



PROTOCOLO DE VIGILANCIA DE SÍNDROME RESPIRATORIO DE ORIENTE MEDIO (MERS)

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 síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS). 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 síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS).	
Fecha de creación	2025.	
Cita sugerida	Protocolo de vigilancia de síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS). 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

El síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS, por sus siglas en inglés), es una enfermedad respiratoria vírica de origen zoonótico producida por el coronavirus causante del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV). Se identificó por primera vez en Arabia Saudí en septiembre de 2012 y, desde entonces, se han notificado más de 2600 casos. La letalidad entre los casos notificados es del 36% (se han notificado más de 950 muertes). En la mayor parte de los casos notificados se ha podido identificar un origen zoonótico de la infección, fundamentalmente a partir de camellos dromedarios. No se ha documentado transmisión sostenida de persona a persona, pero sí transmisión limitada dando lugar a brotes de diversa importancia, ligados frecuentemente a entornos de atención sanitaria o intrafamiliares.

La mayoría de los casos han sido notificados por Arabia Saudí (84%) y otros países de Oriente Medio como Jordania, Kuwait, Catar, Emiratos Árabes Unidos, Omán, Líbano, Yemen y Bahréin. Fuera de Oriente Medio, se han notificado casos importados en viajeros procedentes de la Península Arábiga, en Alemania, Argelia, Austria, China, Egipto, Estados Unidos, Filipinas, Francia, Grecia, Italia, Malasia, Países Bajos, Reino Unido, Corea del Sur, Irán, Tailandia, Túnez y Turquía. Los casos importados han dado lugar a transmisión limitada y casos autóctonos en Reino Unido y Francia. El brote más importante registrado fuera de la Península Arábiga fue el ocurrido en la República de Corea en mayo de 2015, con 186 casos confirmados (185 en la República de Corea y 1 en China) y 38 muertes.

La clínica del MERS puede variar desde la ausencia de síntomas o un cuadro respiratorio leve, hasta neumonía grave y muerte. Los síntomas típicos del MERS incluyen fiebre, escalofríos, tos y dificultad respiratoria, aunque también se han notificado casos en los que se presenta clínica gastrointestinal, como vómitos y diarrea. Durante la primera semana, la infección puede progresar rápidamente a neumonía grave, síndrome de Distress Respiratorio Agudo (SDRA) e insuficiencia respiratoria que requiere cuidados intensivos. También se han notificado coinfecciones. Las formas más graves de la enfermedad se presentan en personas mayores, inmunodeprimidas y/o con comorbilidades, como enfermedad renal crónica, cáncer, enfermedad pulmonar crónica o diabetes.

Agente

El MERS-CoV es un virus de origen zoonótico perteneciente a la familia *Coronaviridae*, agentes patógenos responsables de enfermedades que van desde el resfriado común hasta el síndrome respiratorio agudo severo (SRAS). Se trata de un virus de ARN monocatenario de sentido positivo, con envoltura, y pertenece al género betacoronavirus y al linaje C, con un genotipo estrechamente relacionado con los coronavirus de murciélago del mismo linaje, como BtCoV-HKU4 y BtCoV-HKU5, aunque su vía evolutiva aún no está completamente clara.

Reservorio

Aunque el MERS-CoV está relacionado de forma estrecha con otros coronavirus presentes en varias especies de murciélagos endémicos de Oriente Medio, la evidencia disponible respalda que la familia de los camélidos, y concretamente los dromedarios, son el huésped natural y la fuente zoonótica de mayor importancia del MERS-CoV, jugando un papel central en la transmisión a los humanos.

Estudios serológicos en dromedarios de toda la región de Oriente Medio, han demostrado una alta tasa de seropositividad al MERS-CoV, y se cree que los dromedarios actúan como huésped intermediario y amplificador, siendo la fuente más frecuente de infección para los humanos. A pesar del escaso número de infecciones fuera de Oriente Medio, estudios recientes indican que también se está produciendo una transmisión zoonótica en poblaciones con exposición profesional a los dromedarios en países de África.

