



# PROTOCOLO DE VIGILANCIA DE GIARDIASIS

**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 giardiasis. 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 giardiasis.	
Fecha de creación	2013.	
Cita sugerida	Protocolo de vigilancia de giardiasis. 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>
Marzo-2025	Introducción	Cambios en la redacción, actualización y ampliación de la información. Se ha incluido un párrafo de diagnóstico de laboratorio.
	Agente	Cambios en la redacción y actualización de la información.
	Reservorio	Mínimos cambios, que detallan la información.
	Modo de transmisión	Cambios en la redacción y actualización de la información.
	Susceptibilidad	Actualización y ampliación de la información.
	Objetivos	Se han ampliado y detallado.
	Definición de caso	Cambios en la redacción del criterio de laboratorio, se incluye la detección del ácido nucleico de acuerdo a las definiciones de la Decisión 2018/945 de la Comisión Europea. Se añade transmisión de animal a persona en el criterio epidemiológico.
	Clasificación de los casos	Se ha añadido la definición de caso probable. Se ha modificado la definición de caso confirmado, eliminándose la necesidad de cumplir el criterio clínico.
	Medidas preventivas	Ampliación y actualización de la información. Inclusión de información de Sanidad Exterior sobre viajes.
	Medidas ante un caso y sus contactos	Se ha actualizado la información y se ha incluido el link de las alertas de AESAN.
	Medidas ante un brote	Cambios en la redacción.
Bibliografía	Actualización de las referencias	
<b>Cambios en el Anexo I</b>		
Marzo-2025	Datos del Caso	Incorporación de la variable sexo administrativo. Se renombra la variable "sexo" como "sexo al nacimiento".
	Datos de laboratorio	Se ha eliminado la variable Fecha de recepción en el laboratorio fuente. Se ha eliminado la variable Muestra.
	Categorización del caso	Se añade la categoría de Probable en la variable de Clasificación del caso. Se eliminan los criterios epidemiológicos y de laboratorio de la variable de Criterios de clasificación del caso.

## DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD

### Introducción

La giardiasis es una zoonosis parasitaria de distribución mundial causada por la infección del parásito protozoo *Giardia duodenalis*, siendo la prevalencia mayor en áreas con condiciones higiénicas deficientes y con difícil acceso a agua potable. Afecta con mayor frecuencia a los menores de cinco años, por lo que las escuelas infantiles suelen considerarse lugares de mayor frecuencia de aparición de brotes.

La infección producida por *G. duodenalis* es frecuentemente asintomática generando estados de portación de larga duración. En caso de aparecer sintomatología asociada, ésta puede variar desde una diarrea aguda leve y normalmente autolimitada (2 a 4 semanas) a una diarrea crónica. Junto con la diarrea puede aparecer dolor abdominal tipo cólico, flatulencia, distensión del abdomen, náuseas y anorexia. No suelen aparecer moco, sangre ni pus en heces. Cuando la infección se cronifica, la diarrea puede causar una pérdida importante de peso y un síndrome de malabsorción. Asociada a desnutrición, la giardiasis afecta al crecimiento y desarrollo cognitivo en población infantil. Estos episodios de diarrea también pueden alternarse con periodos de estreñimiento. La afectación extraintestinal es infrecuente, aunque puede producirse urticaria o artritis reactiva. La mayor parte de los casos presentan una evolución favorable, aunque se han descrito secuelas de larga duración como fatiga crónica y síndrome de intestino irritable.

El diagnóstico de laboratorio se suele llevar a cabo mediante técnicas rápidas de inmunocromatografía para la detección de antígeno del parásito y PCR, métodos que están progresivamente reemplazando las técnicas clásicas de identificación de quistes o trofozoítos en heces mediante microscopía. Las técnicas de secuenciación no suelen usarse en el diagnóstico de rutina, pero son de gran valor en estudios epidemiológicos e investigación de brotes.

