



PROTOCOLO DE VIGILANCIA DE SHIGELOSIS

Protocolos del Sistema de Vigilancia de las Enfermedades Transmisibles

Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública

Protocolo elaborado por la Ponencia de Vigilancia Epidemiológica y aprobado por la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional Salud en abril de 2026.

Han contribuido a la elaboración y revisión de los protocolos profesionales de:

Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades. Instituto de Salud Carlos III (ISCIII):

Centro Nacional de Epidemiología (CNE) y Centro Nacional de Microbiología (CNM).

Ministerio de Sanidad. Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud:

Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES), S.G. de Sanidad Exterior, S.G. de Sanidad Ambiental y Laboral, Área de Programas de Vacunas, y División de control de VIH, ITS, hepatitis virales y tuberculosis.

Otras Agencias y otros Ministerios:

Ministerio de Defensa, Ministerio del Interior (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias), Ministerio de Justicia, Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), y Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN).

Unidades de Vigilancia de Salud Pública de las Comunidades Autónomas y Ciudades con Estatuto de Autonomía (CC.AA.).

Cita sugerida: Protocolo de vigilancia de shigelosis. Sistema de Vigilancia de las Enfermedades Transmisibles. Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública. 2026.

CC BY-NC-SA 4.0

PRESENTACIÓN DE LOS PROTOCOLOS DEL SISTEMA DE VIGILANCIA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

La vigilancia de las enfermedades transmisibles es una actividad fundamental para la Salud Pública ya que garantiza la existencia de información fiable, completa y oportuna para la toma de decisiones en todos los niveles de la Administración, y proteger así la salud de la población.

De acuerdo con lo definido en el artículo 18 del Real Decreto 568/2024, de 18 de junio, las enfermedades objeto de vigilancia contarán con protocolos específicos que permitan la homogeneización de la vigilancia y la notificación a nivel nacional e internacional, así como el establecimiento de medidas de control y prevención de casos y brotes.

En España, los primeros protocolos se publicaron en 1997 y sufrieron una revisión en profundidad en 2013. Estos nuevos protocolos han sido aprobados por la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en abril de 2026.

En esta revisión han participado: técnicos de las Comunidades Autónomas y Ciudades con Estatuto de Autonomía, profesionales del Instituto de Salud Carlos III (Centro Nacional de Epidemiología y Centro Nacional de Microbiología), de distintas unidades del Ministerio de Sanidad (Centro Coordinador de Alertas y Emergencias, Subdirección General de Sanidad Exterior, Subdirección General de Sanidad Ambiental y Laboral, Área de Programas de Vacunas, y División de control de VIH, ITS, hepatitis virales y tuberculosis), así como profesionales de otras Agencias y Ministerios como la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición, Ministerio de Defensa, Ministerio del Interior (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias), y Ministerio de Justicia.

Durante este proceso, además de actualizar aspectos de la epidemiología y caracterización de la enfermedad, se han revisado las definiciones de caso y la información necesaria para la vigilancia en cada notificación, haciéndolas compatibles con las que están en vigor en la Unión Europea. También se han actualizado las medidas de actuación para la prevención y control de casos y brotes.

Las novedades más relevantes son: la inclusión de un historial de cambios para documentar las futuras modificaciones y mantener los protocolos actualizados; las recomendaciones para el uso de técnicas de secuenciación del genoma en el estudio de casos y especialmente de brotes y el uso de terminologías como SNOMED y LOINC.

Podemos decir que esto supone un hito en la historia de la vigilancia pues, por primera vez, se ha abordado la normalización de la información requerida, incluida la estandarización semántica, y se han desarrollado, en dichas terminologías, los estándares para su uso en vigilancia de salud pública. Esto se ha completado con el acceso de las CC.AA. al Servidor Terminológico del Ministerio de Sanidad. De esta manera se avanza en la interoperabilidad de las bases de datos relevantes para la vigilancia de la salud pública y se cumple con el principio de recoger el dato sólo una vez y garantizar, dentro de las normas de protección de datos, la calidad de la información que se usa en la vigilancia de las enfermedades transmisibles.

