

BOLETÍN *epidemiológico* SEMANAL

SEMANAS: 49 - 51

Del 06/12 al 25/12 de 2021

2021 Vol.29 n°7 / 78-89

ISSN: 2173-9277

ESPAÑA



SUMARIO

Vigilancia epidemiológica de la legionelosis en España, años 2019 y 2020. Informe de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica	78
Estado de las Enfermedades de Declaración Obligatoria	85

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA LEGIONELOSIS EN ESPAÑA, AÑOS 2019 Y 2020. INFORME DE LA RED NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Rosa Cano Portero (1, 2), Carmen Martín Mesonero (1) y Rocio Amillategui Dos Santos (1)

(1) Departamento de Enfermedades Transmisibles. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III.

(2) CIBERESP. Instituto de Salud Carlos III

Resumen

Legionelosis es una enfermedad de origen ambiental que se transmite al ser humano a través de aerosoles de agua contaminada con la bacteria *Legionella pneumophila*. La relevancia de esta enfermedad, desde el punto de vista de la salud pública, viene dada por su frecuente presentación en forma de brotes. En 2019 se notificaron 1.579 casos y 1.543 fueron autóctonos (TI=3,28 por 100.000 habitantes). La vigilancia de casos asociados a viajes del ECDC (ELDSNet), notificó 97 casos en viajeros de otros países. En 2020 se notificaron 1.365 casos y 1.354 fueron autóctonos (TI=2,86). Ese año los casos asociados a viajar a España fueron 22. La incidencia en 2020 fue un 13% menor que la registrada en 2019. Este descenso se produjo después de tres años de un aumento mantenido. El descenso se observó, tanto en los casos con antecedente de viaje como en los que no lo tuvieron y se relacionó con los cambios en la movilidad y en los debidos al propio sistema de vigilancia durante la pandemia de COVID-19. El patrón de presentación de la enfermedad no varió con respecto a años anteriores, el 70% de los casos se dieron en hombres y la incidencia aumentó con la edad en ambos sexos. La letalidad se estimó en el 5,5% para ambos años. Se notificaron 58 brotes (246 casos y 13 defunciones). En el 52% de los brotes sólo se registraron 2 casos.

Abstract

Legionellosis is a disease of environmental origin that is transmitted to humans through aerosols of water contaminated with the bacterium *Legionella pneumophila*. The relevance of this disease, from the point of view of public health, is given by its frequent presentation as outbreaks. In 2019, 1579 cases were reported and 1543 were autochthonous (TI=3.28 per 100,000 inhabitants). The surveillance of cases associated to travel (ELDSNet) reported 97 cases in foreign travellers who visited Spain. In 2020, 1365 cases were reported and 1354 were autochthonous (TI=2.86). That year the cases associated to travel to Spain were 22. The incidence in 2020 was 13% lower than in 2019.

This decrease occurred after three years of a sustained increase. The decrease was observed, both in cases with a travel history and in those that did not and was related to changes in mobility and those which affected the surveillance system itself during the COVID-19 pandemic. The pattern of presentation of the disease did not vary with respect to previous years, 70% of the cases occurred in men and the incidence increased with age in both sexes. The case fatality ratio was estimated at 5.5% for both years. 58 outbreaks (246 cases and 13 deaths) were reported. Only 2 cases occurred in the 52% of outbreaks.

Introducción

Legionelosis es una enfermedad de origen ambiental que se transmite al ser humano a través de aerosoles de agua contaminada con la bacteria *Legionella pneumophila*. Esta enfermedad aparece con la proliferación y uso de dispositivos y sistemas que utilizan agua a unas determinadas temperaturas que facilitan la multiplicación de la bacteria y que emiten aerosoles durante su funcionamiento que son los que al ser inhalados pueden producir la enfermedad.

La relevancia de esta enfermedad, desde el punto de vista de la salud pública, viene dada por su frecuente presentación en forma de brotes, tanto comunitarios como los que tienen su origen en hospitales y otras instituciones sanitarias y sociosanitarios, su letalidad, especialmente en personas de edad avanzada o con enfermedades subyacentes, su impacto en la economía, especialmente, en las comunidades autónomas con turismo y la posibilidad de prevención mediante el control de las instalaciones que utilizan agua a temperaturas que facilitan la multiplicación de la bacteria.

