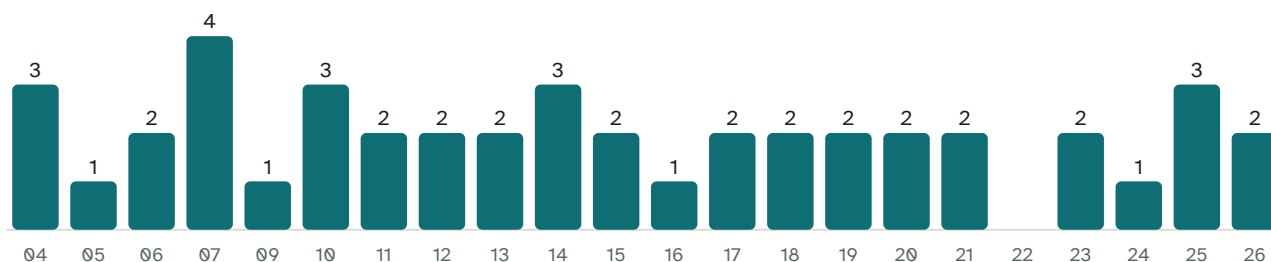


# Vigilancia epidemiológica y enfermedades transmisibles

La vigilancia epidemiológica es la base de la salud pública frente a las enfermedades transmisibles: recoge, analiza, interpreta y difunde datos para actuar. En el EIR cae de dos formas: conceptos (qué es la vigilancia, la cadena epidemiológica, tipos de brote, endemia) y datos concretos de documentos españoles (enfermedades de declaración obligatoria, MoMo, plan del VIH, PrEP, diagnóstico precoz del VIH) y de agentes y vectores de enfermedades concretas.

Apuntes para el EIR · versión 2026-09-28 · **sin revisión enfermera**. Todas las preguntas son reales, de exámenes EIR, con su año y su número; ninguna está escrita por IA. Las respuestas están en el solucionario, al final.

## Cómo cae en el EIR



**44** preguntas de este tema en 22 exámenes (2004-2026, ordinarias, clasificación segura).

## Lo más repetido

●●● Vigilancia epidemiológica: definición y actividades (3 exámenes)

# Índice

|                                                                                                 |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Resumen para repasar</b>                                                                     | <b>3</b>  |
| <b>Puntos clave</b>                                                                             | <b>6</b>  |
| <b>1. Vigilancia epidemiológica: concepto, actividades y usos</b>                               | <b>7</b>  |
| <b>2. La vigilancia en España: RENAVE, declaración obligatoria y otros sistemas</b>             | <b>10</b> |
| <b>3. Epidemiología de las enfermedades transmisibles: cadena, frecuencia, brotes y control</b> | <b>14</b> |
| <b>4. Enfermedades de transmisión respiratoria y exantemáticas</b>                              | <b>21</b> |
| <b>5. Enfermedades de transmisión fecal-oral y alimentaria</b>                                  | <b>24</b> |
| <b>6. Zoonosis y enfermedades transmitidas por vectores</b>                                     | <b>27</b> |
| <b>7. Infección por el VIH: transmisión, diagnóstico, epidemiología y prevención</b>            | <b>31</b> |
| <b>8. Otras infecciones de transmisión sexual</b>                                               | <b>37</b> |
| <b>Todas las preguntas del tema (47)</b>                                                        | <b>40</b> |
| <b>Preguntas que también podrían ser de este tema (13)</b>                                      | <b>52</b> |
| <b>Solucionario</b>                                                                             | <b>56</b> |
| <b>Fuentes</b>                                                                                  | <b>59</b> |

# Resumen para repasar

## 1. Vigilancia epidemiológica: concepto, actividades y usos

- Vigilancia = **recogida sistemática, análisis, interpretación y difusión** de resultados y recomendaciones <sup>F1</sup>.
- Ley 33/2011: recoger, analizar, interpretar y difundir información para **fundamentar las actuaciones de salud pública** <sup>F4</sup>.
- Usos: detectar epidemias y **cambios de tendencia**, casos individuales, **planificar y evaluar** programas <sup>F1,F5,F6</sup>.
- Su organización y gestión corresponde a las **administraciones sanitarias** <sup>F4</sup>.

## 2. La vigilancia en España: RENAVE, declaración obligatoria y otros sistemas

- RENAVE (RD 2210/1995): sistema básico = **EDO, brotes e información microbiológica**; específicos = registros, seroprevalencia, **centinela** <sup>F1</sup>.
- Brote: declaración **obligatoria y urgente** <sup>F1</sup>. El RD 568/2024 integra la RENAVE en la Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública <sup>F3</sup>.
- Orden SSI/445/2015 (más COVID-19 en 2023): **hepatitis C** numérica semanal con datos **agrupados cada 4 semanas**; difteria y Nilo Occidental **urgentes**; **herpes zóster** informe anual; **VIH/sida** sistemas especiales; Lyme, endémica regional <sup>F2</sup>.
- Gripe: **numérica** en 1995 → **semanal con datos básicos** desde 2015 <sup>F1,F2</sup>.
- BES y Boletín Semanal en Red (CNE): difunden la vigilancia de las **EDO**; el BES hoy es cuatrimestral <sup>F15</sup>.
- MoMo: mortalidad diaria por todas las causas con datos de **INE, Ministerio de Justicia y AEMET**; **Kairós**: hoy y los **cinco** días siguientes <sup>F16,F17</sup>.
- COVID-19 (dic. 2020): alta sospecha con PDIA **repetidamente negativa** y **serología positiva** = **caso probable** <sup>F18</sup>.

## 3. Epidemiología de las enfermedades transmisibles: cadena, frecuencia, brotes y control

- Cadena: agente, reservorio, puerta de salida, **modo de transmisión**, puerta de entrada, huésped susceptible; se interviene sobre el eslabón **más susceptible**, cualquiera que sea <sup>F8</sup>.
- Incubación**: de la exposición al inicio de síntomas (en crónicas, latencia) <sup>F7</sup>.
- Esporádica** = infrecuente e irregular; **pandemia** = varios países o continentes <sup>F9</sup>.
- Endemicidad OMS: hipo 0-10 %, **meso 10-50 %**, hiper >50 %, holo ≥75 % <sup>F13</sup>.
- Brote **mixto** = fuente común + persona a persona (ejemplo: **shigelosis**) <sup>F9</sup>.
- Control** = reducir a nivel aceptable; eliminación = cero en una zona; **erradicación** = cero mundial y permanente (viruela) <sup>F11</sup>.
- Emergentes: las **bacterias resistentes** son adaptación microbiana; factores: **crecimiento de la población**, viajes, tecnología (trasplantes, inmunosupresores, antibióticos), deterioro de la salud pública; la sobrealimentación no figura <sup>F12</sup>.
- Semmelweis**: fiebre puerperal en la maternidad de Viena, lavado con cal clorada <sup>F14</sup>; **Snow**: cólera y bomba de Broad Street <sup>F10</sup>.

#### 4. Enfermedades de transmisión respiratoria y exantemáticas

- TB: **M. tuberculosis**, aerobio; reservorio **humano**; aérea; **curable** <sup>F19,F43</sup>.
- Tosferina: **Bordetella pertussis** <sup>F20</sup>. Gripe: virus **influenza** (Orthomyxoviridae) <sup>F40</sup>. Psitacosis: *C. psittaci*, **aves** <sup>F38</sup>.
- Sarampión: **fiebre, coriza y tos antes** del exantema, que empieza en la cara; Koplik <sup>F21</sup>.
- Varicela: incubación **10-21 días**; contagia desde **2 días antes** del exantema hasta las costras; latente en **ganglios sensitivos** → **herpes zóster** <sup>F22</sup>.

#### 5. Enfermedades de transmisión fecal-oral y alimentaria

- Cólera: **V. cholerae**, diarrea acuosa «en agua de arroz» y deshidratación <sup>F23</sup>.
- Shigelosis: dosis infectiva **10-100 bacterias**, persona a persona <sup>F24</sup>.
- Salmonelosis: prevención con higiene, **70 °C dos minutos** y frío **<5 °C**; ninguna vacuna entre las medidas <sup>F25</sup>.
- *C. jejuni*: **diarrea** <sup>F42</sup>; *C. botulinum*: **anaerobio** <sup>F41</sup>; *E. coli*: **bacilo gramnegativo** <sup>F65</sup>.
- Anisakis: **60 °C un minuto en toda la pieza** o congelar a **-20 °C cinco días** <sup>F37</sup>.
- vECJ: **consumo de productos bovinos** de animales con EEB <sup>F30</sup>.

#### 6. Zoonosis y enfermedades transmitidas por vectores

- Culex → **Nilo Occidental**; Aedes → dengue y zika; Anopheles → paludismo; Ixodes → Lyme <sup>F29,F31,F32,F34</sup>.
- Nilo Occidental: aves reservorio; persona a persona **muy poco frecuente**; muestras: **suero, LCR y orina**; campañas frente a picaduras desde el **escenario 1a** <sup>F31,F32</sup>; gestante de parto con sospecha: **valorar cesárea** <sup>F66</sup>.
- Paludismo: riesgo menor por encima de 1.500 m, posible **hasta casi 3.000 m** <sup>F35</sup>; por debajo de **20 °C** *P. falciparum* no completa su ciclo <sup>F67</sup>; vacunas de la OMS para **niños de zonas con transmisión moderada o alta**; ninguna vacuna entre las medidas del viajero <sup>F34,F35</sup>.
- Dengue: **prueba del torniquete** (>20 petequias) <sup>F36</sup>.
- Carbunco: esporas en **tierra**, cadáveres, pieles y lana <sup>F28</sup>.

#### 7. Infección por el VIH: transmisión, diagnóstico, epidemiología y prevención

- VIH: sangre, semen, secreciones vaginales, **leche materna**; **no** saliva, lágrimas ni **insectos** <sup>F44,F46</sup>.
- **Otra ITS aumenta** el riesgo; indetectable = **intransmisible** <sup>F44,F45</sup>. Mayor riesgo **sexual** por acto: **coito anal receptivo** (138 por 10.000) <sup>F68</sup>.
- Guía 2014: prueba **rutinaria a todas las embarazadas**; dirigida a quien quiera **dejar el preservativo con su pareja estable**, países con prevalencia **>1 %**; ventana **6 semanas** (4.ª generación) <sup>F47</sup>.
- España 2024: **transmisión sexual** 83 % (HSH 54,3 %); sida: **Pneumocystis** la más frecuente <sup>F48</sup>.
- **Cuba**, primer país validado (2015) por eliminar la transmisión maternoinfantil <sup>F51</sup>.
- Plan 2021-2030: de 90-90-90 a **95-95-95-95** <sup>F49</sup>.
- PrEP: **≥2 criterios** (>10 parejas, **drogas para sexo sin preservativo**, ITS bacteriana...); seguimiento **cada 3 meses** <sup>F50</sup>. PrEP inyectable (cabotegravir) **cada dos meses**, financiada desde 2026 <sup>F70</sup>.

## 8. Otras infecciones de transmisión sexual

- LGV: **C. trachomatis L1-L3**; chancroide: **H. ducreyi**; donovanosis: **Klebsiella granulomatis** <sup>F52,F53,F54</sup>.
- Trichomonas: **protozoo**, mayoría asintomática <sup>F59,F60</sup>. Verrugas anogenitales: **VPH 6 y 11** <sup>F56</sup>.
- Sífilis: primaria = **chancro indoloro**; secundaria = exantema, adenopatías, **alopecia** <sup>F58,F61</sup>.
- Sarna: Sarcoptes scabiei, ácaro **artrópodo** <sup>F71</sup>.
- La **citología** es cribado de cáncer, no prevención primaria de ITS <sup>F62</sup>; la prevención primaria sí incluye la **historia sexual** y la vacunación preexposición <sup>F72,F73</sup>.

## Puntos clave

- 1 Actividades de la vigilancia: **recogida sistemática, análisis e interpretación y difusión de resultados y recomendaciones** <sup>F1</sup>.
- 2 La organización y gestión de la vigilancia corresponde a las **administraciones sanitarias** (Estado, comunidades autónomas, ciudades autónomas y entidades locales) <sup>F4</sup>.
- 3 Hepatitis C: declaración **numérica semanal con datos básicos agrupados cada cuatro semanas**; VIH/sida: **sistemas especiales**; herpes zóster: **informe anual**; difteria: **urgente** <sup>F2</sup>.
- 4 Gripe: **numérica** en el texto de 1995; **semanal con datos básicos** desde la Orden SSI/445/2015 <sup>F1,F2</sup>.
- 5 MoMo usa datos del **INE, Ministerio de Justicia y AEMET**; el índice **Kairós** predice para **hoy y los cinco días siguientes** <sup>F16,F17</sup>.
- 6 Brote **mixto**: fuente común seguida de transmisión persona a persona (ejemplo del CDC: **shigelosis**) <sup>F9</sup>.
- 7 **Mesoendemia**: índice del 10-50 % <sup>F13</sup>. **Control** = reducir a un nivel aceptable; **erradicación** = cero mundial y permanente <sup>F11</sup>.
- 8 **Culex** → Nilo Occidental; **Aedes** → dengue y zika; **Anopheles** → paludismo; **Ixodes** → Lyme <sup>F29,F31,F32,F34</sup>.
- 9 VIH: **no** se transmite por saliva ni por insectos; **otras ITS aumentan** el riesgo; indetectable = intransmisible <sup>F44,F45,F46</sup>.
- 10 PrEP: **≥2 criterios**, entre ellos **uso de drogas para sexo sin preservativo**; seguimiento **cada 3 meses** <sup>F50</sup>.
- 11 Plan VIH 2021-2030: de 90-90-90 a **95-95-95-95** (el cuarto 95, calidad de vida) <sup>F49</sup>.
- 12 Linfogranuloma venéreo: **C. trachomatis L1-L3**; chancroide: **H. ducreyi**; tricomoniasis: **protozoo** <sup>F52,F53,F60</sup>.

# 1. Vigilancia epidemiológica: concepto, actividades y usos

El Real Decreto 2210/1995, que crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, define así el núcleo del concepto: «Son actividades propias de la vigilancia la **recogida sistemática** de la información epidemiológica, su **análisis e interpretación** y la **difusión de sus resultados y recomendaciones**» <sup>F1</sup>. La vigilancia no termina en el análisis: incluye **difundir** la información y **recomendar** medidas <sup>F1</sup>.

La Ley 33/2011, General de Salud Pública, amplía la idea a toda la salud pública: la vigilancia en salud pública es «el conjunto de actividades destinadas a **recoger, analizar, interpretar y difundir** información relacionada con el estado de la salud de la población y los factores que la condicionan, con el objeto de **fundamentar las actuaciones de salud pública**» <sup>F4</sup>. Entre los factores que debe vigilar están las enfermedades transmisibles (incluidas las zoonosis y las emergentes), las no transmisibles, los riesgos ambientales, alimentarios y laborales, y las lesiones y la violencia <sup>F4</sup>.

★

### Definición que cae

Sistema de recogida **continua y sistemática** de datos, con su análisis, interpretación y **difusión**, para dar apoyo a la **intervención en salud pública = vigilancia epidemiológica**. La definición clásica de Langmuir (1963) ya hablaba de la «vigilancia continuada» de la distribución y las **tendencias** de la incidencia mediante la recogida sistemática, consolidación y evaluación de los datos <sup>F1,F4,F5</sup>.

Para qué sirve (CDC): la vigilancia es el uso de datos para **monitorizar problemas de salud** y facilitar su prevención o control; sus datos sirven para **fijar prioridades, planificar y llevar a cabo programas de control** y para **evaluar la eficacia** de esas medidas <sup>F5</sup>. En la vigilancia de la tuberculosis, por ejemplo, un objetivo puede ser **identificar a las personas con enfermedad activa** para asegurar que se tratan bien <sup>F6</sup>. El Real Decreto 2210/1995 enumera como funciones de la Red: identificar problemas de salud en términos de **epidemia, endemia y riesgo**; participar en su **control** individual y colectivo; **identificar los cambios en las tendencias**; aportar información para la **planificación**; y **difundir** la información <sup>F1</sup>.

| Uso de los datos de vigilancia         | Qué dice la fuente                                                                                                                          |
|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Detectar epidemias y problemas         | Identificar problemas «en términos de epidemia, endemia y riesgo» <sup>F1</sup>                                                             |
| Detectar cambios de tendencia          | Análisis «dirigido a identificar los cambios en las tendencias» <sup>F1</sup>                                                               |
| Detectar casos individuales relevantes | Identificar personas con tuberculosis activa para tratarlas <sup>F6</sup>                                                                   |
| Planificar y evaluar programas         | Planificar programas de control y evaluar su eficacia <sup>F5</sup> ; «aporte de información operativa para la planificación» <sup>F1</sup> |

La vigilancia es una función de las **administraciones sanitarias**: la Ley General de Salud Pública atribuye «a la Administración General del Estado, a las comunidades autónomas, a las ciudades de Ceuta y Melilla y a la

Administración local, en el ámbito de sus competencias, la **organización y gestión de la vigilancia** en salud pública» <sup>F4</sup>. La Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica «se encuentra al servicio del Sistema Nacional de Salud» <sup>F1</sup>. Detectar precozmente los **cambios en la incidencia** de una enfermedad en la población es, por tanto, tarea de la vigilancia, no de la investigación etiológica ni de la descripción de la historia natural <sup>F1,F5</sup>.

