



# **PROTOCOLO DE VIGILANCIA DE ENFERMEDAD DE LYME (BORRELIOSIS DE LYME)**

**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 enfermedad de Lyme. 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 enfermedad de Lyme.  |                                       |
| Fecha de creación              | 2025.   |                                       |
| Cita sugerida                  | Protocolo de vigilancia de enfermedad de Lyme. Sistema de Vigilancia de las Enfermedades Transmisibles. Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública. 2026. |                                       |
| <b>Cambios en el protocolo</b> |   |                                       |
| <b>Fecha de actualización</b>  | <b>Epígrafe</b>   | <b>Descripción de la modificación</b> |
|                                |   |                                       |

## DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD

### Introducción

La enfermedad de Lyme (EL) o Borreliosis de Lyme es una enfermedad zoonótica, multisistémica y multisintomática, causada por diferentes genoespecies de *Borrelia burgdorferi* y transmitida por la picadura de garrapatas duras del género *Ixodes* (en Europa, *Ixodes ricinus*).

La EL tiene una distribución mundial y sigue un patrón de zonas endémicas, de acuerdo con la distribución de la garrapata. Es la enfermedad transmitida por vectores más frecuente en el hemisferio norte. En España tiene una distribución amplia, existiendo focos de mayor incidencia en la mitad norte peninsular. Es una enfermedad con estacionalidad entre los meses de abril a noviembre. *Los cambios en el clima* y los inviernos más suaves podrían hacer que las garrapatas se distribuyan por más territorios y persistan en el ambiente más tiempo.

La enfermedad se caracteriza por un cuadro progresivo y con un espectro clínico muy variado que puede confundirse con otras patologías. *B. burgdorferi* penetra en la piel en el sitio de la picadura de la garrapata y después migra y se disemina por vía linfática y por la sangre a otros lugares de la piel y a otros órganos. Las manifestaciones clínicas se presentan progresivamente según las fases siguientes: localizada temprana, diseminada temprana y diseminada tardía. Las fases tempranas y tardías suelen estar separadas por intervalos sin síntomas.

La fase inicial o localizada temprana se manifiesta después de la picadura de la garrapata, con una lesión dermatológica en el lugar de la picadura, conocida como eritema migratorio (EM), signo patognomónico de la enfermedad, aunque sólo aparece en el 60-80 % de los casos. Se trata de una erupción en forma de mácula o pápula rojiza en el sitio de la picadura, de 5 centímetros de diámetro o más, de crecimiento anular y parte central ligeramente elevada y más pálida. La lesión se va haciendo más grande durante varias semanas y puede alcanzar hasta 30 cm de diámetro. Puede sentirse caliente al tacto y, en general, no presenta picor ni dolor, por lo que puede pasar desapercibida. El EM sin tratamiento desaparece, aunque puede persistir desde semanas a varios meses.

Si no se trata la enfermedad, al cabo de días o semanas, surgen las manifestaciones de la infección diseminada temprana en un periodo medio de hasta tres meses tras la picadura de la garrapata, Se manifiestan como: a) cuadros de afectación neurológica aguda del sistema nervioso central (SNC) y/o periférico, cuyos signos y síntomas duran menos de 6 meses. En los niños, los síntomas y signos más frecuentes son la meningitis y la parálisis facial; b) la aparición de múltiples eritemas migratorios, se trata de lesiones en múltiples localizaciones y más pequeñas que el EM, menos de 5 cm; c) linfocitoma por *Borrelia*, es una lesión nodular o papular, indolora que es más frecuente en niños; d) cuadros de afectación articular como sinovitis que afectan a una o a varias articulaciones y que involucra, con mayor frecuencia, a articulaciones grandes, como rodilla, articulación temporo-mandibular u otras; e) afectación cardíaca que se suele presentar poco tiempo después del EM, o en asociación con síntomas neurológicos o artritis.

Si no se trata la enfermedad en las fases tempranas, meses a años después pueden aparecer las manifestaciones de la fase diseminada tardía, con un curso crónico que dura entre 6 meses a varios

años, que suelen ser graves y pueden llegar a ser incapacitantes, con afectación neurológica, dermatológica, cardíaca o articular.

