

Informe epidemiológico sobre la situación de la criptosporidiosis 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 criptosporidiosis en España. Año 2024. 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 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 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 del caso o, en su defecto, la CA del declarante del caso. Se excluyen del 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.

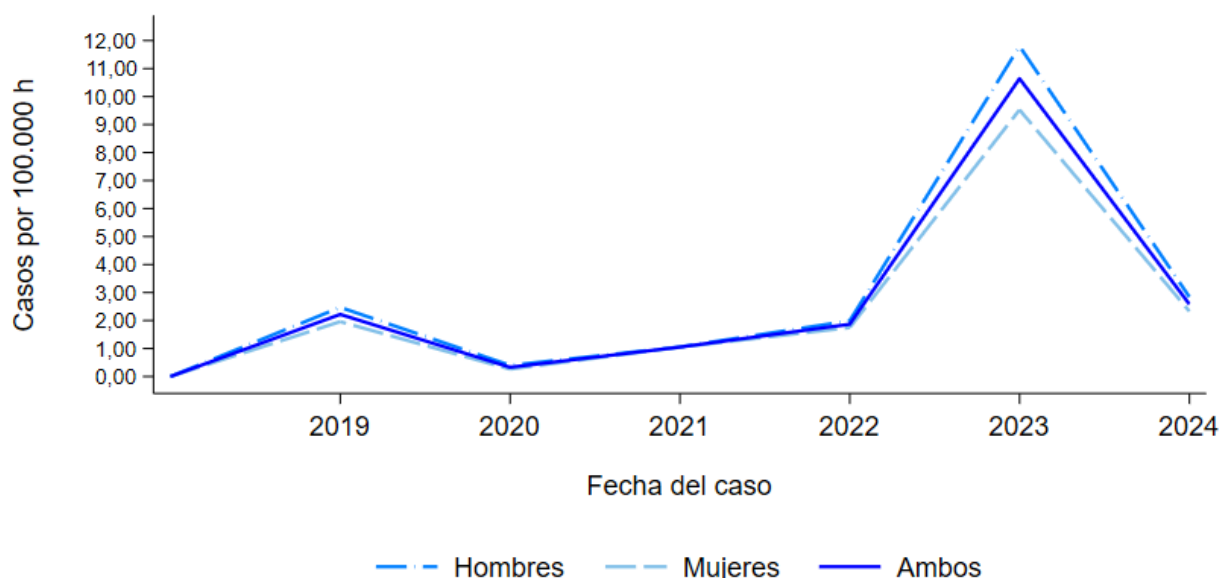
Situación epidemiológica

Distribución temporal

En el año 2024, las CCAA de Baleares y Galicia no notificaron criptosporidiosis a la RENAVE. Además, Baleares tampoco notificó en el periodo 2019-2023 y Galicia notificó datos agregados por año correspondientes a los años 2019 y 2020, no habiendo notificado entre 2021 y 2023; País Vasco no notificó en 2020, y la Región de Murcia se incorporó a la vigilancia nacional de esta enfermedad en el año 2020.

En 2024, quince CCAA y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla notificaron 1.171 casos en residentes en España, de los que 17 casos fueron importados; lo que se traduce en una incidencia acumulada de 2,58 casos por cada 100.000 habitantes (Figura 1). Los casos importados procedían de África (9 casos), América Central (5 caso), Asia (2 casos) y Europa (1 caso).

