Región de Murcia
Consejería de Salud
Dirección General de Salud Pública y Adicciones

Servicio de Epidemiología
Región de Murcia

INFORME EPIDEMIOLÓGICO

Nº 09
Noviembre 2026

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

Actualización 2025

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

Edita:

Consejería de Salud de la Región de Murcia
Dirección General de Salud Pública y Adicciones Consejería de Salud. Región de Murcia

Cita recomendada:

A Martinez-Portillo, MD Olivo-Pérez, MI Barranco-Boada, MD Chirlaque. Vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmitidas por alimentos y/o agua. Actualización 2025. Murcia: Consejería de Salud, 2026. Informes epidemiológicos 09/26

RESUMEN

Las enfermedades transmitidas por agua y alimentos (ETAs) corresponden a un grupo heterogéneo de patologías infecciosas causadas por bacterias, parásitos y virus patógenos. La implantación de un Sistema de Información Microbiológica en la Región, junto con la extensión progresiva de las pruebas diagnósticas de detección molecular de múltiples patógenos (PCR multiplex), ha posibilitado comenzar a dimensionar el verdadero alcance de estas enfermedades. El propósito del presente informe es describir y analizar el comportamiento de las ETAs en la Región de Murcia en el año 2025.

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. 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. En el análisis se utilizaron variables sociodemográficas (edad, sexo, país de nacimiento, área de salud, zona básica y municipio asignado), clínicas (fecha de inicio de síntomas, fecha de diagnóstico, ingreso hospitalario y su fecha, defunción), microbiológicas (referidas a la tipificación del patógeno) y epidemiológicas (asociación con brote epidémico, vía de transmisión, fuentes de contagio).

Entre 2015 y 2025, no se han detectado casos de botulismo, cólera o triquinosis. La campilobacteriosis, la hepatitis A, la infección por *E. coli* verotoxigénica y la salmonelosis han continuado tendencias ascendentes claras entre 2024 y 2025. El grado de divergencia entre las incidencias nacional y regional en los casos de la salmonelosis y la campilobacteriosis sigue siendo alto. La salmonelosis ha alcanzado nuevos máximos históricos tras retroceder levemente en 2024, mientras que la campilobacteriosis en la Región sigue ampliamente por encima de la incidencia nacional de 2024. Entre 2024 y 2025 se ha producido un aumento palpable del número total de episodios de ETAs (+20,7%). También se observó una continuación del incremento del peso relativo de la hepatitis A sobre las hospitalizaciones que tuvo lugar entre 2023 y 2024, de forma que se ha mantenido en 2025. Por otro lado, existen motivos para sospechar cierto infradiagnóstico de criptosporidiosis y giardiasis, dada su presentación clínica más larvada, persistente y un diagnóstico microbiológico que precisa de técnicas más específicas. Es probable que la verdadera incidencia de la infección por *E. coli* verotoxigénica tampoco esté reflejada en los datos.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades transmitidas por agua y alimentos (ETAs de aquí en adelante) corresponden a un grupo heterogéneo de patologías infecciosas causadas por bacterias, parásitos y virus patógenos, que a su vez tienen origen en distintas fuentes de naturaleza telúrica, humana, o zoonótica. Una importante fracción de las ETAs pertenece a esta última categoría, que resulta particularmente relevante desde el punto de vista de la salud pública.

Las enfermedades causadas por patógenos cuyo único huésped es el ser humano son más fácilmente controlables al estar limitado su circuito de transmisión a una única especie, mientras que el control de aquellos patógenos que pueden sobrevivir fuera de huéspedes animales se complejiza de forma extrema. Las enfermedades de origen zoonótico, y particularmente aquellas que afectan o provienen de animales involucrados en la industria ganadera, se encuentran en un terreno intermedio, en el cual el control del riesgo requiere de la consideración de múltiples dimensiones, pero es potencialmente abordable. Disminuir el riesgo de forma efectiva implica una colaboración estrecha de diferentes instancias de salud pública -sanidad animal, seguridad alimentaria y epidemiología- y de servicios asistenciales. La salud pública se enfrenta al desafío de integrar la información procedente de todas estas fuentes y organizarla en un bucle de retroalimentación según el cual la información recogida en la actividad de cada una de las instituciones sirve para perfeccionar y dirigir las acciones del resto. En otras palabras, la interconexión de los elementos que conforman el ciclo epidemiológico de estas enfermedades ha de imitarse en el conjunto de autoridades de salud que pretenden ponerles coto, dotándolas de un marco estructural de trabajo para operativizar lo que se ha dado en llamar el abordaje “One Health”.

Las dos ETAs que suponen el mayor exponente de las zoonosis en la Región de Murcia (RM), en términos de su impacto bruto en la población, son la campilobacteriosis y la salmonelosis no tifoidea, cuya incidencia en los últimos años ha mostrado una sólida tendencia ascendente. La implantación de un Sistema de Información Microbiológica (SIM-RM) en la Región por parte del Servicio de Epidemiología, junto con la popularización progresiva de las pruebas diagnósticas de detección molecular de múltiples patógenos (PCR multiplex), ha posibilitado comenzar a dimensionar el verdadero alcance de estas y otras múltiples enfermedades. Ello ha conllevado que la incidencia de infecciones por *Campylobacter* y *Salmonella* en la Región haya superado ampliamente la incidencia nacional de forma sostenida. Es indispensable que las mejoras en la detección de enfermedades sean aprovechadas por sistemas de información capaces de orientar las acciones de prevención y control de tal modo que se maximice la efectividad y eficiencia de los recursos destinados a ello.

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)[1]. 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

[1] https://www.murciasalud.es/web/servicio-de-epidemiologia/vigilancia-epidemiologica-de-las-enfermedades-transmisibles

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 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.

El propósito del presente informe es describir y analizar el comportamiento de las ETAs en la Región de Murcia en el año 2025 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.

En función de las variables disponibles según la estructura de datos definida para cada enfermedad por la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, se recogieron variables sociodemográficas (edad, sexo, país de nacimiento, área de salud, zona básica y municipio asignado), clínicas (fecha de inicio de síntomas, fecha de diagnóstico, ingreso hospitalario y su fecha, defunción), microbiológicas (referidas a la tipificación del patógeno) y epidemiológicas (asociación con brote epidémico, vía de transmisión, fuentes de contagio).

Para el cálculo 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 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.

La distribución espacial de casos se muestra por casos, incidencia acumulada o razón de incidencia estandarizada (RIE) según área o zona básica de salud asignada, en función del número total de casos por unidad espacial y la distribución de incidencia por edad de la enfermedad. Para el cálculo de la RIE se usó un método de estandarización indirecta, calculando los casos esperados con las incidencias acumuladas por edad de toda la Región aplicadas a la población de las unidades territoriales. La RIE equivale al cociente entre los casos observados y los casos esperados por unidad territorial, siendo aquellas unidades con RIE inferior a 1 las que presentaron casos por debajo de lo esperado.

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 Región y el resto de comunidades autónomas al Sistema para la Vigilancia en

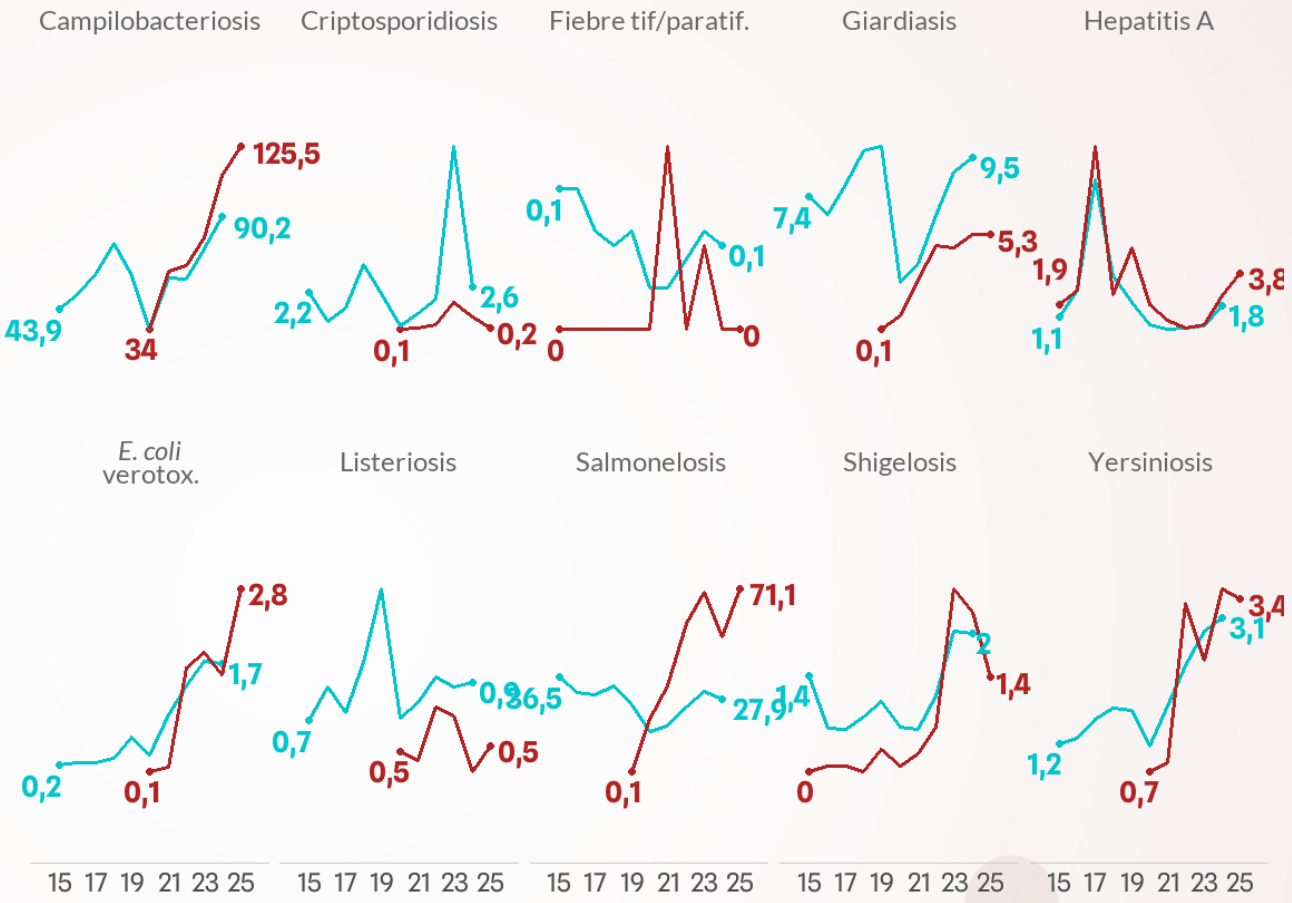
España (SiViEs), la plataforma tecnológica empleada para la declaración e intercambio de datos epidemiológicos entre todos los integrantes de la RENAVE.

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 2025, 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 hepatitis A, la infección por *E. coli* verotoxigénica y la salmonelosis han continuado tendencias ascendentes claras entre 2024 y 2025. Aunque los datos nacionales no están actualizados a 2025, y no permiten contextualizar enteramente los cambios de incidencia ocurridos a nivel regional, es posible observar en qué casos la tendencia general de la RM y España ha divergido más. El grado de divergencia entre las incidencias nacional y regional en los casos de la salmonelosis y la campilobacteriosis sigue siendo alto. La salmonelosis ha alcanzado nuevos máximos históricos tras retroceder levemente en 2024, mientras que la campilobacteriosis en la RM sigue ampliamente por encima de la incidencia nacional de 2024, si bien el comportamiento de ambas cifras está siendo muy similar, a diferencia de la salmonelosis, que a nivel nacional muestra una tendencia levemente descendente.

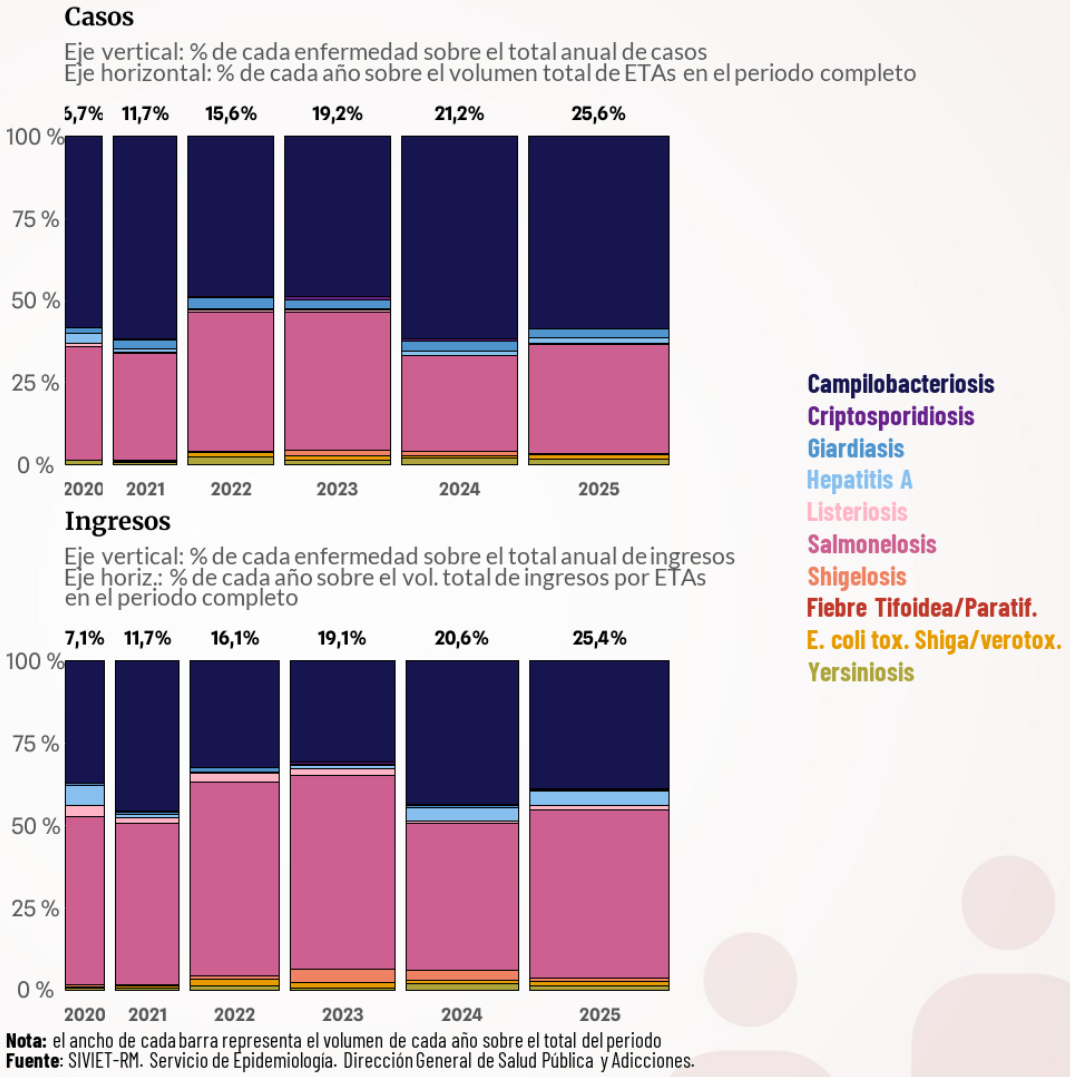
Figura 1. Incidencia acumulada de ETAs por 100.000 habitantes en España y Región de Murcia. Años 2015-2025



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

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 ha sumado de nuevo más del 50% de los casos totales en 2025, mientras que la salmonelosis ha repetido cifras similares en el número de hospitalizaciones. La distribución se ha mantenido relativamente estable desde 2020. Entre 2024 y 2025 se ha producido un aumento palpable del número total de episodios de ETAs, mientras que entre 2023 y 2024 el aumento fue marginal. Puede observarse un incremento del peso relativo de la hepatitis A sobre las hospitalizaciones, que se ha mantenido entre 2024 y 2025.

Figura 2. Peso relativo de cada enfermedad en el total anual de casos e ingresos.
Años 2020-2025. Región de Murcia



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

En 2025 la mayor parte de ETAs han aumentado su incidencia. Entre las que han decrecido, destaca la caída brusca de incidencia en shigelosis.

La expansión de las capacidades diagnósticas del sistema asistencial y la capacidad de recolección del SIVIET-RM ha sido un componente fundamental de la explicación de esta tendencia generalizada en los últimos años. No obstante, la comparación con los datos nacionales deja vislumbrar tendencias que parecen independientes del funcionamiento particular de los sistemas de vigilancia: la campilobacteriosis, la yersiniosis y la infección por *E.coli* verotoxigénica parecen inmersas en una coyuntura general que lleva su incidencia a alcanzar nuevos máximos frecuentemente. Como ya se ha

comentado, el caso de la salmonelosis parece responder más a particularidades de la Región de Murcia. Por otro lado, la hepatitis A parece haber experimentado nueva circulación también a nivel nacional.

En anteriores ediciones de este informe se ha hecho referencia a la disparidad en las cifras de incidencia referidas por distintas CCAA para cada una de estas enfermedades: diferencias que no en todos los casos pueden explicarse por la idoneidad de las condiciones de cada localización para el desarrollo de las enfermedades, y que por el contrario, serían más probablemente atribuibles a la exhaustividad de los distintos sistemas de vigilancia. En la revisión de los informes nacionales de la RENAVE correspondientes al año 2024, se ha encontrado nuevamente que las CCAA que más frecuentemente han alcanzado cifras máximas de incidencia de las distintas ETAs han sido Navarra y País Vasco. [2]

Por tanto, si se utilizan las cifras nacionales no tanto como un indicador de las cifras esperables para cada enfermedad, sino del funcionamiento promedio de los distintos sistemas de vigilancia, puede concluirse que el SIVIET-RM se desempeña excelentemente en buena parte de estas enfermedades. Por otro lado, existen motivos para sospechar cierto infradiagnóstico de las ETAs parasitarias: criptosporidiosis y giardiasis, dada su presentación clínica más larvada, persistente y un diagnóstico microbiológico que precisa de técnicas más específicas. En el caso de la listeriosis, sin embargo, es posible que las cifras de incidencia de la Región tengan una correspondencia más estrecha con la realidad, dado que su distribución espacial en España tiene un claro gradiente norte-sur favorable a las regiones septentrionales y su presentación está más limitada a una población delimitada por factores de riesgo en las que la sospecha diagnóstica puede ser mayor.

