

Informe epidemiológico sobre la situación de la shigelosis en España. Año 2025.

Resultados de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Informe actualizado el 9 de octubre de 2026 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 2025. 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 se divide serológicamente en cuatro grupos o serogrupos que, históricamente, han sido tratados como especies: *S. dysenteriae*, *S. flexneri*, *S. boydii* y *S. sonnei*.

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. También puede producir cuadros clínicos de proctocolitis con síntomas de proctitis, diarrea o calambres abdominales, e inflamación de la mucosa del colon y recto.

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. 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.

Métodos

Se analizaron los casos de shigelosis del año 2025, 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 del caso (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 residencia del caso, y en su ausencia, la Comunidad Autónoma de declaración. Se excluyen de este informe todos los casos residentes en el extranjero.

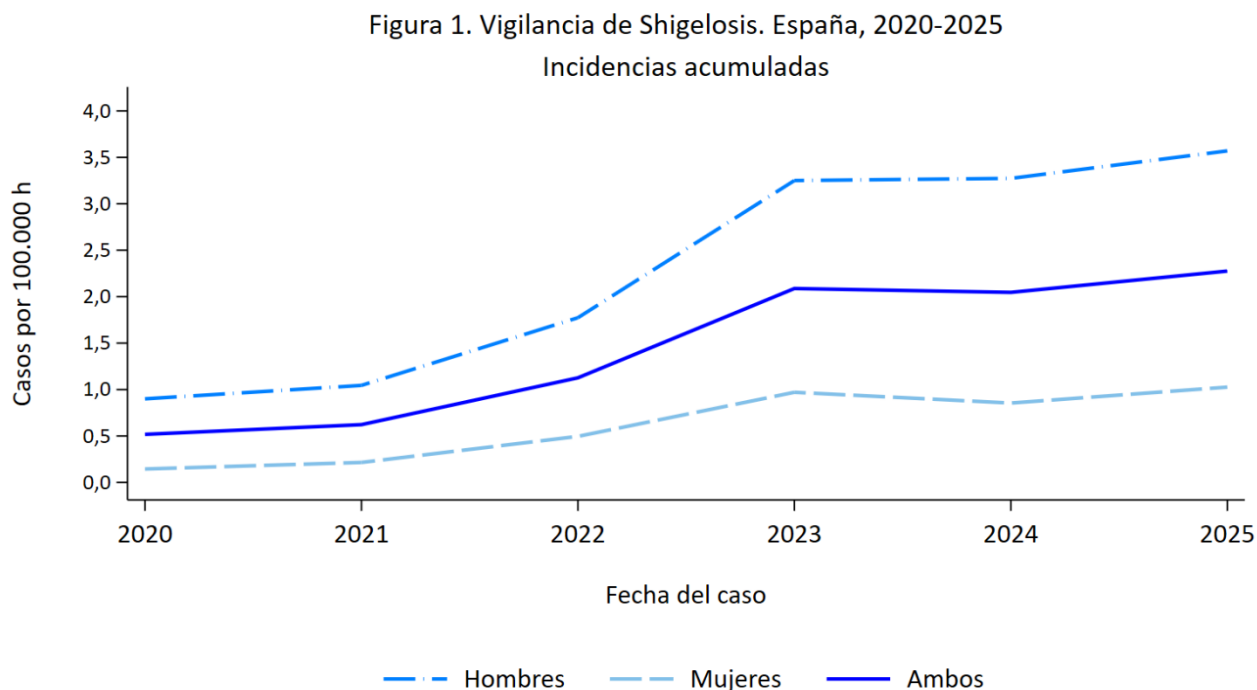
El cálculo de las incidencias acumuladas anuales se realizó utilizando como numerador el total de casos notificados durante ese año (excluyendo importados) y como denominador la población estimada con fecha a 1 de enero según la operación Estadística Continua de Población que publica anualmente el Instituto Nacional de Estadística (INE), excluyendo del denominador las poblaciones correspondientes a las Comunidades Autónomas (CCAA) que no notificaron dicho año. Se consideraron como casos importados aquellos en los que la infección ocurrió en un país distinto de España. Para el análisis de la estacionalidad se excluyeron los casos importados.

