

PROTOCOLO DE VIGILANCIA DE FIEBRE RECURRENTE TRANSMITIDA POR GARRAPATAS

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 fiebre recurrente transmitida por garrapatas. 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 fiebre recurrente transmitida por garrapatas.	
Fecha de creación	2013.	
Cita sugerida	Protocolo de vigilancia de fiebre recurrente transmitida por garrapatas. 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, síntesis y actualización de la información.
	Agente	Mínimos cambios y actualización de información.
	Reservorio	Síntesis de la información y mínimos cambios.
	Modo de transmisión	Cambios en la redacción y actualización de la información.
	Período de incubación	Mínimos cambios en la redacción y actualización de la información.
	Susceptibilidad	Mínimos cambios y actualización.
	Objetivos	Se han ampliado y detallado.
	Criterio clínico	Mínimos cambios en la redacción.
	Criterio epidemiológico	Añadido criterio de exposición en medio rural.
	Criterio de laboratorio	Modificado criterio de laboratorio: eliminado aislamiento y especificando que la serología no es válida
	Modo de vigilancia	Excluidos los casos probables.
	Medidas preventivas	Actualización de la información sobre actuaciones sobre el vector y reservorio, homogénea con otras enfermedades TG.
	Control del caso	Cambios en la redacción y actualización de la información. Eliminación de apartado de Quimioprofilaxis.
	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 y fechas de ingreso y defunción. Eliminada la variable de manifestación clínica.
	Datos del Laboratorio	Se añaden agentes (otras especies de Borrelia). Se elimina la categoría de aislamiento en las pruebas.
	Datos del Riesgo	Eliminada ocupación de riesgo y animal sospechoso. Modificadas categorías de exposición.
	Categorización del caso	Se excluye clasificación (sólo aplican casos confirmados).

DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Introducción

El término de Fiebre Recurrente (FR) se aplica a dos enfermedades diferentes, clínicamente similares, pero etiológicamente distintas y transmitidas por distinto vector, dependiendo de su localización geográfica. En su forma epidémica, la debida a *Borrelia recurrentis*, se transmite por piojos del cuerpo, está presente en partes de África y Sudamérica y ocurre a menudo en situaciones de hacinamiento, como desplazamientos humanos por guerras y hambrunas. En el siglo XX hubo grandes epidemias durante la I y II Guerra Mundial.

La fiebre recurrente transmitida por garrapatas (FRTG) es endémica en toda América, África tropical, Asia y Europa y puede ser causada por diversas especies de *Borrelia*. El mayor riesgo en Europa se da en países del área mediterránea, sobre todo en la península Ibérica. Es una enfermedad sistémica aguda que puede ser grave. Se caracteriza por episodios febriles recurrentes que duran 3 días de media (2 a 7 días), ceden de forma brusca y se alternan con períodos de recuperación aparente de unos 7 días (4 a 14 días). Los episodios comienzan súbitamente, con fiebre alta (más de 39°C), escalofríos y síntomas inespecíficos (ej.: cefalea, vómitos, artromialgias) que ceden bruscamente. El número de recaídas es variable y generalmente su duración es cada vez más corta y menos intensa. Las personas enfermas suelen recuperarse, a medida que desarrollan inmunidad, aunque también es posible el estado de portación asintomática durante años, por el acantonamiento de espiroquetas en órganos, que también puede ocasionar complicaciones (oftalmitis, iritis/iridociclitis, afectación del sistema nervioso central, exacerbación del asma y eritema multiforme). Los síntomas varían según la inmunidad del huésped y la cepa de *Borrelia* implicada. Los síntomas neurológicos (2%) son causados principalmente por *Borrelia duttoni* y *Borrelia turicatae*. En España (*Borrelia hispanica*) pueden presentarse síntomas meníngeos. El pronóstico es bueno y la mortalidad es inferior al 1% con tratamiento adecuado, aunque puede alcanzar el 5% en los no tratados.

La FRTG es endémica en países con clima tropical, por lo que se debe considerar en el diagnóstico de personas con fiebre procedentes del trópico, una vez descartado paludismo. En España es una enfermedad de muy baja incidencia y, por la baja sospecha y la dificultad en el diagnóstico, está infra-diagnosticada. Se han notificado casos sobre todo en zonas de Andalucía, pero también en el centro y norte peninsular (País Vasco, Navarra) y área del Mediterráneo (Comunidad Valenciana, Cataluña), más frecuentemente en verano.

Agente

Borrelia es una espiroqueta Gram negativa de forma helicoidal presente en la sangre durante el período febril y que se puede acantonar en órganos internos, sobre todo en el bazo y el encéfalo, de los casos infectados.

