



# **Informe epidemiológico sobre la situación de la criptosporidiosis en España. Año 2021.**

***Resultados de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica***

**Informe actualizado el 14 de septiembre de 2023 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 2021. 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 2021 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.

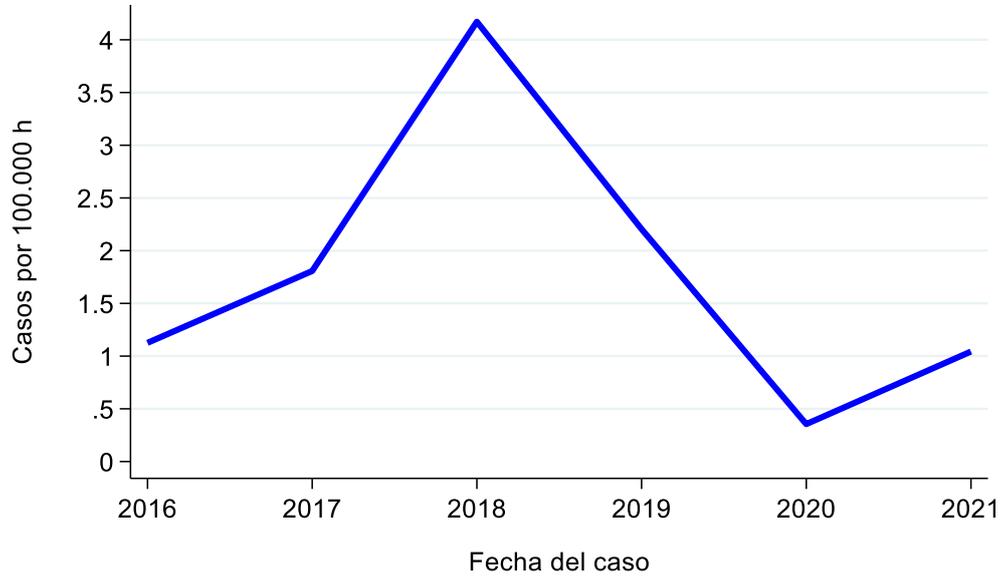
## Situación epidemiológica

### Distribución temporal

En el año 2021, las CCAA de Islas Baleares y Galicia no notificaron criptosporidiosis a la RENAVE. Además, Islas Baleares tampoco notificó en el periodo 2016-2020; País Vasco no notificó en 2020, Murcia se incorporó a la vigilancia de esta enfermedad en el año 2020, Galicia notificó datos agregados por año correspondientes a 2019 y 2020, Cantabria ha notificado cero casos en todo el periodo y Asturias notificó los casos de los años anteriores no incluidos en informes epidemiológicos previos.

En este año, quince CCAA y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla notificaron 453 casos (incidencia acumulada de 1,04 casos por 100.000 habitantes), de los que ninguno fue importado (Figura 1).

Figura 1. Vigilancia de Criptosporidiosis. 2016-2021  
Incidencia acumulada (Casos por 100.000 h.)

