



PROTOCOLO DE VIGILANCIA DE ENCEFALITIS 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 encefalitis 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 encefalitis transmitida por garrapatas.	
Fecha de creación	2013.	
Cita sugerida	Protocolo de vigilancia de encefalitis 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; añadida información sobre la situación en España (detección del virus en animales sin casos en humanos).
	Agente	Cambios mínimos en la redacción.
	Reservorio	Cambios en la redacción, síntesis y actualización.
	Modo de transmisión	Cambios en la redacción y actualización. Inclusión de transmisión de persona a persona.
	Período de incubación	Cambios en la redacción y actualización de la información. Incubación tras ingesta lácteos.
	Objetivos	Se han ampliado y detallado.
	Criterio clínico	Cambios mínimos en la redacción.
	Criterio epidemiológico	Cambios mínimos en la redacción.
	Criterio de laboratorio	Caso confirmado: IgM e IgG en suero confirmada por neutralización, detección de IgM en LCR y eliminado criterio de detección de antígenos. Caso probable: IgM o seroconversión no confirmadas por neutralización.
	Clasificación de los casos	Caso probable: criterio clínico, epidemiológico y probable de laboratorio. Caso confirmado: criterio de laboratorio confirmado.
	Definición de brote	Cambios en la redacción (se excluye si el vínculo es viaje a zona endémica).
	Modo de vigilancia	Se hace mención al Plan Nacional de Prevención, Vigilancia y Control de las enfermedades transmitidas por Aedes (PLAN).
	Medidas preventivas	Cambios en la redacción y actualización. Información sobre prevención y actuación ante picadura de garrapata. Apartado nuevo sobre recomendaciones a viajeros internacionales.
Control del caso	Reestructurada la información de este apartado, a sus apartados correspondientes. Se ha modificado la redacción acorde al título. Añadidas medidas ante brote autóctono.	
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. Simplificación variables clínica (pasas a ser "neurológica" o "no neurológica").
	Datos del Laboratorio	Se añaden pruebas IgM y neutralización. Añadida muestra suero.
	Datos del Riesgo	Incorporación del lugar de la exposición, continente/región del caso y motivo de estancia en país endémico. Añadidas categorías de exposición. Se simplifica ocupación de riesgo (laboratorio). Se eliminan animal sospechoso y ámbito de exposición.

DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Introducción

La encefalitis por garrapatas (ETG) es una enfermedad zoonótica aguda del sistema nervioso central, causada por un arbovirus, que se extiende por todo el norte y centro de Europa, Rusia y lejano oriente hasta Japón.

La infección es asintomática hasta en 2 de cada 3 personas. Cuando se producen síntomas, la enfermedad se presenta en dos fases diferenciadas: la primera, fase de viremia (de 2 a 10 días) cursa con síntomas pseudogripales; se sigue de un período asintomático de 7 días (rango 1 a 33), que precede a la segunda fase, fase de afectación del sistema nervioso central (meningitis, meningoencefalitis, mielitis, parálisis, radiculitis).

El subtipo europeo se asocia a enfermedad leve, con un 20 a 30% de casos afectados por la fase 2, letalidad del 0,5 al 2% y secuelas neurológicas hasta en el 10%. En la infancia, la fase 2, suele limitarse a meningitis, mientras que en personas de más de 40 años hay mayor riesgo de encefalitis y riesgo de muerte y de secuelas en personas mayores de 60 años. El subtipo siberiano se asocia con una enfermedad más leve (letalidad del 1 al 3%) y tendencia a desarrollar enfermedad prolongada. El subtipo del lejano oriente se asocia a enfermedad más grave y monofásica, con letalidad superior al 35% y mayor riesgo de secuelas.

El patrón de aparición de esta enfermedad es estacional, siguiendo los períodos de actividad de los vectores que la transmiten. Aunque esta enfermedad se puede producir durante todo el año, los períodos de actividad de las diferentes especies de garrapatas varían entre el principio del verano hasta principio de otoño dependiendo de las temperaturas y régimen pluviométrico de la zona.

En España el vector principal son las garrapatas de la familia *Ixodidae*. Algunos estudios han detectado serologías positivas para la enfermedad en animales. No obstante, hasta la fecha, no se ha hallado virus en la garrapata ni en otros reservorios ni se han detectado casos humanos autóctonos.

