

Informe epidemiológico sobre la situación de la infección por cepas de *Escherichia coli* productoras de toxina Shiga o Vero en España. Año 2022.

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 2022. 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 2022 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.

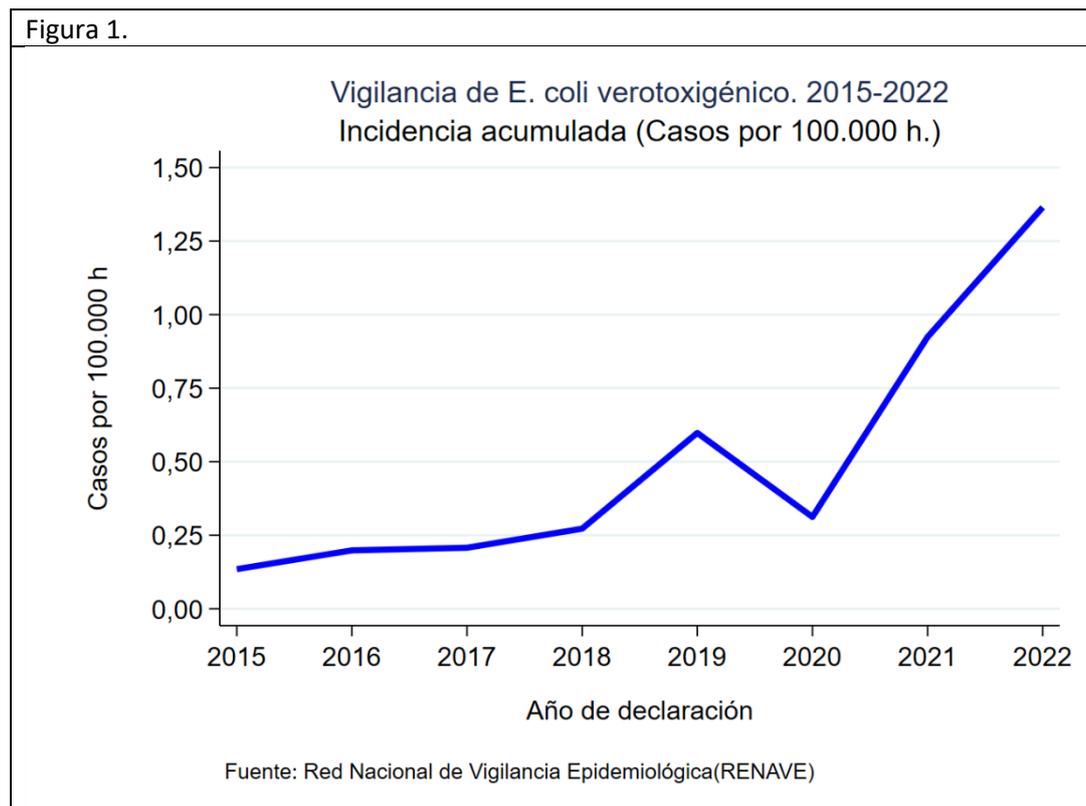
El cálculo de las incidencias acumuladas anuales se realizó utilizando como numerador el total de casos notificados durante ese año (excluyendo importados y residentes en el extranjero) y como denominador las cifras de población residente en España a día 1 de enero del año correspondiente obtenidas del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