Legionelosis es una enfermedad de distribución mundial, sin embargo, es en los países desarrollados donde está bien documentada su incidencia y se detectan brotes de distinta magnitud y localización. En España, al igual que en la mayoría de países de Europa, la declaración de casos de legionelosis aumentó de forma notable en la década de los noventa. Este hecho no tiene una única explicación. En nuestro país hemos sufrido brotes de importante magnitud a partir de la década los noventa y esto ha contribuido a aumentar la sospecha clínica de la enfermedad y la alerta en el sistema asistencial.

España está entre los países de la Unión Europea con incidencia más alta. Se describe a continuación la situación epidemiológica de la enfermedad en España en los últimos dos años.

Nota metodológica

Los casos declarados siguen las definiciones de caso y los criterios para su clasificación recogidos en el Protocolo de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) de esta enfermedad¹. Las variables analizadas fueron: fecha de inicio de síntomas, lugar de residencia, sexo, edad, información sobre antecedentes de viaje u otros antecedentes de riesgo y defunción entre otras. El informe contiene la descripción epidemiológica de la enfermedad para los años 2019 y 2020.

Para la presentación de los datos en las figuras y las tablas se agregó la población en los siguientes grupos de edad: menores de 14 años, de 15 a 24, de 25 a 44, de 45 a 64, de 65 a 84 y de 85 y más años. Se presenta también la distribución por edad y sexo de los casos y la distribución geográfica por comunidades autónomas (CCAA) de las tasas de incidencia (TI). Para el cálculo de las TI, en el numerador se incluyeron todos los casos independientemente del antecedente de viaje, es decir, no se han eliminado del numerador los casos que viajaron a otra comunidad. Se ha tomado esta decisión por la dificultad de establecer el origen de la enfermedad en la comunidad a la que se viajó. En la mayor parte de los viajes registrados la duración es muy corta y sólo en un pequeño número el paciente pasó todo el periodo de incubación en la comunidad a la cual viajó. La información de viajes también se analiza junto con la que facilita la ELDSNet en viajeros extranjeros.

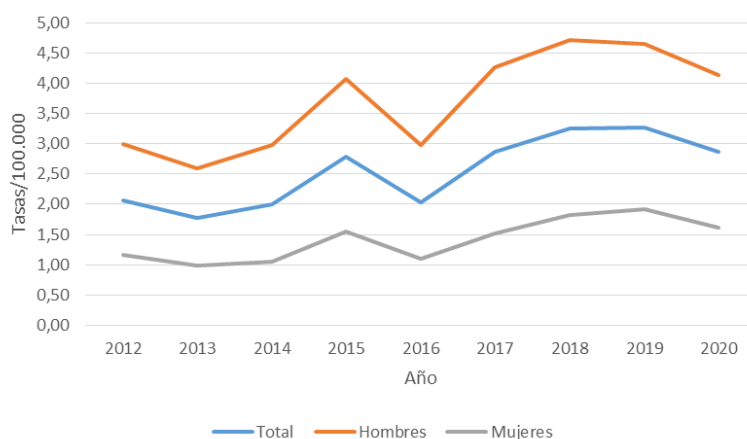
Los datos de población utilizados como denominadores son las cifras de población y censos demográficos del Instituto Nacional de Estadística (INE)². Se han utilizado tanto para el cálculo de TI por 100.000 habitantes globales y por CCAA, como para el detalle de edad y sexo.

Resultados

Distribución temporal y geográfica

En 2019 se notificaron a la RENAVE 1.579 casos de legionelosis, de éstos, 1.543 fueron casos autóctonos (TI=3,28 por 100.000 habitantes) y 36 fueron casos importados contraídos en otros países. Además, a través de la red de vigilancia de casos asociados a viajes del ECDC (ELDSNet), se notificaron 97 casos en viajeros de otros países que tuvieron como antecedente permanecer en nuestro país durante el periodo de incubación de su enfermedad. En 2020 se notificaron 1.365 casos, de los que 1.354 fueron autóctonos (TI=2,86) y 11 importados. Ese año los casos asociados a viajar a España fueron 22. La incidencia en 2020 fue un 13% menor que la registrada en 2019. Este descenso se produjo después de tres años de un aumento mantenido (Figura 1).

