

SUMARIO

Hospitalizaciones por infarto agudo de miocardio, Navarra 2017-2020	1
Infección por el VIH y sida en Navarra, 2021	6
Temporada de gripe 2021-2022 en Navarra	12
Casos de enfermedades transmisibles objeto de vigilancia en Navarra. Semanas 14 a 26 de 2022	15

Hospitalizaciones por infarto agudo de miocardio: Incidencia, mortalidad y manejo. Navarra 2017-2020

Registro de Infarto de Miocardio de Navarra. Instituto de Salud Pública. Servicio de Cardiología del Hospital Universitario de Navarra

Introducción

Las últimas estadísticas oficiales de mortalidad indican que un total de 322 personas fallecieron por enfermedad isquémica del corazón en Navarra en 2020, y de ellas, 162 por infarto agudo de miocardio. El infarto de miocardio fue la segunda causa de muerte prematura (en menores de 75 años) en hombres, con 51 muertes en 2020. Siguiendo la tendencia descendente previa, las tasas ajustadas de mortalidad por infarto de miocardio en el quinquenio 2016-2020 presentaron un descenso del 20% en comparación al 2011-2015.

Navarra dispone de los datos del Registro Poblacional de Infarto Agudo de Miocardio que proporcionan información sobre la carga hospitalaria que supone el infarto de miocardio, así como de los cambios en el manejo y el seguimiento de las guías de práctica clínica. A continuación, se presentan las características, factores de riesgo y el manejo de los pacientes hospitalizados por infarto de miocardio en Navarra en el periodo 2017-2020.

Ingresos hospitalarios por infarto de miocardio

La revisión de las altas hospitalarias con un diagnóstico principal de infarto de miocardio o angina inestable y de las altas con un diagnóstico secundario de infarto de miocardio permitió identificar 2989 episodios de

infarto en personas ingresadas por este motivo en los hospitales de Navarra en 2017-2020: 2846 (95%) residentes en Navarra y 143 (5%) residentes fuera de Navarra. Se identificaron, además, 73 infartos no fatales y 24 infartos fatales en personas ingresadas por otras causas y 9 infartos tras intervencionismo coronario.

La distribución de los 2846 episodios de infarto de miocardio en residentes de Navarra fue de 683, 714, 743 y 706 casos, respectivamente, en los años 2017 al 2020.

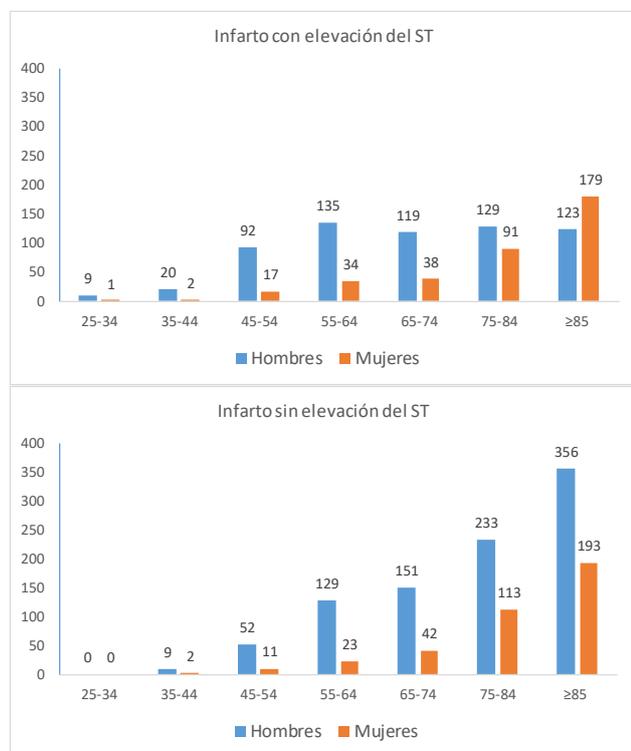
En 2020 se produjo un descenso en el número de ingresos por infarto de miocardio coincidiendo con el periodo de confinamiento debido a la pandemia de COVID-19. En los 100 días del confinamiento, entre el 14 de marzo y el 21 de junio, ingresaron un 25% menos de personas en comparación a los 100 días anteriores, 159 y 213 ingresos, respectivamente. Lo observado en Navarra coincide con los datos de un registro nacional que encontró un descenso del 27%.

Incidencia por sexo y edad

De los casos diagnosticados en residentes en Navarra, el 45% eran infartos con elevación del segmento ST y el 55% infartos sin elevación del ST. El 72% eran hombres.

En los hombres la tasa de incidencia de infarto con elevación del ST aumentó con la edad hasta el grupo de 55-64 años (135 por 100.000) y se mantuvo estable en los siguientes grupos de edad (Figura 1). El patrón observado en los hombres de Navarra difiere de lo encontrado en un estudio realizado con datos de las altas hospitalarias (CMBD) en España, donde las tasas de admisión hospitalaria por infarto con elevación del ST en hombres aumentaron con la edad: 18, 150, 223 y 287 casos por 100.000 en los grupos de edad de 18-44, 45-59, 60-74 y mayores de 75 años, respectivamente. Una de las hipótesis que podría explicar esta diferencia sería que en Navarra se esté realizando un esfuerzo de prevención primaria mayor entre los hombres mayores de 65 años en comparación con los hombres más jóvenes. En mujeres las tasas de incidencia de infartos con elevación del ST más altas se registraron en los grupos de 75-84 y ≥ 85 años, con 91 y 179 casos por 100.000 respectivamente. Este patrón es similar al observado en España en los datos de las altas hospitalarias, donde la tasa más elevada se registró en mujeres ≥ 75 años, 160 por 100.000.

Figura 1. Ingresos hospitalarios con diagnóstico de infarto de miocardio, con y sin elevación del ST, por sexo y grupos de edad. Tasas por 100.000 habitantes. Navarra 2017-2020



Las tasas de infarto con elevación del ST son más altas en hombres que en mujeres, salvo en ≥ 85 años. Las diferencias son especialmente marcadas en los grupos de edad más jóvenes. Así, en los grupos de 45-54 y 55-64 años, las tasas registradas en hombres cuadruplican

las observadas en mujeres. En el estudio basado en los datos de las altas hospitalarias de España se describen tasas 6 veces más altas en hombres que en mujeres entre los menores de 60 años.

Las tasas de infarto sin elevación del ST muestran un incremento lineal con la edad en ambos sexos. En todos los grupos de edad se observan tasas más altas en hombres que en mujeres.

Factores de riesgo cardiovascular

El 73% de los infartos se diagnosticaron en personas sin ningún antecedente de angina, infarto, cardiopatía isquémica ni antecedentes de intervencionismo coronario. El 78% eran primeros infartos (Tabla 1). Los factores de riesgo más frecuentes entre los casos fueron la hipertensión arterial (62%), la dislipemia (57%), el tabaquismo (32%), la diabetes (27%) y obesidad (26%). El 3% de los pacientes no presentaba ninguno de los 5 factores de riesgo cardiovascular evaluados.

La frecuencia de dislipemia en los casos en hombres fue muy similar en todos los grupos de edad, situándose entre 59-61%; mientras que en mujeres varió entre 52% en las pacientes menores de 65 años y 80% en el grupo de 65-74 años. Entre los pacientes diagnosticados de un primer infarto, la prescripción previa de estatinas más alta se observó en los hombres ≥ 75 años (45%) y en las mujeres de 65-74 años (49%); mientras que las cifras más bajas se observaron entre los pacientes menores de 65 años de ambos sexos, 28% en hombres y 23% en mujeres.

Destaca el elevado porcentaje de fumadores entre los pacientes menores de 65 años, 56% en los hombres y 54% en las mujeres.

El porcentaje de casos de infarto con obesidad se situó entre el 22% y 29% en los diferentes grupos de edad y sexo, mientras que la diabetes aumentó con la edad, desde menos del 20% en menores de 65 años hasta el 34% en los pacientes ≥ 75 años.

Mortalidad en el ingreso y primeros 30 días

La mortalidad durante el ingreso en los pacientes diagnosticados de infarto con y sin elevación del ST fue de 9,2% y 3,9% y en los primeros 30 días de 9,9% y 4,8%, respectivamente (Tabla 2).

