



# PROTOCOLO DE VIGILANCIA DE CAMPILOBACTERIOSIS

**Protocolos del Sistema de Vigilancia de las Enfermedades Transmisibles**

**Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública**

Protocolo elaborado por la Ponencia de Vigilancia Epidemiológica y aprobado por la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional Salud en abril de 2026.

Han contribuido a la elaboración y revisión de los protocolos profesionales de:

Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades. Instituto de Salud Carlos III (ISCIII):

Centro Nacional de Epidemiología (CNE) y Centro Nacional de Microbiología (CNM).

Ministerio de Sanidad. Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud:

Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES), S.G. de Sanidad Exterior, S.G. de Sanidad Ambiental y Laboral, Área de Programas de Vacunas, y División de control de VIH, ITS, hepatitis virales y tuberculosis.

Otras Agencias y otros Ministerios:

Ministerio de Defensa, Ministerio del Interior (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias), Ministerio de Justicia, Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), y Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN).

Unidades de Vigilancia de Salud Pública de las Comunidades Autónomas y Ciudades con Estatuto de Autonomía (CC.AA.).

Cita sugerida: Protocolo de vigilancia de campilobacteriosis. Sistema de Vigilancia de las Enfermedades Transmisibles. Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública. 2026.

CC BY-NC-SA 4.0

## **PRESENTACIÓN DE LOS PROTOCOLOS DEL SISTEMA DE VIGILANCIA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES**

La vigilancia de las enfermedades transmisibles es una actividad fundamental para la Salud Pública ya que garantiza la existencia de información fiable, completa y oportuna para la toma de decisiones en todos los niveles de la Administración, y proteger así la salud de la población.

De acuerdo con lo definido en el artículo 18 del Real Decreto 568/2024, de 18 de junio, las enfermedades objeto de vigilancia contarán con protocolos específicos que permitan la homogeneización de la vigilancia y la notificación a nivel nacional e internacional, así como el establecimiento de medidas de control y prevención de casos y brotes.

En España, los primeros protocolos se publicaron en 1997 y sufrieron una revisión en profundidad en 2013. Estos nuevos protocolos han sido aprobados por la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en abril de 2026.

En esta revisión han participado: técnicos de las Comunidades Autónomas y Ciudades con Estatuto de Autonomía, profesionales del Instituto de Salud Carlos III (Centro Nacional de Epidemiología y Centro Nacional de Microbiología), de distintas unidades del Ministerio de Sanidad (Centro Coordinador de Alertas y Emergencias, Subdirección General de Sanidad Exterior, Subdirección General de Sanidad Ambiental y Laboral, Área de Programas de Vacunas, y División de control de VIH, ITS, hepatitis virales y tuberculosis), así como profesionales de otras Agencias y Ministerios como la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición, Ministerio de Defensa, Ministerio del Interior (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias), y Ministerio de Justicia.

Durante este proceso, además de actualizar aspectos de la epidemiología y caracterización de la enfermedad, se han revisado las definiciones de caso y la información necesaria para la vigilancia en cada notificación, haciéndolas compatibles con las que están en vigor en la Unión Europea. También se han actualizado las medidas de actuación para la prevención y control de casos y brotes.

Las novedades más relevantes son: la inclusión de un historial de cambios para documentar las futuras modificaciones y mantener los protocolos actualizados; las recomendaciones para el uso de técnicas de secuenciación del genoma en el estudio de casos y especialmente de brotes y el uso de terminologías como SNOMED y LOINC.

Podemos decir que esto supone un hito en la historia de la vigilancia pues, por primera vez, se ha abordado la normalización de la información requerida, incluida la estandarización semántica, y se han desarrollado, en dichas terminologías, los estándares para su uso en vigilancia de salud pública. Esto se ha completado con el acceso de las CC.AA. al Servidor Terminológico del Ministerio de Sanidad. De esta manera se avanza en la interoperabilidad de las bases de datos relevantes para la vigilancia de la salud pública y se cumple con el principio de recoger el dato sólo una vez y garantizar, dentro de las normas de protección de datos, la calidad de la información que se usa en la vigilancia de las enfermedades transmisibles.