Modo de transmisión

Los humanos podrían infectarse a través del contacto directo o indirecto con dromedarios infectados, a través de sus fluidos corporales (respiratorios, orina, heces), o por el consumo de carne cruda o leche no pasteurizada.

La transmisión de persona a persona se ha confirmado en brotes hospitalarios, entornos de trabajo y hogares, donde se cree que la transmisión ocurre por contacto directo con personas infectadas a través de las gotitas respiratorias o fómites contaminados. Se han documentado brotes nosocomiales con eventos superdiseminadores en varios países de Oriente Medio, Europa y Asia, incluyendo casos secundarios en trabajadores sanitarios, entre los que se han detectado casos asintomáticos mediante vigilancia activa. No se han descrito cadenas terciarias de transmisión, y no se ha documentado transmisión sostenida de persona a persona.

El personal sanitario que atiende a casos infectados presenta un mayor riesgo de infección cuando realiza procedimientos que generan aerosoles, como la intubación o la nebulización, especialmente antes de sospechar el diagnóstico de MERS-CoV y cuando no se ha implementado un control adecuado de la infección.

Aunque no se conoce con exactitud el periodo de transmisibilidad durante el que una persona infectada puede transmitir el virus, las personas infectadas con MERS-CoV parecen transmitir la infección desde el inicio de síntomas hasta el undécimo día, según los datos obtenidos en el brote nosocomial en Corea del Sur, con cargas virales que alcanzaron su punto máximo durante la segunda semana de enfermedad. Los casos muy graves podrían eliminar el virus después de la resolución de los síntomas durante largos periodos de tiempo en heces y orina.

Periodo de incubación

Se desconoce el período de incubación de la infección por MERS-CoV pero, según estudios realizados tras eventos de transmisión de persona a persona, se estima que podría ser de entre 2 y 14 días.

Susceptibilidad

La susceptibilidad al MERS-CoV se considera universal, sin embargo, la probabilidad de desarrollar una forma grave de la enfermedad se asocia a la presencia de comorbilidades o inmunosupresión.

VIGILANCIA DE LA ENFERMEDAD

Objetivos

1. Detectar precozmente los casos de MERS.
2. Garantizar la inmediata implementación de las medidas de control para evitar la aparición de casos secundarios.
3. Describir y caracterizar los casos de MERS.

Definición de caso

Criterio clínico

- Signos clínicos de infección respiratoria aguda, incluyendo tos y fiebre, con evidencia clínica, radiológica o histopatológica de enfermedad pulmonar parenquimatosa (p. ej. neumonía o síndrome de distrés respiratorio agudo).
- Signos clínicos de infección respiratoria aguda con evolución atípica en personas inmunocomprometidas, con deterioro repentino en algunos casos, a pesar del tratamiento de soporte adecuado.

Criterio de laboratorio

Criterio de laboratorio de caso confirmado

- Detección del virus mediante técnicas de PCR realizadas en dos regiones genómicas diferentes o por determinación de la secuencia específica del virus
- O
- Demostración de seroconversión (aumento de 4 veces los títulos de anticuerpos) en dos muestras de suero recogidas con al menos 14 días de separación mediante técnicas de screening (ELISA o IFA) y/o ensayos de neutralización.

Criterio de laboratorio de caso probable

- Muestra positiva por PCR solamente en una única región genómica y sin confirmación mediante secuenciación
- O
- Un resultado positivo en una única muestra de suero sin demostrar seroconversión y sin confirmación por técnicas moleculares en muestras respiratorias.

En Anexo 2 se aporta información más detallada sobre el tipo de muestras, su recogida y el medio de conservación para su transporte al laboratorio de referencia.

Criterio epidemiológico

Persona que, en los 14 días previos al inicio de los síntomas:

- Presenta historia de viaje a Península Arábiga o países con riesgo de transmisión¹.
- Ha tenido contacto con un caso confirmado o probable de infección por MERS-CoV mientras presentaba síntomas o contacto con sus muestras biológicas (trabajadores sanitarios, o miembros familiares, o personas que tengan otro tipo de contacto físico similar).

¹ Se consideran países con riesgo de transmisión de MERS-CoV todos los de Oriente Medio.