El diagnóstico de la enfermedad es complicado, tanto desde el punto de vista clínico, como microbiológico: en la fase inicial localizada la serología suele ser negativa. Tras la infección primaria, la espiroquetemia es transitoria e intermitente, por lo que el aislamiento de *B. burgdorferi* en sangre es complicado. La PCR puede ser de utilidad cuando la duración de los síntomas es inferior a 6 semanas, pasado este tiempo, no se recomienda la PCR. En este caso, la serología, se considera la prueba de elección para el diagnóstico de EL. La serología en dos pasos es para la que hay mayor consenso internacional. Consiste en la realización inicial de un ELISA como prueba de detección, seguida de una prueba de inmunoblot de confirmación.

### Agente

*B. burgdorferi*, es una espiroqueta Gram negativa que pertenece al grupo de especies del género *Borrelia* que causan la EL y conocidas colectivamente como complejo *B. burgdorferi sensu lato*. Este grupo contiene, al menos, 21 genoespecies, pero solo *B. burgdorferi sensu stricto*, *B. afzelii*, *B. spielmanii*, *B. garinii* y *B. bavariensis* son relevantes para el ser humano. Su temperatura óptima de crecimiento se encuentra entre los 30 y los 34°C y su tiempo de generación varía entre 8 y 12 horas, aun así, son muy difíciles de aislar y cultivar.

### Reservorio

Los animales silvestres son reservorios naturales de la bacteria *B. burgdorferi* y hospedadores de las garrapatas duras del género *Ixodes*, vectores que transmiten la infección. Las garrapatas necesitan alimentarse de sangre en cada etapa de su ciclo vital y lo hacen sobre una amplia variedad de especies animales silvestres y domésticas, incluso aves y reptiles y, ocasionalmente, humanos. El ciclo biológico de la garrapata es largo (2 a 4 años) y complejo (larva, ninfa, garrapata adulta). Cuando se alimentan de un huésped portador se infectan y mantienen a la espiroqueta de por vida, en todas sus fases evolutivas. Las larvas de garrapatas se alimentan de pequeños animales silvestres, generalmente ratones, topillos, erizos, etc., de los que se infectan. Tras caer al suelo y mudar de estadio, las ninfas se alimentan durante varios días de animales silvestres o domésticos o en el ser humano que es hospedador accidental, a los que inocula la espiroqueta. Tras caer nuevamente al suelo, la ninfa muda a adulto, que finalmente, vuelve a picar a un nuevo hospedador, normalmente grandes mamíferos silvestres, o a seres humanos.

### Modo de transmisión

La transmisión al ser humano se produce por picadura de la garrapata *Ixodes ricinus*. Las garrapatas *Ixodes* en todas las etapas de su ciclo pueden alimentarse por picadura a las personas. Las ninfas son probablemente la fuente más importante de infecciones humanas. Su pequeño tamaño junto con la ausencia de dolor de la mordedura, hace que muchos casos no recuerden haber tenido contacto con una garrapata, por lo que la ausencia de un historial de picaduras no es incompatible con un diagnóstico de la enfermedad.

La EL no se transmite de persona a persona. La transmisión vertical es teórica, pero no hay evidencia epidemiológica de este tipo de transmisión.

Podría potencialmente transmitirse por transfusión de sangre y sus componentes y por órganos, tejidos y células en donaciones con material infectado.

### Período de incubación

Los primeros síntomas de la enfermedad aparecen entre 3 a 32 días tras la picadura de la garrapata, con una media de 10 días, y se corresponden con la aparición de la lesión típica, el EM, que aparece en el 60 al 80 % de los casos. Los primeros síntomas pueden no ser evidentes y el caso puede presentarse con manifestaciones agudas de diseminación temprana, hasta tres meses después de una picadura de garrapata o manifestaciones crónicas tardías, desde tres meses hasta años tras la picadura de garrapata.

### Susceptibilidad

La susceptibilidad es universal y son posibles las reinfecciones.

