



**Región de Murcia**

Consejería de Salud

Dirección General de Salud  
Pública y Adicciones

**Servicio de Epidemiología**

Ronda Levante 11  
30008 Murcia

☎ 968 36 20 39 📠 968 36 66 56  
✉ epidemiologia@carm.es

**Informes Epidemiológicos 08 / 2025**

<http://www.murciasalud.es/epidemiologia>

# **VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ALIMENTOS Y/O AGUA**

## **Región de Murcia Actualización 2024**

Septiembre / 2025

Edita:  
Servicio de Epidemiología  
Dirección General de Salud Pública y Adicciones  
Consejería de Salud  
Región de Murcia

## RESUMEN:

**Introducción:** la vigilancia de enfermedades transmitidas por agua y alimentos (ETAs) está integrada en el Sistema De Vigilancia de Enfermedades Transmisibles de la Región de Murcia (SIVIET-RM) e incluye botulismo, campilobacteriosis, cólera, criptosporidiosis, fiebre tifoidea/paratifoidea, giardiasis, hepatitis A, infección por E. coli productora de toxina Shiga o Vero (STEC/VTEC), listeriosis, salmonelosis, shigelosis, triquinosis y yersiniosis.

**Métodos:** Se utilizó la base de datos del registro de enfermedades sujetas a vigilancia en la Región de Murcia (EDOSAN) para extraer los datos sociodemográficos, clínicos y epidemiológicos de los casos de las enfermedades mencionadas. Los denominadores poblacionales se extrajeron del Censo de Población Anual del Centro Regional de Estadística de Murcia.

**Resultados:** En 2024 no se detectaron casos de botulismo, cólera, triquinosis o fiebre tifoidea. Campilobacteriosis: la incidencia de esta enfermedad ha continuado su tendencia ascendente alcanzando una nueva cifra máxima de incidencia desde el comienzo de su vigilancia.

Criptosporidiosis: la incidencia de criptosporidiosis ha retrocedido respecto al año 2023, en el que tuvo lugar un brote epidémico en buena parte del territorio nacional. Giardiasis: los casos de giardiasis se han incrementado respecto al año anterior, alcanzando un nuevo máximo en la serie histórica. Hepatitis A: se ha producido un incremento de la incidencia en 2024, posiblemente vinculado a un aumento de la circulación del virus en la población de hombres que tienen sexo con hombres (HSH). Infección por STEC/VTEC: la incidencia de esta infección ha experimentado una disminución desde 2023, si bien es posible que la cifra real sea más alta debido a infranotificación. Listeriosis: su incidencia permanece en cifras bajas y en un rango estable entre los años 2020 y 2024. Salmonelosis: ha experimentado una disminución en el número de casos, si bien las cifras de incidencia declaradas por la Región continúan siendo elevadas en comparación a otras CCAA, de modo que cabe asumir un buen grado de exhaustividad en su registro. Shigelosis: recientemente ha aumentado su incidencia en hombres adultos jóvenes, vinculado posiblemente a una vía de transmisión sexual. Yersiniosis: continúa una tendencia ascendente en su incidencia. Es posible que las cifras estén también influidas por cierta infranotificación.

**Conclusiones:** La salmonelosis continúa siendo la ETA más relevante desde una perspectiva de salud pública, dada su incidencia, proporción de hospitalizaciones y tendencia a presentarse en brotes. La hepatitis A y la shigelosis se han hecho más incidentes entre varones adultos jóvenes, estando este incremento probablemente asociado a transmisión sexual. Estas enfermedades deben tenerse en cuenta a la hora de considerar los riesgos a los que se encuentra expuesta la población HSH.

Cita recomendada:

A Martínez-Portillo, MD Olivo-Pérez, A Sánchez-Migallón Naranjo, MD Chirlaque. Vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmitidas por alimentos y/o agua. Región de Murcia. Actualización 2024. Murcia: Consejería de Salud, 2025. Informes Epidemiológicos 08/25



**Región de Murcia**  
Consejería de Salud

Dirección General de Salud  
Pública y Adicciones

## Servicio de Epidemiología

Sistema de Vigilancia de Enfermedades  
Transmisibles de la Región de Murcia (SIVIET-RM)



## Índice

Introducción .....	3
Métodos.....	4
Resultados .....	5
Resultados generales.....	5
Discusión general.....	8
Resultados por enfermedades.....	9
Campilobacteriosis.....	9
Criptosporidiosis .....	14
Fiebre tifoidea y paratifoidea .....	17
Giardiasis.....	17
Hepatitis A.....	21
Infección por <i>E. coli</i> productor de toxina shiga o verotoxina (STEC/VTEC).....	25
Listeriosis .....	28
Salmonelosis.....	29
Shigelosis.....	35
Yersiniosis.....	39
Conclusiones .....	43
Agradecimientos .....	44
Referencias.....	44



## Introducción

Las enfermedades transmitidas por agua y alimentos (ETAs de aquí en adelante) y la seguridad alimentaria son cuestiones de relevancia para la salud pública en nuestro contexto actual. La crisis climática supone una multiplicidad de riesgos alimentarios, entre los que se cuenta un posible incremento del riesgo de algunas ETAs (1). En particular, la temperatura y la humedad juegan un papel fundamental en el crecimiento y supervivencia de muchos patógenos de transmisión alimentaria, por lo que temperaturas más altas y patrones alterados de precipitación podrían modificar sustancialmente el nivel de proliferación de estos microorganismos o incluso su distribución geográfica (2). Otros fenómenos como cambios en la salinidad del mar, inundaciones o sequías también pueden suponer riesgos para la contaminación de alimentos o agua.

Por otro lado, el incremento del comercio y los viajes internacionales, así como la complejización de las cadenas alimentarias, suponen desafíos al control alimentario, al introducir más posibles puntos de contaminación. Los riesgos que presenta esta situación se ven reforzados por las carencias en la armonización de normas sobre seguridad alimentaria en todo el mundo, lo que da lugar a una regulación fragmentada. Iniciativas como el Codex Alimentarius, de la OMS/FAO, apuntan a resolver estas dificultades (3). Desde el punto de vista demográfico, el envejecimiento progresivo de la población implica un aumento del porcentaje de población susceptible a las ETAs, con resultados clínicos potencialmente más graves. Otras tendencias de tipo sociológico están transformando las preferencias de los consumidores, y por tanto, las potenciales fuentes de riesgo alimentario. La dieta en países de nuestro entorno está experimentando un gran cambio,

caracterizado en parte por una mayor demanda de productos novedosos, exóticos o procedentes de otras gastronomías. A ello se suma, por un lado, la popularización de los alimentos precocinados o listos para consumir y los servicios de entrega a domicilio, estimulada por la demanda de comodidad y cambios en los estilos de vida, y por otro, un interés creciente por alternativas de consumo sanas, “orgánicas” o ecológicas (4,5).

Las razones expuestas justifican sobradamente la necesidad de monitorizar el comportamiento de estas enfermedades, dado su potencial impacto en la salud pública. En la Región de Murcia, la vigilancia de ETAs está integrada en el Sistema de Vigilancia de Enfermedades Transmisibles de la Región de Murcia (SIVIET-RM). Actualmente, las enfermedades que conforman el sistema de vigilancia de ETAs son: botulismo, campilobacteriosis, cólera, criptosporidiosis, fiebre tifoidea/paratifoidea, giardiasis, hepatitis A, infección por *Escherichia coli* productora de toxina Shiga o Vero, listeriosis, salmonelosis, shigelosis, triquinosis y yersiniosis. De ellas, tan solo botulismo, cólera, fiebre tifoidea, hepatitis A, shigelosis y triquinosis se vigilaban con anterioridad al año 2020 en la Región de Murcia.

El proceso de notificación de enfermedades sujetas a vigilancia (anteriormente enfermedades de declaración obligatoria) es principalmente automático, a través del Sistema de Información Microbiológica (SIM-RM) que registra todos los resultados positivos de pruebas de laboratorio realizadas en los hospitales del Servicio Murciano de Salud (SMS) desde el año 2020. No obstante, el SIVIET-RM continúa recibiendo notificaciones por vía directa a través de particulares, centros educativos, profesionales del SMS y de otros centros -privados o públicos-, en los que se



provee asistencia sanitaria o cuidados, por citar algunos. Desde la entrada en funcionamiento del SIM, las ETAs han incrementado su peso relativo sobre el total de enfermedades vigiladas por el SIVIET-RM. Entre ellas se cuentan enfermedades de alta incidencia como la salmonelosis o la campilobacteriosis, cuya detección ha mejorado considerablemente, suponiendo una importante fracción de las medidas de control aplicadas desde el Servicio de Epidemiología. Por otro lado, como se ha destacado en informes anteriores (6), la vigilancia de algunas ETAs se encuentra limitada por una distribución desigual de las técnicas microbiológicas diagnósticas en los distintos laboratorios de la Región, de modo

que la verdadera incidencia de enfermedades como la infección por *E. coli* verotoxigénico es aún desconocida. Así pues, aún no es posible calibrar la magnitud real de este grupo de enfermedades, si bien las mejoras en la vigilancia de aquellas infecciones que son más incidentes permiten suponer que las estimaciones actuales no deben estar lejos de las auténticas cifras.

El propósito del presente informe es describir y analizar el comportamiento de las ETAs en la Región de Murcia en el año 2024, así como situar los resultados de dicho año en un contexto temporal de mayor amplitud, sirviéndose para ello también de los datos correspondientes a años anteriores.

## Métodos

Los datos utilizados para el estudio provienen de la notificación individualizada de casos a través de EDOSAN. Se limitó el análisis a los casos autóctonos, que se definen como aquellos cuyo origen se ha localizado en la Región, excluyendo por tanto a aquellos casos diagnosticados en la RM, pero cuyo contagio se produjo en otra provincia o país. Sí son incluidas aquellas personas no residentes en la RM que se han contagiado durante su estancia, siempre que hayan sido diagnosticadas en la Región.

Se recogieron en todas las enfermedades una serie de variables sociodemográficas, clínicas, microbiológicas y epidemiológicas (edad, sexo, país de nacimiento, área de salud y municipio asignado, fecha de inicio de síntomas, fecha de diagnóstico, ingreso hospitalario y su fecha, defunción, asociación con brote), además de variables específicas por enfermedad que fueron consideradas relevantes. La distribución etaria empleada contempla los siguientes grupos: menores de un año, niños de 1 a 4 años, de 5 a 9, de 10 a 14, de 15 a 19, de 20 a 24, de 25 a 44, de 45 a 64, de

65 a 74, de 75 a 84 y personas con 85 y más años. Para la obtención de la incidencia acumulada por 100.000 habitantes se emplearon los datos del Censo de Población Anual publicados por el Centro Regional de Estadística de Murcia (CREM). La distribución espacial de casos se muestra por incidencia acumulada según comarca o municipio asignado, en función del número total de casos por unidad espacial, y se compara 2024 con los 3 años anteriores. Aunque en la actualidad no existe una ley de comarcalización en la Región, a efectos prácticos en este informe se utilizó la propuesta incluida en el Atlas Global de la Región de Murcia (7). El recuento de casos por semana epidemiológica de 2024 se muestra junto a los datos de los 3 años anteriores, para facilitar la visualización de patrones temporales recurrentes.

Los datos nacionales obtenidos se han extraído de las últimas actualizaciones de los informes de situación anuales que emite el Centro Nacional de Epidemiología. Estos informes se alimentan de los datos vertidos



por la RM y el resto de CCAA al Sistema para la vigilancia en España (SiViEs), la plataforma tecnológica empleada para la declaración e

intercambio de datos epidemiológicos entre todos los integrantes de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE).

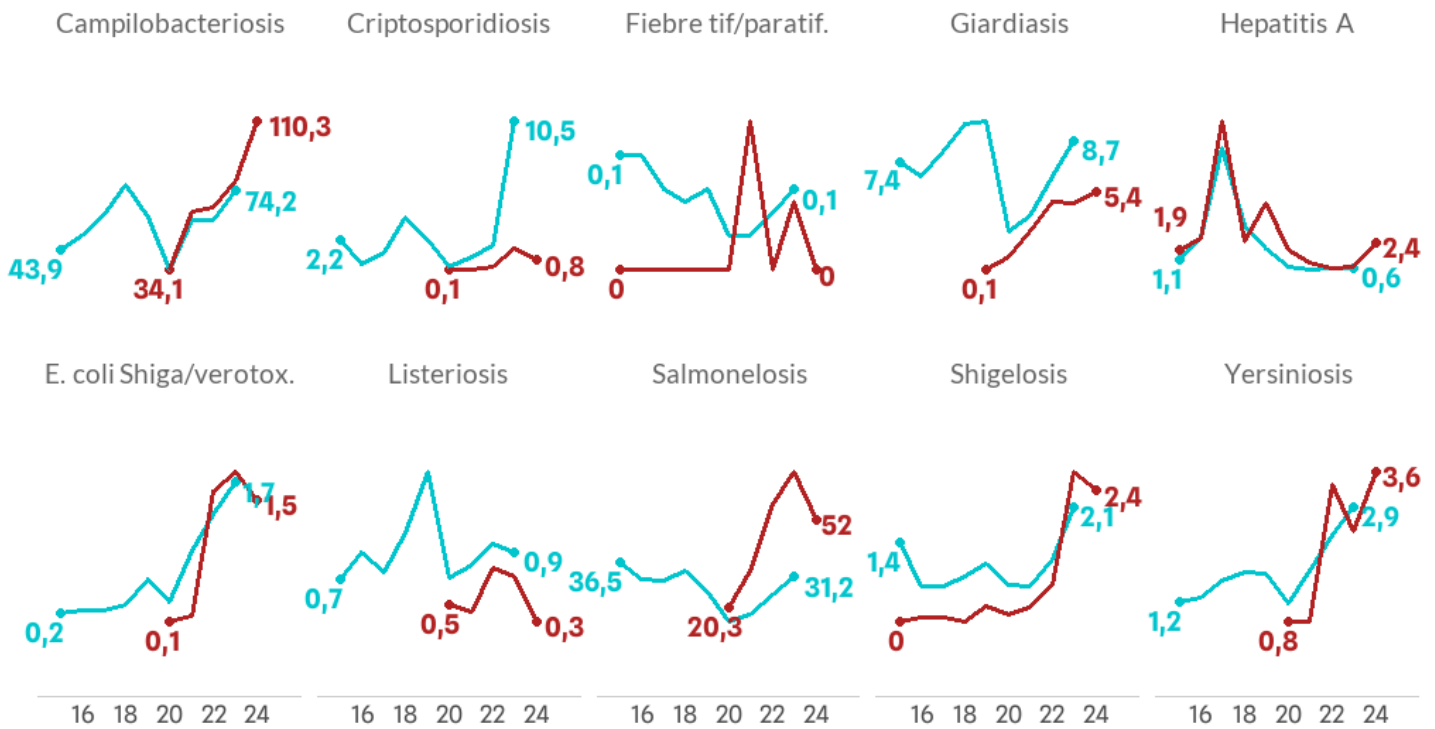
## Resultados

### Resultados generales

La **figura 1** muestra una síntesis del comportamiento de la incidencia de las ETAs que han tenido algún caso entre los años 2015 y 2024, comparando su evolución con la que han tenido en el ámbito nacional. En este periodo no se han detectado casos de botulismo, cólera o triquinosis. La campilobacteriosis, la giardiasis, la hepatitis A y la yersiniosis han experimentado aumentos en la RM entre 2023 y 2024. Aunque los datos nacionales no están actualizados a 2024, y no permiten contextualizar enteramente los cambios de incidencia ocurridos a nivel regional, sí que es posible observar en qué

casos la tendencia general de la RM y España ha divergido más. Ambas incidencias, desde la implementación del SIM-RM en 2020, han tendido a comportarse de manera similar en muchas de las ETAs. No obstante, el grado de divergencia entre las incidencias nacional y regional en los casos de la salmonelosis y la campilobacteriosis es muy alto, si bien la salmonelosis parece haber retrocedido tras varios años sucesivos de incremento, mientras que la campilobacteriosis en la RM ha continuado alejándose de la tendencia nacional

**Figura 1. Incidencia acumulada de ETAs por 100.000 habitantes en España y Región de Murcia. Años 2015-2024**



**Fuente:** SIVIET-RM. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Adicciones  
**ETAs:** enfermedades de transmisión alimentaria

La salmonelosis y la campilobacteriosis concentran el mayor impacto poblacional de las ETAs sujetas a vigilancia, suponiendo entre las dos una amplia mayoría de los casos totales y de los casos hospitalizados (**figura 2**). La campilobacteriosis tiende a sumar más del 50% de los casos totales, mientras que la salmonelosis hace lo propio con el número de hospitalizaciones. La distribución se ha

mantenido relativamente estable desde 2020, a pesar del incremento en el volumen total de casos, y puede observarse que la giardiasis también ha conservado su fracción sobre el total de casos de ETAs identificadas. También puede destacarse el aumento de la proporción de ingresos debidos a shigelosis en 2023 y 2024, y de hepatitis A y yersiniosis en el 2024.



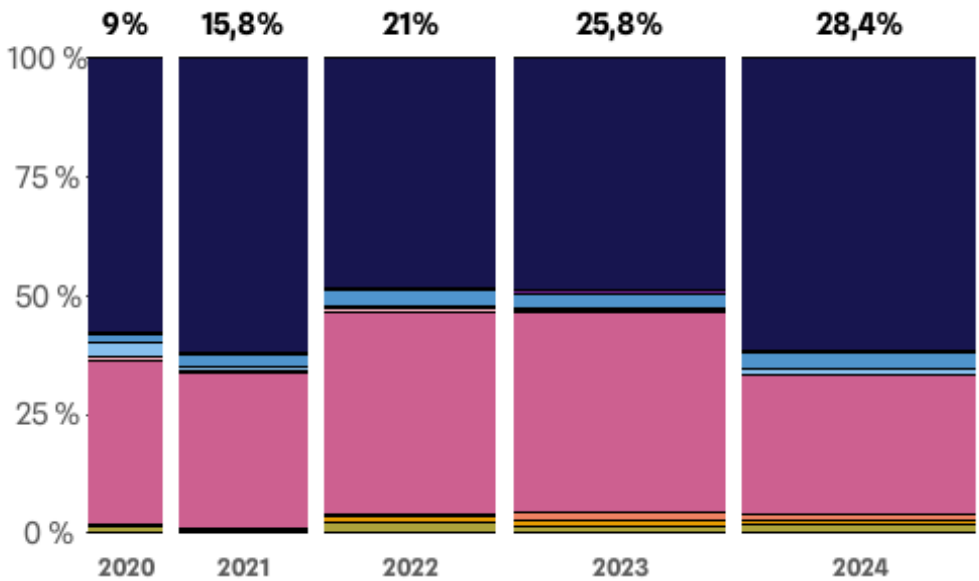
**Figura 2. Peso relativo de cada enfermedad de transmisión alimentaria en el total anual de casos e ingresos**

Años 2020-2024. Región de Murcia

**Casos**

Eje vertical: % de cada enfermedad sobre el total anual de casos

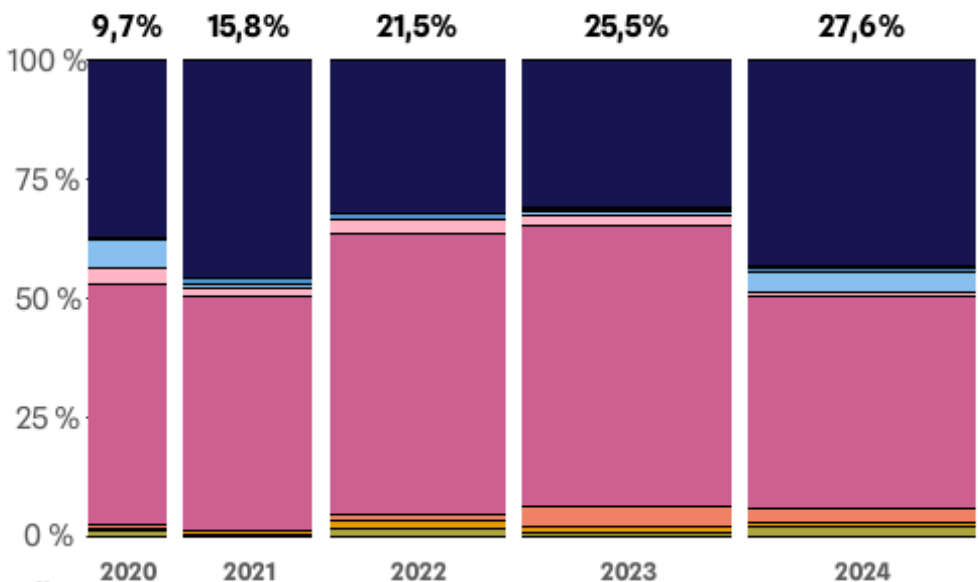
Eje horizontal: % de cada año sobre el volumen total de ETAs en el periodo completo



**Ingresos**

Eje vertical: % de cada enfermedad sobre el total anual de ingresos

Eje horiz.: % de cada año sobre el vol. total de ingresos por ETAs



**Nota:** el ancho de cada barra representa el volumen de cada año sobre el total del periodo

**Fuente:** SIVIET-RM. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Adicciones.



## Discusión general

A diferencia de lo sucedido entre 2022 y 2023, en 2024 no ha tenido lugar un aumento tan generalizado de la incidencia de ETAs en la RM. En el anterior informe, se hizo referencia a la influencia de las mejoras en las capacidades de diagnóstico y vigilancia para explicar parcialmente por qué se había producido dicho fenómeno. Los resultados discutidos hasta el momento podrían reflejar un cierto agotamiento de este efecto, dado que es poco probable que las capacidades del sistema sigan ampliándose al mismo ritmo durante un periodo extendido. Como se comentará más adelante, aunque haya espacio para realizar mejoras adicionales, es posible asumir que se ha llegado a un nivel alto de exhaustividad a partir de los recursos actualmente disponibles. La figura 2 muestra que 2024 es el primer año en el que no se ha producido un aumento patente de los casos con respecto al año anterior, en todo el periodo desde 2020.