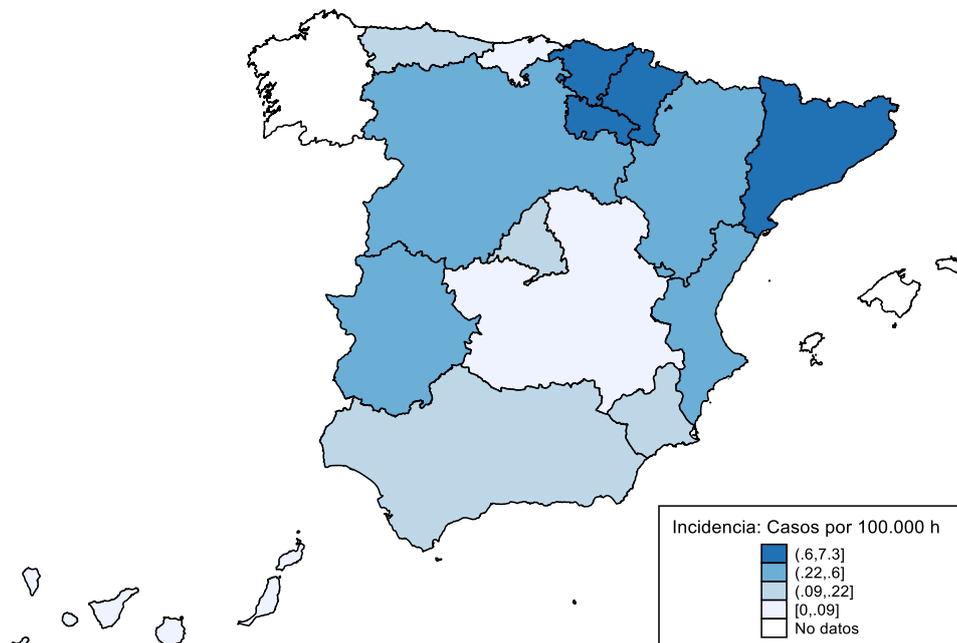


Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

### Distribución geográfica

Las IA más elevadas se observaron en La Rioja (con 7,28 casos por 100.000 habitantes) seguida da País Vasco (IA de 4,18), Navarra (IA de 4,11) y Cataluña (IA de 3,07). Las incidencias acumuladas más bajas se notificaron en Cantabria y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla (que notificaron cero casos) y en Castilla La Mancha (IA de 0,05, con un caso notificado) (Figura 2).

Figura 2. Vigilancia de Criptosporidiosis. España. 2021  
Incidencia acumulada por Comunidades Autónomas



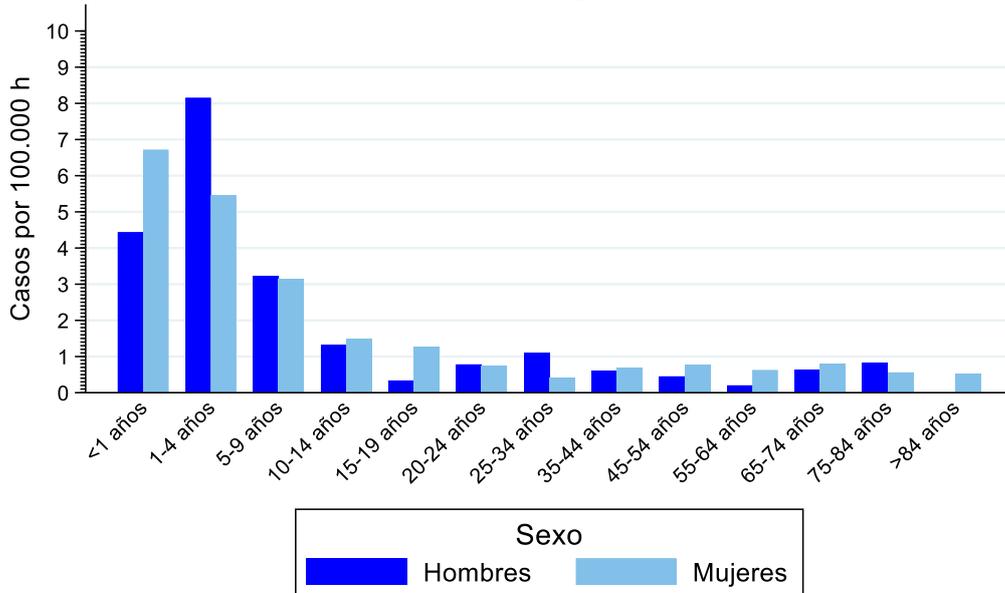
Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

### Características de los casos

La incidencia acumulada fue similar en hombres y mujeres (1,05 vs 1,03), siendo la razón hombre/mujer de 1,02. Tanto para hombres como para mujeres, las IA más elevadas correspondieron a los menores de 5 años, observándose un descenso de la IA conforme avanza la edad, especialmente a partir de los 10 años (Figura 3).

Se notificaron un 4% de casos hospitalizados y ninguna defunción.

Figura 3. Vigilancia de Criptosporidiosis. 2021  
Incidencia acumulada por grupos de edad y sexo

