

Informe epidemiológico sobre la situación de la campilobacteriosis en España. Año 2025.

Resultados de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Informe realizado con los datos disponibles hasta el 14 de agosto de 2026.

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. Año 2025.
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 la Unión Europea y, en general, en países de alta renta, siendo también causa de diarrea del viajero y 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 entre dos y cinco días y, habitualmente, no más de 10 días, con resolución espontánea, aunque entre el 5 y el 10% de los casos requieren hospitalización.

El principal reservorio lo constituyen las aves de corral, como pollos, gallinas, pavos, patos y avestruces. El ganado vacuno, porcino y ovino también actúa de reservorio. La transmisión se produce por ingestión de los microorganismos en alimentos crudos o mal cocinados, incluida la leche no tratada térmicamente (leche cruda) y el agua contaminada, y el contacto con animales infectados o colonizados. Los alimentos también se pueden contaminar si se manipulan en superficies o con utensilios contaminados. La transmisión persona a persona es infrecuente.

El periodo de incubación es de 2 a 5 días, con límites de 1 a 10 días dependiendo de la dosis ingerida. Se transmite durante todo el curso de la infección y la excreción en heces puede continuar tras la resolución de los síntomas, con una media de 2 a 3 semanas. La susceptibilidad es universal y la inmunidad tras la infección es duradera con las cepas relacionadas serológicamente.

Los niveles de resistencia a distintos antimicrobianos mostrados por *Campylobacter* spp. han aumentado con el tiempo, por eso, si fuera preciso algún tratamiento, la elección del antibiótico debería hacerse de acuerdo con los resultados del antibiograma.

Los casos de campilobacteriosis son de declaración obligatoria en España.

Métodos

Se analizaron los casos de campilobacteriosis 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 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 (CA) de residencia del caso o, en su defecto, la CA del declarante del caso. Se excluyen de este informe todos los casos residentes en el extranjero.

El cálculo de las incidencias acumuladas (IA) 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 de las Comunidades Autónomas (CCAA) que no notificaron dicho año. Se consideran casos importados aquellos en los que la adquisición de la enfermedad ocurrió en un país distinto de España. Para la evaluación de la estacionalidad se excluyeron los casos importados.

Para la estimación de los niveles de resistencia a antibióticos se seleccionaron las CCAA que hubieran notificado casos con información sobre la sensibilidad a antibióticos e identificación de la especie de *Campylobacter*. Se seleccionaron los antibióticos recogidos en el protocolo de vigilancia y para los que se

dispusiera de información sobre sensibilidad en, al menos, un 5% del total de casos notificados a nivel nacional.

