

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

Resultados de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Informe actualizado el 19 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 2022. 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 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.

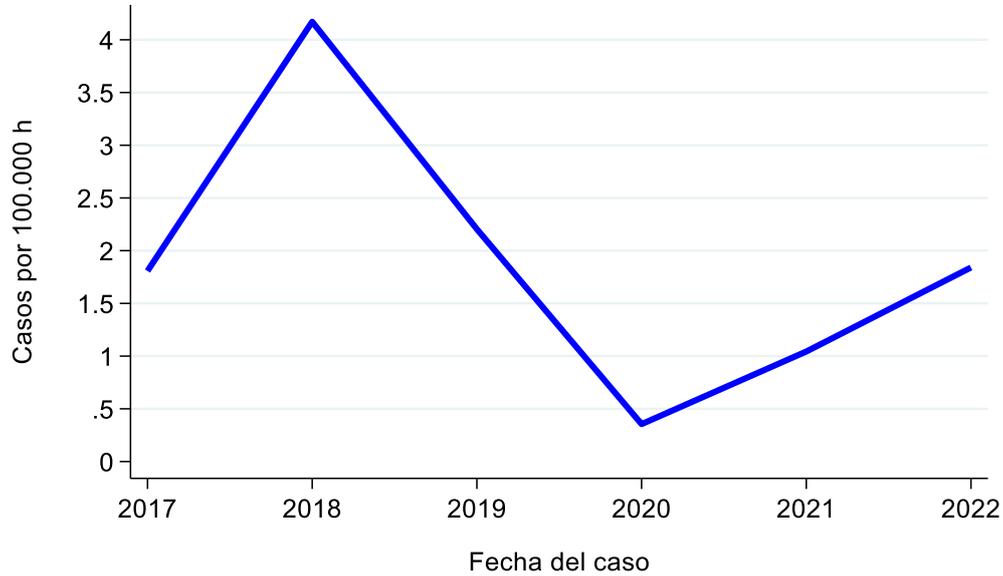
Situación epidemiológica

Distribución temporal

En el año 2022, las CCAA de Islas Baleares y Galicia no notificaron criptosporidiosis a la RENAVE. Además, Islas Baleares tampoco notificó en el periodo 2017-2021; 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 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 805 casos (incidencia acumulada de 1,84 casos por 100.000 habitantes), de los que un caso fue importado de Marruecos (Figura 1).

Figura 1. Vigilancia de Criptosporidiosis. 2017-2022
Incidencia acumulada (Casos por 100.000 h.)

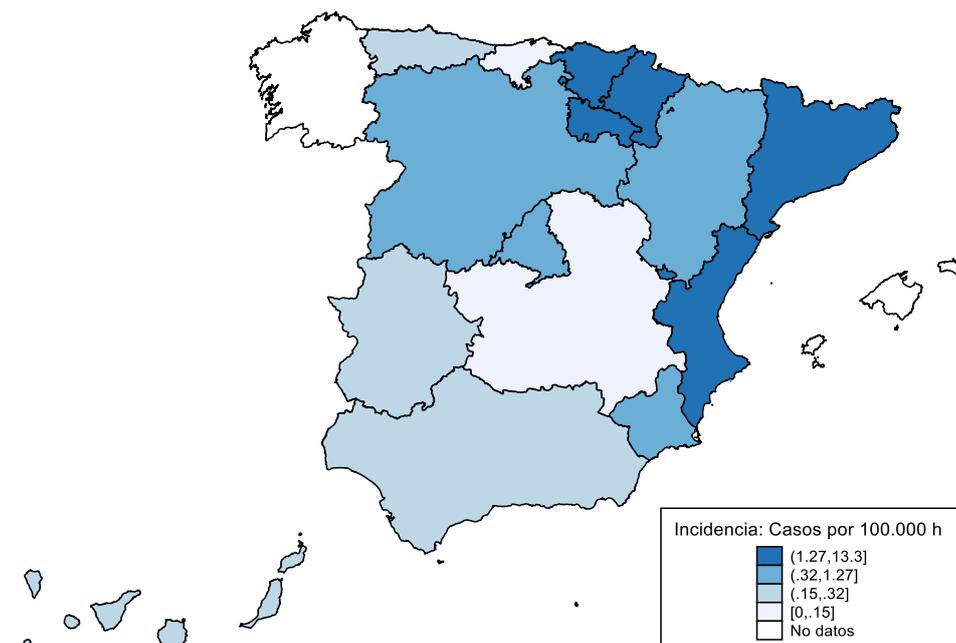


Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

Distribución geográfica

Las IA más elevadas se observaron en País Vasco (con 13,29 casos por 100.000 habitantes) seguida da Navarra (IA de 11,79), La Rioja (IA de 6,31) y Cataluña (IA de 3,36). 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. 2022
Incidencia acumulada por Comunidades Autónomas



