



PROTOCOLO DE VIGILANCIA DE TULAREMIA

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 tularemia. 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 tularemia.	
Fecha de creación	2013. Primera revisión en 2016.	
Cita sugerida	Protocolo de vigilancia de tularemia. 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
Marzo-2025	Introducción	Simplificación de redacción, eliminación de datos históricos específicos, y actualización del lenguaje técnico.
	Agente	Se indica expresamente que la subespecie <i>tularensis</i> no está presente en España. Se actualiza el texto para enfatizar el riesgo como agente de bioterrorismo.
	Objetivos	Se amplían: incluyen vigilancia de factores de riesgo, distribución geográfica, calidad de los datos, y evaluación de programas.
	Definición de caso – Criterio epidemiológico	Se simplifican las categorías, agrupándolas como “exposición a fuente común”, “animal sospechoso” y “alimentos o agua contaminados”. Se elimina distinción entre aerosol, vectores, etc.
	Modo de vigilancia	Se actualiza el proceso: se menciona uso de plataforma electrónica, envío de información semanal y consolidación anual. Incluye metadatos y uso del Anexo I como orientación.
	Medidas preventivas	Se incorpora el apartado de recomendaciones para viajes internacionales. Se actualiza lenguaje (caza → “caza o caza de cría”) y se enfatiza el uso de ropa de protección y cloración del agua.
	Bibliografía	Actualización de las referencias.
Cambios en el Anexo I		
Marzo-2025	Datos del caso	Se incorpora sexo administrativo y se renombra “sexo” como “sexo al nacimiento”.
	Datos de la enfermedad	Se elimina la variable “importado”. Los datos sobre lugar del caso (país, comunidad, provincia, municipio) se trasladan al epígrafe “Datos del riesgo”. Se renombra “defunción” por “defunción causada por la enfermedad”.
	Datos del laboratorio	Se desagregan las pruebas en ácido nucleico, cultivo y serología. Se explicita la subespecie (<i>tularensis</i> u <i>holarctica</i>).
	Datos del riesgo	Se añaden los datos sobre lugar del caso (país, comunidad, provincia, municipio). Se reorganizan las exposiciones sospechosas: se eliminan categorías como “pinchazo”, “contacto con vector”, etc., y se agregan nuevas (tábano, topillo, liebre, cangrejo de río, exposición a aerosoles de animales).
	Categorización del caso	Se mantiene la categorización: probable, confirmado. No se incluye “caso descartado”.
	Notas aclaratorias	Se reformularon para mayor claridad, coherencia con los nuevos campos y simplificar el lenguaje.

DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Introducción

La tularemia es una enfermedad bacteriana producida por *Francisella tularensis*. Presenta diversas manifestaciones clínicas que varían según la vía de entrada, la susceptibilidad individual y la virulencia del agente patógeno. Se trata de una zoonosis propia de lagomorfos y pequeños roedores, que puede afectar a las personas, animales domésticos (herbívoros y pequeños carnívoros) y otros mamíferos. Puede causar epidemias y epizootias.

La tularemia es una enfermedad fundamentalmente del hemisferio norte, pero existen variaciones geográficas y en el tiempo. En algunos países hay regiones endémicas con brotes frecuentes que están próximas a territorios completamente libres de tularemia. En general, la *F. tularensis* subespecie *tularensis* es propia de América del Norte, mientras que *F. tularensis* subespecie *holarctica* se ha descrito en el Norte de Europa (incluyendo Escandinavia), Rusia y Japón. También existe una amplia variación en la distribución temporal de la enfermedad. En áreas endémicas pueden producirse brotes de tularemia incluso durante 5 años consecutivos, seguidos de ausencias de la enfermedad durante períodos que pueden llegar a abarcar una década completa. Las razones de esta variación temporal en la presentación de los brotes no están todavía bien determinadas.

En muchos países donde la tularemia es endémica, la enfermedad es estacional; su incidencia es mayor durante el final de la primavera, los meses de verano y los primeros meses de otoño. El número de casos puede variar de un año a otro y, probablemente, está relacionado con factores climáticos como la temperatura y las precipitaciones. Sin embargo, no hay datos que relacionen las condiciones climáticas específicas con los brotes de tularemia.

