

Informe epidemiológico sobre la situación de la Fiebre tifoidea y paratifoidea en España. Año 2025.

Resultados de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Informe actualizado el 3 de septiembre de 2026 con los datos disponibles hasta la fecha.

Depuración, validación y análisis de los datos:

Área de Análisis en Vigilancia Epidemiológica. Centro Nacional de Epidemiología del ISCIII.

Área de Vigilancia de Salud Pública. Equipo SiViEs. Centro Nacional de Epidemiología del ISCIII.

Vigilancia y notificación de los casos:

Unidades de Vigilancia de Salud Pública de las Comunidades Autónomas.

Cita sugerida: Informe epidemiológico sobre la situación de la Fiebre tifoidea y paratifoidea en España. Año 2025. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III.

Introducción

La fiebre tifoidea y la paratifoidea son enfermedades bacterianas sistémicas causadas por *Salmonella enterica* subespecie *enterica* serotipo Typhi (*S. Typhi*) y *Salmonella enterica* subespecie *enterica* serotipos Paratyphi A, B o C (*S. Paratyphi* A, B, C). El cuadro clínico puede variar desde una gastroenteritis leve autolimitada, normalmente en zonas endémicas, a un cuadro con importantes complicaciones tras tres o cuatro semanas sin tratamiento. Se caracteriza por un comienzo insidioso, con manifestaciones no específicas, que incluyen fiebre prolongada, malestar general, anorexia, cefaleas, bradicardia relativa, tos seca, erupción maculopapular de manchas rosadas en el tronco, hepatomegalia, diarrea o estreñimiento y dolor abdominal. Ciertas manifestaciones neuropsiquiátricas pueden aparecer en el 5-10% de los casos. La sintomatología de la fiebre paratifoidea es similar al de la fiebre tifoidea, pero generalmente es más leve. El estado de portador puede seguir a la enfermedad aguda o leve, o incluso a la infección subclínica. Dado el importante porcentaje de portadores crónicos que continuarán excretando la bacteria tras la resolución de los síntomas (superior al de otras enfermedades gastrointestinales, incluyendo las infecciones por otros serotipos de *Salmonella*), los casos asintomáticos y los eliminadores crónicos juegan un papel relevante en la propagación de la enfermedad.

Tanto la fiebre tifoidea como la fiebre paratifoidea son enfermedades con baja prevalencia en la UE/EEA, siendo la mayoría de los casos importados durante viajes a países fuera de la región donde el saneamiento es deficiente y no se dispone de agua potable. La aparición en los últimos años de cepas de *S. Typhi* resistentes a los antibióticos supone un importante problema de salud pública.

La transmisión se produce tras la ingestión de comida o agua (tanto de consumo como recreativa) contaminados por heces u orina de pacientes y portadores. Los alimentos involucrados pueden ser verduras, frutas, leche o productos lácteos, y moluscos y mariscos contaminados (especialmente ostras). La enfermedad también se puede transmitir por contacto con fómites contaminados. Aunque la transmisión persona a persona es infrecuente, se ha documentado la transmisión de *S. Typhi* durante las prácticas sexuales, especialmente entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH).

Las medidas preventivas incluyen buena higiene personal (incluyendo el lavado de manos) y asegurar la inocuidad de los alimentos. Actualmente en España existen 2 tipos de vacunas antitíficas, una vacuna inactivada que contiene el antígeno Vi de *S. Typhi* y una vacuna atenuada, que contiene bacterias vivas de la cepa atenuada *S. Typhi* Ty21a.

La fiebre tifoidea y paratifoidea son de declaración obligatoria en España.

Métodos

Se analizaron los casos de fiebre tifoidea y paratifoidea del año 2025 notificados a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE).

Los casos declarados siguen las definiciones de caso y los criterios para su clasificación (caso probable y confirmado) acordados por la RENAVE.

Para la asignación de las variables mes y año se utilizó la fecha del caso (fecha de inicio de síntomas o la más cercana en caso de no conocerla - fecha de diagnóstico, fecha de hospitalización, etc.). El análisis de distribución geográfica se realizó considerando la Comunidad Autónoma de residencia del caso, y en su ausencia, la Comunidad Autónoma de declaración. Se excluyen de este informe todos los casos residentes en el extranjero.

