



SUMARIO

Vigilancia de enfermedades transmisibles en Navarra en 2025	1
Brotes epidémicos	12

VIGILANCIA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES EN NAVARRA EN 2025

La vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles en Navarra cubre a toda la población e incluye todos los casos notificados por los profesionales de atención primaria y de hospitales, tanto de centros públicos como de centros privados. La notificación de sospecha de los médicos es completada mediante la información más específica que proporcionan los servicios de microbiología clínica, y es depurada y validada en una revisión por profesionales de salud pública. La red pública de atención primaria notifica de forma automática desde su sistema informático, con la consiguiente mejora de cobertura y reducción de los tiempos de notificación. Para ello, es fundamental la codificación correcta de los diagnósticos.

En la Tabla I se presenta el número de casos de cada enfermedad declarados desde 2020 hasta 2025, junto con el índice epidémico (I.E.) de 2025, que compara el número de casos de este año con la mediana de los cinco años anteriores. En la Tabla II se muestran las tasas de incidencia por 100.000 habitantes.

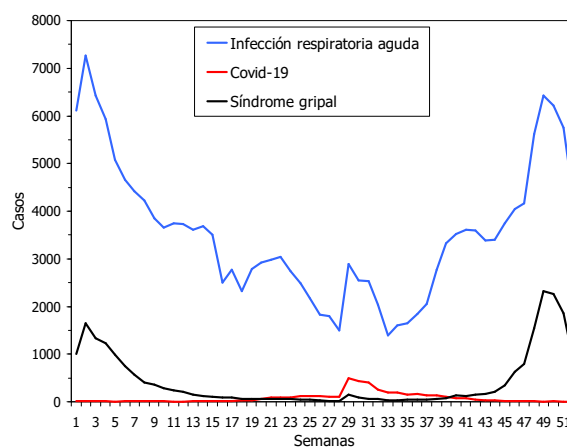
A continuación, se comenta la situación epidemiológica de estas enfermedades.

Enfermedades de transmisión respiratoria

Infección respiratoria aguda: Incluye procesos variados que afectan a vías respiratorias superiores e inferiores y que pueden ser producidos por virus o bacterias. En Navarra se monitorizan los diagnósticos regis-

trados en atención primaria con los códigos R74, R76, R77, R78, R80, R8102 y A7701 de la clasificación internacional de atención primaria, segunda versión (CIAP-2). En 2025 consultaron 184.246 pacientes por infección respiratoria aguda, el 27% de la población y un 0,3% más que en el año anterior. La incidencia semanal más alta se observó en enero y diciembre (Figura 1). El porcentaje de personas que consultaron por este motivo durante el año varió en función de la edad. Fue del 109% en menores de 5 años (más de una visita anual por persona), del 20% en los grupos de 15 a 59 años y del 34% en mayores de 80 años.

Figura 1. Casos semanales de infección respiratoria aguda, covid-19 y síndrome gripal en 2025



Covid-19: Durante 2025 se diagnosticaron en Navarra 4109 casos confirmados de covid (0,6% de la población), un 63% menos que en 2024. Hubo detecciones

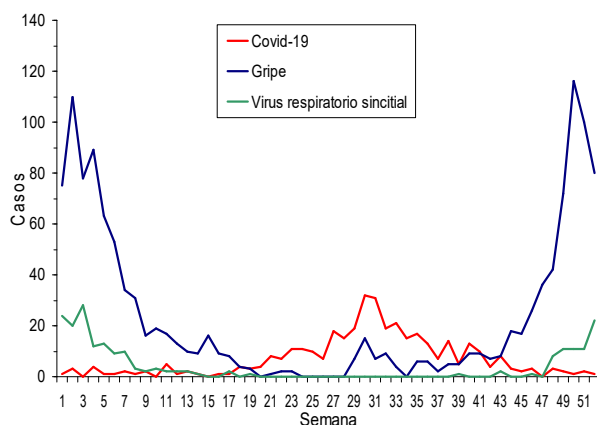
de casos durante todo el año, observándose un año más la mayor incidencia en la tercera semana de julio, lo que se explica por un repunte en la transmisión durante las fiestas de San Fermín (Figura 1 y 2).

En 2025 se registraron 369 ingresos hospitalarios por covid, un 45% menos que en el año anterior (Figura 2). La vacunación mantuvo buena efectividad para prevenir formas graves de la enfermedad en los 6 primeros meses tras su administración.

Gripe: Se notificaron 22.241 síndromes gripales (3,3% de la población). La notificación aumentó un 111% con respecto a 2024, alcanzando niveles similares a los de otras ondas prepandémicas. En 2025 se produjeron dos ondas de gripe estacional, la de la temporada 2024-2025, con el pico en la segunda semana de enero, y la de la temporada 2025-2026, con el pico en la primera semana de diciembre. La circulación del virus de la gripe se mantuvo en niveles bajos entre mayo y septiembre (Figura 1 y 2).

Durante 2025, se confirmaron en el laboratorio 2029 casos de gripe, con predominio del virus A(H3N2) (53%), seguido por el virus A(H1N1) (38%) y el virus B (9%). Requirieron ingreso hospitalario 1268 casos (2 de cada 1000 habitantes), un 132% más que en 2024, y 40 ingresaron en unidades de cuidados intensivos.

Figura 2. Ingresos hospitalarios debidos a covid-19, gripe y virus respiratorio sincitial en 2025



Virus respiratorio sincitial (VRS): Se confirmaron 327 casos, de los cuales, 201 causaron ingreso hospitalario, un 50% menos que en 2024. Este descenso se explica en parte, porque la onda epidémica de 2024-2025 se adelantó a finales de 2024 y la de 2025-2026 se retrasó a principios de 2026. Los ingresos pediátricos supusieron el 30% de todos los ingresos por VRS (en 2024 eran el 49%). Este virus produce bronquiolitis en lactantes e infección respiratoria grave en personas de edad avanzada. Desde 2023 se ha ofrecido la inmunización con nirsevimab a todos los recién nacidos durante la temporada epidémica, lo cual ha contribuido a

suavizar la incidencia de hospitalizaciones por VRS en este grupo de población.

Legionelosis: Se notificaron 40 casos confirmados por detección de antígeno en orina (5,85 por 100.000 habitantes). La incidencia fue similar al promedio de años previos (I.E.: 1,0). El 63% de los casos eran varones. La edad osciló entre 37 y 91 años, y el 70% tenían 50 años o más. El tabaquismo actual o previo estuvo presente en la mayoría de los casos. Uno de los casos fue adquirido durante un viaje fuera de Navarra. Ocho casos se agruparon en dos brotes comunitarios de ámbito municipal relacionados con la red de agua de abastecimiento. No hubo casos nosocomiales, pero sí uno relacionado con un centro sociosanitario. El 93% de los casos requirieron ingreso hospitalario y 2 (5%) fallecieron. En el entorno de cada caso se evaluaron los posibles focos ambientales de infección y se aplicaron medidas correctoras, para evitar nuevos casos relacionados con el mismo foco.

Tuberculosis: Se notificaron 41 casos de tuberculosis respiratoria (6,0 por 100.000 habitantes; I.E.: 1,5) y 24 casos de tuberculosis de localización no respiratoria (3,51 por 100.000 habitantes, I.E.: 2,0). En total, hubo 65 casos de tuberculosis, 9,51 casos por 100.000 habitantes, un 79% más que en 2024 (Figura 3). De los 65 pacientes con tuberculosis, el 65% fueron hombres. La mediana de edad fue de 32 años, con rango entre 10 y 86 años. Hubo 6 casos pediátricos, en 3 de ellos el contagio ocurrió fuera de Navarra y otros 2 fueron secundarios a otros casos de su entorno.

El 72% (n=47) de los casos se diagnosticaron en personas nacidas fuera de España y al menos 23 casos (35%) se consideraron importados (infección adquirida en otro país). Dos casos tenían diagnóstico de VIH (3%) y en 3 casos no se descartó esta infección. La Organización Mundial de la Salud insiste en la necesidad de descartar la infección por VIH en todos los casos de tuberculosis, ya que la proporción de coinfecciones no es despreciable y el tratamiento de la tuberculosis difiere en pacientes infectados por el VIH.

