



PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y ALERTA DE CAMPILOBACTERIOSIS

Actualizado a marzo de 2012

DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD	3
Introducción	3
Agente	3
Reservorio	3
Modo de transmisión	3
Periodo de incubación	3
Periodo de transmisibilidad	3
Síntomas	4
Susceptibilidad	4
VIGILANCIA DE LA ENFERMEDAD	4
Objetivos	4
Definición de caso	4
Clasificación de los casos	5
DEFINICION DE ALERTA	5
MODO DE VIGILANCIA	5
Declaración de la enfermedad	5
Notificación y comunicación de alerta por brote	5
MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA	6
Organización de recursos	6
Medidas ante un caso y sus contactos	6
Medidas ante un brote	6
BIBLIOGRAFÍA	7
ANEXO. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE CAMPILOBACTERIOSIS	8

Protocolo de Vigilancia y Alerta de CAMPILOBACTERIOSIS

DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Introducción

La campilobacteriosis es una zoonosis de distribución mundial que hace referencia a un grupo de infecciones causadas por bacterias gramnegativas del género *Campylobacter*. La enteritis por *Campylobacter* es la causa bacteriana más frecuente de gastroenteritis en el mundo desarrollado; ocasionan 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 con alimentos, en particular pollo mal cocinado, leche no higienizada y agua sin potabilizar. La campilobacteriosis también es una importante causa de la diarrea del viajero.

Agente

Los agentes más comunes causantes de campilobacteriosis en humanos son *Campylobacter jejuni* y, con menor frecuencia, *C. coli*. Se trata de bacilos Gram negativos, microaerófilos (necesitan una atmósfera de 5-10% de oxígeno y 3 a 10% de dióxido de carbono) con forma de “espiral”. Las especies *Campylobacter jejuni*, *C. coli*, *C. lari*, y *C. upsaliensis* son termófilas, capaces de crecer a 42-43°C pero no a 25°C, *C. fetus* por el contrario crece a 25 y 37°C.

Reservorio

Los reservorios son principalmente aves de corral y ganado porcino y vacuno. Se ha encontrado el microorganismo en intestinos 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 agua contaminados; contacto con mascotas infectadas o animales de granja. La contaminación de la leche se produce por 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 unos 500 microorganismos. Aunque se ha descrito transmisión persona a persona, esta forma de transmisión 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.

Síntomas

La campilobacteriosis se caracteriza por diarrea (a menudo con heces sanguinolentas), dolor abdominal, malestar, fiebre, náusea y vómito. Suele durar una semana y por lo general no se extiende 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 postinfecciosas 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 permanecen asintomáticas. *C fetus* a diferencia de *C jejuni* no es una causa frecuente de diarrea pero a menudo produce manifestaciones sistémicas (bacteriemia, meningitis, infección vascular y abscesos).

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.

VIGILANCIA DE LA ENFERMEDAD

Objetivos

1. Conocer y describir el patrón de presentación de la campilobacteriosis en la población.
2. Detectar precozmente, controlar y prevenir brotes

Definición de caso

Criterio clínico

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

- Diarrea
- Dolor abdominal
- Fiebre

Criterio epidemiológico

Al menos una de las cinco relaciones epidemiológicas siguientes:

- Transmisión de persona a persona
- Transmisión de animal a persona
- Exposición a una fuente común
- Exposición a alimentos o agua de bebida contaminados
- Exposición medioambiental

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*

Clasificación de los casos

Caso sospechoso: No procede.

Caso probable: No procede.

Caso confirmado: Persona que satisface los criterios de laboratorio y los clínicos.

DEFINICION DE ALERTA

Se define alerta por brote o cluster cuando se producen dos o más casos de campilobacteriosis que tengan una relación epidemiológica.

MODO DE VIGILANCIA

Declaración de la enfermedad

Según la Orden de 11 de diciembre de 2008, un caso de esta enfermedad no requiere declaración. Se considera alerta en Salud Pública un brote epidémico o agrupación inusual de casos de esta enfermedad.

Notificación y comunicación de alerta por brote

La sospecha de alerta se debe investigar y comunicar de manera urgente a SVEA.