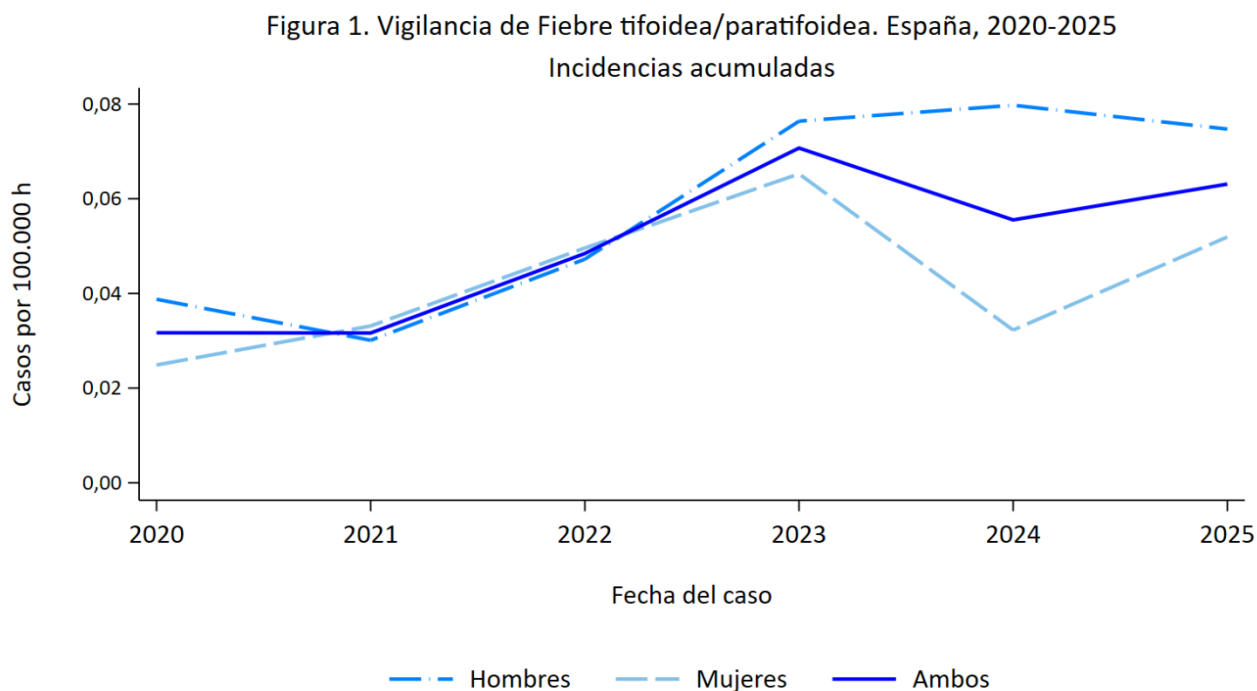
El cálculo de las incidencias acumuladas anuales se realizó utilizando como numerador el total de casos notificados durante ese año (excluyendo importados) y como denominador la población estimada con fecha a 1 de enero según la operación Estadística Continua de Población que publica anualmente el Instituto Nacional de Estadística (INE), excluyendo del denominador las poblaciones correspondientes a las Comunidades Autónomas (CCAA) que no notificaron dicho año. Se consideraron como casos importados aquellos en los que la infección ocurrió en un país distinto de España. Para el análisis de la estacionalidad se excluyeron los casos importados.

Situación epidemiológica

Distribución temporal

En el año 2025, todas las CCAA notificaron esta enfermedad a la RENAVE.

En este año, se notificaron un total de 73 casos de fiebre tifoidea y paratifoidea en residentes en España. Excluyendo 42 casos que fueron importados, la incidencia acumulada fue de 0,06 casos por 100.000 habitantes (Figura 1).



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

Para los casos no importados, los meses del año en los que se notificó un mayor número de casos fueron abril y octubre (5 casos cada uno), mientras que para los casos importados fue agosto y octubre (7 casos cada uno).

Distribución geográfica

En el 2025, 11 CCAA notificaron casos no importados o sin información en esta variable: Cataluña (10 casos), Comunidad de Madrid (5 casos), Castilla y León y Comunidad Valenciana (4 casos cada una), Andalucía (2 casos), e Islas Canarias, Castilla La Mancha, Extremadura, Navarra, País Vasco y La Rioja (1 caso cada una).

En cuanto a los importados, Cataluña notificó el mayor número de casos (N=15), seguido de C. Valenciana (11 casos), Islas Canarias (4 casos), Islas Baleares y Castilla y León (3 casos cada una), Castilla La Mancha y País Vasco (2 casos cada una), y Murcia y Navarra (1 caso cada una). La mayoría procedían del Sur de Asia (14 casos de India, 11 casos de Pakistán y 1 caso de Bangladesh), suponiendo el 68% de casos importados con información sobre el país de origen (26/38 casos).

