



SUMARIO

Temporada de virus respiratorios 2024-2025 en Navarra	1
Infecciones de transmisión sexual en Navarra, 2024	7
Casos de enfermedades transmisibles objeto de vigilancia en Navarra. Semanas 14 a 26 de 2025	9

TEMPORADA DE VIRUS RESPIRATORIOS 2024-2025 EN NAVARRA

Campaña de vacunación

El 14 de octubre de 2024 se inició la campaña de vacunación frente a la gripe y el covid en Navarra. Frente al covid se utilizaron vacunas mRNA basadas en las subvariantes JN.1 y KP.2, **COMIRNATY® JN.1** y **COMIRNATY® KP.2** 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.

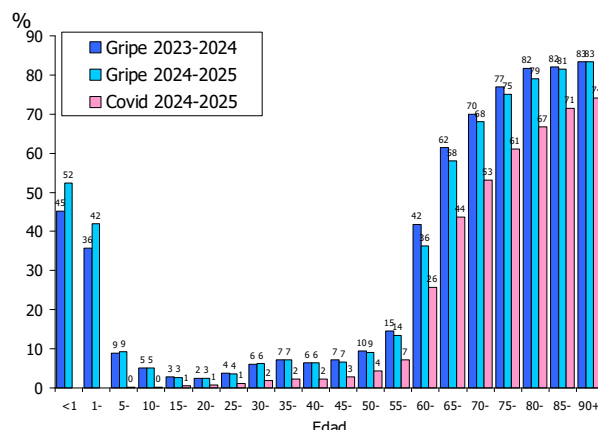
La campaña de vacunación antigripal estuvo dirigida a los mismos grupos de población que la vacuna del covid y, además, a todas las personas de 6 a 59 meses de edad. Se utilizaron vacunas tetravalentes con la composición recomendada por la Organización Mundial de la Salud. La vacuna utilizada mayormente 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®, Sequirus). En algunos centros socio-sanitarios se ofreció la vacuna inactivada de alta dosis para mayores de 60 años (Efluelda®, Sanofi). A los niños y adolescentes inmunocompetentes de 24 meses a 18 años de edad se les ofreció la vacuna antigripal atenuada (Fluenz®, AstraZeneca). La campaña se extendió hasta el 1 de diciembre, aunque se siguieron administrando dosis en los meses siguientes.

En la temporada 2024-2025 se ofreció la inmunización con un anticuerpo monoclonal de larga duración (nirsevimab), para prevenir casos graves de infección por virus respiratorio sincitial (VRS) a los lactantes pretérmino de hasta 12 meses con menos de 35 semanas de

edad gestacional y menores de 24 meses con cardiopatía congénita o displasia broncopulmonar. Además, se ofreció nirsevimab a los nacidos entre el 1 de septiembre de 2024 y el 16 de febrero de 2025, alcanzándose una cobertura del 94%.

La cobertura de vacunación frente al covid alcanzó el 50% en mayores de 60 años y el 66% en mayores de 75 años. La vacunación antigripal en adultos alcanzó coberturas mayores que la del covid en todos los grupos de edad. En mayores de 65 años la cobertura antigripal fue del 70,6%, y superó el 75% a partir de los 75 años. La cobertura de vacunación infantil aumentó hasta el 52% en el grupo de 6 a 11 meses de edad y hasta el 42% 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 2023-2024 y 2024-2025



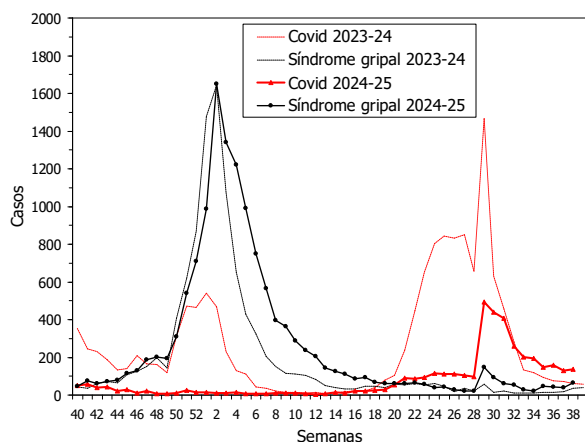
Diagnósticos de infección respiratoria aguda en atención primaria

La temporada 2024-2025 consultaron en atención primaria 182.840 pacientes con infección respiratoria aguda. Estas consultas supusieron el 27% de la población, algo menos que el 31% de la temporada anterior.

La incidencia de síndromes gripales siguió un curso típico. Superó el umbral epidémico en diciembre, alcanzó la máxima incidencia en la segunda semana de enero (242 casos por 100.000 habitantes) y recuperó niveles basales a mediados de marzo, que se mantuvieron hasta el final del verano. A mediados de julio se produjo un pequeño repunte en la incidencia de síndromes gripales que no llegó a superar el umbral epidémico. En el conjunto de la temporada un total de 13.428 personas fueron diagnosticadas con síndrome gripal en atención primaria, el 2% de la población. Este porcentaje superó el 2,5% en menores de 45 años.

La circulación de covid se extendió durante toda la temporada, con niveles muy bajos de incidencia. Solo se superó ligeramente el umbral epidémico durante las tres últimas semanas de julio, con una incidencia máxima de 73 casos por 100.000 habitantes en la semana 29. El repunte en la tercera semana de julio coincide con lo observado en años previos, y puede estar relacionado con el aumento de la interacción social en torno a las fiestas de San Fermín (Figura 2). Entre octubre de 2024 y septiembre de 2025 se diagnosticaron 4120 casos de covid en atención primaria, frente a los 14.133 casos diagnosticados en la temporada anterior. En atención primaria, se confirmó con covid al 6 por 1000 de toda la población y al 17 por 1000 de los mayores de 80 años.

