



## SUMARIO

Temporada de virus respiratorios 2023-2024 en Navarra	1
Tendencia de la mortalidad por sexo y edad en Navarra, 2000-2022	7
Casos de enfermedades transmisibles objeto de vigilancia en Navarra. Semanas 27 a 39 de 2024	12

## TEMPORADA DE VIRUS RESPIRATORIOS 2023-2024 EN NAVARRA

### Campaña de vacunación

El 25 de septiembre de 2023 se inició la campaña de vacunación frente al covid con vacunas mRNA basadas en la subvariante XBB, **COMIRNATY® Omicron XBB.1.5** de Pfizer. La campaña se dirigió a todas las personas a partir de 60 años y a menores de esta edad institucionalizados o con condiciones de riesgo.

Desde el 16 de octubre se sumó la campaña de vacunación antigripal dirigida a los mismos grupos de población que la vacuna del covid y, además, a todas las personas de 6 a 59 meses de edad. Se utilizaron vacunas tetravalentes con la composición recomendada por la Organización Mundial de la Salud. La vacuna utilizada mayormente fue la de antígenos de superficie producida en huevo (Influvac®, Mylan). En personas alérgicas al huevo se utilizó la vacuna de antígenos de superficie preparada en cultivos celulares (Flucelvax®, Seqirus), y en niños y adolescentes inmunocompetentes de 24 meses a 18 años de edad se les ofreció la vacuna antigripal atenuada (Fluenz Tetra®, AstraZeneca). Oficialmente la campaña se extendió hasta el 1 de diciembre, aunque se siguieron administrando dosis en los meses siguientes.

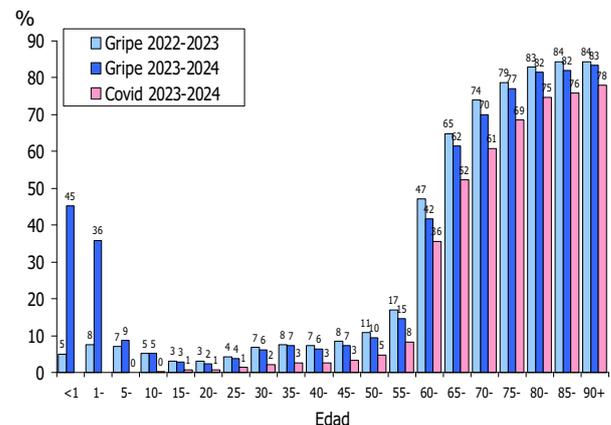
En la temporada 2023-2024 se ofreció la inmunización con un anticuerpo monoclonal de larga duración (nirsevimab) para prevenir casos graves de infección por virus respiratorio sincitial (VRS) en los menores de alto riesgo de enfermedad grave (lactantes pretérmino con menos de 35 semanas de edad gestacional y menores de 24 meses con cardiopatía congénita o displasia broncopulmonar). Además, se ofreció nirsevimab prospectivamente a todos los nacidos entre el 1 de octubre de

2023 y el 5 de febrero de 2024, alcanzándose una cobertura del 94%.

La cobertura de vacunación frente al covid alcanzó el 17,5% en el conjunto de la población, el 57,7% en mayores de 60 años y el 72,9% en mayores de 75 años (Figura 1).

La vacunación antigripal en adultos alcanzó coberturas mayores que la del covid en todos los grupos de edad, pero menores que las de la temporada anterior. La cobertura fue del 23,8% en el conjunto de la población. En las personas mayores de 65 años la cobertura antigripal fue del 72,8%, y superó el 75% a partir de los 75 años. La cobertura de vacunación infantil aumentó hasta el 45,2% en el grupo de 6 a 11 meses de edad y fue del 35,8% en el grupo de 1 a 4 años (Figura 1).

**Figura 1.** Cobertura de vacunación frente a la gripe y el covid en las temporadas 2022-2023 y 2023-2024



## Diagnósticos de infección respiratoria aguda en atención primaria

La temporada 2023-2024 ha recuperado características de una temporada prepandémica típica, con una onda estacional de gripe entre diciembre y enero. Además, se ha sumado una circulación del covid durante todo el año, con una onda epidémica entre diciembre y enero, y otra, mayor, entre junio y agosto (Figura 2).

La incidencia de síndromes gripales superó el umbral epidémico en diciembre, alcanzó la máxima incidencia en la segunda semana de enero (260 casos por 100.000 habitantes) y recuperó niveles basales a mediados de febrero, que se mantuvieron durante los meses siguientes hasta el final del verano. En el conjunto de la temporada se acumuló una incidencia modesta, en comparación con otras ondas gripales previas a la pandemia. Un total de 10.973 personas fueron diagnosticadas con síndrome gripal en atención primaria, el 1,7% de la población. Este porcentaje fue del 2% o mayor en los grupos de 15 a 59 años de edad.

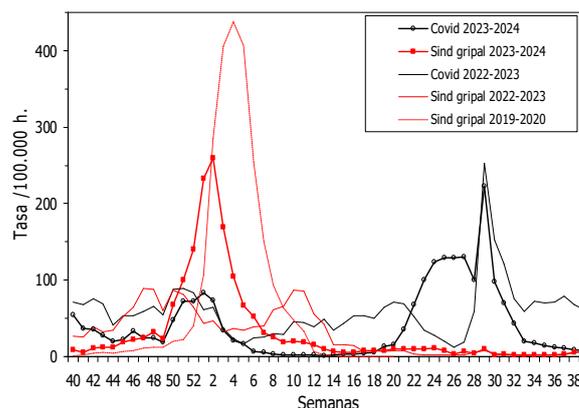
La circulación de covid se extendió durante toda la temporada, con una onda de incidencia bimodal. En octubre y noviembre la incidencia se mantuvo en niveles próximos al umbral epidémico. Entre diciembre y enero, el covid dio lugar a una onda epidémica moderada, con una incidencia máxima de 83 casos por 100.000 habitantes en la primera semana de 2024. La incidencia de covid se mantuvo en niveles basales entre febrero y mayo, y volvió a reactivarse en junio y julio. Al igual que en años previos, se produjo un fuerte repunte (223 casos por 100.000 habitantes) en la tercera semana de julio, que puede explicarse por el aumento en la interacción social durante las fiestas de San Fermín (Figura 2). Entre octubre de 2023 y septiembre de 2024 se diagnosticaron 14.133 casos de covid en atención primaria, el 2,1% de la población. Este porcentaje aumentó progresivamente con la edad, alcanzando el 5,6% en mayores de 80 años.

Uno de los hechos más destacados de esta temporada fue el elevado número de casos de neumonía detectados a través de diferentes indicadores epidemiológicos. La tasa de diagnósticos de neumonía en atención primaria aumentó un 73% respecto a los años prepandémicos, lo que se explica en parte por el aumento de neumonías neumocócicas y, especialmente, por el aumento de casos de *Mycoplasma pneumoniae*.

## Vigilancia centinela en atención primaria

En Navarra existe una red centinela de profesionales de atención primaria que toman frotis nasofaríngeo a los pacientes que cumplen criterios de síndrome gripal. Estos criterios requieren la presencia de un síntoma respiratorio (tos, dolor de garganta o disnea) y un síntoma general (fiebre, malestar o mialgias).