Figura 1. Legionelosis, tasas por 100.000 habitantes según el año de inicio síntomas y el sexo. España, años 2012 a 2020.



En 2019, de los 130 casos con antecedente de viaje, para 32 se especificó que viajaron a una comunidad autónoma distinta a la comunidad de residencia. En 2020, de los 61 casos con antecedente de viaje, 18 viajaron a otra comunidad autónoma (CA) distinta a la de residencia.

En 2019 las CCAA con tasas más elevadas (en el tercer cuartil) fueron: Cantabria (TI=7,22 y 42 casos), Cataluña (TI=6,51 y 495 casos), Navarra (TI= 5,82 y 38 casos), País Vasco (TI= 5,82 y 127 casos) y Comunidad Valenciana (TI=3,70 y 185 casos). Las tasas más bajas (en el primer cuartil) correspondieron a Canarias (TI=0,81 y 18 casos), Madrid (1,24 y 83 casos), Andalucía (TI=1,59 y 134 casos), Extremadura (TI=2,16 y 23 casos) y Castilla y León (TI=2,41 y 58 casos). Ceuta y Melilla no notificaron ningún caso (Figura 2).

En 2020 las cinco CCAA con tasas más elevadas (tercer cuartil) fueron: Cantabria (TI=6,18 y 36 casos), Murcia (TI=4,97 y 75 casos), Cataluña (TI=4,41 y 338 casos), Navarra (TI= 4,41 y 29 casos), Comunidad Valenciana (TI=3,91 y 197 casos) y Aragón (TI=3,91 y 52 casos). Las tasas más bajas (primer cuartil) correspondieron a Madrid (TI=0,73 y 49 casos), Canarias (1,20 y 27 casos), Castilla y León (TI=1,30 y 31 casos), Andalucía (TI=2,31 y 196 casos) y Extremadura (TI=2,55 y 27 casos). Ceuta y Melilla no notificaron ningún caso (Figura 3).

Figura 2. Vigilancia de legionelosis. España 2019. Tasas de incidencia por comunidades autónomas.

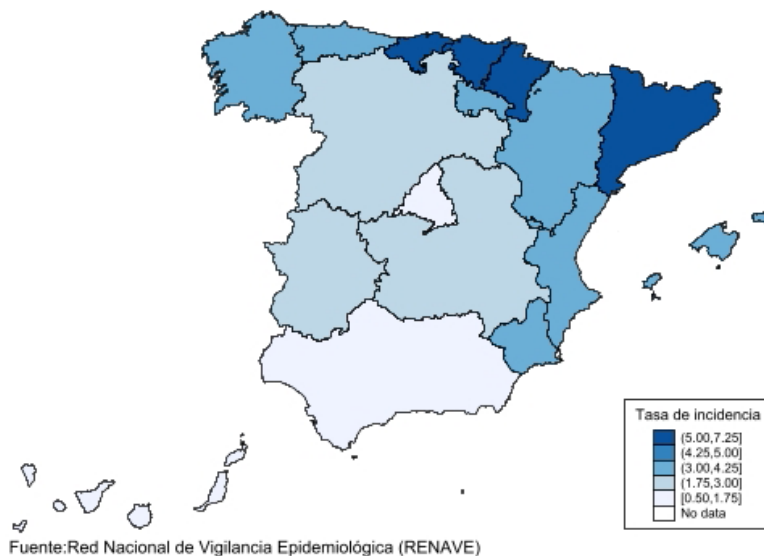
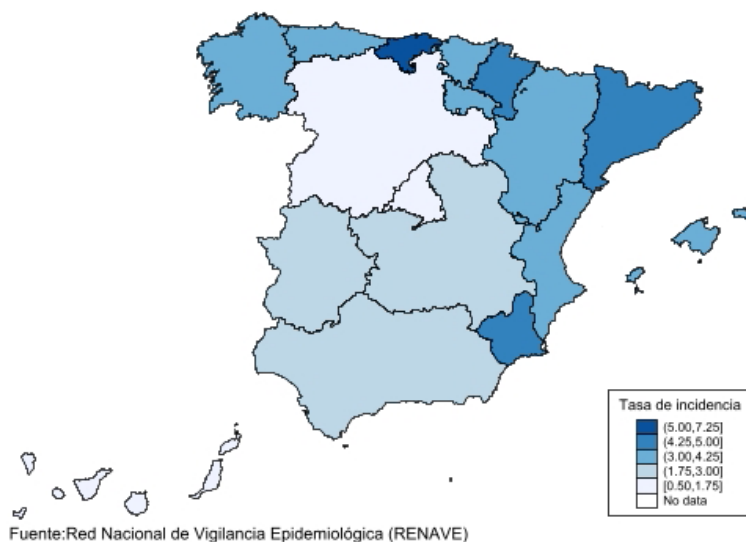


