



# PROTOCOLO DE VIGILANCIA DE TRIQUINELOSIS

**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 triquinosis. 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 triquinelosis.  |   |
| Fecha de creación              | 2013.  |   |
| Cita sugerida                  | Protocolo de vigilancia de triquinelosis. 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 y actualización de la información.  |
|                                | Agente   | Cambios en la redacción y actualización de la información.  |
|                                | Reservorio   | Cambios en la redacción y actualización de la información.  |
|                                | Modo de transmisión  | Cambios en la redacción y actualización de la información.  |
|                                | Periodo de incubación  | Cambios en la redacción y actualización de la información.  |
|                                | Objetivos  | Se han ampliado y detallado.  |
|                                | Definición de caso   | Se añade información aclaratoria sobre seroconversión en criterio de laboratorio.   |
|                                | Clasificación de los casos   | Se ha modificado la definición de caso confirmado.  |
|                                | Medidas preventivas  | Cambios en la redacción y actualización de la información basándose principalmente en la información de la AESAN.   |
|                                | Medidas ante un caso   | Cambios en la redacción y actualización de la información. Se incluye el link de alertas de AESAN.  |
|                                | Medidas ante un brote  | Cambios en la redacción y actualización de la información.  |
| Bibliografía                   | Actualización de las referencias   |   |
| <b>Cambios en el Anexo I</b>   |  |   |
| Marzo-2025                     | Datos del Caso   | Incorporación de la variable sexo administrativo<br>Se renombra la variable “sexo” como “Sexo al nacimiento”  |
|                                |  | Incorporación de la variable ingreso UCI<br>Se añaden las fechas de hospitalización, UCI y defunción  |
|                                | Datos de la Enfermedad   | Se ha eliminado el tipo de muestra y la prueba de laboratorio.  |
|                                | Datos de laboratorio   | Se añade las variables Exposición de riesgo y Tipo de elaboración del alimento.<br>Se actualizan las categorías de las variables alimento sospechoso y ámbito de exposición.<br>Se eliminan las variables alimento más detalles, tipo de comercialización del alimento y viaje. |
|                                | Datos del riesgo   | Se elimina el criterio de laboratorio de la variable de Criterios de clasificación del caso.  |
| Categorización del caso        |  |   |

## DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD

### Introducción

La triquinelosis (también denominada triquinosis) es una zoonosis transmitida por alimentos que afecta a humanos y a animales, especialmente mamíferos, y está causada por nematodos del género *Trichinella*. La triquinelosis presenta una distribución mundial y se estima que cada año ocurren unos 10.000 casos en todo el mundo.

Las manifestaciones clínicas en el ser humano son variables, dependiendo de la sensibilidad del individuo, de su estado inmunitario y de la cantidad de larvas ingeridas, pudiendo manifestarse como una infección asintomática hasta una enfermedad grave y mortal. Los primeros síntomas, debidos a la presencia de los nematodos en el intestino delgado, pueden aparecer entre los 2 y 5 días tras la ingestión. El cuadro clínico es de gastroenteritis con dolor abdominal, náuseas, vómitos y diarrea no sanguinolenta. Los síntomas pueden ser difusos y pasar inadvertidos por su fugacidad y poca intensidad. Posteriormente, las larvas atraviesan la pared intestinal y se diseminan a través del torrente circulatorio hasta sus localizaciones definitivas en músculo estriado, ocasionando síntomas sistémicos como fiebre, mialgias, urticaria, hemorragia conjuntival o subungueal y edema palpebral, que aparecen entre 7 y 21 días tras la ingestión del alimento contaminado.

