



# PROTOCOLO DE VIGILANCIA DE PESTE

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

## DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD

### Introducción

La peste es una zoonosis producida por la bacteria *Yersinia pestis* que afecta, sobre todo, a mamíferos de pequeño tamaño y sus pulgas. La transmisión entre animales y el ser humano se produce por la picadura de pulgas infectadas, contacto directo e inhalación. La peste humana puede ser muy grave con una tasa de letalidad del 30% al 60% si no se trata.

Los síntomas pseudogripales son el primer signo clínico, seguido de fiebre, escalofríos, cefalea, mialgia, debilidad, náuseas y vómitos. Dependiendo de la vía de infección la enfermedad se puede presentar con las siguientes formas clínicas: bubónica, septicémica y neumónica.

La forma más frecuente es la peste bubónica; caracterizada por linfadenitis en los ganglios próximos al lugar de la picadura de la pulga (normalmente región inguinal, axilar y cervical). El ganglio afectado es conocido como bubón, es doloroso y puede abrirse y supurar. En el 10% de los casos en la zona de la picadura se puede producir una pápula, vesícula, pústula o forúnculo. La peste puede evolucionar a septicemia en fases avanzadas, aunque no existan bubones evidentes.

Si hay diseminación hematógena se puede ver afectado cualquier órgano, en el caso de los pulmones da lugar a la peste neumónica. Esta forma clínica también puede producirse por inhalación. Se trata de la forma más virulenta y puede causar la muerte en menos de 24 horas. Tiene gran importancia ya que esta presentación permite la transmisión de persona a persona. La peste bubónica sin tratamiento tiene una letalidad del 50%. La peste septicémica y la neumónica son casi siempre mortales sin tratamiento.

La enfermedad es conocida desde la antigüedad. En la actualidad, solo tres países se consideran endémicos, Madagascar, la República Democrática del Congo y Perú. Se ha documentado una asociación entre factores climáticos e incidencia en determinados países americanos, ligados a las fluctuaciones del 'El Niño'.

El diagnóstico y el tratamiento rápidos son esenciales para reducir las complicaciones y la letalidad. En la actualidad, hay tratamientos eficaces (administración de antibióticos y tratamiento de apoyo) que permiten curar a la mayoría de los casos, siempre que se diagnostique a tiempo.

La *Y. pestis* es un agente que, por sus características, podría ser utilizado para su uso intencionado.

### Agente

*Yersinia pestis* es un bacilo pleomórfico Gram negativo de la familia de las *Enterobacteriaceae* que se presenta en forma de células aisladas o formando cadenas cortas; es anaerobio facultativo, no móvil. Solamente se requieren de 1 a 10 agentes inoculados por vía subcutánea, oral, intradérmica o intravenosa para causar la infección.

*Y. pestis* se divide en 3 biovariedades clásicas:

- Biovariedad antigua (Africa, sureste de Rusia y Asia Central).
- Biovariedad medievalis (mar Caspio).
- Biovariedad orientalis (Asia, Hemisferio occidental). Esta biovariedad pudo causar las pandemias de peste.

### **Reservorio**

Los roedores silvestres son los reservorios naturales de la peste. Lagomorfos, félidos y carnívoros salvajes también pueden ser una fuente de infección para las personas.

### **Modo de transmisión**

La peste bubónica se transmite por picadura de pulgas infectadas (normalmente la pulga de la rata oriental y otras pulgas que parasitan a roedores). También se ha descrito transmisión por la pulga humana. Las pulgas pueden permanecer infectivas durante meses en condiciones favorables de temperatura y humedad.

La peste neumónica tiene especial importancia por poder transmitirse de persona a persona sin la intervención de pulgas ni otros animales y causar casos de peste faríngea o de neumonía primaria. Suele producirse por la inhalación de aerosoles de gotículas infectivas. El contagio de una persona a otra puede ocasionar brotes.

También puede contraerse la enfermedad por el manejo de tejidos contaminados de roedores o lagomorfos o en el laboratorio por inhalación o por contacto con pústulas de un enfermo.

La infección por inhalación de aerosoles se considera la mayor amenaza en un evento de uso intencional.

### **Periodo de incubación**

El período de incubación de la peste se referencia de 1 a 7 días, aunque se han descrito hasta 10 días en personas inmunes. La neumonía primaria puede aparecer en 1 a 3 días después del contacto con aerosoles contaminados.

