

Informe epidemiológico sobre la situación de la campilobacteriosis en España. Años 2019 y 2020.

Resultados de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Informe realizado con los datos disponibles hasta 22 de junio de 2022.

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 campilobacteriosis en España. Años 2019 y 2020. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III.

Introducción

La campilobacteriosis es una zoonosis de distribución mundial causada por bacterias del género *Campylobacter*. Es la causa más frecuente de gastroenteritis en el mundo desarrollado; ocasionando del 5% al 14% de los casos de diarrea en todo el mundo. La campilobacteriosis se caracteriza por diarrea (a menudo con heces sanguinolentas), dolor abdominal, malestar, fiebre, náusea y vómito. La sintomatología suele durar 1 semana y, en general, no más de 10 días.

Los reservorios son principalmente aves de corral y el ganado porcino y vacuno. La transmisión es por ingestión de los microorganismos en alimentos crudos o mal cocinados, incluida la leche no higienizada y el agua contaminada, contacto con mascotas infectadas o animales de granja. La contaminación de la leche se produce con las heces del ganado vacuno portador. A partir del contenido intestinal, los alimentos se pueden contaminar si se manipulan en superficies o con utensilios contaminados.

El periodo de incubación es de 2 a 5 días, con límites de 1 a 10 días. Se transmite durante todo el curso de la infección. Las personas no tratadas con antibióticos pueden excretar microorganismos durante 2 a 7 semanas. La susceptibilidad es universal. La inmunidad tras la infección es duradera con las cepas relacionadas serológicamente.

Los casos de campilobacteriosis son de declaración obligatoria en España.

Métodos

Se analizaron los casos de campilobacteriosis notificados a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) en los años 2019 y 2020. Además, se incluyeron datos agregados por año correspondientes a la comunidad de Galicia.

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

Para la asignación de las variables mes y año se utilizó la fecha clave (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 declaración del caso.

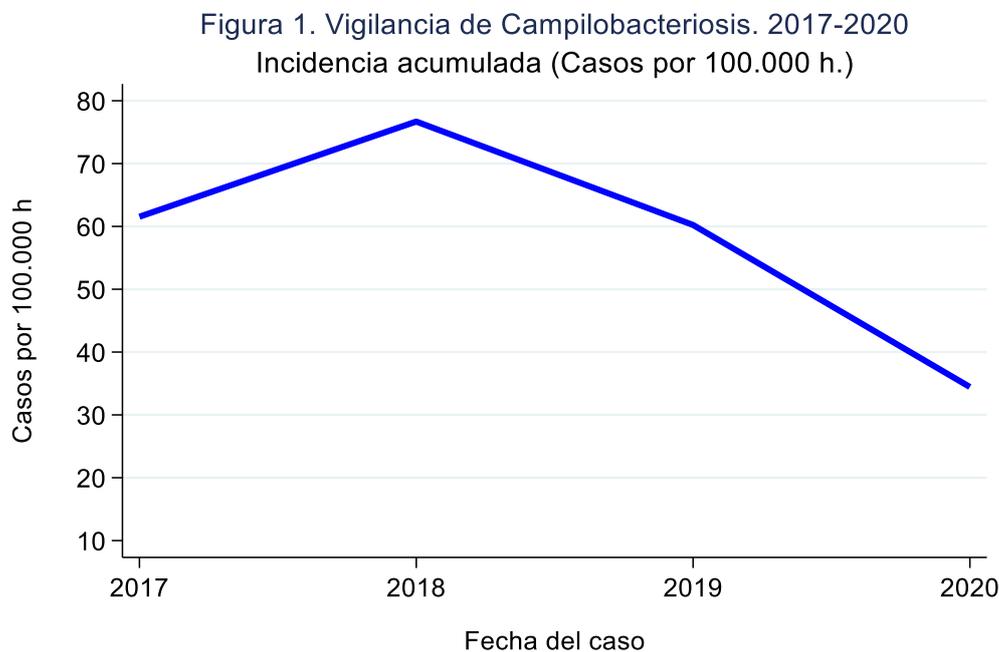
El cálculo de las incidencias acumuladas anuales se realizó utilizando como numerador el total de casos notificados durante ese año (excluyendo importados y residentes en el extranjero) y como denominador las cifras de población residente en España a día 1 de enero del año correspondiente obtenidas del Instituto Nacional de Estadística (INE), excluyendo del denominador las poblaciones correspondientes a las Comunidades Autónomas (CCAA) que no notificaron dicho año; además, para el cálculo de las incidencias por CCAA, se excluyeron del numerador los casos en los que la enfermedad fue adquirida en una CA distinta a la de residencia.