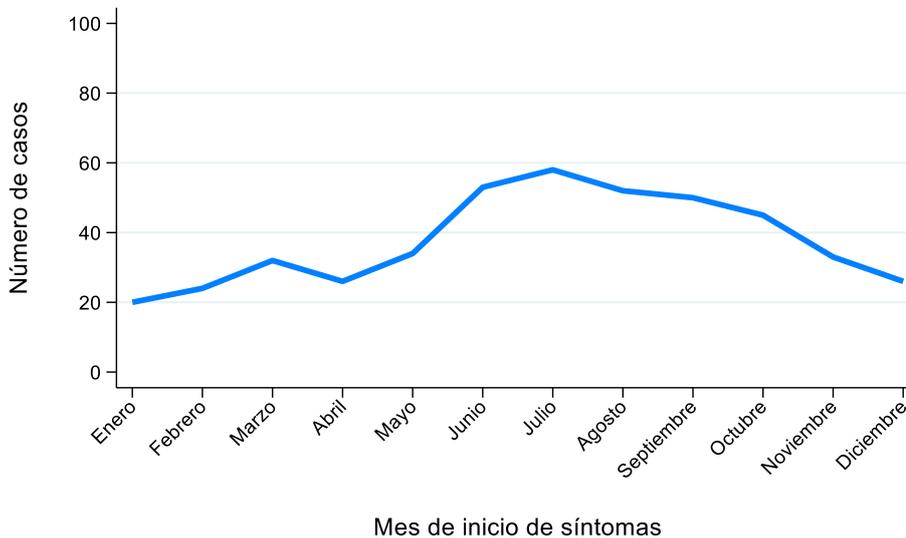


Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

### Estacionalidad

En 2021 se observó un patrón estacional, aunque menos marcado que en años previos y algo más adelantado, siendo los meses de mayor incidencia los más cálidos, de junio a septiembre, con un pico en julio (58 casos) (Figura 4).

Figura 4. Vigilancia de Criptosporidiosis. 2021  
Distribución mensual de casos

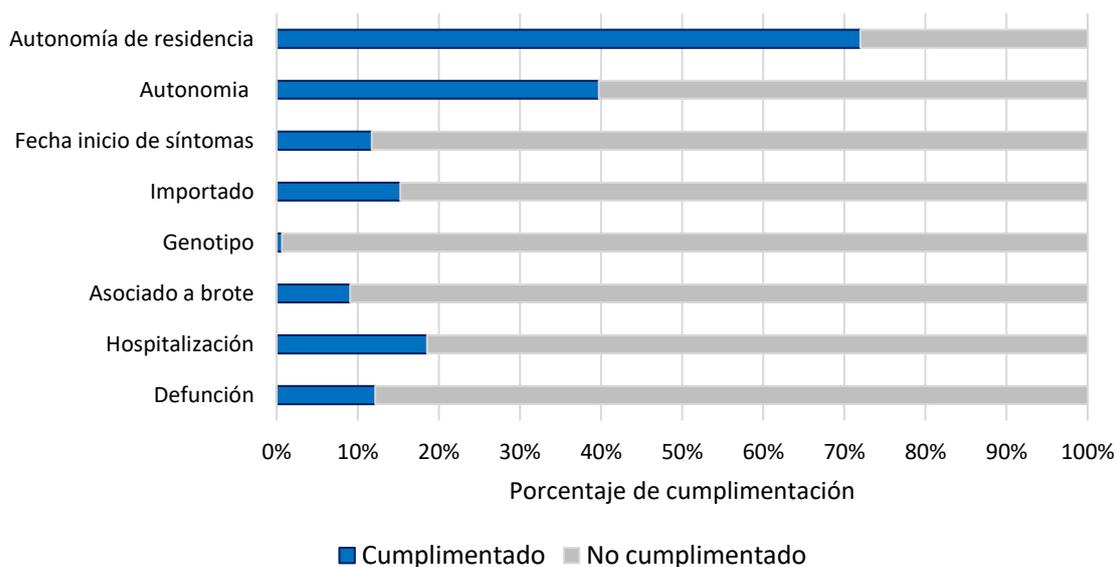


Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

## Calidad de los datos de la declaración de casos individualizados

La calidad de la cumplimentación de las variables se muestra en la Figura 5. La edad y el sexo estaban disponibles para más del 99% de los casos. La variable autonomía de residencia del caso estaba cumplimentada en más del 70% de los casos. Se disponía de información sobre si el caso era importado en un 15% de los casos y sobre hospitalización y defunción en un 18,5 %y 12% de los casos respectivamente. La información sobre la asociación del caso a un brote y la fecha de inicio de síntomas estaba disponible en torno al 10% de los casos. El genotipo causante de la infección estaba disponible en menos del 1% de los casos.

Figura 5. Vigilancia Criptosporidiasis. 2021  
Cumplimentación de variables



## Brotos

En 2021 las CCAA de Andalucía, Castilla y León y Comunidad Valenciana comunicaron un brote de criptosporidiosis cada una, con un número de afectados de entre 2 y 3 casos por brote, de los que ninguno requirió hospitalización. Uno de los brotes se vinculó a la contaminación del agua de una piscina, otro brote a transmisión por alimentos en el ámbito del hogar, y del tercero se desconocía el mecanismo de transmisión.

## Conclusión

En el año 2021 se observó un ligero aumento en la IA de criptosporidiosis en España con respecto al año previo, aunque ésta sigue siendo inferior a las cifras previas a la pandemia de COVID-19. El grupo de edad más afectado es el de menores de 5 años. La mayoría de los casos se concentran en verano, siguiendo el patrón estacional habitual. En cuanto a los brotes de criptosporidiosis, también se notificaron cifras inferiores a las de los años previos a la pandemia de COVID-19, aunque con las características de transmisión típicas de la enfermedad.

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