



PROTOCOLO DE VIGILANCIA DE INFECCIÓN GRAVE POR ROTAVIRUS

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 infección grave por rotavirus. 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 infección grave por rotavirus.	
Fecha de creación	2025.	
Cita sugerida	Protocolo de vigilancia de infección grave por rotavirus. 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

DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Introducción

La gastroenteritis aguda de origen vírico es una de las patologías más frecuentes en el ámbito pediátrico, siendo la infección por rotavirus una de las causas más frecuentes de enfermedad diarreica grave con deshidratación en menores de 5 años en el todo el mundo, incluido nuestro medio.

Aunque los casos asintomáticos son frecuentes, cuando la infección es sintomática se caracteriza por diarrea (no sanguinolenta), náuseas y/o vómitos y, en ocasiones, fiebre alta. Entre las complicaciones que puede ocasionar se encuentran la deshidratación grave y las alteraciones neurológicas, más frecuentes en los dos primeros años de vida. En España, como en general en los países con alta renta per cápita y clima templado, la infección por rotavirus suele presentar un patrón estacional, alcanzando el pico de incidencia durante los meses de invierno y primavera.

El diagnóstico se suele realizar por detección de antígenos virales en muestras de heces mediante inmunocromatografía, aunque muchos laboratorios clínicos están implementando el uso rutinario de paneles comerciales de PCR multiplex en tiempo real para el diagnóstico de las infecciones gastrointestinales, incluyendo las virales, que presentan mayor sensibilidad. El uso de las técnicas de secuenciación genómica se ha demostrado muy útil en el estudio de brotes y la identificación de fuentes de infección. Además, se recomienda el genotipado de los virus asociados a fallos de vacunación.

La vacuna oral de virus atenuados está incluida, para lactantes, en el calendario de vacunación aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) desde 2024.

Agente

Los rotavirus pertenecen al género *Rotavirus* de la familia *Sedoreoviridae*. Son virus sin envuelta lipídica y con un genoma de ARN de doble cadena compuesto por 11 segmentos. Se han clasificado 9 especies de rotavirus (A – J) en base a la secuencia y a diferencias antigénicas de la proteína VP6. La mayoría de las infecciones en humanos están causadas por la especie A y en menor medida por las especies B y C. Los rotavirus de la especie B se han detectado en brotes epidémicos en China y en casos esporádicos en el sudeste asiático, mientras que los de la especie C causan infecciones mayoritariamente asintomáticas o clínicamente leves predominantemente en adultos, aunque se han descrito brotes de gastroenteritis tanto en la infancia como en adultos en Japón, Brasil, Reino Unido o Suecia.

El genotipado tradicional de rotavirus es un sistema de tipado binomial y se basa en el análisis de las secuencias de los genes que codifican para las proteínas de la cápside externa VP7 (G-tipo) y VP4 (P-tipo). Los genotipos más comunes, asociados a más del 90% de los casos de GEA por rotavirus en humanos, son G1P[8], G2P[4], G3P[8], G4P[8], G9P[8] y G12P[8], aunque la diversidad varía según el país y la temporada. Actualmente el sistema de clasificación binomial está siendo reemplazado por el de tipado basado en el genoma completo asignando un genotipo a cada uno de los 11 segmentos genómicos. De esta forma, se clasifican los RV en tres constelaciones genotípicas llamadas Wa-like, DS-1-like y AU-1-like⁹. Las constelaciones Wa- y DS-1-like son las más frecuentes en humanos.

Reservorio

Es mayoritariamente humano. Los genotipos más comunes en seres humanos son diferentes a aquellos que son más frecuentes en animales, aunque la transmisión interespecie es posible. Estas transmisiones zoonóticas pueden dar lugar a coinfecciones que favorezcan combinaciones entre segmentos de cepas humanas con cepas animales resultando en nuevas cepas con capacidad de transmisión interhumana.

Modo de transmisión

El modo principal de transmisión es por vía fecal-oral al entrar en contacto estrecho con personas infectadas. La dosis infectiva es baja. También es posible la transmisión a través de alimentos contaminados, principalmente alimentos listos para el consumo como ensaladas, bocadillos o fruta preparada, que pueden contaminarse durante su manipulación por una persona infectada, pudiendo ocasionar brotes. Las manos de los cuidadores y las superficies de los objetos contaminados pueden servir como vehículo de transmisión, ya que los rotavirus pueden sobrevivir durante horas en las manos y días en superficies sólidas. Además, la transmisión a través de agua contaminada no tratada también es posible, aunque raro en nuestro medio, habiéndose descrito en países de baja renta.