En España, la tularemia se consideró enfermedad emergente en 1997 después de que se identificara un brote epidémico por la subespecie *holarctica* en Castilla y León con más de 500 casos. Se debió, en su mayor parte, al contacto con liebres infectadas. Se clasificó como enfermedad emergente por su identificación reciente en zonas consideradas libres de la enfermedad, la aparición de nuevas formas de transmisión (manipulación de cangrejos, Castilla-La Mancha en 1998), la gravedad de la enfermedad (25% de los casos en un brote en Castilla y León en 2007 requirieron hospitalización) y su extensión (elevado número de personas afectadas en los brotes).

Los síntomas de tularemia dependen de la vía de contagio. Los más frecuentes consisten en la aparición brusca de fiebre alta, malestar general, lesiones en el lugar de inoculación y afectación de ganglios regionales.

La evolución de los casos de infección por *F. tularensis* subespecie *holarctica* suele ser favorable. Excepcionalmente, es necesario el ingreso hospitalario relacionado con complicaciones por una enfermedad previa. La letalidad es menor del 4%, aunque la enfermedad debida a *F. tularensis* subespecie *tularensis* (no presente en España) presenta una tasa de letalidad del 5% al 15%, principalmente debido a las formas respiratorias no tratadas. *F. tularensis* subespecie *holarctica* es menos virulenta, los casos se curan sin requerir hospitalización y, aun sin tratamiento, ocasiona pocas defunciones.

El diagnóstico se basa en la sospecha clínica. Se confirma por PCR en sangre o por cultivo de la bacteria (con bajo rendimiento) en líquido pleural, ganglios linfáticos, heridas, esputo y aspirado gástrico. Los anticuerpos IgM e IgG aparecen juntos y ambos persisten durante más de 10 años. Los títulos de anticuerpos, mediante microaglutinación estándar en tubo, suelen ser negativos en la primera semana de enfermedad y positivos a partir de la segunda, mostrando picos máximos a las 4 o 5 semanas. Los anticuerpos pueden presentar reacción cruzada con *Brucella* spp., *Proteus* OX19 y *Yersinia* spp.

Los cultivos suelen ser negativos si no se hace una búsqueda específica. Se requiere el nivel 2 de bioseguridad para la manipulación de muestras en el laboratorio

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

Agente

El agente etiológico es *Francisella tularensis*, un cocobacilo Gram negativo, no móvil, intracelular facultativo, aerobio estricto, resistente al frío y soluciones alcalinas. Se puede mantener viable en agua más de 3 meses (a temperaturas de 13 a 15°C) y persistir en cadáveres de animales hasta 4 meses dependiendo de la temperatura ambiente. Sin embargo, presenta baja resistencia a los desinfectantes comunes y a ciertos antibióticos de uso habitual.

Dos subespecies de *F. tularensis*, con diferente patogenicidad, causan tularemia en los seres humanos: *F. tularensis* subespecie *tularensis* (tipo A de Jellison), no presente en España y *F. tularensis* subespecie *holarctica* (tipo B de Jellison). No son distinguibles serológicamente.

Es uno de los patógenos más infecciosos conocidos. La bacteria se puede detectar en sangre durante 2 semanas. La dosis infectiva es extremadamente baja: 10 bacterias cuando se inyectan subcutáneamente y 25 cuando se administran como aerosol. *F. tularensis* es un agente considerado de riesgo por su posible uso en bioterrorismo.

Reservorio

F. tularensis puede infectar a más de 100 especies animales, fundamentalmente mamíferos, aves e insectos. Los reservorios naturales de la infección son pequeños mamíferos (topillos, ratones, ratas de agua, ardillas, conejos y liebres), que adquieren la bacteria mediante picaduras de garrapatas, pulgas y mosquitos, o por contacto con entornos contaminados, en función del ecosistema y la especie. En animales domésticos a menudo la infección tiene un carácter subclínico.

Los artrópodos generalmente actúan como vectores, aunque algunas garrapatas pueden ser reservorios manteniendo una transmisión transestadial y transovárica.

Aunque los ciclos enzoóticos de *F. tularensis* ocurren típicamente sin aviso, las epizootias con un elevado número de muertes en animales hospedadores pueden anunciar brotes de tularemia en personas.

Modo de transmisión

La forma más habitual es por contacto directo con el animal infectado, enfermo o muerto, a través de la piel y, con menor frecuencia, a través de la conjuntiva del ojo y de las mucosas de la nariz y la boca. Es también importante la transmisión por alimentos, por ingestión de agua contaminada por animales muertos o por su orina o heces y por ingestión de carne cruda o poco cocida de un animal enfermo. Otras vías son, la picadura de artrópodos, trabajar en laboratorio con muestras clínicas de tularemia e inhalación de polvo de tierra, granos o heno que contienen aerosoles contaminados por animales enfermos.

