

Informe epidemiológico sobre la situación de la campilobacteriosis en España. Año 2024.

Resultados de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Informe realizado con los datos disponibles hasta el 7 de noviembre de 2025.

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 campilobacteriosis en España. Año 2024.
Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III.**

Introducción

La campilobacteriosis es una zoonosis de distribución mundial causada por bacterias del género *Campylobacter*. Es la causa más frecuente de gastroenteritis en la Unión Europea y, en general, en países de alta renta, siendo también causa de diarrea del viajero y ocasionando del 5% al 14% de los casos de diarrea en todo el mundo. La campilobacteriosis se caracteriza por diarrea (a menudo con heces sanguinolentas), dolor abdominal, malestar, fiebre, náusea y vómito. La sintomatología suele durar entre dos y cinco días y, habitualmente, no más de 10 días, con resolución espontánea, aunque entre el 5 y el 10% de los casos requieren hospitalización.

El principal reservorio lo constituyen las aves de corral, como pollos, gallinas, pavos, patos y avestruces. El ganado vacuno, porcino y ovino también actúa de reservorio. La transmisión se produce por ingestión de los microorganismos en alimentos crudos o mal cocinados, incluida la leche no tratada térmicamente (leche cruda) y el agua contaminada, y el contacto con animales infectados o colonizados. Los alimentos también se pueden contaminar si se manipulan en superficies o con utensilios contaminados. La transmisión persona a persona es infrecuente.

El periodo de incubación es de 2 a 5 días, con límites de 1 a 10 días dependiendo de la dosis ingerida. Se transmite durante todo el curso de la infección y la excreción en heces puede continuar tras la resolución de los síntomas, con una media de 2 a 3 semanas. La susceptibilidad es universal y la inmunidad tras la infección es duradera con las cepas relacionadas serológicamente.

Los niveles de resistencia a distintos antimicrobianos mostrados por *Campylobacter* spp. han aumentado con el tiempo, por eso, si fuera preciso algún tratamiento, la elección del antibiótico debería hacerse de acuerdo con los resultados del antibiograma.

Los casos de campilobacteriosis son de declaración obligatoria en España.

Métodos

Se analizaron los casos de campilobacteriosis del año 2024 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 residencia del caso 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 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 de 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.

Para la estimación de los niveles de resistencia a antibióticos se seleccionaron las CCAA que hubieran notificado casos con información sobre la sensibilidad a antibióticos e identificación de la especie de *Campylobacter*. Se seleccionaron los antibióticos recogidos en el protocolo de vigilancia y para los que se

dispusiera de información sobre sensibilidad en, al menos, un 5% del total de casos notificados a nivel nacional.

