

**Informe epidemiológico sobre la situación de la
infección por cepas de *Escherichia coli*
productoras de toxina Shiga o Vero en España.
Año 2025.**

Resultados de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Informe realizado con los datos disponibles hasta el 25 de agosto 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 infección por cepas de *Escherichia coli* productoras de toxina Shiga o Vero en España. Año 2025. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III.

Introducción

La bacteria *E. coli* productora de toxinas Shiga o verotoxinas (STEC o VTEC, son sinónimos) comprende un grupo de cepas toxigénicas potencialmente causante de enfermedades entéricas y sistémicas graves en humanos. Dos tipos principales de toxina Shiga (stx1 y stx2) se han asociado con cepas que causan enfermedades humanas. Existen cerca de 200 serotipos diferentes con capacidad de producir toxinas Shiga, de los cuales más de 100 se han asociado con enfermedad en humanos, como los serotipos O157:H7, O26:H11 y O104:H4. Esta enfermedad es relevante para la Salud Pública debido a que puede presentarse en forma de brotes y causar complicaciones graves, como el síndrome hemolítico urémico (SHU), que es considerado la causa más común de insuficiencia renal aguda en niños en la Unión Europea.

La transmisión de la infección por STEC ocurre principalmente a través de alimentos o agua contaminada y por contacto con animales. La transmisión persona a persona también es posible entre los contactos cercanos (familiares, escuelas infantiles, residencias de mayores, etc.). El periodo de incubación oscila entre tres y ocho días.

La infección por STEC suele presentarse en forma de gastroenteritis aguda, a menudo acompañada de fiebre leve y en ocasiones de vómitos. La diarrea, típicamente sanguinolenta, suele ser leve y autolimitada, y la mayoría de los casos se recuperan en el transcurso de cinco a siete días.

Los casos de infección por STEC son de declaración obligatoria en España desde 2015.

Métodos

Se analizaron los casos de infección por STEC 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 sospechoso, probable o 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 o, en su defecto, la CA del declarante del caso. Se excluyen de este 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.