Situación epidemiológica

Distribución temporal

En 2019 doce CCAA y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla notificaron 20.709 casos de campilobacteriosis, de los que 13 fueron importados y en 10.589 (54,13%) se desconocía esta información. En 2020, otras 12 CCAA y las ciudades autónomas notificaron 11.670 casos, de los que 3 fueron importados y en 4.180 (38,82%) se desconocía esta información. Excluyendo los casos importados y los ocurridos entre residentes en el extranjero (un caso cada año), las incidencias acumuladas (IA) anuales fueron de 60,23

casos/100.000 habitantes y 34,44 casos/100.000 habitantes respectivamente (Figura 1). Esta enfermedad se incluyó en el listado de Enfermedades de Declaración Obligatoria en 2015, y desde 2017 se dispone de información de la mayoría de las CCAA.



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica(RENAVE)

Distribución geográfica

Durante los años 2019 y 2020, las CCAA de Andalucía, Asturias, Islas Baleares y Cantabria no notificaron casos de campilobacteriosis a la RENAVE. Además, País Vasco notificó en el año 2019 pero no en el 2020 y Murcia sólo notificó en el año 2020.

Las CCAA con las IA más altas en 2019 fueron: La Rioja (IA=130,10), Navarra (IA=107,30) y País Vasco (IA=95,33). Las CCAA que notificaron las IA más bajas fueron: Melilla (IA=1,19), Ceuta (IA=9,47) y Canarias (IA=30,81) (Figura 2).

Las CCAA con las IA más altas en 2020 fueron: La Rioja (IA=147,10), Navarra (IA=94,95) y Aragón (IA=78,36). Las CCAA que notificaron las IA más bajas fueron: Extremadura (IA=16,33), Ceuta (IA=17,87) y Castilla La Mancha (IA=18,40), además de Melilla en la que no se declaró ningún caso (Figura 3).

Figura 2. Vigilancia de Campilobacteriosis. España. 2019
Incidencia acumulada por Comunidades Autónomas