Resultados por enfermedades

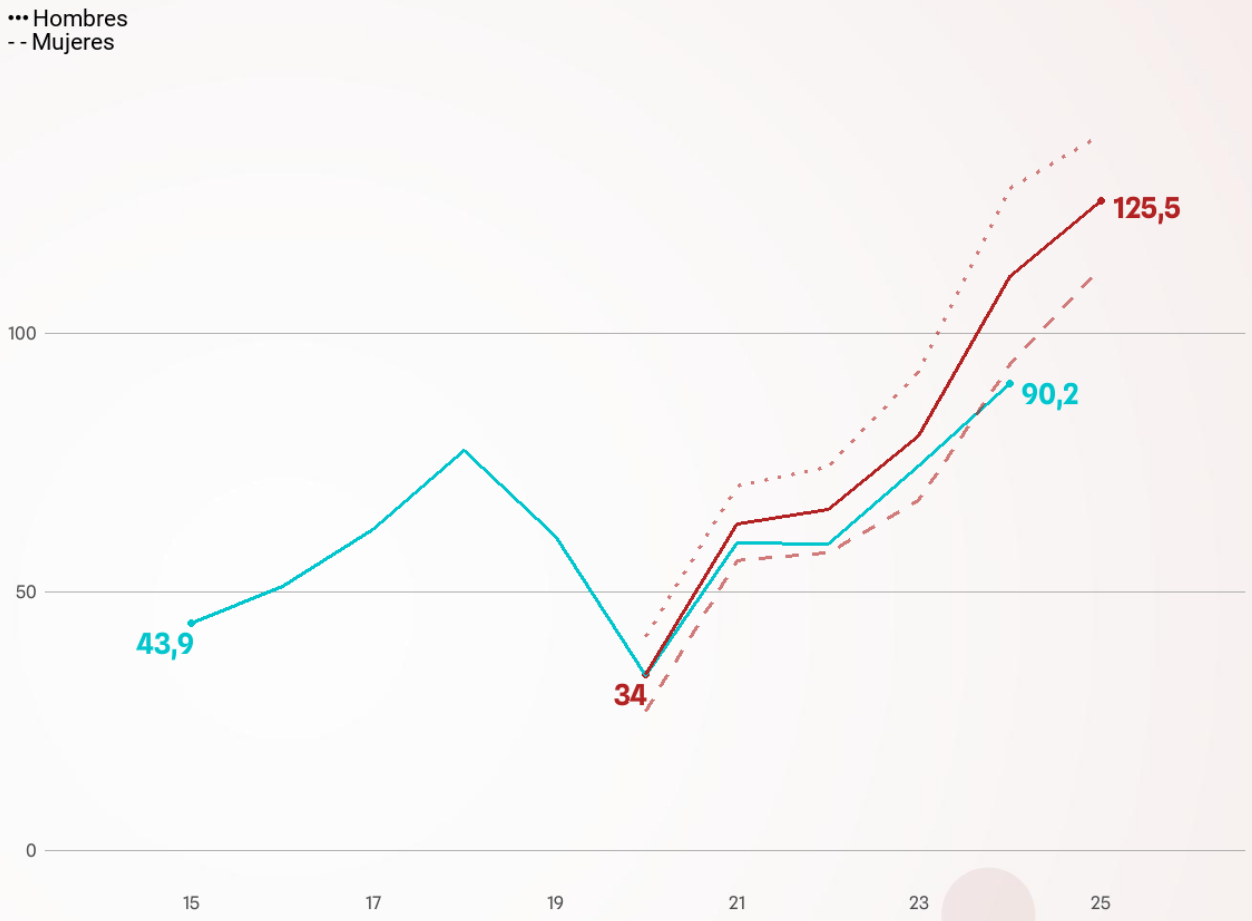
Campilobacteriosis

Resultados

En 2025 hubo 1991 casos de campilobacteriosis en la Región de Murcia (IA 125,5, figura 3). La razón hombre:mujer fue de 1,2.

[2] Se tuvieron en cuenta 9 ETAs (excluyendo aquellas con muy baja incidencia como botulismo, cólera, triquinosis o fiebre tifoidea).

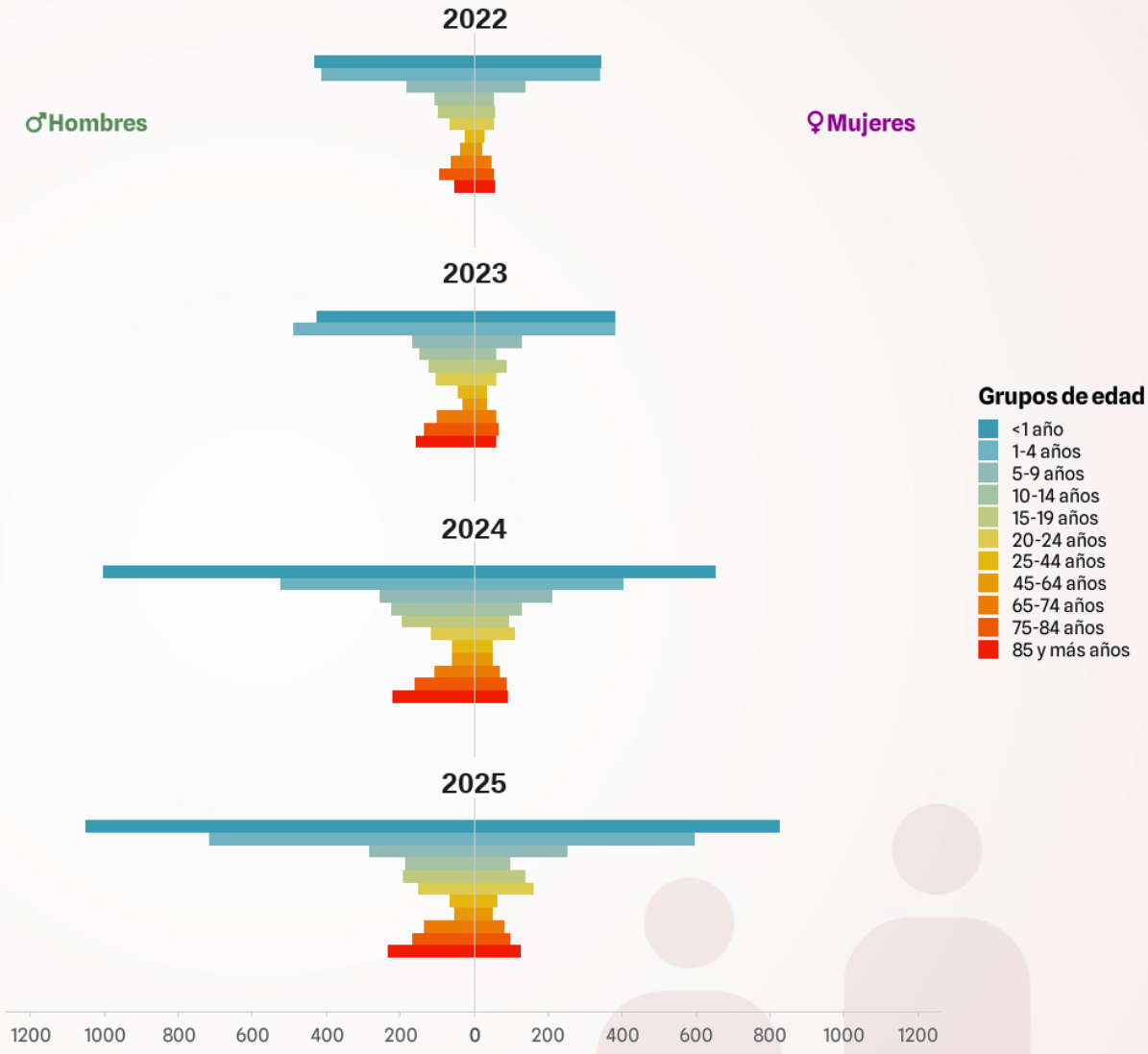
Figura 3. Incidencia anual de campilobacteriosis por 100.000 hab. España y Región de Murcia (por sexo). Años 2020-2025



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 2025 se ha conservado la estructura de incidencia del año 2024, en el que las cifras se incrementaron bruscamente en los menores de 5 años. Los incrementos entre 2024 y 2025 han tenido lugar también en este grupo de edad fundamentalmente.

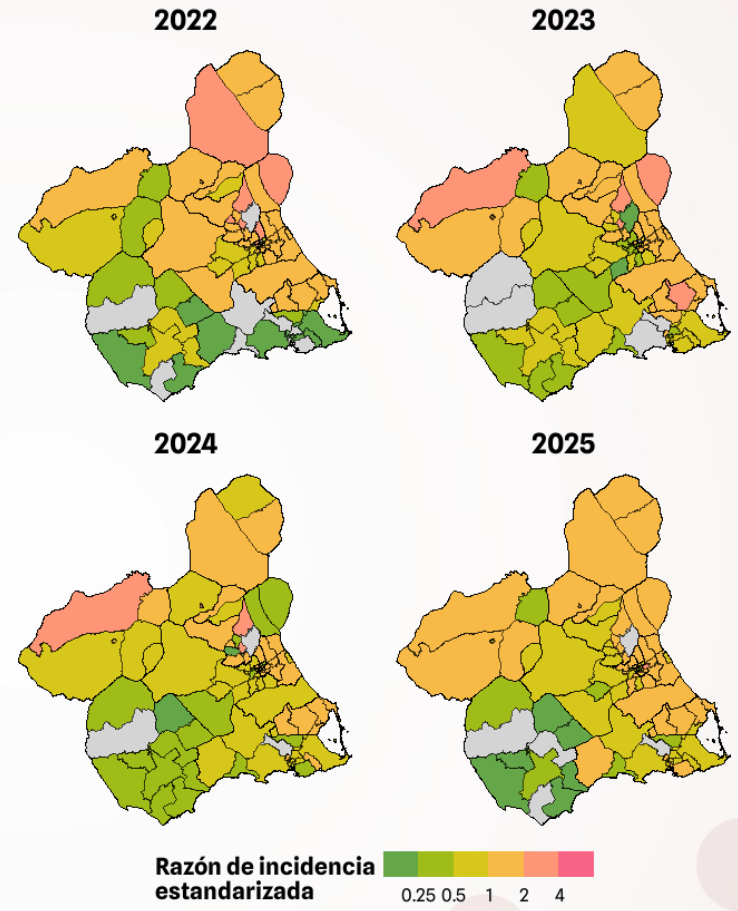
Figura 4. Incidencia acumulada de campilobacteriosis por 100.000 hab. según edad y sexo en la Región de Murcia.
Años 2022-2025



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

La distribución por zonas básicas de salud en 2025 de la razón de incidencia estandarizada (figura 5) muestra una continuación del patrón espacial observado en 2024, con una predominancia del margen este de la Región, desde el Altiplano hasta las ZBS correspondientes al área VIII (Mar Menor).

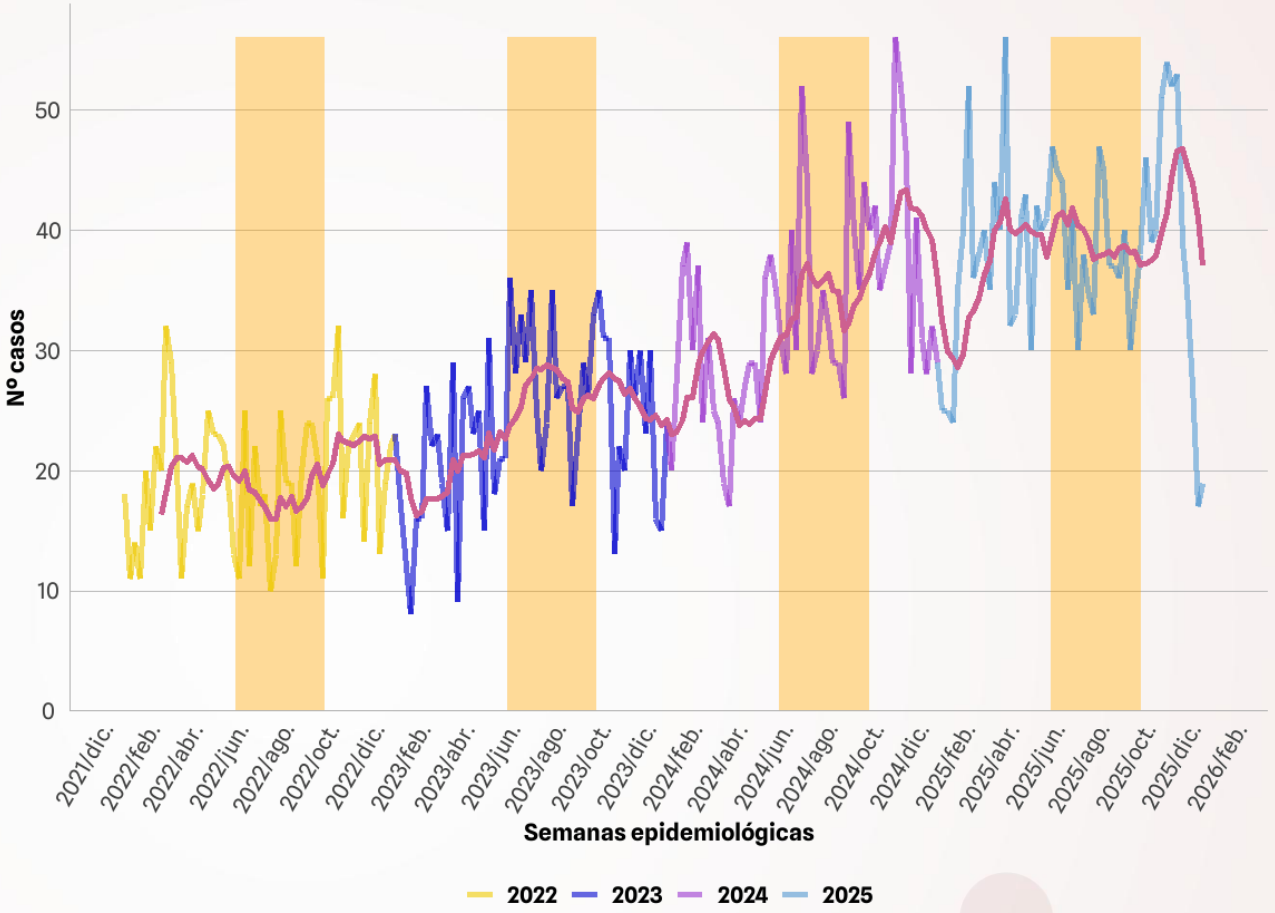
Figura 5. Razón de incidencia estandariz. de campilobacteriosis por zona básica
Años 2022-2025. Región de Murcia
Zona básica sin casos



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 2022 a 2025 junto a la media móvil de casos en 8 semanas. En 2024 no se observó un patrón estacional al uso, con varios máximos crecientes en el año, siendo el mayor de ellos en otoño. En 2025 tampoco ha tenido lugar un patrón estacional que asocie incrementos con la estación de verano, pero se ha repetido el patrón de un aumento de casos en el otoño, suponiendo el máximo del año.

Figura 6. Recuento semanal de casos de campilobacteriosis en la Región de Murcia. Años 2022-2025



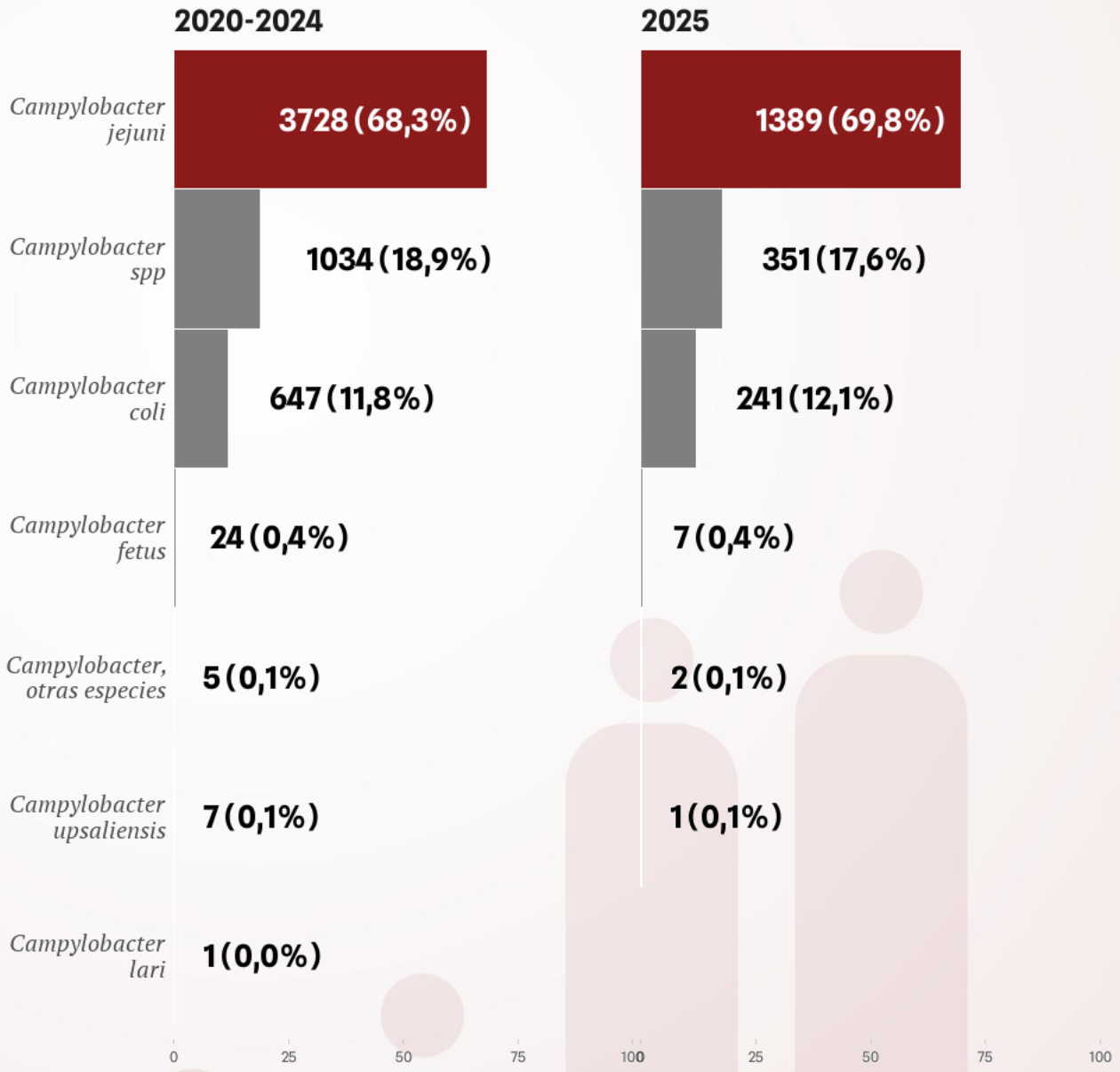
En rosa, media móvil de casos en 8 semanas.
Se marcan en rectángulos naranjas las semanas del periodo junio-septiembre.
Fuente: SIVIET-RM. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Adicciones

Tan solo hubo 8 casos confirmados de campilobacteriosis pertenecientes a brotes (0,4%), asociados a 4 brotes distintos.