Clasificación de los casos

Caso sospechoso: persona que cumple el criterio clínico y el epidemiológico..

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

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

MODO DE VIGILANCIA

Cuando se detecte un caso sospechoso, probable o confirmado de MERS se debe informar inmediatamente al servicio de vigilancia epidemiológica de la C.A., que lo comunicará de forma urgente al CCAES y al CNE. El CCAES valorará junto con las comunidades y ciudades autónomas 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).

La C.A. notificará, de forma individualizada, los casos probables y confirmados en la plataforma electrónica que esté establecida para este uso. Enviará la información inicial de declaración del caso de forma urgente. 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 de la RENAVE. El Anexo 1 de este protocolo incluye la encuesta epidemiológica de caso que recoge la información relevante en la vigilancia de esta enfermedad.

MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA

Medidas preventivas

Se recomienda que, antes de viajar a zonas de riesgo, los viajeros acudan a alguno de los Centros de Vacunación Internacional (CVI) distribuidos por todo el territorio nacional con el fin de recibir toda la información sobre la enfermedad y las medidas preventivas que deberán observar durante su viaje. En estos centros se ofrece educación para la salud en relación con el riesgo de transmisión y los síntomas asociados con la infección por MERS-CoV.

Toda la información sobre los consejos sanitarios al viajero internacional puede ser consultada en la web del Ministerio de Sanidad:

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

Medidas ante un caso

Casos sospechosos y probables

- Se comunicará a todas las personas/servicios² que vayan a estar implicadas en el manejo del caso o de sus muestras que se trata de un caso sospechoso o probable de infección por MERS-CoV.
- Dentro del entorno sanitario, se evitará que entren en contacto con otros casos, siendo necesario el uso de mascarilla quirúrgica, y serán conducidos de forma inmediata a una zona de aislamiento. El personal que los acompañe hasta la zona de aislamiento utilizará también mascarilla quirúrgica.
- Los casos que requieran ingreso hospitalario deberán ser ingresados directamente en habitaciones con presión negativa, si hay disponibilidad. En caso de que no haya disponibilidad, permanecerán aislados en habitación individual, localizada en una zona poco transitada, con baño propio de uso exclusivo por el caso, puerta cerrada y con acceso restringido sólo a personal esencial para la atención y cuidado del caso hasta que los resultados de laboratorio confirmen o descarten el diagnóstico de MERS-CoV.
- Las precauciones adecuadas para el manejo de estos casos incluyen las precauciones estándar de control de la infección, de contacto y de transmisión respiratoria: uso de guantes limpios no estériles, bata limpia no estéril desechable, mascarilla FFP2 y protección ocular o facial.
- Se deberán mantener las precauciones para evitar infecciones secundarias hasta que se descarte el caso o, en casos probables que no lleguen a confirmarse, hasta 14 días tras la fecha del inicio de síntomas o, si el caso es asintomático, 14 días tras la fecha de la toma de la primera muestra positiva.

Caso confirmado

- Se comunicará a todas las personas/servicios³ que vayan a estar implicadas en el manejo del caso o de sus muestras que se trata de un caso confirmado de infección por MERS-CoV.
- Se recomienda que todos los casos confirmados se trasladen a una UATAN, según los criterios establecidos en el documento de Estructura y Funcionamiento de la Red Hospitales para la Atención a Enfermedades Infecciosas de Alto Riesgo en España (Red UATAN), punto 4 (escenarios de activación). El traslado entre el hospital de diagnóstico y la UATAN se hará en las condiciones descritas en el Anexo 2 del citado documento.
- Las precauciones adecuadas para el manejo de estos casos incluyen las precauciones estándar de control de la infección, de contacto y de transmisión respiratoria: uso de guantes limpios no estériles, bata limpia no estéril desechable, mascarilla FFP2 y protección ocular o facial.
- Se deberán mantener las precauciones para evitar infecciones secundarias hasta que se obtengan dos resultados negativos de muestras del tracto respiratorio superior e inferior, así como de suero u orina y heces.

² Incluirá también a los trabajadores y empresas que desarrollen actividades en el centro sanitario, acorde con lo establecido en el Artículo 24. (*Coordinación de actividades empresariales*) de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales.

