

SUMARIO

Situación de las enfermedades de declaración obligatoria en Navarra en 2014	1
Brotos epidémicos	8

SITUACIÓN DE LAS ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA EN NAVARRA EN 2014

La vigilancia epidemiológica de las enfermedades de declaración obligatoria (EDO) en Navarra cubre a toda la población e incluye todos los casos notificados por médicos de atención primaria y de hospitales, tanto de la red asistencial pública como de centros privados, del centro penitenciario y de sanidad militar. La notificación de los médicos es completada mediante la revisión de los resultados de los laboratorios de microbiología. Puesto que la red pública de atención primaria supone una proporción muy importante de las notificaciones, la implantación de la notificación automática de las EDO desde su sistema informático ha contribuido al aumento de la cobertura y a la reducción de los tiempos de notificación.

En la Tabla I se presenta el número de casos de cada enfermedad declarados desde 2009 hasta 2014, junto con el índice epidémico de 2014. En la Tabla II se muestran las tasas de incidencia por 100.000 habitantes.

La notificación desde atención primaria a través de la historia clínica informatizada informa sobre los diagnósticos clínicos de sospecha y es complementada con la información más específica que proporcionan los laboratorios de microbiología.

A continuación se comenta la situación epidemiológica de estas enfermedades.

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN RESPIRATORIA

Gripe: En 2014 se notificaron 14.304 casos de síndrome gripal, lo que supone una tasa de 22,3 por 1000 habitantes. Esta incidencia fue similar a la del promedio de los 5 años previos (I.E.: 1,1). La onda gripal de la temporada 2012–2013 tuvo una intensidad alta, con un pico de 507 casos por 100.000 habitantes en la semana 3 (mediados de enero de 2014). El 58% de las muestras procesadas en laboratorio se confirmaron para gripe: 59,7% para el virus A(H3N2), 40,0% para el virus A(H1N1)pdm, y 0,3% para gripe B (0,3%).

Varicela: Su incidencia se situaba en torno a 5000 casos anuales hasta 2006. En 2007 se introdujo esta vacuna de la varicela en el calendario de inmunizaciones infantiles de Navarra, iniciándose un rápido descenso en la incidencia. En 2014 se notificaron 131 casos (20,4 por 100.000 habitantes) (Figura 1).

Figura 1. Casos de varicela, 2005–2014

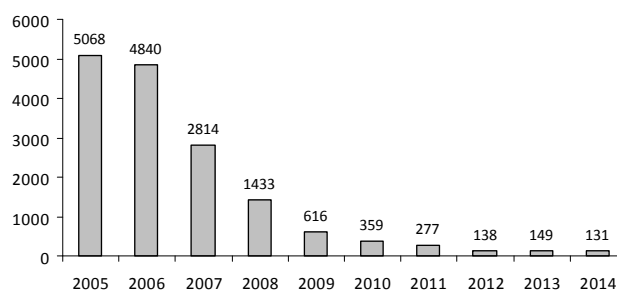


Tabla I. CASOS E INDICE EPIDÉMICO DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA. NAVARRA. 2009-2014

ENFERMEDADES	2009	2010	2011	2012	2013	2014	I.E.
Enfermedades de Transmisión Alimentaria							
Botulismo	0	0	0	0	0	1	--
Cólera	0	0	0	0	0	0	--
Disentería Bacilar	10	6	5	5	12	4	0,7
Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	0	2	0	0	1	1	--
Listeriosis	6	5	2	7	7	10	1,7
Triquinosis	0	0	0	0	0	0	--
Enfermedades de Transmisión Respiratoria							
Enfermedad Meningocócica	19	12	13	7	4	6	0,5
Enf. neumocócica invasiva	86	67	70	73	56	63	0,9
E. invasiva <i>H influenzae</i> tipo b	2	2	1	0	0	0	--
Síndromes gripales	28.052	4.261	12.073	13.568	13.821	14.304	1,1
Legionelosis	31	15	17	27	21	14	0,7
Tuberculosis Respiratoria*	61	45	66	58	46	44	0,9
Otras Tuberculosis*	18	14	17	18	9	15	0,9
Varicela	616	359	277	138	149	131	0,4
Enfermedades de Transmisión sexual							
Infección Gonocócica	30	31	52	35	44	51	1,5
Sífilis	34	39	36	32	41	38	1,1
Enfermedades Prevenibles por Inmunización							
Difteria	0	0	0	0	0	0	--
Parotiditis	69	57	337	876	88	49	0,6
Poliomielitis	0	0	0	0	0	0	--
Rubéola	2	0	1	1	0	0	0
Sarampión	0	3	2	10	1	0	0
Tétanos	0	0	0	0	1	0	--
Tos ferina	4	3	21	32	51	33	1,6
Hepatitis Víricas							
Hepatitis A	31	13	7	4	3	10	1,4
Hepatitis B	7	23	16	10	6	11	1,1
Otras Hepatitis	1	5	1	3	7	2	0,7
Sida							
Sida*	9	13	7	16	11	11	1,0
Zoonosis							
Brucelosis	1	3	1	3	4	1	0,3
Hidatidosis*	4	15	12	8	5	0	0
Leishmaniasis	0	1	0	2	2	2	2,0
Rabia	0	0	0	0	0	0	--
Fiebre Q	5	3	5	0	2	2	0,7
Carbunco	0	0	0	0	0	0	--
Tularemia	0	0	0	0	0	0	--
Enfermedades Importadas							
Fiebre Amarilla	0	0	0	0	0	0	--
Fiebres hemorrágicas virales	2	9	0	0	1	5	5,0
Paludismo	14	19	9	20	17	12	0,7
Peste	0	0	0	0	0	0	--
Tifus Exantemático	0	0	0	0	0	0	--

