








INFORME SEMANAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN ESPAÑA

nº 02 Año 2024

CONTENIDO

	Semana epidemiológica	Página
 Situación de las Enfermedades de Declaración Obligatoria (datos provisionales)	50/2023	1
 Información de la Enfermedad Meningocócica	52/2023	3
 Plan Nacional de Eliminación del Sarampión y la Rubéola	52/2023	9
 Informe de la temporada de Gripe y otros virus respiratorios 2023-2024	52/2023	10
 Boletín Epidemiológico Semanal (BES), vol. 4 2023		15
 Infección en seres humanos por Coronavirus en España	pulse aquí	
 Informe Situación Viruela del Mono	pulse aquí	

Cita sugerida: Boletín Semanal en Red. Número 02. Año 2024. Centro Nacional de Epidemiología. ISCIII.

**SITUACIÓN DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA [Semana 50 de 2023; fin el 17/12/2023].
Tabla 1. Análisis por enfermedad. Lista reducida de enfermedades objeto de vigilancia¹.**

ENFERMEDADES	CASOS DECLARADOS Sem. 50		ACUMULACIÓN DE CASOS		MEDIANA 2022 - 2018		ÍNDICE EPIDÉMICO ²		CÁLCULO ESPECIAL ³
	2023	2022	2023	2022	Sem. 50	Acum. C.	Sem. 50	Acum. C.	
Enfermedades de transmisión alimentaria									
Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	2	0	52	37	0	37			0,28
Hepatitis A	13	6	284	251	6	255	2,17	1,11	
Shigelosis	11	10	1.013	496	2	331	5,50	3,06	
Triquinosis	0	0	18	7	0	7			0,20
Enfermedades de transmisión parenteral									
Hepatitis B	5	8	348	611	5	583	1,00	0,60	
Enfermedades de transmisión respiratoria									
Gripe	6.939	13.061	171.551	176.468	4.731	464.629	1,47	0,37	
Legionelosis	19	43	2.007	1.693	19	1.451	1,00	1,38	
Tuberculosis respiratoria	18	27	1.854	1.518	27	1.518	0,67	1,22	
Tuberculosis, meningitis	0	0	7	17	0	17			0,28
Tuberculosis, otras	2	5	386	329	5	398	0,40	0,97	
Enfermedades de transmisión vectorial									
Paludismo	5	7	722	487	7	487	0,71	1,48	
Enfermedades de transmisión zoonótica									
Tularemia	0	0	3	7	0	19			0,60
Brucelosis	1	1	29	25	0	36			0,36
Enfermedades prevenibles por vacunación									
Enfermedad Meningocócica	5	2	236	126	2	199	2,50	1,19	
Parotiditis	30	71	2.517	2.206	71	6.278	0,42	0,40	
Tétanos	0	0	3	5	0	5			0,04
Tos ferina	59	5	1.942	232	5	540	11,80	3,60	
Varicela	154	207	8.490	7.287	207	12.654	0,74	0,67	
Infecciones de transmisión sexual									
Infección Gonocócica	261	262	22.504	11.510	93	5.773	2,81	3,90	
Sífilis (excluye sífilis congénita)	77	65	8.229	4.800	53	3.282	1,45	2,51	

COMENTARIO GENERAL

Durante la presente semana las siguientes rúbricas han presentado:

* Un I.E. semanal superior o igual a 1,25: Hepatitis A (2,17), Shigelosis (5,50), Gripe (1,47), Enfermedad Meningocócica (2,50), Tos ferina (11,80), Infección Gonocócica (2,81), Sífilis (excluye sífilis congénita) (1,45).

* Un I.E. acumulado superior o igual a 1,25: Shigelosis (3,06), Legionelosis (1,38), Paludismo (1,48), Tos ferina (3,60), Infección Gonocócica (3,90), Sífilis (excluye sífilis congénita) (2,51).

² **Índice epidémico (IE)** para una enfermedad dada es: la razón entre los casos presentados en la semana correspondiente (o los casos acumulados hasta dicha semana si se trata de I.E. acumulado) y los casos que se esperan o prevén (mediana del quinquenio anterior) para la misma semana. Si el valor del índice se encuentra entre 0,76 y 1,24 la incidencia se considera normal, si es menor o igual a 0,75 incidencia baja, si es mayor o igual a 1,25 incidencia alta.

³ **Cálculo especial.** En enfermedades de baja incidencia (<150 casos anuales en España) no se usa el índice epidémico. El cálculo especial para estas enfermedades es el promedio de los casos notificados en los 5 años anteriores en la semana actual, las 2 semanas precedentes y las dos siguientes.

Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Elaboración: Centro Nacional de Epidemiología, ISCIII

NO se ha declarado ningún caso en la semana 50/2023 de las enfermedades vigiladas siguientes: Botulismo, Cólera, Difteria, Encefalitis Transmitida por Garrapatas, Fiebre Amarilla, Fiebre de Ébola, Fiebre del Nilo Occidental, Fiebre Hemorrágica Vírica (excluye fiebre amarilla y dengue hemorrágico), Infección congénita por virus Zika, Lepra, Peste, Poliomieltis, Rabia, Rubéola congénita, Sífilis congénita, Tétanos neonatal.

¹ **NOTA:** Datos consultados de SIVIES a las 10:56 horas del día 09/01/2024.

SITUACIÓN DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA [Semana 50 de 2023; fin el 17/12/2023]

Tabla 2. Casos por Comunidad Autónoma¹.

ENFERMEDAD	Andalucía	Aragón	Baleares	Canarias	Cantabria	Castilla y León	Cataluña	Comunidad Valenciana	Extremadura	Madrid	Navarra	País Vasco	La Rioja	TOTAL
Botulismo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2
Hepatitis A	1	0	0	0	1	7	0	2	0	2	0	0	0	13
Shigelosis	3	0	0	0	0	0	1	5	0	2	0	0	0	11
Triquinosis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Hepatitis B	2	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	5
Gripe	0	0	385	1	1.265	1.418	0	0	0	3.419	451	0	0	6.939
Legionelosis	8	2	0	1	1	2	2	0	0	2	1	0	0	19
Tuberculosis respiratoria	11	0	0	2	0	5	0	0	0	0	0	0	0	18
Tuberculosis, meningitis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tuberculosis, otras	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
Paludismo	2	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	0	5
Brucelosis	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Tularemia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Enfermedad Meningocócica	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	5
Parotiditis	8	2	0	2	1	5	0	5	1	6	0	0	0	30
Tétanos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tos ferina	10	4	0	0	1	7	14	17	0	2	3	0	1	59
Varicela	0	0	6	10	5	10	34	53	0	31	5	0	0	154
Infección Gonocócica	101	4	1	20	3	1	0	54	1	61	14	0	1	261
Sífilis (excluye sífilis congénita)	43	2	0	12	0	2	0	14	0	4	0	0	0	77

¹NOTA: Datos consultados de SIVIES a las 10:33 horas del día 09/01/2024.

ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA.
Temporada 2023-2024. Semanas 41/2023 a 52/2023. Datos provisionales¹

Tabla 3. ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA. Datos desagregados por CCAA

	Casos ²	Tasas ³	Casos confirmados	Defunciones	Letalidad (%)
Andalucía	10	0,12	10	1	10,0
Aragón	1	0,08	1	0	0,0
Asturias	1	0,10	1	0	0,0
Baleares	3	0,24	3	0	0,0
Canarias	3	0,13	3	0	0,0
Cantabria	0	0,00	0	0	0,0
Castilla-La Mancha	1	0,05	1	1	100,0
Castilla y León	2	0,08	2	0	0,0
Cataluña	9	0,12	9	0	0,0
C. Valenciana	10	0,20	10	1	10,0
Extremadura	0	0,00	0	0	0,0
Galicia	2	0,07	2	0	0,0
Madrid	11	0,16	11	2	18,2
Murcia	3	0,20	3	0	0,0
Navarra	1	0,15	1	1	100,0
P. Vasco	3	0,14	3	0	0,0
La Rioja	0	0,00	0	0	0,0
Ceuta	0	0,00	0	0	0,0
Melilla	0	0,00	0	0	0,0
Total	60	0,13	60	6	10,0

¹NOTA: Los análisis de enfermedad meningocócica se han realizado con datos consultados de SIVIES a las 07:37 horas del día 09/01/2024.

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

³Tasas de incidencia acumulada de periodo por 100.000 habitantes.

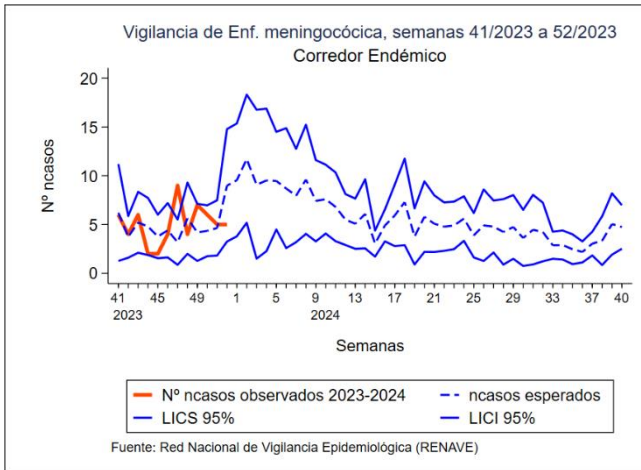
ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA. [Semanas 41/2023 a 52/2023. Datos provisionales¹]
Tabla 4. Distribución por resultado microbiológico.

Resultado microbiológico	Temporada 23/24				Temporada 22/23			
	Casos	Tasas	Defunciones	Letalidad	Casos	Tasas	Defunciones	Letalidad
Sg A	0	0,00	0	0,0	0	0,00	0	0,0
Sg B	19	0,04	3	15,8	20	0,04	1	5,0
Sg C	0	0,00	0	0,0	0	0,00	0	0,0
Sg W	5	0,01	0	0,0	3	0,01	1	33,3
Sg Y	2	0,00	0	0,0	3	0,01	0	0,0
No tipables	16	0,03	1	6,3	7	0,01	0	0,0
Otros serogrupos	6	0,01	1	16,7	0	0,00	0	0,0
Serogrupo desconocido	12	0,03	1	8,3	4	0,01	0	0,0
Total confirmados	60	0,13	6	10,0	37	0,08	2	5,4
Total sospechosos	0	0,00	0	0,0	1	0,00	0	0,0
Total	60	0,13	6	10,0	38	0,08	2	5,3

¹NOTA: Los análisis de enfermedad meningocócica se han realizado con datos consultados de SIVIES a las 07:37 horas del día 09/01/2024.

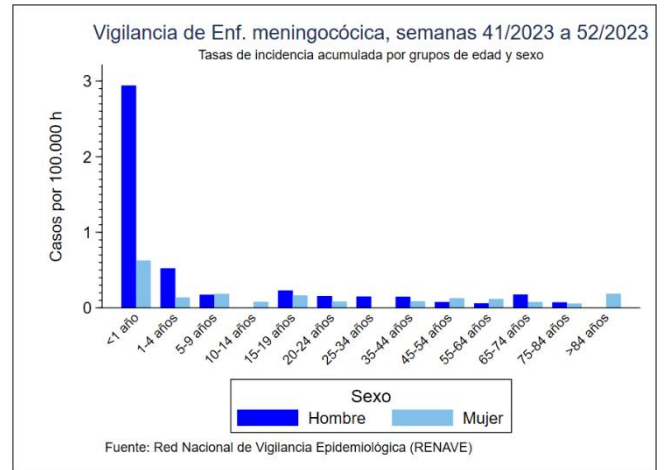
ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA.
[Semanas 41/2023 a 52/2023. Datos provisionales¹]

Figura 1. Corredor endémico



ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA
[Semanas 41/2023 a 52/2023. Datos provisionales¹]

Figura 2. TI acumulada por grupo de edad y sexo



¹NOTA: Los análisis de enfermedad meningocócica se han realizado con datos consultados de SIVIES a las 07:37 horas del día 09/01/2024.

ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA. [Semanas 41/2023 a 52/2023. Datos provisionales¹]
Tabla 5. SEROGRUPO B. Datos desagregados por CCAA.

CCAA	Temporada 23/24				Temporada 22/23			
	Casos	Tasas	Defunciones	Letalidad	Casos	Tasas	Defunciones	Letalidad
Andalucía	2	0,02	0	0,0	5	0,06	1	20,0
Aragón	0	0,00	0	0,0	0	0,00	0	0,0
Asturias	0	0,00	0	0,0	0	0,00	0	0,0
Baleares	1	0,08	0	0,0	0	0,00	0	0,0
Canarias	1	0,04	0	0,0	3	0,13	0	0,0
Cantabria	0	0,00	0	0,0	0	0,00	0	0,0
Castilla La Mancha	0	0,00	0	0,0	1	0,05	0	0,0
Castilla y León	0	0,00	0	0,0	2	0,08	0	0,0
Cataluña	4	0,05	0	0,0	1	0,01	0	0,0
C. Valenciana	1	0,02	1	100,0	1	0,02	0	0,0
Extremadura	0	0,00	0	0,0	0	0,00	0	0,0
Galicia	0	0,00	0	0,0	0	0,00	0	0,0
Madrid	7	0,10	1	14,3	3	0,04	0	0,0
Murcia	0	0,00	0	0,0	3	0,20	0	0,0
Navarra	1	0,15	1	100,0	0	0,00	0	0,0
P. Vasco	2	0,09	0	0,0	1	0,05	0	0,0
La Rioja	0	0,00	0	0,0	0	0,00	0	0,0
Ceuta	0	0,00	0	0,0	0	0,00	0	0,0
Melilla	0	0,00	0	0,0	0	0,00	0	0,0
Total	19	0,04	3	15,8	20	0,04	1	5,0

¹NOTA: Los análisis de enfermedad meningocócica se han realizado con datos consultados de SIVIES a las 07:37 horas del día 09/01/2024.

ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA. [Semanas 41/2023 a 52/2023. Datos provisionales¹]
Tabla 6. SEROGRUPO C. Datos desagregados por CCAA.

CCAA	Temporada 23/24				Temporada 22/23			
	Casos	Tasas	Defunciones	Letalidad	Casos	Tasas	Defunciones	Letalidad
Andalucía	0	0,00	0	0,0	0	0,00	0	0,0
Aragón	0	0,00	0	0,0	0	0,00	0	0,0
Asturias	0	0,00	0	0,0	0	0,00	0	0,0
Baleares	0	0,00	0	0,0	0	0,00	0	0,0
Canarias	0	0,00	0	0,0	0	0,00	0	0,0
Cantabria	0	0,00	0	0,0	0	0,00	0	0,0
Castilla La Mancha	0	0,00	0	0,0	0	0,00	0	0,0
Castilla y León	0	0,00	0	0,0	0	0,00	0	0,0
Cataluña	0	0,00	0	0,0	0	0,00	0	0,0
C.Valenciana	0	0,00	0	0,0	0	0,00	0	0,0
Extremadura	0	0,00	0	0,0	0	0,00	0	0,0
Galicia	0	0,00	0	0,0	0	0,00	0	0,0
Madrid	0	0,00	0	0,0	0	0,00	0	0,0
Murcia	0	0,00	0	0,0	0	0,00	0	0,0
Navarra	0	0,00	0	0,0	0	0,00	0	0,0
P. Vasco	0	0,00	0	0,0	0	0,00	0	0,0
La Rioja	0	0,00	0	0,0	0	0,00	0	0,0
Ceuta	0	0,00	0	0,0	0	0,00	0	0,0
Melilla	0	0,00	0	0,0	0	0,00	0	0,0
Total	0	0,00	0	0,0	0	0,00	0	0,0

¹NOTA: Los análisis de enfermedad meningocócica se han realizado con datos consultados de SIVIES a las 07:37 horas del día 09/01/2024.

ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA. [Semanas 41/2023 a 52/2023. Datos provisionales¹]
Tabla 7. SEROGRUPO W. Datos desagregados por CCAA.

CCAA	Temporada 23/24				Temporada 22/23			
	Casos	Tasas	Defunciones	Letalidad	Casos	Tasas	Defunciones	Letalidad
Andalucía	0	0,00	0	0,0	1	0,01	0	0,0
Aragón	0	0,00	0	0,0	0	0,00	0	0,0
Asturias	0	0,00	0	0,0	0	0,00	0	0,0
Baleares	0	0,00	0	0,0	0	0,00	0	0,0
Canarias	1	0,04	0	0,0	0	0,00	0	0,0
Cantabria	0	0,00	0	0,0	0	0,00	0	0,0
Castilla La Mancha	0	0,00	0	0,0	0	0,00	0	0,0
Castilla y León	1	0,04	0	0,0	0	0,00	0	0,0
Cataluña	1	0,01	0	0,0	0	0,00	0	0,0
C.Valenciana	0	0,00	0	0,0	0	0,00	0	0,0
Extremadura	0	0,00	0	0,0	0	0,00	0	0,0
Galicia	0	0,00	0	0,0	1	0,04	0	0,0
Madrid	1	0,01	0	0,0	0	0,00	0	0,0
Murcia	1	0,07	0	0,0	0	0,00	0	0,0
Navarra	0	0,00	0	0,0	0	0,00	0	0,0
P. Vasco	0	0,00	0	0,0	1	0,05	1	100,0
La Rioja	0	0,00	0	0,0	0	0,00	0	0,0
Ceuta	0	0,00	0	0,0	0	0,00	0	0,0
Melilla	0	0,00	0	0,0	0	0,00	0	0,0
Total	5	0,01	0	0,0	3	0,01	1	33,3

¹NOTA: Los análisis de enfermedad meningocócica se han realizado con datos consultados de SIVIES a las 07:37 horas del día 09/01/2024.

ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA. [Semanas 41/2023 a 52/2023. Datos provisionales¹]
Tabla 8. SEROGRUPO Y. Datos desagregados por CCAA.

CCAA	Temporada 23/24				Temporada 22/23			
	Casos	Tasas	Defunciones	Letalidad	Casos	Tasas	Defunciones	Letalidad
Andalucía	1	0,01	0	0,0	1	0,01	0	0,0
Aragón	0	0,00	0	0,0	1	0,08	0	0,0
Asturias	0	0,00	0	0,0	0	0,00	0	0,0
Baleares	0	0,00	0	0,0	0	0,00	0	0,0
Canarias	0	0,00	0	0,0	0	0,00	0	0,0
Cantabria	0	0,00	0	0,0	0	0,00	0	0,0
Castilla La Mancha	0	0,00	0	0,0	0	0,00	0	0,0
Castilla y León	0	0,00	0	0,0	0	0,00	0	0,0
Cataluña	1	0,01	0	0,0	1	0,01	0	0,0
C.Valenciana	0	0,00	0	0,0	0	0,00	0	0,0
Extremadura	0	0,00	0	0,0	0	0,00	0	0,0
Galicia	0	0,00	0	0,0	0	0,00	0	0,0
Madrid	0	0,00	0	0,0	0	0,00	0	0,0
Murcia	0	0,00	0	0,0	0	0,00	0	0,0
Navarra	0	0,00	0	0,0	0	0,00	0	0,0
P. Vasco	0	0,00	0	0,0	0	0,00	0	0,0
La Rioja	0	0,00	0	0,0	0	0,00	0	0,0
Ceuta	0	0,00	0	0,0	0	0,00	0	0,0
Melilla	0	0,00	0	0,0	0	0,00	0	0,0
Total	2	0,00	0	0,0	3	0,01	0	0,0

¹NOTA: Los análisis de enfermedad meningocócica se han realizado con datos consultados de SIVIES a las 07:37 horas del día 09/01/2024.

ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA. [Semanas 41/2023 a 52/2023. Datos provisionales¹]

Tabla 9. SEROGRUPOS B, C, W e Y. Distribución por grupo de edad.

Grupo de Edad	Serogrupo B				Serogrupo C				Serogrupo W				Serogrupo Y			
	Temporada 23/24		Temporada 22/23		Temporada 23/24		Temporada 22/23		Temporada 23/24		Temporada 22/23		Temporada 23/24		Temporada 22/23	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
<1 año	2	0,61	4	1,21	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
1-4 años	1	0,07	2	0,13	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
5-9 años	2	0,09	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,04
10-14 años	1	0,04	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
15-19 años	1	0,04	4	0,16	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
20-24 años	2	0,08	1	0,04	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
25-34 años	1	0,02	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
35-44 años	2	0,03	3	0,04	0	0,00	0	0,00	1	0,01	0	0,00	0	0,00	0	0,00
45-54 años	2	0,03	2	0,03	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,01	0	0,00	0	0,00
55-64 años	2	0,03	1	0,02	0	0,00	0	0,00	2	0,03	0	0,00	0	0,00	0	0,00
65-74 años	3	0,06	1	0,02	0	0,00	0	0,00	1	0,02	0	0,00	1	0,02	1	0,02
75-84 años	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,03	0	0,00	0	0,00	0	0,00
>84 años	0	0,00	2	0,12	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,12	1	0,06	1	0,06
Total	19	0,04	20	0,04	0	0,00	0	0,00	5	0,01	3	0,01	2	0,00	3	0,01

¹NOTA: Los análisis de enfermedad meningocócica se han realizado con datos consultados de SIVIES a las 07:37 horas del día 09/01/2024.

ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA. [Semanas 41/2023 a 52/2023. Datos provisionales¹]
Figuras 3-6. Serogrupos B, C, W e Y. Razón de incidencia e intervalo de confianza para la temporada 2022/23.

Figura 3. SEROGRUPO B

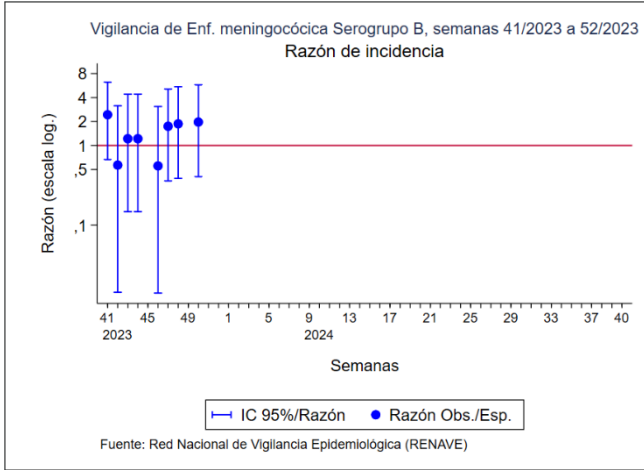


Figura 4. SEROGRUPO C

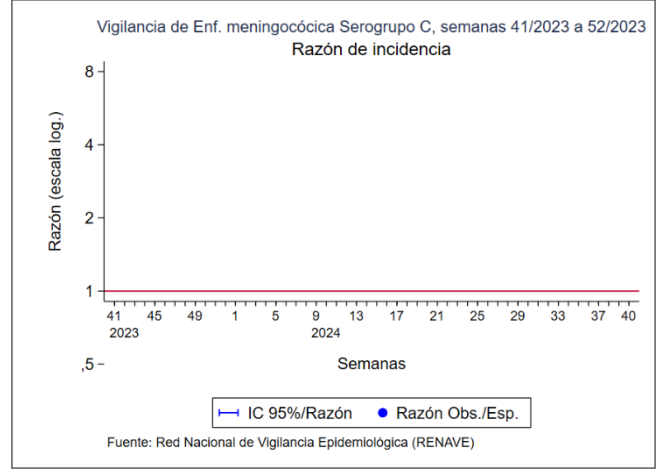


Figura 5. SEROGRUPO W

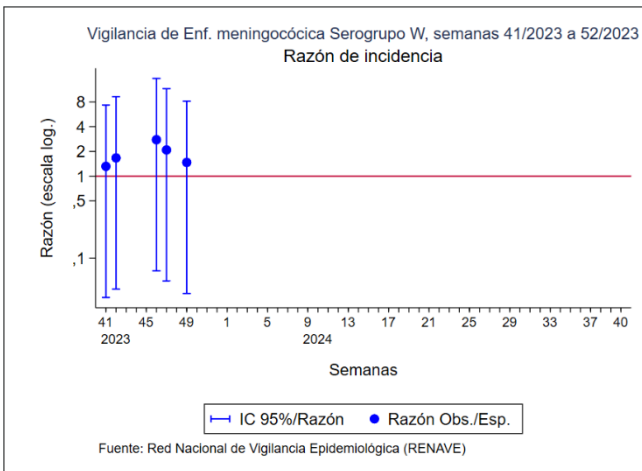
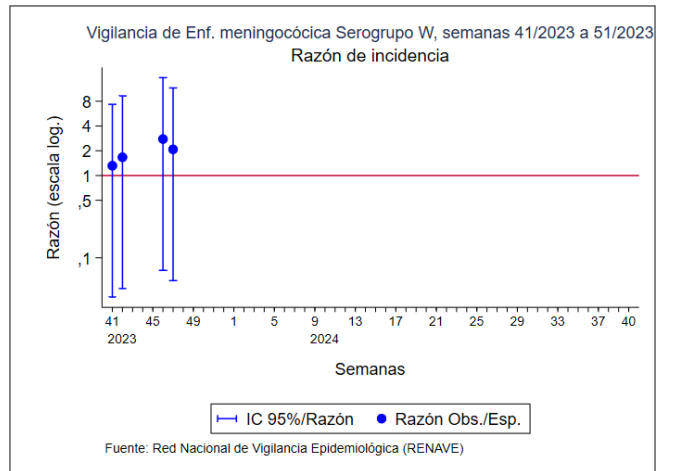


Figura 6. SEROGRUPO Y



¹NOTA: Los análisis de enfermedad meningocócica se han realizado con datos consultados de SIVIES a las 07:37 horas del día 09/01/2024.

CLASIFICACIÓN DE LOS CASOS SOSPECHOSOS DE SARAMPIÓN

Tabla 10. Casos acumulados desde el 02/01/2023 hasta el 31/12/2023 (Semana 52)

CC.AA	Casos notificados	En Investigación	Clasificación de origen de la infección					Casos descartados				
	Total	Total	Endémicos	Importado	Relacionado importación	Desconocido	Total	Rubéola	Casos Vacunales	Otro Diagnóstico	Sin Diagnosticar	Total
ANDALUCÍA	8	-	-	2	1	-	3	-	-	-	5	5
ARAGÓN	5	-	-	-	-	-	-	-	-	2	3	5
ASTURIAS	2	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	2
BALEARES	2	-	-	-	1	-	1	-	-	-	1	1
CANARIAS	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	6
CANTABRIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
C. LA MANCHA	5	1	-	-	-	-	-	-	-	2	2	4
CASTILLA Y LEÓN	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
CATALUÑA	9	-	-	-	1	-	1	-	1	3	4	8
C. VALENCIANA	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2
EXTREMADURA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
GALICIA	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2
MADRID	5	-	-	2	-	-	2	-	-	1	2	3
MURCIA	2	-	-	-	-	1	1	-	-	-	1	1
NAVARRA	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
PAIS VASCO	5	-	-	2	1	-	3	-	-	-	2	2
LA RIOJA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
CEUTA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
MELILLA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
TOTAL	54	1	0	6	4	1	11	0	4	8	30	42

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

CLASIFICACIÓN DE LOS CASOS SOSPECHOSOS DE RUBEOLA

Tabla 11. Casos acumulados desde el 02/01/2023 hasta el 31/12/2023 (Semana 52)

CC.AA	Casos notificados	En Investigación	Casos Confirmados				Casos descartados				
	Total	Total	Laboratorio	Vínculo	Clínica	Total	Sarampión	Casos Vacunales	Otro Diagnóstico	Sin Diagnosticar	Total
ANDALUCIA	3										3
ARAGÓN											
ASTURIAS											
BALEARES											
CANARIAS	1								1		
CANTABRIA											
C. LA MANCHA											
CASTILLA Y LEÓN											
CATALUÑA	2										2
C. VALENCIANA											
EXTREMADURA											
GALICIA											
MADRID											
MURCIA											
NAVARRA											
PAIS VASCO											
LA RIOJA											
CEUTA											
MELILLA											
TOTAL	6								1		5

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

Vigilancia centinela de Infección Respiratoria Aguda en Atención Primaria (IRAs) y en Hospitales (IRAG) Gripe, COVID-19 y VRS. Semana 52/2023 (del 25 al 31 de diciembre de 2023) [Informe](#)

La gripe circula con mayor intensidad que el resto de virus respiratorios y se asocia a tasas de incidencia en Atención Primaria y de hospitalización por gripe en creciente pendiente de ascenso. La actividad de COVID-19 y de infección por VRS tiende a la estabilización en Atención Primaria, pero se mantiene con una tendencia creciente en el ámbito hospitalario.