### **Susceptibilidad**

La susceptibilidad es general. Después de padecer la enfermedad, la inmunidad no es completa y se puede volver a enfermar.

## **VIGILANCIA DE LA ENFERMEDAD**

### **Objetivos**

1. 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.
2. Realizar el estudio epidemiológico a partir de la información de vigilancia. Garantizar la calidad de los datos para orientar la prevención y el control.
3. Detectar precozmente los casos relacionados con liberación intencionada con el fin de tomar las medidas de control que eviten la propagación de la enfermedad.

## Definición de caso

### Criterio clínico

Persona que presenta, al menos, una de las siguientes formas clínicas:

Peste bubónica:

- Fiebre y aparición súbita de linfadenitis dolorosa.

Peste septicémica:

- Fiebre.

Peste neumónica:

- Fiebre.
- Y al menos, una de las tres manifestaciones siguientes:
  - Tos.
  - Dolor torácico.
  - Hemoptisis.

### Criterio de laboratorio

Al menos uno de los tres siguientes:

- Aislamiento de *Y. pestis* en una muestra clínica.
- Detección de ácido nucleico de *Y. pestis* en una muestra clínica.
- Respuesta específica de anticuerpos contra el antígeno F1 de *Y. pestis*.

### Criterio epidemiológico

Al menos una de las cuatro relaciones epidemiológicas siguientes:

- Transmisión de persona a persona.
- Transmisión de animal a persona.
- Exposición en laboratorio (donde pueda haber exposición a la peste).
- Exposición a una fuente común.

## Clasificación de los casos

**Caso sospechoso:** no procede.

**Caso probable:** persona que cumple los criterios clínicos y con una relación epidemiológica.

**Caso confirmado:** persona que cumple los criterios de laboratorio.

## MODO DE VIGILANCIA

La identificación de un caso de peste es una alerta y requiere medidas de coordinación nacional, por lo que el servicio de vigilancia epidemiológica de la autonomía notificará de forma urgente la detección del caso al CCAES y al CNE. El CCAES valorará junto con las autonomías 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).

Se notificará utilizando la plataforma electrónica establecida. Además, en caso de brote, se notificará la información individualizada de los casos del brote. 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.

## MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA

### Medidas preventivas

En zonas endémicas las medidas preventivas consistirán en evitar el riesgo de contacto con la enfermedad mediante información a la población para que tomen precauciones contra las picaduras de pulgas y la manipulación de animales muertos. Evitar el contacto directo con tejidos infecciosos y la exposición a casos con peste neumónica. Vigilar las poblaciones de animales susceptibles para identificar la fuente de infección más probable e instaurar medidas de saneamiento y control de reservorios y pulgas.

Existe una vacuna contra la peste bubónica en personas con alto riesgo de exposición ocupacional que no está comercializada en España.

### Recomendaciones a viajeros internacionales

En los viajes internacionales a zonas endémicas, se protegerán de las picaduras de pulga y se evitará el contacto con roedores u otras formas de vida salvaje potencialmente infectada, sus fluidos corporales o tejidos y no manipular sus cadáveres.

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.

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/consejosSanitarios/home.htm>

### Medidas ante un caso

Cualquier caso en el que se sospeche peste procedente de un área endémica debe dar lugar a una investigación exhaustiva-

- Eliminar las pulgas del caso, en especial de su ropa y equipaje, por medio de un insecticida eficaz contra las pulgas e inocuo para las personas. Se hará antes del traslado del caso.
- Toma de muestras para diagnóstico. Tipos de muestras:
  - Sangre completa para medir seroconversión o para hemocultivo en peste septicémica.
  - Punción de bubones (peste bubónica).
  - Frotis faríngeo (peste faríngea).
  - Esputo o aspirado traqueal (peste faríngea o neumónica).
  - LCR (peste meningea).

- Tratamiento específico: seguir las directrices de la OMS y establecer quimioprofilaxis a los contactos.
- Desinfección concurrente
  - En los casos con peste bubónica, si no tienen tos y la radiografía de tórax no aporta datos positivos, están indicadas las precauciones respecto a drenajes, secreciones y esputos, durante 3 días después de haber comenzado el tratamiento eficaz.