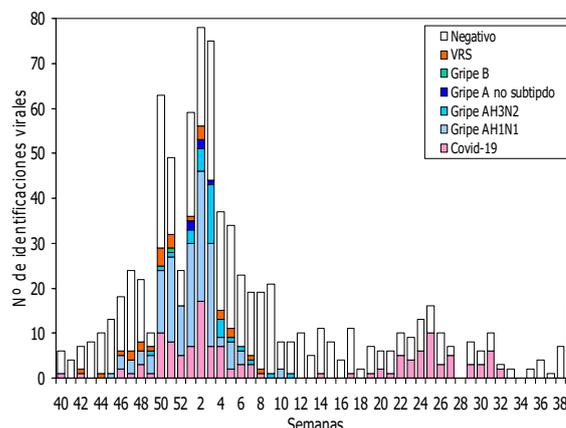
Figura 2. Diagnósticos de síndrome gripal y covid en atención primaria en la temporada 2023-2024. Comparación con temporadas previas



Entre octubre de 2023 y septiembre de 2024 se analizaron mediante PCR frotis de 834 pacientes con síndrome gripal. El 39,7% (n=331) fueron positivas a alguno de los virus analizados: 15,8% (n=132) a covid, 22,2% (n=185) a gripe y 3,1% (n=26) a virus respiratorio sincitial (VRS). Entre los casos de gripe el 78,9% fueron positivos a gripe A(H1N1), el 17,8% a gripe A(H3N2), el 2,7% fueron gripe A no subtipados y solo hubo un caso de gripe B (0,5%). En la interpretación de estos resultados hay que tener en cuenta que el síndrome gripal es la presentación más característica de la infección por el virus influenza, ya que la infección por VRS presenta síntomas generales en menor porcentaje de casos.

Las confirmaciones de laboratorio demuestran la circulación de diversos virus respiratorios que se fueron alternando durante la temporada. Cada virus por separado mantuvo un nivel de incidencia bajo. En conjunto, se observaron dos momentos con incidencia mayor de confirmación de virus respiratorios. El primero, entre diciembre y enero, con predominio de gripe A(H1N1), seguida por covid y VRS. El segundo, entre junio y julio, con predominio casi exclusivo del covid (Figura 3).

Figura 3. Resultado de las pruebas de PCR realizadas a pacientes de la red centinela de atención primaria que consultaron por síndrome gripal, 2023-2024



## Ingresos hospitalarios

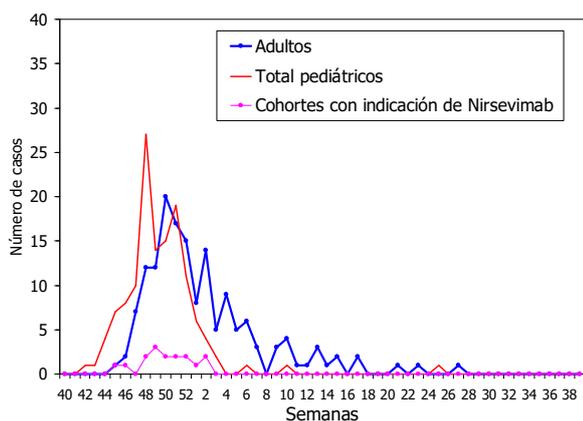
Desde octubre de 2023 hasta septiembre de 2024 se registraron 815 ingresos hospitalarios por covid, 723 por gripe y 288 por VRS.

**VRS:** El VRS es causa frecuente de bronquiolitis en niños pequeños y se asocia a mortalidad en personas mayores. En la temporada 2023-2024 se confirmaron 288 casos que requirieron hospitalización, 24 casos ingresaron en unidades de cuidados intensivos (UCI) y 15 casos fallecieron. El 47,9% (n=138) de las hospitalizaciones fueron en menores de 15 años. La mayoría de estos diagnósticos se realizaron en los servicios de urgencias. El VRS empezó a circular a finales de octubre y alcanzó el máximo en la última semana de noviembre, aproximadamente un mes antes de lo habitual. Desde febrero apenas hubo hospitalizaciones pediátricas. La onda de hospitalizaciones en adultos discurrió con aproximadamente dos semanas de retraso respecto a la de casos pediátricos (Figura 4).

Se ofreció la inmunización con nirsevimab a los nacidos desde el 1 de octubre de 2023 al 5 de febrero de 2024, y se inmunizaron el 94%. En estas cohortes se produjeron 16 ingresos hospitalarios por VRS, todos ellos entre noviembre y principios de enero, la mitad de los cuales no había recibido la inmunización.

El número de ingresos hospitalarios por VRS en esta temporada fue menor que en la previa, principalmente en menores de 5 años (Tabla 1).

**Figura 4.** Hospitalizaciones por VRS en la temporada 2023-2024 en menores de 15 años y en adultos.



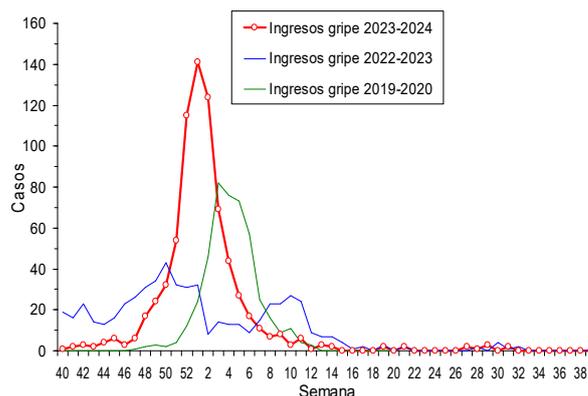
**Gripe:** Entre octubre de 2023 y septiembre de 2024 se registraron 723 ingresos hospitalarios, 33 ingresos en UCI y 70 defunciones por gripe confirmada. Los ingresos por gripe se presentaron en forma de una onda entre noviembre y febrero, con un pico de incidencia pronunciado en la primera semana de 2024. A partir de marzo solo hubo hospitalizaciones esporádicas. La onda de hospitalizaciones por gripe de esta temporada fue más pronunciada que las de los últimos años, pero el número de hospitalizaciones por gripe quedó algo por

debajo del de la temporada 2017-2018 (n=807) (Figura 5 y Tabla 1).

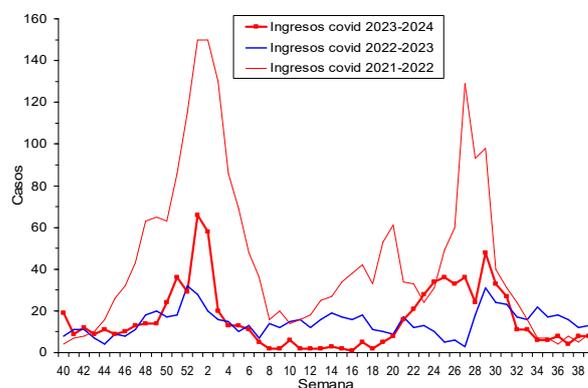
**Covid:** El número de ingresos por covid aumentó con respecto a la temporada 2022-2023, pero quedó lejos de los niveles alcanzados durante la pandemia. Entre octubre de 2023 y septiembre de 2024 se registraron 815 ingresos hospitalarios, 29 ingresos en UCI y 83 defunciones por covid. Alcanzaron el nivel más alto en la primera semana de 2024, con un segundo pico en la tercera semana de julio (Figura 6 y Tabla 1).

En el periodo de octubre a mayo, las hospitalizaciones por covid (n=403) fueron menos que la debidas a la gripe (n=704), pero la relación se invirtió al sumar las 412 hospitalizaciones por covid entre junio y septiembre. La onda epidémica de hospitalizaciones por covid en verano afectó proporcionalmente más a las personas mayores de 75 años, que pasaron del 63% del total de los ingresos entre octubre y mayo hasta el 72% en los de junio a septiembre.

**Figura 5.** Hospitalizaciones por gripe en la temporada 2023-2024. Comparación con temporadas previas.



**Figura 6.** Hospitalizaciones por covid en la temporada 2023-2024. Comparación con temporadas previas.



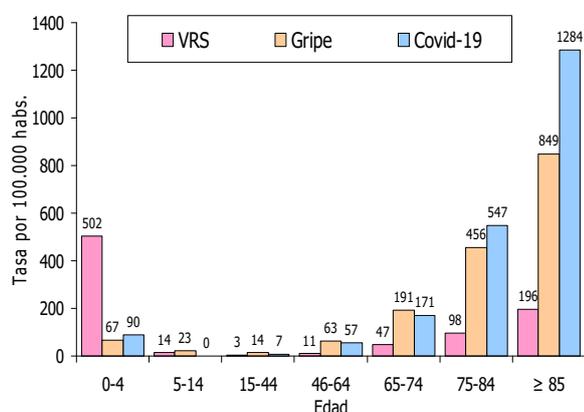
Las tasas de hospitalización mostraron una variabilidad muy grande según la edad. La mayor tasa de hospitalización por VRS se observó en menores de 5 años, con un segundo ascenso en mayores de 85 años. La tasa de hospitalización por los tres virus aumentó en edades avanzadas, y fue mayor para el covid, seguida por la gripe y dejando a distancia al VRS (Tabla 2 y Figura 7).