Figura 3. Vigilancia de legionelosis. España 2020. Tasas de incidencia por comunidades autónomas.



Esta enfermedad tiene una distribución claramente estacional. Tanto en 2019 como en 2020, la incidencia se incrementó a partir de junio y alcanzó su máximo los meses de agosto, septiembre y octubre. Los casos notificados en 2020, sin antecedente de viaje, tuvieron esa distribución hasta agosto en que se produjo un marcado descenso. Los casos con antecedente de viaje también presentaron el patrón estacional ambos años, con un aumento paulatino desde julio y un máximo en septiembre, sin embargo, debido a las limitaciones para el desplazamiento por la pandemia de COVID-19, en los meses de abril, mayo y junio de 2020 no se notificaron casos y el resto del año los casos declarados también disminuyeron en un 53% con respecto a los notificados en 2019 (Figura 4-a y 4-b).

Figura 4-a. Legionelosis. Casos según mes inicio síntomas sin antecedente viaje. Años 2019 y 2020.

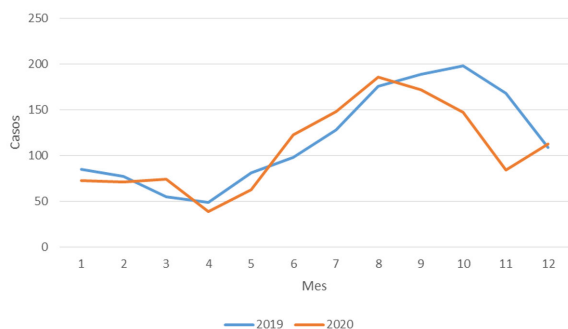
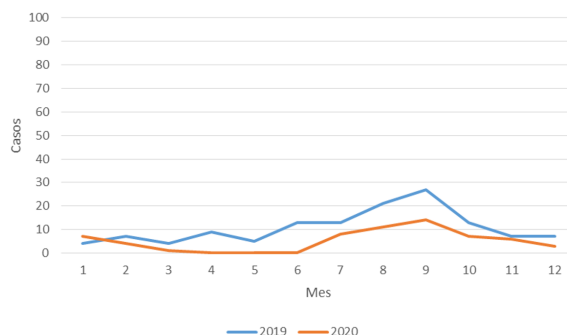


Figura 4-b. Legionelosis. Casos según mes inicio síntomas con antecedente viaje. Años 2019 y 2020.



Características de los casos

En 2019, de los 1.543 casos, 1.072 fueron hombres (TI=4,64) y 462 fueron mujeres (TI=1,92), en nueve casos no se facilitó esta información. En 2020, de los 1.354 casos, 960 fueron hombres (TI=4,14) y 389 fueron mujeres (TI=1,61), en cinco casos no se proporcionó esta información. Ambos años, la incidencia fue superior para los hombres en todos los grupos de edad y también se observó un aumento con la edad para ambos sexos.

Las tasas más altas se dan en las últimas décadas de la vida (Figuras 5 y 6). En 2018 se notificaron tres casos en menores de 14 años. Eran dos hombres de 11 años y una mujer de 14 años, al menos en dos de ellos constaba un antecedente de inmunodepresión. En 2020 no hubo casos en menores de 14 años. En 2019, la edad mediana fue de 64 años (con un Rango Intercuartílico=54-75) en hombres y de 68 años (RIC=56-79) en mujeres. En 2020, la edad mediana fue de 62 años (RIC=53-75) en hombres y de 67,5 años (RIC=57-68) en mujeres.

La evolución se conoce para el 84 % de los casos en 2019 y para el 78% en 2020. En estos años la letalidad global fue de 5,2% (81/1.543) y 5,8% (78/1.354), respectivamente.

