



**Universidad del Sureste
Escuela de Medicina**

Materia:

Epidemiología II

**Caso de vigilancia epidemiológica de
Shigella**

Cecilio Culebro Castellanos

Presenta. Arturo Pedro Emanuel Alvarado Martínez

Lugar y fecha

Comitán de Domínguez Chiapas a 12/01/2021.

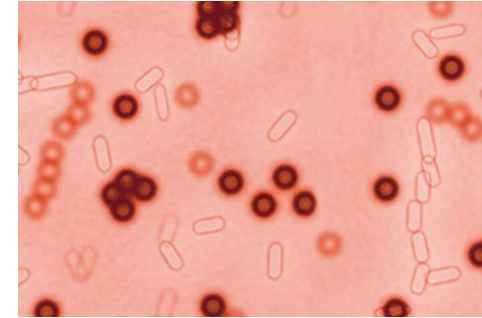
Shigelosis

- Es una enfermedad intestinal producto de una familia de bacterias conocida como Shigella. El principal signo de la infección por Shigella es la diarrea, la cual a menudo contiene sangre.
- La shigelosis es endémica en climas tropicales y templados, y muestra una fuerte estacionalidad, siendo más común su incidencia en verano que en invierno.
- La Shigella se puede transmitir a través del contacto directo con las bacterias en las heces.



Tipos

- El género *Shigella* está formado por bacilos Gram-negativos inmóviles, anaerobios facultativos no esporulados, pertenecientes a la familia Enterobacteriaceae.
- Está compuesto por cuatro especies:
 - *Shigella sonnei*
 - *Shigella flexneri*
 - *Shigella boydii*
 - *Shigella dysenteriae*
- Todas poseen capacidad patógena



Signos y síntomas

- Los signos y síntomas de una infección por shigela suelen comenzar un día o dos después del contacto con la bacteria, pero pueden tardar hasta una semana en desarrollarse. Entre los signos y síntomas pueden encontrarse los siguientes:
- Diarrea (a menudo con sangre o mucosa)
- Dolor abdominal o calambres
- Fiebre
- Aunque algunas personas no presentan síntomas después de haberse infectado con shigela, es posible que sus heces aún sean contagiosas durante algunas semanas.



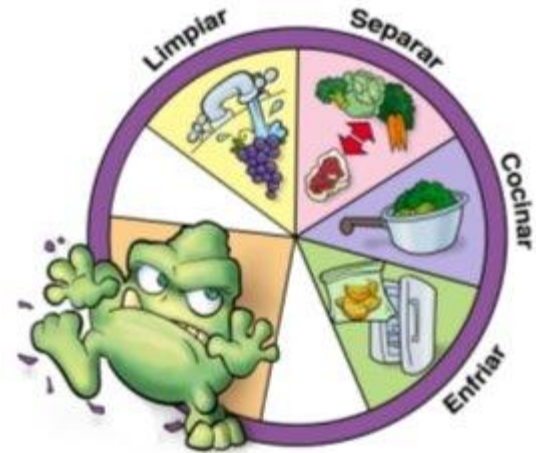
¿quienes presentan mayor riesgo de contagio?

- Los niños que asisten a centros de cuidado diurno
- Personas que visitan ciertos países
- Personas que viven en asilos
- Homosexuales activos.



Causas

- La infección se produce cuando es tragada accidentalmente la bacteria shigella. Esto puede suceder cuando:
- tocarse la boca.
- El contacto directo de persona a persona es la manera más frecuente en que se propaga la enfermedad.
- Consumir alimentos contaminados.
- Tragar agua contaminada.



Caso 1

- Paciente femenina de 28 años de edad, casada, esposo VIH/SIDA diagnosticado hace 3 años, con antirretrovirales.
- FECHA INGRESO: 31-12-2020
- MOTIVO DE INGRESO: SÍNDROME FEBRIL, ATAQUE AL ESTADO GENERAL, PÉRDIDA DE PESO.
- Refiere evolución de aproximadamente seis meses, pérdida de 10 kilogramos de peso aproximadamente que en el último mes se acompaña de diarrea sin moco ni sangre, con astenia y adinamia, y fiebre intermitente. Disuria, polaquiuria.

Caso 1

- A la exploración: mucosa oral deshidratada, con placas blanquecinas en paladar blando y en lengua, ganglios en cadena cervical palpables, soplo holosistólico grado I/IV de predominio en foco pulmonar. En abdomen dolor a la palpación media y profunda en hipocondrio derecho; en extremidades petequias en ambos miembros inferiores.
- En sus estudios de ingreso presenta anemia con eritrocitos con leucocitosis y neutrofilia, hemoglobina de 4g/dL, plaquetas 59000/mL, reticulocitos 3%, albúmina 1. 20g/dL, examen general de orina con la presencia de nitritos positivos, hemoglobinuria. Se realiza transfusión sanguínea.

Caso 1



- El día tres de enero se reporta coproparasitoscópico con presencia de *Trichomonas hominis* (+), y reacciones febriles negativas. Hemocultivo reportó *Shigella flexneri*, el cual es multisensible. Se decide iniciar tratamiento antimicrobiano con trimetoprim sulfametoxazol.
- Es manejada con anfotericina y con trimetoprim sulfametoxazol durante su encame. Mejoría clínica: afebril, ganancia de peso y desaparición de evacuaciones diarreicas. Cuenta de CD4 99, y con carga viral de 288, 000.

