

PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y ALERTA DE CRIPTOSPORIDIOSIS

Actualizado a diciembre de 2024



PROTOCOLOS DE
VIGILANCIA Y
RESPUESTA EN SALUD
PÚBLICA

AUTORÍA:

Servicio de Vigilancia y Salud Laboral. Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica. Consejería de Salud y Consumo.

Correo de referencia: epidemiologia.csalud@juntadeandalucia.es

Fecha actualización	Epígrafe Modificado	Descripción de la modificación
30/10/2023	Modo de vigilancia	Actualización de la Orden de declaración.
30/10/2023	Medidas ante un brote	Recogida y envío de muestras.
30/10/2023	Anexo	Cambio en el contenido de la encuesta.



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.en>

Contenido

1. DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD.....	3
1.1. INTRODUCCIÓN.....	3
1.2. AGENTE.....	3
1.3. RESERVORIO.....	4
1.4. MODO DE TRANSMISIÓN.....	4
1.5. PERIODO DE INCUBACIÓN.....	5
1.6. PERIODO DE TRANSMISIBILIDAD.....	5
1.7. SÍNTOMAS.....	5
1.8. SUSCEPTIBILIDAD.....	5
2. VIGILANCIA DE LA ENFERMEDAD.....	6
2.1. OBJETIVOS.....	6
2.2. DEFINICIÓN DE CASO.....	6
2.2.1. Criterio clínico.....	6
2.2.2. Criterio de laboratorio.....	6
2.2.3. Criterio epidemiológico.....	6
2.3. CLASIFICACIÓN DE LOS CASOS.....	6
3. DEFINICIÓN DE ALERTA.....	7
4. MODO DE VIGILANCIA.....	7
5. MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA.....	9
5.1. ORGANIZACIÓN DE RECURSOS.....	9
5.2. MEDIDAS ANTE UN CASO Y SUS CONTACTOS.....	9
5.3. MEDIDAS ANTE UN BROTE.....	10
6. BIBLIOGRAFÍA.....	12
7. ANEXO. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE CRIPTOSPORIDIOSIS.....	14

1. DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD

1.1. INTRODUCCIÓN

La criptosporidiosis es una enfermedad gastrointestinal de distribución mundial causada por un protozoo del género *Cryptosporidium* que puede causar síntomas tanto en humanos como en animales. El número de casos y brotes reportados se ha incrementado en 2023, probablemente y entre otras causas a la mayor capacidad para su reconocimiento clínico y de realización de pruebas. Estudios de serovigilancia indican que la infección es común en países desarrollados, y casi universal en los países más pobres. Constituye la segunda causa de diarrea moderada-severa en niños menores de 2 años, y una importante causa de mortalidad a nivel mundial, siendo una parasitosis infradiagnosticada e infranotificada. La infección suele tener lugar en el contexto de brotes de transmisión hídrica (baños recreativos o aguas de bebida), siendo más frecuente en niños menores de 5 años de edad, personas inmunodeprimidas, personas que manipulan animales, viajeros, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y personas que mantienen contacto íntimo con individuos infectados. Además, las infecciones asintomáticas son frecuentes y suponen una fuente de infección para otras personas.

1.2. AGENTE

Los estudios de biología molecular permiten hoy en día diferenciar más de 40 especies diferentes dentro del género *Cryptosporidium*, entre las que se distinguen especies zoonóticas y no zoonóticas, y de las cuales más de 15 se han asociado a infecciones en humanos.

Las especies que causan más del 90% de las infecciones en humanos son *C. hominis* (genotipo I), más común en zonas urbanas y considerado de forma general específico del ser humano, aunque se han reportado animales hospedadores, y *C. parvum* (genotipo II), más común en zonas rurales y asociado al ganado bovino (especialmente terneros). El genotipo II parece ser el principal implicado en Europa, siendo capaz de infectar también a todas las especies de mamíferos, especialmente a animales recién nacidos; además es el que más se aísla en humanos en la mayoría de los estudios y se asocia a una mayor intensidad y duración de la parasitosis. Otras especies menos frecuentemente asociadas a infecciones en humanos son *C. felis*, *C. meleagridis*, *C. canis*, *C. ubiquitum*, *C. cuniculus* y *C. muris*, entre otras.