#### EIR 2006 · 66

P42 · respuesta en el solucionario

Vigilancia epidemiológica: definición y actividades

Las actividades de vigilancia epidemiológica consiste en:

1. Recogida de datos, análisis e interpretación de los mismos.
2. Recogida de datos, análisis e interpretación, difusión de la información y recomendaciones.
3. Valoración y diagnóstico de la situación, planificación y ejecución de actividades y evaluación de las acciones.
4. Definición de hipótesis, enunciado de objetivos a conseguir y diseño de la estrategia de intervención.
5. Proceso variable, que nunca incluye la difusión de los datos.

#### EIR 2013 · 103

P26 · respuesta en el solucionario

Vigilancia epidemiológica: definición y actividades

Un sistema de recogida continua y sistemática de datos, así como su registro, análisis, interpretación y distribución, con objeto de suministrar información adecuada para dar apoyo a la intervención en materia de Salud Pública, se corresponde con el sistema de:

1. Información Sanitaria.
2. Registro.
3. Gestión.
4. Vigilancia Epidemiológica.
5. Tabulación.

#### EIR 2014 · 134

P23 · respuesta en el solucionario

Vigilancia epidemiológica: definición y actividades

La epidemiología permite detectar precozmente los cambios en la incidencia de una determinada enfermedad en la población. Para ello, lo más correcto es utilizar:

1. La investigación etiológica.
2. La descripción de la historia natural de la enfermedad.
3. La vigilancia epidemiológica.
4. La evaluación del funcionamiento de los servicios.
5. Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.

Utilidad de los datos de vigilancia epidemiológica

Los datos obtenidos de la vigilancia epidemiológica son esenciales en salud pública para:

1. Facilitar la planificación y evaluación de los programas de salud pública.
2. Detectar epidemias.
3. Detectar casos individuales de problemas especialmente relevantes.
4. Detectar cambios de tendencias.
5. Cumplir todas estas funciones.

Vigilancia epidemiológica: función de la administración sanitaria

La vigilancia epidemiológica es una función prioritaria de:

1. La administración sanitaria.
2. El área de salud.
3. El centro de salud.
4. El equipo de salud.
5. La enfermera comunitaria.

## 2. La vigilancia en España: RENAVE, declaración obligatoria y otros sistemas

La **Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica** (RENAVE) se creó con el **Real Decreto 2210/1995** y está constituida por <sup>F1</sup>:

- **Sistema básico:** la **notificación obligatoria de enfermedades** (EDO), la notificación de **situaciones epidémicas y brotes** y la **información microbiológica** <sup>F1</sup>.
- **Sistemas específicos:** registros de casos, **encuestas de seroprevalencia**, **sistemas centinela** y otros, aplicables al sida, al VIH y a las enfermedades inmunoprevenibles <sup>F1</sup>.
- Otros sistemas que acuerden el Ministerio y las comunidades autónomas para problemas específicos <sup>F1</sup>.

La **declaración de brote epidémico es obligatoria y urgente**; obliga en primera instancia a todos los médicos en ejercicio y a los centros sanitarios, públicos y privados <sup>F1</sup>. El **Real Decreto 568/2024** crea la Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública; mientras no se regule su sistema de vigilancia de enfermedades transmisibles, se integra en ella como tal la red del Real Decreto 2210/1995 <sup>F3</sup>.

**Modalidades de declaración vigentes:** anexo II del Real Decreto 2210/1995 en la redacción de la **Orden SSI/445/2015**, con la **COVID-19** que añadió el Real Decreto-ley 5/2023 <sup>F2,F63</sup>:

| Modalidad (Orden SSI/445/2015)                                                                           | Enfermedades                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Numérica semanal <b>y envío de datos epidemiológicos básicos agrupados en periodos de cuatro semanas</b> | Campilobacteriosis, criptosporidiosis, giardiasis, salmonelosis, yersiniosis, <b>hepatitis C</b> , infección por Chlamydia trachomatis (excluye el linfogranuloma venéreo), enfermedad invasora por Haemophilus influenzae, enfermedad neumocócica invasora, encefalopatías espongiformes transmisibles humanas (incluye vECJ) <sup>F2</sup>                                                                                                                                                              |
| <b>Urgente</b> con envío de datos epidemiológicos básicos                                                | Cólera, gripe humana por un nuevo subtipo de virus, SARS, fiebre amarilla, <b>fiebre del Nilo occidental</b> , fiebres hemorrágicas víricas, peste, rabia, <b>difteria</b> , poliomielitis/parálisis flácida aguda en menores de 15 años, viruela <sup>F2</sup>                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Semanal</b> con envío de datos epidemiológicos básicos                                                | Entre otras: botulismo, fiebre tifoidea/paratifoidea, hepatitis A y B, STEC/VTEC, listeriosis, shigelosis, triquinosis, <b>gripe</b> , legionelosis, lepra, <b>tuberculosis</b> , infección gonocócica, linfogranuloma venéreo, sífilis, dengue, paludismo, carbunco, enfermedad meningocócica, parotiditis, rubeola, sarampión, tétanos, <b>tosferina</b> , <b>varicela</b> , sífilis y rubeola congénitas, fiebre exantemática mediterránea <sup>F2</sup> y, desde 2023, <b>COVID-19</b> <sup>F63</sup> |
| Datos epidemiológicos básicos en un <b>informe anual</b>                                                 | <b>Herpes zóster</b> <sup>F2</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |

| Modalidad (Orden SSI/445/2015)                                                           | Enfermedades               |
|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| Declaración de datos de pruebas diagnósticas y de vacunación (modalidad añadida en 2023) | COVID-19 <sup>F63</sup>    |
| Sistemas especiales                                                                      | VIH/sida <sup>F2,F63</sup> |

### Endémica regional

La Orden SSI/445/2015 deja la **enfermedad de Lyme** en el anexo III, como **enfermedad endémica de ámbito regional** <sup>F2</sup>. Y cuidado con la hepatitis C: es de declaración **numérica semanal** con los datos básicos **agrupados cada cuatro semanas**, no urgente ni por sistemas especiales <sup>F2</sup>.

El texto **original** de 1995 era distinto: **todas** las enfermedades del anexo eran de declaración numérica semanal, y algunas se completaban con datos. En el grupo de **solo datos numéricos** estaban la **gripe**, la infección gonocócica, la sífilis y la varicela; urgentes, el cólera, la fiebre amarilla, la peste, la difteria, la poliomiелitis, la rabia y el tifus exantemático; con informe anual, entre otras, la hepatitis A, la hepatitis B y las «otras hepatitis víricas»; y por sistemas especiales, la lepra, la rubeola y la sífilis congénitas y el tétanos neonatal <sup>F1</sup>.

### Gripe: de numérica a semanal con datos

EIR2010-073, respuesta (reconstruida por un tercero): la gripe «es de declaración nacional obligatoria numérica». Era el criterio del anexo original del Real Decreto 2210/1995, que ponía la gripe en el grupo de declaración numérica semanal con solo datos numéricos <sup>F1</sup>. Desde la Orden SSI/445/2015, la gripe es de **declaración semanal con envío de datos epidemiológicos básicos**, y la gripe humana por un nuevo subtipo de virus, de declaración urgente <sup>F2</sup>; así sigue en el texto consolidado de 2023 <sup>F63</sup>. La pregunta se responde con el criterio de 2010.

El **Boletín Epidemiológico Semanal** (BES) lo edita el **Centro Nacional de Epidemiología** (ISCIII) y, junto con el **Boletín Semanal en Red**, tiene por objetivo difundir la información de la **Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica**, es decir, la vigilancia de las **enfermedades de declaración obligatoria** <sup>F15</sup>. El Boletín Semanal en Red publica las **notificaciones semanales** de las EDO; el BES, pese a su nombre, es hoy una revista científica **cuatrimestral** <sup>F15</sup>.

El **sistema MoMo** (monitorización de la mortalidad diaria) del Centro Nacional de Epidemiología identifica las desviaciones de la **mortalidad diaria por todas las causas** observada respecto a la esperada según las series históricas <sup>F16</sup>. Usa las defunciones diarias del **Instituto Nacional de Estadística**, completadas con las del **Ministerio de Justicia** (registros civiles informatizados), y las temperaturas de la **Agencia Estatal de Meteorología (AEMET)** <sup>F16</sup>. Estima también los excesos de mortalidad **atribuibles a un exceso o defecto de temperatura** <sup>F16</sup>.

Su herramienta predictiva es el **índice Kairós**: da la probabilidad de alertas de mortalidad asociadas al calor en tres niveles de riesgo (bajo, moderado y elevado) y «aporta datos para el **día en curso y los cinco días**

**Kairós: hoy + 5**

Kairós predice para **hoy y los cinco días siguientes**, no para los siete siguientes <sup>F17</sup>.

**Definición de caso de COVID-19** en la Estrategia de detección precoz, vigilancia y control del Ministerio (versión de 18 de diciembre de 2020): **caso probable** es la persona con infección respiratoria aguda grave con cuadro clínico y radiológico compatible y pruebas diagnósticas de infección activa (PDIA) negativas, o el caso sospechoso con PDIA no concluyente; y también los «casos con **alta sospecha clínico-epidemiológica** con PDIA **repetidamente negativa** (al menos una PCR) y **serología positiva** para SARS-CoV-2 realizada por técnicas serológicas de alto rendimiento» <sup>F18</sup>. **Caso confirmado con infección activa** es, entre otros supuestos, el que cumple el criterio clínico de caso sospechoso y tiene una PDIA positiva, o la persona asintomática con PDIA positiva e IgG negativa o no realizada <sup>F18</sup>.

**EIR 2019 · 207**

P14 · respuesta en el solucionario

Hepatitis C: declaración numérica semanal con datos agrupados cada 4 semanas

Identifica cuál de las siguientes es una enfermedad de declaración numérica semanal y envío de los datos epidemiológicos básicos agrupados en periodos de cuatro semanas:

1. Hepatitis C.
2. Difteria.
3. Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA).
4. Herpes Zoster.

**EIR 2010 · 73**

P34 · respuesta en el solucionario

Gripe: declaración obligatoria numérica

Señale la afirmación correcta en relación a la gripe humana:

1. Desde el punto de vista económico es un problema de salud poco importante.
2. Está producida por virus Thogoto e Isavirus.
3. Los virus que la provocan no son sensibles a la acción de agentes externos.
4. Es de declaración nacional obligatoria numérica.
5. Todas las respuestas son ciertas.

Boletín epidemiológico semanal: enfermedades de declaración obligatoria

El boletín epidemiológico semanal que se elabora en el Centro Nacional de Epidemiología recoge:

1. La morbilidad percibida.
2. Las defunciones y sus causas.
3. Las enfermedades de declaración obligatoria.
4. La morbimortalidad.
5. Los nacimientos, las enfermedades y las defunciones.

Sistema MoMo de vigilancia de la mortalidad diaria

Según el sistema de vigilancia de la mortalidad diaria (Sistema MoMo), NO es cierto que:

1. Es un sistema de vigilancia de la mortalidad por todas las causas, y asociada a excesos de temperatura.
2. Se ha implementado en la Unidad de Vigilancia de la Mortalidad diaria del Centro Nacional de Epidemiología (CNE) del Instituto de Salud Carlos III.
3. El sistema MoMo en su enfoque predictivo (Índice Kairos), ofrece predicciones del riesgo de mortalidad atribuible a exceso o defecto de temperatura para el día en curso y los siguientes siete días.
4. El sistema MoMo analiza la información procedente de tres fuentes distintas: el Instituto Nacional de Estadística (INE), el Ministerio de Justicia y la Agencia Española de Meteorología.

COVID-19: definición de caso probable

Un caso con alta sospecha clínicoepidemiológica con pruebas diagnósticas de infección activa por SARS-CoV-2 repetidamente negativa (al menos un PCR) y serología positiva para SARS-CoV-2 realizada por técnicas serológicas de alto rendimiento, sería un:

1. Caso sospechoso.
2. Caso probable.
3. Caso confirmado con infección activa.
4. Caso descartado.

### 3. Epidemiología de las enfermedades transmisibles: cadena, frecuencia, brotes y control

**Cadena de infección** (CDC): el agente sale de su **reservorio** por una **puerta de salida**, se transmite por un **modo (mecanismo) de transmisión** y entra por una **puerta de entrada** en un **huésped susceptible** <sup>F8</sup>. El **reservorio** es el hábitat en el que el agente vive, crece y se multiplica habitualmente: personas, animales o ambiente <sup>F8</sup>. El **mecanismo de transmisión** es la forma en que el agente pasa de su reservorio natural al huésped susceptible; puede ser **directo** (contacto directo, gotas) o **indirecto** (aéreo, por vehículos, por vectores) <sup>F8</sup>. La susceptibilidad del huésped depende de factores genéticos o constitucionales, de la inmunidad específica y de factores inespecíficos <sup>F8</sup>.

Conocer las puertas de salida y entrada y el modo de transmisión permite elegir las **medidas de control**, que se dirigen «contra el segmento de la cadena **más susceptible a la intervención**» <sup>F8</sup>. Hay medidas para cada eslabón: sobre el agente y el reservorio, sobre el modo de transmisión (aislamiento, eliminar o descontaminar el vehículo, lavado de manos, ventilación) y sobre el huésped <sup>F8</sup>. Es decir, **se puede actuar en cualquiera de los eslabones** y se elige el más vulnerable <sup>F8</sup>.

**Periodo de incubación**: fase subclínica que va **desde la exposición hasta el inicio de los síntomas**; en las enfermedades infecciosas se llama periodo de incubación y en las crónicas, **periodo de latencia** <sup>F7</sup>. Varía incluso dentro de una misma enfermedad: el de la hepatitis A llega a 7 semanas <sup>F7</sup>.

| Término (CDC) | Definición                                                                                                    |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Esporádica    | Enfermedad que aparece de forma <b>infrecuente e irregular</b> <sup>F9</sup>                                  |
| Endémica      | Presencia <b>constante</b> o prevalencia habitual de una enfermedad en la población de una zona <sup>F9</sup> |
| Hiperendémica | Niveles de aparición <b>persistentemente altos</b> <sup>F9</sup>                                              |
| Epidemia      | Aumento, a menudo brusco, del número de casos <b>por encima de lo esperado</b> <sup>F9</sup>                  |
| Brote         | Lo mismo que epidemia, pero en una zona geográfica <b>más limitada</b> <sup>F9</sup>                          |
| Pandemia      | Epidemia que se ha extendido a <b>varios países o continentes</b> y suele afectar a mucha gente <sup>F9</sup> |

Aplicado a la gripe: los virus A y B causan **epidemias estacionales casi cada invierno** (la temporada de gripe) <sup>F39</sup>. Una epidemia exige un número de casos **por encima de lo esperado** <sup>F9</sup>; unos pocos casos aislados en pleno verano, fuera de la temporada, encajan mejor en la presentación **esporádica**, la que aparece de forma infrecuente e irregular <sup>F9,F39</sup>.

**Niveles de endemidad** (terminología de malaria de la OMS, 2025): se han definido con el índice parasitario o esplénico en niños de 2 a 9 años <sup>F13</sup>:

| Nivel       | Índice en niños de 2-9 años (OMS) |
|-------------|-----------------------------------|
| Hipoendemia | 0-10 % <sup>F13</sup>             |

| Nivel        | Índice en niños de 2-9 años (OMS)                                          |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------|
| Mesoendemia  | 10-50 % <sup>F13</sup>                                                     |
| Hiperendemia | Constantemente > 50 % <sup>F13</sup>                                       |
| Holoendemia  | Constantemente ≥ 75 %, con índice esplénico bajo en adultos <sup>F13</sup> |

### Hipo, meso, hiper, holo

Por debajo del 10 % hipo; **entre 10 y 50 % meso** (un 38 % es mesoendemia); por encima del 50 % hiper; desde el 75 % holo (del griego «todo») <sup>F13</sup>. La OMS advierte de que ninguno de estos términos es del todo satisfactorio <sup>F13</sup>.

### Tipos de brote según la transmisión (CDC) <sup>F9</sup>:

- **De fuente común:** el grupo se expone a una misma fuente. Si la exposición es breve y todos enferman dentro de un periodo de incubación, es de **fuentes puntual**; puede ser también continua o intermitente <sup>F9</sup>.
- **Propagado:** por transmisión **de persona a persona**, habitualmente por contacto directo, como la sífilis <sup>F9</sup>.
- **Mixto:** brote de fuente común seguido de **transmisión secundaria de persona a persona**. El ejemplo del CDC es una **shigelosis**: un brote de fuente común entre 3.000 mujeres en un festival de música, con generaciones posteriores de casos por transmisión persona a persona <sup>F9</sup>.

