

**RED DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA COMUNIDAD DE MADRID**  
**Enfermedades de Declaración Obligatoria**

**PROTOCOLO DE VIGILANCIA DE CAMPILOBACTERIOSIS**

**Junio 2023**

## DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD

### Introducción

La campilobacteriosis es una zoonosis de distribución mundial causada por bacterias del género *Campylobacter*. Esta bacteria es la causa más frecuente de gastroenteritis en el mundo desarrollado; ocasiona de 5% a 14% de los casos de diarrea en todo el mundo. Los niños menores de 5 años de edad y los adultos jóvenes muestran la mayor incidencia. Aunque la mayoría de los casos son esporádicos, se han producido brotes asociados a alimentos, en particular pollo mal cocinado, leche no higienizada y agua sin potabilizar. La campilobacteriosis también es la causa de la diarrea del viajero.

La campilobacteriosis se caracteriza por diarrea (a menudo con heces sanguinolentas), dolor abdominal, malestar, fiebre, náusea y vómito. La sintomatología suele durar una semana y, en general, no más de 10 días. Otros cuadros clínicos menos frecuentes incluyen meningitis o un síndrome similar a la fiebre tifoidea y en algunas ocasiones pueden presentar complicaciones post-infecciosas como convulsiones febriles, artritis reactiva (1%), síndrome de Guillain-Barré (0,1%), eritema nodoso, urticaria e incluso simular una apendicitis o una enfermedad inflamatoria intestinal. Muchas infecciones son asintomáticas. *C. fetus*, a diferencia de *C. jejuni*, no suele causar diarrea pero puede producir manifestaciones sistémicas como bacteriemia, meningitis, infección vascular y abscesos.

### Agente

Son bacilos Gram negativos, microaerófilos (necesitan una atmósfera de 5-10% de oxígeno y 3-10% de dióxido de carbono) con forma de "espiral". *C. jejuni* y con menor frecuencia *C. coli* causan diarrea en humanos. Otras especies causantes de patología son *C. lari*, *C. upsaliensis* y *C. fetus*.

### Reservorio

Los reservorios son principalmente aves de corral y el ganado porcino y vacuno. Se ha encontrado el microorganismo en el intestino de animales domésticos y salvajes sanos.

### Modo de transmisión

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. Las canales (aves y otros) se contaminan en el proceso de faenado, normalmente a partir del contenido intestinal; además los alimentos se pueden contaminar si se manipulan en superficies o con utensilios contaminados. La dosis infectiva es baja, aproximadamente de 500 microorganismos. Se ha descrito la transmisión persona a persona pero no es frecuente.

### Periodo de incubación

El periodo de incubación es de 2 a 5 días, con límites de 1 a 10 días.

### Periodo de transmisibilidad

Se transmite durante todo el curso de la infección. Las personas no tratadas con antibióticos pueden excretar microorganismos durante dos a siete semanas.

### Susceptibilidad

La susceptibilidad es universal. Las personas inmunodeprimidas tienen mayor riesgo de infección, recurrencias, síntomas más graves y una mayor probabilidad de ser portadores crónicos. Se ha descrito un mayor riesgo de infección en personas con acidez gástrica disminuida.

La inmunidad tras la infección es duradera con las cepas relacionadas serológicamente.

## VIGILANCIA DE LA ENFERMEDAD

### Objetivos

1. Conocer y describir el patrón de presentación de la campilobacteriosis en la población.
2. Detectar precozmente los casos para controlar la difusión de la enfermedad, establecer medidas de prevención y evitar brotes.

### Definición de caso

#### Criterio clínico

Persona que presenta, al menos, una de las siguientes manifestaciones:

- Diarrea
- Dolor abdominal
- Fiebre
- Vómitos

#### Criterio de laboratorio

Aislamiento de *Campylobacter spp* en heces, sangre u otra muestra clínica. Si es posible, debe procederse a la diferenciación de *Campylobacter spp*.

Detección del ácido nucleico de *Campylobacter spp* en una muestra clínica.

#### Criterio epidemiológico

Al menos una de las cinco relaciones epidemiológicas siguientes:

- Contacto con un caso confirmado por laboratorio.
- Contacto con un animal infectado o colonizado confirmado por laboratorio.
- Exposición a la misma fuente o vehículo de infección que un caso confirmado.
- Exposición a alimentos o agua de bebida contaminados confirmados por laboratorio, o productos bajo sospecha de estar contaminados por proceder de un animal infectado o colonizado confirmado por el laboratorio.
- Exposición medioambiental a una fuente contaminada confirmada por el laboratorio.