1.3. RESERVORIO

Cryptosporidium es un protozoo ubicuo, que puede infectar y tener como reservorio a un amplio rango de animales vertebrados, incluyendo mamíferos, aves, reptiles y anfibios. Muchos genotipos o especies pueden tener especificidad de huésped, aunque se han reportado casos en humanos causados por especies y genotipos patogénicos en otras especies (p.ej: *C. meleagridis*).

Los reservorios más importantes para la enfermedad humana son los seres humanos, el ganado bovino y otros animales domésticos. Los ooquistes de *Cryptosporidium parvum* suelen encontrarse en el intestino del ganado bovino, especialmente de los animales jóvenes (terneros). Un estudio realizado en 2023 en granjas de Bélgica, Francia y Países Bajos, la prevalencia del parásito en terneros osciló entre el 23-25% del total, siendo *C. parvum* la especie más frecuentemente encontrada (71,4%). Las heces de estos animales pueden contaminar manantiales, aguas superficiales, depósitos de agua de consumo y alimentos. Por otro lado, *C. hominis* es una especie considerada habitualmente como específica del ser humano, siendo este su reservorio habitual, aunque no exclusivamente pues se ha demostrado su presencia en otros animales. En el caso de *C. hominis*, el modo de transmisión habitual es a través de aguas residuales o directamente de la persona enferma.

1.4. MODO DE TRANSMISIÓN

El principal mecanismo de transmisión es fecal-oral, incluyendo transmisión directa de persona a persona, de un animal a una persona y la transmisión indirecta de origen hídrico y alimentario. La transmisión a través de aguas contaminadas es muy frecuente, siendo *Cryptosporidium* el patógeno más frecuente en los brotes de transmisión hídrica. Estos brotes se asocian tanto al consumo de agua potable como al uso de aguas recreativas contaminadas (como piscinas y lagos). También se han producido brotes asociados al consumo de bebidas no tratadas como zumos, sidra y leche no pasteurizada, y alimentos contaminados como hortalizas. La criptosporidiosis se asocia a los cambios estacionales, especialmente al aumento de temperaturas y lluvias, siendo mayor el número de casos a finales de verano y principios de otoño (agosto y septiembre), y en menor medida en primavera (abril). La transmisión feco-oral persona a persona también es importante, habiéndose producido brotes en instituciones como centros de día, y también casos asociados a relaciones sexuales. La transmisión respiratoria es también posible. Otra forma de transmisión, menos frecuente, pero posible en trabajos de laboratorio, es el contacto con bioaerosoles o gotitas aerosolizadas con el ooquiste y la

inoculación percutánea accidental. La infección se adquiere por la ingestión de ooquistes de *Cryptosporidium* y la dosis infectiva es baja.

1.5. PERIODO DE INCUBACIÓN

Aunque no se conoce con exactitud el periodo de incubación, este se sitúa probablemente entre 1 y 12 días, con un promedio de 7 días.

1.6. PERIODO DE TRANSMISIBILIDAD

La forma infectiva del parásito son los ooquistes, que son excretados en gran cantidad a través de las heces del hospedador desde el comienzo de los síntomas e infectan inmediatamente después de ser excretados. Además, los ooquistes son excretados varias semanas después de la resolución del cuadro clínico, y pueden sobrevivir fuera del hospedador varios meses y mantener su infectividad, a pesar de condiciones ambientales adversas como temperatura, salinidad o presencia de ciertos desinfectantes. Estas características, junto con su modo de transmisión, hacen de *Cryptosporidium* un parásito con gran potencial para causar brotes.

1.7. SÍNTOMAS

El cuadro clínico puede ser variable, incluyendo un amplio rango de signos y síntomas. Generalmente se caracteriza por una diarrea acuosa profusa que puede acompañarse de calambres abdominales, pérdida de apetito, febrícula, náuseas, vómitos y pérdida de peso, aunque la infección asintomática es muy habitual. En individuos inmunocompetentes, el cuadro es autolimitado y se resuelve en 1-2 semanas. No es raro que dentro de estas dos semanas los síntomas sean cíclicos, con periodos de mejora y empeoramiento. En cambio, en personas con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) u otro tipo de condiciones que pueden producir inmunodepresión, *Cryptosporidium* puede causar una infección oportunista, con complicaciones más severas como diarrea crónica con malabsorción importante. Sin embargo, la incidencia de esta infección entre la población VIH ha disminuido considerablemente desde la introducción del tratamiento antirretroviral de alta eficacia y la recuperación de la inmunidad celular. Aunque el intestino delgado es el órgano principalmente afectado por la criptosporidiosis, se han reportado casos de criptosporidiosis extraintestinal, afectando por ejemplo al tracto respiratorio o biliar, especialmente en individuos inmunocomprometidos.

