

Informe epidemiológico sobre la situación de la infección por cepas de *Escherichia coli* productoras de toxina Shiga o Vero en España. Año 2021.

Resultados de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Informe realizado con los datos disponibles hasta 24 de julio 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 infección por cepas de *Escherichia coli* productoras de toxina Shiga o Vero en España. Año 2021. 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 con potencial de causar 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 enfermedades humanas, 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, guarderías 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 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 sospechoso, probable o 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 de declaración del caso.

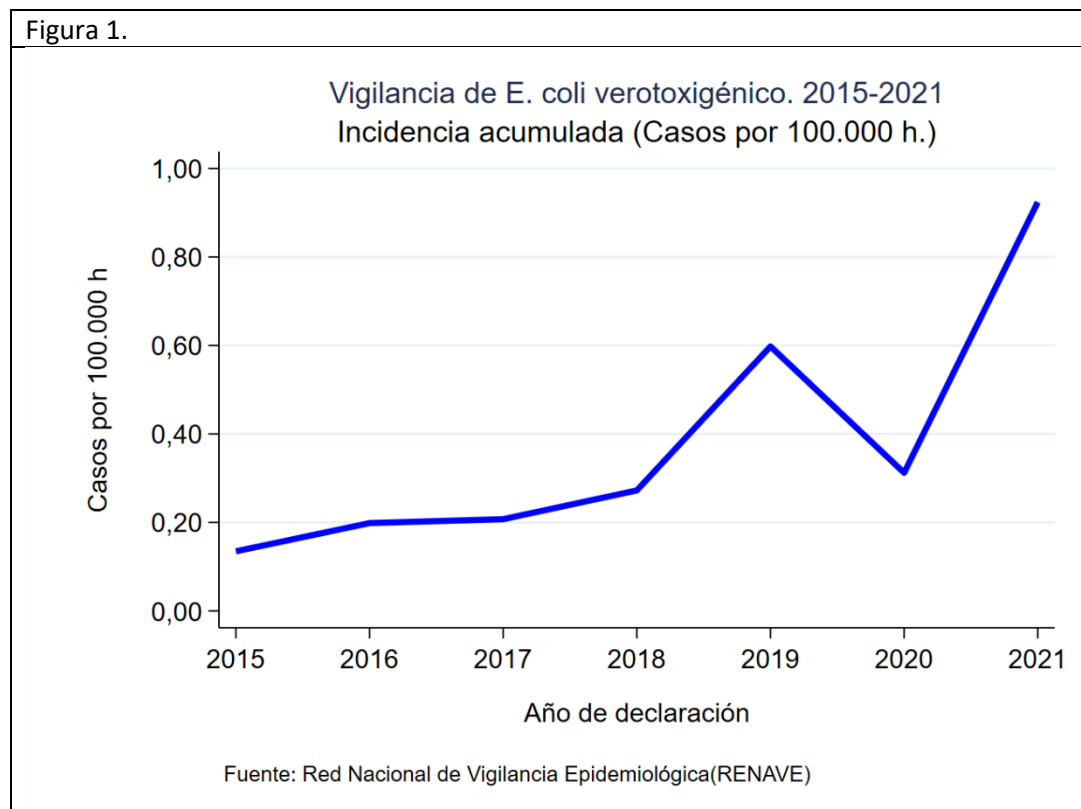
El cálculo de las incidencias acumuladas anuales se realizó utilizando como numerador el total de casos notificados durante ese año (excluyendo importados y residentes en el extranjero) y como denominador las cifras de población residente en España a día 1 de enero del año correspondiente obtenidas del 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