### Control, eliminación y erradicación (Dowdle, OMS 1998) <sup>F11</sup>:

| Nivel                        | Definición                                                                                                                                                          | Ejemplo                                |
|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| <b>Control</b>               | <b>Reducción</b> de la incidencia, prevalencia, morbilidad o mortalidad a un nivel <b>localmente aceptable</b> ; hay que mantener las intervenciones <sup>F11</sup> | Enfermedades diarreicas <sup>F11</sup> |
| Eliminación de la enfermedad | Incidencia <b>cero</b> de una enfermedad en una <b>zona geográfica definida</b> ; hay que mantener las intervenciones <sup>F11</sup>                                | Tétanos neonatal <sup>F11</sup>        |
| Eliminación de la infección  | Incidencia cero de la infección por un agente en una zona definida; hay que seguir evitando que se restablezca <sup>F11</sup>                                       | —                                      |
| <b>Erradicación</b>          | Reducción <b>permanente</b> a cero de la incidencia <b>mundial</b> de la infección; ya <b>no hacen falta</b> intervenciones <sup>F11</sup>                          | Viruela <sup>F11</sup>                 |
| Extinción                    | El agente ya no existe en la naturaleza ni en el laboratorio <sup>F11</sup>                                                                                         | Ninguno <sup>F11</sup>                 |

**Enfermedades emergentes y reemergentes** (Morse, CDC 1995): infecciones que han **aparecido por primera vez** en una población o que ya existían pero **aumentan rápidamente** su incidencia o su extensión geográfica <sup>F12</sup>. Factores de emergencia: cambios ecológicos (desarrollo agrícola o económico, anomalías del clima), **cambios demográficos y de comportamiento, viajes y comercio, tecnología e industria** (incluido el medio

sanitario, donde muchas infecciones emergentes se han extendido de forma nosocomial), **adaptación y cambio microbiano** y **deterioro de las medidas de salud pública** <sup>F12</sup>. La **selección de bacterias resistentes a los antibióticos**, impulsada por el uso amplio y a veces inadecuado de los antimicrobianos, es un ejemplo de adaptación microbiana: las cepas resistentes son agentes emergentes, mientras que el uso de antibióticos, la población o los viajes son factores <sup>F12</sup>.

| Factor de emergencia<br>(Morse, tabla 2)  | Ejemplos concretos que da la fuente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cambios ecológicos                        | Agricultura; presas y cambios en los ecosistemas acuáticos; deforestación o reforestación; inundaciones o sequías; hambruna; cambios del clima <sup>F12</sup>                                                                                                                                                                                                                              |
| Demografía y conducta humanas             | <b>Crecimiento de la población y migración</b> (del campo a las ciudades); guerras o conflictos civiles; deterioro urbano; conducta sexual; drogas por vía intravenosa; uso de instalaciones de alta densidad <sup>F12</sup>                                                                                                                                                               |
| Viajes y comercio internacionales         | Movimiento mundial de mercancías y personas; <b>viajes en avión</b> <sup>F12</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Tecnología e industria                    | Globalización del suministro de alimentos; cambios en su procesado y envasado; <b>trasplante de órganos o tejidos; fármacos inmunosupresores; uso generalizado de antibióticos</b> ; entre los ejemplos de enfermedades, las infecciones oportunistas en inmunodeprimidos y la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob por hormona de crecimiento contaminada («tecnología médica») <sup>F12</sup> |
| Adaptación y cambio microbianos           | Evolución microbiana, respuesta a la selección del medio; ejemplos de enfermedades: <b>bacterias resistentes a los antibióticos</b> , deriva antigénica del virus de la gripe <sup>F12</sup>                                                                                                                                                                                               |
| Deterioro de las medidas de salud pública | Recorte o reducción de los programas de prevención; saneamiento y control de vectores insuficientes <sup>F12</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                         |

La **sobrealimentación** no figura entre los factores ni entre sus ejemplos; entre los factores relacionados con la alimentación, la tabla recoge la **hambruna**, entre los cambios ecológicos, y la globalización del suministro de alimentos y los cambios en su procesado y envasado, entre los tecnológicos <sup>F12</sup>.

Dos hitos históricos: **Ignaz Semmelweis**, en 1847, observó en la maternidad del Hospital General de Viena que la mortalidad por **fiebre puerperal** era mucho mayor en una clínica que en otra (16 % frente a 7 %), la atribuyó a las manos de médicos y estudiantes que venían de las autopsias e impuso el lavado con solución de cal clorada: la mortalidad bajó al 3 % <sup>F14</sup>. **John Snow** investigó el **cólera** de Londres en 1854 marcando los casos en un mapa y los relacionó con la bomba de agua de Broad Street <sup>F10</sup>.

Cadena epidemiológica: se puede actuar sobre cualquier eslabón

La cadena epidemiológica se compone de los eslabones siguientes: la fuente de infección, el mecanismo de transmisión y la persona sana susceptible. Para prevenir las enfermedades infecciosas se debe actuar en:

1. Todos los eslabones para que la prevención sea eficaz.
2. Al menos en dos de los eslabones enunciados.
3. Cualquiera de los eslabones.
4. Depende de cada situación concreta.
5. Siempre se debe actuar en la persona sana susceptible de infección.

Mecanismo de transmisión: definición

El conjunto de medios y sistemas que facilitan el contacto del agente infeccioso con el sujeto receptor, se corresponde con:

1. Fuente de infección.
2. Hábitat.
3. Mecanismo de transmisión.
4. Biotopo.
5. Reservorio.

Periodo de incubación: definición

En el desarrollo de una enfermedad transmisible, el tiempo que transcurre entre la exposición inicial al agente infeccioso y la aparición de la primera manifestación de la enfermedad en el huésped se conoce como:

1. Periodo clínico.
2. Periodo de incubación.
3. Periodo de transmisibilidad.
4. Periodo de latencia.
5. Periodo de generación.

Presentación esporádica de una enfermedad transmisible

En una zona básica de salud se han detectado 10 casos de gripe en el mes de junio. Esta forma de presentación de la enfermedad transmisible se define como:

1. Epidemia.
2. Hipoendemia.
3. Mesoendemia.
4. Esporádica.
5. Pandemia.

Mesoendemia: prevalencia intermedia

El dengue es una enfermedad infecciosa endémica en determinadas comunidades. Cuando el 38% de la población de una comunidad presenta dicha enfermedad, se habla de :

1. Holoendemia.
2. Hiperendemia.
3. Mesoendemia.
4. Hipoendemia.
5. Pandemia.

Brote de shigelosis: tipo mixto

Un brote de Shigellosis se considera de tipo:

1. Holomióntico o de fuente común.
2. Prosodémico.
3. Mixto.
4. De transmisión de persona a persona.

Control de enfermedades transmisibles: concepto

En la prevención y control de las enfermedades transmisibles, las acciones que tienen como objetivo lograr la disminución de la transmisión de la enfermedad y conseguir una disminución de su incidencia, son medidas que se corresponden con el nivel de:

1. Erradicación.
2. Eliminación.
3. Control.
4. Prevención.
5. Planificación.

Agentes de infecciones emergentes: microorganismos resistentes a antibióticos

Entre los agentes considerados causales de infecciones emergentes y reemergentes están:

1. Los microorganismos resistentes a antibióticos.
2. El crecimiento de la población.
3. La migración forzosa.
4. Las conductas sociales de riesgo.
5. El uso excesivo de los antibióticos.

Causas de infecciones emergentes y reemergentes

NO se considera una causa del aumento de las infecciones emergentes y reemergentes:

1. El crecimiento de la población.
2. La facilidad para viajar.
3. La medicina más agresiva.
4. La sobrealimentación.
5. El mal uso de los antibióticos.

Semmelweis e investigación epidemiológica en salas de partos

La importancia de la investigación epidemiológica en relación con la etiología de las enfermedades, fue constatada en las salas de partos por:

1. John Snow.
2. Pierre Louis.
3. William Farr.
4. John Graunt.
5. Ignaz P. Semmelweis.

## 4. Enfermedades de transmisión respiratoria y exantemáticas

| Enfermedad   | Agente                                                                                                                         | Reservorio y transmisión                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Dato clave                                                                                    |
|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tuberculosis | <b>Mycobacterium tuberculosis</b> ; las micobacterias son bacterias <b>aerobias</b> , ácido-alcohol resistentes <sup>F19</sup> | Reservorio fundamental: el <b>ser humano infectado</b> (también ganado y otros animales para el complejo M. tuberculosis); transmisión <b>aérea</b> por aerosoles; depende de la <b>concentración de los bacilos en el aire</b> , la <b>duración de la exposición</b> , la virulencia de la cepa y la susceptibilidad del individuo <sup>F19</sup> | Enfermedad <b>prevenible y curable</b> ; se trata con antibióticos específicos <sup>F43</sup> |
| Tosferina    | <b>Bordetella pertussis</b> , cocobacilo aerobio gramnegativo <sup>F20</sup>                                                   | Único reservorio probable: el ser humano; secreciones respiratorias y gotitas <sup>F20</sup>                                                                                                                                                                                                                                                       | Tasa de ataque de hasta el 90 % en convivientes no inmunes <sup>F20</sup>                     |
| Gripe        | Virus <b>influenza</b> , virus ARN de la familia <b>Orthomyxoviridae</b> <sup>F40</sup> ; tipos A, B, C y D <sup>F39</sup>     | Sobre todo gotas y contacto; los aerosoles también pueden intervenir <sup>F40</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                | Solo el A ha causado pandemias <sup>F39</sup>                                                 |
| Psitacosis   | <b>Chlamydia psittaci</b> <sup>F38</sup>                                                                                       | <b>Aves</b> (mascotas y aves de corral); se inhala polvo con secreciones o excrementos secos de aves <sup>F38</sup>                                                                                                                                                                                                                                | Suele ser leve, pero puede causar neumonía <sup>F38</sup>                                     |

**Sarampión** (protocolo RENAVE, 2026): enfermedad febril exantemática **muy contagiosa** que **comienza con fiebre, coriza, tos** y, a veces, las **manchas de Koplik** en la mucosa oral; el **exantema maculopapular aparece después**, entre el segundo y el cuarto día tras el inicio de los síntomas, generalmente **empieza en la cara** y se extiende por todo el cuerpo <sup>F21</sup>. El departamento de salud pública de Maine (EE. UU.) lo concreta: empieza en la cara **a lo largo de la línea del pelo** y baja al cuello, el tronco, los brazos, las piernas y los pies, y a menudo aparece **detrás de las orejas** cuando empieza en la cara <sup>F64</sup>. Se transmite por gotitas, **aerosoles** o contacto con secreciones nasales o faríngeas; es contagioso desde **4 días antes hasta 4 días después** del exantema; incubación de 10-14 días (intervalo 7-23) <sup>F21</sup>.

### Orden del sarampión

Primero el **pródromo catarral y febril** (fiebre, coriza, tos) y las manchas de Koplik; **después** el exantema, que empieza en la cara <sup>F21</sup>. Una opción que ponga el exantema antes que la fiebre y el catarro es falsa <sup>F21</sup>.

**Varicela** (protocolo RENAVE, 2026): la causa el virus varicela-zóster (herpesvirus humano 3), que produce **dos enfermedades**: la varicela, tras la infección primaria, en la que el virus **queda latente en los ganglios sensitivos** de las raíces dorsales, y el **herpes zóster**, cuando esos virus se **reactivan** <sup>F22</sup>. Incubación de **14 a 16**

**días** (rango máximo 10-21) <sup>F22</sup>. Contagia desde **2 días antes del exantema** hasta que todas las lesiones están en **costra** <sup>F22</sup>. Es **muy contagiosa**: tasa de ataque de hasta el 90 % en contactos susceptibles <sup>F22</sup>.

#### EIR 2018 · 142

P16 · respuesta en el solucionario

Cadena epidemiológica de la tuberculosis

¿Cuál es la respuesta correcta sobre la cadena epidemiológica de la tuberculosis?:

1. El agente *Mycobacterium tuberculosis*, es responsable de los casos de población enferma.
2. El reservorio habitual son las granjas de pollos.
3. No hay tratamiento específico para la enfermedad desarrollada por la *mycobacteria*.
4. Habitualmente la transmisión ocurre bajo techo y depende de la temperatura ambiente de la habitación.

#### EIR 2017 · 187

P18 · respuesta en el solucionario

Tosferina: *Bordetella pertussis*

La tosferina es una infección causada por:

1. La bacteria *Bordetella pertussis*.
2. La bacteria *Haemophilus influenzae*.
3. La bacteria *Pneumocystis jiroveci*.
4. La bacteria Influenza.

#### EIR 2005 · 22

P58 · respuesta en el solucionario

Gripe: virus influenza

La gripe está producida por:

1. Virus sincitial respiratorio.
2. Neumococo.
3. Virus influenza.
4. Citomegalovirus.
5. Rinovirus.

#### EIR 2004 · 53

P46 · respuesta en el solucionario

Psitacosis: reservorio en aves

El reservorio de la Psittacosis se encuentra en:

1. Garrapatas.
2. Bovinos.
3. Aves.
4. Humanos.
5. Suelo y agua.

Sarampión: el pródromo catarral precede al exantema

Indique la respuesta INCORRECTA entre las siguientes afirmaciones respecto a la infección por virus del sarampión:

1. El portal de entrada del virus es a través de las vías respiratorias o conjuntivas después del contacto con gotas o aerosoles en los que se suspende.
2. La infección se inicia con una fase exantemática seguida de fiebre y cuadro catarral con tos y coriza.
3. Las manchas de Koplick son el signo patognomónico del sarampión.
4. La erupción maculopapular se inicia en la frente y región retroauricular extendiéndose al torso y las extremidades.

Varicela: latencia en ganglios nerviosos y reactivación como herpes zóster

¿Cuál de las afirmaciones siguientes es correcta en relación a la varicela?:

1. El periodo de incubación puede oscilar entre los 5 y los 23 días.
2. El contagio se puede producir desde la aparición del exantema hasta que hayan desaparecido todas las costras.
3. Es una enfermedad de bajo riesgo de contagio.
4. Produce una inmunidad natural que oscila entre los 5 y los 10 años.
5. El virus puede quedar de forma latente en ganglios nerviosos, reactivarse al cabo del tiempo y causar herpes zóster.

## 5. Enfermedades de transmisión fecal-oral y alimentaria

**Cólera:** lo producen **Vibrio cholerae** O1 y O139 productores de toxina colérica <sup>F23</sup>. Comienza **bruscamente** con **diarrea acuosa** y vómitos; las heces se vuelven «**en agua de arroz**» y la pérdida rápida de líquidos lleva a **deshidratación grave**, acidosis metabólica y shock <sup>F23</sup>. El reservorio principal es el ser humano y se transmite sobre todo por **agua o alimentos contaminados** <sup>F23</sup>. Ante una diarrea acuosa profusa tras un viaje a zona con cólera y un cultivo de heces con *V. cholerae*, el diagnóstico es cólera <sup>F23</sup>.

**Shigelosis:** bacilos gramnegativos con una **dosis infectiva muy baja (10 a 100 bacterias)**; el único reservorio significativo es el ser humano; transmisión **fecal-oral**, directa entre convivientes (incluido el contacto sexual) o indirecta por fómites, alimentos o agua <sup>F24</sup>. Por la dosis infectiva baja, los brotes suelen deberse a transmisión **persona a persona** <sup>F24</sup>; un brote de fuente común puede continuar así y hacerse **mixto** (sección 3) <sup>F9</sup>.

**Salmonelosis:** bacilo gramnegativo; reservorio en animales domésticos y silvestres (aves de corral, cerdos, vacas, reptiles...); la principal fuente es el **agua o los alimentos contaminados** (huevo crudo o poco cocinado, carne de ave) <sup>F25</sup>. Las medidas de prevención del protocolo son de **higiene alimentaria**: cocinar hasta alcanzar **70 °C durante dos minutos**, refrigerar **por debajo de 5 °C** y en recipientes pequeños (la refrigeración no destruye la bacteria, pero ralentiza su crecimiento), evitar el contacto entre crudos y cocinados y lavarse las manos <sup>F25</sup>. Entre esas medidas **no figura ninguna vacuna** <sup>F25</sup>.

**Campylobacter:** **C. jejuni** y **C. coli** son las especies más frecuentes en humanos; la campilobacteriosis cursa con **diarrea** (a menudo sanguinolenta), dolor abdominal y fiebre <sup>F42</sup>. Es la causa más frecuente de gastroenteritis bacteriana en la Unión Europea, y su principal reservorio son las **aves de corral** <sup>F26</sup>.

**Escherichia coli** es un **bacilo gramnegativo** anaerobio facultativo («a gram-negative, facultatively anaerobic rod», en la revista de los CDC); Escherich llamó en origen *Bacterium coli commune* al bacilo común del colon <sup>F65</sup>.

**Botulismo:** **Clostridium botulinum** es una bacteria **anaerobia**: solo se desarrolla en ausencia de oxígeno <sup>F41</sup>. Sus esporas son termorresistentes; su reservorio natural es el **suelo**, los sedimentos marinos y el intestino de diversos animales, y el botulismo alimentario se debe a la toxina preformada en el alimento <sup>F27,F41</sup>. En cambio, las micobacterias son **aerobias** <sup>F19</sup>.

**Anisakis** (Ministerio de Consumo): lo que mata al parásito es la **temperatura**, no el método: la cocción, la fritura, el horneado o la plancha lo destruyen **cuando se alcanzan 60 °C al menos durante un minuto en toda la pieza** <sup>F37</sup>. Si se va a comer crudo o poco hecho, hay que congelarlo a **-20 °C o menos durante cinco días** (solo en congeladores de tres estrellas o más) <sup>F37</sup>. Deben congelarse, entre otros, los boquerones en vinagre y escabeches, el sushi, sashimi y carpaccio, los marinados como el ceviche y los **pescados ahumados en frío** <sup>F37</sup>.