Figura 2. Diagnósticos de síndrome gripal y covid en atención primaria en la temporada 2024-2025. Comparación con la temporada previa



Los diagnósticos de neumonía en atención primaria descendieron desde los 4564 en la temporada 2023-

2024 hasta 3187 en la temporada 2024-2025, retornando a los niveles habituales previos a la pandemia de covid.

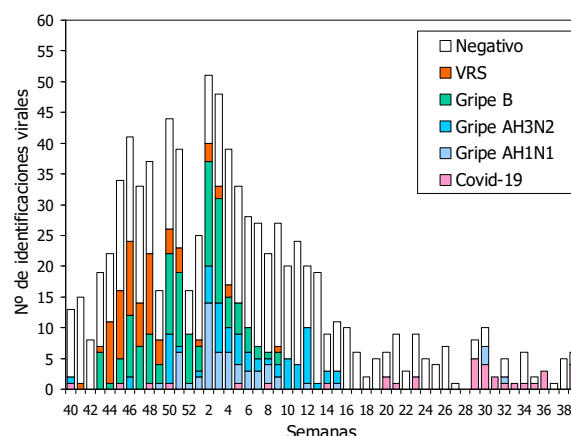
Vigilancia centinela en atención primaria

En Navarra contamos con 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).

Entre octubre de 2024 y septiembre de 2025 se analizaron mediante PCR frotis de 857 pacientes con síndrome gripal. El 42,2% (n=362) fueron positivas a alguno de los virus analizados: 29,4% (n=252) a gripe, 8,9% (n=76) a VRS y 4,0% (n=34) a covid. Entre los casos de gripe el 23,0% fueron positivos a gripe A(H1N1), el 26,6% a gripe A(H3N2) y el 51,6% fueron gripe B. Al interpretar estos resultados, hay que tener en cuenta que el síndrome gripal es la manifestación más característica de la infección por el virus de la gripe, y que la infección por VRS presenta síntomas generales en un menor porcentaje de los casos.

Las confirmaciones de laboratorio demuestran la circulación de diversos virus respiratorios que se fueron alternando durante la temporada. El VRS predominó entre las semanas 44 y 48, el virus de la gripe B fue detectado con frecuencia alta entre las semanas 43 y 3. Los virus de la gripe A presentaron mayor frecuencia entre las semanas 50 y 12. El SARS-CoV-2 se detectó de forma esporádica durante toda la temporada, y fue el virus predominante en los casos detectados desde mayo (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, 2024-2025

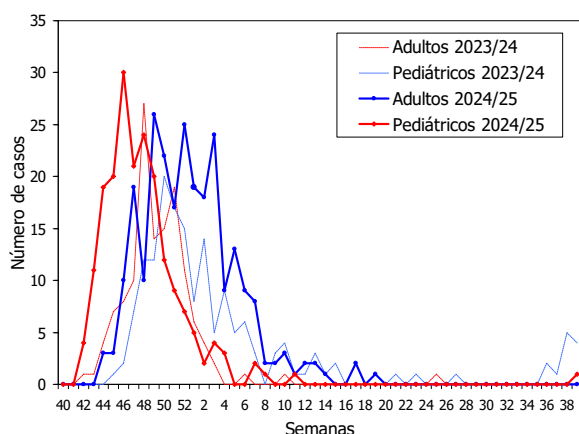


Ingresos hospitalarios

VRS: El VRS es causa frecuente de bronquiolitis en neonatos y lactantes y se asocia a mortalidad en personas mayores. En la temporada 2024-2025 se confirmaron 441 casos que requirieron hospitalización, 42 casos ingresaron en unidades de cuidados intensivos (UCI) y 34 casos fallecieron. El 43% (n=192) de las hospitalizaciones fueron en menores de 15 años. No hubo fallecimientos entre los casos pediátricos. En población pediátrica, el VRS circuló desde mediados de octubre y alcanzó el máximo en la segunda semana de noviembre, con más de un mes de adelanto respecto a lo habitual. Desde febrero apenas hubo hospitalizaciones pediátricas. La onda de hospitalizaciones en adultos discurrió con aproximadamente tres semanas de retraso respecto a la de casos pediátricos y se prolongó hasta pasado marzo (Figura 4).

Se ofreció la inmunización con nirsevimab a los nacidos desde el 1 de septiembre de 2024 al 16 de febrero de 2025. En estas cohortes se produjeron 24 ingresos hospitalarios por VRS entre mediados de octubre y enero, de los cuales, 21 habían recibido la inmunización. El número de ingresos hospitalarios por VRS en menores de 5 años en esta temporada fue mayor que en la temporada previa, pero menor que en la temporada 2022-2023 en la que no se había introducido el nirsevimab (Tabla 1).

Figura 4. Hospitalizaciones semanales por VRS en menores de 15 años y en adultos.



Gripe: Entre octubre de 2024 y septiembre de 2025 se registraron 806 ingresos hospitalarios, 23 ingresos en UCI y 54 defunciones por gripe confirmada. Los ingresos por gripe se presentaron en forma de una onda epidémica desde noviembre a mayo, con niveles altos entre enero y febrero, y el pico de incidencia en la segunda semana de 2025. Entre mayo y junio la gripe ocasionó hospitalizaciones esporádicas. Desde mediados de julio se produjo una pequeña onda que tuvo su máximo en la semana 30. El número máximo semanal de hospitalizaciones por gripe en esta temporada fue

algo menor que en la temporada previa; no obstante, el número total de hospitalizaciones por gripe de esta temporada ha sido más alto, debido a que la onda de gripe se prolongó más semanas (Figura 5 y Tabla 1).