La FR puede causarla más de 20 especies diferentes de *Borrelia*, entre ellas, *B. recurrentis* que es la única especie asociada a la presentación epidémica de la enfermedad transmitida por piojos, generalmente con una mayor mortalidad.

Varias especies de espiroquetas son los agentes causantes de la FRTG en Europa. *Borrelia hispanica* es el agente habitual en la península Ibérica, también distribuida en Chipre, Grecia y el norte de África.

Reservorio

Los pequeños mamíferos, especialmente los roedores silvestres, son los huéspedes más comunes y actúan como reservorios. Las garrapatas adquieren las espiroquetas cuando se alimentan de roedores infectados. En nuestro medio, las garrapatas blandas del género *Ornithodoros* son, además del vector, el principal reservorio de *Borrelia*. Una vez infectadas, pueden albergar al microorganismo durante toda su vida (de 2 a 5 años) y transmitirlo a sus descendientes. Viven cerca de su hospedador en hendiduras o grietas de madrigueras animales o en viviendas.

Modo de transmisión

La FRTG se transmite por garrapatas blandas de la familia *Argasidae*, principalmente del género *Ornithodoros*, que son hematófagos en todas sus etapas (larvas, ninfas y adultos). Las ninfas son las que más contribuyen a la transmisión de enfermedades al ser humano, que se infecta cuando las borrelias, presentes en la saliva o el líquido coxal (excrementos) de la garrapata, contaminan el sitio de alimentación y entran en la sangre por la piel. La picadura puede pasar desapercibida por la analgesia local que producen algunas garrapatas *Ornithodoros*. En España, las más comunes son *Ornithodoros erraticus* y *Ornithodoros occidentalis* y la época de mayor riesgo suele coincidir con la eclosión del vector en primavera y verano. Las garrapatas permanecen infectadas a lo largo de su vida y son muy sensibles a mínimos cambios de temperatura y humedad. También influyen en la densidad vectorial los procesos de urbanización en lugares cercanos a zonas rurales o boscosas, la deforestación y reconversión en terreno agrícola, inundaciones y sequías.

La transmisión entre humanos es excepcional. La vía transplacentaria y el contagio accidental en laboratorio teóricamente son posibles. Los seres humanos no parecen ser reservorio para la transmisión al vector.

Período de incubación

Después de la picadura de garrapata infectada, el período de incubación es 7 días (rango de 2 a 18 días).

Susceptibilidad

La susceptibilidad es general para toda la población expuesta. En nuestro medio, el riesgo de infección se asocia a prácticas como la caza, realizar actividades al aire libre en zonas rurales o boscosas, actividades militares o trabajar en el campo. Presentan mayor riesgo de padecer formas graves las personas en edades extremas (en la infancia y edades avanzadas), las embarazadas y las personas inmunodeprimidas. Se desconoce la duración y el grado de inmunidad adquirida en personas que han sido infectadas, pudiéndose presentar infecciones repetidas. No hay vacuna disponible.

VIGILANCIA DE LA ENFERMEDAD

Objetivos

1. Conocer el patrón epidemiológico de presentación de los casos de FRTG 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 precozmente los casos y los brotes para asegurar un diagnóstico y tratamiento precoz de las personas expuestas y actuar, en la medida de lo posible, para el control de las garrapatas y sus reservorios.
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

La enfermedad debuta de manera súbita con fiebre alta (más de 38,5°C) junto con alguno de los siguientes signos y síntomas más frecuentes: cefalea, mialgias, escalofríos, clínica digestiva, artromialgias. La clínica es recurrente, con síntomas que duran de 2 a 7 días sin tratamiento, desaparecen de manera espontánea y se alternan con períodos asintomáticos de unos días o semanas.

Criterio de laboratorio

Al menos uno de los siguientes:

- Visualización directa de espiroquetas, durante un episodio febril, en preparaciones frescas de sangre con microscopio de campo oscuro, o bien en extensiones de sangre con tinciones de Giemsa o Wright, naranja de acridina o inmunofluorescencia.
- Detección molecular específica en sangre, médula ósea o líquido cefalorraquídeo.

Las muestras de sangre deben enviarse en tubos con anticoagulante. Las pruebas serológicas tienen escasa utilidad, ya que las espiroquetas experimentan cambios antigénicos en las sucesivas recurrencias de la enfermedad. No se recomiendan en el diagnóstico de rutina.

Criterio epidemiológico

- Antecedente de picadura de garrapata en los 18 días anteriores al inicio del primer episodio febril.
- Exposición en medio rural

Clasificación de los casos

Caso sospechoso: no procede.

Caso probable: persona que cumple los criterios clínicos de la enfermedad y el criterio epidemiológico.

Caso confirmado: persona que cumple los criterios clínicos de la enfermedad y alguno de los criterios diagnósticos de laboratorio.