Entre los casos de campilobacteriosis de 2025 hubo 270 hospitalizaciones (13,6%) y de entre estos, 8 acabaron falleciendo (0,4%). La proporción total de hospitalizados en todo el periodo anterior (2020-2024) fue similar, del 14%. El 60% de los casos hospitalizados fueron hombres, ligeramente superior a la proporción que estos supusieron sobre el total de casos (55%). El grupo de edad más frecuentemente hospitalizado fue el de 65-74 años (18,1%). Los fallecidos fueron dos hombres de 48 y 72 años, y cinco mujeres de 53, 63, 67, 88 y 90 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 - 2024 y en 2025. La proporción de especies no identificadas (*Campylobacter spp.*) se ha reducido respecto al conjunto de años desde el inicio de la vigilancia de esta enfermedad, que ha pasado de un 18.9% a un 17.6%. La proporción de *Campylobacter jejuni* ha sido similar, pasando de un 68,3% a un 69,8%.

Figura 7. Especies de *Campylobacter* identificadas en los casos de la RM. Años 2020-2025



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 2025, comportándose de forma similar a la incidencia nacional. La IA regional ha crecido un 13% con respecto a 2024, tras haber crecido un 38% entre 2023 y 2024.

La incidencia de campilobacteriosis puede continuar creciendo en próximos años. Las cifras de otras comunidades autónomas, como Navarra, Cantabria o País Vasco, que suelen referir datos de incidencia elevados respecto a la media nacional gracias a una mayor sensibilidad de sus sistemas de vigilancia, muestran que hay margen para subidas sucesivas. En el caso de Navarra, se llegó a los 239,3 casos de campilobacteriosis por 100.000 habitantes en 2024, habiéndose incrementado un 11% respecto al año anterior. En Cantabria y País Vasco las incidencias en 2024 fueron 172,8 y 141,1 casos por 100.000 habitantes en 2024, respectivamente. Es conveniente señalar que *Campylobacter* es un microorganismo termófilo, adaptado a la temperatura promedio de sus huéspedes avícolas habituales, que oscila entre los 40 y 42ºC (1). Por tanto, en la Región de Murcia se dan condiciones ambientales más favorables para *Campylobacter* que en estas otras CCAA, a pesar de lo cual aún muestra incidencias por debajo de estas. Aunque es posible la existencia de factores adicionales que expliquen la mayor incidencia en estas comunidades, aún ha de tomarse en cuenta la desigual implantación en la Región de Murcia del diagnóstico molecular vía PCR multiplex, que al ser una prueba de mayor sensibilidad y especificidad, podría ser el catalizador de subidas adicionales en caso de normalizarse su uso en el diagnóstico de gastroenteritis agudas.

Los datos de distribución de la incidencia por edad y sexo muestran que el destacado aumento de incidencia de esta infección en menores de 5 años que tuvo lugar entre 2023 y 2024 se ha mantenido, y que el aumento de la incidencia total aún se apoya de forma relevante en estos grupos de edad. Por otro lado, los fallecimientos por campilobacteriosis se han concentrado en adultos por encima de 50 años, indicando que la gravedad queda focalizada en la población de adultos mayores.

La distribución temporal de los casos destaca por la aparición de máximos semanales en el otoño, tras la estación cálida. Aunque el patrón temporal no coincide con la suposición de que, tratándose de una bacteria termófila, los casos se multiplicarían durante el verano, es posible que existan factores que retrasen la aparición de casos. Por ejemplo, que la colonización de aves de corral se produzca de forma acumulativa durante toda la estación cálida, de modo que la prevalencia máxima en la carne de consumo se produzca al final del verano. Por otro lado, a pesar de verse favorecida por las temperaturas cálidas, *Campylobacter* es también altamente sensible a la desecación y falta de humedad, por lo que podrían darse factores ambientales en verano que actuasen en dirección opuesta.

Criptosporidiosis

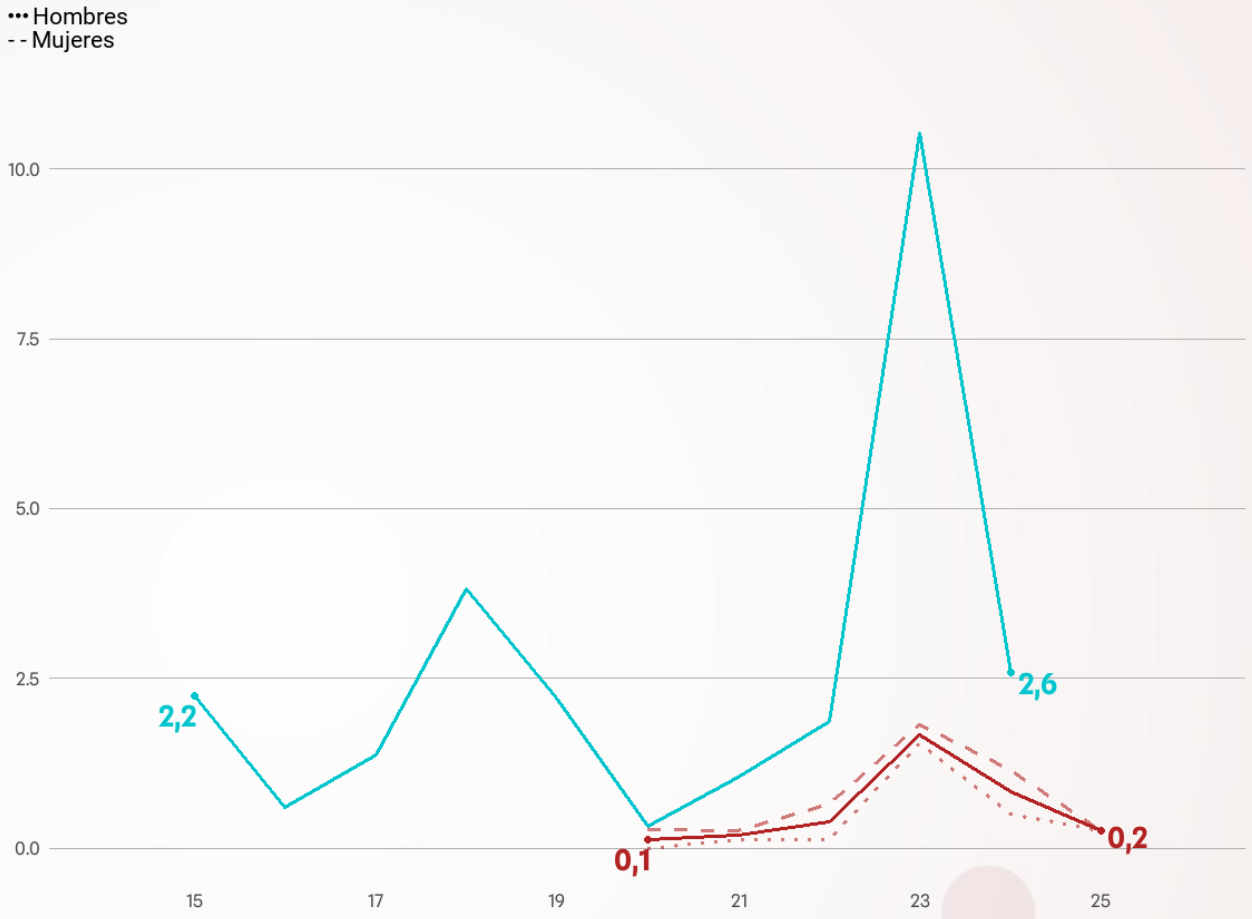
Resultados

En 2025 se detectaron en la RM un total de 4 casos de criptosporidiosis, con una IA de 0,2 (-70% respecto al 2024; figura 7).

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. Desde entonces, en la Región de Murcia la incidencia ha retrocedido notablemente en dos años sucesivos, mientras que la incidencia nacional descendió bruscamente en 2024, siendo esperable que haya tenido lugar una reducción adicional en el 2025.

La razón hombre:mujer de los casos regionales en 2025 fue de 1. La distribución por edades fue homogénea, con un caso en cada uno de los grupos de 1-4, 15-19, 25-44 y 65-74 años.

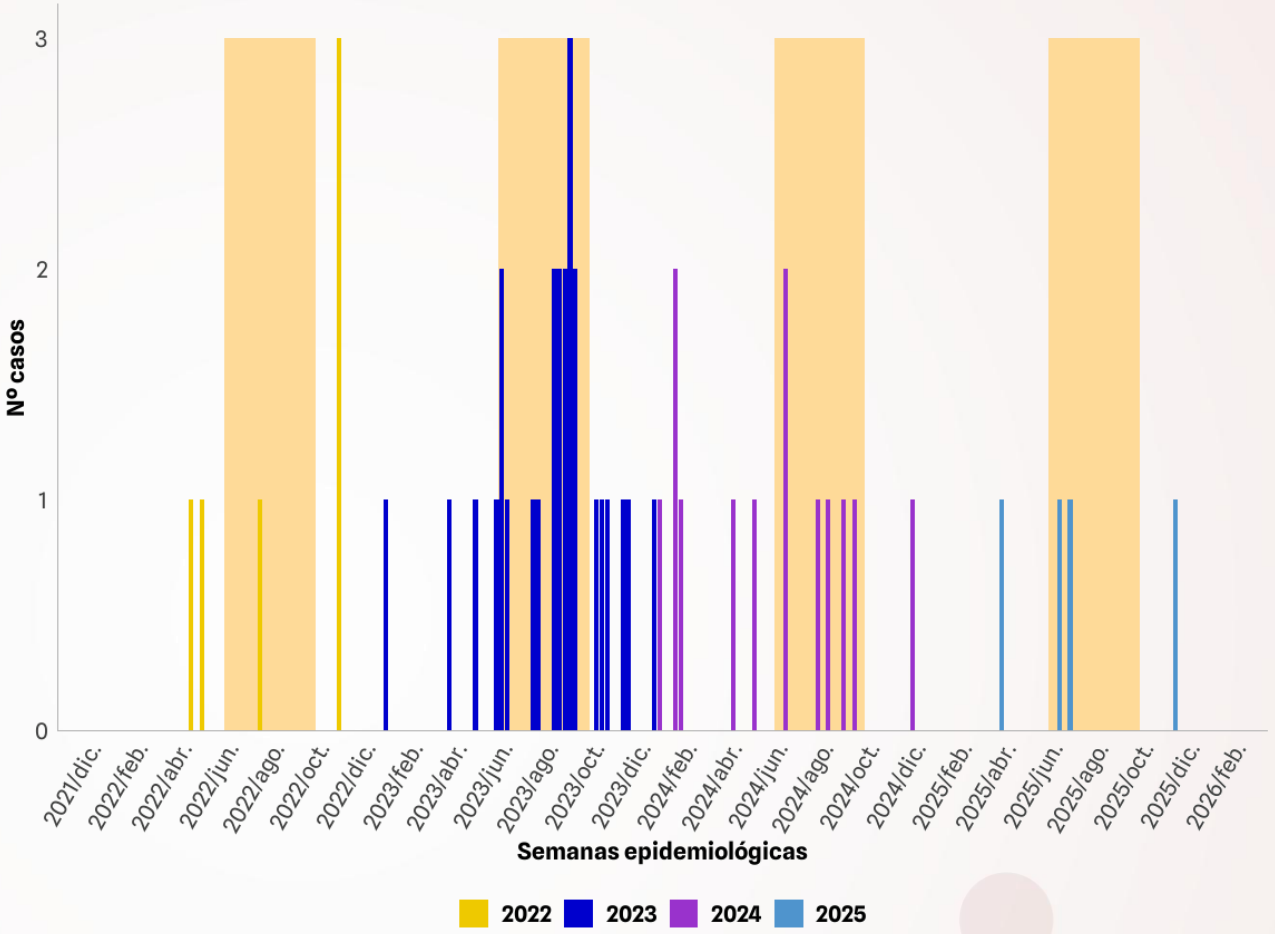
Figura 7. Incidencia anual de criptosporidiosis por 100.000 hab. España y Región de Murcia (por sexo). Años 2020-2025



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

Los casos también presentaron una distribución espacial amplia, apareciendo repartidos en las áreas I, IV, V y VI, sin ningún patrón concreto. La distribución por semanas epidemiológicas de los casos de criptosporidiosis se muestra en la figura 8, donde puede observarse que dos de los casos tuvieron lugar en el periodo cálido.

Figura 8. Recuento semanal de casos de criptosporidiosis en la Región de Murcia. Años 2022-2025



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

Ninguno de los casos identificados en 2025 se asoció a un brote epidémico. Hubo 2 ingresos en total (50%), y ningún fallecido. Los 2 casos ingresados fueron un hombre de 18 años y una mujer de 65 años.

Discusión

La incidencia de criptosporidiosis, tanto regional como nacional, ha descendido desde el brote ocurrido en 2023. En el caso de la Región, la incidencia ha retrocedido hasta niveles casi nulos, mientras que a nivel nacional en 2024 aún se mantenía por encima de 2 casos por cada 100.000 habitantes. Las tres comunidades con más incidencia de criptosporidiosis en el año 2024, ya finalizado el brote nacional mencionado, fueron Navarra, con 17,2 casos/100.000 habitantes; La Rioja, con 12 y Extremadura con 7,4. Estas cifras, que se encuentran varios múltiplos por encima de la incidencia nacional y, especialmente, la regional, sugieren una vez más que las diferencias no se deben a factores favorecedores vinculados al territorio, sino a la sensibilidad con la que funcionan los distintos sistemas de vigilancia. Por tanto, es probable que, si bien la morfología de la tendencia seguida por la criptosporidiosis puede estar reflejada en los datos de la Región, no suceda lo mismo con su magnitud,

estando ampliamente infraestimada.

El alto porcentaje de casos hospitalizados sobre el total de casos detectados, a pesar de que la parasitosis por *Cryptosporidium* no es necesariamente grave, indica que probablemente existe un sesgo diagnóstico hacia los casos de mayor gravedad.

Fiebre tifoidea y paratifoidea

Resultados

No hubo casos de fiebre tifoidea en la Región de Murcia en 2025.

Discusión

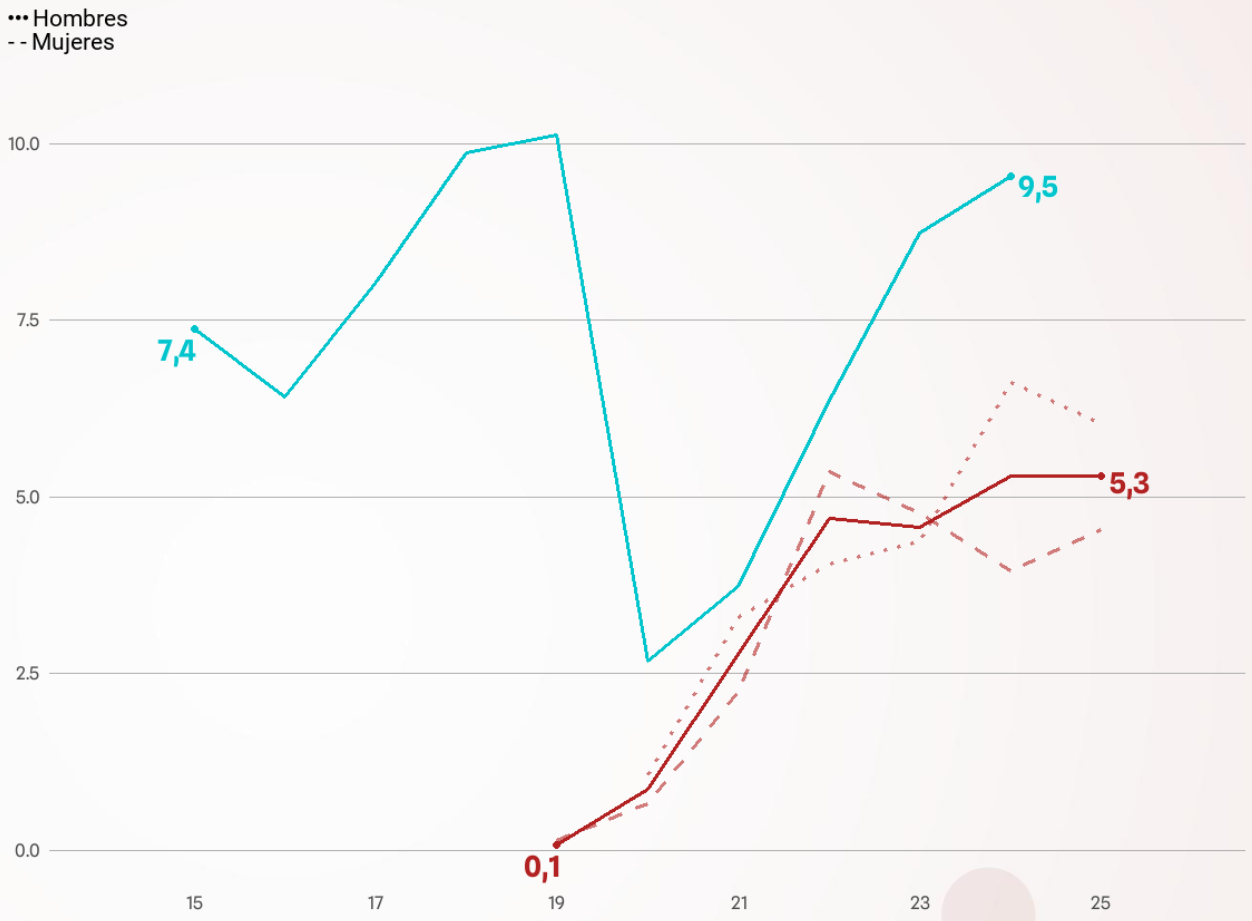
La fiebre tifoidea se encuentra en una situación de mínima incidencia actualmente en la Región de Murcia, y no constituye un riesgo generalizado para la población. Al tratarse de una enfermedad sujeta a vigilancia, cualquier caso detectado deberá investigarse para conocer las potenciales fuentes de infección.

Giardiasis

Resultados

En 2025 tuvieron lugar 84 casos de giardiasis en la RM, alcanzando una IA de 5,3 casos por 100.000 habitantes (figura 9). La incidencia regional se ha mantenido en cifras muy similares a las del año 2024, habiéndose ralentizado su crecimiento desde el año 2022, mientras que la incidencia nacional ha crecido de forma más acentuada entre el 2022 y el 2024 (último dato disponible). La razón de casos hombre:mujer en 2025 fue de 1,3. Generalmente la incidencia en varones se ha mantenido por encima de la de mujeres, alcanzando un máximo en la ratio en el 2024, tras lo cual dicha relación se ha estrechado ligeramente en 2025.