Predominaron los casos de localización pulmonar (57%; n=37), de los cuales, 21 (57%) eran bacilíferos.

En 44 casos se aisló *Mycobacterium tuberculosis*, en 5 casos *Mycobacterium bovis*, en 2 *Mycobacterium africanum*, en uno *Mycobacterium caprae* y en uno *Mycobacterium orygis*. Once casos fueron confirmados solo por PCR, por lo que quedaron clasificados como debidos al Complejo *M. tuberculosis*. Además, hubo un caso con diagnóstico clínico y epidemiológico, sin confirmación microbiológica. Todos los casos por *Mycobacterium* distinto a *M. tuberculosis* fueron importados. Cuatro casos de *M. bovis* ocurrieron en personas que habían viajado recientemente a una misma zona de Marruecos y habían consumido leche o derivados sin garantías de seguridad. Otras comunidades autó-

nomas han informado de más casos con este mismo antecedente epidemiológico.

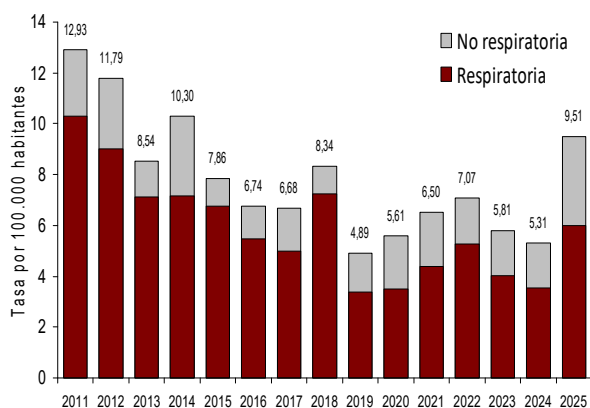
En los 53 casos confirmados por cultivo se pudo estudiar la resistencia a antituberculosos. Hubo 9 (17%) casos resistentes a algún antituberculoso de primera línea. Los 5 casos de *M. bovis* y el de *M. caprae* fueron resistentes a la Pirazinamida y sensibles al resto de fármacos antituberculosos, como es característico en estas especies. Dos casos importados fueron resistentes a la estreptomina (3,8%). Un caso importado de *M. tuberculosis* fue resistente a la isoniacida (1,6%). No se detectaron casos multirresistentes. Ninguno de los casos autóctonos fue resistente a fármacos antituberculosos.

Se produjo el fallecimiento de un caso de tuberculosis por otra patología concomitante.

En 2025 se observó un aumento importante de casos de tuberculosis con respecto a años previos. Este aumento se explica por la concurrencia de varias circunstancias puntuales, por lo que todavía no puede considerarse un cambio de tendencia. Además de los casos relacionados con el posible brote de infecciones por *M. bovis* por consumo de productos lácteos en Marruecos, se registró un aumento importante de casos extrapulmonares, no contagiosos, que se explican por reactivación de infecciones probablemente adquiridas hace años fuera de Navarra.

En todo caso, ante el aumento de casos de tuberculosis conviene recordar los pilares básicos para el control de esta enfermedad: la sospecha y detección precoz de los casos, la supervisión del cumplimiento del tratamiento hasta la curación y el estudio de los contactos de los casos. El protocolo vigente de manejo de la tuberculosis en atención primaria en Navarra puede consultarse en:
http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/AECCD760-AB2A-4841-818A-FA53478FD6DC/453883/BOL10519_3.pdf

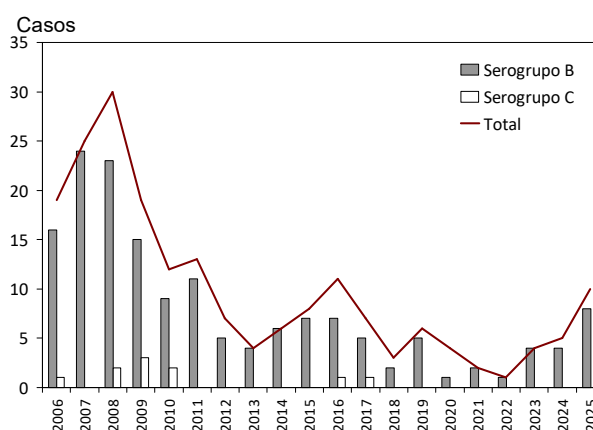
Figura 3. Incidencia de tuberculosis, 2011-2025



Enfermedades inmunoprevenibles

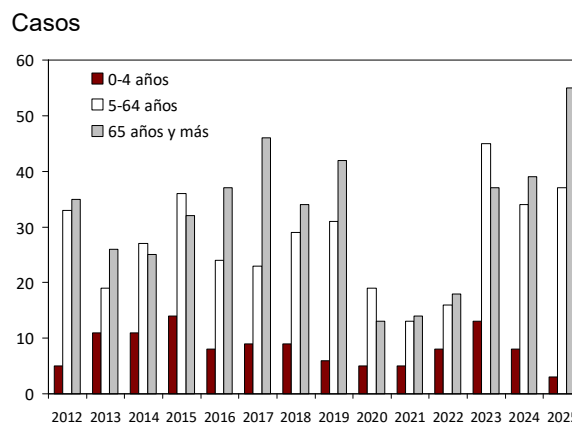
Enfermedad meningocócica invasiva: Se confirmaron 10 casos (1,46 casos por 100.000 habitantes; I.E.: 2,5), recuperando niveles de incidencia similares a los previos a la pandemia (Figura 4). Seis casos presentaron forma clínica de meningitis, 4 de sepsis y uno de ambas. Cinco casos afectaron a mujeres. El rango de edad fue de 15 a 74 años. Ocho casos fueron debidos al serogrupo B, frente al cual, ninguno de los 8 estaba vacunado. Los otros dos casos fueron debidos al serogrupo W135, y tampoco estaban vacunados frente a este serogrupo. Se produjo un fallecimiento por enfermedad meningocócica.

Figura 4. Casos de enfermedad meningocócica invasiva



Enfermedad neumocócica invasiva: En 2025 se registraron 94 casos (13,75 por 100.000 habitantes). La incidencia aumentó respecto a los 81 casos de 2024 y a la mediana de los 5 últimos años (I.E.: 2,2). El 64% de los casos se produjeron en hombres. Mientras los casos en menores de 5 años descendieron, aumentaron bastante en adultos mayores de 65 años (Figura 5). Solo el 3% de los casos se produjeron en menores de 5 años, y el 59% afectaron a mayores de 65 años. Ocho casos (9%) fallecieron, y todos ellos eran adultos.

Figura 5. Casos anuales de enfermedad neumocócica invasiva según grupos de edad, 2012-2025



Las vacunas frente al neumococo están incluidas en el calendario de inmunización infantil y en el de adultos a partir de los 65 años o con ciertas condiciones de riesgo. Estas vacunas solo protegen frente a algunos de los serotipos de neumococo circulantes, que, en principio, incluían muchos de los más frecuentes.

De los 92 (98%) casos que se pudieron serotipar, 57 (62%) fueron debidos a serotipos incluidos en la vacuna polisacárida 23 valente, por lo que hubieran sido potencialmente prevenibles por esta vacuna. Asimismo, en 37 casos (40%) el serotipo estaba cubierto por la vacuna conjugada 13 valente. El cambio de esta vacuna por la 20 valente amplía la cobertura vacunal en 19 casos (de 37 a 56 casos), cubriendo el 60% de los casos detectados en Navarra. La vacuna 21 valente extendería la protección hasta el 66% de los casos. Sin embargo, la efectividad de las vacunas frente a los serotipos incluidos en las mismas no es completa. Está descrita la menor efectividad de las vacunas frente al serotipo 3, lo que hace que siga siendo el más frecuente, con 16 casos (21% de los casos serotipados).

Los 5 casos de menores de 18 años estaban vacunados con vacunas conjugadas. De ellos, 4 pudieron serotiparse y 2 (50%) se debieron a serotipos de la vacuna 13 valente (3 y 7F). Las vacunas conjugadas 15 valente o 20 valente hubieran cubierto los otros dos casos que se debieron al serotipo 33F.