### Anisakis: la plancha no basta por sí sola

La fuente no habla de métodos seguros, sino de una **temperatura**: 60 °C durante un minuto **en toda la pieza** <sup>F37</sup>. Por eso un cocinado rápido a la plancha o en el microondas **no garantiza** por sí mismo la muerte del parásito si no se alcanza esa temperatura en toda la pieza; cocinar por debajo de 60 °C no basta, y el pescado ahumado en frío se ha de congelar antes <sup>F37</sup>. La frescura del pescado no figura entre las medidas; lo que se recomienda es congelar lo que se vaya a comer crudo o poco hecho <sup>F37</sup>.

**Encefalopatías espongiformes transmisibles humanas** (EETH): el agente es un **prión**, una isoforma anormal de una proteína celular normal, sin ácidos nucleicos <sup>F30</sup>. Los casos de **variante de la enfermedad de**

**Creutzfeldt-Jakob** se han atribuido a la **exposición alimentaria**: la **ingesta de productos bovinos** de animales con encefalopatía espongiforme bovina <sup>F30</sup>. También hay transmisión accidental (duramadre, córnea, hormona de crecimiento de cadáver) y se han descrito tres casos de vECJ por transfusión en el Reino Unido <sup>F30</sup>.

#### EIR 2012 · 70

P31 · respuesta en el solucionario

Cólera: diarrea acuosa profusa tras viaje a zona endémica

Juan es un joven que ha estado en Haití. A su vuelta presenta de manera brusca, diarrea acuosa y profusa, vómitos ocasionales, deshidratación rápida y acidosis. En un cultivo de heces se aísla vibrio cholerae. Estos datos orientan a que Juan ha enfermado de:

1. Cólera.
2. Botulismo.
3. Disentería.
4. Fiebre tifoidea.
5. Triquinosis.

#### EIR 2015 · 146

P21 · respuesta en el solucionario

Salmonelosis: la inmunización no es medida eficaz

La medida de prevención menos eficaz en la aparición de un brote de salmonelosis es:

1. La inmunización activa a la población de riesgo.
2. Lavado de manos riguroso y frecuente, así como de los utensilios y superficies que se van a utilizar para cocinar.
3. Mantener los alimentos en el refrigerador.
4. Cocinar los alimentos con temperatura suficiente (al menos 70°C).
5. Refrigerado rápido de los alimentos cocinados.

#### EIR 2004 · 68

P59 · respuesta en el solucionario

Campylobacter jejuni: infección intestinal con diarrea

Campylobacter jejuni es una bacteria que produce:

1. Meningitis.
2. Neumonía.
3. Infección del tracto urinario.
4. Infección intestinal con diarrea.
5. Vaginitis.

Escherichia coli: bacilo gramnegativo

Escherichia coli es un:

1. Coco gram positivo.
2. Coco gram negativo.
3. Bacilo gram positivo.
4. Bacilo gram negativo.
5. Es un micoplasma, por lo que no se tiñe con la tinción de Gram.

Bacterias anaerobias: Clostridium botulinum

¿Cuál de las siguientes bacterias es anaerobia?:

1. Clostridium botulinum.
2. Mycobacterium tuberculosis.
3. Legionella pneumophila.
4. Haemophilus influenzae tipo B.

Anisakiosis: microondas o plancha no garantizan la muerte del parásito

Entre las recomendaciones que daremos frente a la prevención de la anisakiosis se encuentra:

1. Comprar el pescado más fresco posible y consumir en el día.
2. El pescado ahumado no presenta riesgos.
3. Cocinar preferentemente el pescado a menos de 60°C.
4. El cocinado en microondas o plancha no garantiza la muerte del parásito.

Encefalopatías espongiformes transmisibles: transmisión por consumo de tejidos animales

¿Cuál es la vía principal de transmisión de Encefalopatías Espongiformes Transmisibles (ETT) al ser humano?:

1. Por transmisión zoonótica directa de los animales al ser humano.
2. A través del consumo de productos o tejidos procedentes de animales infectados por priones.
3. A través de la inhalación de partículas que contienen priones de origen animal
4. A través de vectores biológicos, especialmente insectos hematófagos.

## 6. Zoonosis y enfermedades transmitidas por vectores

| Vector                                                  | Enfermedades                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Mosquito <b>Culex</b>                                   | <b>Fiebre del Nilo Occidental</b> (vectores principales, sobre todo <i>Culex pipiens</i> ) <sup>F31,F33</sup> |
| Mosquito <b>Aedes</b>                                   | <b>Dengue</b> , chikungunya y <b>zika</b> <sup>F32</sup>                                                      |
| Mosquito <b>Anopheles</b> (hembra)                      | <b>Paludismo</b> <sup>F34</sup>                                                                               |
| Garrapata <b>Ixodes</b> (en Europa, <i>I. ricinus</i> ) | <b>Enfermedad de Lyme</b> ( <i>Borrelia burgdorferi</i> ) <sup>F29</sup>                                      |

**Fiebre del Nilo Occidental (FNO):** las **aves** son el reservorio y amplifican el virus; lo transmiten mosquitos del género **Culex** que se alimentan de sangre de aves <sup>F32,F33</sup>. Personas y caballos son **hospedadores accidentales** o «de fondo de saco»: su viremia es corta y baja <sup>F32</sup>. La **transmisión de persona a persona es muy poco frecuente** y solo por transfusión, trasplante, **vía transplacentaria** o exposición accidental (autopsias, laboratorio); no hay tratamiento específico y en el medio sanitario bastan las **precauciones estándar** <sup>F31,F32</sup>. **Diagnóstico:** en las formas neurológicas las muestras principales son **suero, líquido cefalorraquídeo y orina** (PCR y anticuerpos IgM) <sup>F31</sup>.

**FNO en la embarazada** (Guía de manejo clínico del Plan Nacional de Vectores, versión de marzo de 2026): la mayoría de las gestantes están asintomáticas, sin más gravedad que las no gestantes; se ha descrito una **transmisión vertical del 4 %**, con manifestaciones fetales sobre todo neurológicas <sup>F66</sup>. «En caso de una **gestante de parto** con sospecha diagnóstica de infección por VNO se deberá **valorar la realización de una cesárea** y el seguimiento estrecho del recién nacido» <sup>F66</sup>.

El **Plan Nacional de Prevención, Vigilancia y Control de las Enfermedades Transmitidas por Vectores** (Ministerio, 2023) gradúa la FNO en escenarios según la presencia del virus <sup>F32</sup>. En el **escenario 0** las actividades se centran en la **preparación** y en **confirmar la ausencia del virus**, con vigilancia pasiva de aves, equinos y casos humanos <sup>F32</sup>. **Sensibilizar a los ciudadanos para que se protejan de las picaduras** es una acción de comunicación que empieza en el **escenario 1a** (circulación documentada del virus), no en el 0 <sup>F32</sup>. En cualquier escenario es clave evitar la transmisión por transfusión o trasplante <sup>F32</sup>.

### FNO y gestante

Las fuentes descartan que la FNO se transmita con facilidad de persona a persona (es muy poco frecuente), que el escenario 0 incluya campañas frente a picaduras (empiezan en el 1a) y que se diagnostique con frotis nasal (las muestras son suero, LCR y orina) <sup>F31,F32</sup>. En cambio, sí contemplan la **transmisión transplacentaria** <sup>F31,F32</sup>. La afirmación que el examen da por cierta (EIR2025-046, respuesta oficial), que **en la gestante de parto debe valorarse una cesárea**, no está en la parte del Plan que describe la FNO ni en el protocolo de la RENAVE: a la embarazada, el protocolo le recomienda **repelentes** con DEET en concentración inferior al 10 % <sup>F31</sup> y el Plan, repelentes de uso tópico siguiendo las recomendaciones del fabricante <sup>F32</sup>. Está en la **Guía de manejo clínico** del mismo Plan <sup>F66</sup>.

**Paludismo:** lo transmite la hembra del mosquito **Anopheles** <sup>F34</sup>. Según la OMS, el riesgo suele ser menor **por encima de 1.500 m** de altitud, aunque en condiciones climáticas favorables la enfermedad puede contraerse **hasta casi 3.000 m**; el riesgo es mayor al final de la estación de lluvias o poco después <sup>F35</sup>. Una zona **por debajo de 3.000 m** puede, por tanto, tener transmisión <sup>F35</sup>. Según los CDC, la altitud y factores climáticos como la **temperatura, la humedad y la lluvia** influyen en dónde se transmite el paludismo, y la temperatura es decisiva: **por debajo de 20 °C** Plasmodium falciparum no completa su ciclo en el mosquito Anopheles y no puede transmitirse; tampoco hay paludismo a gran altitud, en las estaciones frías de algunas zonas ni en los desiertos (salvo los oasis) <sup>F67</sup>.

**Prevención en el viajero:** evitar las picaduras (mosquiteras al dormir, repelentes con DEET, IR3535 o icaridina después del anochecer, ropa protectora) y, según la zona, **quimioprofilaxis** con antipalúdicos o tratamiento de reserva <sup>F34,F35</sup>. La OMS recomienda las vacunas antipalúdicas **RTS,S/AS01** (2021) y **R21/Matrix-M** (2023) para **niños que viven en regiones con transmisión de moderada a alta** de P. falciparum; se aplican en programas de inmunización infantil sistemática en África <sup>F34</sup>. Las medidas que la OMS indica a quien viaja a zonas endémicas son la **protección frente a picaduras** y, según la zona, la **quimioprofilaxis** o el tratamiento de reserva: entre ellas **no figura ninguna vacuna** <sup>F34,F35</sup>.

**Dengue:** la **prueba del torniquete** (Rumpel-Leede) es útil para detectar la infección y ayuda al diagnóstico cuando no hay serología ni PCR; los profesionales de atención primaria deben saber hacerla e interpretarla <sup>F36</sup>. Se infla el manguito a una presión intermedia entre la sistólica y la diastólica durante 5 minutos y se cuentan las petequias en un cuadrado de 2,5 × 2,5 cm en la flexura del codo: **más de 20 petequias** es positiva (el CDC habla de 10) <sup>F36</sup>. Una prueba del torniquete positiva es uno de los criterios de caso sospechoso de dengue <sup>F36</sup>.

**Enfermedad de Lyme:** la causa **Borrelia burgdorferi**, una espiroqueta; los animales silvestres son su reservorio y la transmite la picadura de garrapatas duras **Ixodes** <sup>F29</sup>. **Carbunco:** Bacillus anthracis forma esporas muy resistentes que sobreviven décadas; su reservorio son muchas especies animales, sobre todo **herbívoros**; las esporas de los cadáveres de animales infectados pasan a la **tierra** y la vegetación, y las **pieles, pelos, cueros y lana** pueden albergarlas durante años <sup>F28</sup>. En más del 95 % de los casos humanos la infección es **cutánea** <sup>F28</sup>.

### Dónde está el bacilo del carbunco

EIR2010-066, respuesta (reconstruida por un tercero): el bacilo del carbunco se encuentra en «los excrementos de los animales». El protocolo vigente de la RENAVE (2026) no menciona los excrementos: sitúa las esporas en la **tierra y la vegetación** (procedentes de cadáveres de animales infectados) y en **pieles, pelos, cueros y lana** <sup>F28</sup>, lo que hoy se acercaría más a la opción «el suelo y el polvo». No se ha encontrado fuente oficial para el criterio de la respuesta reconstruida; la pregunta se responde con esa respuesta, «los excrementos de los animales».

Mosquito Culex: vector de la fiebre del Nilo Occidental

Los mosquitos del género Culex son los principales vectores de transmisión en humanos, ¿de cuál de las siguientes enfermedades?:

1. Dengue.
2. Zika.
3. Fiebre del Nilo Occidental.
4. Paludismo.

Fiebre del Nilo Occidental en gestantes

Teniendo en cuenta el Plan Nacional de prevención, Vigilancia y control de Enfermedades Transmitidas por Vectores del Ministerio de Sanidad, en relación a la Fiebre del Nilo Occidental, es cierto que:

1. Existe una alta probabilidad de transmisión persona a persona, por lo que se debe aislar al paciente ante la sospecha de detección.
2. El escenario 0 contempla la realización de campañas para la protección frente a picaduras.
3. El diagnóstico se realiza mediante PCR en frotis nasal.
4. En caso de una gestante de parto, debe valorarse la realización de una cesárea.

Transmisibilidad de la malaria: altitud inferior a 3000 m

A la hora de valorar la transmisibilidad de malaria en una región, ¿cuál de los siguientes factores constituye un factor de riesgo?:

1. Temperatura mantenida mayor de 38°C en la zona.
2. Altura de la zona inferior a 3000m.
3. Humedad relativa de la zona inferior al 52%.
4. Temperatura mantenida menor de 15°C en la zona.

Prevención de la malaria: no existe vacunación

Juana es una joven que acude a la consulta para solicitar información. Va a viajar a un país de África Subsahariana en el que la malaria es endémica. ¿Qué medida NO es pertinente para la preparación del viaje y durante su estancia en el país?:

1. La vacunación.
2. Tratamiento profiláctico farmacológico.
3. Vestir con ropas que cubran la piel.
4. Proteger la cama con mosquitero.
5. Utilizar insecticidas

Dengue: prueba del torniquete (Rumpel-Leede)

¿Qué prueba nos resultará de utilidad a la hora de valorar a un paciente con sospecha de Dengue?:

1. Test de Rumpel leede.
2. Test de Relleno capilar.
3. Test de Wrinkle.
4. Test de Allen.

Enfermedad de Lyme: *Borrelia burgdorferi*

El agente etiológico de la enfermedad de Lyme es:

1. *Coxiella Burnetii*.
2. *Cryptosporidium parvum*.
3. *Rickettsia conorii*.
4. *Clostridium anthracis*.
5. *Borrelia burgdorferi*.

Carbunco: bacilo presente en excrementos animales

El bacilo que provoca el carbunco se encuentra en:

1. Los excrementos de los animales.
2. El suelo y el polvo.
3. Terrenos profundos y ambientes calurosos.
4. Los hongos
5. Los gusanos de las heces y la orina.

## 7. Infección por el VIH: transmisión, diagnóstico, epidemiología y prevención

**Transmisión:** el VIH se transmite por líquidos corporales de la persona infectada, como la **sangre, la leche materna, el semen o las secreciones vaginales**, y de la **madre al hijo** durante el embarazo y el parto <sup>F44</sup>; también al amamantar <sup>F45</sup>. **No** se transmite por besos, abrazos, apretones de manos ni por compartir objetos, agua o alimentos <sup>F44</sup>. Según los CDC, **no** se transmite por la **saliva**, el sudor ni las lágrimas, ni por el aire o el agua, **ni por insectos** o mascotas <sup>F45,F46</sup>. Con los usuarios de drogas, la transmisión se produce al **compartir agujas, jeringas u otro material** de inyección <sup>F45</sup>.

**Factores que modifican el riesgo** (CDC): la mayoría de las infecciones se adquieren por **relaciones anales o vaginales** o al compartir material de inyección; en el sexo anal, la persona **receptiva** tiene más probabilidad de infectarse que la insertiva; y **tener otra ITS aumenta** la probabilidad de contraer o transmitir el VIH <sup>F45</sup>. **Indetectable = intransmisible:** las personas en tratamiento antirretroviral con **carga viral indetectable no transmiten** el virus a sus parejas sexuales <sup>F44</sup>; la supresión viral también previene la transmisión durante el embarazo, el parto y la lactancia <sup>F45</sup>.

| Exposición sexual (CDC, 2024)   | Riesgo de transmisión por 10.000 exposiciones |
|---------------------------------|-----------------------------------------------|
| Coito anal receptivo            | 138 <sup>F68</sup>                            |
| Coito anal insertivo            | 11 <sup>F68</sup>                             |
| Coito pene-vagina receptivo     | 8 <sup>F68</sup>                              |
| Coito pene-vagina insertivo     | 4 <sup>F68</sup>                              |
| Sexo oral receptivo o insertivo | Bajo <sup>F68</sup>                           |

De las exposiciones sexuales de la tabla de los CDC, el **coito anal** es el de mayor riesgo por acto, tanto receptivo como insertivo, por encima del vaginal y del oral <sup>F68</sup>.

EIR 2019 · 123

P15 · respuesta en el solucionario

VIH: no se transmite por saliva

En relación con la transmisión del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) ¿Cuál de las siguientes afirmaciones NO es cierta?:

- El VIH se puede transmitir por contacto con sangre, semen, flujo vaginal y saliva.
- La donación de sangre en España no comporta riesgo para la transmisión del VIH.
- El VIH se puede transmitir de la madre al hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia.
- Las personas portadoras del VIH que toman tratamiento antirretroviral y tienen la carga viral indetectable, pueden mantener una vida sexualmente activa sin infectar a sus parejas, e incluso pueden tener hijos de forma natural.

VIH: no se transmite por artrópodos

Respecto al VIH/SIDA es FALSO que:

1. Además de las vías de transmisión vertical y horizontal (sangre o hemoderivados y fluidos serosanguinolentos o genitales), en la actualidad se han documentado algunos casos de transmisión por artrópodos vectores.
2. En usuarios de drogas por vía parenteral que comparten jeringuillas, se transmite a partir de microtransfusiones de sangre infectada, cuando se inyectan con un equipo contaminado.
3. Las mujeres embarazadas asintomáticas al igual que las que presentan recuentos de linfocitos CD4+ elevados, presentan menor riesgo de transmisión de VIH.
4. La práctica sexual de mayor riesgo es la relación genital-anal entre varones, y el riesgo es notablemente mayor para el receptor anal que para el insertor.