Agente

El agente etiológico, el virus de la ETG, es del género *Orthoflavivirus* de la familia *Flaviviridae* y está estrechamente relacionado con los virus Langat y Powassan, que también causan encefalitis humana. Además, se relaciona con el virus de la fiebre hemorrágica de Omsk, con el virus de la enfermedad de los bosques de Kyasanur y el virus Alkhurma, estos últimos causantes de fiebres hemorrágicas graves.

Se han descrito 3 subtipos del virus de la ETG:

- Subtipo europeo: transmitido por *Ixodes ricinus*, presente en zonas rurales y boscosas de Europa del norte, centro y del este.
- Subtipo siberiano, transmitido por *Ixodes persulcatus*, endémico en región de los Urales, Siberia y este de Rusia y zonas del Norte y Este de Europa.
- Subtipo del lejano oriente, transmitido por *Ixodes persulcatus*, endémico en el este de Rusia y regiones boscosas de China y Japón.

Reservorio

El reservorio son pequeños mamíferos (ratón de campo, topillo común), con viremia elevada (2 a 8 días de duración). Otros mamíferos tanto domésticos como salvajes (ciervos, jabalíes, zorros, cabras, vacas, etc.), también juegan un papel como hospedadores de garrapatas y amplificadores de la circulación del virus. El ser humano es un hospedador final o incidental en la cadena de transmisión del virus.

La garrapata *I. ricinus* es el vector principal y reservorio del virus ETG en Europa. La garrapata es más activa en el estadio de ninfa. Las larvas y las ninfas tienen mayor afinidad por pequeños hospedadores y son más difíciles de detectar y eliminar del cuerpo humano. La garrapata adulta prefiere huéspedes de mayor tamaño, como el ganado; vive sobre la vegetación, donde acecha al huésped, o en el hospedador mientras se alimenta. Prefieren ambientes con vegetación, como praderas, pastos, parques urbanos y bosques, ya que mantienen mejor la humedad y en ellos encuentran huéspedes sobre los que alimentarse.

Modo de transmisión

La forma de transmisión más frecuente es por la picadura de una garrapata infectada, principalmente ninfas y adultas, del género *I. ricinus*. Las garrapatas permanecen infectivas toda su vida y puede haber transmisión transestadial y transovárica.

La infección humana también puede ser por la ingesta de lácteos elaborados con leche cruda no pasteurizada de cabras, vacas y ovejas infectadas, y se pueden producir brotes familiares. Se han notificado infecciones accidentales de laboratorio y por transmisión vertical. No se ha descrito transmisión por trasplante o transfusiones, aunque es una posibilidad teórica.

Periodo de incubación

El período de incubación suele ser de 3 a 14 días (7 días de media), aunque se ha descrito de más de 28 días. La incubación tras la infección por alimentos es más corta, de unos 4 días.

Susceptibilidad

La susceptibilidad es general. Una persona infectada desarrolla anticuerpos específicos para el virus de la ETG y permanece inmune a la reinfección para toda la vida.

En países endémicos se realizan campañas de vacunación con vacuna inactivada en zonas de alta endemia. La vacuna también está indicada para personas que viajen a zonas endémicas.

VIGILANCIA DE LA ENFERMEDAD

Objetivos

1. Detectar de forma temprana los casos autóctonos, para orientar las medidas de control y evitar la circulación del virus, sobre todo en áreas con presencia de un vector competente.
2. Detectar los casos importados con el fin de notificar la actividad viral en el lugar de la infección.
3. Realizar el estudio epidemiológico a partir de la información de vigilancia. Garantizar la calidad de los datos para orientar la prevención y el control.

Definición de caso

Criterio clínico

Una persona con algún síntoma de inflamación del sistema nervioso central (meningitis, meningoencefalitis, encefalomiелitis o encefalorradiculitis) u otra clínica compatible (ej.: astenia, fiebre, cefalea).

Criterio de laboratorio

Criterio de caso confirmado.

Al menos uno de los cinco siguientes:

- Aislamiento del virus en muestra clínica.
- Detección de ácido nucleico viral en muestra clínica.
- Detección de anticuerpos específicos IgM en LCR.
- Detección de anticuerpos IgM e IgG específicos en suero, confirmada por neutralización.
- Seroconversión o incremento de 4 veces el título de anticuerpos específicos en muestras pareadas de suero, confirmado por neutralización.

Criterio de laboratorio para caso probable

- Detección de anticuerpos IgM específicos en una única muestra de suero, no confirmada por neutralización.