### Agente

La giardiasis está producida por el protozoo flagelado *G. duodenalis* (sinónimo de *G. lamblia* o *G. intestinalis*), la única especie del género *Giardia* infectiva para el ser humano. Esta especie se subdivide en 8 genotipos (A-H) con marcadas diferencias en especificidad y rango de hospedador. La mayoría de las infecciones humanas están causadas por los genotipos A y B, presentes además en una gran variedad de mamíferos domésticos y salvajes y por lo tanto con potencial zoonótico. De forma esporádica también se han identificado infecciones humanas (principalmente en población infantil y personas inmunodeprimidas) causadas por los genotipos C y D (típicas de cánidos), E (típicas de ungulados domésticos y salvajes) y F (típicas de félidos). Los quistes, que son la forma de transmisión e infectiva del parásito, se caracterizan por ser resistentes a la cloración en las concentraciones y tiempos de exposición empleados habitualmente en la potabilización del agua.

### Reservorio

El reservorio principal es el ser humano, aunque también pueden serlo algunos animales de producción (bovinos, ovinos, caprinos), de compañía (perros y gatos) y salvajes (p.e. castores).

### **Modo de transmisión**

Es una enfermedad de transmisión fecal-oral. Las personas adquieren la infección por contacto directo con individuos o animales infectados o colonizados, o indirectamente tras la ingestión accidental de quistes en agua o alimentos contaminados con materia fecal. Los protozoos también pueden transmitirse por vía sexual, habiéndose notificado brotes en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. Se han descrito brotes de gran magnitud asociados al consumo de agua de consumo tratada inadecuadamente; también se han descrito brotes asociados al uso de aguas recreativas. Los quistes son inmediatamente infectivos tras ser excretados en heces y la dosis infectiva es baja (10–100 quistes). Además, las personas infectadas pueden liberar entre 10 y 10 quistes en heces al día y excretarlos durante meses. El hecho de que haya casos crónicos y portadores asintomáticos en la población, junto con la resistencia de los quistes a las condiciones ambientales adversas, hace que este agente persista y sea ubicuo en el medio.

El periodo de transmisión dura todo el periodo de infección, a menudo se prolonga durante meses.

### **Periodo de incubación**

El periodo de incubación oscila entre 3 y 25 días, con una mediana de entre 7 y 10 días.

### **Susceptibilidad**

La enfermedad se da con mayor frecuencia en menores de cinco años. Las personas con inmunodepresión pueden presentar cuadros más graves y prolongados.

## **VIGILANCIA DE LA ENFERMEDAD**

### **Objetivos**

1. Conocer el patrón epidemiológico de presentación de los casos de la giardiasis 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**

Persona que presenta, al menos, una de las cuatro siguientes manifestaciones:

- Diarrea.
- Dolor abdominal.
- Timpanismo abdominal.
- Signos de malabsorción (esteatorrea o adelgazamiento).

### **Criterio de laboratorio**

Al menos uno de los tres siguientes:

- Visualización de quistes o trofozoítos de *G. duodenalis* en heces, líquido duodenal o biopsia de intestino delgado.
- Detección del ácido nucleico de *G. duodenalis* en heces, líquido duodenal o biopsia de intestino delgado.
- Detección del antígeno de *G. duodenalis* en heces, líquido duodenal o biopsia de intestino delgado.

### **Criterio epidemiológico**

Al menos una de las cuatro relaciones epidemiológicas siguientes:

- Transmisión de persona a persona: persona que ha tenido contacto con un caso confirmado por laboratorio.
- Transmisión de animal a persona: persona que ha tenido contacto con un animal infectado.
- Exposición a una fuente común: persona que ha estado expuesta a la misma fuente o vehículo de infección que un caso confirmado.
- Exposición a alimentos o agua de consumo contaminados: cualquier persona que haya consumido un alimento o agua de consumo con una contaminación confirmada por laboratorio.
- Exposición medioambiental: cualquier persona que se haya bañado en un agua de baño o haya tenido contacto con una fuente ambiental contaminada que haya sido confirmada por laboratorio.

### **Clasificación de los casos**

**Caso sospechoso:** no procede.

**Caso probable:** persona que cumple el criterio clínico y el epidemiológico.

**Caso confirmado:** persona que cumple el criterio de laboratorio.

### **Definición de brote**

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

## **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 orienta sobre 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.

En caso de no poder realizarse el tipado en los laboratorios de la C.A., se debería realizar en el laboratorio de referencia establecido.

Cuando se requieran medidas de coordinación nacional, el servicio de vigilancia de la C.A. informará 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 OMS de acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional (2005).