Como se mencionó también en el informe del año 2023, la disparidad en la notificación de ETAs entre CCAA es prueba de que es posible mejorar aún más la detección de estas enfermedades, puesto que esta disparidad no es aleatoria, sino que se distribuye sistemáticamente siguiendo el mismo patrón: País Vasco y Navarra estuvieron entre las 3 CCAA con más incidencia de toda España en 2023, teniendo en cuenta 9 ETAs (excluyendo aquellas con muy baja incidencia como

botulismo, cólera, triquinosis o fiebre tifoidea). Cantabria fue una de las 3 CCAA con más incidencia en 4 de estas 9 enfermedades. Aunque hay razones justificadas para esperar una distribución geográfica desigual, lo cierto es que la distribución actual de varias de estas enfermedades no se corresponde con la que sería esperable tomando en cuenta factores de influencia conocidos para las mismas, como condicionantes climáticos (8,9) o el nivel de renta (10).

Por tanto, es altamente probable que las altas incidencias detectadas en estas CCAA se deban, al menos en parte, a un mayor grado de exhaustividad en su registro, y por tanto, sirven de referencia para tener una expectativa de qué cifras serían posibles en caso de continuar realizando mejoras sobre el sistema. En este sentido, la incidencia en España permite valorar en qué medida la RM se aproxima al funcionamiento promedio de los distintos sistemas de vigilancia autonómicos, y comparar el impacto que pueda tener sobre las cifras de incidencia un evento de distribución estatal (como el caso del brote de criptosporidiosis a nivel nacional ocurrido en 2023), pero, en algunos casos (salmonelosis, campilobacteriosis, giardiasis, *E. coli* verotoxigénico) no tiene utilidad como aproximación a la magnitud real de cada ETA, ni sirve por tanto como nivel de referencia sobre el cual evaluar excesos o déficits en la incidencia.



## Resultados por enfermedades

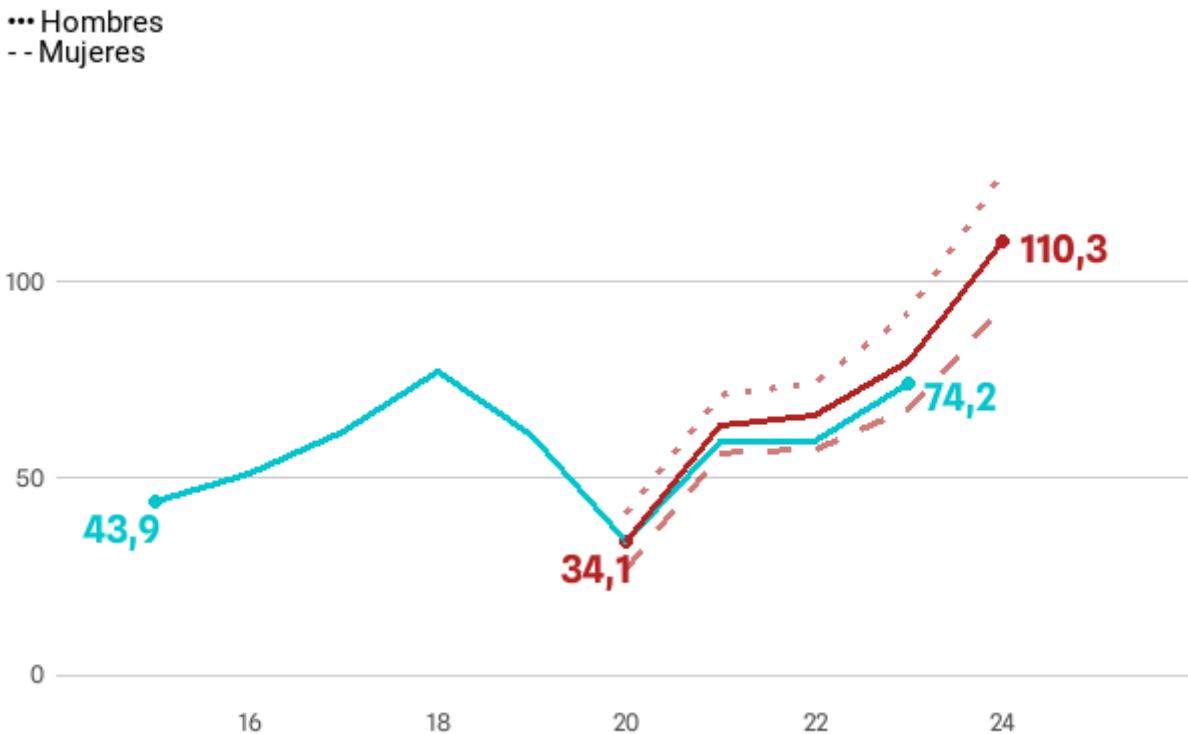
### Campilobacteriosis

#### Resultados

En 2024 hubo 1730 casos de campilobacteriosis en la Región de Murcia

(IA 110,3, **figura 3**). La razón hombre:mujer fue de 1,4. Como puede verse en la figura 3, la diferencia de incidencia entre hombres y mujeres se ha ampliado progresivamente hasta el año 2024.

**Figura 3.** Incidencia anual de campilobacteriosis por 100.000 habitantes. España y Región de Murcia (por sexo). Años 2015-2024



Fuente: SIVIET-RM. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Adicciones

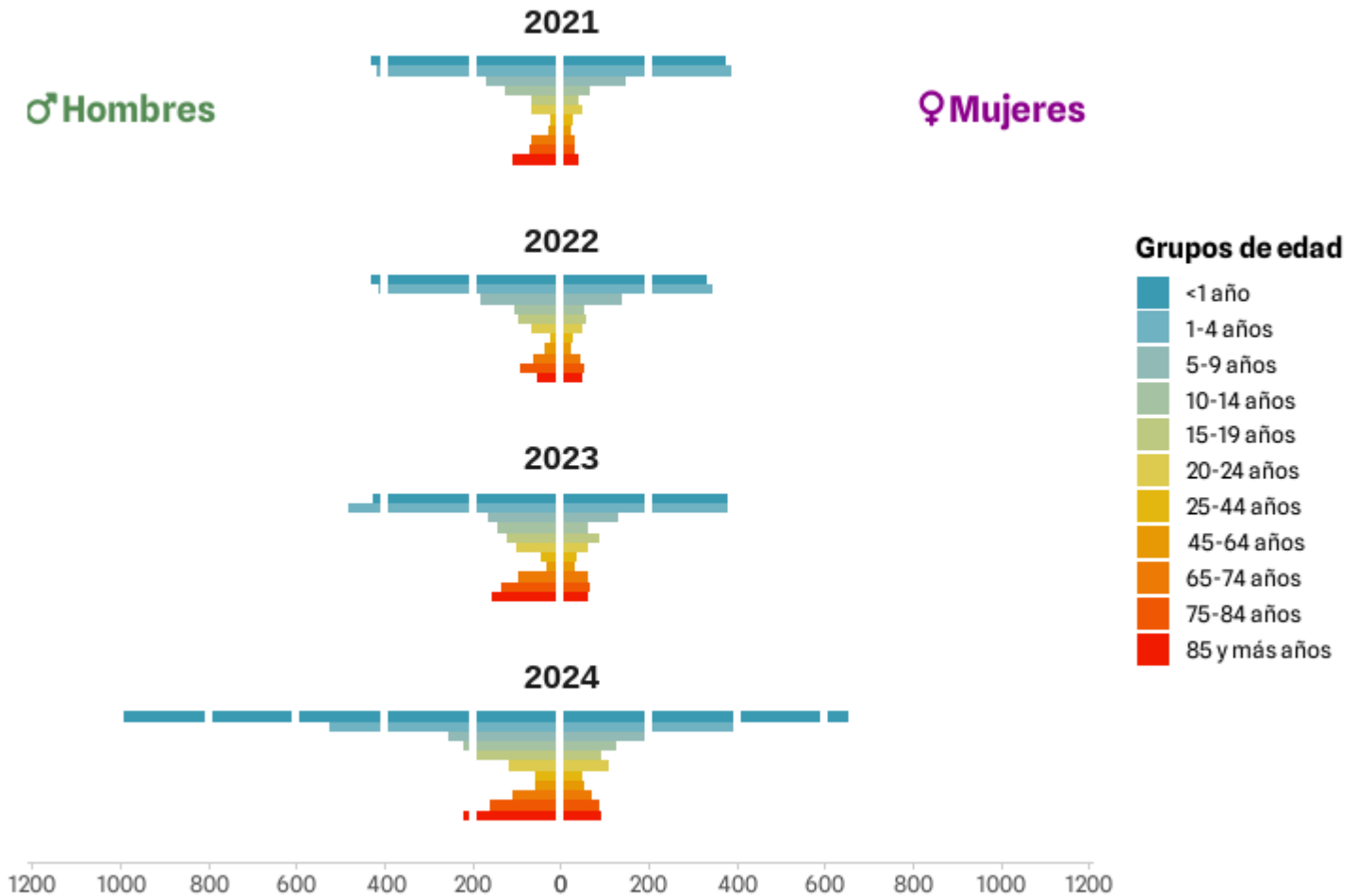
Al observar las incidencias por sexo y edad (**figura 4**), se puede comprobar que en 2024 se produjo un aumento muy pronunciado de la incidencia entre los menores de 1 año: este aumento llegó hasta más de 6 casos cada 1000 habitantes entre niñas (+71%), y de hasta los 10 casos cada 1000 niños (+136%). Otros

grupos etarios entre los varones (de 1 a 19 años) también experimentaron aumentos de la incidencia, alcanzando 2 y más casos por cada 1000 habitantes. Asimismo, se produjo un aumento de la incidencia entre los mayores de 65, tanto hombres como mujeres, continuando un patrón que ya se había

observado en 2023. En este sentido, la diferencia de riesgo entre sexos, que en 2023 era especialmente patente entre los mayores

de 65, parece haberse replicado en 2024 entre los menores de 1 año.

**Figura 4. Incidencia acumulada de campilobacteriosis por 100000 habitantes según edad y sexo en la Región de Murcia. Años 2021-2024**

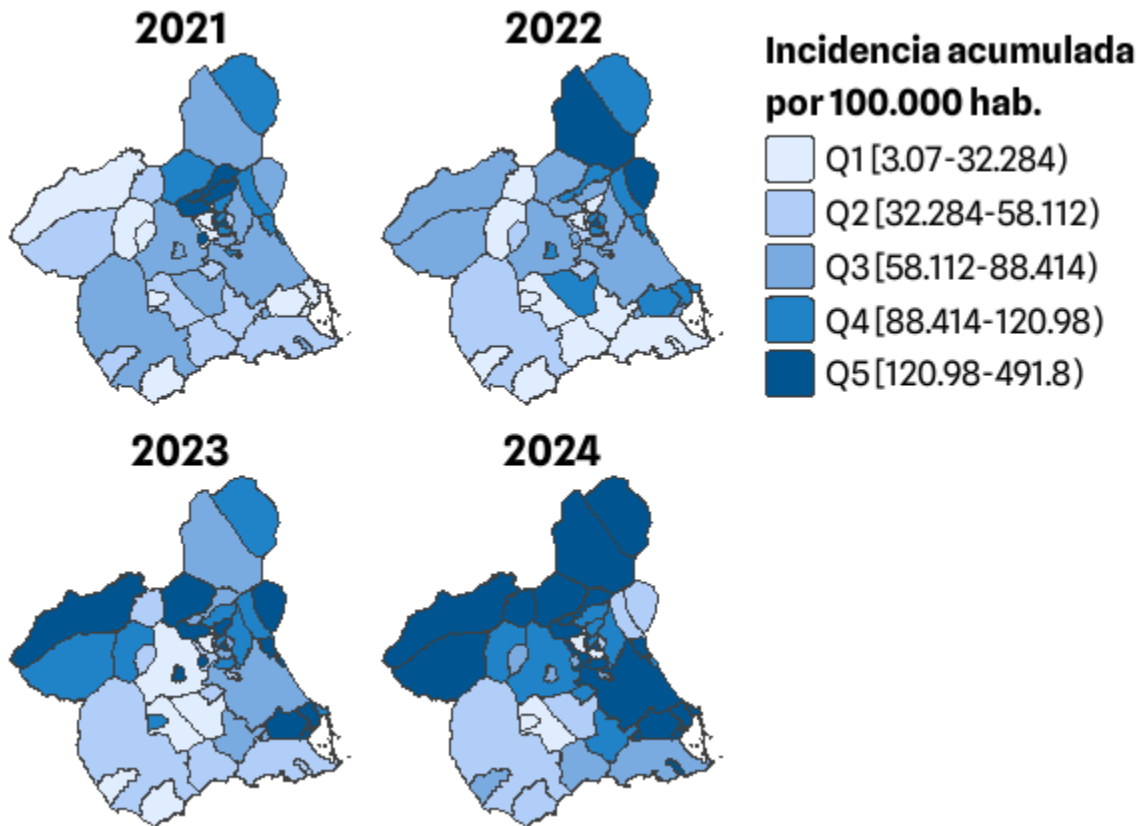


**Fuente:** SIVIET-RM. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Adicciones

La distribución por municipios en 2024 (**figura 5**) muestra una continuación del patrón espacial observado en los años 2022 y 2023, con una predominancia de la franja norte de la Región y los municipios del área VIII de

salud (Mar Menor), mientras que Lorca y las comarcas del Bajo Guadalentín y cuenca de Abanilla-Fortuna muestran cifras menores de incidencia.

**Figura 5.** Incidencia de campilobacteriosis por 100.000 habitantes según municipios. Región de Murcia. Años 2021-2024

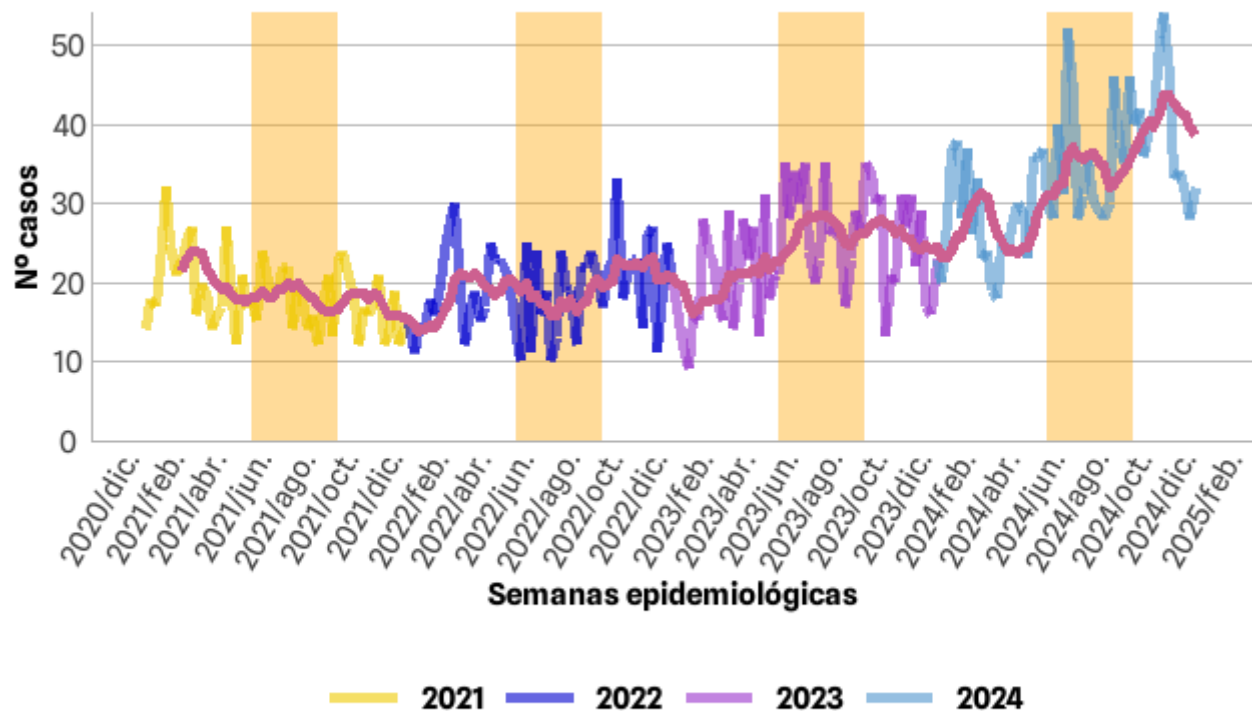


**Fuente:** SIVIET-RM. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Adicciones.

La **figura 6** refleja el número de casos ocurrido por semana epidemiológica en los años 2021 a 2024 junto a la media móvil de casos en 8 semanas. En 2023 se observó un patrón estacional con un mayor número de nuevos casos coincidente con las semanas de verano

(señaladas en los recuadros naranjas), mientras que en el año 2024 el máximo semanal de casos se observó en otoño, tras haberse producido un crecimiento sostenido del número de casos semanales desde principios de año.

**Figura 6. Recuento semanal de casos de campilobacteriosis en la Región de Murcia. Años 2021-2024**



En **rosa**, media móvil de casos en 8 semanas.

Se marcan en rectángulos **naranjas** las semanas del periodo junio-agosto.

**Fuente:** SIVIET-RM. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Adicciones  
Datos nacionales: RENAVE

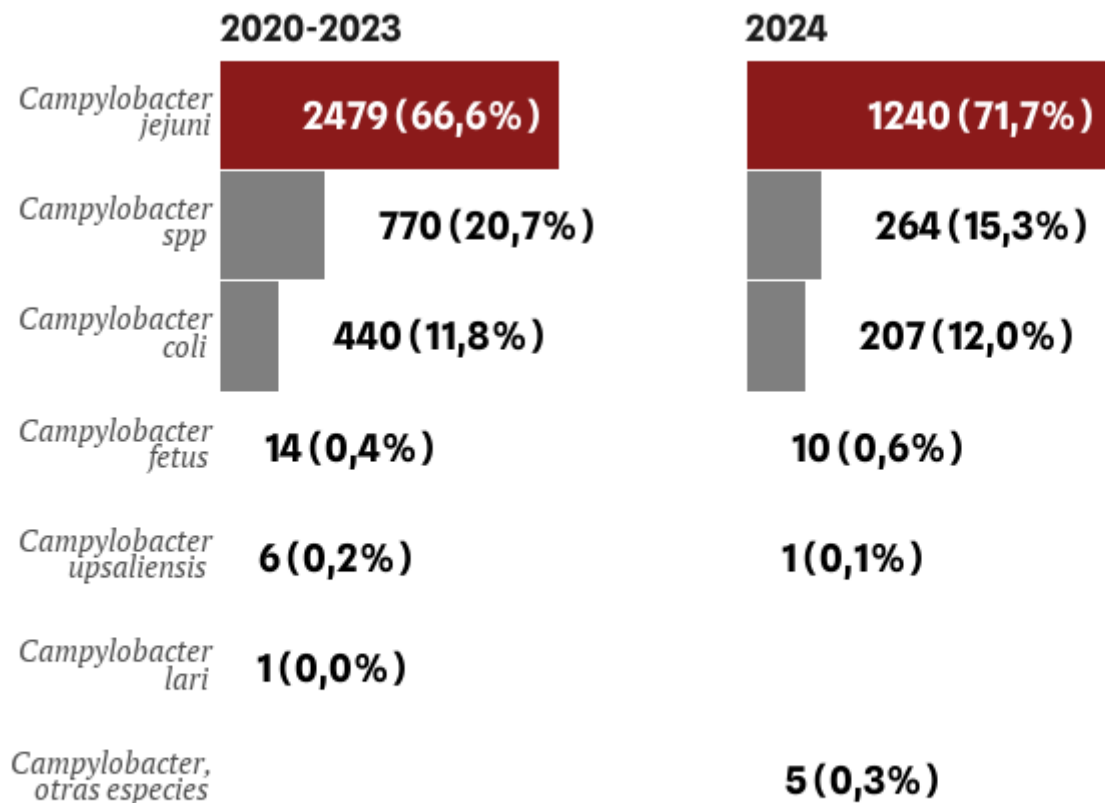
Tan solo hubo 13 casos confirmados de campilobacteriosis pertenecientes a brotes (0,8%), que tuvieron lugar en 4 brotes distintos.