El 47% de los ingresos por gripe se debieron al virus A(H1N1), el 40% al virus A(H3N2), y el 13% al virus de la gripe B. El virus de la gripe B fue el predominante en pacientes pediátricos, especialmente en los vistos en atención primaria; sin embargo, fue un virus secundario en adultos hospitalizados por gripe (Figura 5).

Figura 5. Hospitalizaciones por gripe en la temporada 2024-2025. Comparación con temporadas previas.

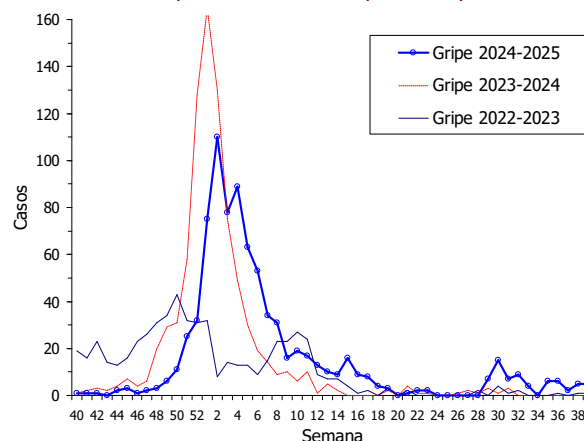
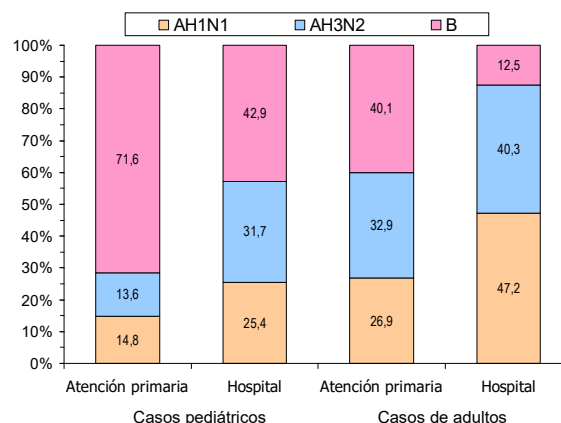


Figura 6. Distribución de los casos de gripe pediátricos y de adultos según tipo y subtipo viral, 2024-2025.



Covid: El número de ingresos por covid disminuyó con respecto a las temporadas previas. Entre octubre de 2024 y septiembre de 2025 se registraron 325 ingresos hospitalarios, 9 ingresos en UCI y 36 defunciones por covid. La mayoría de los casos (80%) se produjeron a partir de mayo, durante la onda de verano, con un segundo pico en la tercera semana de julio (Figura 7 y Tabla 1). El 74% de las hospitalizaciones por covid se produjeron en mayores de 65 años.

Las hospitalizaciones debidas a los tres virus respiratorios ocasionaron una doble onda con el máximo en enero y un segundo pico de menor magnitud en julio. El

VRS tuvo mayor protagonismo en la fase ascendente de la onda de invierno, los distintos virus de la gripe fueron los principales responsables de la onda de invierno y el covid tomó el protagonismo en la onda de verano (Figura 8).

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 la gripe, seguida a distancia por el covid y el VRS (Tabla 2 y Figura 9).

Figura 7. Hospitalizaciones semanales por covid en la temporada 2024-2025 y en temporadas previas.

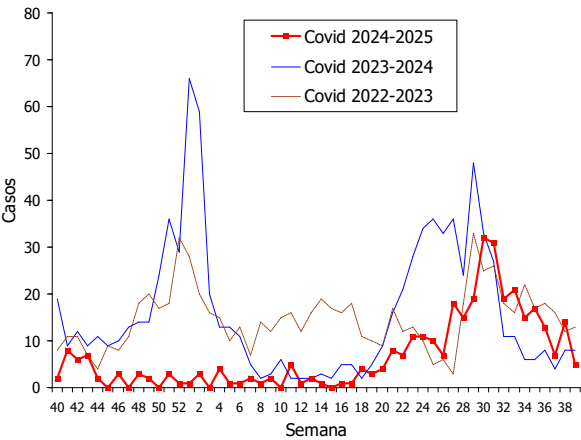


Figura 8. Hospitalizaciones semanales por gripe, covid y VRS en la temporada 2024-2025.

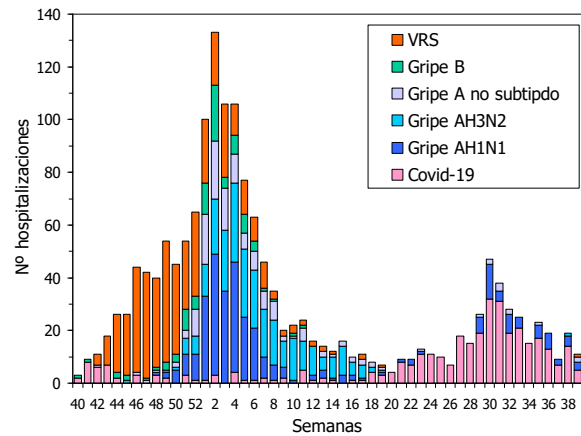


Figura 9. Tasa de hospitalizaciones por VRS, gripe, covid confirmados según edad, temporada 2024-2025