El diagnóstico de sospecha clínica se refuerza ante el antecedente de consumo de carne inadecuadamente cocinada (especialmente cerdo y jabalí), la aparición de eosinofilia, el aumento de enzimas musculares (creatínquinasa (CK o CPK), lactato deshidrogenasa (LDH)), o el vínculo epidemiológico con otras personas enfermas. Un título creciente de anticuerpos específicos (seroconversión) confirma el diagnóstico. Hay que tener en cuenta que estos anticuerpos pueden permanecer detectables hasta 13 a 14 años y que existe un periodo ventana de unas 4 semanas desde la infección hasta que aparecen las IgG, por lo que un resultado negativo realizado tras la aparición de los síntomas sistémicos debería confirmarse con una segunda serología 15 días más tarde.

### Agente

*Trichinella* spp. es un nematodo intestinal que afecta a los humanos y a numerosas especies hospedadoras, principalmente mamíferos silvestres y domésticos. Se distinguen 10 especies y otros 3 genotipos taxonómicamente no resueltos que se agrupan en dos clados dependiendo, de la presencia de una capsula de colágeno alrededor de la larva enquistada en el músculo de su huésped y de su distribución geográfica. Hay 10 especies encapsuladas y 3 especies no encapsuladas. Son muy resistentes a las influencias externas como el ahumado, el frío y las temperaturas altas durante un periodo de tiempo variable según las especies. En la península Ibérica, hasta el momento, se han aislado tres especies, las encapsuladas *Trichinella spiralis* y *Trichinella britovi*, y la no encapsulada *Trichinella pseudospiralis*.

### Reservorio

La principal fuente de infección para el hombre es la carne y los productos cárnicos derivados procedentes del jabalí o cerdo infectado, aunque hay otros animales que pueden actuar de reservorios de la enfermedad, como perros, gatos, ratas, caballos y animales salvajes como zorros, hienas, lobos, osos, etc. Las larvas se localizan fundamentalmente en los músculos estriados de mayor actividad y alta concentración de oxígeno (pilares diafragmáticos, maseteros, intercostales, linguales, etc.). En el

caso de *Trichinella pseudosprialis* los pájaros también pueden actuar como reservorio, facilitando su diseminación a áreas previamente libres de esta especie.

### Modo de transmisión

La enfermedad se transmite de modo accidental al ser humano por la ingestión de carne o productos cárnicos crudos o insuficientemente cocinados, procedentes de animales infectados. En España, los alimentos que con mayor frecuencia se relacionan con la triquinelosis son la carne de jabalí procedente de cacerías y la carne de cerdo procedente de matanzas domiciliarias no sometida a control veterinario. En otras regiones del mundo y de forma minoritaria, se han descrito casos vinculados al consumo de carne de oso (América del Norte), caballo (Europa) o perro (Asia).

Los hospedadores animales son infectantes durante meses y su carne lo es durante largos periodos de tiempo.

### Periodo de incubación

Puede variar entre 5 y 45 días dependiendo del número de parásitos ingeridos. Aunque los síntomas sistémicos suelen aparecer de 8 a 15 días después del consumo de la carne contaminada, los síntomas gastrointestinales pueden aparecer a los pocos días (1 a 2).

### Susceptibilidad

Todas las especies de *Trichinella* spp. descritas son patógenas para el ser humano, existiendo una susceptibilidad universal a la infección, la cual confiere inmunidad parcial.

## VIGILANCIA DE LA ENFERMEDAD

### Objetivos

1. Conocer el patrón epidemiológico de presentación de los casos de la triquinelosis 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, tres de las seis siguientes manifestaciones:

- Fiebre.
- Mialgias.
- Diarrea.
- Edema facial.

- Eosinofilia.
- Hemorragias subconjuntivales, subungueales y retinianas.

#### **Criterio de laboratorio**

Al menos uno de los dos siguientes:

- Confirmación de larvas de *Trichinella* spp. en el tejido muscular obtenido por biopsia.
- Respuesta específica de anticuerpos frente a *Trichinella* spp. (IFA, ELISA o inmunoelectrotransferencia Western Blot).