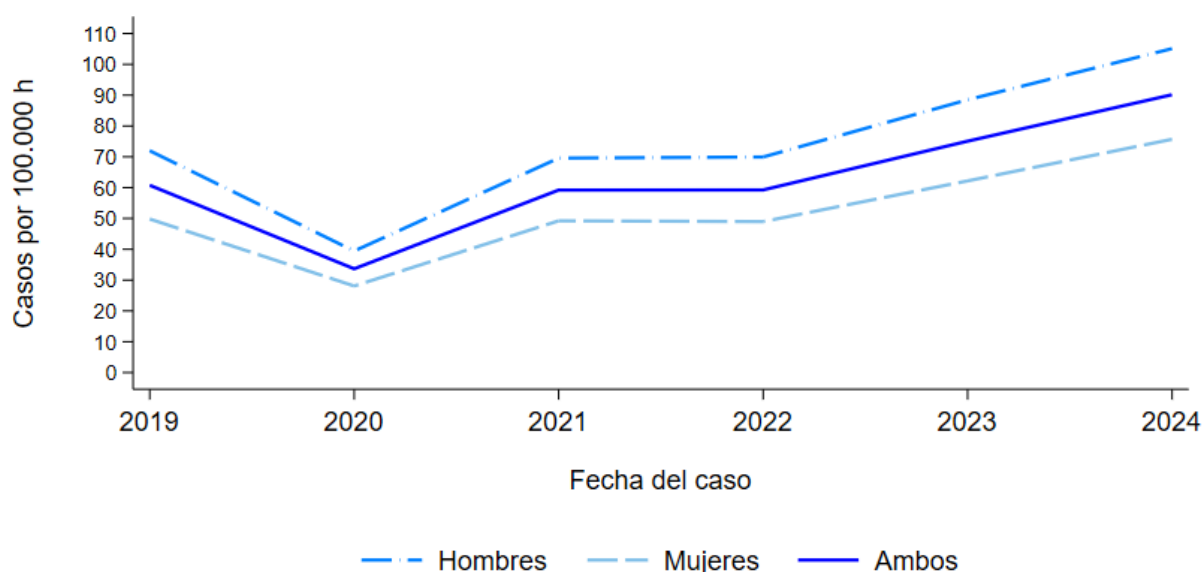
Situación epidemiológica

Distribución temporal

En el año 2024, la CA de Andalucía no notificó campilobacteriosis a la RENAVE. Además, Andalucía e Islas Baleares tampoco notificaron en el periodo 2019-2023, País Vasco no notificó en 2020, Cantabria no notificó en 2019, Murcia se incorporó a la vigilancia de esta enfermedad en el año 2020, Galicia notificó datos agregados por año correspondientes al periodo 2019 a 2020, no habiendo notificado en los años 2021 y 2022, y Asturias notificó en 2023 los casos de los años anteriores no incluidos en informes epidemiológicos previos.

En 2024 dieciséis CCAA y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla notificaron 36.152 casos de campilobacteriosis entre residentes en España, de los que 102 casos fueron importados. Excluyendo los casos importados, la incidencia acumulada de campilobacteriosis en 2024 fue de 90,15 casos por cada 100.000 habitantes, la más alta del periodo (Figura 1).

Figura 1. Vigilancia de Campilobacteriosis. España, 2019-2024
Incidencias acumuladas

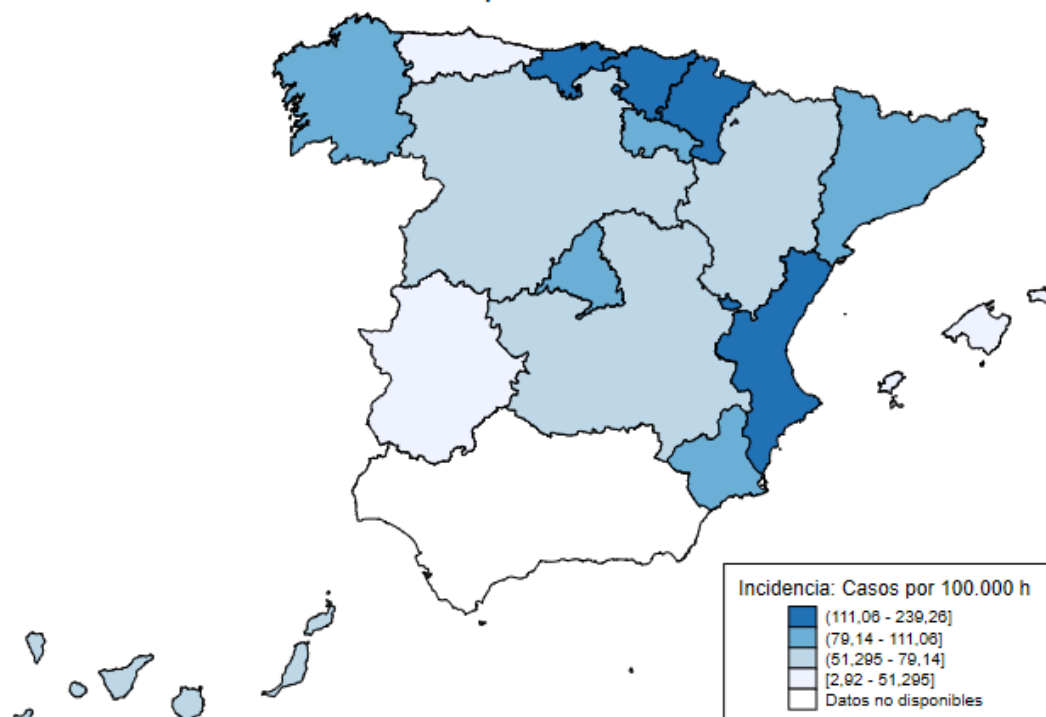


Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

Distribución geográfica

Las IA más elevadas se observaron en Navarra (con 239,26 casos por 100.000 habitantes), Cantabria (IA de 172,80), País Vasco (IA de 141,13) y Comunidad Valenciana (IA de 133,91). Las IA más bajas se notificaron en Baleares (IA de 2,92), la ciudad autónoma de Melilla (IA de 3,49), Asturias (IA de 35,56) y Ceuta (IA de 45,69) (Figura 2).