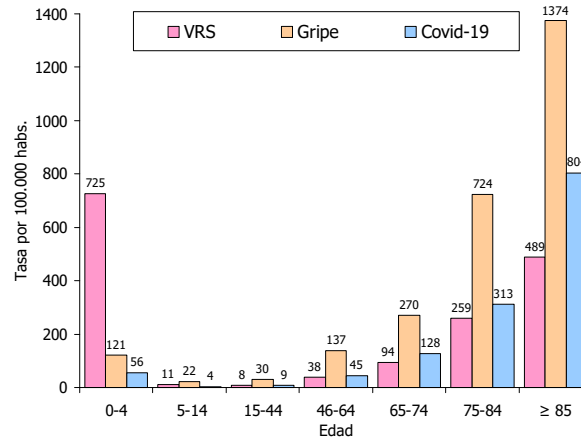


Tabla 1. Ingresos y defunciones por VRS, gripe y covid por temporada, de la semana 40 hasta la 39 del año siguiente

	2017/18	2018/19	2019/20	2020/21	2021/22	2022/23	2023/24	2024/25
Pacientes hospitalizados por VRS confirmado						344	288	441
Menores de 5 años hospitalizados por VRS confirmado						246	129	180
Pacientes hospitalizados por gripe confirmada	807	480	445	0	261	557	723	806
Pacientes ingresados en UCI por gripe confirmada	39	33	32	0	10	28	33	23
Muertes por gripe confirmada	42	26	20	0	13	31	70	54
Pacientes hospitalizados por covid confirmado			1934	3188	1604	468	815	345
Pacientes ingresados en UCI por covid confirmado			139	385	152	23	29	9
Muertes por covid confirmado			529	598	310	75	83	36

Tabla 2. Ingresos hospitalarios por virus respiratorio sincial, gripe y covid según edad, temporada 2024-2025

Edad, años	Virus respiratorio sincial			Gripe			Covid		
	nº	%	Tasa por 100.000	nº	%	Tasa por 100.000	nº	%	Tasa por 100.000
0-4	180	40,8	725	30	3,7	121	14	4,1	56
5-14	12	2,7	11	24	3,0	22	4	1,2	4
15-44	29	6,6	8	107	13,3	30	32	9,3	9
45-64	31	7,0	38	112	13,9	137	37	10,7	45
65-74	56	12,7	94	160	19,9	270	76	22,0	128
75-84	85	19,3	259	238	29,5	724	103	29,9	313
85+	48	10,9	489	135	16,8	1374	79	22,9	804
Total	441	100,0	66	806	100,0	120	345	100,0	52

Caracterización genética de los virus gripales

En el Centro Nacional de Microbiología se ha completado la caracterización genética de 229 cepas de gripe aisladas en Navarra durante esta temporada. De 69 virus A(H1N1), 46 fueron similares a A/Lisboa/4897/2022 (clado 5a.2a.1) y 23 a A/Victoria/4897/2022 (clado 5a.2a.1). Se caracterizaron 73 virus A(H3N2), de los cuales 65 fueron similares a A/Croatia/10136RV/2023 (clado 2a.3a.1), 6 a A/West Virginia/51/2024 (clado 2a.3a.1) y 2 fueron del subgrupo 2a.3a(G.1.3.1). Se caracterizaron 87 muestras del virus de la gripe B, de las cuales 86 fueron similares a B/Catalonia/2279261NS/2023 (linaje Victoria, clado V1A.3a.2) y una similar a B/Switzerland/329/2024 (clado V1A.3a.2).

En el Hospital Universitario de Navarra se secuenciaron 68 cepas de SARS-CoV-2 desde octubre de 2024 hasta mayo de 2025. Al igual que en la temporada anterior, todos los linajes identificados pertenecían a la variante Ómicron. En el primer trimestre de la temporada, el linaje XEC (clado 24F) fue el predominante, desplazando al linaje JN.1 (clado 24A), que había sido dominante al final de la temporada 2023-2024. En los meses siguientes, la presencia de XEC disminuyó y comenzó a detectarse la circulación del linaje LP.8.1 (clado 25A), situación similar a la descrita en España y en otros países europeos.

Efectividad e impacto de la inmunización

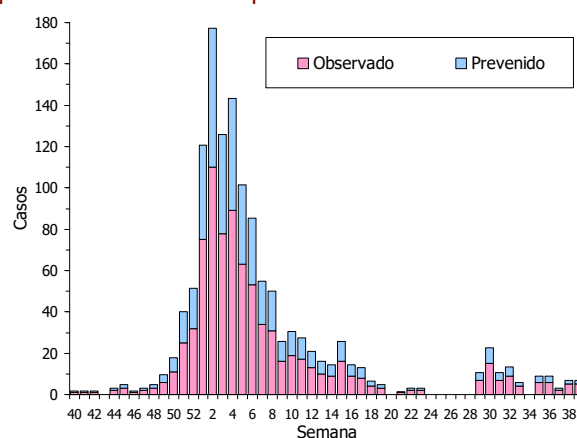
A partir de la información de casos de gripe confirmados, comparando los vacunados y no vacunados, se ha estimado la efectividad de la vacunación antigripal de la temporada 2024-2025 en Navarra. En personas que se vacunan habitualmente, la efectividad fue en promedio moderada (47%) para prevenir hospitalizaciones por gripe confirmada, y fue del 69% en las personas que se vacunaron por primera vez. Se observó una efectividad especialmente alta en menores de 18 años (84%), en los que circuló mayoritariamente el virus de la gripe B. En mayores de 65 años que se vacunan habitualmente, la efectividad fue del 43%, debido a la peor respuesta inmunológica. La efectividad de la vacunación antigripal para prevenir hospitalizaciones fue mayor frente a gripe B (74%), que frente a gripe A(H1N1) (41%) y a gripe A(H3N2) (47%). Con las coberturas vacunales alcanzadas en Navarra, se estima que la vacunación antigripal evitó 445 ingresos hospitalarios por gripe, que han contribuido a reducir la carga asistencial debida a esta enfermedad a lo largo de toda la temporada (Figura 10). Por cada 346 dosis de vacuna antigripal administrada se evitó una hospitalización por gripe.