Situación epidemiológica

Distribución temporal

En el año 2025, todas las CCAA notificaron esta enfermedad a la RENAVE.

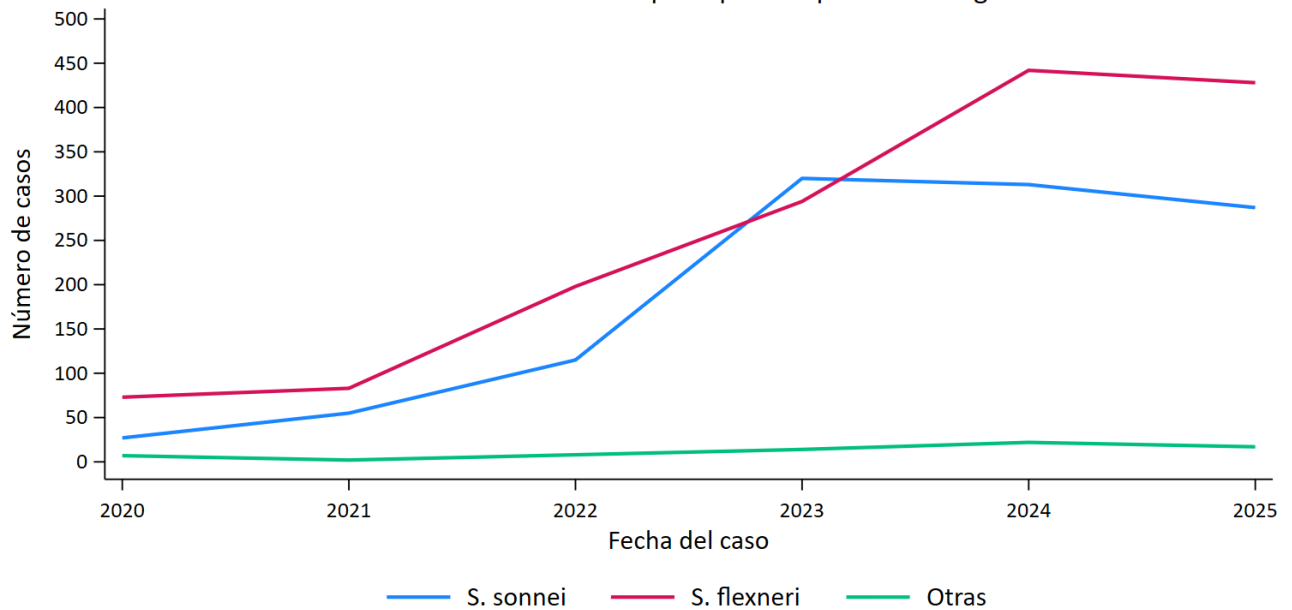
En este año se notificaron 1.118 casos de shigelosis en residentes en España (incidencia acumulada de 2,28 casos por 100.000 habitantes), excluyendo 209 casos importados (Figura 1).



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

Se disponía de información sobre la especie en 732 casos (55,16%). Se notificaron 428 casos de *S. flexneri* y 287 casos de *S. sonnei*, además de 12 casos de *S. boydii* y 5 casos de *S. dysenteriae*. Se observó una tendencia estable en el número de casos de todas las especies de *Shigella* con respecto al año previo, con un ligero descenso en el número de casos de *S. sonnei* (Figura 2).