En 2019 la letalidad para hombres fue del 5,1% (55/1.072) y para mujeres del 5,6% (26/462). En 2020 estas cifras fueron, para hombres del 5,6% (54/960) y del 5,9% (23/389) para las mujeres. La edad mediana de los fallecidos en 2019 fue de 75,5 para hombres (con un Rango Intercuartílico=64-85) y para las mujeres también fue de 75,5 (RIC=67-84). La edad mediana de los fallecidos en 2020 fue de 76 para hombres (RIC=68-86) y para las mujeres fue de 83 (RIC=72-88). La letalidad causada por esta enfermedad aumenta con la edad. Hay que reseñar el aumento de la letalidad en mujeres de 85 y más años en 2020. También se aprecia como en 2020 no hubo fallecidos en el grupo de edad de 25 a 44 años (Figura 7-a y 7-b).

Figura 5. Legionelosis. Tasas incidencia según la edad y sexo. Año 2019.

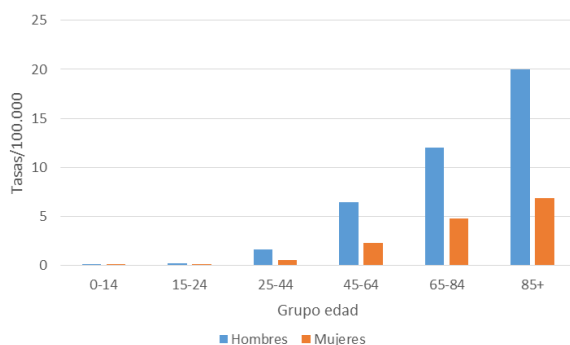


Figura 6. Legionelosis. Tasas incidencia según la edad y sexo. Año 2020.

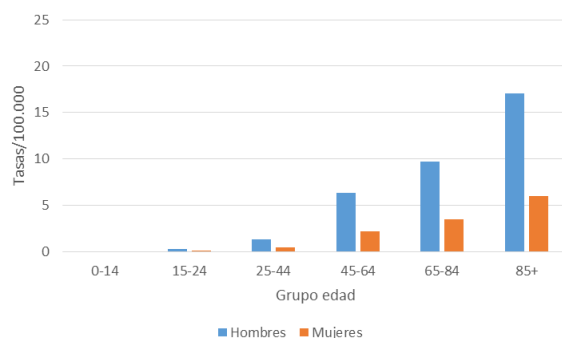


Figura 7-a. Legionelosis, letalidad (%) según edad y sexo. Año 2019.

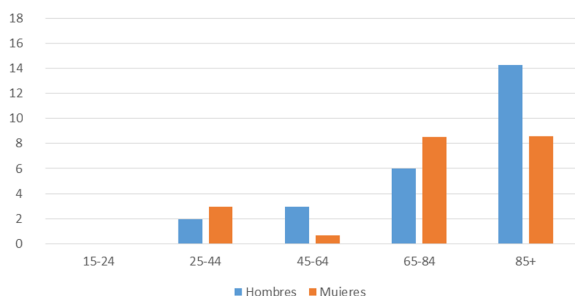
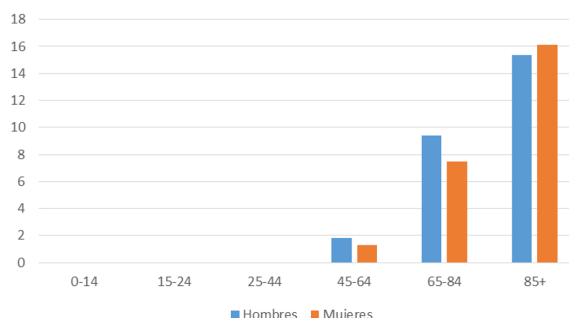


Figura 7-b. Legionelosis, letalidad (%) según edad y sexo. Año 2020.



La información sobre, al menos un antecedente de riesgo, consta para el 54,2% (836/1.543) de los pacientes en 2019 y para el 51,2% (693/1.354) en 2020. Para 207 pacientes consta más de un factor de riesgo en 2019 y para 214 en 2020.