La seroconversión (aparición o aumento del título de anticuerpos en un segundo suero obtenido al menos 15 días (2 semanas) después de la fecha de toma de muestra del primer análisis serológico) confirma el diagnóstico. Ante una única determinación serológica, un resultado positivo, por ELISA o IFA, en ausencia de criterios clínicos o epidemiológicos, requerirá de su confirmación mediante una técnica serológica más específica (Western Blot).

#### **Criterio epidemiológico**

Al menos una de las dos relaciones epidemiológicas siguientes:

- 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 contaminados (carne) : cualquier persona que haya consumido un alimento (carne) con una contaminación 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 triquinelosis con 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 recoge la información relevante en la vigilancia de esta enfermedad.

Si se produjera un brote se notificarán, 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 diagnóstico en los laboratorios de la C.A., se debería realizar en el laboratorio de referencia establecido.

Ante brotes en los que se sospeche una asociación con un alimento comercializado, 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 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

El control definitivo de la triquinelosis en el ser humano depende del control de la misma en los reservorios. De acuerdo con la normativa europea (Reglamento (UE) 2015/1375) y nacional (Real Decreto 1086/2020) es obligatoria la búsqueda de larvas de *Trichinella* spp. en la carne procedente de cualquier animal que potencialmente pueda actuar como vehículo transmisor. Sin embargo, dada la distribución del riesgo y su mantenimiento en nuestro medio por el jabalí (también por zorros, lobos, etc.), inmerso en el ciclo selvático o silvestre, es necesario tomar medidas poblacionales insistiendo en la puesta en práctica de diferentes medidas preventivas, siempre que no se haya demostrado que los productos cárnicos se encuentran libres de larvas de *Trichinella* spp. (inspección por servicios veterinarios):

- Es necesario cocinar toda la carne fresca y sus derivados, también la de los animales salvajes, a una temperatura y por un tiempo suficiente para que todas las partes de la pieza lleguen a 71°C.
- La salazón, el ahumado y la desecación no son eficaces para la eliminación de *Trichinella* spp.
- La congelación de la carne tampoco es un método seguro para prevenir esta enfermedad, por lo que se recomienda consumir la carne de cerdo o jabalí bien cocinada. Aunque la congelación de la carne en determinadas condiciones puede matar todos los parásitos, algunas especies de *Trichinella* (*Trichinella britovi* y *Trichinella nativa*) que afectan a los animales de caza y los caballos son resistentes incluso cuando se congela siguiendo las combinaciones recomendadas de tiempo y temperatura: menos 15°C durante 20 días, o menos 23°C durante 10 días para trozos de carne cuyo diámetro o espesor sea igual o inferior a 15 cm. Además, la congelación a nivel doméstico no garantiza que se alcancen las temperaturas necesarias. Para la industria se han establecido combinaciones de temperatura y tiempo (Anexo II del Reglamento (EU) 2015/1375) que permiten no someter la carne de cerdos domésticos a análisis sistemáticos de control de *Trichinella* spp.
- Conviene insistir en la aplicación de la normativa existente, ya mencionada, en el control de la carne de cerdo, sobre todo de la obtenida en matanzas domiciliarias para consumo doméstico privado, y de la carne de jabalí abatido en cacerías, con el fin de poder detectar la presencia de las larvas.
- En el ámbito doméstico es conveniente no mezclar la alimentación de los animales, como el ganado porcino, con restos de carne cruda que pudiera estar contaminada por *Trichinella* spp., y mantener los establos libres de ratas.
- La educación sanitaria destinada a las personas que cacen debe seguir la misma línea que para el consumo de estos productos. Debe insistirse en la necesidad de analizar los jabalíes antes

del autoconsumo, teniendo siempre en cuenta la posible presencia de *Trichinella* spp. resistente a la congelación en animales de caza.