**Tabla 1. Ingresos y defunciones por gripe, covid y VRS por temporada, de la semana 40 hasta la 390 del año siguiente**

	2016/17	2017/18	2018/19	2019/20	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24
Pacientes hospitalizados por VRS confirmado							344	288
Menores de 5 años hospitalizados por VRS confirmado							246	129
Pacientes hospitalizados por <b>gripe confirmada</b>	526	807	480	445	0	261	557	723
Pacientes ingresados en UCI por <b>gripe confirmada</b>	25	39	33	32	0	10	28	33
Muertes por <b>gripe confirmada</b>	35	42	26	20	0	13	31	70
Pacientes hospitalizados por <b>covid confirmado</b>				1934	3188	1604	468	815
Pacientes ingresados en UCI por <b>covid confirmado</b>				139	385	152	23	29
Muertes por <b>covid confirmado</b>				529	598	310	75	83

**Tabla 2. Ingresos hospitalarios por virus respiratorio sincitial, gripe y covid según edad**

Edad, años	Virus respiratorio sincitial			Gripe			Covid		
	n°	%	Tasa por 100.000	n°	%	Tasa por 100.000	n°	%	Tasa por 100.000
0-4	128	44,4	502	17	2,4	67	23	2,8	90
5-14	10	3,5	14	16	2,2	23	0	0,0	0
15-44	7	2,4	3	31	4,3	14	16	2,0	7
45-64	21	7,3	11	125	17,3	63	114	14,0	57
65-74	32	11,1	47	129	17,8	191	115	14,1	171
75-84	45	15,6	98	210	29,0	456	252	30,9	547
85+	45	15,6	196	195	27,0	849	295	36,2	1284
Total	288	100,0	44	723	100,0	109	815	100,0	123

**Figura 7. Tasa de hospitalizaciones por VRS, gripe, covid confirmados según edad, temporada 2023-2024**

### Caracterización genética de los virus gripales

En el Centro Nacional de Microbiología se ha completado la caracterización genética de 186 cepas de gripe aisladas en Navarra durante esta temporada.

De 144 virus A(H1N1), 110 fueron similares a A/Victoria/4897/2022 (clado 5a.2a.1) y 34 fueron similares a A/Sydney/5/2021 (clado 5a.2a). Se caracterizaron 36 virus A(H3N2), 35 de los cuales fueron similares a A/Thailand/8/2022 (clado 2a.3a.1), mientras que un virus se identificó como la cepa vacunal A/Darwin/9/2021 contenida en la vacuna Fluenz Tetra® en un niño que había sido vacunado en los días

anteriores. Se caracterizaron 6 muestras del virus de la gripe B, 5 de las cuales fueron similares a B/Catalonia/2279261NS/2023 (Linaje Victoria, subgrupo V1A.3a.2) y una fue B/Phuket/3073/2013 (linaje Yamagata) que es cepa contenida en la vacuna Fluenz Tetra. Este caso había recibido la vacuna inhalada recientemente.

En el Hospital Universitario de Navarra se secuenciaron 223 cepas de SARS-CoV-2 de esta temporada. Todos los linajes detectados pertenecieron a la variante Ómicron. El linaje JN.1 y sus variantes se detectó en 111 casos (50%) que estuvo presente hasta julio, y el linaje KP en 91 casos (41%), todos ellos desde el mes de abril. En el primer trimestre de 2024, el linaje JN.1 (clado 24A) fue el dominante. En los siguientes meses, la presencia de este linaje fue disminuyendo y se detectó la circulación de distintos sublinajes de JN.1, destacando la aparición del linaje KP.3 (clado 24C), al igual que se ha descrito en otros países.

### Efectividad e impacto de la inmunización

A partir de la información de casos de gripe confirmados, comparando los vacunados y no vacunados, se ha estimado la efectividad de la vacuna antigripal de la temporada 2023-2024 en Navarra. La efectividad fue en promedio moderada (51%) para prevenir infecciones confirmadas, y del 43% para prevenir hospitalizaciones por gripe confirmada. Esta efectividad fue más

alta en población menor de 65 años (61%) que en los mayores (35%), debido a su mejor competencia inmunológica. La efectividad para prevenir hospitalizaciones fue mejor frente a gripe A(H1N1) (48%), que frente a gripe A(H3N2) (15%). La menor efectividad para prevenir hospitalizaciones tuvo relación con la edad más avanzada de los pacientes que ingresan. Con las coberturas vacunales alcanzadas se estima que en Navarra la vacunación antigripal evitó unos 320 ingresos hospitalarios por gripe.

La efectividad del refuerzo vacunal de covid XBB.1.5 para prevenir hospitalizaciones confirmadas por covid fue del 55% en promedio durante los 6 primeros meses. En las personas más vulnerables la protección descendió notablemente después de los seis meses tras la vacunación. Puesto que el covid produjo una segunda onda en verano, transcurridos más de seis meses desde la campaña de vacunación, la protección en personas más vulnerables en esta segunda onda fue escasa. La vacunación frente al covid en Navarra ha prevenido aproximadamente 270 hospitalizaciones por esta causa, la mayor parte de ellas durante la primera onda epidémica de covid.

La inmunización con nirsevimab se introdujo por primera vez en esta temporada en Navarra y alcanzó una efectividad del 89% para prevenir hospitalizaciones por esta causa en lactantes. Se estima que evitó más de 70 hospitalizaciones pediátricas por VRS, las cuales habrían aumentado la sobrecarga de los servicios asistenciales pediátricos en los meses de diciembre y enero.

### Infecciones respiratorias bacterianas

La temporada 2023-2024 se caracterizó por ondas epidémicas de virus respiratorios dentro de los rangos habituales. Sin embargo, la incidencia de varias infecciones respiratorias bacterianas fue inusualmente alta. La suma de todas ellas es lo que ha hecho que esta temporada haya tenido una repercusión mayor de lo normal en infecciones respiratorias. Entre octubre de 2023 y junio de 2024 se diagnosticaron 4038 casos de neumonía en atención primaria, cifra que duplica la del año anterior. Este aumento en la incidencia se observó en todos los grupos de edad, pero fue especialmente pronunciado en el grupo de 5 a 14 años.

Las neumonías con confirmación de antígeno de neumococo ascendieron a 453 casos en el periodo de octubre de 2023 a junio de 2024, lo que supone un aumento de más del 60% en comparación con los niveles previos a la pandemia. En el mismo periodo hubo 403 diagnósticos con confirmación de *Mycoplasma pneumoniae*, lo que multiplica por 20 el número de diagnósticos medio en temporadas pre-pandémicas. Los casos de tosferina ascendieron a 131, número llamativamente alto en comparación con años previos.

También fue alta la incidencia de otras infecciones, como la enfermedad neumocócica invasiva, con 88 casos, la enfermedad meningocócica, con 6 casos, y la de enfermedad invasiva por *Streptococcus pyogenes* tipo A, con 10 casos.