Índice Epidémico (I.E.) para una enfermedad es la razón entre el número de casos declarados en el periodo y la mediana del quinquenio anterior. 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. En enfermedades de baja incidencia este índice no es de utilidad dado que pequeñas oscilaciones en el número de casos producen grandes variaciones de dicho índice.
*Pendiente de revisar las altas hospitalarias.

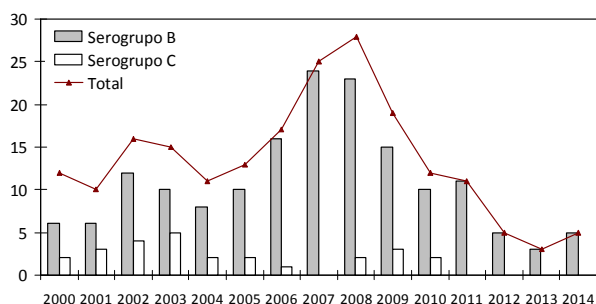
Tabla II. TASAS DE INCIDENCIA DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA POR 100.000 HABITANTES. NAVARRA 2009-2014

ENFERMEDADES	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Enfermedades de Transmisión Alimentaria						
Botulismo	0	0	0	0	0	0,16
Cólera	0	0	0	0	0	0
Disentería Bacilar	1,59	0,94	0,78	0,78	1,86	0,62
Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	0	0,31	0	0	0	0,16
Listeriosis	0,95	0,79	0,31	1,09	1,09	1,56
Triquinosis	0	0	0	0	0	0
Enfermedades de Transmisión Respiratoria						
Enfermedad Meningocócica	3,01	1,88	2,02	1,09	0,62	0,94
Enf. neumocócica invasiva*	13,64	10,52	11,9	11,33	8,69	9,84
Enf. invasiva <i>H influenzae</i> tipo b	0,32	0,31	0,16	0	0	0
Síndromes gripales	4449	669	1880	2105	2145	2232
Legionelosis	4,92	2,36	2,65	4,19	3,26	2,18
Tuberculosis Respiratoria*	9,67	7,07	10,28	9,00	7,14	6,87
Otras Tuberculosis*	2,85	2,20	2,65	2,79	1,40	2,34
Varicela	97,69	56,36	43,14	21,41	23,12	20,44
Enfermedades de Transmisión sexual						
Infección Gonocócica	4,76	4,87	8,10	5,43	6,83	7,96
Sífilis	5,39	6,12	5,61	4,96	6,36	5,93
Enfermedades Prevenibles por Inmunización						
Difteria	0	0	0	0	0	0
Parotiditis	10,94	8,95	52,49	135,91	13,65	7,65
Poliomielitis	0	0	0	0	0	0
Rubéola	0,32	0	0,16	0,16	0	0
Sarampión	0	0,47	0,31	1,55	0,16	0
Tétanos	0	0	0	0	0,16	0
Tos ferina	0,63	0,47	3,27	4,96	7,91	5,15
Hepatitis Víricas						
Hepatitis A	4,92	2,04	1,09	0,62	0,47	1,56
Hepatitis B	1,11	3,61	2,49	1,55	0,93	1,72
Otras Hepatitis	0,16	0,79	0,16	0,47	1,09	0,31
Sida						
Sida*	1,43	2,05	1,09	2,48	1,70	1,72
Zoonosis						
Brucelosis	0,16	0,47	0,16	0,47	0,62	0,16
Hidatidosis*	0,63	2,36	1,87	1,24	0,78	0
Leishmaniasis	0	0,16	0	0,31	0,31	0,31
Rabia	0	0	0	0	0	0
Fiebre Q	0,79	0,47	0,78	0	0,31	0,31
Carbunco	0	0	0	0	0	0
Tularemia	0	0	0	0	0	0
Enfermedades Importadas						
Fiebre Amarilla	0	0	0	0	0	0
Fiebres hemorrágicas virales	0,32	1,41	0	0	0,16	0,78
Paludismo	2,22	2,98	1,40	3,10	2,64	1,87
Peste	0	0	0	0	0	0
Tifus Exantemático	0	0	0	0	0	0