## CONTROL DE VERSIONES DE LOS PROTOCOLOS DEL SISTEMA DE VIGILANCIA DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Descripción del documento	Protocolo para la vigilancia y notificación de campilobacteriosis.	
Fecha de creación	2013.	
Cita sugerida	Protocolo de vigilancia de campilobacteriosis. Sistema de Vigilancia de las Enfermedades Transmisibles. Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública. 2026.	
<b>Cambios en el protocolo</b>		
<b>Fecha de actualización</b>	<b>Epígrafe</b>	<b>Descripción de la modificación</b>
Marzo-2025	Introducción	Cambios en la redacción, actualización y ampliación de la información. Se ha incluido un párrafo de diagnóstico de laboratorio y otro de resistencias antimicrobianas.
	Agente	Cambios en la redacción y actualización de la información.
	Reservorio	Cambios en la redacción y actualización de la información.
	Modo de transmisión	Cambios en la redacción y actualización de la información.
	Periodo de incubación	Actualización de la información.
	Susceptibilidad	Actualización y ampliación de la información.
	Objetivos	Se han ampliado y detallado.
	Definición de caso	Actualización de criterios clínicos y de acuerdo a las definiciones de la Decisión 2018/945 de la Comisión Europea.
	Clasificación de los casos	Se ha añadido la definición de caso probable.
	Medidas preventivas	Se ha añadido este apartado.
	Medidas ante un caso y sus contactos	Se ha actualizado la información y se ha incluido el link de las alertas de AESAN.
	Medidas ante un brote	Cambios en la redacción.
Bibliografía	Actualización de las referencias.	
<b>Cambios en el Anexo I</b>		
Marzo-2025	Datos del Caso	Incorporación de la variable sexo administrativo. Se renombra la variable "sexo" como "sexo al nacimiento".
	Datos de laboratorio	Se ha añadido la categoría "Detección ácido nucleico" en la variable Prueba. Se han modificado las categorías en la variable Resultados de pruebas de sensibilidad antimicrobiana.
	Categorización del caso	Se añade la categoría de Probable en la variable de Clasificación del caso. Se eliminan los criterios epidemiológicos y de laboratorio de la variable de Criterios de clasificación del caso.

## DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD

### Introducción

La campilobacteriosis es una zoonosis de distribución mundial causada por bacterias del género *Campylobacter*. Las infecciones por *Campylobacter* spp. son la causa más frecuente de gastroenteritis bacteriana en la Unión Europea y, en general, en países con alta renta per cápita, también son frecuentes en los países en vías de desarrollo y son uno de los agentes etiológicos de la diarrea del viajero. La población infantil menor de 5 años de edad y las personas adultas jóvenes muestran la incidencia más elevada. Aunque la mayoría de los casos son esporádicos, se han producido brotes asociados a alimentos, en particular al consumo de carne contaminada cruda o poco cocinada, especialmente de aves de corral, leche cruda contaminada y agua sin potabilizar. La mayoría de los casos y brotes tienen lugar durante los meses más cálidos del año.

La campilobacteriosis se caracteriza por cursar con diarrea (a menudo con heces sanguinolentas), dolor abdominal, malestar, fiebre, náuseas y vómitos, aunque también puede cursar de forma asintomática. La sintomatología suele durar entre dos y cinco días y, habitualmente, no más de 10 días, con resolución espontánea, aunque entre el 5% y 10% de los casos requieren hospitalización. Otros cuadros clínicos menos frecuentes incluyen complicaciones agudas como convulsiones febriles y bacteriemia. Las complicaciones a largo plazo y crónicas son la artritis reactiva (inferior al 5%), síndrome de Guillain-Barré (0,1%), e incluso simular una apendicitis o una enfermedad inflamatoria intestinal. Además, se han notificado algunos casos de meningitis. La especie *C. fetus*, a diferencia de *C. jejuni* y *C. coli*, no suele causar diarrea, pero puede producir infecciones sistémicas graves como bacteriemia y endocarditis debido a su tropismo por el endotelio vascular, e infecciones localizadas como celulitis, abscesos y peritonitis.

Muchos laboratorios clínicos han instaurado el uso rutinario de métodos de biología molecular para el diagnóstico de las infecciones gastrointestinales. Tienen mayor sensibilidad y son más rápidos que los métodos de cultivo, no obstante, en caso de resultado positivo es recomendable el aislamiento en cultivo para realizar estudios de sensibilidad frente a antimicrobianos y la identificación de la especie, ya que algunos métodos de diagnóstico molecular no diferencian a nivel de especie, que es información relevante para la interpretación del antibiograma. El uso de las técnicas de secuenciación genómica se ha demostrado muy útil en el estudio de brotes y la identificación de fuentes de infección.

