

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

Resultados de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Informe realizado con los datos disponibles hasta el 30 de septiembre 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 criptosporidiosis en España. Año 2025. 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 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 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 (CA) de residencia del caso o, en su defecto, la CA del declarante del caso. Se excluyen del 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 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 la evaluación de la estacionalidad se excluyeron los casos importados.

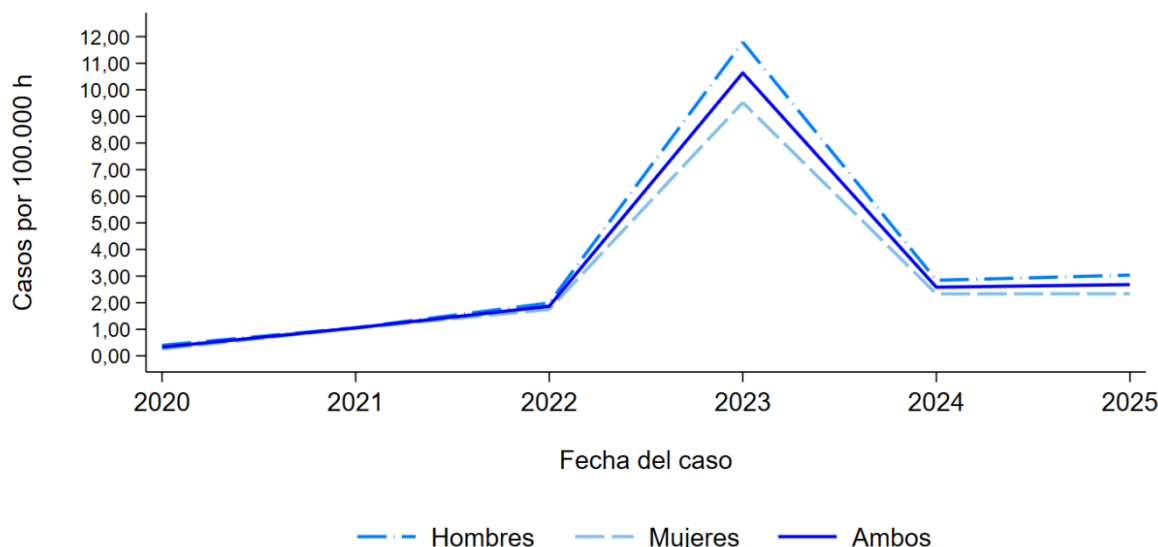
Situación epidemiológica

Distribución temporal

En el año 2025, Galicia no notificó criptosporidiosis a la RENAVE. Además, Baleares no notificó en el periodo 2020-2024 y Galicia notificó datos agregados por año correspondientes a 2020, no habiendo notificado entre 2021 y 2024; País Vasco no notificó en 2020, y la Región de Murcia se incorporó a la vigilancia nacional de esta enfermedad en el año 2020.

En 2025, dieciséis CCAA y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla notificaron 1.265 casos en residentes en España, de los que 21 casos fueron importados; lo que se traduce en una incidencia acumulada de 2,68 casos por cada 100.000 habitantes (Figura 1), muy similar a la del año anterior y notablemente inferior al a de 2023, año en el que hubo varios brotes importantes y un aumento generalizado en todo el país, a excepción de Canarias, durante el verano y el inicio del otoño.