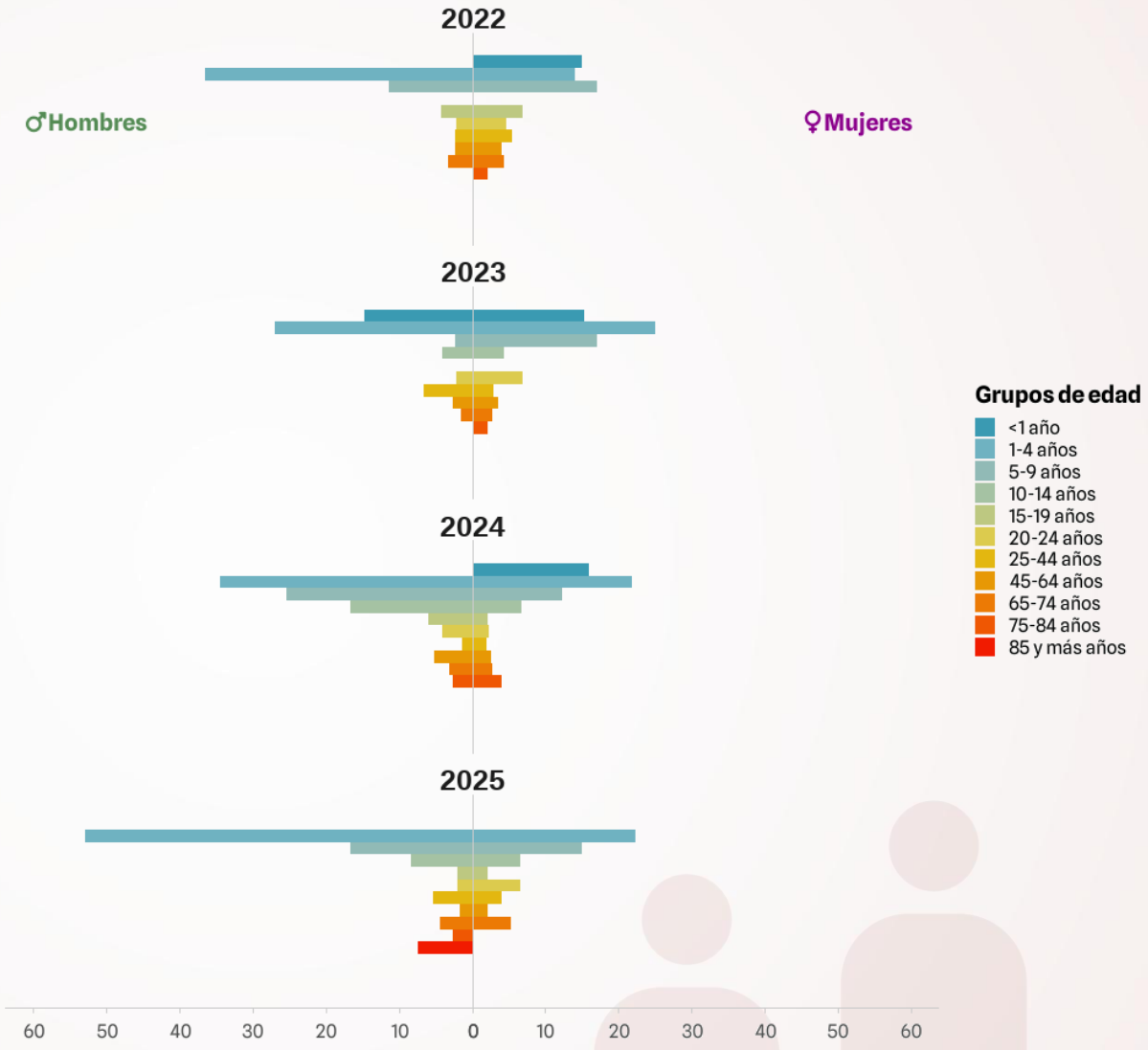
Figura 9. Incidencia anual de giardiasis por 100.000 hab. España y Región de Murcia (por sexo). Años 2020-2025



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 (38,04 casos por 100.000 habitantes). Por edad y sexo, la incidencia en edades más tempranas tiende a ser superior en hombres, mientras que entre adultos tiende a ser más pareja (figura 10).

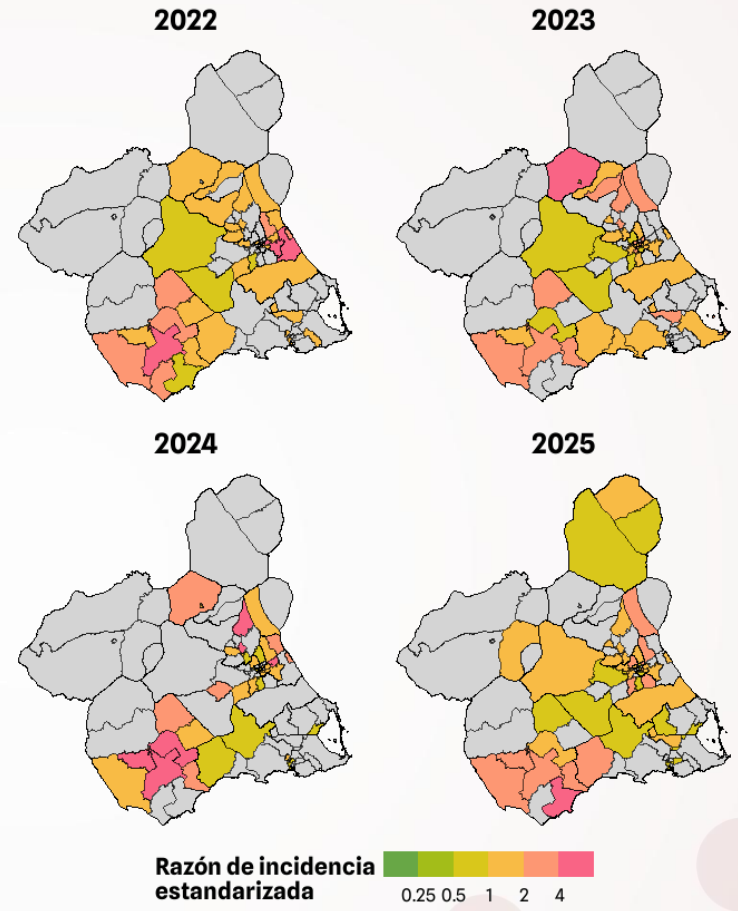
Figura 10. Incidencia acumulada de giardiasis por 100.000 hab. según edad y sexo en la Región de Murcia.
Años 2022-2025



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 anteriores. Las áreas de salud con mayor incidencia fueron Lorca (5,57 casos por 100.000 habitantes) y Murcia Oeste (3,56). El Área Noroeste registró por 4º año consecutivo la menor incidencia. Los mapas de razón de incidencia estandarizada (figura 11) muestran también que son las zonas básicas del área III las que consistentemente presentan elevaciones de casos por encima de lo esperado.

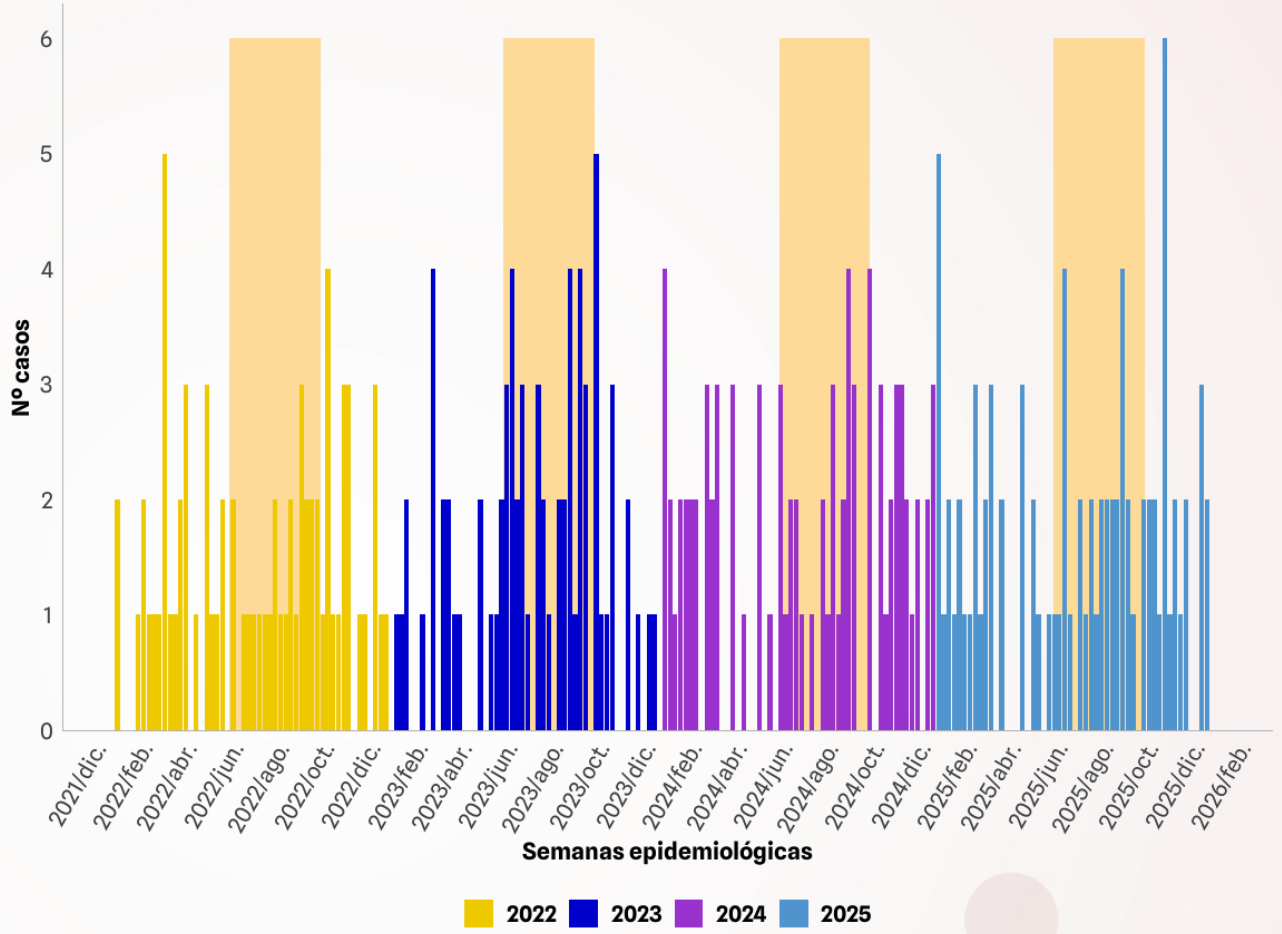
Figura 11. Razón de incidencia estandariz. de giardiasis por zona básica
Años 2022-2025. Región de Murcia
Zona básica sin casos



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

En la figura 12 se muestra el recuento de casos semanales en la RM en los años 2021-2025. La distribución temporal a lo largo del año es homogénea, si bien el periodo primaveral parece tener una menor densidad de casos.

Figura 12. Recuento semanal de casos de giardiasis en la Región de Murcia. Años 2022-2025



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

Hubo 4 casos que requirieron ingreso en 2025 (4,8%). La proporción de hospitalizados en el 2019 - 2024 fue del 5,7%. Los casos hospitalizados de 2025 fueron todos hombres, siendo un caso de 56 años, dos de 67 y uno de 88. No hubo ningún fallecido. No se detectó ningún brote de giardiasis.

Discusión

En 2025, la IA regional de giardiasis se ha mantenido en cifras similares a las del año anterior. 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 2024 fue de 46,3 casos por 100.000 habitantes, y en País vasco de 19,35 casos. Ambas comunidades vienen refiriendo en los últimos años cifras ampliamente superiores a la incidencia nacional y regional, como se ha mencionado en ediciones anteriores de este informe.

En relación a la distribución geográfica de 2025, el patrón dibujado en la figura XX muestra una continuación de los hallazgos de años anteriores. Las comarcas más afectadas tienden a coincidir con

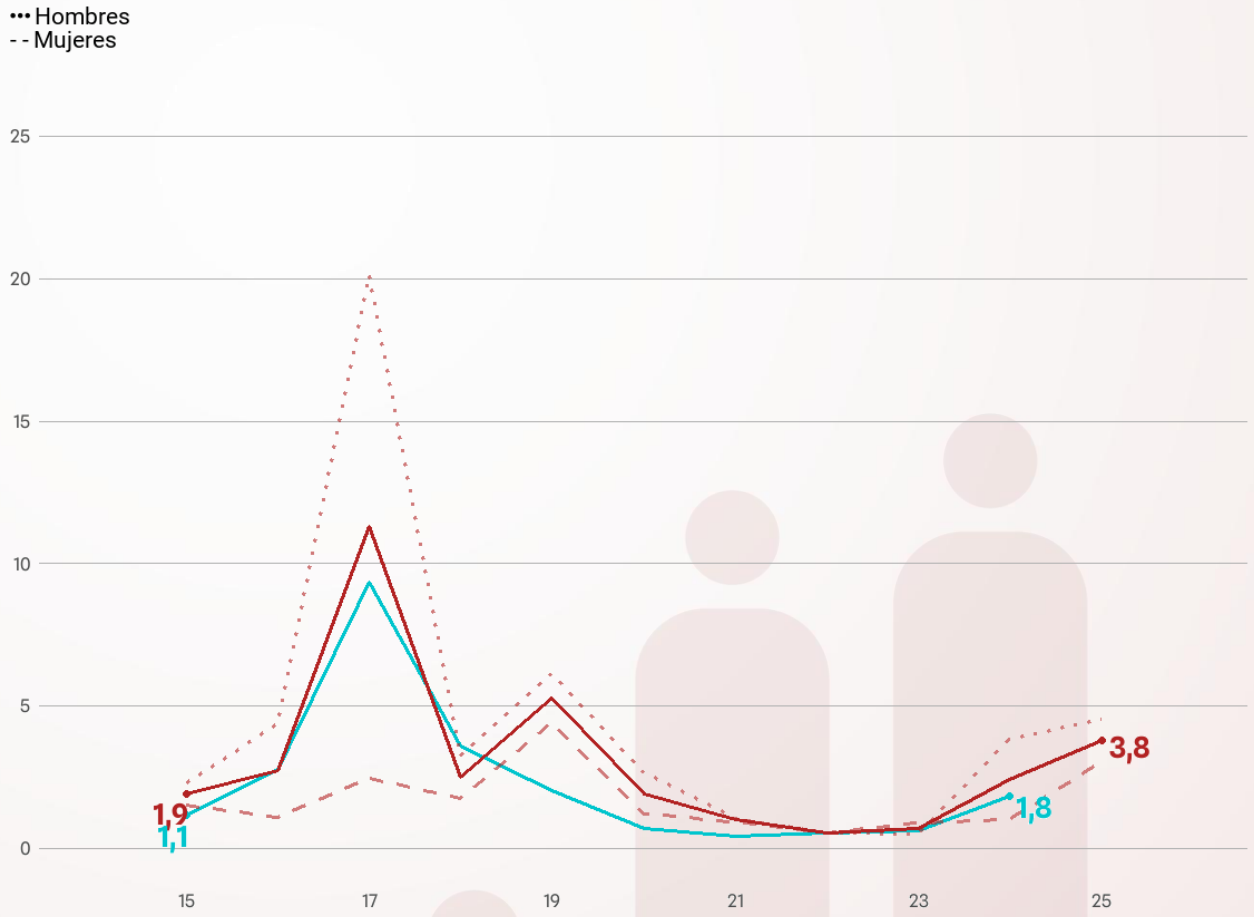
territorios por los que discurren los principales cauces fluviales de la Región, particularmente aquellos vinculadas al Guadalentín. El arrastre de materia contaminada durante las crecidas o desbordamientos podría ser una explicación de que las zonas con mayores incidencias sean estas sistemáticamente.

Hepatitis A

Resultados

En 2025 hubo un total de 60 casos de hepatitis A en la Región de Murcia, con una incidencia acumulada de 3,8 casos por 100.000 habitantes. La incidencia regional ha continuado un año más la tendencia creciente desde los mínimos en 2022-2023, habiendo aumentado un +56% respecto al año anterior (figura 13).

Figura 13. Incidencia anual de hepatitis A por 100.000 hab. **España** y **Región de Murcia (por sexo)**. Años 2015-2025

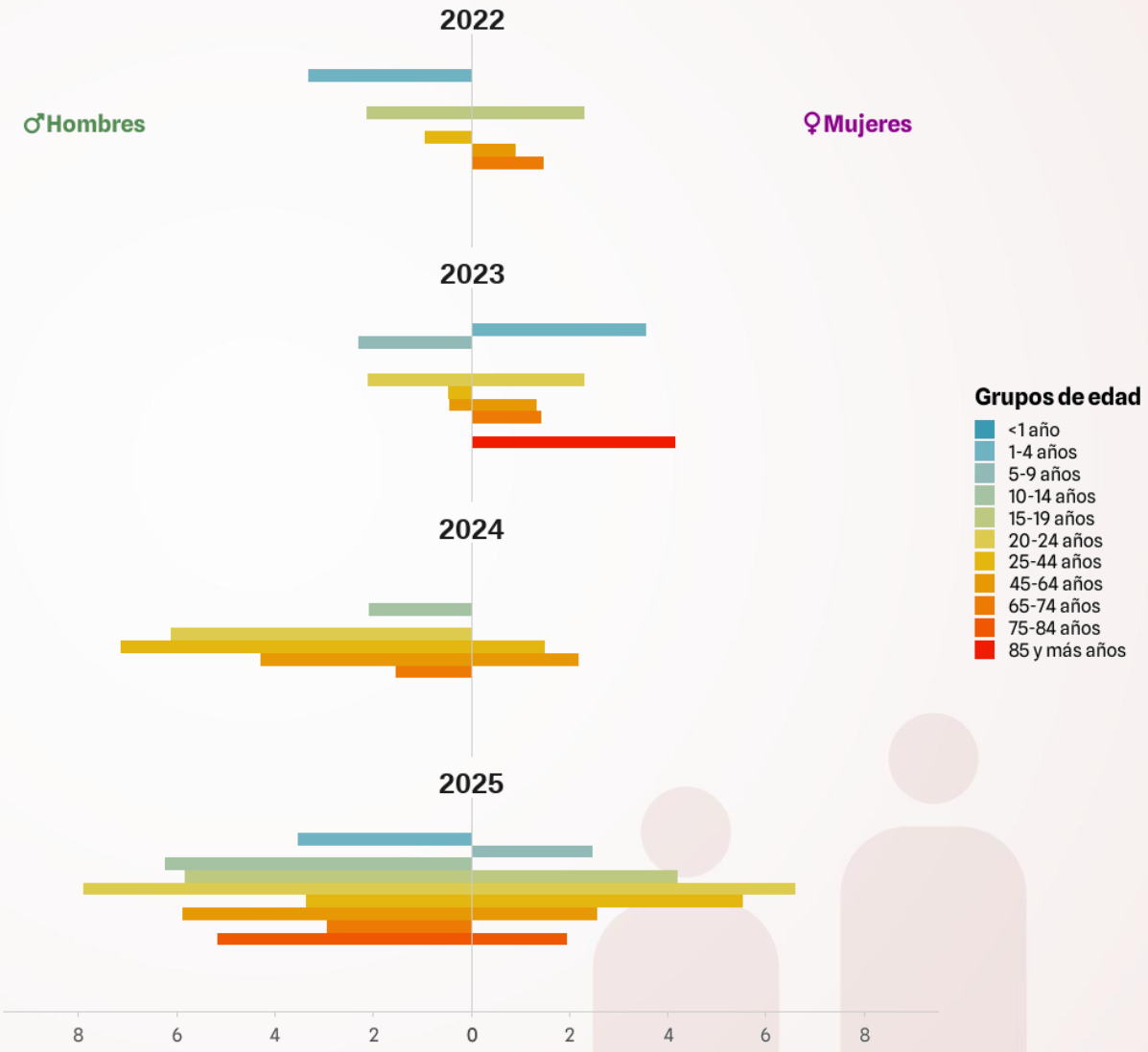


Fuente: SIVIET-RM. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Adicciones

La razón hombre:mujer fue de 1,5. Las mayores incidencias se dieron en hombres de 45 a 64 años (5,88 casos/100.000 habitantes) y en mujeres de 20 a 24 años (6,6 casos/100.000 habitantes). Como puede

verse en la figura 14, la distribución de incidencia por edad y sexo ha sido más amplia y simétrica que en años anteriores.