CONTROL DE VERSIONES DE LOS PROTOCOLOS DEL SISTEMA DE VIGILANCIA DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Descripción del documento	Protocolo para la vigilancia y notificación de shigelosis.	
Fecha de creación	2013.	
Cita sugerida	Protocolo de vigilancia de shigelosis. Sistema de Vigilancia de las Enfermedades Transmisibles. Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública. 2026.	
Cambios en el protocolo		
Fecha de actualización	Epígrafe	Descripción de la modificación
Marzo-2025	Introducción	Cambios en la redacción y actualización de la información.
	Agente	Cambios en la redacción y actualización de la información.
	Reservorio	Cambios en la redacción y actualización de la información.
	Modo de transmisión	Cambios en la redacción y actualización de la información, incluyendo transmisión en GBHSH.
	Periodo de incubación	Cambios en la redacción y actualización de la información.
	Objetivos	Se han ampliado y detallado.
	Definición de caso	Actualización de criterio de laboratorio, añadiendo criterio de caso probable.
	Clasificación de los casos	Se ha modificado la definición de caso confirmado.
	Medidas preventivas	Se añade este apartado, utilizando como principales fuentes de información la OMS, la AESAN, la unidad de ITS del Ministerio de Sanidad, y Sanidad Exterior.
	Medidas ante un caso y sus contactos	Se ha actualizado la información basándose principalmente en las recomendaciones de UKHSA y Heymann Ed. 2022. Se incluye el link de alertas de AESAN.
	Medidas ante un brote	Cambios en la redacción y actualización de la información.
Bibliografía	Actualización de las referencias	
Cambios en el Anexo I		
Marzo-2025	Datos del Caso	Incorporación de la variable sexo administrativo Se renombra la variable "sexo" como "sexo al nacimiento"
	Datos de la Enfermedad	Incorporación de la variable Ingreso UCI. Se añaden las fechas de hospitalización, UCI y defunción.
	Datos de laboratorio	Se elimina la variable serotipo. Se ha añadido la categoría detección ácido nucleico en la variable Prueba. Se ha añadido la variable resultados de pruebas de sensibilidad antimicrobiana.
	Datos del riesgo	Se actualizan las categorías de las variables ocupación de riesgo y exposición. Se eliminan las variables relacionadas con el consumo de alimentos (alimento sospechoso, alimento más detalles, tipo de comercialización, tipo de confirmación y agente causal en alimento), el ámbito de exposición y viaje.
	Categorización del caso	Se eliminan los criterios epidemiológicos y de laboratorio de la variable de Criterios de clasificación del caso.

DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Introducción

La shigelosis es una enfermedad aguda que afecta al intestino, causada por bacterias del género *Shigella*. La distribución de la enfermedad es mundial. Es endémica en climas tanto tropicales como templados. Las mayores incidencias se producen en menores de 5 años y personas adultas jóvenes.

S. flexneri es la principal especie causante de shigelosis en los países de media y baja renta, seguida de *S. sonnei*. En los países de alta renta, por el contrario, la especie predominante es *S. sonnei*, aunque también se notifica un porcentaje importante de casos de *S. flexneri*. Las otras especies del género *Shigella* (*S. dysenteriae* y *S. boydii*) causan un número muy inferior de casos, tanto en países de baja como de alta renta. Es frecuente que haya más de una especie circulando en la comunidad y también se han notificado infecciones mixtas con otros patógenos intestinales. Han aparecido en todo el mundo cepas de *Shigella* spp. multirresistentes, con variaciones geográficas importantes, en relación con el amplio uso de antimicrobianos.

Los primeros síntomas pueden ser fiebre, malestar general y vómitos, seguidos por diarreas acuosas voluminosas; estos hallazgos se correlacionan con una infección localizada en el intestino delgado. En la mayoría de los individuos la infección es autolimitada y se resuelve en 4-7 días de media, pero en algunos casos puede evolucionar hacia un cuadro disentérico con heces con sangre y moco (como resultado de ulceraciones mucosas), con tenesmo rectal y calambres abdominales, lo que refleja una infección de localización en el colon. Las convulsiones pueden ser una complicación importante en la infancia, pero es raro que se produzca bacteriemia. En algunos casos (en especial lactantes y personas mayores) puede producirse una deshidratación importante por la pérdida excesiva de líquidos debido a los vómitos y a la diarrea. No obstante, en general las defunciones por esta infección son muy poco frecuentes, excepto en casos inmunodeprimidos. También puede producir cuadros clínicos de proctocolitis con síntomas de proctitis, diarrea o calambres abdominales, e inflamación de la mucosa del colon y recto.

