



## PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y ALERTA DE HEPATITIS C

Actualizado a febrero 2016

DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD .....	3
Introducción .....	3
Agente .....	3
Reservorio .....	3
Modo de transmisión .....	3
Periodo de incubación .....	4
Periodo de transmisibilidad .....	4
Susceptibilidad .....	4
VIGILANCIA DE LA ENFERMEDAD .....	4
Objetivos .....	4
Definición de caso .....	4
Clasificación de los casos .....	5
DEFINICION DE ALERTA .....	5
Definición de brote .....	5
MODO DE VIGILANCIA .....	5
Declaración de la enfermedad .....	5
Notificación de casos .....	5
Notificación de Brote .....	6
MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA .....	6
Organización de recursos para intervención ante la alerta .....	6
Medidas Preventivas .....	7
Medidas de control ante un caso y sus contactos .....	7
Medidas de control de brotes epidémicos .....	8
BIBLIOGRAFÍA .....	9
ANEXO 1. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE INFECCIÓN POR VHC .....	11

## Protocolo de Vigilancia y Alerta de Hepatitis C

## DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD

### Introducción

La hepatitis C es una infección viral que puede presentarse como una afección leve, de pocas semanas de duración, o evolucionar a enfermedad hepática crónica que puede provocar cirrosis y cáncer de hígado. Un 70-75% de las personas infectadas desarrollará una infección crónica, y la mayoría de éstas presentarán hepatitis crónica con un grado variable de progresión de la inflamación y fibrosis hepática. De estos pacientes, un 10-20% evolucionarán a cirrosis tras 20-40 años, pudiendo producirse complicaciones graves como cirrosis descompensada y cáncer hepático. Una vez establecida la cirrosis el riesgo de carcinoma hepatocelular es de 1-4% al año. Entre los factores que aceleran la progresión clínica se encuentran el alto consumo de alcohol, la coinfección con VIH o VHB, pertenecer al género masculino y una mayor edad en el momento de la infección. La hepatitis C es la primera causa de cáncer de hígado y de trasplantes de hígado en Europa. Esto supone una carga importante para los sistemas sanitarios y la sociedad.

Las personas con infección aguda por virus de la hepatitis C (VHC), generalmente, son asintomáticas o tienen síntomas leves por lo que no buscan atención médica. Solo del 20% al 30% de los infectados de forma aguda con el VHC presentan síntomas como fiebre, fatiga, molestias abdominales, falta de apetito, orinas oscuras, heces claras, dolores articulares, ictericia y elevación en el suero de las transaminasas (GOT, GPT). En el momento actual las pruebas disponibles para diagnóstico de laboratorio no permiten distinguir entre las fases aguda y crónica de la infección

### Agente

El virus de la hepatitis C es un virus humano que se clasifica dentro de un tercer género, (Hepacivirus), de la familia de los Flaviviridae. Es un virus esférico, de aproximadamente 50 nm de diámetro, con una envoltura glicoproteica que contiene lípidos, y su genoma es una molécula de ARN de cadena simple. Se caracteriza por un alto grado de heterogeneidad genómica, cuya consecuencia evolutiva, a largo plazo, es la aparición de grupos virales genéticamente distintos, genotipos y cuasiespecies.

Se han identificado hasta 6 genotipos del VHC y más de 50 subtipos. El genotipo más frecuente en nuestro entorno es el 1b. Su determinación es importante porque los genotipos se relacionan con la respuesta al tratamiento antiviral.

### Reservorio

El ser humano es el único reservorio del virus de la hepatitis C.

### Modo de transmisión

El virus se transmite principalmente por exposición a sangre infectada a través de: transfusiones de sangre o productos sanguíneos y trasplante de órganos de donantes no analizados (riesgo prácticamente nulo en nuestro entorno actualmente); uso de jeringuillas contaminadas al consumir drogas por vía intravenosa; uso de inyecciones terapéuticas o material cortopunzante contaminado u otros procedimientos incorrectamente realizados en relación con transmisión sanguínea en el ámbito sanitario; realización de tatuajes o intervenciones con objetos punzantes contaminados con sangre infectada. Las madres infectadas por el VHC también pueden transmitirlo a sus hijos durante el parto. La transmisión a través de las relaciones sexuales con personas infectadas es posible pero poco eficiente. También hay riesgo por compartir objetos personales contaminados con sangre infectada. La hepatitis C no se transmite por la leche materna, los alimentos ni el agua, ni por contactos casuales como los abrazos, los besos o el hecho de compartir alimentos o bebidas con personas infectadas. El

riesgo de infección por el VHC en el contexto ocupacional: es de aproximadamente 1,8% (rango: 0% - 10%).

