

Informe epidemiológico sobre la situación de la criptosporidiosis en España. Año 2023.

Resultados de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Informe actualizado el 16 de septiembre de 2024 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 criptosporidiosis en España. Año 2023. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III.

Introducción

La criptosporidiosis es una enfermedad gastrointestinal de distribución mundial causada por un protozoo del género *Cryptosporidium*. Los genotipos que causan la mayoría de las infecciones en humanos son el "genotipo humano", conocido como *C. hominis*, para el que el principal reservorio son los humanos y su transmisión suele producirse a través de aguas residuales o directamente por contacto con la persona enferma; y el "genotipo bovino", para el que se mantiene la denominación de especie *C. parvum*, cuyos ooquistes suelen encontrarse en el intestino del ganado bovino.

El cuadro clínico se caracteriza por una diarrea acuosa que puede acompañarse de calambres abdominales, pérdida de apetito, febrícula, náuseas, vómitos y pérdida de peso, aunque la infección asintomática es muy habitual.

El mecanismo de transmisión es fecal-oral, incluyendo la transmisión de persona a persona, de un animal a una persona y la transmisión de origen hídrico y alimentario. Es importante señalar que los ooquistes resisten a la cloración y se han asociado a brotes comunitarios causados por contaminación de agua de consumo.

Los casos de criptosporidiosis son de declaración obligatoria en España.

Métodos

Se analizaron los casos de criptosporidiosis del año 2023 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 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 consideran casos importados aquellos en los que la adquisición de la enfermedad ocurrió en un país distinto de España. 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.

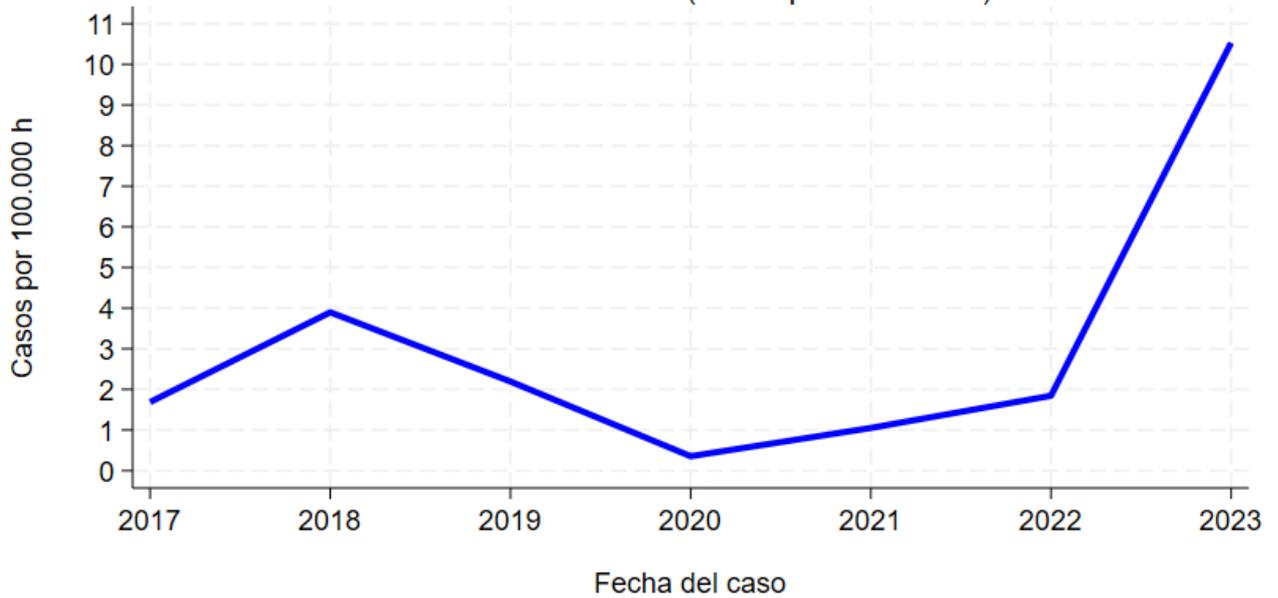
Situación epidemiológica

Distribución temporal

En el año 2023, las CCAA de Baleares y Galicia no notificaron criptosporidiosis a la RENAVE. Además, Baleares tampoco notificó en el periodo 2017-2022; País Vasco no notificó en 2020, Región de Murcia se incorporó a la vigilancia nacional de esta enfermedad en el año 2020 y Galicia notificó datos agregados por año correspondientes al periodo 2017 - 2020.

