

Informe epidemiológico sobre la situación de la shigelosis en España. Año 2022.

Resultados de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Informe actualizado el 12 de junio 2023 con los datos disponibles hasta la fecha.

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 shigelosis en España. Año 2022. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III.

Introducción

La shigelosis es una enfermedad aguda que afecta al intestino, causada por bacterias del género *Shigella*, bacilos pequeños Gram-negativos, inmóviles y no encapsulados, que pertenecen a la familia *Enterobacteriaceae*. Este género comprende 4 especies: *S.dysenteriae*, *S.flexneri*, *S.boydii* y *S.sonnei*.

Los primeros síntomas pueden ser fiebre y calambres abdominales, seguidos por heces acuosas voluminosas, posteriormente pueden aparecer heces con sangre o moco. También pueden darse náuseas, vómitos, a veces toxemias, deshidratación y convulsiones.

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, pero cuando se produce, se asocia con grandes brotes. Las moscas también pueden actuar como vehículo de transmisión, contaminando los alimentos sin proteger.

Métodos

Se analizaron los casos de shigelosis 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 probable y 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.

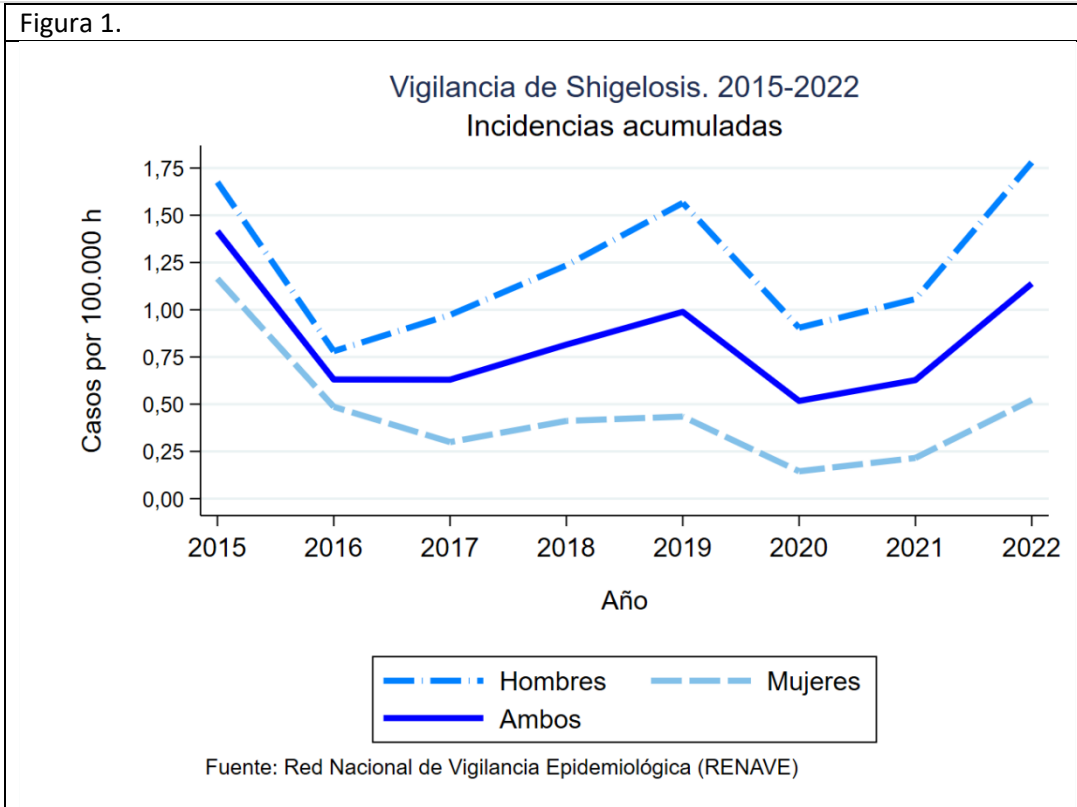
El cálculo de las incidencias acumuladas anuales se realizó utilizando como numerador el total de casos notificados durante ese año (excluyendo importados y residentes en el extranjero) y como denominador las cifras de población residente en España a día 1 de enero del año correspondiente obtenidas del Instituto Nacional de Estadística (INE), excluyendo del denominador las poblaciones correspondientes a las Comunidades Autónomas que no notificaron dicho año; además, para el cálculo de las incidencias por Comunidades Autónomas, se excluyeron del numerador los casos extracomunitarios.