### **Periodo de incubación**

El período de incubación es desde 15 días a 6 meses, por término medio es de dos meses.

### **Periodo de transmisibilidad**

El periodo de transmisibilidad puede comenzar varias semanas antes del inicio de síntomas y continuar por un periodo indefinido. Los picos de máxima concentración de virus en el paciente suelen coincidir con los picos de alanina aminotransferasa (ALT).

### **Susceptibilidad**

La susceptibilidad es general. Se desconoce el grado de inmunidad después de la infección.

## **VIGILANCIA DE LA ENFERMEDAD**

### **Objetivos**

Los objetivos de la vigilancia epidemiológica de nuevos diagnósticos de infección por VHC son:

- Cuantificar la incidencia de nuevos diagnósticos
- Describir las características sociodemográficas, epidemiológicas y clínicas de los pacientes con infección por virus de la hepatitis C diagnosticados a partir de la fecha de inicio del sistema.
- Monitorizar la evolución temporal de los nuevos diagnósticos

### **Definición de caso**

#### Criterio clínico

No aplicable

#### Criterio de laboratorio

Diagnóstico de infección por VHC confirmado por laboratorio con al menos uno de los siguientes criterios:

- Detección del ácido nucleico del virus de la hepatitis C medido por PCR.
- Detección del antígeno core del virus de la hepatitis C.
- Respuesta de anticuerpos específicos frente al virus de la hepatitis C, confirmada por otros ensayos de confirmación (como inmunoblot) en personas con más de 18 meses de edad y sin evidencia de infección resuelta.

Nota: No se notificarán los casos de infección resuelta definidos como: situaciones en que se detecten en una persona anticuerpos específicos frente al VHC junto con un resultado negativo en las pruebas que indican infección activa: la prueba de detección del ácido nucleico del virus de la HC o la prueba de detección del antígeno *core* del VHC. No obstante, se podrá incluir en el protocolo el aclaramiento viral, en caso de que se produzca tras el diagnóstico de la infección.

El Laboratorio de Virología del Centro Nacional de Microbiología realiza un ensayo de IgG específica de baja avidéz que permite orientar la fecha probable de infecciones en los casos en los que se sospeche infección reciente.

Criterio epidemiológico

No aplicable

**Clasificación de los casos**

**A) Nuevo diagnóstico de VHC en situación de infección aguda reciente en el año en curso**

- Seroconversión documentada en el último año.  
o
- Detección de ácido nucleico del VHC o detección del antígeno *core* del VHC y anticuerpos negativos para VHC en persona inmunocompetente.  
o
- Casos con pruebas de función hepática anormal, transaminasas elevadas (>10 veces el límite superior de lo normal), con IgM negativa de VHB, VHA y VHE, con un antecedente reciente (menos de dos años) de exposición de riesgo y alguno de los criterios de confirmación de laboratorio y sin que consten antecedentes de pruebas positivas previas.

**B) Caso de nuevo diagnóstico de VHC en el año en curso**

Casos con alguno de los criterios de laboratorio, en los que no consten antecedentes de pruebas positivas previas en los sistemas de información de atención primaria, especializada y de laboratorios de microbiología.

**DEFINICION DE ALERTA**

**Definición de brote**

Dos o más casos incidentes confirmados relacionados en un mismo ámbito ya sea de convivencia o institución o centro de atención sanitaria (unidades de hemodiálisis, hospitales, etc.) o actividad. El genotipado de las cepas es crucial en la investigación del brote.

**MODO DE VIGILANCIA**

**Declaración de la enfermedad**

Según la Orden de 11 de diciembre de 2008, un caso de esta enfermedad se considera de declaración ordinaria. Se considera alerta en Salud Pública un brote epidémico de esta enfermedad.