Las infecciones leves y asintomáticas se relacionan, especialmente, con cepas de *S. sonnei*. En contraste, *S. dysenteriae* tipo 1 a menudo causa brotes epidémicos y complicaciones (incluyendo megacolon tóxico, perforación intestinal y síndrome hemolítico urémico) relacionadas con la producción de toxina Shiga tipo I, con unos porcentajes de letalidad de hasta el 20% en casos hospitalizados. Por otro lado, algunas cepas de *S. flexneri* pueden causar una artritis reactiva, especialmente en personas genéticamente predispuestas por tener el antígeno HL-27 (antígeno leucocitario humano B27) asociado a un conjunto de enfermedades autoinmunes denominadas espondiloartropatías seronegativas. Hay que tener en cuenta que no sólo la especie influye en la gravedad y letalidad sino también la edad y el estado nutricional preexistente de la persona infectada.

En los últimos años, se ha implementado en muchos laboratorios el uso de métodos de biología molecular para el diagnóstico de la shigelosis. Estos métodos no diferencian *Shigella* spp del grupo enteroinvasivo de *Escherichia coli*, ya que ambos comparten los mismos mecanismos de virulencia. Además, no permite diferenciar entre microorganismos viables, responsables de la infección, y patógenos no viables. Por ello, y por la necesidad de realizar ensayos de susceptibilidad a antimicrobianos, especialmente ante el incremento de cepas multirresistentes que dificultan el

tratamiento empírico, ante un resultado positivo es aconsejable el aislamiento en cultivo. El uso de las técnicas de secuenciación genómica se ha demostrado muy útil en el estudio de brotes y la identificación de fuentes de infección.

Agente

Los microorganismos del género *Shigella* son bacilos pequeños Gram negativos, inmóviles y no encapsulados, que pertenecen a la familia *Enterobacteriaceae*. Este género se divide serológicamente en cuatro grupos o serogrupos que, históricamente, han sido tratados como especies: *S. dysenteriae* (grupo A), *S. flexneri* (grupo B), *S. boydii* (grupo C) y *S. sonnei* (grupo D). Son patógenos intracelulares que pueden inducir una infección sintomática con una dosis infectiva muy baja (10 a 100 bacterias). *Shigella* spp. es muy sensible a condiciones medioambientales.

Reservorio

El único reservorio significativo es el ser humano, aunque en ocasiones se han producido casos en otros primates no humanos.

Modo de transmisión

El mecanismo de transmisión es fecal-oral, que puede ocurrir por transmisión directa entre convivientes o contactos cercanos, incluyendo el contacto sexual; o por transmisión indirecta mediante fómites o por ingestión de alimentos o agua (tanto de consumo como recreativa) contaminados. La transmisión de la enfermedad a través del agua y los alimentos no es frecuente en los países de renta alta si se compara con la propagación por contacto directo, pero cuando se produce, se asocia con grandes brotes. Se relaciona con la contaminación fecal de los cultivos, generalmente a través de aguas de riego contaminadas con heces humanas, y se da con mayor frecuencia tras el consumo de vegetales crudos; siendo también relevante el papel de manipuladores de alimentos portadores de la bacteria.

Dado que la dosis infectiva es baja, los brotes suelen relacionarse con la transmisión persona a persona entre contactos estrechos y convivientes, especialmente cuando las condiciones higiénicas no son óptimas. También se han producido brotes entre hombres que tienen sexo con hombres y, en ocasiones, con extensión entre distintos países. Muchos de ellos han sido causados por cepas de *Shigella* spp. con resistencia a múltiples antimicrobianos.