Los niveles de resistencia a distintos antimicrobianos mostrados por *Campylobacter* spp. han aumentado con el tiempo. En los últimos años, se han notificado aislados clínicos con elevados niveles de resistencia a fluoroquinolonas y tetraciclinas, mientras que se han mantenido niveles de resistencia inferiores al 10% frente a aminoglucósidos y amoxicilina/ácido clavulánico, e inferiores al 2% frente a macrólidos. Por ello, si fuera preciso algún tratamiento, la elección del antibiótico debería hacerse de acuerdo con los resultados del antibiograma de las cepas identificadas.

### Agente

Las bacterias del género *Campylobacter* son bacilos Gram negativos curvos y habitualmente móviles gracias a uno o dos flagelos polares que facilitan su característico movimiento en sacacorchos involucrado en la invasión intestinal. Se han descrito más de 45 especies. La mayoría de las especies comparten características relacionadas con su desarrollo y supervivencia, tales como un lento

crecimiento (hasta 96 horas en cultivo), la sensibilidad al oxígeno y radicales libres que justifica su consideración de microaerófilos (necesitan una atmósfera de 5% a 10% de oxígeno y 3% a 10% de dióxido de carbono) y ser termófilas o tolerantes al calor (la temperatura óptima de crecimiento de la mayoría de especies está en torno a los 41,5°C aunque también pueden hacerlo a temperaturas entre 30°C y 37°C o inferiores, como *C. fetus*). Además, tienen capacidad para generar *biofilm* ante condiciones desfavorables, permitiendo su persistencia en el medioambiente durante semanas.

Las especies *C. jejuni* (*C.jejuni* subsp *jejuni*) y *C. coli* destacan por ser las principales responsables de la campilobacteriosis en humanos, causan más del 90% y entre el 5% y 10% de los casos respectivamente. Otras especies como como *C. fetus*, *C. urealyticus*, *C. lari* y *C. upsaliensis* se han vinculado de forma muy minoritaria con patología en humanos.

### Reservorio

Las especies del género *Campylobacter* se encuentran como comensales en el tracto gastrointestinal de animales domésticos y salvajes. 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. En el caso de los cerdos, es *C. coli* la especie que se encuentra con mayor frecuencia, a diferencia de otros animales en los que predomina la colonización por *C. jejuni*. Además, se ha detectado el microorganismo en el intestino de animales domésticos, como perros y gatos, y salvajes, como pájaros y múltiples mamíferos, tanto sanos como con síntomas evidentes de patología gastrointestinal.

Las cepas patógenas de *Campylobacter* spp. se encuentran en alimentos procedentes de animales infectados/colonizados, así como en la superficie del agua y alimentos contaminados, sobre los que puede sobrevivir durante semanas, especialmente aquellos almacenados a bajas temperaturas.

### Modo de transmisión

La enfermedad se transmite por vía fecal-oral por la ingestión de estas bacterias en alimentos crudos o mal cocinados. La vía de infección más frecuente es el consumo de carne procedente de animales portadores, así como de leche no tratada térmicamente (leche cruda). Además, los alimentos se pueden contaminar si se manipulan en superficies o con utensilios contaminados. También se puede adquirir por ingestión de agua contaminada, tanto de consumo como recreativa, o por el contacto con animales infectados o colonizados. La dosis infectiva es baja, aproximadamente de 500 microorganismos. Se ha descrito la transmisión persona a persona, pero no es frecuente.

La excreción en las heces puede continuar tras la resolución de los síntomas, con una media de 2 a 3 semanas. Las personas inmunodeprimidas y los niños pequeños pueden excretar el microorganismo durante periodos más largos, de hasta varios meses.

### Periodo de incubación

El periodo de incubación es de 2 a 5 días, con un rango de 1 a 10 días, dependiendo de la dosis ingerida. Se han descrito periodos de incubación inferiores a 24 horas tras el consumo de hígado de ave contaminado.

## Susceptibilidad

La susceptibilidad es universal. La población infantil, las personas inmunodeprimidas o de edad avanzada tienen mayor riesgo de infección, recurrencias, síntomas más graves y una mayor probabilidad de ser portadoras crónicas. Se ha descrito un mayor riesgo de infección en personas con acidez gástrica disminuida, como aquellas que toman de manera prolongada inhibidores de la bomba de protones o antagonistas del receptor de histamina 2.