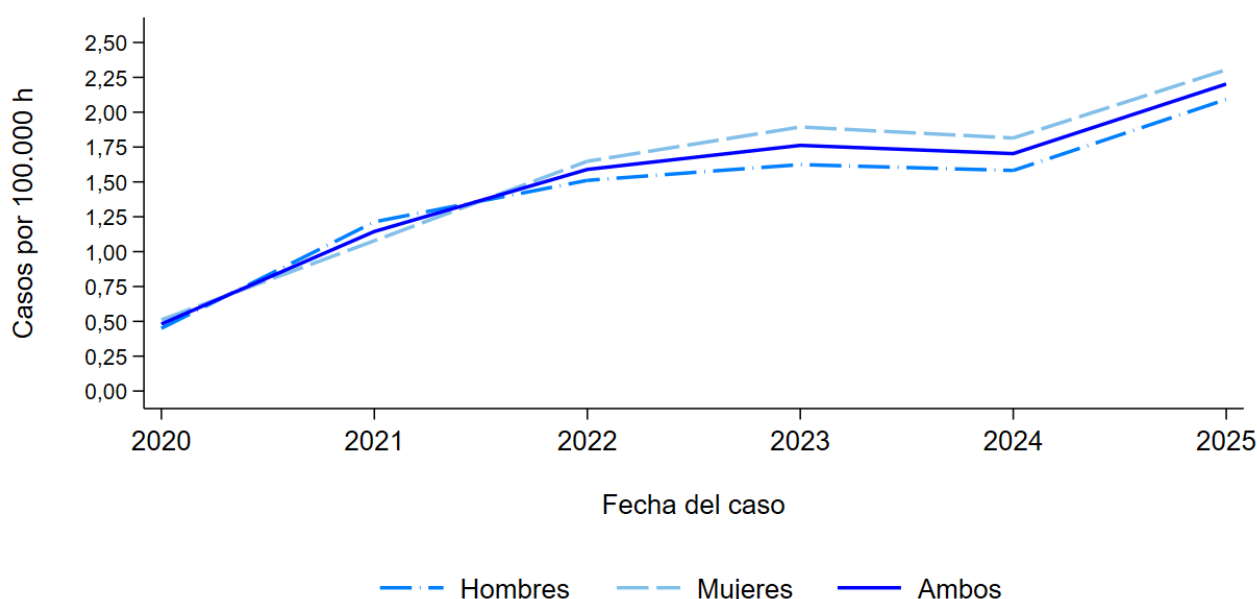
Situación epidemiológica

Distribución temporal

Durante el año 2025, todas las CCAA notificaron esta enfermedad a la RENAVE. Baleares no notificó en el periodo 2020-2023. El Principado de Asturias notificó en 2023, de forma retrospectiva, los casos del periodo 2020-2022, no incluidos en los informes correspondientes a dichos años. Las CCAA de Cantabria y La Rioja han notificado cero durante el periodo 2020-2024 y en 2025 han notificado uno y dos casos respectivamente.

En 2025, diecisiete CCAA y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla notificaron 1.128 casos de infección por STEC en residentes en España, de los que 46 fueron casos importados. Excluyendo los casos importados, la incidencia acumulada (IA) anual fue de 2,20 casos por cada 100.000 habitantes, la más alta del periodo (Figura 1), y representa un incremento del 29% respecto a la del año anterior. Del total de casos, hubo 1.088 casos confirmados (incluyendo los 46 casos importados) y 40 casos probables. De los 46 casos importados, 24 procedían de la región del Norte de África (16 de ellos de Marruecos, 7 de Egipto y uno de Mauritania), otros 4 casos del resto del continente africano (Uganda, Tanzania, Cabo Verde y Guinea), 4 casos del continente asiático (India, Pakistán, Sri Lanka y Tailandia), 3 del continente americano (México, Colombia y Cuba), 3 de Europa (Albania, Rumanía e Irlanda) y en otros 8 casos no se especificó el país de adquisición.

Figura 1. Vigilancia de *E. coli* verotoxigénico. España, 2020-2025
Incidencias acumuladas