Situación epidemiológica

Distribución temporal y geográfica

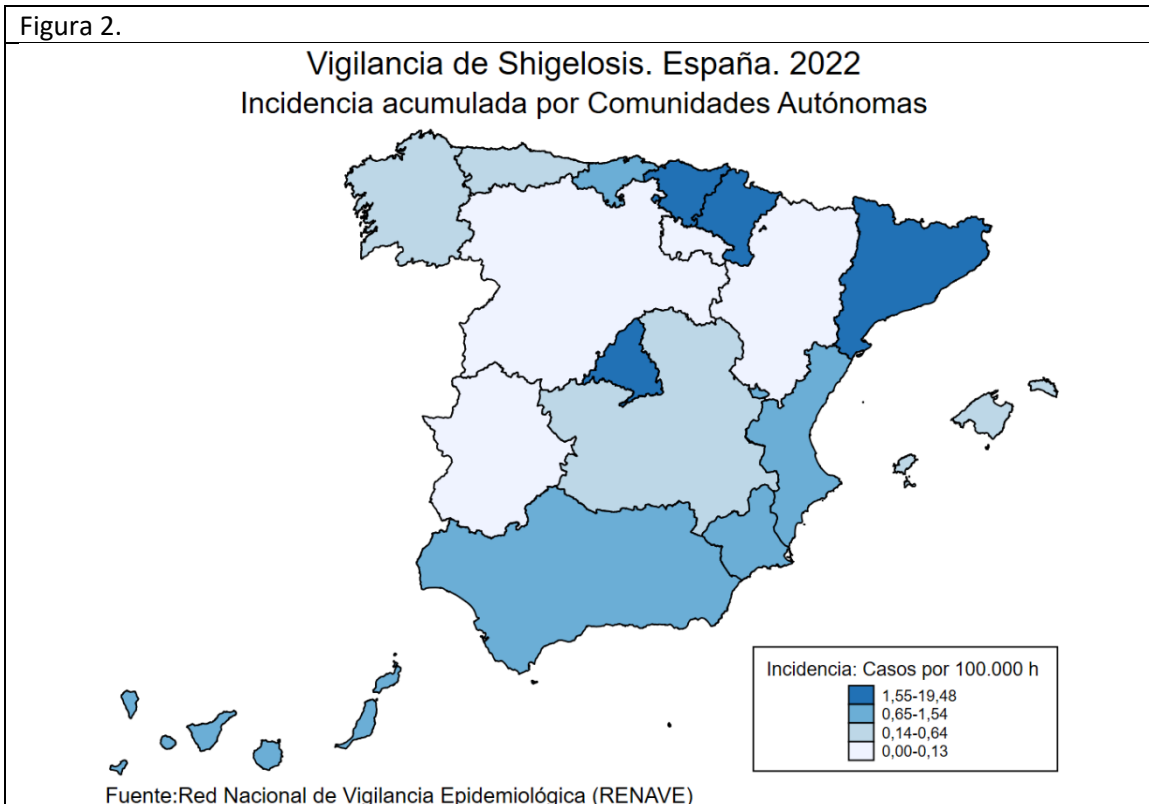
En el año 2022 se notificaron 544 casos de shigelosis (incidencia acumulada de 1,14 casos por 100.000 habitantes), excluyendo 92 casos importados (Figura 1).

Figura 1.