## VIGILANCIA DE LA ENFERMEDAD

### Objetivos

1. Conocer el patrón epidemiológico de presentación de los casos de EL 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

Cuadros clínicos y fases que se considerarán para la vigilancia de la enfermedad:

- Fase localizada temprana (aguda): Eritema migratorio (EM)
- Fase diseminada temprana (aguda): Una o varias de las manifestaciones clínicas agudas siguientes que se presentan en un periodo medio de hasta seis meses tras la picadura de la garrapata, sin otra causa que los explique:
  - Afectación neurológica (aguda) del sistema nervioso central (SNC) y/o periférico, cuyos signos y síntomas duran menos de 6 meses.
    - Meningitis linfocitaria, Meningoencefalitis.
    - Meningoradiculoneuritis (síndrome de Bannwarth).
    - Neuritis craneal, polineuritis, mononeuritis múltiple.
    - Mielitis aguda, Encefalitis.
  - Linfocitoma por *Borrelia*
  - Múltiples eritemas migratorios
  - Afectación articular
  - Afectación cardíaca

## Criterio de laboratorio

### Caso confirmado

Al menos una de las siguientes:

- Aislamiento de *B. burgdorferi* de una muestra clínica (biopsia cutánea, LCR, sangre, líquido articular). El cultivo de esta bacteria es lento y no resulta sencillo.
- Detección de ácido nucleico de *B. burgdorferi* de una muestra clínica (biopsia cutánea, LCR, sangre, líquido articular).
- Detección de anticuerpos en dos etapas. Una prueba de ELISA positiva / indeterminada / dudosa, seguida de una prueba de confirmación por Inmunoblot.
- Seroconversión de anticuerpos específicos mediante serologías en dos etapas: Con toma de primera muestra ante la presencia de síntomas y una segunda muestra 4 semanas después.

### Para neuroborreliosis

- Caso confirmado
  - Pleocitosis en LCR, Y
    - Evidencia de producción intratecal de anticuerpos específicos para *B. burgdorferi*, O
    - Aislamiento de *B. burgdorferi* sensu lato, O
    - detección de ácido nucleico en LCR, O
    - En niños menores de 18 años, con parálisis facial u otra neuritis craneal e historia reciente (menos de dos meses) de eritema migratorio: Detección de anticuerpos IgG específicos en sangre.
- Caso Probable
  - Pleocitosis y serología positiva para Borreliosis (no específica para *B. burgdorferi*) en LCR, O
  - Evidencia de producción intratecal de anticuerpos específicos sin pleocitosis.

## Criterio epidemiológico

Durante los 3 meses previos al inicio de síntomas, el caso ha sufrido una picadura de garrapata *Ixodes* o sin identificar.

## Clasificación de los casos

**Caso sospechoso:** no procede.

**Caso probable:** persona que cumple algún criterio clínico de la fase temprana y algún criterio de laboratorio de caso probable.

**Caso confirmado:** persona que cumple con EM y el criterio epidemiológico o persona que cumple algún criterio clínico de fase diseminada temprana y, al menos, un criterio de laboratorio de caso confirmado.

## 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.

Cuando se requieran medidas de coordinación nacional, el servicio de Vigilancia Epidemiológica de la comunidad autónoma comunicará de forma urgente la detección del brote 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).

## MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA

### Medidas preventivas

Aumentar la concienciación ciudadana sobre el riesgo que representan las garrapatas para la salud humana y los factores ambientales que pueden influir sobre este riesgo, así como hacer partícipe a la ciudadanía en la vigilancia de estos vectores mediante acciones de comunicación y formación.