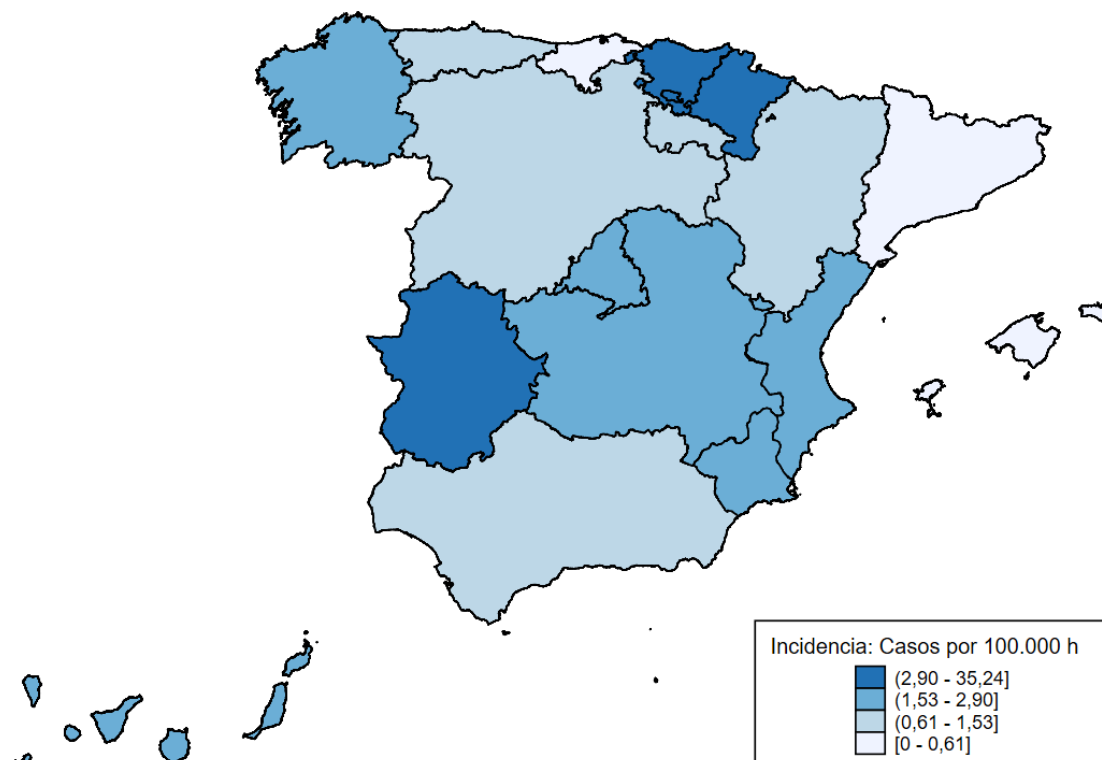


Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

Distribución geográfica

Las CCAA con IA más elevadas en 2025 fueron, de forma similar a lo observado el año previo, Navarra (IA de 35,24 casos por 100.000 habitantes), Ceuta (IA de 5,98), País Vasco (IA de 5,44) y Extremadura (IA de 3,80). En el extremo contrario, las CCAA con menores IA fueron, además de Melilla, que notificó cero casos, Baleares con 2 casos (IA de 0,16) y Cantabria con 1 caso (IA de 0,17) (Figura 2). Los mayores incrementos en las IA calculadas se observaron en las CCAA de Castilla y León (IA de 2,41 en 2025 y 0,50 en 2024), Castilla La Mancha (IA de 0,75 en 2025 y 0,24 en 2024) y Andalucía (IA de 0,68 en 2025 y 0,23 en 2024). Sólo Baleares, C. Valenciana y Galicia notificaron menos casos que el año anterior.

Figura 2. Vigilancia de *E. coli* verotoxigénico. España, 2025
Incidencia acumulada por Comunidades Autónomas

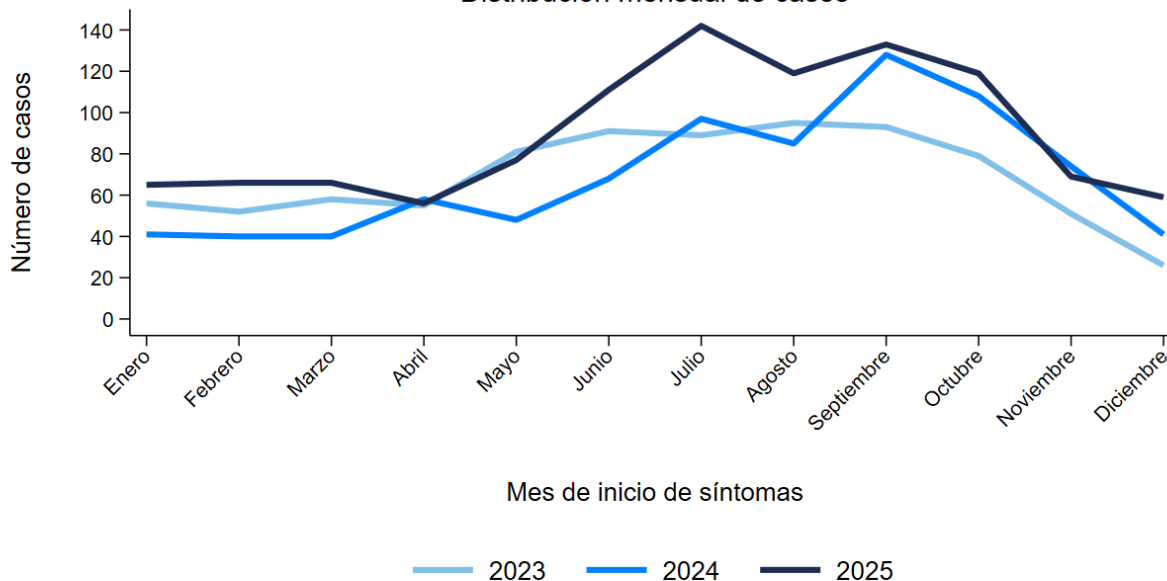


Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

Estacionalidad

En 2025 se observó, como en los años previos, un incremento de casos durante los meses de verano y el principio del otoño, destacando los meses de julio y septiembre con 142 y 133 casos respectivamente (Figura 3).