Figura 2. Vigilancia de Campilobacteriosis. España, 2024
Incidencia acumulada por Comunidades Autónomas

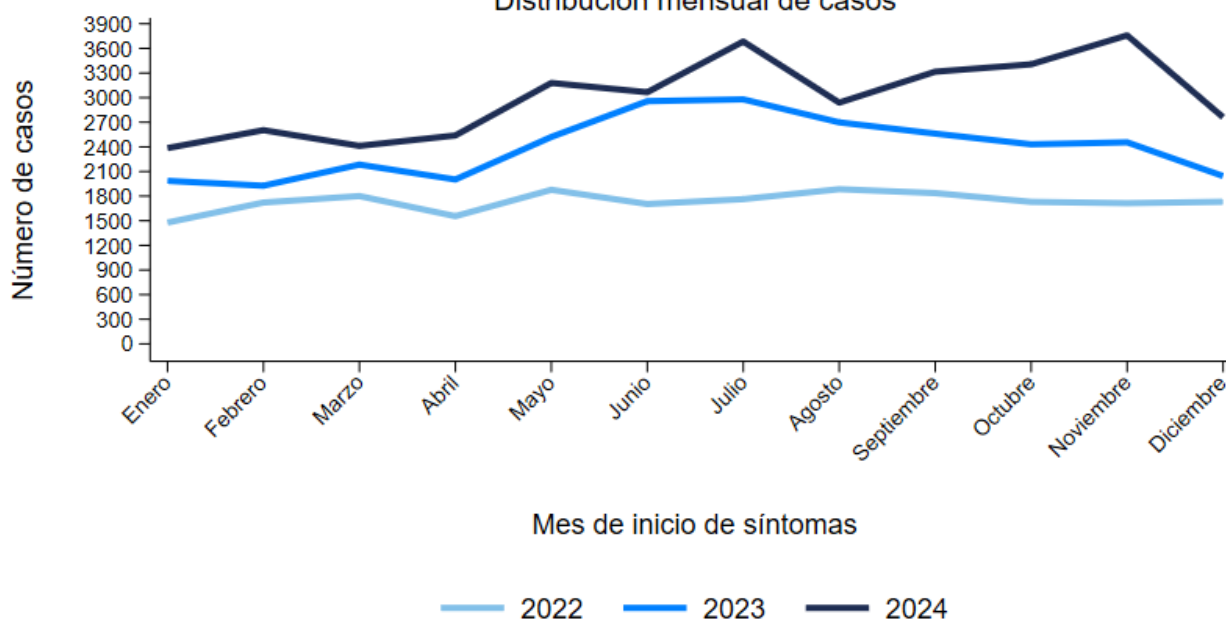


Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

Estacionalidad

En 2024 se observó la habitual estacionalidad estival, aunque el pico de casos se alcanzó en el mes de noviembre, con 3.759 casos, algo superior a los 3.684 de julio. En todos los meses del año se notificaron más casos que en los años previos, siendo el mes de enero el que registró la cifra más baja, con 2.385 casos (Figura 3).

Figura 3. Vigilancia de Campilobacteriosis. 2022-2024
Distribución mensual de casos