La transmisibilidad se mantiene mientras persista el agente infeccioso en las heces que, en ausencia de tratamiento antibiótico, puede extenderse hasta 6 semanas desde la aparición de los síntomas. Las personas portadoras asintomáticas pueden transmitir la enfermedad; aunque raramente el estado de portador persiste durante varios meses, se han notificado periodos de excreción del microorganismo de más de un año. El tratamiento antibiótico reduce el estado de portador a sólo unos días.

Periodo de incubación

El periodo de incubación normalmente es entre 1 y 3 días, pero puede variar desde 12 a 96 horas y hasta 1 semana para *S. dysenteriae* tipo 1.

Susceptibilidad

La susceptibilidad a esta enfermedad es universal. La enfermedad es más grave en personas inmunodeprimidas; también varía en función de la especie de *Shigella* causante de la infección.

VIGILANCIA DE LA ENFERMEDAD

Objetivos

1. Conocer el patrón epidemiológico de presentación de los casos de la shigelosis en la población y los principales factores de riesgo asociados a su aparición.
2. Detectar cambios en la presentación de la enfermedad a lo largo del tiempo o en su distribución geográfica.
3. Detectar los casos lo antes posible para llevar a cabo las medidas de salud pública y control de la enfermedad con el fin de evitar la aparición de nuevos casos.
4. Realizar el estudio epidemiológico a partir de la información de vigilancia. Garantizar la calidad de los datos para orientar la prevención y el control.
5. Contribuir a la evaluación y el seguimiento de los programas de prevención y control y difundir sus resultados.

Definición de caso

Criterio clínico

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

- Diarrea.
- Fiebre.
- Vómitos.
- Dolor abdominal.

Criterio de laboratorio

Para caso confirmado:

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

Para caso probable:

- Detección de ácido nucleico de *Shigella* spp/*E. coli enteroinvasivo* (ECEI) en una muestra clínica.

Criterio epidemiológico

Al menos una de las cuatro relaciones epidemiológicas siguientes:

- Transmisión de persona a persona: persona que ha tenido contacto con un caso confirmado por laboratorio.
- Exposición a una fuente común: persona que ha estado expuesta a la misma fuente o vehículo de infección que un caso confirmado.
- Exposición a alimentos o agua de consumo contaminados: cualquier persona que haya consumido un alimento o agua de consumo con una contaminación confirmada por laboratorio.
- Exposición medioambiental: cualquier persona que se haya bañado en un agua de baño o haya tenido contacto con una fuente ambiental contaminada que haya sido confirmada por laboratorio.

Clasificación de los casos

Caso sospechoso: no procede.

Caso probable: persona que cumple el criterio clínico y el epidemiológico o persona que cumple el criterio de laboratorio de caso probable.

Caso confirmado: persona que cumple el criterio de laboratorio de caso confirmado.

Definición de brote

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

MODO DE VIGILANCIA

La C.A. notificará, de forma individualizada, los casos nuevos probables y confirmados en la plataforma electrónica que esté establecida para este uso. Enviará la información inicial de declaración del caso con una periodicidad semanal. La información del caso podrá actualizarse semanalmente y se hará una consolidación anual. La notificación electrónica de los casos se hará de acuerdo con las especificaciones (metadatos) acordadas para estandarizar y normalizar la información. El Anexo I de este protocolo incluye la encuesta epidemiológica de caso que recoge la información relevante en la vigilancia de esta enfermedad.

Si se produjera un brote se notificará, en la misma plataforma, los resultados de su investigación en un periodo de tiempo no superior a tres meses después de que haya finalizado el estudio. Además, se notificará la información individualizada de los casos del brote.

En caso de no poder realizarse el tipado en los laboratorios de la C.A., se debería realizar en el laboratorio de referencia establecido.

Cuando se requieran medidas de coordinación nacional, el servicio de vigilancia de la C.A. lo comunicará de forma urgente al CCAES y al CNE. El CCAES valorará junto con las CC.AA. afectadas las medidas a tomar y, si fuera necesario, su notificación al Sistema de Alerta y Respuesta Rápida de Unión Europea y a la Organización Mundial de la Salud (OMS) de acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional (2005).

MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA

Medidas preventivas

Para la prevención de la shigelosis se aplican medidas de control en todas las etapas de la cadena alimentaria, como la limpieza y desinfección y otras medidas sanitarias e higiénicas, y los controles oficiales llevados a cabo por las autoridades competentes. Una de las medidas clave es asegurar la inocuidad de los alimentos, para lo que es necesario:

- Cocinar los alimentos completamente antes de su consumo, asegurando durante su preparación que los alimentos han alcanzado los 70°C durante dos minutos, para lo que se recomienda el uso de termómetros específicos que midan la temperatura interna del

alimento.

- Mantener los alimentos a una temperatura adecuada, siendo recomendable refrigerarlos (tanto los perecederos como las comidas preparadas) lo antes posible, a una temperatura inferior a 5°C y en pequeños recipientes. La refrigeración no destruye el microorganismo, pero enlentece su crecimiento.
- Evitar que entren en contacto alimentos crudos y cocinados, para lo que se recomienda almacenar ambos tipos de alimentos separados y protegidos para evitar contaminación cruzada y utilizar utensilios diferentes para manipular alimentos crudos (por ejemplo, cuchillos y tablas de cortar). Lavar cuidadosamente las frutas y hortalizas frescas que se vayan a consumir en crudo y, si es posible, descartar la piel.
- En el caso de alimentos envasados, hay que tener en cuenta las condiciones de utilización reflejadas en el etiquetado.
- Así mismo cabe destacar la importancia de mantener limpias las instalaciones y los utensilios utilizados en la elaboración de alimentos y la formación de las personas que manipulen alimentos, recalcando la importancia de lavarse las manos con agua caliente y jabón antes y después de la preparación de comida, y entre la manipulación de un alimento y otro.

Mantener medidas de higiene personal, especialmente el lavado de manos, tras el cambio de pañales o ir al baño y antes de la manipulación de alimentos. Se recomienda lavarse las manos, los genitales y el ano con agua y jabón antes y después de la actividad sexual y utilizar métodos de barrera durante las relaciones sexuales, como preservativos y protectores dentales o preservativos cut-open.

Es importante evitar tragar agua de estanques, lagos o piscinas no tratadas. En viajes internacionales a zonas donde no se pueda garantizar la seguridad del agua o los alimentos, se adoptarán las mayores precauciones con los alimentos, el agua y la higiene personal

(<https://www.sanidad.gob.es/areas/sanidadExterior/laSaludTambienViaja/consejosSanitarios/consejosViajero.htm>).

Medidas ante un caso y sus contactos

En las infecciones sin complicaciones el tratamiento se basa en la rehidratación y la reposición de electrolitos mediante una solución de rehidratación oral. El tratamiento antimicrobiano debe valorarse de manera individual cuando la gravedad de la enfermedad lo justifica, como en casos de disentería. La utilización de antibióticos interrumpe la eliminación de microorganismos por las heces, reduciendo el riesgo de transmisión persona a persona. Debido a la aparición de cepas resistentes en los últimos años, la elección del antibiótico debe realizarse teniendo en cuenta los resultados del antibiograma. No se recomienda la administración de antibióticos con fines profilácticos.

Durante la fase aguda de la enfermedad es importante extremar las medidas de higiene personal, especialmente el lavado de manos, tras el cambio de pañales o ir al baño y antes de la manipulación de alimentos, y realizar una correcta higiene y desinfección de superficies, objetos y ropa contaminada como sábanas, etc. dado que la dosis infectante necesaria para producir el cuadro clínico es extraordinariamente pequeña. Asimismo, se recomienda evitar las relaciones sexuales hasta 48 horas tras la resolución de los síntomas.

Se excluirán del trabajo o la asistencia a clase a todos los casos hasta 48 horas después de la resolución de la diarrea. Las personas afectadas por shigelosis no deben manipular ni preparar alimentos hasta

48 horas tras la recuperación clínica. Igualmente, evitarán bañarse en aguas recreativas durante ese periodo. En situaciones de riesgo especial, que se especifican más adelante, se excluirán del trabajo o del colegio a los casos hasta que sean negativas dos muestras sucesivas de heces recogidas con una diferencia de no menos de 24 horas, pero no antes de 48 horas de haber interrumpido el empleo de antimicrobianos. Las infecciones por *S. dysenteriae*, *S. flexneri* o *S. boydii* serán de riesgo especial cuando se de alguna de estas circunstancias:

- Las prácticas higiénico-sanitarias sean deficientes, o no existen dispositivos para la higiene de manos adecuada.
- Niños/as que acuden a escuelas infantiles.
- Personal de instituciones sanitarias y sociosanitarios en contacto con casos susceptibles o con riesgo de enfermedad especialmente grave.
- En la manipulación de alimentos de alto riesgo (personas involucradas en la preparación o servicio de alimentos sin envasar listos para el consumo, incluyendo bebidas).