En los pacientes con infarto y elevación del ST la mortalidad en el primer mes osciló entre un 3,6% en los menores de 65 años y un 22% en los pacientes ≥ 75 años, y en los pacientes sin elevación del ST, entre el 1% y 9%. La mortalidad fue similar en los pacientes residentes en las Áreas de Pamplona, Estella y Tudela: 7,2%, 6,8% y 6,4%, respectivamente, no siendo las diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 1. Características de los pacientes ingresados por infarto de miocardio según sexo y edad. Navarra 2017-2020

	Hombres			Mujeres			Total
	25-64	65-74	≥75	25-64	65-74	≥75	
Nº ingresos 2017-2020	957	508	584	180	143	474	2846
Nº medio de ingresos por año	239	127	146	45	36	119	712
Edad media (años)	55,1	69,9	83,1	55,3	70,3	85,3	69,3
Antecedentes médicos							
<i>Cardiopatía isquémica, ICP y/o CABG, %</i>	19,6	34,1	40,1	12,8	27,3	20,5	26,5
<i>Infarto de miocardio, %</i>	16,8	27,6	33,4	11,7	23,8	16,0	22,0
Factores de riesgo cardiovascular #							
<i>Sin factores de riesgo cardiovascular*, %</i>	2,2	4,1	2,4	6,9	3,2	3,5	3,1
Tabaquismo							
Nunca ha fumado, %	21,2	30,1	39,4	23,5	58,9	91,1	39,9
Fumador actual, %	55,8	25,9	14,3	53,6	24,1	5,3	31,8
Exfumador, %	23,0	44,1	46,3	22,9	17,0	3,6	28,0
Hipertensión, %	43,7	67,4	78,5	40,2	71,1	82,5	62,4
Diabetes mellitus, %	18,3	29,7	34,7	14,5	37,3	33,6	27,0
Dislipemia, %	59,6	58,9	61,1	51,9	76,9	60,0	56,7
Índice de masa corporal							
Peso bajo o normal, %	25,3	21,8	25,9	37,6	32,8	31,7	26,9
Sobrepeso, %	45,9	53,7	52,1	32,7	40,1	43,7	47,1
Obesidad, %	28,8	24,5	22,0	29,7	27,0	24,6	26,0
Tratamientos previos							
Antiagregantes (primer infarto), %	11,7	26,6	37,3	6,9	28,4	35,9	23,5
Anticoagulantes (primer infarto), %	1,4	4,3	18,8	1,9	7,3	11,3	7,0
Estatinas (primer infarto), %	27,6	39,8	45,0	22,8	49,5	36,7	35,0
Antiagregantes (infarto previo), %	86,3	81,4	76,4	81,0	76,5	71,1	79,6
Anticoagulantes (infarto previo), %	7,5	20,0	27,7	4,8	26,5	17,1	18,7
Estatinas (infarto previo), %	85,1	89,3	81	81	94,1	80,3	84,5

ICP: intervencionismo coronario percutáneo; CABG: cirugía de revascularización coronaria.

* No hipertensión arterial, ni diabetes, ni obesidad, ni dislipemia, ni tabaquismo.

Pacientes con un primer infarto

Tabla 2. Mortalidad durante el ingreso y en los primeros 30 días de los pacientes ingresados por infarto de miocardio, con y sin elevación del ST, por edad. Navarra, 2017-2020.

	Infarto de miocardio con elevación de ST				Infarto de miocardio sin elevación de ST			
	25-64	65-74	≥75	Total	25-64	65-74	≥75	Total
Total de pacientes con infarto, nº	636	261	369	1266	501	390	689	1580
Mortalidad durante el ingreso, %	3,6	7,3	20,3	9,2	1,4	1,5	7,1	3,9
Mortalidad 0-30 días, %	3,6	8,0	22,0	9,9	1,0	2,1	9,0	4,8

Nota: en 6 casos el ingreso duró más de 30 días por lo que la letalidad a los 30 días puede ser menor que al ingreso

Tabla 3. Manejo de los pacientes con infarto de miocardio según la edad y el área sanitaria de residencia. Navarra, 2017-2020.

	Área de residencia			Edad (años)			Total
	Pamplona	Estella	Tudela	18-64	65-74	≥75	
Casos, número	2113	278	455	1137	651	1058	2846
Sexo							
Hombres, %	72,2	69,8	72,3	84,2	78,0	55,2	72,0
Mujeres, %	27,8	30,2	27,7	15,8	22,0	44,8	28,0
Edad media (años)	68,8	71,5	70,2	55,1	70,0	84,1	69,3
Actitud ante los primeros síntomas							
Llamar al 112, %	33,8	28,1	23,3	29,6	30,9	34,2	31,6
Acudir/Llamar al Centro de Salud, %	18,1	21,9	15,6	18,9	21	15,4	18,1
Acudir al Hospital, %	44,0	45,3	58,0	47,7	45,2	45,7	46,4
Acuden al hospital de referencia, %	94,0	80,2	91,8	91,9	91,8	92,8	92,2
Reperusión primaria en infarto con elevación del ST, %	72,3	73,1	73,5	79,9	74,7	58,3	72,5
Coronariografía (vivos al alta), %	90,2	85,7	84,6	98,0	96,2	73,1	88,9
Pacientes con datos de fracción de eyección al alta, %	96,7	98,5	98,3	99,2	98,9	93,3	97,1
Fracción de eyección <30, %	4,0	4,2	3,0	3,0	4,3	4,7	3,9
Tratamiento en pacientes dados de alta vivos, %							
Intervencionismo coronario percutáneo, %	82,9	79,8	81,5	90,2	85,7	70,9	82,4
Bypass aortocoronario, %	4,0	2,7	2,1	3,4	6,3	2,0	3,6
Médico (otros tratamientos), %	13,1	17,4	16,4	6,4	8,0	27	14,0
Mortalidad durante el ingreso, %	6,3	6,8	5,9	2,6	3,8	11,7	6,3
Mortalidad 0-30 días, %	7,2	6,8	6,4	2,5	4,5	13,5	7,0

Manejo clínico durante el ingreso hospitalario

Casi la mitad de los pacientes, el 46%, acudieron directamente a un hospital tras el inicio de los síntomas, el 32% llamó al 112 y el 18% fueron o llamaron al centro de salud. El porcentaje de pacientes que acudieron al hospital fue más alto en el área de Tudela (58%), no observándose un patrón relacionado con la edad (Tabla 3). En pacientes diagnosticados con infarto con elevación del ST, el 41% llamaron al 112 y el 37% acudieron a un hospital. Entre los que acudieron inicialmente a un hospital, 9 de cada 10 eligieron su hospital de referencia, sin diferencias entre los grupos de edad.

Entre los pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST, la proporción de pacientes con reperusión primaria por intervención coronaria percutánea o trombolisis fue de 73%. El porcentaje de pacientes en los que se realizó reperusión fue 22 puntos porcentuales mayor entre los menores de 65 años (80%) que en los pacientes mayores de 75 años (58%). Destaca la similitud del porcentaje

de reperusión primaria de los pacientes residentes en las 3 áreas sanitarias de Navarra, entre 72% y 73%.

El 97% de los pacientes dados de alta vivos presentaban datos de la fracción de eyección y el 89% angiografía coronaria. Al alta no se observaron diferencias en las tasas de intervencionismo coronario percutáneo entre los pacientes de las tres áreas sanitarias de Navarra, situándose entre el 80% y 83%. Por grupos de edad, este porcentaje osciló entre el 90% en el grupo de 18-65 años y el 71% en los mayores de 75 años. La tasa de bypass aortocoronario fue de un 3,6%.

Tendencias en el manejo del paciente

Entre el periodo 2003-2009 y el más reciente (2017-2020), se produjo un incremento de 14 puntos porcentuales en la proporción de reperusión primaria en los pacientes con infarto y elevación del segmento ST, pasando del 58% al 72%.

Al alta hospitalaria, el intervencionismo coronario mediante revascularización percutánea o quirúrgica se situaba en el 62% de los casos del periodo 2003-2009, ascendiendo al 86% en 2017-2020.

Destaca igualmente el aumento en el porcentaje de pacientes en los que se había valorado la fracción de

eyección, es decir, la función cardiaca post infarto. En el periodo 2017-2020, el 92% de los pacientes que ingresaron por infarto de miocardio presentaban datos de la fracción de eyección, en comparación al 75% en 2003-2009 (Tabla 4).