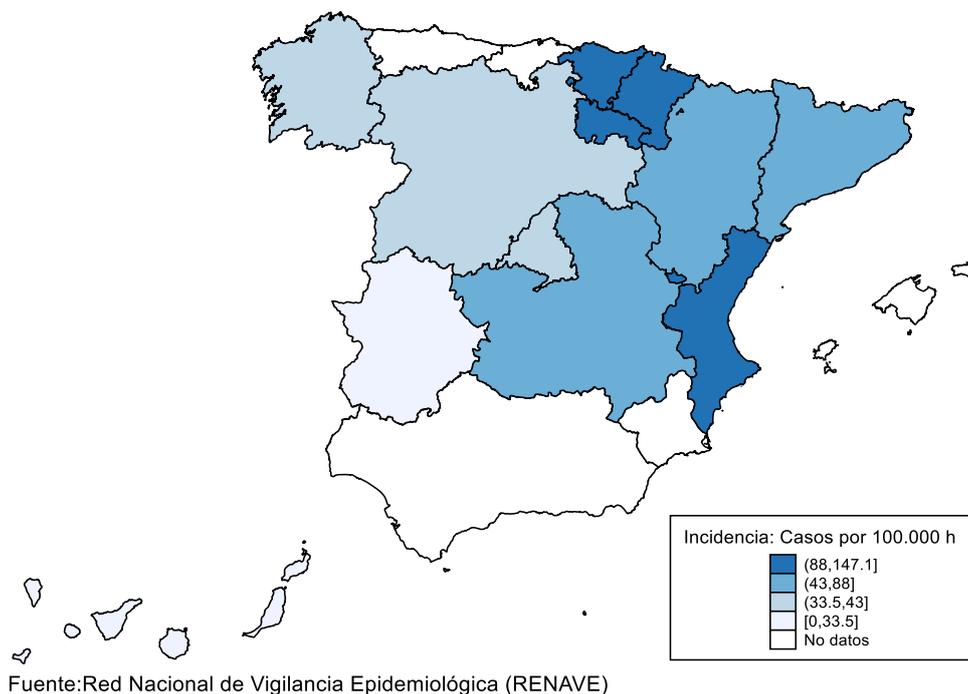
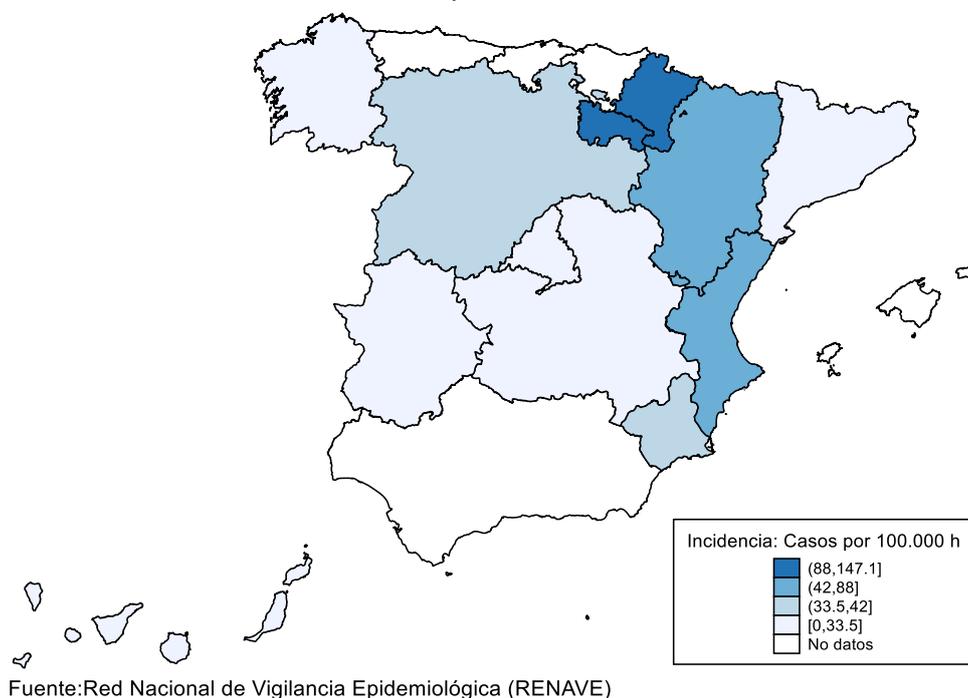


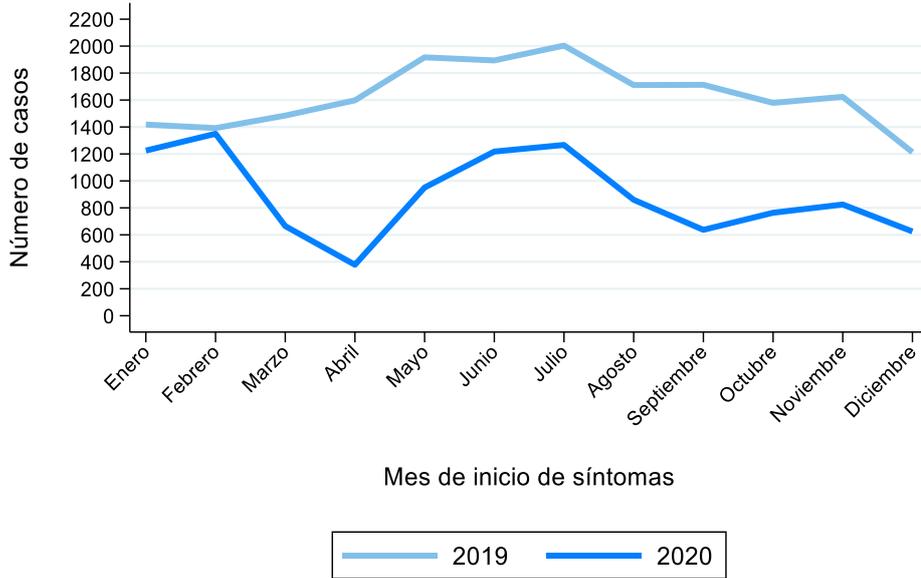
Figura 3. Vigilancia de Campilobacteriosis. España. 2020
Incidencia acumulada por Comunidades Autónomas



Estacionalidad

Se observa un mayor número de casos de campilobacteriosis en los meses más cálidos, aunque la presentación estacional no es muy marcada (Figura 4).

