



PROTOCOLO DE VIGILANCIA DE FIEBRE EXANTEMÁTICA MEDITERRÁNEA (FEM) Y SÍNDROME “FEM-LIKE”

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 exantemática mediterránea. 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 exantemática mediterránea (FEM) y síndrome "FEM-like".	
Fecha de creación	2013.	
Cita sugerida	Protocolo de vigilancia de fiebre exantemática mediterránea (FEM) y síndrome "FEM-like". 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	Actualización y ampliación de la información según especies de <i>Rickettsia</i> causantes de fiebres manchadas y otros cuadros clínicos.
	Reservorio	Mínimos cambios.
	Modo de transmisión	Mínimos cambios.
	Período de incubación	Mínimos cambios.
	Susceptibilidad	Mínimos cambios.
	Objetivos	Se han ampliado y detallado.
	Criterio clínico	Cambios en la redacción: énfasis en tríada característica.
	Criterio epidemiológico	Modificado criterio epidemiológico "contacto con animales o medio rural" en lugar de "vivir o haber viajado a zona endémica".
	Criterio de laboratorio	Modificado criterio de laboratorio, incluyendo además de <i>R. conorii</i> , otras rickettsias. Se ha añadido categoría de caso probable (Ig M).
	Clasificación de los casos	Modificado criterio de caso probable: tríada clínica y criterio epidemiológico o sólo fiebre con IgM positiva.
	Medidas preventivas	Actualización de la información sobre actuaciones sobre el vector y reservorio, homogénea con otras enfermedades TG y en línea con el Plan Nacional de Prevención, Vigilancia y Control de enfermedades transmitidas por vectores (PLAN).
Control del caso	Cambios mínimos. Añadidas medidas ante un brote	
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.
	Datos del Laboratorio	Se añaden categorías de agentes (otras rickettsias que producen síndrome FEM-like) y muestras de sangre. Se modifican categorías de prueba: añadida Ig M y eliminada antígeno.
	Datos del Riesgo	Modificadas categorías de exposición. Se elimina ocupación de riesgo y animal sospechoso.

DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Introducción

La fiebre exantemática mediterránea (FEM) o fiebre botonosa, es una enfermedad infecciosa aguda, incluida en el grupo de las rickettsiosis humanas y transmitida por picadura de garrapatas. La tríada característica consiste en fiebre, escara necrótica y exantema maculopapular. La enfermedad se inicia con fiebre (aparece en la mayoría de casos) acompañada por una lesión o escara necrótica (del 30 a más del 60% de casos) en el lugar de la picadura e inoculación de la garrapata, llamada mancha negra, que es un signo muy característico. Se trata de una pequeña úlcera de 2-5 mm de diámetro con un centro oscuro y un halo rojo. A partir del punto de inoculación, el microorganismo pasa a la sangre y produce vasculitis de vasos pequeños generalizada. También puede aparecer linfadenitis regional y síntomas inespecíficos pseudogripales. En la mayoría de casos (más del 90%) aparece una erupción maculopapular generalizada que afecta a palmas y plantas, respetando la cara. La enfermedad es generalmente leve, aunque puede evolucionar a formas graves entre el 1 y el 20% de casos y la letalidad oscila del 0 al 3%.

La FEM es endémica en muchos países de la Europa mediterránea, Mar Negro y Mar Caspio y en algunos países de África y Asia (Oriente próximo, India). Es la rickettsiosis más frecuente en Europa. En España el período de actividad del vector puede durar todo el año, aunque los casos son más frecuentes de primavera a otoño, cuando las garrapatas se encuentran en un periodo de mayor actividad y existe mayor exposición.

Agente

Las rickettsias son cocobacilos Gram negativos intracelulares obligados. A partir de estudios filogenéticos, las especies del género *Rickettsia* se pueden clasificar en 4 grupos: grupo de las fiebres exantemáticas o manchadas (*Rickettsia rickettsii*, *R. conorii*, *R. massiliae*, *R. helvética*, *R. monacensis*, *R. aeschilimani* y otras); grupo de tifus (*Rickettsia prowazekii* y *Rickettsia typhi*); grupo ancestral (*Rickettsia bellii* y *Rickettsia canadensis*) y grupo transicional (*Rickettsia akari*, *Rickettsia australis* y *Rickettsia felis*). El complejo *R. conorii* se puede dividir en subespecies: *R. conorii caspia*, *R. conorii israelensis*, *R. conorii indica* y *R. conorii conorii*, y esta última es la causante de la FEM. Otras especies del complejo *R. conorii* y del grupo de las fiebres manchadas, pueden producir enfermedad similar (FEM-like), clínicamente difícil de distinguir.