Tabla 4. Cambios en el manejo de los pacientes con infarto de miocardio entre los periodos 2003-2009 y 2017-2020

	2003-2009 %	2017-2020 %	Incremento, diferencia	Porcentaje de cambio
Reperusión primaria en IAM con elevación del ST	58,4	72,5	14,1	24,1
Coronariografía	65,0	88,9	23,9	36,7
Datos de fracción de eyección al alta	75,3	92,1	16,8	22,3
Intervencionismo coronario percutáneo al alta	57,5	82,4	24,9	43,3
Bypass aortocoronario (revascularización quirúrgica)	5,4	3,6	-1,8	-33,3
Intervencionismo coronario al alta	61,7	86,0	24,3	39,4

CONCLUSIONES

El Registro Poblacional del Infarto de Miocardio de Navarra aporta datos actualizados y evolutivos de la incidencia y manejo de los pacientes con esta patología.

La red de atención al infarto de miocardio, establecida en Navarra desde 2002, ha alcanzado los objetivos de equidad en el tratamiento, de resultados para los pacientes, independientemente del área de residencia y de incremento de la reperusión primaria en los pacientes con infarto con elevación del ST.

No obstante, quedan todavía áreas de mejora en la atención del síndrome coronario agudo, especialmente en lo relacionado con estrategias de educación poblacional para una detección precoz de los síntomas y una adecuada ruta de alerta al sistema sanitario, con el objetivo de disminuir el número de muertes súbitas que ocurren en el entorno extrahospitalario.

Referencias

- Rodríguez-Leor O, Cid-Álvarez B, Pérez de Prado A, et al. Impact of COVID-19 on ST-segment elevation myocardial infarction care. The Spanish experience. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed)*. 2020;73(12):994-1002. doi: 10.1016/j.rec.2020.08.002..
- De Miguel-Yanes JM, Jiménez-García R, Hernandez-Barrera V et al. Sex differences in the incidence and outcomes of acute myocardial infarction in Spain, 2016-2018: A Matched-Pair Analysis. *J Clin Med*. 2021;10(8):1795. doi: 10.3390/jcm10081795.
- Moreno C, Turumbay J, García V et al. El infarto de miocardio en la población de 25-74 años de Navarra. Incidencia, letalidad y tratamiento en el periodo 1997-98. *Estudio IBERICA. An Sist Sanit Navar*. 2002;25(2):155-66. doi: 10.23938/ASSN.0796
- Turumbay J, Moreno-Iribas C, Carmona JR et al. Diferencias en el manejo del infarto agudo de miocardio según la edad en los hospitales de Navarra. *Estudio IBERICA, Revista Española de Geriátria y Gerontología*. 2005;40 (4): 205-213. [https://doi.org/10.1016/S0211-139X\(05\)74856-3](https://doi.org/10.1016/S0211-139X(05)74856-3).

INFECCIÓN POR EL VIH Y SIDA EN NAVARRA, 2021

Introducción

La infección por el VIH es un proceso crónico irreversible, que se asocia a un riesgo aumentado de diversos problemas de salud. Con un tratamiento antirretroviral adecuado se consigue evitar o paliar en parte estos problemas. La transmisión se produce a partir de las personas infectadas, a través de determinadas prácticas de riesgo parenteral o sexual bien conocidas y se ve facilitada por la presencia de otras infecciones de transmisión sexual, mientras que el tratamiento antirretroviral adecuado reduce mucho el riesgo de contagio. La difusión del VIH en la población es resultado del balance entre la capacidad de transmisión del virus, la presencia de factores facilitadores, la prevalencia de prácticas de riesgo en la población y la eficacia de las diferentes intervenciones en salud.

Para describir la situación epidemiológica con respecto a una infección de larga evolución, que puede manifestarse en diversos estadios, es necesario recurrir a varios indicadores. Estos indicadores incluyen los nuevos diagnósticos de infección por el VIH, los diagnósticos de sida, los fallecimientos relacionados con el sida y la prevalencia de personas que viven con la infección por el VIH. Aunque estos indicadores están interrelacionados, ofrecen puntos de vista muy diferentes y complementarios.

La creciente movilidad geográfica de la población dificulta la asignación geográfica de los casos. Se han excluido los diagnósticos de casos en personas que estaban de paso o no tenían residencia establecida en Navarra.

Nuevas infecciones por el VIH

Desde el comienzo de la epidemia de sida hasta diciembre de 2021 se han diagnosticado 2229 infecciones por VIH en población residente en Navarra. La mayor parte de estas infecciones se diagnosticaron entre finales de los ochenta y principios de los noventa. Posteriormente la tasa descendió hasta un mínimo de 4,4 casos por 100.000 habitantes en 2008. En 2019 se produjeron 6,6 casos por 100.000, y en 2020, coincidiendo con la pandemia de Covid-19 se volvió a alcanzar el mínimo de 4,4 casos por 100.000 habitantes. En 2021 la tasa ha ascendido a 5 casos por 100.000 habitantes (Tabla 1).

Los nuevos diagnósticos de VIH en usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP) se mantienen en valores bajos, aunque no se ha logrado su desaparición

completa. En los últimos años, la transmisión sexual es la responsable de la mayoría de los casos (Figura 1).

Entre las 185 infecciones diagnosticadas en el quinquenio 2017-2021, las prácticas de riesgo homosexuales entre hombres fueron el principal mecanismo de transmisión, responsables del 49% de los casos, seguidas por las prácticas heterosexuales de riesgo (43%), y el uso de material no estéril para la inyección de drogas (4%). Además, hubo un 4% de casos en los que el mecanismo probable de transmisión fue otro o desconocido (Figura 2). La edad media al diagnóstico fue de 39 años con un rango entre 19 y 78 años.

En el quinquenio 2017-2021 la gran mayoría de los diagnósticos de VIH se realizaron en hombres (82%). En los hombres predominó la transmisión homosexual (60%), seguida por la debida a prácticas heterosexuales (30%) y la relacionada con el uso compartido de material para la inyección de drogas (5%). La transmisión heterosexual fue responsable de todos los casos en mujeres (Figura 3).

Tabla 1. Número y tasas por 100.000 habitantes de diagnósticos de VIH, de casos de sida y de muertes en personas con sida de residentes en Navarra

Año	Diagnósticos de VIH		Diagnósticos de sida		Defunciones de personas con VIH	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
2001	39	7,1	21	3,8	24	4,3
2002	30	5,4	29	5,2	29	5,2
2003	32	5,6	19	3,3	29	5,1
2004	35	6,1	20	3,5	24	4,2
2005	32	5,5	17	2,9	22	3,8
2006	33	5,6	15	2,5	17	2,9
2007	35	5,8	16	2,7	18	3,0
2008	27	4,4	20	3,2	27	4,4
2009	37	5,9	9	1,4	16	2,6
2010	40	6,3	11	1,7	21	3,3
2011	31	4,9	4	0,6	18	2,8
2012	31	4,8	15	2,3	18	2,8
2013	48	7,5	10	1,6	16	2,5
2014	49	7,7	11	1,7	18	2,8
2015	45	7,1	12	1,9	19	3,0
2016	34	5,3	5	0,8	23	3,6
2017	41	6,4	4	0,6	18	2,8
2018	38	5,9	8	1,2	20	3,1
2019	43	6,6	9	1,4	9	1,4
2020	29	4,4	7	1,1	13	2,0
2021	33	5,0	6	0,9	12	1,8

El 83% de los nuevos diagnósticos de VIH realizados en el último quinquenio tuvo lugar en personas menores de 55 años. El 36% de los nuevos diagnósticos se realizaron en menores de 35 años, y en mujeres este porcentaje se elevó hasta el 48% (Figura 4).