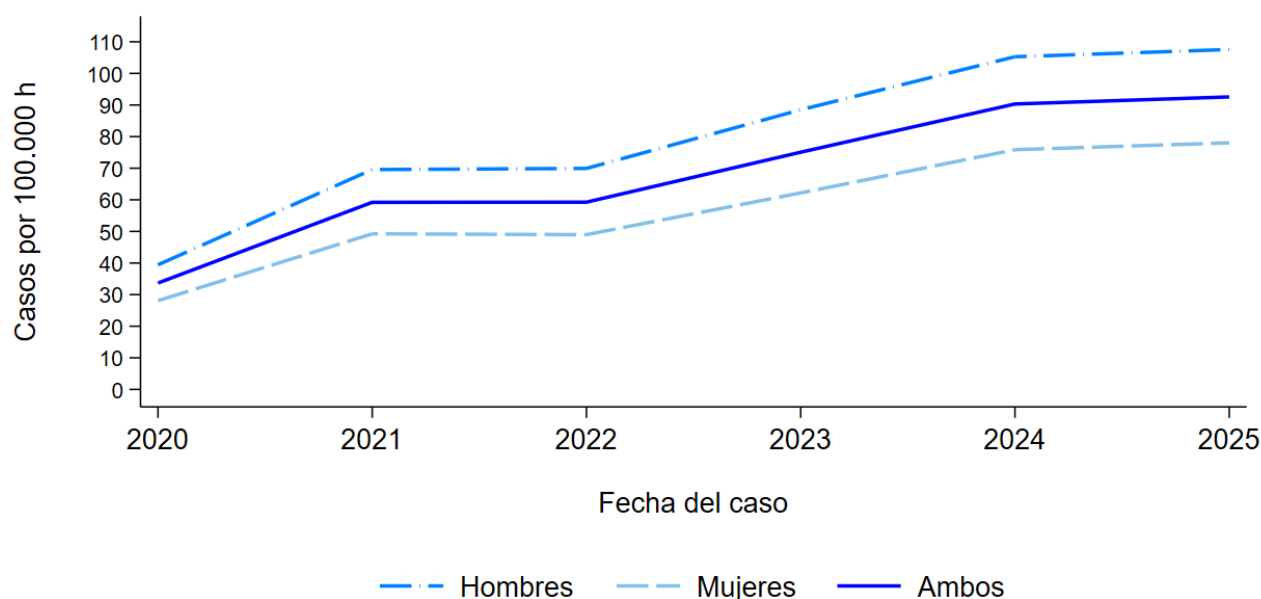
Situación epidemiológica

Distribución temporal

En el año 2025, la CA de Andalucía no notificó campilobacteriosis a la RENAVE. Además, Andalucía tampoco notificó en el periodo 2020-2024, Baleares no notificó en el periodo 2020-2023, País Vasco no notificó en 2020, Región de Murcia se incorporó a la vigilancia de esta enfermedad en el año 2020, Galicia notificó datos agregados el año 2020, no habiendo notificado en los años 2021 y 2022, y el Principado de Asturias notificó en 2023 los casos de los años anteriores no incluidos en informes epidemiológicos previos.

En 2025 dieciséis CCAA y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla notificaron 37.558 casos de campilobacteriosis entre residentes en España, de los que 116 casos fueron importados (0,31%). Excluyendo los casos importados, la incidencia acumulada de campilobacteriosis en 2025 fue de 92,56 casos por cada 100.000 habitantes, la más alta del periodo (Figura 1).

Figura 1. Vigilancia de Campilobacteriosis. España, 2020-2025
Incidencias acumuladas

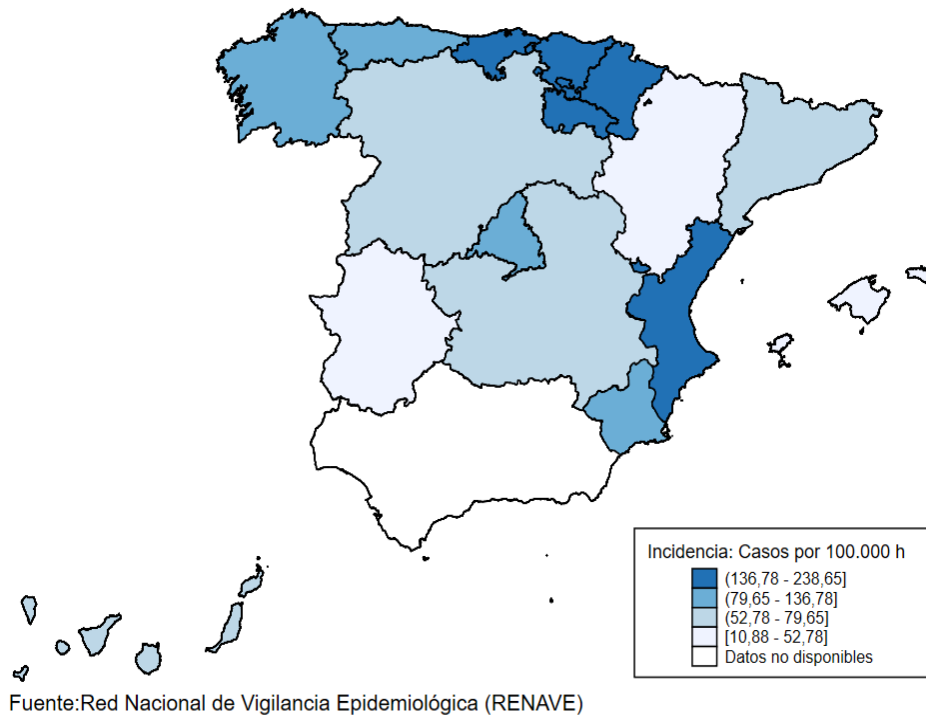


Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

Distribución geográfica

Las IA más elevadas se observaron en la Comunidad Foral de Navarra (con 238,65 casos por 100.000 habitantes), La Rioja (IA de 216,03), Cantabria (IA de 158,35), Comunitat Valenciana (IA de 146,04) y País Vasco (IA de 136,78). Las IA más bajas se notificaron en Baleares (IA de 10,88), la ciudad autónoma de Ceuta (IA de 33,51), Aragón (IA de 48,15), Melilla (IA de 50,54) y Extremadura (IA de 52,78) (Figura 2).