Definición de brote

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

MODO DE VIGILANCIA

La vigilancia de los casos humanos se debe enmarcar dentro de las actividades del Plan Nacional de Prevención, Vigilancia y Control de las enfermedades transmitidas por garrapatas (PLAN), o bien dentro de su desarrollo autonómico, si lo hubiera.

La C.A. notificará, de forma individualizada, los casos nuevos confirmados en la plataforma electrónica que esté establecida para este uso, con 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.

Cuando la magnitud del brote o el patrón de difusión constituyan un evento de salud pública de importancia nacional u otras situaciones de alerta, el servicio de Vigilancia Epidemiológica 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

Las medidas preventivas se centran en la prevención de la exposición al vector, el control de los reservorios, la gestión integrada del vector y la detección y el manejo adecuado de los casos. La principal medida es educar a la población respecto al modo de transmisión por medio de garrapatas y las formas de protección personal para evitarlas. Se recomienda evitar los lugares con presencia de garrapatas, en la medida de lo posible y usar ropa y calzado adecuados: ropa clara, manga y pantalón largo, calcetín cubriendo pantalón y bota, usar repelentes preferentemente sobre la ropa y evitar sentarse en el suelo en zonas con vegetación. La mejora en las viviendas para evitar su proximidad con roedores disminuye el riesgo de exposición a la picadura de garrapata. Después de una estancia en zona con garrapatas, se debe revisar la ropa y la piel (partes del cuerpo expuestas y donde las garrapatas tienen mayor afinidad), revisar también la ropa, ducharse y lavar las prendas en agua caliente.

En el caso de FRTG, se transmite por picadura de garrapatas blandas, cuyo modo de alimentación y de transmisión de la infección suele ser rápido. Por ello, la extracción precoz de la garrapata no aporta beneficios en la prevención de la transmisión de la infección. No obstante, de forma general, si se produce la picadura de una garrapata, esta se deberá eliminar lo antes posible siguiendo estas recomendaciones:

- Se debe prestar atención o cubrirse las manos cuando se eliminen las garrapatas.

- Extraer adecuadamente toda garrapata fijada, con una pinza de borde romo y boca estrecha, con la que se sujetará la garrapata, agarrándola por la cabeza (parte bucal), muy cerca de la piel, para evitar exprimir el cuerpo y que pueda inyectar sus fluidos en el interior de la herida.
- Se ejercerá una tracción suave, progresiva y continua, nunca bruscamente, en la misma dirección de su implantación, hasta conseguir su extracción.
- Si durante la extracción una parte de la garrapata no se desprende, se actuará, ante el resto que quede, como si fuera un cuerpo extraño, extirpándolo con un bisturí o la punta de una aguja.
- Después de retirarla, lavarse las manos y la zona donde estaba prendida la garrapata, y luego desinfectar.
- Una vez extraída la garrapata, si se dispone de recursos en la C.A. para su identificación y análisis, se deberá conservar de forma segura tal y como se establezca, y seguir las instrucciones de envío indicadas para ello.
- En el caso de que se deseche la garrapata, se hará de forma segura (sumergirla en alcohol, meterla en una bolsa/contenedor hermético que se desechará, eliminarla por el inodoro). Nunca se aplastará con los dedos (puede ser fuente de contaminación por los patógenos que pudiera albergar).
- Se debe observar si aparece clínica en los días posteriores a la picadura para buscar atención médica.

En los viajes internacionales se deben seguir las mismas recomendaciones indicadas para la prevención de la enfermedad en España. La información sobre los consejos sanitarios en viajes internacionales puede ser consultada en la web del Ministerio de Sanidad:

<https://www.sanidad.gob.es/areas/sanidadExterior/laSaludTambienViaja/consejosSanitarios/home.htm>.

Medidas ante un caso, sus contactos y el medio ambiente

Borrelia es sensible a diversos grupos de antibióticos. El tratamiento puede provocar a las 24 horas de su inicio una reacción de Jarisch-Herxheimer (del 5 al 10% de los casos), causada por la masiva liberación de citoquinas, que se manifiesta con malestar general, cefalea, fiebre, sudoración, temblores, convulsiones, taquicardia, diaforesis e hipotensión. Además, se deben aplicar medidas en el entorno del caso, como el control de reservorio (roedores y garrapatas) y búsqueda y prevención de casos asociados.

Medidas ante un brote

En caso de brote debe realizarse una investigación de las personas con riesgo de exposición y de la fuente de infección (animales infestados, identificación y delimitación de zonas con presencia de garrapatas), prestando atención particular a la identificación de especies de garrapatas si fuera posible. Hay que tomar las medidas más adecuadas a cada situación, que pueden incluir desparasitación de animales, limpieza y desparasitación de zonas con presencia de garrapatas cuando esto sea posible (dependencias de ganado, un patio escolar) o la simple información y vigilancia de síntomas a los expuestos, en circunstancias en que las medidas ambientales sean imposibles.