*Pendiente de revisar las altas hospitalarias.

Enfermedad Meningocócica: Durante 2014 se notificaron 6 casos de enfermedad meningocócica en Navarra (0,94 casos por 100.000 habitantes; I.E. 0,5), y se mantiene una baja similar a la de los dos años anteriores. Cinco de los casos fueron del serogrupo B y en uno no se pudo obtener el serogrupo. Cinco casos se diagnosticaron en niños menores de 5 años y el sexto caso en un paciente mayor de 75 años. No se produjo ningún fallecimiento. Aunque existe una vacuna frente a *Neisseria meningitidis serogrupo B*, esta no está incluida calendario de inmunizaciones infantiles (Figura 2).

Figura 2. Casos de enfermedad meningocócica invasiva según serogrupo

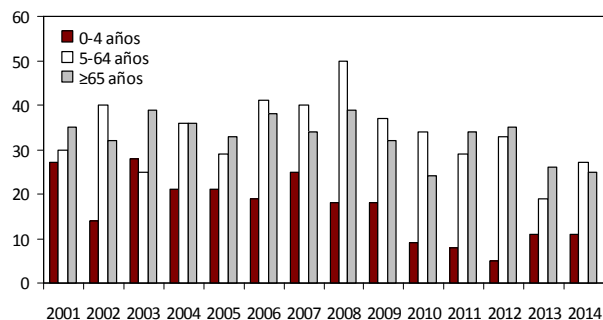


Enfermedad Neumocócica Invasiva: En 2014 se registraron 63 casos, lo que supone una incidencia de 9,8 por 100.000 habitantes. En la figura 3 se presenta la tendencia de casos de enfermedad neumocócica invasiva por grupos de edad desde 2001. En este tiempo se han utilizado varias vacunas para prevenir esta enfermedad, tanto en niños como en adultos. No obstante, hasta 2009 apenas se habían detectado cambios importantes en la incidencia de enfermedad neumocócica invasiva en Navarra. En 2010 se comenzó a utilizar la vacuna conjugada 13 valente, iniciándose un descenso en la incidencia en niños menores de 5 años. Este descenso se ha interrumpido desde 2013. En los grupos mayores de 5 años la incidencia descendió en 2013 y se ha estabilizado en 2014.

Enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*: hubo 5 aislamientos de muestras invasivas, pero ninguno correspondió al tipo b frente al cual va dirigida la vacuna.

Legionelosis: En 2014 se notificaron 14 casos de legionelosis confirmados por detección de antígeno en orina (2,18 por 100.000 habitantes). El 85,7% eran varones. El rango de edad osciló entre 48 y 91 años, y el 42,8% eran mayores de 65 años. No se produjo ningún fallecimiento.

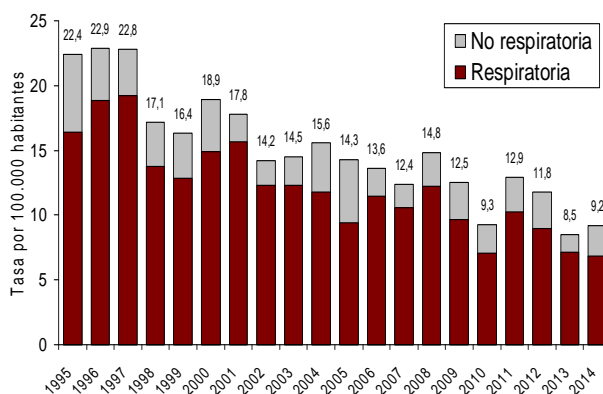
Figura 3. Casos anuales de enfermedad neumocócica Invasiva según grupos de edad



Tuberculosis: En 2014 se notificaron 44 casos de *Tuberculosis respiratoria* (6,87 por 100.000 habitantes, I.E.: 0,9) y 15 casos de *Tuberculosis* de localización no respiratoria (2,34 por 100.000 habitantes, I.E.: 0,9). Considerada globalmente, la incidencia de *Tuberculosis* en todas sus formas clínicas fue de 9,21 casos por 100.000 habitantes, (I.E.: 0,9). El 45% de los casos se diagnosticaron en personas que habían nacido fuera de España. El 5,6% de los casos tenían infección por el VIH.

