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 ligero descenso del porcentaje que suponen las mujeres, de un 21% en 2007 a un 16% en 2011.

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

España. Datos de 11 CCAA\*. Período 2007-2011. Datos no corregidos por retraso en la notificación



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

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

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

España. Datos de 11 CCAA\*. Período 2007-2011. Datos sin corregir por retraso en la notificación



\* Asturias, Baleares, Canarias, Cataluña, Ceuta, Extremadura, Galicia, La Rioja, Madrid, Navarra y País Vasco  
b Tasa por millón de población masculina

El porcentaje de personas diagnosticadas cuyo país de origen es extranjero aumentó de forma progresiva durante la primera mitad de los años 2000. Pero esta tendencia parece haberse estabilizado en el período estudiado, situándose el porcentaje alrededor del 39%. Tampoco se observa una gran variación del número de casos: 973 en 2007, 1.098 en 2010 y 875 en 2011.

## 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 2011

Hasta el 30 de junio de 2012 se recibió la notificación de 844 casos diagnosticados en 2011. De ellos, el 79% fueron hombres, y la mediana de edad al diagnóstico de sida fue 42 (RIC: 34-47). El porcentaje de personas que contrajeron la infección por relaciones heterosexuales no protegidas ascienden al 32%. La transmisión entre HSH supone el 30% de todos los casos. El porcentaje de personas diagnosticadas de sida en 2011 que contrajeron la infección por compartir material de inyección para la administración parenteral de drogas descendió al 25%.

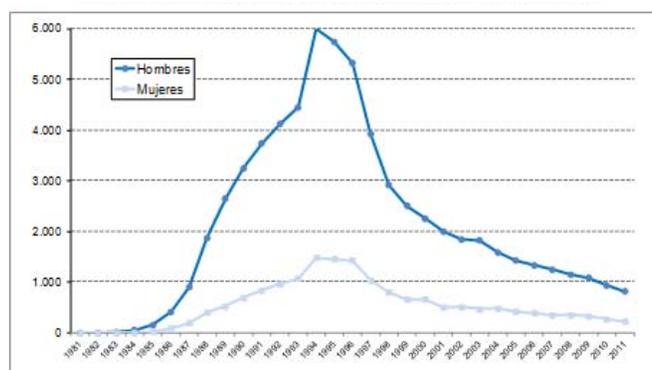
## Evolución de la incidencia de sida en España

Desde el inicio de la epidemia en España se han notificado un total de 82.009 casos de sida, cuya distribución por CCAA de residencia se observa en la [Tabla 7 \(Anexo III\)](#). Tras alcanzar su cénit a mediados de la década de los 90, el número de casos notificados ha experimentado un progresivo declive, que supone un 85% desde 1996 (año previo a la generalización del TARGA) hasta 2011 ([figura 5](#)). Con respecto al 2010, en el año 2011 los casos descendieron un 13% entre los varones y un 18% entre las mujeres. Por categorías de transmisión los UDI y los heterosexuales descendieron 22% y el 16% respectivamente, mientras que el descenso fue mínimo en los HSH, con un 1%.

Hasta 1997 la proporción de casos de sida en personas nacidas fuera de España estuvo por debajo del 3%, pero desde entonces ha subido progresivamente hasta alcanzar el 30% en 2011. En este último año, el 46% de estas personas extranjeras procedía de Latinoamérica y el 26% de África.

**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 2012



## Discusión

Las tasas de nuevos diagnósticos de VIH en España son similares a las de otros países de Europa occidental, aunque superiores a la media del conjunto de la Unión Europea. El VIH se transmite mayoritariamente por vía sexual, siendo la transmisión entre HSH la categoría mayoritaria, y su influencia crece año a año. Las personas de otros países suponen una parte relevante de los nuevos diagnósticos. El retraso diagnóstico es muy importante, y tan sólo ha descendido entre los HSH. Respecto a los casos de SIDA, tras más de una década de disponibilidad de TARGA, la información aportada por el Registro Nacional de Sida nos indica que el avance en la reducción de la incidencia de sida en España ha sido notable. Este continuo descenso, inicialmente espectacular, se ha ido ralentizado en los últimos años.

## SÍFILIS

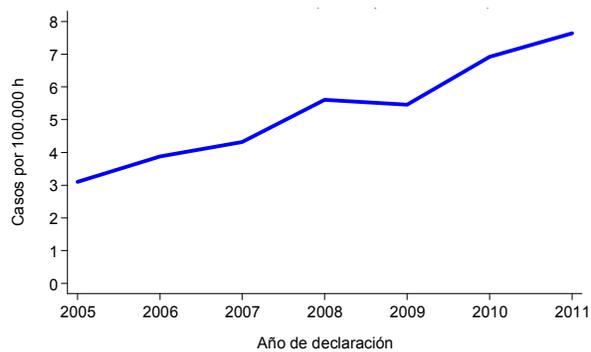
### Situación epidemiológica

#### Distribución temporal y geográfica

Según los datos de la notificación numérica en 2011 se declararon en España 3.522 casos de sífilis, lo que supone una incidencia de 7,6 casos por 100.000 habitantes. La incidencia anual de sífilis experimentó un importante crecimiento entre 2005 y 2011. En 2011 la tasa de incidencia fue similar a la del 2010 (figura 1).

**Figura 1. Vigilancia de Sífilis. 2005-2011**

Tasas de incidencia (casos por 100.000 h.)

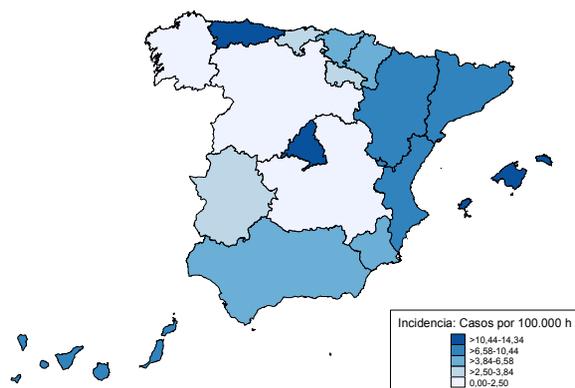


Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Las comunidades autónomas que notificaron tasas más altas en el año 2011 fueron Madrid (14,3 casos por 100.000 habitantes), Baleares (11,6 casos por 100.000 habitantes) y Asturias (10,9 casos por 100.000 habitantes). Las de menor incidencia fueron Castilla La Mancha (2,0 casos por 100.000 habitantes) y Galicia (2,2 casos por 100.000 habitantes). Melilla no declaró casos (figura 2).

**Figura 2. Vigilancia de Sífilis. España, 2011**

Incidencia por Comunidades Autónomas



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

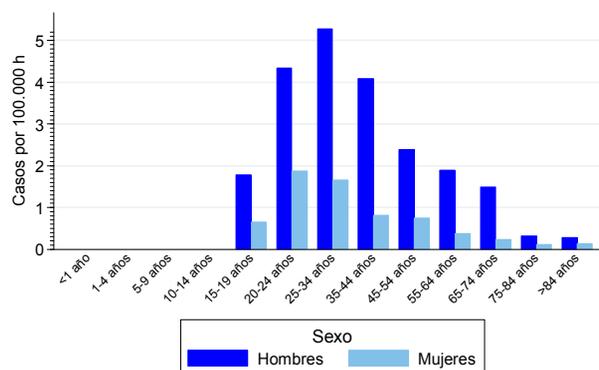
## Características de los casos

De los 3.522 casos declarados de forma numérica en 2011, se dispuso de información individualizada de 746 casos procedentes de seis comunidades autónomas (Castilla-La Mancha, Castilla y León, Extremadura, La Rioja, C. Valenciana y Murcia). Estos casos suponen el 100% de la notificación numérica en esas comunidades. Con respecto al año anterior aumentó del 18 al 24% el número de casos que se declaran de forma individualizada, al incorporarse Murcia.

De esos 746 casos, el 78,2% fueron varones (583/746). El 83,1% se produjeron entre los 20 y 54 años: 32,8% en el grupo de 25-34; 25,9% en el grupo de 35-44; 13,9% en el de 45-54 y 10,5% en el grupo de 20-24 años. No se notificaron casos en menores de 14 años (figura 3).

**Figura 3. Vigilancia de Sífilis, 2011**

Tasas de incidencia por grupos de edad y sexo



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

La edad media de los casos fue de 38,1 años (DE: 13,4), mayor que la edad media del año anterior de 36,6 años (DE: 12,5). La edad media fue menor en mujeres (36,9 años; DE: 14,3) que en hombres (38,5 años, DE: 13,2), aunque las diferencias no llegaron a ser estadísticamente significativas ( $p=0,174$ )

## Discusión

La notificación de casos de sífilis aumentó durante el año 2011 con respecto a los anteriores. De los casos de los que se dispone de información individualizada, la mayor parte fueron hombres 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

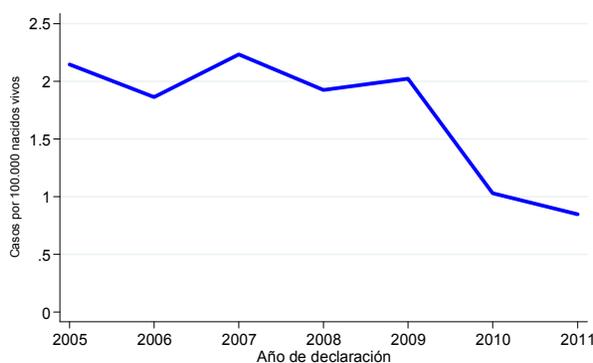
En el año 2011 se han declarado 4 casos confirmados de sífilis congénita, lo que supone una incidencia de 0,85 casos por 100.000 nacidos vivos.