De los 89 casos en adultos, 6 habían recibido la vacuna conjugada y, de ellos, 2 casos fueron debidos a serotipos vacunales (3 y 14). Por otra parte, en 34 casos constaba haber recibido la vacuna de polisacáridos y 14 de ellos fueron debidos a serotipos incluidos en la misma.

La incidencia de enfermedad neumocócica invasiva suele mostrar un descenso tras la introducción de una nueva vacuna, pero el efecto va reduciéndose con el tiempo. En 2025 se observó un descenso de casos pediátricos, que podría reflejar el impacto de la introducción de la vacuna 15 valente. Aunque en adultos se ha realizado el cambio a la vacuna conjugada 20 valente, su impacto aún no se observa porque los vacunados con esta nueva vacuna suponen todavía una pequeña proporción de todos los mayores de 65 años.

Enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*: Hubo 14 aislamientos de muestras invasivas (I.E.: 1,4). Nueve fueron mujeres. Dos casos fueron pediátricos y el resto adultos. La mitad de los casos tenían más de 70 años. Se estudiaron 7 de las cepas aisladas, encontrándose 4 no capsuladas y un caso, respectivamente, de los serotipos a, b y f. El caso por serotipo b no estaba vacunado. Esta enfermedad suele afectar a pacientes con patologías previas. Hubo tres éxitos en adultos con comorbilidades.

Parotiditis: Se notificaron 20 casos de parotiditis (2,93 por 100.000 habitantes, I.E.: 0,8), de los cuales, 5 casos

fueron confirmados por laboratorio. La incidencia sigue siendo menor que la que se registraba en años previos a la pandemia de covid. El 55% de los casos se produjeron en varones. El rango de edad fue de 1 a 62 años, con una mediana de 18 años. En 10 (50%) casos había constancia de vacunación completa, lo cual no ha de extrañar, dada la alta cobertura vacunal.

La efectividad de la vacuna frente a la parotiditis se sitúa en torno al 80%. Esto significa que entre los vacunados pueden quedar hasta un 20% de susceptibles. La acumulación de susceptibles puede dar lugar a brotes cada varios años, como ocurrió entre 2016 y 2018. Aunque la vacunación no elimina totalmente el riesgo de enfermar, reduce considerablemente la incidencia, gravedad y transmisión de la enfermedad.

Como medidas preventivas complementarias a la vacunación, los casos han de mantener aislamiento domiciliario hasta que haya pasado una semana desde el inicio de los síntomas, y en el entorno de los casos conviene revisar el estado de vacunación con triple vírica y completarla hasta dos dosis.

Sarampión: Durante 2025 se confirmaron 5 casos en Navarra (0,73 por 100.000 habitantes). En 2024 se había diagnosticado uno y en el periodo 2020-2023 ninguno. Este ascenso ocurrió en el contexto de una circulación creciente del sarampión en algunos países próximos y un aumento de los viajes internacionales.

Los casos tenían entre 26 y 50 años, y dos fueron hospitalizados. En 4 casos no constaba la vacunación previa y uno tenía registrada una sola dosis de vacuna (lo recomendado son dos dosis). De los 5 casos, en 4 la infección fue adquirida durante viajes fuera de España (casos importados). Un caso no había salido de Navarra, pero fue contacto de un caso importado y tardó en acudir a recibir la vacuna post-exposición, por lo que la vacunación no consiguió evitar la enfermedad. Salvo este caso puntual, no hay evidencia de que el virus del sarampión se haya transmitido en Navarra.

El Comité Regional Europeo de Verificación para la Eliminación del Sarampión y la Rubeola, organismo de expertos independientes de la Organización Mundial de la Salud, tras la evaluación anual de los datos epidemiológicos y de laboratorio de España en 2024, considera que se ha reestablecido la transmisión endémica del sarampión. La respuesta ante esta situación requiere la declaración urgente de todo caso sospechoso, considerando como tal, todo cuadro de exantema maculo-papular generalizado con fiebre mayor de 38°C, que curse además con uno de estos tres síntomas: tos, rinitis/coriza o conjuntivitis. Como parte del plan de eliminación del sarampión, se deben recoger muestras de sangre, orina y frotis faríngeo de todo caso sospechoso para su procesamiento en el Centro Nacional de Microbiología, con independencia de las determinaciones que se realicen en Navarra.

Tabla I. Casos de enfermedades transmisibles objeto de vigilancia en Navarra, 2020-2025

ENFERMEDADES	2020	2021	2022	2023	2024	2025	IE
Enfermedades de Transmisión Respiratoria							
Síndromes gripales	14.775	365	3694	8412	10.524	22.241	2,6
Enf. por virus respiratorio sincitial	428	1228	739	403	647	327	0,5
Legionelosis	32	49	37	51	40	40	1,0
Tuberculosis Respiratoria	23	29	35	27	24	41	1,5
Otras Tuberculosis	14	14	12	12	12	24	2,0
Enfermedades Prevenibles por Inmunización							
Enfermedad meningocócica invasiva	4	2	1	4	5	10	2,5
Enfermedad neumocócica invasiva	37	32	42	95	81	94	2,2
Enf. invasora por <i>Haemophilus influenzae</i>	12	8	10	13	10	14	1,4
Parotiditis	260	21	23	26	48	20	0,8
Sarampión	-	-	-	-	1	5	5,0
Tosferina	15	1	3	39	124	7	0,5
Mpox	-	-	22	-	2	-	-
Varicela	59	41	55	79	115	91	1,5
Herpes zóster	2764	2844	3051	3312	3850	3862	1,2
Enfermedades gastrointestinales							
Disentería Bacilar	5	16	26	42	32	54	2,1
Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	-	1	1	2	1	1	1,0
<i>Campylobacter</i>	636	982	1020	1459	1633	1614	1,6
<i>Salmonella</i>	110	166	246	286	287	403	1,6
<i>Salmonella enteritidis</i>	32	39	104	96	126	189	2,0
<i>Salmonella typhimurium</i>	39	52	69	80	68	101	1,5
<i>Salmonella</i> , otras/ spp.	39	75	73	110	93	113	1,5
Rotavirus	67	67	351	421	567	487	1,4
<i>Cryptosporidium</i> spp.	21	27	79	507	119	130	1,6
<i>Giardia lamblia</i>	82	135	166	300	312	288	1,7
<i>Yersinia enterocolitica</i>	34	43	60	62	85	79	1,3
<i>E. coli</i> verotoxigénico y/o <i>E. coli</i> O157	58	171	173	222	200	240	1,4
Listeriosis	8	8	15	8	2	5	0,6
Infecciones de Transmisión Sexual							
Infección Gonocócica	118	205	277	381	360	349	1,3
Sífilis primaria, secundaria o latente precoz	49	89	91	61	91	78	0,9
<i>Chlamydia trachomatis</i>	494	667	735	840	850	869	1,2
Linfogranuloma venéreo	8	20	16	24	14	12	0,8
Infección por VIH	33	36	38	37	33	20	0,6
Hepatitis Viricas							
Hepatitis A	12	4	6	8	12	27	3,4
Hepatitis B aguda	3	2	5	3	3	2	0,7
Hepatitis C, infección activa incidente	5	6	4	2	6	3	0,6
Hepatitis E	1	6	6	6	20	11	1,8
Zoonosis transmitidas por garrapatas							
Enfermedad de Lyme (<i>B burgdorferi</i>)	20	32	36	59	49	26	0,7
Fiebre exantemática mediterránea	10	20	11	16	10	5	0,5
Otras Zoonosis							
Brucelosis	-	-	-	1	1	-	-
Hidatidosis	5	5	6	8	5	2	0,4
Leishmaniasis	2	3	2	1	-	-	-
Fiebre Q	11	13	14	44	54	32	2,3
Leptospirosis	-	-	-	-	-	2	-
Tularemia	-	1	-	1	2	12	12,0
Enfermedades Importadas							
Paludismo	-	9	13	10	11	13	1,2
Enfermedad del Dengue	5	2	14	13	29	15	1,2
Enfermedad por Chikungunya	-	-	-	1	1	13	-

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 con casos en 2025: Difteria cutánea 1 caso.