## **MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA**

### **Medidas preventivas**

La prevención de la giardiasis exige un manejo y tratamiento adecuado de las aguas que se utilizan en la comunidad, tanto de consumo como recreativas.

Para evitar la transmisión a través de alimentos contaminados se deben aplicar medidas de control en todas las etapas de la cadena alimentaria. Las medidas que pueden ayudar a prevenir la giardiasis incluyen:

- Lavarse las manos con agua y jabón después de ir al baño o cambiar pañales y antes de manipular y preparar alimentos.
- Evitar beber agua no tratada (lagos, ríos o estanques) e ingerir agua al nadar en piscinas, lagos o arroyos.
- No consumir frutas ni verduras lavadas con agua que pueda estar contaminada. Lavar cuidadosamente las frutas y hortalizas frescas que se vayan a consumir en crudo y, si es posible, descartar la piel.

Se deben reforzar las medidas higiénicas en el contacto con animales domésticos (especialmente cuando tengan síntomas gastrointestinales) y educar a aquellas personas más susceptibles de los riesgos de este contacto. También deben reforzarse las medidas de prevención y control en las exhibiciones en las que el público entre en contacto con animales.

En viajes internacionales a zonas donde no se pueda garantizar la seguridad del agua o los alimentos, se adoptarán las mayores precauciones con los alimentos, el agua y la higiene personal (<https://www.sanidad.gob.es/areas/sanidadExterior/laSaludTambienViaja/consejosSanitarios/consejosViajero.htm>).

### **Medidas ante un caso y sus contactos**

Durante la fase aguda de la enfermedad se deben extremar las medidas de higiene personal y el lavado de manos con agua y jabón. Se excluirán del trabajo o de la asistencia a clase a todos los casos hasta 48 horas tras la resolución de los síntomas. Debido a que los quistes pueden excretarse una vez

finalizada la diarrea, se recomienda que los casos eviten bañarse en piscinas y lagos durante las dos semanas siguientes al cese de la diarrea.

Se deben extremar las medidas de higiene personal y el lavado de manos con agua y jabón, especialmente antes de manipular alimentos y tras cambiar pañales a menores o casos infectados. Se recomienda lavarse las manos, los genitales y el ano con agua y jabón antes y después de la actividad sexual y utilizar métodos de barrera durante las relaciones sexuales, como preservativos y protectores dentales o preservativos *cut-open*. Se recomienda evitar las relaciones sexuales hasta 48 horas tras el cese de síntomas.

Se ha descrito en población infantil portadores crónicos asintomáticos de *Giardia* que pueden excretar quistes en las heces durante varios meses, pero no está claro si esta situación puede afectar a la salud de menores sanos y bien nutridos, por lo que se recomienda adoptar una decisión individualizada para cada situación.

En cualquier ámbito, se deberá tener especial precaución cuando los contactos del caso o de portadores sean personas vulnerables.

Así mismo, ante un caso de giardiasis, se puede consultar la existencia de brote o alertas alimentarias asociadas:

[https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/web/seguridad\\_alimentaria/subseccion/otras\\_alertas\\_alimentarias.htm](https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/web/seguridad_alimentaria/subseccion/otras_alertas_alimentarias.htm).

