



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

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

**Informe realizado con los datos disponibles hasta 21 de septiembre de 2023.**

*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 2021.  
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 el mundo desarrollado; 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 1 semana y, en general, no más de 10 días.

Los reservorios son principalmente aves de corral y el ganado porcino y vacuno. La transmisión es por ingestión de los microorganismos en alimentos crudos o mal cocinados, incluida la leche no higienizada y el agua contaminada, contacto con mascotas infectadas o animales de granja. La contaminación de la leche se produce con las heces del ganado vacuno portador. A partir del contenido intestinal, los alimentos se pueden contaminar si se manipulan en superficies o con utensilios contaminados.

El periodo de incubación es de 2 a 5 días, con límites de 1 a 10 días. Se transmite durante todo el curso de la infección. Las personas no tratadas con antibióticos pueden excretar microorganismos durante 2 a 7 semanas. La susceptibilidad es universal. La inmunidad tras la infección es duradera con las cepas relacionadas serológicamente.

Los casos de campilobacteriosis son de declaración obligatoria en España.

## Métodos

Se analizaron los casos de campilobacteriosis 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.).

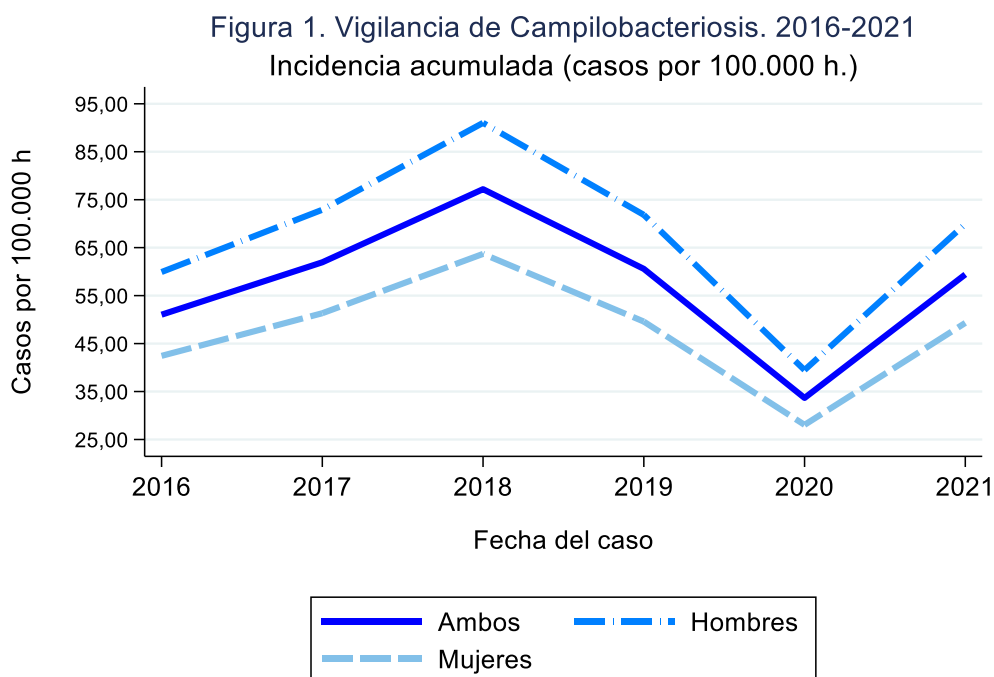
El análisis de distribución geográfica se realizó considerando la Comunidad Autónoma (CA) de declaración del caso.

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 Andalucía, Islas Baleares y Galicia no notificaron campilobacteriosis a la RENAVE. Además, Andalucía e Islas Baleares tampoco notificaron en el periodo 2016-2020; 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 a 2019 y 2020 y Asturias notificó los casos de los años anteriores no incluidos en informes epidemiológicos previos.