Enfermedades sin casos en 2025: Botulismo, Carbunco, Cólera, Encefalitis transmitida por garrapatas, Fiebre amarilla, Fiebre del Nilo occidental, Fiebre recurrente transmitida por garrapatas, Fiebres hemorrágicas víricas, Lepra, Peste, Poliomieltis, Rabia, Rubéola, Sífilis congénita, Tétanos, Triquinosis, Toxoplasmosis congénita y Zika.

Tabla II. Tasas de incidencia por 100.000 habitantes. Navarra, 2020-2025

ENFERMEDADES	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Enfermedades de Transmisión Respiratoria						
Síndromes gripales	2.239	55	556	1.251	1.551	3.254
Enf. por virus respiratorio sincitial	64,86	185,49	111,21	59,95	95,38	47,84
Legionelosis	4,85	7,40	5,57	7,59	5,90	5,85
Tuberculosis Respiratoria	3,49	4,38	5,27	4,02	3,54	6,00
Otras Tuberculosis	2,12	2,11	1,81	1,79	1,77	3,51
Enfermedades Prevenibles por Inmunización						
Enfermedad meningocócica invasiva	0,61	0,30	0,15	0,60	0,74	1,46
Enfermedad neumocócica invasiva	5,61	4,83	6,32	14,13	11,94	13,75
Enf. invasora por <i>Haemophilus influenzae</i>	1,82	1,21	1,50	1,93	1,47	2,05
Parotiditis	39,40	3,17	3,46	3,87	7,08	2,93
Sarampión	-	-	-	-	0,15	0,73
Tosferina	2,27	0,15	0,45	5,80	18,28	1,02
Mpox	-	-	3,31	-	0,29	-
Varicela	8,94	6,19	8,28	11,75	16,95	13,31
Herpes zóster	418,85	429,59	459,16	492,68	567,55	565,01
Enfermedades gastrointestinales						
Disentería Bacilar	0,76	2,42	3,91	6,25	4,72	7,90
Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	0,00	0,15	0,15	0,30	0,15	0,15
<i>Campylobacter</i>	96,38	148,33	153,50	217,03	240,73	236,13
<i>Salmonella</i>	16,67	25,07	37,02	42,54	42,31	58,96
<i>Salmonella enteritidis</i>	4,85	5,89	15,65	14,28	18,57	27,65
<i>Salmonella typhimurium</i>	5,91	7,85	10,38	11,90	10,02	14,78
<i>Salmonella</i> , otras/ spp.	5,91	11,33	10,99	16,36	13,71	16,53
Rotavirus	10,15	10,12	52,82	62,63	83,58	71,25
<i>Cryptosporidium</i> spp.	3,18	4,08	11,89	75,42	17,54	19,02
<i>Giardia lamblia</i>	12,43	20,39	24,98	44,63	45,99	42,13
<i>Yersinia enterocolitica</i>	5,15	6,50	9,03	9,22	12,53	11,56
<i>E. coli</i> verotoxigénico y/o <i>E. coli</i> O157	8,79	25,83	26,04	33,02	29,48	35,11
Listeriosis	1,21	1,21	2,26	1,19	0,29	0,73
Infecciones de Transmisión Sexual						
Infección Gonocócica	17,88	30,97	41,69	56,68	53,07	51,06
Sífilis primaria, secundaria o latente precoz	7,43	13,44	13,69	9,07	13,41	11,41
<i>Chlamydia trachomatis</i>	74,86	100,75	110,61	124,96	125,30	127,14
Linfogranuloma venéreo	1,21	3,02	2,41	3,57	2,06	1,76
Infección por VIH	5,00	5,44	5,72	5,50	4,86	2,93
Hepatitis Víricas						
Hepatitis A	1,82	0,60	0,90	1,19	1,77	3,95
Hepatitis B aguda	0,45	0,30	0,75	0,45	0,44	0,29
Hepatitis C, infección activa incidente	0,76	0,91	0,60	0,30	0,88	0,44
Hepatitis E	0,15	0,91	0,90	0,89	2,95	1,61
Zoonosis transmitidas por garrapatas						
Enfermedad de Lyme (<i>B burgdorferi</i>)	3,03	4,83	5,42	8,78	7,22	3,80
Fiebre exantemática mediterránea	1,52	3,02	1,66	2,38	1,47	0,73
Otras Zoonosis						
Brucelosis	-	-	-	0,15	0,15	-
Hidatidosis	0,76	0,76	0,90	1,19	0,74	0,29
Leishmaniasis	0,30	0,45	0,30	0,15	-	-
Fiebre Q	1,67	1,96	2,11	6,55	7,96	4,68
Leptospirosis	-	-	-	-	-	0,29
Tularemia	-	0,15	-	0,15	0,29	1,76
Enfermedades Importadas						
Paludismo	0,00	1,36	1,96	1,49	1,62	1,90
Enfermedad del Dengue	0,76	0,30	2,11	1,93	4,28	2,19
Enfermedad por Chikungunya	-	-	-	0,15	0,15	1,90

La vacunación es la principal medida para la prevención del sarampión. La elevada infectividad obliga a alcanzar cobertura con dos dosis de vacuna triple vírica superior al 95% para impedir su circulación.

Rubéola: En los últimos años no se han detectado casos de rubéola en Navarra. En 2015 la Organización Mundial de la Salud certificó la eliminación de la rubéola en España, tras lograr interrumpir la transmisión endémica durante 36 meses consecutivos. La rubéola también está sometida a un plan de eliminación, por lo que todos los casos sospechosos deben ser estudiados. Se considera caso sospechoso de rubéola, aquel que presenta de manera súbita un exantema máculo-papuloso generalizado y al menos uno de los cinco criterios siguientes: adenopatía cervical, suboccipital o retroauricular, artralgias y/o artritis. A todos los casos sospechosos se les debe recoger frotis faríngeo, sangre y orina, para su procesamiento en el Centro Nacional de Microbiología.

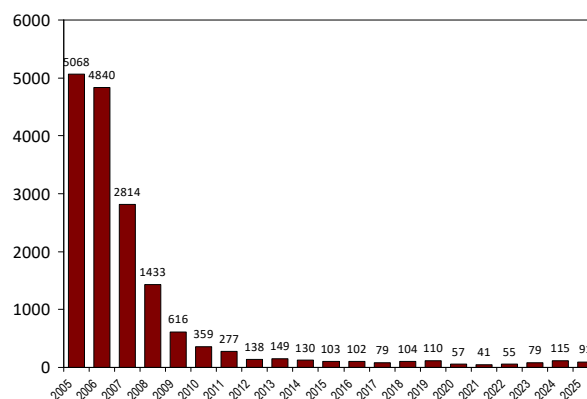
Tosferina: En 2025 se notificaron 7 casos (1,02 por 100.000 habitantes, I.E.: 0,5), 5 (71%) de ellos confirmados por PCR. Ninguno requirió ingreso hospitalario. Dos casos se agruparon en un brote familiar. Seis casos eran mujeres. El rango de edad fue entre 5 meses y 75 años. Dos eran casos pediátricos y estaban correctamente vacunados para su edad.

La tosferina es especialmente grave cuando afecta lactantes en los primeros 6 meses de vida. Con el fin de prevenir estos casos, se recomienda la vacunación en el tercer trimestre del embarazo con una dosis de difteria-tétanos-pertussis acelular de carga reducida (dTpa). Los anticuerpos que los recién nacidos reciben de sus madres son fundamentales para su protección hasta que completen la primovacuna. Los datos observados confirman el buen control de esta enfermedad en recién nacidos tras la introducción de la vacunación durante el embarazo.

Varicela: En 2025 se notificaron 91 casos (13,31 por 100.000 habitantes, I.E.: 1,5), sin signos de retroceso en el control de la infección alcanzado con la vacunación (Figura 6). El 40% de los casos fueron en mujeres. La edad osciló entre 7 meses y 80 años, con la mediana en 16 años. El 38% de los casos se confirmaron por PCR. Cuatro casos requirieron ingreso hospitalario. En el 79% de los casos no constaba la vacunación, en el 10% constaba una dosis de vacuna y en el 11% dos dosis de vacuna. Estos datos son consistentes con una cobertura vacunal muy alta y con una efectividad de la vacuna alta, pero sin llegar al 100%.