En la semana 52/2023, las tasas de IRAs en Atención Primaria muestran una evolución con tendencia a la estabilización, en el rango de lo observado en la temporada previa, mientras que la hospitalización por IRAG presenta una pendiente de ascenso mayor que el mismo periodo de la temporada 2022-23. En estos momentos circulan en la comunidad gripe, SARS-CoV-2 y VRS simultáneamente, si bien la mayor intensidad de circulación se observa en gripe, con un porcentaje de muestras positivas que asciende a 46% (frente a 27% en la semana previa), mayor que el pico de positividad semanal a gripe de la temporada 2022-23 (36%). Esta circulación viral se asocia a tasas de incidencia de gripe en Atención Primaria y en hospitales en pendiente de ascenso continuado desde hace varias semanas. En el caso de COVID-19 y de infección por VRS, mientras se observan tasas de incidencia en Atención Primaria con tendencia a la estabilización, las tasas de hospitalización se mantienen todavía en ascenso, especialmente en el grupo de 80+ años para COVID-19 y de menores de 1 año para VRS.

- **Infección Respiratoria Aguda en Atención Primaria (IRAs):** La tasa global en la semana 52/2023 aumenta a 952,9 casos/100.000 h (921,7 casos en la semana previa). Por grupos de edad, las mayores tasas de IRAs en Atención Primaria se dan en el grupo de los menores de 1 año (4.154,7 casos/100.000 h), seguido del grupo de 1-4 años de edad (2.622,9 casos/100.000 h). La tasa de síndrome gripal se mantiene en ascenso, mientras que la de bronquiolitis desciende.
- Esta semana el porcentaje de positividad a SARS-CoV-2 desciende a 10,8% (15,4% en la semana previa) y también para VRS que desciende a 10,3% (14,1% en la semana previa), mientras que para gripe aumenta a 46% (27,1% en la semana previa). Desde el inicio de la temporada se han analizado 9.479 muestras de IRAs para el diagnóstico de gripe, 9.547 para SARS-CoV-2 y 9.449 para VRS, con un 10,6%, 12,8% y 7,9% de positividad, respectivamente. El 98,9% de los virus gripales identificados son de tipo A (26,7% de AH3N2 y 73,3% de A(H1N1)pdm09 entre los subtipados) con un **37,1%** de virus A no subtipado.
- Las variantes de SARS-CoV-2 identificadas en mayor proporción en los casos de IRAs en atención primaria han sido XBB.1.5-like + F456L (48,51%), seguida de BA.2.86 (22,76%) y XBB.1.5-like (15,67%) La variante predominante en las últimas semanas ha sido BA.2.86 (74,29%).
- **Infección Respiratoria Aguda Grave en Hospitales (IRAG):** La tasa global en la semana 52/2023 aumenta con 28,7 casos/100.000 h (21 casos en la semana previa). Por grupos de edad, las mayores tasas de hospitalización esta semana se observan en los adultos de 80 o más años (191,4 casos/100.000 h), seguido del grupo de los menores de un año (168,7 casos/100.000 h).
- Esta semana la positividad a gripe de los IRAG seleccionados sistemáticamente aumenta a 33,2% (vs 27,9% en la semana previa), para SARS-CoV-2 es 12% (vs 11,2% en la semana previa) y para VRS de 18% (vs 20,6% en la semana previa). Desde el inicio de la temporada se han analizado 3.566 muestras de IRAG para el diagnóstico de gripe, 3.729 para SARS-CoV-2 y 3.466 para VRS, con una positividad de 12,3%, 12,7% y 14,8%,

para gripe, SARS-CoV-2 y VRS, respectivamente. Entre los 438 virus gripales identificados, 380 son de tipo A, (30,1% de AH3N2 y 69,9% de A(H1)pdm09 entre los subtipados), con un **58,3%** de virus A no subtipado.

- **Gripe:** La **incidencia de gripe en Atención Primaria** mantiene su pendiente de ascenso, y su aumento se manifiesta en todos los grupos de edad. La **tasa de hospitalización** en la semana 52/2023 es de 9,5 casos/100.000h (5,9 casos en la semana previa), y asciende desde la semana 44/2023. Por grupos de edad, en la semana 52/2023 las mayores tasas de hospitalización se observan en el grupo de los adultos de 80 o más años (62 casos/100.000 h).
- **COVID-19:** La **incidencia de COVID-19 en Atención Primaria** presenta fluctuaciones y las mayores tasas se observan en los adultos de 65 o más años. La **tasa de hospitalización** por COVID-19 en la semana 52/2023 se sitúa en 3,5 casos/100.000 h (2,4 casos en la semana previa) y se observa un aumento desde las últimas cinco semanas. Por grupos de edad, las mayores tasas de hospitalización se observan en los adultos de 80 o más años (37,5 casos/100.000 h) y en los menores de un año (11,8 casos/100.000 h).
- La variante de SARS-CoV-2 identificada en mayor proporción en los casos de IRAG en hospitales es la XBB.1.5-like + F456L (58,06%), seguida de XBB.1.5-like (20,97%). La variante predominante en las últimas semanas ha sido la XBB.1.5-like + F456L (58,06%).
- **Virus Respiratorio Sincitial (VRS):** La tasa de infección por VRS en Atención Primaria presenta un descenso desde la semana pasada que se manifiesta en los grupos de menores de un año y de 1-4 años. Sin embargo, en hospitales se mantiene el ascenso de la **tasa de hospitalización por infección por VRS** y en la semana 52/2023 se sitúa en 5,2 casos/100.000 h (4,3 casos en la semana previa). Por grupos de edad, las mayores tasas de hospitalización se observan en el grupo de los menores de un año (93,7 casos/100.000 h).
- Se recomienda aumentar el subtipado de los virus de la gripe A, especialmente los identificados en muestras de IRAG en hospitales.