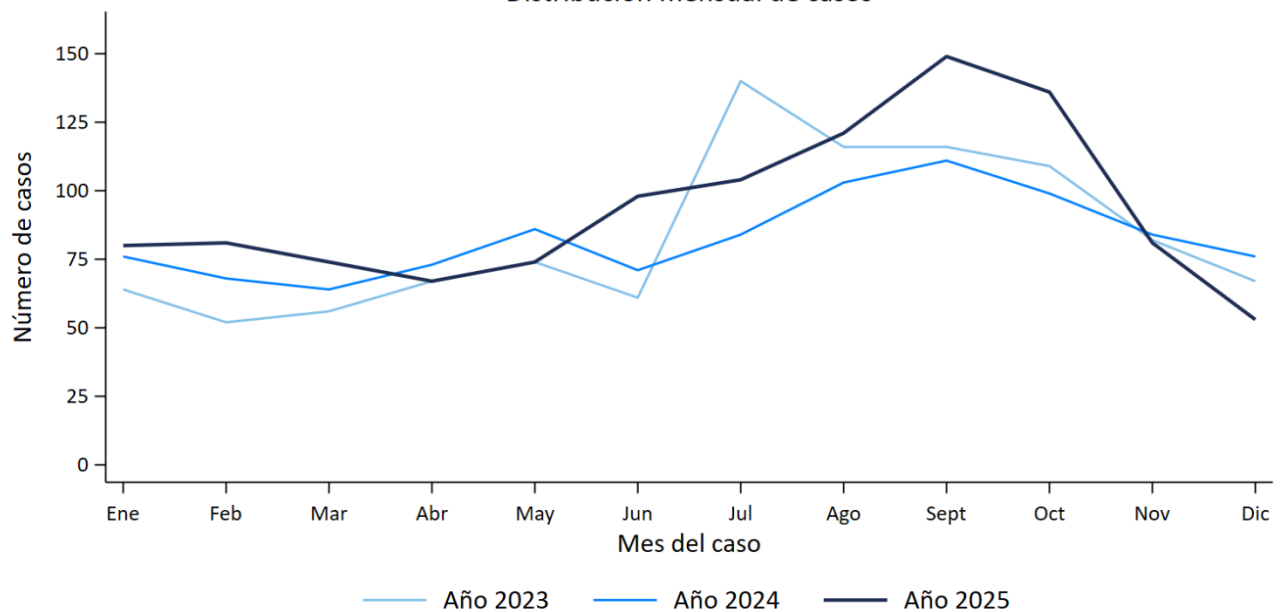
Figura 2. Vigilancia de Shigelosis. España, 2020-2025
Distribución anual de las principales especies de Shigella



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

Al igual que en el año previo, la enfermedad presentó un patrón estacional, con mayor número de casos durante los meses de finales de verano y principios de otoño, y un máximo de 149 casos en el mes de septiembre (Figura 3).

Figura 3. Vigilancia de Shigelosis. España, 2023 - 2025
Distribución mensual de casos