³ Incluirá también a los trabajadores y empresas que desarrollen actividades en el centro sanitario, acorde con lo establecido en el Artículo 24. (*Coordinación de actividades empresariales*) de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales.

Cuando se identifica un caso de MERS con antecedentes de viaje en un medio de transporte durante su período de transmisibilidad, se valorará la necesidad de llevar a cabo una evaluación del riesgo y se seguirán los procedimientos establecidos para la búsqueda de contactos en las guías nacionales e internacionales.

Medidas de control de los contactos de un caso confirmado

En los contactos estrechos de un caso confirmado, definidos según el criterio epidemiológico, se realizará vigilancia activa durante los 14 días posteriores a la última fecha de exposición posible. La persona/institución responsable de su seguimiento deberá contactar e investigar la presencia de cualquier síntoma de los reflejados en el criterio clínico de la definición de caso. Si desarrolla síntomas, deberá hacer autoaislamiento inmediato domiciliario y contactar de forma urgente con el responsable que se haya establecido para su seguimiento.

Los profesionales sanitarios realizarán el seguimiento indicado por sus servicios de prevención de riesgos laborales tras una valoración individualizada del riesgo de cada profesional.

En general, no se recomienda la recogida rutinaria de muestras en contactos asintomáticos. Sin embargo, si Salud Pública determina que el riesgo de exposición es muy alto, se podrá indicar la toma de muestras respiratorias del tracto superior y una primera muestra de suero dentro de los primeros 14 días tras el último contacto, seguida de una segunda muestra de suero de convalecencia a las 2-3 semanas de la primera. Se considera que tienen un mayor riesgo de exposición, y por ello se recomienda la recogida de muestras, en contactos que son trabajadores sanitarios, personas que hayan participado en el cuidado del caso tras la aparición de síntomas y casos hospitalizados que hayan compartido habitación con un caso confirmado.

Los contactos deben estar localizables a lo largo del periodo de seguimiento. No se requiere restricción de movimientos o trabajo. Los contactos que vayan a realizar desplazamientos al extranjero se valorarán de forma individualizada. En cualquier tipo de contacto, desde la Autoridad Sanitaria en Salud Pública se podrán establecer recomendaciones específicas tras la valoración oportuna, ante personas especialmente vulnerables, determinadas profesiones o situaciones de riesgo.

Las muestras serán enviadas al CNM para su análisis. Si el resultado es positivo y el caso no requiere hospitalización, se recomendará el aislamiento, ya sea en su domicilio o en el lugar designado por las Autoridades de Salud Pública. El aislamiento finalizará una vez se obtengan dos resultados negativos en muestras respiratorias. En este caso la frecuencia de toma de las muestras será al menos de 2-4 días. Además, se deberá descartar la presencia de virus en muestras de heces y orina.

Los contactos que desarrollen enfermedad respiratoria de cualquier gravedad durante su seguimiento, dentro de los 14 días siguientes a la exposición, deberán ser investigados para descartar infección por el MERS-CoV considerándoles caso sospechoso y se manejarán como tal. Si un contacto de un caso confirmado se convirtiera en caso sospechoso/probable se iniciará, a su vez, la identificación y seguimiento de sus contactos tanto sanitarios como familiares, convivientes y/o laborales, debiéndose confirmar o descartar la transmisión del virus persona a persona.

