

Informe epidemiológico sobre la situación de la campilobacteriosis en España. Año 2022.

Resultados de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Informe realizado con los datos disponibles hasta 21 de septiembre de 2023.

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 2022.
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 del año 2022 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.).

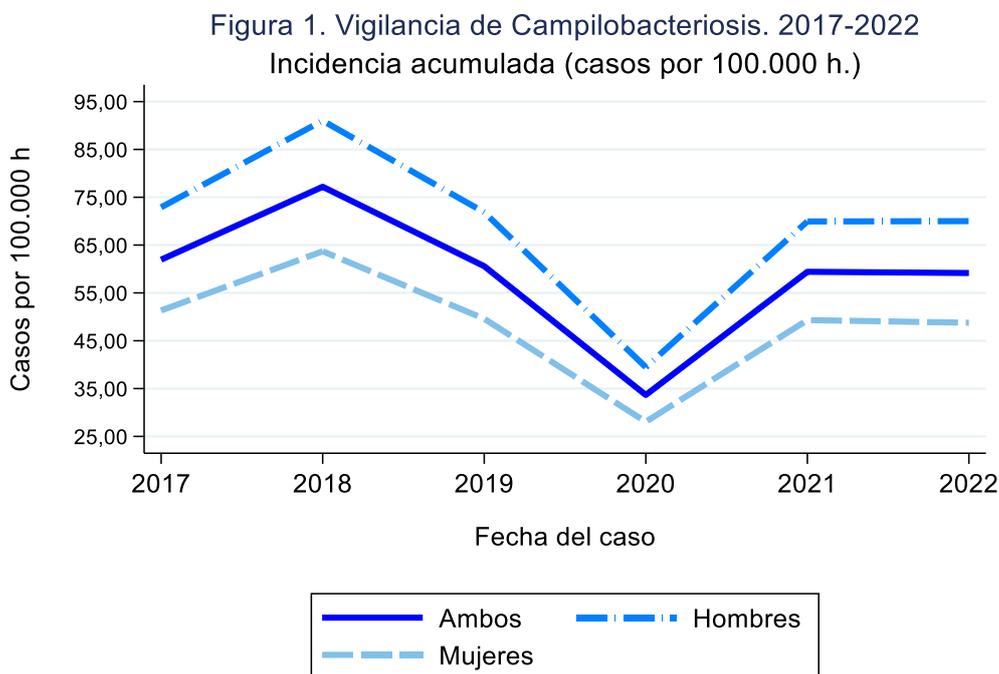
El análisis de distribución geográfica se realizó considerando la Comunidad Autónoma (CA) de declaración del caso.

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 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 el año 2022, las CCAA de Andalucía, Islas Baleares y Galicia no notificaron campilobacteriosis a la RENAVE. Además, Andalucía e Islas Baleares tampoco notificaron en el periodo 2017-2021; País Vasco no notificó en 2020, Cantabria no notificó en 2019, Murcia se incorporó a la vigilancia de esta enfermedad en el año 2020, Galicia notificó datos agregados por año correspondientes a 2019 y 2020 y Asturias notificó los casos de los años anteriores no incluidos en informes epidemiológicos previos.