### **Medidas ante un brote**

Se llevará a cabo su investigación epidemiológica para determinar la fuente de infección y el modo de transmisión. Debe buscarse un vehículo común, como el agua, comida o asociación con un centro de cuidado de día o área recreativa. La realización del genotipado de *Giardia* podría contribuir a la identificación del origen de la contaminación y orientar las medidas de control.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Heymann DL (Editor). Control of Communicable Diseases Manual. 21st Edition. Washington: American Public Health Association, 2022.
2. Instituto Noruego de Salud Pública. Guía para profesionales sanitarios: *Giardia*  
<https://www.fhi.no/sm/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/giardiasis---veileder-for-helsepers/?term=#smittemte-og-smittefrende-periode>
3. European Centre for Disease Prevention and Control, (ECDC) Giardiasis (lambliasis) Annual Epidemiological Report for 2019  
[https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/giardiasis-%20annual-epidemiological-report-2019\\_0.pdf](https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/giardiasis-%20annual-epidemiological-report-2019_0.pdf)
4. Alcaraz Soriano MJ. *Giardia* y Giardiosis. Control Calidad SEIMC (Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica).  
<https://www.seimc.org/contenidos/ccs/revisionestematicas/parasitologia/Giardia.pdf>.
5. Centers for Disease Control (CDC). Giardiasis. CDC Yellow Book 2024:  
<https://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2024/infections-diseases/giardiasis>
6. Wensaas KA, Langeland N, Hanevik K, Mørch K, Eide GE, Rortveit G. Irritable bowel syndrome and chronic fatigue 3 years after acute giardiasis: historic cohort study. *Gut*. 2012;61(2):214-9. doi: 10.1136/gutjnl-2011-300220. Epub 2011 Sep 12. PMID: 21911849.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1524744/>
7. Dacal E, Köster PC, Carmena D. Diagnóstico molecular de parasitosis intestinales. *Enferm Infecc Microbiol Clin (Engl Ed)*. 2020;38 Suppl 1:24-31.
8. Adam RD. *Giardia duodenalis*: Biology and Pathogenesis. *Clin Microbiol Rev*. 2021;34(4):e0002419.
9. Ryan UM, Feng Y, Fayer R, Xiao L. Taxonomy and molecular epidemiology of *Cryptosporidium* and *Giardia* - a 50 year perspective (1971-2021). *Int J Parasitol*. 2021;51(13-14):1099-119.
10. Nygård K, Schimmer B, Søbstad Ø, Walde A, Tveit I, Langeland N, et al. A large community outbreak of waterborne giardiasis-delayed detection in a non-endemic urban area. *BMC Public Health*. 2006;6:141.
11. Guzman-Herrador B, Carlander A, Ethelberg S, Freiesleben de Blasio B, Kuusi M, Lund V, et al. Waterborne outbreaks in the Nordic countries, 1998 to 2012. *Euro Surveill*. 2015;20(24):21160. 10.2807/1560-7917.ES2015.20.24.21160.
12. Connors EE, Miller AD, Balachandran N, Robinson BM, Benedict KM. Giardiasis Outbreaks - United States, 2012-2017. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2021;70(9):304-7.
13. Roxström-Lindquist K, Palm D, Reiner D, Ringqvist E, Svärd SG. *Giardia* immunity--an update. *Trends Parasitol*. 2006;22(1):26-31.
14. Pickering LK, Woodward WE, DuPont HL, Sullivan P. Occurrence of *Giardia lamblia* in children in day care centers. *J Pediatr*. 1984;104(4):522-6.
15. Recommendations for the Public Health Management of Gastrointestinal Infections 2019. Principles and practice. Public Health England and the Chartered Institute of Environmental Health.  
[https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/861382/management\\_of\\_gastrointestinal\\_infections.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/861382/management_of_gastrointestinal_infections.pdf).

## ANEXO I. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE GIARDIASIS

### 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: ..... / ..... / .....

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

Defunción causada por la enfermedad:  Sí  No  Desconocido

### DATOS DEL LABORATORIO

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

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

Visualización

Detección de ácido nucleico (PCR)

Detección de antígeno

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>4</sup>
- En una C.A. distinta de la de residencia<sup>5</sup>
- En un país distinto de España<sup>6</sup>

**País de exposición del caso<sup>7</sup>:** .....

**C.A. de exposición del caso<sup>7</sup>:** .....

**Provincia de exposición del caso<sup>7</sup>:** .....

**Municipio de exposición del caso<sup>7</sup>:** .....

### CATEGORIZACIÓN DEL CASO

**Criterios de clasificación de caso:**

Criterio clínico:  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>8</sup>: .....

### OBSERVACIONES<sup>9</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. Lugar de exposición: C.A. de residencia: Define si la exposición al riesgo del caso se produjo en la misma C.A. en la que reside.
  5. Lugar de exposición: C.A. distinta de la de residencia: Define si la exposición al riesgo del caso se produjo en una C.A. distinta a la que reside.
  6. Lugar de exposición: País distinto de España: Define si la exposición al riesgo se produjo en un país distinto de España.
  7. País/ C.A./ Provincia/ Municipio de exposición del caso: Especificar el lugar de exposición o de adquisición de la infección o la enfermedad: país, C.A., provincia, municipio.
  8. C.A. de declaración del brote: Aquella que ha asignado el identificador del brote.
  9. Observaciones: Incluir toda la información relevante no indicada en el resto de la encuesta.