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 tularemia suele ser de 2 a 5 días, pero puede llegar a oscilar entre 1 y 21 días.

Susceptibilidad

El ser humano es muy susceptible al agente, pudiendo adquirir la enfermedad con inóculos muy pequeños (reducido número de bacterias), sobre todo en la forma clínica ulceroglandular. Después de la enfermedad la inmunidad permanece por largo tiempo por lo que las reinfecciones son raras, solo se han descrito en personas reiteradamente expuestas, como el personal de laboratorio.

VIGILANCIA DE LA ENFERMEDAD

Objetivos

1. Conocer el patrón epidemiológico de presentación de los casos de tularemia 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

Cualquier persona con al menos una de las siguientes formas clínicas:

Tularemia ulceroglandular

- Úlcera cutánea, y
- Linfadenopatía regional.

Tularemia glandular

- Ganglios linfáticos agrandados y dolorosos sin úlcera evidente.

Tularemia óculoglandular

- Conjunctivitis, y
- linfadenopatía regional.

Tularemia orofaríngea

- Linfadenopatía cervical, con, al menos, uno de estos tres signos:
 - Estomatitis.
 - Faringitis.
 - Amigdalitis.

Tularemia intestinal

- Al menos, una de las tres manifestaciones siguientes:
 - Dolor abdominal.
 - Vómitos.
 - Diarrea.

Tularemia pulmonar

- Neumonía.

Tularemia tifoidea

- Al menos uno de los dos signos siguientes:
 - Fiebre sin signos ni síntomas tempranos de localización.
 - Septicemia.

Criterio de laboratorio

Al menos uno de los tres siguientes:

- Aislamiento de *F. tularensis* en una muestra clínica.
- Detección del ácido nucleico de *F. tularensis* en una muestra clínica.
- Respuesta específica de anticuerpos para *F. tularensis*.

Criterio epidemiológico

Al menos una de las tres relaciones epidemiológicas siguientes:

- Exposición a fuente común (animal, alimento o agua contaminado, picadura de artrópodo, aerosoles contaminados o manejo en laboratorio) (solo para brotes)
- Exposición a un animal sospechoso o confirmado
- Exposición a alimentos o agua contaminados

Clasificación de los casos

Caso sospechoso: no procede.

Caso probable: persona que cumple con los criterios clínico y epidemiológico.

Caso confirmado: persona que cumple el criterio clínico y de laboratorio.

Definición de brote

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

MODO DE VIGILANCIA

La C.A. notificará, de forma individualizada, los casos nuevos probables y confirmados en la plataforma electrónica que esté establecida para este uso. Enviará la información inicial de declaración del caso con una periodicidad semanal. La información del caso podrá actualizarse semanalmente y se hará una consolidación anual. La notificación electrónica de los casos se hará de acuerdo con las especificaciones (metadatos) acordadas para estandarizar y normalizar la información. El Anexo I de este protocolo incluye la encuesta epidemiológica de caso que recoge la información relevante en la vigilancia de esta enfermedad.

Si se produjera un brote se notificará, en la misma plataforma, los resultados de su investigación en un periodo de tiempo no superior a tres meses después de que haya finalizado el estudio. Además, se notificará la información individualizada de los casos del brote.

Cuando se requieran medidas de coordinación nacional, el servicio de vigilancia epidemiológica de la C.A. comunicará de forma urgente la detección de la situación o brote al CCAES y al CNE. El CCAES valorará junto con las CC.AA. afectadas las medidas a tomar y, si fuera necesario, su notificación al Sistema de Alerta y Respuesta Rápida de la Unión Europea y a la Organización Mundial de la Salud (OMS) de acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional (2005).

MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA

Medidas preventivas

La tularemia es una enfermedad relevante en términos de salud pública en todo el hemisferio norte donde se existen zonas endémicas gracias a la presencia de reservorios locales y la forma de transmisión, ya sea por contacto directo con animales de caza (evisceración o desuello), heridas por manipulación de cangrejos, consumo de agua contaminada o la picadura de vectores.