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



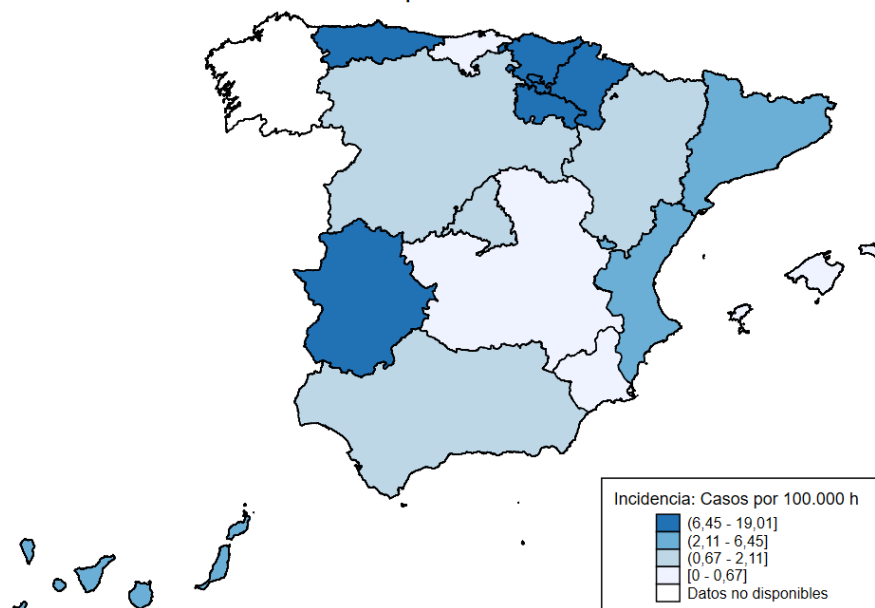
Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

Los 21 casos importados procedían de África (7 casos), América Central y del Sur (4 y 2 casos respectivamente), Asia (1 caso) y Europa (2 caso), quedando otros 5 casos sin identificar el país de importación.

Distribución geográfica

Las IA más elevadas se observaron en Navarra (con 19,01 casos por 100.000 habitantes) seguida de La Rioja (IA de 14,38), Asturias (IA de 8,77), País Vasco (IA de 7,80) y Extremadura (IA de 6,46). Las incidencias acumuladas más bajas se notificaron en Ceuta, que notificó 0 casos, y en Castilla La Mancha (IA de 0,24), Baleares (IA 0,24), la Región de Murcia (IA 0,25) y Cantabria (IA de 0,67) (Figura 2).

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



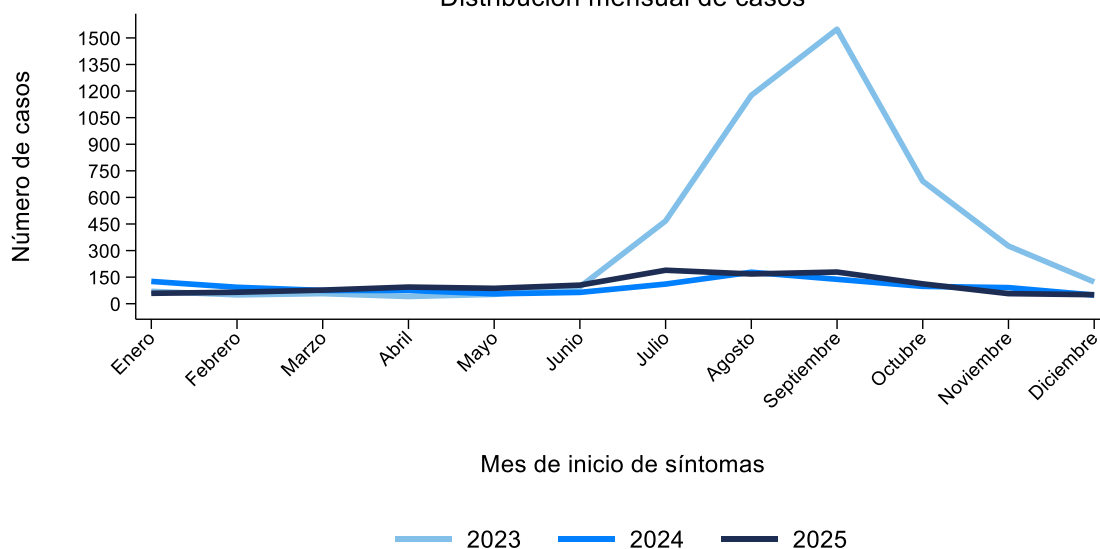
Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

Los mayores cambios se observaron en Asturias, donde la incidencia se incrementó un 127% (de 3,86 casos por cada 100.000 habitantes en 2024 a 8,77 en 2025) y C. Valenciana, con un incremento del 79% (pasando de una IA de 1,82 casos por cada 100.000 habitantes en 2024 a una IA de 3,26 en 2025). Sin embargo, en otras CCAA la IA disminuyó considerablemente, como en Cantabria, con una disminución del 56% (IA del 1,52 en 2024 a 0,62 en 2025) y en Canarias, con una reducción del 38% (IA de 5,54 en 2024 a 3,45 en 2025). En el resto de CCAA las IA se mantuvieron en un rango similar al del año anterior.