Herpes zóster: Se diagnosticaron 3862 casos (565 por 100.000 habitantes; I.E.: 1,2), con una incidencia similar a la de 2024. El aumento de incidencia que venía observándose por el envejecimiento de la población, podría estar compensándose por el efecto de la vacunación.

Figura 6. Casos de varicela anuales, 2005-2025



Difteria. Se confirmó un caso de difteria cutánea en una persona con vacunación incompleta que la adquirió probablemente en un viaje a África.

La **Mpox** (viruela del mono) es una enfermedad emergente que cuenta con una vacuna eficaz. La práctica totalidad de los casos en nuestro medio se producen por exposiciones de riesgo entre hombres que tiene relaciones sexuales con hombres. En 2025 no se detectaron casos nuevos de Mpox, tras haberse ofrecido la vacunación a todas las personas de los grupos de población con mayor riesgo.

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

Enfermedades de transmisión alimentaria o que cursan con gastroenteritis aguda

Gastroenteritis aguda: Tras las enfermedades respiratorias, son los procesos infecciosos más frecuentes en la población. En 2025 se diagnosticaron en atención primaria 14.028 casos de gastroenteritis aguda (2,1% de la población). Esta cifra supone un descenso del 13% con respecto a 2024. En 2025 se recuperó la estacionalidad típica en Navarra, con la mayor incidencia de gastroenteritis en otoño (Figura 7).

En 2025 se observó un descenso de la tasa de gastroenteritis aguda en todos los grupos de edad con respecto a 2024. El 9,6% de los niños menores de 5 años consultaron por gastroenteritis aguda durante 2025. En el resto de las edades, la tasa de consultas por esta causa estuvo entre el 0,7% y el 3,0% (Figura 8).

En los últimos años se ha producido un aumento progresivo del número de estudios de heces y en la sensibilidad de las técnicas microbiológicas por la incorporación de la PCR, lo que ha permitido asignar una etiología a un porcentaje creciente de los casos. En 2025 se alcanzó una amplia implantación de estas técnicas por lo que los cambios en la incidencia empezarán a reflejar los cambios reales en la epidemiología de cada infección.

Figura 7. Número de casos semanales de gastroenteritis aguda en atención primaria, 2023-2025

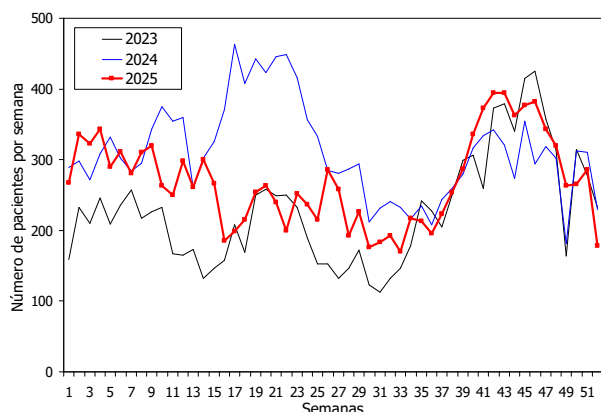
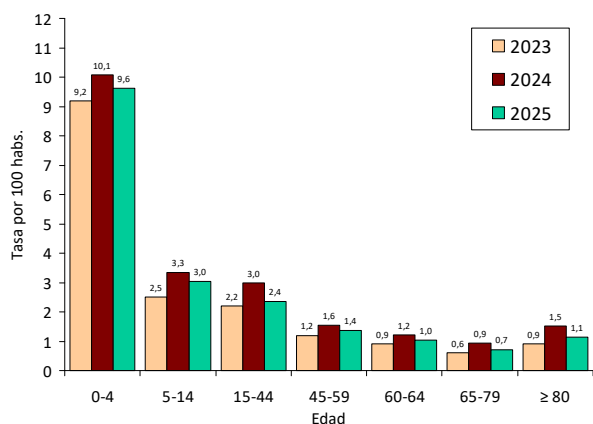


Figura 8. Incidencia de gastroenteritis agudas en atención primaria. Comparación de 2023 y 2025



En 2025 el agente infeccioso detectado más frecuentemente en los estudios de heces fue una vez más *Campylobacter* (1614 casos), seguido de Norovirus (1151 casos), sapovirus (586 casos), Rotavirus (487 casos), *Salmonella* (403 casos), *Giardia lamblia* (288 casos), y *Escherichia coli* verotoxigénico (240 casos) (Tablas I y III).

De los 1614 casos de *Campylobacter*, en 1158 (72%) se identificó *Campylobacter jejuni*, en 220 (14%) *Campylobacter coli*, en 4 *Campylobacter upsaliensis* y en 1 *Campylobacter lari*. El 56% de los casos se detectaron en varones. Los casos se distribuyeron por todas las edades y 173 (11%) requirieron ingreso hospitalario.

La **Criptosporidiasis** se confirmó en 130 casos (I.E.: 1,6). Aunque se detectaron casos durante todo el año, el 75% se concentraron entre junio y noviembre. El 55% de los casos fueron en hombres. El 6% de los casos ingresó en el hospital. Los casos se presentaron ampliamente distribuidos por diferentes zonas de

Navarra, sin que pudiera identificarse ninguna relación con agua de bebida. Se detectaron dos agregaciones de casos relacionados con piscinas públicas infantiles.

Giardia lamblia se confirmó en 288 casos, mostrando un descenso respecto a 2024, pero un número mayor que la mediana del último quinquenio (I.E.: 1,7). El 39% eran casos pediátricos. El 8% de los casos ingresaron en el hospital.

Salmonella se confirmó en 403 pacientes. Predominó *S. enteritidis* (189 casos) sobre *S. typhimurium* (101 casos). Además, se han detectado casos de otras especies de *Salmonella* menos frecuentes. El 23% de los casos requirió ingreso hospitalario. Varios casos de *S. enteritidis* se agruparon en 4 brotes.

Tras la elevada incidencia de **Rotavirus** registrada en 2024 (n=567), en 2025 se atenuó algo hasta 487 casos confirmados. El 12% requirieron ingreso hospitalario. Aunque los casos se distribuyeron por todas las edades, el 58% eran menores de 5 años. Los casos se repartieron a lo largo de todo el año, pero el 48% se concentró entre octubre y diciembre.

***E. coli* verotoxigénico** se detectó en 240 casos, de los cuales el 15% requirieron hospitalización

Otros virus son causa frecuente de gastroenteritis aguda y cursan en forma de brotes y ondas epidémicas en la población. El **Norovirus** se identificó en 1151 pacientes, lo que le sitúa como segundo agente infeccioso más frecuentemente encontrado en los pacientes con gastroenteritis en Navarra. El **Sapovirus** se identificó en 586 casos y el **Astrovirus** en 278. Estos tres virus presentaron niveles de incidencia similares o algo inferiores a los del año anterior.

Yersinia ocasionó 79 casos, número ligeramente inferior a los 85 casos de 2024. Todos fueron por *Yersinia enterocolitica*. Tres pacientes ingresaron.

Disentería bacilar: En 2025 se notificaron 54 casos de shigelosis (7,90 por 100.000 habitantes, I.E.: 2,1), alcanzándose la incidencia más alta de los últimos años. Del total de casos, 34 (63%) eran varones, y las edades se distribuyeron entre 2 y 74 años. Ocho casos (15%) eran de edades pediátricas. Cinco casos (9%) requirieron hospitalización. En 24 (44%) casos había antecedente de viaje reciente a zonas endémicas de África, Asia y Latinoamérica, destacando Egipto como procedencia de 5 casos. Siete casos eran hombres que habían tenido relaciones sexuales de riesgo con hombres. Cuatro casos se agruparon en dos brotes relacionados con comidas en restaurantes. En 25 (46%) casos se aisló *Shigella sonnei*, en 25 (46%) *Shigella flexneri*, en 2 *Shigella boydii* y dos casos quedaron sin caracterizar.