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

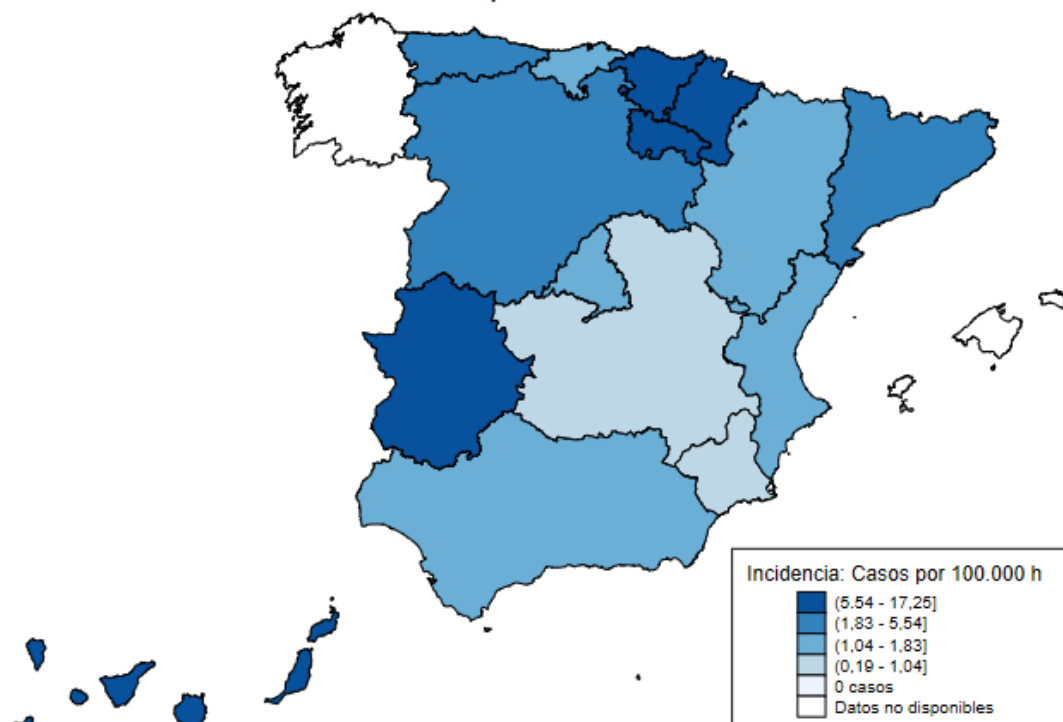


Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

Distribución geográfica

Las IA más elevadas se observaron en Navarra (con 17,25 casos por 100.000 habitantes) seguida de La Rioja (IA de 12,03), Extremadura (IA de 7,40), País Vasco (IA de 5,93) y Canarias (IA de 5,54). Las incidencias acumuladas más bajas se notificaron en las ciudades autónomas, que notificaron 0 casos, y en Castilla La Mancha (IA de 0,19), la Región de Murcia (IA 0,83) y Aragón (IA de 1,04) (Figura 2).

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

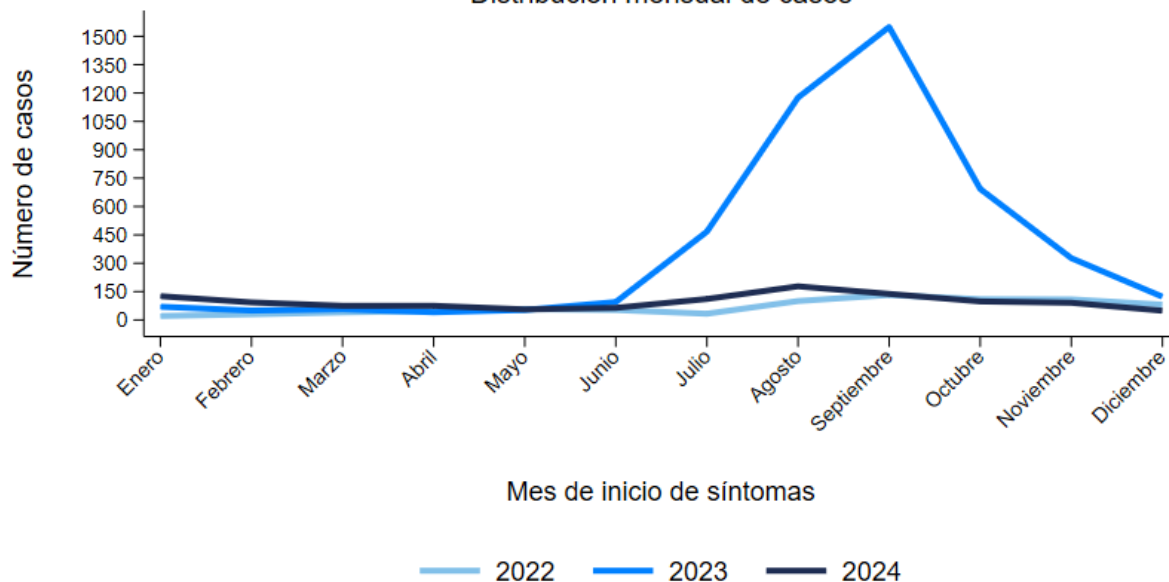


Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

Estacionalidad

En 2024 el patrón estacional fue similar al observado habitualmente, alcanzando un pico de incidencia al finalizar el verano, con 178 en casos notificados en agosto y 138 casos notificados en septiembre (Figura 3). El mes con menos casos notificados fue diciembre, con 49 casos.