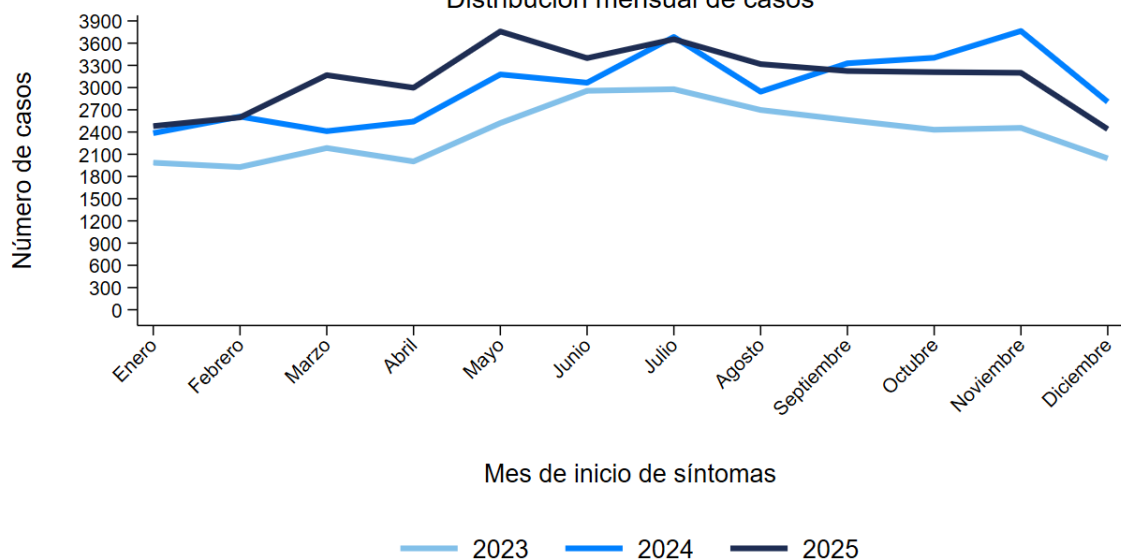
Figura 2. Vigilancia de Campilobacteriosis. España, 2025
Incidencia acumulada por Comunidades Autónomas



Estacionalidad

En 2025 se observó la habitual estacionalidad estival, aunque el pico de casos se alcanzó en el mes de mayo, con 3.758 casos, algo superior a los 3.653 de julio. Al igual que en años previos, los meses con menor número de casos fueron los de invierno, siendo el mes de diciembre el que registró la cifra más baja, con 2.439 casos (Figura 3).

Figura 3. Vigilancia de Campilobacteriosis. 2023-2025
Distribución mensual de casos