Así mismo ante un caso de shigelosis, se puede consultar la existencia de brote o alertas alimentarias asociadas

(https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/web/seguridad_alimentaria/subseccion/otras_alertas_alimentarias.htm).

Medidas ante un brote

Cuando se produzca un brote debe iniciarse una investigación epidemiológica con participación de todos los sectores potencialmente involucrados.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Shigella*-Shigellosis. About *Shigella* Infection [Internet]. CDC; 2024 [acceso 19 de mayo de 2026]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/shigella/about/index.html>
2. Kotloff KL, Riddle MS, Platts-Mills JA, et al. Shigellosis. *Lancet* 2018; 391: 801–812.
3. European Centre for Disease Prevention and Control. Shigellosis. In: ECDC. Annual Epidemiological Report for 2022. Stockholm: ECDC; 2024. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/monitoring/all-annual-epidemiological-reports>. Acceso 09/02/2024
4. Proctitis, Proctocolitis, and Enteritis. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. [Internet]. CDC. [acceso 06 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/proctitis.htm>
5. Heymann DL (Editor). Control of Communicable Diseases Manual. 21st Edition. Washington: American Public Health Association, 2022.
6. Interim Public Health Operational Guidelines for Shigellosis. A joint guideline from Public Health England and the Chartered Institute of Environmental Health. Disponible en: https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5a82259940f0b62305b92bb0/PHE_interim_public_health_operational_guidelines_for_shigellosis.pdf
7. Five keys to safer food manual. World Health Organization. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241594639>. Acceso 23/01/2024
8. Recommendations for the Public Health Management of Gastrointestinal Infections 2019. Principles and practice. Public Health England and the Chartered Institute of Environmental Health. Disponible en: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/861382/management_of_gastrointestinal_infections.pdf
9. Public Health England and the Chartered Institute of Environmental Health. Recommendations for the Public Health Management of Gastrointestinal Infections 2019. Disponible en: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/861382/management_of_gastrointestinal_infections.pdf
10. Communicable Disease Management Protocol – Shigelosis (Bacillary Dysentery). Manitoba Health. Updated November 2015. Disponible en: <https://www.gov.mb.ca/health/publichealth/diseases/shigella.html>
11. Charles H, Prochazka M, Thorley K, et al. Outbreak of sexually transmitted, extensively drug-resistant *Shigella sonnei* in the UK, 2021-22: a descriptive epidemiological study. *Lancet Infect Dis* 2022; 22: 1503–1510

ANEXO I. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE SHIGELOSIS

DATOS DE LA DECLARACIÓN

C.A. declarante:

Identificación del caso para el declarante:

Fecha de la primera declaración del caso¹: / /

DATOS DEL CASO

Fecha de nacimiento: / /

Edad en años: Edad en meses en menores de 2 años:

Sexo al nacimiento: Hombre Mujer Intersexual Desconocido

Sexo administrativo: Hombre Mujer No determinado Desconocido

Lugar de residencia del caso:

País de residencia:

C.A. de residencia:

Provincia de residencia:

Municipio de residencia:

Código postal de residencia:

DATOS DE LA ENFERMEDAD

Fecha del caso²: / / Fecha de inicio de síntomas: / /

Hospitalización³: Sí No Desconocido

Fecha de hospitalización: / /

Ingreso en UCI: Sí No Desconocido

Fecha de ingreso en UCI: / /

Defunción causada por la enfermedad: Sí No Desconocido

Fecha de defunción: / /

DATOS DEL LABORATORIO

Fecha de diagnóstico de laboratorio: / /

Agente causal⁴ (marcar una de las siguientes opciones):