### Clasificación de los casos

Caso sospechoso: No procede.

Caso probable: No procede

Caso confirmado: Persona que satisface los criterios de laboratorio.

### Definición de brote

Dos o más casos de campilobacteriosis que tengan una relación epidemiológica. A efectos de contabilización de casos en un brote, se computarán los afectados que tengan un cuadro clínico compatible con la enfermedad y cumplan alguno de los criterios de relación epidemiológica, independientemente de la confirmación por laboratorio.

## MODO DE VIGILANCIA

En la Comunidad de Madrid los casos **confirmados** son de declaración obligatoria semanal. Las sospechas de brotes se deben comunicar por el medio más rápido posible al Área de vigilancia y control de Enfermedades Transmisibles (teléfono: 91 370 08 88, correo electrónico: [epidemiologia.vigilancia@salud.madrid.org](mailto:epidemiologia.vigilancia@salud.madrid.org)) de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid si es en horario laboral de mañana (de 8:00 a 15:00 horas) y durante las tardes, noches, sábados, domingos y festivos al [Sistema de Alerta Rápida en Salud Pública](#)

(SARSP) llamando al 061. Los datos a recoger sobre estos casos se incluyen en la Encuesta Epidemiológica (anexo I).

La Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública notificará al Centro Nacional de Epidemiología los casos confirmados de forma individualizada con una periodicidad al menos mensual. La información de los casos podrá actualizarse después de la declaración inicial y se hará una consolidación anual de la información. En el caso de brotes, además de recoger los datos de la encuesta epidemiológica para cada caso, la unidad técnica correspondiente del Área de vigilancia y control de Enfermedades Transmisibles deberá remitir al Servicio de Alertas y Brotes Epidémicos el informe final en un plazo máximo de un mes después de que haya finalizado su investigación. La Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública remitirá, a su vez, el informe del brote al Centro Nacional de Epidemiología en un periodo de tiempo no superior a tres meses tras la finalización de la investigación.

Ante casos o brotes en los que se sospeche asociación con un alimento elaborado y/o distribuido fuera del ámbito familiar, se comunicará a la Subdirección General de Seguridad Alimentaria y Sanidad Ambiental y, en las situaciones en que esté implicado algún colectivo de su competencia, al Ayuntamiento de Madrid.

Si se sospecha un brote supracomunitario o cuando su magnitud o extensión requieran medidas de coordinación nacional, se informará también de forma urgente al Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias del Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad y al Centro Nacional de Epidemiología.

## **MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA**

### **Medidas ante un caso y sus contactos**

De manera general, se procederá a la rehidratación y reposición de electrolitos en los casos. El tratamiento con antimicrobianos sólo tiene valor si se usa en las fases tempranas de la infección, en los casos graves y para la eliminación del estado de portador. Aunque el tratamiento antimicrobiano de elección para *C. jejuni* o *C. coli* es eritromicina o fluoroquinolonas, debe tenerse en cuenta el alto nivel de resistencias frente a estos antimicrobianos entre las cepas españolas, sobre todo frente a las fluoroquinolonas, por lo que sería recomendable realizar un antibiograma previo a la instauración de un tratamiento.

Se deben adoptar precauciones de contacto en los pacientes institucionalizados. Se debería excluir de forma temporal de su actividad a las personas con diarrea que manipulen alimentos o se encarguen del cuidado directo de niños, ancianos, pacientes inmunocomprometidos e institucionalizados hasta la resolución de la misma, especialmente en aquellas circunstancias en las que no se pueden garantizar las medidas higiénicas adecuadas.

### **Medidas ante un brote**

Cuando se produzca un brote debe iniciarse una investigación epidemiológica para determinar la fuente de infección y el modo de transmisión. Las medidas preventivas o de control se adoptarán de acuerdo con los resultados de la investigación epidemiológica. Hay que tener en cuenta que la mayoría de los casos de campilobacteriosis son esporádicos.