En 2023, quince CCAA y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla notificaron 4.717 casos en residentes en España, de los que 14 casos fueron importados; lo que se traduce en una incidencia acumulada de 10,53 casos por 100.000 habitantes) (Figura 1). Los casos importados procedían del continente africano (9 casos), Asia (3 casos), América Central (1 caso) y en un caso no se especificó el país en el que se adquirió la infección.

Figura 1. Vigilancia de Criptosporidiosis. 2017-2023
Incidencia acumulada (Casos por 100.000 h.)

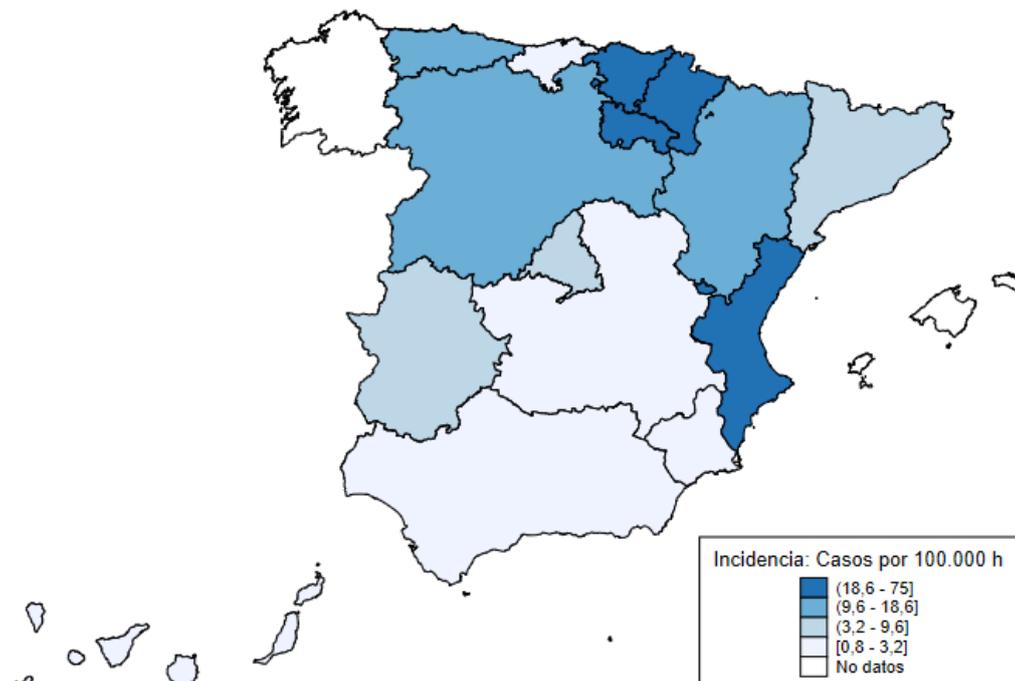


Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

Distribución geográfica

Las IA más elevadas se observaron en Navarra (con 74,91 casos por 100.000 habitantes) seguida de La Rioja (IA de 74,33), País Vasco (IA de 38,47) y Comunidad Valenciana (IA de 21,54). Las incidencias acumuladas más bajas se notificaron en Castilla La Mancha (IA de 0,81), Cantabria (IA de 1,02), Región de Murcia (IA 1,72) y Andalucía (IA de 2,88) (Figura 2).