Figura 3. Vigilancia de *E. coli* verotoxigénico. España, 2023-2025
Distribución mensual de casos

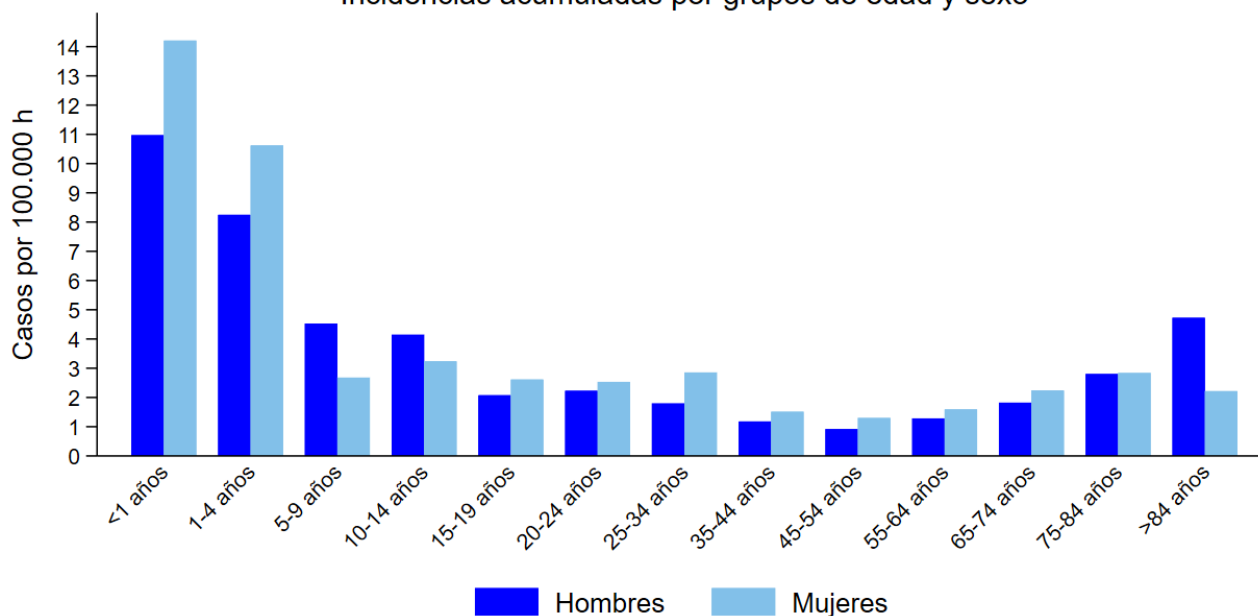


Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

Características de los casos

En 2025 las mayores incidencias acumuladas se observaron en los menores de 5 años (Figura 4). Las IA más bajas se dieron en los adultos jóvenes, particularmente entre 35 y 65 años. Por sexos, la incidencia acumulada global fue superior en mujeres respecto a hombres (2,30 vs 2,09) con una razón de incidencias hombre/mujer global de 0,91.

Figura 4. Vigilancia de *E. coli* verotoxigénico. España, 2025
Incidencias acumuladas por grupos de edad y sexo



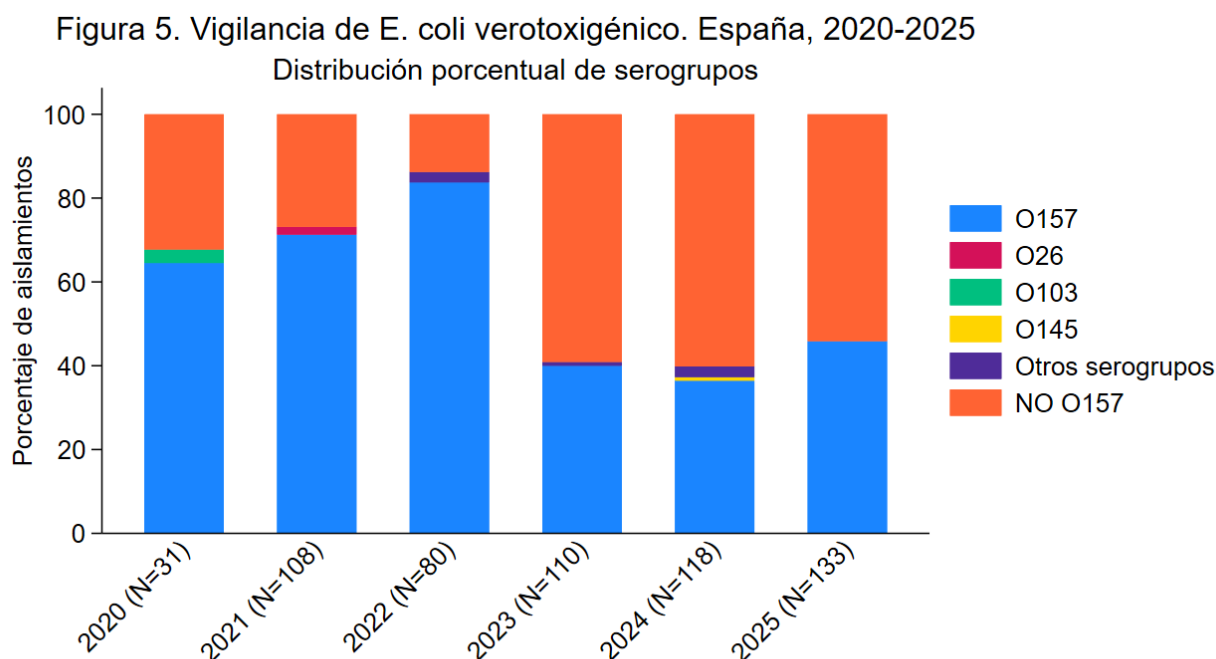
Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