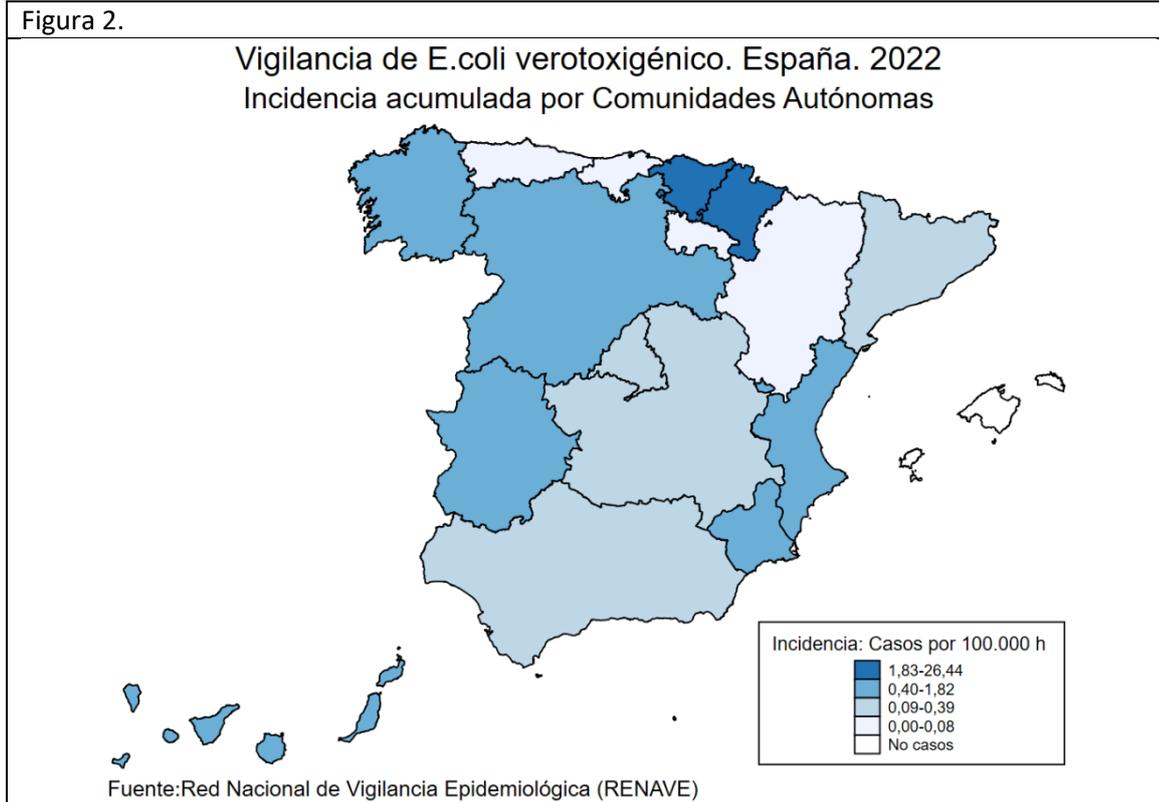
Durante el año 2022, la CA de Islas Baleares no notificó infección por STEC a la RENAVE. Además, Cantabria no notificó casos en 2019 y Murcia se incorporó a la notificación de esta enfermedad en 2020.

Se notificaron 633 casos de infección por STEC (excluyendo 8 casos importados): 620 fueron casos confirmados y 13 casos probables. La incidencia acumulada (IA) anual fue de 1,36 casos/100.000 habitantes (Figura 1).



Distribución geográfica

Las CCAA con IA más elevadas en fueron: Navarra (IA=26,44), Ceuta (IA=20,69) y País Vasco (IA=7,61). Por otra parte, las CCAA de Asturias, Cantabria y La Rioja, y la ciudad autónoma de Melilla notificaron cero casos (Figura 2).



Características de los casos

Se disponía de información sobre el sexo y la edad en el 99% de los casos. Las mayores incidencias acumuladas se observaron en los menores de 5 años, siendo superiores en las niñas que en los niños (razón hombre/mujer de 0,60 en el grupo de menores de 1 año y de 0,72 en el grupo de 1-4 años) (Figura 4). La IA disminuyó conforme aumentó la edad, incrementándose de nuevo especialmente a partir de los 75 años.

Se notificaron 134 hospitalizaciones (27,4% de casos con información en esta variable), de las que en 6 casos constaba que presentaron síndrome hemolítico urémico (SHU); cuatro casos eran menores de 3 años, un caso tenía 10 años, y el otro caso era un adulto de 84 años. Se notificaron tres defunciones: uno de los niños menores de 3 años que presentó SHU mencionado anteriormente, y otros dos adultos de 65 y 93 años.