Figura 2. Vigilancia de Criptosporidiosis. España. 2023
Incidencia acumulada por Comunidades Autónomas

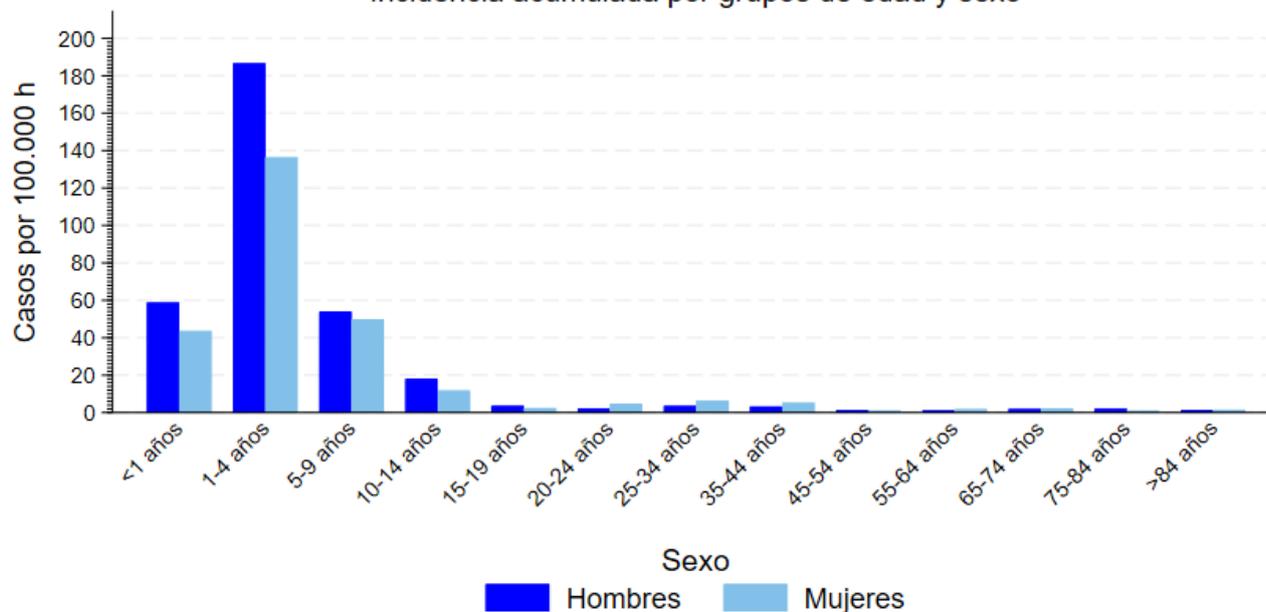


Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

Características de los casos

Las IA más elevadas se identificaron en menores de 5 años, observándose un descenso de la IA conforme avanza la edad, especialmente a partir de los 10 años (Figura 3). De forma global, la incidencia acumulada fue ligeramente superior en hombres respecto a mujeres (11,81 vs 9,53), siendo la razón hombre/mujer de 1,24.

Figura 3. Vigilancia de Criptosporidiosis. 2023
Incidencia acumulada por grupos de edad y sexo



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

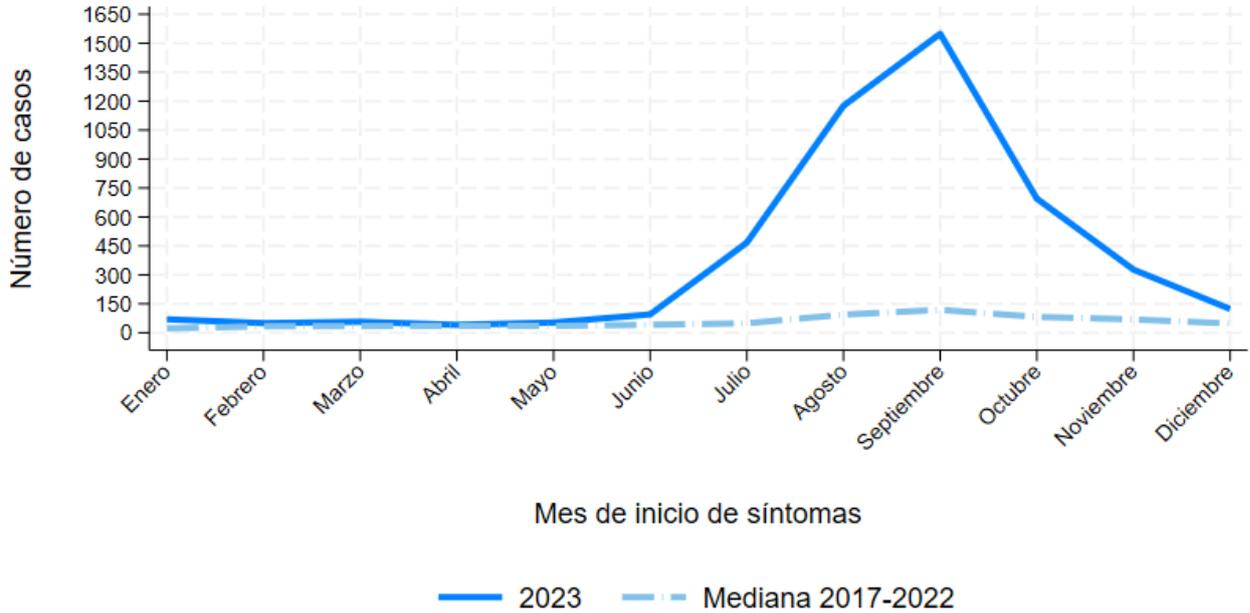
Se notificaron 172 (3,65%) casos hospitalizados ocurridos en personas con una mediana de edad de 10 años (RIC 40, rango 0-93 años), de los que el 53,49% fueron hombres. En 2023 se notificó una defunción en un hombre de 54 años.