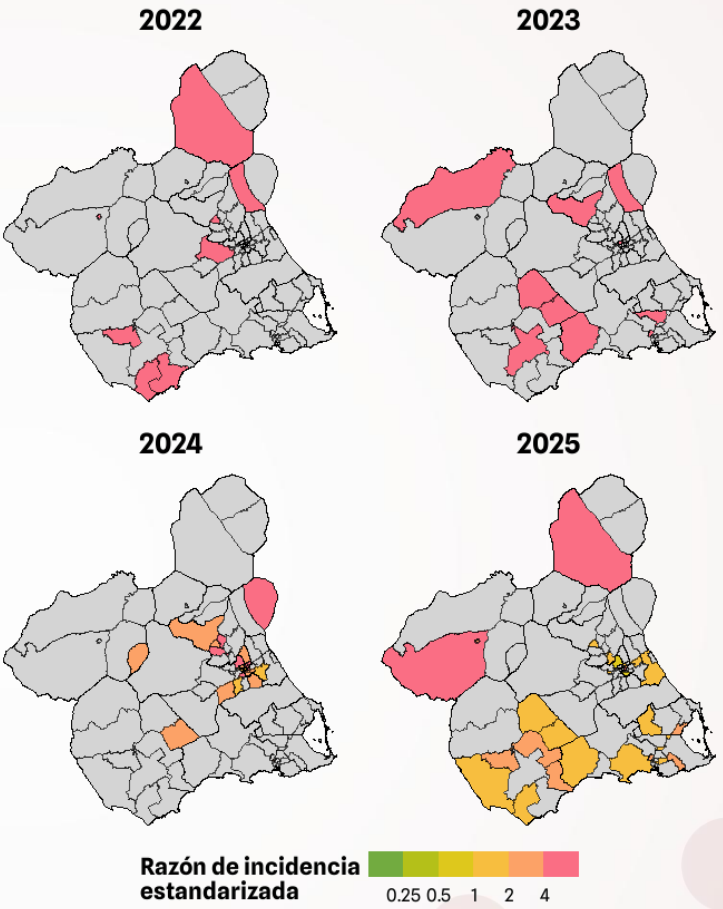
Figura 14. Incidencia acumulada de hepatitis A por 100.000 hab. según edad y sexo en la Región de Murcia.
Años 2022-2025



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

La distribución espacial en 2025 muestra un aumento sustancial de la razón de incidencia estandarizada en la zona básica de Jumilla, correspondiendo con un brote alimentario de hepatitis A que afectó a 22 personas (figura 15).

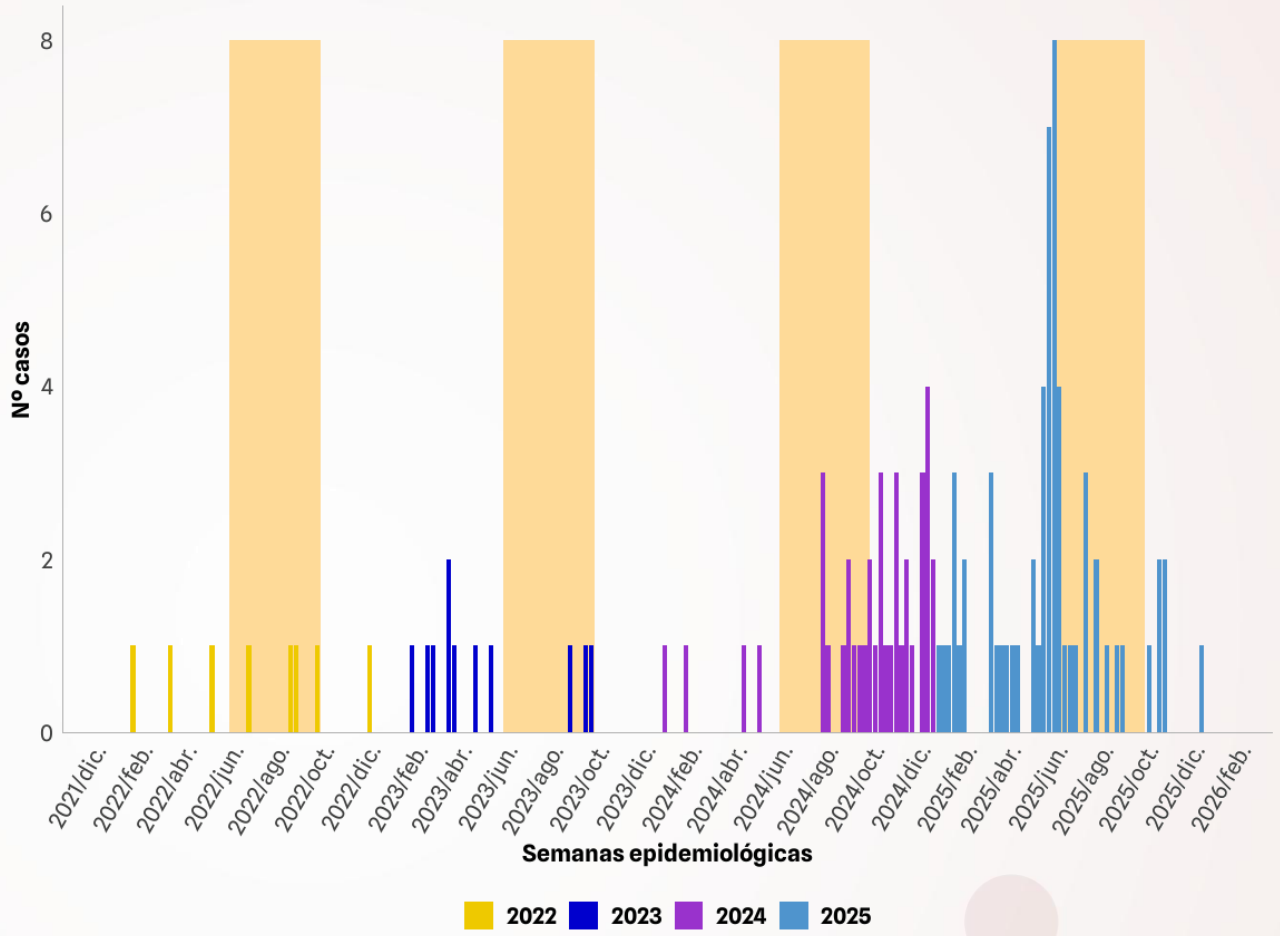
Figura 15. Razón de incidencia estandariz. de hepatitis A por zona básica
Años 2022-2025. Región de Murcia
Zona básica sin casos



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

El recuento semanal de casos refleja el momento de ocurrencia de dicho brote, alcanzándose un pico en la cifra semanal a finales de mayo, dándose por lo demás una distribución temporal de relativa homogeneidad. También puede observarse la continuidad entre el aumento de casos producido en la segunda mitad de 2024 con todo el año 2025, que destaca al comparar este periodo con los años anteriores (figura 16).

Figura 16. Recuento semanal de casos de hepatitis A en la Región de Murcia. Años 2022-2025



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

Hubo 30 hospitalizaciones entre los casos detectados en la RM en 2025 (50%). El porcentaje de hospitalizaciones en el periodo 2015 - 2024 fue menor, de un 45,7%. El 53% de los ingresos fueron hombres, y el 80% de los ingresos tuvieron lugar entre los grupos de 25 a 64 años. No hubo ningún fallecimiento debido a esta enfermedad.

En total se detectaron 7 brotes o clúster distintos, habiéndose detectado 4 el año anterior. Los brotes sumaron 31 casos, suponiendo el 51% de los casos. En el año 2024 los casos asociados a brotes alcanzaron el 63% del total.

Discusión

A diferencia del año anterior, en el cual el crecimiento epidémico de la hepatitis A estuvo probablemente sustentado en el subgrupo de población de hombres que tienen sexo con hombres (HSH), la distribución demográfica de los casos en 2025 en la Región indica que la transmisión de la enfermedad se ha producido de forma más generalizada. No obstante, dada la relativa baja incidencia de la hepatitis A y la

ocurrencia de un brote epidémico alimentario que acumuló más de un tercio de los casos notificados en todo el año, es posible que los datos generales estén influenciados por dicho brote.

Por otro lado, la aparente continuidad temporal de la situación epidémica en el 2024 con lo observado en el 2025 permite hipotetizar que se ha tratado de un mismo evento, vinculado a una circulación elevada del virus no solo en la Región sino a nivel nacional (2), como sugiere el similar comportamiento de la incidencia nacional respecto a la regional. Por añadidura, el análisis genómico de las muestras del brote alimentario referido, además de mostrar 0 diferencias nucleotídicas entre ellas, indicaba también su identidad con brotes o casos en Castilla y León, Andalucía, País Vasco, Madrid, Badajoz, Valladolid y Pontevedra. Es decir, más que una simple superposición temporal, la explicación más probable es que el brote sea una expresión agudizada de la situación epidémica en España y Murcia.

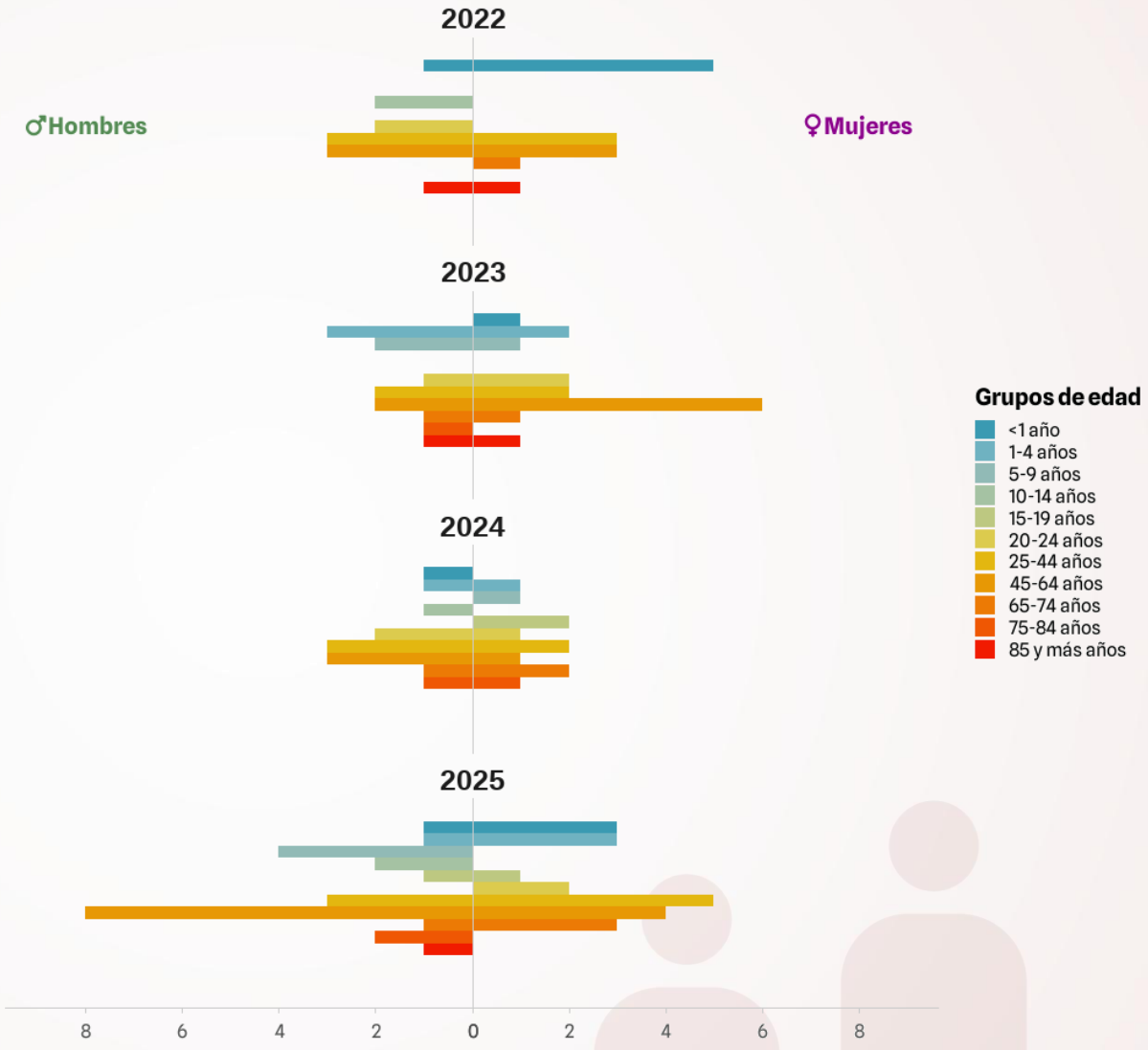
Infección por E. coli productor de toxina shiga o verotoxina (STEC/VTEC)

Resultados

En 2025 se produjeron 45 casos de infección por STEC/VTEC en la RM, alcanzando una incidencia de 2,8 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 ha aumentado sensiblemente desde el retroceso que experimentó en 2024 (+86%), continuando su tendencia general ascendente desde el comienzo de su declaración. Aunque la tendencia nacional se mueve en la misma dirección, su ritmo de crecimiento parece más moderado.

La razón hombre:mujer fue de 1,1, y las mayores incidencias por edades tuvieron lugar en los menores de 5 años (IA <1 año 32,22 y IA 1-4 años 7,25 casos por 100.000 hab.). En el año 2025 destaca un mayor número de casos en edades medias (figura 18).

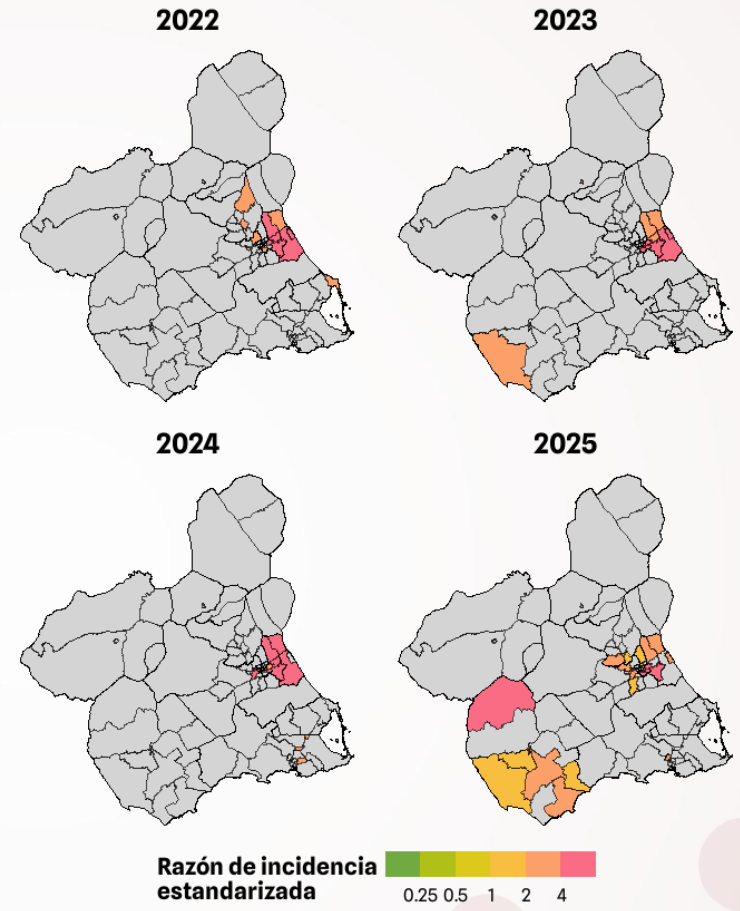
Figura 18. Casos de STEC/VTEC según edad y sexo en la Región de Murcia.
Años 2022-2025



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

La distribución geográfica de la enfermedad continúa mostrando una concentración de casos en el área metropolitana de Murcia y su vecindad. No obstante, es destacable que en años anteriores la incidencia había estado más limitada al área VII, acumulando el 83% de los casos en 2024 y el 93% en 2023, mientras que en 2025 este área sumó el 64% de los casos. Asimismo, debe señalarse la agrupación espacial de casos en distintas zonas básicas del área de salud de Lorca (figura 19).