Un estudio europeo en el que participa Navarra ha estimado una efectividad del refuerzo vacunal de covid para prevenir hospitalizaciones confirmadas por

covid de aproximadamente el 40% durante los primeros meses tras la vacunación. En las personas más vulnerables la protección descendió notablemente desde los seis meses tras la vacunación. Puesto que el covid produjo la principal onda epidémica en verano, transcurridos más de seis meses desde la campaña de vacunación, la protección en esta segunda onda fue escasa. En conjunto, el impacto de la vacunación frente al covid en Navarra para prevenir hospitalizaciones ha sido bajo debido a la escasa circulación del covid hasta mayo, y a que la mayoría de los casos se han producido cuando habían pasado más de seis meses desde la campaña de vacunación.

Por segundo año se administró la inmunización con nirsevimab en recién nacidos de Navarra. En el promedio de las dos temporadas de uso de nirsevimab se ha estimado una efectividad del 79,5% para prevenir hospitalizaciones por esta causa en lactantes. Se estima que evitó más de 81 hospitalizaciones pediátricas por VRS, las cuales habrían aumentado la sobrecarga de los servicios asistenciales pediátricos en diciembre y enero. Se estima que por cada 23 inmunizaciones administradas se evitó una hospitalización por VRS.

Figura 10. Número de hospitalizaciones por gripe observadas y número de hospitalizaciones prevenidas por la vacuna en la temporada 2024-2025



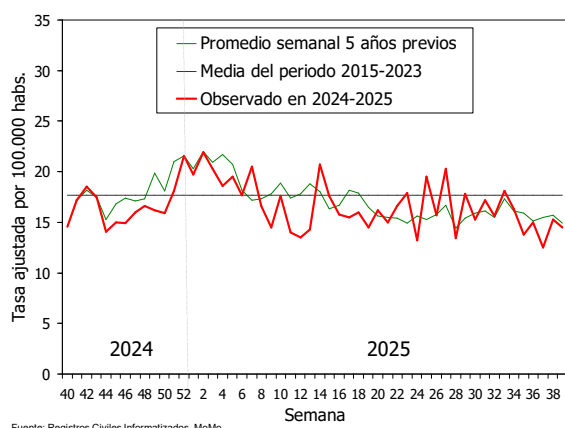
Mortalidad general durante la temporada

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 2024-2025, la tasa ajustada de mortalidad por todas las causas se mantuvo en niveles normales para la época del año correspondiente y en algunos momentos, en valores más bajos de los habituales en comparación con el promedio semanal de los 5 años previos. Desde la semana 51 hasta la semana 7 (de mitad de diciembre a mitad de febrero) hubo 9

semanas con mortalidad mayor que el promedio de muertes semanal. En estas 9 semanas se produjo un exceso de unas 128 defunciones, lo que supuso una mortalidad un 11,7% por encima de la media anual. Fuera de este periodo, hubo oscilaciones en la tasa de mortalidad, pero en promedio se mantuvo por debajo de la media anual. No obstante, el exceso de mortalidad asociado a la circulación de virus respiratorios fue menor que el de otros años, por lo que, en el conjunto de esta temporada, la mortalidad general ha sido en promedio un 4% menor que la media de los 5 años previos (Figura 11).

Figura 11. Tasa de mortalidad semanal por todas las causas ajustada por edad y sexo. Navarra, 2024-2025



Conclusiones y recomendaciones

En la temporada 2024-2025 se ha producido una onda gripal de magnitud y características normales, con circulación de los tres virus: A(H1N1), A(H3N2) y B. Mientras que el virus de la gripe B fue el predominante en jóvenes y en casos vistos en atención primaria, en mayores ingresados en hospitales predominaron el A(H1N1) y A(H3N2).

El SARS-CoV-2 circuló con muy baja intensidad durante todo el invierno y la primavera, y ocasionó una onda epidémica de pequeña magnitud en verano. Esta onda de SARS-CoV-2 durante el verano se ha repetido todos los años desde la pandemia. Esto apoya la posible utilidad de un refuerzo de vacuna frente al covid en primavera en las personas con mayor riesgo de enfermedad grave.

El VRS produjo una onda con mayor incidencia y más adelantada de lo habitual. La inmunoprofilaxis con nirsevimab en recién nacidos evitó un número importante de hospitalizaciones por VRS, pero el comienzo temprano de la onda epidémica hizo que no se consiguiese todo el alivio esperable de la sobrecarga de las unidades de pediatría hospitalaria.

La circulación de estas infecciones se asoció a un exceso de la mortalidad general entre diciembre y febrero,

que se vio compensado por una menor mortalidad en otros meses. Como resultado, la tasa de mortalidad ajustada por edad y sexo en el conjunto de la temporada fue un 4% menor que la media de los años previos.

La vacunación de la gripe tuvo una efectividad moderada y logró un impacto considerable en la prevención de casos de enfermedad grave en las personas más vulnerables. Se estima que la vacunación antigripal ha prevenido unas 445 hospitalizaciones.

La baja circulación del SARS-CoV-2 durante el invierno hizo que el impacto de esta vacunación fuera poco relevante.

En base a los resultados satisfactorios de la inmunización con nirsevimab a recién nacidos, se ha propuesto su administración prospectiva a todos los nacidos en Navarra entre el 1 de julio de 2025 y el 31 de enero de 2026, con el fin de prevenir hospitalizaciones por VRS en la temporada 2025-2026.

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 el uso oportuno de mascarilla.

El diagnóstico de los casos sospechosos que ingresan en los hospitales y su aislamiento contribuyen a reducir la transmisión nosocomial.