Figura 1. Nuevos diagnósticos de VIH anuales en Navarra según categoría de transmisión

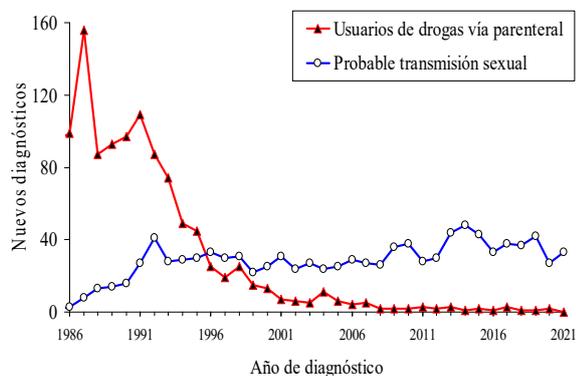


Figura 2. Distribución de las personas con diagnóstico de VIH según categoría de transmisión

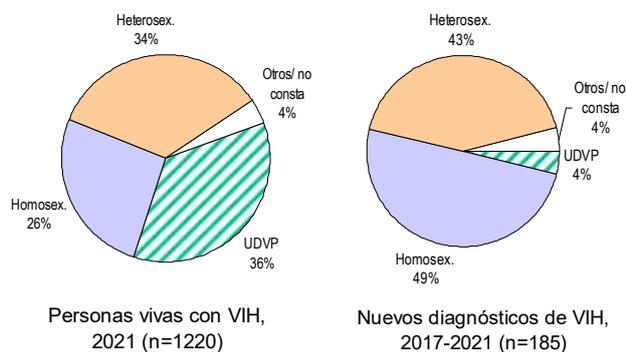


Figura 3. Distribución de los nuevos diagnósticos de VIH según sexo y categoría de transmisión, 2017-2021

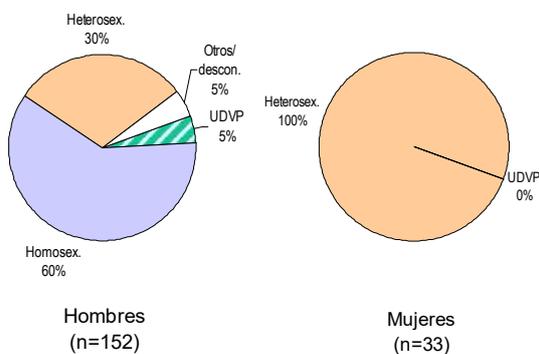
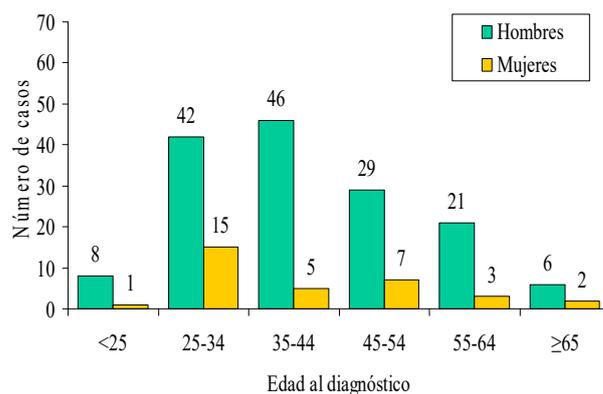


Figura 4. Distribución de los nuevos diagnósticos de VIH según sexo y edad, 2017-2021



El 72% de los diagnósticos de VIH en hombres que habían tenido sexo con hombres se produjeron en menores de 45 años (Figura 5). Históricamente la mayoría de los diagnósticos de VIH se realizaron en población autóctona. Sin embargo, en el quinquenio 2017-2021, el 55% de los diagnósticos en residentes en Navarra se realizaron en personas originarias de otros países (Figura 6).

En 57 casos (31%) hubo evidencia de que la infección había ocurrido recientemente, por disponerse de pruebas negativas previas, por el debut con síndrome de primoinfección o por una exposición de riesgo conocida. El 65% de estos casos eran hombres que tenían sexo con hombres. Estos casos son evidencia de transmisión reciente de la infección y del conocimiento de situaciones de riesgo por parte del afectado. Este tipo de situaciones deberían aprovecharse para la prevención de futuros casos.

Figura 5. Distribución de los nuevos diagnósticos de VIH según edad y categoría de transmisión, 2017-2021

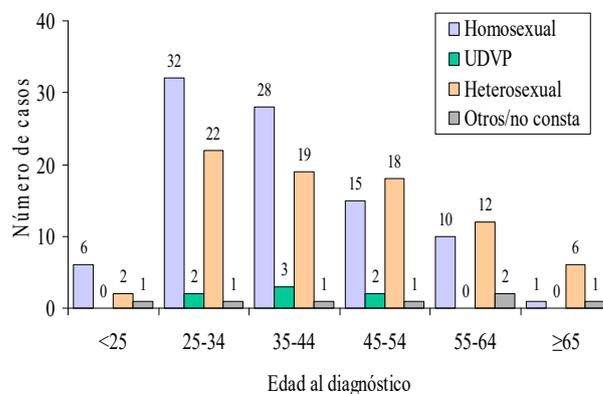
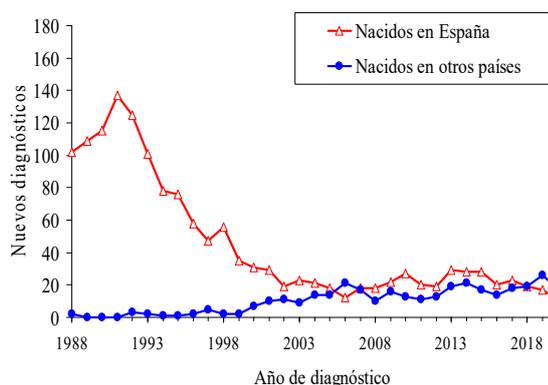


Figura 6. Nuevos diagnósticos de VIH anuales en Navarra según país de nacimiento



Retraso diagnóstico de la infección por VIH

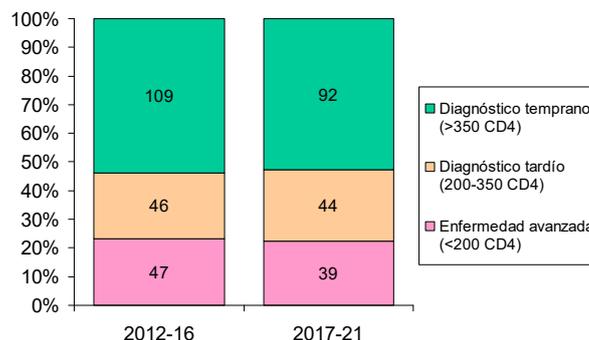
Las infecciones diagnosticadas con linfocitos CD4+ menores de 350 se consideran diagnósticos tardíos y con menos de 200 son infecciones en estado avanzado. De los 185 diagnósticos de VIH realizados en Navarra en el periodo 2017-2021, 175 tuvieron una determinación de linfocitos CD4+ próxima al diagnóstico, y de ellos, el 22% presentaban menos de 200 CD4+ y el 45%, menos de 350 CD4+, lo que se define como diagnósticos tardíos. Los diagnósticos tardíos de VIH fueron más frecuentes entre las personas contagiadas por prácticas heterosexuales de riesgo (57%). La frecuencia de diagnósticos tardíos fue algo mayor en mujeres (54%) que en hombres (43%), y entre personas originarias de otros países (50%) que entre la población autóctona (40%). La proporción de diagnósticos tardíos se mantuvo similar a la del quinquenio anterior (46%) (Figura 7).

A pesar de la mejora en el diagnóstico temprano, en 2017-2021 todavía el 14% (n=26) de los diagnósticos de VIH coincidieron con el de sida, lo que pone en evidencia que la infección no se sospechó hasta que aparecieron manifestaciones clínicas graves. La mayoría de las defunciones por sida se produjeron en pacientes con diagnóstico simultáneo de VIH y sida. Los diagnósticos simultáneos de VIH y sida supusieron el 15% de todos los diagnósticos de VIH en 2021, y el 83% de los diagnósticos de sida de ese mismo año.

El diagnóstico temprano de las infecciones por VIH aporta beneficios desde varios puntos de vista. El comienzo temprano y la adherencia al tratamiento mejoran el pronóstico y, además, las personas diagnosticadas transmiten menos la infección que los que desconocen estar infectados.

En Atención Primaria se diagnostican más de la mitad de las infecciones por VIH, excluyendo los diagnósticos simultáneos de VIH y sida.