Vigilancia sindrómica

IRAs en Atención Primaria

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

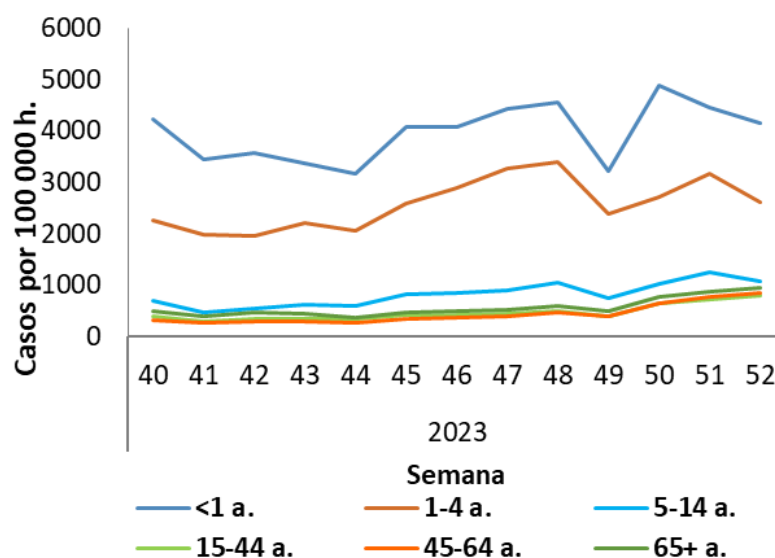


Figura 2. Evolución de la positividad a gripe, SARS-CoV-2 y VRS en los casos de IRAs. SiVIRA, temporada 2023-24.

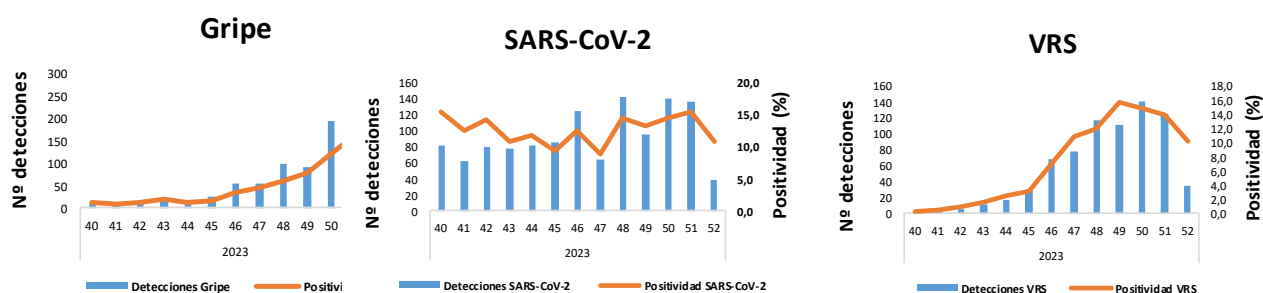
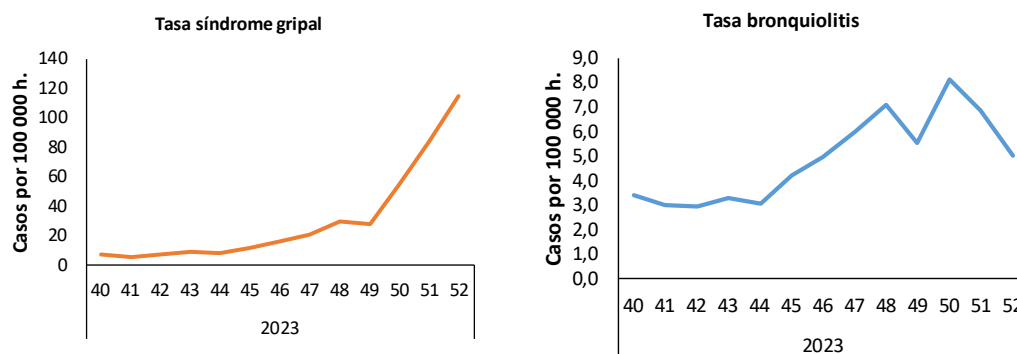


Figura 3. Evolución de las tasas de incidencia semanal de síndrome gripal y bronquiolitis. Vigilancia centinela de IRAs. SiVIRA, temporada 2023-24.



IRAG en hospitales

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

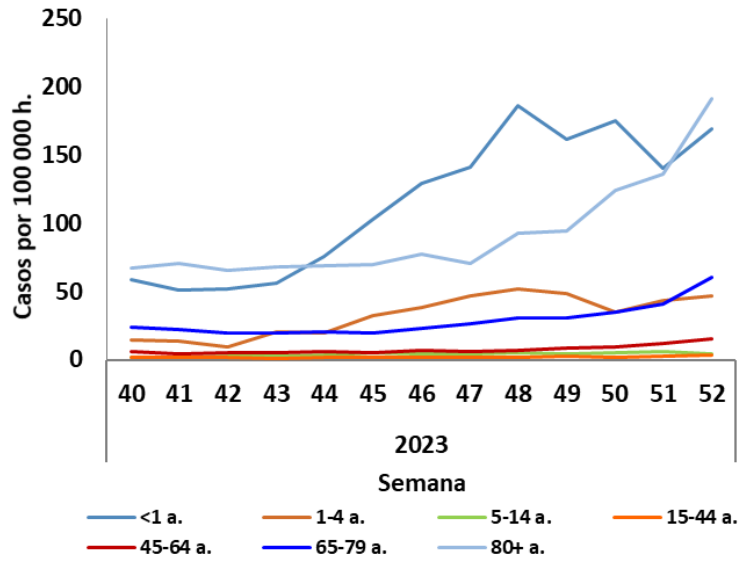
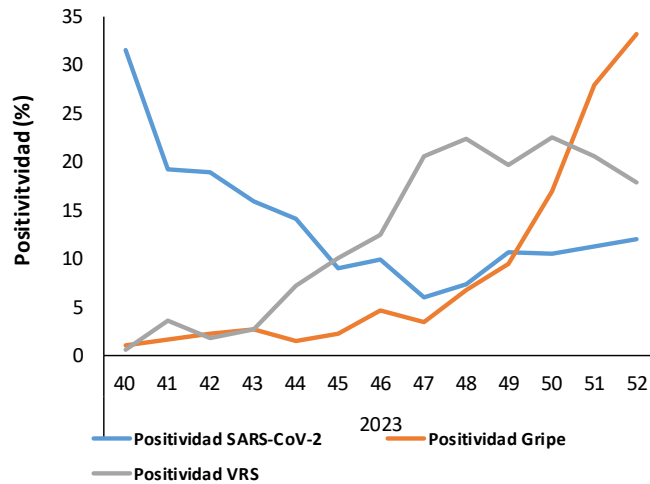


Figura 5. Evolución de la positividad a gripe, SARS-CoV-2 y VRS en los casos IRAG en hospitales. SiVIRA, temporada 2023-24.