Figura 4. Vigilancia de Campilobacteriosis. 2019-2020
Distribución mensual de casos



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

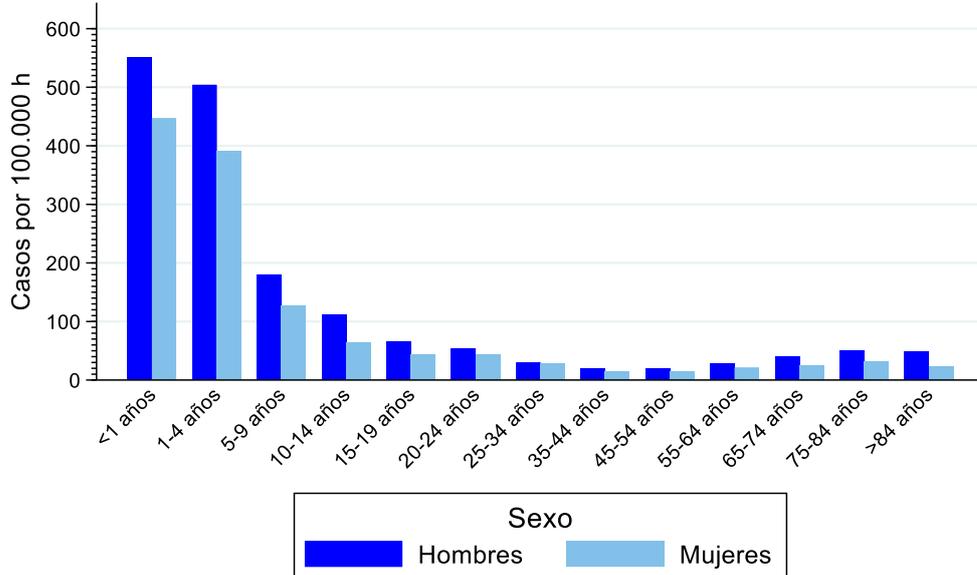
Características de los casos

En 2019 se notificaron 19.514 casos (94,23%) con información sobre edad y sexo. En 2020 se notificaron 10.760 casos (92,2%) con información sobre edad y sexo. Tanto en 2019 como en 2020 las IA fueron superiores para los hombres respecto a las mujeres (67,49 vs 46,55 en 2019 y 37,30 vs 26,46 en 2020). La razón de incidencias hombre/mujer fue de 1,45 en 2019 y 1,41 en 2020. Tanto para hombres como para mujeres las IA más elevadas correspondieron a los menores de 5 años (Figuras 5 y 6).

Se notificaron 6 defunciones en 2019 y 8 en 2020, con una edad media de 70 años (SD=18,7) tanto en 2019 como en 2020 y medianas de edad de 80 años (RIC=28) en 2019 y 68,5 (RIC=20,5) en 2020. El porcentaje de casos hospitalizados fue del 24,59% en 2019 y del 20,79% en 2020, especialmente en niños de 1 a 4 años.

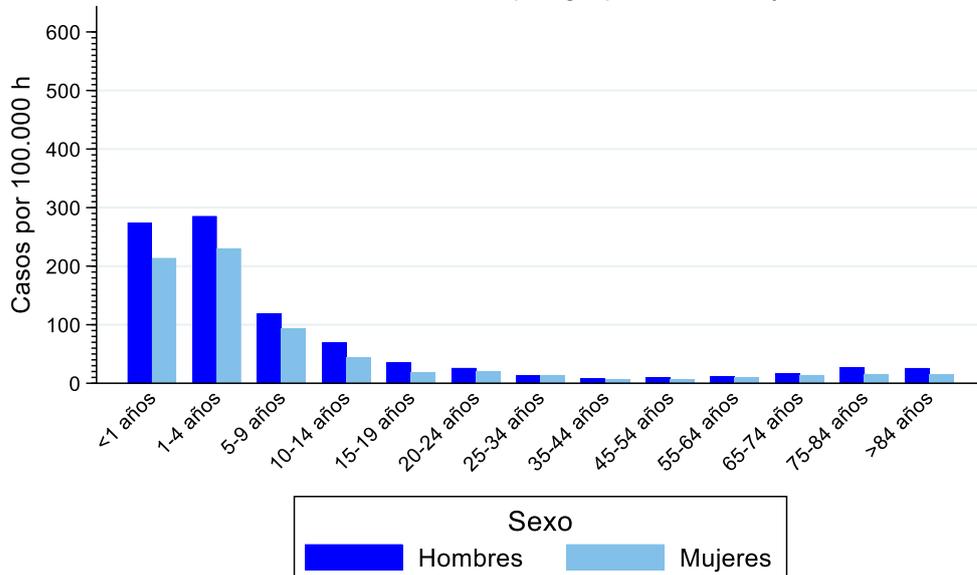
En el 64,9% y el 59,4% de los casos de 2019 y 2020 respectivamente se notificó el agente etiológico a nivel de especie. Teniendo en cuenta los datos de estos dos años, aproximadamente el 88,2% (IC95% 87,7-88,6%) de los casos fueron causados por *C. jejuni* y el 11,5% (IC95% 11,1%-12%) por *C. coli*.