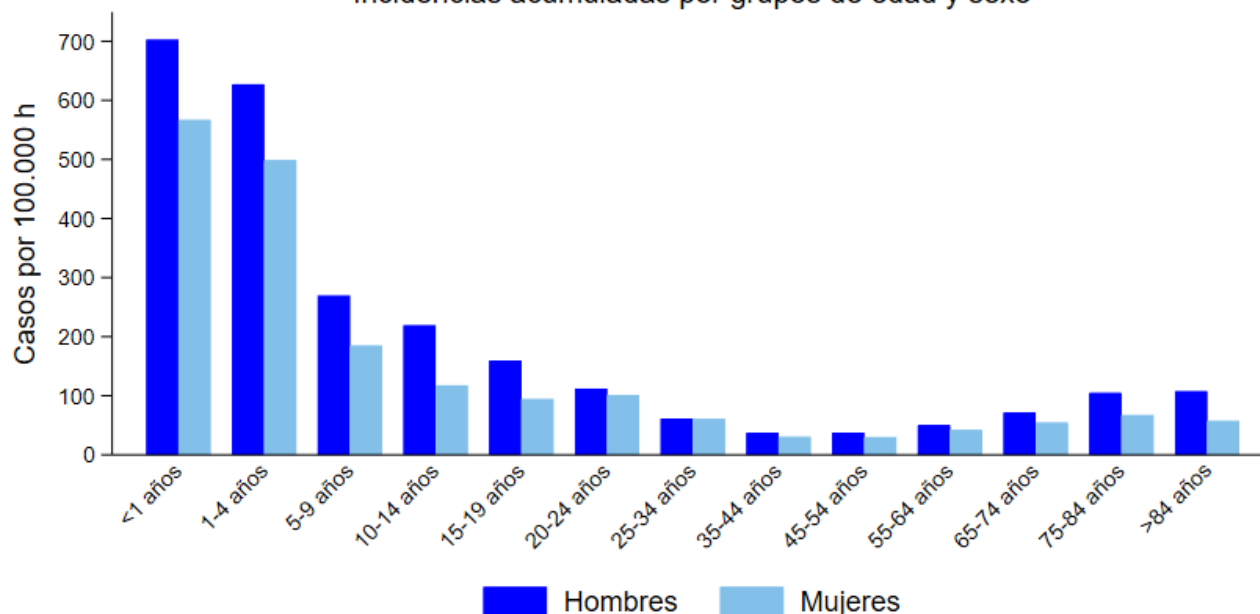


Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

Características de los casos

En 2024 las IA fueron superiores en hombres respecto a las mujeres (105,12 vs 45,69). La razón de incidencias hombre/mujer fue de 1,39. En todos los grupos de edad los hombres presentaron IA más elevadas. Para ambos sexos las IA más altas correspondieron a los menores de 5 años, descendiendo conforme aumenta la edad para incrementarse ligeramente en los grupos más añosos (Figura 4).

Figura 4. Vigilancia de Campilobacteriosis. Año 2024
Incidencias acumuladas por grupos de edad y sexo



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

Se notificó un 8,53% de casos hospitalizados, con una mediana de edad de 52 años (RIC 58), y 41 defunciones, con una edad mediana de 87 años (RIC 18).

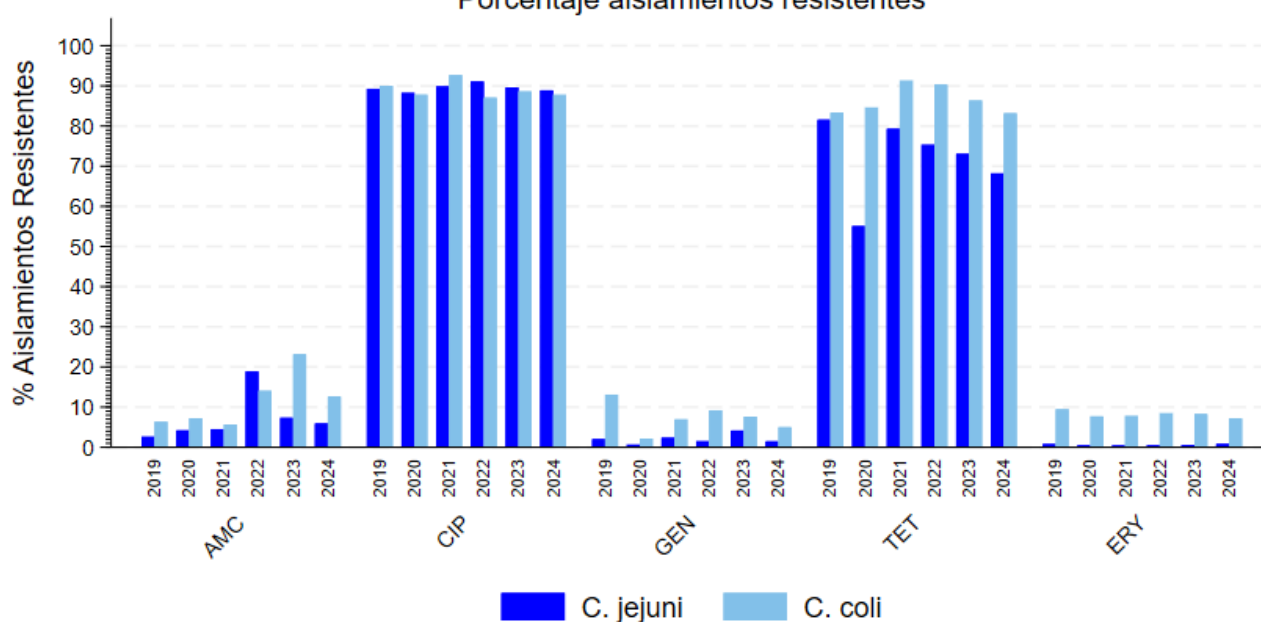
Teniendo en cuenta sólo los casos en los que el agente etiológico se ha identificado a nivel de especie (77,57%), aproximadamente el 84,84% (IC95% 84,41 – 85,26%) de los casos fueron causados por *C. jejuni* y el 14,61% (IC95% 14,19 – 15,03) por *C. coli*.