Entre los casos de campilobacteriosis de 2024 hubo 244 hospitalizaciones (14,1%) y de entre estos, 3 acabaron falleciendo (0,2%). La proporción total de hospitalizados en todo el periodo anterior (2020-2023) fue similar, del 14%. El 57% de los casos hospitalizados fueron hombres, en correspondencia con la proporción que estos supusieron sobre el total de casos (58 %). El grupo de edad más frecuentemente hospitalizado fue el de 75-84

años (16%). Los fallecidos fueron dos hombres de 56 y 79 años, y una mujer de 88 años. Ninguno pertenecía a alguno de los brotes identificados.

Por último, en la **figura 7** se señala la proporción de las distintas especies de *Campylobacter* halladas en el periodo 2020 - 2023 y en 2024. Se ha reducido fracción correspondiente a especies no identificadas (*Campylobacter spp.*), que ha pasado de un 20,7% a un 15,3%, y la proporción de *Campylobacter jejuni* ha aumentado de un 66,6% a un 71,7%.

**Figura 7. Especies de *Campylobacter* identificadas en los casos de la RM. Años 2020 - 2023 y 2024**



**Fuente:** SIVIET-RM. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Adicciones

## Discusión

La incidencia regional de campilobacteriosis se ha incrementado de manera sostenida desde el inicio de su vigilancia hasta el año 2024, comportándose de forma muy similar a la incidencia nacional, que alcanza cifras ligeramente inferiores (REF). La IA regional ha crecido un 38% con respecto a 2023, tras haber crecido un 20% entre 2022 y 2023. Como se ha comentado en las discusiones iniciales del informe, hay razones para asumir que la incidencia de campilobacteriosis puede continuar creciendo en los próximos años: la primera de ellas es la incidencia reflejada por algunas CCAA como Navarra, que destaca

sistemáticamente en la vigilancia de ETAs. En 2023, Navarra reportó una incidencia de 215,3

casos por cada 100.000 habitantes. El segundo indicio está relacionado con la propia asimetría en la notificación en la Región de Murcia. Tal y como se muestra más arriba, los municipios correspondientes al área VIII de salud tienden a mostrar incidencias más elevadas que los municipios colindantes del área II (Cartagena). No se han identificado factores que puedan explicar estas diferencias, y aunque podrían existir niveles diversos de riesgo en las exposiciones experimentadas por las distintas poblaciones

en la Región, es probable que un componente de esta diferencia se deba a mayores capacidades diagnósticas en determinadas áreas de salud.

Los datos de distribución de la incidencia por edad y sexo muestran un aumento sin precedentes de la incidencia de esta infección en los menores de un año, aunque este grupo fue el que menor proporción representó sobre el total de hospitalizados por campilobacteriosis. Tampoco pertenecían a esta edad ninguno de los fallecidos, por lo que el aumento de la incidencia no ha conllevado una mayor morbimortalidad en este grupo, según los datos. Es posible que en los menores de 1 año converjan distintos factores que expliquen este hallazgo. Si bien comparten una mayor vulnerabilidad a estas infecciones, como las personas de edad avanzada, también tienen más exposiciones de riesgo al llevarse a la boca materiales contaminados. Además, es más probable que los padres consulten ante un cuadro de estas características en un niño de corta edad, y también que se les soliciten pruebas microbiológicas. Estos motivos explican la preeminencia generalizada de estas infecciones entre los menores de 1 año, pero además, se trata de un grupo etario relativamente pequeño, por lo que mejoras en la detección microbiológica del *Campylobacter* se harán notar de forma desproporcionada en la incidencia de este grupo.

Por último, la distribución temporal de los casos no permite identificar un patrón estacional bien definido. *Campylobacter* es una bacteria termófila y es posible que se

beneficie de veranos especialmente cálidos, como el de 2023. Sin embargo, en 2024, la cifra de casos semanales creció hasta bien entrado el otoño. Sería preciso un estudio más pormenorizado de la serie temporal de *Campylobacter* según la tendencia de las temperaturas y otros condicionantes ambientales para elaborar un modelo que sea capaz de explicar y predecir el comportamiento de la enfermedad a lo largo del tiempo.

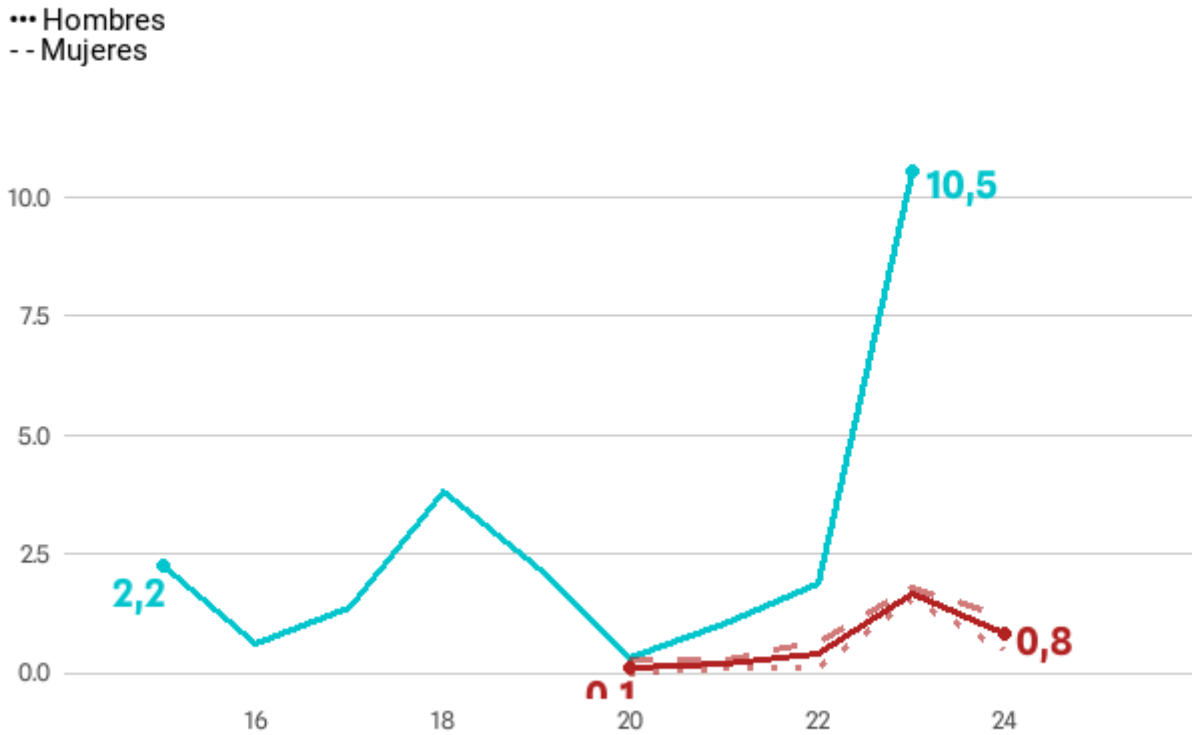
## Criptosporidiosis

### Resultados

En 2024 se detectaron en la RM un total de 13 casos de criptosporidiosis, con una IA de 0,8 (-50% respecto al 2023; **figura 8**).

En 2023 se produjo un crecimiento muy acusado de la IA nacional, consecuencia de un brote ampliamente extendido por todo el país durante el verano. En la Región se captó un relativo aumento de la incidencia, pero muy por debajo de las cifras nacionales. En el año 2024 las cifras regionales han descendido nuevamente, si bien han quedado por encima de las cifras del periodo 2020-2022. La razón hombre:mujer de los casos regionales en 2024 fue de 0,4, y la incidencia en mujeres se ha mantenido de forma sostenida por encima de la masculina. La distribución por edades muestra un patrón ligeramente distinto con respecto al año anterior: si bien en 2023 los casos entre 1 y 9 años supusieron el 73% del total, en 2024 tan solo sumaron el 38%. No obstante, los dos grupos con mayor incidencia sí fueron el de 5 a 9 años (4,76 casos por 100.000 habitantes) y el de 1 a 4 años (1,77).

**Figura 8. Incidencia anual de criptosporidiosis por 100.000 habitantes. España y Región de Murcia (por sexo). Años 2015-2024**

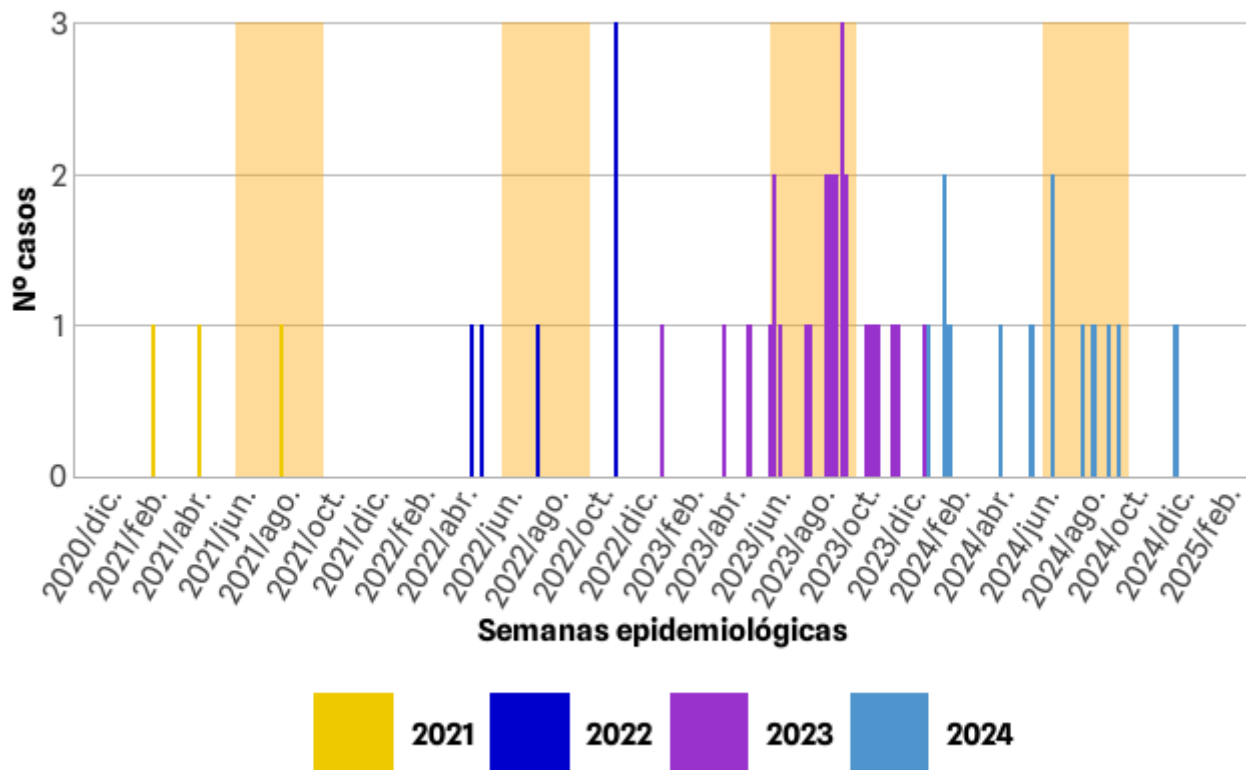


Fuente: SIVIET-RM. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Adicciones

En 2023, el 73% de los casos fueron detectados en la comarca del Área metropolitana de Murcia, y en 2024, esta comarca acumuló también la mayor parte de casos, un 54% (aunque su población es el 41% sobre el total regional). Las comarcas con más incidencia fueron Lorca (3 casos; 1,97 casos por 100.000 habitantes) y Altiplano (1 caso; 1,61).

La distribución por semanas epidemiológicas de los casos de criptosporidiosis se muestra en la **figura 9**, donde puede verse que en 2024 siguió teniendo lugar cierta concentración temporal en los meses cálidos: entre junio y agosto tuvieron lugar el 46% de casos de todo el año.

**Figura 9. Recuento semanal de casos de criptosporidiosis en la Región de Murcia. Años 2021-2024**



Se marcan en rectángulos **naranjas** las semanas del periodo junio-agosto.  
**Fuente:** SIVIET-RM. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Adicciones  
 Datos nacionales: RENAVE

Ninguno de los casos identificados en 2024 se asoció a un brote epidémico. Hubo 3 ingresos en total (23,1%), y ningún fallecido. Los 3 casos ingresados fueron dos mujeres de 46 y 59 años, y un hombre de 15 años.

### Discusión

Aunque cabe esperar una reducción de la incidencia nacional tras el brote ocurrido en 2023, es probable que esta cifra se sitúe aún a cierta distancia de la incidencia regional. Las cifras que la incidencia nacional ha dibujado en los años anteriores a la pandemia han sido, en varios años, superiores al máximo mostrado por la curva regional, en el año del mencionado brote. Tal y como se ha comentado en la discusión inicial de este y el informe del año 2023 de ETAs, es muy probable que nos encontremos ante una

situación de infradiagnóstico de la criptosporidiosis en la Región. Una vez más, ha de señalarse que la incidencia de otras CCAA en años no epidémicos es muy superior: en 2022, País Vasco alcanzó los 13,29 casos por 100.000 habitantes, Navarra 11,79 y La Rioja 6,31. En el año 2021, La Rioja tuvo una IA de 7,28; País Vasco de 4,18; Navarra de 4,11. La evidencia disponible también sugiere que la incidencia de la criptosporidiosis, que a nivel mundial se sitúa en torno a los 3 casos por 100.000 habitantes, podría ser en realidad muy superior (11).

El número de hospitalizaciones asociadas a *Cryptosporidium* en 2024 resultó igual al del año anterior, a pesar de una marcada reducción en el número de casos. Este hallazgo sugiere la existencia de un sesgo

diagnóstico que favorece la notificación de los casos de mayor relevancia clínica.

## Fiebre tifoidea y paratifoidea

### Resultados

No hubo casos de fiebre tifoidea en la Región de Murcia en 2024.

### Discusión

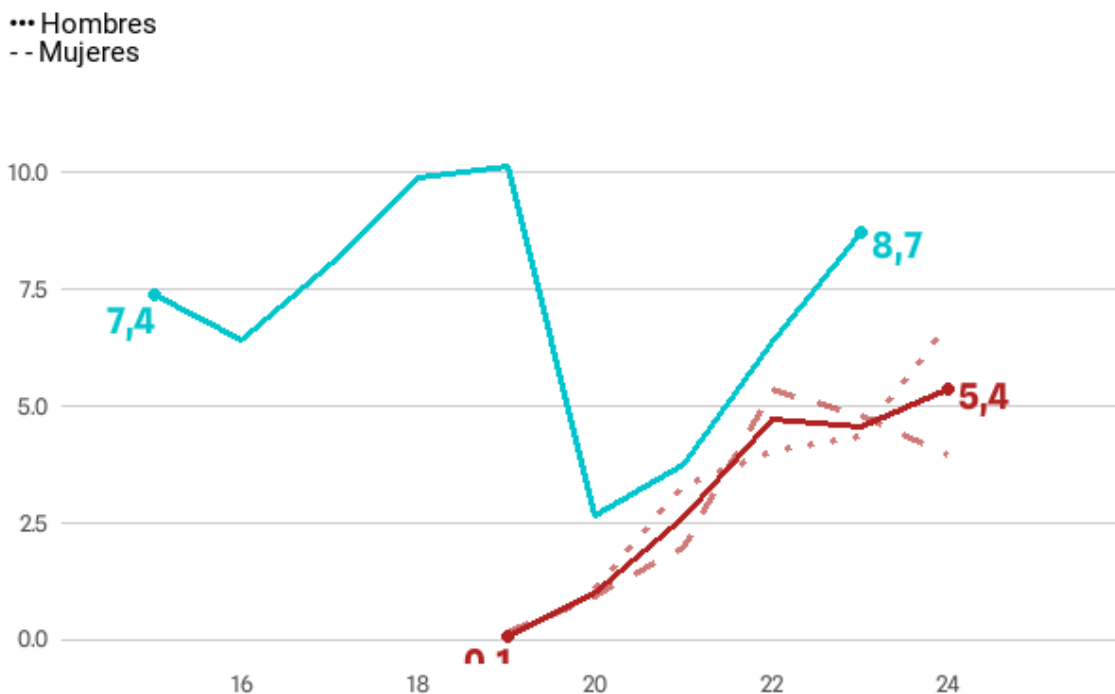
La fiebre tifoidea se encuentra en una situación de mínima incidencia actualmente en la Región de Murcia, y no constituye un riesgo generalizado para la población. Al tratarse de una EDO, cualquier caso detectado deberá investigarse para conocer las potenciales fuentes de infección.

## Giardiasis

### Resultados

En 2024 tuvieron lugar 84 casos de giardiasis en la RM, alcanzando una IA de 5,4 casos por 100.000 habitantes. La incidencia regional ha alcanzado un máximo en la serie histórica en el año 2024, habiendo tenido lugar incrementos anuales en todos los años salvo entre el 2022 y el 2023. La incidencia nacional ha recuperado los niveles en los que se situaba antes de la pandemia, y ha experimentado un crecimiento mucho más pronunciado que el de la regional desde 2020 (**figura 10**). La razón de casos hombre:mujer en 2024 fue de 1,7. No se observa hay un patrón sostenido de incidencia por sexos, aunque la diferencia entre ambas incidencias parece haber alcanzado un máximo en 2024, siendo superior la incidencia en varones.