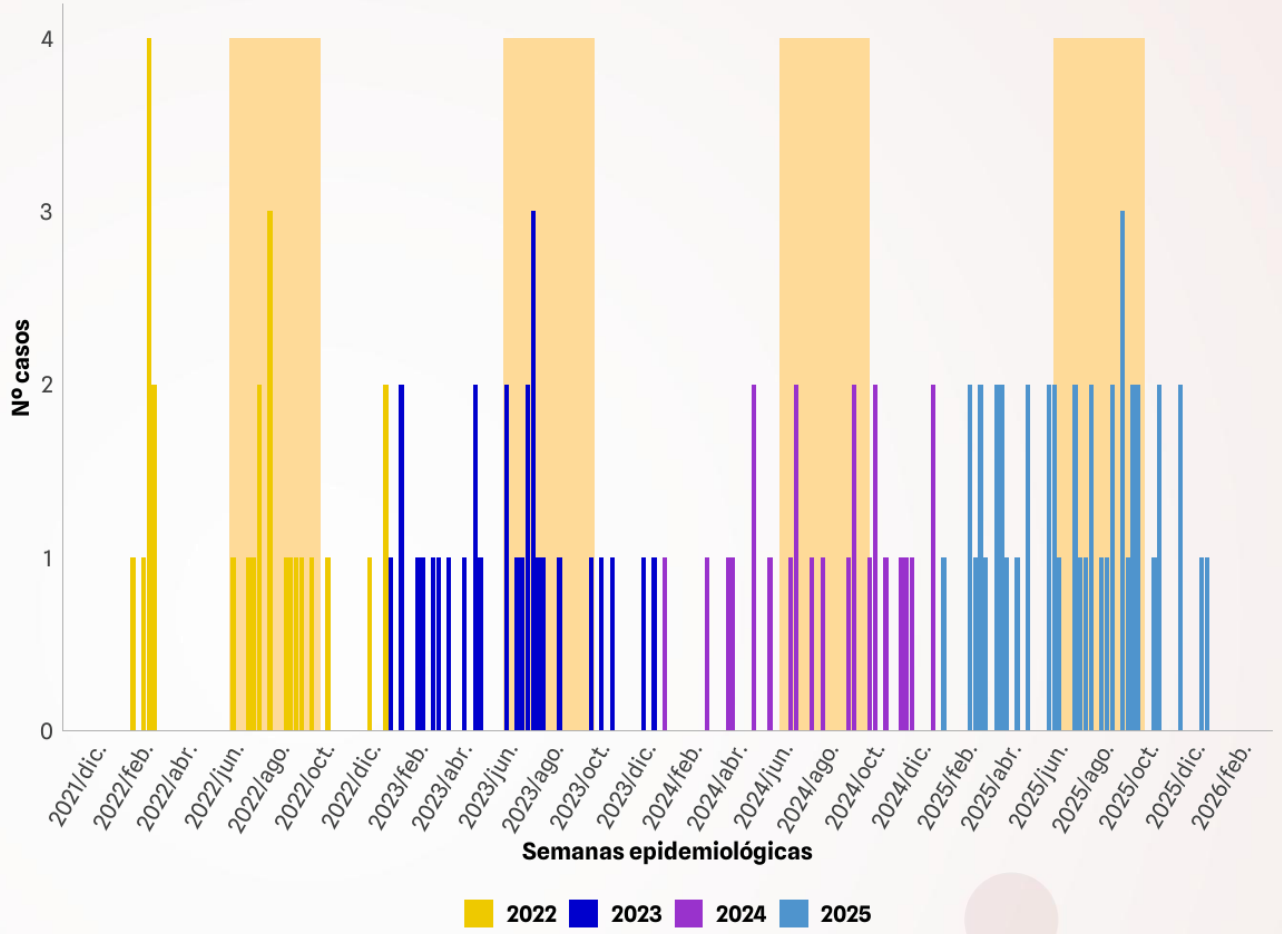
Figura 19. Razón de incidencia estandariz. de STEC/VTEC por zona básica
Años 2022-2025. Región de Murcia



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

La figura 20 muestra la cifra semanal de casos de infección por STEC/VTEC en la RM en los años 2022-2025. En el año 2025 la distribución temporal ha sido homogénea durante el año, con el pico máximo durante el verano.

Figura 20. Recuento semanal de casos de STEC/VTEC en la Región de Murcia. Años 2022-2025



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

Hubo 8 casos que requirieron hospitalización (17,8%). La proporción de ingresados en 2020 - 2024 fue del 29,6%. Hubo 2 ingresos en menores de 1 año (25% sobre total de ingresos), uno de los cuales fue el único fallecimiento asociado a la infección por STEC/VETC que hasta el momento se ha registrado en la Región. Se trataba de un caso con una cardiopatía congénita y varias comorbilidades. No se detectaron brotes causados por STEC/VTEC en 2025.

Discusión

En ediciones anteriores de este informe se ha discutido la influencia de la capacidad diagnóstica del sistema sanitario en la incidencia regional de la infección por *E. coli* verotoxigénico. Anteriormente, como se ha señalado en el apartado anterior, los casos han estado fuertemente concentrados en el área VII, en la cual se usa rutinariamente una PCR multiplex en el diagnóstico de patógenos gastrointestinales. Es posible que en 2025 dicha situación haya empezado a cambiar, extendiéndose estas herramientas diagnósticas a otras áreas. Esto podría explicar la menor concentración de casos en dicho área, así como el aumento sostenido de incidencia de la enfermedad a nivel regional.

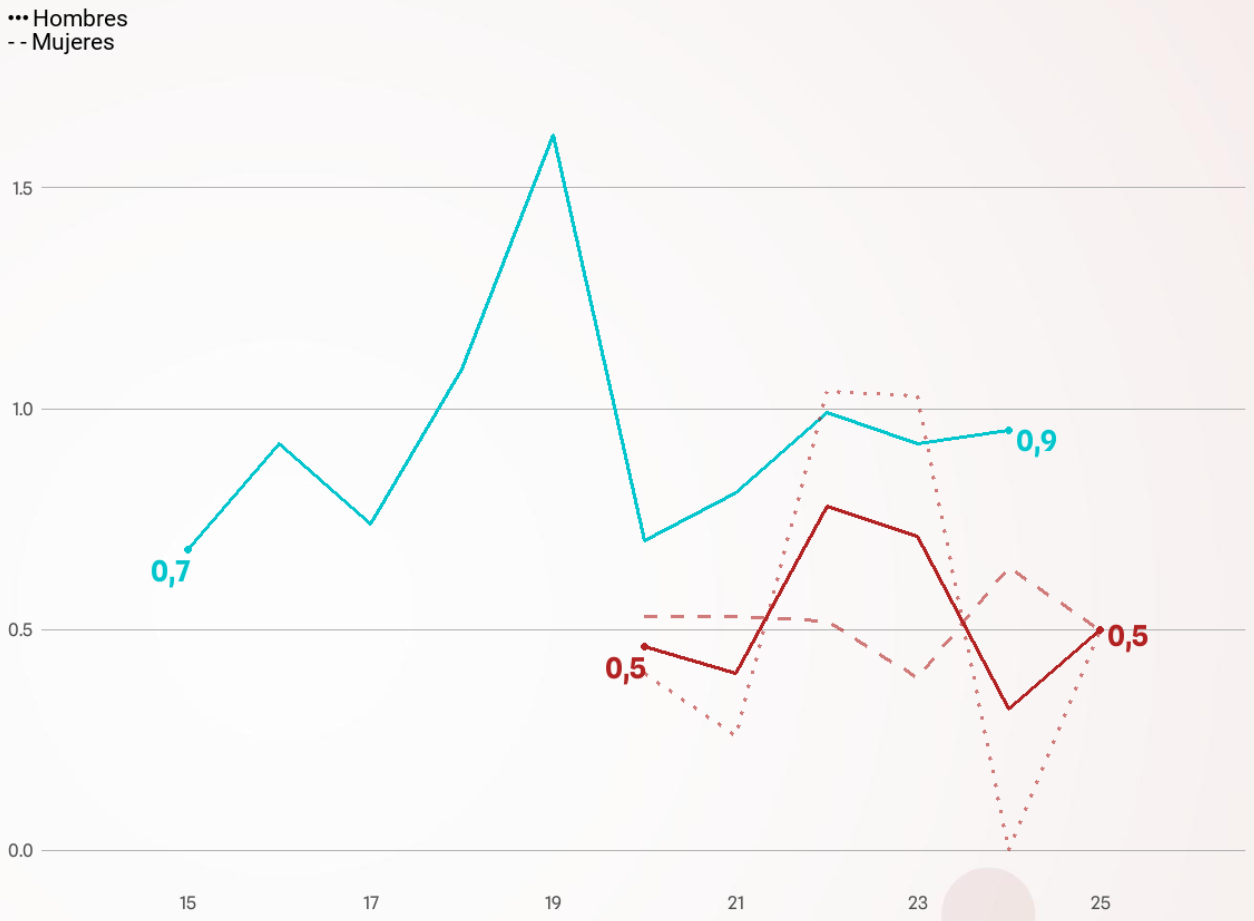
Asimismo, como se viene refiriendo en estos informes, la comparación de los datos de incidencia de la Región con las cifras reflejadas por otras comunidades sirve para orientar qué cifras serían esperables obtener en caso de continuar mejorando la capacidad diagnóstica. En 2024 Navarra registró 29,6 casos por cada 100.000 habitantes, y País Vasco 4,4. Es posible que, de continuar la tendencia hasta ahora mostrada, la incidencia regional siga aproximándose a la vecindad de estas cifras, puesto que el escenario más probable en la Región actualmente es el de la infranotificación.

Listeriosis

Resultados

En 2025 se produjeron 8 casos de listeriosis en la RM, suponiendo una IA de 0,5 casos por 100.000 habitantes. La incidencia en la Región parece estabilizada en torno a los 0,5 casos por 100.000 habitantes, mientras que a nivel nacional parece haber tomado una dirección ascendente en los últimos años, si bien faltan por incluir los datos de 2025, aún no publicados (figura 21).

Figura 21. Incidencia anual de listeriosis por 100.000 hab. España y Región de Murcia (por sexo). Años 2015-2025



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

Se produjeron 4 casos en mujeres y 4 en hombres. En hombres los casos tuvieron lugar en individuos de 19, 67, 68 y 76 años, mientras que los casos en mujeres ocurrieron a las edades de 44, 57, 65 y 81. Todos los casos estuvieron hospitalizados, y el varón de 76 resultó en fallecimiento. Los casos estuvieron distribuidos de forma amplia en 6 áreas de salud, y no se detectó ningún brote de la enfermedad.

Discusión

La distribución espacial de la listeriosis en España muestra un gradiente norte-sur, siendo las comunidades más afectadas aquellas situadas a mayores latitudes en la península: en 2024, las CCAA con más incidencia fueron Galicia (1,85 casos por 100.000 habitantes), La Rioja (1,51) y Castilla y León (1,51). Es poco probable que este gradiente sea atribuible a diferencias en la calidad de la vigilancia, dado que la incidencia nacional se sitúa cercana a los valores de las CCAA con más incidencia, a diferencia de lo que sucede en otros ejemplos citados en este informe. Por otro lado, existen razones

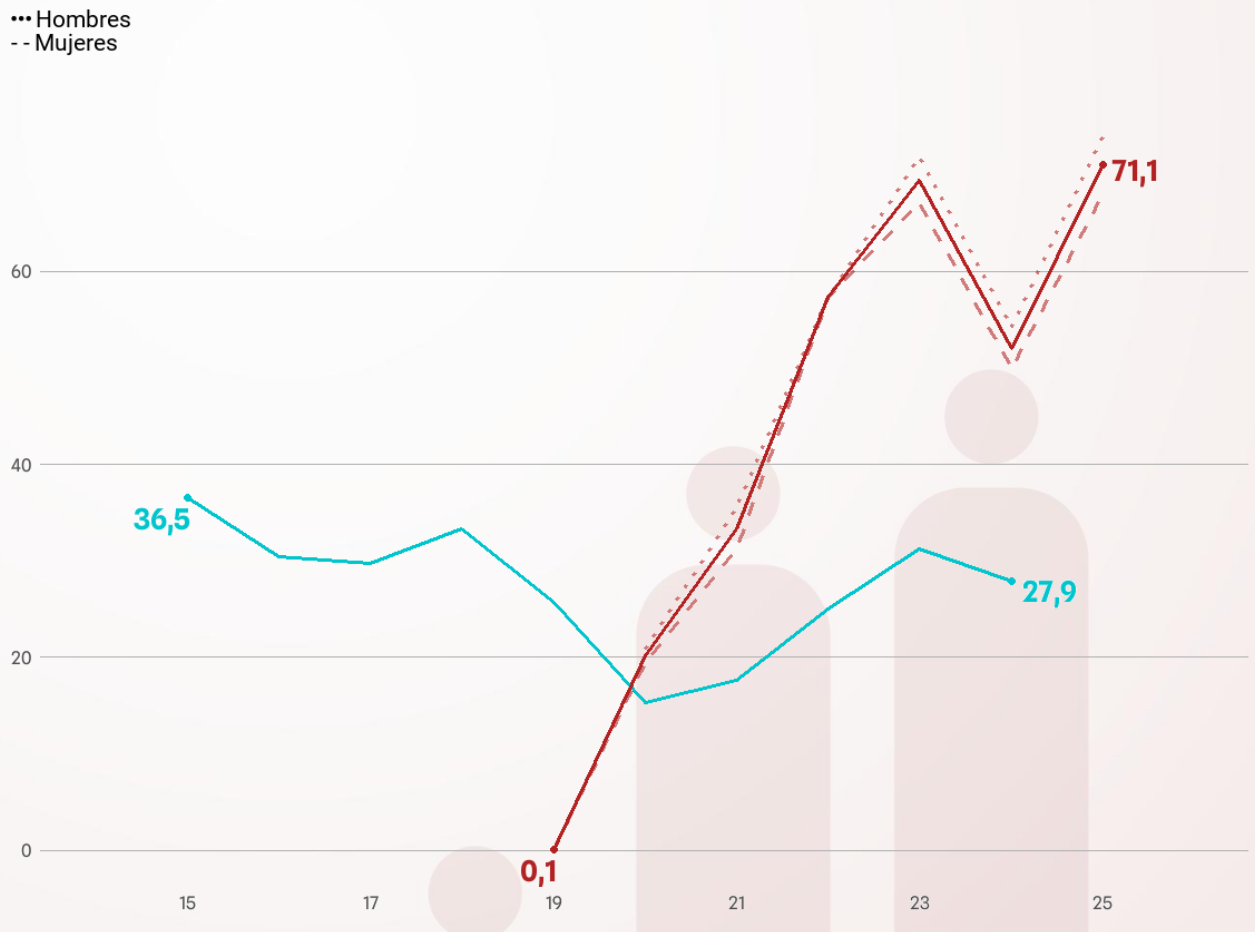
epidemiológicas (mayor nivel de exposiciones de riesgo en dichas zonas) y clínicas (diagnóstico más exhaustivo por la gravedad promedio de los casos) que permiten suponer que las cifras reflejadas en la Región son cercanas al comportamiento real de la listeriosis.

Salmonelosis

Resultados

En 2025 se produjeron 1128 casos de salmonelosis en la RM, suponiendo una incidencia de 71,1 casos por 100.000 habitantes. La incidencia anual de salmonelosis a nivel nacional y regional se muestra en la figura 22. La incidencia nacional ha experimentado también un crecimiento desde los mínimos de la pandemia, si bien no ha llegado a superar los máximos previos a esta. Por otro lado, la incidencia regional, tras un receso en 2024, ha continuado su tendencia ascendente hasta alcanzar nuevos máximos históricos en 2025.

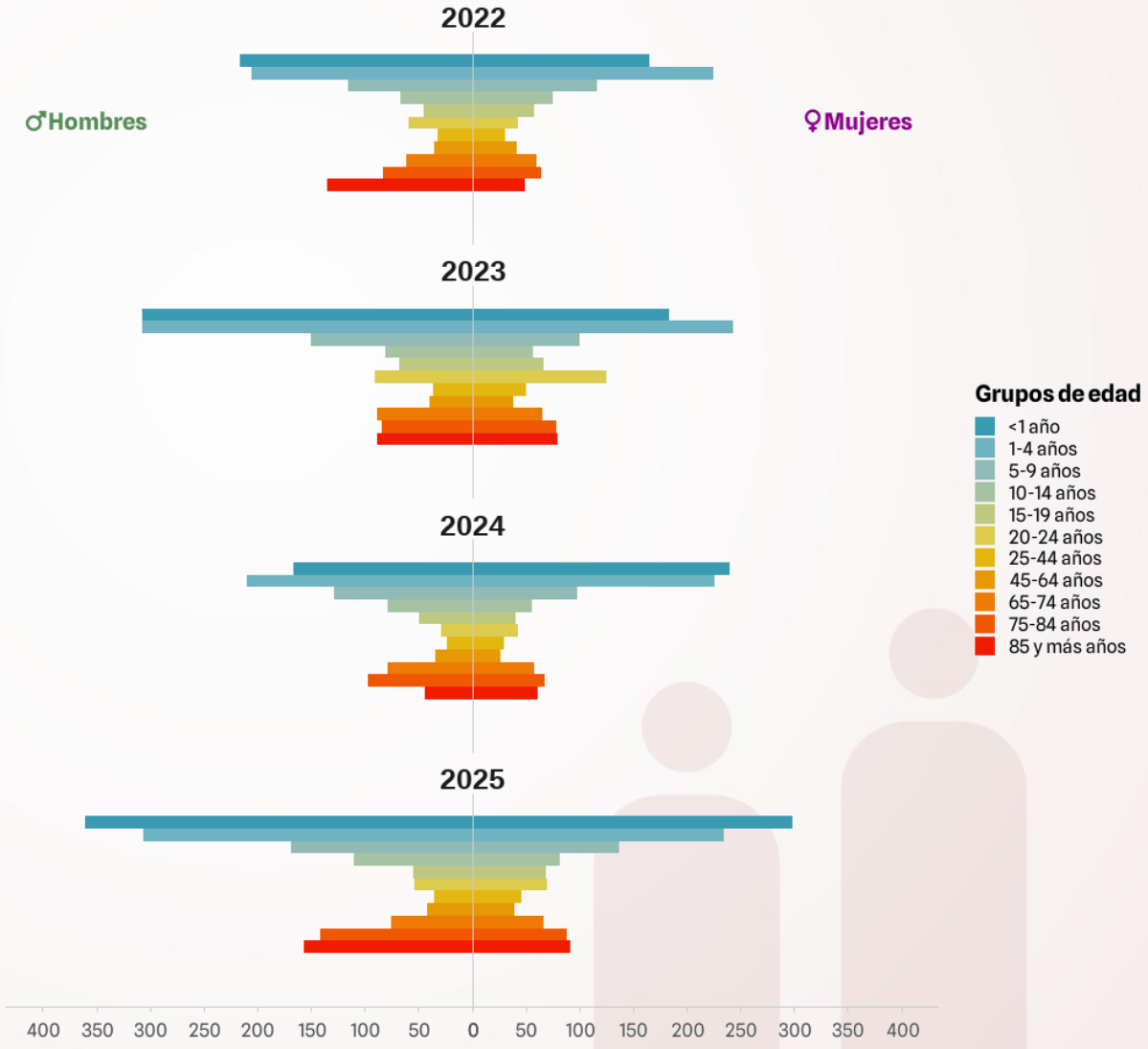
Figura 22. Incidencia anual de salmonelosis por 100.000 hab. España y Región de Murcia (por sexo). Años 2015-2025



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 23). Entre 2024 y 2025 el aumento de la incidencia se ha producido en prácticamente todos los grupos de edad y sexo, si bien ha sido mayor en varones y en edades extremas de la vida.