Transmisión del VIH: otras ITS con lesiones genitales aumentan el riesgo

Señale cuál de las siguientes afirmaciones sobre la transmisión del VIH, NO es correcta:

1. La práctica con mayor riesgo es el sexo anal sin protección.
2. El riesgo de infección es mayor para la pareja que recibe el semen.
3. El coito durante la menstruación aumenta el riesgo de transmisión.
4. La presencia de lesiones genitales causadas por otras enfermedades de transmisión sexual no incrementa la probabilidad de infección.
5. El contacto con lágrimas, saliva, orina, contenido gástrico, esputo, heces o sudor no interviene en la transmisión.

Prácticas sexuales de mayor riesgo de VIH: coito anal

Uno de los métodos para prevenir la transmisión del VIH es la educación sobre el uso seguro del preservativo y las prácticas sexuales de riesgo. ¿Cuál de las siguientes prácticas comporta más riesgo de transmisión?:

1. Coito vaginal.
2. Coito anal.
3. Prácticas sexuales orales.
4. Sexo entre homosexuales.
5. Todas comportan el mismo riesgo si no se utiliza preservativo.

**Guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario** (Ministerio, 2014). Principios: la prueba es **voluntaria** (salvo los supuestos de realización obligatoria), **confidencial** y con **consentimiento informado** (como mínimo verbal y registrado en la historia clínica) <sup>F47</sup>. La guía separa a las

personas con **criterios clínicos** de sospecha y, en las que no los tienen, distingue la oferta **rutinaria**, la **dirigida** y la realización **obligatoria** <sup>F47</sup>:

- **Rutinaria: todas las mujeres embarazadas** (en el primer trimestre y, si es negativa, se recomienda repetirla antes del parto), internos de instituciones penitenciarias y, en atención primaria de provincias con alta tasa de nuevos diagnósticos, personas de 20 a 59 años sexualmente activas a las que se pida una analítica <sup>F47</sup>.
- **Dirigida** por exposición o procedencia: quien la solicite por sospechar una exposición de riesgo; parejas de personas con VIH; usuarios de drogas inyectadas y sus parejas; HSH y sus parejas; personas que ejercen la prostitución; **heterosexuales con más de una pareja sexual y/o prácticas de riesgo en los últimos doce meses; personas que desean dejar de utilizar el preservativo con sus parejas estables**; víctimas de agresión sexual; exposición ocupacional o no ocupacional; y **personas procedentes de países de alta prevalencia (>1 %) y sus parejas** <sup>F47</sup>.
- **Por indicación clínica**: signos, síntomas o enfermedades indicadoras de infección por VIH <sup>F47</sup>.
- **Obligatoria**: solo en los supuestos que fija la legislación (anexo 3 de la guía) <sup>F47</sup>.

### Periodo ventana

Se descarta la infección si el ELISA es negativo a las **6 semanas** con pruebas de **cuarta generación**, o a los **3 meses** con pruebas de tercera generación o tras profilaxis posexposición <sup>F47</sup>. Seis meses no es el periodo vigente <sup>F47</sup>. Y en la oferta dirigida: prevalencia del país **>1 %** (no 2 %) y prácticas de riesgo en los últimos **doce** meses (no seis) <sup>F47</sup>.

#### EIR 2019 · 122

P51 · respuesta en el solucionario

Prueba del VIH en todas las embarazadas

En relación con la prueba de diagnóstico de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?:

1. La prueba rutinaria del VIH debe realizarse a todas las mujeres embarazadas, aunque no refieran prácticas de riesgo.
2. No es necesario solicitar el consentimiento del paciente para realizar la prueba del VIH.
3. Sólo debe solicitarse la prueba de aquellas personas que presentan signos y/o síntomas de infección por VIH o SIDA y a las embarazadas.
4. El periodo que debe transcurrir actualmente entre una práctica de riesgo y la realización de la prueba de diagnóstico para que se pueda descartar con certeza la infección por el VIH debe ser, al menos, de seis meses.

Diagnóstico precoz del VIH: a quién ofrecer la prueba

Tal como se recoge en la Guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario, y teniendo en cuenta la potencial exposición, se recomienda ofrecer la prueba del VIH a:

1. Todas las personas, con 18 años o más, que lo soliciten por sospechar una exposición de riesgo.
2. Personas heterosexuales con más de una pareja sexual y/o prácticas de riesgo en los últimos seis meses.
3. Personas procedentes de países de alta prevalencia de VIH (>2%) y sus parejas sexuales.
4. Personas que desean dejar de utilizar el preservativo con sus parejas estables.

**Epidemiología en España** (informe de vigilancia del VIH y sida 2024, publicado en 2025): en los **nuevos diagnósticos de VIH**, la transmisión entre **hombres que tienen sexo con hombres** fue la más frecuente (54,3 %), seguida de la heterosexual (28,7 %) y de la de personas que se inyectan drogas (1,5 %): el **83 %** fue de **transmisión sexual** <sup>F48</sup>. El informe concluye que la **vía sexual** es el modo de transmisión principal <sup>F48</sup>. En los **casos de sida** diagnosticados en 2024 predomina también la **vía sexual**: heterosexual 39,1 % y HSH 33,7 %, frente al 3,9 % por compartir material de inyección; la mediana de edad al diagnóstico fue de **42 años** <sup>F48</sup>. La enfermedad definitoria de sida más frecuente en 2014-2024 fue la **neumonía por *Pneumocystis jirovecii*** (35,9 %), seguida de la **tuberculosis** (16,9 %) <sup>F48</sup>.

**En el informe de noviembre de 2016** (casos de sida de 2015): el 34,4 % de los casos de sida se debieron a relaciones **heterosexuales** y el 33,2 % a transmisión entre **HSH**, frente al 13,7 % por compartir material de inyección; la mediana de edad al diagnóstico fue de **43 años** <sup>F69</sup>. El 37,8 % de los casos de 2015 eran personas originarias de otros países; de ellas, el 28,7 % procedía de Latinoamérica y el 17 % de África subsahariana <sup>F69</sup>. En 2010-2015 la enfermedad definitoria de sida más frecuente fue la **neumonía por *Pneumocystis jirovecii*** (27 %), seguida de la tuberculosis (21,4 %) y de la candidiasis esofágica (13,2 %) <sup>F69</sup>.

**Cuba** fue el **primer país del mundo** validado por la OMS (30 de junio de 2015) por haber **eliminado la transmisión de madre a hijo del VIH y de la sífilis** <sup>F51</sup>.

**Plan Estratégico para la Prevención y Control de la Infección por el VIH y las ITS en España 2021-2030** (Ministerio): recoge que ONUSIDA fijó para 2020 la meta **90-90-90** (diagnosticados, en tratamiento, con supresión viral) y que en su estrategia 2021-2026 **la eleva al 95-95-95-95** para 2025: 95 % conozcan su estado serológico, 95 % de los diagnosticados en tratamiento, 95 % de los tratados en **supresión viral** y **95 % con buena calidad de vida**; aspira además a reducir un 90 % las nuevas infecciones respecto a 2010 y a **0 % de discriminación** <sup>F49</sup>.

**Profilaxis preexposición (PrEP)**. El manual del Ministerio (actualización de diciembre de 2021) remite al documento de consenso del Plan Nacional sobre el Sida de enero de 2018 y recoge los criterios con los que entró en el SNS en 2019: **HSH y personas transexuales VIH negativas mayores de 18 años con al menos dos** de estos criterios en el último año <sup>F50</sup>:

- **Más de 10 parejas sexuales** diferentes <sup>F50</sup>.
- Sexo anal sin preservativo <sup>F50</sup>.
- **Uso de drogas relacionado con el mantenimiento de relaciones sexuales sin preservativo** <sup>F50</sup>.

- Profilaxis posexposición en varias ocasiones <sup>F50</sup>.
- **Al menos una ITS bacteriana** <sup>F50</sup>.

Además, mujeres en situación de prostitución VIH negativas con uso no habitual del preservativo <sup>F50</sup>. Desde diciembre de 2021 la PrEP se amplió a personas **de 16 años o más**, y a **mujeres y hombres cis** y usuarios de drogas inyectadas con prácticas de inyección no seguras que refieran un **uso no habitual del preservativo** y cumplan al menos dos de esos criterios; las personas transexuales siguen los **mismos criterios** que los HSH <sup>F50</sup>. Antes de empezar hay que **descartar la infección por el VIH**, y después de iniciarla se hace un **seguimiento cada 3 meses** <sup>F50</sup>.

**PrEP inyectable:** en febrero de 2026 el SNS incorporó como prestación financiada el **cabotegravir de acción prolongada**, de administración **intramuscular cada dos meses**, para personas VIH negativas con **alto riesgo de adquirir la infección por vía sexual**, en situaciones en las que la PrEP oral no es alternativa; España fue el primer país de la Unión Europea en financiarla <sup>F70</sup>.



### PrEP: lo que cae

**Dos** criterios (no cuatro); **más de 10 parejas** en el último año; una ITS bacteriana **sí** es criterio; **chemsex** (drogas para sexo sin preservativo) es criterio; seguimiento **trimestral**, no anual <sup>F50</sup>.

#### EIR 2017 · 24

P19 · respuesta en el solucionario

Epidemiología del sida en España: predominio de la vía sexual

¿Cuál es la respuesta correcta respecto a la incidencia de SIDA en España en los últimos cinco años?:

1. La vía sexual es la categoría de transmisión que presenta la incidencia de SIDA más elevada.
2. El grupo de edad que presenta la incidencia de SIDA más elevada son los menores de 25 años.
3. Las personas procedentes de África Subsahariana presentan la incidencia de SIDA más elevada.
4. La enfermedad definitoria de SIDA más frecuente es el sarcoma de Kaposi.

#### EIR 2016 · 84

P20 · respuesta en el solucionario

Cuba: primer país en eliminar la transmisión vertical del VIH

¿Qué país ha sido el primero en recibir la validación de la Organización Mundial de la Salud por haber eliminado la transmisión de madre a hijo del VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) y sífilis:

1. Argentina.
2. Cuba.
3. Nicaragua.
4. Puerto Rico.

Plan Estratégico VIH e ITS 2021-2030: objetivo 95-95-95-95

Dentro del Plan Estratégico para la Prevención y Control de la Infección por el VIH y las ITS en España 2021-2030, podemos encontrar:

1. Que la meta cambia de 90-90-90 a 95-95-95-95.
2. Que el 80% de las personas con infección por el VIH conozcan su estado serológico.
3. Que el 85% de las personas con VIH en tratamiento estén en supresión viral.
4. Que el 90% de las personas diagnosticadas con el VIH reciban el tratamiento antirretroviral.

PrEP frente al VIH: criterios de elegibilidad

Según el documento de consenso de profilaxis preexposición al VIH en España de 2018, es un criterio de elegibilidad:

1. Tener al menos cuatro criterios de alto riesgo de infección por VIH.
2. En personas transexuales que tengan prácticas sexuales de alto riesgo, se aplicarán criterios distintos que los utilizados para el grupo de hombres que tienen sexo con hombres (HSH).
3. No haber tenido alguna ITS bacteriana en el último año.
4. Uso de drogas relacionadas con el mantenimiento de relaciones sexuales sin protección en el último año.

PrEP frente al VIH: seguimiento clínico y analítico

En relación con los criterios de administración de la profilaxis preexposición (PrEP) frente al VIH, ¿cuál de las siguientes afirmaciones NO es cierta?:

1. El paciente debe tener al menos 18 años.
2. Se debe descartar la existencia de una infección por el VIH antes de administrar la PrEP.
3. Después de iniciar la PrEP, hay que realizar un seguimiento clínico y analítico una vez al año.
4. Uno de los diferentes criterios de riesgo a valorar para recomendar la PrEP es que la persona haya tenido al menos 10 parejas sexuales diferentes en el último año.

## 8. Otras infecciones de transmisión sexual

| ITS                                       | Agente (CDC)                                                                                                            | Dato clave                                                                                           |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Linfogranuloma venéreo</b>             | <b>Chlamydia trachomatis</b> serovares L1, L2 o L3 <sup>F52</sup>                                                       | Úlcera genital, adenopatías, proctocolitis <sup>F52</sup>                                            |
| <b>Chancroide</b> (chancro blando)        | <b>Haemophilus ducreyi</b> <sup>F53</sup>                                                                               | Factor de riesgo de transmisión del VIH <sup>F53</sup>                                               |
| <b>Granuloma inguinal</b> (donovanosis)   | <b>Klebsiella granulomatis</b> (antes Calymmatobacterium granulomatis), bacilo gramnegativo intracelular <sup>F54</sup> | Enfermedad ulcerosa genital <sup>F54</sup>                                                           |
| <b>Uretritis no gonocócica</b>            | C. trachomatis (<50 % de los casos), <b>Mycoplasma genitalium</b> (10-25 %), T. vaginalis (1-8 %) <sup>F55</sup>        | En cerca de la mitad de los casos no se identifica patógeno <sup>F55</sup>                           |
| <b>Tricomoniasis</b>                      | <b>Trichomonas vaginalis</b> , un <b>protozoo</b> <sup>F60</sup>                                                        | 70-85 % con síntomas mínimos o ninguno; en los hombres, <b>a veces</b> uretritis <sup>F59</sup>      |
| <b>Verrugas anogenitales</b> (condilomas) | <b>VPH</b> : el 90 % por los tipos no oncogénicos <b>6 u 11</b> <sup>F56</sup>                                          | Pene, escroto, periné, región perianal, ano, introito vaginal, vagina, cuello uterino <sup>F56</sup> |
| <b>Sarna</b>                              | Ácaro <b>Sarcoptes scabiei</b> <sup>F57</sup>                                                                           | Prurito <sup>F57</sup>                                                                               |
| Pediculosis pubis                         | <b>Phthirus pubis</b> <sup>F57</sup>                                                                                    | Transmisión sexual habitual <sup>F57</sup>                                                           |

Las **verrugas anogenitales** son una enfermedad frecuente: el 90 % se deben a los tipos no oncogénicos 6 u 11 y aparecen en el pene (bajo el prepucio o en el cuerpo), el escroto, el periné, la región perianal y el ano <sup>F56</sup>. La **tricomoniasis** es una ITS muy frecuente, más en mujeres que en hombres; la mayoría de las personas infectadas no tienen síntomas <sup>F59,F60</sup>. El agente de la **sarna**, *Sarcoptes scabiei* var. hominis, el ácaro humano de la sarna, pertenece a la **clase Arachnida de los artrópodos** (subclase Acari, familia Sarcoptidae) <sup>F71</sup>.

**Sífilis** (*Treponema pallidum*): la **primaria** se presenta clásicamente como una **úlceras o chancro único e indoloro** en el lugar de la inoculación <sup>F58</sup>. La **secundaria** puede dar **exantema**, lesiones mucocutáneas y **linfadenopatías** <sup>F58</sup>, y además fiebre, dolor de garganta, **caída del pelo en placas** (alopecia), cefalea, pérdida de peso, mialgias y **cansancio** <sup>F61</sup>. El chancro, por tanto, no es un signo del secundarismo <sup>F58</sup>.

**Prevención primaria y secundaria.** La prevención primaria de las ITS evita la infección: educación sexual o el **preservativo**, que el manual de PrEP cita como herramienta para reducir el riesgo de adquirir ITS <sup>F50</sup>. La **citología** es, en cambio, una prueba de **cribado del cáncer de cuello uterino**: el programa de cribado del SNS usa la citología cada 3 años entre los 25 y los 29 años y la **detección del VPH** como prueba primaria de cribado; su objetivo es disminuir la mortalidad por ese cáncer, no evitar la infección <sup>F62</sup>.

Las guías de ITS de los CDC (2021) concretan qué incluye la prevención primaria: **evaluar el riesgo conductual** (las conductas sexuales que ponen a la persona en riesgo de infección) y el biológico, y para ello los profesionales deben **obtener de forma rutinaria la historia sexual** de sus pacientes <sup>F72</sup>. Entre los métodos de prevención primaria figuran la **vacunación preexposición**, uno de los métodos más eficaces para prevenir la transmisión del VPH, el VHA y el VHB (la vacuna de la hepatitis B se recomienda, entre otros, a las **personas que se inyectan drogas**), y el preservativo <sup>F73</sup>.

#### EIR 2021 · 53

P50 · respuesta en el solucionario

Linfogranuloma venéreo: *Chlamydia trachomatis*

En cuanto a las enfermedades de transmisión por vía sexual, ¿cuál es el microorganismo que causa el linfogranuloma venéreo?:

1. *H. Ducreyi*.
2. *Chlamydia Trachomatis*.
3. *Calymmatobacterium granulomatis*.
4. *Staphylococcus epidermidis*.

#### EIR 2024 · 47

P48 · respuesta en el solucionario

ITS en el varón: condilomas como manifestación más frecuente del VPH

Señale la respuesta correcta sobre las infecciones de transmisión sexual (ITS) en el varón:

1. La uretritis no gonocócica está generalmente producida por el *treponema pallidum*.
2. El chancro blando o chancroide es una infección bacteriana cuyo agente etiológico es *Klebsiella granulomatis*.
3. La manifestación más frecuente de la infección clínica del virus del papiloma humano (VPH), son los condilomas acuminados en la zona mucosa de los genitales, piel del pene y escroto.
4. En la infección producida por *trichomona vaginalis* es frecuente que los hombres muestren síntomas como secreción por la uretra y molestias al orinar.