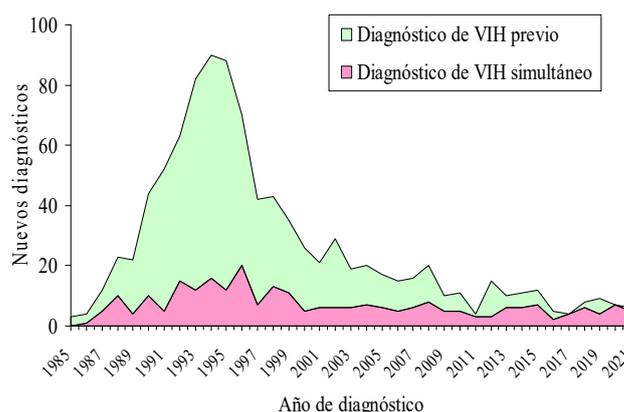
Figura 7. Diagnósticos de VIH en los dos últimos quinquenios según el recuento de linfocitos CD4+



Diagnósticos de sida y defunciones

Desde la introducción de los tratamientos antirretrovirales de alta eficacia, la incidencia de sida y las defunciones relacionadas con el VIH han descendido notablemente, pero no han desaparecido totalmente. El descenso en los diagnósticos de sida se ha conseguido a expensas de las personas que habían sido diagnosticadas de VIH con suficiente antelación, mientras que el número de diagnósticos simultáneos de VIH y sida sigue siendo alto (Figura 8).

Figura 8. Nuevos diagnósticos de sida anuales en Navarra según la antelación en el diagnóstico de la infección por el VIH



En el quinquenio 2017-2021 se produjeron 34 diagnósticos de sida (1 caso por 100.000 habitantes y año), con un rango entre 4 y 9 diagnósticos anuales. Además, se produjo el fallecimiento de 72 personas que tenían infección por VIH (2,2 por 100.000 habitantes y año), de las cuales, 19 (26%) fueron debidas a causas relacionadas directamente con la infección por el VIH. El número de defunciones anuales osciló entre 9 y 20.

De los 34 diagnósticos de sida del quinquenio 2017-2021, 26 (76%) se produjeron a la vez que el diagnóstico del VIH, lo que impidió llegar a tiempo con los tratamientos antirretrovirales para evitar las enfermedades definitorias de sida. De los 26 diagnósticos simultáneos de sida y VIH, 8 se produjeron en hombres que referían prácticas homosexuales, 7 en mujeres heterosexuales, 9 en hombres heterosexuales y 2 por mecanismo de transmisión desconocido.

En las infecciones por VIH que se diagnostican antes de que se haya manifestado el sida, la adherencia al seguimiento médico y al tratamiento antirretroviral, son fundamentales para evitar el desarrollo de sida y su mortalidad asociada.

En 2021 se diagnosticaron 6 casos de sida, de los cuales 5 desconocían su infección hasta que desarrollaron las enfermedades definitorias del sida.

Personas que viven con la infección por VIH

El tratamiento antirretroviral ha mejorado considerablemente el pronóstico de la infección por el VIH. El número de personas que viven con el VIH sigue aumentando debido a que la incidencia de nuevas infecciones se mantiene y la supervivencia ha mejorado. En Navarra a finales de 2021 había 1220 personas con infección por VIH diagnosticada, lo que supone 1,9 casos por cada 1000 habitantes. Las características de estas personas reflejan el patrón de transmisión del VIH que hubo años atrás. Aquellas que adquirieron la infección por uso compartido de material para la inyección de drogas suponen todavía el 36% del total (Figura 2). El 70% son hombres. La edad media de la población que vive con el VIH ha ido aumentando. La mitad tienen más de 54 años y el 25% menos de 45 años (Tabla 2).

A pesar de los avances en los tratamientos, las personas con infección por el VIH tienen todavía un riesgo de morir 8 veces mayor que las personas de igual edad y sexo no infectadas. La mortalidad por causas distintas del sida va adquiriendo un peso creciente y es 5 veces mayor que la de la población no infectada por VIH de igual edad y sexo. Entre las principales causas de mortalidad aparte del sida, están la intoxicación por drogas, las hepatopatías, el cáncer, la enfermedad cardiovascular y las enfermedades respiratorias. Resultado de todo ello, la esperanza de vida media observada en personas confirmadas con el VIH ha sido unos 25 años menor que la de la población general. Este exceso de mortalidad se reduce en la medida en que se consigue un diagnóstico temprano de la infección, el buen cumplimiento del tratamiento antirretroviral, y un estilo de vida saludable que prevenga o controle los factores de riesgo asociados.

Tabla 2. Número y características de los nuevos diagnósticos de VIH en el periodo 2017-2021 y de las personas vivas con diagnóstico de VIH a final de 2021 en Navarra

	Nuevos diagnósticos de VIH	Personas que viven con el VIH
Número	29 – 43	1220
Tasa por 100.000 habs. y año	4 - 7	186
Hombres	82%	70%
Edad <45 años	66%	25%
Antecedente de inyección de drogas	4%	36%
Hombres que han tenido sexo con hombres	49%	26%

Estimación del número de infecciones por VIH no diagnosticadas

La infección por VIH puede permanecer sin síntomas durante años y, salvo que se busque, pasar sin ser diagnosticada.

La estimación de las infecciones no diagnosticadas es un reto difícil de abordar. En 2019 se estimó que en Navarra había unas 200 infecciones por VIH todavía no diagnosticadas. El alto número de diagnósticos simultáneos de VIH y sida y la evidencia de la existencia de nuevos contagios indica que este número no se habrá reducido. Estas 200 infecciones suponen un 84% de las infecciones conocidas, lo que demuestra que todavía falta un esfuerzo adicional para alcanzar el objetivo 90-90-90 de ONUSIDA para 2020, en el que se estableció que el 90% de las personas que viven con el VIH deberían estar diagnosticadas en todos los países.

Infección por el VIH en España en 2020

El Centro Nacional de Epidemiología elabora un informe anual sobre nuevos diagnósticos de VIH en España. La tasa de nuevos diagnósticos de VIH se situó en 4,1 por 100.000 habitantes en 2020.

El patrón de distribución por categorías de transmisión en España es muy similar al de Navarra. En 2020, en el conjunto de España el 55% de los casos fue atribuible a transmisión entre hombres con prácticas homosexuales, el 28% se atribuyeron a transmisión heterosexual y el 2,4% ocurrieron en personas con antecedente de uso de drogas por vía parenteral. La proporción de mujeres fue mayor en Navarra en ese mismo año (31%) que en el conjunto de España (16%). Las personas originarias de otros países suponen el

45% de los nuevos diagnósticos en España, porcentaje algo menor que el 62% de Navarra.

El diagnóstico tardío es muy importante, ya que el 47% de los nuevos diagnósticos de VIH tenían menos de 350 linfocitos CD4+.

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.

Conclusiones

- Los nuevos diagnósticos de VIH en 2021 en Navarra han recuperado niveles similares a los previos a la pandemia de Covid-19.
- Se mantienen altos los casos con diagnóstico simultáneo de VIH y sida, lo que indica que parte de las personas infectadas se diagnostican en fases muy avanzadas de la infección.
- La transmisión sexual es la principal responsable de las nuevas infecciones.
- Aunque las personas infectadas en tratamiento antiviral son menos contagiosas, el número de diagnósticos de VIH sigue siendo alto. Esto sólo puede explicarse por la alta frecuencia de prácticas sexuales de riesgo.
- En Navarra se estima que hay unas 200 personas con infección por VIH que todavía no han sido diagnosticadas. Esto supone que el 84% de infecciones por el VIH estarían diagnosticadas, pero no se alcanza todavía el objetivo del 90% que había propuesto ONUSIDA para 2020. El diagnóstico de estas infecciones ocultas ayudaría a mejorar su pronóstico y a prevenir nuevos contagios.
- Los avances en el tratamiento permiten que las personas con VIH vivan más y con mayor calidad de vida, por lo que el número de personas que viven con la infección aumenta al sumarse nuevos casos de infección.
- Las personas infectadas por el VIH tienen un riesgo de morir 8 veces mayor que las personas no infectadas de igual edad y sexo.

Recomendaciones

- **Prevención** de nuevas infecciones por VIH. El pilar básico en la prevención es la promoción de estilos de vida saludables en la población y la educación afectivo sexual desde un enfoque positivo e integrador, incluyendo educación sanitaria sobre conductas seguras y mecanismos de protección.
- **Prevención, diagnóstico y tratamiento de otras infecciones de transmisión sexual**, incluidas las asintomáticas, ya que son importantes facilitadores de la transmisión del VIH.
- **Diagnóstico precoz** de la infección por VIH. Para ello, se ha de realizar serología de VIH ante cualquier sospecha de esta infección. La Tabla 3 recoge la relación de enfermedades defensoras de sida. Ante cualquiera de estos diagnósticos siempre se debe descartar la infección por el VIH. La Tabla 4 recoge situaciones en las que existe un amplio consenso de indicación de la prueba. Los diagnósticos incluidos en la Tabla 5 también deben ser tenidos en cuenta por asociarse con una frecuencia de infección por VIH no diagnosticada superior al 0,1%. Además, conviene sensibilizar a la población para que acuda al sistema sanitario a realizarse la prueba si ha tenido exposiciones de riesgo.