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**

El tratamiento se basa, fundamentalmente, en destruir el parásito mediante el empleo de albendazol, que es el antihelmíntico de elección durante las primeras semanas de infección. También se puede administrar mebendazol. Tanto el albendazol como el mebendazol deben administrarse con una comida rica en grasas. El tiabendazol ya no se utiliza por sus efectos secundarios. En casos con elevada carga parasitaria se pueden administrar corticoides junto con los antihelmínticos para paliar los síntomas y signos de hipersensibilidad. En casos crónicos (una vez las larvas están encapsuladas, aproximadamente pasado un mes y medio desde el consumo del alimento contaminado) se puede emplear tratamiento sintomático con corticoides o anti-inflamatorios no esteroideos.

La enfermedad sólo se transmite por ingestión de carne contaminada, por lo que no son necesarios métodos de control sobre la persona enferma o el ambiente.

Así mismo ante un caso de triquinelosis, 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 debe investigar a todas las personas expuestas en la búsqueda de nuevos casos, es decir, personas que han ingerido el alimento que no han desarrollado todavía síntomas y se encuentran dentro del período de incubación de la enfermedad, o han ingerido poca cantidad de larvas y tienen baja infectividad por lo que los síntomas son muy leves o únicamente desarrollan eosinofilia, y tratar los casos localizados, ya que el inicio precoz del tratamiento con antiparasitarios puede ayudar a parar la progresión de la enfermedad.

En las actuaciones frente a las personas expuestas se tendrá en cuenta la situación epidemiológica. No será necesario realizar pruebas analíticas específicas a personas expuestas sanas; se valorará en cada situación si se realiza un análisis de sangre en busca de eosinofilia, como paso previo a la realización de la serología específica.

Una vez identificado el alimento responsable del caso o del brote, se identificarán los lugares de distribución y se procederá a su inmovilización, tras la pertinente recogida de muestras para analizar. Si se confirma por laboratorio la presencia de *Trichinella* spp. en el alimento, se procederá a su destrucción. De acuerdo con la normativa europea (EU) 2015/1375, las larvas detectadas en muestras de alimentos se mantendrán en alcohol etílico al 90% para su conservación y se remitirán al laboratorio nacional o comunitario de referencia para que éste determine las especies de *Trichinella* spp.