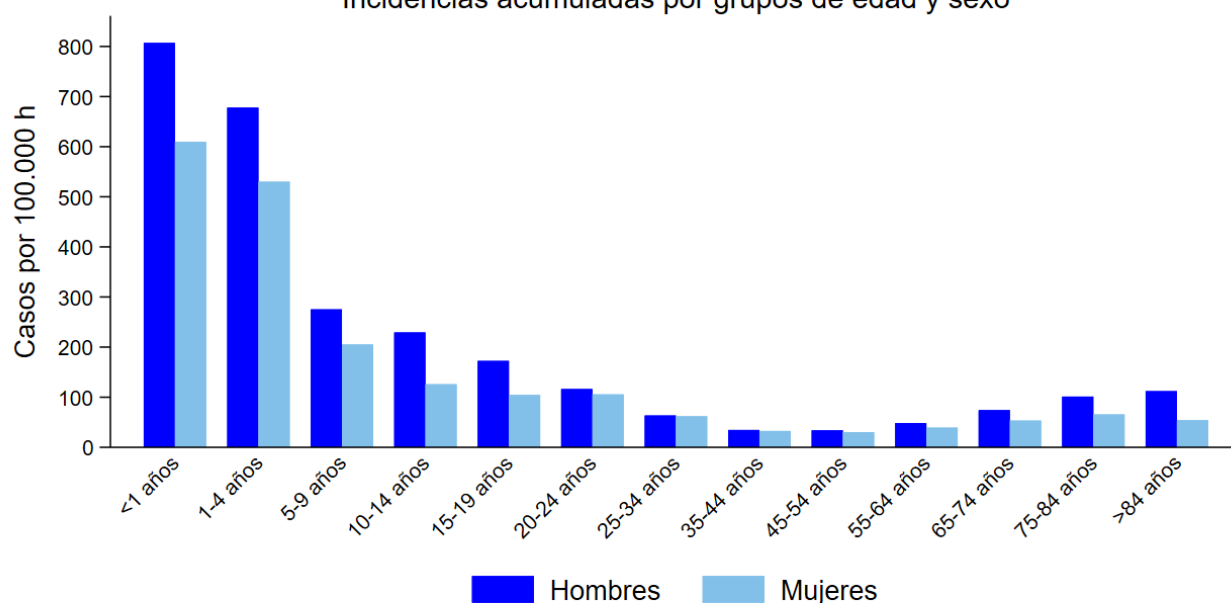


Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

Características de los casos

En 2025 las IA fueron superiores en hombres respecto a las mujeres (107,56 vs 78,02). La razón de incidencias hombre/mujer fue de 1,38. En todos los grupos de edad los hombres presentaron IA más elevadas. Para ambos sexos las IA más altas correspondieron a los menores de 5 años, descendiendo conforme aumenta la edad para incrementarse ligeramente en los grupos más añosos (Figura 4).

Figura 4. Vigilancia de Campilobacteriosis. Año 2025
Incidencias acumuladas por grupos de edad y sexo



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

Se notificó un 6,28% de casos hospitalizados, con una mediana de edad de 53 años (RIC 56), y 32 defunciones, con una edad mediana de 79 años (RIC 22,5).

Teniendo en cuenta sólo los 23.260 casos (61,92%) en los que el agente etiológico se ha identificado a nivel de especie, se puede inferir que aproximadamente el 84,01% (IC95% 83,53 – 84,48%) de los casos fueron causados por *C. jejuni* y el 15,54% (IC95% 15,08 – 16,01) por *C. coli*; siendo otras especies, como *C. fetus* o *C. lari*, responsables de menos del 1% de los casos notificados.