Referencias

- Rose AM, Lucaccioni H, Marsh K, et al. Interim 2024/25 influenza vaccine effectiveness: eight European studies, September 2024 to January 2025. *Euro Surveill.* 2025;30(7):2500102. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2025.30.7.2500102.
- Laniece Delaunay C, Verdasca N, Monge S, et al. COVID-19 Vaccine Effectiveness Against Medically Attended Symptomatic SARS-CoV-2 Infection Among Target Groups in Europe, October 2024-January 2025, VEBIS Primary Care Network. *Influenza Other Respir Viruses.* 2025;19(5):e70120. doi: 10.1111/irv.70120.
- Vera-Punzano N, Navascués A, Armendáriz L, Viguria N, Herranz-Aguirre M, García Cenoz M, Trobajo-Sanmartín C, Echeverría A, Martínez-Baz I, Ezpeleta C, Ezpeleta G, Castilla J. Efectividad de la inmunización con nirsevimab en neonatos para prevenir hospitalizaciones por virus respiratorio sincitial durante dos temporadas en Navarra. *An Sist Sanit Navar.* 2025;48(2):e1133. doi: 10.23938/ASSN.1133.

Financiación

Red VEBIS financiada por el Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades (ECDC) y el proyecto PI23/01519 financiado por el Instituto de Salud Carlos III.

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN NAVARRA, 2024

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) constituyen un problema de salud pública de importancia creciente por su fácil contagiosidad, el aumento de resistencias antimicrobianas, la posibilidad de cronificación, infertilidad, abortos, secuelas y transmisión madre-hijo en los casos que no se diagnostican pronto y no se tratan correctamente. Se describe la situación de las cuatro ITS objeto de vigilancia epidemiológica.

Sífilis

La sífilis es producida por *Treponema pallidum*. La sífilis primaria se presenta 2-3 semanas tras la exposición y cursa con una úlcera indolora en la zona de inoculación (chancro sifilítico) y adenopatías regionales. Remite a las 4-6 semanas, pudiendo evolucionar a sífilis secundaria, que es una fase sistémica con manifestaciones en piel y mucosas. La remisión de las lesiones da lugar a la sífilis latente, en la que la infección sigue activa, pero solo es detectable por serología. Años después puede aparecer la sífilis terciaria, que puede cursar como neurosífilis, sífilis cardiovascular y sífilis gomosa. La vigilancia epidemiológica se limita a los casos de transmisión reciente, que incluyen la sífilis primaria, secundaria y latente precoz (menos de un año de evolución), además de la sífilis congénita.

En 2024 se confirmaron en Navarra 90 casos (13,4 por 100.000 habitantes). La tasa ha aumentado respecto a la del año previo. En la mayoría de los años, Navarra se mantiene por debajo de la tasa estatal (Figura 1).

El 92,2% de los casos se diagnosticaron en hombres. En ellos, la tasa de incidencia más alta se encontró en el grupo de 25 a 34 años (83 por 100.000). En mujeres, el 85,7% de los casos se concentran en el grupo de 15-34 años, con 8 casos por 100.000 (Tabla 1).

El estadio al diagnóstico fue de sífilis primaria en 33 casos (37%), secundaria en 34 (38%), y latente precoz en 23 (26%) casos. El 20% de los casos presentaban reinfecciones tras haber tenido episodios previos.

Infección gonocócica

Neisseria gonorrhoeae cursa en los hombres con uretritis y en las mujeres como cervicitis mucopurulenta, secreción vaginal anormal o hemorragia vaginal tras la penetración; si bien, en la mayoría de los casos, es asintomática. En ambos sexos, otras presentaciones son las infecciones faríngeas y anorrectales. Puede dar complicaciones como epididimitis, enfermedad inflamatoria pélvica o infección gonocócica diseminada.

En Navarra se notificaron 360 casos en 2024 (53 casos por 100.000). La incidencia se mantuvo similar a la del año previo, en la que la tasa en Navarra fue menor a la media estatal (Figura 2).

El 74,4% de los casos se diagnosticaron en hombres, cuya tasa de incidencia más alta se observó en el grupo de 25 a 34 años (278 por 100.000 habitantes), seguido por el grupo de 15 a 24 años (170). En mujeres, la tasa de incidencia más alta se encontró en el grupo

de 15 a 24 años (110), seguido del grupo de 25 a 34 años (68) (Tabla 1).

Figura 1. Incidencia de sífilis en Navarra y España

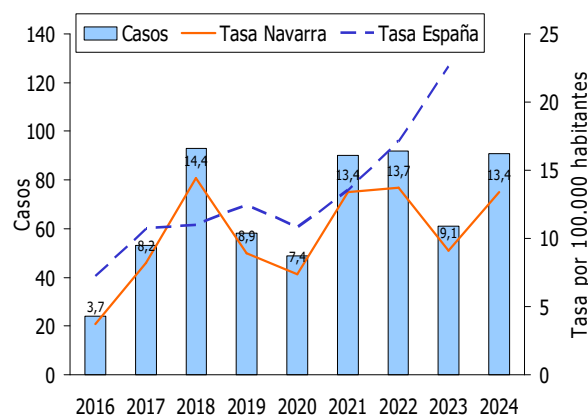
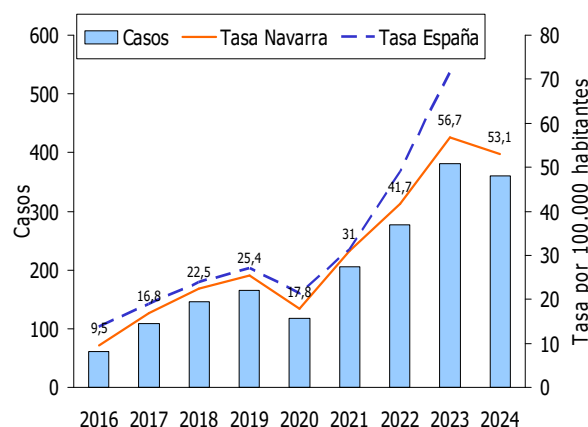