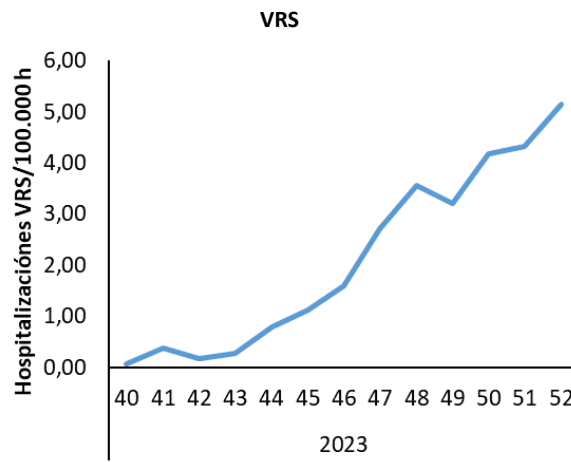
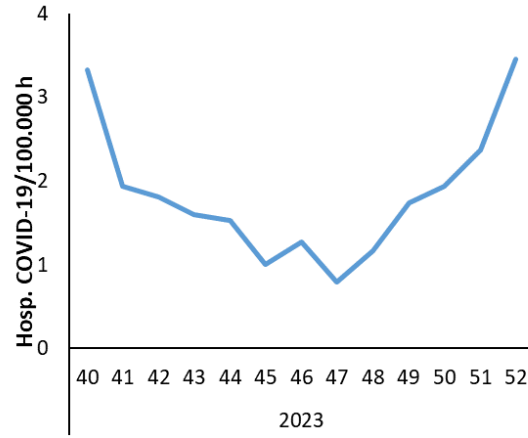
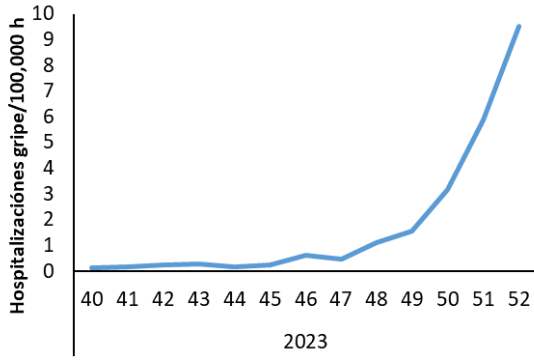


Vigilancia centinela de gripe, COVID-19 y VRS en hospitales

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

Gripe

SARS-CoV-2



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO SEMANAL (BES), vol. 4 2023

El pasado 22 de diciembre de 2023, se publicó el último volumen del Boletín Epidemiológico Semanal (BES). Disponible en: [Vol. 31 Núm. 4 \(2023\): Semanas 40-52 | Boletín Epidemiológico Semanal \(isciii.es\)](#)

Resumen de los contenidos publicados:

- **Resultados de la vigilancia de las enfermedades transmisibles notificadas a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) en 2022**

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. Se presentan los resultados de la vigilancia de las enfermedades transmisibles para el año 2022 realizada por los servicios de vigilancia de las comunidades y ciudades autónomas (CCAA). El Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias (CCAES) del Ministerio de Sanidad coordina a las CCAA para llevar a cabo esta actividad y la gestión de la información la realiza el Centro Nacional de Epidemiología (CNE) del Instituto de Salud Carlos III de acuerdo a los protocolos de la RENAVE.

Se puede consultar en: [Resultados de la vigilancia de las enfermedades transmisibles notificadas a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica \(RENAVE\) en 2022 | Boletín Epidemiológico Semanal \(isciii.es\)](#)

- **Estudio epidemiológico del dengue en España, año 2022**

Introducción: El dengue es una enfermedad humana principalmente importada en España, transmitida por la picadura de mosquitos *Aedes*. Debido a la presencia de *Aedes albopictus*, existe riesgo de transmisión autóctona en nuestro territorio. El objetivo del estudio fue conocer la situación epidemiológica del dengue en España en 2022.

Método: Análisis descriptivo de los casos de dengue notificados a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica en 2022. Se analizaron variables sociodemográficas (edad, sexo, lugar de nacimiento y de residencia, comunidad autónoma de notificación), clínicas (gravedad, hospitalización, defunción, fecha de síntomas) y de exposición (país, motivo de estancia). Se describió la distribución temporal desde 2016 y se calcularon las tasas de notificación (TN) según la comunidad autónoma.

Resultados: Hubo 503 casos notificados, 358 confirmados y ninguno autóctono en residentes en España. Entre 2016 y 2022 los máximos fueron en 2022 y 2019 y mínimos en 2020 y 2021. Las TN más elevadas correspondieron a Cataluña (2,31), Navarra (2,12), País Vasco (1,88) y Madrid (1,51). La mayoría de casos ocurrieron en verano, con máximo en agosto (33,3%). La región más frecuente de contagio fue América latina (82%), especialmente Cuba (66,4%), en viajeros por turismo. El 73% de los casos virémicos estuvieron en CCAA con *Ae. albopictus* durante su período de actividad. Hospitalizaron el 30% y no se notificaron defunciones.

Conclusiones: el número de notificaciones en 2022 ha alcanzado el máximo del período, con predominio en verano y zonas con presencia de vector, lo que condiciona la probabilidad de casos autóctonos. La mayoría de casos procedían de Cuba, han sido leves y han presentado buena evolución.

Se puede consultar en: [Estudio epidemiológico del dengue en España, año 2022 | Boletín Epidemiológico Semanal \(isciii.es\)](#)

- **Situación de la tularemia en España en el año 2022. Una visión en el contexto del último quinquenio (2018-2022)**

Introducción: La tularemia es una zoonosis causada por *Francisella tularensis*; agente altamente virulento, tanto para personas como para muchas especies animales, superando a cualquier otro microorganismo zoonótico conocido. El objetivo fue describir la epidemiología de esta enfermedad en España durante 2022 en el contexto del último quinquenio (2018-2022).

Método: Análisis descriptivo de los casos autóctonos con diagnóstico tularemia en España entre los años 2018-2022, a partir de la notificación a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). Las variables analizadas fueron: sexo, edad (decenios), comunidad autónoma (CA) de residencia, CA de exposición y clasificación del caso (probable o confirmado).

Resultados: Durante el período 2018-2022 se notificaron 227 casos de tularemia, (tasa de incidencia por 100.000 hab., TI = 0,09). Destaca el aumento de la TI en 2019 (TI = 0,40) por un brote declarado en Castilla y León. El número de casos y la TI siempre fue mayor en hombres a lo largo de todo el periodo. El grupo de edad con la mayor TI fue el de 50-59 años (TI = 0,18).

Conclusiones: En el periodo estudiado y, específicamente en el año 2022, la mayoría de los casos se detectaron en hombres de 40 a 60 años. El gran aumento de casos del año 2019 se debió al brote de Castilla y León, donde se concentraron más del 90% de los casos declarados. Es esencial mantener los esfuerzos de control de la enfermedad y medidas preventivas para evitar futuros brotes.