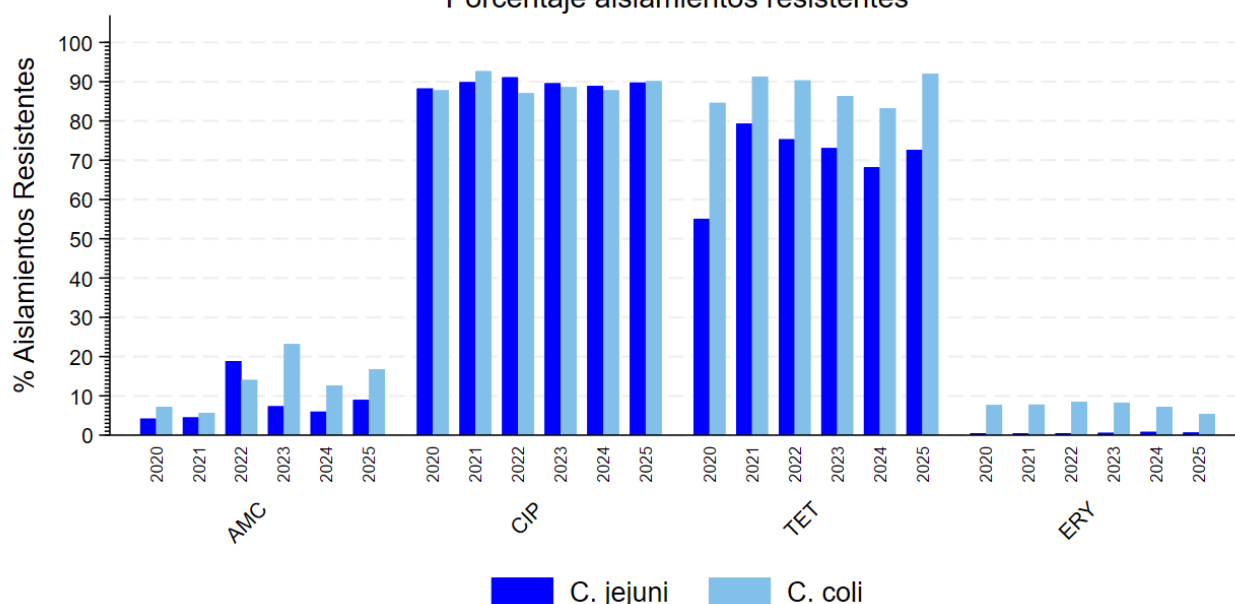
Resistencia a los antimicrobianos

En 2025 notificaron datos sobre sensibilidad a antimicrobianos las CCAA de Baleares, Canarias, Castilla La Mancha, C. Valenciana, Extremadura, La Rioja, Murcia y la ciudad autónoma de Melilla. En conjunto, el número de casos con información sobre sensibilidad a los antibióticos fue, para *C. jejuni*, de 5.585 casos con información de sensibilidad a eritromicina (ERY), 4.914 para ciprofloxacino (CIP), 2.594 para tetraciclina (TET), 1.213 para amoxicilina/ácido clavulánico (AMC) y 659 para gentamicina (GEN); y respecto a *C. coli*, el número casos con información sobre sensibilidad fue de 1.051 para ERY, 964 para CIP, 491 para TET, 245 para AMC y 133 para GEN. La información incluía la clasificación de la cepa como sensible (S), intermedia (I) (susceptibilidad reducida) o resistente (R) a cada antibiótico testado, no estando disponible el valor obtenido como Concentración Mínima Inhibitoria (CMI). Aunque no se recoge el criterio aplicado para la interpretación de la CMI en cada caso, la mayoría de los laboratorios españoles siguen el marcado por EUCAST. Dado que el número de aislamientos con

información sobre sensibilidad a GEN es inferior al 4% de los casos notificados a nivel nacional, se excluye este antibiótico de los análisis.

En 2025 se observa un mayor porcentaje de aislamientos resistentes en *C. coli* respecto a *C. jejuni* para todos los antibióticos analizados. Además, este año el porcentaje de aislamientos resistentes a AMC, CIP y TET fue superior al del año previo (Figura 5). Así, las cifras de resistencia a AMC fueron del 9% en *C. jejuni* y del 16,7% en *C. coli*. Tal y como se venía observando con anterioridad, los mayores niveles de resistencia se obtuvieron en CIP y TET, con valores en torno al 90% de aislamientos resistentes a CIP para ambas especies y, en el caso de TET, un 72,7% de resistencia en *C. jejuni* y un 92% en *C. coli*. Sin embargo, en 2025 la resistencia a ERY fue inferior a la de los años previos, con niveles en torno al 5,4% para *C. coli* y del 0,7% para *C. jejuni*, siendo el antibiótico con mayor porcentaje de aislamientos sensibles tanto en *C. jejuni* (99,3%) como en *C. coli* (94,5%).

Figura 5. Vigilancia de Campilobacteriosis. España, 2020-2025
Porcentaje aislamientos resistentes