Estacionalidad

En 2025 el patrón estacional fue similar al observado habitualmente, alcanzando un pico de incidencia en verano, con 189 en casos notificados en julio y 179 casos notificados en septiembre (Figura 3). El mes con menos casos notificados fue diciembre, con 51 casos.

Figura 3. Vigilancia de Criptosporidiosis. España, 2023-2025
Distribución mensual de casos



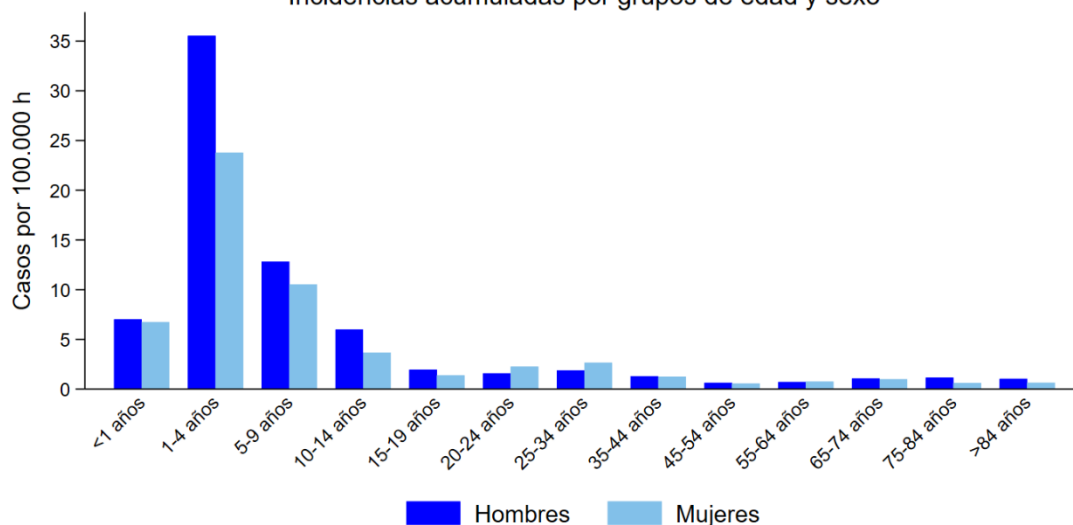
Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

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 4). De forma global, la incidencia acumulada fue ligeramente superior en hombres respecto a mujeres (3,04 vs 2,34), siendo la razón hombre/mujer de 1,30.

Se notificaron 68 (5,47%) casos hospitalizados, cifra inferior a la del año previo, donde se notificaron 101 casos hospitalizados. También se observó una reducción en la edad de hospitalización, con una mediana de edad de 15 años (RIC 55, rango 0-90 años) en 2025 respecto a la mediana de 31 años (RIC 48, rango 0-93 años) en 2024. En la distribución por sexo se observó un incremento en el porcentaje de hombres, que alcanzó el 66,18% (45 hospitalizaciones), respecto al 51,49% de 2024. En 2025 no se notificaron defunciones por criptosporidiosis. Además, entre los casos importados hubo cuatro hospitalizaciones con edades entre 5 y 51 años.