## Distribución temporal

En la **figura 1** se muestra la tasa de casos confirmados por 100.000 nacidos vivos en el periodo 2005-2011. Durante estos años las tasas han oscilado entre 2,14 en 2005 y 2,02 en 2009, observándose un descenso significativo a partir de esa fecha.

**Figura 1. Vigilancia de Sífilis congénita. 2005-2011**

Tasas de incidencia (casos por 100.000 nacidos vivos)



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

## Distribución geográfica

Tres comunidades han notificado casos de sífilis congénita en 2011: Andalucía (1), Comunidad Valenciana (1) y Ceuta (2).

## Características de los casos

De los casos notificados en 2011, uno correspondió a un hombre y tres a mujeres. Todos ellos se diagnosticaron durante la primera 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*<sup>1</sup>, en Europa en el año 2010 se notificaron 59 casos de sífilis congénita (tasa de 2,5 casos por 100.000 nacidos vivos). La mayoría de los casos fueron notificados por Polonia, Portugal, Italia 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.

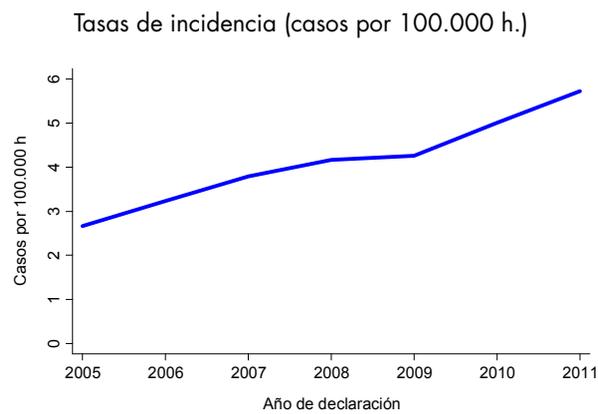
1. European Centre for Disease Prevention and Control. Annual Epidemiological Report 2012. Reporting on 2010 surveillance data and 2011 epidemic intelligence data. Stockholm: ECDC; 2013. <http://www.ecdc.europa.eu/>

## INFECCIÓN GONOCÓCICA

### Situación epidemiológica

Según los datos de la notificación numérica, en 2011 se declararon en España 2.640 casos de gonococia, lo que supone una incidencia de 5,7 casos por 100.000 habitantes similar a la del año anterior (5,01 casos por 100.000 hab.). En el periodo 2005-2011 se observa una tendencia ascendente (figura 1).

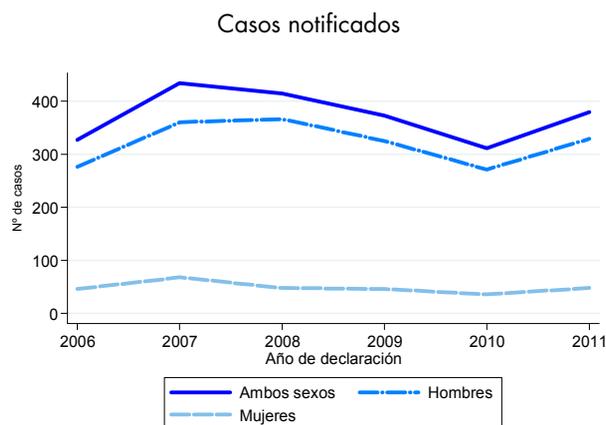
**Figura 1. Vigilancia de Infección gonocócica. 2005-2011**



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

El SIM recogió 871 diagnósticos de *Neisseria gonorrhoeae* en el año 2011. El número de diagnósticos notificados al SIM aumentó de 364 en 2006 a 871, alcanzando un máximo de 920 diagnósticos declarados en 2010. Sin embargo, al analizar los datos aportados por los 26 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*. 2006-2011**



Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

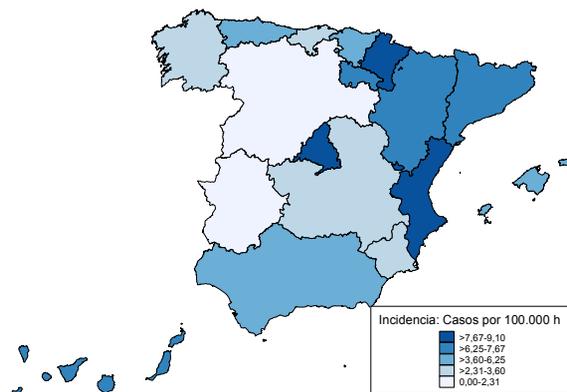
### Distribución geográfica

En 2011, la incidencia de infección gonocócica por comunidades autónomas presenta un rango muy amplio, entre 1,6 y 9,1 casos por 100.000 habitantes (figura 3).

Las tasas más elevadas se registraron en Madrid (9,1), en la Comunidad Valenciana (8,6) y Navarra (8,5). Las tasas más bajas se notificaron en Castilla León (1,6) y Extremadura (2,3). Ceuta y Melilla no notificaron casos.

**Figura 3. Vigilancia de Infección gonocócica. España, 2011**

Incidencia por Comunidades Autónomas



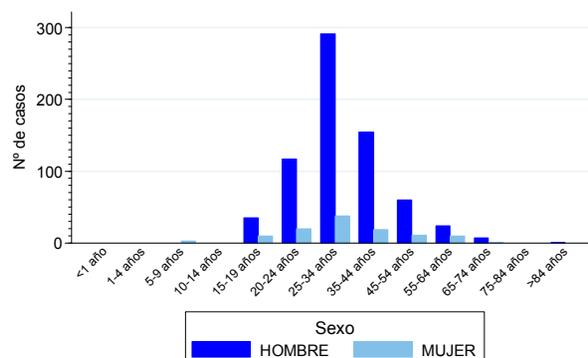
Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

### Características de los casos

La información sobre las características de los casos procede del SIM. El 86,2% de los diagnósticos de *Neisseria gonorrhoeae* en 2011 se produjeron en hombres. Los casos entre 25 y 34 años suponen el 41% de los diagnósticos notificados en 2011 (figura 4).

**Figura 4. Vigilancia de *Neisseria gonorrhoeae*, 2011**

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 2005, aunque con respecto al año previo se estabiliza la notificación.

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*

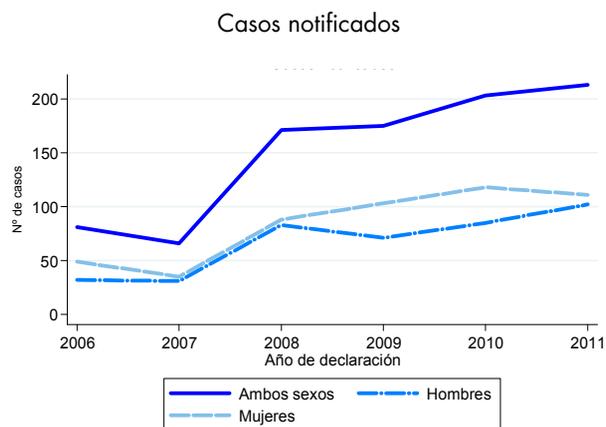
### Situación epidemiológica

#### Distribución temporal

Durante el año 2011 se declararon al SIM 1.066 diagnósticos de *Chlamydia trachomatis*.

Desde el 2006 al 2011 se aprecia un incremento en el número de los diagnósticos notificados al SIM (de 139 en 2006 a 1.066 en 2011). Al analizar los 10 laboratorios que notificaron de forma continuada durante el periodo se observó una tendencia ascendente en el número de casos entre el 2006 y el 2011 (81 casos en 2006 y 213 en 2011) (figura 1).

Figura 1. Vigilancia de *Chlamydia trachomatis*. 2006-2011



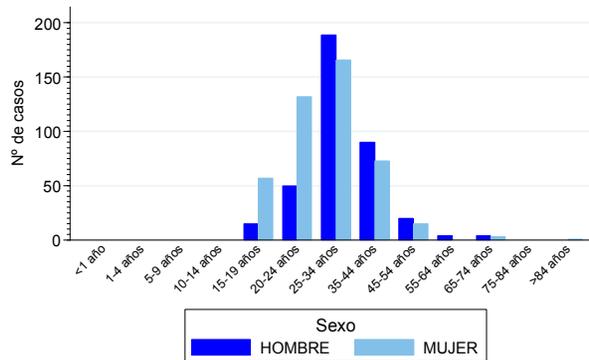
Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

### Características de los casos

La distribución de los diagnósticos de *C. trachomatis* por sexo fue similar entre hombres (550/1.066) y mujeres (515/1.066) y afectaron principalmente a personas de 25-34 años (43,4%) y 20-24 años (22,2%) (figura 2). La media de edad global fue de 29,7 años (DE: 9,2), similar a la de años anteriores.

Las mujeres fueron más jóvenes que los hombres: 28 años (DE: 9,1) frente a 31,8 años (DE: 8,8), respectivamente.

**Figura 2. Vigilancia de *Chlamydia trachomatis*, 2011**  
Casos por grupos de edad y sexo



Fuente: Sistema de Información Microbiológica (SIM)

## Discusión

En el periodo 2006-2011 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.

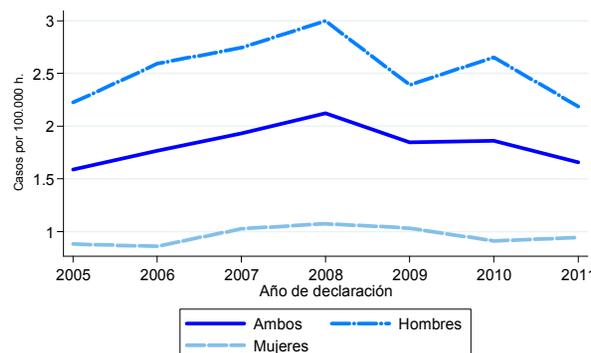
## HEPATITIS B

### Situación epidemiológica

#### Distribución temporal y geográfica

En 2011 se notificaron 762 casos de hepatitis B. La incidencia fue de 1,65 casos por 100.000 habitantes, por debajo de la del año anterior, en el que se declararon 858 casos (figura 1). La incidencia en hombres fue superior durante todo el periodo a la de las mujeres. En 2011, las tasas por sexo fueron 2,18 casos por 100.000 habitantes en hombres y 0,93 casos por 100.000 habitantes en mujeres.