**Notificación de casos**

La declaración del caso se efectuará en horario laboral por parte del personal médico, comunicándolo y preferentemente en el mismo día de su sospecha diagnóstica o como máximo dentro de las 48 horas desde la detección del mismo. En Atención Primaria se notificará a través de Diraya comunicándolo, el centro de salud, a Epidemiología de Atención Primaria (EAP) del Distrito Sanitario o Área de Gestión Sanitaria; si la detección se produce en Atención Hospitalaria se comunicará por parte de los Servicios que detecten el caso a Medicina Preventiva (MP). En EAP o MP se grabará la ficha correspondiente en

la aplicación RedAlerta con los datos disponibles en el momento del diagnóstico, actualizándose posteriormente con la información clínica, de laboratorio, epidemiológica que se genere.

El personal médico con ejercicio privado, comunicará al Técnico de Salud de Atención Primaria del Distrito Sanitario o Área de Gestión Sanitaria.

Las CCAA notificarán los **casos de nuevo diagnóstico de VHC** (independientemente de su estadio clínico), de forma individualizada al CNE, a través de la RENAVE. Enviarán la información incluida en la encuesta epidemiológica del caso (Anexo I) y se recogerán las variables sociodemográficas, epidemiológicas y clínicas con una periodicidad recomendada semestral. La información del caso podrá actualizarse después de la declaración inicial y se hará una consolidación anual de la información.

### **Notificación de Brote**

En días laborables, en horario de 8:00 a 15:00 horas la notificación de la sospecha de alerta, si la detección se produce en Atención primaria se efectuará a Epidemiología de Atención Primaria (EAP) del Distrito Sanitario o Área de Gestión Sanitaria, mediante teléfono. Si se produce en Atención Hospitalaria se realizará a Medicina Preventiva (MP), que contactará telefónicamente con el EAP del Distrito Sanitario correspondiente. EAP o MP grabarán la ficha correspondiente en la aplicación RedAlerta con los datos disponibles, e informarán vía telefónica a la Delegación Provincial, Sección de Epidemiología.

- Desde EAP se pondrán en contacto con el Centro de Salud correspondiente.
- La Sección de Epidemiología de la Delegación, tras comunicarlo al Jefe de Servicio, valorará la necesidad de comunicarlo a otra unidad de la Delegación, u otros organismos, según características y magnitud de la alerta.

Entre las 15.00 y las 8:00 horas del día siguiente, los fines de semana y festivos, la comunicación se realizará:

- A la EPES, utilizando el número de teléfono 902.220.061.
- La EPES avisará de inmediato a través del teléfono provincial de alerta a epidemiología, que grabará el caso en la aplicación redalerta y lo comunicará al teléfono central de alertas.

En caso de alerta por brote, la unidad de SVEA correspondiente adjuntará en la ficha de RedAlerta el informe final del brote dentro de los 40 días desde la fecha de aparición de la alerta y en todo caso antes de los 60 días. Desde el Servicio de Epidemiología y Salud Laboral se remitirá la información correspondiente al CNE en un máximo de tres meses tras finalizar su investigación. Cuando su magnitud o difusión requieran medidas de coordinación, la declaración de brote al CNE se hará de manera urgente.

La declaración de alerta por brote complementa pero no sustituye la declaración individualizada de cada caso.

## **MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA**

### **Organización de recursos para intervención ante la alerta**

La declaración de alerta implica una intervención inmediata.

Tras la sospecha de alerta, EAP o Epidemiología en el Equipo de Alerta Provincial deben iniciar la intervención, que se detalla en el punto posterior.

Desde la Delegación Provincial se garantizará la realización de la intervención por las unidades implicadas.

### **Medidas Preventivas**

Dado que no existe una vacuna efectiva para prevenir la infección, las actuaciones se centran en disminuir la transmisión de la infección y en la prevención secundaria de cirrosis y carcinoma hepatocelular mediante el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de los casos de infección crónica.