El 47,5% de los casos de *Tuberculosis* se presentaron en varones. Por edad, el 19% fueron mayores de 64 años, un 20% tenían entre 45 y 64 años, un 37% entre 25 y 44 años, un 15% entre 15 y 24 años, y el 9% restante eran menores de 15 años. Predominaron los casos de localización pulmonar/pleural (71%), y entre ellos, el 46% eran bacilíferos. Cuatro de las cepas aisladas resultaron resistentes a tuberculostáticos de primera línea (dos a INH, una a INH-RIF-ETM y una a INH-RIF-STM-ETM-PZA). En 2 casos se produjo el fallecimiento por enfermedades preexistentes.

Figura 4. Incidencia de tuberculosis 1995-2014



ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN ALIMENTARIA O QUE CURSAN CON GASTROENTERITIS AGUDA

Gastroenteritis aguda: Las gastroenteritis agudas son, junto con las enfermedades respiratorias, los procesos infecciosos más frecuentes en la población. En 2014 consultaron en atención primaria 13.281 casos de gastroenteritis aguda (21 por 1000 habitantes), un 10% más que los 12.050 casos del año anterior. Al igual que otros años, las gastroenteritis agudas presentaron una estacionalidad con la mayor incidencia en otoño y menor incidencia en verano, lo que sugiere una etiología predominantemente viral y relacionada con el retorno a las clases después del verano (Figura 6). Este ascenso se observó principalmente en niños y adultos jóvenes. El 8,9% de los niños menores de 5 años consultaron por gastroenteritis aguda a lo largo del 2014. En niños mayores de 5 años y adultos jóvenes la tasa de consultas por esta causa superó el 2%, y a partir de 45 años consultaron en torno al 1% (Figura 7).

Figura 6. Número de consultas semanales por gastroenteritis aguda

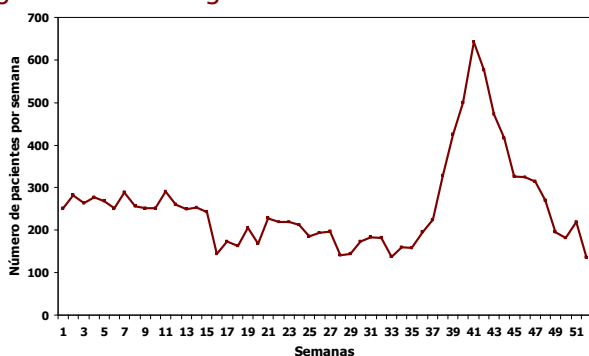
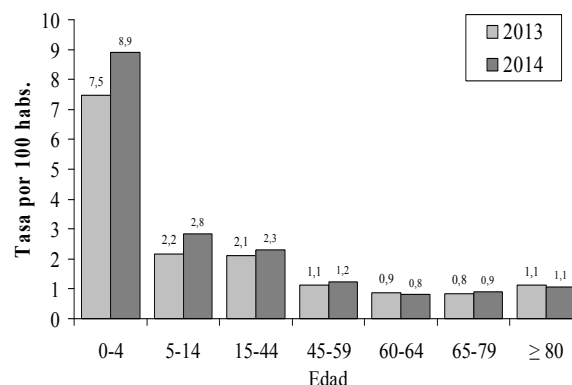


Figura 7. Incidencia de gastroenteritis agudas vistas en atención primaria según edad. Comparación de 2013 y 2014



Durante 2014 se aislaron microorganismos patógenos en 1906 muestras de heces de pacientes con diarrea. El 95% de las gastroenteritis agudas fueron producidas por nueve microorganismos. El agente infeccioso detectado más frecuentemente fue *Campylobacter* (33%), seguido por *Salmonella* (13%), *Rotavirus* (12%) y *Giardia* (11%). Entre la *Salmonella* predominó ligeramente *S typhimurium* sobre *S enteritidis*.