Caso 2

- Lactante de sexo masculino de 11 meses de edad que consultó por fiebre de tres días de evolución asociada a diarrea con sangre, tres episodios al día.
- En la sala de urgencia se encontró en regular estado general, febril (38,2°C), hidratado, con taquicardia y polipnea (frecuencia cardíaca 168 por minuto y frecuencia respiratoria 60 por minuto), obstrucción bronquial y requerimientos de oxígeno suplementario, por lo que se decidió su internación.



Caso 2

- Como antecedente, el niño estaba en estudio por un mal progreso ponderal y cuadros obstructivos a repetición. Al ingreso, en los análisis de laboratorio se evidenció una leucocitosis de 18.800/mm³ y neutrofilia (55%), anemia con hemoglobina de 8,5 g/dl y hematocrito de 26,6% y una proteína C reactiva de 53 mg/L.
- Por sospecha de una neumonía (consolidación en la base pulmonar izquierda en la radiografía de tórax), compromiso del estado general y diarrea se solicitaron hemocultivos, coprocultivo. Ambos hemocultivos y el coprocultivo fueron positivos para *Shigella flexneri*. El estudio de susceptibilidad mostró resistencia a ampicilina, ampicilina/sulbactam y cefalotina.

Caso 2

- La cepa era sensible a cefotaxima, amikacina, cotrimoxazol y ciprofloxacina. El paciente evolucionó favorablemente, con defervescencia del cuadro febril a los dos días y cese de la diarrea al cuarto día.
- Los hemocultivos de control a las 48 h fueron negativos, recibiendo 10 días de terapia antibacteriana. Se realizó una ecografía abdominal y una radiografía de tórax de control que fueron normales (la imagen radiológica del ingreso se interpretó como una atelectasia).
- Dentro del estudio para descartar una inmunodeficiencia se realizó una serología para VIH que fue negativa, las poblaciones linfocitarias resultaron con una inversión de la relación CD4/CD8, los niveles de anticuerpos IgG, IgA, IgM e IgE fueron normales con funcionalidad alterada y déficit de isohemaglutininas. El paciente mantiene seguimiento en inmunología con diagnóstico de una inmunodeficiencia humoral por déficit en la producción de anticuerpos.

Actividades de promoción y prevención

- A pesar de que los investigadores siguen trabajando para desarrollar una vacuna contra la shigelosis, todavía no hay ninguna disponible.
- Lávarse las manos con frecuencia y de forma minuciosa
- Supervisar a los niños pequeños cuando se lavan las manos
- Desechar los pañales sucios adecuadamente
- Desinfecta las áreas donde se cambian los pañales después de usarlas
- No preparar alimentos para otras personas si se tiene diarrea
- Evitar tragar agua de estanques, lagos o piscinas sin tratamiento
- Evitar la actividad sexual con alguien que tiene diarrea o que se recuperó recientemente de la diarrea



Vigilancia epidemiológica

- El periodo de incubación normalmente es entre 1 y 3 días, pero puede variar desde 12 horas hasta 1 semana para *S. dysenteriae* tipo1.
- 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.
- La comunidad autónoma notificará de forma individualizada los casos probables y confirmados de shigelosis

MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA

- 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).
- 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 valorarse de manera individual cuando la gravedad de la enfermedad lo justifica, o para disminuir la eliminación de microorganismos por las heces.

Clasificación de los casos

- Caso sospechoso: No procede.
- Caso probable: Persona que satisface los criterios clínicos y epidemiológicos.
- Caso confirmado: Persona que satisface los criterios clínicos y el de laboratorio.
- Brote: Dos o más casos de shigelosis que tengan una relación epidemiológica.

Caso sospechoso

- Enfermedad diarreica febril aguda con dolor abdominal y deposiciones que varían de acuosas a mucosanguinolentas.

Caso confirmado

- Caso sospechoso con aislamiento de *Shigella* spp. en muestras de heces, sangre o con nexo epidemiológico con un caso confirmado.

Medidas preventivas



- lavado minucioso con agua y jabón. Se recalca la importancia del lavado de manos después de ir al baño en pacientes, para interrumpir la transmisión de Shigella.

Tratamiento

- Tratamiento de sostén
- Para pacientes muy graves o con alto riesgo, una fluoroquinolona, azitromicina o una cefalosporina de tercera generación.
- La pérdida de líquidos debido a shigelosis se trata, según la sintomatología, con líquidos por vía oral o [IV](#).
- Los fármacos antidiarreicos pueden prolongar la enfermedad y no deben usarse.
- deberían recibir tratamiento: Niños, Adultos mayores, Pacientes debilitados, Pacientes con cuadros entre moderados y graves

Estudio de contactos



- Se define como contacto a todas las personas que no tienen síntomas y tienen o pudieron haber estado en convivencia con algún caso sospechoso una vez iniciados los síntomas compatibles de Shigella.

Bibliografía

- <https://www.msmanuals.com/es/professional/enfermedades-infecciosas/bacilos-gramnegativos/shigelosis>
- [https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/shigella/symptoms-causes/syc-20377529#:~:text=La%20infecci%C3%B3n%20por%20Shigella%20\(shigelosis,las%20bacterias%20en%20las%20heces.](https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/shigella/symptoms-causes/syc-20377529#:~:text=La%20infecci%C3%B3n%20por%20Shigella%20(shigelosis,las%20bacterias%20en%20las%20heces.)
- <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000295.htm>
- <http://www.anmat.gov.ar/webanmat/Publicaciones/Shigelosis.pdf>
- <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/PROTOCOLOS/Protocolo%20de%20Vigilancia%20de%20Shigelosis.pdf>
- <https://www.paho.org/arg/publicaciones/publicaciones%20virtuales/libroETAs/modulo2/modulo2z2.html>