Referencias

- Rivero Marcotegui M, Layana Echezuri E, Repáraz Padrós J, Irigoyen Olaiz C, Arraiza Cruchaga M, Uriz Ayestarán J. Diagnóstico tardío de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana: oportunidades diagnósticas perdidas. *An Sist Sanit Navar* 2014; 37: 329-338
- Fontela C, Aguinaga A, Moreno-Iribas C, et al. Trends and causes of mortality in a population-based cohort of HIV-infected adults in Spain: comparison with the general population. *Scientific Reports*. 2020;10(1):8922.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario. Madrid 2014. http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/GUIA_DX_VIH.pdf
- Boletín de Salud Pública de Navarra. Infección por VIH y Sida en Navarra, 2019. Nº 111, Octubre 2020.
- Centro Nacional de Epidemiología. Vigilancia epidemiológica del VIH y sida en España 2020. Actualización 30 de junio de 2021. https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublica/RENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/VIH/informes%20de%20vigilancia%20VIH%20y%20sida%20anteriores/Informe%20VIH_SIDA_WEB_2021.pdf
- ONUSIDA. 90-90-90 un ambicioso objetivo de tratamiento para contribuir al fin de la epidemia de sida. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90_90_90_es.pdf

Tabla 3. Enfermedades definatorias de sida. Ante cualquiera de estos diagnósticos siempre se debe descartar la infección por el VIH

1. Cáncer de cérvix invasivo
2. Candidiasis esofágica
3. Candidiasis de bronquios, tráquea o pulmones
4. Coccidioidomicosis diseminada o extrapulmonar
5. Criptococosis extrapulmonar
6. Criptosporidiosis intestinal crónica (>1 mes de duración)
7. Encefalopatía asociada al VIH
8. Enfermedad por citomegalovirus que afecte a órganos distintos de hígado, bazo y ganglios
9. Herpes simple: úlceras crónicas (>1 mes de duración); o bronquitis, neumonitis o esofagitis
10. Septicemia recurrente por Salmonella
11. Histoplasmosis diseminada o extrapulmonar
12. Isosporiasis intestinal crónica (>1 mes de duración)
13. Leucoencefalopatía multifocal progresiva
14. Linfoma inmunoblástico
15. Linfoma cerebral primario
16. Linfoma de Burkitt
17. <i>Mycobacterium avium complex</i> o <i>Mycobacterium kansasii</i> (diseminada o extrapulmonar)
18. <i>Mycobacterium</i> , otras especies o especies sin identificar (diseminada o extrapulmonar)
19. Neumonía recurrente
20. Neumonía por <i>Pneumocystis jirovecii</i>
21. Retinitis por citomegalovirus (con pérdida de visión)
22. Sarcoma de Kaposi
23. Síndrome de emaciación por VIH
24. Toxoplasmosis cerebral
25. Tuberculosis de cualquier localización

Tabla 4. Situaciones en las que se recomienda realizar la prueba del VIH

Parejas sexuales de personas infectadas por VIH
Hombres que tienen sexo con hombres
Trabajadores sexuales
Personas que se inyectan o se han inyectado drogas
Personas que han vivido en países con alta prevalencia de VIH (>1%)* y sus parejas sexuales
Personas que solicitan la prueba por sospechar una exposición de riesgo
Mujeres embarazadas
Personas que han sufrido agresión sexual
Personas que han tenido una exposición de riesgo al VIH, ocupacional o no ocupacional
Personas con antecedentes de cualquier otra enfermedad de transmisión sexual
Personas con infección por virus de la hepatitis C o B
Linfoma maligno
Herpes zóster
Dermatitis seborreica/exantema
Enfermedad neumocócica invasiva
Cáncer o displasia anal/cervical
Síndrome mononucleósico
Leucopenia / trombopenia idiopática
Fiebre inexplicable
Candidemia
Leishmaniasis visceral

*<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/datatools/aidsinfo>

Tabla 5. Otras enfermedades que se asocian en más del 0,1% de los casos a infección por VIH no diagnosticada

Cáncer de pulmón primario
Meningitis linfocítica
Leucoplasia vellosa oral
Psoriasis grave o atípica
Síndrome de Guillain-Barré
Mononeuritis
Demencia subcortical
Enfermedad del tipo esclerosis múltiple
Neuropatía periférica
Pérdida de peso injustificada
Linfadenopatía idiopática
Candidiasis bucal idiopática
Diarrea crónica idiopática
Insuficiencia renal crónica idiopática
Hepatitis A
Neumonía de adquisición en la comunidad
Candidiasis

TEMPORADA DE GRIPE 2021-2022 EN NAVARRA

Campaña de vacunación

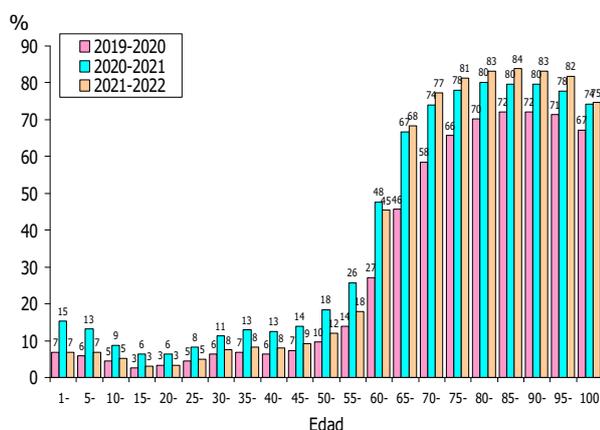
La campaña de vacunación frente a la gripe tuvo lugar entre octubre y diciembre de 2021, coincidiendo con la administración de la dosis de refuerzo de la vacuna de Covid-19. Esta temporada se utilizaron productos diferentes de los de temporadas anteriores. Se utilizó vacuna trivalente adyuvada en mayores de 65 años, y vacuna tetravalente en los menores de esa edad. La composición fue la recomendada por la Organización Mundial de la Salud, que incluyó las siguientes cepas en la vacuna trivalente:

- A/Victoria/2570/2019 (H1N1)
- A/Cambodia/e0826360/2020 (H3N2)
- B/Washington/02/2019 (Victoria)

Las vacunas tetravalentes incluyeron además el componente B/Phuket/3073/2013 (Yamagata).

De acuerdo con las dosis registradas, la cobertura alcanzó el 24,5% en el conjunto de población no institucionalizada. En las personas mayores de 65 años no institucionalizadas fue del 78%, superando en este rango de edad el objetivo del programa y también propuesto por la Organización Mundial de la Salud. Por segundo año se han mantenido los niveles de cobertura vacunal superiores a los que había antes de la pandemia. En comparación con la campaña vacunal anterior, la cobertura mejoró en los grupos de edad mayores de 65 años y descendió en los menores. Ambas temporadas alcanzaron coberturas mayores que las temporadas previas, probablemente favorecidas por la situación pandémica (Figura 1).

Figura 1. Cobertura vacunal antigripal en población no institucionalizada en las temporadas 2019-20 a 2021-22



Vigilancia epidemiológica de la gripe

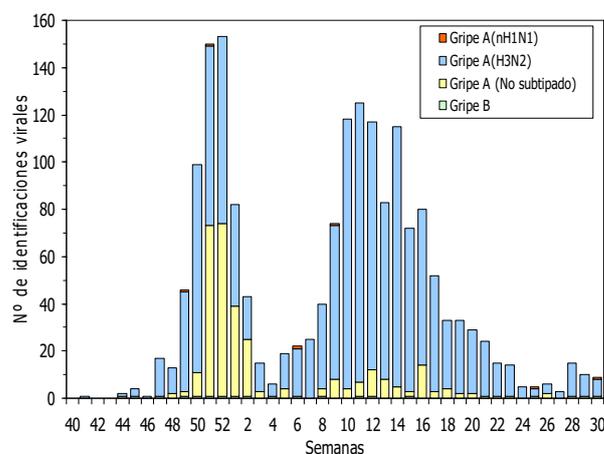
La coincidencia con la pandemia de Covid-19 ha hecho que la temporada gripal 2021-2022 sea atípica, tanto en su comportamiento epidemiológico, como en los procedimientos utilizados en su vigilancia epidemiológica.