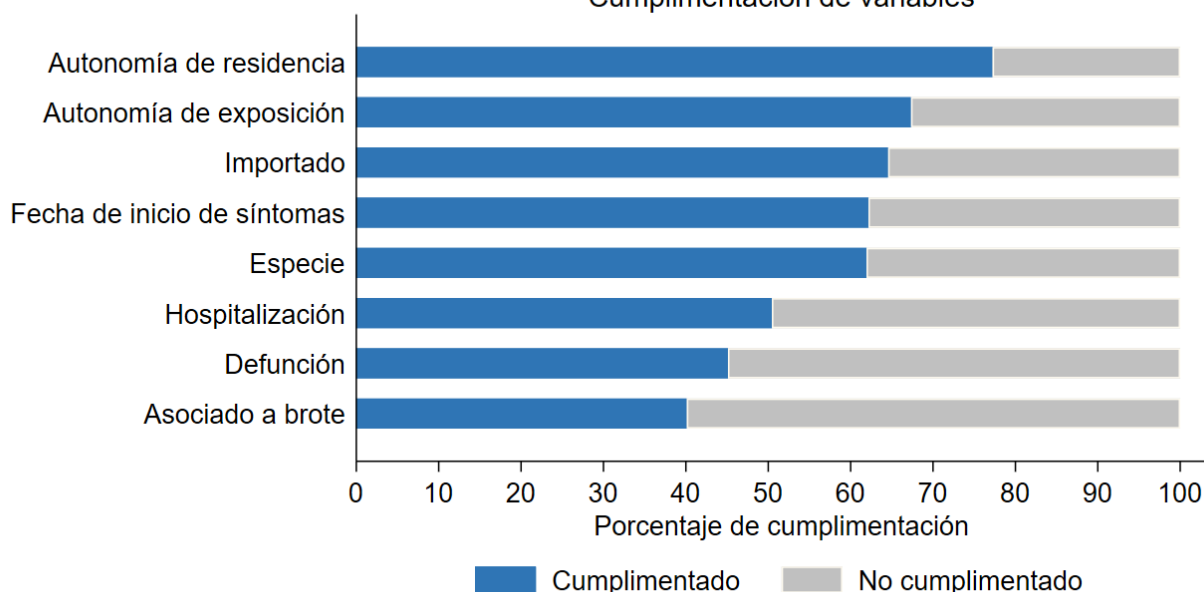


Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

Calidad de los datos de la declaración de casos individualizados

La calidad de la cumplimentación de las variables se muestra en la Figura 6. La edad y el sexo estaban disponibles en más del 99% de los casos. La variable autonomía de residencia del caso estaba cumplimentada en el 67,3% de los casos. Se disponía de información sobre si el caso era importado en un 64,6% de los casos y sobre hospitalización y defunción en un 50% y 45% de los casos respectivamente. Se disponía de información sobre la asociación del caso a un brote en el 40% de los casos, sobre la fecha de inicio de síntomas en el 62% y sobre la identificación a nivel de especie estaba, también, en el 62% de los casos. Respecto al año previo, la cumplimentación ha empeorado en la notificación de la hospitalización, defunción, autonomía de residencia del caso y la identificación a nivel de especie. Por otra parte, los datos mejoran ligeramente en las variables relativas a la fecha de inicio de síntomas, a si el caso es importado y a la pertenencia del caso a un brote.

Figura 6. Vigilancia de Campilobacteriosis. España, 2025
Cumplimentación de variables

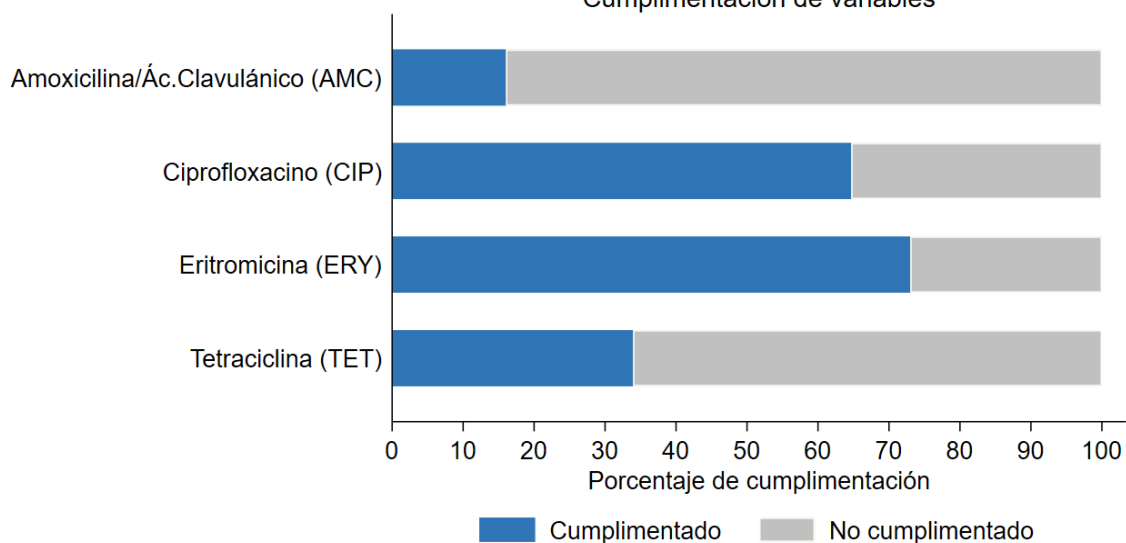


Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

En 2025 notificaron datos de sensibilidad a los antibióticos 7 CCAA y Melilla, una menos que el año previo. El total de casos del conjunto de estas Comunidades y Ciudad Autónoma corresponde con el 24,20% (9.089 casos) de los declarados a nivel nacional y, por especie, comprende el 39,28% (7.675 casos) de los casos de *C. jejuni* y el 39,11% (1.414 casos) de los casos de *C. coli* declarados a nivel nacional. Para el conjunto de las 8 CCAA y ciudad autónoma declarantes, los porcentajes de cumplimentación de las variables relativas a la sensibilidad (R/I/S) a los antibióticos fueron muy similares para las dos especies.