Resistencia a los antimicrobianos

En 2024 notificaron datos sobre sensibilidad a antimicrobianos las CCAA de Canarias, Comunidad Valenciana, Extremadura, La Rioja, Murcia, Madrid, Baleares, Castilla La Mancha y la ciudad autónoma de Melilla. En conjunto, el número de casos con información sobre sensibilidad a los antibióticos fue, para *C. jejuni*, de 8.165 casos con información de sensibilidad a eritromicina (ERY), 6.890 para ciprofloxacino (CIP), 4.635 para tetraciclina (TET), 2.603 para amoxicilina/ácido clavulánico (AMC) y 1.082 para gentamicina (GEN); y respecto a *C. coli*, el número de casos con información sobre sensibilidad fue de 1.379 para ERY, 1.154 para CIP, 809 para TET, 450 para AMC y 180 para GEN. La información incluía la clasificación de la cepa como sensible (S), intermedia (I) (susceptibilidad reducida) o resistente (R) a cada antibiótico testado, no estando disponible el valor obtenido como Concentración Mínima Inhibitoria (CMI). Aunque no se recoge el criterio aplicado para la interpretación de la CMI en cada caso, la mayoría de laboratorios españoles siguen el marcado por EUCAST.

En 2024 se observa un mayor porcentaje de aislamientos resistentes en *C. coli* respecto a *C. jejuni* para todos los antibióticos analizados excepto en CIP. Para AMC el porcentaje de aislamientos resistentes de ambas especies disminuyó en 2024 respecto a los dos años previos (Figura 5), mostrando cifras de resistencia del 6% en *C. jejuni* y del 12,7% en *C. coli*. Tal y como se venía observando con anterioridad, los mayores niveles de resistencia se obtuvieron para ambas especies en CIP y TET, con valores por encima del 85% y el 65% respectivamente, aunque en 2024 la resistencia a TET ha disminuido con respecto a años previos. En 2024 la resistencia a ERY fue de en torno al 7% para *C. coli* y del 0,9% para *C. jejuni*, siendo el antibiótico con mayor porcentaje de aislamientos sensibles en *C. jejuni* (99,1%) y el segundo en *C. coli* (92,7%), por detrás de GEN (94,4% de aislamientos sensibles).

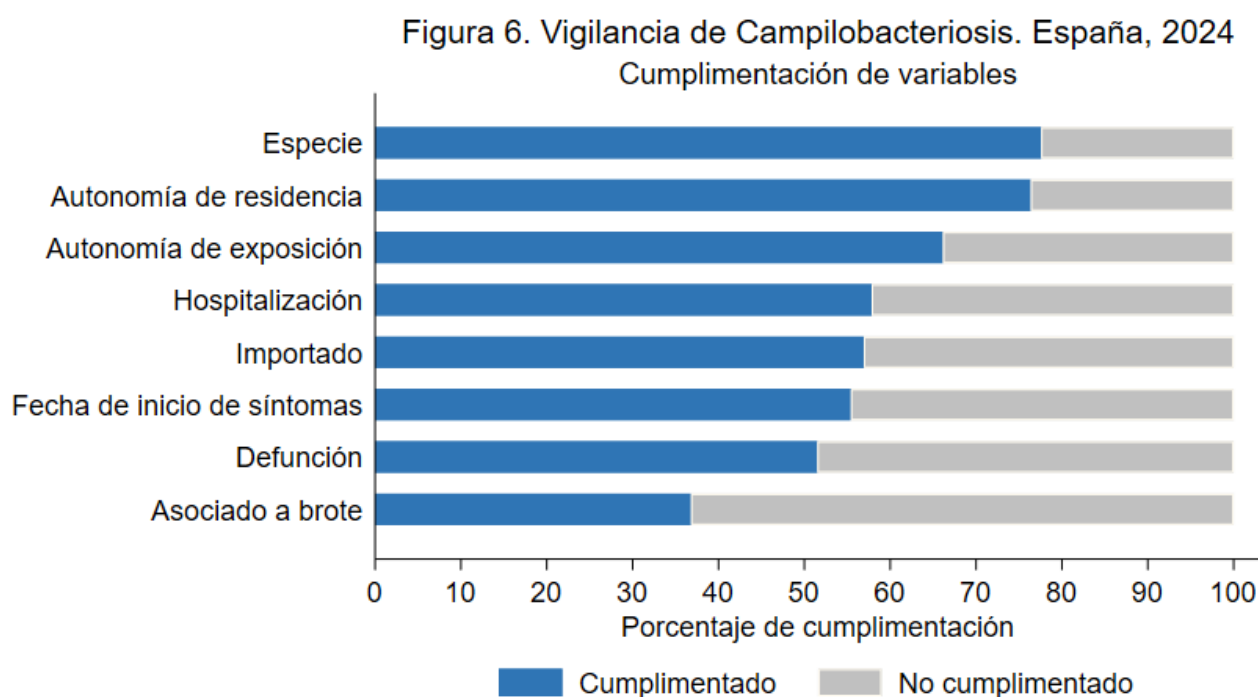
Figura 5. Vigilancia de Campilobacteriosis. España, 2019-2024
Porcentaje aislamientos resistentes