1.8. SUSCEPTIBILIDAD

Las personas inmunocomprometidas son particularmente susceptibles a la infección y pueden no ser capaces de eliminar el parásito.

2. VIGILANCIA DE LA ENFERMEDAD

2.1. OBJETIVOS

1. Conocer y describir el patrón de presentación de la criptosporidiosis en la población.
2. Detectar precozmente los casos para controlar la difusión de la enfermedad, establecer medidas de prevención y evitar brotes.

2.2. DEFINICIÓN DE CASO

2.2.1. Criterio clínico

Persona que presenta, al menos, una de las dos manifestaciones siguientes:

- Diarrea.
- Dolor abdominal.

2.2.2. Criterio de laboratorio

Al menos uno de los cuatro siguientes:

- Confirmación de ooquistes de *Cryptosporidium* en heces.
- Confirmación de *Cryptosporidium* en muestras biópsicas de jugo intestinal o de intestino delgado.
- Detección del ácido nucleico de *Cryptosporidium* en heces.
- Detección del antígeno de *Cryptosporidium* en heces.

2.2.3. Criterio epidemiológico

Una de las cuatro relaciones epidemiológicas siguientes:

- Contacto con un caso o animal infectado/colonizado.
- Exposición a una fuente común.
- Exposición a alimentos o agua de bebida contaminados.
- Exposición medioambiental.

2.3. CLASIFICACIÓN DE LOS CASOS

Caso sospechoso: No procede.

Caso probable: No procede.

Caso confirmado: Persona que satisface los criterios clínicos y los analíticos.

3. DEFINICIÓN DE ALERTA

Se define alerta por brote cuando se producen dos o más casos de criptosporidiosis que tengan una relación epidemiológica.

4. MODO DE VIGILANCIA

Según la Orden de 12 de noviembre de 2015, un caso de esta enfermedad se considera de declaración ordinaria.

NOTIFICACIÓN DE ALERTA POR CASO DE EDO URGENTE Y BROTE

La sospecha de alerta se debe investigar y comunicar de manera urgente a SVEA.

En días laborables, en horario de 8:00 a 15:00 horas si la detección de la sospecha de la alerta se produce en Atención primaria la notificación 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 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 a través del teléfono provincial de alerta a epidemiología, que grabará el caso en la aplicación redalerta y lo comunicará, si procede, al teléfono central de alertas.

El SESL notificará únicamente los casos confirmados al CNE, de forma individualizada enviando la información del conjunto de variables establecido con, al menos, una periodicidad mensual. La información se consolidará anualmente. 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 SESL, se remitirá este informe al CNE en un máximo de tres meses tras finalizar su investigación. Si se sospecha interés supracomunitario, se informará de forma urgente.

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

5. MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA

5.1. ORGANIZACIÓN DE RECURSOS

Toda declaración de alerta por brote implica una intervención inmediata.

Tras la sospecha de alerta, el EAP, Epidemiología de distrito o Epidemiología en el Equipo de Alerta Provincial deben iniciar la intervención, que se detallan en el apartado correspondiente a brotes.

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

5.2. MEDIDAS ANTE UN CASO Y SUS CONTACTOS

En la prevención de la criptosporidiosis son importantes el manejo y tratamiento adecuados de las aguas que se utilizan en comunidades (ver en siguiente apartado) y una buena higiene personal individualizada, especialmente en lo referente al lavado de manos. Es importante destacar que los desinfectantes de manos basados en alcohol no son efectivos para matar a los ooquistes, siendo necesario el correcto lavado de manos con agua y jabón.

Ante un caso de criptosporidiosis se deben tomar precauciones de tipo entérico. En enfermos hospitalizados es importante seguir este tipo de precauciones en la manipulación de las heces, los vómitos y la ropa personal y de cama contaminadas. Para prevenir la extensión de la criptosporidiosis en centros considerados de riesgo para la infección (en general aquellos que presten atención a personas con necesidad de ayuda para las actividades básicas de la vida diaria) se debe considerar la exclusión o aislamiento entérico de cualquier persona con diarrea (hasta 48 horas tras la desaparición de la misma) y extremar las medidas de higiene personal y el lavado de manos, especialmente tras cambiar pañales de niños o pacientes infectados.