Shigella boydii

Shigella dysenteriae

Shigella spp

Shigella flexneri

Shigella sonnei

Tipo de Muestra (marcar las que tengan resultado positivo):

- Biopsia intestinal Líquido cefalorraquídeo (LCR) Líquido articular/sinovial
 Heces Orina Líquido peritoneal/ascítico
 Sangre

Prueba:

- Cultivo Detección de ácido nucleico (PCR)

Resultados de pruebas de sensibilidad antimicrobiana⁵: Sí No Desconocido

	S	I	R	CMI (mg/L)	Halo (mm)
Ampicilina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amoxicilina /Clavulánico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cefotaxima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ceftazidima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ciprofloxacino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Azitromicina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cotrimoxazol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tetraciclina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S: Sensible con régimen de dosificación estándar

R: Resistente

I: Sensible con exposición aumentada al antibiótico

CMI: Concentración mínima inhibitoria

Envío de muestra al Laboratorio Nacional de Referencia (LNR): Sí No Desconocido

Identificación de muestra del declarante al LNR:.....

Identificación de muestra en el LNR:

DATOS DEL RIESGO

Lugar de exposición del caso:

- En la C.A. de residencia⁶
 En una C.A. distinta de la de residencia⁷
 En un país distinto de España⁸

País de exposición del caso⁹:

C.A. de exposición del caso⁹:

Provincia de exposición del caso⁹:

Municipio de exposición del caso⁹:

Ocupación de riesgo (marcar una de las siguientes opciones):

- Manipulación de alimentos Trabajo en escuela infantil
 Personal sanitario Cuidado (no sanitarios) de personas enfermas

Exposición (marcar las posibles si no se ha identificado un único mecanismo de transmisión):

- Consumo de alimento contaminado
 Consumo de agua de bebida contaminada
 Contacto con un enfermo o infectado (portador)
 Transmisión sexual homosexual
 Transmisión sexual heterosexual
 Transmisión sexual sin especificar
 Aguas recreativas¹⁰
 Exposición a lodos, suelo, tierra y otros materiales de desecho contaminados
 Desconocida

CATEGORIZACIÓN DEL CASO

Criterios de clasificación de caso:

Criterio clínico: Sí No Desconocido

Clasificación del caso (marcar una de las siguientes opciones):

Probable Confirmado

Asociado a brote: Sí No Desconocido

Identificación del brote:

C.A. de declaración del brote¹¹:

OBSERVACIONES¹²

.....

-
1. Fecha de la primera declaración del caso: Fecha de la primera declaración al sistema de vigilancia (habitualmente realizada desde el nivel local).
 2. Fecha del caso: Es la fecha de inicio de síntomas o la más cercana en caso de no conocerla (fecha de diagnóstico, fecha de hospitalización, etc.).
 3. Hospitalización: Estancia de al menos una noche en el hospital.
 4. Agente causal: Rellenar sólo si el caso cuenta con confirmación de laboratorio.
 5. Resultados de pruebas de sensibilidad antimicrobiana: Interpretación final basada en los puntos de corte de los criterios clínicos de EUCAST o de las predicciones de fenotipo salvaje o no salvaje de genes de resistencia o de mutaciones asociadas con la resistencia.

6. Lugar de exposición: C.A. de residencia: Define si la exposición al riesgo del caso se produjo en la misma C.A. en la que reside.
7. Lugar de exposición: C.A. distinta de la de residencia: Define si la exposición al riesgo del caso se produjo en una C.A. distinta a la que reside.
8. Lugar de exposición: País distinto de España: Define si la exposición al riesgo se produjo en un país distinto de España.
9. País/ C.A./ Provincia/ Municipio de exposición del caso: Especificar el lugar de exposición o de adquisición de la infección o la enfermedad: país, C.A., provincia, municipio
10. Exposición a aguas recreativas: por microorganismos que se propagan al tragar, respirar el vapor o aerosoles al tener contacto con agua contaminada en piscinas, bañeras de hidromasaje, parques acuáticos, fuentes de agua interactiva, lagos, ríos o mar.
11. C.A. de declaración del brote: Aquella que ha asignado el identificador del brote.
12. Observaciones: Incluir toda la información relevante no indicada en el resto de la encuesta.