Se notificaron 226 hospitalizaciones que, aun siendo la cifra más alta del periodo, representa el 22,24% de los casos con información en esta variable, siendo este el porcentaje de hospitalización más bajo del periodo 2020-2025. En 12 casos se notificó la presencia de síndrome hemolítico urémico (SHU): cinco casos de 1 año, dos casos menores de 4 años, un caso del grupo de 5 a 9 años, dos casos de entre 55 y 64 años, y otros dos casos del grupo de entre 75 y 84 años. Se notificaron siete defunciones de casos: tres en menores de 5 años, tres en mayores de 75 años y una en un caso de entre 55 y 64 años. Sólo en una de las defunciones se notificó la presencia de SHU, una niña de 2 años.

Entre las exposiciones de riesgo más frecuentemente notificadas destacan los alimentos, especialmente la carne, con 21 casos notificados y el agua de consumo con cinco casos. También se notificaron dos casos relacionados con productos lácteos y uno con pescado. Además, se notificaron 13 casos vinculados al contacto con animales, cuatro casos asociados a la ingesta accidental de agua recreativa y dos casos por transmisión persona a persona.

En cuanto a los 46 casos importados, ninguno de ellos presentó SHU y no se notificaron defunciones. Hubo tres casos en menores de entre 1 y 4 años de los que uno requirió hospitalización, cuatro casos de entre 7 y 11 años de los que uno requirió hospitalización, y los otros 39 casos fueron adultos con edades comprendidas entre los 18 y los 78 años (mediana de 36 años), de los que siete requirieron hospitalización. En dos casos se identificó el agua de consumo como exposición más probable, y en otros dos el consumo de un alimento contaminado sin especificar.

Se disponía de información sobre el serogrupo implicado en la infección en 133 casos (11,79%) de los que 61 (45,86%) correspondían al O157, incluyendo 2 casos importados. Los otros 72 casos (54,14%), entre los que se incluyen 3 casos importados, se notificaron como No-O157 (Figura 5).