Reservorio

El hospedador habitual es el perro, que puede actuar también como reservorio; también pueden infectarse otros mamíferos como roedores y lagomorfos, además de aves. Las garrapatas transmiten la rickettsia a sus huevos y ninfas de generación en generación y actúan como vector y reservorio.

Rhipicephalus sanguineus, también llamada garrapata marrón (o café) del perro, es el principal vector de *R. conorii* en Europa. El estadio adulto de *Rhipicephalus* se localiza en el perro habitualmente en las orejas, nuca, cuello y espacio interdigital. Los estadios inmaduros suelen estar en el cuello, pero en infestaciones masivas se pueden encontrar todos los estadios evolutivos de la garrapata en zonas del animal con pelo. Se han identificado otras garrapatas con capacidad vectorial, como *Rhipicephalus bursa*, *Dermacentor marginatus*, y *Rhipicephalus turanicus*.

Modo de transmisión

La enfermedad se transmite por la picadura de la garrapata marrón del perro, *R. sanguineus*. Con frecuencia la transmisión se realiza por las fases inmaduras (larvas y ninfas) cuyas picaduras pueden pasar desapercibidas. Las garrapatas infectadas permanecen infectivas durante toda su vida.

Los principales factores para la transmisión de rickettsias a los seres humanos son la abundancia de garrapatas en el perro, su tasa de infección por rickettsias, la afinidad de las diferentes especies de garrapatas para alimentarse de seres humanos y el tipo de vida del perro. Los perros que pernoctan en el exterior de las casas o en perreras son más fácilmente hospedadores de garrapatas.

No se ha descrito transmisión de persona a persona.

Periodo de incubación

El período de incubación suele ser de 5 a 7 días, rango desde 2 hasta 21 días.

Susceptibilidad

La susceptibilidad es general. En nuestro medio, el riesgo de infección se asocia a prácticas como la caza, realizar actividades al aire libre en zonas rurales o boscosas, ser militar o trabajar en el campo. Presentan mayor riesgo de padecer formas graves las personas de edad avanzada, con déficit de G6PD, inmunodepresión, diabetes, insuficiencia cardio-respiratoria y consumo excesivo de alcohol. Probablemente la inmunidad es permanente después de sufrir la enfermedad. Existe protección cruzada entre el grupo de agentes de fiebres manchadas. No hay vacuna disponible.

VIGILANCIA DE LA ENFERMEDAD

Objetivos

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

Tríada clínica: aparición súbita de fiebre, artromialgias, y posteriormente (3 a 5 días) de una erupción no pruriginosa que generalmente afecta a las palmas y plantas de los pies. La mancha negra (lesión primaria en la piel, en el lugar de la picadura) es característica y suele acompañarse de adenopatías regionales.

Criterio de laboratorio

Caso confirmado

Al menos uno de los siguientes:

- Aislamiento de *Rickettsia* capaz de causar FEM o síndrome FEM-like (*R. conorii* u otra) en sangre o biopsia de piel.
- Detección de genoma (PCR) de *Rickettsia* capaz de causar FEM o síndrome FEM-like (*R. conorii* u otra) en sangre, líquido cefalorraquídeo biopsia de piel.
- Seroconversión por inmunofluorescencia indirecta: aumento de 4 veces o más en el título de IgG, en muestras tomadas con una separación de al menos 2-3 semanas*.

Caso probable

- Detección de IgM.

* Hay reacciones serológicas cruzadas entre las diferentes especies que pueden impedir una correcta identificación de esta enfermedad por serología, por lo que se recomienda repetirla a las 2 a 3 semanas para confirmar el caso. Algunas especies de *Rickettsia* requieren instalaciones de bioseguridad 3 para su cultivo por lo que el aislamiento no es frecuente. Se recomiendan procedimientos de bioseguridad de nivel 2 para la realización de técnicas serológicas y frotis para tinciones. El nivel de bioseguridad 3 está indicado cuando se manipula material altamente infeccioso, como un cultivo con elevada carga bacteriana.

Criterio epidemiológico

Al menos una de las relaciones epidemiológicas siguientes:

- Antecedente de picadura de garrapata dura.
- Antecedente de contacto con animales o medio rural (sin evidencia de picadura).

Clasificación de los casos

Caso sospechoso: no procede.

Caso probable: persona que cumple criterios clínicos (tríada: fiebre + exantema + mancha negra) Y algún criterio epidemiológico O sólo fiebre Y criterio de laboratorio de caso probable.