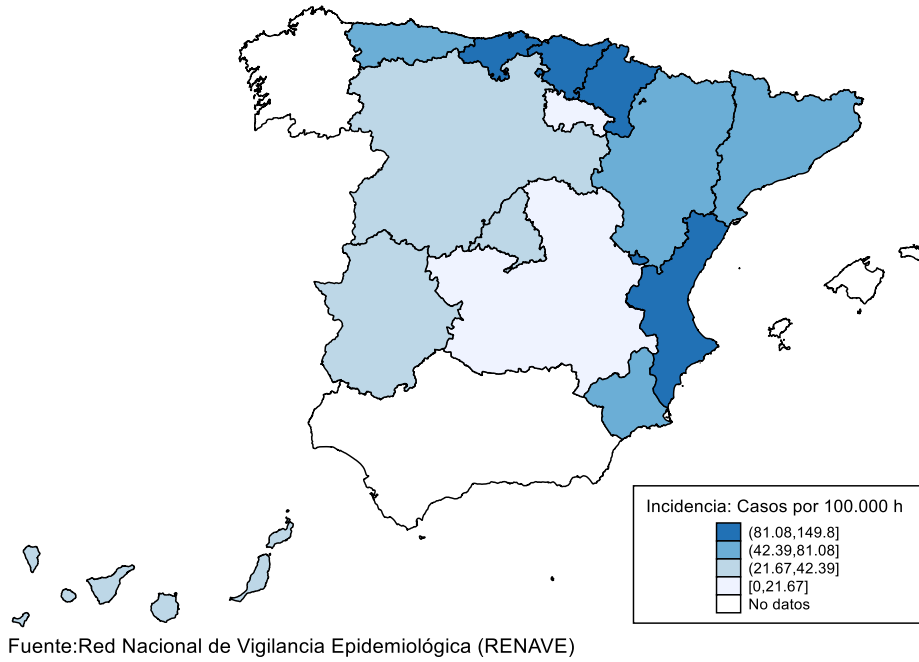


En 2021 catorce CCAA y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla notificaron 20.748 casos de campilobacteriosis (incidencia acumulada de 59,42 casos por 100.000 habitantes). No se notificó ningún caso importado (Figura 1).

### Distribución geográfica

Las IA más elevadas se observaron en Navarra (con 149,80 casos por 100.000 habitantes) seguida da País Vasco (IA de 116,10), Comunidad Valenciana (IA de 93,64) y Cantabria (IA de 88,95). Las incidencias acumuladas más bajas se notificaron en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla (que notificaron cero casos), en La Rioja (IA de 6,97) y Castilla La Mancha (IA de 21,54) (Figura 2).

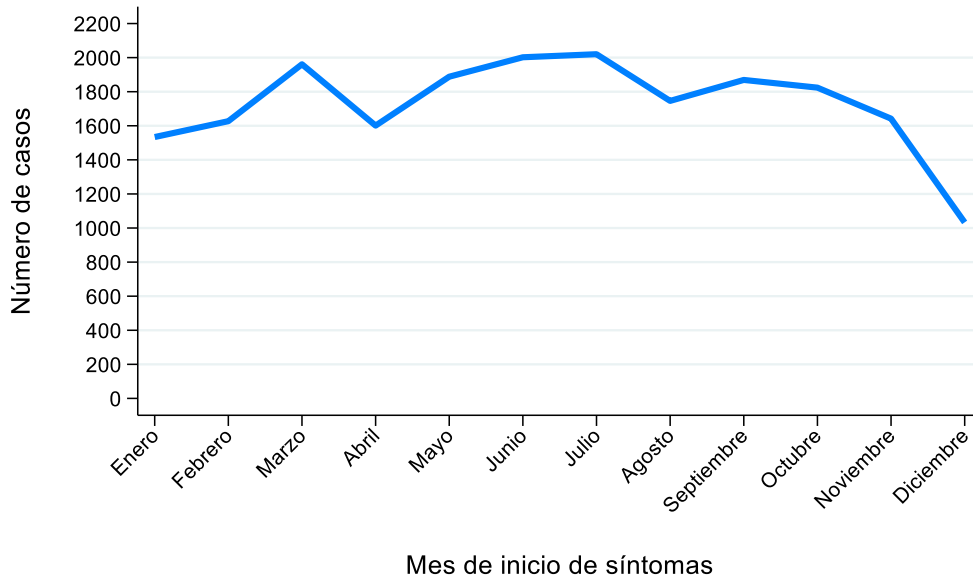
Figura 2. Vigilancia de Campilobacteriosis. España. 2021  
Incidencia acumulada por Comunidades Autónomas



### Estacionalidad

No se observa estacionalidad aunque los meses con un mayor número de casos de campilobacteriosis fueron junio y julio (alcanzando el pico de 2020 casos) mientras que en diciembre y enero se registraron las cifras más bajas (Figura 4).