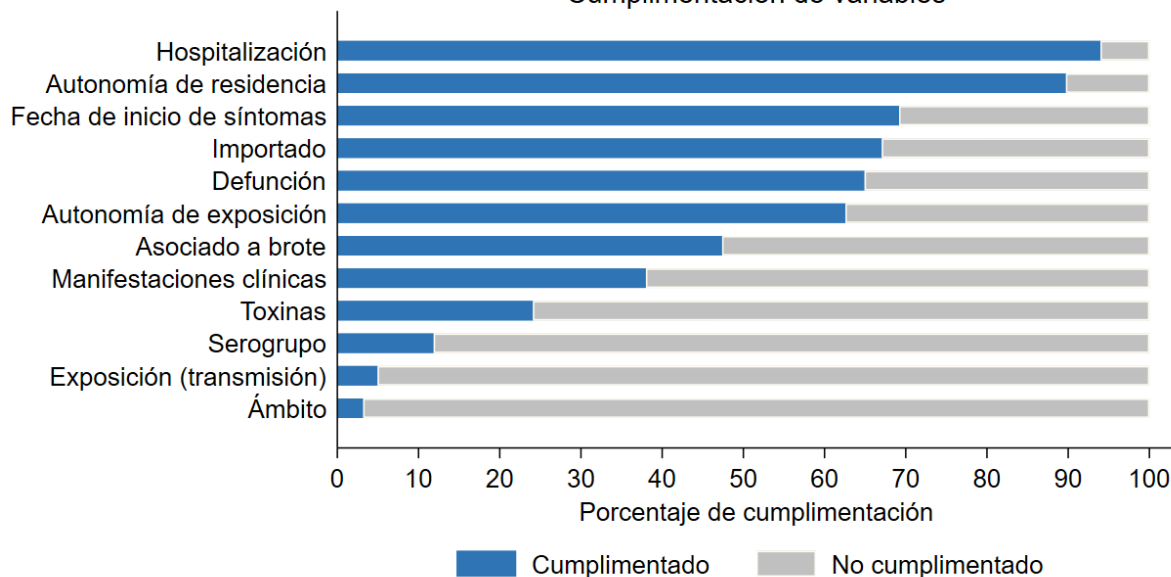


Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

Calidad de los datos de la declaración de casos individualizados

La calidad de la cumplimentación de las variables se muestra en la Figura 6. Se disponía de información sobre la edad y el sexo en más del 99% de los casos. La variable autonomía de residencia del caso estaba cumplimentada en el 90% de los casos y la de autonomía de exposición en el 63%. Se disponía de información sobre si el caso era importado en el 67% de los casos. La información relativa a las manifestaciones clínicas, la hospitalización y la defunción estaba disponible en el 38%, 94% y 65% de los casos respectivamente. La información sobre la detección de la toxina y el serogrupo constaba en el 24% y 12% de los casos respectivamente. Se disponía de información sobre si el caso estaba asociado a un brote en el 47% de los casos. Las variables relativas al ámbito más probable de infección y la exposición de riesgo principal (que refleja el mecanismo de transmisión) estaban disponibles en el 3% y 5% de los casos respectivamente. Estos datos son, en general, similares a los de los años previos, aunque observamos un empeoramiento en la cumplimentación de la variable de caso importado, la asociación con brotes, las manifestaciones clínicas y el ámbito y exposición de riesgo del caso. Las variables relativas a cuestiones microbiológicas (toxina y serogrupo), siguen mostrando un nivel de cumplimentación escaso.

Figura 6. Vigilancia de *E. coli* verotoxigénico. España, 2025
Cumplimentación de variables



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

Brotes

En 2025, notificaron brotes a la RENAVE, incluyendo la notificación de cero brotes, todas las CCAA excepto Aragón. Este año se declararon ocho brotes de infección por STEC, con un total de 39 casos y 4 casos hospitalizados; no hubo fallecidos. Hubo tres brotes en Cataluña, dos brotes en Andalucía y las CCAA de Canarias, C. Valenciana y Extremadura declararon un brote cada una. Se declararon cinco brotes de transmisión alimentaria y tres brotes de transmisión persona a persona.

Hubo dos brotes relacionados con carne de venta ambulante; uno de estos brotes contabilizó la cifra más alta de afectados, con 12 casos. Además, hubo un brote en un restaurante también asociado a carne y con 10 casos relacionados. Otro de los brotes alimentarios ocurrió en el hogar y no se identificó el alimento contaminado. En el último de los brotes alimentarios por STEC no se especificó el ámbito y se vinculó a una preparación culinaria con varios ingredientes. Los brotes de transmisión persona a persona ocurrieron en una escuela, con 4 casos relacionados, en una escuela infantil, con 3 casos, y en un hogar, con 2 afectados.

Conclusión

En el año 2025 se observó un notable incremento de IA respecto a la de los años previos. Este incremento afecta a casi todo el país, lo que podría ser debido, entre otros factores, a la progresiva introducción en el diagnóstico microbiológico de técnicas moleculares (más sensibles y rápidas que las convencionales). Este hecho también podría explicar las diferencias observadas entre las CCAA. El patrón epidemiológico sigue siendo el mismo al observado en años precedentes, afectando especialmente a los menores de 5 años, que es la población con mayor riesgo de desarrollar enfermedad grave, como el SHU. Este año observamos una marcada estacionalidad, concentrando entre julio y octubre la mayoría de los casos. Tanto en este año como en el anterior la proporción de casos debidos a *E. coli* no O157 superó a la de *E. coli* O157, aunque en 2025 se observó un ligero aumento del serogrupo O157 con respecto a los dos años anteriores.