implicadas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Mandell, Gerald L.; Bennet, John E.; Dolin, Raphael. Enfermedades infecciosas. Principios y Práctica. 5.ª Edición. Editorial Elsevier (2007) 3661.
2. World Health Organization, World Organisation for Animal Health and Food Agriculture Organization of the United Nations. Foodborne parasitic infections: Trichinellosis (trichinosis), 2021. WHO REFERENCE NUMBER: WHO/UCN/NTD/VVE/2021.7. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341886/WHO-UCN-NTD-VVE-2021.7-eng.pdf?sequence=1>
3. Wilson NO, Hall RL, Montgomery SP, Jones JL. Trichinellosis surveillance--United States, 2008-2012. MMWR Surveill Summ. 2015 Jan 16;64(1):1-8. PMID: 25590865.
4. Troiano G, Nante N. Human Trichinellosis in Italy: an epidemiological review since 1989. J Prev Med Hyg. 2019 Jun 28;60(2):E71-E75. doi: 10.15167/2421-4248/jpmh2019.60.2.891. PMID: 31312735; PMCID: PMC6614562.
5. Zarlenga D, Thompson P, Pozio E. *Trichinella* species and genotypes. Res Vet Sci. 2020 Dec;133:289-296. doi: 10.1016/j.rvsc.2020.08.012. Epub 2020 Sep 1. PMID: 33199264.
6. Pozio E, Zarlenga DS. New pieces of the *Trichinella* puzzle. Int J Parasitol. 2013 Nov;43(12-13):983-97. doi: 10.1016/j.ijpara.2013.05.010. Epub 2013 Jun 28. PMID: 23816802.
7. Zamora MJ, Alvarez M, Olmedo J, Blanco MC, Pozio E. *Trichinella pseudospiralis* in the Iberian peninsula. Vet Parasitol. 2015 Jun 15;210(3-4):255-9. doi: 10.1016/j.vetpar.2015.04.004. Epub 2015 Apr 14. PMID: 25913596.
8. Informe epidemiológico sobre la situación del Triquinosis en España. Año 2022. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III.
9. Informe epidemiológico sobre la situación del Triquinosis en España. Año 2021. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III.
10. Informe epidemiológico sobre la situación del Triquinosis en España. Años 2019 y 2020. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III.
11. Rostami A, Gamble HR, Dupouy-Camet J, Khazan H, Bruschi F. Meat sources of infection for outbreaks of human trichinellosis. Food Microbiol. 2017 Jun;64:65-71. doi: 10.1016/j.fm.2016.12.012. Epub 2016 Dec 22. PMID: 28213036.
12. Cortés-Blanco M, García-Cabañas A, Guerra-Peguero F, Ramos-Aceitero JM, Herrera-Guibert D, Martínez-Navarro JF. Outbreak of trichinellosis in Cáceres, Spain, December 2001-February 2002. Euro Surveill. 2002 Oct;7(10):136-8. doi: 10.2807/esm.07.10.00362-en. PMID: 12631992.
13. Heymann DL (Editor). Control of Communicable Diseases Manual. 21st Edition. Washington: American Public Health Association, 2022.
14. Decisión de la Comisión de 28/04/2008 que modifica la Decisión 2002/253/CE por la que se establecen las definiciones de los casos para comunicar las enfermedades transmisibles a la red comunitaria, de conformidad con la Decisión nº 2119/98/CE del Parlamento Europeo y del Consejo.
15. Reglamento de Ejecución (UE) 2015/1375 de la Comisión, de 10 de agosto de 2015, por el que se establecen normas específicas para los controles oficiales de la presencia de triquinas en la carne.
16. Real Decreto 1086/2020, de 9 de diciembre, por el que se regulan y flexibilizan determinadas condiciones de aplicación de las disposiciones de la Unión Europea en materia de higiene de la producción y comercialización de los productos alimenticios y se regulan actividades excluidas de su ámbito de aplicación.
17. Plan nacional de contingencia frente a Triquina. Protocolos de actuación tras la sospecha y /o identificación de triquina en animales domésticos y silvestres destinados al consumo humano o en personas. Actualización enero 2020. Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición.
18. Shimoni Z, Froom P. Uncertainties in diagnosis, treatment and prevention of trichinellosis. Expert Rev Anti Infect Ther. 2015;13(10):1279-88. doi: 10.1586/14787210.2015.1075394. Epub 2015 Aug 4. PMID: 26243167.

## ANEXO I. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE TRIQUINELOSIS

### 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

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 causal<sup>4</sup> (marcar una de las siguientes opciones):

*Trichinella britovi*

*Trichinella spiralis*

*Trichinella pseudospiralis*

*Trichinella nativa*

*Trichinella papuae*

*Trichinella nelsoni*

*Trichinella zimbabwensis*

*Trichinella patagoniensis*

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <i>Trichinella murrelli</i>    | <input type="checkbox"/> <i>Trichinella chanchalensis</i> |
| <input type="checkbox"/> Genotipo <i>Trichinella</i> T6 | <input type="checkbox"/> Genotipo <i>Trichinella</i> T8   |
| <input type="checkbox"/> Genotipo <i>Trichinella</i> T9 | <input type="checkbox"/> <i>Trichinella</i> sp.           |

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

**Alimento sospechoso** (marcar una de las siguientes opciones):

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Carne y productos cárnicos de caballo       | <input type="checkbox"/> Producto cárnico de cerdo y jabalí           |
| <input type="checkbox"/> Carne y productos cárnicos de cerdo         | <input type="checkbox"/> Carne y productos cárnicos de otras especies |
| <input type="checkbox"/> Carne y productos cárnicos de jabalí        | <input type="checkbox"/> Desconocido                                  |
| <input type="checkbox"/> Carne y productos cárnicos, sin especificar |   |