**Figura 10.** Incidencia anual de giardiasis por 100.000 habitantes. España y Región de Murcia (por sexo). Años 2015-2024

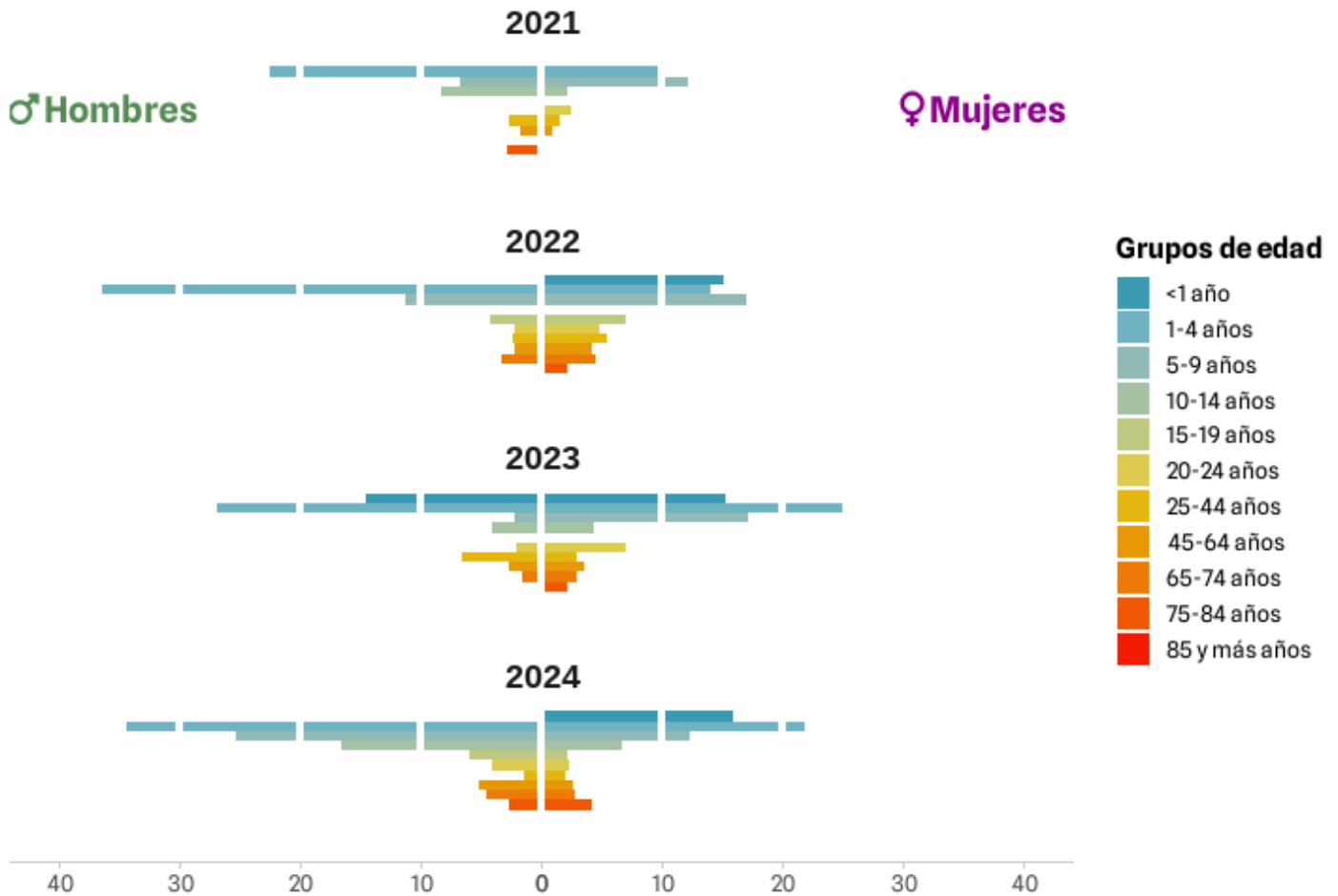


**Fuente:** SIVIET-RM. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Adicciones

Como en todos los años anteriores, la mayor incidencia se dio en el grupo de edad de 1 a 4 años (28,35 casos por 100.000 habitantes). Por edad y sexo, puede observarse como la incidencia en edades más tempranas suele

ser superior en hombres, mientras que entre adultos tiende a serlo en mujeres. No obstante, en 2024 se produjo una inversión de dicha tendencia, lo que explica la mayor razón hombre:mujer de este año (**figura 11**).

**Figura 11.** Incidencia acumulada de giardiasis por 100000 habitantes según edad y sexo en la Región de Murcia. Años 2021-2024

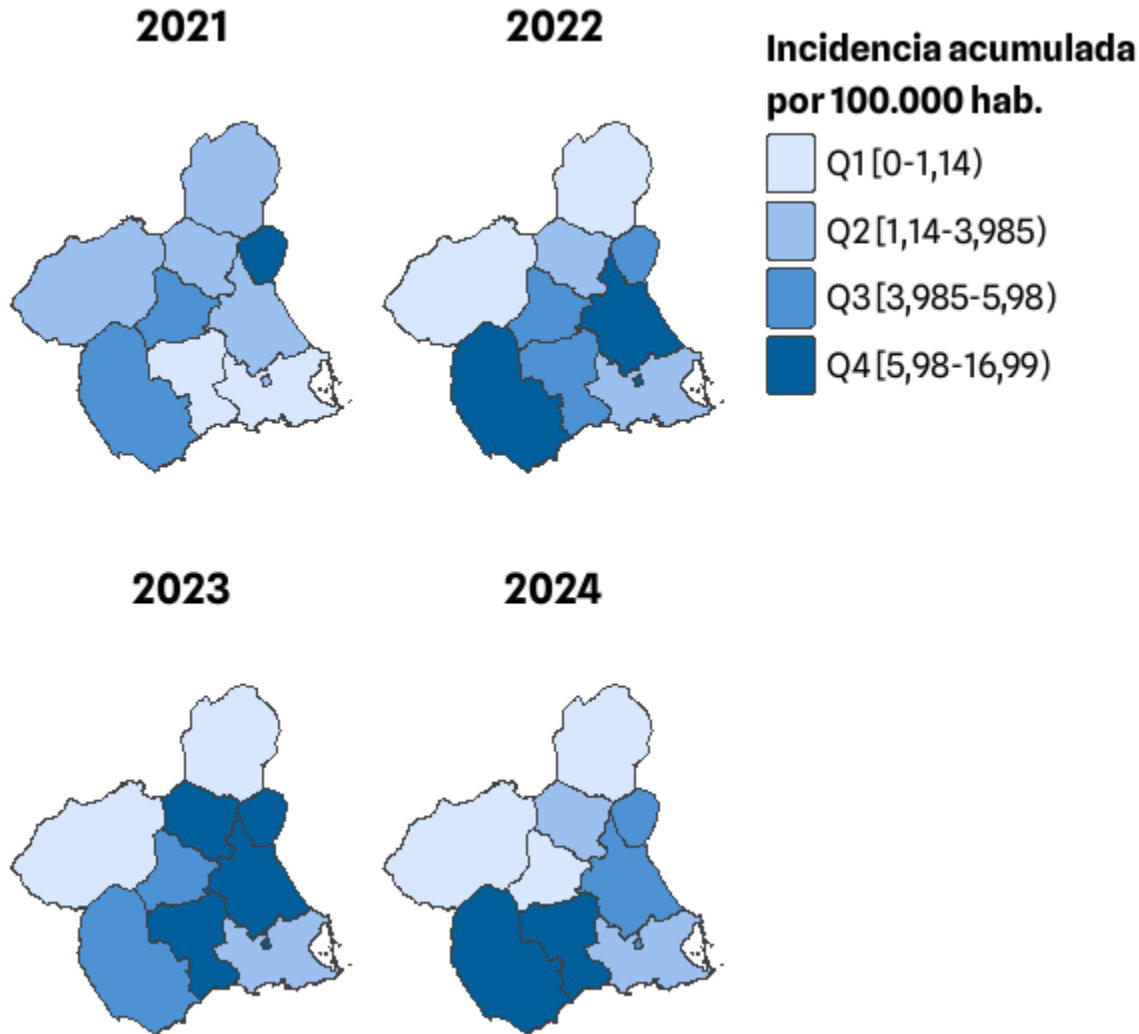


**Fuente:** SIVIET-RM. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Adicciones

La distribución geográfica de la enfermedad se ha mantenido relativamente estable con respecto a los años 2022 y 2023 (**figura 12**). Las comarcas con mayor incidencia fueron Lorca (17,09 casos por 100.000 habitantes) y Bajo Guadalentín (8,08). No hubo casos en la

comarca de la Cuenca de Mula, el Altiplano y el Noroeste; estas dos últimas se han encontrado de forma sistemática entre las zonas de la Región con menor incidencia de giardiasis.

**Figura 12.** Incidencia acumulada de giardiasis por comarcas en la Región de Murcia. Años 2021-2024

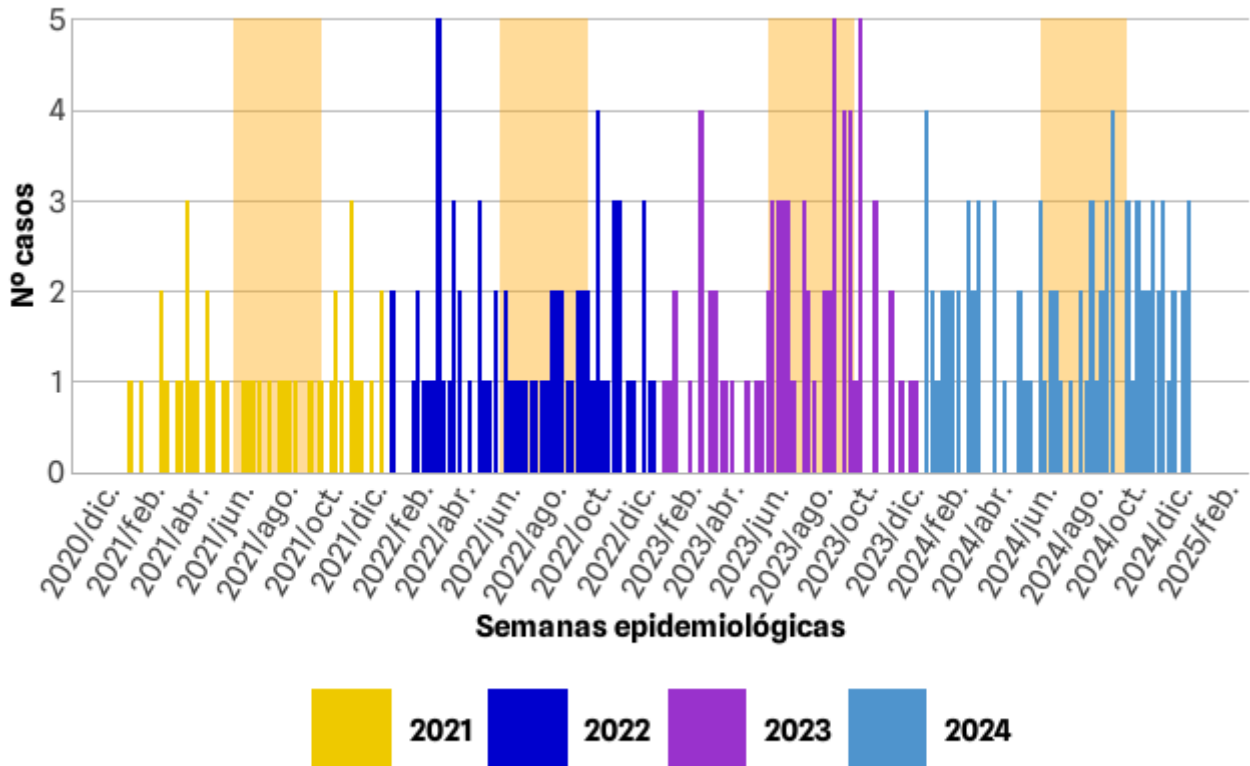


**Fuente:** SIVIET-RM. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Adicciones.

En la **figura 13** se muestra el recuento de casos semanales en la RM en los años 2021-2024. La aparición de casos nuevos tiene lugar de forma relativamente homogénea a lo largo

del año. En 2022 y 2023 se alcanzó el máximo semanal de casos en marzo, y en el 2024 el máximo también se alcanzó en la estación fría.

**Figura 13. Recuento semanal de casos de giardiasis en la Región de Murcia. Años 2021-2024**



Se marcan en rectángulos **naranjas** las semanas del periodo junio-agosto.  
**Fuente:** SIVIET-RM. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Adicciones  
Datos nacionales: RENAVE

Hubo 5 casos que requirieron ingreso en 2024 (6%). La proporción de hospitalizados en el 2019 - 2023 fue también del 6%. Los casos hospitalizados de 2024 fueron una mujer de entre 59 años, y 4 hombres de 4, 47, 67 y 80 años que evolucionaron favorablemente. No hubo ningún fallecido. No se detectó ningún brote de giardiasis.

### Discusión

En 2024, la IA regional de giardiasis ha continuado una tendencia que ha sido generalmente ascendente desde el comienzo de la vigilancia en la RM, alcanzando un máximo respecto a todo el periodo previo. No obstante, como se ha comentado anteriormente, los datos nacionales desagregados por comunidad autónoma sugieren que la verdadera incidencia podría

ser mucho mayor. En Navarra, la IA de giardiasis en 2023 fue de 44 casos por 100.000 habitantes, y en País vasco de 20,52 casos. Ambas comunidades vienen refiriendo en los últimos años cifras ampliamente superiores a la incidencia nacional y regional.

La distribución por sexo y edad de la incidencia muestra un aumento de las incidencias en adultos varones con respecto a años anteriores, cuando la giardiasis en estos grupos etarios venía predominando en mujeres. Esta información es coincidente con lo referido en el informe nacional de 2023 sobre la giardiasis, en el que se muestra que la diferencia de incidencia entre varones y mujeres ha vuelto a niveles similares a los anteriores a la pandemia, existiendo esta diferencia en todo el espectro de edad. Es



posible que la mejora en la detección de la enfermedad en la RM esté revelando con mayor fidelidad el patrón demográfico de los casos.

En relación con la distribución geográfica de 2024, el patrón dibujado en la figura XX muestra una continuación de los hallazgos de años anteriores. Las comarcas más afectadas tienden a coincidir con territorios por los que discurren los principales cauces fluviales de la Región. Sería preciso un análisis riguroso para determinar las posibles causas de este hallazgo. Sin embargo, el patrón parece suficientemente estable como para descartar que se trata de un artefacto casual.

El recuento semanal de casos de giardiasis muestra una distribución temporal relativamente homogénea a lo largo de los años. Aunque en el año 2023 se produjo una concentración de casos mayor en torno a los meses de verano, en 2024 se produjeron

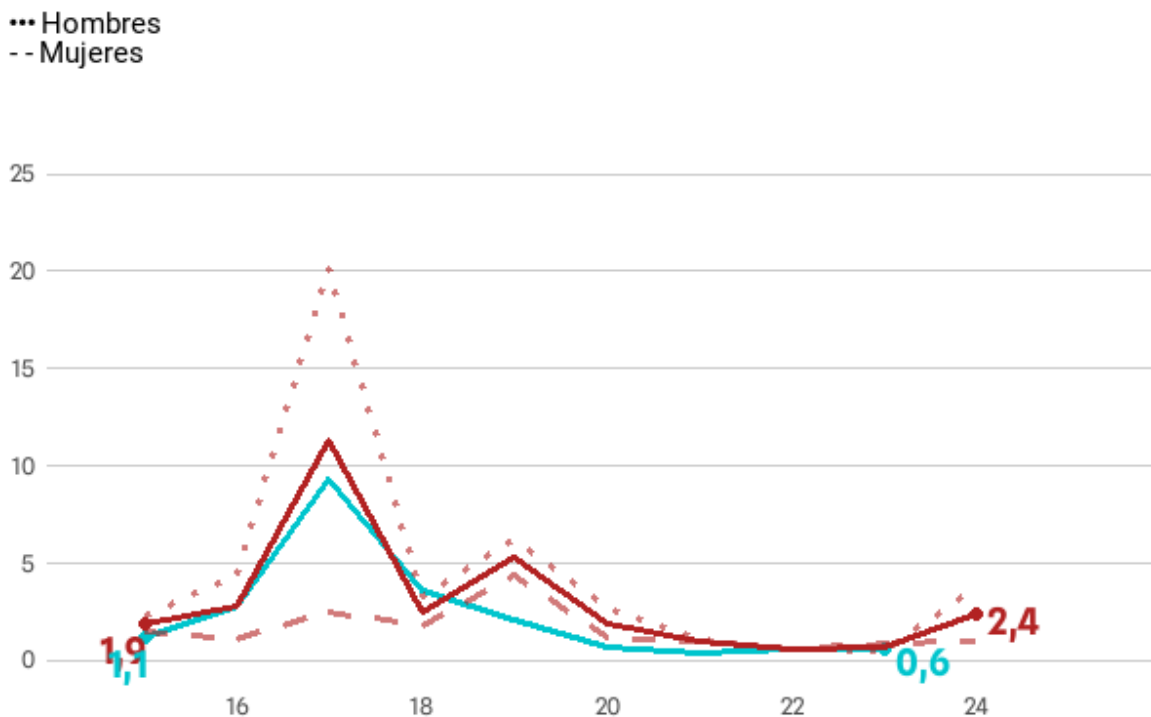
concentraciones temporales a principios de año y en el otoño. Las condiciones de humedad reducida y/o temperaturas elevadas propias del verano no son favorables a la multiplicación de *Giardia*, de modo que esta distribución temporal sería compatible con la evidencia disponible acerca del parásito. (12)

## Hepatitis A

### Resultados

En 2024 hubo un total de 38 casos de hepatitis A en la Región de Murcia, con una incidencia acumulada de 2,4 casos por 100.000 habitantes. La incidencia regional creció respecto al año anterior, siendo este aumento liderado por la población de hombres, como puede verse en la **figura 14**.

**Figura 14.** Incidencia anual de hepatitis A por 100.000 habitantes. España y Región de Murcia (por sexo). Años 2015-2024



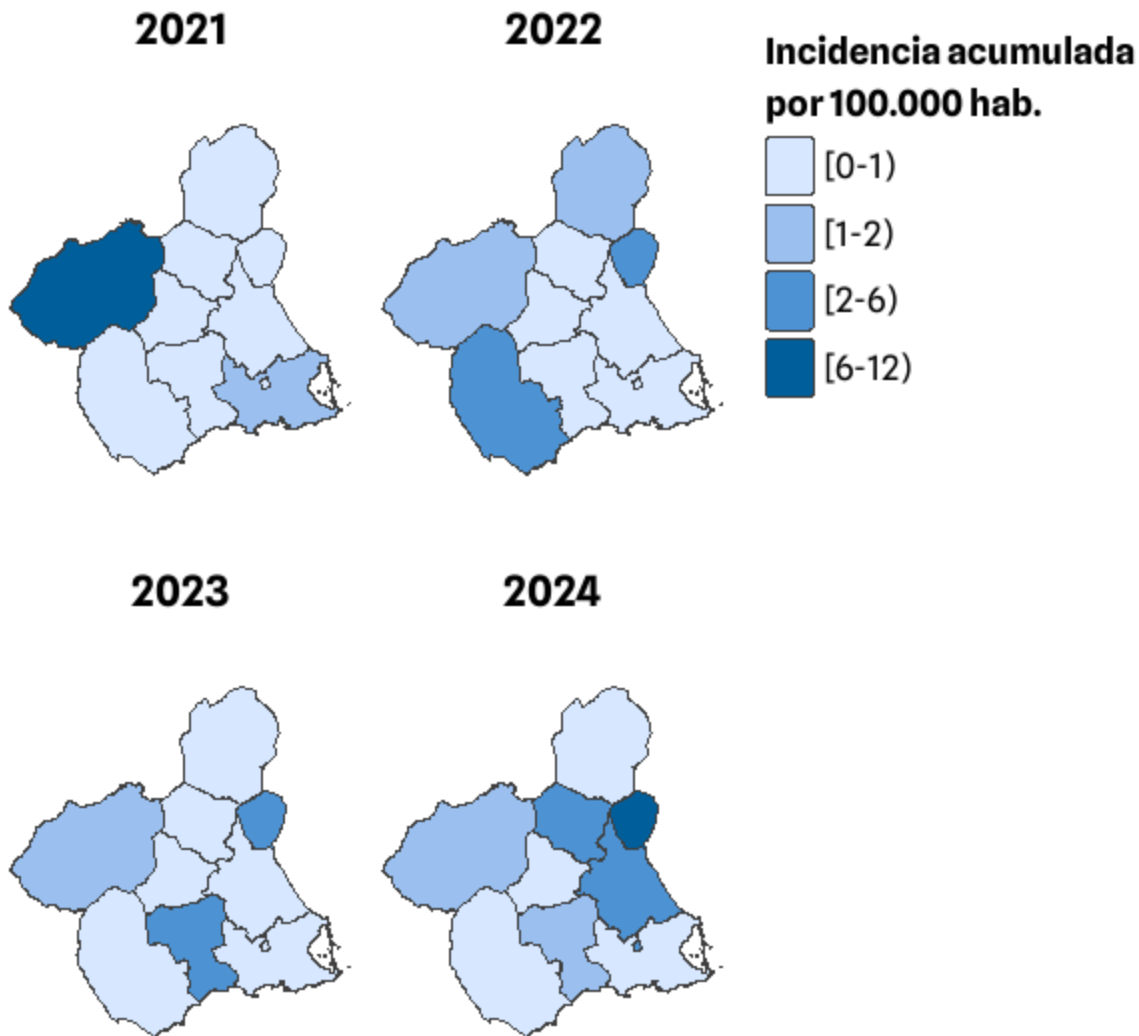
**Fuente:** SIVIET-RM. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Adicciones

La razón hombre:mujer fue de 3,8, no superada desde el año 2017. Los casos se concentraron en población adulta, con un único caso por debajo de los 20 años, en un varón de 13 años. El 40% de los casos ocurrieron en hombres de entre 25 y 44 años, y las mayores incidencias por edad y sexo se dieron entre los hombres de 25-44 años (7,14 casos por 100.000 habitantes), los de 20 a 24 (6,12) y los de 45 a 64 años (4,28). Tras investigar las posibles exposiciones de riesgo

de los casos, se verificó que el 66% de los hombres afectados tenían orientación homo o bisexual.