Figura 2. Incidencia de gonococia en Navarra y España



Clamidia

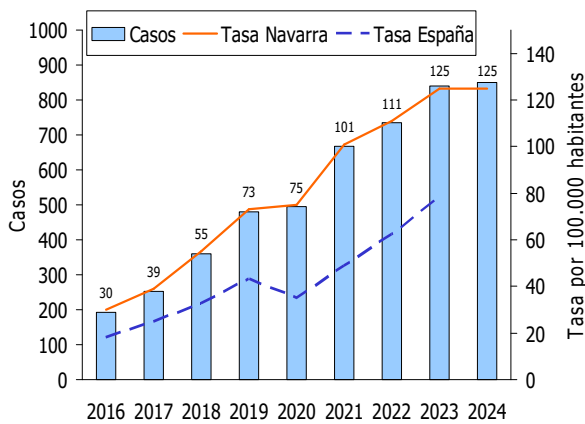
Las manifestaciones de la infección por *Chlamydia trachomatis* suelen aparecer a las 2-6 semanas del contagio y suelen ser cervicitis en las mujeres y uretritis en los hombres. La infección pasa a menudo desapercibida, lo que favorece el desarrollo de complicaciones y secuelas. Entre las complicaciones, destaca la prostatitis, orquiepididitis y esterilidad en varones, y endometritis, salpingitis y enfermedad inflamatoria pélvica en mujeres.

En 2024 se confirmaron 850 infecciones por clamidia, 125 casos por 100.000 habitantes. La incidencia ha aumentado de forma importante en los últimos años. La tasa de Navarra es mayor que la de España, debido, probablemente, a la extensión de la PCR en los reconocimientos ginecológicos de mujeres jóvenes, que detecta muchos casos que antes permanecían sin diagnóstico. Esta mejora diagnóstica no se está aplicando de igual manera en otras comunidades autónomas (Figura 3).

Se notificaron 341 (40,1%) casos en hombres y 509 (59,9%) en mujeres. La tasa de incidencia más alta en mujeres se observó en el grupo de 15-24 años (618 por

100.000), seguidas por las de 25 a 34 (604). En hombres, la tasa de incidencia mayor se observó en los de 25-34 años (425) y 15-24 años (241) (Tabla 1).

Figura 3. Incidencia de clamidia en Navarra y España

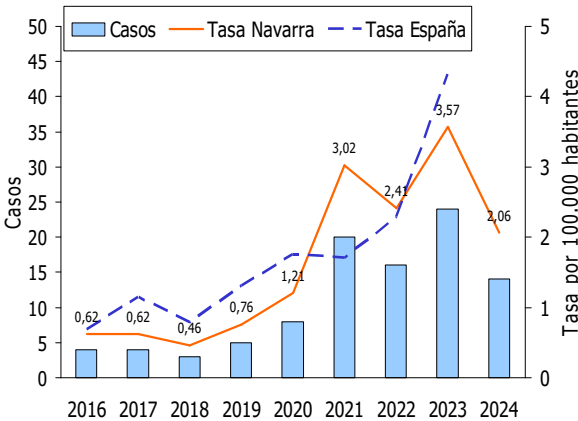


Linfogranuloma venéreo

El linfogranuloma venéreo es producido por las serovariedades L1, L2 y L3 de *Chlamydia trachomatis*. Suele manifestarse con una úlcera o pápula indolora en el lugar de inoculación, que suele pasar inadvertida. En 2024 se notificaron 14 casos, número dentro del rango de años previos. La tasa de Navarra en 2023 fue algo menor que la de España (Figura 4). Todos los casos se diagnosticaron en hombres de 25 a 51 años, que habían tenido sexo con hombres. Todos presentaron localización rectal, por lo que ha de sospecharse esta infección en varones con proctitis. Como son frecuen-

tes los portadores asintomáticos, se debe descartar la infección en los contactos sexuales de los casos.

Figura 4. Incidencia de linfogranuloma venéreo



Conclusiones

La incidencia de infecciones de transmisión sexual en Navarra se ha estabilizado en niveles elevados. Las mayores tasas se observan en edades jóvenes. Muchas infecciones son asintomáticas, pero igualmente transmisibles, por lo que los casos notificados reflejan solo una parte del problema. Salvo la infección por clamidia que se detectó más frecuentemente en mujeres de 15-24 años debido al cribado incorporado en las revisiones ginecológicas en Navarra, la situación epidemiológica es similar o ligeramente mejor que la del promedio de España.