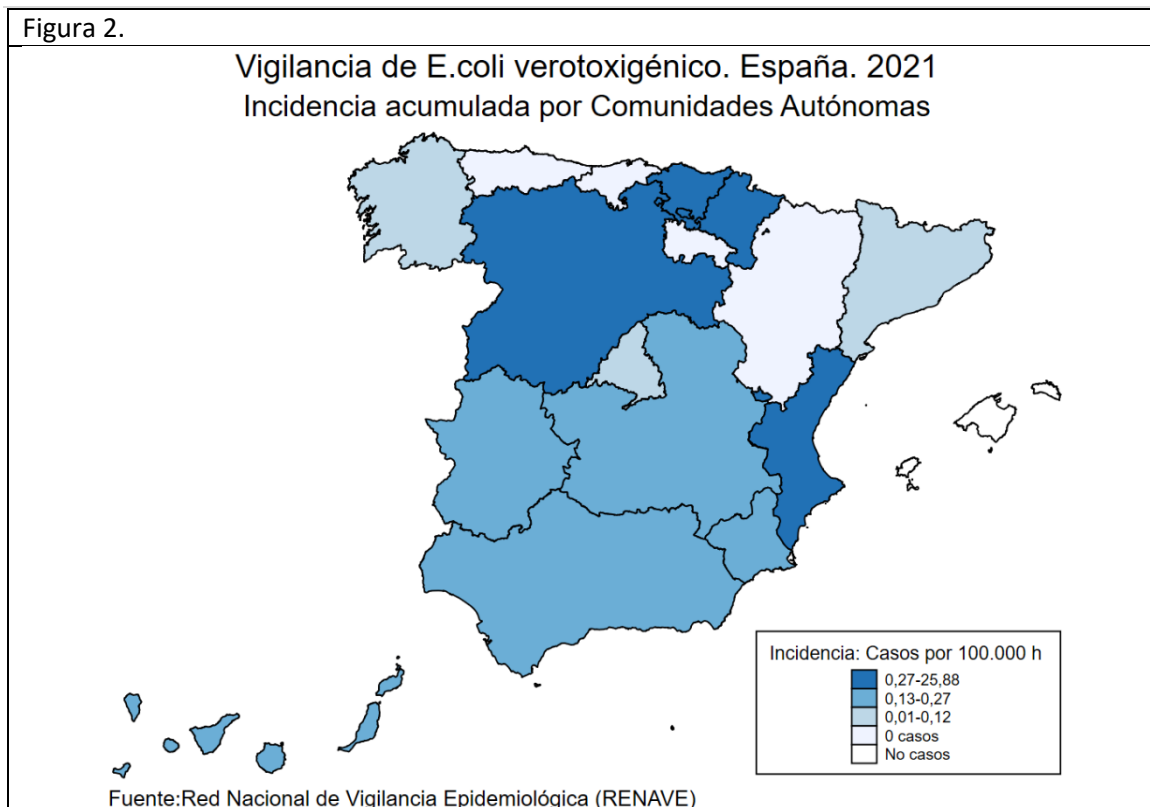
Durante el año 2021, la CA de Islas Baleares no notificó infección por STEC a la RENAVE. Además, Cantabria no notificó casos en 2019 y Murcia se incorporó a la notificación de esta enfermedad en 2020.

Se notificaron 426 casos de infección por STEC (excluyendo 1 caso importado): 421 fueron casos confirmados y 5 fueron casos probables. La incidencia acumulada (IA) anual fue de 0,92 casos/100.000 habitantes (Figura 1).



Distribución geográfica

Las CCAA con IA más elevadas en 2021 fueron: Navarra (IA=25,88), País Vasco (IA=6,66) y Comunidad Valenciana (IA=1,17). Por otra parte, las CCAA de Aragón, Asturias, Cantabria, La Rioja, y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla notificaron cero casos (Figura 2).