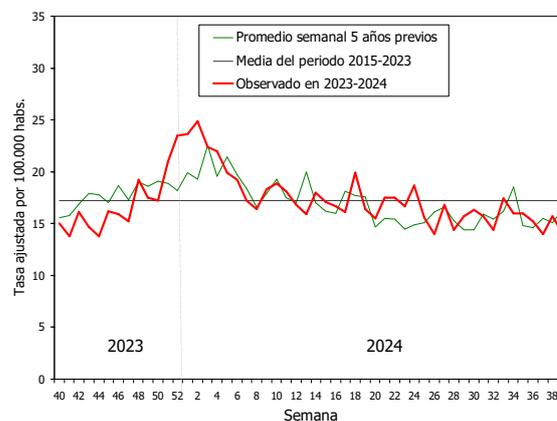
Cada una de estas infecciones puede tener una variabilidad interanual con ondas de mayor incidencia cada varios años. Durante la pandemia de covid, las medidas de aislamiento y el uso de mascarillas redujeron la incidencia de estas infecciones bacterianas a niveles mínimos. Tras la pandemia se ha reactivado progresivamente su circulación y, en la temporada 2023-2024, parecen haber coincidido fuertes efectos rebote en la incidencia de varias de estas infecciones bacterianas.

### Mortalidad general durante la temporada

La mortalidad general es un buen indicador para evaluar las consecuencias más graves sobre la salud de las epidemias estacionales de virus respiratorios. Dado el progresivo aumento y envejecimiento de la población, las comparaciones han de hacerse mediante tasas ajustadas por edad y sexo.

En la temporada 2023-2024, la tasa ajustada de mortalidad por todas las causas presentó un exceso pronunciado entre los meses de diciembre y enero, en comparación con el promedio de los 5 años previos de las mismas semanas del año (Figura 8).

**Figura 8.** Tasa de mortalidad semanal por todas las causas ajustada por edad y sexo. Navarra, 2023-2024



Fuente: Registros Civiles Informalizados. MoMo.

Este exceso de defunciones puede explicarse por la circulación aumentada de diversas infecciones respiratorias, incluidas el covid, la gripe y el VRS, así como, el neumococo, *Bordetella pertussis* (tosferina), *Mycoplasma pneumoniae* y *Streptococcus pyogenes*. La coincidencia de varias de estas infecciones con incidencias inusualmente altas en algunas semanas, explica el exceso de mortalidad observado.

A partir de marzo de 2024 la mortalidad semanal se mantuvo en niveles promedio para la época del año, diluyendo el exceso de mortalidad inicial (Figura 8). Los excesos de mortalidad de algunas semanas se compensaron con menor mortalidad en otras, y como resultado, la tasa ajustadas por edad y sexo en el conjunto de la temporada fue similar a la mediana de las cinco temporadas previas.

## Conclusiones y recomendaciones

En la temporada 2023-2024 se ha producido una onda gripal considerable, pero dentro del rango de variabilidad que se observaba en temporadas previas a la pandemia de covid.

El covid produjo una primera onda epidémica de magnitud moderada, coincidiendo con la de la gripe. Ha seguido circulando durante toda la temporada y ha ocasionado una segunda onda en verano, consolidando el comportamiento que se viene reproduciendo desde la pandemia.

La epidemia de VRS en lactantes se ha visto muy suavizada por la administración de inmunoprofilaxis con nirsevimab en recién nacidos. Esta intervención ha demostrado ser muy eficaz para prevenir casos graves de VRS y para aliviar la sobrecarga de las unidades de pediatría hospitalaria durante la onda epidémica del VRS.

A la circulación de virus respiratorios esta temporada se ha sumado una circulación más intensa de lo habitual de diversas infecciones respiratorias bacterianas como el neumococo, *Bordetella pertussis* (tosferina), *Mycoplasma pneumoniae* y *Streptococcus pyogenes*.

La coincidencia de todos estos microorganismos en una población con edad y vulnerabilidad crecientes ha dado lugar a un impacto notable en las hospitalizaciones.

La circulación de estas infecciones se asoció a un exceso de la mortalidad general entre diciembre y enero. Este exceso de mortalidad se vio compensado por una menor mortalidad en otros meses de la temporada. Como resultado, la tasa de mortalidad ajustada por edad en el conjunto de la temporada fue similar a la mediana de los años previos.

La vacunación de la gripe y el covid mostraron efectividades moderadas y fueron las principales medidas para prevenir casos de enfermedad grave en las personas más vulnerables.

La cobertura vacunal antigripal en mayores de 65 años fue alta, aunque descendió ligeramente con respecto a la temporada previa.

A pesar de la efectividad moderada de las vacunas, al ser enfermedades con alta incidencia y frecuentes complicaciones, el número de eventos prevenidos ha sido considerable. Se estima que la vacunación antigripal ha prevenido unas 320 hospitalizaciones y la vacunación frente al covid unas 270 hospitalizaciones.

En base a la experiencia satisfactoria de esta primera temporada de uso, se ha propuesto la administración prospectiva de nirsevimab a todos los nacidos en Navarra desde el 1 de septiembre de 2024 hasta el final de la onda epidémica de VRS, con el fin de prevenir hospitalizaciones por VRS en la temporada 2024-2025.

Las personas con respuesta inmune disminuida, por su edad o patología crónica, tienen mayor riesgo de complicaciones por estas infecciones. Por ello, su vacunación se debe complementar con otras medidas preventivas que incluyen: evitar el contacto con casos, lavado frecuente de manos y uso de mascarilla. El diagnóstico de los casos sospechosos que ingresan en los hospitales y su aislamiento contribuyen a reducir la transmisión nosocomial.

## Referencias

Maurel M, Howard J, Kissling E, Pozo F, Pérez-Gimeno G, Buda S, Sève N, McKenna A, Meijer A, Rodrigues AP, Martínez-Baz I, et al. Interim 2023/24 influenza A vaccine effectiveness: VEBIS European primary care and hospital multicentre studies, September 2023 to January 2024. *Euro Surveill.* 2024; 29(8):2400089. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2024.29.8.2400089.

Monge S, Humphreys J, Nicolay N, Braeye T, Van Evercooren I, Holm Hansen C, Emborg HD, Sacco C, Mateo-Urdiales A, Castilla J, Martínez-Baz I, et al. Effectiveness of XBB.1.5 monovalent COVID-19 vaccines during a period of XBB.1.5 dominance in EU/EEA countries, October to November 2023: A VEBIS-EHR Network Study. *Influenza Other Respir Viruses.* 2024;18(4):e13292. doi: 10.1111/irv.13292.

Ezpeleta G, Navascués A, Viguria N, Herranz-Aguirre M, Juan Belloc SE, Gimeno Ballester J, Muruzábal JC, García-Cenoz M, Trobajo-Sanmartín C, Echeverría A, Martínez-Baz I, Vera-Punzano N, Casado I, López-Mendoza H, Ezpeleta C, Castilla J. Effectiveness of Nirsevimab Immunoprophyllaxis Administered at Birth to Prevent Infant Hospitalisation for Respiratory Syncytial Virus Infection: A Population-Based Cohort Study. *Vaccines (Basel).* 2024 4;12(4):383. doi: 10.3390/vaccines12040383.

Trobajo-Sanmartín C, Portillo ME, Navascués A, Martínez-Baz I, Ezpeleta C, Castilla J. Unusually high incidence of pneumonia in Navarre, Spain, 2023-2024. *Enf Infecc Microbiol Clin* 2024 (en prensa)

## Financiación

Red VEBIS financiada por el Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades (ECDC).

## TENDENCIA DE LA MORTALIDAD POR SEXO Y EDAD EN NAVARRA, 2000-2022

La tendencia en la mortalidad general y por las principales causas en Navarra ha sido evaluada para cada sexo en el periodo 2000-2022, utilizando indicadores de esperanza de vida al nacer, tasas específicas de mortalidad por grupos de edad y tasas ajustadas a la población estándar europea de 2013. Las tasas ajustadas de mortalidad general y por causas en los quinquenios 2000-2004 y 2018-2022 se han estimado para toda la población y para 4 grupos de edad: menores de 44 años, 45 a 64 años, 65 a 84 años y 85 a 94 años. En el Observatorio de Salud Pública de Navarra se recogen con más detalle los datos presentados en este informe <https://portalsalud.navarra.es/es/mortalidad>

### Esperanza de vida al nacer

La esperanza de vida al nacer en Navarra fue de 83,7 años en 2022, medio año más alta que la de España (83,2 años), país que ocupa, tras Japón (84,1 años) y Suiza (83,7 años), la tercera posición entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE).