La frecuencia de los distintos agentes causales fue diferente en función de la edad. *Campylobacter* y *Salmonella* fueron causa frecuente de gastroenteritis en todos los grupos de edad. *Rotavirus* tuvo un patrón de afectación predominante en niños de 0 a 4 años, *Giardia* afectó a todas las edades, pero con una frecuencia decreciente con la edad. *Blastocystis hominis* afectó principalmente a población adulta (Tabla III).

TABLA III. AGENTES MÁS FRECUENTES DETECTADOS EN LOS CASOS DE DIARREA SEGÚN EDAD

	Edad en años					Total	
	0 - 4	5 - 14	15 - 44	45 - 64	≥ 65	Nº	%
<i>Campylobacter</i>	300	149	79	41	50	619	32,5
<i>Salmonella</i>	72	79	46	24	35	256	13,4
<i>Salmonella enteritidis</i>	31	27	27	9	15	109	5,7
<i>Salmonella typhimurium</i>	36	47	15	10	15	123	6,5
<i>Salmonella, otras</i>	5	5	4	5	5	24	1,3
<i>Aeromonas</i>	60	9	9	10	28	116	6,1
<i>Rotavirus</i>	223	3	4	2	2	234	12,3
<i>Adenovirus</i>	126	6	2	0	2	136	7,1
<i>Norovirus y Sapovirus</i>	34	8	20	9	7	78	4,1
<i>Cryptosporidium spp.</i>	52	24	1	0	0	77	4,0
<i>Giardia lamblia</i>	93	61	37	13	7	211	11,1
<i>Blastocystis hominis</i>	1	1	30	26	19	77	4,0
Otros	16	26	38	14	8	102	5,4
Total	977	366	266	139	158	1906	100,0

Disentería bacilar: En 2014 se notificaron 4 casos de shigelosis con confirmación microbiológica (0,62 casos por 100.000 habitantes, I.E.: 0,7). Tres de ellos tenían antecedente de viaje reciente a zonas endémicas (*Uzbekistan, Indonesia, Bolivia*). En los cuatro casos se aisló *Shigella sonnei*.

Listeriosis: Se declararon 10 casos (I.E.: 1,7), sin relación entre ellos, y el estudio epidemiológico de los casos no consiguió establecer el origen de los mismos.

Fiebre Tifoidea/paratifodea: Se notificó un caso importado de fiebre paratifodea por *Salmonella paratyphi A* en un viajero procedente de la India.

No se declararon casos de ***cólera, botulismo, ni triquinosis.***

ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES

Sarampión: En 2014 no se notificó ninguna sospecha de sarampión

En España se confirmaron 154 casos de sarampión en 2014, la gran mayoría en personas no inmunizadas, lo que demuestra la necesidad de mantener coberturas vacunales muy altas con dos dosis de vacuna triple vírica. Además es muy importante la notificación urgente de todo caso sospechoso para que se puedan implantar las medidas que controlen su propagación.

Esta enfermedad está sometida a un plan para su eliminación de la Organización Mundial de la Salud. Este plan implica la **declaración urgente de todo caso sospechoso**, considerando como tal a todo cuadro de rash generalizado con fiebre mayor de 38,3°C, y que curse además con uno de estos tres síntomas: tos, coriza o conjuntivitis. Todos los casos sospechosos han de ser estudiados para poder constatar con garantías la eliminación del *Sarampión*.

Rubéola: La rubéola también está sometida a un plan para su eliminación, por lo que todos los casos sospechosos deben ser estudiados. En 2014 no se detectaron casos de rubéola en Navarra.

Tos ferina: La incidencia de tos ferina ha disminuido respecto del año 2013, con 33 casos en 2014 (5,15 por 100.000 hab.; IE:

1,6). El 52% de los casos eran mujeres. El 27% eran menores de 5 años, el 27% tenían entre 5 y 14 años, el 9% entre 15 y 39 años y el 36% 40 años y más años. De los 6 casos en menores de 1 años, 5 no habían iniciado la vacunación o tenían la primo vacunación incompleta y uno tenía administradas tres dosis de vacuna. De los 12 casos comprendidos entre 1 y 14 años, 8 tenían la vacunación completa de acuerdo a su edad (3, 4 ó 5 dosis). En los 15 casos en adultos se desconocía es estado de vacunación.

La disponibilidad de la técnica de PCR ha facilitado la confirmación de casos y ha aumentado considerablemente la sensibilidad en el diagnóstico. La disponibilidad de esta técnica también ha facilitado el estudio de los contactos en torno a cada caso, con la posible detección de otros casos que podrían haber quedado sin diagnóstico.