Durante esta temporada se ha vigilado exhaustivamente toda sospecha de Covid-19. En todos los casos hospitalizados y en muchos de los ambulatorios se ha solicitado PCR, incluidos los pacientes atendidos por médicos de la red centinela de atención primaria. La mayoría de los test de PCR utilizados determinaban la presencia de Covid-19, gripe y virus respiratorio sincitial en la misma muestra. Esto ha supuesto la realización de más de 120.000 pruebas de PCR de gripe durante esta temporada, frente a las 6000 pruebas que se realizaban en temporadas previas. Resultado de ello, se han confirmado más casos de gripe que otros años, sin que esto signifique un nivel de circulación mayor.

La temporada gripal se considera habitualmente desde la semana 40 hasta la 20 del año siguiente, en este caso sería desde el 4 octubre de 2021 hasta el 22 de mayo de 2022. En total se confirmaron 1580 casos en Navarra, aunque han continuado detectándose casos durante todo el verano, con 106 diagnósticos más entre las semanas 21 y 30.

Los casos se distribuyeron en dos ondas. La primera despegó a mediados de noviembre y alcanzó el pico en las dos últimas semanas de diciembre (semanas 51 y 52), con una rápida caída posterior que coincidió con el pico de la variante Ómicron de Covid-19. La segunda onda alcanzó los valores máximos entre marzo y principios de abril (semanas 10 a 14). Posteriormente se han seguido produciendo oscilaciones, pero con niveles de incidencia menores (Figura 2).

Figura 2. Número semanal de casos confirmados de gripe en Navarra en la temporada 2021-2022



Los criterios tan diferentes de indicación de la PCR en pacientes ambulatorios hacen difícil la comparabilidad de los datos de temporadas previas, pero todo parece indicar que ésta ha sido una temporada con nivel de circulación bajo, pero más prolongado en el tiempo.

La gran mayoría de los virus subtipados han correspondido a gripe A(H3N2), y sólo ha habido detecciones muy esporádicas de gripe B y A(H1N1).

Ingresos hospitalarios

Entre octubre de 2021 (semana 40) y el 22 de mayo de 2022 (semana 20) ingresaron 261 pacientes con diagnóstico confirmado de gripe. Aunque la primera onda gripal dio lugar a un pequeño aumento de ingresos en torno al cambio de año, la principal acumulación de hospitalizaciones por gripe se produjo entre los meses de marzo y abril. No obstante, la onda no remitió totalmente y se siguieron produciendo hospitalizaciones por gripe de forma esporádica durante todo el verano con otras 74 hospitalizaciones más hasta mediados de septiembre de 2022.

En comparación con una onda gripal típica, como la de 2019-2020, el número de hospitalizaciones semanales se mantuvo siempre en niveles bajos o moderados, pero se prologó de forma continuada en el tiempo (Figura 3).

Siguiendo el patrón habitual por edades, la tasa de hospitalizaciones por gripe fue alta en menores de 5 años, fue baja en niños y adultos jóvenes y aumentó progresivamente en los grupos de mayor edad (Figura 4). El 77% de las personas hospitalizadas por gripe tenían 65 años o más.

El número de ingresos en unidades de cuidados intensivos (UCI) con confirmación de gripe fue de 10 hasta la semana 20 y 14 incluyendo hasta la semana 37. Los números de pacientes fallecidos en el hospital hasta las

mismas semanas fueron 13 y 15, respectivamente (Tabla 1).

Figura 3. Pacientes hospitalizados por gripe en la temporada 2021-2022, y comparación con la temporada 2019-2020

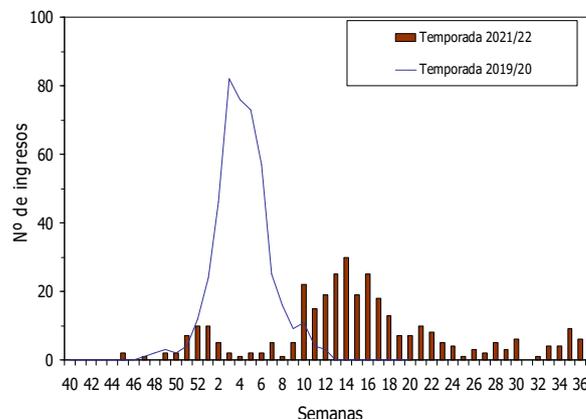


Figura 4. Tasa de hospitalizaciones con confirmación de gripe según edad, temporada 2021-2022

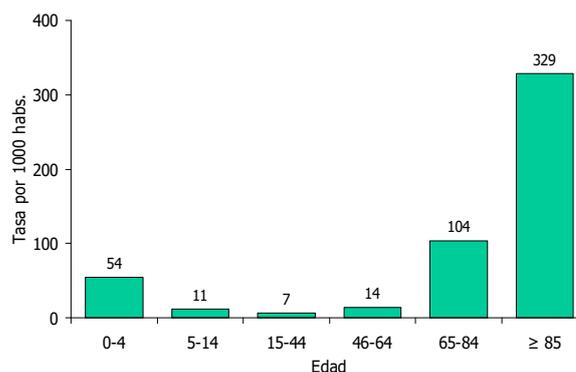


Tabla 1. Comparación de los casos hospitalizados en varias temporadas de gripe

	2015/16	2016/17	2017/18	2018/19	2019/20	2021/22 hasta semana 20	2021/22 hasta semana 37
Pacientes hospitalizados con confirmación de gripe	426	526	807	480	445	261	335
Pacientes ingresados en UCI confirmados para gripe	36	25	39	33	32	10	14
Pacientes ingresados con gripe que fallecieron	20	35	42	26	20	13	15

Caracterización de los virus gripales

En el Centro Nacional de Microbiología se ha completado la caracterización genética de 200 cepas de gripe aisladas en Navarra durante esta temporada. Los virus se seleccionaron con representatividad de distintos tipos virales y momentos epidemiológicos.

Se han caracterizado 198 cepas de gripe A(H3N2) y todas fueron B/Bangladesh/4005/2020(H3N2). Ochenta y dos cepas correspondieron al subgrupo (iii) y las 116 restantes, al subgrupo (iv). Por otra parte, se han caracterizado dos virus B aislados en Navarra, y ambos correspondieron a la cepa B/Austria/1359417/2021, perteneciente al linaje Victoria.

Efectividad de la vacuna antigripal

A partir de la información de casos de gripe confirmados, y comparando los vacunados y no vacunados, se ha estimado la efectividad de la vacuna antigripal de la temporada 2021-22 en Navarra.

A pesar de que la composición de la vacuna antigripal tuvo que decidirse en condiciones desfavorables, por la pandemia de Covid-19 y la escasa circulación gripal, la vacunación en la temporada 2021-2022 presentó una efectividad moderada, reduciendo un 37% el riesgo de presentar gripe confirmada por laboratorio. Las personas que no se habían vacunado en la temporada 2021-2022, pero sí se habían vacunado en temporadas previas, tuvieron una protección del 35%.

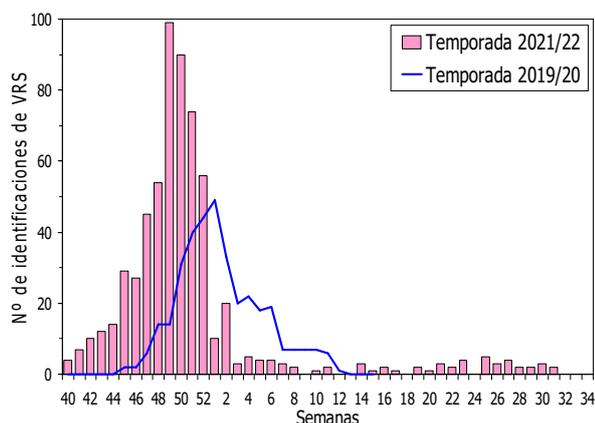
Virus respiratorio sincitial

El virus respiratorio sincitial (VRS) es causa frecuente de bronquiolitis en niños pequeños y se asocia a mortalidad en personas mayores. En frotis tomados a pacientes de atención primaria, urgencias y a pacientes hospitalizados este virus se detectó de forma prácticamente continua durante toda la temporada. Se contabilizaron 1462 casos confirmados entre el 4 de octubre de 2021 y el 22 de mayo de 2022, y este número se elevó hasta 1533 casos hasta mitad de septiembre.