La esperanza de vida al nacer de las mujeres fue de 86,6 años en 2022, encontrándose entre las dos más altas registradas en los países de la OCDE: Japón (87,1 años) y España (85,9 años). En los hombres, la esperanza de vida al nacer en Navarra (80,9 años) fue casi un año menor que la más alta registrada en países de la OCDE (Suiza, 81,8 años).

Las estadísticas de EUROSTAT de 2021 por regiones de la Unión Europea señalaron a Åland (Finlandia) con mayor esperanza de vida al nacer en hombres, seguida por la Comunidad de Madrid y Navarra. En mujeres la mayor esperanza de vida se registró en la Comunidad de Madrid, seguida por Navarra.

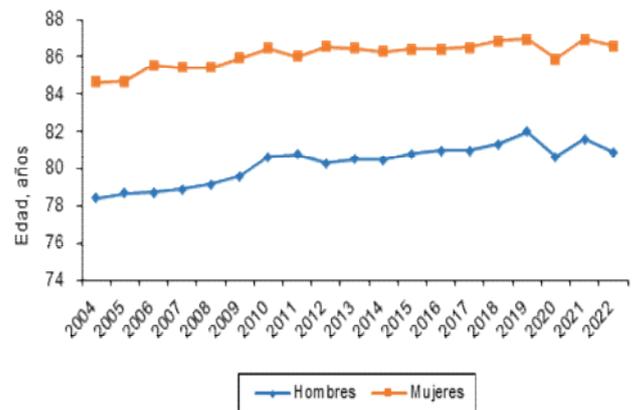
Entre 2000 y 2022 la esperanza de vida al nacer en Navarra aumentó en 3,9 y 2,7 años en hombres y mujeres, respectivamente. La brecha entre sexos a favor de las mujeres se ha reducido en 1,2 años, desde 6,9 años en 2000 hasta 5,7 años en 2022 (Figura 1).

### Tasas de mortalidad por sexo y edad

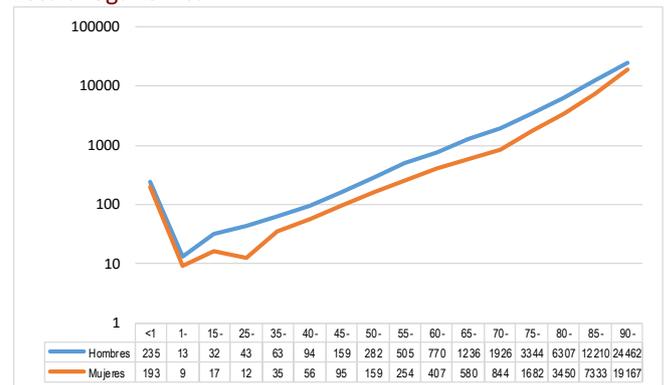
En todos los grupos de edad la mortalidad fue mayor en los hombres que en las mujeres, siendo 3,5 veces mayor en hombres del grupo de 25-34 años y aproximadamente el doble en los grupos de 55 a 80 años (Figura 2).

La Figura 3 muestra el cambio porcentual de la tasa de mortalidad por grupos de edad y sexo en 2018-2022 respecto a 2000-2004. Se aprecian descensos mayores del 20% en todos los grupos de edad, excepto en hombres de 85 y más años, y en mujeres de 55-69 años y mayores de 90 años.

**Figura 1.** Evolución de la esperanza de vida al nacer en Navarra



**Figura 2.** Tasa de mortalidad media anual por 100.000 habitantes según edad y sexo. Navarra, 2018-2022. Escala logarítmica



### Grupo de edad de 0-44 años

En 2000-2004 se registraron un promedio anual de 165 fallecimientos en hombres y 68 en mujeres. Los accidentes de tráfico, el suicidio, el sida y los envenenamientos accidentales (sobredosis de drogas) representaron el 45% del total en hombres. En mujeres, los accidentes de tráfico, el cáncer de mama, el suicidio y el sida sumaron el 34% (Tabla 1).

El importante descenso de la mortalidad por accidentes de tráfico, de 19,1 a 7,4 por 100.000 en hombres y de 5,3 a 1,4 por 100.000 en las mujeres, fue responsable en buena medida del descenso de la mortalidad y se ha relacionado con la mejora de la seguridad vial, infraestructuras y legislación de tráfico. La mortalidad por suicidio sólo disminuyó en hombres, de 9 a 6 por 100.000, mientras que se mantuvo en torno a 3 por 100.000 en mujeres.

La mortalidad por sida descendió en hombres y mujeres desde 6 y 2,1 por 100.000 a menos de 1 por

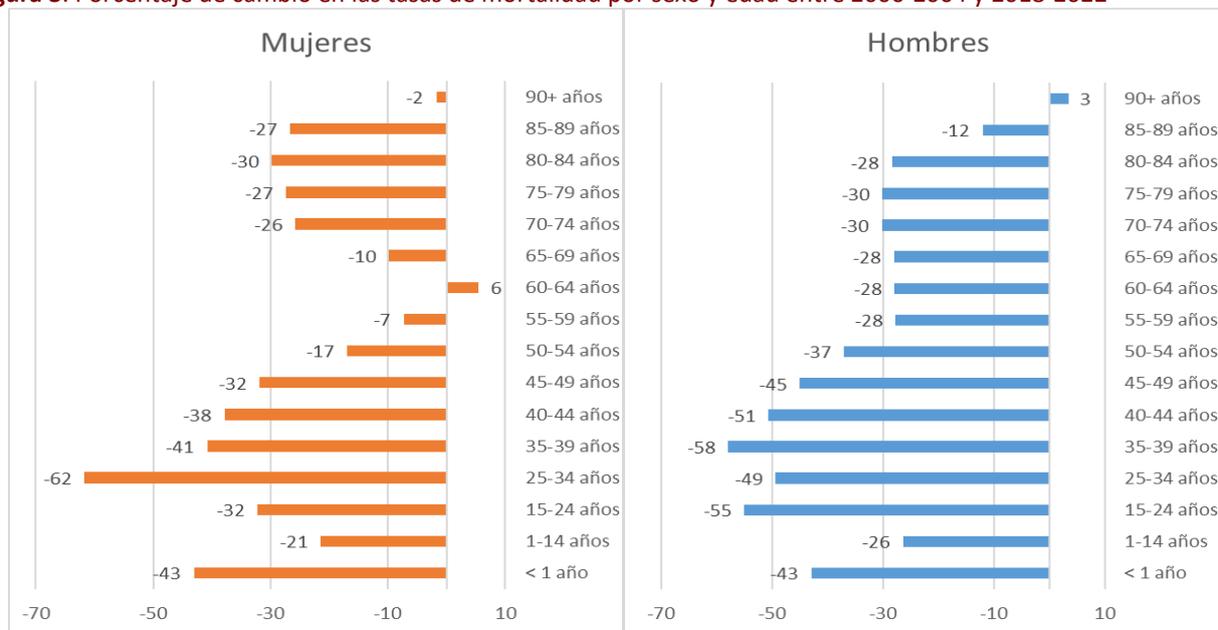
100.000. Fallecieron en promedio 15 personas al año por sida en 2000-2004 y menos de una al año en 2018-2022.

El cáncer de mama, que registraba el mayor número de muertes por cáncer en mujeres en este grupo etario, disminuyó de 3,1 a 2,2 por 100.000.

Tanto en hombres como en mujeres se observaron importantes descensos de la mortalidad por cáncer de

pulmón, enfermedad isquémica del corazón (incluido el infarto de miocardio) y enfermedad cerebrovascular. A estos descensos ha contribuido la menor prevalencia de tabaquismo de la población joven de Navarra en las últimas décadas. Mientras que en la década de 1980 el 73% de hombres y 65% de mujeres de 15-24 años tenían antecedente de tabaquismo, estos porcentajes descendieron al 26% y 19% en 2020.