**Figura 1. Vigilancia de Hepatitis B. 2005-2011**  
Tasas de incidencia (casos por 100.000 h.)

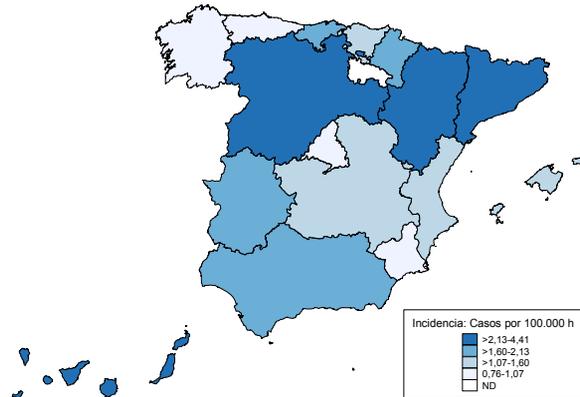


Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

Los casos no presentaron una estacionalidad determinada.

Las tasas por comunidad autónoma estuvieron entre 0,76 y 4,41 casos por 100.000 habitantes (figura 2). Las tasas más bajas se detectaron en Asturias, Murcia y Galicia con tasas de 0,76, 0,88 y 0,99 casos por 100.000 habitantes, respectivamente, y las más elevadas en Cataluña (2,27 casos por 100.000 habitantes), Castilla y León (2,34 casos por 100.000 habitantes) y Aragón (4,41 casos por 100.000 hab.).

**Figura 2. Vigilancia de Hepatitis B. España, 2011**  
Incidencia por Comunidades Autónomas



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

### Características de los casos

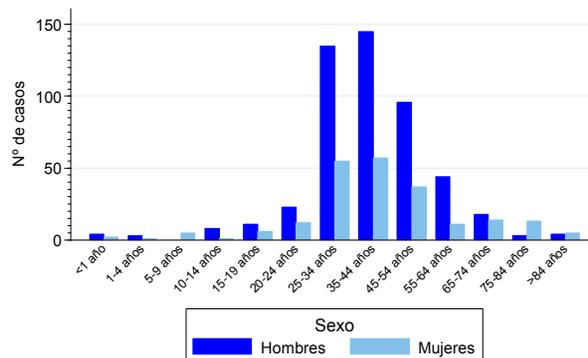
Los casos de hepatitis B fueron más frecuentes en hombres. Se declararon 494 (69,3%) casos en hombres y 219 (30,7%) en mujeres. La razón hombre/mujer fue de 2,26.

En hombres (figura 3), las tasas más altas se dieron en los grupos de 25-34 años y 35-44 años con 3,79 y 3,66 casos por 100.000 habitantes, respectivamente.

En mujeres, la tasa más elevada se dio en el grupo de 25-34 años (1,6 casos por 100.000 habitantes) y se mantuvo por encima de 1 caso por 100.000 habitantes hasta los 54 años.

**Figura 3. Vigilancia de Hepatitis B, 2011**

Tasas de incidencia por grupos de edad y sexo



Fuente: Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO)

## Discusión

La incidencia global de hepatitis B en 2011 descendió en comparación con el 2010 en España, principalmente debido 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 EETH en España

#### Distribución espacial y temporal

Hasta 31 de diciembre de 2011 se recibieron 1.388 notificaciones, 239 de las cuales corresponden a casos que finalmente se descartaron como EETH, 571 eran casos confirmados de Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ) esporádica, 414 más fueron casos probables y 48 posibles. Se habían confirmado también cinco casos de variante de ECJ (vECJ), 48 de IFF (Insomnio Familiar Fatal) 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.

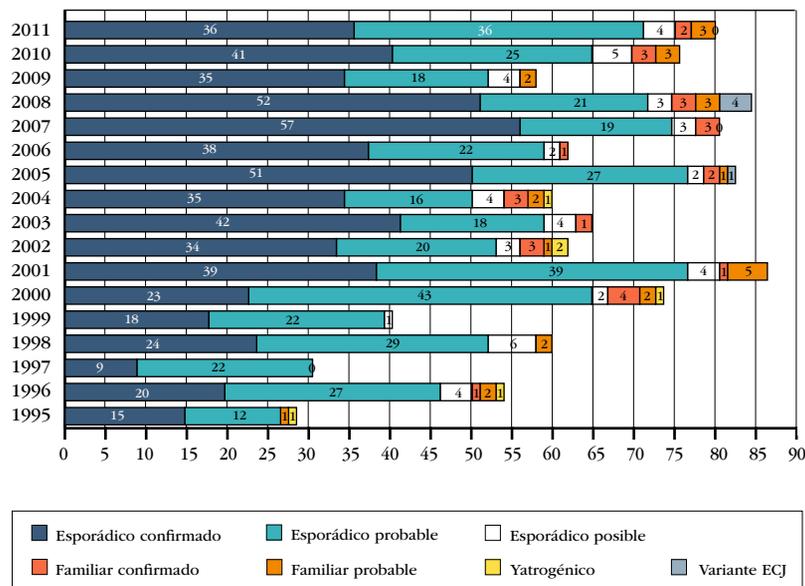
Tabla 1. Distribución de notificaciones por año de notificación y CC.AA.\*

Comunidad Autónoma	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Total
Andalucía	9	3	6	3	2	14	16	13	11	15	14	12	11	20	18	13	15	195
Aragón	0	1	2	7	1	2	3	1	2	1	5	1	3	5	4	4	3	45
Asturias	3	0	0	2	2	3	4	0	3	4	1	0	0	0	0	3	0	25
Baleares	2	1	2	0	1	1	1	0	0	4	2	0	0	1	2	3	3	23
Canarias	0	0	4	3	4	2	2	3	2	1	3	3	3	1	2	3	2	38
Cantabria	0	3	1	4	3	4	0	2	0	0	0	0	0	3	0	2	0	22
Castilla-La Mancha	0	4	2	1	0	4	0	3	0	1	6	2	3	8	8	5	6	53
Castilla y León	2	7	5	3	4	9	7	5	6	6	6	10	4	14	7	8	8	111
Cataluña	7	5	1	17	3	22	19	15	7	14	18	2	18	23	10	20	7	208
C. Valenciana	0	13	5	5	14	12	9	11	19	10	13	7	20	14	10	20	19	201
Extremadura	0	1	0	3	0	2	0	2	2	0	2	5	5	4	2	0	1	29
Galicia	1	3	0	6	7	0	11	3	5	0	6	5	10	6	0	0	14	77
Madrid	0	14	2	9	6	11	16	10	12	11	14	14	8	10	14	14	7	172
Murcia	1	0	1	0	1	0	1	3	2	3	3	1	3	5	2	1	1	28
Navarra	1	1	2	0	1	3	1	0	0	0	2	2	2	0	0	3	2	20
País Vasco	5	4	3	7	5	7	11	10	8	6	10	11	11	8	5	11	8	130
La Rioja	2	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	3	0	11
Total	33	60	37	70	55	96	101	82	79	77	105	76	102	122	84	113	96	1.388

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

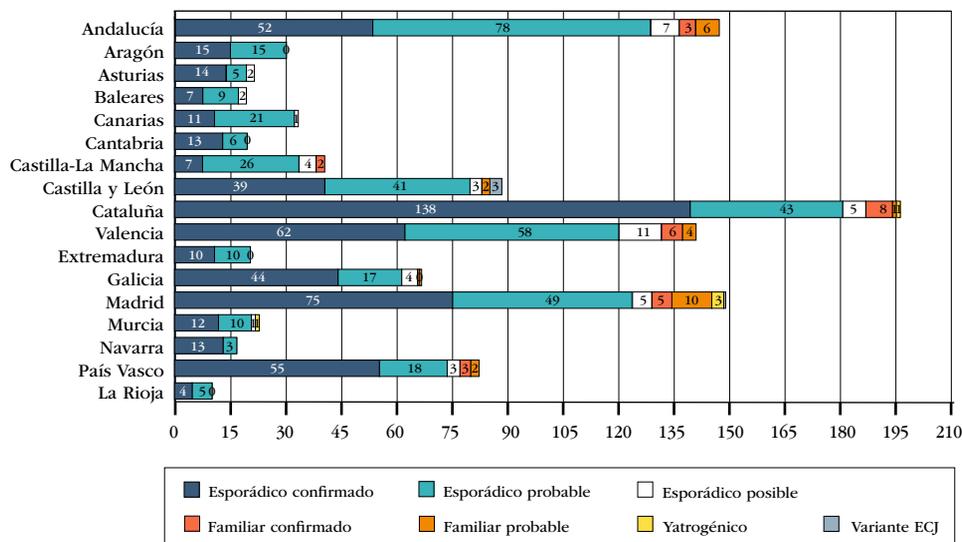
En la [figura 1](#) se presenta el número anual de casos de ECJ declarados desde 1995 hasta 2011, según el tipo y el grado de certeza diagnóstica. No hay notificaciones de casos iatrogénicos a partir de 2004, mientras los de variante aparecen a partir de ese año. En el año 2005 se notifica desde Madrid el primer caso de vECJ en una mujer de 26 años. En 2007 y 2008 se diagnostican otros cuatro, tres de los cuales residían en Castilla y León y el último en Cantabria. La confirmación post-mortem del ECJ esporádico parece disminuir en los dos últimos años del periodo.