Figura 5. Vigilancia de Campylobacter. 2019
Incidencia acumulada por grupos de edad y sexo



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

Figura 6. Vigilancia de Campylobacter. 2020
Incidencia acumulada por grupos de edad y sexo



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

Brotos

En 2019 siete CCAA notificaron un total de 30 brotes que causaron 288 casos, de los que 6 requirieron hospitalización. La Comunidad Valenciana notificó 16 brotes, Castilla y León 5 brotes, la Región de Murcia 3 brotes, Andalucía y la Comunidad de Madrid notificaron 2 brotes cada una, y Baleares y Canarias notificaron un brote cada una. Hubo 17 brotes con 2 casos, 9 brotes afectaron a entre 4 y 14 personas, y los 4 restantes afectaron a 20 o más casos. El ámbito en el que ocurrieron la mayoría de los brotes fue el hogar, con 12 brotes; además hubo 7 brotes en restaurantes o bares, 3 brotes en hoteles, otros 3 brotes ocurrieron en guarderías, 2 brotes más en campamentos, otro en un centro de mayores y los dos restantes en otros ámbitos.

En 2020 cinco CCAA notificaron 9 brotes que afectaron a un total de 67 casos, de los que uno requirió hospitalización y 44 formaban parte del mismo brote en una escuela. La Región de Murcia notificó 4 brotes, Andalucía notificó 2 brotes y Aragón, la Comunidad de Madrid y la Comunidad Valenciana notificaron un brote cada una. Cinco de estos brotes ocurrieron en el ámbito del hogar, dos en restaurantes, uno en una guardería y otro en una escuela.

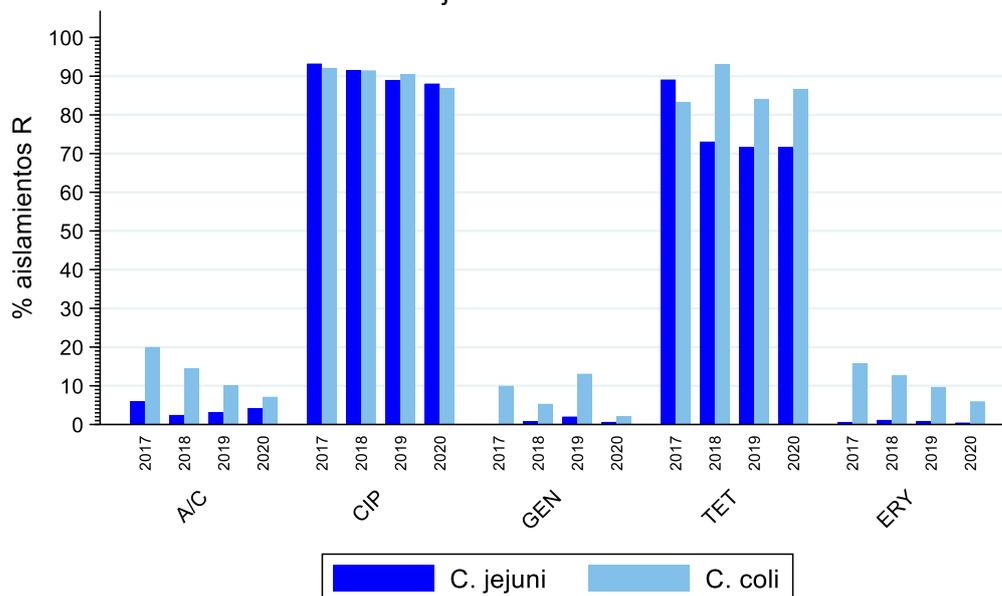
Resistencia a los antimicrobianos

En 2019 notificaron datos sobre sensibilidad a antimicrobianos las CCAA de Canarias, Comunidad Valenciana, Extremadura y La Rioja. En 2020, además de las anteriores, se incorporó la Región de Murcia, siendo, por tanto, cinco las CCAA notificadoras. La información incluía la clasificación de la cepa como sensible, intermedia (susceptibilidad reducida) o resistente a cada antibiótico testado, no estando disponible el valor obtenido como Concentración Mínima Inhibitoria (CMI). Se desconoce el criterio (CLSI o EUCAST) aplicado para la interpretación de la CMI en cada caso.