**Alimento congelado:**  Sí  No  Desconocido

**Tipo de elaboración del alimento:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Casero <sup>9</sup>     | <input type="checkbox"/> Industria alimentaria <sup>11</sup> |
| <input type="checkbox"/> Minorista <sup>10</sup> | <input type="checkbox"/> Desconocido                         |

**Tipo de confirmación del alimento<sup>12</sup>** (marcar una de las siguientes opciones):

- Por evidencia epidemiológica
- Por evidencia de laboratorio
- Por evidencia epidemiológica y de laboratorio

**Agente causal en el alimento<sup>13</sup>** (marcar hasta 2 de las siguientes opciones):

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <i>Trichinella britovi</i>        | <input type="checkbox"/> <i>Trichinella spiralis</i>      |
| <input type="checkbox"/> <i>Trichinella pseudospiralis</i> | <input type="checkbox"/> <i>Trichinella nativa</i>        |
| <input type="checkbox"/> <i>Trichinella papuae</i>         | <input type="checkbox"/> <i>Trichinella nelsoni</i>       |
| <input type="checkbox"/> <i>Trichinella zimbabwensis</i>   | <input type="checkbox"/> <i>Trichinella patogoniensis</i> |

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <i>Trichinella murrelli</i>    | <input type="checkbox"/> <i>Trichinella chanchalensis</i> |
| <input type="checkbox"/> Genotipo <i>Trichinella</i> T6 | <input type="checkbox"/> Genotipo <i>Trichinella</i> T8   |
| <input type="checkbox"/> Genotipo <i>Trichinella</i> T9 | <input type="checkbox"/> <i>Trichinella</i> sp.           |

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

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hogar                    | <input type="checkbox"/> Restaurante            |
| <input type="checkbox"/> Ámbito escolar/formativo | <input type="checkbox"/> Instituciones cerradas |
| <input type="checkbox"/> Transporte               | <input type="checkbox"/> Instalación sanitaria  |
| <input type="checkbox"/> Comunitario              | <input type="checkbox"/> Desconocido            |

### CATEGORIZACIÓN DEL CASO

**Criterios de clasificación de caso:**

- Criterio clínico:            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>14</sup>: .....

### OBSERVACIONES<sup>15</sup>

.....

- 
1. Fecha de la primera declaración del caso al sistema de vigilancia (habitualmente realizada desde el nivel local).
  2. Fecha del caso: Es la fecha de inicio de síntomas o la más cercana en caso de no conocerla (fecha de diagnóstico, fecha de hospitalización, etc.).
  3. Hospitalización: Estancia de al menos una noche en el hospital.
  4. Agente causal: Rellenar sólo si el caso cuenta con confirmación de laboratorio.
  5. Lugar de exposición: 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. Elaboración casera: no comercializada.

10. Elaboración minorista: comercializada por establecimientos exentos de estar inscritos en el Registro General Sanitario de Empresas Alimentarias y Alimentos (RGSEAA), como los establecimientos ambulantes o provisionales (carpas, tenderetes, camiones comida callejera, etc.) y los locales de suministro directo y exclusivo al consumidor final (bares, restaurantes, hoteles, cocinas de centros colectivos) in situ o a distancia.
11. Elaboración en industria alimentaria: comercializada por establecimientos inscritos en el Registro General Sanitario de Empresas Alimentarias y Alimentos (RGSEAA) o que cumplan los requisitos de inscripción en el mismo.
12. Tipo de confirmación: Evidencia por la que se ha llegado a la conclusión de que el alimento indicado ha sido el vehículo de la infección.
13. Agente causal en el alimento: Rellenar sólo si se ha confirmado por laboratorio en muestra de alimento.
14. C.A. de declaración del brote: Aquella que ha asignado el identificador del brote.
15. Observaciones: Incluir toda la información relevante no indicada en el resto de la encuesta.