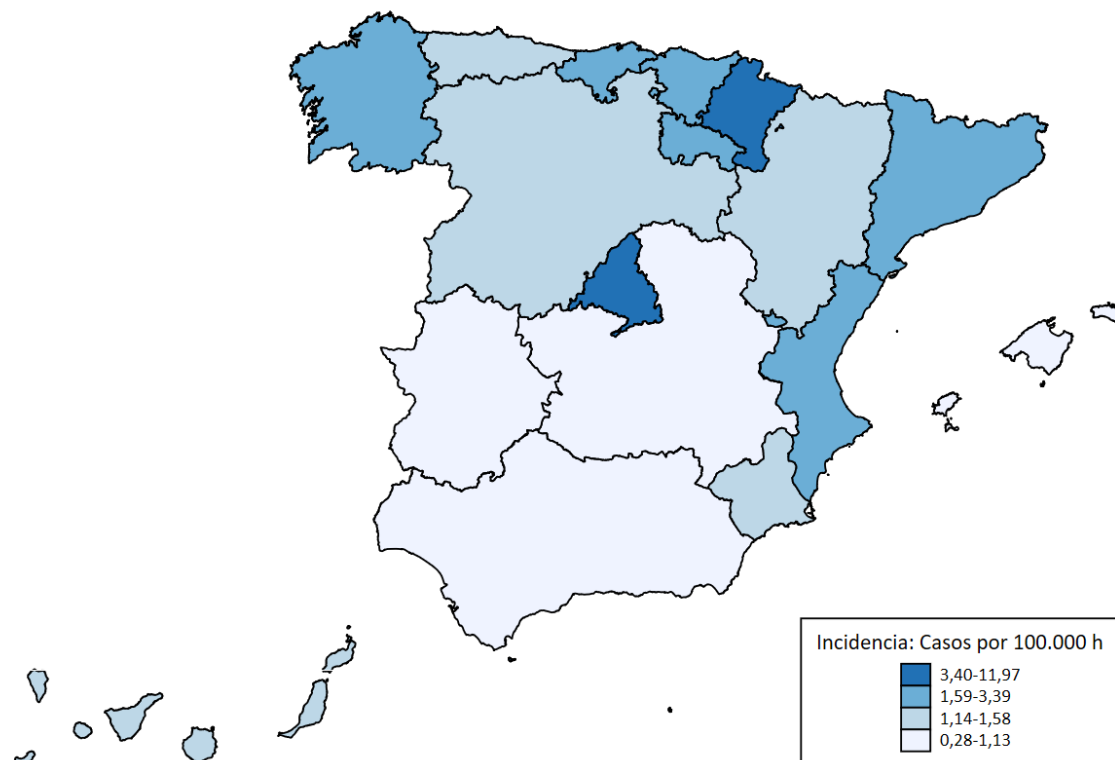


Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

Distribución geográfica

La mayor incidencia acumulada se notificó en Ceuta (11,97 casos por 100.000 habitantes) seguida de Melilla (IA de 10,34), mientras que las menores incidencias acumuladas se notificaron en Extremadura (IA de 0,28), Castilla La Mancha (IA de 0,38) e Islas Baleares (IA de 0,48) (Figura 4).

Figura 4. Vigilancia de Shigelosis. España, 2025
Incidencia acumulada por Comunidades Autónomas



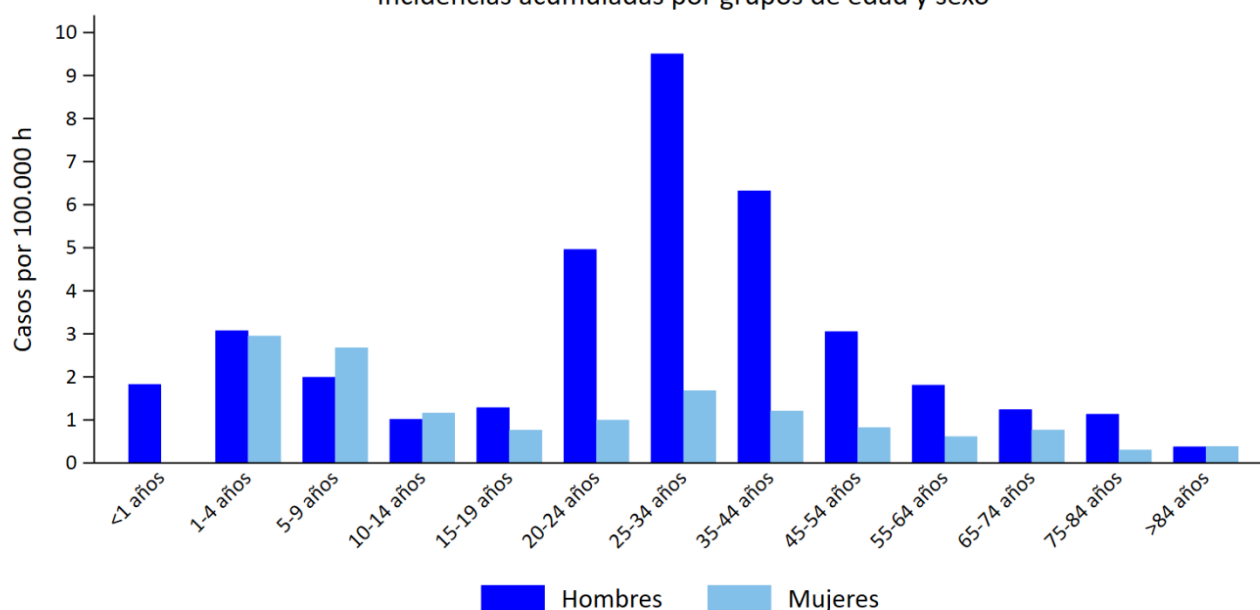
Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