Figura 4. Vigilancia de Criptosporidiosis. España, 2025
Incidencias acumuladas por grupos de edad y sexo

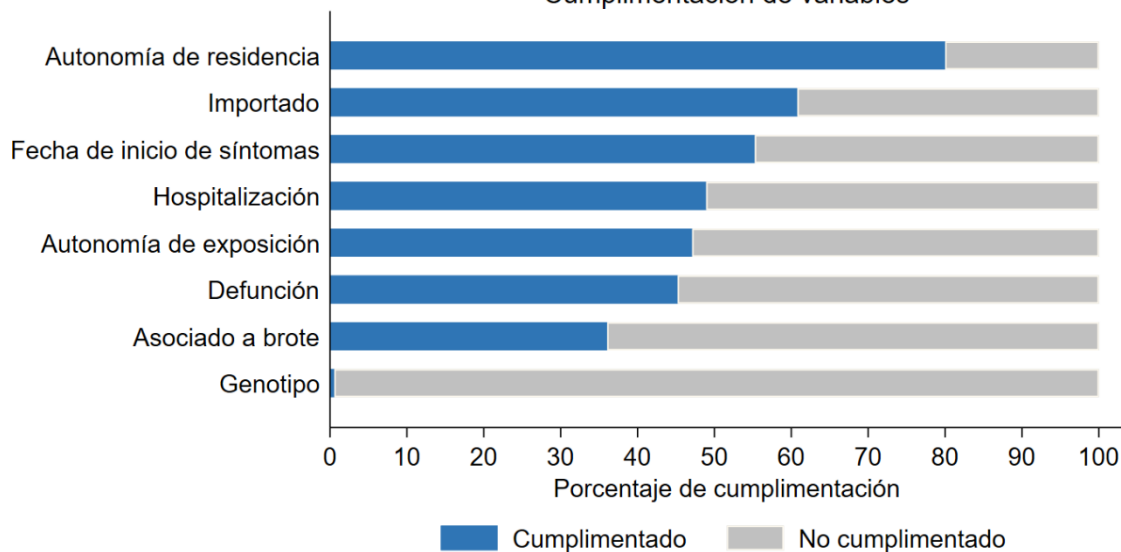


Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

Calidad de los datos de la declaración de casos individualizados

La edad y el sexo estaban disponibles en todos los casos. La variable autonomía de residencia del caso estaba cumplimentada en el 80% de los casos y la autonomía de exposición del caso en el 47%. Se disponía de información sobre si el caso era importado en un 61% de los casos y sobre la fecha de inicio de síntomas, la hospitalización y defunción en un 55%, 49% y 45% de los casos respectivamente. La información sobre si el caso estaba asociado a brote estaba disponible en el 36% de los casos. La información sobre la especie causante de la infección estaba disponible en menos del 1% de los casos (Figura 5). Estos datos son, en general, similares a los del año anterior, a excepción de las variables relativas a la hospitalización y defunción de los casos, que han empeorado en más de 10 puntos. Asimismo, la información sobre el genotipo sigue siendo muy escasa.

Figura 5. Vigilancia de Criptosporidiosis. 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 declararon 12 brotes de criptosporidiosis: 5 brotes en Andalucía, 2 brotes en C. Valenciana, 2 brotes en Navarra, 2 brotes en C. Madrid y un brote en Galicia que, en conjunto, acumularon un total de 93 casos. Se notificó un brote de ámbito nosocomial, 3 brotes de transmisión hídrica en piscinas; 2 brotes de transmisión directa persona a persona, uno de ellos entre no convivientes y el otro en una escuela infantil. En los otros 6 brotes no se especificó el mecanismo de transmisión, aunque tres ocurrieron en el hogar y dos en una escuela infantil; quedando un brote para el que tampoco se notificó el ámbito. La mediana del número de casos por brote fue 2 casos, con un rango entre 2 y 58 casos. De entre los 11 brotes no relacionados con la asistencia sanitaria, un caso requirió hospitalización. No se declararon defunciones en ningún brote.

Conclusión

En el año 2025 se observó un ligero incremento IA de criptosporidiosis en España con respecto al año anterior, manteniéndose en un nivel muy inferior al observado en 2023, cuando se produjo un marcado incremento de casos y brotes entre julio y octubre, mayoritariamente vinculados a transmisión por agua de consumo y recreativa. En 2025 la situación epidemiológica se parece a la del resto de años del periodo 2020-2025: el grupo de edad más afectado continuó siendo el de menores de 5 años y se identificó cierta estacionalidad, concentrando la mayoría de los casos en los meses de verano. 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.