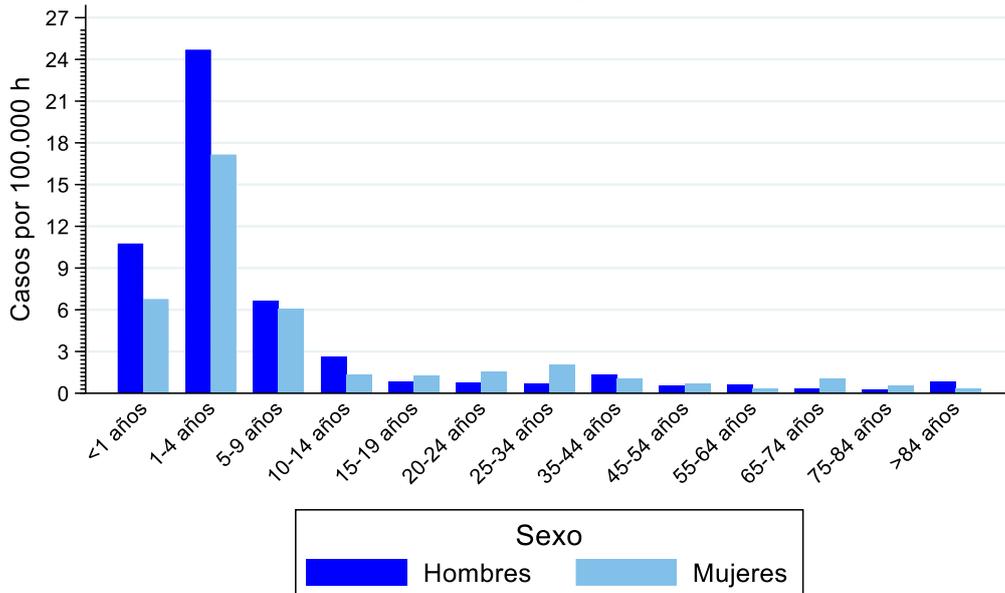
Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

Características de los casos

La incidencia acumulada fue ligeramente superior en hombres respecto a mujeres (1,97 vs 1,72), siendo la razón hombre/mujer de 1,15. 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 2,36% de casos hospitalizados y ninguna defunción.

Figura 3. Vigilancia de Criptosporidiosis. 2022
Incidencia acumulada por grupos de edad y sexo

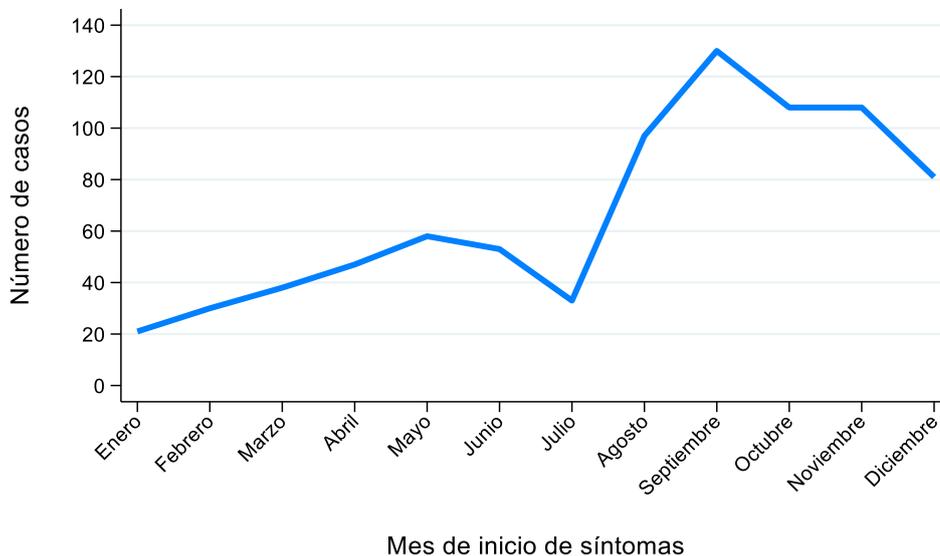


Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

Estacionalidad

En 2022 no se observó un patrón estacional tan marcado como en años previos, aunque el pico de incidencia se alcanzó al final del verano, en septiembre (130 casos) (Figura 4).