Figura 3. Vigilancia de Campilobacteriosis. 2021  
Distribución mensual de casos



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

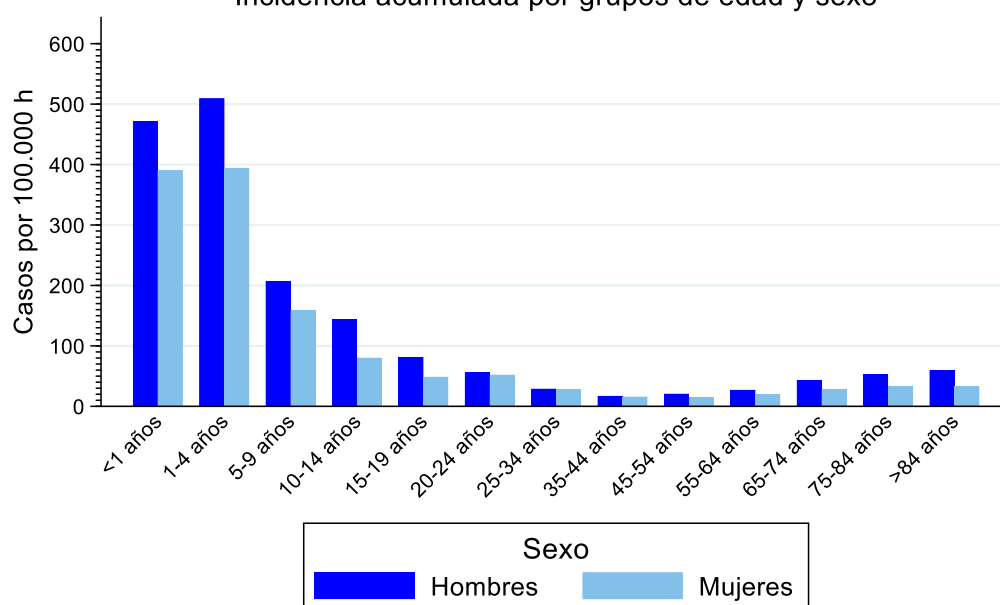
## Características de los casos

En 2021 las IA fueron superiores para los hombres respecto a las mujeres (69,94 vs 49,32). La razón de incidencias hombre/mujer fue de 1,42. 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 (Figura 4).

Se notificaron 8 defunciones en 2021, con una edad media de 72 años (SD=10,9) y mediana de edad de 70 años (RIC=14). Se notificó un 9,13% de casos hospitalizados.

Teniendo en cuenta sólo los casos en los que el agente etiológico se ha identificado a nivel de especie, aproximadamente el 86,8% de los casos fueron causados por *C. jejuni* y el 12,8% por *C. coli*.

Figura 4. Vigilancia de Campilobacteriosis. 2021  
Incidencia acumulada por grupos de edad y sexo



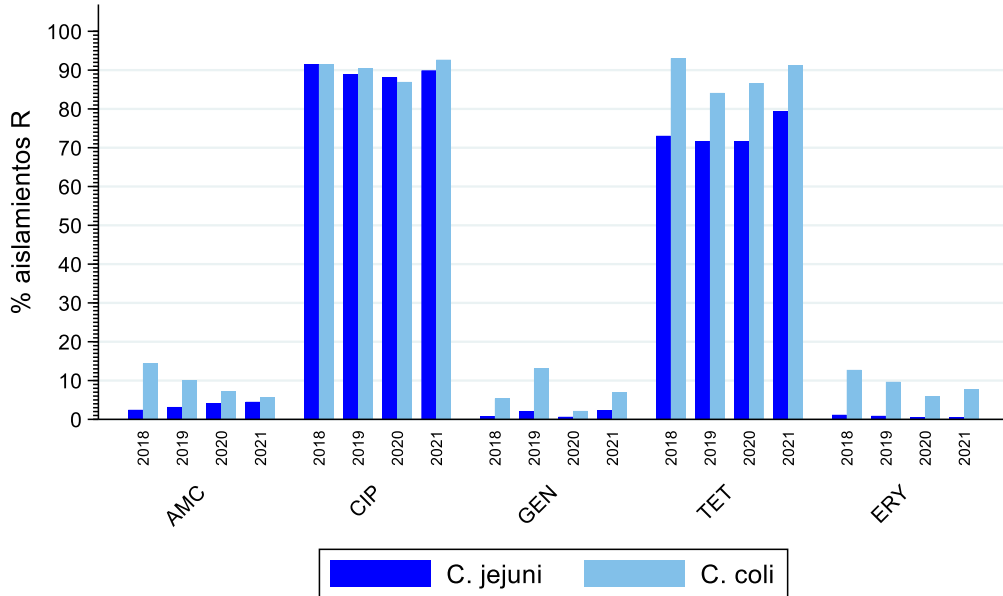
Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

## Resistencia a los antimicrobianos

En 2021 notificaron datos sobre sensibilidad a antimicrobianos las CCAA de Canarias, Comunidad Valenciana, Extremadura y Murcia. 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). Se desconoce el criterio (CLSI o EUCAST) aplicado para la interpretación de la CMI en cada caso.