De forma excepcional, se han descrito casos de neumonía en los que se detectó el virus en secreciones respiratorias, habiéndose postulado como otra posible vía de transmisión, aunque muy minoritaria.

La diseminación de virus en heces comienza desde 48 horas antes del inicio de los síntomas y se prolonga durante una media de 4 a 6 días tras la recuperación, aunque se han descrito casos en personas inmunodeprimidas en los que se detectaron virus en heces durante más de 30 días. Los casos asintomáticos liberan menores cantidades de virus en heces y es probable que lo hagan de forma intermitente, pudiendo transmitir la infección a sus contactos estrechos.

Periodo de incubación

El periodo de incubación es corto, de entre 24 y 72 horas en la mayoría de los casos.

Susceptibilidad

La gastroenteritis por rotavirus suele producirse en bebés de entre 6 y 24 meses de edad, siendo frecuentes los brotes en escuelas infantiles. También se han descrito brotes nosocomiales en unidades de hospitalización pediátrica. En personas adultas, la infección suele ser asintomática o cursar de forma subclínica, aunque se han descrito brotes en instituciones sociosanitarias. Las personas de edad avanzada y las inmunodeprimidas tienen mayor probabilidad de desarrollar síntomas.

La infección natural por rotavirus confiere protección frente a infecciones posteriores que se incrementa después de dos episodios. Esta protección, de rango variable, es acumulativa y no depende de la presencia o ausencia de síntomas de infección, protegiendo también frente a otros genotipos distintos al causante de cada infección. En humanos, se ha demostrado la existencia de altos niveles de anticuerpos VP6-específicos tanto tras la infección natural como tras la vacunación. Por el momento no se han detectado factores de riesgo que predispongan al desarrollo de complicaciones neurológicas.

VIGILANCIA DE LA ENFERMEDAD

Objetivos

1. Conocer el patrón epidemiológico de presentación de los casos de enfermedad grave por rotavirus 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 hospitalizada que presenta, al menos, una de las dos manifestaciones siguientes:

- Diarrea acuosa.
- Vómitos.

Criterio de laboratorio

Al menos uno de los cuatro siguientes:

- Detección del antígeno de rotavirus en heces.
- Detección del ácido nucleico de rotavirus en heces.
- Detección de rotavirus mediante microscopía electrónica en heces.
- Aislamiento de rotavirus en heces.

Criterio epidemiológico

Una de las cuatro relaciones epidemiológicas siguientes:

- Transmisión de persona a persona: persona que ha tenido contacto con un caso confirmado por laboratorio.
- 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 y requiere ingreso hospitalario.

Caso confirmado: persona que cumple el criterio de laboratorio y requiere ingreso hospitalario.

Nota: Se considera ingreso hospitalario todos los ingresos para diagnóstico o tratamiento en régimen de internado, tanto si la orden de ingreso es programada como urgente. No se consideran ingresos hospitalarios los casos atendidos en observación de urgencias, hospital de día, sesiones de hemodiálisis, cirugía ambulatoria, ni los traslados entre los servicios del propio hospital.

Definición de brote

Dos o más casos de infección por rotavirus con relación epidemiológica independientemente de su gravedad (se incluyen casos no hospitalizados).

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.

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.

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 Organización Mundial de la Salud (OMS) de acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional (2005).

MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA

Medidas preventivas

Las principales medidas preventivas se basan en las buenas prácticas de higiene de manos de los casos y de las personas que los cuidan, así como una adecuada limpieza de las superficies posiblemente contaminadas, como cambiadores, contenedores de pañales, juguetes, etc. Para evitar la transmisión a través de alimentos contaminados se deben aplicar las medidas adoptadas habitualmente para la prevención de infecciones de transmisión alimentaria, siendo de vital importancia el lavado de manos y el mantenimiento de una correcta higiene en la cocina. El lavado de manos se realizará tantas veces como sea necesario, como antes de manipular alimentos y de comer o tras ir al baño. Además, se deben aplicar medidas de control en todas las etapas de la cadena alimentaria, como la limpieza y desinfección, entre otras medidas sanitarias e higiénicas encaminadas a asegurar la inocuidad de los alimentos, para lo que es necesario:

- Cocinar los alimentos completamente antes de su consumo, asegurando durante su preparación que los alimentos han alcanzado al menos 90°C durante 90 o más segundos.
- Mantener los alimentos a una temperatura adecuada, siendo recomendable refrigerarlos (tanto los perecederos como las comidas preparadas) lo antes posible, a una temperatura inferior a 5°C y en pequeños recipientes.
- Evitar que entren en contacto alimentos crudos y cocinados, para lo que se recomienda almacenar ambos tipos de alimentos separados y protegidos para evitar contaminación cruzada y utilizar utensilios diferentes para manipular alimentos crudos (por ejemplo, cuchillos y tablas de cortar).
- En el caso de alimentos envasados, hay que tener en cuenta las condiciones de utilización reflejadas en el etiquetado.
- No consumir frutas ni verduras lavadas con agua que pueda estar contaminada.
- Así mismo cabe destacar la importancia de mantener limpias las instalaciones y los utensilios utilizados en la elaboración de alimentos y la formación de las personas que manipulan alimentos, recalcando la importancia de lavarse las manos con agua caliente y jabón antes y después de la preparación de comida, y entre la manipulación de un alimento y otro.

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>).

Vacunación

En España, desde el año 2019 se recomienda la vacunación frente a rotavirus en prematuros nacidos entre la semana 25 a 27, dependiendo de la vacuna a administrar, hasta la semana 32 de edad gestacional.

En enero de 2024 se aprobó la recomendación de vacunar a lactantes a partir de las 6 semanas de vida. La implementación se ha realizado de forma progresiva en las CC.AA.

Medidas ante un caso y sus contactos

De manera general, se procederá a la rehidratación y reposición de electrolitos en los casos. Se tomarán las precauciones de higiene personal, con especial atención al lavado de manos con agua caliente y jabón y la desinfección de superficies contaminadas con lejía o alcohol etílico al 70%, entre otros. Se excluirán del trabajo o de la asistencia a clase a todos los casos hasta 48 horas desde que las deposiciones sean normales. Igualmente, evitarán bañarse en aguas recreativas durante ese periodo.

Medidas ante un brote

Cuando se produzca un brote debe iniciarse una investigación con participación de todos los sectores potencialmente involucrados para determinar la fuente de infección y el modo de transmisión. Las medidas preventivas o de control se adoptarán de acuerdo con los resultados de la investigación.

El estudio de muestras clínicas de casos con infección por rotavirus mediante PCR, secuenciación y genotipado puede ayudar a la caracterización del brote y a los estudios de trazabilidad