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

Calidad de los datos de la declaración de casos individualizados

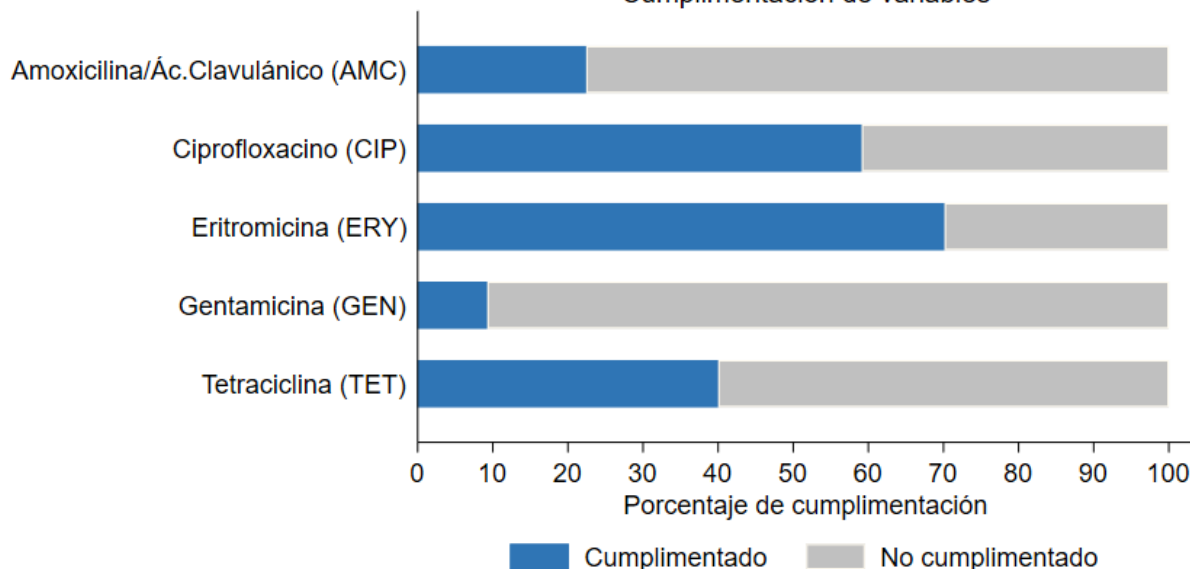
La calidad de la cumplimentación de las variables se muestra en la Figura 6. La edad y el sexo estaban disponibles en más del 99% de los casos. La variable autonomía de residencia del caso estaba cumplimentada en el 76% de los casos. Se disponía de información sobre si el caso era importado en un 57% de los casos y sobre hospitalización y defunción en un 58% y 52% de los casos respectivamente. Se disponía de información sobre la asociación del caso a un brote en el 37% de los casos, sobre la fecha de inicio de síntomas en el 55% y sobre la identificación a nivel de especie estaba en el 78% de los casos. Estos datos son mejores a los del año previo, a excepción de la variable de autonomía de residencia, que ha empeorado, y la de asociación a un brote, que no ha variado.