En los casos de **peste neumónica**:

- Se comunicará a todas las personas/servicios<sup>1</sup> que vayan a estar implicadas en el manejo del caso o de sus muestras que se trata de un caso confirmado de peste neumónica.
- Todos los casos permanecerán ingresados en habitaciones con presión negativa. Se valorará su posible traslado 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 completar 3 días de tratamiento con los antibióticos apropiados, que el caso mejore clínicamente y los resultados analíticos sean negativos.

Los cadáveres de personas fallecidas por peste neumónica clasifican como grupo I y, de manera general, no se podrán someter a ningún tipo de práctica higiénico-sanitaria. En caso de que se hicieran, deberá realizarlas personal debidamente cualificado. Los cadáveres se deberán introducir en un féretro para situaciones especiales que será estanco y permanecerá sellado. No se podrán trasladar excepto si se precisa realizar pruebas diagnósticas o de confirmación, en cuyo caso, el traslado se hará conforme a la normativa vigente. Como norma general, el cadáver será inhumado o incinerado de manera inmediata en el cementerio o crematorio más próximo a la localidad donde se produjo su fallecimiento:

[https://www.sanidad.gob.es/areas/sanidadExterior/controlHS/docs/GUIA\\_CONSENSO\\_SANIDAD\\_MORTUORIA\\_julio2025.pdf](https://www.sanidad.gob.es/areas/sanidadExterior/controlHS/docs/GUIA_CONSENSO_SANIDAD_MORTUORIA_julio2025.pdf).

### Control de los contactos

- Eliminación de las pulgas en los contactos, de su ropa y equipaje, por medio de un insecticida eficaz contra las pulgas e inocuo para las personas.
- Quimioprofilaxis: Tetraciclina, 15-30 mg por kg de peso al día, o sulfonamidas, 40 mg por kg de peso al día, divididos en cuatro dosis, durante una semana.
- Seguimiento y vigilancia de los contactos durante 7 días.

---

<sup>1</sup> 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.

- Aislamiento estricto y supervisión durante 7 días de los contactos que se nieguen a recibir quimioprofilaxis.
- Se plantearán medidas específicas en situación de que se detecte un caso.

### **Control del medio ambiente**

A continuación, se describen las medidas tradicionales de control en lugares endémicos, no obstante si se detectasen casos se adaptarán o establecerán medidas específicas para el control:

- Localizar a los roedores enfermos o muertos y sus pulgas, identificando la especie de cara al uso eficaz de venenos e insecticidas.
- Erradicar las pulgas de ropas, equipaje y estancias, por medio de un insecticida eficaz contra las pulgas e inocuo para las personas. Debe anteceder o coincidir con las medidas contra los roedores.
- Eliminar los roedores en las zonas afectadas, sólo después de haber logrado la erradicación de las pulgas. Realizar campañas de envenenamiento y otras medidas para reducir madrigueras y fuentes de alimentación.
- Limpieza terminal de materiales y habitáculos que hayan estado en contacto con los casos o con los contactos con riesgo de enfermar.
- La manipulación de cadáveres de personas fallecidas por peste debe hacerse por personal cualificado y entrenado. El cadáver debe ser considerado de categoría I según el decreto de sanidad mortuoria. el féretro debe permanecer sellado y el traslado debe realizarse conforme a la normativa vigente en cada ámbito. Los cadáveres de personas fallecidas por peste deben ser incinerados sin embalsamar en el punto más cercano a donde se produjo el fallecimiento<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> GUÍA DE CONSENSO SOBRE SANIDAD MORTUORIA. Aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 4 de julio de 2025

## BIBLIOGRAFÍA

1. Blisnick T, Ave P, Huerre M, Carniel E, Demeure C E. Oral Vaccination against Bubonic Plague Using a Live Avirulent *Yersinia pseudotuberculosis* Strain. *Infect. Immun.* 2008, 76(8):3808. DOI: 10.1128/IAI.00034-08.
2. Sizemore D, Warner E, Lawrence J, Thomas LJ, Roland K, Killeen K. Construction and screening of attenuated  $\Delta$ phoP/Q *Salmonella Typhimurium* vectored plague vaccine candidates. *Human Vaccines and immunotherapies.* Volume 8, Issue 3 March 2012 Pages 371 – 383. <http://dx.doi.org/10.4161/hv.18670>.
3. WHO guidelines for plague management: revised recommendations for the use of rapid diagnostic tests, fluoroquinolones for case management and personal protective equipment for prevention of post-mortem transmission [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021. References. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK571122/>
4. Plague. (n.d.). Who.int. Retrieved April 29, 2024, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/plague>
5. CDC. Plague [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2021 [citado el 29 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/plague/index.html>
6. Plague [Internet]. European Centre for Disease Prevention and Control. 2010 [citado el 29 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/plague>
7. Runfola JK, House J, Miller L, Colton L, Hite D, Hawley A, et al. Outbreak of human pneumonic plague with dog-to-human and possible human-to-human transmission — Colorado, June–July 2014. *Morbidity and Mortality Weekly Report.* 2015;64(16):429.
8. 4., Notes from the field: Two cases of human plague --- Oregon, 2010 [Internet]. Cdc.gov. 2011 [citado el 29 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6007a4.htm>
9. WHO/CDS/CSR/EDC/99.2 Plague Manual Epidemiology, Distribution, Surveillance and Control. 1998. <http://www.who.int/csr/resources/publications/plague/whocdscsredc992a.pdf>.