BIBLIOGRAFÍA

1. Datadot [Internet]. [citado 2 de julio de 2025]. Cases. Disponible en: [https://data.who.int/dashboards/tuberculosis/tuberculosis-epidemiological-profile/mers-number-of-mers-cov-cases-reported-to-who-by-comorbidities-\(cumulative-total\)-3d383afdf3cb7c-bar-relay_mers](https://data.who.int/dashboards/tuberculosis/tuberculosis-epidemiological-profile/mers-number-of-mers-cov-cases-reported-to-who-by-comorbidities-(cumulative-total)-3d383afdf3cb7c-bar-relay_mers)
2. Coronavirus causante del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV) [Internet]. [citado 1 de julio de 2025]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/middle-east-respiratory-syndrome-coronavirus-\(mers-cov\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/middle-east-respiratory-syndrome-coronavirus-(mers-cov))
3. WHO-mers-global-summary-and-assessment-of-risk01a01eb3-1b9f-40bb-8658-0cd225d2b0e2.pdf [Internet]. [citado 1 de julio de 2025]. Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/inaugural-who-partners-forum/who-mers-global-summary-and-assessment-of-risk01a01eb3-1b9f-40bb-8658-0cd225d2b0e2.pdf?sfvrsn=2d787965_1
4. Ki M. 2015 MERS outbreak in Korea: hospital-to-hospital transmission. *Epidemiol Health*. 21 de julio de 2015;37:e2015033.
5. Heymann, D. L. (Ed.). (2022). *Control of Communicable Diseases Manual* (21a ed.). American Public Health Association.
6. Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) [Internet]. 2017 [citado 1 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/middle-east-respiratory-syndrome-coronavirus>
7. Declaración de la OMS sobre la novena reunión del Comité de Emergencias del RSI acerca del MERS-CoV [Internet]. [citado 1 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/17-06-2015-who-statement-on-the-ninth-meeting-of-the-ihc-emergency-committee-regarding-mers-cov>
8. WHO_MERS_SUR_15.1_eng.pdf [Internet]. [citado 1 de julio de 2025]. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/177869/WHO_MERS_SUR_15.1_eng.pdf?sequence=1
9. WHO-MERS-RA-2022.1-eng.pdf [Internet]. [citado 2 de julio de 2025]. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/364525/WHO-MERS-RA-2022.1-eng.pdf?sequence=1>
10. World Health Organization. (2015). *Laboratory testing for Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV)*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/176982/1/WHO_MERS_LAB_15.1_eng.pdf.

ANEXO I. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE SÍNDROME RESPIRATORIO DE ORIENTE MEDIO

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:

País de nacimiento:

País de residencia actual:

DATOS DE LA ENFERMEDAD

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

Enfermedad de base: Sí No Desconocido

Tipo enfermedad de base:

Diabetes

Inmunocomprometido

Enfermedad cardíaca

Enfermedad renal crónica

Enfermedad pulmonar crónica

Manifestación clínica (marcar todas las opciones que corresponda):

	SI	NO	NS/NC
Fiebre	<input type="checkbox"/> ___ °C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neumonía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de garganta (odinofagia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dificultad respiratoria (disnea)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vómitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Síndrome de Distress Respiratorio Agudo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros cuadros respiratorios graves	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fallo renal agudo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hospitalización³: Sí No Desconocido

Fecha de hospitalización: / /

Fecha de alta: / /

Ingreso en UCI: Sí No Desconocido

Fecha de ingreso en UCI: / /

Fecha de alta en UCI: / /

Ingreso en UATAN: Sí No Desconocido

Fecha de ingreso en UATAN: / /

Fecha de alta en UATAN: / /

Defunción causada por la enfermedad: Sí No Desconocido

Fecha de defunción: / /

Pertenece a una agregación de casos: Sí No Desconocido

DATOS DEL LABORATORIO

En caso de cumplir criterio de laboratorio de caso probable: PCR Serología

En caso de confirmación, especificar el tipo de prueba: PCR Serología Secuenciación

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 los 14 días anteriores al inicio síntomas)⁴:

En la misma C.A. donde reside el caso

En una C.A. diferente a la de residencia del caso

En un país distinto de España

País de exposición del caso (si se ha visitado más de un país durante periodo de riesgo rellenar tabla):

.....

C.A. de exposición del caso:

Provincia de exposición del caso:

Municipio de exposición del caso:

Fecha de último contacto: / /

Fecha regreso a España: / /

Viaje a países incluidos en el área de riesgo. Especificar país/países y fechas viaje:

	Fecha de entrada país de riesgo	Fecha de salida del país de riesgo
País 1º:		
País 2º:		
País 3º:		
País 4º:		

Durante su estancia fuera de España:

- Trabajó en ámbito sanitario en algún centro de un país del área de riesgo
- Tuvo contacto con camellos dromedarios o exposición o consumo de productos derivados de los camellos
- Tuvo contacto estrecho con un caso de MERS-CoV probable o confirmado.