- Acudir a un centro sanitario para la retirada de la garrapata, a ser posible, antes de las 24 horas tras la picadura. Un mayor tiempo de adhesión facilita la inoculación de mayor carga bacteriana.
- Las garrapatas se deberán eliminar de forma cuidadosa, sin aplastarlas o triturarlas, valiéndose de tracción suave y constante con pinzas aplicadas cerca de la piel, para que no queden las partes de la boca adheridas. Se recomienda el uso de guantes y evitar manipular las garrapatas una vez extraídas.
- La garrapata retirada debe guardarse para su estudio en el caso de que se desarrollen manifestaciones clínicas
- El tratamiento local del lugar de la picadura puede ayudar a prevenir la infección.
- Educar a la población sobre los posibles signos y síntomas que pueden desarrollar, y al menos, observar el lugar de la picadura durante seis semanas

Para evitar las picaduras de las garrapatas se recomienda:

- Evitar pasar por zonas con hierbas altas, las garrapatas suelen esperar a su hospedador en la parte superior de la vegetación. Procurar caminar por el centro de los senderos y no sentarse o tumbarse en sus orillas.
- No tocar ganado ni animales silvestres.
- Utilizar ropa adecuada: ropa de colores claros, pantalón largo metido por dentro de los calcetines, manga larga, gorra y camiseta por el interior del pantalón.
- Utilizar repelentes acaricidas comerciales adecuados. Si se trabaja en regiones con abundancia de garrapatas, tratar la ropa y equipo con insecticida que contenga permetrina.
- Mantener un tratamiento antiparasitario adecuado en perros.
- Tras volver del campo ducharse y revisar si hubiese alguna garrapata adherida al cuerpo y lavar la ropa con agua caliente.
- Realizar una correcta desparasitación de los animales de compañía y del ganado.

En los viajes internacionales a zonas endémicas, se deben seguir las mismas recomendaciones indicadas para su prevención 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**

El tratamiento de los casos de EL se hará con criterio médico. Los detalles acerca del manejo pueden consultarse en la Guía de manejo clínico de las enfermedades transmitidas por vectores (parte III). No es necesario realizar búsqueda de contactos. Los casos con diagnóstico confirmado de EL deben recibir tratamiento antibiótico según las pautas establecidas.

#### **Medidas de control ambiental**

Elaborar mapas de idoneidad ambiental para el vector y teniendo en cuenta la presencia de garrapatas vectores.

Examinar si existe correlación entre ciertos factores ambientales con la aparición o aumento del patógeno en garrapatas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Bush LM., Schmidt CE., Vazquez-Pertejo MT. (2022) Enfermedad de Lyme. En Merck & Co., Inc., Rahway, NJ, USA. Manual MSD profesionales. <https://www.msdmanuals.com/es/professional/enfermedades-infecciosas/espiroquetas/enfermedad-de-lyme>
2. Eldin C., A. Raffetin A., K. Bouiller K., Y. Hansmann Y., F. Roblot F., D. Raoult D., P. Parola P. Review of European and American guidelines for the diagnosis of Lyme borreliosis. *Médecine et Maladies Infectieuses*, Volume 49, Issue 2, 2019, Pages 121-132, ISSN 0399-077X, [.https://doi.org/10.1016/j.medmal.2018.11.011](https://doi.org/10.1016/j.medmal.2018.11.011).
3. Lyme disease. En Heymann DL, (2015) Control of communicable diseases manual. An official report of the American Public Health Association. 20 Ed. Apha Press. (pp. 363-367).
4. Mygland A, Ljøstad U, Fingerle V, Rupprecht T, Schmutzhard E, Steiner I; European Federation of Neurological Societies. EFNS guidelines on the diagnosis and management of European Lyme neuroborreliosis. *Eur J Neurol*. 2010 Jan;17(1):8-16, e1-4. Epub 2009 Nov 23. <https://doi.org/10.1111/j.1468-1331.2009.02862> .
5. Oteo JA, Corominas H, Escudero R, Fariñas-Guerrero F, García-Moncó JC, Goenaga MA, Guillén S, Mascaró JM, Portillo A, Executive summary of the consensus statement of the Spanish Society of Infectious Diseases and Clinical Microbiology (SEIMC), Spanish Society of Neurology (SEN), Spanish Society of Immunology (SEI), Spanish Society of Pediatric Infectology (SEIP), Spanish Society of Rheumatology (SER), and Spanish Academy of Dermatology and Venereology (AEDV), on the diagnosis, treatment and prevention of Lyme borreliosis. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 2022, ISSN 0213-005X, <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2022.03.004>.
6. Portillo A., Santibáñez S., Oteo JA. Enfermedad de Lyme. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2014;32(Supl 1):37-42. [https://doi.org/10.1016/S0213-005X\(14\)70148-X](https://doi.org/10.1016/S0213-005X(14)70148-X)
7. Rauer S, Kastenbauer S, Hofmann H, Fingerle V, Huppertz HI, Hunfeld KP, Krause A, Ruf B, Dersch R; Consensus group. Guidelines for diagnosis and treatment in neurology - Lyme neuroborreliosis. *Ger Med Sci*. 2020 Feb 27;18: Doc03. <https://doi.org/10.3205/000279>.
8. Resolución del Parlamento Europeo, de 15 de noviembre de 2018, sobre la enfermedad de Lyme (borreliosis) (2018/2774(RSP). [https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/B-8-2018-0514\\_ES.html](https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/B-8-2018-0514_ES.html)
9. Stanek G, Fingerle V, Hunfeld KP, Jaulhac B, Kaiser R, Krause A, Kristoferitsch W, O'Connell S, Ornstein K, Strle F, Gray J. Lyme borreliosis: clinical case definitions for diagnosis and management in Europe. *Clin Microbiol Infect*. 2011 Jan;17(1):69-79. <https://doi.org/10.1111/j.1469-0691.2010.03175> . PMID: 20132258.
10. Steinbrink A, Brugger K, Margos G, Kraiczky P, Klimpel S. The evolving story of *Borrelia burgdorferi* sensu lato transmission in Europe. *Parasitol Res*. 2022 Mar;121(3):781-803. Epub 2022 Feb 5. PMID: 35122516; PMCID: PMC8816687. <https://doi.org/10.1007/s00436-022-07445-3>