Caso confirmado: persona que cumple los criterios clínicos de definición de caso y algún criterio de laboratorio de caso confirmado.

Definición de brote

Dos o más casos de FEM 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.

La C.A. notificará de forma individualizada los casos nuevos probables y 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 picadura de garrapatas y las formas de protección personal para evitarlas. Se recomienda, en la medida de lo posible, evitar el contacto directo con perros parasitados y los lugares con presencia de garrapatas, y usar ropa y calzado adecuados: ropa clara, manga y pantalón largo, calcetín cubriendo pantalón y bota, utilizar repelentes preferentemente sobre la ropa y evitar sentarse en el suelo en las zonas con vegetación. Se debe evitar la parasitación de los perros, huésped principal de *Rhipicephalus*. Si la persona ha estado en contacto con animales potencialmente parasitados o en zona con garrapatas, deberá revisarse 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.

Si pese a todas las medidas anteriores 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 aparecen síntomas en los días posteriores a la picadura para buscar atención médica.

Evitar la parasitación de los perros por garrapatas mediante el empleo de insecticidas adecuados y de pipetas o collares con repelentes, la revisión de las mascotas y la extracción precoz y adecuada, reducen al mínimo la población de estos ácaros cerca de las viviendas. Además, puede ser útil el tratamiento de las grietas de las paredes con insecticidas de acción residual, especialmente en lugares donde se albergan perros.

En 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

Se centran en el tratamiento específico del enfermo con antibióticos tan pronto como se sospeche la enfermedad (a criterio de los profesionales a cargo del caso de acuerdo con las guías de práctica clínica o a la evidencia científica disponible) y la aplicación de medidas preventivas generales en su entorno.

Medidas ante un brote

En caso de brote debe revisarse a las personas con riesgo de exposición y la fuente de infección (animales infestados, identificación y delimitación de zonas con presencia de garrapatas), e identificar las especies de garrapatas si fuera posible. Hay que tomar las medidas más adecuadas a cada situación, que pueden incluir desparasitación de animales, limpieza de zonas con presencia de garrapatas cuando esto sea posible (dependencias de ganado, patio escolar) o informar y vigilancia de síntomas en expuestos.

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 exantemática mediterránea en España. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Disponible en: https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Paginas/Resultados_Vigilancia_FEM.aspx
3. Romani Vidal A, Fernández-Martínez B, Herrador Z, León Gómez I, Gómez Barroso D. Spatial and temporal trends of Mediterranean spotted fever in Spain, 2005-2015. *Ticks Tick Borne Dis.* 2020;11(2):101353. <https://doi.org/10.1016/j.ttbdis.2019.101353>
4. Spornovasilis N, Markaki I, Papadakis M, Mazonakis N, Ierodiakonou D. Mediterranean Spotted Fever: Current Knowledge and Recent Advances. *Trop. Med. Infect. Dis.* 2021, 6(4), 172. <https://doi.org/10.3390/tropicalmed6040172>
5. Moerbeck, L.; Domingos, A.; Antunes, S. Tick-Borne Rickettsioses in the Iberian Peninsula. *Pathogens* 2022, 11, 1377. <https://doi.org/10.3390/pathogens11111377>
6. Portillo A, Santibáñez S, García-Álvarez L, Palomar AM, Oteo JA. Rickettsioses in Europe. *Microbes and Infection* 2015;17(11-12):834-38. <https://doi.org/10.1016/j.micinf.2015.09.009>
7. European Centre for Disease Prevention and Control. Epidemiological situation of rickettsioses in EU/EFTA countries. Stockholm: ECDC; 2013
8. de Pablo de las Heras M, Toledo Gotor C, Rodríguez Arranz C. Fiebre y exantema tras picadura de garrapata. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2023;25:e121-e125. <https://doi.org/10.60147/fb7b1850>

ANEXO I. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE FIEBRE EXANTEMÁTICA MEDITERRÁNEA (FEM) Y SÍNDROME “FEM-LIKE”

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: / /

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 (marcar una de las siguientes opciones):

Rickettsia spp

Rickettsia helvetica

Rickettsia conorii (*conorii*)

Rickettsia massiliae

- Rickettsia sibirica mongolitimonae* *Rickettsia aeschlimannii*
 Rickettsia monacensis

Muestra (marcar la muestra principal con resultado positivo):

- Biopsia cutánea Suero Sangre Líquido cefalorraquídeo (LCR)

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

- Cultivo Detección de ácido nucleico (PCR) Detección de anticuerpo IgM

Otros criterios de laboratorio: Seroconversión

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 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 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 del caso: 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.