Figura 23. Incidencia acumulada de salmonelosis por 100.000 hab. según edad y sexo en la Región de Murcia.
Años 2022-2025



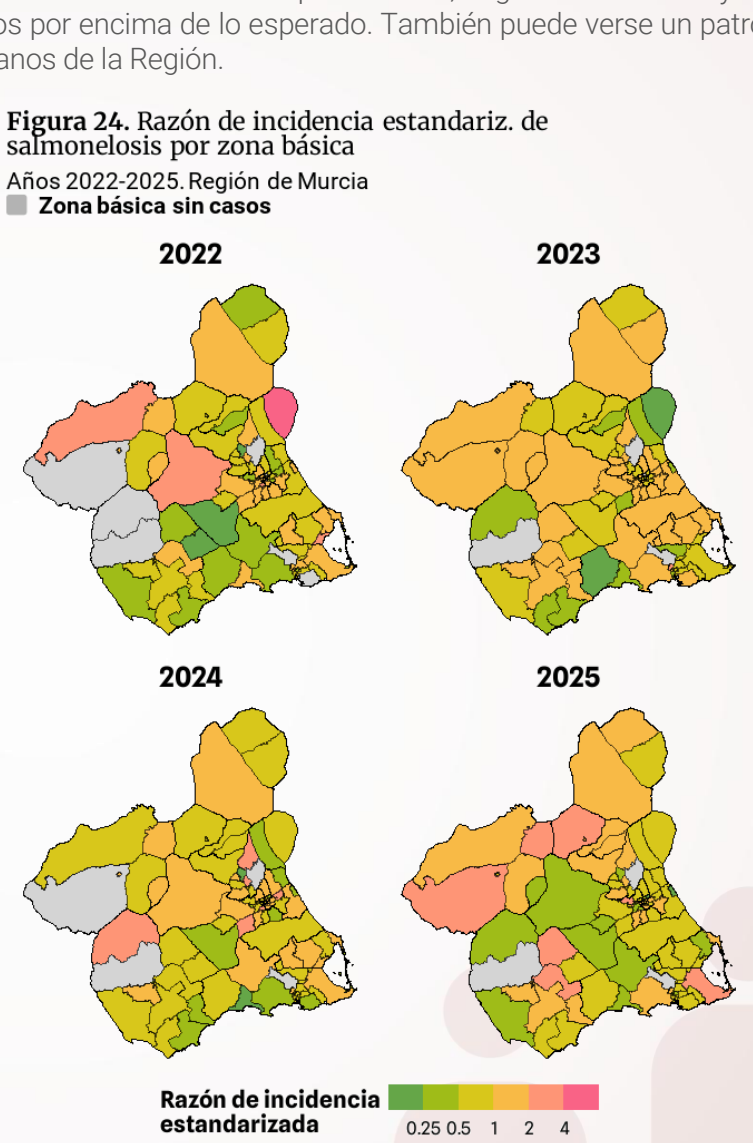
Fuente: SIVIET-RM. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Adicciones

La distribución geográfica de la salmonelosis en los últimos años puede observarse en la figura 24. Aunque la gran mayoría de zonas básicas de salud ha tenido casos de salmonelosis, al mostrar la razón de incidencia estandarizada puede comprobarse qué áreas han tenido menos casos de los previsibles,

o más. En este sentido, mientras que los años 2023 y 2024 mostraban una distribución bastante homogénea, en el 2025 destaca una cierta polarización, según la cual la mayor parte del norte de la Región muestra casos por encima de lo esperado. También puede verse un patrón que responde a los grandes núcleos urbanos de la Región.

Figura 24. Razón de incidencia estandariz. de salmonelosis por zona básica

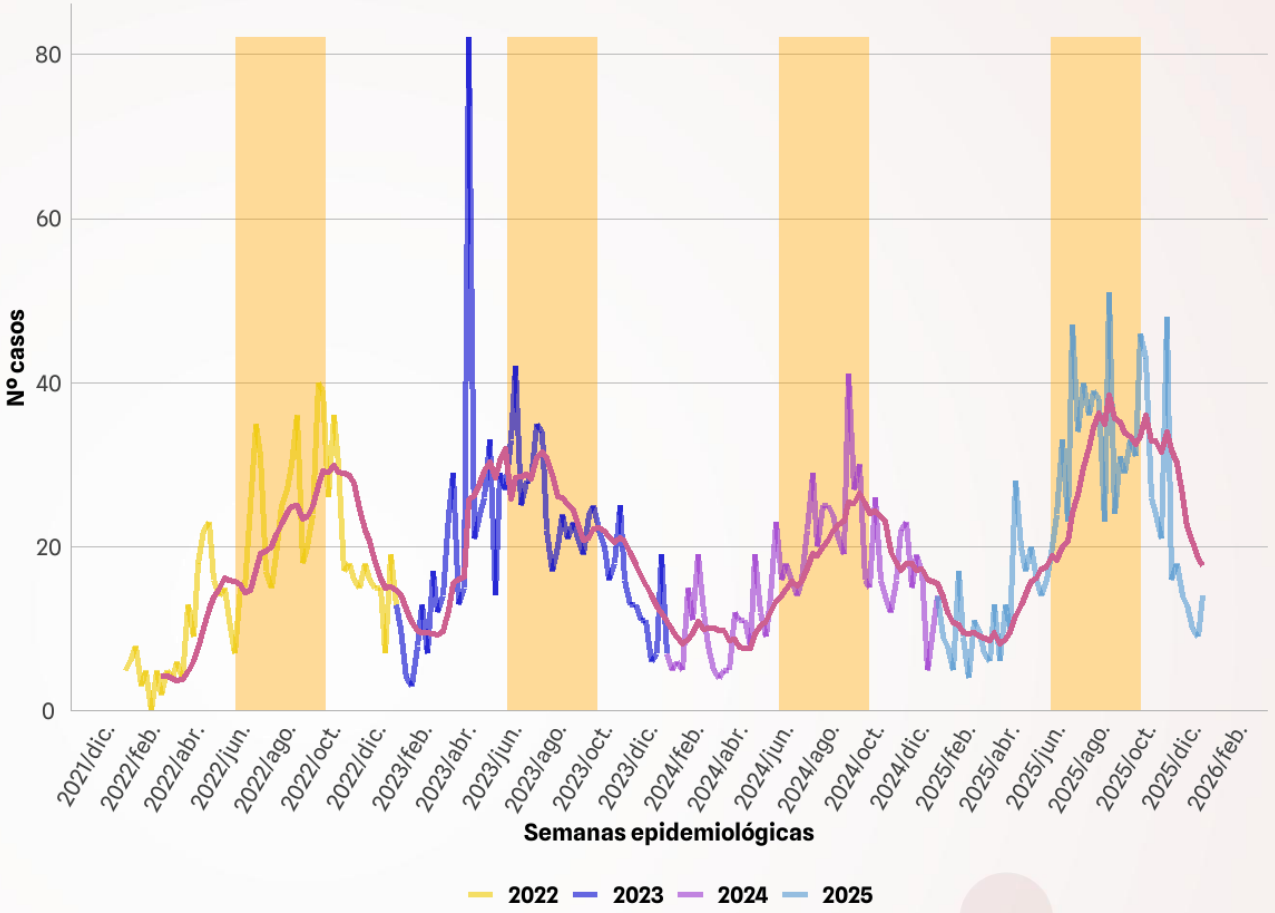
Años 2022-2025. Región de Murcia



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

En la figura 25 se muestra el recuento semanal de casos de salmonelosis en los años 2022-2025, 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. En el 2025, las cifras de la media móvil han sido las máximas de todo el periodo cubierto, al haber tenido lugar un aumento más sostenido del número de casos.

Figura 25. Recuento semanal de casos de salmonelosis en la Región de Murcia. Años 2022-2025



En rosa, media móvil de casos en 8 semanas.
Se marcan en rectángulos naranjas las semanas del periodo junio-septiembre.
Fuente: SIVIET-RM. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Adicciones

Entre los casos de salmonelosis de 2025 hubo 358 hospitalizaciones (31,7%) y 9 fallecimientos (0,8%). La proporción total de hospitalizados en todo el periodo anterior (2019 - 2024) fue similar, de un 30,1%, y la proporción de defunciones en dicho periodo fue algo menor, del 0,5%. En 2025 el 47% de las personas ingresadas fueron mujeres, y el grupo de edad más frecuentemente hospitalizado el de las personas de entre 45 y 64 años (24%), seguido del grupo de 75 a 84 años (17%). Los fallecidos fueron 4 mujeres de 52, 61 (2) y 93 años, y 5 hombres de 49, 68, 82 (2) y 90 años de edad.

Hubo 199 casos registrados de salmonelosis asociados a un total de 74 brotes en 2025. Los datos completos de estos brotes pueden consultarse en profundidad en el Boletín Epidemiológico de Murcia (BEM) dedicado a brotes epidémicos de 2025. 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 2025 aumentó el número de casos en los que se identificó la especie *Salmonella enterica*, de los cuales más de la mitad correspondieron a la subespecie I. Dentro de la subespecie I, la proporción de

subgrupos no investigados ha mejorado considerablemente, pasando de un 52% en el periodo 2022-2024 a un 23% en 2025.

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

Clasificación taxonómica	Nº casos 2022-2024 (%)	Nº casos 2025 (%)
Especie		
Salmonella enterica - no typhi/paratyphi	1,742 (63%)	738 (65%)
Salmonella spp	881 (32%)	380 (34%)
Desconocido	151 (5.4%)	10 (0.9%)
Subespecies de *enterica*		
Subespecie I (*enterica*)	1,280 (49%)	586 (52%)
Subespecie II (*salamae*)	0 (0%)	1 (<0.1%)
Subespecie IIIa (*arizonae*)	2 (<0.1%)	2 (0.2%)
Subespecie IIIb (*diarizonae*)	4 (0.2%)	0 (0%)
No investigado	1,344 (51%)	530 (47%)
Serogrupos de subespecie I		
Grupo C	27 (2.1%)	6 (1.0%)
Grupo D	307 (24%)	149 (25%)
Grupo E	1 (<0.1%)	1 (0.2%)
Grupo O:1,3,19 (E4)	3 (0.2%)	0 (0%)
Grupo O:13 (G)	1 (<0.1%)	0 (0%)
Grupo O:2 (A)	1 (<0.1%)	2 (0.3%)
Grupo O:3,10 (E1)	0 (0%)	1 (0.2%)
Grupo O:4 (B)	164 (13%)	180 (31%)
Grupo O:7 (C1)	46 (3.6%)	44 (7.5%)
Grupo O:8 (C2-C3)	22 (1.7%)	9 (1.5%)
Grupo O:8 (C2)	6 (0.5%)	4 (0.7%)
Grupo O:9 (D1)	38 (3.0%)	58 (9.9%)
No investigado	665 (52%)	133 (23%)

Discusión

En 2025 se ha observado un nuevo aumento de la incidencia de salmonelosis en la Región, alcanzando nuevos máximos en la serie histórica. Como se viene refiriendo en ediciones anteriores de este informe, las razones tras esta tendencia se pueden agrupar en dos campos. El primero agrupa cuestiones relacionadas con la sensibilidad del sistema para captar casos: la calidad y exhaustividad de la vigilancia, la mayor gravedad clínica de la salmonelosis, y las facilidades para su diagnóstico microbiológico, entre otras. El segundo, que reuniría los factores favorecedores para el microorganismo que son propios o frecuentes en la Región. Los factores ambientales (temperatura y humedad) son variables cuya influencia sobre la incidencia de salmonelosis está ampliamente estudiada: *Salmonella* optimiza su tasa de reproducción entre los 35 y los 37ºC (1). En el año 2025, la media de la temperatura mensual en junio fue de 28,7 ºC, 3,2ºC por encima de la media del mismo mes en el año 2024, y la segunda mayor temperatura media registrada en junio desde 1934, siendo la primera en 1943. La temperatura media en julio de 2025 ocupó el tercer puesto en esa misma serie temporal. En los 5 primeros puestos de la temperatura media en julio se encuentran los años 2023, 2015, 2025, 2022 y 2024. En cuanto a agosto, el año 2025 empata con el año 2023 en cuanto al año con mayor temperatura media desde 1934[3]. Es decir, de forma consistente, los últimos años están trayendo los veranos más cálidos de la Región en los últimos 92 años. Dada la correlación de *Salmonella* con la temperatura, es probable que el riesgo continúe siendo más elevado mientras se sigan batiendo récords en este apartado.

Desde el punto de vista de la distribución demográfica de la enfermedad, no se ha observado ningún cambio fundamental, habiendo aumentado el número de casos de forma extendida entre los distintos grupos de edad y sexo.

Según los datos del Boletín Epidemiológico de Murcia acerca de brotes epidémicos en 2025, se ha producido un aumento sustancial en el número de casos vinculados a brotes que fueron ocasionados por infecciones de *Salmonella* respecto al año anterior. Teniendo en cuenta que es más frecuente la aparición de brotes numerosos en áreas densamente pobladas, existe la posibilidad de que esto explique parcialmente los hallazgos en el mapa de razón de incidencia de 2025, en el cual parece haber casos por encima de lo esperado en las inmediaciones de las principales áreas urbanas.

Shigelosis

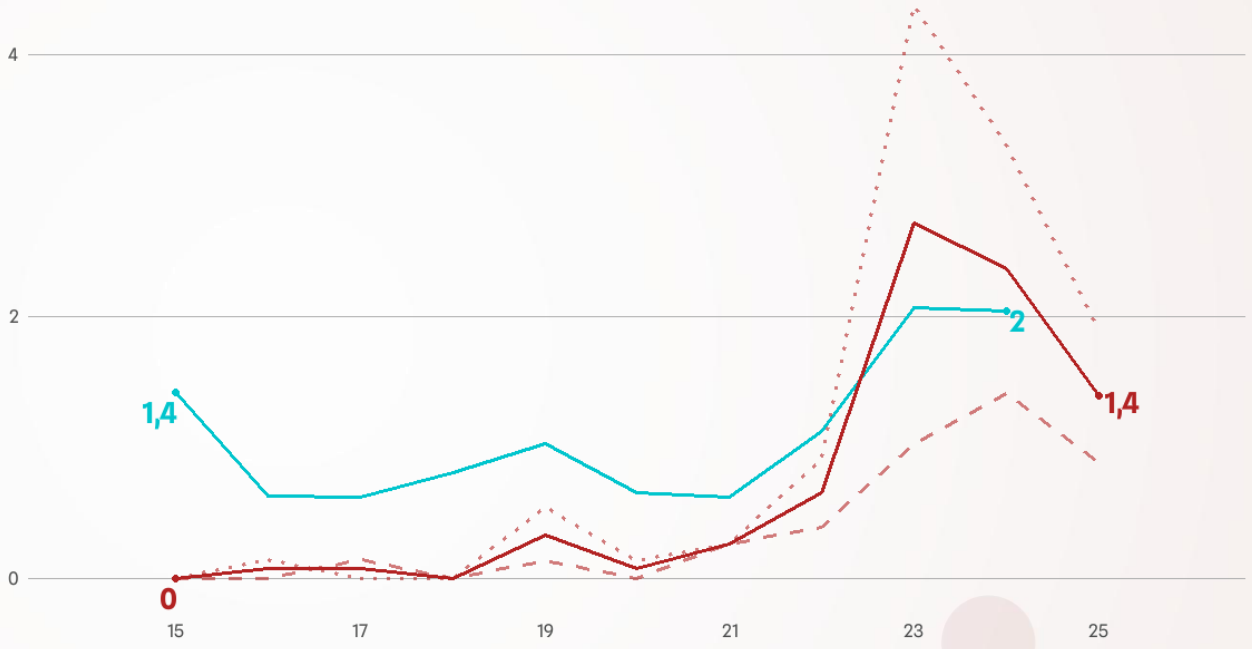
Resultados

En 2025 hubo en total en la Región de Murcia 22 casos de shigelosis, alcanzando una incidencia de 1,4 casos por cada 100.000 habitantes. La incidencia regional ha retrocedido por segundo año consecutivo desde el máximo alcanzado en 2023. Este retroceso se ha debido fundamentalmente al grupo de los hombres (figura 26), habiéndose estrechado la diferencia entre las incidencias de ambos sexos.

[3] https://econet.carm.es/inicio/-/crem/sicrem/PU7/sec33.html

Figura 26. Incidencia anual de shigelosis por 100.000 hab. España y Región de Murcia (por sexo). Años 2015-2025

••• Hombres
- - Mujeres

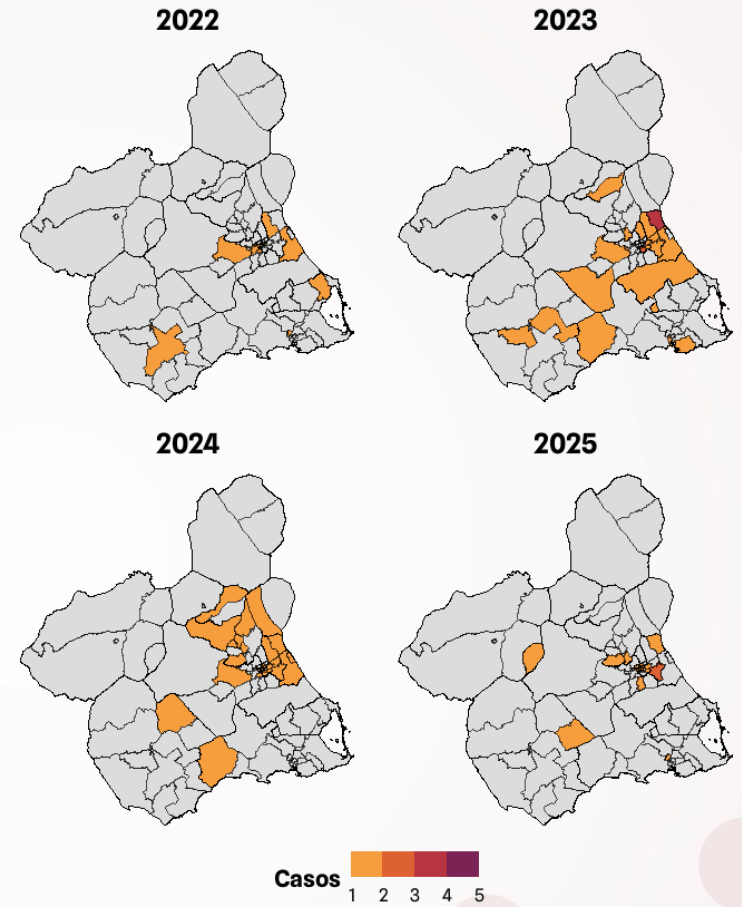


Fuente: SIVIET-RM. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Adicciones

La razón hombre:mujer fue de 2,1, y los datos por edad y sexo muestran que el 41% de los casos tuvieron lugar en varones de entre 25 y 44 años, una proporción smilar a la de años anteiores. Este grupo también alcanzó la mayor incidencia: 4,3 casos por cada 100.000 habitantes, si bien se ha reducido un 60% con respecto a su máximo en 2023.