La distribución espacial en 2024 mostró un aumento marcado de la incidencia en las comarcas del Área metropolitana de Murcia y de Vega del Segura respecto a los años anteriores (**figura 15**). El 71% de los casos tuvieron lugar en el municipio de Murcia.

**Figura 15.** Incidencia acumulada de hepatitis A por comarcas en la Región de Murcia. Años 2021-2024

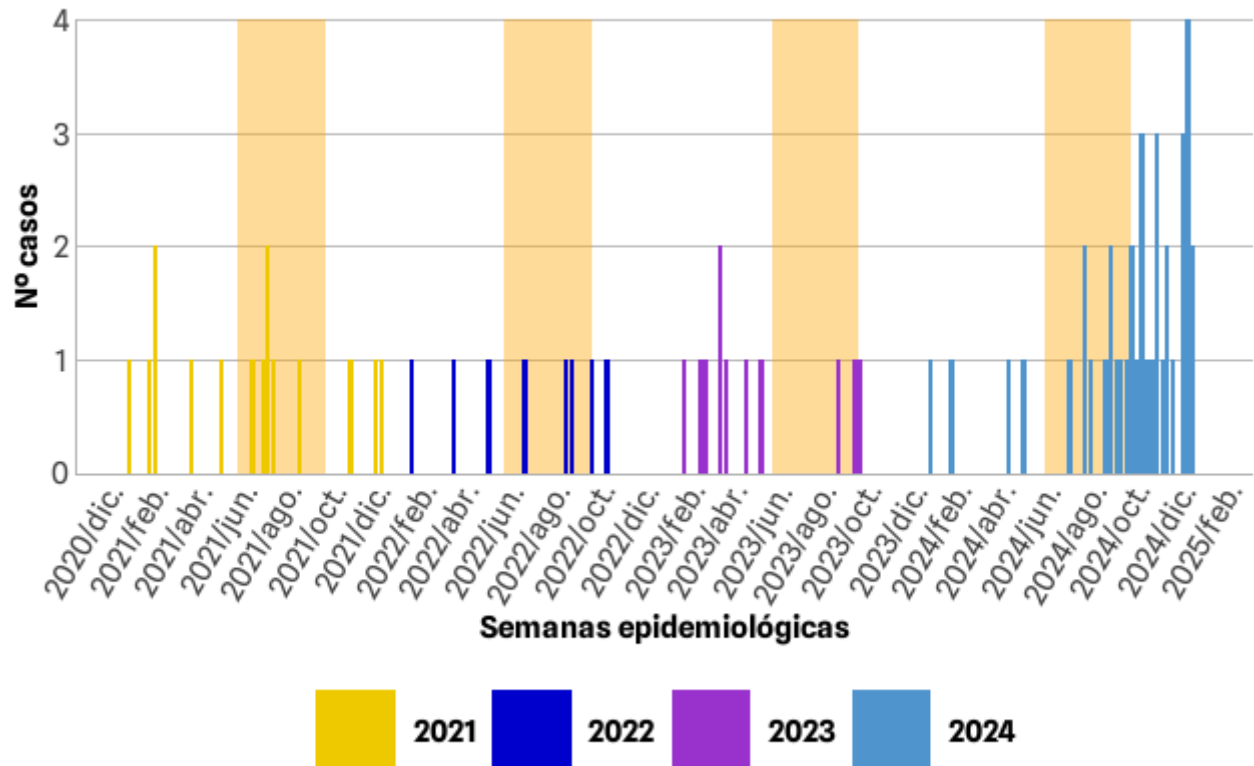


**Fuente:** SIVIET-RM. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Adicciones.

El recuento semanal de casos muestra un incremento pronunciado en la frecuencia de aparición de casos desde mitad del verano, tras lo cual continuaron apareciendo casos de

forma estable hasta final de año, momento en que se alcanza el máximo semanal del año 2024 (**figura 16**).

**Figura 16. Recuento semanal de casos de hepatitis A en la Región de Murcia. Años 2021-2024**



Se marcan en rectángulos **naranjas** las semanas del periodo junio-agosto.

**Fuente:** SIVIET-RM. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Adicciones  
Datos nacionales: RENAVE

## Discusión

Hubo 22 hospitalizaciones entre los casos detectados en la RM en 2024 (57,9%). El porcentaje de hospitalizaciones en el periodo 2014 - 2023 fue menor, de un 44,3%. El 82% de los ingresos fueron hombres, y todos los ingresos ocurrieron entre los 25 y los 64 años. No hubo ningún fallecimiento debido a esta enfermedad.

En total se detectaron 4 brotes o clúster distintos, que sumaron 24 (63%) casos. No obstante, un clúster localizado en el municipio de Murcia fue el que concentró la mayor parte de estos casos (18 casos, 47%).

A diferencia de otras ETAs discutidas en este informe, el incremento en la incidencia regional de hepatitis A responde directamente a una situación de crecimiento epidémico en un subgrupo identificado de población, que se corresponde a hombres que tienen sexo con hombres (HSH). Además de haber identificado esta exposición en varios de los casos, el perfil demográfico mayoritario del conjunto de casos también sustenta esta afirmación. La población HSH tiene un riesgo superior de contraer enfermedades como la hepatitis A, y son uno de los grupos candidatos a profilaxis pre-exposición mediante vacunación (13).



La distribución geográfica de los casos mostró una importante concentración de estos en el municipio de Murcia. El análisis genómico de este clúster confirmó que la mayoría eran cepas genéticamente idénticas, apoyando también la hipótesis de transmisión limitada a un subgrupo de población.

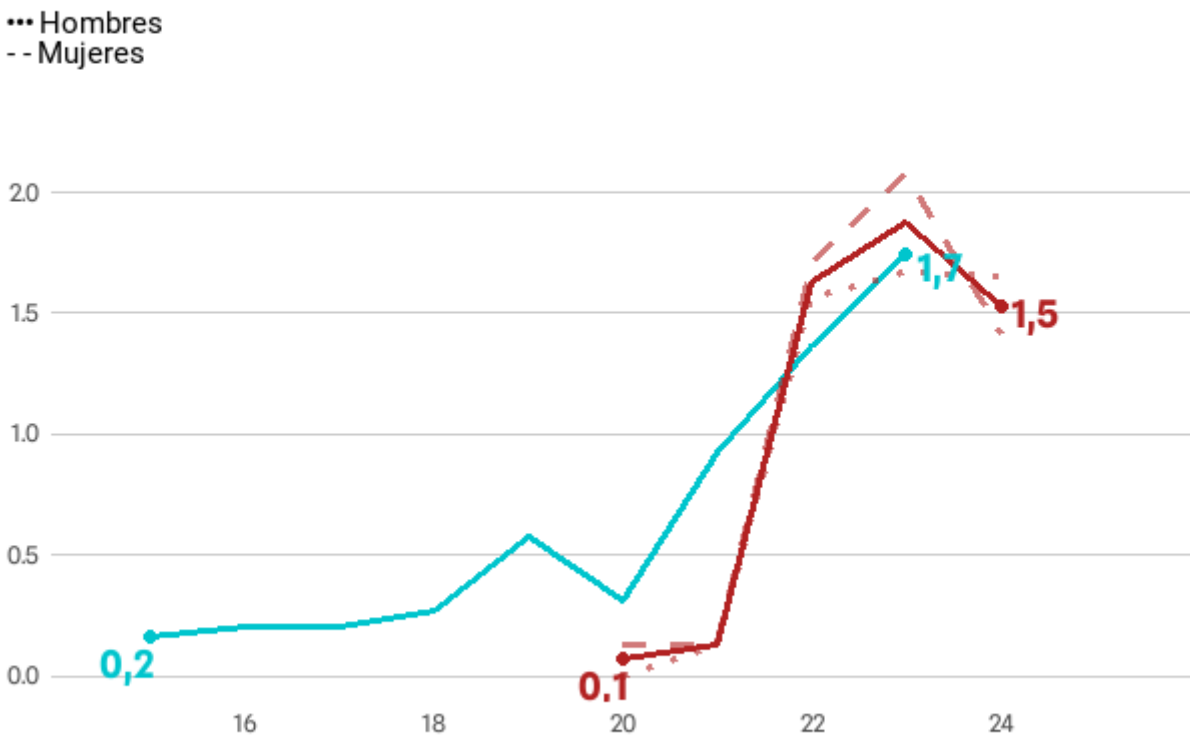
A nivel nacional se reportó un incremento en el número de casos de hepatitis A durante 2024, vinculado principalmente a la población HSH (14). Asimismo, Portugal había informado anteriormente de un brote con 71 afectados, la mayoría asociados a transmisión sexual entre HSH (15). Tan solo una de las muestras recogidas en la RM fue idéntica al brote de Portugal y a otros brotes ocurridos a nivel nacional (Baleares, Canarias).

## Infección por *E. coli* productor de toxina shiga o verotoxina (STEC/VTEC)

### Resultados

En 2024 se produjeron 24 casos de infección por STEC/VTEC en la RM, alcanzando una incidencia de 1,5 casos por 100.000 habitantes. En la **figura 17** se refleja la evolución de la IA nacional y regional de infecciones producidas por STEC/VTEC. La incidencia regional se ha mantenido por encima de las últimas cifras marcadas por la incidencia nacional, habiendo retrocedido respecto al año 2023. Esta disminución de la incidencia se ha debido fundamentalmente a la reducción de esta entre las mujeres, puesto que en hombres ha permanecido relativamente estable desde 2022.

**Figura 17. Incidencia anual de STEC/VTEC por 100.000 habitantes. España y Región de Murcia (por sexo). Años 2015-2024**

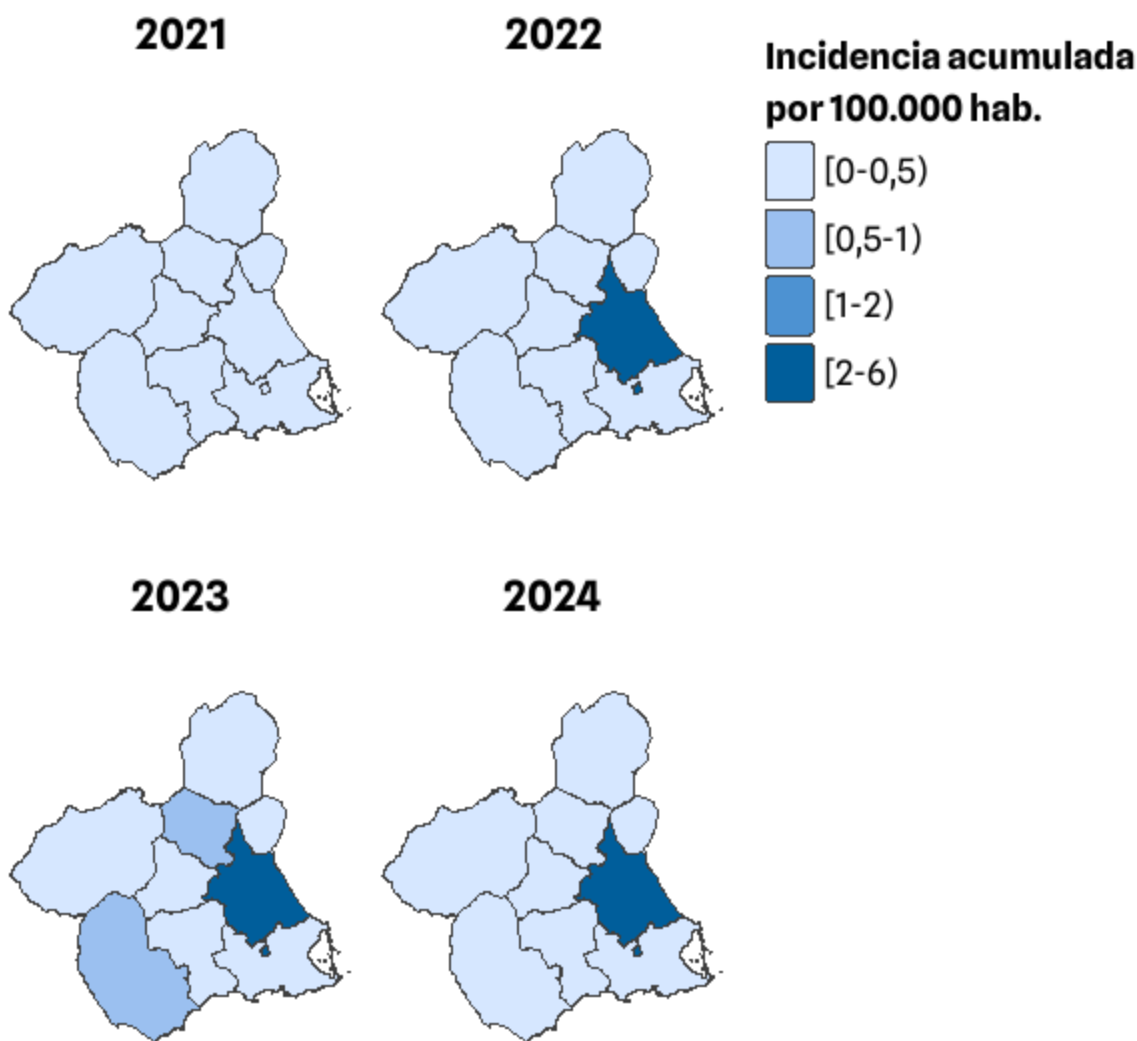


Fuente: SIVIET-RM. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Adicciones

La razón hombre:mujer fue de 1,2, y las mayores incidencias por edades tuvieron lugar en los menores de 5 años (IA <1 año 7,78 y IA 1-4 años 3,54 casos por 100.000 hab.) y en las personas de 20 a 24 años (IA 3,21 casos por 100.000 hab.). A diferencia de los dos años anteriores, no hubo casos entre las personas de 85 y más años.

La distribución por áreas de la enfermedad muestra una concentración de casos en la comarca del área metropolitana de Murcia, que se ha sostenido desde el año 2022. El 83% de los casos estuvieron vinculados al área VII de salud (Murcia Este).

**Figura 18.** Incidencia acumulada de STEC/VTEC por comarcas en la Región de Murcia. Años 2021-2024

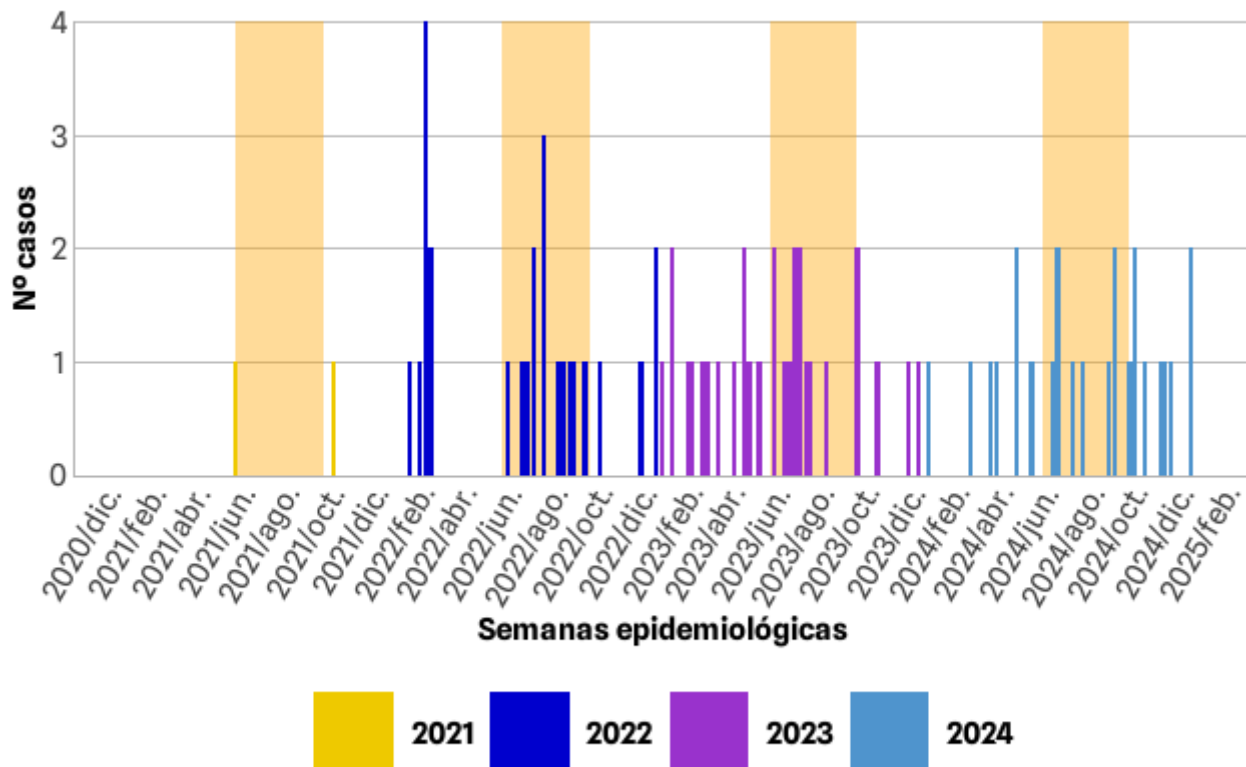


**Fuente:** SIVIET-RM. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Adicciones.

La **figura 19** muestra la cifra semanal de casos de infección por STEC/VTEC en la RM en los años 2021-2024. Si bien en los años anteriores se observa una cierta concentración de los

casos en la estación cálida, en el año 2024 no hubo ningún patrón temporal claro, con una distribución homogénea de los casos a lo largo del año.

**Figura 20. Recuento semanal de casos de STEC/VTEC en la Región de Murcia. Años 2021-2024**



Se marcan en rectángulos naranjas las semanas del periodo junio-agosto.  
**Fuente:** SIVIET-RM. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Adicciones  
 Datos nacionales: RENAVE

Hubo 5 casos que requirieron hospitalización (20,8%). La proporción de ingresados en 2020 - 2023 fue del 33,3%. El 20% de los ingresados fueron hombres, a diferencia del año anterior, en el que fueron el 50%. Todos los ingresos tuvieron lugar entre los 15 y los 74 años, afectando a 4 mujeres de 16, 22, 54 y 73 años, y a un hombre de 67. No hubo ningún fallecimiento asociado a la infección por STEC/VTEC. Tampoco se detectaron brotes causados por STEC/VTEC en 2024.

### Discusión

Como se discutió en la edición anterior de este informe, la incidencia regional de la infección por *E. coli* verotoxigénica está fuertemente

influenciada por la capacidad diagnóstica del sistema sanitario. Tal y como se ve en la figura XX, los casos están concentrados de manera casi exclusiva en una única comarca. Esta concentración también se produce al observar los datos por área de salud, en los que hay una clara predominancia del área VII. La disponibilidad y uso rutinario en esta área de una PCR en la que se estudian varios patógenos gastrointestinales simultáneamente es el principal factor que explica la distribución espacial de la enfermedad. El uso generalizado de estas pruebas implicaría, con casi total seguridad, un aumento en la incidencia de esta enfermedad.