#### EIR 2005 · 21

P44 · respuesta en el solucionario

*Trichomonas vaginalis*: ITS causada por un protozoo

¿Cuál de los siguientes microorganismos responsables de enfermedades de transmisión sexual es un protozoo?:

1. *Chlamydia trachomatis*.
2. *Treponema pallidum*.
3. *Phthirius pubis*.
4. *Haemophilus ducreyi*.
5. *Trichomonas vaginalis*.

Sarna: *Sarcoptes scabiei* es un artrópodo

En la enfermedad de transmisión sexual producida por *Sarcoptes Scabiei*, el agente causal es:

1. Una bacteria.
2. Un hongo.
3. Un artrópodo.
4. Un virus.
5. Un protozoo.

Sífilis primaria: chancro indoloro

A PRM, de 24 años, con antecedentes de haber mantenido relaciones sexuales en varias ocasiones, con distintas parejas y sin haber utilizado ningún método de protección de barrera, le han diagnosticado una sífilis secundaria. En este estadio de la enfermedad, la clínica que puede experimentar el paciente incluye todas la siguientes, EXCEPTO:

1. Ulceraciones indoloras (chancro) en los genitales.
2. Malestar general.
3. Alopecia.
4. Linfadenopatía.
5. Exantema.

Prevención primaria de ITS: la citología no lo es

Las medidas de prevención primaria de infecciones de transmisión sexual, NO incluyen:

1. Realizar anamnesis desde los 12 años para identificar los comportamientos y prácticas sexuales de riesgo.
2. Fomentar el uso correcto y regular del preservativo masculino o femenino desde la primera relación sexual.
3. Desarrollar campañas de vacunación del VHB en grupos de riesgo como los usuarios de drogas por vía parenteral.
4. Realización de citologías frecuentes en mujeres sexualmente activas.
5. Redirigir los programas escolares de educación sexual, hacia una sexualidad saludable y responsable.

## Todas las preguntas del tema (47)

De la más reciente a la más antigua. Las respuestas, en el solucionario.

**EIR 2026 · 159**

P1 · respuesta en el solucionario

¿Cuál es la vía principal de transmisión de Encefalopatías Espongiformes Transmisibles (ETT) al ser humano?:

1. Por transmisión zoonótica directa de los animales al ser humano.
2. A través del consumo de productos o tejidos procedentes de animales infectados por priones.
3. A través de la inhalación de partículas que contienen priones de origen animal
4. A través de vectores biológicos, especialmente insectos hematófagos.

**EIR 2026 · 69**

P2 · respuesta en el solucionario

Los mosquitos del género Culex son los principales vectores de transmisión en humanos, ¿de cuál de las siguientes enfermedades?:

1. Dengue.
2. Zika.
3. Fiebre del Nilo Occidental.
4. Paludismo.

**EIR 2025 · 102**

P3 · respuesta en el solucionario

Según el documento de consenso de profilaxis preexposición al VIH en España de 2018, es un criterio de elegibilidad:

1. Tener al menos cuatro criterios de alto riesgo de infección por VIH.
2. En personas transexuales que tengan prácticas sexuales de alto riesgo, se aplicarán criterios distintos que los utilizados para el grupo de hombres que tienen sexo con hombres (HSH).
3. No haber tenido alguna ITS bacteriana en el último año.
4. Uso de drogas relacionadas con el mantenimiento de relaciones sexuales sin protección en el último año.

**EIR 2025 · 46**

P4 · respuesta en el solucionario

Teniendo en cuenta el Plan Nacional de prevención, Vigilancia y control de Enfermedades Transmitidas por Vectores del Ministerio de Sanidad, en relación a la Fiebre del Nilo Occidental, es cierto que:

1. Existe una alta probabilidad de transmisión persona a persona, por lo que se debe aislar al paciente ante la sospecha de detección.
2. El escenario 0 contempla la realización de campañas para la protección frente a picaduras.
3. El diagnóstico se realiza mediante PCR en frotis nasal.
4. En caso de una gestante de parto, debe valorarse la realización de una cesárea.

Dentro del Plan Estratégico para la Prevención y Control de la Infección por el VIH y las ITS en España 2021-2030, podemos encontrar:

1. Que la meta cambia de 90-90-90 a 95-95-95-95.
2. Que el 80% de las personas con infección por el VIH conozcan su estado serológico.
3. Que el 85% de las personas con VIH en tratamiento estén en supresión viral.
4. Que el 90% de las personas diagnosticadas con el VIH reciban el tratamiento antirretroviral.

Según el sistema de vigilancia de la mortalidad diaria (Sistema MoMo), NO es cierto que:

1. Es un sistema de vigilancia de la mortalidad por todas las causas, y asociada a excesos de temperatura.
2. Se ha implementado en la Unidad de Vigilancia de la Mortalidad diaria del Centro Nacional de Epidemiología (CNE) del Instituto de Salud Carlos III.
3. El sistema MoMo en su enfoque predictivo (Índice Kairos), ofrece predicciones del riesgo de mortalidad atribuible a exceso o defecto de temperatura para el día en curso y los siguientes siete días.
4. El sistema MoMo analiza la información procedente de tres fuentes distintas: el Instituto Nacional de Estadística (INE), el Ministerio de Justicia y la Agencia Española de Meteorología.

¿Qué prueba nos resultará de utilidad a la hora de valorar a un paciente con sospecha de Dengue?:

1. Test de Rumpel leede.
2. Test de Relleno capilar.
3. Test de Wrinkle.
4. Test de Allen.

A la hora de valorar la transmisibilidad de malaria en una región, ¿cuál de los siguientes factores constituye un factor de riesgo?:

1. Temperatura mantenida mayor de 38°C en la zona.
2. Altura de la zona inferior a 3000m.
3. Humedad relativa de la zona inferior al 52%.
4. Temperatura mantenida menor de 15°C en la zona.

Tal como se recoge en la Guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario, y teniendo en cuenta la potencial exposición, se recomienda ofrecer la prueba del VIH a:

1. Todas las personas, con 18 años o más, que lo soliciten por sospechar una exposición de riesgo.
2. Personas heterosexuales con más de una pareja sexual y/o prácticas de riesgo en los últimos seis meses.
3. Personas procedentes de países de alta prevalencia de VIH (>2%) y sus parejas sexuales.
4. Personas que desean dejar de utilizar el preservativo con sus parejas estables.

Un caso con alta sospecha clínicoepidemiológica con pruebas diagnósticas de infección activa por SARS-CoV-2 repetidamente negativa (al menos un PCR) y serología positiva para SARS-CoV-2 realizada por técnicas serológicas de alto rendimiento, sería un:

1. Caso sospechoso.
2. Caso probable.
3. Caso confirmado con infección activa.
4. Caso descartado.

Un brote de Shigellosis se considera de tipo:

1. Holomiótico o de fuente común.
2. Prosódémico.
3. Mixto.
4. De transmisión de persona a persona.

¿Cuál de las siguientes bacterias es anaerobia?:

1. Clostridium botulinum.
2. Mycobacterium tuberculosis.
3. Legionella pneumophila.
4. Haemophilus influenzae tipo B.

En relación con los criterios de administración de la profilaxis preexposición (PrEP) frente al VIH, ¿cuál de las siguientes afirmaciones NO es cierta?:

1. El paciente debe tener al menos 18 años.
2. Se debe descartar la existencia de una infección por el VIH antes de administrar la PrEP.
3. Después de iniciar la PrEP, hay que realizar un seguimiento clínico y analítico una vez al año.
4. Uno de los diferentes criterios de riesgo a valorar para recomendar la PrEP es que la persona haya tenido al menos 10 parejas sexuales diferentes en el último año.

Identifica cuál de las siguientes es una enfermedad de declaración numérica semanal y envío de los datos epidemiológicos básicos agrupados en periodos de cuatro semanas:

1. Hepatitis C.
2. Difteria.
3. Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA).
4. Herpes Zoster.

En relación con la transmisión del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) ¿Cuál de las siguientes afirmaciones NO es cierta?:

1. El VIH se puede transmitir por contacto con sangre, semen, flujo vaginal y saliva.
2. La donación de sangre en España no comporta riesgo para la transmisión del VIH.
3. El VIH se puede transmitir de la madre al hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia.
4. Las personas portadoras del VIH que toman tratamiento antirretroviral y tienen la carga viral indetectable, pueden mantener una vida sexualmente activa sin infectar a sus parejas, e incluso pueden tener hijos de forma natural.

¿Cuál es la respuesta correcta sobre la cadena epidemiológica de la tuberculosis?:

1. El agente *Mycobacterium tuberculosis*, es responsable de los casos de población enferma.
2. El reservorio habitual son las granjas de pollos.
3. No hay tratamiento específico para la enfermedad desarrollada por la mycobacteria.
4. Habitualmente la transmisión ocurre bajo techo y depende de la temperatura ambiente de la habitación.

Respecto al VIH/SIDA es FALSO que:

1. Además de las vías de transmisión vertical y horizontal (sangre o hemoderivados y fluidos serosanguinolentos o genitales), en la actualidad se han documentado algunos casos de transmisión por artrópodos vectores.
2. En usuarios de drogas por vía parenteral que comparten jeringuillas, se transmite a partir de microtransfusiones de sangre infectada, cuando se inyectan con un equipo contaminado.
3. Las mujeres embarazadas asintomáticas al igual que las que presentan recuentos de linfocitos CD4+ elevados, presentan menor riesgo de transmisión de VIH.
4. La práctica sexual de mayor riesgo es la relación genital-anal entre varones, y el riesgo es notablemente mayor para el receptor anal que para el insertor.

La tosferina es una infección causada por:

1. La bacteria *Bordetella pertussis*.
2. La bacteria *Haemophilus influenzae*.
3. La bacteria *Pneumocystis jiroveci*.
4. La bacteria Influenza.

¿Cuál es la respuesta correcta respecto a la incidencia de SIDA en España en los últimos cinco años?:

1. La vía sexual es la categoría de transmisión que presenta la incidencia de SIDA más elevada.
2. El grupo de edad que presenta la incidencia de SIDA más elevada son los menores de 25 años.
3. Las personas procedentes de África Subsahariana presentan la incidencia de SIDA más elevada.
4. La enfermedad definitoria de SIDA más frecuente es el sarcoma de Kaposi.

¿Qué país ha sido el primero en recibir la validación de la Organización Mundial de la Salud por haber eliminado la transmisión de madre a hijo del VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) y sífilis:

1. Argentina.
2. Cuba.
3. Nicaragua.
4. Puerto Rico.

La medida de prevención menos eficaz en la aparición de un brote de salmonelosis es:

1. La inmunización activa a la población de riesgo.
2. Lavado de manos riguroso y frecuente, así como de los utensilios y superficies que se van a utilizar para cocinar.
3. Mantener los alimentos en el refrigerador.
4. Cocinar los alimentos con temperatura suficiente (al menos 70°C).
5. Refrigerado rápido de los alimentos cocinados.

El dengue es una enfermedad infecciosa endémica en determinadas comunidades. Cuando el 38% de la población de una comunidad presenta dicha enfermedad, se habla de :

1. Holoendemia.
2. Hiperendemia.
3. Mesoendemia.
4. Hipoendemia.
5. Pandemia.

La epidemiología permite detectar precozmente los cambios en la incidencia de una determinada enfermedad en la población. Para ello, lo más correcto es utilizar:

1. La investigación etiológica.
2. La descripción de la historia natural de la enfermedad.
3. La vigilancia epidemiológica.
4. La evaluación del funcionamiento de los servicios.
5. Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.

En una zona básica de salud se han detectado 10 casos de gripe en el mes de junio. Esta forma de presentación de la enfermedad transmisible se define como:

1. Epidemia.
2. Hipoendemia.
3. Mesoendemia.
4. Esporádica.
5. Pandemia.

El conjunto de medios y sistemas que facilitan el contacto del agente infeccioso con el sujeto receptor, se corresponde con:

1. Fuente de infección.
2. Hábitat.
3. Mecanismo de transmisión.
4. Biotopo.
5. Reservorio.

Un sistema de recogida continua y sistemática de datos, así como su registro, análisis, interpretación y distribución, con objeto de suministrar información adecuada para dar apoyo a la intervención en materia de Salud Pública, se corresponde con el sistema de:

1. Información Sanitaria.
2. Registro.
3. Gestión.
4. Vigilancia Epidemiológica.
5. Tabulación.

La efectividad del tratamiento en los pacientes con VIH se valora por:

1. Disminución de la carga vírica y recuento de linfocitos CD4 por debajo de 300/mm<sup>3</sup>.
2. Carga vírica sin modificaciones y recuento de linfocitos CD4 por debajo de 250/mm<sup>3</sup>.
3. Carga vírica estable y recuento de linfocitos CD4 por encima de 300/mm<sup>3</sup>.
4. Disminución de la carga vírica y recuento de linfocitos CD4 por encima de 500/mm<sup>3</sup>.
5. Carga vírica sin modificaciones y recuento de linfocitos CD4 de 250/mm<sup>3</sup>.

Uno de los métodos para prevenir la transmisión del VIH es la educación sobre el uso seguro del preservativo y las prácticas sexuales de riesgo. ¿Cuál de las siguientes prácticas comporta más riesgo de transmisión?:

1. Coito vaginal.
2. Coito anal.
3. Prácticas sexuales orales.
4. Sexo entre homosexuales.
5. Todas comportan el mismo riesgo si no se utiliza preservativo.

Juana es una joven que acude a la consulta para solicitar información. Va a viajar a un país de África Subsahariana en el que la malaria es endémica. ¿Qué medida NO es pertinente para la preparación del viaje y durante su estancia en el país?:

1. La vacunación.
2. Tratamiento profiláctico farmacológico.
3. Vestir con ropas que cubran la piel.
4. Proteger la cama con mosquitero.
5. Utilizar insecticidas

Entre los agentes considerados causales de infecciones emergentes y reemergentes están:

1. Los microorganismos resistentes a antibióticos.
2. El crecimiento de la población.
3. La migración forzosa.
4. Las conductas sociales de riesgo.
5. El uso excesivo de los antibióticos.

Juan es un joven que ha estado en Haití. A su vuelta presenta de manera brusca, diarrea acuosa y profusa, vómitos ocasionales, deshidratación rápida y acidosis. En un cultivo de heces se aísla vibrio cholerae. Estos datos orientan a que Juan ha enfermado de:

1. Cólera.
2. Botulismo.
3. Disentería.
4. Fiebre tifoidea.
5. Triquinosis.

En la prevención y control de las enfermedades transmisibles, las acciones que tienen como objetivo lograr la disminución de la transmisión de la enfermedad y conseguir una disminución de su incidencia, son medidas que se corresponden con el nivel de:

1. Erradicación.
2. Eliminación.
3. Control.
4. Prevención.
5. Planificación.

Los datos obtenidos de la vigilancia epidemiológica son esenciales en salud pública para:

1. Facilitar la planificación y evaluación de los programas de salud pública.
2. Detectar epidemias.
3. Detectar casos individuales de problemas especialmente relevantes.
4. Detectar cambios de tendencias.
5. Cumplir todas estas funciones.

Señale la afirmación correcta en relación a la gripe humana:

1. Desde el punto de vista económico es un problema de salud poco importante.
2. Está producida por virus Thogoto e Isavirus.
3. Los virus que la provocan no son sensibles a la acción de agentes externos.
4. Es de declaración nacional obligatoria numérica.
5. Todas las respuestas son ciertas.

NO se considera una causa del aumento de las infecciones emergentes y reemergentes:

1. El crecimiento de la población.
2. La facilidad para viajar.
3. La medicina más agresiva.
4. La sobrealimentación.
5. El mal uso de los antibióticos.

El bacilo que provoca el carbunco se encuentra en:

1. Los excrementos de los animales.
2. El suelo y el polvo.
3. Terrenos profundos y ambientes calurosos.
4. Los hongos
5. Los gusanos de las heces y la orina.

Señale cuál de las siguientes afirmaciones sobre la transmisión del VIH, NO es correcta:

1. La práctica con mayor riesgo es el sexo anal sin protección.
2. El riesgo de infección es mayor para la pareja que recibe el semen.
3. El coito durante la menstruación aumenta el riesgo de transmisión.
4. La presencia de lesiones genitales causadas por otras enfermedades de transmisión sexual no incrementa la probabilidad de infección.
5. El contacto con lágrimas, saliva, orina, contenido gástrico, esputo, heces o sudor no interviene en la transmisión.

El boletín epidemiológico semanal que se elabora en el Centro Nacional de Epidemiología recoge:

1. La morbilidad percibida.
2. Las defunciones y sus causas.
3. Las enfermedades de declaración obligatoria.
4. La morbimortalidad.
5. Los nacimientos, las enfermedades y las defunciones.

En el desarrollo de una enfermedad transmisible, el tiempo que transcurre entre la exposición inicial al agente infeccioso y la aparición de la primera manifestación de la enfermedad en el huésped se conoce como:

1. Periodo clínico.
2. Periodo de incubación.
3. Periodo de transmisibilidad.
4. Periodo de latencia.
5. Periodo de generación.

La vigilancia epidemiológica es una función prioritaria de:

1. La administración sanitaria.
2. El área de salud.
3. El centro de salud.
4. El equipo de salud.
5. La enfermera comunitaria.