La serología debe ser interpretada de acuerdo con el estado vacunal y exposición previa a otros flavivirus (virus de la encefalitis japonesa, fiebre amarilla y fiebre del Nilo). Los casos confirmados deberían ser validados por seroneutralización o técnica equivalente.

Los casos se enviarán al laboratorio de referencia, para la confirmación del diagnóstico y la caracterización del virus detectado.

Criterio epidemiológico

- Viaje a un área endémica en las cuatro semanas anteriores al comienzo de los síntomas.
- Exposición a una fuente común (ej.: derivados lácteos sin pasteurizar) de un caso confirmado.

Clasificación de los casos

Caso sospechoso: no procede.

Caso probable: persona que cumple criterio clínico, algún criterio epidemiológico y criterio de laboratorio de caso probable.

Caso confirmado: persona que cumple alguno de los criterios de laboratorio de caso confirmado.

Definición de brote

Dos o más casos de ETG que tengan una relación epidemiológica, diferente de viaje a país endémico.

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 los hubiera.

La C.A. notificará, de forma individualizada, los casos importados nuevos probables y confirmados en la plataforma electrónica que esté establecida para este uso. Enviará la información inicial de declaración del caso de forma 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 identificara un caso probable o confirmado autóctono de ETG se debe comunicar inmediatamente al servicio de Vigilancia Epidemiológica de la C.A., que 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 la Unión Europea y a la Organización Mundial de la Salud (OMS) de acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional (2005).

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.

MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA

Medidas preventivas

Las medidas preventivas se centran en la prevención de la exposición al vector y la administración de la vacuna, si estuviera indicada.

Se debe educar a la población respecto al modo de transmisión por picadura de garrapatas y las formas de protección personal para evitarlas. Se recomienda evitar lugares con presencia de garrapatas, en la medida de lo posible y usar ropa y calzado adecuados como 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. Después de una estancia en zona con garrapatas, se debe revisar la ropa y la piel (zonas del cuerpo donde las garrapatas tienen mayor afinidad).

Si pese a todas las medidas anteriores se produce la picadura de una garrapata, esta se deberá eliminar lo antes posible siguiendo las siguientes recomendaciones:

- Se debe prestar atención o cubrirse las manos cuando se eliminan 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 brusca, 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. Si la C.A. no dispone de recursos, la garrapata se remitirá a un centro de referencia para identificación de especie y posible detección de virus.
- 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, ya que puede ser fuente de contaminación (por los patógenos que pudiera albergar).
- Se debe observar si aparecen síntomas en los días posteriores a la picadura para buscar atención médica.
- Se debe evitar el consumo de productos lácteos no pasteurizados procedentes de zonas endémicas.

Para viajes internacionales existe una vacuna disponible en los centros de vacunación internacional, que se recomienda en los viajes si se van a realizar actividades como caza, montañismo, senderismo, acampada o a personas que por su ocupación (agricultura, entrenamiento militar) vayan a zonas forestales o rurales de los países endémicos, especialmente entre la primavera y el otoño. La información relativa a la vacuna se puede encontrar en:

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

En viajes internacionales a zonas endémicas se seguirán las recomendaciones de protección frente a garrapatas. Dicha información puede ser consultada en la [página web de Sanidad Exterior, Ministerio de Sanidad](#).

Medidas ante un caso, sus contactos y medio ambiente

Se centran en el tratamiento de soporte del caso y la aplicación de medidas preventivas generales en su entorno. Se debe investigar el lugar y modo de infección. Si se trata de casos importados, se debe investigar el modo de transmisión (estancia en zonas endémicas, bosques, vegetación, consumo de lácteos) y el entorno del caso para detectar otros posibles casos con una fuente común de infección.

Medidas ante un brote

En caso de brote importado debe realizarse una investigación de las personas con riesgo de exposición y de la fuente de infección, consumo de leche o derivados lácteos crudos.