Para los antibióticos empleados como primera línea en el tratamiento de las gastroenteritis agudas de etiología bacteriana, se observa un mayor porcentaje de aislamientos resistentes en *C. coli* respecto a *C. jejuni* para todos los antibióticos (Figura 5). Los mayores niveles de resistencia se obtuvieron, para ambas especies, en ciprofloxacino (CIP) y tetraciclina (TET), con valores por encima del 85% y el 79% respectivamente, superando el 90% de resistencia a tetraciclina en *C. coli*. En comparación con los resultados de los años previos, en 2021 se observa una leve tendencia al alza en el porcentaje de aislamientos de *C. jejuni* resistentes a ciprofloxacino, tetraciclina y también gentamicina (GEN); mientras que en *C. coli* este incremento afecta además a eritromicina (ERY). En el caso de amoxicilina/ácido clavulánico (AMC) se observan porcentajes de resistencia en torno al 5% para ambas especies.

Figura 5. Vigilancia de Campilobacteriosis. 2021  
Porcentaje aislamientos resistentes

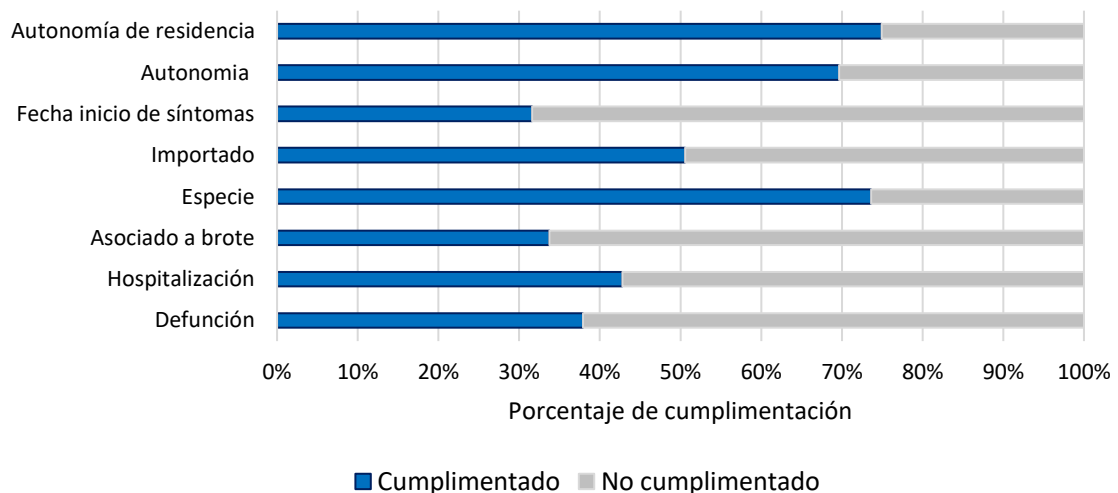


Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

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

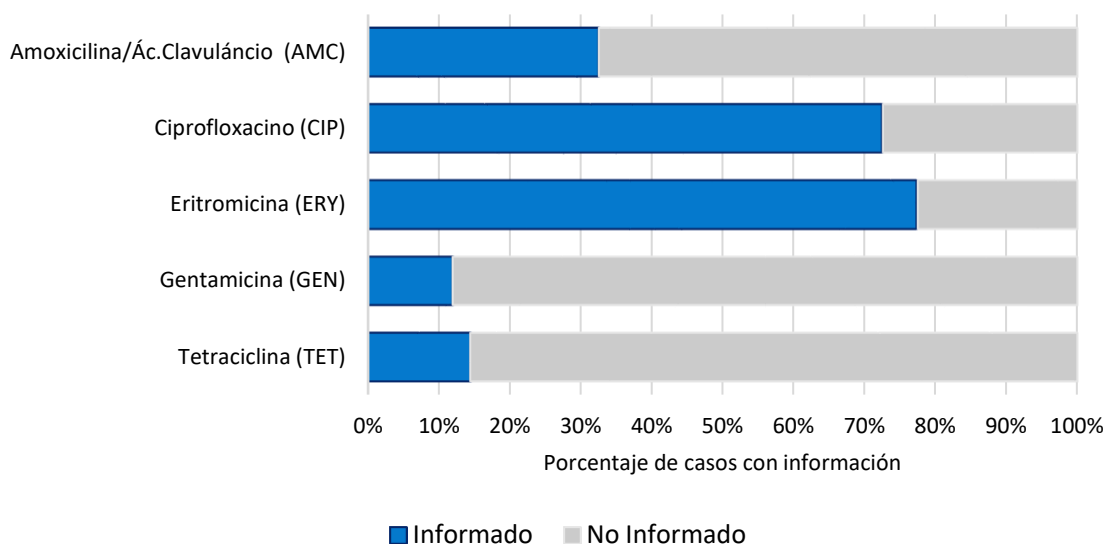
La calidad de la cumplimentación de las variables se muestra en la Figura 6. La edad y el sexo estaban disponibles para más del 97% de los casos. La variable autonomía de residencia del caso estaba cumplimentada en más del 74% de los casos. Se disponía de información sobre si el caso era importado en un 50,5% de los casos y sobre hospitalización y defunción en un 43% y 38% 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 32% de los casos. La identificación a nivel de especie estaba disponible en casi el 74% de los casos.