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

- Sociosanitario Hogar/Familia
- Formación Desconocido

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):

- Sospechoso Probable Confirmado

Investigación de contactos: Sí No Desconocido

OBSERVACIONES⁵

.....

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. País/ C.A./ Provincia/ Municipio de exposición del caso: 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, municipio; si el lugar de infección es un país diferente de España (importado) se indicaría cual.
5. Observaciones: Incluir toda la información relevante no indicada en el resto de la encuesta.

ANEXO II. RECOGIDA DE MUESTRAS. TIPO DE MUESTRAS CLÍNICAS PARA ESTUDIO, RECOGIDA Y MEDIO DE CONSERVACIÓN

El CNM del Instituto de Salud Carlos III tiene capacidad para realizar la confirmación diagnóstica del MERS-CoV por técnicas moleculares y mediante serología. En caso de que se identificara algún caso en el que estuviera indicado investigar infección por el MERS-CoV, se enviarán las muestras clínicas al CNM.

Se contactará con el Área de Orientación Diagnóstica del CNM previamente al envío de las muestras. El envío de muestras para estudio de MERS-CoV requiere la autorización de los servicios de Salud Pública de la C.A..

Ante un caso sospechoso las muestras recomendadas son:

1. Muestras del tracto respiratorio:

- Inferior; preferentemente lavado broncoalveolar, esputo, o aspirado endotraqueal
Y
- Superior; exudado nasofaríngeo/ orofaríngeo

En el momento del estudio del caso, se recomienda que la recogida de muestras para el diagnóstico de infección por MERS-CoV provenga tanto del tracto respiratorio inferior como superior de manera simultánea. Generalmente, las muestras del tracto respiratorio inferior contienen una mayor carga viral, lo que las hace más representativas y permite un diagnóstico más preciso. Sin embargo, su obtención puede verse limitada por la condición clínica del caso, siendo apropiada su recogida en los casos en los que el caso esté intubado debido a su estado de salud. Los hisopos nasofaríngeos/orofaríngeos, se deben enviar en medio de transporte de virus.

Si el resultado es negativo en un caso con una alta sospecha clínica y epidemiológica de infección por MERS-CoV (especialmente cuando solo se han recogido muestras del tracto respiratorio superior o la muestra recogida inicialmente no estaba tomada adecuadamente), se repetirán las pruebas con nuevas muestras del tracto respiratorio inferior y superior. Estas muestras serán tomadas con una periodicidad que dependerá de la evolución clínica del caso. Si el resultado es positivo, se recomiendan nuevas determinaciones en muestras respiratorias hasta el aclaramiento del virus, que se considerará confirmado después de dos resultados negativos consecutivos. En este caso la frecuencia de toma de las muestras será al menos de 2-4 días. Además, se deberá descartar la presencia de virus en muestras de heces y orina.

2. Pareja de sueros tomadas con al menos 14 días de diferencia, recogiéndose el primer suero en la primera semana de enfermedad, si es posible. Si se recoge solamente una única muestra se debe tomar como mínimo 14 días después del inicio de los síntomas.

Tipo de muestra	Medio de Transporte de Virus	Transporte al Laboratorio CNM. Muestra biológica Categoría B
Lavado broncoalveolar	No	Refrigerado 4°C en 24h
Aspirado endotraqueal	No	Refrigerado 4°C en 24h
Espujo	No	Refrigerado 4°C en 24h
Aspirado nasofaríngeo	No	Refrigerado 4°C en 24h
Exudado nasofaríngeo/orofaríngeo	Si	Refrigerado 4°C en 24h
Biopsia/Necropsia de pulmón	Si	Refrigerado 4°C en 24h
Suero agudo (hasta 14 días desde comienzo de síntomas)	No	Refrigerado 4°C Congelado
Suero convaleciente (3-4 semanas después)	No	Refrigerado 4°C Congelado
Heces (15 días desde comienzo de síntomas)	No	Refrigerado a 4°C
Orina (15 días desde comienzo de síntomas)	No	Refrigerado a 4°C