Figura 3. Vigilancia de Criptosporidiosis. España, 2022-2024
Distribución mensual de casos

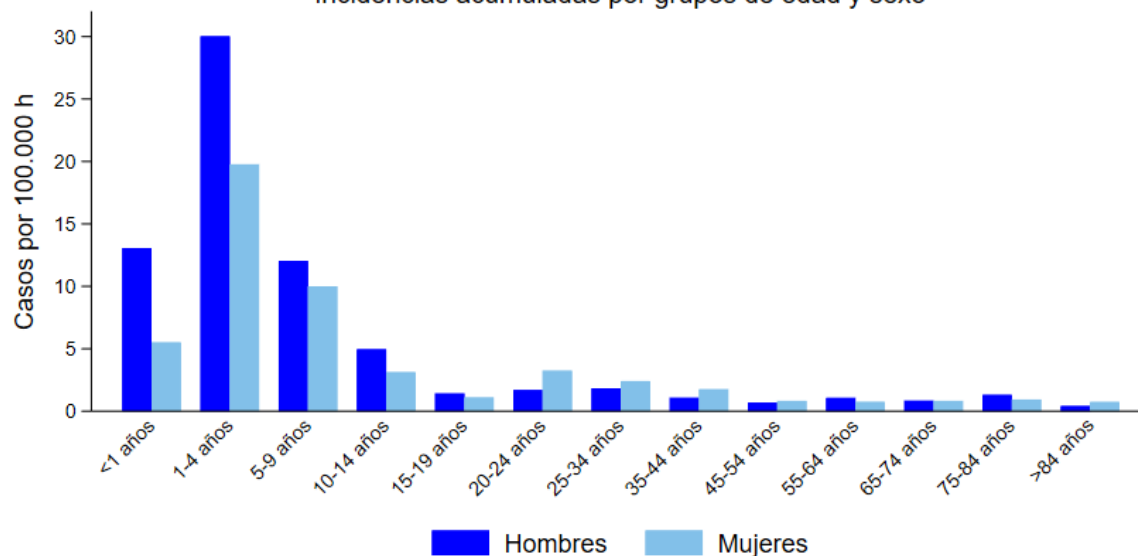


Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

Características de los casos

Las IA más elevadas se identificaron en menores de 5 años, observándose un descenso de la IA conforme avanza la edad, especialmente a partir de los 10 años (Figura 4). De forma global, la incidencia acumulada fue ligeramente superior en hombres respecto a mujeres (2,84 vs 2,33), siendo la razón hombre/mujer de 1,22.

Figura 4. Vigilancia de Criptosporidiosis. España, 2024
Incidencias acumuladas por grupos de edad y sexo