La inmunidad tras la infección, sintomática o asintomática, es duradera frente a las cepas relacionadas serológicamente. Se ha observado correlación positiva entre el nivel de anticuerpos y la resistencia al desarrollo de síntomas gastrointestinales, de tal forma que la mayor frecuencia de exposición a la bacteria reduce el riesgo de desarrollar la enfermedad. Esto justifica que la edad se relacione inversamente con la incidencia de campilobacteriosis, hasta alcanzar edades en las que la efectividad del sistema inmune se ve comprometida.

Las personas de elevada edad, inmunodeprimidas, con diabetes, cáncer o enfermedad hepática crónica son más susceptibles a la infección por *C. fetus*.

## VIGILANCIA DE LA ENFERMEDAD

### Objetivos

1. Conocer el patrón epidemiológico de presentación de los casos de la campilobacteriosis en la población y los principales factores de riesgo asociados a su aparición.
2. Detectar cambios en la presentación de la enfermedad a lo largo del tiempo o en su distribución geográfica.
3. Detectar los casos lo antes posible para llevar a cabo las medidas de salud pública y control de la enfermedad con el fin de evitar la aparición de nuevos casos.
4. Realizar el estudio epidemiológico a partir de la información de vigilancia. Garantizar la calidad de los datos para orientar la prevención y el control.
5. Contribuir a la evaluación y el seguimiento de los programas de prevención y control y difundir sus resultados.

### Definición de caso

#### Criterio clínico

Al menos una de las tres siguientes manifestaciones:

- Diarrea
- Dolor abdominal
- Fiebre

#### Criterio de laboratorio

Al menos uno de los dos siguientes:

- Aislamiento de *Campylobacter* spp. en heces, sangre u otra muestra clínica. Si es posible, debe procederse a la diferenciación de especie.
- Detección del ácido nucleico de *Campylobacter* spp. en heces, sangre u otra muestra clínica.

### Criterio epidemiológico

Al menos una de las cinco relaciones epidemiológicas siguientes:

- Transmisión de persona a persona: persona que ha tenido contacto con un caso confirmado por laboratorio.
- Transmisión de animal a persona: persona que ha tenido contacto con un animal infectado.
- Exposición a una fuente común: persona que ha estado expuesta a la misma fuente o vehículo de infección que un caso confirmado.
- Exposición a alimentos o agua de consumo contaminados: cualquier persona que haya consumido un alimento o agua de consumo con una contaminación confirmada por laboratorio.
- Exposición medioambiental: cualquier persona que se haya bañado en un agua de baño o haya tenido contacto con una fuente ambiental contaminada que haya sido confirmada por laboratorio.

### Clasificación de los casos

**Caso sospechoso:** no procede.

**Caso probable:** persona que cumple el criterio clínico y el criterio epidemiológico.

**Caso confirmado:** persona que cumple el criterio de laboratorio.

### Definición de brote

Dos o más casos de campilobacteriosis que tengan una relación epidemiológica.

## MODO DE VIGILANCIA

La C.A. notificará, de forma individualizada, los casos nuevos probables y confirmados en la plataforma electrónica que esté establecida para este uso. Enviará la información inicial de declaración del caso con una periodicidad semanal. La información del caso podrá actualizarse semanalmente y se hará una consolidación anual. La notificación electrónica de los casos se hará de acuerdo con las especificaciones (metadatos) acordadas para estandarizar y normalizar la información. El Anexo I de este protocolo incluye la encuesta epidemiológica de caso que recoge la información relevante en la vigilancia de esta enfermedad.

Si se produjera un brote, se notificarán los resultados de su investigación en la misma plataforma en un periodo de tiempo no superior a tres meses después de que haya finalizado el estudio. Además, se notificará la información individualizada de los casos del brote.

En caso de no poder realizarse el tipado en los laboratorios de la C.A., se debería realizar en el laboratorio de referencia.

Cuando se requieran medidas de coordinación nacional, el Servicio de Vigilancia de la C.A. informará de forma urgente al CCAES y al CNE. El CCAES valorará junto con las CC.AA. afectadas las medidas a tomar y, si fuera necesario, su notificación al Sistema de Alerta y Respuesta Rápida de la Unión Europea

y a la Organización Mundial de la Salud (OMS) de acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional (2005).

## MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA

### Medidas preventivas

Para la prevención de la campilobacteriosis se aplican medidas de control en todas las etapas de la cadena alimentaria, como la limpieza, desinfección y otras medidas sanitarias e higiénicas, y los controles oficiales llevados a cabo por las autoridades competentes. Una de las medidas clave es asegurar la inocuidad de los alimentos, para lo que es necesario:

- Cocinar los alimentos completamente antes de su consumo, especialmente los de origen animal (como carne de aves de corral, carnes rojas, huevos y derivados, y pescados), asegurando durante su preparación que los alimentos han alcanzado los 70°C durante dos minutos, para lo que se recomienda el uso de termómetros específicos que midan la temperatura interna del alimento.
- No lavar la carne cruda ya que puede ayudar a la contaminación de las superficies de la cocina, utensilios y otros productos alimenticios.
- Mantener los alimentos a una temperatura adecuada, siendo recomendable refrigerarlos (tanto los perecederos como las comidas preparadas) lo antes posible, a una temperatura inferior a 5°C y en pequeños recipientes. La refrigeración no destruye el microorganismo, pero enlentece su crecimiento.
- Evitar que entren en contacto alimentos crudos y cocinados, para lo que se recomienda almacenar ambos tipos de alimentos separados y protegidos para evitar contaminación cruzada y utilizar utensilios diferentes para manipular alimentos crudos (por ejemplo, cuchillos y tablas de cortar).
- En el caso de alimentos envasados, hay que tener en cuenta las condiciones de utilización reflejadas en el etiquetado.
- Asimismo, cabe destacar la importancia de mantener limpias las instalaciones y los utensilios utilizados en la elaboración de alimentos y la formación a las personas que manipulen alimentos, recalcando la importancia de lavarse las manos con agua caliente y jabón antes y después de la preparación de comida, y entre la manipulación de un alimento y otro.

Se deben reforzar las medidas higiénicas en el contacto con animales domésticos (especialmente cuando tengan síntomas gastrointestinales) y educar a aquellas personas más susceptibles de exposición a los riesgos de este contacto. También deben reforzarse las medidas de prevención y control en las exhibiciones en las que el público entre en contacto con animales.

En viajes internacionales a zonas donde no se pueda garantizar la seguridad del agua o los alimentos, se adoptarán las mayores precauciones con los alimentos, el agua y la higiene personal:

<https://www.sanidad.gob.es/areas/sanidadExterior/laSaludTambienViaja/consejosSanitarios/consejosViajero.htm>.

### Medidas ante un caso y sus contactos

De manera general, se procederá a la rehidratación y reposición de electrolitos en los casos sintomáticos. La recomendación de tratamiento con antimicrobianos se limita a los casos graves

(menores con fiebre alta, diarrea sanguinolenta, infección extraintestinal o duración de los síntomas superior a una semana) y personas susceptibles de desarrollar una enfermedad grave, como las personas inmunodeprimidas.

Se extremarán las medidas de higiene personal, especialmente el lavado de manos. Se excluirán del trabajo o de la asistencia a clase a todos los casos hasta 48 horas tras la resolución de los síntomas. Igualmente, evitarán bañarse en aguas recreativas durante ese periodo. Se recordará a las personas que manipulen alimentos la importancia del cumplimiento de las correctas medidas higiénicas, con especial atención al lavado de manos.

Así mismo ante un caso de campilobacteriosis, se puede consultar la existencia de brote o alertas alimentarias asociadas:

[https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/web/seguridad\\_alimentaria/subseccion/otras\\_alertas\\_alimentarias.htm](https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/web/seguridad_alimentaria/subseccion/otras_alertas_alimentarias.htm).