El porcentaje de casos sobre los que se informó el resultado de las pruebas de sensibilidad varió en cada CA y para cada antibiótico. Los antibióticos en los que se registraron mayores niveles de cumplimentación fueron eritromicina y ciprofloxacino, alcanzando porcentajes de aislamientos con información sobre sensibilidad superiores al 90% en la Región de Murcia y La Rioja para eritromicina, y superiores al 65% en Comunidad Valenciana y la Región de Murcia para ciprofloxacino. Sin embargo, para otros antibióticos, los porcentajes de casos con información sobre sensibilidad no alcanzaron el 15% en ninguna CA, como ocurre con gentamicina y trimetoprim/sulfametoxazol (cotrimoxazol), o incluso fueron inferiores al 2%, como en cefotaxima e imipenem.

Para los antibióticos empleados como primera línea en el tratamiento de las gastroenteritis agudas de etiología bacteriana, se observa un mayor porcentaje de aislamientos resistentes en *C. coli* respecto a *C. jejuni* para todos los antibióticos (Figura 7). Los mayores niveles de resistencia se obtuvieron, para ambas especies, en ciprofloxacino (CIP) y tetraciclina (TET), con valores por encima del 85% y el 70% respectivamente (Figura 7). Se observa una leve tendencia a la baja en el porcentaje de aislamientos resistentes a ciprofloxacino y tetraciclina en *C. jejuni*, mientras que en *C. coli* este descenso afecta a ciprofloxacino, mostrando niveles de resistencia a tetraciclina oscilantes y en torno al 85% durante todo el periodo. La resistencia a eritromicina (ERY) en *C. jejuni* subió en 2018 a 1,17% para volver a caer hasta valores de 0,47% en 2020; mientras que en *C. coli* se observa un descenso progresivo en el porcentaje de cepas resistentes, pasando del 15,83% en 2017 al 5,93% en 2020. Ocurre lo mismo con amoxicilina/ác. clavulánico (A/C), en el que el porcentaje de aislamientos resistentes de *C. jejuni* es, en todo el periodo, inferior al detectado en *C. coli* pero oscilante en torno al 4%, mientras que en *C. coli* se observa un descenso constante que va del 20% de aislamientos resistentes en 2017 al 7,14% en 2020. Para gentamicina (GEN) se observó un incremento del porcentaje de aislamientos resistentes de *C. jejuni* en 2019, alcanzando un 2,04%, si bien el resto de años se mantuvo con niveles < 1%; en tanto que las resistencias a gentamicina en *C. coli* oscilaron estos años, alcanzando el máximo nivel de resistencia en 2019 con un 13,11% y el menor en 2020 con un 2,17%.

Figura 7. Vigilancia de Campylobacter. 2017-2020
Porcentaje aislamientos resistentes



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

Conclusión

El número de casos notificados en España en 2019 fue algo inferior a los casos notificados los años previos, aunque el número de CCAA notificadoras también fue inferior. Las IA más elevadas corresponden a niños menores de 5 años, tal y como se observa en otros países de nuestro entorno, aunque puede estar influenciado por un sesgo en el diagnóstico, pues en estas edades se realiza un mayor esfuerzo en el diagnóstico etiológico de las gastroenteritis. Casi la mitad de los brotes notificados ocurrieron en el ámbito familiar, seguido de establecimientos de restauración colectiva (restaurantes, bares y hoteles), que contabilizan algo menos de un tercio de los brotes notificados, y las escuelas y guarderías, que dieron lugar a uno de cada diez brotes.

Aunque el número de aislamientos con información sobre sensibilidad a antimicrobianos es todavía escaso y faltan CCAA por incorporarse a su notificación, la información recopilada permite evidenciar que la resistencia a ciprofloxacino se mantienen en niveles por encima del 85%, tal y como se recoge en otras series, mientras que la resistencia a eritromicina es muy baja (<1,5%) en *C. jejuni* y parece estar en descenso en *C. coli* (<10% desde 2019).