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

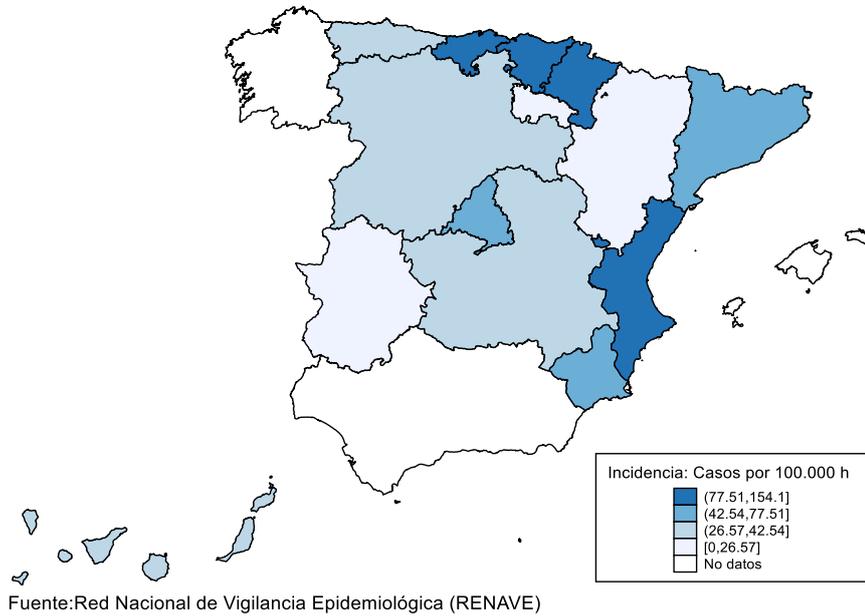
En 2022

catorce CCAA y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla notificaron 20.817 casos de campilobacteriosis (incidencia acumulada de 59,16 casos por 100.000 habitantes), de los que 20 casos fueron importados (Figura 1).

Distribución geográfica

Las IA más elevadas se observaron en Navarra (con 154,1 casos por 100.000 habitantes) seguida da País Vasco (IA de 121,4), Comunidad Valenciana (IA de 90,1) y Cantabria (IA de 89,2). Las incidencias acumuladas más bajas se notificaron en la ciudad autónoma de Melilla (que notificó cero casos), en La Rioja (IA de 17,7) y Aragón (IA de 19,8) (Figura 2).

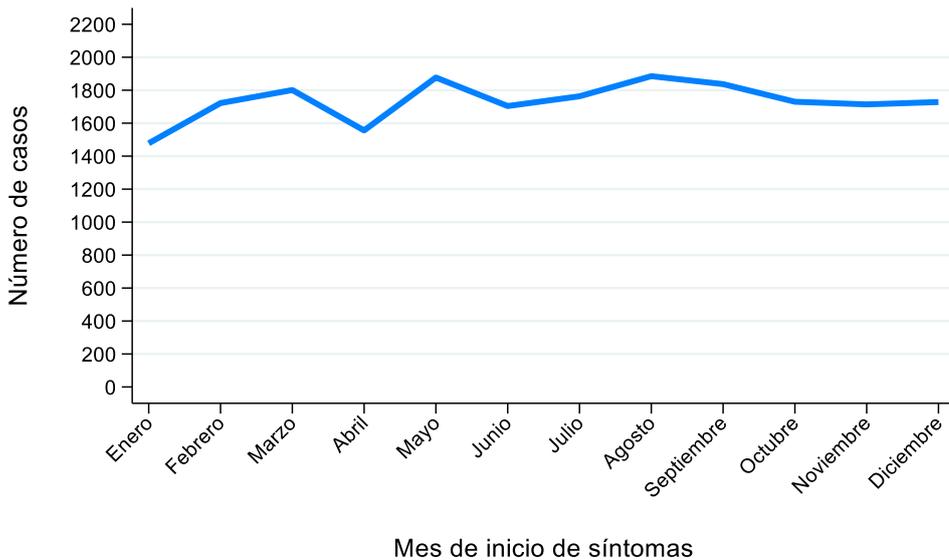
Figura 2. Vigilancia de Campilobacteriosis. España. 2022
Incidencia acumulada por Comunidades Autónomas



Estacionalidad

No se observa estacionalidad aunque los meses con un mayor número de casos de campilobacteriosis fueron mayo y agosto (alcanzando el pico de 1885 casos) mientras que en enero se registraron las cifras más bajas (Figura 4).