El nuevo calendario de vacunaciones del adulto se incluye la vacunación de tos ferina a embarazadas, entre las semanas 28 a 36 de gestación, con una dosis de difteria-tétanos-pertusis acelular (dTpa) de carga reducida, con el fin de prevenir casos graves de tos ferina en lactantes menores de 6 meses, que por su edad, no han podido completar su primovacuna con difteria-tétanos-pertusis acelular (DTPa)

Parotiditis: En 2014 se mantuvo la tendencia descendente en la incidencia de parotiditis con 49 casos (7,65 por 100.000 habitantes, I.E.: 0,6).

No se ha notificado ningún caso de, ***Tétanos, Polio ni Difteria.***

ZOONOSIS

Hidatidosis: A través del sistema de enfermedades de declaración obligatoria no se ha notificado ningún caso de hidatidosis, aunque esto puede variar una vez se revisen las altas hospitalarias, dado que se trata de una enfermedad de diagnóstico eminentemente hospitalario.

Brucelosis: Se notificó un caso de brucelosis por una cepa aislada fue una cepa *B. abortus vacunal RB51*. El contagio se relacionó con la manipulación por parte de un profesional de una partida de vacunas destinadas al ganado,

ya que es esta cepa es la que contiene la vacuna y es excepcional que afecte a humanos.

Leishmaniasis: Se han notificado dos casos de leishmaniasis. El primero es un caso de leishmaniasis visceral (kala-azar) en una paciente inmunocomprometida que no refirió antecedente de viajes. El segundo es un caso de colitis por *Leishmania* en un paciente inmunodeprimido, que había vivido en países endémicos hacía más de 5 años.

Rabia: No se ha declarado ningún caso de *Rabia*. Se notificaron numerosas agresiones de animales. En la mayoría se pudo identificar al animal y descartar el riesgo de rabia, no siendo necesaria la profilaxis. Se administró profilaxis post exposición a seis personas que habían sufrido agresiones por animales en países endémicos de rabia. Además se administró profilaxis pre-exposición a dos personas que iban a trabajar con murciélagos.

Fiebre Q: Se notificaron dos casos esporádicos sin relación entre ellos.

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

En 2014 se notificaron 51 casos de **Infección Gonocócica**, (7,96 por 100.000 habitantes, I.E: 1,5), con un aumento respecto a la mediana de los cinco años previos. Predominaron los casos en hombres (82%), lo cual suele ser habitual, ya que en mujeres la gonococia cursa frecuentemente de forma subclínica. El 57% tenían menos de 30 años. Es de destacar que cinco casos se dieron en menores de 18 años, en edades entre 13 y 16 años. Es muy importante incidir en la importancia de la utilización del preservativo en los adolescentes, ya que se está observando en los últimos años un aumento de infecciones de transmisión sexual en jóvenes.

Se notificaron 38 casos de **Sífilis primaria o latente precoz** (5,93 por 100.000 habitantes; IE: 1,1), de los cuales el 76% ocurrieron en varones. La edad osciló entre 19 y 74 años.

Para avanzar en el control de las enfermedades de transmisión sexual, además del tratamiento del caso, se debe procurar el diagnóstico y tratamiento de la pareja. Ante la consulta por la sospecha de una enfermedad de transmisión sexual se deben descartar otras infecciones, ya que no es rara la coincidencia de más de una ni la infección subclínica.

HEPATITIS VÍRICAS

Hepatitis A: Durante 2014 se declararon 10 casos (1,56 por 100.000 habitantes; IE: 1,4); dos de los cuales tenían relación epidemiológica y antecedente de viaje a zona endémica. El 80% de los casos se dieron en hombres. El rango de edad osciló entre 4 y 55 años. El 50% de los casos tenía antecedente de viaje a zonas endémicas (Marruecos, Ecuador, Bolivia).

Hepatitis B: La incidencia de *Hepatitis B* aguda ha sido de 11 casos (1,72 por 100.000 habitantes; IE: 1,1). Nueve casos se produjeron en hombres (82%). Las edades oscilaron entre los 29 y 55 años. Ninguno de los casos estaba vacunado, aunque dos pertenecían a cohortes de nacimiento incluidas en los programas de vacunación en la infantil o adolescencia. No fue posible establecer el mecanismo de transmisión con seguridad, aunque las encuestas epidemiológicas reflejaron que dos casos tenían antecedente de viaje reciente a zona endémica, aunque no referían relación de riesgo, dos eran hombres con prácticas homosexuales, tres tenían infección por el VIH, y uno era conviviente de un caso de hepatitis B crónica.