La trascendencia de la tularemia, en España, viene dada por su capacidad de producir periódicamente brotes de cierta magnitud. Las actividades relacionadas con la vida al aire libre, como cazar, senderismo, etc. o las actividades laborales en el campo o en el laboratorio, son las que tienen más riesgo.

Además, del tratamiento específico del caso, hay que investigar cuidadosamente cada caso para descubrir la fuente de la infección y prevenir nuevos casos.

Las **medidas preventivas** se orientarán a:

- Información a la población sobre las características, forma de transmisión y medidas de prevención de la enfermedad. En especial, a grupos de riesgo como profesionales (pesca, agricultura, ganadería, carnicerías) y personas que frecuentan el medio rural (caza, excursiones, etc.).
- Evitar el contacto con animales muertos, enfermos o con comportamientos no habituales.
- Recomendar utilizar guantes y mascarillas cuando se capturen animales, se manipulen o se retiren cadáveres.

- Utilizar ropas protectoras y productos repelentes, para evitar picaduras de insectos o garrapatas.
- Evitar el consumo de aguas no controladas sanitariamente. El agua sospechosa de ser vehículo de la infección no debe ser bebida o deberá ser clorada previamente a su ingesta (0,1 ppm de cloro durante al menos 15 minutos).
- Protegerse de las nubes de polvo en aquellos lugares donde proliferen animales que puedan estar enfermos.
- Cocinar adecuadamente la carne de los animales de caza o caza de cría, durante al menos 5 minutos a 55°C. La congelación no inactiva el agente responsable de la tularemia.
- Consultar al profesional sanitario en caso de aparición de síntomas sospechosos de esta enfermedad como fiebre, hinchazón de ganglios, úlceras cutáneas, etc.

Otras medidas incluyen la información a los servicios asistenciales ante la aparición de casos de tularemia para que la tengan presente en los diagnósticos, la investigación medioambiental y la vigilancia epizootiológica sobre poblaciones de animales, fundamentalmente lagomorfos y roedores silvestres, estableciendo una estrecha colaboración con organismos de agricultura, ganadería, medio ambiente y actividades cinegéticas.

En los viajes internacionales a zonas endémicas, se deben seguir las mismas recomendaciones indicadas para su prevención en España. La información sobre los consejos sanitarios en viajes internacionales puede ser consultada en la web del Ministerio de Sanidad:

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

BIBLIOGRAFÍA

1. Tularemia. Organización Mundial de Sanidad Animal. WOHA. Disponible a 7 de noviembre de 2023 en: <https://www.woah.org/es/enfermedad/tularemia/#:~:text=La%20tularemia%20es%20una%20zoonosis,as%C3%AD%20como%20en%20los%20castores.>
2. Tularaemia. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Disponible a 7 de noviembre de 2023 en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/tularaemia>
3. WHO Guidelines on Tularemia. Disponible a 8 de noviembre de 2023 en: <https://www.cdc.gov/tularemia/resources/whotularemiamanual.pdf>
4. COMMISSION IMPLEMENTING DECISION (EU) 2018/945 of 22 June 2018 on the communicable diseases and related special health issues to be covered by epidemiological surveillance as well as relevant case definitions. Decision. Sec. 3.34 jun 22, 2018.
5. Allue M, Ruiz Sopeña C, Gallardo MT, Mateos L, E Vian, M J García, J Ramos, A C Berjon, M C Viña, M P García, J Yanez, L C Gonzalez, T Munoz, C Andres, S Tamames, C Ruiz, L A Gómez Iglesias, J Castrodeza. Tularaemia outbreak in Castilla y León, Spain, 2007: an update. *Eurosurveillance Weekly* 13 (32) 7 August 2008. Disponible en: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=18948>.
6. Anda P, Segura del Pozo J, Díaz García JM, Escudero R, García Pena FJ, López Velasco MC, Sellek RE, Jiménez Chillaron MR, Sánchez Serrano LP, Martínez Navarro JF. Waterborne outbreak of tularemia associated with crayfish fishing. *Emerg Infect Dis* 2001; 7(3 Suppl):575-82.
7. Andrés C, Mateos ML, Burón I, González MJ, Rebollo C, Sangrador LA. Brote epidémico de tularemia en Palencia. *Rev Clín Esp* 1999; 199: 711-715.
8. Bossi P, Tegnell A, Baka A, van Loock F, Werner A, Hendriks J, Maidhof H, Gouvras G. Guías BICHAT para el manejo clínico de la tularemia y de la tularemia relacionada con el bioterrorismo. *Euro Surveill.* 2004; 9(12): pii=503. Available online: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=503>.
9. Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III. Brote de Tularemia en Castilla y León. *Bol Epidemiol Semanal* 1997; 5:249-251 (impreso 20 abril de 1998).
10. Decisión de 28/IV/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 n.º 2119/98/CE del Parlamento Europeo y del Consejo.
11. Dennis DT, Inglesby TV, Henderson DA, Bartlett JG, Ascher MS, Eitzen E et al. Tularemia as a Biological Weapon. *Medical and Public Health Management.* *JAMA*, June 6 2001; 285 (21): 2763-73.