**Figura 1. Distribución de casos de ECJ por año de notificación, 1995-2011**



La incidencia de ECJ esporádica confirmada y probable entre 1998 (año en que el sistema de vigilancia se ha consolidado y el que las pruebas de detección de proteína 14.3.3 se han generalizado) y 2011 es de 1,50 casos por millón de habitantes y año, cifra similar a la de otros países de nuestro entorno. En las distintas comunidades autónomas oscila entre 0,96 de Islas Baleares y 2,16 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 casos de ECJ por Comunidad Autónoma**



### Características de los casos

De los 48 casos declarados de IFF, 20 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); 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); la aparición del primer caso de vECJ en España en 2005 y, por último, el ascenso de 2008 con la declaración de dos casos de vECJ relacionados familiarmente, también se observa un incremento de notificaciones en 2010.

En conclusión, en el terreno de las EETH, encontrándose en regresión el ECJ iatrogénico, persisten frecuencias medias de ECJ esporádica escasamente diferenciables geográficamente a excepción de las elevadas de Castilla y León y País Vasco, dándose en este último una alta frecuencia de EETH genéticas y más en concreto de IFF. A partir de 2008 no se ha confirmado ningún otro caso de vECJ.

## 10. ANEXOS

### ANEXO I. MORTALIDAD POR ENFERMEDADES INFECCIOSAS, AÑOS 2006 A 2011

#### Defunciones por enfermedades de etiología infecciosa en España. 2006-2011

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)<sup>1,2</sup> como aquellas otras patologías de etiología infecciosa no sujetas a vigilancia (ENSV), pero cuya relevante magnitud determina la importancia de las enfermedades infecciosas en la mortalidad general. Los datos corresponden a la media anual de defunciones y tasas por 100.000 habitantes, para el período 2006-2010 y para el año 2011, último disponible, desagregadas por sexo (tabla 1). En este informe se analiza de forma especial la evolución por sexo y grupo de edad de las enfermedades infecciosas en cuatro cortes quinquenales.

En España, durante el periodo 2006 al 2011, las muertes por enfermedades infecciosas representaron el 5,9% de la mortalidad general repartidas entre el 0,7% las ESV y el 5,3% las ENSV.

En el periodo 2006-2010 se registró una media anual de 22.999,8 defunciones por enfermedades infecciosas, suponiendo una tasa media de 50,8 muertes por 100.000 habitantes. En el año 2011 hubo 22.749 defunciones con una tasa de 49,3 (41,5 en 2010). La razón de masculinidad (tasa hombres/tasa mujeres: tasa<sub>2006-10</sub> H/M) fue de 0,96 en el quinquenio y de 0,91 en 2011 (46,9 % de las defunciones en los hombres). En relación al año anterior, la tasa aumentó un 19% si bien en relación a la media anual del quinquenio 2006-2010 el porcentaje de cambio de la tasa (PCT) del -2,8%.

Las defunciones por **enfermedades sujetas a vigilancia (ESV)** representaron el 12% del total de la mortalidad infecciosa para el período 2006-2010 y el 11% para el año 2011; en este periodo descendió la mortalidad por este grupo (PCT = 13,0%) en los dos sexos, aunque más en los hombres (PCT = -14,0%) que en las mujeres (PCT = -10,8%).

Durante el año 2011, entre las ESV de baja mortalidad (media anual en el quinquenio inferior a 5 defunciones) se continuaron registrando muertes por enfermedades vacunables: Tétanos (1 defunción en una mujer de 89 años, del País Vasco), Parotiditis (1 defunción en una mujer de 87 años en la Comunidad Valenciana) y destaca la Tos Ferina con 8 defunciones, cuatro niños y cuatro niñas, todos ellos

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 (RNVE).

2. Complementariamente, el ECDC requiere información de otras 11 entidades por Decisión de la Comisión de 28/IV/2008 que modifica la Decisión 2002/253/CE por la que se establecen las definiciones de los casos para comunicar las enfermedades transmisibles a la red comunitaria, de conformidad con la Decisión n.º 2119/98/CE del Parlamento Europeo y del Consejo. La RNVE proporciona dicha información a partir de la fuente de información microbiológica (SIM).

menores de 3 meses, cuatro en Andalucía, uno en Cataluña y tres en Madrid. Esta enfermedad, la Tos Ferina, había tenido una media de 3 defunciones en el quinquenio anterior, situándose en el grupo de infecciosas de baja mortalidad, del que sale este año, al haber tenido uno de los aumentos más elevados ( $PCT=162\%$ ) de los habidos por causas ESV. En 2011, se produjo 1 muerte por Lepra, ocurrida en una mujer de 79 años en Murcia y por primera vez desde mediados de los 80, se produjo una defunción por Triquinosis, en un hombre de 57 años de Aragón.

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 ( $PCT_{\text{SIDA-VIH}} = -21\%$ ;  $PCT_{\text{otras Hepatitis}} = -14,7\%$ ). Cinco enfermedades de este grupo registraron un incremento de la mortalidad durante el año 2011 con PCT positivos: gripe (92,8%); hepatitis B (29,8%); inf. meningocócica (5,6%); salmonelosis (64%); y varicela (6,2%). Sin embargo, en relación al año anterior, han disminuido las tuberculosis.

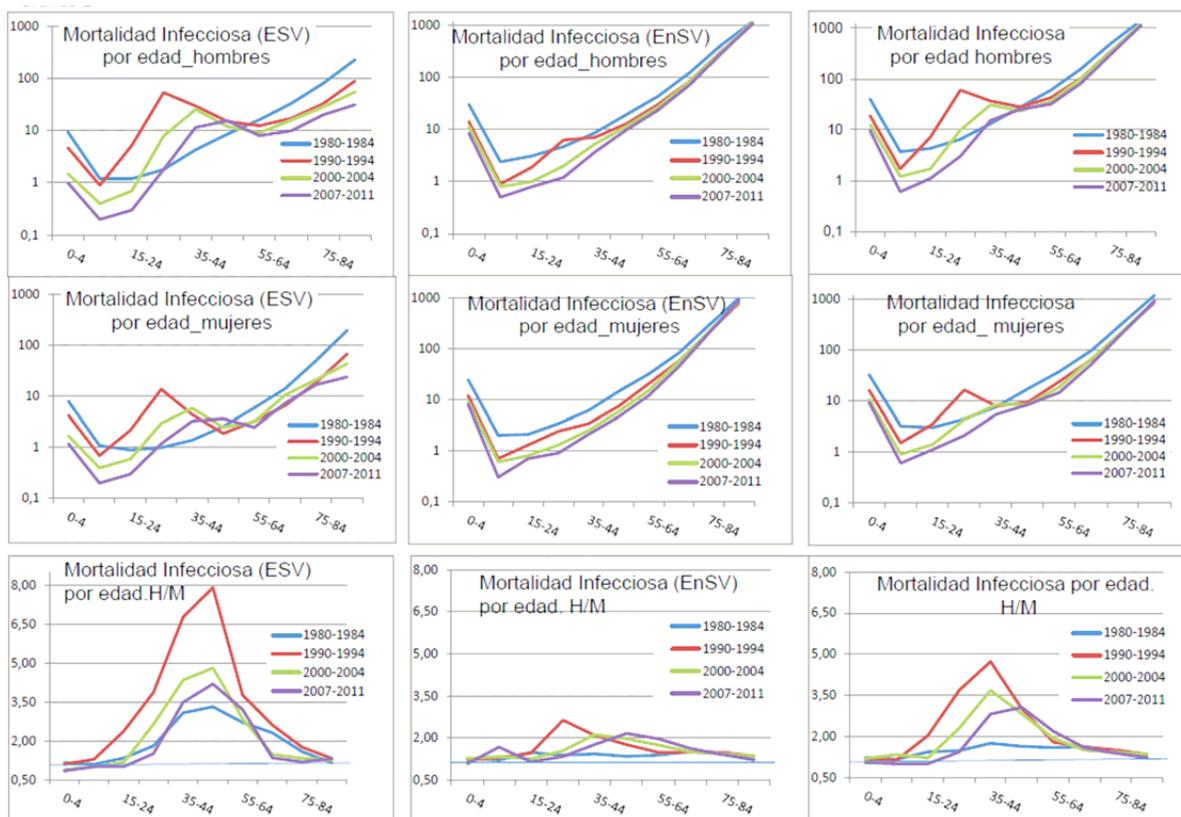
La razón de masculinidad global para el grupo de ESV fue de 1,80 para todo el periodo 2006-2011; este predominio de las defunciones en los hombres se dio fundamentalmente a costa del SIDA/VIH (tasa H/M=3,8); la TBC respiratoria (tasa H/M=2,7) y la legionelosis (tasa H/M=2,3).

Las defunciones por **enfermedades no sujetas a vigilancia (ENSV)** representaron el 88% del total de la mortalidad infecciosa para el periodo 2006-2010 y el 89% para el año 2011 (tabla 2). Las ENSV disminuyeron en el periodo considerado ( $PCT = -1,4\%$ ) si bien, cuatro causas de este grupo aumentaron: infecciones cardíacas (7,9%); otras infecciones intestinales (30,9%), la infección renal (12,6%) y las encefalitis (3,2%). Este año, dentro de este grupo de infecciosas no sujetas a vigilancia, se focaliza la sepsis puerperal, que registró una defunción en una mujer de 27 años. Cinco importantes patologías de este grupo: la neumonía, la septicemia, la infección renal, la IRA y la Infección Cardíaca representaron el 89,4% de la mortalidad por ENSV y el 79% del total de muertes por patología infecciosa durante el periodo 2006-2011.