## ANEXO I. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDAD DE LYME

### DATOS DE LA DECLARACIÓN

C.A. declarante: .....

Identificación del caso para el declarante: .....

Fecha de la primera declaración del caso<sup>1</sup>: ..... / ..... / .....

### 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 caso<sup>2</sup>: ..... / ..... / ..... Fecha de inicio de síntomas: ..... / ..... / .....

Presentación clínica (según criterios clínicos de la definición de caso. Marcar las que correspondan):

Eritema Migrans  Articular

Linfocitoma  Cardíaca

Neurológica (neuroborreliosis)

Hospitalización<sup>3</sup>:  Sí  No  Desconocido

Defunción causada por la enfermedad:  Sí  No  Desconocido

### DATOS DEL LABORATORIO

Fecha de diagnóstico de laboratorio: ..... / ..... / .....

Agente causal<sup>4</sup>:  *Borrelia burgdorferi sensu lato*

Muestra (marcar las que correspondan):

Biopsia cutánea  Líquido cefalorraquídeo (LCR)

Sangre  Líquido articular/sinovial

Suero

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

- Detección de ácido nucleico (PCR)
- Cultivo
- Detección de anticuerpos en dos etapas (1º:ELISA positivo/indeterminado/dudoso; 2º:Inmunoblot)

**Otros criterios de laboratorio:**  Detección de anticuerpos con seroconversión en dos etapas.

**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 residencia<sup>5</sup>
- En una C.A. distinta de la de residencia<sup>6</sup>
- En un país distinto de España<sup>7</sup>

**País de exposición del caso<sup>8</sup>:** .....

**C.A. de exposición del caso<sup>8</sup>:** .....

**Provincia de exposición del caso<sup>8</sup>:** .....

**Municipio de exposición del caso<sup>8</sup>:** .....

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

- Personal de cuidado, recogida, cría y transporte de animales
- Profesión veterinaria
- Trabajo con cuero o con pieles de animales (incluye taxidermista)
- Trabajo relacionado con agricultura
- Trabajos en el campo

**Exposición de riesgo** (marcar una de las siguientes opciones):

- Picadura de garrapata  Exposición en zona de riesgo (sin evidencia de picadura)
- Asociado a transfusión  Desconocida
- Asociado a trasplante

### 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 brote<sup>9</sup>: .....

**OBSERVACIONES<sup>10</sup>**

.....

- 
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. 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.
  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.