**Figura 3. Porcentaje de cambio en las tasas de mortalidad por sexo y edad entre 2000-2004 y 2018-2022**



**Tabla 1. Promedio anual de muertes y tasa ajustada por 100.000 habitantes a la población europea de las 15 causas de muerte más frecuentes en 2000-2004 y covid-19 en población de 0-44 años por sexos**

	Mujeres					Hombres					
	2000-2004		2018-2022		% cambio	2000-2004		2018-2022		% cambio	
	nº	Tasa	nº	Tasa		nº	Tasa	nº	Tasa		
<b>Total</b>	68	41,4	42	24,4	-41,1	<b>Total</b>	165	91,4	79	45,3	-50,4
Accidentes de transporte	9	5,3	2	1,4	-74,0	Accidentes de transporte	36	19,1	13	7,4	-61,0
Cáncer de mama	5	3,1	4	2,2	-28,4	Suicidio	18	9,0	10	5,9	-34,8
Suicidio	5	2,9	5	3,0	4,4	Sida	11	6,0	0	0,2	-96,1
Sida	4	2,1	0	-	-	Envenenamiento accidental	10	5,3	5	2,9	-44,7
Enf. cerebrovasculares	3	1,6	2	0,9	-43,2	Enf. isquémica del corazón	7	4,1	3	1,7	-58,9
Cáncer colorrectal	3	1,5	1	0,6	-59,7	Caídas accidentales	6	3,3	2	1,4	-58,2
Envenenamiento accidental	2	1,2	0	0,1	-91,6	Cáncer de pulmón	5	3,0	1	0,7	-76,1
Cáncer de pulmón	2	1,1	1	0,4	-62,6	Cáncer de encéfalo	3	2,1	2	0,9	-59,2
Cáncer de encéfalo	2	1,0	2	1,1	10,2	Cirrosis	3	1,5	0	0,2	-86,9
Leucemia	1	1,0	1	0,7	-29,0	Homicidios	3	1,4	1	0,3	-75,6
Cáncer de estómago	1	0,5	2	1,0	116,1	Enf. cerebrovasculares	2	1,1	2	0,8	-29,2
Homicidios	1	0,5	1	0,5	-2,3	Leucemia	2	1,1	2	1,0	-15,9
Enf. isquémica del corazón	1	0,5	1	0,4	-19,7	Cáncer de estómago	2	1,1	1	0,7	-40,2
Caídas accidentales	0	0,1	1	0,8	517,3	Cáncer colorrectal	2	0,9	1	0,7	-20,9
Cirrosis	1	0,5	0	0,2	-56,8	Neumonía	1	0,8	0	0,2	-73,7
Covid-19	0	-	1	0,4	-	Covid-19	0	-	2	0,9	-
Otras causas	28	18,6	18	10,8	-42,2	Otras causas	53	31,5	33	19,4	-38,4

## Grupo de edad de 45-64 años

En 2000-2004, las cuatro primeras causas de muerte en mujeres fueron el cáncer de mama, colorrectal, ovario y pulmón, y en hombres, el cáncer de pulmón y colorrectal, la enfermedad isquémica del corazón y los accidentes de tráfico (Tabla 2).

Varios tipos de cáncer relacionados con el tabaquismo presentaron una tendencia ascendente de la mortalidad entre las mujeres de 45-64 años en las dos primeras décadas. La tasa de mortalidad por cáncer de pulmón aumentó un 75% y la de cáncer de páncreas un 26%. En cambio, se observaron importantes descensos en la mortalidad por cáncer de mama (22%), colorrectal (42%), ovario (19%), estómago e hígado. El número medio de fallecimientos al año por cáncer de pulmón pasó de 12 a 30, situándose este como el cáncer responsable de más muertes entre mujeres de 45-64 años en 2018-2022. En los hombres se observaron descensos importantes de la tasa de mortalidad por cánceres

relacionados con el tabaquismo: pulmón (31%), colorrectal (22%), laringe (76%), páncreas (21%), vejiga urinaria (76%), estómago (50%), y cáncer de labio, cavidad bucal y faringe (52%). La mortalidad por enfermedad isquémica del corazón, segunda causa de muerte en hombres de 45-64 años, descendió un 52%, de 89 a 42 por 100.000. La tendencia descendente del tabaquismo en los hombres y el importante aumento en mujeres explican la tendencia divergente entre sexos de varios tipos de cáncer en este grupo de edad. En 2020 aproximadamente el 50% de mujeres de 45-54 años eran fumadoras o exfumadoras frente al 10% cuatro décadas antes.

En hombres y mujeres se registró un descenso de la mortalidad por cirrosis, de en torno a un 30%, y por accidentes de tráfico del 62% en hombres y del 80% en mujeres. La mortalidad por suicidios y enfermedad cerebrovascular se mantuvieron en tasas relativamente estables.

**Tabla 2.** Promedio anual de muertes y tasa ajustada por 100.000 habitantes a la población europea de las 15 causas de muerte más frecuentes en 2000-2004 y covid-19 en población de 45-64 años por sexos

	Mujeres					Hombres					
	2000-2004		2018-2022		%	2000-2004		2018-2022		%	
	nº	Tasa	nº	Tasa		nº	Tasa	nº	Tasa		
<b>Total</b>	152	241,7	204	221,4	-8,4	<b>Total</b>	385	607,9	385	414,7	-31,8
Cáncer de mama	21	32,6	24	25,4	-22,1	Cáncer de pulmón	61	95,5	61	66,2	-30,7
Cáncer colorrectal	12	19,1	10	11,1	-42,1	Enf. Isq. del corazón	57	89,3	40	42,9	-52,0
Cáncer de pulmón	12	19,0	30	33,3	75,3	Cáncer colorrectal	17	27,8	20	21,6	-22,2
Cáncer de ovario	8	12,1	9	9,8	-19,3	Accidente de transporte	15	22,9	8	8,7	-62,0
Enf. Isq. del corazón	6	10,4	6	6,6	-36,9	Cirrosis	13	19,5	11	11,7	-39,7
Cáncer de encéfalo	6	9,8	9	10,3	5,1	Cáncer de estómago	12	18,8	9	9,3	-50,4
Accidentes de transporte	6	8,7	2	1,7	-80,2	Enf. Cerebrovascular	11	16,8	15	16,2	-3,3
Cáncer de estómago	5	8,3	4	4,5	-45,4	Cáncer de laringe	10	15,7	3	3,7	-76,2
Suicidio	5	8,2	5	5,5	-32,8	Cáncer de faringe	10	15,4	7	7,4	-52,0
Cáncer páncreas	5	7,7	9	9,7	26,2	Cáncer páncreas	9	14,4	11	11,4	-20,8
Enf. cerebrovasculares	5	7,6	9	10,0	32,3	Cáncer de vejiga	9	13,7	3	3,3	-75,7
Cirrosis	3	4,7	3	3,2	-30,3	Suicidio	8	12,8	14	14,5	13,3
Diabetes mellitus	2	3,5	2	2,0	-44,7	Cáncer de hígado	8	12,6	13	13,9	10,4
Cáncer otra parte útero	2	3,5	2	2,4	-31,0	Cáncer de encéfalo	8	12,0	11	12,0	0,6
Cáncer hígado	2	2,9	2	2,6	-10,4	Caídas accidentales	5	8,8	7	7,1	-18,8
Covid-19	0	-	6	6,8	-	Covid-19	0	-	15	16,0	-
Otras causas	52	83,8	72	76,7	-8,5	Otras causas	132	211,9	138	148,5	-29,9

## Grupo de edad de 65-84 años

El descenso de la mortalidad entre 2000-2004 y 2018-2022 fue mayor en hombres que en mujeres (1107 y 470 por 100.000, respectivamente), aunque similar en términos relativos, 29% y 26%, respectivamente. Por

subgrupos de edad, los descensos fueron del 28-30% en hombres, y en las mujeres oscilaron entre un 10% en el grupo de 65-69 años y un 30% en las de 80-84 años (Figura 3).