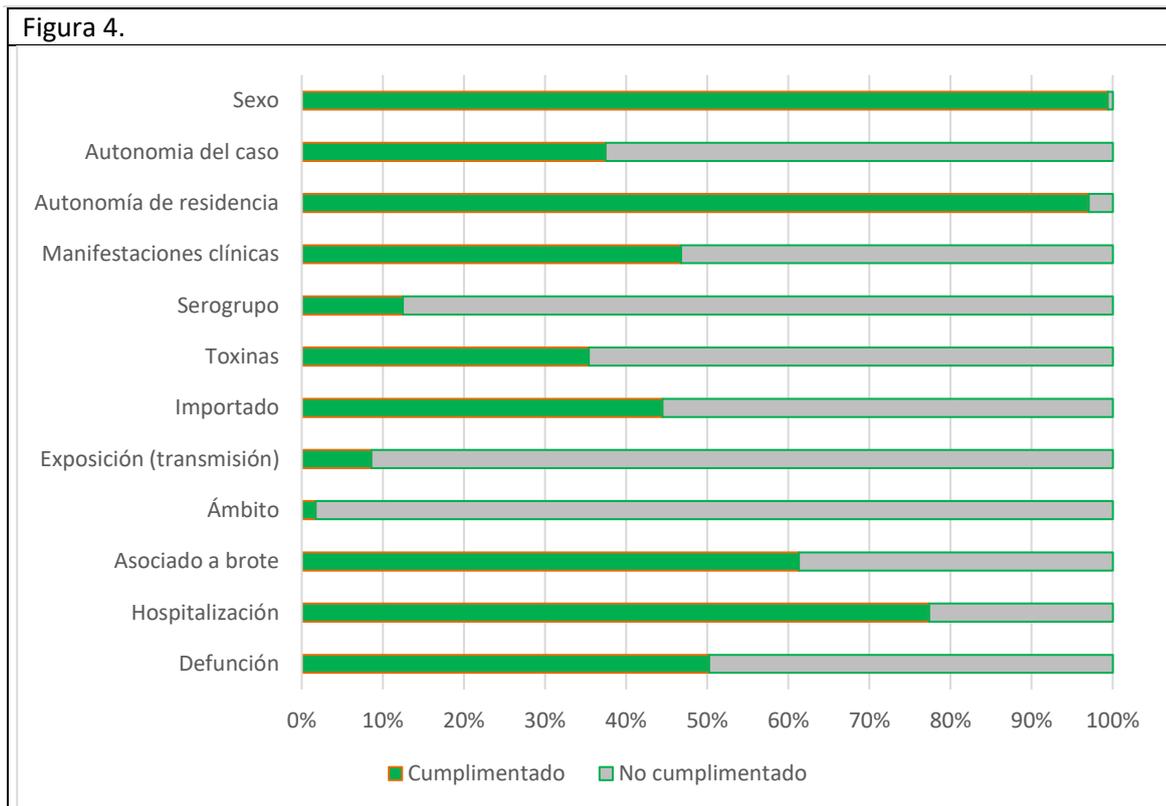
En cuanto a los casos importados, ninguno de ellos presentó SHU. Sólo dos casos eran menores de 10 años, y el resto se trató de adultos con edades comprendidas entre los 22 y los 60 años.



Se disponía de información sobre el serogrupo implicado en la infección en 80 casos (12,5% del total de casos notificados ese año) de los que 67 (84%) correspondieron al O157; se identificó el serotipo en 13 de ellos, todos correspondientes al O157:H7. Además, en un caso el serogrupo identificado fue el O107 (siendo el serotipo O107:H1), en otro caso se identificó el serogrupo O128 (siendo el serotipo identificado el O128:H2) y el resto (11 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 en todos los casos. Las variables sexo y autonomía de residencia del caso estaban cumplimentadas en más del 95% de los casos. Se disponía de información sobre la hospitalización y si el caso estaba asociado a brote es más del 60% de los casos, y sobre la defunción en un 50% de los casos. Las variables autonomía del caso, manifestaciones clínicas (incluyendo SHU), detección de toxinas y si el caso era importado estaban cumplimentadas en un 30-50% de los casos. La información sobre el serogrupo implicado en la infección estaba disponible es menos del 15% de los casos, y sobre las variables de exposición (que refleja el mecanismo de transmisión) y el ámbito de exposición en menos del 10% de los casos.



Brotos

Se notificaron cinco brotes de STEC, con un total de 13 casos y 2 hospitalizados. Dos brotes fueron de transmisión alimentaria: uno de ellos, con 4 casos, asociado al consumo de varios alimentos en un bar; y otro brote, con 2 casos menores de 2 años en una guardería, siendo el alimento sospechoso hamburguesas, e identificándose en las muestras clínicas de los casos el serogrupo O157. Otro brote fue de transmisión directa persona-persona, y en otro no se disponía de información sobre el mecanismo de transmisión; ambos tuvieron lugar en el hogar. Además, se notificó un brote importado de Mauritania, cuyo mecanismo de transmisión fue el contacto directo persona a persona.

Conclusión

En el año 2022 se observó un incremento de la IA, siguiendo la tendencia del año anterior. Este patrón temporal podría ser debido, entre otros factores, a la introducción en el diagnóstico microbiológico 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.