GENERALITAT VALENCIANA

Direcció General d´Investigació i Salut Pública

AGÈNCIA VALENCIANA DE SALUT

P R O T O C O L O S E. D. O.

SERVICIO DE VIGILANCIA Y CONTROL EPIDEMIOLOGICO

SHIGELOSIS

PROTOCOLO PARA LA VIGILANCIA

EN LA COMUNITAT VALENCIANA

ÍNDICE

1.- INTRODUCCIÓN 3
2.- VIGILANCIA DE LA ENFERMEDAD 5
3.- MODO DE VIGILANCIA 6
4.- MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA 6
5.- BIBLIOGRAFIA 8
Anexo (Encuesta epidemiológica) 9

1.- 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* (grupoB), *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

Predominantemente por transmisión fecal-oral directa o indirecta a partir de un paciente sintomático o de un portador asintomático de corto plazo. La infección puede ocurrir

también 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 nauseas, 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 predispuestas 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.

2.- VIGILANCIA DE LA ENFERMEDAD.-

Objetivos

-Conocer y describir el patrón de presentación de la shigelosis en la población.

-Prevenir, detectar precozmente y controlar brotes.

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 tres relaciones epidemiológicas siguientes:

- Contacto con un caso confirmado
- Exposición a una fuente común
- Exposición a alimentos o agua de bebida contaminados

Clasificación de los casos

Caso sospechoso: No procede.

Caso probable: Persona que satisface los criterios clínicos y con una relación epidemiológica, siempre que no se haya realizado estudio microbiológico y este haya resultado negativo.

Caso confirmado: Persona que satisface los criterios de laboratorio.

Definición de brote

Dos o más casos de shigelosis que tengan una relación epidemiológica.

3.- MODO DE VIGILANCIA.-

La Shigelosiss es una enfermedad de declaración obligatoria individualizada, y las variables de interés para la vigilancia de la enfermedad se recogen en la encuesta del ANEXO-I.

La situación epidemiológica de la enfermedad ha de evaluarse continuamente para la detección de brotes y para poder detectar cambios en los patrones de presentación; para ello se realizará un informe anual con el análisis de los datos por edad, sexo, confirmación de laboratorio, oportunidad (demora diagnostica y de declaración), pertenencia a brote y distribución territorial, además de un resumen de indicadores trimestrales y una revisión semanal del número de casos.

4.- 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 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 por *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.

5.- 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 edicción. 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

Anexo I

ENCUESTA EPIDEMIOLOGICA

GENERALITAT VALENCIANA
Direcció General d´Investigació i Salut Pública

AGÈNCIA VALENCIANA DE SALUT

GENERALITAT VALENCIANA
Direcció General d´Investigació i Salut Pública

AGÈNCIA VALENCIANA DE SALUT

La información contenida en esta encuesta es confidencial y su uso es estrictamente sanitario (Ley 14/1986, General de Sanidad, art. 10.3)

ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE DISENTERÍA BACILAR

DATOS DECLARANTE

Fecha de declaración del caso __/__/__ Semana _____ Año _____

Declarante: _____ Centro de trabajo: _____

Teléfono: _____

Punto de declaración _____

ASIGNACIÓN DEL CASO, referido al territorio de riesgo (sólo cumplimentar cuando difiere del punto de declaración)

Municipio: _____ ÁREA: _____

IDENTIFICACIÓN DEL CASO, datos de filiación

Nombre: _____ Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____

SIP: _____ Historia Clínica: _____

Fecha Nacimiento: _____ Edad: _____ años [ ] meses [ ] días [ ] Sexo: Hombre [ ] Mujer [ ]

Domicilio: _____ Municipio: _____

Provincia: _____ Teléfonos: _____

Ocupación: _____ Empresa (Colegio): _____

Sección (curso/aula): _____ Dirección empresa (Colegio) _____

Municipio (empresa/colegio): _____ Teléfonos: _____

Paciente extranjero: Sí [ ] Año llegada _____ Fecha llegada __/__/__ País nacimiento _____

No [ ]

Observaciones: _____

DATOS CLÍNICOS

Fecha de inicio de los primeros síntomas ___/___/___ Fecha de diagnóstico ___/___/___

Descripción clínica

Signos/Síntomas	SÍ	NO	NC
Diarrea	☐	☐	☐
Fiebre	☐	☐	☐
Dolor abdominal	☐	☐	☐
Tenesmo	☐	☐	☐
Heces con sangre, moco y pus	☐	☐	☐

Otros síntomas: (Citar): _____

Complicaciones: Sí [ ] No [ ] (Citar): _____ Desconocido [ ]

Ingreso en hospital: Sí [ ] No [ ] Desconocido [ ] Fecha de hospitalización: __/__/__ Fecha de alta hospitalaria: __/__/__

Centro _____ Servicio _____

Tratamiento: _____

Evolución: Curación [ ] Secuelas [ ] Especificar _____

Fallecimiento [ ] Fecha fallecimiento __/__/__ Otra [ ] Especificar _____ Desconocida [ ]

DATOS LABORATORIO

Confirmación:

Coprocultivo: Positivo [ ] Negativo [ ] No realizado [ ] Pendiente [ ] Dudoso [ ] Desconocido [ ]

Fecha ___/___/___ Germen aislado: _____

Fecha de negativización de coprocultivo (2 muestras): ___/___/___

Otras técnicas (resultado, fecha, tipo muestra): _____

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

CASO: Pertenece a BROTE [ ] Caso aislado [ ] Pendiente [ ] Agregación [ ] Desconocido [ ]

IDENTIFICACIÓN DEL BROTE: _____

TIPO DE CASO: Autóctono [ ] Importado [ ] País _____

Extracomunitario [ ] C. Autónoma _____ Pendiente [ ] Desconocido [ ]

CLASIFICACIÓN CASO:

Probable [ ] Confirmado [ ] Error Diagnóstico [ ] Pendiente [ ] Desconocido [ ]

Consumo de agua:

Controlada sanitariamente [ ] No controlada sanitariamente [ ] Desconocido [ ]

Si el agua es NO controlada especificar origen _____

¿ Ha consumido Alimentos sólidos o líquidos sospechosos en los últimos 4 días?

Sí [ ] No [ ] Desconocido [ ]

Alimento	Lugar de adquisición	Lugar de consumo

Es cuidador/a maestra en : Guardería [ ] Colegio [ ] Aula: _____

Manipulador de alimentos: Sí [ ] No [ ] Desconocido [ ]

Especificar: _____

Contacto con casos de diarrea: Sí [ ] No [ ] Desconocido [ ] (en caso afirmativo especificar nombre del contacto) _____

Mecanismo de transmisión: Directo (persona-persona) [ ] Indirecto [ ] Mixto [ ] Desconocido [ ]

Observaciones _____