



## PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y ALERTA DE SHIGELOSIS

Actualizado a Octubre 2011

DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD .....	3
Introducción.....	3
Agente.....	3
Reservorio.....	3
Modo de transmisión .....	3
Periodo de incubación .....	4
Periodo de transmisibilidad .....	4
Síntomas .....	4
VIGILANCIA DE LA ENFERMEDAD.....	5
Objetivos.....	5
Definición de caso .....	5
Clasificación de los casos .....	5
DEFINICION DE ALERTA .....	5
MODO DE VIGILANCIA .....	5
Notificación y comunicación de alerta por brote.....	6
Organización de recursos.....	6
MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA .....	7
Medidas ante un caso.....	7
Medidas en caso de brotes epidémicos.....	7
BIBLIOGRAFIA .....	8
Anexo. ENCUESTA EPIDEMIOLOGICA DE SHIGELOSIS .....	9





## DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD

### Introducción

La shigelosis es una enfermedad bacteriana aguda que afecta al intestino, causada por bacterias del género *Shigella*. La distribución de la enfermedad es mundial, siendo endémica en climas tanto tropicales como templados. Los casos notificados representan sólo una pequeña proporción de casos incluso en áreas desarrolladas; se estima que la shigelosis causa unas 600.000 muertes al año. Dos tercios de los casos y la mayoría de las muertes son en niños menores de 10 años. La enfermedad en niños menores de 6 meses es rara.

En general, *S. flexneri*, *S. boydii* y *S. dysenteriae* son las responsables de la mayoría de aislamientos de los países en desarrollo y *S. sonnei* es más frecuente en países industrializados donde la enfermedad generalmente es menos grave. Es frecuente que haya más de un serogrupo en una comunidad y también se han notificado infecciones mixtas con otros patógenos intestinales. Han aparecido en todo el mundo cepas de *Shigella* multirresistentes, con variaciones geográficas importantes, en relación con el amplio uso de antimicrobianos.

### Agente

En 1897 se aisló por primera vez el bacilo Shiga, conocido hoy en día como *Shigella dysenteriae* tipo 1. Los microorganismos del género *Shigella* son bacilos pequeños Gram-negativos, inmóviles y no encapsulados, que pertenecen a la familia Enterobacteriaceae. Este género comprende 4 grupos, que históricamente han sido tratados como especies: *S. dysenteriae* (grupo A), *S. flexneri* (grupo B), *S. Boydii* (grupo C) y *S. sonnei* (grupo D).

Fuera del cuerpo humano *Shigella* permanece viable sólo un periodo de tiempo corto por lo que las muestras de heces tienen que procesarse rápidamente después de la recogida.

### Reservorio

El único reservorio significativo es humano, aunque han ocurrido brotes prolongados en colonias de primates.

### Modo de transmisión

El mecanismo de transmisión es fecal-oral. La infección puede ocurrir por contacto persona-persona o por la ingestión de alimentos o agua contaminados. La transmisión de la enfermedad a través de los alimentos no es frecuente en los países industrializados si se compara con la propagación por contacto directo, pero cuando se produce, se asocia con grandes brotes. Las moscas también pueden actuar como vehículo de transmisión, contaminando los alimentos sin proteger.

Los brotes ocurren en condiciones de hacinamiento y cuando la higiene personal es pobre, como en las prisiones, guarderías, psiquiátricos y campos de refugiados. También se producen brotes ligados a prácticas sexuales oro-anales y oro-genitales.

### **Periodo de incubación**

El periodo de incubación normalmente es entre 1 y 3 días, pero puede variar desde 12 horas hasta 1 semana para *S. dysenteriae* tipo1.

### **Periodo de transmisibilidad**

La transmisibilidad se mantiene mientras persista el agente infeccioso en las heces, normalmente dentro de las 4 semanas desde la aparición de síntomas. Los portadores asintomáticos pueden transmitir la enfermedad aunque raramente el estado de portador persiste meses o más. El tratamiento antimicrobiano adecuado normalmente reduce el estado de portador a pocos días.

### **Síntomas**

Los primeros síntomas pueden ser fiebre y calambres abdominales, seguidos por heces acuosas voluminosas (estos hallazgos se correlacionan con una infección localizada en el intestino delgado), posteriormente puede haber una disminución de la fiebre y un aumento del número de deposiciones de pequeño volumen (heces fraccionales). En uno o dos días pueden aparecer heces con sangre y moco, como resultado de ulceraciones mucosas, con tenesmo rectal, lo que refleja una infección de localización colónica. También pueden aparecer náuseas, vómitos y a veces toxemia. Las convulsiones pueden ser una complicación importante en niños pequeños, siendo raro que se produzca bacteriemia. En algunos pacientes (en especial lactantes y adultos mayores) puede producirse una deshidratación importante por la pérdida excesiva de líquidos debido a los vómitos y a la diarrea.