Características de los casos

Se observó una mayor IA en hombres que en las mujeres, siendo la razón hombre/mujer de 3,48. Se observaron importantes diferencias en la distribución por grupos de edad según el sexo: en los hombres, las mayores incidencias acumuladas se notificaron en los grupos de 20 a 44 años, mientras que en las mujeres fueron en los grupos de 1 a 9 años (Figura 5).

Figura 5. Vigilancia de Shigelosis. Año 2025

Incidencias acumuladas por grupos de edad y sexo



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

Para los casos importados, la razón hombre/mujer fue de 0,94 y la mediana de edad de 34 años (Rango Intercuartílico, RIC: 23-49 años). No se observaron grandes diferencias en el sexo de los casos importados según los grupos de edad, siendo la razón hombre/mujer menor de 1,3 en todos los grupos excepto en los menores de 10 años. En los grupos de 20-24 años y en los mayores de 44 años se notificaron más casos en mujeres que en hombres.

Solamente se disponía de información sobre la exposición (que refleja el mecanismo de transmisión) en 71 casos. El mecanismo de transmisión más notificado fue el contacto directo persona a persona no sexual (26 casos, 36,62%), seguido de la transmisión por vía sexual (19 casos, 26,76%), el consumo de agua (13 casos, 18,31%), el consumo de alimentos (5 casos, 7,04%), la exposición ambiental (2 casos, 2,82%), y la exposición a aguas recreativas (1 caso, 1,41%). Además, en 5 casos constaba más de una exposición de riesgo.

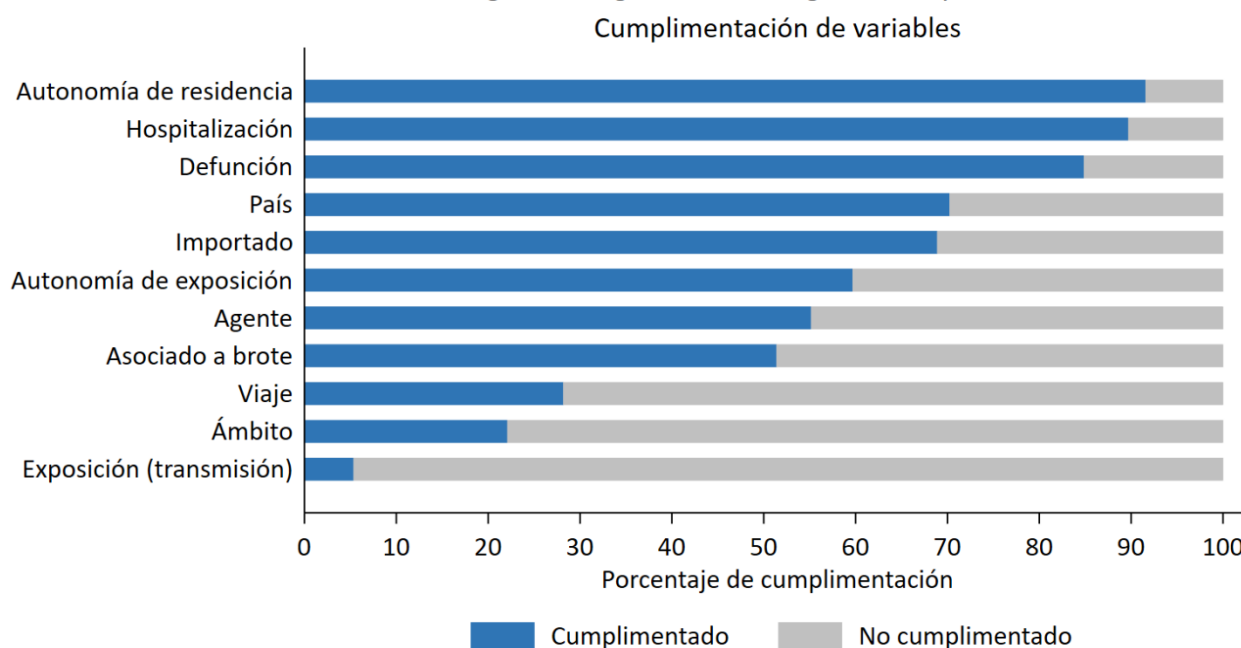
Para los casos no importados, el número de casos notificados de *S. flexneri* fue superior al de *S. sonnei* (385 y 206 casos, respectivamente). El porcentaje de casos de sexo masculino fue significativamente mayor para *S. flexneri* que para *S. sonnei* (89,61% vs. 68,29%, p-valor < 0,001). Para los casos importados, se observó un patrón opuesto, con mayor número de casos de *S. sonnei* que de *S. flexneri* (81 y 43 casos, respectivamente), aunque el porcentaje de casos de sexo masculino también fue significativamente mayor para *S. flexneri* que para *S. sonnei* (67,44% vs. 40,74%, p-valor: 0,005).