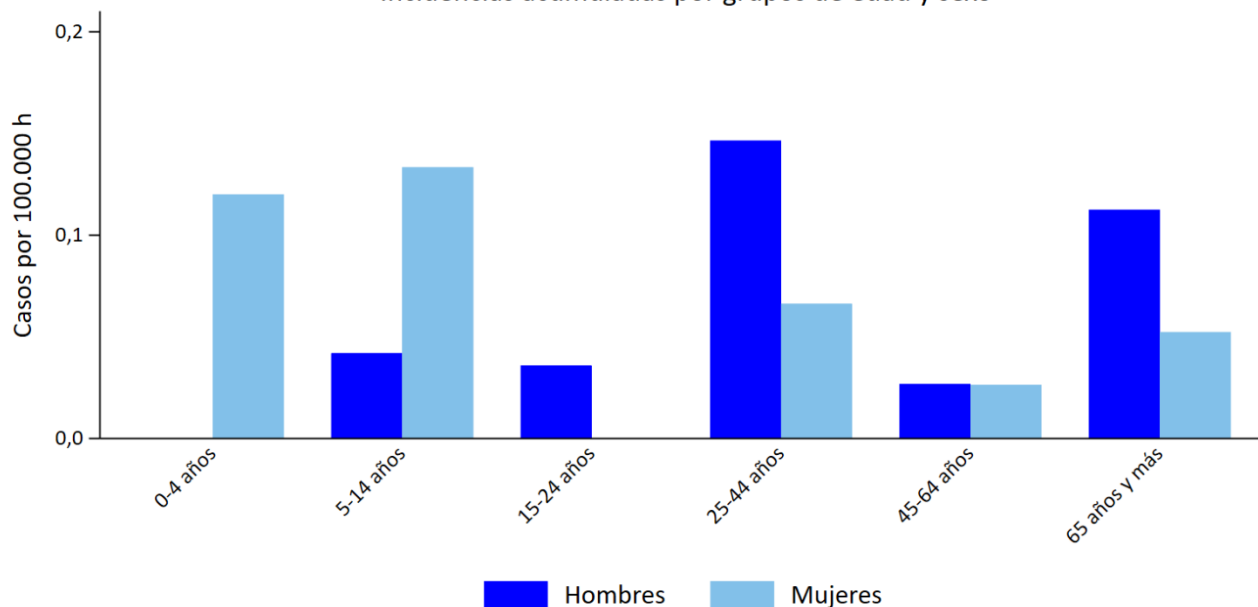
Aragón, Asturias, Cantabria, Galicia, Ceuta y Melilla notificaron 0 casos de esta enfermedad.

Características de los casos

La IA fue similar en hombres y en mujeres (IA de 0,07 y 0,05 respectivamente) siendo la razón hombre/mujer de 1,44. En los hombres, las mayores incidencias acumuladas se notificaron en el grupo de 25-44 años (IA de 0,15), seguido del grupo de mayores de 64 años (IA de 0,11); sin embargo, en las mujeres, destacó la incidencia acumulada en las niñas de 5-14 y menores de 4 años (IA de 0,13 y 0,12 respectivamente) (Figura 2).

Figura 2. Vigilancia de Fiebre tifoidea/paratifoidea. Año 2025

Incidencias acumuladas por grupos de edad y sexo



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

Constaba la hospitalización en 57 de 71 casos con información (80,28%), y no se notificó ninguna defunción.