Figura 3. Vigilancia de Campilobacteriosis. 2022
Distribución mensual de casos



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

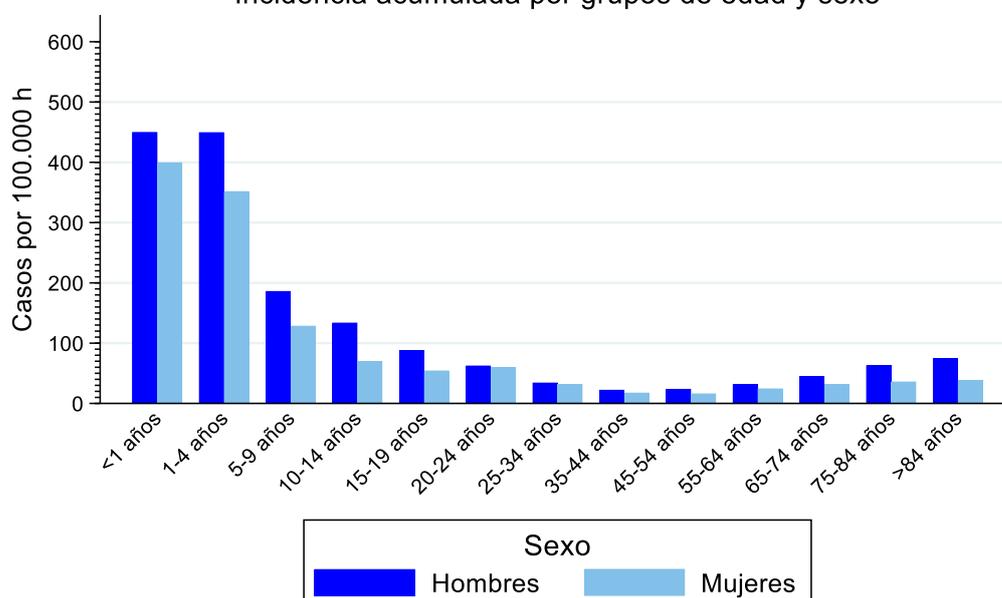
Características de los casos

En 2022 las IA fueron superiores para los hombres respecto a las mujeres (70,01 vs 48,76). La razón de incidencias hombre/mujer fue de 1,43. 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 (Figura 4).

Se notificaron 12 defunciones en 2022, con una edad media y mediana de 78 años (SD=11,23; RIC=18). Se notificó un 7,73% de casos hospitalizados.

Teniendo en cuenta sólo los casos en los que el agente etiológico se ha identificado a nivel de especie, se estima que aproximadamente el 85,5% (IC95% 84,9-86,1%) de los casos fueron causados por *C. jejuni* y el 14,1% (IC95% 13,5%-14,7%) por *C. coli*.

Figura 4. Vigilancia de Campilobacteriosis. 2022
Incidencia acumulada por grupos de edad y sexo



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

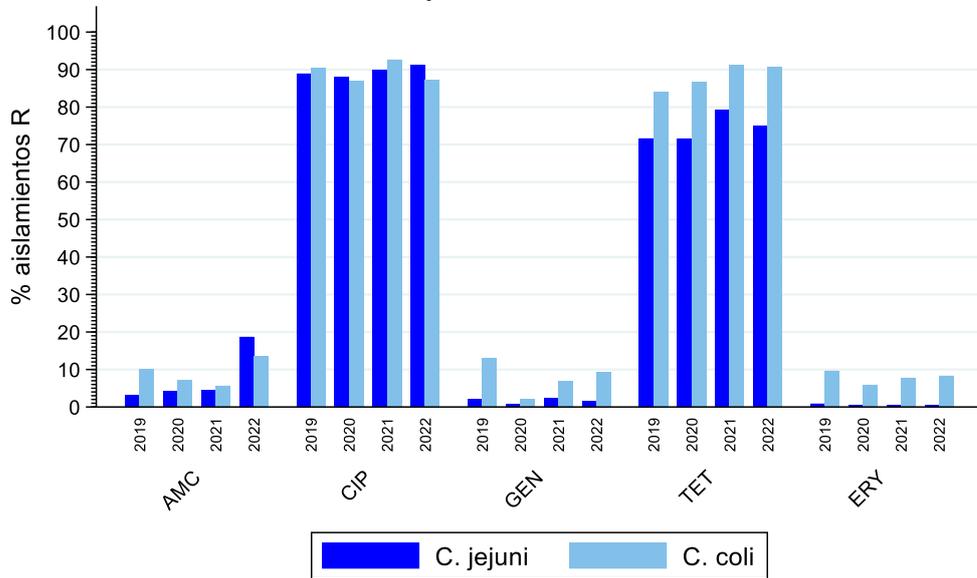
Resistencia a los antimicrobianos

En 2022 notificaron datos sobre sensibilidad a antimicrobianos las CCAA de Canarias, Comunidad Valenciana, Extremadura y Murcia. 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). Se desconoce el criterio (CLSI o EUCAST) aplicado para la interpretación de la CMI en cada caso.