Calidad de los datos

La calidad de la cumplimentación de las variables se muestra en la figura 6. La edad estaba disponible en todos los casos, y el sexo en más del 99% de los casos. Las variables de autonomía de residencia del caso, hospitalización y defunción tuvieron una cumplimentación mayor del 85%. La información sobre el país del

contagio, si el caso era importado, la autonomía de exposición, la especie de *Shigella* identificada en los casos, y si el caso estaba asociado a un brote estuvo disponible en un 50-70% de los casos. La cumplimentación de las variables de si el caso había viajado durante el periodo de incubación y el ámbito de exposición fue del 28% y 22% respectivamente. La información sobre la exposición (que refleja el mecanismo de transmisión) estaba disponible en sólo el 5 % de los casos. Con respecto al año previo, se observó una menor cumplimentación de la variable de importado, y una mayor cumplimentación de las variables de hospitalización, defunción y del ámbito de exposición.

Figura 6. Vigilancia de Shigelosis. España, 2025



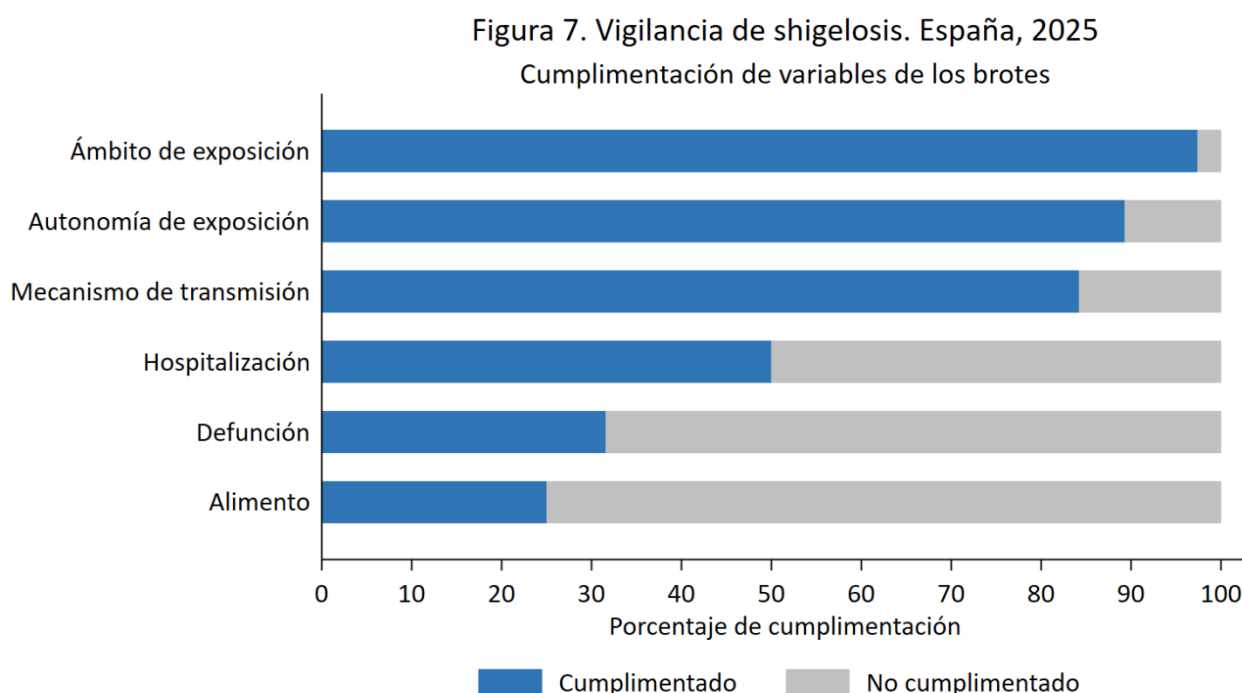
Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