### **Medidas ante un brote**

Cuando se produzca un brote debe iniciarse una investigación epidemiológica con participación de todos los sectores potencialmente involucrados. Hay que tener en cuenta que la mayoría de los casos de campilobacteriosis son esporádicos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. European Food Safety Authority (EFSA); European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). The European Union One Health 2022 Zoonoses Report. *EFSA J.* 2023 Dec 12;21(12):e8442. doi: 10.2903/j.efsa.2023.8442. PMID: 38089471; PMCID: PMC10714251.
2. World health organization. 2023. Home/newsroom/fact sheets/detail/campylobacter. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/campylobacter>
3. Same RG, Tamma PD. *Campylobacter* Infections in Children. *Pediatr Rev.* 2018 Nov;39(11):533-541. doi: 10.1542/pir.2017-0285. PMID: 30385582; PMCID: PMC6657695.
4. Tinévez C, Lehours P, Ranc AG, Belaroussi Y, Velardo F, Dubois D, Neuwirth C, Pailhoriès H, Dorel M, Hery-Arnaud G, Join-Lambert O, Gras E, Corvec S, Codde C, Fournier D, Boijout H, Doat V, Bouard L, Lagneaux AS, Pichon M, Couzigou C, Letellier C, Lemaigen A, Bille E, Bérard X, Caradu C, Webster C, Neau D, Cazanave C, Puges M; Campylobacteremia Study Group. Multicenter Retrospective Study of Vascular Infections and Endocarditis Caused by *Campylobacter* spp., France. *Emerg Infect Dis.* 2023 Mar;29(3):484-492. doi: 10.3201/eid2903.221417. PMID: 36823023; PMCID: PMC9973684.
5. Igwaran A, Okoh AI. Human campylobacteriosis: A public health concern of global importance. *Heliyon.* 2019 Nov 14;5(11):e02814. doi: 10.1016/j.heliyon.2019.e02814. PMID: 31763476; PMCID: PMC6861584.
6. EFSA (European Food Safety Authority) and ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control), 2023. The European Union Summary Report on Antimicrobial Resistance in zoonotic and indicator bacteria from humans, animals and food in 2020/2021. *EFSA Journal* 2023;21(3):7867, 232 pp. <https://doi.org/10.2903/j.efsa.2023.7867>
7. El-Saadony MT, Saad AM, Yang T, Salem HM, Korma SA, Ahmed AE, Mosa WFA, Abd El-Mageed TA, Selim S, Al Jaouni SK, Zaghoul RA, Abd El-Hack ME, El-Tarabily KA, Ibrahim SA. Avian campylobacteriosis, prevalence, sources, hazards, antibiotic resistance, poultry meat contamination, and control measures: a comprehensive review. *Poult Sci.* 2023 Sep;102(9):102786. doi: 10.1016/j.psj.2023.102786. Epub 2023 May 19. PMID: 37454641; PMCID: PMC10371856.
8. Mughini-Gras L, Pijnacker R, Coipan C, Mulder AC, Fernandes Veludo A, de Rijk S, van Hoek AHAM, Buij R, Muskens G, Koene M, Veldman K, Duim B, van der Graaf-van Bloois L, van der Weijden C, Kuiling S, Verbruggen A, van der Giessen J, Opsteegh M, van der Voort M, Castelijin GAA, Schets FM, Blaak H, Wagenaar JA, Zomer AL, Franz E. Sources and transmission routes of campylobacteriosis: A combined analysis of genome and exposure data. *J Infect.* 2021 Feb;82(2):216-226. doi: 10.1016/j.jinf.2020.09.039. Epub 2020 Dec 1. PMID: 33275955.
9. Robinson DA. Infective dose of *Campylobacter jejuni* in milk. *Br Med J (Clin Res Ed).* 1981 May 16;282(6276):1584. doi: 10.1136/bmj.282.6276.1584. PMID: 6786571; PMCID: PMC1505544.
10. Heymann DL (Editor). *Control of Communicable Diseases Manual*. 21st Edition. Washington: American Public Health Association, 2022.
11. Wensley A, Padfield S, Hughes GJ. An outbreak of campylobacteriosis at a hotel in England: the ongoing risk due to consumption of chicken liver dishes. *Epidemiol Infect.* 2020 Feb 19;148:e32. doi: 10.1017/S095026882000028X. PMID: 32070452; PMCID: PMC7058644.
12. Recommendations for the Public Health Management of Gastrointestinal Infections 2019. Principles and practice. Public Health England and the Chartered Institute of Environmental Health. Disponible en: [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/861382/management\\_of\\_gastrointestinal\\_infections.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/861382/management_of_gastrointestinal_infections.pdf)

## ANEXO I. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE CAMPILOBACTERIOSIS

### DATOS DE LA DECLARACIÓN

C.A. declarante: .....

Identificación del caso para el declarante: .....

Fecha de la primera declaración del caso<sup>1</sup>: ..... / ..... / .....

### DATOS DEL CASO

Fecha de nacimiento: ..... / ..... / .....

Edad en años: ..... Edad en meses en menores de 2 años: .....

Sexo al nacimiento:  Hombre  Mujer  Intersexual  Desconocido

Sexo administrativo:  Hombre  Mujer  No determinado  Desconocido

Lugar de residencia del caso:

País de residencia: .....