La hepatitis B cuenta con una vacuna eficaz indicada en las poblaciones de riesgo y que se ha ofrecido en los programas de vacunación infantil a todas las cohortes nacidas desde 1980 (<35 años en 2015). Además de poner al día los calendarios vacunales retrasados, se recomienda vacunar a las parejas y convivientes de personas portadoras del virus, vacunar a las personas con conductas o factores de riesgo, incluidas aquellas que consulten por alguna enfermedad de transmisión sexual, e instaurar precozmente el protocolo de profilaxis post-exposición cuando se produzca una exposición accidental a sangre.

Una buena parte de los contagios de hepatitis B se producen por transmisión sexual, por lo que también se beneficiaría de las medidas preventivas comunes a otras enfermedades de transmisión sexual.

Hepatitis C: Durante 2014 se detectaron en Navarra 106 nuevos casos con anticuerpos frente al virus de la hepatitis C, un 22% más que los 87 nuevos casos detectados en 2013. En ninguno de los diagnósticos de 2014 hubo evidencias de laboratorio o epidemiológicas de que la infección hubiera sido adquirida

recientemente, frente a los 5 casos de infecciones recientes que se detectaron en 2013. Sólo dos tenían en el momento del diagnóstico manifestaciones clínicas de hepatitis, y el resto fueron detectados en analíticas realizadas por motivos diversos. En 26 la carga viral era indetectable, lo que indica que la infección podría haberse aclarado. De los 106 nuevos diagnósticos, 40 (38%) eran mujeres y 66 (62%) varones. El rango de edad fue entre 30 y 84 años, con mediana de 48 años.

Otras Hepatitis: *Se declararon dos casos de Hepatitis E.*

SIDA

En 2014 se diagnosticaron 11 casos nuevos de sida (1,72 por 100.000 habitantes), cifra similar a la del año anterior. Seis de estos casos no habían sido diagnosticados previamente de infección por el VIH, lo que evidencia el diagnóstico tardío de la infección y demuestra la existencia de una bolsa de personas infectadas que no se están beneficiando de los tratamientos antirretrovirales por no estar diagnosticadas. Otra consecuencia grave del diagnóstico tardío del VIH fue el que dos de estos casos fallecieron a los pocos días de su diagnóstico, lo que demuestra que se encontraban en un estadio muy avanzado de la infección. De los 11 casos, siete eran varones, todos tenían entre 36 y 56 años y cinco habían nacido en España.

ENFERMEDADES IMPORTADAS

Paludismo: En 2014 se declararon 12 casos (I.E: 0,7). Once tenían antecedentes de estancia en países de África (Guinea Ecuatorial, Camerún, Mali, Ghana). En todos los casos importados se identificó *Plasmodium falciparum*. Ocho eran inmigrantes que viajaron a su país de origen y tres fueron niños que venían de acogida a Navarra durante el verano.

Se notificó un caso de enfermedad *Plasmodium vivax* en una persona que no refería viaje reciente a ninguna zona endémica. Tras el estudio epidemiológico y entomológico se consideró caso de adquisición autóctona.

España fue un país con malaria endémica hasta 1964, cuando fue declarado libre de malaria por la OMS. El vector europeo *Anopheles atroparvus* está presente en amplias zonas de nuestro país, y aunque experimen-

talmente se ha comprobado que es refractario a las cepas africanas de *Plasmodium falciparum*, se ha comprobado que puede transmitir el *Plasmodium vivax*.

En Navarra no se habían diagnosticado casos de *P. vivax* desde 2012, cuando se diagnosticó un caso en una persona con antecedente de estancia en Pakistán. La ampliación del estudio a otras comunidades autónomas próximas o visitadas por el paciente, permitió conocer la existencia de dos casos recientes de *P. vivax* en Logroño, con antecedente de viaje a Pakistán. El paciente de Navarra había paseado por el Parque del Ebro de Logroño en semanas anteriores a enfermarse, lugar que podría reunir condiciones adecuadas para el mosquito.

- ✓ En la encuesta epidemiológica se descartaron mecanismos de contagio del paludismo distintos de la transmisión vectorial.
- ✓ Los resultados de laboratorio indicaron que la cepa aislada en el paciente de Navarra es la que se aísla habitualmente en el subcontinente Indio. El paciente no tenía antecedente de viaje a dicha zona.
- ✓ El estudio de genotipado (*Pv* MSP-1 fr1, Fr2 y Fr3, *ssurDNA* y *DNA* mitocondrial) indica que para todos los fragmentos de ADN analizados la cepa que ha infectado al paciente son idénticos a una de las cepas de los casos de Logroño pudiendo ser esta paciente el caso primario.