Brotes

En el año 2025, todas las CCAA excepto Aragón notificaron al sistema de brotes de la RENAVE, incluyendo la notificación de 0 brotes. Se notificaron 38 brotes de shigelosis, con un total de 117 casos (mediana de dos casos por brote; mínimo de 2 y máximo de 18 casos), y 12 hospitalizados. No se notificó ninguna defunción. Los brotes fueron notificados por siete CCAA: Cataluña notificó 17 brotes, Andalucía nueve brotes, Galicia, Navarra y Comunidad Valenciana tres brotes cada una, Islas Canarias 2 brotes, y Murcia notificó un brote. Diez brotes fueron importados (26,32%). Una importante proporción de los brotes se notificaron durante los meses de agosto, septiembre y octubre (16 brotes, 42,11%). La principal especie de *Shigella* identificada fue *S. sonnei* (20 de 32 brotes con información, 62,50%), pero también se notificaron 11 brotes de *S. flexneri* y un brote de *S. boydii*. Se notificaron 30 brotes no alimentarios (23 de ellos por contacto directo persona a persona y 3 brotes por exposición ambiental a aguas contaminadas, no disponiéndose de información en los 4 brotes restantes) y 8 brotes alimentarios. Para ambos tipos de brotes, el principal ámbito de exposición fue el hogar (26/29 brotes no alimentarios con información, 89,66%; y 5/8 brotes alimentarios, 62,50%). Se disponía de información del alimento en 2 brotes alimentarios: en uno de ellos fue carne de pollo y en el otro un producto cárnico sin especificar.

La calidad de la cumplimentación de las variables de los brotes se muestra en la figura 7. La información sobre el ámbito de exposición estaba disponible en el 97% de los brotes, sobre la autonomía de exposición en el 89% de casos, y sobre la exposición (que refleja el mecanismo de transmisión) en el 84%. La cumplimentación

de la variable de hospitalización fue del 50%, de la defunción del 32%, y de la variable de alimento sospechoso (en los brotes alimentarios) del 25%.



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)

Conclusión

En el año 2025, la incidencia acumulada de shigelosis fue similar al año previo. El patrón estacional de la enfermedad también se mantuvo con respecto al año 2024, al igual que las características de los casos, con idéntica distribución por sexo y grupos de edad. La razón hombre/mujer continuó siendo elevada, con exceso de casos en hombres adultos jóvenes. Para los casos no importados, el número de casos notificados de *S. flexneri* fue superior al de *S. sonnei*, mientras que, en los casos importados, se dio la situación contraria. El número de brotes notificado fue superior al año 2024, debido principalmente al aumento de los brotes no alimentarios con transmisión directa persona a persona.