Tabla III. Detecciones de algunos agentes relevantes en los casos de gastroenteritis aguda según edad

Enfermedad / agente infeccioso	<5 años	5-14 años	15-44 años	45-64 años	≥65 años	Total
<i>Campylobacter</i>	343	315	427	222	307	1614
<i>Salmonella</i>	60	90	109	64	80	403
<i>Salmonella enteritidis</i>	27	45	63	27	27	189
<i>Salmonella typhimurium</i>	19	28	18	12	24	101
<i>Salmonella</i> , otras / spp.	14	17	28	25	29	113
Rotavirus	282	42	71	40	52	487
<i>Cryptosporidium</i> spp.	44	40	28	7	11	130
<i>Giardia lamblia</i>	43	70	91	52	32	288
<i>E. coli</i> verotoxigénico	38	30	71	41	60	240
<i>Yersinia enterocolitica</i>	12	24	33	8	2	79
Norovirus	591	101	210	104	145	1151

Listeriosis: Se confirmaron 5 casos (0,73 por 100.000 habitantes; I.E.: 0,6), lo que supone una incidencia baja respecto a la de años previos. Cuatro fueron hombres. La edad osciló entre 75 y 85 años. Todos ingresaron en el hospital, pero ninguno falleció. No se encontró asociación epidemiológica entre ellos.

Fiebre tifoidea/paratifoidea: Se notificó un caso de fiebre tifoidea en una persona no vacunada que regresaba de un viaje a la India.

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

Enfermedades de transmisión sexual

En 2025 se notificaron 349 casos de **Infección Gonocócica** (51,06 por 100.000 habitantes, I.E.: 1,3), marcando un ligero descenso por segundo año consecutivo. Predominaron los casos en hombres (77%), y fueron comunes las localizaciones múltiples, incluyendo la uretral, anal y faríngea. La menor incidencia en mujeres puede explicarse, en parte, porque la gonococia cursa de forma subclínica con más frecuencia. El rango de edad de los casos fue de 16 a 70 años, siendo el 52% menores de 30 años (Tabla IV).

Se confirmaron 78 casos de **Sífilis primaria, secundaria o latente precoz** (11,41 por 100.000 habitantes; I.E.: 0,9). El 94% de los casos se detectaron en varones. La edad osciló entre 18 y 75 años. El 56% de los casos tenían menos de 40 años. La forma clínica fue de sífilis primaria en 25 casos, habitualmente con el típico chancro, sífilis secundaria en 21 casos y sífilis latente precoz en 42 casos, que se detectó solo por serología. Varias personas habían tenido episodios previos de sífilis, por lo que se consideraron reinfecciones. Esto lleva a recordar que estas infecciones no dejan inmunidad y la importancia de tratar simultáneamente a la pareja para evitar la reinfección.

No se detectó ningún caso de **sífilis congénita**.

Las infecciones por ***Chlamydia trachomatis*** han seguido aumentando en 2025 hasta alcanzar 869 casos confirmados (127,14 por 100.000; I.E.: 1,2). El aumento respecto al año anterior se observa principalmente en hombres, si bien el 57% de los diagnósticos se presentaron en mujeres. Hubo dos casos en recién nacidos por transmisión madre-hijo. El resto se distribuyeron entre los 13 y 58 años, y la mitad aparecieron antes de los 29 años. Se confirmaron al menos 28 reinfecciones tras haberse tratado el primer episodio.

Se confirmaron 12 casos de **linfogranuloma venéreo** (*Chlamydia trachomatis* L1, L2, L3) (1,76 casos por 100.000 habitantes, I.E.: 0,8), continuando el descenso iniciado en 2024. Todos los casos se produjeron en hombres que habían tenido sexo con hombres y tenían edades entre 20 y 52 años. La localización más frecuente fue la rectal, por lo que ha de sospecharse esta infección en varones con proctitis. Como son frecuentes los portadores asintomáticos, se debe descartar la infección en los contactos sexuales de los casos.

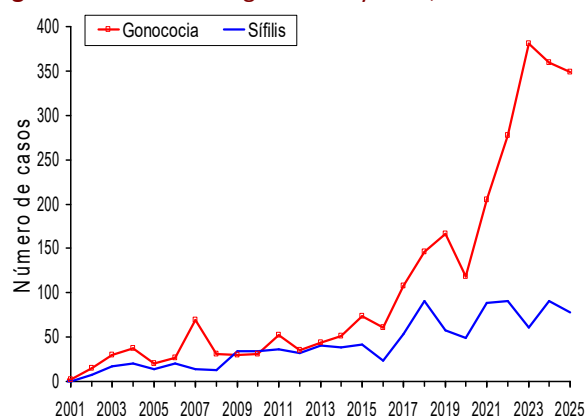
Figura 9. Incidencia de gonococia y sífilis, 2001-2025

Tabla IV. Casos de infecciones de transmisión sexual por sexo y grupo de edad, 2025

Edad, años	Gonococia		Sífilis		Chlamydia	
	H	M	H	M	H	M
<25	66	30	14	0	99	216
25-34	109	34	18	4	172	214
35-44	56	8	18	0	65	43
45-54	26	5	16	1	35	16
55-64	8	3	4	0	6	4
≥65	3	1	3	0	0	0
Total	268	81	73	5	376	493

H: hombre; M: mujer.

En 2025 parece estabilizarse la incidencia de infecciones de transmisión sexual, tras el ascenso que se había registrado en los últimos años (Figura 9). Los datos de la vigilancia de las infecciones de transmisión sexual reflejan solo una parte del problema real, ya que muchas cursan de forma asintomática, aunque son igualmente transmisibles. Las infecciones de transmisión sexual son un problema relevante en Navarra por su fácil contagiosidad, el posible aumento de la resistencia a antibióticos, y por la posibilidad de cronificación, infertilidad, abortos, secuelas y transmisión madre-hijo en los casos que no se diagnostican pronto y no se tratan correctamente.

Para avanzar en el control de las enfermedades de transmisión sexual, además del tratamiento de los casos, se debe procurar el diagnóstico y tratamiento de todas las personas con las que hayan tenido contacto sexual en los últimos meses. Ante toda consulta por la sospecha de una enfermedad de transmisión sexual, incluido el VIH, se deben descartar otras infecciones, ya que no es rara la coincidencia de más de una, que pueden cursar de forma subclínica. Además, conviene tener presente la posible indicación de vacunación frente a hepatitis A y B en pacientes que consultan por sospecha de infección de transmisión sexual.

Actualmente contamos con medios para la prevención, diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual que, bien utilizados, permitirían prevenir la mayor parte de los casos. Las prácticas de riesgo para contraer una infección de transmisión sexual incluyen el tener relaciones sexuales de tipo vaginal, anal u oral, con una o más personas de las que se desconoce si pueden estar infectadas, aunque no tengan síntomas. El uso adecuado del preservativo masculino o femenino disminuye el riesgo de transmisión, porque reduce la superficie de contacto directo entre mucosas.

Las recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en atención primaria pueden consultarse en:

<http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/AECCD760-AB2A-4841-818A-FA53478FD6DC/483037/BOL12222 ITS3.pdf>

Infección por el VIH

En 2025 se diagnosticaron 20 casos nuevos de infección por el VIH en personas residentes en Navarra (2,93 por 100.000 habitantes), número claramente menor que los 33 casos de 2024 y que la mediana del último quinquenio (I.E.: 0,6). Tres casos (15%) fueron detectados coincidiendo con el diagnóstico de sida, lo que demuestra un diagnóstico muy tardío de la infección. De los 20 casos, 16 (80%) eran varones, el 35% eran nacidos en España y el rango de edades fue entre 17 y 62 años. En 11 casos (55%) constaba el antecedente de prácticas sexuales entre hombres.

Hepatitis víricas

Hepatitis A: En 2025 se declararon 27 casos (3,95 por 100.000 habitantes; I.E.: 3,4), más del triple que la mediana de los 5 años previos. El 63%, 17 casos, requirieron ingreso hospitalario. El 52% de los casos fueron varones y el rango de edades osciló entre 4 y 48 años. Trece casos (48%) se consideraron importados, con infección adquirida en otros países, siendo Marruecos el más frecuente, con un total de 6 casos. Un caso tenía antecedente de relaciones sexuales entre hombres. Tres casos fueron secundarios a otro en el entorno familiar, y aunque se les llegó a administrar la vacuna post-exposición, a los pocos días debutaron con la enfermedad. En torno a cada caso se dieron recomendaciones de higiene para evitar contagios por vía fecal-oral, y se ofreció la vacuna de la hepatitis A como profilaxis post-exposición a los convivientes y contactos próximos. Se recuerda la importancia de la notificación urgente de casos sospechosos de hepatitis A, incluso antes de la confirmación serológica, con el fin de vacunar a los contactos lo antes posible.