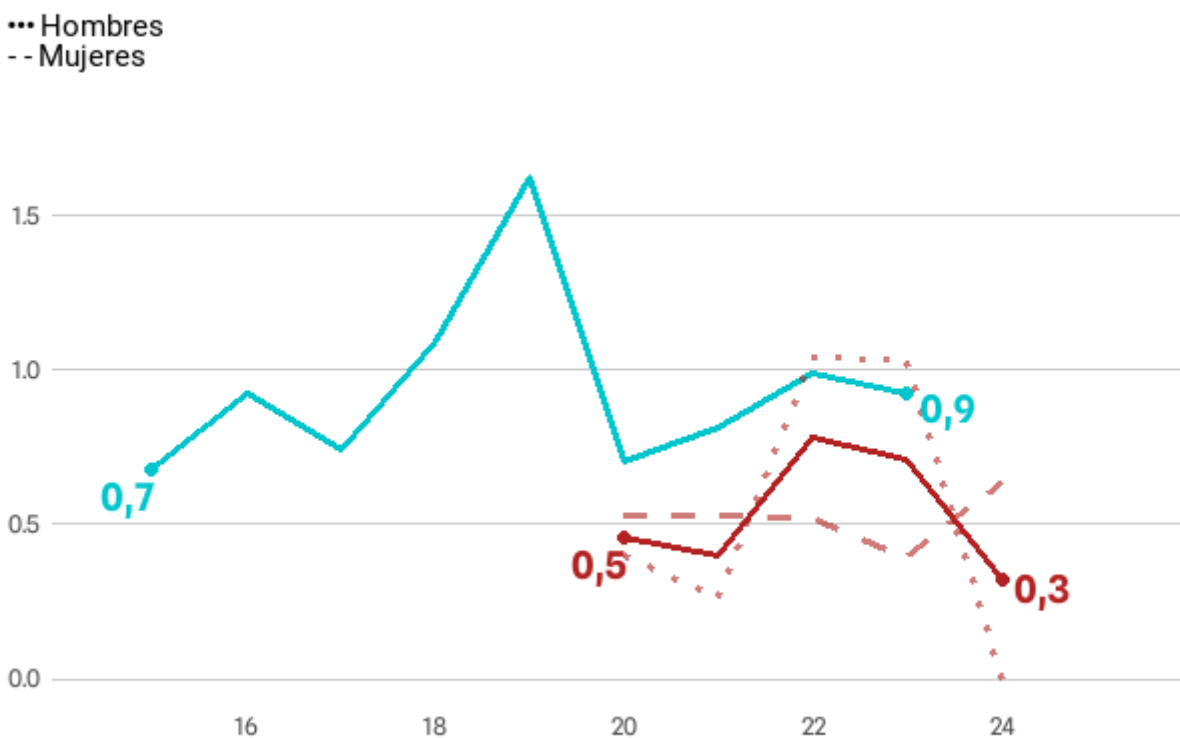
Un argumento adicional a favor de esta conjetura reside, una vez más, en los datos recientes de otras CCAA. Navarra y Asturias notificaron en 2023 incidencias de 33 y 12,7 casos de STEC/VTEC por cada 100.000 habitantes, respectivamente. Estas incidencias son superiores a las cifras nacionales en el orden de más de 10 veces, y difícilmente pueden explicarse estas diferencias remitiéndonos exclusivamente a los diferentes niveles de riesgo en las CCAA. Más aún, teniendo en cuenta que en la RM se superaron las cifras de incidencia nacional con los diagnósticos de una fracción de la población.

## Listeriosis

### Resultados

En 2024 se produjeron 5 casos de listeriosis en la RM, suponiendo una IA de 0,3 casos por 100.000 habitantes. La incidencia ha caído de forma pronunciada respecto al año anterior, alcanzando un mínimo en la serie histórica de la Región. A nivel nacional, la incidencia parece relativamente estabilizada entre 0,5 y 1 caso por 100.000 habitantes, mientras que la incidencia regional parece situarse también en torno a esos valores, aunque con cifras inferiores a las nacionales (**figura 20**).

**Figura 20. Incidencia anual de listeriosis por 100.000 habitantes. España y Región de Murcia (por sexo). Años 2015-2024**



**Fuente:** SIVIET-RM. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Adicciones

Todos los casos ocurrieron en mujeres, con edades de 50, 64, 71, 79 y 88 años. La distribución etaria de la incidencia ha sido

muy similar en años anteriores, habiéndose detectado un único caso en un menor de 1 año en 2020. El análisis de la incidencia anual por



áreas de salud no reveló ningún patrón geográfico determinado, más allá de reflejar la distribución de población en la Región (4 de los 5 casos se dieron en las comarcas de Campo de Cartagena - Mar Menor y Área metropolitana de Murcia), tal y como se ha observado en años anteriores.

Todos los casos de 2024 fueron hospitalizados. Se identificó como factor de riesgo algún tipo de inmunodeficiencia en tres de ellos. No hubo fallecimientos debidos a listeriosis. El porcentaje de fallecidos en los casos correspondientes al periodo 2020-2023 fue del 22,2%. No se identificó ningún brote de listeriosis.

## Discusión

La distribución espacial de la listeriosis en España muestra un gradiente norte-sur, siendo las comunidades más afectadas las de la cornisa cantábrica: en 2023, las CCAA con más incidencia fueron Galicia (1,7 casos por 100.000 habitantes), Asturias (1,59) y Cantabria (1,35). Este gradiente sugiere que existe un auténtico diferencial de riesgo entre esta zona y el resto de la península, posiblemente vinculado a mayores niveles de exposición (p.ej, consumo de productos lácteos no pasteurizados), y que, por tanto, las cifras

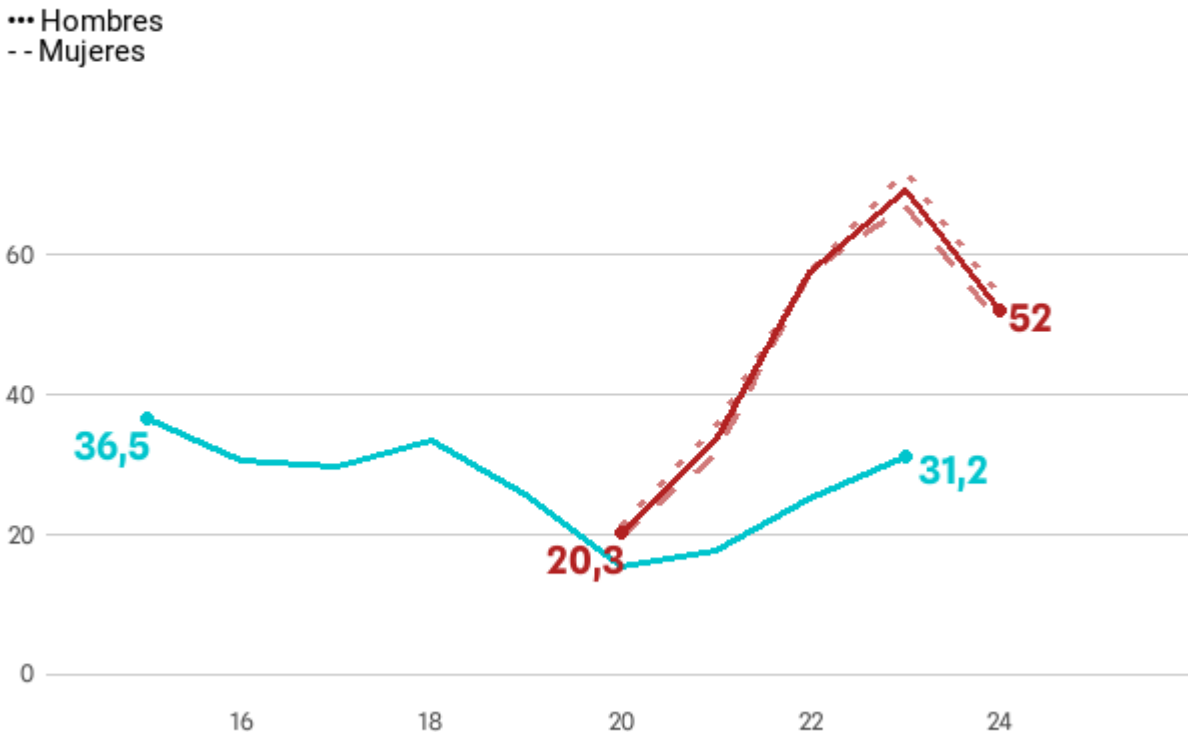
registradas en la Región se acerquen más a la realidad que en otras ETAs discutidas en este informe. Por añadidura, la gravedad asociada a los casos de listeriosis implica una mayor necesidad de alcanzar un diagnóstico etiológico, de modo que cabe suponer una mayor exhaustividad de los datos relativos a esta enfermedad.

## Salmonelosis

### Resultados

En 2024 se produjeron 815 casos de salmonelosis en la RM, suponiendo una incidencia de 52 casos por 100.000 habitantes. La incidencia anual de salmonelosis a nivel nacional y regional se muestra en la **figura 21**. La incidencia nacional parece haber retornado a niveles previos a los de la pandemia, en torno a los 30 casos por cada 100.000 habitantes. Las cifras de incidencia regionales, que crecieron rápidamente hasta 2023, superando los 60 casos por cada 100.000 habitantes, han retrocedido en 2024 tras este máximo (-25%).

**Figura 21. Incidencia anual de salmonelosis por 100.000 habitantes. España y Región de Murcia (por sexo). Años 2015-2024**

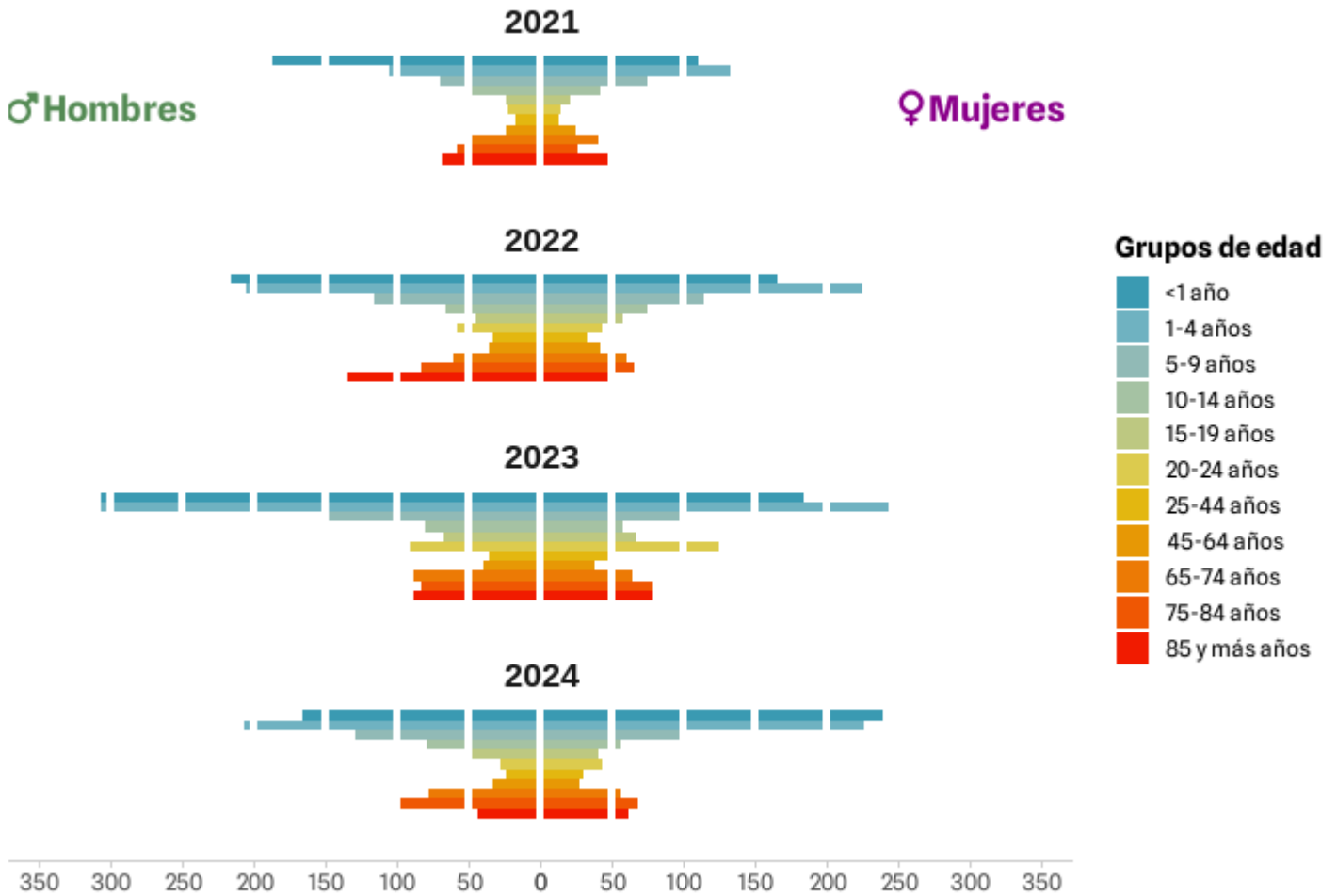


**Fuente:** SIVIET-RM. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Adicciones

La razón hombre:mujer fue de 1,1, y las incidencias más elevadas se produjeron en menores de 10 años, en los cuales se dieron incidencias superiores a 100 casos por 100.000 habitantes, tanto en hombres como en mujeres (**figura 22**). Aunque la estructura de la incidencia por sexo y edad fue en 2024 similar a la observada en años anteriores,

puede comprobarse que el descenso de la incidencia descrito antes fue debido fundamentalmente a una reducción de las cifras entre los varones de menos de 5 años y de la incidencia entre los 20 y 24 años en ambos sexos. En conjunto, el perfil demográfico de la incidencia de salmonelosis es más similar al del año 2022 que al del 2023.

**Figura 22.** Incidencia acumulada de salmonelosis por 100000 habitantes según edad y sexo en la Región de Murcia. Años 2021-2024

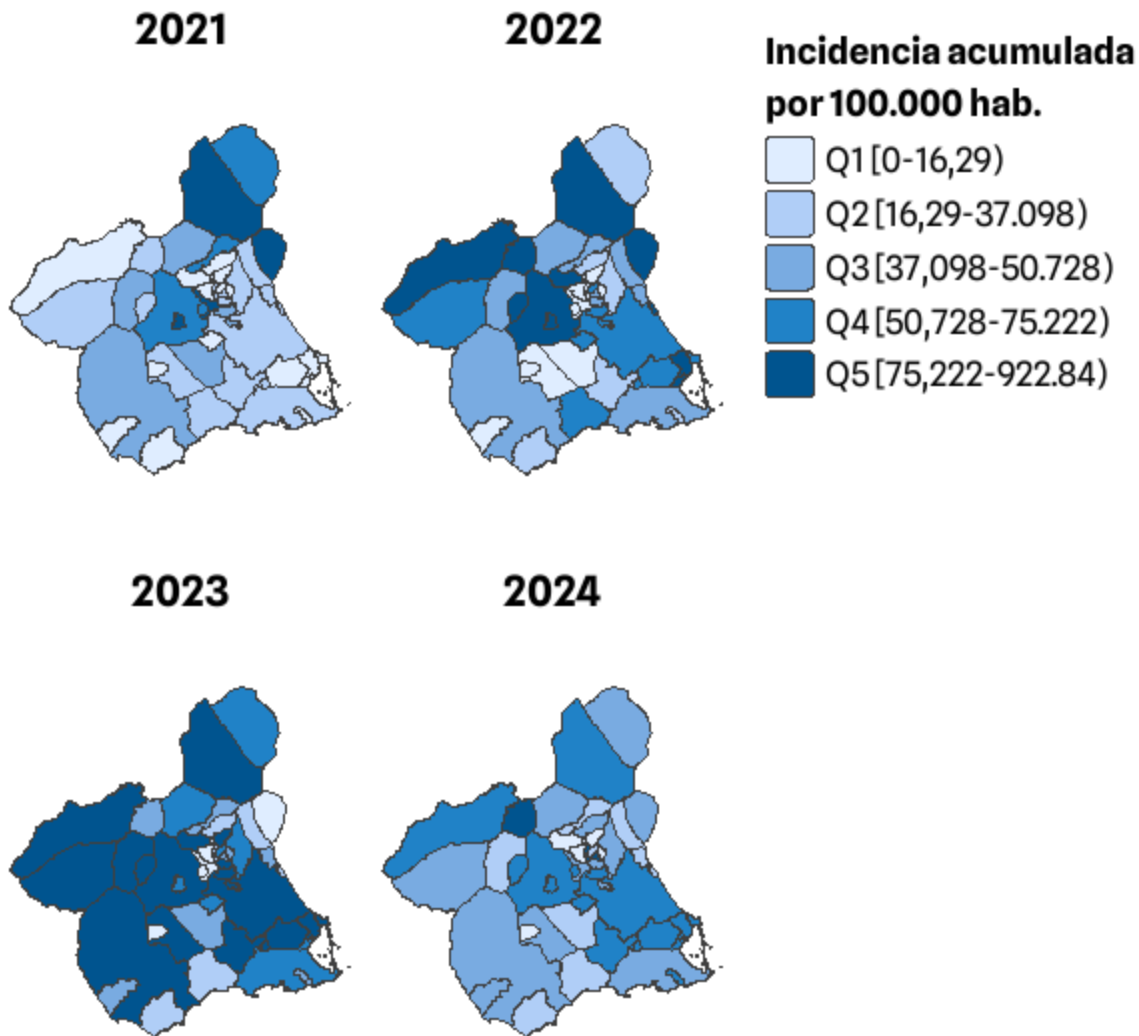


**Fuente:** SIVIET-RM. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Adicciones

La distribución de la IA por municipios en los últimos años puede observarse en la **figura 23**. El año 2023 destaca por el gran número de municipios que alcanzaron una incidencia dentro del último quintil de la distribución, y puede comprobarse como el 2024 muestra un patrón espacial similar al del año 2022, con

los municipios de las comarcas del Bajo Guadalentín, Lorca y Vega del Segura teniendo una menor incidencia en general, y siendo la Cuenca de Mula la comarca con mayor incidencia tanto en 2022 como en 2024.

**Figura 23.** Incidencia de salmonelosis por 100.000 habitantes según municipios. Región de Murcia. Años 2021-2024

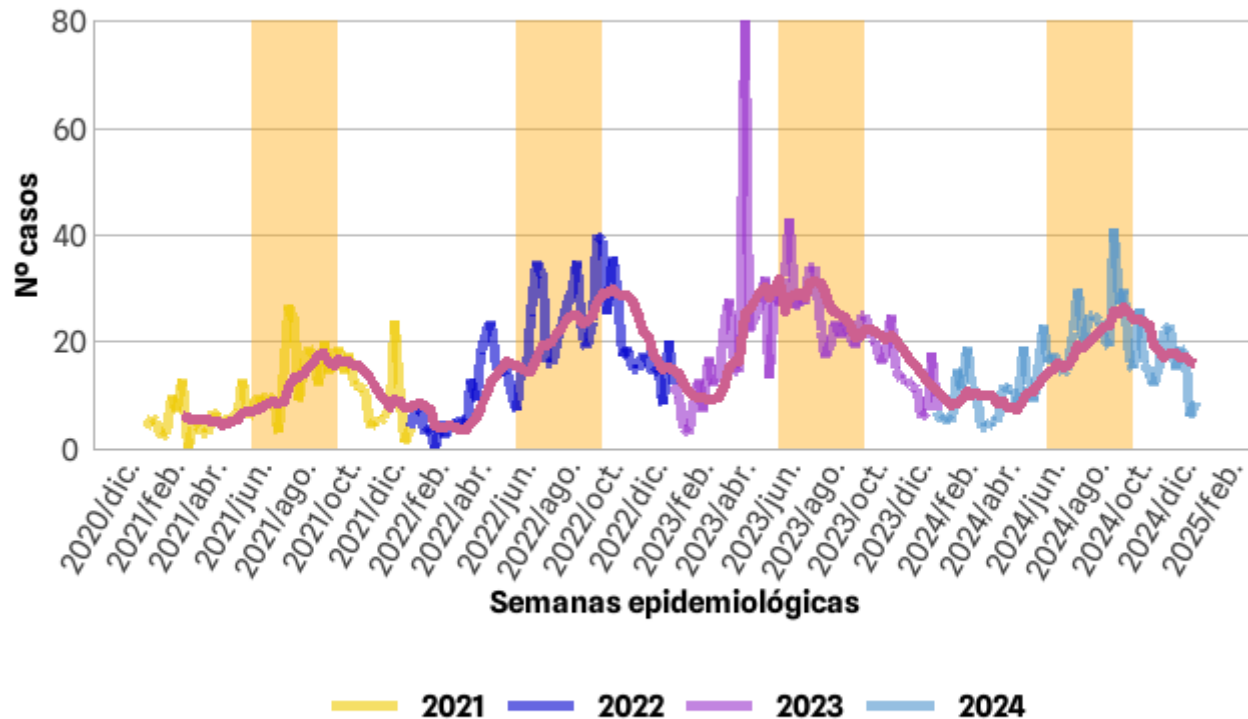


**Fuente:** SIVIET-RM. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Adicciones.

En la **figura 24** se muestra el recuento semanal de casos de salmonelosis en los años 2021-2024, junto a la media móvil de 8 semanas. Es observable un claro patrón de

incremento en el número semanal de casos coincidiendo con los meses más cálidos, mientras que los mínimos del año tienden a coincidir con el periodo más frío.

**Figura 25. Recuento semanal de casos de salmonelosis en la Región de Murcia. Años 2021-2024**



En **rosa**, media móvil de casos en 8 semanas.

Se marcan en rectángulos **naranjas** las semanas del periodo junio-agosto.