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 excepto en ciprofloxacino (CIP) y amoxicilina/ácido clavulánico (AMC). Para AMC el porcentaje de aislamientos resistentes aumentó considerablemente en 2022 respecto a los años previos y especialmente en *C.jejuni*, alcanzando un valor de 18,7% de aislamientos resistentes (Figura 5). Aun así, tal y como se venía observando durante los años previos, los mayores niveles de resistencia se obtuvieron, para ambas especies, en ciprofloxacino (CIP) y tetraciclina (TET), con valores por encima del 85% y el 75% respectivamente, superando el 90% de resistencia a tetraciclina en *C.coli*. En 2022 se notificó una resistencia a

eritromicina (ERY) de en torno al 8% para *C. coli* y del 0,5% para *C.jejuni*, siendo el antibiótico con mayor porcentaje de aislamientos sensibles para ambas especies.

Figura 5. Vigilancia de Campilobacteriosis. 2019-2022
Porcentaje aislamientos resistentes

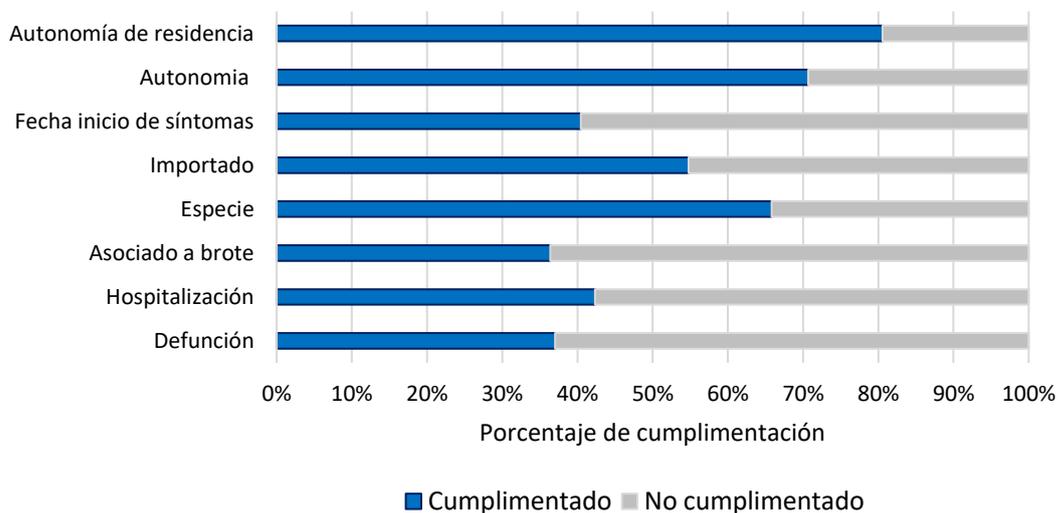


Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

Calidad de los datos de la declaración de casos individualizados

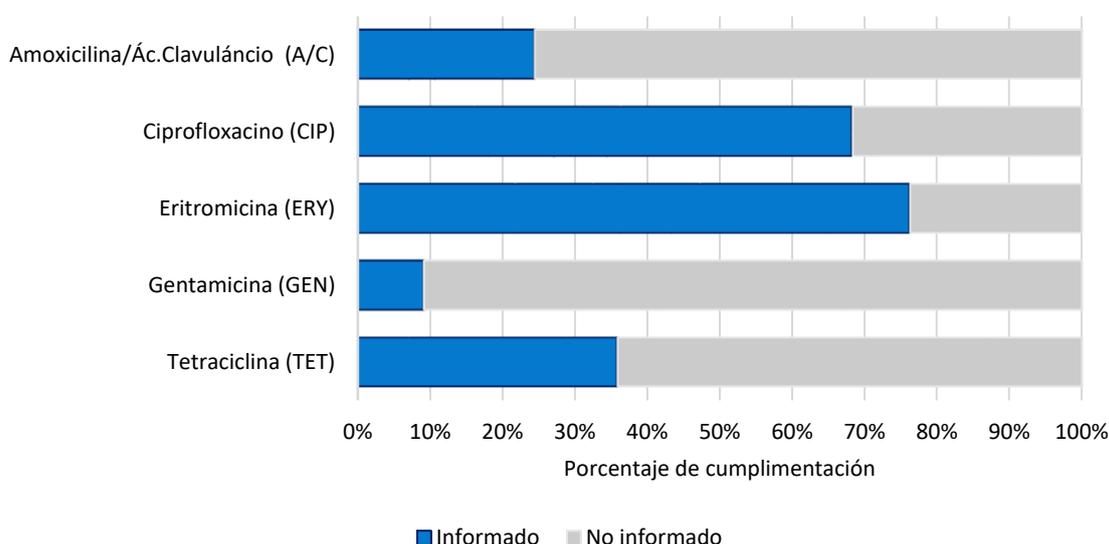
La calidad de la cumplimentación de las variables se muestra en la Figura 6. La edad y el sexo estaban disponibles para más del 98% de los casos. La variable autonomía de residencia del caso estaba cumplimentada en más del 80% de los casos. Se disponía de información sobre si el caso era importado en un 54,8% de los casos y sobre hospitalización y defunción en un 42% y 37% de los casos respectivamente. Se disponía de información sobre la asociación del caso a un brote en el 36% de los casos, sobre la fecha de inicio de síntomas en el 40,5% y sobre la identificación a nivel de especie estaba en el 66% de los casos.