BIBLIOGRAFÍA

1. Heymann L. El control de las enfermedades transmisibles. 21ª Edición. Washington, D.C.: OPS, Asociación Americana de Salud Pública, 2022.
2. Informes epidemiológicos sobre la situación de fiebre recurrente transmitida por garrapatas en España. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Disponible en: https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Paginas/Resultados_Vigilancia_Fiebre_Recurrente_Garrapatas.aspx
3. Escudero-Nieto R, Guerrero-Espejo A. Enfermedades producidas por *Borrelia*. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2005;23(4):232-40.
4. R López-Vélez, Ricardo Molina Moreno. Cambio climático en España y riesgo de enfermedades infecciosas y parasitarias transmitidas por artrópodos y roedores. *Rev Esp Salud Pública* 2005; 79: 177-190.
5. Cutler SJ. Relapsing fever *Borreliae*: a global review. *Clin Lab Med*. 2015;35:847–65. <https://doi.org/10.1016/j.cl.2015.07.001>
6. Domínguez MC, Vergara S, Gómez MC, Roldán ME. Epidemiology of tick-borne relapsing fever in endemic area, Spain. *Emerg Infect Dis*. 2020;26(5):849-856. doi: 10.3201/eid2605.190745.
7. Croche Santander B, Sánchez Carrión A et al. Fiebre recurrente transmitida por garrapatas en área rural del sur de España. *An Pediatr(Barc)*. 2015;82(1):e73-e77.
8. European Centre for Disease Prevention and Control. Factsheet on tick-borne relapsing fever for healthcare professionals. 2015. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/factsheet-tick-borne-relapsing-fever-healthcare-professionals>
9. Talagrand-Reboul E, Boyer PH, Bergström S, Vial L and Boulanger N. Relapsing Fevers: Neglected Tick-Borne Diseases. *Front. Cell. Infect. Microbiol*. 2018; 8:98. doi: 10.3389/fcimb.2018.00098

ANEXO I. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE FIEBRE RECURRENTE TRANSMITIDA POR GARRAPATAS

DATOS DE LA DECLARACIÓN

C.A. declarante:

Código de 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:

País de nacimiento:

DATOS DE LA ENFERMEDAD

Fecha del caso²: / /

Fecha de inicio de síntomas: / /

Hospitalización³: ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

Fecha de hospitalización: / /

Fecha de alta: / /

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):

☐ *Borrelia* spp.

☐ *Borrelia crocidurae*

☐ *Borrelia hispánica*

☐ *Borrelia duttonii*

☐ *Borrelia miyamotoi*

☐ *Borrelia parkeri*

☐ *Borrelia hermsii*

☐ *Borrelia turicatae*

Muestra (marcar la muestra principal con resultado positivo):

☐ Sangre

☐ Médula ósea

☐ Líquido cefalorraquídeo (LCR)

Prueba (marcar las pruebas positivas en la muestra principal):

☐ Detección de ácido nucleico (PCR)

☐ Visualización

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 residencia⁵

☐ En una C.A. distinta de la de residencia⁶

☐ En un país distinto de España⁷

País de exposición del caso⁸:

C.A. de exposición del caso⁸:

Provincia de exposición del caso⁸:

Municipio de exposición del caso⁸:

Exposición (marcar una de las siguientes opciones):

☐ Picadura garrapata

☐ Exposición en zona de riesgo (sin evidencia de picadura)

☐ Desconocida

CATEGORIZACIÓN DEL CASO

Criterios de clasificación de caso:

Criterio de laboratorio: ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

Criterio epidemiológico: ☐ 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 brote⁹:

OBSERVACIONES¹⁰

-
1. Fecha de la primera declaración del caso: Fecha de la primera declaración del caso 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. Lugar de exposición: C.A. de residencia: define si la exposición al riesgo se produjo en la C.A. de residencia.
 6. Lugar de exposición: C.A. distinta de la de residencia: define si la exposición del caso se produjo en una C.A. distinta a la de residencia.
 7. Lugar de exposición: País distinto de España: define si la exposición del caso se produjo en un país distinto de España.
 8. País/ C.A./ Provincia/ Municipio de exposición del caso: es el lugar de exposición o de adquisición de la infección, en general, se considerará el lugar donde el caso ha podido contraer la enfermedad. Si no se conoce se dejará en blanco.
 9. C.A. de declaración del brote: Aquella que ha asignado el identificador del brote.
 10. Observaciones: Incluir toda la información relevante no indicada en el resto de la encuesta.