Se recomienda la vacunación frente a la hepatitis A de las personas que van a viajar a zonas endémicas, incluidos los que van a visitar a su familia en su país de origen, y a los hombres que tienen sexo con hombres, si no han sido vacunados previamente.

Hepatitis B: Se notificaron 2 casos de Hepatitis B aguda (0,29 por 100.000 habitantes; I.E.: 0,7), que tenían entre 45 y 74 años. Los casos no estaban vacunados. Uno requirió ingreso hospitalario. En uno, la transmisión fue sexual y, en otro, pudo tener relación con la atención sanitaria.

La hepatitis B cuenta con una vacuna eficaz. Esta vacuna se ha ofrecido en los programas de vacunación infantil a todas las cohortes nacidas desde 1980 (<45 años en 2025). Además de poner al día los calendarios de vacunación, se recomienda vacunar a las parejas y convivientes de personas portadoras del virus, vacunar a las personas con conductas o factores de riesgo, incluidas aquellas que consulten por alguna enferme-

dad de transmisión sexual, e instaurar precozmente el protocolo de profilaxis post-exposición cuando se produzca una exposición accidental a sangre. Todas estas indicaciones están incluidas en el calendario vacunal de adultos y cuentan con financiación pública.

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

Hepatitis C: En 2025 se diagnosticaron 3 infecciones activas nuevas por virus de la hepatitis C con evidencia de que el contagio había sido reciente (0,44 por 100.000 habitantes; I.E.: 0,6). Los tres casos fueron en personas que consumían drogas por vía parenteral, habían tenido hepatitis C previa que fue tratada y se constató la respuesta viral sostenida, y posteriormente han debutado de nuevo con infección activa por el virus de la hepatitis C. Además, hubo otros 23 nuevos diagnósticos de infección activa por el virus de la hepatitis C con tiempo de evolución desconocido. Cuatro de estas infecciones habrían sido adquiridas fuera de Navarra. De los 26 nuevos diagnósticos, el 39% eran mujeres, y los rangos de edad estaban entre 32 y 72 años. Estos datos demuestran la necesidad de recordar la importancia de sospechar esta infección con el fin de detectar precozmente los casos para tratarlos y curarlos. También hay que recordar que la infección por este virus no deja inmunidad y puede producirse la reinfección ante una nueva exposición de riesgo.

Hepatitis E: Se notificaron 11 casos de hepatitis E (1,61 casos por 100.000 habitantes, I.E.: 1,8), lo que supone un descenso frente a los 20 casos de 2024, pero un nivel alto respecto a otros años previos. Todos los casos eran autóctonos y el 82% eran hombres. El rango de edad de los casos osciló entre 51 y 74 años. El 45% de los casos fueron hospitalizados. La hepatitis E afecta también a otros mamíferos. Descartando la transmisión hídrica, la infección por el virus de la hepatitis E suele estar relacionada con la ingestión de carne de cerdo poco cocinada.

Zoonosis

Fiebre Exantemática Mediterránea (*Rickettsia conorii*): esta enfermedad transmitida por garrapatas se ha detectado en 5 casos (0,73 por 100.000 habitantes) en personas de 42 a 73 años. Todos fueron casos autóctonos. La incidencia ha descendido respecto a la de años previos (I.E.: 0,5). Un caso fue hospitalizado.

Enfermedad de Lyme (*Borrelia burgdorferi*): se transmite también por picadura de garrapatas. Se notificaron 26 casos (3,80 casos por 100.000; I.E.: 0,7), lo que marca un descenso importante tras la incidencia especialmente alta de los dos años previos. El 62% eran hombres y la edad presentó un rango entre 6 y 79 años. Cinco casos requirieron ingreso hospitalario. El descenso en la incidencia podría deberse a variaciones

en la climatología entre años y a mayor precaución de la población en las salidas a entornos naturales. Las siguientes páginas web contienen recomendaciones útiles ante la picadura de garrapatas:

http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Mi+enfermedad/Que+hacer+ante/Garrapatas.htm

https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/enfermedadesEmergentes/Crimea_Congo/docs/Guia_actuacion_picadura_garrapata_2016_1014.pdf

Leptospirosis: Se confirmaron dos casos en los que la infección se produjo en viajes a Latinoamérica (Amazonía) y a Indonesia.

Hidatidosis: Se detectaron 2 casos de hidatidosis, uno en una persona procedente de Marruecos y otro autóctono en una persona mayor de 70 años.

Fiebre Q (*Coxiella burnetii*): Tras alcanzar niveles de incidencia altos en 2024 con 54 casos, en 2025, el número de casos de fiebre Q descendió a 32 (4,68 por 100.000 habitantes; I.E.: 2,3). La mayoría de los casos (81%) afectaron a hombres. El rango de edad fue de 26 a 93 años. Todos los casos fueron autóctonos y se distribuyeron por diferentes zonas geográficas de Navarra. En 23 casos (72%) fue necesario el ingreso hospitalario. A pesar del descenso en la incidencia, ésta sigue siendo alta y lleva a recomendar la aplicación de medidas para el control de esta infección en las cabañas de ganado ovino y caprino y a evitar la proximidad a humanos en las épocas de partos.

Tularemia (*Francisella tularensis*): En 2025 se detectó un aumento importante en la incidencia de esta enfermedad, con la confirmación de 12 casos, todos ellos de transmisión autóctona. Todos fueron hombres, con edades entre 10 y 76 años. Siete casos requirieron hospitalización. En 2024 se diagnosticaron 2 casos y hasta entonces solo se diagnosticaba esporádicamente (un caso en 2021 y otro en 2023). Los valles de Ultzama, Larraun e Iza son los que han concentrado más casos, aunque también se han detectado casos en otras zonas de Navarra. Cuatro casos tenían antecedentes de haber tocado cadáveres de roedores y en otros cuatro, de picadura reciente de garrapatas. El aumento de casos en humanos indica la extensión de la tularemia en roedores. En humanos, el contagio se produce por contacto con roedores, con cangrejos de río o por picadura de garrapatas o artrópodos. La inhalación de polvo contaminado por roedores o el producido al manipular sus cadáveres puede ser contagiosa.

No se notificaron casos de **Brucelosis**, **Leishmaniasis**, ni de **Fiebre del Nilo occidental**.

Rabia: No se ha declarado ningún caso de Rabia. Se notificaron numerosas agresiones de animales. En muchos casos, la identificación del animal o la información referida por el afectado permitió descartar el riesgo de rabia, no siendo necesaria la profilaxis. Se

administró profilaxis post exposición a personas que habían sufrido agresiones por animales en países endémicos de rabia, cuando el animal involucrado era un murciélago o cuando concurrieron otras circunstancias que hacían sospechar la posibilidad de riesgo de rabia.

La península ibérica está libre de rabia terrestre, pero muy esporádicamente se ha detectado infección por lisavirus en murciélagos, por lo que se debe administrar la vacuna post exposición en todas las mordeduras o arañazos de murciélagos. En 2025 hubo un aumento de agresiones por murciélagos ocurridas en Navarra, con 8 casos que requirieron administración de profilaxis antirrábica. También aumentaron considerablemente las agresiones por animales a personas de Navarra que habían viajado a países endémicos. La rabia terrestre es endémica en prácticamente toda África, Asia, y Latinoamérica, por lo que toda persona que viaja a estos destinos debe aumentar las precauciones para evitar mordeduras de cualquier mamífero (perros, gatos, monos, etc.).

Enfermedades importadas

Dengue: Se notificaron 15 casos (2,19 por 100.000 habitantes; I.E.: 1,2), todos ellos importados, con antecedente de viaje a zonas endémicas de Centro América y Caribe (Cuba, Nicaragua y Honduras), Maldivas, Indonesia y Filipinas.

Esta incidencia supone un descenso con respecto a los 29 casos de 2024. El 47% de los casos se produjeron en mujeres y la edad osciló entre 23 y 58 años. Se produjeron casos, tanto en viajes de turismo, como en viajes al país de origen para visitar a familiares. Las segundas infecciones por el virus del dengue son las que entrañan mayor gravedad, por lo que las personas que han pasado esta infección deberían extremar la precaución considerar la vacunación si viajan a zonas endémicas.