Figura 6. Vigilancia Campilobacteriosis. 2022
Cumplimentación de variables



Entre las CCAA que notificaron datos de sensibilidad a los antibióticos, 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 con los porcentajes de casos con mayor información sobre sensibilidad a antimicrobianos fueron eritromicina, con un valor superior al 73% en Extremadura; y ciprofloxacino, que alcanzó porcentajes superiores al 55% en la Región de Murcia y en Comunidad Valenciana. Sin embargo, para otros antibióticos, los porcentajes de casos con información sobre sensibilidad a antibióticos no alcanzaron el 50% en ninguna CA, como ocurre con tetraciclina; ni el 35%, como en amoxicilina/ácido clavulánico; o fueron de en torno al 10%, como ocurre con gentamicina. Los porcentajes globales de información de las variables relativas a la susceptibilidad (R/I/S) a los antibióticos para los que se acordó su vigilancia se muestran en la Figura 7.

Figura 7. Vigilancia Campilobacteriosis. 2022
Información S/I/R a antibióticos



Brotos

En 2022 nueve CCAA notificaron un total de 38 brotes que causaron 282 casos, de los que 7 requirieron hospitalización. La Comunidad Valenciana notificó 8 brotes, Castilla La Mancha y Madrid notificaron 7 brotes cada una, Andalucía y Murcia notificaron 5 brotes cada una, Castilla y León notificó 3 brotes, y Aragón, Canarias y Navarra notificaron 1 brote cada una. Hubo 19 brotes con 2 casos, 16 brotes afectaron a entre 3 y 9 personas, hubo un brote con 17 escolares afectados y asociado a transmisión alimentaria, otro brote con 50 afectados en una residencia de mayores, y un gran brote de 107 afectados vinculado a transmisión hídrica. El ámbito en el que ocurrieron la mayoría de los brotes fue el hogar, con 20 brotes; seguido de los restaurantes y bares, con 8 brotes, a los que se suman un brote asociado a comida a domicilio y otro en un picnic entre amigos; además del brote en una escuela, el brote en la residencia de mayores, otro brote en otro centro no especificado, dos brotes en áreas geográficas concretas (el brote de transmisión hídrica y un brote de transmisión alimentaria asociado al consumo de carne) y; 3 brotes para los que no se especificó el ámbito. El principal mecanismo de transmisión fue el alimentario (25 brotes), siendo la carne de pollo el alimento más frecuentemente asociado al brote. Además, hubo cinco brotes por transmisión persona a persona, todos ellos ocurridos entre familiares convivientes; el brote de transmisión hídrica ya mencionado y, para el resto, no se pudo especificar el mecanismo de transmisión concreto.

Conclusión

El número de casos notificados en España en 2022 fue similar al del año anterior, manteniendo cifras similares a las de 2019. 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, 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. Más de la mitad de los brotes notificados ocurrieron en el ámbito familiar, seguido de establecimientos de restauración colectiva (restaurantes, campings, residencias de mayores, escuelas), que ocasionaron brotes con un mayor número de afectados, además de un gran brote de transmisión hídrica, que no suele ser habitual para la campilobacteriosis.

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 mantiene en niveles por encima del 85%, tal y como se recoge en otras series, mientras que la resistencia a eritromicina es muy baja (<0,5%) en *C. jejuni* aunque ha aumentado en *C. coli* respecto al año anterior, superando el 8% de aislamientos resistentes. Cabe destacar el incremento de la resistencia a amoxicilina/ácido clavulánico para ambas especies y especialmente para *C.jejuni*.