Teniendo en cuenta los casos en los que había información de sensibilidad a los antibióticos, para ambas especies, el antibiótico con mayor número de aislados con información fue ERY (72,77% para *C. jejuni* y 74,33% para *C. coli*); seguido de CIP (64,03% para *C. jejuni* y 68,18% para *C. coli*). En el caso de TET se disponía de información en el 33,80% de los casos de *C. jejuni* y el 34,72% de *C. coli*. Para AMC se notificaron datos de sensibilidad alrededor del 15% de los casos para ambas especies (15,80% para *C. jejuni* y 17,33% para *C. coli*). Los datos relativos a la cumplimentación para el conjunto de las dos especies se muestran en la Figura 7. Para las CCAA y ciudad autónoma declarantes, 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 sobre los que se recopilaban mayores porcentajes de casos con información fueron ERY, con un valor superior al 93% en Baleares, del 87% en La Rioja, alrededor del 78% en la R. Murcia, C. Valenciana, Castilla La Mancha y Melilla; y CIP, que alcanzó porcentajes superiores al 95% en Baleares y en torno al 75% en C. Valenciana, Castilla La Mancha y Melilla. Para TET se alcanzaron porcentajes de casos con información sobre sensibilidad superiores al 57% en R. Murcia, y alrededor del 40% en C. Valenciana y Canarias. Sin embargo, para AMC, menos del 26% de los casos contaban con información en todas las CCAA.

Figura 7. Vigilancia de Campilobacteriosis. España, 2025
Cumplimentación de variables



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

Brotos

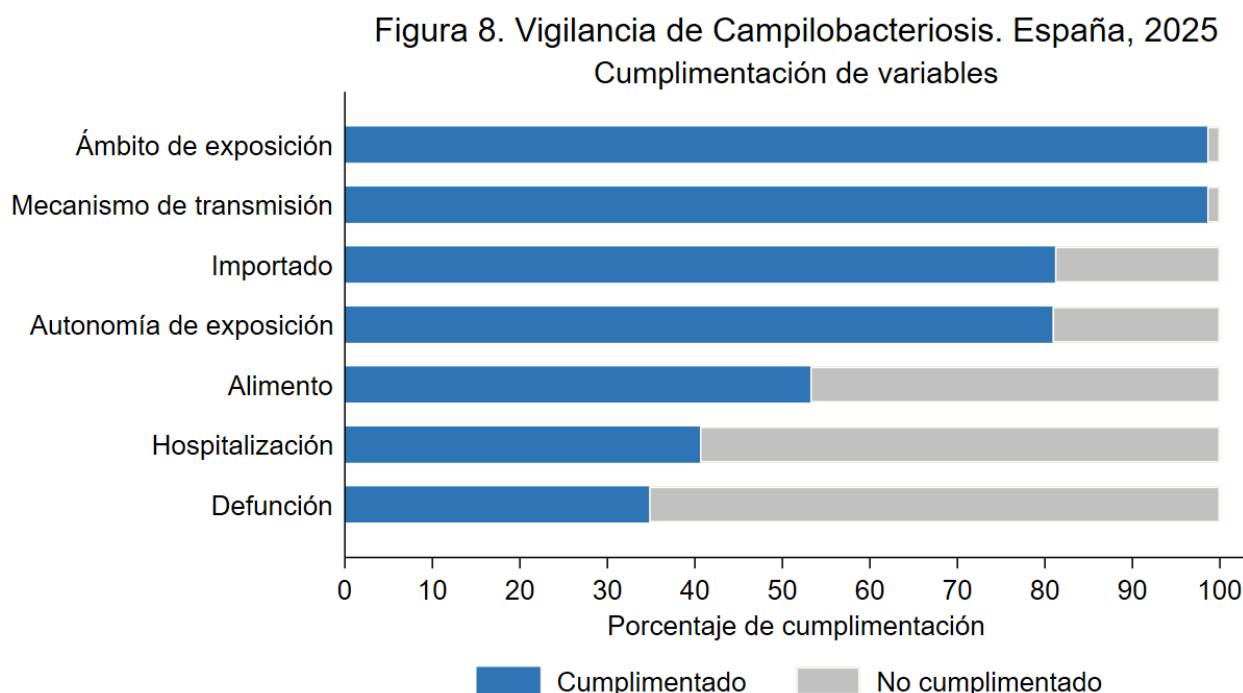
En 2025, notificaron brotes a la RENAVE, incluyendo la notificación de cero brotes, todas las CCAA excepto Aragón. Este año se contabilizaron 69 brotes de campilobacteriosis; cifra superior a la de los últimos años (63 brotes en 2024 y 59 brotes en 2023), incluyendo un brote importado de Venezuela. Los 69 brotes ocurrieron en las siguientes CCAA: 14 en Andalucía, 13 en C. Valenciana, 11 en Cataluña, 10 en Canarias (incluyendo el brote importado), 6 en Castilla La Mancha, 5 en C. Madrid, 4 en Castilla y León y un brote en las CCAA de Baleares, Cantabria, Galicia, R. Murcia, Navarra y País Vasco respectivamente. Estos 69 brotes originaron un total de 416 casos de los que 18 requirieron hospitalización y se reportó una defunción. El 43,48% de los brotes (30 brotes) contabilizaron 2 casos afectados. Los 39 brotes restantes tuvieron una mediana de 5 casos por brote (RIC 5).