BIBLIOGRAFÍA

1. European Centre for Disease Control and Prevention (ECDC). Factsheet about tick-borne encephalitis. [Internet]. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/tick-borne-encephalitis/facts/factsheet> [Accedido 24 de enero de 2024]
2. Heymann L. El control de las enfermedades transmisibles. 21ª Edición. Washington, D.C.: OPS, Asociación Americana de Salud Pública, 2022.
3. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Tick-borne encephalitis (TBE). [Internet]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/tick-borne-encephalitis/index.html> [Accedido 24 de enero de 2024]
4. World Health Organization (WHO). Tick-borne encephalitis. [Internet]. Disponible en: https://www.who.int/health-topics/tick-borne-encephalitis#tab=tab_1 [Accedido 24 de enero de 2024]
5. Camino E, Schmid S, Weber F, Pozo P, de Juan L, König M, Cruz-Lopez F. Detection of antibodies against tick-borne encephalitis flaviviruses in breeding and sport horses from Spain. *Ticks Tick Borne Dis.* 2020 Sep;11(5):101487. doi: 10.1016/j.ttbdis.2020.101487.
6. García-Bocanegra I, Jurado-Tarifa E, Cano-Terriza D, Martínez R, Pérez-Marín JE, Lecollinet S. Exposure to West Nile virus and tick-borne encephalitis virus in dogs in Spain. *Transbound Emerg Dis.* 2018 Jun;65(3):765-772. doi: 10.1111/tbed.12801.
7. DECISIÓN DE EJECUCIÓN (UE) 2018/945 DE LA COMISIÓN de 22 de junio de 2018 sobre enfermedades transmisibles y problemas sanitarios especiales relacionados que deben estar sujetos a vigilancia epidemiológica, así como las definiciones de casos pertinentes.
8. Van Heuverswyn Jasper, Hallmaier-Wacker Luisa K., Beauté Julien, Gomes Dias Joana , Haussig Joana M, Busch Kristina, Kerlik Jana, Markowicz Mateusz, Mäkelä Henna, Nygren Teresa Marie, Orlíková Hana, Socan Maja, Zbrzeźniak Jakub, Žygutiene Milda, Gossner Céline M. Spatiotemporal spread of tick-borne encephalitis in the EU/EEA, 2012 to 2020. *Euro Surveill.* 2023;28(11):pii=2200543. <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2023.28.11.2200543>

ANEXO I. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE ENCEFALITIS 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: / /

Manifestación clínica: Neurológica No neurológica Desconocido

Secuelas: Sí No Desconocido

Hospitalización³: Sí No Desconocido

Fecha de hospitalización: / /

Fecha de alta: / /

Ingreso en UCI: Sí No Desconocido

Defunción causada por la enfermedad: Sí No Desconocido

Fecha de defunción: / /

DATOS DEL LABORATORIO

Fecha de diagnóstico de laboratorio: / /

Agente causal⁴: Virus de la encefalitis transmitida por garrapatas

DATOS DE VACUNACIÓN

Vacunación documentada: Sí No Desconocido

Número de dosis: Fecha de última dosis recibida: / /

CATEGORIZACIÓN DEL CASO

Criterios de clasificación de caso:

Criterio clínico: Sí No Desconocido

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 brote¹⁰:

OBSERVACIONES¹¹

.....

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. 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. Continente/Región de exposición del caso: Rellenar si la exposición no ha tenido lugar en un único país o no se puede identificar. Si no se conoce el país de exposición, al menos, rellenar esta variable.
9. País/ C.A./ Provincia/ Municipio de exposición del caso: Especificar el lugar de exposición o de adquisición de la infección, en general, se considerará el lugar donde el caso ha podido contraer la enfermedad con mayor probabilidad (estancia durante período de incubación). Si está en España, cumplimentar los campos de C.A., provincia y municipio. Si el lugar de exposición es un país diferente de España se cumplimentaría el país. Si no se conoce se dejará en blanco.
10. C.A. de declaración del brote: Aquella que ha asignado el identificador del brote.
11. Observaciones: Incluir toda la información relevante no indicada en el resto de la encuesta.

ANEXO II. ENVÍO DE MUESTRAS AL CENTRO NACIONAL DE MICROBIOLOGÍA

Las muestras recomendadas son suero, sangre, LCR. Envío de la muestra refrigerada (2 a 8°C) lo más rápidamente posible (menos de 24 horas), o congelada (evitar congelación/descongelación), si se prevé una demora mayor a 24 horas.

Se utilizará la aplicación informática **GIPI**.

La dirección y teléfonos de contacto son:

Área de Orientación Diagnóstica.

Centro Nacional de Microbiología.

Instituto de Salud Carlos III.

Carretera Majadahonda-Pozuelo, km 2.

28220. Majadahonda (Madrid). ESPAÑA.

Teléfonos: 91 822 37 01 - 91 822 37 23 - 91 822 36 94.

CNM- Área de Orientación Diagnóstica: cnm-od@isciii.es.