El sistema compuesto por el cuerpo humano y la microbiota habitual humana en estado de equilibrio saludable, se refiere al concepto de:

1. Microbiota humana individual.
2. Microbiota humana familiar.
3. Microbiología fisiológica.
4. Flora simbiótica.
5. Flora comensal.

Las actividades de vigilancia epidemiológica consiste en:

1. Recogida de datos, análisis e interpretación de los mismos.
2. Recogida de datos, análisis e interpretación, difusión de la información y recomendaciones.
3. Valoración y diagnóstico de la situación, planificación y ejecución de actividades y evaluación de las acciones.
4. Definición de hipótesis, enunciado de objetivos a conseguir y diseño de la estrategia de intervención.
5. Proceso variable, que nunca incluye la difusión de los datos.

La cadena epidemiológica se compone de los eslabones siguientes: la fuente de infección, el mecanismo de transmisión y la persona sana susceptible. Para prevenir las enfermedades infecciosas se debe actuar en:

1. Todos los eslabones para que la prevención sea eficaz.
2. Al menos en dos de los eslabones enunciados.
3. Cualquiera de los eslabones.
4. Depende de cada situación concreta.
5. Siempre se debe actuar en la persona sana susceptible de infección.

¿Cuál de los siguientes microorganismos responsables de enfermedades de transmisión sexual es un protozoo?:

1. Chlamydia trachomatis.
2. Treponema pallidum.
3. Phthirus pubis.
4. Haemophilus ducreyi.
5. Trichomonas vaginalis.

Escherichia coli es un:

1. Coco gram positivo.
2. Coco gram negativo.
3. Bacilo gram positivo.
4. Bacilo gram negativo.
5. Es un micoplasma, por lo que no se tiñe con la tinción de Gram.

El reservorio de la Psittacosis se encuentra en:

1. Garrapatas.
2. Bovinos.
3. Aves.
4. Humanos.
5. Suelo y agua.

El agente etiológico de la enfermedad de Lyme es:

1. Coxiella Burnetii.
2. Cryptosporidium parvum.
3. Rickettsia conorii.
4. Clostridium anthracis.
5. Borrelia burgdorferi.

## Preguntas que también podrían ser de este tema (13)

La clasificación automática dudó entre este tema y otro.

**EIR 2024 · 47**

P48 · respuesta en el solucionario

Señale la respuesta correcta sobre las infecciones de transmisión sexual (ITS) en el varón:

1. La uretritis no gonocócica está generalmente producida por el *treponema pallidum*.
2. El chancro blando o chancroide es una infección bacteriana cuyo agente etiológico es *Klebsiella granulomatis*.
3. La manifestación más frecuente de la infección clínica del virus del papiloma humano (VPH), son los condilomas acuminados en la zona mucosa de los genitales, piel del pene y escroto.
4. En la infección producida por *trichomona vaginalis* es frecuente que los hombres muestren síntomas como secreción por la uretra y molestias al orinar.

**EIR 2022 · 37**

P49 · respuesta en el solucionario

Entre las recomendaciones que daremos frente a la prevención de la anisakiosis se encuentra:

1. Comprar el pescado más fresco posible y consumir en el día.
2. El pescado ahumado no presenta riesgos.
3. Cocinar preferentemente el pescado a menos de 60°C.
4. El cocinado en microondas o plancha no garantiza la muerte del parásito.

**EIR 2021 · 53**

P50 · respuesta en el solucionario

En cuanto a las enfermedades de transmisión por vía sexual, ¿cuál es el microorganismo que causa el linfogranuloma venéreo?:

1. *H. Ducreyi*.
2. *Chlamydia Trachomatis*.
3. *Calymmatobacterium granulomatis*.
4. *Staphylococcus epidermidis*.

En relación con la prueba de diagnóstico de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?:

1. La prueba rutinaria del VIH debe realizarse a todas las mujeres embarazadas, aunque no refieran prácticas de riesgo.
2. No es necesario solicitar el consentimiento del paciente para realizar la prueba del VIH.
3. Sólo debe solicitarse la prueba de aquellas personas que presentan signos y/o síntomas de infección por VIH o SIDA y a las embarazadas.
4. El periodo que debe transcurrir actualmente entre una práctica de riesgo y la realización de la prueba de diagnóstico para que se pueda descartar con certeza la infección por el VIH debe ser, al menos, de seis meses.

Indique la respuesta INCORRECTA entre las siguientes afirmaciones respecto a la infección por virus del sarampión:

1. El portal de entrada del virus es a través de las vías respiratorias o conjuntivas después del contacto con gotas o aerosoles en los que se suspende.
2. La infección se inicia con una fase exantemática seguida de fiebre y cuadro catarral con tos y coriza.
3. Las manchas de Koplick son el signo patognomónico del sarampión.
4. La erupción maculopapular se inicia en la frente y región retroauricular extendiéndose al torso y las extremidades.

Las medidas de prevención primaria de infecciones de transmisión sexual, NO incluyen:

1. Realizar anamnesis desde los 12 años para identificar los comportamientos y prácticas sexuales de riesgo.
2. Fomentar el uso correcto y regular del preservativo masculino o femenino desde la primera relación sexual.
3. Desarrollar campañas de vacunación del VHB en grupos de riesgo como los usuarios de drogas por vía parenteral.
4. Realización de citologías frecuentes en mujeres sexualmente activas.
5. Redirigir los programas escolares de educación sexual, hacia una sexualidad saludable y responsable.

A PRM, de 24 años, con antecedentes de haber mantenido relaciones sexuales en varias ocasiones, con distintas parejas y sin haber utilizado ningún método de protección de barrera, le han diagnosticado una sífilis secundaria. En este estadio de la enfermedad, la clínica que puede experimentar el paciente incluye todas la siguientes, EXCEPTO:

1. Ulceraciones indoloras (chancro) en los genitales.
2. Malestar general.
3. Alopecia.
4. Linfadenopatía.
5. Exantema.

¿Cuál de las afirmaciones siguientes es correcta en relación a la varicela?:

1. El periodo de incubación puede oscilar entre los 5 y los 23 días.
2. El contagio se puede producir desde la aparición del exantema hasta que hayan desaparecido todas las costras.
3. Es una enfermedad de bajo riesgo de contagio.
4. Produce una inmunidad natural que oscila entre los 5 y los 10 años.
5. El virus puede quedar de forma latente en ganglios nerviosos, reactivarse al cabo del tiempo y causar herpes zóster.

La importancia de la investigación epidemiológica en relación con la etiología de las enfermedades, fue constatada en las salas de partos por:

1. John Snow.
2. Pierre Louis.
3. William Farr.
4. John Graunt.
5. Ignaz P. Semmelweis.

El intervalo entre la aparición de la enfermedad y la vuelta a la normalidad, se denomina:

1. Tiempo de calendario.
2. Tiempo biológico.
3. Tiempo cronológico.
4. Tiempo cero.
5. Tiempo epidemiológico.

La gripe está producida por:

1. Virus sincitial respiratorio.
2. Neumococo.
3. Virus influenza.
4. Citomegalovirus.
5. Rinovirus.

Compylobacter jejuni es una bacteria que produce:

1. Meningitis.
2. Neumonía.
3. Infección del tracto urinario.
4. Infección intestinal con diarrea.
5. Vaginitis.

En la enfermedad de transmisión sexual producida por *Sarcoptes Scabiei*, el agente causal es:

1. Una bacteria.
2. Un hongo.
3. Un artrópodo.
4. Un virus.
5. Un protozoo.

## Solucionario

| N°  | Pregunta       | Respuesta oficial | Notas                       |
|-----|----------------|-------------------|-----------------------------|
| P1  | EIR 2026 · 159 | <b>2</b>          |                             |
| P2  | EIR 2026 · 69  | <b>3</b>          |                             |
| P3  | EIR 2025 · 102 | <b>4</b>          |                             |
| P4  | EIR 2025 · 46  | <b>4</b>          |                             |
| P5  | EIR 2025 · 45  | <b>1</b>          |                             |
| P6  | EIR 2024 · 83  | <b>3</b>          |                             |
| P7  | EIR 2023 · 206 | <b>1</b>          | hoja del archivo oficial    |
| P8  | EIR 2023 · 144 | <b>2</b>          | hoja del archivo oficial    |
| P9  | EIR 2023 · 36  | <b>4</b>          | hoja del archivo oficial    |
| P10 | EIR 2021 · 152 | <b>2</b>          |                             |
| P11 | EIR 2021 · 150 | <b>3</b>          |                             |
| P12 | EIR 2020 · 141 | <b>1</b>          |                             |
| P13 | EIR 2020 · 31  | <b>3</b>          |                             |
| P14 | EIR 2019 · 207 | <b>1</b>          | hoja del archivo oficial    |
| P15 | EIR 2019 · 123 | <b>1</b>          | hoja del archivo oficial    |
| P16 | EIR 2018 · 142 | <b>1</b>          | hoja del archivo oficial    |
| P17 | EIR 2018 · 133 | <b>1</b>          | hoja del archivo oficial    |
| P18 | EIR 2017 · 187 | <b>1</b>          |                             |
| P19 | EIR 2017 · 24  | <b>1</b>          |                             |
| P20 | EIR 2016 · 84  | <b>2</b>          | hoja del archivo oficial    |
| P21 | EIR 2015 · 146 | <b>1</b>          | reconstruida por un tercero |
| P22 | EIR 2015 · 142 | <b>3</b>          | reconstruida por un tercero |
| P23 | EIR 2014 · 134 | <b>3</b>          | reconstruida por un tercero |
| P24 | EIR 2014 · 130 | <b>4</b>          | reconstruida por un tercero |
| P25 | EIR 2014 · 121 | <b>3</b>          | reconstruida por un tercero |

| N°  | Pregunta       | Respuesta oficial | Notas                       |
|-----|----------------|-------------------|-----------------------------|
| P26 | EIR 2013 · 103 | 4                 | reconstruida por un tercero |
| P27 | EIR 2013 · 88  | 4                 | reconstruida por un tercero |
| P28 | EIR 2012 · 109 | 2                 | reconstruida por un tercero |
| P29 | EIR 2012 · 104 | 1                 | reconstruida por un tercero |
| P30 | EIR 2012 · 80  | 1                 | reconstruida por un tercero |
| P31 | EIR 2012 · 70  | 1                 | reconstruida por un tercero |
| P32 | EIR 2011 · 71  | 3                 |                             |
| P33 | EIR 2011 · 70  | 5                 |                             |
| P34 | EIR 2010 · 73  | 4                 | reconstruida por un tercero |
| P35 | EIR 2010 · 67  | 4                 | reconstruida por un tercero |
| P36 | EIR 2010 · 66  | 1                 | reconstruida por un tercero |
| P37 | EIR 2009 · 26  | 4                 | reconstruida por un tercero |
| P38 | EIR 2007 · 70  | 3                 | reconstruida por un tercero |
| P39 | EIR 2007 · 61  | 2                 | reconstruida por un tercero |
| P40 | EIR 2007 · 60  | 1                 | reconstruida por un tercero |
| P41 | EIR 2007 · 58  | 3                 | reconstruida por un tercero |
| P42 | EIR 2006 · 66  | 2                 | reconstruida por un tercero |
| P43 | EIR 2006 · 59  | 3                 | reconstruida por un tercero |
| P44 | EIR 2005 · 21  | 5                 | reconstruida por un tercero |
| P45 | EIR 2004 · 69  | 4                 | reconstruida por un tercero |
| P46 | EIR 2004 · 53  | 3                 | reconstruida por un tercero |
| P47 | EIR 2004 · 51  | 5                 | reconstruida por un tercero |
| P48 | EIR 2024 · 47  | 3                 |                             |
| P49 | EIR 2022 · 37  | 4                 |                             |
| P50 | EIR 2021 · 53  | 2                 |                             |
| P51 | EIR 2019 · 122 | 1                 | hoja del archivo oficial    |

| N°  | Pregunta       | Respuesta oficial | Notas                       |
|-----|----------------|-------------------|-----------------------------|
| P52 | EIR 2019 · 92  | <b>2</b>          | hoja del archivo oficial    |
| P53 | EIR 2014 · 137 | <b>4</b>          | reconstruida por un tercero |
| P54 | EIR 2013 · 76  | <b>1</b>          | reconstruida por un tercero |
| P55 | EIR 2012 · 89  | <b>5</b>          | reconstruida por un tercero |
| P56 | EIR 2005 · 98  | <b>5</b>          | reconstruida por un tercero |
| P57 | EIR 2005 · 96  | <b>5</b>          | reconstruida por un tercero |
| P58 | EIR 2005 · 22  | <b>3</b>          | reconstruida por un tercero |
| P59 | EIR 2004 · 68  | <b>4</b>          | reconstruida por un tercero |
| P60 | EIR 2004 · 50  | <b>3</b>          | reconstruida por un tercero |

## Fuentes

- **F1** Jefatura del Estado / Ministerio de Sanidad y Consumo. Real Decreto 2210/1995, de 28 de diciembre, por el que se crea la Red nacional de vigilancia epidemiológica. BOE núm. 21, de 24 de enero de 1996 (texto original). · <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1996-1502> · consultada 2026-09-26
- **F2** Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Orden SSI/445/2015, de 9 de marzo, por la que se modifican los anexos I, II y III del Real Decreto 2210/1995. BOE de 17 de marzo de 2015. · <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2015-2837> · consultada 2026-09-26
- **F3** Real Decreto 568/2024, de 18 de junio, por el que se crea la Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública. BOE de 19 de junio de 2024 (texto consolidado), disposición transitoria segunda. · <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2024-12379> · consultada 2026-09-26
- **F4** Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, artículos 12 y 13 (texto consolidado, última actualización de 29 de julio de 2025). · <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2011-15623> · consultada 2026-09-26
- **F5** CDC. Principles of Epidemiology in Public Health Practice, 3rd ed. (2012). Lesson 5: Public Health Surveillance, Section 1: Introduction. · [https://archive.cdc.gov/www\\_cdc.gov/csels/dsepd/ss1978/lesson5/section1.html](https://archive.cdc.gov/www_cdc.gov/csels/dsepd/ss1978/lesson5/section1.html) · consultada 2026-09-26
- **F6** CDC. Principles of Epidemiology in Public Health Practice, 3rd ed. (2012). Lesson 5, Section 2: Purpose and Characteristics of Public Health Surveillance. · [https://archive.cdc.gov/www\\_cdc.gov/csels/dsepd/ss1978/lesson5/section2.html](https://archive.cdc.gov/www_cdc.gov/csels/dsepd/ss1978/lesson5/section2.html) · consultada 2026-09-26
- **F7** CDC. Principles of Epidemiology in Public Health Practice, 3rd ed. (2012). Lesson 1, Section 9: Natural History and Spectrum of Disease. · [https://archive.cdc.gov/www\\_cdc.gov/csels/dsepd/ss1978/lesson1/section9.html](https://archive.cdc.gov/www_cdc.gov/csels/dsepd/ss1978/lesson1/section9.html) · consultada 2026-09-26
- **F8** CDC. Principles of Epidemiology in Public Health Practice, 3rd ed. (2012). Lesson 1, Section 10: Chain of Infection. · [https://archive.cdc.gov/www\\_cdc.gov/csels/dsepd/ss1978/lesson1/section10.html](https://archive.cdc.gov/www_cdc.gov/csels/dsepd/ss1978/lesson1/section10.html) · consultada 2026-09-26
- **F9** CDC. Principles of Epidemiology in Public Health Practice, 3rd ed. (2012). Lesson 1, Section 11: Epidemic Disease Occurrence. · [https://archive.cdc.gov/www\\_cdc.gov/csels/dsepd/ss1978/lesson1/section11.html](https://archive.cdc.gov/www_cdc.gov/csels/dsepd/ss1978/lesson1/section11.html) · consultada 2026-09-26
- **F10** CDC. Principles of Epidemiology in Public Health Practice, 3rd ed. (2012). Lesson 1, Section 2: Historical Evolution of Epidemiology. · [https://archive.cdc.gov/www\\_cdc.gov/csels/dsepd/ss1978/lesson1/section2.html](https://archive.cdc.gov/www_cdc.gov/csels/dsepd/ss1978/lesson1/section2.html) · consultada 2026-09-26
- **F11** Dowdle WR. The principles of disease elimination and eradication. Bull World Health Organ 1998;76(Suppl 2):22-25; reimpresso en MMWR 1999;48(SU01):23-27. · <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/su48a7.htm> · consultada 2026-09-26
- **F12** Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Emerging Infectious Diseases (CDC) 1995;1(1):7-15. · [https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/1/1/95-0102\\_article](https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/1/1/95-0102_article) · consultada 2026-09-26
- **F13** OMS. WHO malaria terminology, 3rd edition. 2025. Entrada «endemicity, level of». · <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/dfcba4db-c691-4e58-9368-67d0c6ebcd49/content> · consultada 2026-09-26
- **F14** OMS. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. 2009. Parte I, apartado histórico. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (2026-09-26), porque la web oficial bloquea la lectura

automática. · [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44102/9789241597906\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44102/9789241597906_eng.pdf) · consultada 2026-09-26