ANEXO I. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE TULAREMIA

DATOS DE LA DECLARACIÓN

C.A. declarante:

Identificación del caso para el declarante:

Fecha de la primera declaración del caso¹: / /

DATOS DEL CASO

Fecha de nacimiento: / /

Edad en años: Edad en meses en menores de 2 años:

Sexo al nacimiento: Hombre Mujer Intersexual Desconocido

Sexo administrativo: Hombre Mujer No determinado Desconocido

Lugar de residencia del caso:

País de residencia:

C.A. de residencia:

Provincia de residencia:

Municipio de residencia:

Código postal de residencia:

DATOS DE LA ENFERMEDAD

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

Manifestación clínica (marcar todas las opciones que correspondan):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tularemia glandular | <input type="checkbox"/> Tularemia pulmonar |
| <input type="checkbox"/> Tularemia intestinal | <input type="checkbox"/> Tularemia tifoidea |
| <input type="checkbox"/> Tularemia oculoglandular | <input type="checkbox"/> Tularemia ulceroglandular |
| <input type="checkbox"/> Tularemia orofaríngea | |

Hospitalización³: Sí No Desconocido

Defunción causada por la enfermedad: Sí No Desconocido

DATOS DEL LABORATORIO

Fecha de diagnóstico de laboratorio: / /

Agente causal⁴ (marcar una de las siguientes opciones):

- F.tularensis* subespecie *tularensis*
 F.tularensis subespecie *holarctica*

Prueba (marcar las pruebas con resultado positivo):

- Detección de ácido nucleico (PCR)
- Cultivo
- Serología

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 C.A. de residencia⁵
- En una C.A. distinta de la de residencia⁶
- En un país distinto de España⁷

País de exposición del caso⁸:

C.A. de exposición del caso⁸:

Provincia de exposición del caso⁸:

Municipio de exposición del caso⁸:

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

- Profesión veterinaria
- Trabajadores campo
- Personal de laboratorio

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

- Contacto con animales, sus tejidos o derivados
- Ingesta de agua contaminada
- Ingesta de alimento contaminado
- Picadura de artrópodo
- Exposición a aerosoles procedentes de animales infectados, sus tejidos, excretas o derivados

Exposición animal sospechoso:

- | | | |
|---|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Animal de caza mayor | <input type="checkbox"/> Garrapata | <input type="checkbox"/> Cangrejo de río |
| <input type="checkbox"/> Animal de caza menor | <input type="checkbox"/> Topillo | <input type="checkbox"/> Tábano |
| <input type="checkbox"/> Animal de granja | <input type="checkbox"/> Roedor | <input type="checkbox"/> Desconocido |
| <input type="checkbox"/> Crustáceos | <input type="checkbox"/> Liebre | |

CATEGORIZACIÓN DEL CASO

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

Probable Confirmado

Asociado a brote: Sí No Desconocido

Identificación del brote:

C.A. de declaración del brote⁹:

OBSERVACIONES¹⁰

.....

-
1. Fecha de la primera declaración del caso: Fecha de la primera declaración al sistema de vigilancia (habitualmente realizada desde el nivel local).
 2. Fecha del caso: Es la fecha de inicio de síntomas o la más cercana en caso de no conocerla (fecha de diagnóstico, fecha de hospitalización, etc.).
 3. Hospitalización: 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 C.A. de residencia.
 6. Lugar de exposición: C.A. distinta de la de residencia: define si la exposición del caso se produjo en una C.A. 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. 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 C.A., 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.
 9. C.A. de declaración del brote: Aquella que ha asignado el identificador del brote.
 10. Observaciones: Incluir toda la información relevante no indicada en el resto de la encuesta.