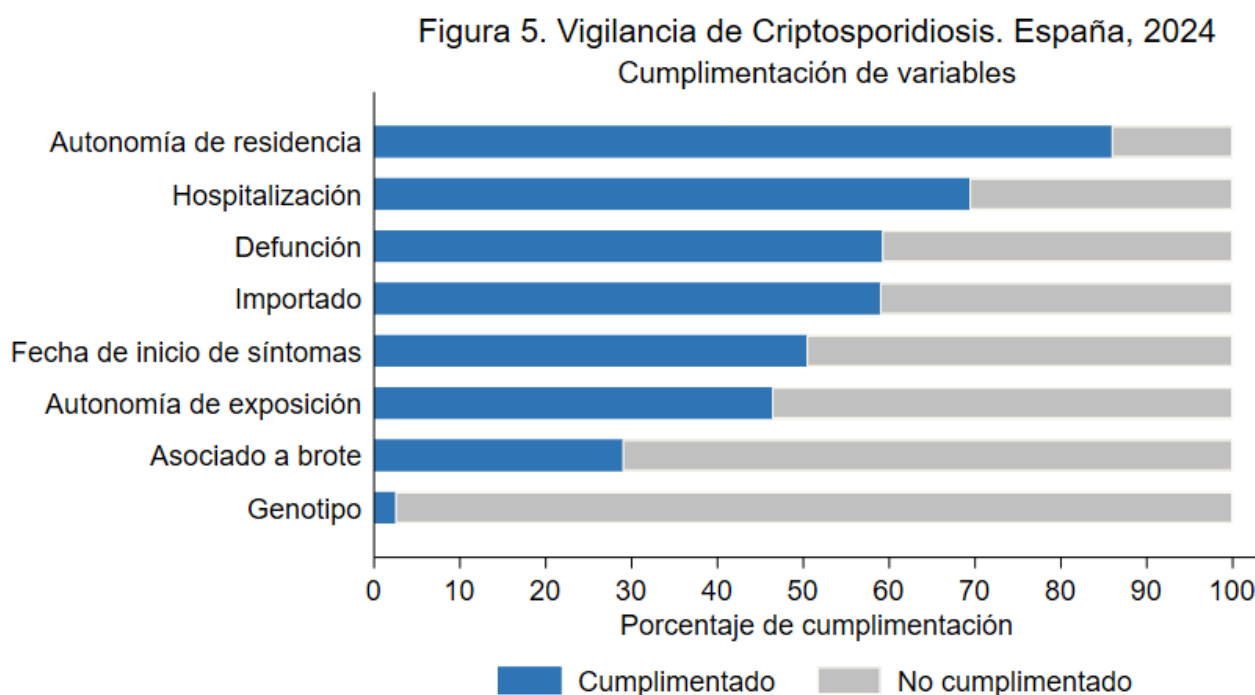


Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

Se notificaron 101 (8,75%) casos hospitalizados, ocurridos en personas con una mediana de edad de 31 años (RIC 48, rango 0-93 años), de los que 52 (51,49%) fueron hombres. En 2024 se notificó una defunción en una mujer de 68 años. Entre los casos importados hubo tres hospitalizaciones con edades entre 7 y 34 años.

Calidad de los datos de la declaración de casos individualizados

La edad y el sexo estaban disponibles en todos los casos. La variable autonomía de residencia del caso estaba cumplimentada en el 86% de los casos y la autonomía de exposición del caso en el 46%. Se disponía de información sobre si el caso era importado en un 59% de los casos y sobre la fecha de inicio de síntomas, la hospitalización y defunción en un 50%, 69% y 59% de los casos respectivamente. La información sobre si el caso estaba asociado a brote estaba disponible en el 29% de los casos. La información sobre la especie causante de la infección estaba disponible en menos del 2% de los casos (Figura 5). Estos datos son, en general, mejores a los de los años previos, a excepción de las variables que identifican si los casos están asociados a brotes y la autonomía de exposición del caso. Asimismo, la información sobre el genotipo sigue siendo muy escasa.



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

Brotes

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 declararon 21 brotes de criptosporidiosis: 12 brotes en Andalucía, 4 brotes en Castilla y León, 3 brotes en Canarias y un brote en Baleares y Extremadura respectivamente. Hubo 15 brotes (71%) con dos casos, 5 brotes con tres casos cada uno y un brote de 7 casos que, en conjunto, acumularon un total de 52 casos, de los que 2 casos requirieron hospitalización y no hubo fallecidos.

Aproximadamente la mitad de los brotes (10 brotes) ocurrieron en el hogar seguido de los centros educativos (5 brotes); también hubo un brote en un hotel, otro en una piscina y en otros 4 brotes no se notificó el ámbito. El mecanismo de transmisión más frecuentemente notificado fue la transmisión directa (8 brotes),

aunque en 6 brotes, todos en el hogar, no se notificó el mecanismo de transmisión y en 3 brotes, uno en el hogar y otro en un centro educativo, se indicó que era otro mecanismo diferente a la transmisión persona a persona, hídrica, alimentaria o por contacto con animales. También se notificó un brote alimentario en un centro educativo y un brote hídrico en el hogar. Además, hubo un brote en un hotel y otro brote vinculado a una piscina por ingestión accidental de agua de uso recreativo. El brote asociado a una piscina fue el que más número de casos involucró (7 casos).

Conclusión

En el año 2024 se observó un descenso en la IA de criptosporidiosis en España con respecto al año anterior, en el que se produjo un marcado incremento de casos y brotes entre julio y octubre, mayoritariamente vinculados a transmisión por agua de consumo y recreativa. En 2024 la situación epidemiológica vuelve a parecerse a la de 2022 y años previos: el grupo de edad más afectado continuó siendo el de menores de 5 años y se identificó cierta estacionalidad, concentrando la mayoría de los casos en los meses de verano. Es probable que las diferencias geográficas observadas para esta enfermedad estén condicionadas, al menos en parte, por diferencias tanto en el diagnóstico como en la notificación de casos.