- **F15** Centro Nacional de Epidemiología (ISCIII). Boletines: objetivos del Boletín Epidemiológico Semanal. Página vigente en 2026. · <https://cne.isciii.es/servicios/enfermedades-transmisibles/objetivos-boletines> · consultada 2026-09-26
- **F16** Centro Nacional de Epidemiología (ISCIII). Panel MoMo: vigilancia de la mortalidad diaria por todas las causas. Página vigente en 2026. · [https://momo.isciii.es/panel\\_momo/](https://momo.isciii.es/panel_momo/) · consultada 2026-09-26
- **F17** Centro Nacional de Epidemiología (ISCIII). Calor y exceso de mortalidad: MoMo y Kairós facilitan el estudio de estimaciones de riesgo y posibles alertas por altas temperaturas. Noticia del CNE. · <https://cne.isciii.es/en/w/calor-y-exceso-de-mortalidad-momo-y-kair%C3%B3s-facilitan-el-estudio-de-estimaciones-de-riesgo-y-posibles-alertas-por-altas-temperaturas> · consultada 2026-09-26
- **F18** Ministerio de Sanidad. Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de COVID-19. Actualizado a 18 de diciembre de 2020. Copia de la Wayback Machine de la URL oficial (la URL oficial aloja hoy una versión posterior). · [http://web.archive.org/web/20201219030524/https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19\\_Estrategia\\_vigilancia\\_y\\_control\\_e\\_indicadores.pdf](http://web.archive.org/web/20201219030524/https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19_Estrategia_vigilancia_y_control_e_indicadores.pdf) · consultada 2026-09-26
- **F19** RENAVE (CNE-ISCIII). Protocolo para la vigilancia y notificación de tuberculosis. Aprobado por la Comisión de Salud Pública del CISNS, abril de 2026. · <https://cne.isciii.es/documents/d/cne/protocolo-vigilancia-tuberculosis> · consultada 2026-09-26
- **F20** RENAVE (CNE-ISCIII). Protocolo para la vigilancia y notificación de tosferina. Abril de 2026. · <https://cne.isciii.es/documents/d/cne/protocolo-vigilancia-tosferina> · consultada 2026-09-26
- **F21** RENAVE (CNE-ISCIII). Protocolo para la vigilancia y notificación de sarampión. Abril de 2026. · <https://cne.isciii.es/documents/d/cne/protocolo-vigilancia-sarampion> · consultada 2026-09-26
- **F22** RENAVE (CNE-ISCIII). Protocolo para la vigilancia y notificación de varicela. Abril de 2026. · <https://cne.isciii.es/documents/d/cne/protocolo-vigilancia-varicela> · consultada 2026-09-26
- **F23** RENAVE (CNE-ISCIII). Protocolo para la vigilancia y notificación de cólera. Abril de 2026. · <https://cne.isciii.es/documents/d/cne/protocolo-vigilancia-colera> · consultada 2026-09-26
- **F24** RENAVE (CNE-ISCIII). Protocolo para la vigilancia y notificación de shigelosis. Abril de 2026. · <https://cne.isciii.es/documents/d/cne/protocolo-vigilancia-shigelosis> · consultada 2026-09-26
- **F25** RENAVE (CNE-ISCIII). Protocolo para la vigilancia y notificación de salmonelosis. Abril de 2026. · [https://cne.isciii.es/documents/d/cne/protocolo\\_vigilancia\\_salmonelosis](https://cne.isciii.es/documents/d/cne/protocolo_vigilancia_salmonelosis) · consultada 2026-09-30
- **F26** RENAVE (CNE-ISCIII). Protocolo para la vigilancia y notificación de campilobacteriosis. Abril de 2026. · <https://cne.isciii.es/documents/d/cne/protocolo-vigilancia-campilobacteriosis> · consultada 2026-09-26
- **F27** RENAVE (CNE-ISCIII). Protocolo para la vigilancia y notificación de botulismo. Abril de 2026. · <https://cne.isciii.es/documents/d/cne/protocolo-vigilancia-botulismo> · consultada 2026-09-26
- **F28** RENAVE (CNE-ISCIII). Protocolo para la vigilancia y notificación de carbunco. Abril de 2026. · <https://cne.isciii.es/documents/d/cne/protocolo-vigilancia-carbunco> · consultada 2026-09-26
- **F29** RENAVE (CNE-ISCIII). Protocolo para la vigilancia y notificación de enfermedad de Lyme. Abril de 2026. · <https://cne.isciii.es/documents/d/cne/protocolo-vigilancia-enfermedad-lyme> · consultada 2026-09-26
- **F30** RENAVE (CNE-ISCIII). Protocolo de vigilancia de encefalopatías espongiformes transmisibles humanas. Versión vigente en 2026. · <https://cne.isciii.es/documents/d/cne/protocolo-de-vigilancia-de-las-encefalopatias-espongiformes-transmisibles-humanas> · consultada 2026-09-26

- **F31** RENAVE (CNE-ISCIII). Protocolo para la vigilancia de la fiebre del Nilo occidental. Aprobado el 15 de diciembre de 2020. · [https://cne.isciii.es/documents/d/cne/protocolo-20vigilancia-20fiebre-20nilo-20occidental\\_renave-pdf](https://cne.isciii.es/documents/d/cne/protocolo-20vigilancia-20fiebre-20nilo-20occidental_renave-pdf) · consultada 2026-09-26
- **F32** Ministerio de Sanidad. Plan Nacional de Prevención, Vigilancia y Control de las Enfermedades Transmitidas por Vectores. Parte I y Parte II (fiebre del Nilo Occidental), abril de 2023; versión que incluye la parte III, julio de 2024. · [https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/preparacionRespuesta/docs/PLAN\\_DE\\_VECTORES.pdf](https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/preparacionRespuesta/docs/PLAN_DE_VECTORES.pdf) · consultada 2026-09-26
- **F33** OMS. Virus del Nilo Occidental. Nota descriptiva, 3 de octubre de 2017. · <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/west-nile-virus> · consultada 2026-09-26
- **F34** OMS. Paludismo. Nota descriptiva, 4 de diciembre de 2025. · <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malaria> · consultada 2026-09-26
- **F35** OMS. International Travel and Health, chapter 7: Malaria. 2017. · <https://www.who.int/docs/default-source/travel-and-health/2017-ith-chapter7.pdf> · consultada 2026-09-26
- **F36** Ministerio de Sanidad (CCAES) y sociedades de atención primaria. Guía de manejo en Atención Primaria de pacientes con Dengue, Chikungunya y Zika. Marzo de 2016. · [https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/alertasActuales/zika/docs/ETV3\\_Guia\\_manejo\\_Atencion Primaria\\_Marzo2016.pdf](https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/alertasActuales/zika/docs/ETV3_Guia_manejo_Atencion Primaria_Marzo2016.pdf) · consultada 2026-09-26
- **F37** Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030. Recomendaciones alimentarias: Anisakis. Página vigente en 2026. · <https://www.dsca.gob.es/en/consumo/novedades/recomendaciones/recomendaciones-alimentarias/anisakis> · consultada 2026-09-26
- **F38** CDC. About Psittacosis. 18 de septiembre de 2025. · <https://www.cdc.gov/psittacosis/about/index.html> · consultada 2026-09-26
- **F39** CDC. Types of Influenza Viruses. 26 de septiembre de 2025. · <https://www.cdc.gov/flu/about/viruses-types.html> · consultada 2026-09-26
- **F40** ECDC. Factsheet about seasonal influenza. Página vigente en 2026. · <https://www.ecdc.europa.eu/en/seasonal-influenza/facts/factsheet> · consultada 2026-09-26
- **F41** OMS. Botulismo. Nota descriptiva, 25 de septiembre de 2023. · <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/botulism> · consultada 2026-09-26
- **F42** OMS. Campylobacter. Nota descriptiva, 1 de mayo de 2020. · <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/campylobacter> · consultada 2026-09-26
- **F43** OMS. Tuberculosis. Nota descriptiva, 24 de marzo de 2026. · <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis> · consultada 2026-09-26
- **F44** OMS. VIH y sida. Nota descriptiva (versión vigente en 2026). · <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids> · consultada 2026-09-26
- **F45** CDC. Cómo se propaga el VIH. 11 de diciembre de 2024. · <https://www.cdc.gov/hiv/es/causes/como-se-propaga-el-vih.html> · consultada 2026-09-26
- **F46** CDC. HIV 101 / VIH 101 (hoja informativa bilingüe). Abril de 2024. · <https://www.cdc.gov/high-quality-care/media/pdfs/2024/04/cdc-hiv-consumer-info-sheet-hiv-101.pdf> · consultada 2026-09-26
- **F47** Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía de recomendaciones para el diagnóstico precoz del VIH en el ámbito sanitario. 2014. ·

<https://www.sanidad.gob.es/va/areas/DCVIHT/vihSida/prevencionDiagnostico/docs/GuiaRecomendacionesDiagnosticoPrecozVIH.pdf> · consultada 2026-09-26

- **F48** Unidad de vigilancia de VIH, ITS y hepatitis (CNE-ISCIH) / Ministerio de Sanidad. Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España 2024: SINIVIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Noviembre de 2025. · [https://www.sanidad.gob.es/areas/DCVIHT/vihSida/vigilancia/docs/Informe\\_VIH\\_SIDA\\_2024\\_Nov\\_2025.pdf](https://www.sanidad.gob.es/areas/DCVIHT/vihSida/vigilancia/docs/Informe_VIH_SIDA_2024_Nov_2025.pdf) · consultada 2026-09-26
- **F49** Ministerio de Sanidad. Plan Estratégico para la Prevención y Control de la Infección por el VIH y las ITS en España 2021-2030. Edición de 2023. · [https://www.sanidad.gob.es/areas/DCVIHT/vihSida/planEstrategico/vigente/docs/Plan\\_de\\_Prevencion\\_y\\_Control1.pdf](https://www.sanidad.gob.es/areas/DCVIHT/vihSida/planEstrategico/vigente/docs/Plan_de_Prevencion_y_Control1.pdf) · consultada 2026-09-26
- **F50** Grupo de Trabajo de PrEP. División de Control de VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis. Ministerio de Sanidad. Manual para la implementación de un programa de profilaxis preexposición al VIH en España. Documento de consenso. Actualización de diciembre de 2021. · [https://www.sanidad.gob.es/gl/areas/DCVIHT/vihSida/PrEP/docs/Manual\\_PrEP\\_FINAL.pdf](https://www.sanidad.gob.es/gl/areas/DCVIHT/vihSida/PrEP/docs/Manual_PrEP_FINAL.pdf) · consultada 2026-09-26
- **F51** OMS. La OMS valida la eliminación de la transmisión de madre a hijo del VIH y de la sífilis en Cuba. Comunicado de prensa, 30 de junio de 2015. · <https://www.who.int/es/news/item/30-06-2015-who-validates-elimination-of-mother-to-child-transmission-of-hiv-and-syphilis-in-cuba> · consultada 2026-09-26
- **F52** CDC. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021: Lymphogranuloma Venereum (LGV). · <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/lgv.htm> · consultada 2026-09-26
- **F53** CDC. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021: Chancroid. · <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/chancroid.htm> · consultada 2026-09-26
- **F54** CDC. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021: Granuloma Inguinale (Donovanosis). · <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/donovanosis.htm> · consultada 2026-09-26
- **F55** CDC. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021: Urethritis and Cervicitis. · <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/urethritis-and-cervicitis.htm> · consultada 2026-09-26
- **F56** CDC. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021: Anogenital Warts. · <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/anogenital-warts.htm> · consultada 2026-09-26
- **F57** CDC. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021: Ectoparasitic Infections. · <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/ectoparasitic.htm> · consultada 2026-09-26
- **F58** CDC. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021: Syphilis. · <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/syphilis.htm> · consultada 2026-09-26
- **F59** CDC. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021: Trichomoniasis. · <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/trichomoniasis.htm> · consultada 2026-09-26
- **F60** CDC. About Trichomoniasis (hoja informativa). 2025. · <https://www.cdc.gov/std/trichomonas/stdfact-trichomoniasis.htm> · consultada 2026-09-26
- **F61** CDC. About Syphilis. Página vigente en 2026. · <https://www.cdc.gov/syphilis/about/index.html> · consultada 2026-09-26
- **F62** Ministerio de Sanidad. Cribado de cáncer de cérvix: información general. Página vigente en 2026. · <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/cribado/cribadoCancer/cancerCervix/infoGeneral.htm> · consultada 2026-09-26

- **F63** Real Decreto 2210/1995, de 28 de diciembre, por el que se crea la Red nacional de vigilancia epidemiológica. Texto consolidado, última actualización de 29 de junio de 2023 (Real Decreto-ley 5/2023), anexos I y II. · <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1996-1502> · consultada 2026-09-26
- **F64** Maine Center for Disease Control and Prevention (Department of Health and Human Services, EE. UU.). Measles. Página vigente en 2026 (datos a 22 de septiembre de 2026). · <https://www.maine.gov/dhhs/mecdc/diseases-conditions/infectious-diseases/rash-illness/measles> · consultada 2026-09-28
- **F65** CDC. Etymologia: Escherichia coli. Emerging Infectious Diseases 2015;21(8). DOI: 10.3201/eid2108.et2108. · [https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/21/8/ET-2108\\_article](https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/21/8/ET-2108_article) · consultada 2026-09-28
- **F66** Ministerio de Sanidad. Plan Nacional de Prevención, Vigilancia y Control de las Enfermedades Transmitidas por Vectores. Guía de manejo clínico de las Enfermedades Transmitidas por Vectores. Marzo de 2026 (partes I y II, agosto de 2023), apartado 4.7, «Manejo de la fiebre del Nilo Occidental en embarazadas». · [https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/preparacionRespuesta/docs/20260306\\_guia\\_manejo\\_clinico\\_ETV.pdf](https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/preparacionRespuesta/docs/20260306_guia_manejo_clinico_ETV.pdf) · consultada 2026-09-28
- **F67** CDC. Where Malaria Occurs. 18 de marzo de 2024. · <https://www.cdc.gov/malaria/data-research/index.html> · consultada 2026-09-28
- **F68** CDC. HIV Risk and Prevention Estimates (HIV Partners). 5 de noviembre de 2024. Tabla de riesgo por 10.000 exposiciones. · <https://www.cdc.gov/hivpartners/php/riskandprevention/index.html> · consultada 2026-09-28
- **F69** Área de Vigilancia de VIH y Comportamientos de Riesgo. Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Plan Nacional sobre el Sida / Centro Nacional de Epidemiología (ISCIII). Actualización 30 de junio de 2016. Noviembre de 2016. · [https://www.sanidad.gob.es/areas/DCVIHT/vihSida/vigilancia/docs/InformeVIH\\_SIDA\\_2016.pdf](https://www.sanidad.gob.es/areas/DCVIHT/vihSida/vigilancia/docs/InformeVIH_SIDA_2016.pdf) · consultada 2026-09-28
- **F70** Ministerio de Sanidad. España, primer país de la Unión Europea en financiar la PrEP inyectable frente al VIH. Nota de prensa, 26 de febrero de 2026. · <https://www.sanidad.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=6860> · consultada 2026-09-28
- **F71** CDC. DPDx: Laboratory Identification of Parasites of Public Health Concern. Scabies. · <https://www.cdc.gov/dpdx/scabies/index.html> · consultada 2026-09-28
- **F72** CDC. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021: STI and HIV Infection Risk Assessment. · <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/clinical-risk.htm> · consultada 2026-09-28
- **F73** CDC. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021: Primary Prevention Methods. · <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/clinical-primary.htm> · consultada 2026-09-28

## Pendiente de verificar

- Tiempo epidemiológico (EIR2005-096) y microbiología fisiológica (EIR2007-058): son conceptos de manual español (Piédrola Gil) sin fuente oficial abierta. En el refuerzo del 28/09/2026 se buscaron ambos términos y una muestra de la editorial (Elsevier): solo salen en academias (SalusPlay), la Wikipedia, material de cursos (UOC), blogs, copias en Scribd y Google Libros, que no valen; Elsevier no ofrece muestra con esos capítulos. No se intercalan.
- Efectividad del tratamiento antirretroviral con cifras de CD4 (EIR2013-088, «CD4 por encima de 500/mm<sup>3</sup>»); el consenso GeSIDA/Ministerio de 2023 y el borrador de la actualización de enero de 2025

(gesida-seimc.org, leídos el 28/09/2026; la página de la versión 2025 enlaza aún el PDF de 2023) piden medir los CD4 para monitorizar la respuesta inmunológica, pero no fijan ese umbral: el único «>500 células/ $\mu$ L» es el criterio de entrada de ensayos sobre el inicio del TAR. No se intercala.

- Paludismo y clima (EIR2023-144): los CDC (F67) dan el umbral inferior (por debajo de 20 °C *P. falciparum* no completa su ciclo) y citan la humedad como factor, pero los valores de las opciones 1 y 3 (más de 38 °C; humedad relativa inferior al 52 %) no aparecen en fuentes oficiales abiertas (OMS, CDC; búsqueda del 28/09/2026: solo artículos científicos de modelización).
- Condilomas como manifestación «más frecuente» de la infección clínica por VPH (EIR2024-047, opción oficial 3): los CDC dicen que son «a common disease» (F56) y las citan entre las manifestaciones clínicas de la infección por VPH (Pink Book, capítulo 11), pero ninguna fuente oficial consultada dice que sean «la más frecuente» (búsqueda del 28/09/2026). La pregunta se responde porque la sección descarta con fuente las otras tres opciones.