Tabla 1. Incidencia de sífilis, infección gonocócica y clamidia. Número, porcentaje y tasa media anual de casos por 100.000 habitantes según sexo y edad. Navarra, 2024

Edad años	Sífilis primaria, secundaria y latente precoz				Gonococia				Clamidia			
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
	Nº (%)	Tasa	Nº (%)	Tasa	Nº (%)	Tasa	Nº (%)	Tasa	Nº (%)	Tasa	Nº (%)	Tasa
14-24	11 (13,3)	28	3 (42,9)	8	67 (25,0)	170	41 (44,6)	110	95 (27,9)	241	230 (45,2)	618
25-34	31 (37,3)	83	3 (42,9)	8	104 (38,8)	278	24 (26,1)	68	159 (46,6)	425	215 (42,2)	604
35-44	20 (24,1)	45	1 (14,3)	2	52 (19,4)	118	14 (15,2)	32	58 (17,0)	132	32 (6,3)	73
45-54	12 (14,5)	22	0 (0)	0	32 (11,9)	57	9 (9,8)	17	22 (6,5)	39	28 (5,5)	52
55-64	9 (10,8)	19	0 (0)	0	11 (4,1)	23	2 (2,2)	4	5 (1,5)	11	1 (0,2)	2
≥65	0 (0)	0	0 (0)	0	2 (0,7)	3	2 (2,2)	3	2 (0,6)	3	3 (0,6)	4
Total	83 (100)	29	7 (100)	2	268 (100)	94	92 (100)	31	341 (100)	119	509 (100)	172

Recomendaciones

- Para la prevención de nuevas infecciones de transmisión sexual se evidencia la necesidad de impulsar la educación afectivo sexual y la promoción de estilos de vida saludables, fomentando prácticas sexuales seguras y el uso de las medidas de protección.
- Ante sospecha de una infección de transmisión sexual o exposición sexual de riesgo es importante:

- Diagnóstico microbiológico y tratamiento del caso.
- Descartar otras ITS diferentes del motivo de consulta.
- Estudio y tratamiento de la pareja o parejas sexuales.
- Consejo preventivo.
- Considerar la indicación de vacunación frente a la hepatitis A y B.

- Más información sobre el diagnóstico y tratamiento de las ITS en: [Atención a Pacientes que consultan por sospecha de infección de transmisión sexual.](#)

CASOS DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES OBJETO DE VIGILANCIA EN NAVARRA
SEMANAS 14 A 26. PERIODO 2020-2025

ENFERMEDADES	2020	2021	2022	2023	2024	2025	IE
Enfermedades de Transmisión Respiratoria							
Síndromes gripales	12	18	441	611	666	903	2,0
Enfermedad por virus respiratorio sincitial	1	116	57	1	10	9	0,9
Legionelosis	2	2	8	20	10	7	0,9
Tuberculosis Respiratoria	6	4	12	7	3	9	1,5
Otras Tuberculosis	3	5	3	2	2	6	2,0
Enfermedades Prevenibles por Inmunización							
Enfermedad Meningocócica	1	1	-	1	2	2	2,0
Enfermedad neumocócica invasiva	2	8	9	23	18	20	2,2
Enf. invasora por <i>Haemophilus influenzae</i>	1	2	3	3	1	3	1,5
Parotiditis	24	4	8	9	13	4	0,4
Rubéola	-	-	-	-	-	-	-
Sarampión	-	-	-	-	-	3	-
Tos ferina	2	-	1	1	48	1	0,7
Varicela	6	12	8	12	41	31	2,6
Herpes zóster	663	725	776	839	981	895	1,2
Enfermedades gastrointestinales							
Disentería Bacilar	-	7	3	12	11	6	0,7
<i>Campylobacter</i>	75	226	240	339	369	405	1,7
<i>Salmonella</i>	14	34	47	56	48	80	1,7
<i>Salmonella enteritidis</i>	4	6	27	12	20	27	2,3
<i>Salmonella typhimurium</i>	4	9	10	17	9	26	2,9
<i>Salmonella</i> , otras/ spp	6	19	10	27	19	27	1,4
Rotavirus	8	14	103	310	246	113	1,1
<i>Cryptosporidium</i> spp.	3	5	5	7	18	20	4,0
<i>Giardia lamblia</i>	11	31	36	72	63	61	1,7
<i>Yersinia enterocolitica</i>	3	17	12	15	28	19	1,3
<i>Vibrio cholerae</i> , importado	-	-	-	-	-	-	-
<i>E coli</i> verotoxigénico	6	39	41	59	40	57	1,4
Fiebre tifoidea y paratifoidea	-	-	1	1	1	-	-
Listeriosis	1	2	3	2	-	-	-
Infecciones de Transmisión Sexual							
Infección Gonocócica	5	53	43	87	79	84	1,6
Sífilis primaria, secundaria o latente precoz	7	24	23	14	27	23	1,0
<i>Chlamydia trachomatis</i>	60	167	185	216	233	213	1,2
Linfogranuloma venéreo	-	7	5	7	2	2	0,3
Infección por VIH	7	8	8	10	3	7	0,9
Hepatitis Viricas							
Hepatitis A	-	1	2	4	2	4	2,0
Hepatitis B aguda	1	-	1	-	1	1	1,0
Hepatitis C, caso incidente	2	-	-	1	1	-	-
Hepatitis E	1	2	-	2	3	4	2,0
Zoonosis							
Brucelosis	-	-	-	-	1	-	-
Hidatidosis	-	3	1	2	2	1	0,5
Leishmaniasis	1	-	-	-	-	-	-
Fiebre Q	3	6	3	15	18	8	1,3
Tularemia	-	-	-	1	1	4	-
Enfermedades transmitidas por garrapatas							
Enfermedad de Lyme (<i>B burgdorferi</i>)	2	3	6	26	9	7	1,2
Fiebre exantemática mediterránea	3	11	4	11	7	2	0,3
Enfermedades Importadas							
Paludismo	-	-	1	-	-	7	-
Enfermedad del Dengue	-	1	1	2	7	3	3,0

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: Leptospirosis=1

Otras enfermedades sin casos en 2025: Botulismo, Carbunco, Chikungunya, Difteria, Encefalitis transmitida por garrapatas, Fiebre amarilla, Fiebre del Nilo occidental, Fiebre recurrente transmitida por garrapatas, Fiebres hemorrágicas víricas, Peste, Poliomieltis, Rabia, Sífilis congénita, Tétanos, Triquinosis, Viruela, Zika.