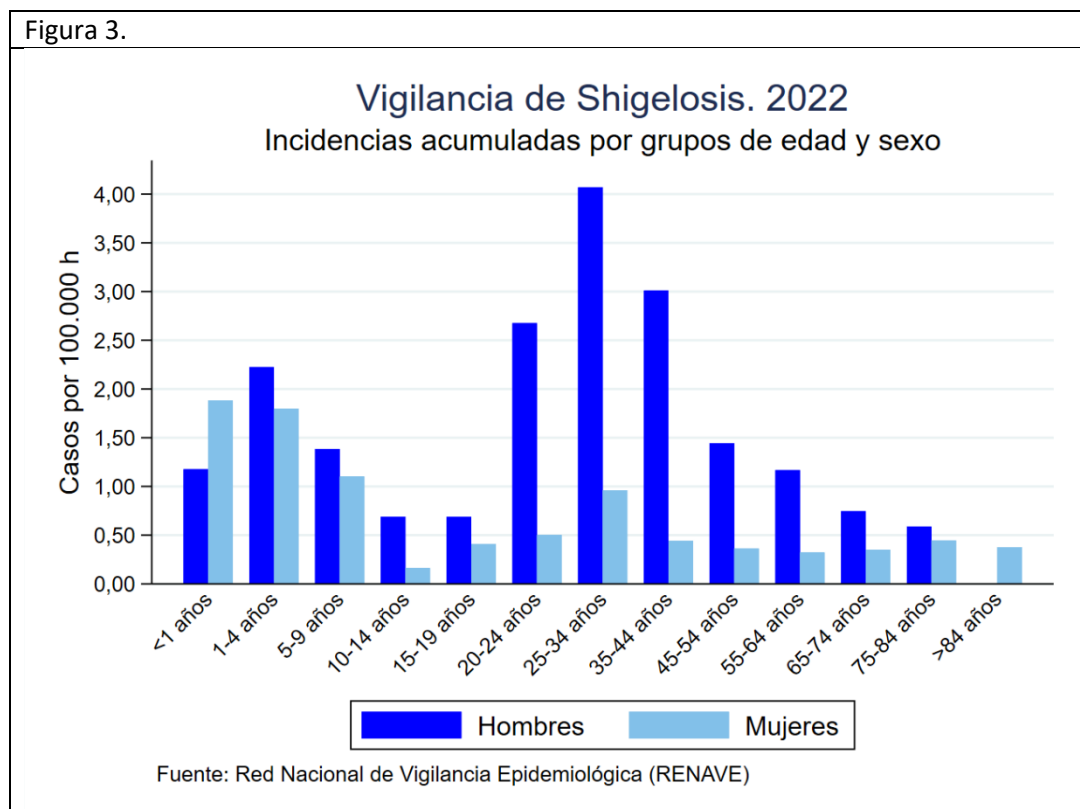
Ceuta registró la mayor incidencia acumulada (19,48 casos por 100.000 habitantes; total de 16 casos notificados ese año), seguida de Navarra y Cataluña (IA de 2,42 y 2,19; respectivamente). Extremadura, La Rioja y Melilla no notificaron ningún caso de shigelosis en este año (Figura 2).

Figura 2.