En días laborables, en horario de 8:00 a 15:00 horas si la detección de la sospecha de la alerta se produce en Atención primaria la notificación se efectuará a Epidemiología de Atención Primaria (EAP) del Distrito Sanitario o Área de Gestión Sanitaria, mediante teléfono. Si se produce en Atención Hospitalaria se realizará a Medicina Preventiva (MP), que contactará telefónicamente con EAP del Distrito Sanitario correspondiente. EAP o MP grabarán la ficha correspondiente en la aplicación RedAlerta con los datos disponibles, e informarán vía telefónica a la Delegación Provincial, Sección de Epidemiología.

- Desde EAP se pondrán en contacto con el Centro de Salud correspondiente.
- La Sección de Epidemiología de la Delegación, tras comunicarlo al Jefe de Servicio, valorará la necesidad de comunicarlo a otra unidad de la Delegación, u otros organismos, según características y magnitud de la alerta.

Entre las 15.00 y las 8:00 horas del día siguiente, los fines de semana y festivos, la comunicación se realizará:

- A la EPES, utilizando el número de teléfono **902.220.061**.
- La EPES avisará a través del teléfono provincial de alerta a epidemiología, que grabará el caso en la aplicación redalerta y lo comunicará, si procede, al teléfono central de alertas.

En caso de alerta por brote, la unidad de SVEA correspondiente adjuntará en la ficha de *redalerta* el informe final del brote dentro de los 40 días desde la fecha de aparición de la alerta y en todo caso antes de los 60 días. Desde el SESL, se remitirá este informe al CNE en un máximo de tres meses tras finalizar su investigación. Si se sospecha interés supracomunitario, se informará de forma urgente.

MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA

Organización de recursos

La declaración de alerta por brote implica una intervención inmediata.

Tras la sospecha de alerta, EAP o Epidemiología en el Equipo de Alerta Provincial deben iniciar la intervención, que se detalla en el punto posterior.

Desde la Delegación Provincial se garantizará la realización de la intervención por las unidades implicadas.

Medidas ante un caso y sus contactos

Casos y contactos

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. Además, estos agentes tienen valor si se usan en las fases tempranas de la infección, en casos graves y para la eliminación del estado de portador.

Se excluirán del trabajo o la asistencia a clase a todos los casos hasta 48 horas después de que las deposiciones sean normales.

Medidas ante un brote

En caso de brote debe iniciarse una investigación epidemiológica para determinar la fuente de infección y el modo de transmisión y deben iniciarse medidas preventivas o de control. 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.
- Martín JB; Ban MA. *Campylobacter jejuni* y especies relacionadas. En *Enfermedades Infecciosas*. Mandell, Douglas y Bennet. Capítulo 213.pa: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
- Orden de 11 de diciembre de 2008, por la que se modifica la Orden de 19 de diciembre de 1996, por la que se desarrolla el Sistema de Vigilancia Epidemiológica en la Comunidad Autónoma de Andalucía y se establece la relación de enfermedades de declaración obligatoria.

ANEXO. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE CAMPILOBACTERIOSIS¹

DATOS PERSONALES Y DE LA DECLARACION

ID caso redalerta: ID brote redalerta:

Apellidos: Nombre:

Edad:años ó meses

Domicilio: Localidad:

TLF. : Sexo: V M

Persona que realiza la encuesta: TLF:

DATOS SOBRE LA ENFERMEDAD

Fecha del caso²: __ - __ - __

Fecha de inicio de los primeros síntomas³: __ - __ - __

Lugar probable de exposición del caso:

Municipio: _____ Provincia: _____ Comunidad Autónoma: _____ País: _____

DATOS DE LABORATORIO

Agente causal (género y especie): _____

Fecha de recepción de la muestra en el laboratorio: __-__-__

Fecha de diagnóstico microbiológico: __-__-__

Criterios analíticos:

Tipo de prueba:

	SI	NO	Desconocido	Tipo Muestra Clínica
Aislamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Patrón de resistencia a los antimicrobianos:

	Sensible	Intermedio	Resistente
Ampicilina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¹ Para ayuda a la investigación del brote. No es una EDO

² Por defecto fecha de recepción de la muestra en el laboratorio.

³ Por defecto lugar de residencia del caso.