## BIBLIOGRAFÍA

- Communicable Disease Control Unit. Manitoba Health Public Health. Communicable Disease Management Protocol – *Campylobacter* infection. November 2001.
- West Virginia Department of Health and Human Resources, Bureau for Public Health. *Campylobacter* Enteritis Surveillance Protocol. January 2002
- Second Report on *Campylobacter*. London: Food Standards Agency, ACMSF (Advisory Committee on the Microbiological Safety of Food); 2004. Disponible en: <http://www.food.gov.uk/multimedia/pdfs/acmsfcampylobacter.pdf>.
- A Working Group of the former PHLS Advisory Committee on Gastrointestinal Infections. Preventing person-to-person spread following gastrointestinal infections: guidelines for public health physicians and environmental health officers. *Commun Dis Public Health*. 2004;7:362-84
- Massachusetts Department of Public Health, Bureau of Communicable Disease Control. Guide to Surveillance, Reporting and Control. June 2006.
- *Campylobacter* enteritis. En: Heymann DL, Editor. *Control of Communicable Diseases Manual*. 19ª Ed. Washington: American Public Health Association, 2008. p.94-98.
- Martin JB; Ban MA. *Campylobacter jejuni* y especies relacionadas. En *Enfermedades Infecciosas*. Mandell, Douglas y Bennet. Capítulo 213. p.2548-2557. Sexta edición. 2006.
- Decisión de la Comisión de 28/04/2008 que modifica la Decisión 2002/253/CE por la que se establecen las definiciones de los casos para comunicar las enfermedades transmisibles a la red comunitaria, de conformidad con la Decisión nº 2119/98/CE del Parlamento Europeo y del Consejo.

ANEXO I. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE CAMPILOBACTERIOSIS

DATOS DE FILIACIÓN

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido1: \_\_\_\_\_ Apellido2: \_\_\_\_\_  
 Sexo:  Hombre  Mujer Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_  Meses  Años  
 País de nacimiento:  España  
 Otros, especificar: \_\_\_\_\_ Año de llegada a España: \_\_\_\_\_  
 Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Teléfono 1: \_\_\_\_\_ Teléfono 2: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_  
 Municipio: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_ Zona Básica: \_\_\_\_\_  
 Provincia: \_\_\_\_\_ Comunidad Autónoma: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

DATOS DEL CASO

Fecha de inicio de síntomas: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de diagnóstico clínico: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_  
 Clasificación del caso:  Confirmado Criterios de clasificación:  Clínico  
 Laboratorio  
 Epidemiológico  
 Ingreso hospitalario (estancia de al menos una noche, no generan estancias las camas de observación de urgencias):  
 Sí ⇒ Hospital: \_\_\_\_\_ Servicio \_\_\_\_\_  
 Nº historia clínica : \_\_\_\_\_  
 No Fecha de ingreso: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha de alta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_  
 Evolución:  Curación  
 Secuelas, especificar secuelas: \_\_\_\_\_  
 Fallecimiento, especificar fecha de fallecimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_  
 Situaciones de interés epidemiológico:  
 Albergue/Indigente  Trabajador de centro sanitario  Residencia (mayores, menores,...)  
 Ascendencia extranjera, especificar país de ascendencia: \_\_\_\_\_  
 Otras, especificar: \_\_\_\_\_  
 Colectivo de interés: \_\_\_\_\_  
 Asociado a otro caso o brote (detallar la información sobre el caso o brote asociado):  
 Sí, especificar: \_\_\_\_\_  
 No  
 Ubicación del riesgo (lugar posible de exposición o adquisición de la enfermedad):  
 Coincide con el domicilio  
 Diferente del domicilio  
 Lugar: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ Piso: \_\_\_\_\_  
 Municipio: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_ Zona Básica: \_\_\_\_\_  
 Provincia: \_\_\_\_\_ Comunidad Autónoma: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

DATOS DEL NOTIFICADOR

Nombre: \_\_\_\_\_  
 Centro de Trabajo: \_\_\_\_\_  
 Municipio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fecha de declaración: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

## DATOS DE LABORATORIO

Técnica diagnóstica	Muestra*	Resultado	Fecha toma muestra	Fecha resultado
Aislamiento	_____	_____	___/___/_____	___/___/_____
PCR	_____	_____	___/___/_____	___/___/_____

\*Muestras de elección: biopsia intestinal, heces, LCR, líquido articular, líquido peritoneal, orina, sangre.

**Agente causal:**

*Campylobacter coli*                       *Campylobacter lari*  
 *Campylobacter jejuni*                       *Campylobacter upsaliensis*  
 *Campylobacter fetus*                       *Campylobacter spp*  
 *Campylobacter*; otra especie

Resultados de pruebas de sensibilidad antimicrobiana:  Sí  No

	Sensible	Intermedio	Resistente
Amoxicilina/Clavulánico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ampicilina	<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"/>
Ácido Nalidíxico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tetraciclina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## OBSERVACIONES