Se contabilizaron 585 casos de menores de 15 años hasta el 22 de mayo y 620 hasta mitad de septiembre. La incidencia fue más alta entre noviembre y diciembre y cayó radicalmente en enero, probablemente desplazado por la circulación de Covid-19 y gripe, pero mantuvo niveles bajos de circulación durante toda la primavera (Figura 5).

El número de casos de virus respiratorio sincitial en la temporada 2021-2022 ha sido marcadamente mayor que en temporadas previas. En parte puede haber sido debido al número de pruebas realizadas mucho mayor, al ir asociada la PCR de virus sincitial a la de Covid-19 en el mismo test diagnóstico. También es posible que la escasa circulación del virus respiratorio sincitial durante la temporada 2020-2021 haya tenido un cierto efecto rebote en la temporada siguiente.

Figura 5. Incidencia semanal de casos de enfermedad por virus respiratorio sincitial en menores de 15 años



Conclusiones y recomendaciones

La temporada gripal 2021-2022 se ha caracterizado en Navarra por niveles de incidencia bajos, con una circulación continuada que se ha extendido durante todo el invierno, primavera y verano. El virus predominante ha sido el A(H3N2) con detecciones muy esporádicas de

gripe B y A(H1N1). La onda gripal alcanzó tasas de incidencia moderadas, y acumuló una incidencia baja respecto a otras temporadas. Las mayores tasas de hospitalización se observaron en los grupos de mayor edad. El número de hospitalizaciones, ingresos en UCI y defunciones relacionadas con la gripe fue muy bajo a pesar de la mayor sensibilidad en la detección.

La vacunación antigripal es la principal medida para prevenir la gripe y sus consecuencias, especialmente en personas con alto riesgo de complicaciones, en un contexto de progresivo envejecimiento, y de aumento de la fragilidad de la población debida a la mayor supervivencia de los pacientes crónicos y al uso creciente de tratamientos que inducen inmunodepresión. La cobertura vacunal en mayores de 65 años de Navarra ha superado el umbral del 75% propuesto como objetivo por la Organización Mundial de la Salud. La vacunación antigripal proporcionó una protección moderada frente a casos de gripe confirmados por laboratorio. Aun siendo porcentajes de efectividad moderados, al tratarse de una enfermedad con alta incidencia y riesgo de complicaciones, el impacto de eventos prevenidos mediante la vacunación ha sido apreciable.

Con frecuencia, las personas con mayor riesgo de complicaciones por la gripe tienen la respuesta inmune algo disminuida por su edad o por patologías crónicas de base. Por este motivo, se deben mantener otras medidas preventivas complementarias: la vacunación de convivientes, el evitar el contacto de los casos con personas con factores de riesgo, y el lavado frecuente de manos y el uso de mascarilla. El tratamiento antiviral precoz de los casos de gripe con factores de riesgo puede mejorar su pronóstico.

La confirmación de casos sospechosos que ingresan, el aislamiento y el tratamiento antiviral en los pacientes graves o con riesgo de complicaciones, ha mejorado el manejo clínico de estos pacientes y ha contribuido a reducir el riesgo de transmisión de la gripe en el medio sanitario.

Referencias

Martínez-Baz I, Casado I, Miqueluz A, Navascués A, Pozo F, Trobajo-Sanmartín C, Albéniz E, Elía F, Burgui C, Fernández-Huerta M, Ezpeleta C, Castilla J. Effectiveness of influenza vaccination in preventing influenza in primary care, Navarre, Spain, 2021/22. *Euro Surveill.* 2022;27(26):pii=2200488. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2022.27.26.2200488>

Financiación

Las caracterizaciones virales y las evaluaciones de la efectividad de la vacuna antigripal han sido posibles gracias a la financiación recibida de la Red I-MOVE financiada por el Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades (ECDC).

**CASOS DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES OBJETO DE VIGILANCIA EN NAVARRA
SEMANAS 14 A 26. PERIODO 2017-2022**

ENFERMEDADES	2017	2018	2019	2020	2021	2022	IE
Enfermedades de Transmisión Respiratoria							
Síndromes gripales	110	431	162	12	18	441	4,0
Enfermedad por virus respiratorio sincitial	2	13	5	1	116	57	11,4
Legionelosis	5	9	4	2	2	8	2,0
Tuberculosis Respiratoria	11	14	8	6	4	12	1,5
Otras Tuberculosis	4	2	5	3	5	3	0,8
Enfermedades Prevenibles por Inmunización							
Enfermedad Meningocócica	1	2	3	1	1	-	0,0
Enfermedad neumocócica invasiva	21	19	21	2	8	9	0,5
Enf. invasora por <i>Haemophilus influenzae</i>	3	3	3	1	2	3	1,0
Parotiditis	105	598	19	24	4	8	0,3
Rubéola	-	-	-	-	-	-	-
Sarampión	44	11	2	-	-	-	-
Tos ferina	23	5	8	2	-	1	-
Varicela	20	39	21	6	12	8	0,4
Herpes zóster	645	693	693	663	725	776	1,1
Enfermedades gastrointestinales							
Disentería Bacilar	1	3	3	-	7	3	1,0
<i>Campylobacter</i>	210	224	181	75	226	240	1,1
<i>Salmonella</i>	65	80	41	14	34	47	1,1
<i>Salmonella enteritidis</i>	26	14	7	4	6	27	3,9
<i>Salmonella typhimurium</i>	29	49	26	4	9	10	0,4
<i>Salmonella</i> , otras/ spp	10	17	8	6	19	10	1,0
Rotavirus	73	94	92	8	14	103	1,4
<i>Cryptosporidium</i> spp.	7	16	5	3	5	5	1,0
<i>Giardia lamblia</i>	31	36	27	11	31	36	1,2
<i>Yersinia enterocolítica</i>	9	10	2	3	17	12	1,3
<i>Vibrio cholerae</i> , importado	1	-	-	-	-	-	-
<i>E coli</i> verotoxigénico	3	2	22	6	39	41	6,8
Fiebre tifoidea y paratifoidea	-	-	-	-	-	1	-
Listeriosis	-	2	2	1	2	3	1,5
Infecciones de Transmisión Sexual							
Infección Gonocócica	25	29	42	5	53	43	1,5
Sífilis primaria, secundaria o latente precoz	7	18	17	7	24	23	1,4
<i>Chlamydia trachomatis</i>	65	91	121	60	167	185	2,0
Linfogranuloma venéreo	1	-	2	-	7	5	5,0
Infección por VIH	13	10	19	7	8	8	0,8
Hepatitis Víricas							
Hepatitis A	35	7	7	-	1	2	0,3
Hepatitis B aguda	-	-	4	1	-	1	-
Hepatitis C, caso incidente	-	-	-	2	-	-	-
Otras Hepatitis	1	1	1	1	2	-	0,0
Zoonosis							
Brucelosis	-	-	-	-	-	-	-
Hidatidosis	-	2	-	-	3	1	-
Leishmaniasis	-	-	2	1	-	-	-
Fiebre Q	1	2	1	3	6	3	1,5
Leptospirosis	-	-	-	-	-	-	-
Enfermedades transmitidas por garrapatas							
Enfermedad de Lyme (<i>B burgdorferi</i>)	-	-	3	2	3	6	3,0
Fiebre exantemática mediterránea	2	16	6	3	11	4	0,7
Enfermedades Importadas							
Paludismo	2	5	-	-	-	1	-
Enfermedad del Dengue	1	-	-	-	1	1	-
Enfermedad por Chikungunya	-	-	-	-	-	-	-
Enfermedad por virus Zika	1	-	-	-	-	-	-

Índice Epidémico (IE) 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.

Otras enfermedades sin casos en 2020: Botulismo, Carbunco, Difteria, Encefalitis transmitida por garrapatas, Fiebre amarilla, Fiebre del Nilo occidental, Fiebre recurrente transmitida por garrapatas, Fiebres hemorrágicas víricas, Peste, Poliomieltis, Rabia, Tétanos, Triquinosis, Tularemia, Viruela.