En conjunto, en los dos años, de los 2.611 casos esporádicos notificados se informó de diferentes exposiciones de riesgo durante el periodo de incubación de la enfermedad. En 171 casos se informó el antecedente de haber viajado a otro municipio distinto del de residencia, además hubo 47 casos importados de otros países, 56 casos tenían como antecedente un ingreso en un hospital, 28 eran residentes de centros sociosanitarios para mayores y 252 tenían otras variadas exposiciones.

Los 47 casos importados de otros países notificados durante los dos años analizados visitaron 22 países. La enfermedad se asoció a viajar a Francia (8 casos), Italia (5 casos), Portugal (3 casos), Turquía (3 casos), Alemania (2 casos), Bélgica (2 casos), Emiratos Árabes Unidos (2 casos), Estados Unidos de América (2 casos), República Dominicana (2 casos), Reino Unido (2 casos) y 1 caso a cada uno del resto de los países.

En 2019 se notificaron 130 casos autóctonos de Legionelosis en residentes en España que, en la encuesta epidemiológica, constaba que habían pernoctado, al menos una noche, fuera de su domicilio habitual, además ELDSNet notificó 97 casos en turistas que nos visitaron de otros países. En 2020 estas cifras fueron 61 y 22 casos respectivamente. Desde 2012 y hasta 2019, la tendencia fue creciente, tanto para los viajeros nacionales como para los turistas extranjeros. El 75% de los casos en turistas que nos visitaron procedían de Reino Unido, Alemania, Francia y Países Bajos.

Las CCAA a las que viajaron los turistas y viajeros extranjeros durante el periodo de incubación de su enfermedad fueron Baleares y Cataluña (50% de los casos) y Andalucía, Canarias y Comunidad Valenciana (39% de los casos) en los dos años estudiados.

Sin embargo, los viajeros nacionales se reparten mucho más entre las distintas CCAA. Hay que tener en cuenta que muchos viajes son a una segunda residencia dentro de la misma CA. En 2019 y 2020 a la Comunidad Valenciana se asociaron 22,55% (43/191) casos con antecedente de viaje, al País Vasco 13,6% (26/191), a Andalucía 10% (19/191) a Castilla La Mancha y Galicia el 6,8% con 13 casos en viajeros cada una, a Madrid el 6,2% y a Baleares el 5,2%.

Se notificaron 33 brotes (166 casos y 8 defunciones) de legionelosis en 2019 y 25 brotes (80 casos y 5 defunciones) en 2020. En el 52% de los brotes sólo se produjeron 2 casos. El brote de mayor magnitud con 35 casos se produjo en Murcia en 2019 y fue de ámbito nosocomial. Los brotes tuvieron lugar en el ámbito comunitario (15 brotes) y en el ámbito sanitario o sociosanitario (3 brotes). Además, se notificaron 10 brotes o agrupamientos de casos asociados a hoteles, balnearios y diferentes instalaciones de ocio o deportivas.

Discusión

España es uno de los países europeos que notifica tasas más elevadas de legionelosis³. La incidencia en España mantuvo una tendencia creciente hasta 2019 y descendió un 13% en 2020 al igual que para otras enfermedades es un efecto que se atribuye a la pandemia de COVID-19, donde la limitación de movimientos, viajes y la dificultad de mantener la vigilancia pudieron contribuir en distinta medida. Tampoco se notificaron brotes de gran magnitud.

La información sobre edad y sexo permite describir su presentación, caracterizada como una enfermedad que afecta más a hombres que a mujeres y a personas de edad avanzada y también con factores de riesgo como hábito tabáquico o inmunosupresión. Además, en el caso de los hombres, la incidencia es alta en la etapa activa de la vida, lo que podría explicarse por la relación con el desempeño de algunas profesiones o trabajos. Hay que destacar la mejora de la calidad de la información sobre la evolución de los casos en estos dos años. La letalidad en España en 2020 fue inferior (5,8%) a la publicada por el ECDC³ para ese mismo año para la UE (8,75%).

Referencias:

1. Instituto de Salud Carlos III. https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/PROTOCOLOS/PROTOCOLOS%20EN%20BLOQUE/PROTOCOLOS_RENAVE-ciber.pdf
2. INE, Instituto Nacional de Estadística. https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176951&menu=ultiDatos&idp=1254735572981
3. Surveillance Atlas of Infectious Diseases. <http://atlas.ecdc.europa.eu/public/index.aspx>