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

En 2024 notificaron datos de sensibilidad a los antibióticos 8 CCAA y Melilla, y el total de casos del conjunto de estas corresponde con el 37,62% (13.603 casos) de los declarados a nivel nacional y, por especie, comprende el 48,99% (11.658 casos) de los casos de *C. jejuni* y el 47,46% (1.945 casos) de los casos de *C. coli* declarados a nivel nacional. Para el conjunto de las 8 CCAA y ciudad autónoma declarantes, los porcentajes de cumplimentación de las variables relativas a la susceptibilidad (R/I/S) a los antibióticos fueron muy similares para las dos especies, siendo ERY el antibiótico con mayor número de aislados con información (70,04% para *C. jejuni* y 70,90% para *C. coli*); seguido de CIP (59,10% para *C. jejuni* y 59,33% para *C. coli*). En el caso de TET se disponía de información en el 39,76% de los casos de *C. jejuni* y el 41,59% de *C. coli*. Para AMC se notificaron datos de sensibilidad en menos del 24% de los casos (22,33% en *C. jejuni* y 23,14% en *C. coli*) y para GEN se notificaron datos de sensibilidad en aproximadamente el 9% de los casos (9,28% en *C. jejuni* y 9,25% en *C. coli*). Los datos relativos a la cumplimentación para el conjunto de las dos especies se muestran en la Figura 7. Para las CCAA y ciudad autónoma declarantes, el porcentaje de casos sobre los que se informó el resultado de las pruebas de sensibilidad varió en cada CA y para cada antibiótico: los antibióticos sobre los que se recopilaron mayores porcentajes de casos con información fueron ERY, con un valor superior al 94% en Baleares, al 90% en Castilla La Mancha, del 86% en La Rioja, del 82% en la Región de Murcia y del 80% en la C. Valenciana; y CIP, que alcanzó porcentajes superiores al 94% en Baleares, del 77% en C. Valenciana, del 65% en Madrid y del 63% en Murcia. Para TET se alcanzaron porcentajes de casos con información sobre sensibilidad superiores al 78% en La Rioja, al 74% en Baleares, al 70% en Castilla La Mancha, del 67% en Canarias y del 60% en Murcia. Sin embargo, para AMC, menos del 35% de los casos contaban con información en todas las CCAA. En el caso de GEN, menos del 15% de los casos de cada una de las CCAA notificadoras contaban con información.

Figura 7. Vigilancia de Campilobacteriosis. España, 2024
Cumplimentación de variables



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

Brotos

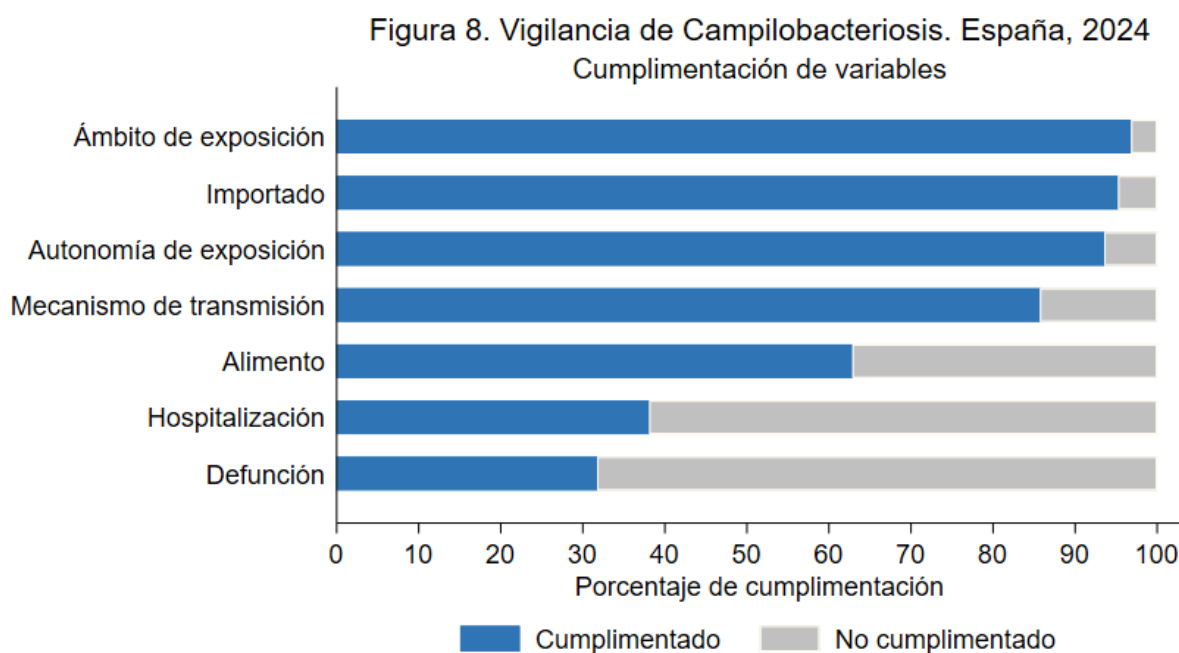
En 2024, notificaron al sistema de brotes de la RENAVE, incluyendo la notificación de cero brotes, todas las CCAA excepto Aragón y Cantabria. Este año se contabilizaron 63 brotes de campilobacteriosis, dato superior a los notificados los años previos (59 brotes en 2023 y 38 en 2022). Los 63 brotes ocurrieron en las siguientes CCAA: 13 en C. Valenciana, 12 en Andalucía, 8 en las CCAA de Canarias y Castilla La Mancha, 6 en Cataluña, 4 en la Región de Murcia, 3 en Madrid y País Vasco, 2 brotes en Castilla y León y un brote en las CCAA de Asturias, Galicia, La Rioja y la ciudad autónoma de Ceuta. Estos 63 brotes causaron un total de 317 casos de los que 10 requirieron hospitalización y no se reportaron defunciones. La mayoría de brotes se notificaron en el mes de julio (15 brotes), seguido de los meses de agosto y noviembre (7 brotes cada uno de estos meses).