Se notificaron brotes de campilobacteriosis todos los meses del año, con un rango de entre 4 y 10 brotes mensuales, siendo los meses con mayor número de brotes el mes de julio (10 brotes), seguido de los meses de febrero (9 brotes), enero y junio (7 brotes cada mes). Sin embargo, los meses con mayor número de casos vinculados a brotes se concentraron, con diferencia, en los meses de verano: junio (63 casos), julio (62 casos) y agosto (61 casos).

Se notificaron 47 brotes (68,66%) de transmisión alimentaria, responsables de 350 casos (84,13% de los casos asociados a brotes), de los que 18 brotes se vincularon a restauración (incluyendo restaurantes y bares), entre los que se encuentra el brote importado, causando un total de 56 casos con una mediana de 3 casos por brote (rango 2 a 8 casos por brote), seguido del hogar, con 14 brotes responsables de 39 casos y una mediana de 2,5 casos por brote (rango 2-5 casos). Hubo 7 brotes alimentarios en centros escolares que causaron 73 casos, 3 brotes en residencias de mayores responsables de 93 casos, y un brote ocurrió en una institución sanitaria y originó 6 casos. Además, se declararon 2 brotes en establecimientos colectivos (44 casos en conjunto) y un brote relacionado con un proveedor de alimentos no comercializados (35 casos), y en un brote no se especificó el ámbito (4 casos). De estos 47 brotes de transmisión alimentaria, se disponía de información sobre el alimento implicado en 25 brotes (53,19%), mencionándose la carne en 9 brotes, el pescado y marisco en 2 brotes, la mayonesa en un brote, alimentos mixtos en 3 brotes y otros alimentos sin especificar en 10 brotes.

Se notificaron 19 brotes (28,36% del total) de transmisión persona a persona, de los que 16 brotes ocurrieron en el hogar y ocasionaron 39 casos, dos brotes ocurrieron en escuelas infantiles dando lugar a 10 casos y un brote de 7 casos tuvo lugar en una institución cerrada. Además, hubo 3 brotes en los que no se identificó el mecanismo de transmisión: uno en un campamento con 6 casos implicados, un brote familiar con 2 casos relacionados y un brote en un restaurante con otros 2 casos.

El porcentaje de cumplimentación de las principales variables de los brotes analizadas en este informe se muestran en la Figura 8.



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

Conclusión

La IA de casos de campilobacteriosis y el número de brotes notificados en España en 2025 fue superior al de los años anteriores y al de los años previos a la pandemia de COVID-19 (ver [informes previos](#)). Se observó un patrón estacional, con mayor número de casos en los meses de verano del año. Para todos los grupos de edad se observaron IA más elevadas en hombres respecto a mujeres, siendo el grupo de edad con las IA más elevadas, para ambos sexos, el de los niños menores de 5 años, tal y como se observa en otros países de nuestro entorno y en informes de años previos. La mayoría de los brotes son de transmisión alimentaria y suelen afectar a un número pequeño de personas.

En 2025 la notificación de información sobre sensibilidad a antimicrobianos empeoró respecto al año anterior ya que una CA no notificó esta información. Todavía hay muchas CCAA que no notifican estos datos, por lo que el número de aislamientos con información a este respecto se mantiene bajo. Pese a ello, la información recopilada permite evidenciar niveles de resistencia a ciprofloxacino y tetraciclina por encima del 85% y 70% respectivamente, tal y como se recoge en otras series y ligeramente superior a la observada el año previo, mientras que la resistencia a eritromicina es inferior al 1% en *C. jejuni* y en torno al 5,5% en *C. coli*.