C.A. de residencia: .....

Provincia de residencia: .....

Municipio de residencia: .....

Código postal de residencia: .....

### DATOS DE LA ENFERMEDAD

Fecha del caso<sup>2</sup>: ..... / ..... / ..... Fecha de inicio de síntomas: ..... / ..... / .....

Hospitalización<sup>3</sup>:  Sí  No  Desconocido

Defunción causada por la enfermedad:  Sí  No  Desconocido

### DATOS DEL LABORATORIO

Fecha de diagnóstico de laboratorio: ..... / ..... / .....

Agente causal<sup>4</sup> (marcar una de las siguientes opciones):

*Campylobacter coli*  *Campylobacter upsaliensis*

*Campylobacter fetus*  *Campylobacter urealyticus*

*Campylobacter jejuni*  *Campylobacter spp*

*Campylobacter lari*

**Muestra** (marcar las muestras en las que el resultado sea positivo):

- Biopsia intestinal
- Líquido peritoneal/ascítico
- Heces
- Líquido articular/sinovial
- Sangre
- Líquido cefalorraquídeo (LCR)
- Orina

**Prueba** (marcar las que tengan resultado positivo):

- Cultivo
- Detección de ácido nucleico (PCR)

**Resultados de pruebas de sensibilidad antimicrobiana<sup>5</sup>:**  Sí  No  Desconocido

	S	I	R	CMI (mg/L)	Halo (mm)
Amoxicilina /Clavulánico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
Ciprofloxacino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
Eritromicina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
Gentamicina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....
Tetraciclina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....	.....

*S: Sensible con régimen de dosificación estándar*

*R: Resistente*

*I: Sensible con exposición aumentada al antibiótico*

*CMI: Concentración mínima inhibitoria*

**Envío de muestra al Laboratorio Nacional de Referencia (LNR):**  Sí  No  Desconocido

Identificación de muestra del declarante al LNR: .....

Identificación de muestra en el LNR: .....

**DATOS DEL RIESGO**

**Lugar de exposición del caso:**

- En la C.A. de residencia<sup>6</sup>
- En una C.A. distinta de la de residencia<sup>7</sup>
- En un país distinto de España<sup>8</sup>

**País de exposición del caso<sup>9</sup>:** .....

**C.A. de exposición del caso<sup>9</sup>:** .....

**Provincia de exposición del caso<sup>9</sup>:** .....

**Municipio de exposición del caso<sup>9</sup>:** .....

### CATEGORIZACIÓN DEL CASO

**Criterios de clasificación de caso:**

Criterio clínico:  Sí  No  Desconocido

**Clasificación del caso** (marcar una de las siguientes opciones):

Probable  Confirmado

**Asociado a brote:**  Sí  No  Desconocido

Identificación del brote: .....

C.A. de declaración del brote<sup>10</sup>: .....

### OBSERVACIONES<sup>11</sup>

.....

---

1. Fecha de la primera declaración del caso: Fecha de la primera declaración al sistema de vigilancia (habitualmente realizada desde el nivel local).
2. Fecha del caso: Es la fecha de inicio de síntomas o la más cercana en caso de no conocerla (fecha de diagnóstico, fecha de hospitalización, etc.).
3. Hospitalización: Estancia de al menos una noche en el hospital.
4. Agente causal: Rellenar sólo si el caso cuenta con confirmación de laboratorio.
5. Resultados de pruebas de sensibilidad antimicrobiana: Interpretación final basada en los puntos de corte de los criterios clínicos de EUCAST o de las predicciones de fenotipo salvaje o no salvaje de genes de resistencia o de mutaciones asociadas con la resistencia.
6. Lugar de exposición: C.A. de residencia: Define si la exposición al riesgo del caso se produjo en la misma C.A. en la que reside.
7. Lugar de exposición: C.A. distinta de la de residencia: Define si la exposición al riesgo del caso se produjo en una C.A. distinta a la que reside.
8. Lugar de exposición: País distinto de España: Define si la exposición al riesgo se produjo en un país distinto de España.
9. País/ C.A./ Provincia/ Municipio de exposición del caso: Especificar el lugar de exposición o de adquisición de la infección o la enfermedad: país, C.A., provincia, municipio.
10. C.A. de declaración del brote: Aquella que ha asignado el identificador del brote.
11. Observaciones: Incluir toda la información relevante no indicada en el resto de la encuesta.