Estacionalidad

En 2023 el patrón estacional fue más marcado que el observado en años previos, alcanzando un pico de incidencia al finalizar el verano, con 1.176 en casos notificados en agosto y 1.549 casos notificados en septiembre (Figura 4). Entre los meses de julio y septiembre se concentraron el 67,87% de los casos notificados durante 2023. Previamente, hasta junio, se notificaron el 7,78% de los casos del año y posteriormente, durante los meses de otoño (de octubre a diciembre), se notificaron el 24,35% de los casos del año.

Este incremento inusual de casos propició la elaboración de una [evaluación rápida del riesgo de criptosporidiosis en España en 2023](#), publicada el 16 de noviembre de 2023.

Figura 4. Vigilancia de Criptosporidiosis. 2023
Distribución mensual de casos

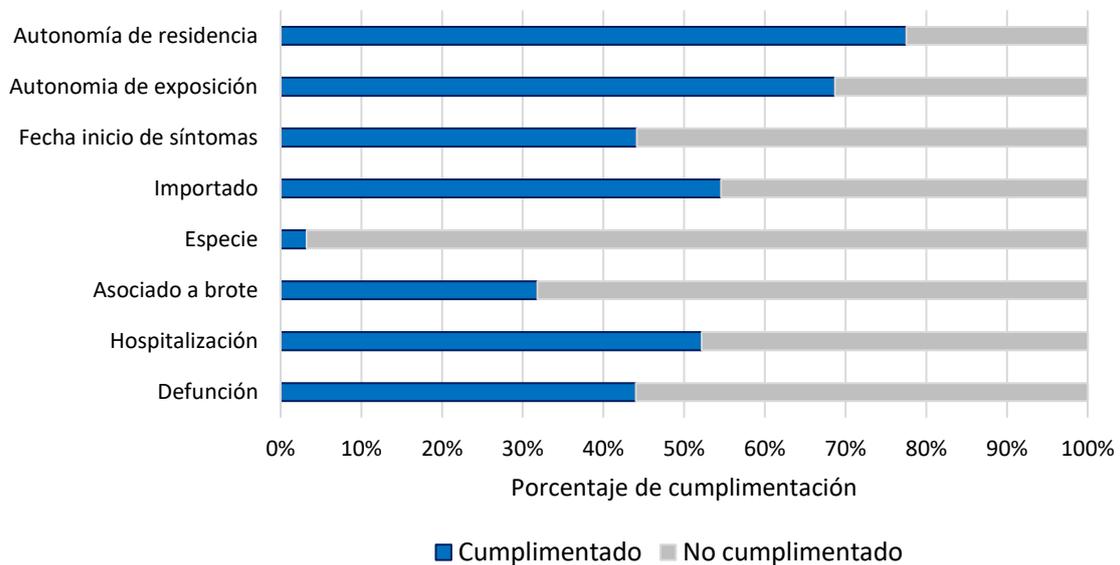


Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

Calidad de los datos de la declaración de casos individualizados

La edad y el sexo estaban disponibles en el 100% de los casos. La variable autonomía de residencia del caso estaba cumplimentada en el 78% de los casos y la autonomía de exposición del caso en el 69%. Se disponía de información sobre si el caso era importado en un 55% de los casos y sobre la fecha de inicio de síntomas, la hospitalización y defunción en un 44%, 52% y 44% de los casos respectivamente. La información sobre si el caso estaba asociado a brote estaba disponible en el 32% de los casos. La información sobre la especie causante de la infección estaba disponible en menos del 4% de los casos (Figura 5).