Figura 6. Vigilancia Campilobacteriosis. 2021  
Cumplimentación de variables



De entre las CCAA que notificaron datos de sensibilidad a los antibióticos, el porcentaje de casos sobre los que se proporcionó esta información varió en cada CA y para cada antibiótico. Los antibióticos con los porcentajes de casos con mayor información sobre sensibilidad a antimicrobianos fueron eritromicina y ciprofloxacino, alcanzando valores superiores al 94% y 78% respectivamente en la Región de Murcia, y próximos al 65% en la Comunidad Valenciana. Sin embargo, para otros antibióticos, los porcentajes de casos con información sobre sensibilidad no alcanzaron el 30% en ninguna CA, como ocurre con tetraciclina y amoxicilina/ácido clavulánico, o el 10%, como ocurre con gentamicina. Los porcentajes globales de información de las variables relativas a la sensibilidad (R/I/S) a los antibióticos acordados para su vigilancia se muestran en la Figura 7.

**Figura 7. Vigilancia Campilobacteriosis. 2021**  
Información sobre sensibilidad a antibióticos



## Brotos

En 2021 seis CCAA notificaron un total de 24 brotes que causaron 148 casos, de los que 10 requirieron hospitalización. Murcia notificó 10 brotes, Aragón 4 brotes, Andalucía, Castilla y León y la Comunidad Valenciana notificaron 3 brotes cada una, e Islas Baleares notificó 1 brote. Hubo 14 brotes con 2 casos, 5 brotes afectaron a entre 3 y 5 personas, 4 brotes afectaron a entre 12 y 18 personas y hubo un brote con 39 afectados, ocurrido en una escuela mediante transmisión alimentaria, aunque no se identificó un alimento en concreto. El ámbito en el que ocurrieron la mayoría de los brotes fue el hogar, con 12 brotes; además hubo 4 brotes en instituciones cerradas (un brote en una prisión con 12 afectados, un brote en una residencia de mayores con 16 afectados y dos brotes en otros centros con 18 y 2 afectados cada uno); junto con 3 brotes en restaurantes, uno en un camping y otro vinculado a una tienda, otros 2 brotes que ocurrieron en centros escolares y un brote para el que no se especificó el ámbito. El principal mecanismo de transmisión fue el alimentario, siendo la carne de pollo el alimento más frecuentemente asociado al brote. Además, hubo un brote por transmisión persona a persona y otro por contacto con aves de corral.



---

## Conclusión

El número de casos notificados en España en 2021 fue superior a los casos notificados el año anterior, aunque el número de CCAA notificadoras también fue superior, alcanzando cifras similares a las de 2019. 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, aunque puede estar influenciado por un sesgo en el diagnóstico, pues en estas edades se realiza un mayor esfuerzo en el diagnóstico etiológico de las gastroenteritis. La mitad de los brotes notificados ocurrieron en el ámbito familiar, seguido de establecimientos de restauración colectiva, y las escuelas y guarderías, que dieron lugar a dos brotes.

Aunque el número de aislamientos con información sobre sensibilidad a antimicrobianos es todavía escaso y faltan CCAA por incorporarse a su notificación, la información recopilada permite evidenciar que la resistencia a ciprofloxacino se mantiene en niveles por encima del 85%, tal y como se recoge en otras series, mientras que la resistencia a eritromicina es muy baja (<0,5%) en *C. jejuni* aunque ha aumentado en *C. coli* respecto al año anterior, alcanzando un 7,5% de aislamientos resistentes. En general se observa un mayor porcentaje de resistencia en *C. coli* que en *C. jejuni*.