### Evolución por edades de la mortalidad por patología infecciosa

En las figuras 1 y 2 se observa la evolución de la mortalidad infecciosa por sexo y grupo de edad en tasas específicas por cortes quinquenales al inicio de las tres últimas décadas y de los últimos cinco años. También se presenta el cociente de las tasas de hombres y mujeres (H/M) por grupos de edad que refleja el perfil de la sobremortalidad masculina por patología infecciosa. La mortalidad infecciosa por todas causas se ha desglosado entre el grupo de las enfermedades sujetas a vigilancia (ESV) y el de las otras infecciosas (ENSV) siguiendo la tabla 2.

Figura 1



Hombres y mujeres presentan perfiles etarios semejantes, en la típica “J”, en el que destaca el impacto del VIH/sida en el primer quinquenio de los noventa, en los jóvenes de 20 a 25 años, en los dos sexos, que se desplaza diez años después al siguiente grupo de 35 a 39 años para mantenerse hasta los 45-54 en el último periodo reflejando el efecto cohorte.

La huella del VIH-Sida es máxima en el grupo de las ESV al que pertenece, pero también es visible en el de las ENSV, sobre todo a través de su impacto en la septicemia y la neumonía (gráfico 2), las entidades de mayor peso en este grupo. En la septicemia este impacto se observa en las edades jóvenes y de madurez hasta los 65 años pero en la neumonía, solo en los jóvenes. La evolución en las sucesivas décadas en los hombres y mujeres a partir de la madurez, refleja la tendencia decreciente de la mortalidad por neumonía y ascendente de la septicemia.

La mayor incidencia en hombres de la epidemia de sida se refleja claramente en los perfiles de la sobremortalidad masculina por edades.

Figura 2

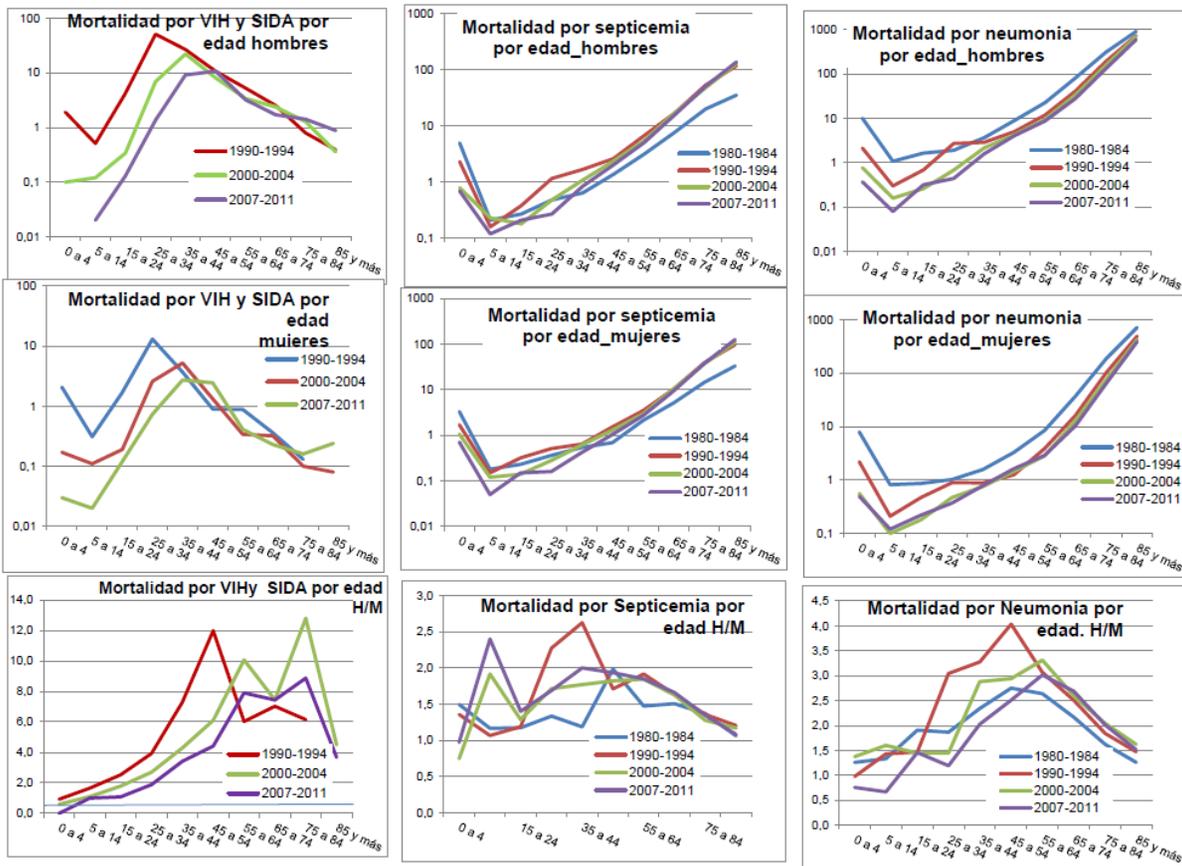


Tabla 1. España 2006-2011. Defunciones y tasas por enfermedades infecciosas sujetas a vigilancia

Código CIE 10	Enfermedades	Defunciones				Tasas por 100.000 habitantes				Ambos sexos
		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		
		Media 2006-10	2011	Media 2006-10	2011	Media 2006-10	2011	Media 2006-10	2011	% cambio 06-10 a 2011
<i>Enfermedades infecciosas sujetas a vigilancia (ESV)</i>										
Enfermedades de media anual de menos de 5 defunciones en el período 2006-2010 y/o en el último año										
A23	Brucelosis	0,2	0	0,2	0	0,001	0	0,001	0	-100,0
A04.5	Campylobacteriosis	0,4	0	0,2	0	0,002	0	0,001	0	-100,0
A41.3, G00.0	Enf.inv.haem. influ	0,4	1	0,6	0	0,002	0,004	0,003	0	-1,8
A04. 3	Esch coli verotoxigén	0	0	0	1	0	0	0	0,004	-
A77.1	Fieb. Exánt. mediterr.	1,2	0	0,2	0	0,005	0	0,001	0	-100,0
A78	Fiebre Q	0,2	1	0,2	1	0,001	0,004	0,001	0,004	393,2
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
A30	Lepra	0,8	0	0,6	1	0,004	0	0,003	0,004	-29,8
A27	Leptospirosis	1,2	2	0	0	0,005	0,009	0	0	63,8
A69.2	Lyme, enfermedad de	0	0	0,2	0	0	0	0,001	0	-100,0
B26	Parotiditis	0,4	0	1,4	1	0,002	0	0,006	0,004	-45,3
P35.0	Rubéola congénita	0	0	0,2	0	0	0	0,001	0	-100,0
B05	Sarampión	0,6	0	0	0	0,003	0	0	0	-100,0
A50	Sífilis congénita	0	0	0,2	0	0	0	0,001	0	-100,0
A34-A35	Tétanos	1	0	2	1	0,004	0	0,009	0,004	-67,2
B75	Triquinosis	0	1	0	0	0	0,004	0	0	-
A04.6	Yersiniosis, no pestitis	0	0	0,2	0	0	0	0,001	0	-100,0

Tabla 1 (cont.). España 2006-2011. Defunciones y tasas por enfermedades infecciosas sujetas a vigilancia

Código CIE 10	Enfermedades	Defunciones				Tasas por 100.000 habitantes				Ambos sexos  % cambio 06-10 a 2011
		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		
		Media 2006-10	2011	Media 2006-10	2011	Media 2006-10	2011	Media 2006-10	2011	
Enfermedades de media anual de 5 defunciones o más en el período 2006-2010 y/o en el último año										
A40.3, G00.1	Enfer.invasora por strept. pneumoniae	32	28	33,4	30	0,14	0,12	0,15	0,13	-12,9
J10-J11	Gripe	45,2	106	63,8	108	0,20	0,47	0,28	0,46	92,8
B16	Hepatitis B	22	27	12,8	19	0,10	0,12	0,06	0,08	29,8
B17-B19*	Hepatitis vírica, otras	478,2	418	468,4	404	2,14	1,84	2,04	1,72	-14,7
B67	Hidatidosis	8,6	4	7,6	10	0,04	0,02	0,03	0,04	-15,1
A39.9	Infec. meningocócica	18,8	18	21,2	25	0,08	0,08	0,09	0,11	5,6
A48.1	Legionelosis	18,2	16	8	7	0,08	0,07	0,03	0,03	-13,8
B55	Leishmaniasis	3,2	2	2	2	0,01	0,01	0,01	0,01	-24,5
A32	Listeriosis	11,6	11	8,8	2	0,05	0,05	0,04	0,01	-37,4
A17.0	Meningitis tuberculosa	5,4	6	6,2	5	0,02	0,03	0,03	0,02	-6,8
B50-54	Paludismo	4,6	3	1,2	1	0,02	0,01	0,01	0,00	-32,3
B91	Poliomielitis,ef. tardíos	4,6	5	5,8	6	0,02	0,02	0,03	0,03	3,9
A02.0	Salmonelosis, no tifoidea ni paratifoidea	6	8	2,4	6	0,03	0,04	0,01	0,03	63,7
B20-B24; R75	SIDA y VIH	943,2	756	245,2	197	4,22	3,33	1,07	0,84	-21,2
A51-A53	Sífilis	5,2	4	2	1	0,02	0,02	0,01	0,00	-31,8
A15-A16	TBC respiratoria	157,4	134	63,2	44	0,70	0,59	0,28	0,19	-20,7
A17-A19	TBC, otras	35,6	22	25	21	0,16	0,10	0,11	0,09	-30,3
A37	Tos ferina	1,4	4	1,6	4	0,01	0,02	0,01	0,02	161,9
B01	Varicela	4	5	3,4	3	0,02	0,02	0,01	0,01	6,2
Total ESV		1812,8	1582	988,4	900	8,11	6,97	4,31	3,84	-13,0