Salvo la demencia, las causas de muerte que ocupaban las quince primeras posiciones en hombres en 2000-2004, disminuyeron en 2018-2022: enfermedad isquémica del corazón (62%), cáncer de pulmón (18%), enfermedad cerebrovascular (55%), EPOC (60%), cáncer colorrectal (12%), cáncer de próstata (47%), neumonía (71%), cáncer de estómago (42%), cáncer de vejiga (47%) y cáncer de páncreas (11%) (Tabla 3).

En mujeres, aumentó la mortalidad por demencia y 3 enfermedades relacionadas con el tabaquismo (cáncer de pulmón, cáncer de páncreas y EPOC). La mortalidad por cáncer de pulmón en mujeres se triplicó, de 24,6 a 75 por 100.000, pasando a ser la segunda causa de muerte tras la enfermedad cerebrovascular en 2018-2022. El promedio de fallecidas por cáncer de pulmón pasó de 12 a 42 entre 2000-2004 y 2018-2022. La

mortalidad por cáncer de páncreas aumentó un 58%. Este aumento de la mortalidad por cánceres relacionados con el tabaquismo se asocia al incremento de mujeres fumadoras y exfumadoras. Otras causas presentaron importantes descensos de mortalidad: enfermedad cerebrovascular (52%), enfermedad isquémica del corazón (65%), cáncer colorrectal (23%), cáncer de mama (29%) y cáncer de ovario (41%) (Tabla 3). La mortalidad por accidentes de tráfico descendió más del 80% en ambos sexos. La mortalidad por suicidio no descendió en mujeres, pero sí descendió un 38% en hombres, de 25 a 16 por 100.000. En ambos sexos se observó un incremento de la mortalidad por caídas accidentales, siguiendo una tendencia similar a la de España y otros países.

**Tabla 3.** Promedio anual de muertes y tasa ajustada por 100.000 habitantes a la población europea de las 15 causas de muerte más frecuentes en 2000-2004 y covid-19 en población de 65-84 años por sexos

	Mujeres					Hombres					
	2000-2004		2018-2022		% cambio	2000-2004		2018-2022		% cambio	
	nº	Tasa	nº	Tasa		nº	Tasa	nº	Tasa		
<b>Total</b>	985	1808,9	822	1338,9	-26,0	<b>Total</b>	1474	3788,5	1339	2680,8	-29,2
Enf. cerebrovascular	102	182,4	55	88,1	-51,7	Enf. Isq. del corazón	179	459,7	88	176,5	-61,6
Enf. Isq. del corazón	87	159,2	34	56,0	-64,8	Cáncer de pulmón	137	348,2	143	285,9	-17,9
Enf. del Alzheimer	46	80,3	45	70,4	-12,2	Enf. cerebrovascular	115	296,6	66	132,3	-55,4
Cáncer colorrectal	39	73,4	34	56,2	-23,4	EPOC	104	268,4	53	107,2	-60,1
Cáncer de mama	34	65,5	28	46,6	-28,9	Cáncer colorrectal	59	151,2	66	132,7	-12,3
Diabetes mellitus	35	63,6	18	27,9	-56,1	Cáncer de próstata	58	147,8	39	78,4	-46,9
Neumonía	22	39,1	8	12,3	-68,4	Neumonía	38	99,3	15	29,1	-70,7
Demencia	23	38,6	35	53,4	38,6	Cáncer de estómago	36	91,9	27	53,5	-41,8
Cáncer de páncreas	19	36,6	35	57,9	58,0	Cáncer de vejiga	36	91,3	24	48,5	-46,9
Cáncer de ovario	16	32,6	11	19,2	-41,1	Cáncer de páncreas	30	76,6	34	68,3	-10,7
Cáncer de estómago	17	32,5	13	22,0	-32,3	Diabetes mellitus	27	69,0	25	49,5	-28,3
Enf. hipertensiva	15	28,0	12	18,3	-34,6	Cáncer de hígado	25	62,5	28	56,6	-9,5
EPOC	14	26,1	16	27,1	3,9	Enf. del Alzheimer	24	62,0	29	57,6	-7,1
Cáncer de hígado	13	25,3	12	20,0	-20,8	Demencia	21	55,2	41	82,1	48,6
Cáncer de pulmón	12	24,6	42	74,9	204,8	Cirrosis	19	48,3	13	25,6	-47,0
Covid-19	0	-	57	92,1	-	Covid-19	0	-	93	185,8	-
Otras causas	491	901,1	367	596,2	-33,8	Otras causas	566	1460,6	555	1111,4	-23,9

## Grupo de edad de 85-94 años

Las tasas de mortalidad por enfermedad cerebrovascular, enfermedad isquémica del corazón, EPOC y neumonía, descendieron entre un 40-60% en hombres y mujeres. La mortalidad por cáncer de pulmón aumentó de 318 a 388 por 100.000 en hombres y de 38 a 79 por 100.000 en mujeres.

Con un patrón similar en ambos sexos, aumentó la mortalidad por caídas y demencia, Alzheimer y enfermedad de Parkinson. El aumento de la mortalidad por demencia en Navarra se ha relacionado con cambios

en la codificación de esta causa de muerte. La mortalidad por accidentes de tráfico presentó descensos superiores al 50% en ambos sexos, mientras que el suicidio únicamente disminuyó en hombres.

## Conclusiones

### Esperanza de vida al nacer y mortalidad por sexos

- En 2022, la esperanza de vida al nacer en Navarra fue de 86,6 años en mujeres y 80,9 años en hombres.
- Entre 2000 y 2022 aumentó en 3,9 años en hombres y 2,7 en mujeres, reduciendo la brecha entre sexos.

- Navarra ocupa el segundo lugar en esperanza al nacer en mujeres entre las regiones de la Unión Europea.
- En 2018-2022 la tasa de mortalidad era más alta en hombres que en mujeres en todos los grupos de edad.
- En mujeres, las tasas de mortalidad descendieron más del 20%, salvo en las de 55-69 años.
- En hombres, las tasas de mortalidad descendieron más del 20%, excepto en los de 85 años y más.

### Tendencias de las principales causas de muerte

- Desciende la mortalidad por sida en ambos sexos, especialmente en el grupo de 25-64 años.
- Se duplica la mortalidad por cáncer de pulmón en mujeres de 45 años y más, en relación con la mayor prevalencia de tabaquismo.
  - Disminuye la mortalidad por cáncer de pulmón en mujeres menores de 45 años.

- Desciende la mortalidad por cánceres relacionados con el tabaquismo (pulmón, páncreas, cavidad oral y faringe, laringe, vejiga y estómago) en hombres menores de 85 años, y aumento o estabilización en los de 85 y más años.
- Disminuye la mortalidad por cáncer de estómago, colorrectal, ginecológico, mama y próstata en la mayoría de los grupos de edad.
- Desciende de forma importante la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón, enfermedad cerebrovascular, EPOC y cirrosis.
- Baja entre un 50-80% la mortalidad por accidentes de tráfico según el grupo de edad.
- Disminuye más la mortalidad por suicidio en hombres que en mujeres.
- Aumenta la mortalidad por demencia, Alzheimer, Parkinson y caídas en mayores de 65 años.