Se puede consultar en: [Situación de la tularemia en España en el año 2022. Una visión en el contexto del último quinquenio \(2018-2022\) | Boletín Epidemiológico Semanal \(isciii.es\)](#)

- **Situación epidemiológica de la hepatitis A en España. Años 2021 y 2022.**

Introducción: El virus de la hepatitis A, que produce una infección aguda del hígado, tiene como vías de transmisión la ingestión de agua o alimentos o el contacto directo persona-persona (especialmente entre contactos estrechos, como convivientes u otros contextos específicos como guarderías u hombres que tienen sexo con hombres - HSH). El objetivo de este estudio fue describir la evolución temporal y las características epidemiológicas de la hepatitis A en los años 2021 y 2022 en España, comparándolos con los datos de años previos (periodo 2015-2020).

Método: Se analizaron los casos de hepatitis A notificados a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) durante el periodo 2015-2022, calculándose las incidencias acumuladas (IA) anuales, global y por sexo y grupos de edad. También se describieron las principales características de los brotes de los años 2021-2022.

Resultados: La IA en los años 2021 y 2022 fue de 0,41 y 0,53 respectivamente, inferiores a las notificadas en años previos. No se observaron grandes diferencias en la distribución entre hombres y mujeres. En el 2021, el grupo de población que presentó mayores IA fueron los adultos > 44 años, mientras que en el año 2022 fue la población de 0-14 años. En los años 2021 y 2022 la IA en población menor de 44 años fue inferior comparando con el 2015, mientras que para la población mayor de esa edad no se observaron grandes diferencias.

Conclusiones: Las IA de hepatitis A durante los años 2021-2022 fueron las mínimas registradas durante el periodo de estudio, con un descenso importante con respecto a años previos especialmente en población infantil y en individuos de 15 a 44 años, posiblemente debido a cambios en la epidemiología de la enfermedad por la pandemia de COVID-19 y la situación excepcional del brote de los años 2016-2017.

Se puede consultar en: [Situación epidemiológica de la hepatitis A en España. Años 2021 y 2022 | Boletín Epidemiológico Semanal \(isciii.es\)](#)

- **Riesgo de transmisión de citomegalovirus congénito en el área norte de Madrid**

Introducción: El citomegalovirus (CMV) es la causa más común de infección congénita en los países desarrollados. La avidez de CMV-IgG puede ser útil para el manejo de la gestación.

Método: Estudio retrospectivo de gestantes con CMV-IgM+ e IgG+ en el primer trimestre del embarazo controladas en el Hospital La Paz (Madrid) entre 2018 y 2022.

Resultados: Se incluyeron 98 gestantes. La avidez de CMV-IgG fue baja en 63 casos (64%). Se realizó amniocentesis en 62 casos y 12 (19,3%) tuvieron CMV-PCR positiva e infección fetal. Cinco recién nacidos presentaron síntomas al nacer (7,9%). Entre las gestantes con alta avidez (n=35), se realizó amniocentesis en 19 (54%), siendo todas negativas y teniendo todos PCR de CMV en orina negativa al nacimiento. El riesgo de transmisión vertical fue significativamente menor en comparación con las gestantes con baja avidez de IgG ($p < 0,0001$).

Conclusiones: En el área Norte de Madrid, la mayoría de las infecciones por CMV son primoinfecciones. El riesgo de CMV congénito es muy bajo cuando la avidez de IgG es alta (reactivación o enfermedad latente) en el primer trimestre.

Se puede consultar en: [Riesgo de transmisión de citomegalovirus congénito en el área norte de Madrid | Boletín Epidemiológico Semanal \(isciii.es\)](#)

- **Enfermedad Neumocócica Invasiva en España en 2022**

Introducción: El objetivo del estudio fue describir la epidemiología de la enfermedad neumocócica invasiva (ENI) en España durante 2022 y su comparación con años anteriores.

Método: Análisis epidemiológico descriptivo de los casos de ENI notificados a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). Las variables analizadas fueron: sexo, edad, fecha de inicio de síntomas, lugar de residencia, defunción y serotipo del *Streptococcus pneumoniae*.

Resultados: Se notificaron 3.135 casos de ENI, con una tasa de incidencia por 100.000 habitantes (TI) de 6,58. La incidencia fue más elevada en los menores de 1 año (TI de 24,89) y en el grupo de 1 a 4 años (TI de 18,42). Los serotipos 8 y 3 causaron el 42,7% de las ENI en las que se notificó el serotipo. En los grupos de menores de 1 año y de 1 a 4 años un 29,8% y un 34,4% de las ENI, fueron causadas, respectivamente, por serotipos incluidos en PCV13 (un 47,1% y 78,8 %, respectivamente, fueron causados por el serotipo 3). En el grupo de edad de 65 y más años, el 70,2% de las ENI fueron causadas por serotipos incluidos en PPV23. El 36,8% y el 64,8% de las ENI fueron causadas por los serotipos incluidos en PCV15 y PCV20, respectivamente.

Conclusiones: La TI respecto al año 2021 se incrementó en todos los grupos de edad, pero fue inferior a las TI pre pandémicas, excepto en los grupos de edad 1 a 4 y de 5 a 14 años, en los que la TI fue superior. Los serotipos 8 y 3 fueron causantes del 42,7% de las ENI con serotipo conocido.

Se puede consultar/ disponible en: [Enfermedad Neumocócica Invasiva en España en 2022 | Boletín Epidemiológico Semanal \(isciii.es\)](#)

- **Brotos de COVID-19 en centros residenciales de mayores durante los períodos de predominancia de variante Delta y Ómicron de España.**

Introducción: Durante toda la pandemia de COVID-19 se han notificado numerosos brotes de SARS-CoV-2 en centros residenciales de mayores a nivel mundial, incluso tras conseguirse altas coberturas vacunales, especialmente con la llegada de la variante Ómicron.

El objetivo de este estudio es caracterizar aquellos brotes notificados voluntariamente durante los períodos de predominio circulante de las variantes Delta y Ómicron en España y comparar tasas de infección, hospitalización y fallecimiento en residentes y trabajadores entre ambos periodos.

Método: La información ha sido recogida siguiendo el protocolo desarrollado por el Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC). Se ha realizado un análisis descriptivo de brotes notificados de junio-2021 a agosto-2022. Se han calculado tasas de ataque (TA) y porcentaje de hospitalización y fallecimientos por periodo Delta u Ómicron para residentes y trabajadores.

Resultados: Se han estudiado 405 brotes que afectaron a 6.389 residentes y 1.859 trabajadores. 98,5% de los casos en residentes y 96% en trabajadores tenían la pauta vacunal primaria completa. La tasa de ataque (TA) en residentes y en trabajadores fue superior durante el período Ómicron (25,1% vs 15,5% y 10,8% vs 5,9%, respectivamente). El porcentaje de casos graves (hospitalizados y exitus) fue menor en el periodo Ómicron (en residentes y trabajadores).

Conclusiones: El periodo Ómicron se caracteriza por una alta transmisibilidad con brotes con mayores TA que el periodo Delta, pero menor gravedad (hospitalizaciones y exitus), tanto para residentes como para trabajadores.

Se puede consultar en: [Brotes de COVID-19 en centros residenciales de mayores durante los periodos de predominancia de variante Delta y Ómicron en España | Boletín Epidemiológico Semanal \(isciii.es\)](#)

Los números anteriores se pueden revisar en:

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