Características de los casos

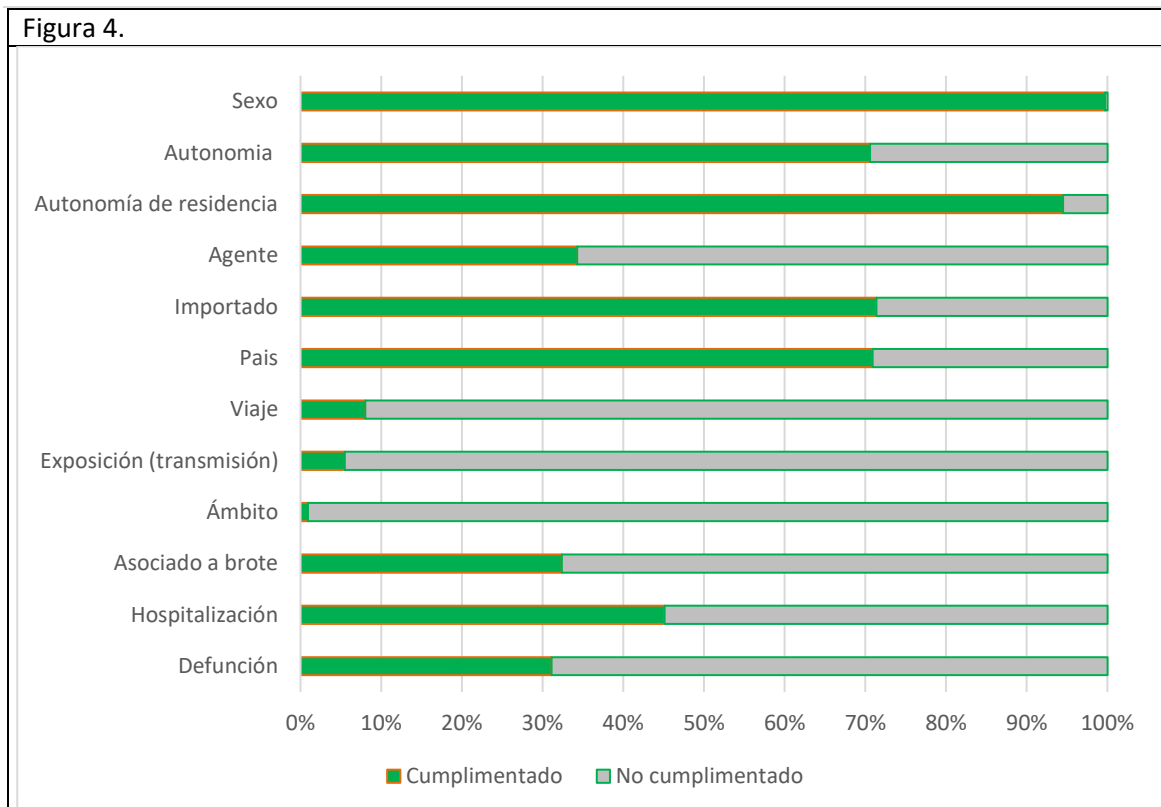
En el año 2022, para los casos autóctonos, los hombres presentaron una incidencia acumulada mayor que las mujeres, siendo la razón hombre/mujer de 3,27. Además, la distribución por grupos de edad fue muy diferente según el sexo: en los hombres, las mayores IA se notificaron en adultos jóvenes (20-44 años) mientras que en las mujeres destacaron las IA en niñas menores de 10 años (Figura 3). Para los casos importados, la razón hombre/mujer fue de 0,88. Tanto en hombres como en mujeres, el mayor número de casos se notificó en los adultos de 25 a 44 años (18 casos en hombres y 27 casos en mujeres).



Se desconocía la especie en 418 casos (66%). En los casos autóctonos, la principal especie fue *S. flexneri* seguida de *S. sonnei* (108 y 52 casos, respectivamente), mientras que para los casos importados las cifras de *S. flexneri* y *S. sonnei* fueron similares (23 y 27 casos, respectivamente). Para ambas especies, el número de casos en hombres fue superior al de mujeres, aunque se observaron diferencias entre los grupos de edad en función de la especie: para *S. sonnei* este exceso de casos se dio fundamentalmente en el grupo de 30-49 años, mientras que para los otros grupos de edad el número de casos en mujeres fue similar o superior; y para *S. flexneri* se observó en todos los grupos de edad excepto en los menores de 15 años.

Calidad de los datos

La calidad de la cumplimentación de las variables se muestra en la figura 4. La edad estaba disponible para todos los casos, y el sexo para 99,7% de los casos. Las variables autonomía del caso, autonomía de residencia del caso, importado y país tuvieron una cumplimentación superior al 50%, siendo la de la autonomía de residencia del 95%. La información sobre la especie causante de la infección, si el caso estaba asociado a un brote, la hospitalización y la defunción estuvo disponible en un 20-50% de los casos. Por último, la variable de exposición (que refleja el mecanismo de transmisión), ámbito de exposición y viaje sólo estuvieron cumplimentadas en menos del 10% de los casos.



Brotos

En el año 2022, todas las CCAA excepto País Vasco notificaron brotes a la RENAVE. Se notificaron 16 brotes de shigelosis, con un total de 51 casos (media de 3 casos por brote), y 3 hospitalizados. Cuatro brotes fueron importados (2 procedentes de Marruecos, 1 de Egipto, y 1 de Pakistán). Se disponía de información sobre el ámbito de exposición en 11 brotes, siendo el principal el hogar privado (8/11 brotes, 73%). En cuanto al mecanismo de transmisión, destacaron los brotes por consumo de alimentos (6 de 8 brotes con información disponible).

Conclusión

En el año 2022 se produjo un aumento de la IA de esta enfermedad, con valores superiores a los años anteriores a la pandemia de COVID-19. Se mantiene el mismo patrón epidemiológico de casos autóctonos que en los años previos, siendo los hombres adultos jóvenes el principal grupo de población afectado.