TABLA III. Procedencia y agente de los casos paludismo

Num caso	País	Motivo Viaje	Plasmodium	Profilaxis
1/2014	Nigeria	VFR	<i>P. falciparum</i>	No
2/2014	Nigeria	VFR	<i>P. falciparum</i>	No
3/2014	Guinea Ec.	Acogida	<i>P. falciparum</i>	-
4/2014	Guinea Ec.	Acogida	<i>P. falciparum</i>	-
5/2014	Guinea Ec.	Acogida	<i>P. falciparum</i>	-
6/2014	Nigeria	VFR	<i>P. falciparum</i>	No
7/2014	Autóctono	-	<i>P. Vivax</i>	-
8/2014	Guinea Ec.	VFR	<i>P. falciparum</i>	No
9/2014	Guinea Ec.	VFR	<i>P. falciparum</i>	No
10/2014	Mali	VFR	<i>P. falciparum</i>	No
11/2014	Camerún	VFR	<i>P. falciparum</i>	No
12/2014	Ghana	VFR	<i>P. falciparum</i>	No

Dengue: Se notificaron cinco casos de enfermedad por virus Dengue, en viajeros procedentes de países con endemia: Vietnam, Filipinas, Tailandia, Bolivia y Senegal.

Enfermedad por virus *Chikungunya*. En el contexto de un brote extenso de esta enfermedad en el Caribe y Centroamérica se han notificado 6 casos de enfermedad por virus *Chikungunya* en personas que viajaron a áreas del Caribe (República Dominicana, Venezuela) dónde se estaba produciendo un brote de esta enfermedad. De los seis, cuatro son casos confirmados y dos probables.

BROTOS EPIDÉMICOS

En la Tabla IV se resumen los brotes declarados en Navarra entre 2005 y 2014. En 2014 se declararon 33 brotes. El 52% (n=17) fueron por **toxiinfecciones alimentarias**. Entre ello, los microorganismos más frecuentemente aislados fueron: *Salmonella enteritidis* en 4 brotes, *S. typhimurium* en 4 brotes, *S. infantis* en un brote, *Yersinia* en un brote, *Norovirus* en tres brotes, *Giardia* en un brote. En tres brotes de probable origen alimentario no se pudo determinar el agente causal.

La mayoría de los brotes por *Salmonella* se produjeron en el ámbito familiar, afectaron a sólo dos personas y se relacionaron con el consumo de alimentos que no se habían conservado adecuadamente.

Dos brotes por norovirus se produjeron en comidas colectivas con tasas de ataque elevadas. Los cuadros clínicos fueron leves, la mayoría de los afectados no consultaron al

médico y los síntomas remitieron en horas o en pocos días.

La onda gripal de 2013–2014 fue intensa y la efectividad de la vacuna menor de lo habitual, lo que propició la ocurrencia de brotes de gripe en residencias geriátricas o instituciones socio-sanitarias. Se detectaron ocho brotes en los que se pudo confirmar el virus por laboratorio. En el contexto de estos brotes se produjeron varias hospitalizaciones y fallecimientos.

Durante el año se investigaron 4 agrupaciones epidemiológicas de dos o más casos de tuberculosis, tres fueron de ámbito familiar y uno comunitario.

Se estudiaron varios brotes que produjeron agrupaciones de casos en niños de un mismo pueblo: un brote de infección por virus *Coxsackie A6*, un brote de dermatofitosis por *Microsporium canis*, un brote de neumonía por *Mycoplasma pneumoniae*, y otro de diarrea por *Giardia*.

Seis de los nuevos diagnósticos de infección por el VIH en Navarra se consideraron parte de un brote pluri-autonómico por VIH del subtipo A. Este subtipo es frecuente en otros países como Brasil, pero no en España. Estos casos se produjeron en hombres con prácticas homosexuales que tuvieron manifestaciones clínicas precoces, lo que llevó a sospechar el brote.

Tabla IV. BROTOS EPIDÉMICOS NOTIFICADOS EN NAVARRA, 2004–2013

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Toxiinfecciones Alimentarias	38	17	26	21	17	19	15	19	20	17
Tuberculosis Respiratoria	3	3	6	8	6	4	3	6	6	4
Otros	13	21	8	9	12	10	18	21	15	11
TOTAL	54	41	40	38	35	33	36	46	41	32