**Fuente:** SIVIET-RM. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Adicciones  
Datos nacionales: RENAVE

Entre los casos de salmonelosis de 2024 hubo 252 hospitalizaciones (30,9%) y 3 fallecimientos (0,4%). La proporción total de hospitalizados en todo el periodo anterior (2020 - 2023) fue similar, de un 29,8%, y la proporción de defunciones en dicho periodo fue algo mayor, del 0,5%. En 2024 el 40% de las personas ingresadas fueron mujeres, y el grupo de edad más frecuentemente hospitalizado el de las personas de entre 45 y 64 años (23%), seguido del grupo de 65 a 74 años (22%). Los fallecidos fueron 2 mujeres de 85 años y un hombre de 71.

Hubo 94 casos registrados de salmonelosis asociados a un total de 40 brotes en 2024. No hubo ninguna defunción entre los afectados por brotes.

Por último, la taxonomía relativa a los casos de salmonelosis de la Región puede consultarse en la **tabla 1**. En 2024 aumentó el número de casos en los que se identificó la especie *Salmonella enterica*, de los cuales la mitad correspondieron a la subespecie I. Dentro de la subespecie I, la proporción de subgrupos identificados ha mejorado considerablemente, pasando de un 64% en el periodo 2021-2023 a un 25% en 2024.

**Tabla 2. Clasificación taxonómica de los casos de salmonelosis en la Región de Murcia. Años 2021-2023 y 2024.**

Clasificación taxonómica	Nº casos 2021-2023 (%)	Nº casos 2024 (%)
<b>Especie</b>		
Salmonella spp	722 (29%)	261 (32%)
Salmonella enterica - no typhi/paratyphi	1,554 (63%)	544 (67%)
Desconocido	186 (7,6%)	10 (1,2%)
<b>Subespecies de enterica</b>		
Subespecie I (enterica)	1,118 (49%)	409 (50%)
Subespecie II (salamae)	1 (<0,1%)	0 (0%)
Subespecie IIIa (arizonae)	4 (0,2%)	1 (0,1%)
Subespecie IIIb (diarizonae)	3 (0,1%)	1 (0,1%)
No investigado	1,150 (51%)	401 (49%)
<b>Serogrupos de subespecie I</b>		
Grupo C	26 (2,3%)	7 (1,7%)
Grupo D	223 (20%)	121 (30%)
Grupo E	2 (0,2%)	0 (0%)
Grupo O:1,3,19 (E4)	2 (0,2%)	1 (0,2%)
Grupo O:13 (G)	1 (<0,1%)	0 (0%)
Grupo O:2 (A)	0 (0%)	1 (0,2%)
Grupo O:4 (B)	94 (8,4%)	106 (26%)
Grupo O:7 (C1)	18 (1,6%)	29 (7,1%)
Grupo O:8 (C2-C3)	8 (0,7%)	14 (3,4%)
Grupo O:8 (C2)	3 (0,3%)	4 (1,0%)
Grupo O:9 (D1)	28 (2,5%)	23 (5,6%)
No investigado	712 (64%)	104 (25%)
POLY D	1 (<0,1%)	0 (0%)

## Discusión

En el 2024 se ha observado un descenso de la incidencia de salmonelosis tras el máximo alcanzado en la Región en 2023, si bien persiste una gran diferencia respecto a la incidencia nacional. Las razones tras el súbito aumento de la salmonelosis desde el comienzo de su vigilancia en la Región fueron expuestas en detalle en la edición anterior de este informe (REF), y se sustentan, al menos parcialmente, en la calidad y exhaustividad de la vigilancia, y en un diagnóstico microbiológico que tiende a ser más frecuente que en otros patógenos gastrointestinales. Además, existen razones para asumir la presencia de factores

intrínsecos a la RM que contribuyen a estas cifras de incidencia: la Región fue la segunda CCAA con más incidencia de salmonelosis en 2023, por encima de las comunidades con sistemas presumiblemente más exhaustivos. Los factores ambientales (temperatura y humedad) son variables cuya influencia sobre la incidencia de salmonelosis está ampliamente estudiada (9): *Salmonella* optimiza su tasa de reproducción entre los 35 y los 37°C.

El análisis de los datos de casos de salmonella por las variables demográficas básicas (edad y sexo) sugiere que la situación observada en el



2023 no afectó de forma homogénea a la población, sino a secciones concretas de la población, y que en 2024 se ha retornado a un patrón ya conformado antes en 2022. Destaca el cambio en la incidencia de varones menores de 5 años: aunque podría tratarse de un hallazgo casual, es posible que este subgrupo esté expuesto a un riesgo mayor ante situaciones de crecimiento epidémico de la salmonelosis. A nivel nacional también se registró en 2023 con respecto al 2022 una mayor diferencia entre hombres y mujeres en el grupo de menores de 1 año.

Los datos de distribución espacial indican también un retorno al patrón observado en 2022, mientras que el patrón espacial de 2023, mucho más homogéneo e intenso, parece haberse limitado a ese año. Aunque no hay ninguna hipótesis que proporcione un fundamento a la distribución observada en los años 2022 y 2024, de apariencia similar, los datos sugieren que podría tratarse de un patrón bien establecido en los años en que no

tiene lugar un crecimiento epidémico como el de 2023.

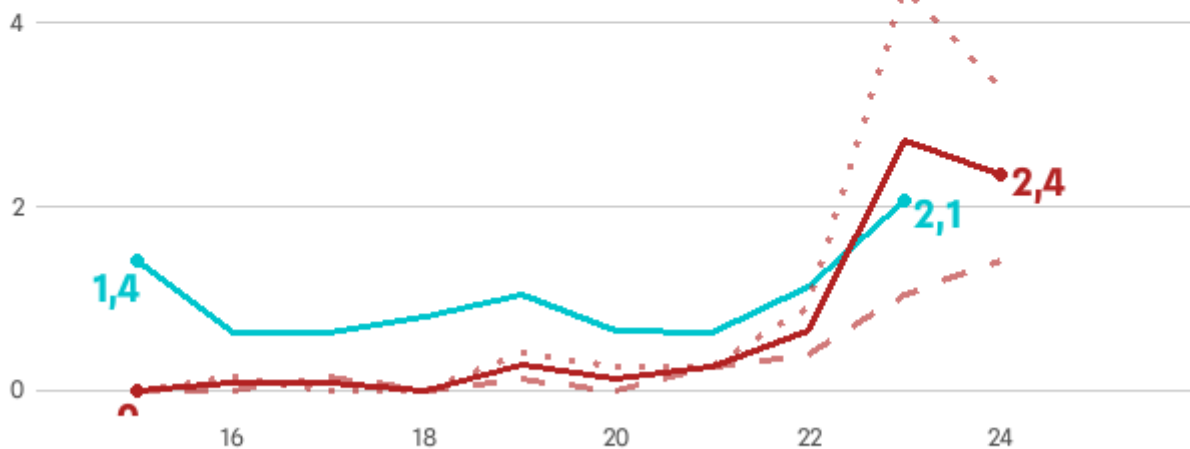
## Shigelosis

### Resultados

En 2024 hubo en total en la Región de Murcia 37 casos de shigelosis, alcanzando una incidencia de 2,4 casos por cada 100.000 habitantes. La incidencia regional permanece por encima de las cifras nacionales hasta ahora registradas, que en 2023 alcanzaron un máximo de la serie histórica en 2,1 casos por 100.000 habitantes (**figura 25**). Se ha producido un descenso de la incidencia regional respecto al año anterior (-13%). Este cambio se ha debido exclusivamente al brusco descenso de la incidencia entre varones, puesto que en mujeres la incidencia ha continuado una tendencia de crecimiento sostenido.

**Figura 25. Incidencia anual de shigelosis por 100.000 habitantes. España y Región de Murcia (por sexo). Años 2015-2024**

--- Hombres  
-- Mujeres

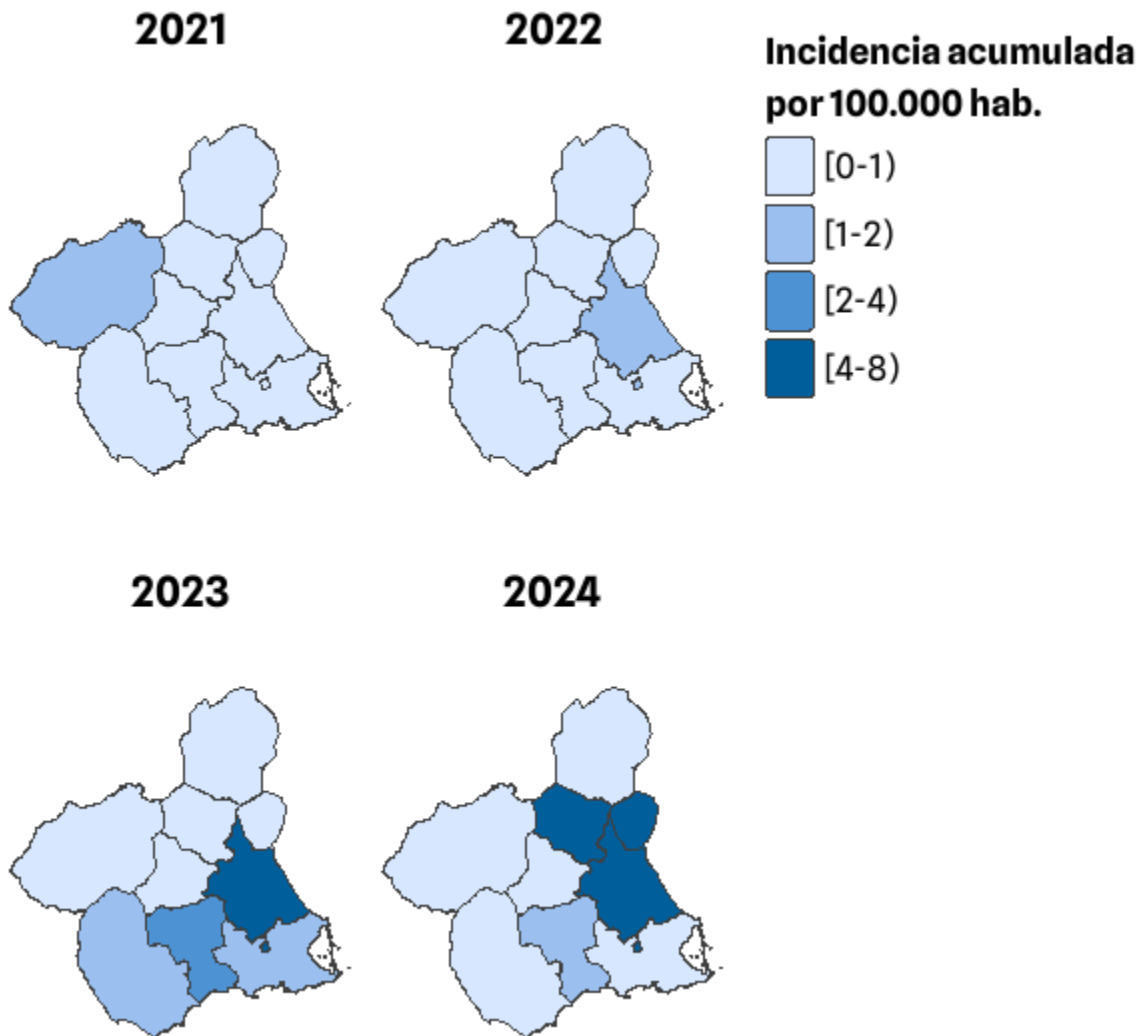


Fuente: SIVIET-RM. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Adicciones

La razón hombre:mujer fue de 2,4, y los datos por edad y sexo muestran que el 43% de los casos correspondieron a hombres de entre 25 y 44 años, alcanzando una incidencia de 7,6 casos por cada 100.000 habitantes. Este mismo grupo de edad en las mujeres supuso el 16% de los casos, siendo el segundo en frecuencia (IA de 3 casos por 100.000 habitantes). Hubo un caso en un varón menor de un año (IA 15,2), siendo el primer caso que se da en este grupo de edad desde que entró en funcionamiento el SIM-RM.

La distribución geográfica de los casos de shigelosis en 2024 muestra una concentración de estos en el área metropolitana de Murcia, que acumuló la mayor parte (73%). En el año 2023 esta comarca sumó el 79% de los casos. Aunque la incidencia en 2024 fue más elevada en otras comarcas, como Vega del Segura y Cuenca de Abanilla-Fortuna, no parece existir ningún patrón establecido al comparar con años anteriores (**figura 26**).

**Figura 26.** Incidencia de shigelosis por 100.000 habitantes según municipios. Región de Murcia. Años 2021-2024

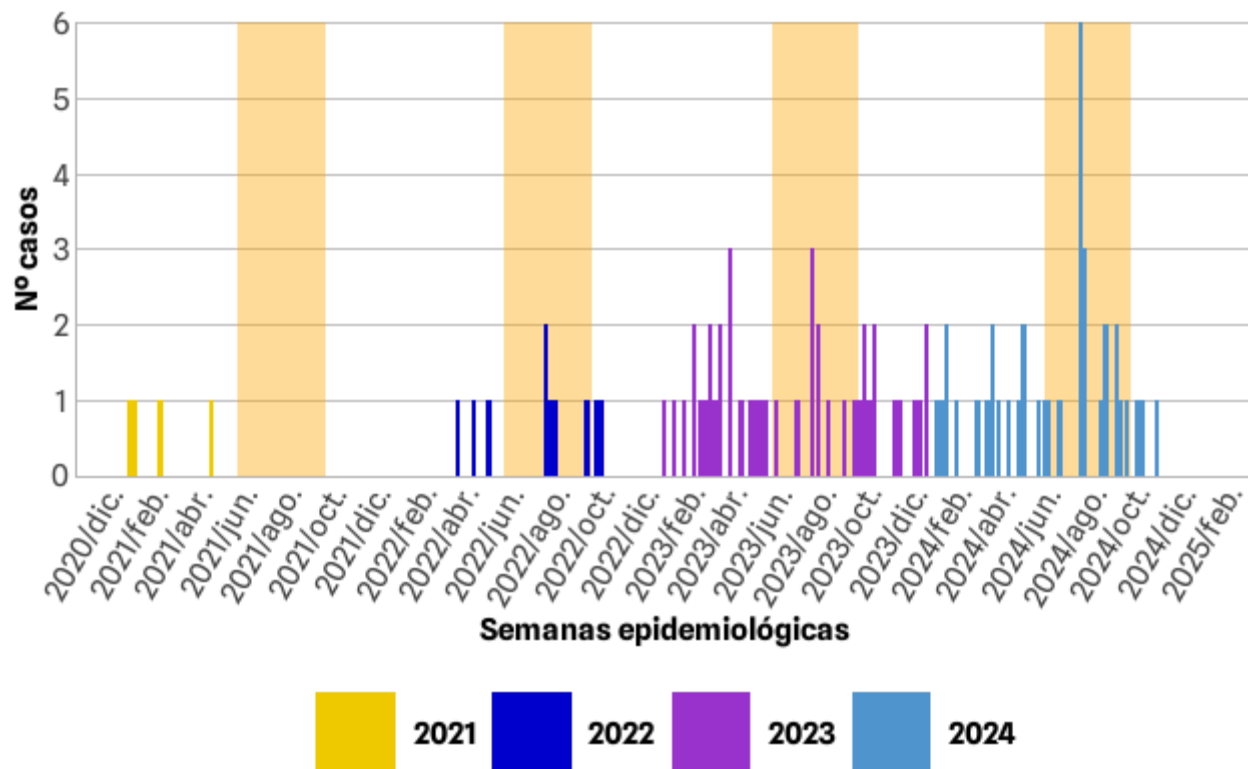


**Fuente:** SIVIET-RM. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Adicciones.

El recuento semanal de casos para los años 2021-2024 (figura 27) muestra una distribución temporal relativamente

homogénea a lo largo del año, aunque en 2024 se alcanzó un máximo de 6 casos semanales en la estación cálida.

**Figura 27. Recuento semanal de casos de shigelosis en la Región de Murcia. Años 2021-2024**



Se marcan en rectángulos naranjas las semanas del periodo junio-agosto.

Fuente: SIVIET-RM. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Adicciones  
 Datos nacionales: RENAVE

Fue necesario el ingreso hospitalario de 17 (45,9%) de los casos de shigelosis identificados en 2024 en la RM. La proporción de hospitalizados en 2016 - 2023 fue del 50%. De los ingresos en 2024, 8 correspondieron a hombres de entre 25 y 44 años (47%). El 24% de los ingresos fueron mujeres. No hubo ningún fallecido. Se produjo un brote de shigelosis en 2024, en el que se afectaron 7 personas.

Por otro lado, en el periodo 2016 - 2023 la proporción de especies de *Shigella* no identificadas fue de 63% y en 2024 del 38%, como puede verse en la tabla 2. La proporción correspondiente a *Shigella flexneri* fue 19 puntos mayor en 2024, y la de *S. sonnei* fue superior en 7 puntos.



**Tabla 2. Especies identificadas en los casos de shigelosis en la Región de Murcia. Años 2021-2023 y 2024.**

<b>Especies</b>	<b>Nº casos 2021-2023 (%)</b>	<b>Nº casos 2024 (%)</b>
<i>Shigella spp</i>	35 (63%)	14 (38%)
<i>Shigella flexneri</i>	9 (16%)	13 (35%)
<i>Shigella sonnei</i>	11 (20%)	10 (27%)
<i>Shigella dysenteriae</i>	1 (1,8%)	0 (0%)
<i>Desconocido</i>	0 (0%)	0 (0%)

## Discusión

En 2024, la incidencia de shigelosis ha permanecido en niveles elevados respecto a la tendencia que mantuvo entre 2015 y 2022. En 2023 se produjo un brusco aumento de las cifras de incidencia, vinculado a la transmisión sexual en la población de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) (16). Aunque en el 2024 se ha producido una contracción de la incidencia entre hombres, el perfil demográfico de los casos indica que esta podría seguir siendo una vía de transmisión relevante. Tan solo se identificó en 5 casos el antecedente de haber mantenido relaciones sexuales de riesgo, aunque todos esos casos fueron hombres.

Los casos ocurridos en 2024 estuvieron, como en 2023, concentrados en el área metropolitana de Murcia. Aunque es posible que esto indique mayores tasas de diagnóstico en esta zona, y, por tanto, un posible infradiagnóstico en otras áreas, también podría sugerir que en la zona se producen un mayor número de exposiciones sexuales de riesgo. Según datos del último informe de vigilancia de infecciones de transmisión sexual en la Región (REF), las

áreas de salud que comprenden el área metropolitana de Murcia tuvieron generalmente incidencias más elevadas, lo cual podría apoyar esta hipótesis.

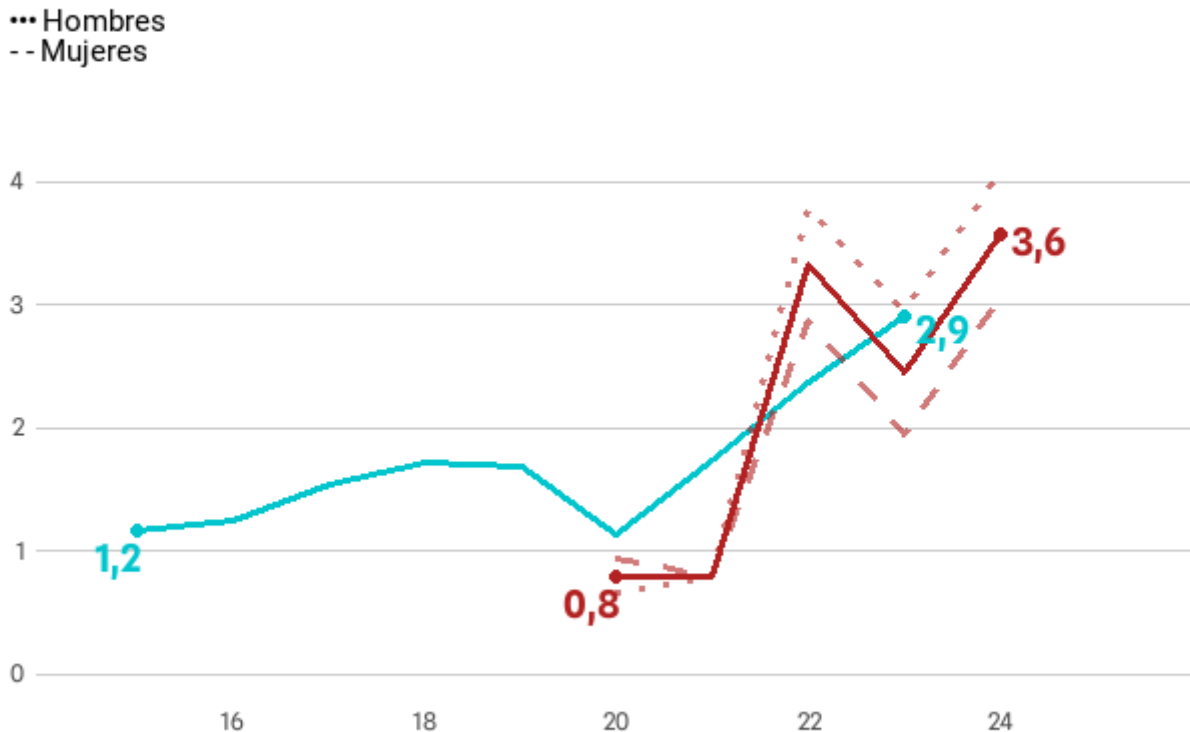
A pesar de que el perfil mayoritario de los casos es el de hombres jóvenes, la proporción de hospitalizados en esta sección de la población es considerable, señalando la potencial gravedad de la infección. Aunque no estamos ante un número de casos elevado, este dato es relevante para abordar potenciales estrategias de concienciación de la población HSH acerca de los impactos en salud asociados a prácticas sexuales de riesgo.