## ANEXO I. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE PESTE

### 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: .....

País de nacimiento: .....

### DATOS DE LA ENFERMEDAD

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

Manifestación clínica:

Peste bubónica  Peste neumónica  Peste septicémica

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

Fecha de hospitalización: ..... / ..... / .....

Fecha de alta: ..... / ..... / .....

Ingreso en UCI:  Sí  No  Desconocido

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: ..... / ..... / .....

**DATOS DEL LABORATORIO**

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

**Agente causal:**  *Yersinia pestis*

**Muestra** (marcar la muestra principal con resultado positivo): .....

**Prueba** (marcar las pruebas con resultado positivo):

Cultivo  Detección de ácido nucleico (PCR)

**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**

**Exposición a liberación intencionada:**  Sí  No  Desconocido

**Fecha de exposición:** ..... / ..... / .....

**Lugar de exposición del caso:**

En la autonomía de residencia<sup>4</sup>

En una autonomía distinta de la de residencia<sup>5</sup>

En un país distinto de España<sup>6</sup>

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

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

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

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

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

**Fecha de vuelta:** ..... / ..... / .....

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

Personal de cuidado, recogida, cría y transporte de animales

Personal de laboratorios

Personal sanitario

**Exposición de riesgo** (marcar las principales si no se ha identificado un único mecanismo de transmisión):

Exposición a aerosoles en entornos contaminados (contacto con suelo y objetos contaminados)

Picadura de pulga

Exposición a liberación intencionada

- Contacto con un enfermo o infectado (portador)  
 Desconocida

### DATOS DE VACUNACIÓN

Vacunación documentada:  Sí  No  Desconocido

Número de dosis: ..... Fecha de última dosis recibida: ..... / ..... / .....

### CATEGORIZACIÓN DEL CASO

#### Criterios de clasificación de caso:

Criterio clínico:  Sí  No  Desconocido

Criterio de laboratorio:  Sí  No  Desconocido

Criterio epidemiológico:  Sí  No  Desconocido

**Clasificación del caso** (marcar una de las siguientes opciones):

Probable  Confirmado

**Asociado a brote:**  Sí  No  Desconocido

Identificación del brote: .....

C.A. de declaración del brote<sup>10</sup>: .....

**Investigación de contactos:**  Sí  No  Desconocido

### OBSERVACIONES<sup>11</sup>

.....

1. Fecha de la primera declaración del caso: Fecha de la primera declaración al sistema de vigilancia (habitualmente realizada desde el nivel local).
2. Fecha del caso: Es la fecha de inicio de síntomas o la más cercana en caso de no conocerla (fecha de diagnóstico, fecha de hospitalización, etc.).
3. Hospitalización: Estancia de al menos una noche en el hospital.
4. Agente causal: Rellenar sólo si el caso cuenta con confirmación de laboratorio.
5. Lugar de exposición: C.A. de residencia: define si la exposición al riesgo se produjo en la autonomía de residencia.
6. Lugar de exposición: C.A. distinta de la de residencia: define si la exposición del caso se produjo en una autonomía 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. Continente/Región de exposición del caso: Rellenar si la exposición no ha tenido lugar en un único país o no se puede identificar. Si no se conoce el país de exposición, al menos, rellenar esta variable.
9. 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 autonomía, 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.

10. C.A. de declaración del brote: Aquella que ha asignado el identificador del brote.
11. Observaciones: Incluir toda la información relevante no indicada en el resto de la encuesta.