### **Medidas de control ante un caso y sus contactos**

Los pacientes deben ser informados en detalle de su enfermedad. Aunque la transmisión de la enfermedad a los contactos sexuales y familiares es poco frecuente, se hará hincapié en las implicaciones que tiene la enfermedad a largo plazo para su salud y la de su pareja o convivientes. Se debe advertir a los pacientes de que no deben donar sangre, semen u órganos, que deben utilizar métodos de barrera y medidas de protección en las actividades sexuales con sus parejas y del riesgo de compartir utensilios de higiene personal como cepillos de dientes o máquinas de afeitar que puedan tener sangre.

Se recomendará el uso de jeringuillas obtenidas de una fuente fiable, como en las farmacias. Los programas de intercambio de agujas y jeringuillas para usuarios de drogas han producido una disminución de las infecciones de transmisión parenteral como las causadas por el virus de la hepatitis C, y también de la hepatitis B y VIH.

Desde 1991 todas las donaciones de sangre se analizan para el virus de la hepatitis C.

Es recomendable la realización de pruebas de cribado para VHC en:

- Los usuarios de drogas inyectadas.
- Pacientes que recibieron una transfusión, hemoderivados o un transplante de órganos previas a las pruebas de detección de la infección por virus de la hepatitis C (año 1991), incluidos aquellos a los que se notificó que habían recibido sangre de un donante que posteriormente fue positivo para la detección de VHC.
- Trabajadores sanitarios, trabajadores de emergencias o de los cuerpos de seguridad después de punciones percutáneas con agujas u objetos punzantes o exposiciones mucosas a sangre infectada con VHC.
- Los pacientes que han recibido tratamiento de hemodiálisis.
- Personas con infección por VIH.
- Personas con niveles elevados persistentes de ALT.
- Los niños nacidos de madres positivas para el VHC (para evitar la detección de los anticuerpos maternos, estos niños no deben ser analizados antes de los 18 meses de edad).

La vacunación frente a la hepatitis A y B debe de ofrecerse a pacientes con hepatitis C por el peor pronóstico que tienen las coinfecciones. También se les debe informar del aumento del riesgo de daño hepático relacionado con el consumo de alcohol.

Se debe realizar un seguimiento adecuado y valorar el tratamiento en todos los pacientes infectados. Con ello se consigue reducir la carga viral, y por tanto la infección a terceros y reducir el riesgo de evolución a cirrosis y hepatocarcinoma en estos pacientes

La infección por VHC en los niños no se transmite a través de las actividades normales de la vida diaria. Por lo tanto, no se les debe de excluir de actividades cotidianas como la asistencia a guardería o la participación en la mayoría de los deportes.

### **Medidas de control de brotes epidémicos**

La aparición de brotes de hepatitis C debe de investigarse en cualquiera de los ámbitos en los que se produzca. La investigación epidemiológica y el genotipado de las cepas son cruciales para la identificación de la fuente de infección y de las vías de transmisión. La evaluación del grado de avidéz de los anticuerpos (IgG anti-VHC) permite identificar los casos de infección aguda reciente por lo que este criterio diagnóstico es extremadamente útil en el estudio de brotes.

Los brotes en centros de hemodiálisis y los relacionados con la aplicación de procedimientos quirúrgicos o invasivos (diagnósticos o terapéuticos), y con el uso de viales multidosis, así como las prácticas incorrectas relacionadas con la manipulación parenteral se han identificado como los factores de riesgo más frecuentes para la transmisión de la enfermedad y la aparición de brotes.

Tras la detección de un brote, se realizará la inspección de la unidad o centro donde se ha producido y se recogerá la información epidemiológica, clínica y las muestras clínicas relevantes, tanto de los pacientes como de los trabajadores implicados. Debe de establecerse el periodo de exposición e investigar la exposición de pacientes y trabajadores en riesgo en dicho periodo. Se investigarán los procedimientos, utensilios, viales y medicamentos utilizados. El centro recibirá las recomendaciones apropiadas para prevenir la transmisión del VHC y otros agentes transmitidos por la sangre.