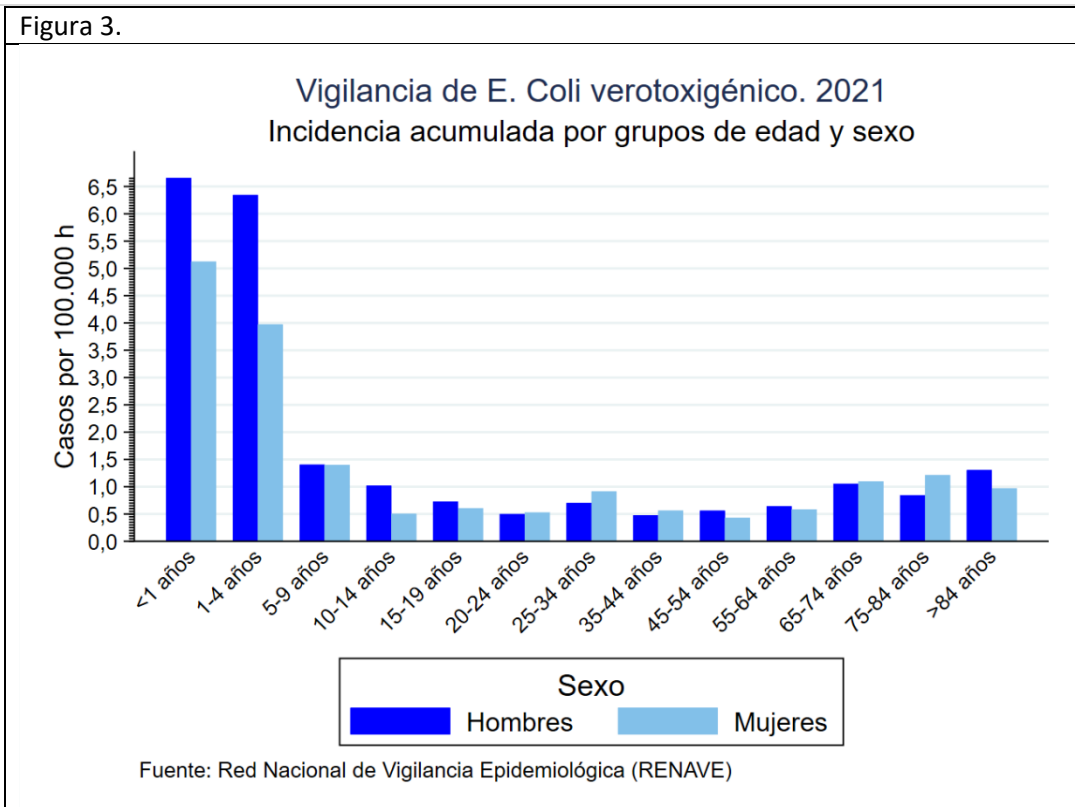


Características de los casos

En todos los casos notificados en el 2021 se disponía de información sobre el sexo y la edad. Las mayores incidencias acumuladas se observaron en los menores de 5 años, siendo superiores en los niños que en las niñas (razón hombre/mujer de 1,30 en el grupo de menores de 1 año y de 1,60 en el grupo de 1-4 años) (Figura 4). La IA disminuyó conforme aumentó la edad, incrementándose de nuevo a partir de los 65 años.

Se notificaron 114 hospitalizaciones (27,7% de casos con información en esta variable), de las que en seis casos constaba que presentaron síndrome hemolítico urémico (SHU); cinco casos eran menores de 3 años y el otro caso era un adulto de 79 años. Además, se notificaron tres defunciones, en adultos de 55, 71 y 87 años.