\*Las "hepatitis víricas, otras", en el año considerado 2011, 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 2006-2011. Defunciones y tasas por enfermedades infecciosas no sujetas a vigilancia

Código CIE 10	Enfermedades	Defunciones				Tasas por 100.000 habitantes				Ambos sexos % cambio 06-10 a 2011
		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		
		Media 2006-10	2011	Media 2006-10	2011	Media 2006-10	2011	Media 2006-10	2011	
<i>Enfermedades infecciosas no sujetas a vigilancia (ENSV)</i>										
G04-G05	Encefalitis	49,2	42	37,4	49	0,22	0,19	0,16	0,21	3,2
I00- I09; I30-I33; I40	Infección cardíaca	737,8	803	1287,4	1421	3,3	3,5	5,61	6,06	7,9
IN10-12; N13.6; N15.1;N30; N39.0	Infección renal	1193,4	1310	1921,8	2260	5,34	5,78	8,37	9,64	12,6
J00-J08; J20- J22;J36;J85; J86	IRA	468,2	458	708,2	682	2,09	2,02	3,09	2,91	-4,8
G00- G03:excepto G00.0 y G00.1	Meningitis	57,2	57	51,2	40	0,26	0,25	0,22	0,17	-12,1
J12-18	Neumonía	4308,4	4166	4034,8	4001	19,27	18,37	17,58	17,07	-3,8
K35-K37; K67; K61.0- 4; K63.0; K65.0,8; K83.0	Otras infecc. del sistema digestivo	318,6	328	334	344	1,43	1,45	1,46	1,47	1,1
A02; A04; A06-A09; A05.0; A05.2-9	Otras infecc. intestinales	190,8	258	340,4	450	0,85	1,14	1,48	1,92	30,9
P23; P35-39	Otras infecc. perinatales	71,8	69	58,4	62	0,32	0,3	0,25	0,26	-1,2
O85	Sepsis puerperal	-	-	0,6	1	-	-	0,003	0,004	64,4
A40-41, excepto A40.3 y A41.3	Septicemia	1615,6	1310	1856	1649	7,23	5,78	8,09	7,03	-16,3
Resto A00-B99	Otras Capítulo I	305,2	263	252,2	244	1,37	1,16	1,1	1,04	-10,7
Total ENSV		9316,2	9064	10882,4	11203	41,68	39,96	47,41	47,79	-1,44
Total defunciones infecciosas		11129	10646	11870,8	12103	49,79	46,93	51,71	51,63	-2,8
Total defunciones todas causas		198430,6	199854	183598	188057	887,74	881,05	799,81	802,24	-0,26

**Tabla 3. España. 2011. 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
Carbunco - A22	1995; h
Criptosporidiasis - A07.2 (solo CIE10)	1999; m
Difteria - A36	2003; m
Disenteria (Shigelosis).A03	2005; h
Fiebre Amarilla - A95	1989; h
Fiebre Recurrente por garrapatas - A68.1	1964*; h
Giardiasis - A07.1	1953; h*
Infec. Gonocócica- A54	2004; h
Peste - A20	1932; 3h, 6m
Poliomielitis- A80	1995; m
Rabia - A82	1979; 2h
Rubéola - B06	1990; h
Tétanos neonatal -A33	1994; m
Tifus exantemático A75.0	1991; 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.<sup>o</sup>*

### Fe de erratas:

En la tabla 1 del Informe de 2010:

Donde decía:

B15	Hepatitis A
A54	Infección Gonocócica

Debía decir:

A01	Fieb Tifoidea y paratif*
B15	Hepatitis A

**ANEXO II. RESULTADOS DE LA VIGILANCIA: TABLAS GENERALES****Tabla 1. Casos notificados según la fuente de datos y enfermedad**

Fuente principal de datos: Enfermedades de Declaración Obligatoria Individualizada

		Casos*	Hombres	Mujeres	Desconocido
1	Botulismo	12	7	5	0
2	Brucelosis	104	70	34	0
3	Carbunco	8	7	1	0
4	Enfermedad meningocócica	543	277	263	3
5	F. exantemática mediterránea	108	59	49	0
6	F. tifoidea y paratifoidea	78	37	41	0
7	Hepatitis A	698	423	257	18
8	Hepatitis B	762	495	221	46
9	Hidatidosis	111	54	57	0
10	Legionelosis	955	701	252	2
11	Leishmaniasis	271	165	106	0
12	Lepra	14	8	6	0
13	Meningitis tuberculosa	98	60	38	0
14	Paludismo (casos importados)	410	282	125	3
15	Parotiditis	4.512	2.440	1.724	348
16	Rubéola	12	9	3	0
17	Sarampión	3.518	1.831	1.687	0
18	Shigelosis	124	70	46	8
19	Sífilis*	746 (3.522*)	583	162	1
20	Sífilis congénita	4	1	3	0
21	Tétanos	10	7	2	1
22	Tos ferina	3.124	1.123	1.311	690
23	Triquinosis	33	20	13	0
24	Tuberculosis respiratoria	5.043	3.224	1.815	4
25	Tuberculosis, otras localizaciones	1.608	878	729	1
26	Tularemia	2	2	0	0
27	Varicela*	21.229 (136.823*)	11.032	10.160	37

CNE notificación individualizada año 2011

\* Datos procedentes de la declaración agregada semanal 2011

**Tabla 1 (cont.). Casos notificados según la fuente de datos y enfermedad**

Fuente principal de datos: Sistema de Información Microbiológico

		<b>Casos</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>	<b>Desconocido</b>
1	Campylobacteriosis	6.325	3.548	2.674	103
2	Infección por clamidias	1.066	550	515	1
3	Criptosporidiosis	79	43	35	1
4	<i>Escherichia coli</i> verotoxigénico	14	4	10	0
5	Giardiasis	641	352	273	16
6	Gonococia	871	751	117	3
7	Enfermedad invasora por <i>Haemophilus influenzae</i>	96	54	41	1
9	Listeriosis	115	61	53	1
10	Fiebre Q	54	39	15	0
11	Salmonelosis, no tifoidea, ni paratifoidea	4.406	2.275	2.059	72
12	Enfermedad invasora por <i>Streptococcus pneumoniae</i>	1.100	636	450	14
13	Yersiniosis, no pestis	290	144	137	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\*

Fuente principal de datos: Enfermedades de Declaración Obligatoria

Enfermedad	Comunidad Autónoma (*)													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	2	0	0	0	0	0	2	5	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	12
Brucelosis	45	4	1	1	0	0	10	6	5	8	10	2	6	4	1	1	0	0	0	104
Carbunco	2	4	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	8
Enfermedad meningocócica	121	14	20	10	23	10	28	22	90	42	8	55	39	10	15	32	1	1	2	543
F. exantemática mediterránea	33	3	0	0	0	0	0	13	18	23	3	2	0	3	2	0	8	0	0	108
F. tifoidea y paratifoidea	5	0	1	1	0	1	0	1	21	7	0	4	11	2	0	15	5	0	4	78
Hepatitis A	108	29	16	17	17	6	25	24	135	68	18	16	113	51	7	31	8	4	5	698
Hepatitis B	136	58	8	14	45	10	23	58	166	77	23	27	68	13	13	23	0	0	0	762
Hidatidosis	0	17	0	0	0	0	0	36	16	26	5	0	0	0	7	0	4	0	0	111
Legionelosis	62	23	19	33	9	29	34	16	258	213	0	44	65	28	16	96	9	0	1	955
Leishmaniasis	34	8	0	20	0	0	0	1	19	0	2	0	180	5	0	0	2	0	0	271
Lepra	0	0	1	0	1	0	0	0	2	2	0	0	4	2	1	1	0	0	0	14
Meningitis tuberculosa	13	3	2	13	1	0	7	5	16	2	0	17	10	4	0	4	1	0	0	98
Paludismo (casos importados)	61	36	4	18	19	2	19	7	0	82	2	6	100	7	9	31	7	0	0	410
Parotiditis	159	118	50	45	335	281	193	419	213	389	101	166	731	68	337	874	32	1	0	4.512
Rubéola	1	0	0	0	0	0	2	1	2	0	0	0	3	0	1	0	0	2	0	12
Sarampión	1.989	28	23	35	50	0	25	14	275	231	143	7	623	2	2	35	7	21	8	3.518
Shigelosis	6	1	1	6	7	0	2	10	37	12	0	3	12	3	5	18	1	0	0	124
Sifilis*	544	96	115	127	220	22	41	62	149	506	38	60	914	87	35	114	12	2	0	3.144
Sifilis congénita	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	4
Tétanos	1	0	0	2	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	2	0	0	0	10
Tos ferina	267	44	0	7	690	15	32	62	1.089	249	5	16	410	13	21	179	25	0	0	3.124
Triquinosis	0	7	0	0	0	0	10	2	0	0	0	0	14	0	0	0	0	0	0	33

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

Fuente principal de datos: Enfermedades de Declaración Obligatoria

Enfermedad	Comunidad Autónoma (*)												Total							
	Andalucía	Aragón	Asturias	Baleares	Canarias	Cantabria	Castilla-La Mancha	Castilla y León	Cataluña	C. Valenciana	Extremadura	Galicia		Madrid	Murcia	Navarra	Pais Vasco	La Rioja	Ceuta	Melilla
Tuberculosis respiratoria	737	190	123	153	166	71	163	233	921	517	90	429	660	179	66	263	46	29	7	5.043
Tuberculosis, otras localizaciones	213	44	22	40	29	32	38	71	401	85	16	246	172	46	17	128	8	0	0	1.608
Tularemia	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Varicela*	14.621	5.768	4.676	6.655	8.176	1.100	2.266	4.249	43.842	16.775	2.293	3.846	6.598	7.489	316	6.678	1.116	151	208	136.823