El 60% de los brotes (38 brotes) contabilizaron 2 casos afectados. Los 25 brotes restantes tuvieron una mediana de 3 casos por brote (RIC 9). Los dos brotes con mayor número de casos (40 casos y 32 casos) ocurrieron en un campamento y una escuela infantil respectivamente y no se identificaron alimentos sospechosos en ninguno de ellos.

Se notificaron 35 brotes (55,56%) de transmisión alimentaria, responsables de 190 casos, de los que 17 brotes ocurrieron en el hogar, causando 62 casos con una mediana de 2 casos por brote (rango 2 a 15 casos por brote) y 12 brotes ocurrieron en restauración colectiva (incluyendo restaurantes, bares, venta ambulante de comida, hoteles y campamentos), responsables de 52 casos, con una mediana de 2 casos por brote (rango 2-23 casos). Hubo 3 brotes alimentarios en centros escolares, responsables de 58 casos; 2 brotes ocurrieron en otros ámbitos y causaron 16 casos y en un brote no se especificó el ámbito. De estos 35 brotes de transmisión alimentaria, se disponía de información sobre el alimento implicado en 22 brotes (62,86%), siendo la carne de pollo y otras aves el principal alimento mencionado (8 brotes), seguido de la carne sin especificar el origen (5 brotes) y la de vacuno (1 brote). También se notificaron brotes vinculados a preparaciones de varios alimentos o mixto (5 brotes), a ensalada (1 brote), huevo (1 brote) y queso (1 brote).

Se notificaron 18 brotes (28,57% del total) de transmisión persona a persona, la mayoría en el hogar (14 brotes), uno en una escuela infantil, otro en un campamento, uno en un hotel y otro en una zona geográfica delimitada, y que, en conjunto, sumaron un total de 89 casos, con una mediana de 2 casos por brote (rango 2-40 casos). También se notificó un brote con 2 casos relacionados y un mecanismo de transmisión diferente al alimentario y el directo de persona a persona y para el que no se especificó el ámbito de ocurrencia. Hubo 9 brotes en los que no se identificó el mecanismo de transmisión: 6 ocurrieron en el hogar, responsables de 15 casos, y 3 en centros escolares, responsables de 21 casos.

El porcentaje de cumplimentación de las principales variables de los brotes analizadas en este informe se muestran en la Figura 8.



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

Conclusión

La IA de casos de campilobacteriosis y el número de brotes notificados en España en 2024 fue superior al de los años anteriores, superando los niveles notificados antes de la pandemia de COVID-19. Aunque se sigue observando un patrón estacional, con mayor número de casos y brotes en los meses más calurosos del año, en 2024 el mes con mayor número de casos fue noviembre (3.759 casos, superior a los 3.684 casos de julio), que también fue uno de los meses con mayor número de brotes notificados (7 brotes, igual que agosto y por detrás de julio, con 15 brotes). No se ha identificado ningún patrón geográfico ni factor epidemiológico relacionado con esta mayor incidencia en noviembre. Para todos los grupos de edad se observaron IA más elevadas en hombres respecto a mujeres, siendo el grupo de edad con las IA más elevadas, para ambos sexos, el de los niños menores de 5 años, tal y como se observa en otros países de nuestro entorno y en informes de años previos.

Aunque progresivamente se van incorporando CCAA a la notificación de información sobre sensibilidad a antimicrobianos, todavía faltan muchas CCAA por notificar y el número de aislamientos con información a este respecto sigue siendo bajo. Pese a ello, la información recopilada permite evidenciar que la resistencia a ciprofloxacino y tetraciclina se mantiene en niveles por encima del 85% y 65% respectivamente, tal y como se recoge en otras series, mientras que la resistencia a eritromicina es muy baja (<1%) en *C. jejuni* y en torno al 7% en *C. coli*.