Figura 4. Vigilancia de Criptosporidiosis. 2022
Distribución mensual de casos

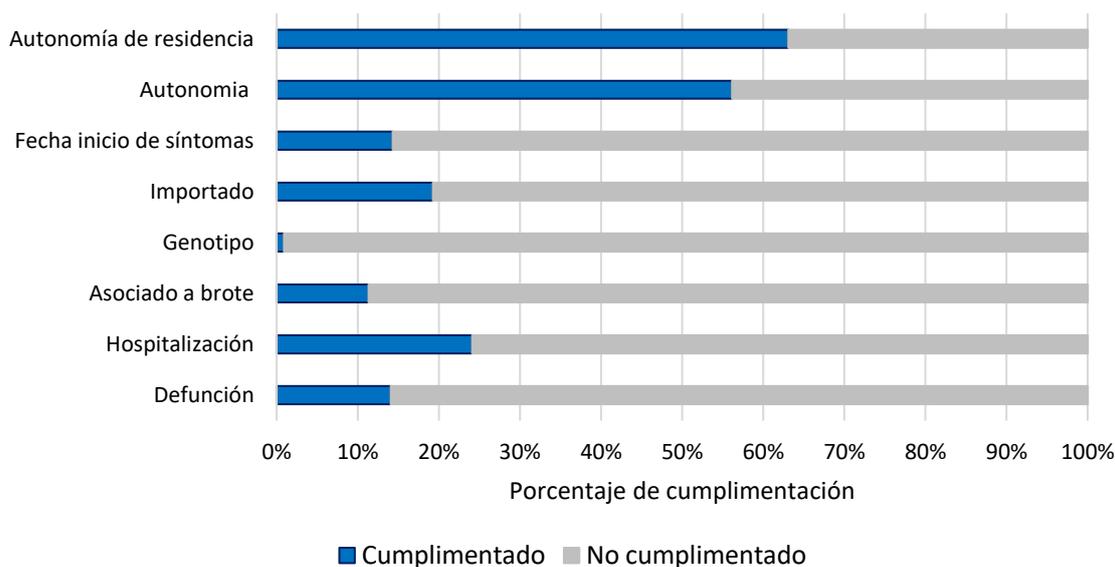


Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

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 el 63% de los casos. Se disponía de información sobre si el caso era importado en un 19% de los casos y sobre la fecha de inicio de síntomas, la hospitalización y defunción en un 14%, 24 % y 14% de los casos respectivamente. La información sobre si el caso estaba asociado a brote estaba disponible en el 11% de los casos. La información sobre el genotipo causante de la infección estaba disponible en menos del 1% de los casos.

Figura 5. Vigilancia Criptosporidiasis. 2022
Cumplimentación de variables



Brotos

En 2022 las CCAA de Andalucía y Castilla y León comunicaron un brote de criptosporidiosis cada una y Comunidad Valenciana notificó tres brotes, con un número de afectados de entre 2 y 4 casos por brote. Dos casos de uno de los brotes de Comunidad Valenciana requirieron hospitalización y no hubo defunciones. Dos de los brotes se vincularon a contaminación del agua de la piscina, otros dos brotes a transmisión en el ámbito del hogar y hubo un brote nosocomial que afectó a un neonato y un niño en edad preescolar que compartieron área de hospitalización debido a la realización de unas obras en el complejo hospitalario. Además, Aragón comunicó cuatro casos asociados a través de la notificación individualizada, todos ellos en preescolares menores de 2 años de edad.

Conclusión

En el año 2022 se observó un ligero aumento en la IA de criptosporidiosis en España con respecto al año previo. El grupo de edad más afectado es el de menores de 5 años. La mayoría de los casos se concentraron en verano y otoño, a diferencia de lo ocurrido en años previos en los que se observaba una marcada estacionalidad estival. En cuanto a los brotes de criptosporidiosis, se observaron 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.