Figura 5. Vigilancia Criptosporidiosis. 2023
Cumplimentación de variables



Brotos

En 2023 todas las CCAA excepto Cantabria notificaron a la RENAVE los brotes de enfermedades transmitidas por alimentos y agua, grupo en el que se incluye la criptosporidiosis. Este año, catorce CCAA notificaron un total de 86 brotes de criptosporidiosis: Comunidad Valenciana 53 brotes; Andalucía y Baleares 10 brotes cada una; Islas Canarias 4 brotes; Castilla y León 3 brotes; Aragón 2 brotes; y Asturias, Extremadura, Murcia y Melilla un brote cada una. El número de casos por brote varió entre 2 y 539 casos (mediana de 3 casos por brote), que acumularon un total de 1.480 casos, de los que 8 casos (0,54% de los casos involucrados en brotes) requirieron hospitalización y no hubo fallecidos.

En casi la mitad de los brotes (41 brotes) hubo 2 casos afectados, que junto a otros 34 brotes con entre 3 y 8 afectados, y otros siete brotes con entre 10 y 15 casos, constituyeron el 95,35% del total de brotes notificados. De estos 82 brotes con hasta 15 casos por brote, los mecanismos de transmisión más frecuentemente notificados fueron el agua (26 brotes), habitualmente relacionado con piscinas y entre los que se encuentran los brotes con más casos afectados; y la transmisión directa (25 brotes), más frecuente entre los brotes ocurridos en el ámbito del hogar privado y con pocos casos involucrados. Otros ámbitos destacables, con 10 o más brotes notificados, fueron las guarderías y escuelas en conjunto, en los que suelen influir varios mecanismos de transmisión, predominando la transmisión directa y a través del agua de piscinas hinchables; y los hoteles, en los que no se identificó el mecanismo de transmisión en ningún brote, siendo la contaminación puntual de las piscinas la opción más probable, aunque no se pudieron descartar otras vías como la transmisión persona a persona o por ingestión de alimentos contaminados. Además, se declararon tres brotes con casos distribuidos en una zona geográfica determinada en la que pudieron influir varios mecanismos de transmisión distintos; y dos brotes en los que no se notificaron el ámbito ni el mecanismo de transmisión más probables.

Los cuatro brotes restantes contaron con más de 50 casos cada uno y se vincularon a transmisión hídrica: un brote en la Comunidad Valenciana con 53 casos vinculado al uso con fines recreativos de una fuente de agua no potable; un brote de 119 casos en Extremadura vinculado a la ingestión accidental de agua de una piscina pública; un brote de 443 casos en Castilla y León vinculado a la contaminación del agua de consumo, almacenada en un tanque, de una institución cerrada; y un brote con 539 casos en Aragón vinculado a la contaminación del agua de consumo de la red pública de suministro de varios municipios.

De los 86 brotes totales, el 94,19% (81 brotes) ocurrieron entre el 1 de junio y el 31 de octubre, siendo el mes de agosto el que concentró la mayoría de los brotes (30 brotes).

Conclusión

En el año 2023 se observó un notable aumento en la IA de criptosporidiosis en España con respecto a años previos. El grupo de edad más afectado continuó siendo el de menores de 5 años. Se identificó una marcada estacionalidad, concentrando la mayoría de los casos en los meses de verano seguidos de los meses otoño. Este gran incremento de casos también se observó en la notificación de brotes, con un marcado incremento respecto a los años previos, destacando 4 brotes con entre 53 y 539 casos por brote y vinculados a la transmisión hídrica a partir de agua de consumo o recreativa contaminada. Es necesario recordar que, del total de casos asociados a brote, únicamente aquellos que se confirmaron por laboratorio se tenían que notificar como casos individualizados.

Es probable que las diferencias geográficas observadas para esta enfermedad estén condicionadas, al menos en parte, por diferencias tanto en el diagnóstico como en la notificación de casos.