## BIBLIOGRAFÍA

- European Centre for Disease Prevention and Control. Surveillance and prevention of hepatitis B and C in Europe. Stockholm: ECDC; 2010.
- European Centre for Disease Prevention and Control. Hepatitis B and C in the EU neighbourhood: prevalence, burden of disease and screening policies. Stockholm: ECDC; 2010.
- Dirección General de Salud Pública. Comunidad de Madrid. Hepatitis C en la Comunidad de Madrid. Protocolo de vigilancia y control. Madrid 2007.
- Conselleria de Sanidade. Xunta de Galicia. Guía de práctica clínica de Hepatitis C. Santiago de Compostela 2010.
- Servicio de Vigilancia y Control Epidemiológico. Generalitat Valenciana. Protocolo de hepatitis C. Protocolos EDO. Valencia. 2006.
- Health Protection Agency. Standards for local surveillance and follow up of Hepatitis B and C. April 2011.
- Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for Viral Hepatitis Surveillance and Case Management. Atlanta, GA 2005.
- Orden de 3 de octubre de 1990 sobre pruebas de detección de anticuerpos del Virus de la hepatitis C (anti- VHC) en las donaciones de sangre. (BOE 12 de octubre de 1990).
- Nuevos marcadores microbiológicos de la hepatitis C. Rodríguez JC. Salud(i)Ciencia 15(2):520-522, 2007.
- Management of hepatitis C. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. 2006.
- Vertical transmission of the hepatitis C virus: Current knowledge and issues. Infectious Diseases and Immunization Committee, Canadian Paediatric Society (CPS). Paediatr Child Health 2008;13(6):529-534.
- García-Fulgueiras A, García-Pina R, Morant C et al. Hepatitis C and hepatitis B-related mortality in Spain. 2009. Eur J Gastroenterol Hepatol 21: 895-901.
- García-Fulgueiras A, García-Pina R, Morant C, de Larrea-Baz NF, Alvarez E. Burden of disease related to hepatitis C and hepatitis B in Spain: a methodological challenge of an unfolding health problem. Journal of Viral Hepatitis, 2011, 18, e453–e460.
- Echevarria JM, Avellón A. Detección de IgG específica de baja avididad en el diagnóstico de la infección primaria aguda por virus de la hepatitis C. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2011;29(9):706–713.
- Gaudy-Graffin C, Lesage G, Kousignian I, Laperche S, Girault A, Dubois F, et al. Use of an anti-hepatitis C virus (HCV) IgG avidity assay to identify recent HCV infection. J Clin Microbiol. 2010;48:3281–7.
- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Criterios y recomendaciones para el acceso precoz al tratamiento con inhibidores de la proteasa del virus de la hepatitis (VHC). Madrid: Ministerio de sanidad, Política Social e Igualdad; 2011. Disponible en : [http://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/medSituacionesEspeciales/docs/criteriosRecomienda\\_virusHepatitis\\_C.pdf](http://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/medSituacionesEspeciales/docs/criteriosRecomienda_virusHepatitis_C.pdf).
- Martínez-Rebollar M, Larrousse M, Calvo M, Muñoz A, González A, Loncà M, Martínez E, Blanco JL, Mallolas J, Laguno M. Estado actual de la hepatitis aguda C. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2011;29(3):210–215.

- Centers for Disease Control and Prevention. Testing for HCV Infection: An update of Guidance for clinicians and Laboratorians. MMWR 2013;62:362-365.
- ORDEN de 11 de diciembre de 2008, por la que se modifica la Orden de 19 de diciembre de 1996, por la que se desarrolla el Sistema de Vigilancia Epidemiológica en la Comunidad Autónoma de Andalucía y se establece la relación de enfermedades de declaración obligatoria.

## ANEXO 1. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE INFECCIÓN POR VHC

### DATOS DEL DECLARANTE Y DE LA DECLARACIÓN

Comunidad Autónoma declarante: \_\_\_\_\_

Identificador del caso para el declarante: \_\_\_\_\_

Fecha de la primera declaración del caso<sup>1</sup>: \_\_/\_\_/\_\_

### DATOS DEL PACIENTE

Datos de identificación del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_/\_\_/\_\_ Edad en años: \_\_\_\_ Edad en meses en menores de 2 años: \_\_\_\_

Sexo: Hombre  Mujer

Lugar de residencia:

País: \_\_\_\_\_ C. Autónoma: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_

### DATOS DE LA ENFERMEDAD

Fecha del caso<sup>2</sup> \_\_/\_\_/\_\_

Fecha de inicio de síntomas: \_\_/\_\_/\_\_

Transaminasas elevadas (>10 veces límite superior normalidad): Sí  No

Hospitalizado<sup>3</sup> Sí  No

Defunción: Sí  No  Fecha de defunción: \_\_/\_\_/\_\_

Lugar del caso<sup>4</sup>:

País: ..... C. Autónoma: .....