CNE notificación individualizada año 2011

\* Datos procedentes de la declaración agregada semanal 2011

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

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

Fuente principal de datos: Enfermedades de Declaración Obligatoria

Enfermedad	Mes												Total	
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre		Desconocido
Botulismo	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	6	12
Brucelosis	7	9	5	10	11	11	12	15	10	3	6	5	0	104
Carbunco	1	1	0	1	1	2	1	0	0	0	0	1	0	8
F. exantemática mediterránea	3	2	4	13	10	18	10	21	5	10	9	3	0	108
F. tifoidea y paratifoidea	3	3	9	10	7	15	11	5	7	4	2	2	0	78
Hepatitis A	95	56	73	52	75	60	55	41	72	42	40	37	0	698
Hepatitis B	66	61	84	71	77	88	70	74	36	51	47	37	0	762
Hidatidosis	12	11	10	8	11	17	12	5	2	4	14	5	0	111
Leishmaniasis	21	25	36	29	21	36	9	27	16	17	22	12	0	271
Lepra	2	0	0	0	0	1	1	1	0	2	1	1	5	14
Meningitis tuberculosa	6	10	13	3	9	14	11	9	4	9	5	5	0	98
Paludismo (casos imp.)	31	12	18	7	18	26	27	30	44	34	55	35	73	410
Parotiditis	325	198	495	426	545	528	294	254	390	344	330	383	0	4.512
Rubéola	0	2	0	1	1	0	1	0	2	2	0	3	0	12
Sarampión	113	183	458	722	657	532	230	137	135	115	165	71	0	3.518
Shigelosis	9	5	8	9	14	10	6	12	21	14	11	5	0	124
Sífilis**	234	298	374	228	260	391	268	355	268	259	333	254	0	3.522
Sífilis congénita	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	4
Tétanos	3	0	0	0	0	0	2	1	1	1	1	1	0	10
Tos ferina	89	72	256	148	251	401	370	311	434	317	269	206	0	3.124
Triquinosis	0	7	1	0	7	8	1	0	0	1	0	0	8	33
Tuberculosis respiratoria	414	425	597	421	440	534	381	420	338	363	421	289	0	5.043
Tuberculosis, otras loc.	123	142	177	118	134	202	131	146	101	111	140	83	0	1.608
Tularemia	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2
Varicela**	10.293	11.289	19.452	17.515	18.294	22.458	8.897	3.830	2.543	4.761	9.173	8.318	0	136.823

CNE: notificación Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) individualizada año 2011

\* Datos correspondientes a la temporada 2010/11 semanas 41/40 \*\* Datos procedentes de la declaración agregada semanal 2011

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

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

Fuente principal de datos: Sistema de Información Microbiológica

Enfermedad	Mes												Total	
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre		Desconocido
Campylobacteriosis	387	424	585	454	627	728	482	585	550	489	624	390	0	6.325
Infección por clamidias	66	88	98	80	83	121	93	83	83	94	116	61	0	1.066
Criptosporidiosis	1	5	6	1	3	6	8	7	6	10	17	9	0	79
<i>Escherichia coli</i> verotoxigénico	1	1	1	1	1	1	1	2	1	0	3	1	0	14
Giardiasis	42	48	53	28	32	64	60	54	57	66	87	50	0	641
Gonococia	59	55	83	56	78	81	71	104	86	77	69	52	0	871
Enfermedad invasora por <i>Haemophilus influenzae</i>	14	12	15	4	5	6	10	5	3	4	8	10	0	96
Listeriosis	8	11	6	4	10	11	13	13	8	10	11	10	0	115
Fiebre Q	6	4	4	11	6	3	5	2	2	4	5	2	0	54
Salmonelosis, no tifoidea, ni paratifoidea	264	293	366	289	370	485	391	520	481	324	349	274	0	4.406
Enfermedad invasora por <i>Streptococcus pneumoniae</i>	195	139	149	95	63	68	39	37	26	82	96	111	0	1.100
Yersiniosis, no pestis	27	29	35	25	30	18	25	21	21	11	25	23	0	290

CNE: Sistema de Información Microbiológica (SIM) año 2011

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

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

Fuente principal de datos: Enfermedades de Declaración Obligatoria

Enfermedad	Grupo de edad											Desconocido	Total		
	<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
Botulismo	2	1	0	0	0	0	1	2	0	1	2	3	0	0	12
Brucelosis	0	1	0	3	5	8	25	29	12	13	5	3	0	0	104
Carbunco	1	1	0	0	0	0	0	1	2	3	0	0	0	0	8
Enfermedad meningocócica	90	128	61	31	27	25	43	27	24	27	23	24	6	7	543
F. exantemática mediterránea	1	2	4	0	2	1	12	23	16	22	10	14	1	0	108
F. tifoidea y paratifóidea	4	14	12	6	3	6	13	5	5	3	2	3	2	0	78
Hepatitis A	2	35	102	51	33	47	185	116	59	35	19	10	2	2	698
Hepatitis B	6	4	5	9	17	36	198	216	142	63	34	19	9	4	762
Hidatidosis	0	0	1	0	0	3	10	5	16	24	27	19	6	0	111
Legionelosis	0	0	0	0	0	5	36	83	196	208	164	158	96	10	956
Leishmaniasis	18	27	11	7	5	9	24	33	51	50	24	9	3	0	271
Lepra	0	0	0	0	0	0	2	6	2	1	2	0	1	0	14
Meningitis tuberculosa	1	4	4	2	0	6	10	18	13	8	10	15	7	0	98
Paludismo (casos importados)	2	15	14	10	12	27	136	112	53	19	6	4	0	0	410
Parotiditis	21	561	572	525	633	689	842	254	192	120	50	29	7	17	4.512
Rubéola	0	4	0	0	1	2	3	1	1	0	0	0	0	0	12
Sarampión	428	693	252	294	309	313	913	279	33	4	0	0	0	0	3.518
Shigelosis	5	17	13	6	3	4	32	23	10	8		1	1	1	124
Sífilis	0	0	0	0	27	79	245	193	104	57	32	6	2	1	746
Sífilis congénita	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4

**Tabla 4a (cont.). 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											Desconocido	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
Tétanos	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	3	2	2	0	10
Tos ferina	978	681	514	273	58	36	164	194	110	42	60	8	2	4	3.124
Triquinosis	0	0	0	0	3	9	2	3	7	3	6	0	0	0	33
Tuberculosis respiratoria	31	227	96	75	151	389	1.053	976	744	332	453	385	126	5	5.043
Tuberculosis, otras localizaciones	1	46	37	23	38	99	326	290	187	159	136	194	71	1	1.608
Tularemia	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2
Váricela	1.102	10.558	6.280	753	309	379	869	664	175	35	63	27	8	7	21.229

CNE: notificación Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) individualizada año 2011

No se ha declarado ningún caso de las siguientes enfermedades: Difteria, Fiebre amarilla, Fiebres hemorrágicas, Peste, Polio, Rabia, Rubéola congénita, Tétanos neonatal, Tifus eMxantemático 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											Desconocido	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
Campylobacteriosis	819	2.732	823	299	118	107	229	180	242	246	201	80	0	6.325
Infección por clamidias	236	3	0	3	72	184	354	164	36	7	0	1	2	1.066
Criptosporidiosis	7	50	10	4	0	0	1	1	4	1	0	1	0	79
<i>Escherichia coli</i> verotoxigénico	2	3	2	0	0	0	0	1	3	2	1	0	0	14
Giardiasis	15	208	157	77	11	14	51	48	14	13	9	1	0	641
Gonococia	63	0	3	1	45	138	331	174	72	8	0	1	0	871

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

Fuente principal de Datos: Sistema de Información Microbiológica

Enfermedad	Grupo de edad											Desconocido	Total		
	<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
Enfermedad invasora por <i>Haemophilus influenzae</i>	9	4	1	2	0	0	3	5	7	14	18	21	12	0	96
Listeriosis	9	1	0	0	0	2	10	7	6	22	20	23	15	0	115
Fiebre Q	1	1	1	0	0	3	10	12	10	9	4	1	2	0	54
Salmonelosis, no tifoidea, ni paratifoidea	477	1496	648	203	81	74	206	200	188	262	269	228	74	0	4.406
Enfermedad invasora por <i>Streptococcus pneumoniae</i>	54	150	30	10	8	7	29	87	107	181	160	187	90	0	1.100
Yersiniosis, no pestis	47	119	41	20	9	16	7	7	6	6	5	5	2	0	290

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

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

Fuente principal de datos: Enfermedades de Declaración Obligatoria

Enfermedad	Grupo de edad											Desconocido	Total		
	<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
Botulismo	0	1	0	0	0	0	1	2	0	1	0	2	0	0	7
Brucelosis	0	1	0	0	3	5	16	22	11	10	1	1	0	0	70
Carbunco	1	1	0	0	0	0	0	1	2	2	0	0	0	0	7
Enfermedad meningocócica	43	74	33	19	11	12	18	15	14	14	10	9	2	3	277
F. exantemática mediterránea	1	1	2	0	1	0	5	12	8	13	8	8	0	0	59