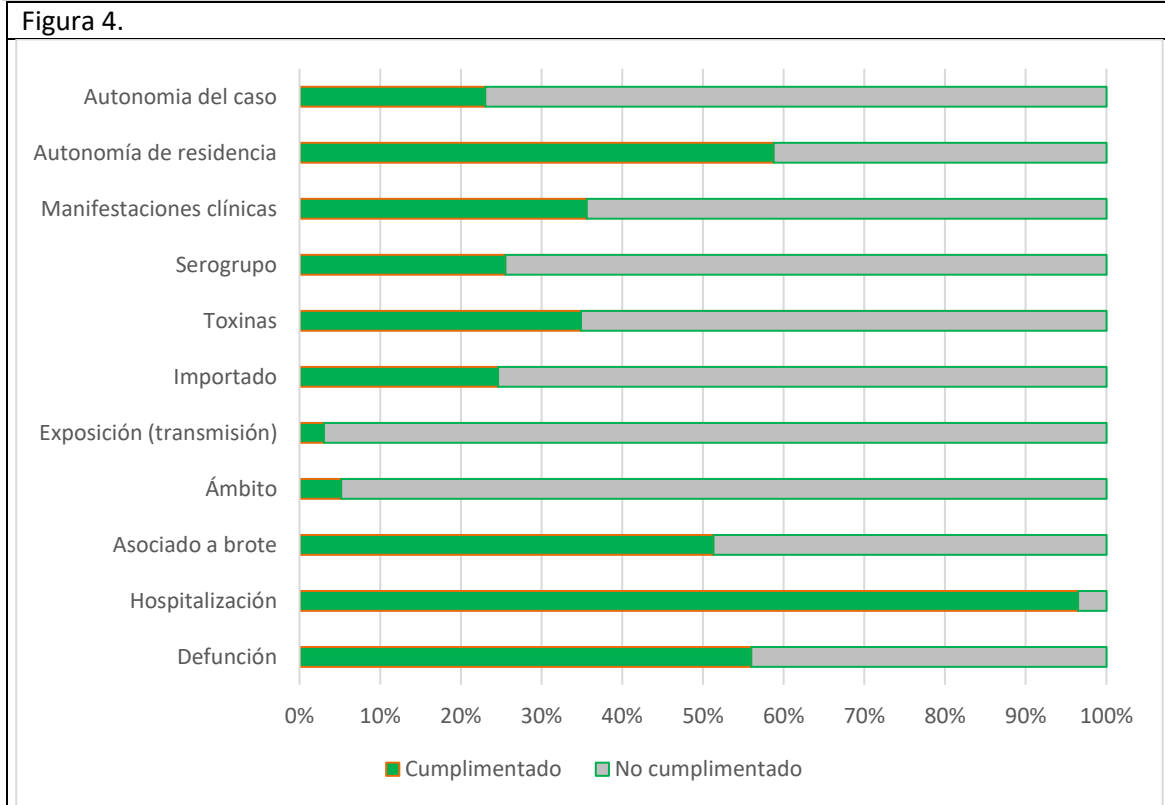
Figura 3.



Se disponía de información sobre el serogrupo implicado en la infección en 108 casos (25% del total de casos notificados ese año) de los que 77 (71%) correspondieron al O157; se identificó el serotipo en 19 de ellos, todos correspondientes al O157:H7. En otros dos casos, el serogrupo identificado fue el O26 (no estando disponible la información del serotipo), y el resto (29 casos) se notificaron como No-O157.

Calidad de los datos de la declaración de casos individualizados

La calidad de la cumplimentación de las variables se muestra en la figura 4. Se disponía de información sobre la edad y sexo en todos los casos. La variable hospitalización estaba cumplimentada en más del 90% de los casos, y las variables autonomía de residencia, si el caso estaba asociado a brote y la defunción en un 50-60% de los casos. Se disponía de información sobre la autonomía del caso, las manifestaciones clínicas de la enfermedad (incluyendo SHU), el serogrupo, la detección de las toxinas y si el caso era importado en un 20-40% de los casos, y de la información sobre la variable de exposición (que refleja el mecanismo de transmisión) y el ámbito de exposición en menos del 10% de los casos.



Brotos

Se notificaron dos brotes de STEC, con un total de 4 casos, uno de ellos hospitalizado. En uno de los brotes el mecanismo de transmisión fue alimentario, siendo el alimento sospechoso una hamburguesa consumida en un restaurante, y afectando a dos niños menores de 5 años, presentando uno de ellos SHU. El otro brote también fue alimentario, teniendo lugar en el hogar privado, sin especificar el alimento implicado.

Conclusión

En el año 2021 se observó un importante incremento de la IA con respecto al año 2020 y a los años previos a la pandemia de COVID-19, lo que puede ser debido, entre otros factores, a la introducción en el diagnóstico de técnicas moleculares (más sensibles y rápidas que las convencionales), hecho que también podría explicar las diferencias existentes entre las CCAA. La mayoría de los casos notificados ocurrieron en niños menores de 5 años, siendo la población con mayor riesgo de desarrollar enfermedad grave, como el SHU.