Provincia: ..... Municipio: .....

Importado<sup>5</sup>: Sí  No

Grado de fibrosis hepática/Fibroscan

F0

F1

F2

F3

F4

Cirrosis

Sí

NO  No consta

Hepatocarcinoma

Sí

No  No consta

Tratamiento: Sí  No  NC  Aclaramiento viral: Sin Tto  Con Tto

**DATOS DE LABORATORIO**

Fecha de primer diagnóstico de laboratorio de infección por VHC<sup>6</sup>: \_\_/\_\_/\_\_

Agente causal <sup>7</sup>:  Hepatitis C

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

- Detección anticuerpos anti-VHC (ELISA)
- Detección anticuerpos: anti-VHC confirmada (Inmunoblot)
- Seroconversión reciente
- Detección ácido nucleico. PCR
- Detección antígeno (core-VHC)

**Pruebas de VHC previas:**  Sí  No Fecha última prueba negativa al VHC: \_\_/\_\_/\_\_

**Genotipo** (marcar una de las siguientes opciones):

- 1 a,  1 b,  1 c,  1 sin subtipar
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6

Envío de muestra al Laboratorio Nacional de Referencia (LNR): Sí  No

Identificador de muestra del declarante al LNR: \_\_\_\_\_

Identificador de muestra en el LNR: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL RIESGO**

Co-Infección / Enfermedad concurrente (marcar las que correspondan):

- Infección por virus de la hepatitis B  Infección por virus de la hepatitis A
- Infección por virus de la hepatitis D  Infección por virus de la hepatitis E
- Infección por VIH

**Factores de riesgo** (marcar las principales si no se ha identificado un único factor de riesgo):

A) Relacionada con cuidados sanitarios

- Trasplante
- Transfusiones o hemoderivados
- Hemodiálisis

Otros relacionados con cuidados sanitarios

B) Persona a Persona

Contacto con un enfermo o infectado (portador) por uso compartido de material potencialmente infectado (excluye el uso de drogas inyectadas)

C) Relaciones sexuales

Persona a Persona: Heterosexual

Persona a Persona: Homo/bisexual

Persona a Persona: sin especificar

D)  Lesión ocupacional (trabajador sanitario)

E)  Lesión no ocupacional (pinchazo, acupuntura, herida, tatuaje, piercing)

F)  Uso de drogas inyectadas

G)  Recién nacido madre infectada

H)  Desconocido

Fecha probable de la exposición \_\_/\_\_/\_\_

**Ámbito de exposición** (marcar el más probable):

- Hogar
- Centro Sanitario u Hospital
- Laboratorio
- Prisión o Custodia
- Otra institución cerrada
- Otro ámbito
- Desconocido

**CATEGORIZACIÓN DEL CASO**

Caso confirmado

**Asociado a brote:** Sí  No

Identificador del brote: \_\_\_\_\_

CA de declaración del brote<sup>8</sup>: \_\_\_\_\_

**OBSERVACIONES<sup>9</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 diagnóstico del VHC.
3. Hospitalizado: Estancia de al menos una noche en el hospital.
4. Lugar del caso (país, CA, prov, mun.): Es el lugar de exposición o de adquisición de la infección, en general, se considerará el lugar donde el paciente ha podido contraer la enfermedad. En caso de desconocerse se consignará el lugar de residencia del caso.
5. Importado: El caso es importado si el país del caso es diferente de España.
6. Fecha de diagnóstico de laboratorio del primer resultado positivo de caso confirmado.
7. Agente causal: Marcar sólo si se ha confirmado por laboratorio en el paciente.
8. C. Autónoma de declaración del brote: aquella que ha asignado el identificador del brote.
9. Incluir toda la información relevante no indicada en el resto de la encuesta.