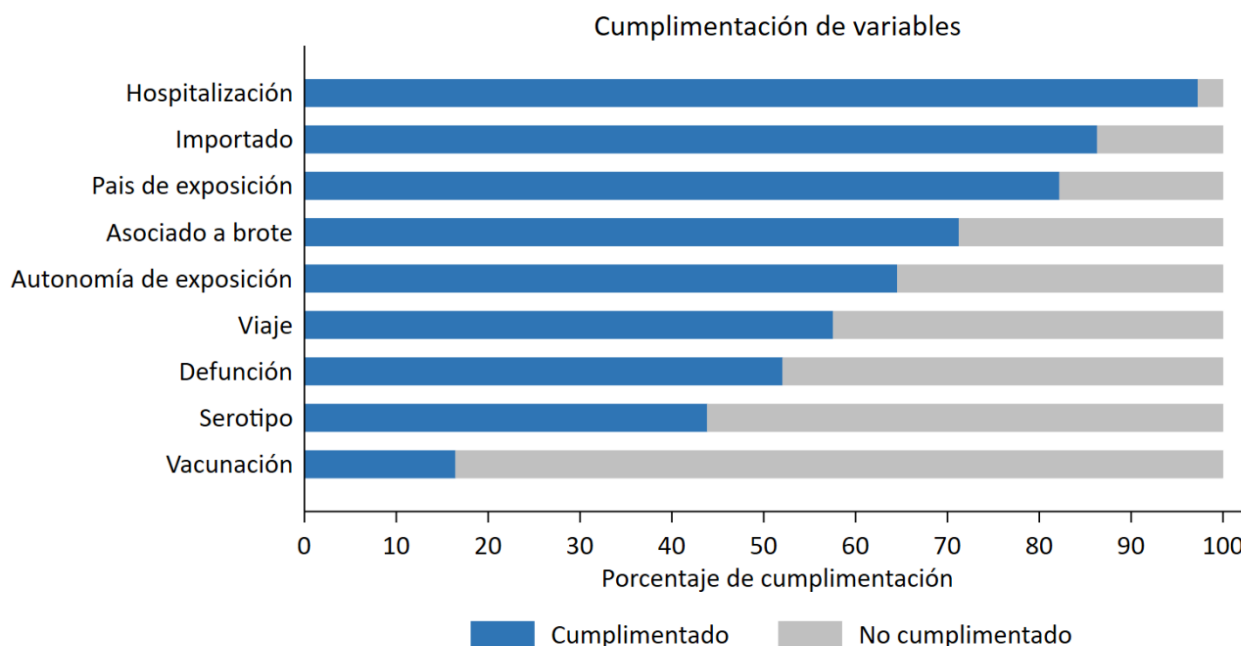
Se disponía de información sobre el serotipo causante de la infección en 12 casos no importados (38,71%), notificándose 7 casos de *S. Typhi* y 5 de casos *S. Paratyphi*. En cuanto a los casos importados, se disponía de información en 20 casos (47,62%), notificándose 18 casos de *S. Typhi* y 2 casos *S. Paratyphi*.

En los casos importados, la razón hombre/mujer fue de 1,56. Los grupos de edad con mayor número de casos fueron los de 5-14 años (13 casos, 30,95%) y 25-44 años (12 casos, 28,57%). No se notificaron casos importados en mayores de 64 años. Para todos los grupos de edad excepto para el de 25-44 años, el número de casos en hombre fue mayor al de mujeres.

Calidad de los datos de la declaración individualizada de casos

La calidad de la cumplimentación de las variables se muestra en la figura 3. La edad y la autonomía de residencia estaba disponible para todos los casos, el sexo en el 99% de los casos y la hospitalización en el 97% de los casos. La cumplimentación de las variables de si el caso era importado y el país de exposición fue superior al 85%. La información sobre si el caso estaba asociado a un brote, la autonomía de exposición, si el caso había viajado en el periodo de incubación y la defunción estaba disponible en un 50-70% de los casos. La cumplimentación de la variable del serotipo causante de la infección fue del 44% y de si el caso había recibido alguna dosis de vacuna del 16%.

Figura 3. Vigilancia de Fiebre tifoidea/paratifoidea. España, 2025



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

Brotos

En el año 2025, todas las CCAA excepto Aragón notificaron al sistema de brotes de la RENAVE, incluyendo la notificación de cero brotes. En este año, se notificaron dos brotes importados de fiebre tifoidea, de 2 casos cada uno. Los brotes fueron notificados por Castilla y León y Comunidad Valenciana. La hospitalización de los casos fue del 100% para ambos brotes, y no se notificaron defunciones. Uno de los brotes, importado de Senegal, se produjo por consumo de agua contaminada, mientras que el otro brote, importado de Pakistán, se produjo por contacto directo persona a persona. En ambos brotes, el ámbito fue el hogar.

Conclusión

En el año 2025 se notificó una IA de fiebre tifoidea y paratifoidea muy similar a la del año previo. Se notificó un número superior de casos importados que de no importados. Aunque la IA fue similar en hombres y en mujeres, la enfermedad afectó a distintos grupos de edad según el sexo: en los hombres, las mayores IA se notificaron en adultos jóvenes y en los mayores de 64 años, mientras que, en las mujeres, las mayores IA se notificaron en las niñas menores de 15 años. Al igual que en el año previo, la principal región geográfica de la que se importaron los casos fue el Sur de Asia (India, Pakistán y Bangladesh). Dado el aumento en los últimos años de la resistencia a los antibióticos en cepas de *S. Typhi* procedentes de esos países, es importante vigilar las resistencias antibióticas en esta enfermedad, especialmente en los casos que procedan de estas áreas geográficas de mayor riesgo.