Chikungunya: En 2025 se detectaron 13 casos, todos importados, 12 relacionados con viajes a Cuba y uno a Kenia. El número de casos es llamativamente alto en comparación con años previos en los que se registraban cero o un caso anual. Esto se debe a que se está produciendo una circulación intensa de este virus en algunos destinos internacionales. Las personas que viajan deben informarse de los riesgos para la salud en los países a los que viajan y tomar las medidas preventivas recomendadas por sanidad internacional.

El mosquito tigre (*Aedes albopictus*) es potencial transmisor de los virus del Dengue, Chikungunya y Zika, y se ha detectado en Navarra en los últimos veranos y otoños (Plan de Vigilancia ambiental de Aedes Albopictus en Navarra y Mosquito Alert). Durante la fase aguda y convalecencia del Dengue, Chikungunya y Zika se han de poner todos los medios para evitar picaduras de mosquitos, que podrían actuar como

vectores de estas infecciones y generar brotes de transmisión autóctona.

Paludismo. Se notificaron 13 casos de malaria (1,90 por 100.000 habitantes; I.E.: 1,2), todos ellos importados de países endémicos de África subsahariana: Nigeria (6), Angola, Camerún, Etiopía, Guinea Conakri, R.D. del Congo, Kenia y Senegal. En 11 casos se detectó *Plasmodium falciparum*, en uno *P. ovale* y en otro *P. malariae*. Once casos requirieron ingreso hospitalario. Doce no habían tomado la profilaxis antipalúdica y uno la había tomado con una pauta incompleta. Todos los viajeros a zonas endémicas, incluidos aquellos que visitan a familiares en su país de origen, deberían utilizar las medidas preventivas que minimizan el riesgo de contagio y tomar la profilaxis antipalúdica.

No se ha notificado ningún caso de **Enfermedad por virus Zika o Lepra**.

Brotes epidémicos

En la Tabla V se resumen los brotes declarados en Navarra entre 2016 y 2025. En 2025 se declararon un total de 51 brotes.

Se notificaron 24 brotes de gastroenteritis aguda, de los cuales 22 eran de posible origen alimentario y 2 relacionados con el agua de baño.

Hubo 4 brotes **de origen alimentario** debidos a *Salmonella enteritidis*. Dos fueron en comidas familiares y dos en comidas en bares o restaurantes. En un brote el alimento sospechoso fue una tortilla de elaboración casera con huevos poco cocinados y consumidos tiempo después de su elaboración. El número de afectados por brote osciló entre 3 y 20, y en total hubo 2 casos hospitalizados.

En 2 brotes se identificó **Norovirus tipo 2** en las heces de los casos. Entre los dos brotes contabilizaron 22 personas afectadas. Un brote afectó a un grupo de amigos alojados en una casa rural y otro a una guardería. El Norovirus causa gastroenteritis de presentación brusca autolimitada, con alta tasa de ataque entre los expuestos. Los brotes se relacionan con la transmisión fecal-oral a partir de una persona que presenta la infección de forma transitoria y traslada la contaminación a los alimentos a través de las manos. Por ello, es clave que las personas sintomáticas se abstengan de manipular alimentos y que todo manipulador de alimentos extreme las medidas de higiene de manos.

Se detectaron dos brotes grandes comunitarios causados por *Clostridium perfringens*. Los brotes estuvieron relacionados con servicios de restauración colectiva y entre ambos contabilizaron 54 casos. Los síntomas se instauraron precozmente y fueron pasajeros. En cada brote se identificó la misma cepa de *Clostridium perfringens* productor de enterotoxina en los casos y en el

alimento implicado. En un brote el alimento implicado fue carne que se había cocinado el día anterior y se sirvió para acompañar espaguetis el día siguiente tras un recalentamiento insuficiente. En otro brote el alimento implicado fue pollo asado que tardó tiempo en consumirse desde su elaboración. Los brotes suelen tener relación con la ingestión de carnes mal recalentadas. Las esporas sobreviven a las temperaturas normales de cocción, germinan y se multiplican durante el enfriamiento lento, el almacenamiento a temperatura ambiente o el recalentamiento inadecuado.

Hubo un brote de gastroenteritis aguda con 20 afectados en una residencia de mayores debido a **toxina estafilocócica**.

En otros 9 brotes de gastroenteritis no se pudo identificar el agente causal. Aunque algunos tuvieron numerosos afectados, ningún caso recogió muestra de heces lo que hizo imposible el estudio de etiológico, o bien, los resultados de las pocas muestras aportadas no fueron concluyentes. Algunos procesos son pasajeros y el agente deja de ser detectable al pasar la fase aguda. Dos brotes ocurrieron en centros socio-sanitarios, 5 en comidas en restaurantes, uno en una reunión de compañeros y otro fue de ámbito domiciliario.

Se detectaron dos brotes comunitarios de **criptosporidiasis** relacionados con dos piscinas públicas infantiles durante el verano. Estos brotes suelen aparecer en días calurosos de verano en los que aumenta el aforo de las piscinas infantiles, se produce contaminación accidental del agua de baño y el contagio ocurre por ingesta del agua contaminada.

Se estudiaron 5 brotes de **tuberculosis**, tres fueron de **ámbito domiciliario** al detectarse un caso secundario en el estudio de contactos de un primer caso. Otro fue un brote escolar con tres casos. Además, se detectaron 4 casos relacionados con un brote de tuberculosis por *M. bovis* que afectó a personas que viajaron a Marruecos y consumieron leche o derivados comercializados sin garantías sanitarias.

La **legionelosis** dio lugar a 2 brotes comunitarios con un total de 8 casos. Ambos tuvieron relación con el agua de la red pública de abastecimiento. El contagio a las personas se produce en las duchas de los domici-

lios. La red de abastecimiento no suele estar asociada a la transmisión de la legionela, porque la temperatura del agua no alcanza temperaturas óptimas para la multiplicación de la bacteria. Sin embargo, en veranos tan calurosos como el de 2025, la temperatura del agua fría puede alcanzar niveles que favorezcan la multiplicación de la legionela si los niveles de cloración son bajos.

La **tosferina** ocasionó dos casos en una familia.

Un caso importando de **sarampión** ocasionó un caso secundario en una persona no vacunada que fue contacto en la sala de espera de un centro sanitario.

Un brote de 20 casos de conjuntivitis estuvo relacionado con una piscina pública. No se pudo confirmar el agente etiológico.

Se estudiaron 5 brotes de **gripe** en centros socio-sanitarios, y un brote de **covid** nosocomial en un centro hospitalario.

Se detectaron 4 brotes de **hepatitis A**. Tres fueron agrupaciones de un caso índice y otro secundario en el entorno familiar. Dos de los casos primarios se habían infectado con motivo de un viaje a zonas endémicas. Los contactos recibieron la vacuna post-exposición, pero a los pocos días debutaron con la enfermedad. Esto evidencia la importancia de notificar los casos de hepatitis aguda ante sospecha, para no demorar la administración de la vacuna post-exposición a los contactos. El cuarto brote afectó a dos personas que habían viajado juntas a una zona endémica. Conviene recordar la importancia de la vacunación del viajero antes de visitar zonas endémicas, incluidas las personas o familias que viajan a sus países de origen cuando estos son zonas endémicas de hepatitis A.

La **escabiosis (sarna)** fue responsable de 6 brotes comunitarios, con un total de 33 casos notificados. Cinco brotes se produjeron en centros socio-sanitarios y uno en una escuela infantil. En el control de estos brotes es fundamental la actuación coordinada y simultánea en el tratamiento de todos los casos, la profilaxis a los contactos, y el lavado de la ropa y la limpieza de mobiliario.

Tabla V. Brotes epidémicos notificados en Navarra, 2016-2025

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Toxiinfecciones Alimentarias	6	8	9	5	1	9	17	16	26	22
Tuberculosis Respiratoria	3	1	3	2	1	0	3	1	1	5
Otros	25	39	27	14	6	8	16	17	21	24
TOTAL	34	48	39	21	8	17	36	34	48	51