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

Fuente principal de datos: Enfermedades de Declaración Obligatoria

Enfermedad	Grupo de edad											Desconocido	Total		
	<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
F. tifoidea y paratifoidea	1	7	6	4	0	3	5	4	3	1	1	1	1	0	37
Hepatitis A	1	22	59	27	17	30	120	84	30	14	13	5	1	0	423
Hepatitis B	4	3	0	8	11	23	135	145	96	44	18	3	4	1	495
Hidatidosis	0	0	1	0	0	1	5	3	10	10	15	9	0	0	54
Legionelosis	0	0	0	0	0	1	30	67	158	161	119	111	50	4	701
Leishmaniasis	14	8	6	3	2	6	19	24	32	31	11	7	2	0	165
Lepra	0	0	0	0	0	0	1	2	1	1	2	0	1	0	8
Meningitis tuberculosa	1	4	2	1	0	3	8	13	10	4	4	7	3	0	60
Paludismo (casos importados)	2	11	8	7	8	14	91	85	40	11	4	1	0	0	282
Parotiditis	11	306	288	284	367	395	475	127	86	54	25	12	2	8	2.440
Rubéola	0	3	0	0	0	2	2	1	1	0	0	0	0	0	9
Sarampión	208	379	118	158	174	178	461	139	14	2	0	0	0	0	1.831
Shigelosis	0	7	4	6	3	3	16	20	6	3	0	0	1	1	70
Sifilis	0	0	0	0	20	55	188	162	79	47	27	4	1	0	583
Sifilis congénita	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Tétanos	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2	2	1	0	7
Tos ferina	485	169	186	111	22	11	33	56	25	10	11	2	0	2	1.123
Triquinosis	0	0	0	0	2	5	1	2	4	4	2	0	0	0	20
Tuberculosis respiratoria	17	123	52	40	73	200	586	623	568	360	247	255	79	1	3.224
Tuberculosis, otras localizaciones	1	21	19	9	21	54	210	164	99	69	91	88	32	0	878
Tularemia	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2
Varicela	556	5.536	3.296	383	148	168	393	388	98	28	18	17	3	0	11.032

CNE notificación individualizada año 2011

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

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

Fuente principal de Datos: Sistema de Información Microbiológica

Enfermedad	Grupo de edad											Desconocido	Total		
	<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	447	1.577	467	176	75	46	107	91	150	139	135	107	31	0	3.548
Infección por clamidias	174	2	0	0	15	51	188	91	20	4	4	0	0	1	550
Criptosporidiosis	1	30	3	2	0	0	1	1	4	0	0	0	1	0	43
<i>Escherichia coli</i> verotoxigénico	2	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	4
Giardiasis	6	113	97	50	5	6	22	24	6	11	7	5	0	0	352
Gonococia	58	0	0	1	35	118	292	155	60	24	7	0	1	0	751
Enfermedad invasora por <i>Haemophilus influenzae</i>	5	0	1	2	0	0	2	3	1	9	11	13	7	0	54
Listeriosis	5	1	0	0	0	0	3	2	4	13	14	15	4	0	61
Fiebre Q	0	0	1	0	0	3	8	9	8	6	3	1	0	0	39
Salmonelosis, no tifoidea, ni paratifoidea	247	785	340	125	42	38	87	104	96	154	135	93	29	0	2.275
Enfermedad invasora por <i>Streptococcus pneumoniae</i>	23	84	13	7	6	6	16	50	73	112	111	98	37	0	636
Yersiniosis, no pestis	23	57	20	15	8	8	5	2	2	0	2	1	1	0	144

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											Desconocido	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		
Botulismo	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	5
Brucelosis	0	0	0	3	2	3	9	7	1	3	4	2	0	0	34
Carbunco	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Enfermedad meningocócica	47	53	28	11	16	13	24	12	10	13	13	15	4	4	263
F. exantemática mediterránea	0	1	2	0	1	1	7	11	8	9	2	6	1	0	49
F. tifoidea y paratifoidea	3	7	6	2	3	3	8	1	2	2	1	2	1	0	41
Hepatitis A	1	13	39	23	14	16	58	30	28	21	6	5	1	2	257
Hepatitis B	2	1	5	1	6	12	55	57	37	11	14	13	5	2	221
Hidatidosis	0	0	0	0	0	2	5	2	6	14	12	10	6	0	57
Legionelosis	0	0	0	0	0	4	6	16	38	47	45	47	46	3	252
Leishmaniasis	4	19	5	4	3	3	5	9	19	19	13	2	1	0	106
Lepra	0	0	0	0	0	0	1	4	1	0	0	0	0	0	6
Meningitis tuberculosa	0	0	2	1	0	3	2	5	3	4	6	8	4	0	38
Paludismo (casos importados)	0	4	5	3	3	13	45	27	12	8	2	3	0	0	125
Parotiditis	8	195	221	202	246	266	324	93	80	51	17	14	4	3	1.724
Rubéola	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3
Sarampión	220	314	134	136	135	135	452	140	19	2	0	0	0	0	1.687
Shigelosis	4	10	8	0	0	0	13	2	3	5	0	1	0	0	46
Sífilis congénita	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Tétanos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2
Tos ferina	493	205	209	115	20	11	76	83	43	33	16	3	2	2	1.311
Triquinosis	0	0	0	0	1	4	1	1	3	2	1	0	0	0	13

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

Fuente principal de Datos: Enfermedades de Declaración Obligatoria

Enfermedad	Grupo de edad											Desconocido	Total		
	<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
Tuberculosis respiratoria	14	104	44	35	78	189	467	353	176	93	85	130	47	0	1.815
Tuberculosis, otras localizaciones	0	25	18	14	17	45	116	126	88	67	68	106	39	0	729
Tularemia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Varicela	542	5.002	2.978	370	161	211	476	276	77	35	16	10	5	1	10.160

CNE notificación individualizada año 2011

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

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

Fuente principal de Datos: Sistema de Información Microbiológica

Enfermedad	Grupo de edad											Desconocido Total			
	<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	355	1.113	338	117	43	57	121	88	87	105	109	93	48	0	2.674
Infección por clamidias	61	1	0	3	57	133	166	73	16	0	3	0	1	1	515
Criptosporidiosis	5	20	7	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	35
<i>Escherichia coli</i> verotoxigénico	0	3	2	0	0	0	0	0	2	0	2	1	0	0	10
Giardiasis	4	93	60	22	3	7	29	24	8	12	6	4	1	0	273
Gonococia	5	0	3	0	10	20	38	19	11	10	1	0	0	0	117
Enfermedad invasora por <i>Haemophilus influenzae</i>	3	4	0	0	0	0	1	2	6	5	7	8	5	0	41
Listeriosis	3	0	0	0	0	2	7	5	2	9	6	8	11	0	53
Fiebre Q	1	1	0	0	0	0	2	3	2	3	1	0	2	0	15
Salmonelosis, no tifoidea, ni paratifoidea	220	688	295	75	39	35	116	90	91	105	132	130	43	0	2.059
Enfermedad invasora por <i>Streptococcus pneumoniae</i>	23	65	16	3	1	1	12	37	34	68	49	88	53	0	450
Yersiniosis, no pestis	19	58	21	5	1	8	2	5	4	6	3	4	1	0	137

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

**Tabla 7. Casos de sida en España. Datos acumulados desde 1981. Casos por categoría de transmisión y sexo, según la comunidad autónoma de residencia**

Registro Nacional de Sida. Fecha de actualización: 30 de junio de 2012

CC.AA. de referencia	HSH		UDI		Hemoder.		Transfu.		Madre-hijo		Hetero.		Otros/NC		Total		
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	
Andalucía	1.097	6.853	1.040	143	13	26	24	65	60	65	1.046	699	428	104	9.653	1.945	11.598
Aragón	125	715	188	26	5	2	4	10	14	10	272	145	101	23	1.255	375	1.630
Asturias	170	681	168	12	2	8	6	5	7	5	193	96	66	19	1.137	296	1.433
Baleares	515	944	285	19	5	7	5	20	19	20	339	193	141	46	1.984	554	2.538
Canarias	782	649	186	25	2	11	3	11	15	11	369	235	160	13	2.011	450	2.461
Cantabria	78	394	67	4	1	1	2	5	6	5	64	44	47	17	594	136	730
Castilla-La Mancha	120	806	122	22	3	8	3	9	8	9	181	92	75	26	1.220	255	1.475
Castilla y León	220	1.568	386	48	8	9	15	26	19	26	368	182	115	27	2.347	644	2.991
Cataluña	3.318	7.056	1.744	107	7	31	22	102	109	102	2.128	1.265	679	149	13.428	3.289	16.717
C. Valenciana	874	2.978	836	49	5	23	11	40	31	40	739	459	319	75	5.013	1.426	6.439
Extremadura	61	624	124	18	5	4	2	12	5	12	98	41	81	30	891	214	1.105
Galicia	361	1.955	496	56	7	18	13	10	5	10	524	329	118	47	3.037	902	3.939
Madrid	3.386	9.862	2.373	135	7	49	43	133	116	133	1.308	1.301	766	146	15.622	4.003	19.625
Murcia	293	763	144	18	.	4	2	9	9	9	246	131	93	30	1.426	316	1.742
Navarra	74	407	178	9	.	2	1	5	2	5	136	56	21	9	651	249	900
País Vasco	405	3.075	844	53	6	11	15	33	30	33	557	394	141	46	4.272	1.338	5.610
La Rioja	28	281	63	3	1	.	1	4	5	4	97	37	12	3	426	109	535
Ceuta	4	107	16	.	.	.	.	1	2	1	20	8	10	6	143	31	174
Melilla	9	49	7	.	.	1	1	1	1	1	8	8	3	2	71	19	90
Extranjero	91	69	20	1	.	5	1	1	1	1	43	18	22	5	232	45	277
Total	12.011	39.836	9.287	748	77	220	174	502	464	502	8.736	5.733	3.398	823	65.413	16.596	82.009

HSH = Hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres; UDI=Usuarios de drogas inyectadas; Hemoder.=Receptores de hemoderivados; Transfu.= Receptores de transfusiones sanguíneas; Hetero. = Relaciones heterosexuales de riesgo; NC = No consta el año de diagnóstico. H = Hombres; M = Mujeres