**Tabla 4.** Promedio anual de muertes y tasa ajustada por 100.000 habitantes a la población europea de las 15 causas de muerte más frecuentes en 2000-2004 y covid-19 en población de 85-94 años por sexos

	Mujeres					Hombres					
	2000-2004		2018-2022		% cambio	2000-2004		2018-2022		% cambio	
	nº	Tasa	nº	Tasa		nº	Tasa	nº	Tasa		
<b>Total</b>	977	12537	1416	10190	-18,7	<b>Total</b>	561	16616	977	15518	-6,6
Enf. cerebrovascular	121	1558,8	98	703,6	-54,9	Enf. Isq. del corazón	60	1769,3	65	924,5	-47,7
Enf. Isq. del corazón	87	1113,2	70	505,0	-54,6	Enf. cerebrovascular	55	1622,6	63	919,7	-43,3
Demencia	51	653,8	130	932,6	42,6	EPOC	42	1201,7	44	621,5	-48,3
Enf. del Alzheimer	47	587,5	143	1028,7	75,1	Neumonía	30	914,2	19	278,2	-69,6
Neumonía	41	530,3	27	194,2	-63,4	Cáncer próstata	23	685,4	38	530,1	-22,7
Diabetes mellitus	31	392,1	36	257,6	-34,3	Demencia	17	524,2	77	1122,2	114,1
Enf. hipertensiva	23	298,2	55	398,7	33,7	Diabetes mellitus	13	395,6	25	354,9	-10,3
EPOC	22	283,1	13	96,4	-65,9	Cáncer colorrectal	14	391,6	33	467,8	19,5
Cáncer colorrectal	22	272,5	34	241,6	-11,4	Cáncer de pulmón	12	317,9	29	388,5	22,2
Cáncer de mama	13	161,3	20	143,9	-10,8	Enf. del Alzheimer	11	299,3	45	655,8	119,1
Cáncer estómago	11	142,7	9	66,2	-53,6	Enf. hipertensiva	8	232,6	31	461,4	98,3
Cáncer de páncreas	9	114,8	14	100,6	-12,3	Cáncer de vejiga	7	215,1	14	198,6	-7,7
Caídas accidentales	6	78,9	24	175,5	122,4	Cáncer de estómago	5	157,9	13	188,8	19,6
Cáncer de hígado	6	77,7	5	34,5	-55,6	Enf. de Parkinson	4	130,2	16	221,6	70,3
Enf. de Parkinson	5	67,3	13	96,3	43,2	Caídas accidentales	4	103,0	19	279,3	171,2
Covid-19	0	-	106	762,5	-	Covid-19	0	-	86	1210,5	-
Otras causas	482	6205,0	619	4451,5	-28,3	Otras causas	256	7655,5	360	6694,4	-12,6

## Bibliografía

Health at a Glance 2023 <https://www.oecd.org/en/data/indicators/life-expectancy-at-birth.html>

Causes of deaths: ICD-10 codes and codes from other ICD versions used in the WHO Mortality Database. [http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_STAT](http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT)

Eurostat Statistic Explained. Mortality and life expectancy statistics. [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Mortality\\_and\\_life\\_expectancy\\_statistics#Life\\_expectancy\\_at\\_birth](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Mortality_and_life_expectancy_statistics#Life_expectancy_at_birth)

Derby CA et al. Trends in Dementia Incidence in a Birth Cohort Analysis of the Einstein Aging Study. JAMA Neurol. 2017 Nov 1;74(11):1345-1351

Floristán Floristán Y et al. Codificación de las causas de muerte con el software Iris. Impacto en las estadísticas de mortalidad en la Comunidad Foral de Navarra. Rev Esp Salud Publica. 2016 Aug 2;90:e1-9.

Santucci C et al. European cancer mortality predictions for the year 2024 with focus on colorectal cancer. Ann Oncol. 2024 Mar;35(3):308-316.

Ramalle-Gómara E et al. Trends in stroke mortality in La Rioja (Spain) from 1999 to 2022. J Stroke Cerebrovasc Dis. 2023 Nov;32(11):107334.

Ramalle-Gómara E et al. Trends in suicide mortality in Spain from 1998 to 2021 and its relationship with the COVID-19 pandemic: A jointpoint regression analysis. Psychiatry Res. 2023;329:115520

INE. Consumo de tabaco según grupos de edad y periodo [https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/00/mujeres\\_hombres/tablas\\_1/10/&file=d07001.px](https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/00/mujeres_hombres/tablas_1/10/&file=d07001.px)

**CASOS DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES OBJETO DE VIGILANCIA EN NAVARRA**  
**SEMANAS 27 A 39. PERIODO 2019-2024**

ENFERMEDADES	2019	2020	2021	2022	2023	2024	IE
<b>Enfermedades de Transmisión Respiratoria</b>							
Síndromes gripales	57	18	24	123	296	355	6,2
Enfermedad por virus respiratorio sincitial	-	-	26	26	3	3	1,0
Legionelosis	11	6	18	17	20	13	0,8
Tuberculosis Respiratoria	4	6	5	8	10	4	0,7
Otras Tuberculosis	1	-	3	1	3	3	3,0
<b>Enfermedades Prevenibles por Inmunización</b>							
Enfermedad Meningocócica	1	-	-	-	-	-	-
Enfermedad neumocócica invasiva	12	4	7	8	6	7	1,0
Enf. invasora por <i>Haemophilus influenzae</i>	1	2	1	3	-	4	4,0
Parotiditis	58	8	6	2	4	3	0,5
Rubéola	-	-	-	-	-	-	-
Sarampión	-	-	-	-	-	-	-
Tos ferina	11	-	-	-	6	21	-
Varicela	18	12	7	11	12	26	2,2
Herpes zóster	769	742	798	836	851	1008	1,3
<b>Enfermedades gastrointestinales</b>							
Disentería Bacilar	6	2	6	9	16	9	1,5
<i>Campylobacter</i>	169	106	252	298	449	455	1,8
<i>Salmonella</i>	68	24	59	101	123	115	1,7
<i>Salmonella enteritidis</i>	11	10	12	52	40	50	4,2
<i>Salmonella typhimurium</i>	31	9	15	33	32	30	1,0
<i>Salmonella</i> , otras/ spp	26	5	32	16	51	35	1,3
Rotavirus	23	14	17	32	45	64	2,8
<i>Cryptosporidium</i> spp.	36	7	16	35	362	59	1,7
<i>Giardia lamblia</i>	57	9	28	47	98	88	1,9
<i>Yersinia enterocolítica</i>	5	8	10	46	19	18	1,8
<i>E coli</i> verotoxigénico	42	12	79	58	67	64	1,1
Fiebre tifoidea y paratifoidea	-	-	1	1	1	-	-
Listeriosis	1	1	3	5	3	-	-
<b>Infecciones de Transmisión Sexual</b>							
Infección Gonocócica	43	25	56	80	99	74	1,6
Sífilis primaria, secundaria o latente precoz	17	10	22	17	10	26	1,5
<i>Chlamydia trachomatis</i>	105	75	169	166	183	171	1,0
Linfogranuloma venéreo	-	3	7	1	4	5	1,7
Infección por VIH	6	3	5	9	6	8	1,3
<b>Hepatitis Viricas</b>							
Hepatitis A	6	4	2	2	-	5	2,5
Hepatitis B aguda	1	1	-	2	-	2	2,0
Hepatitis C, caso incidente	-	-	-	-	1	-	-
Hepatitis E	3	-	1	1	1	3	3,0
<b>Zoonosis</b>							
Brucelosis	-	-	-	-	-	-	-
Hidatidosis	1	-	1	2	1	2	2,0
Leishmaniasis	-	1	-	1	-	-	-
Fiebre Q	3	1	1	3	8	10	3,3
Leptospirosis	-	-	-	-	-	-	-
<b>Enfermedades transmitidas por garrapatas</b>							
Enfermedad de Lyme ( <i>B. burgdorferi</i> )	1	2	5	21	18	23	4,6
Fiebre exantemática mediterránea	2	4	4	2	3	-	-
<b>Enfermedades Importadas</b>							
Paludismo	6	-	4	8	3	6	1,5
Enfermedad del Dengue	2	-	1	9	7	5	2,5

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.

Además de las enfermedades mostradas en la tabla, se confirmaron respectivamente un caso de **tularemia, chikungunya y fiebre el Nilo Occidental**.

En 2024 no hubo casos de: Botulismo, Carbunco, Difteria, Encefalitis transmitida por garrapatas, Fiebre amarilla, Fiebre recurrente transmitida por garrapatas, Fiebres hemorrágicas víricas, Peste, Poliomielitis, Rabia, Tétanos, Triquinosis, Viruela, Mpox y Zika.