La enfermedad normalmente es autolimitada con una duración entre 4 y 7 días. Hay infecciones leves y asintomáticas, especialmente por cepas de *Shigella sonnei*; en contraste, *Shigella dysenteriae* tipo 1 a menudo está relacionada con brotes epidémicos y complicaciones, incluyendo megacolon tóxico, perforación intestinal y síndrome hemolítico urémico, con tasas de letalidad de hasta el 20% en pacientes hospitalizados, incluso en los últimos años. Por otro lado, algunas cepas de *Shigella flexneri* pueden causar una artropatía reactiva (síndrome de Reiter), especialmente en personas genéticamente predisuestas por tener el antígeno HL-27(antígeno leucocitario humano B27), que ha sido asociado con un conjunto de enfermedades autoinmunes denominadas "espondiloartropatías seronegativas". Hay que tener en cuenta que no sólo el serogrupo influye en la gravedad y letalidad sino también la edad y el estado nutricional preexistente del huésped.

## VIGILANCIA DE LA ENFERMEDAD

### Objetivos

1. Conocer y describir el patrón de presentación de la shigelosis en la población.
2. Prevenir, detectar precozmente y controlar brotes.
3. Evaluar oportunidades perdidas de prevención

### Definición de caso

#### Criterio clínico

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

- Diarrea
- Fiebre
- Vómitos
- Dolor abdominal

#### Criterio de laboratorio

- Aislamiento de *Shigella* spp. en una muestra clínica.

#### Criterio epidemiológico

Al menos una de las cuatro relaciones epidemiológicas siguientes:

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

### Clasificación de los casos

Caso sospechoso: No procede.

Caso probable: Persona que satisface los criterios clínicos y con una relación epidemiológica.

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

## DEFINICION DE ALERTA

Se define alerta por brote cuando se producen dos o más casos de shigelosis 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 se considera de declaración ordinaria ni urgente. 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 por brote de shigelosis se debe investigar y comunicar de manera urgente al 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.

SVEA notificará los casos a la RENAVE, a través del CNE, de forma individualizada enviando la información del conjunto de variables establecido con una periodicidad semanal. La información se consolidará anualmente.

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.

## **Organización de recursos**

La declaración de alerta 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 DE SALUD PÚBLICA

### Medidas ante un caso

Durante la fase aguda de la enfermedad se debe realizar aislamiento entérico, dado que la dosis infectante necesaria para producir el cuadro clínico es extraordinariamente pequeña (entre 10 y 100 bacterias).

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

Además, para *S dysenteriae*, *flexneri* y *boydii* se excluirán del trabajo o el colegio a los casos y los contactos hasta la negativización de dos muestras sucesivas de heces (recogidas con una diferencia de no menos de 48 horas, pero no antes de 48 horas de haber interrumpido el empleo de antimicrobianos) cuando:

- Las prácticas higiénico-sanitarias sean deficientes, o no existen dispositivos para el lavado adecuado de manos,
- Niños/as que acuden a guarderías o escuelas infantiles
- Personal socio-sanitario en contacto con pacientes susceptibles o con riesgo de enfermedad especialmente grave,
- Manipuladores de alimentos de alto riesgo (aquellos que manipulan alimentos sin envasar que no van a sufrir tratamiento térmico previo al servicio o alimentos listos para consumir).

Es necesario incidir en la importancia de la adecuada higiene de manos tanto a los enfermos como a sus contactos y en la necesidad de limpieza y desinfección de todas aquellas superficies y útiles que puedan ser contaminados con heces.

El tratamiento antimicrobiano debe utilizarse en casos individuales si lo justifica la gravedad de la enfermedad, o para disminuir la eliminación de microorganismos por las heces. No se recomienda la administración de antibióticos con fines profilácticos. Los agentes antimotilidad están contraindicados en niños y no están recomendados en adultos porque pueden prolongar la enfermedad. Si se administraran agentes antimotilidad para aliviar los fuertes calambres abdominales que a menudo se producen, deben darse una o como máximo dos dosis y siempre administrando antimicrobianos al mismo tiempo.