La distribución geográfica de los casos de shigelosis en 2025 muestra una cierta concentración de los casos en torno a la comarca del área metropolitana de Murcia, si bien es apreciable la reducción en cuanto al número de zonas básicas afectadas respecto a años anteriores (figura 27).

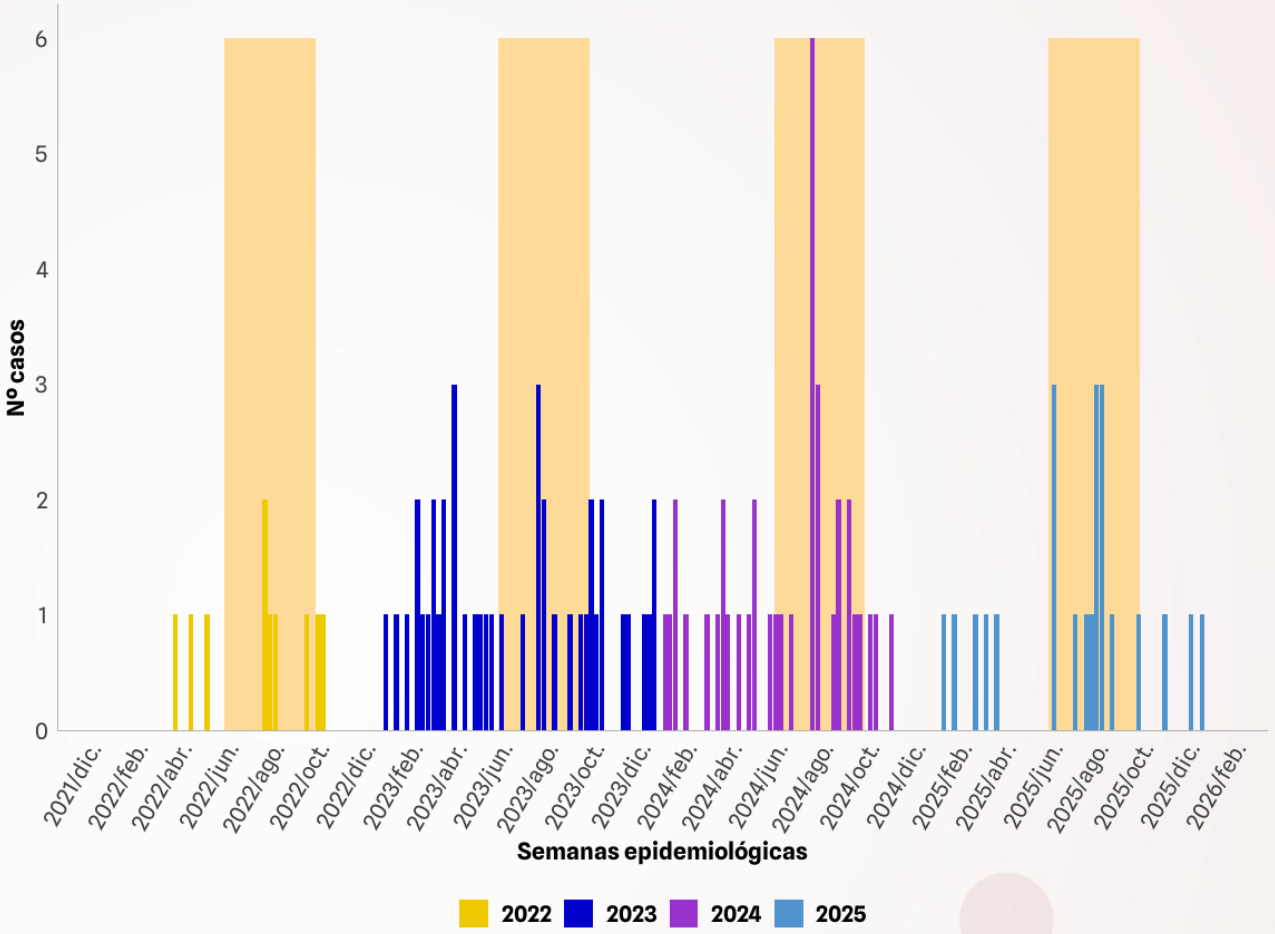
Figura 27. Casos de shigelosis por zona básica
Años 2022-2025. Región de Murcia
Zona básica sin casos



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

El recuento semanal de casos para los años 2022-2025 (figura 28) muestra una distribución temporal similar a la de años anteriores, en la que se alcanzan habitualmente los máximos semanales en la estación cálida.

Figura 28. Recuento semanal de casos de shigelosis en la Región de Murcia. Años 2022-2025



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

Fue necesario el ingreso hospitalario de 7 (31,8%) de los casos de shigelosis identificados en 2025 en la RM. La proporción de hospitalizados en 2016 - 2024 fue del 48,5%. De los ingresos en 2025, 3 correspondieron a hombres de entre 25 y 44 años (42%). El 43% de los ingresos fueron mujeres, cuando el año anterior habían sido el 24%. No hubo ningún fallecido. Se produjo un brote de shigelosis en 2025, en el que se afectaron 5 personas.

Por otro lado, en el periodo 2016 - 2024 la proporción de especies de *Shigella* no identificadas fue de 50% y en 2025 del 41%, como puede verse en la tabla 2. La proporción correspondiente a *Shigella flexneri* fue 8 puntos mayor en 2025, y la de *S. sonnei* fue superior en 2 puntos.

Tabla 2. Especies identificadas en los casos de shigelosis en la Región de Murcia. Años 2016-2024 y 2025.

Especies	Nº casos 2016-2024 (%)	Nº casos 2025 (%)
Shigella flexneri	24 (24%)	7 (32%)
Shigella sonnei	25 (25%)	6 (27%)
Shigella spp	51 (50%)	9 (41%)
Shigella dysenteriae	1 (1.0%)	0 (0%)

Discusión

En 2025 la incidencia de shigelosis ha continuado el descenso que inició en el año 2024, principalmente a expensas del grupo demográfico de hombres adultos jóvenes, cuya incidencia fue máxima en el año 2023. En ese año se produjo un aumento en la transmisión en la población de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) (3), descrito a nivel nacional y que también se vio reflejado en las cifras regionales.

A pesar de esta caída continuada, el grupo demográfico principal han continuado siendo los hombres adultos, tanto en número de casos como en incidencia acumulada, destacando sobre otras enfermedades comprendidas en este informe cuya incidencia tiende a distribuirse hacia edades extremas de la vida.

Como ha ocurrido en otros años, los casos de 2025 se concentraron más en el municipio de Murcia o sus inmediaciones (área metropolitana), alcanzando el 86% de los casos en este año. Es posible que en ello intervenga una mayor capacidad diagnóstica con respecto a otras zonas de la Región, pero también que en esta zona tiendan a ocurrir un mayor número de exposiciones sexuales de riesgo. Las áreas de salud que incluyen toda esta comarca metropolitana (I, VI y VII) tienden a ser las que alcanzan mayores cifras de incidencia en las distintas infecciones de transmisión sexual, según el último informe epidemiológico de la Región (4).

Yersiniosis

Resultados

En 2025 hubo un total de 54 casos de yersiniosis en la Región, con una incidencia de 3,4 casos por 100.000 habitantes. La evolución de la incidencia regional muestra un leve retroceso de la misma en el 2025 con respecto al año anterior. En cuanto a la tendencia nacional, entre 2023 y 2024 el ritmo de crecimiento que la incidencia venía experimentando desde 2020 también se ralentizó levemente. Ambas incidencias se han comportado en líneas generales de una forma similar, si bien la regional muestra más variabilidad debido a su menor población (figura 29).

Figura 29. Incidencia anual de yersiniosis por 100.000 hab. España y Región de Murcia (por sexo). Años 2015-2025

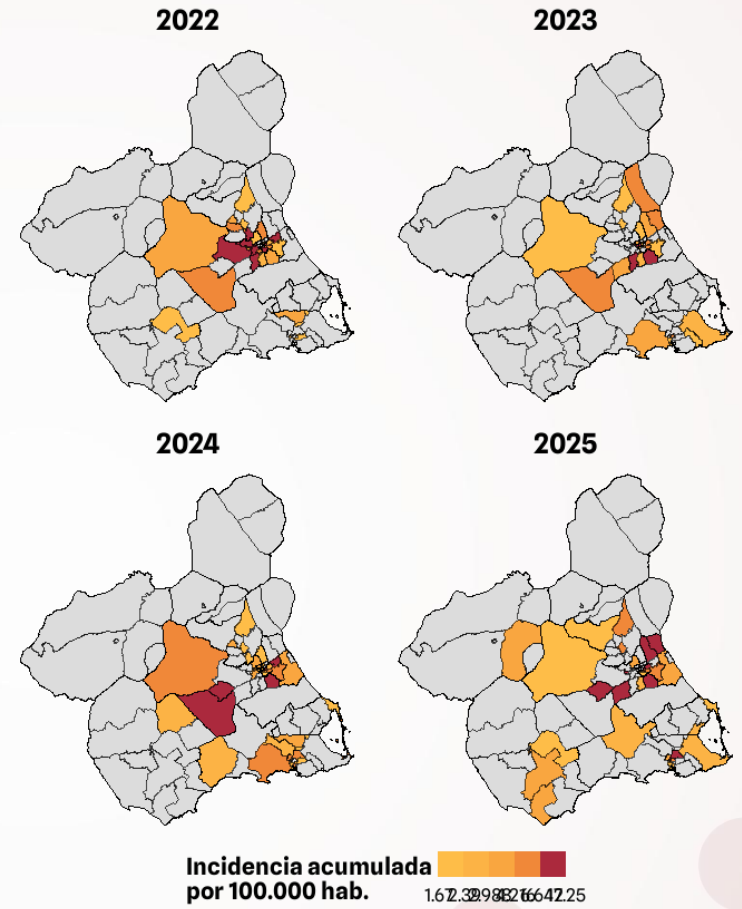


Fuente: SIVIET-RM. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Adicciones

La razón hombre:mujer fue de 1, habiéndose reducido notablemente respecto a los años anteriores, como puede verse en la gráfica previa. 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 (25,4 casos por 100.000 habitantes), e incidencias por lo general elevadas entre los niños menores de 1 año (16,11) y de 5 a 9 años (7,3). Las incidencias disminuyen hacia la vida adulta y vuelven a repuntar en los mayores de 75 años.

La distribución espacial de la incidencia de yersiniosis mostró nuevamente un patrón similar a años anteriores, que se concentra en las comarcas del área metropolitana de Murcia, Cuenca de Mula, Bajo Guadalentín y Campo de Cartagena - Mar Menor (figura 30).

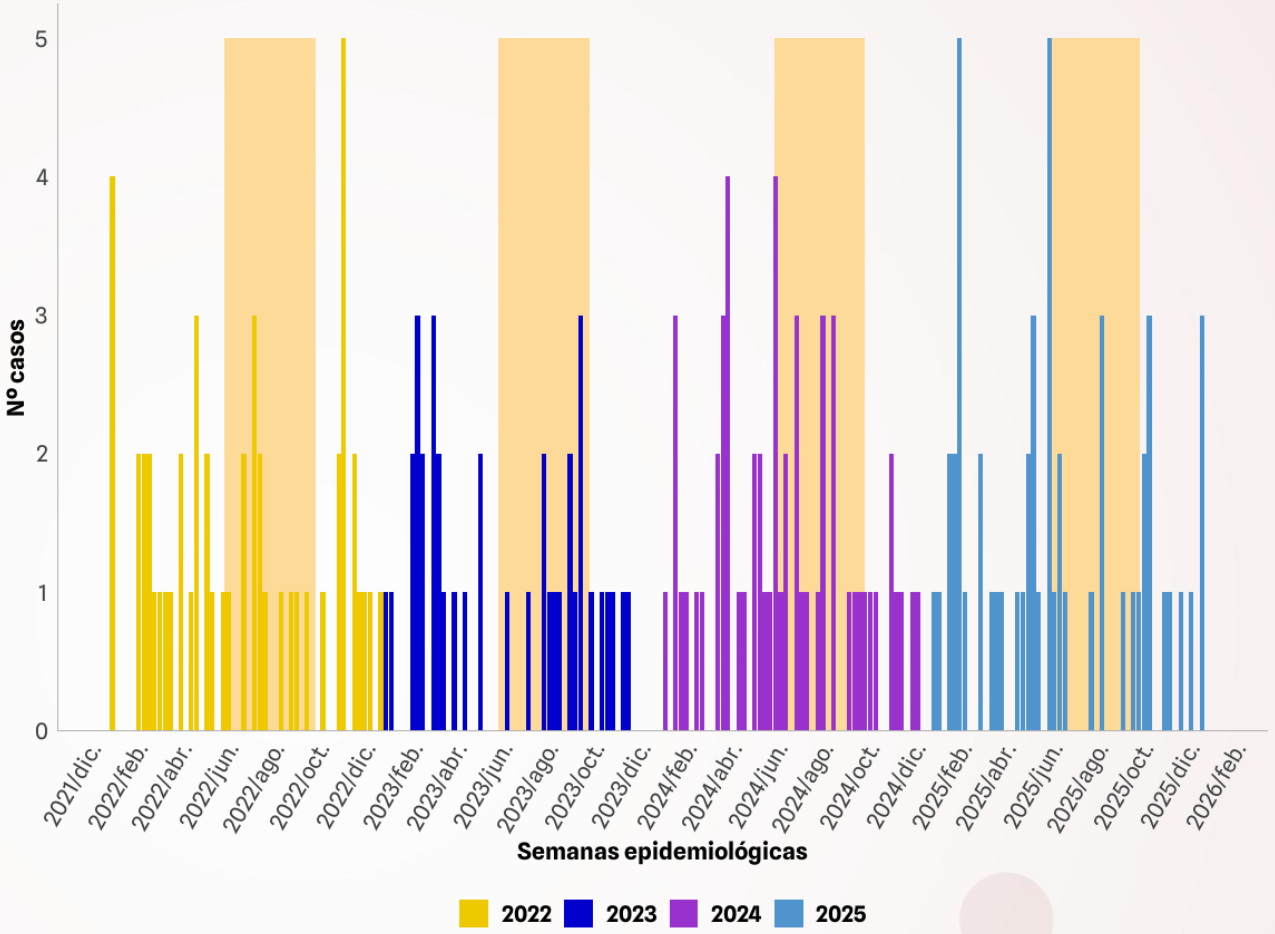
Figura 30. Incidencia acumulada de yersiniosis por zona básica
Años 2022-2025. Región de Murcia
Zona básica sin casos



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

El recuento semanal de casos de yersiniosis en los años 2022-2025 se muestra en la figura 31. No se han observado anomalías significativas en la distribución temporal con respecto a los años anteriores.

Figura 31. Recuento semanal de casos de yersiniosis en la Región de Murcia. Años 2022-2025



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

Entre los casos de yersiniosis de 2025 en la RM se contaron 9 ingresos hospitalarios (16,7%), que correspondieron a 4 mujeres de 33, 43, 79 y 85 años, y a 5 hombres de 14, 20, 70, 78 y 80 años. El porcentaje de ingresados en el periodo 2020 - 2024 fue del 13,6%. No hubo ningún fallecimiento. Hasta el momento no se ha registrado ningún fallecimiento por yersiniosis en la Región. Tampoco se registró ningún brote de yersiniosis en este año.

Discusión

La incidencia regional de yersiniosis se ha mantenido en la cercanía de las cifras nacionales hasta el momento, comportándose de una forma muy parecida. Al desagregar las cifras de incidencia a nivel nacional por comunidades autónomas, se observan desviaciones sustanciales sobre la media nacional, si bien de no tanta magnitud como en otros casos aquí comentados. En Navarra se alcanzaron 12,5 casos por 100.000 habitantes en 2024, y 7,6 casos en Cantabria en ese mismo año.

El principal reservorio de *Yersinia enterocolitica*, que es la causante de la mayor parte de infecciones, es el cerdo, por lo que es probable que aquellas regiones de España en las que es habitual el consumo de carne cruda curada de cerdo tengan una mayor incidencia, especialmente si se elabora de forma tradicional. Por otro lado, *Yersinia* se reproduce bien en condiciones de refrigeración o temperaturas bajas, por lo que sería un factor adicional que podría explicar su mayor incidencia en CCAA septentrionales. Además, no puede descartarse que las diferencias observadas en Navarra o Cantabria sean también producto de una mayor sensibilidad de sus sistemas de vigilancia.

La distribución geográfica de la enfermedad muestra que los casos se concentran principalmente en las comarcas que dependen de los principales hospitales de la Región para el diagnóstico microbiológico, un dato que apoya la hipótesis de la existencia de un sesgo diagnóstico en los resultados de la vigilancia, y por tanto que la auténtica incidencia podría ser mayor.

CONCLUSIONES

El año 2025 se ha visto caracterizado por un repunte de las enfermedades de transmisión alimentaria, tras experimentar un retroceso en el año anterior. La salmonelosis y la campilobacteriosis continúan acumulando la mayor parte de episodios asociados a esta categoría, siendo la primera más relevante desde el punto de vista de salud pública al conllevar una mayor morbilidad y generar un número muy superior de brotes. Por otro lado, destaca el crecimiento continuado de la incidencia de hepatitis A en los últimos años, si bien este año el incremento de incidencia ha estado fundamentalmente vinculado a un único brote epidémico de hepatitis.

El análisis de las incidencias reportadas por las distintas comunidades autónomas en los informes nacionales de la Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública sigue mostrando diferencias sistemáticas y constantes entre los resultados de las distintas CCAA. En los casos particulares de la criptosporidiosis, la giardiasis y la infección por *E. coli* verotoxigénico, es muy posible que su verdadera incidencia en la Región no esté reflejada en los datos.

En líneas generales, gran parte de la tendencia experimentada en los últimos años por estas enfermedades puede explicarse por las mejoras en la sensibilidad del sistema de vigilancia, lo cual permite revelar la incidencia que se encontraba sumergida y realizar actuaciones de salud pública en esos casos. Sin embargo, esta sistemática de trabajo cuenta con la limitación inherente de que es reactiva. La integración de los datos de vigilancia con otras fuentes de información que permitan modelizar el riesgo y realizar actuaciones preventivas, así como proporcionar información actualizada y utilizable a los servicios sanitarios para que sean capaces de incorporarla a su planificación, deben ser objetivos prioritarios del Sistema de Vigilancia de Enfermedades Transmisibles de la Región.