## Yersiniosis

### Resultados

En 2024 hubo un total de 56 casos de yersiniosis en la Región, con una incidencia de 3,6 casos por 100.000 habitantes, alcanzando un nuevo máximo desde el comienzo de su vigilancia en 2020. La tendencia nacional ha seguido en los últimos años un crecimiento lineal, y, aunque no hay datos publicados del año 2024, es probable que experimente un nuevo aumento (**figura 28**).

**Figura 28. Incidencia anual de yersiniosis por 100.000 habitantes. España y Región de Murcia (por sexo). Años 2015-2024**



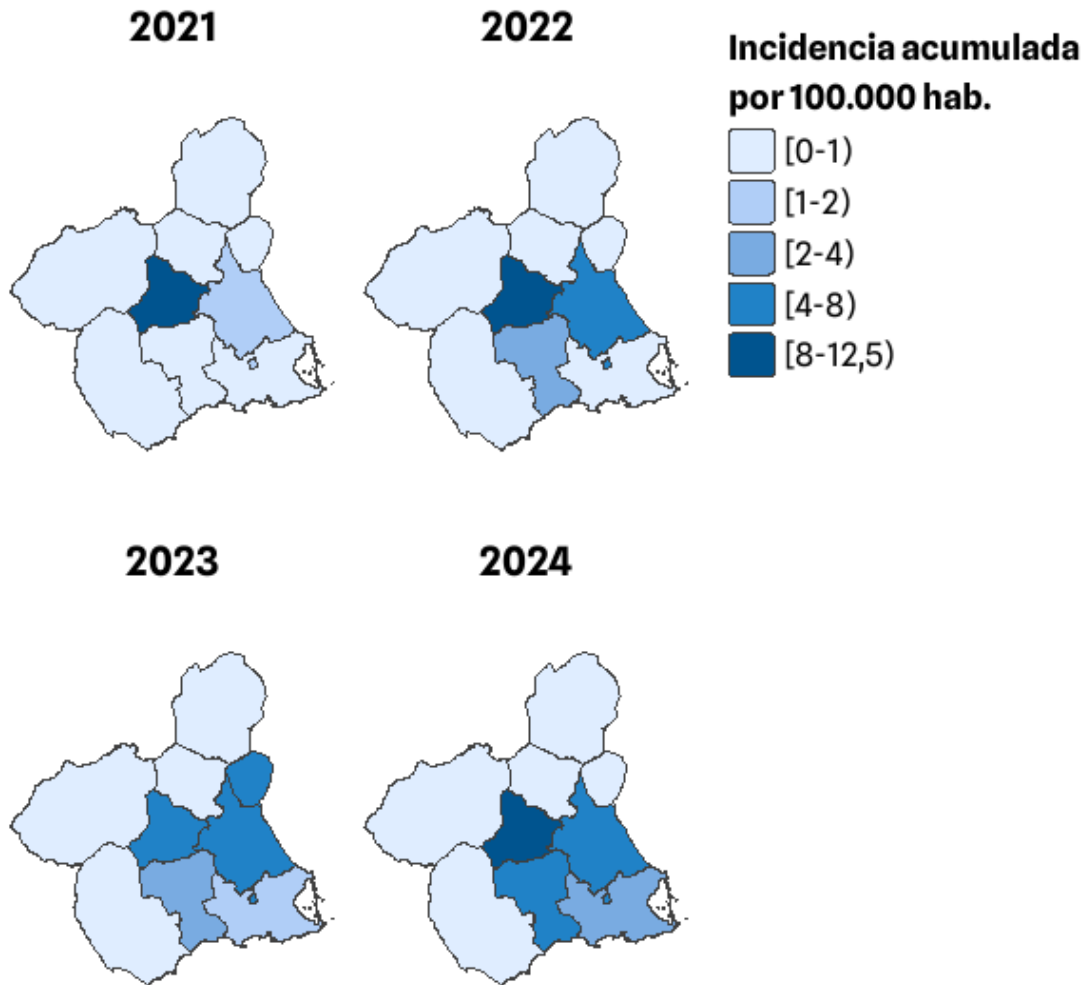
**Fuente:** SIVIET-RM. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Adicciones

La razón hombre:mujer fue de 1,3, y como puede verse en la gráfica anterior, esta relación ha permanecido estable en los últimos años. Como en años anteriores, la estructura de la incidencia por grupos de edad ha mostrado una preeminencia de casos en el grupo de 1 a 4 años (17,7 casos por 100.000 habitantes), e incidencias por lo general elevadas entre los niños de 5 a 9 años (7,1) y de 10 a 14 (8,6). No obstante, se ha producido un aumento de incidencia entre los

45 y 64 años (2,38), que anteriormente no se había observado, así como entre los 75 y 84 años (7,0).

La distribución espacial de la incidencia de yersiniosis muestra un patrón relativamente constante, que se concentra en las comarcas del área metropolitana de Murcia, Cuenca de Mula, Bajo Guadalentín y Campo de Cartagena - Mar Menor (**figura 29**).

**Figura 29.** Incidencia acumulada de yersiniosis por comarcas en la Región de Murcia. Años 2021-2024

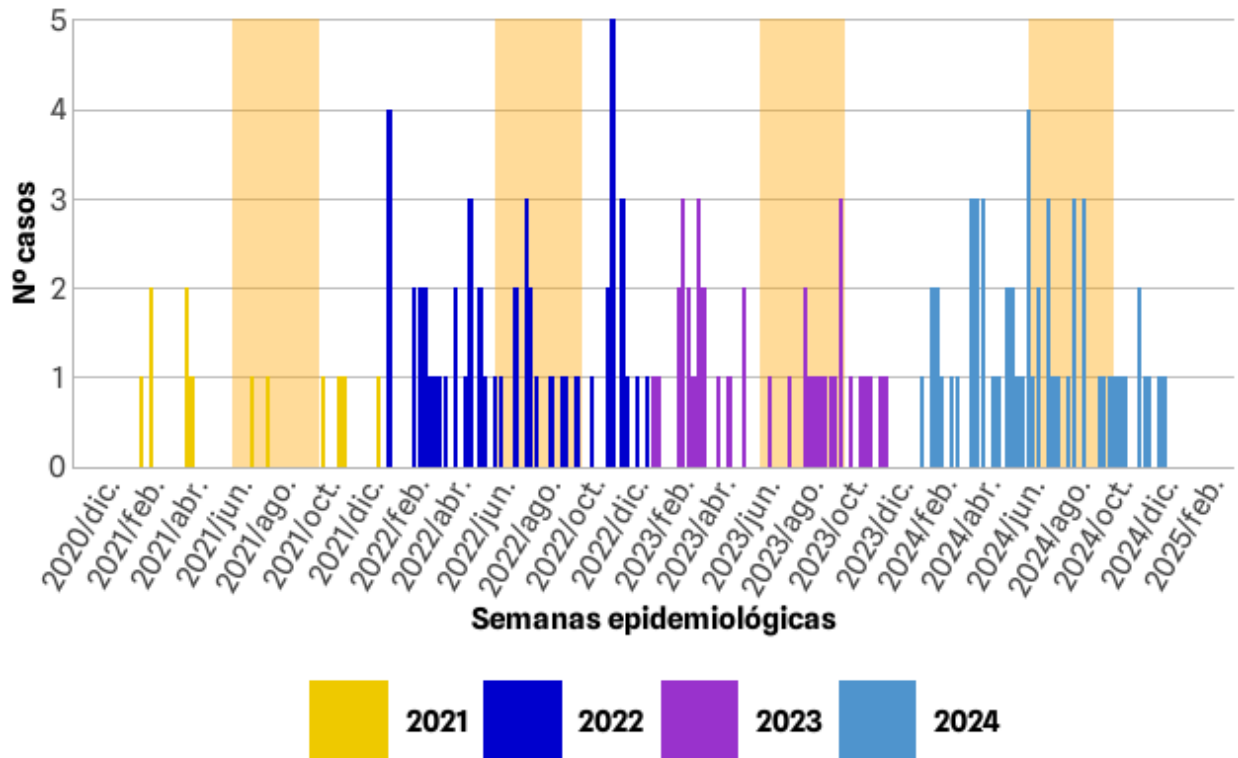


**Fuente:** SIVIET-RM. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Adicciones.

El recuento semanal de casos de yersiniosis en los años 2021-2024 se muestra en la **figura 30**. Aunque no puede observarse un patrón estacional claro, no se identifica una mayor

incidencia en las semanas de verano, como sucede con otras enfermedades de transmisión alimentaria, y los máximos tienden a ocurrir fuera de la estación cálida.

**Figura 30. Recuento semanal de casos de yersiniosis en la Región de Murcia. Años 2021-2024**



Se marcan en rectángulos **naranjas** las semanas del periodo junio-agosto.

**Fuente:** SIVIET-RM. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Adicciones

Datos nacionales: RENAVE

Entre los casos de yersiniosis de 2024 en la RM se contaron 11 ingresos hospitalarios (19,6%), que correspondieron a 4 mujeres de 51, 63, 75 y 82 años, y a 7 hombres de 11, 61, 68, 70, 77, 79 y 82 años. El porcentaje de ingresados en el periodo 2020 - 2023 fue del 10,6%. No hubo ningún fallecimiento. Hasta el momento no se ha registrado ningún fallecimiento por yersiniosis en la Región. Se registró un brote de yersiniosis en 2024 en el que se afectaron 2 personas. Anteriormente se habían notificado 2 brotes de esta enfermedad, 1 en 2020 y otro en 2021.

### Discusión

La incidencia regional de yersiniosis continúa una tendencia ascendente que también se ve reflejada en los datos nacionales. La consulta de datos desagregados por comunidad

autónoma muestra nuevamente cierta heterogeneidad, con cifras de incidencia superiores a 9 casos por 100.000 habitantes en La Rioja y Navarra. *Yersinia* puede reproducirse en un rango amplio de temperaturas, aunque tiende a ser más frecuentemente aislada en las temporadas de invierno en países con climas templados. Es posible que, entonces, esta heterogeneidad a nivel nacional pueda ser explicada por factores ambientales. No obstante, la consulta de datos europeos muestra que la incidencia de España en 2023 era similar a la de países de latitudes mucho mayores, como Suecia (3,12 casos por 100.000 habitantes) (17). Por tanto, es posible que diferencias en la calidad de la vigilancia estén también detrás de la heterogeneidad en las incidencias autonómicas. En consecuencia, y al menos hasta que no haya evidencia de una

estabilización en la tendencia, no hay motivos para afirmar que la incidencia de esta enfermedad en la Región no puede crecer aún más.

Asimismo, la distribución geográfica muestra que los casos se concentran principalmente en las comarcas que dependen de los principales hospitales de la Región para el diagnóstico microbiológico, lo que podría reflejar un sesgo diagnóstico en los datos. Esto supone otro argumento en favor de que la verdadera incidencia de yersiniosis puede ser aún mayor.

## Conclusiones

La salmonelosis continúa siendo la ETA más relevante desde una perspectiva de salud pública, dada su incidencia, proporción de hospitalizaciones y tendencia a presentarse en brotes, características que no reúne ninguna de las otras enfermedades analizadas en este informe. Por otro lado, la hepatitis A y la shigelosis se han hecho más incidentes entre varones adultos jóvenes, estando este incremento probablemente asociado a transmisión sexual. Dado que se trata de enfermedades que, aunque no alcanzan altas incidencias, sí producen una importante morbilidad, deben tenerse en cuenta a la hora de considerar los riesgos a los que se encuentra expuesta la población HSH.

Los datos de vigilancia de ETAs en la Región de Murcia en el año 2024 muestran una consolidación de los progresos realizados desde la implementación del SIM y la incorporación de la mayor parte de estas enfermedades al sistema de vigilancia en 2020. Como se ha discutido a lo largo del informe, es probable que la desigual disponibilidad de pruebas diagnósticas en el territorio (o el uso desigual de estas) esté conteniendo artificialmente la verdadera cifra de incidencia de algunas de estas

La proporción de hospitalizaciones de la yersiniosis en 2024 ha sido 9 puntos porcentuales mayor que en el periodo 2020, 2021, 2022, 2023. Es probable que el incremento de incidencia en el rango de edad de 75 a 84 años esté detrás de este hallazgo, puesto que han supuesto el 45% de los ingresos. A nivel nacional, el último informe de yersiniosis no refleja una incidencia particularmente elevada en este tramo de edad, por lo que no parece que corresponda con un patrón consolidado en la distribución por edades. Ha de aguardarse a próximos años para descartar si se ha tratado de un hallazgo casual

enfermedades, especialmente giardiasis e infección por *E.coli* verotoxigénica. No obstante, el SIVIET-RM está en una posición adecuada para absorber eventuales mejoras en la capacidad diagnóstica. Con las mejoras en la detección de episodios y brotes de ETAs en los últimos años, se ha incrementado también el alcance de las actuaciones implementadas desde Salud Pública.

Los cambios experimentados por la sociedad actual (tendencias de consumo, movimientos migratorios, crisis climática) pueden impactar en el comportamiento de las ETAs en próximos años. Los sistemas de vigilancia se enfrentan al desafío de identificar estos riesgos cambiantes. Para ello, resultará necesario asimilar las nuevas tecnologías de la información, a fin de explotar un conjunto cada vez mayor de datos, procesarlo adecuadamente, y generar información para su difusión. Pero, sobre todo, será imprescindible estrechar la coordinación con los servicios asistenciales de salud, a fin de hacer llegar a la práctica clínica información de interés, y a su vez, aprovechar el potencial que tiene la red asistencial para detección de problemas emergentes y hacer llegar a la población medidas y recomendaciones de salud pública.



## Agradecimientos

A todas las compañeras de enfermería y de Área que participan diariamente en la vigilancia epidemiológica y hacen posible este trabajo.

## Referencias

1. Authority (EFSA) EFS, Maggiore A, Afonso A, Barrucci F, Sanctis GD. Climate change as a driver of emerging risks for food and feed safety, plant, animal health and nutritional quality. *EFSA Support Publ* [Internet]. 2020 [cited 2025 Apr 24];17(6):1881E. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.2903/sp.efsa.2020.EN-1881>
2. Awad DA, Masoud HA, Hamad A. Climate changes and food-borne pathogens: the impact on human health and mitigation strategy. *Clim Change* [Internet]. 2024 Jun 6 [cited 2025 Apr 24];177(6):92. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10584-024-03748-9>
3. Acerca del Codex | CODEXALIMENTARIUS FAO-WHO [Internet]. [cited 2025 Jul 23]. Available from: <https://www.fao.org/fao-who-codexalimentarius/about-codex/es/>
4. Thorsen M, Hill J, Farber J, Yiannas F, Rietjens IMCM, Venter P, et al. Megatrends and emerging issues: Impacts on food safety. *Compr Rev Food Sci Food Saf* [Internet]. 2025 May [cited 2025 Jul 23];24(3):e70170. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC11970349/>
5. Changing consumer preferences and food consumption patterns [Internet]. [cited 2025 Jul 23]. Available from: <https://openknowledge.fao.org/server/api/core/bitstreams/0aa558d4-57c7-498d-87f7-b9e37577882f/content/src/html/changing-consumer-preferences-and-food-consumption-patterns.html>
6. Martínez-Portillo A, Pérez-Martínez MD, Olivo Pérez G, Pérez-Gomariz A, Sánchez-Migallón-Naranjo A, Chirlaque-López MD. Vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmitidas por alimentos y/o agua. Región de Murcia. Actualización año 2023. 2024 [cited 2025 Sep 9]; Available from: <https://sms.carm.es/ricsmur/handle/123456789/13704>
7. Gómez-Ortiz J, Romero-Díaz A (coord. ), Alonso-Sarriá F (coord. ). Capítulo IV. La organización del territorio: las comarcas. In: *Atlas Global de la Región de Murcia* [Internet]. Murcia: La Verdad; 2007. Available from: <https://web.archive.org/web/20100122093405/http://www.atlasdemurcia.com/index.php/secciones/1/la-comarcalizacion-regional>
8. Dietrich J, Hammerl JA, Johne A, Kappenstein O, Loeffler C, Nöckler K, et al. Impact of climate change on foodborne infections and intoxications. *J Health Monit* [Internet]. 2023 Jun 1 [cited 2025 Jul 23];8(Suppl 3):78. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10278375/>



9. Damtew YT, Tong M, Varghese BM, Anikeeva O, Hansen A, Dear K, et al. The impact of temperature on non-typhoidal Salmonella and Campylobacter infections: an updated systematic review and meta-analysis of epidemiological evidence. *eBioMedicine* [Internet]. 2024 Nov 1 [cited 2024 Oct 28];109. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/ebiom/article/PIIS2352-3964\(24\)00429-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/ebiom/article/PIIS2352-3964(24)00429-8/fulltext)
10. Quinlan JJ. Foodborne Illness Incidence Rates and Food Safety Risks for Populations of Low Socioeconomic Status and Minority Race/Ethnicity: A Review of the Literature. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2013 Aug [cited 2025 Jul 23];10(8):3634–52. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3774461/>
11. Gerace E, Lo Presti VDM, Biondo C. Cryptosporidium Infection: Epidemiology, Pathogenesis, and Differential Diagnosis. *Eur J Microbiol Immunol* [Internet]. 2019 Oct 22 [cited 2024 May 17];9(4):119–23. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6945992/>
12. New Zealand Food Safety. Giardia intestinalis: microbial pathogen data sheet [Internet]. Ministry for Primary Industries; 2018. Available from: <https://www.mpi.govt.nz/dmsdocument/11024-Giardia-intestinalis-Microbial-pathogen-data-sheet>
13. Servicio de Prevención y Protección de la Salud. Dirección General de Salud Pública y Adicciones. Consejería de Salud. Servicio Murciano de Salud. Vacunación frente a hepatitis A en grupos de riesgo [Internet]. 2025. Available from: <https://www.murciasalud.es/documents/5435832/5474049/Protocolo+de+vacunaci%C3%B3n+frente+a+hepatitis+A+en+grupos+de+riesgo.pdf/b0c0b9c0-f230-f58e-624c-df3e15d6d89f?t=1750416911040>
14. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Evaluación rápida de riesgo. Aumento de casos de Hepatitis A en España, 2024 [Internet]. Ministerio de Sanidad; 2024 Dec. Available from: [https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/alertasActuales/hepatitis/docs/20241220\\_ERR\\_HepatitisA.pdf](https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/alertasActuales/hepatitis/docs/20241220_ERR_HepatitisA.pdf)
15. European Centre for Disease Prevention and Control. Communicable disease threats report [Internet]. Solna, Suecia; 2024 Dec p. 26. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Communicable-disease-threats-report-week-50-2024.pdf>
16. CCAES, Ministerio de Sanidad, Centro Nacional de Epidemiología, ISCIII, Centro Nacional de Microbiología, ISCIII, División de control de VIH, hepatitis virales y tuberculosis, Ministerio de Sanidad. Evaluación rápida del riesgo: Aumento de infecciones por Shigella sonnei extremadamente resistente en hombres que tienen sexo con hombres. Madrid: CCAES; 2022 Mar.
17. European Centre for Disease Prevention and Control. Surveillance Atlas of Infectious Diseases [Internet]. [cited 2025 Jul 23]. Available from: <https://atlas.ecdc.europa.eu/public/index.aspx?Dataset=27&HealthTopic=62>