### Medidas en caso de brotes epidémicos

La potencial letalidad en infecciones con *S. dysenteriae* tipo1 unido a la resistencia a los antibióticos, implica la necesidad de identificar la fuente de todas las infecciones; por el contrario en una infección aislada por *S. sonnei* en el hogar no sería tan necesaria. Los brotes alimentarios requieren una pronta investigación e intervención independientemente de la especie. Los brotes en instituciones requieren medidas especiales, incluyendo separar a los casos de las nuevas admisiones, un programa de supervisión de lavado de manos y cultivos repetidos de pacientes y cuidadores. Los brotes más difíciles de controlar son los que implican grupos de niños pequeños o deficientes mentales y aquellos donde el suministro de agua es inadecuado.

## BIBLIOGRAFIA

- Nataro JP, Bopp CA, Fields PI, Kaper JB, and Strockbine NA. *Escherichia, Shigella, and Salmonella*. En Manual of Clinical Microbiology. Editor Murray PR. Capítulo 43. Pag 670-87. Novena edición. 2007.
- Du Pont HL. Especies de *Shigella* (disentería bacilar). En Enfermedades Infecciosas. Mandell, Douglas y Bennett. Capítulo 221. Pag2655-61. Sexta edición. 2006.
- Heymann DL (Editor). Control of Communicable Diseases Manual. 19 Edición. Washington: American Public Health Association, 2008.
- 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
- 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
- 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 SHIGELOSIS

(Para ayuda a la investigación del caso o brote)

---

### DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

ID Brote redalerta: \_\_\_\_\_

Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha Nacimiento: \_\_-\_\_-\_\_ Edad en años: \_\_ Edad en meses en < 2 años: \_\_

Sexo:  Hombre  Mujer

Domicilio: \_\_\_\_\_

Localidad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Tfno. : \_\_\_\_\_

Encuestador: \_\_\_\_\_ Tfno: \_\_\_\_\_

---

### DATOS SOBRE LA ENFERMEDAD

Fecha de inicio primeros síntomas: \_\_-\_\_-\_\_

Sintomas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Lugar probable de exposición del caso: \_\_\_\_\_

Ingreso en hospital: Sí  No  Desconocido  Centro: \_\_\_\_\_

Defunción Sí  No  Desconocido

---

### DATOS DE LABORATORIO

Agente causal (género y especie<sup>1</sup>): \_\_\_\_\_

Fecha de diagnóstico microbiológico: \_\_-\_\_-\_\_

Criterios analíticos:

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

Aislamiento

### DATOS SOBRE EL RIESGO

Contacto con casos: Sí  No  Desconocido

Familiar  Sexual  Otros  Especificar: \_\_\_\_\_

---

<sup>1</sup> *Shigella dysenteriae*, *Shigella flexneri*, *Shigella Boydii* y *Shigella sonnei*

**Consumo de alimentos durante el periodo de incubación (de 1 a 7 días):**

	SI	NO	Desc
Agua no tratada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimento sospechoso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Especificar: \_\_\_\_\_

**Exposición medioambiental durante el periodo de incubación:**

Sí  No  Desconocido

En caso afirmativo especificar: \_\_\_\_\_

**Antecedentes de viaje en el periodo de incubación:** Sí  No  Desconoci

En caso afirmativo:

Lugar: \_\_\_\_\_ Fecha de llegada: \_\_\_\_\_ Fecha de salida: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Ámbito durante el periodo de incubación:**

Sí No Desc

Asiste a centro considerado de riesgo para la infección<sup>2</sup>

Especificar tipo de centro (escuela, guardería, etc):

\_\_\_\_\_

**Ocupación de riesgo:**

Sí No Desc

Manipulador de alimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabaja en escuela/guardería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atiende a personas enfermas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**CATEGORIZACIÓN DEL CASO**

**Clasificación del caso:** Probable  Confirmado

**Criterio clínico:** Sí  No  Desconocido

**Criterio epidemiológico:** Sí  No  Desconocido

**Criterio de laboratorio:** Sí  No  Desconocido

**Importado:** Sí  No  Desconocido

**Asociado a brote:** Sí  No  Desconocido

\_\_\_\_\_

<sup>2</sup> En general aquellos que presten atención a personas con necesidad de ayuda para las actividades básicas de la vida diaria

**MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA ADOPTADAS/ OBSERVACIONES**

**Aislamiento entérico:** Sí  No  Desconocido

**Coprocultivos de control:** Sí  No  Desconocido  (*En caso afirmativo especificar si ha habido dos coprocultivos negativos en un periodo no inferior a 48h*).

**OBSERVACIONES**