BIBLIOGRAFÍA

1. Crawford SE, Ramani S, Tate JE, Parashar UD, Svensson L, Hagbom M, Franco MA, Greenberg HB, O'Ryan M, Kang G, Desselberger U, Estes MK. Rotavirus infection. *Nat Rev Dis Primers*. 2017 Nov 9;3:17083. doi: 10.1038/nrdp.2017.83. PMID: 29119972; PMCID: PMC5858916.
2. Slotboom DEF, Peeters D, Groeneweg S, van Rijn-Klink A, Jacobs E, Schoenaker MHD, van Veen M. Neurologic Complications of Rotavirus Infections in Children. *Pediatr Infect Dis J*. 2023 Jul 1;42(7):533-536. doi: 10.1097/INF.0000000000003921. Epub 2023 Mar 30. PMID: 37053595.
3. Patel MM, Pitzer VE, Alonso WJ, Vera D, Lopman B, Tate J, Viboud C, Parashar UD. Global seasonality of rotavirus disease. *Pediatr Infect Dis J*. 2013 Apr;32(4):e134-47. doi: 10.1097/INF.0b013e31827d3b68. PMID: 23190782; PMCID: PMC4103797.
4. International Committee on Taxonomy of Viruses (ICTV). Genus: Rotavirus | ICTV [Internet]. [citado 16 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://ictv.global/report/chapter/sedoreoviridae/sedoreoviridae/rotavirus>
5. Nilsson M, Svenungsson B, Hedlund KO, Uhnöo I, Lagergren A, Akre T, Svensson L. Incidence and genetic diversity of group C rotavirus among adults. *J Infect Dis*. 2000 Sep;182(3):678-84. doi: 10.1086/315772. Epub 2000 Aug 3. PMID: 10950759.
6. Midgley SE, Bányai K, Buesa J, Halaihel N, Hjulsager CK, Jakab F, Kaplon J, Larsen LE, Monini M, Poljšak-Prijatelj M, Pothier P, Ruggeri FM, Steyer A, Koopmans M, Böttiger B. Diversity and zoonotic potential of rotaviruses in swine and cattle across Europe. *Vet Microbiol*. 2012 May 4;156(3-4):238-45. doi: 10.1016/j.vetmic.2011.10.027. Epub 2011 Oct 25. PMID: 22079216.
7. Heymann DL (Editor). *Control of Communicable Diseases Manual*. 21st Edition. Washington: American Public Health Association, 2022.
8. Ward RL, Bernstein DI, Young EC, Sherwood JR, Knowlton DR, Schiff GM. Human rotavirus studies in volunteers: determination of infectious dose and serological response to infection. *J Infect Dis*. 1986 Nov;154(5):871-80. doi: 10.1093/infdis/154.5.871. PMID: 3021869.
9. Omatola CA, Olaniran AO. Rotaviruses: From Pathogenesis to Disease Control-A Critical Review. *Viruses*. 2022 Apr 22;14(5):875. doi: 10.3390/v14050875. PMID: 35632617; PMCID: PMC9143449.
10. Dorleans F, Falkenhorst G, Böttiger B, Howitz M, Midgley S, Nielsen J, Mølbak K, Ethelberg S. A case-control study of risk factors for rotavirus infections in adults, Denmark, 2005-2009. *Epidemiol Infect*. 2016 Feb;144(3):560-6. doi: 10.1017/S0950268815001405. Epub 2015 Jul 6. PMID: 26143648.
11. Recommendations for the Public Health Management of Gastrointestinal Infections 2019. Principles and practice. Public Health England and the Chartered Institute of Environmental Health. Disponible en: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/861382/management_of_gastrointestinal_infections.pdf

ANEXO I. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE INFECCIÓN GRAVE POR ROTAVIRUS

DATOS DE LA DECLARACIÓN

C.A. declarante:

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:

DATOS DE LA ENFERMEDAD

Fecha del caso²: / / Fecha de inicio de síntomas: / /

Hospitalización³: Sí No Desconocido

Fecha de hospitalización: / /

Ingreso en UCI: Sí No Desconocido

Fecha de ingreso en UCI: / /

Defunción causada por la enfermedad: Sí No Desconocido

Fecha de defunción: / /

DATOS DEL LABORATORIO

Fecha de diagnóstico de laboratorio: / /

Agente causal⁴: Rotavirus

Prueba (marcar la prueba con resultado positivo):

Detección del antígeno en heces

Detección de ácido nucleico en heces (PCR)

Visualización mediante microscopía electrónica en heces

Cultivo en heces

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:

Ámbito de exposición (marcar una de las siguientes opciones):

Hogar

Transporte

Restaurante

Centro sanitario

Ámbito escolar/formativo

Comunitario

Instituciones cerradas

Desconocido

DATOS DE VACUNACIÓN

Vacunación documentada: Sí No Desconocido

Número de dosis:

Fecha de última dosis recibida: / /

Tipo de vacuna (marcar una de las siguientes opciones):

Pentavalente

Monovalente

CATEGORIZACIÓN DEL CASO

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 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: caso con ingreso para diagnóstico o tratamiento en régimen de internado, tanto si la orden de ingreso es programada como urgente. No se consideran ingresos hospitalarios los casos atendidos en observación de urgencias, hospital de día, sesiones de hemodiálisis, cirugía ambulatoria, ni los traslados entre los servicios del propio 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 del caso se produjo en la misma C.A. en la que reside.
6. 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.
7. Lugar de exposición: País distinto de España: Define si la exposición al riesgo 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 o la enfermedad: país, C.A., provincia, municipio.
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.