Se debe evitar que las personas sintomáticas manipulen comida o cuiden pacientes hospitalizados o institucionalizados hasta que sean asintomáticas, y es recomendable excluir a los niños con diarrea de la guardería hasta la desaparición de la misma. Además, se recomienda el uso del preservativo durante las relaciones sexuales si implican prácticas que faciliten la transmisión feco-oral del parásito.

Debido a que los ooquistes pueden seguir siendo excretados una vez finalizada la diarrea, se recomienda que los casos eviten bañarse en piscinas durante las dos semanas siguientes tras la desaparición de la diarrea.

Para la investigación de contactos se recomienda el examen microscópico de heces de los convivientes u otros contactos sospechosos, especialmente si son sintomáticos. Es importante recordar que, debido a que el número de ooquistes puede variar entre muestras, hay que examinar varias muestras de heces para descartar el diagnóstico con seguridad.

La rehidratación es el principio básico del tratamiento. El tratamiento con antimicrobianos está justificado en el caso de afectaciones graves o persistentes y pacientes inmunodeprimidos. No hay disponible aún en la actualidad una vacuna para prevenir la criptosporidiosis.

5.3. MEDIDAS ANTE UN BROTE

La investigación epidemiológica de los brotes y agrupamientos de casos en una zona geográfica o en una institución se orientará a la identificación de la fuente de infección, el modo de transmisión y a la adopción de las medidas de prevención o de control aplicables. En general, los brotes por *Cryptosporidium* se relacionan con aguas recreativas o de consumo contaminadas, leche sin pasteurizar u otros alimentos o bebidas potencialmente contaminados.

Especialmente cuando la sospecha de la fuente recaiga en agua de consumo, podría considerarse la realización del genotipado de los *Cryptosporidium* identificados, con el fin de determinar más fácilmente el origen de la contaminación y sus correspondientes medidas de control. Además, en caso de brotes, se realizará secuenciación genómica. Para ello, el envío de las muestras se realizará al Centro Nacional de Microbiología (CNM), salvo casos excepcionales que se comunicarán oportunamente.

Para el envío de las muestras, se solicitará previamente al CNM un identificador de brote, para que todas las muestras relacionadas con ese brote lleven el mismo identificador. Se solicitará al Área de Orientación Diagnóstica del CNM, Tfn: 918223701, 918223723, 918223694. Email: cnm-od@isciii.es.

Centro Nacional de Microbiología. ISC III.
 Ctra. Majadahonda-Pozuelo, s/n. 28220
 Majadahonda (Madrid). Teléfono 918223617
 Referente: Julio Vázquez Moreno.
 Correo electrónico: jvazquez@isciii.es .
<https://cnm-laboratorios.isciii.es/>

Se realizarán las actuaciones ambientales en las redes de distribución de la zona de abastecimiento que se sospeche, revisando las medidas preventivas que tienen en función de la procedencia del agua, la eficacia de las mismas así como la posibilidad de la toma de muestras de aguas antes y después del tratamiento. Para ello se inspeccionará la parte o partes de la zona de abastecimiento afectadas de acuerdo con la información epidemiológica.

Con respecto a las aguas contaminadas, es importante conocer que *Cryptosporidium* es resistente a las medidas de cloración habitualmente empleadas en los tratamientos del agua de consumo y de piscinas.

Se requieren medidas de floculación/coagulación seguida de filtración para eliminar al parásito, pudiendo ser necesario tratamientos unitarios concretos como el uso de ozono o de tratamientos ultravioletas. Los ooquistes son resistentes a temperaturas extremas (-22 °C a 60 °C).

Cuando la sospecha recaiga en aguas recreativas, habrá que diferenciarse si estas son naturales (embalses, lagos, ríos...) o artificiales (piscinas, parques acuáticos...). En el primero de los casos, si son zonas de baño censadas, se dará cuenta a las Autoridades ambientales para que establezcan medidas de vigilancia de dicho contaminante. Si la sospecha recae en piscinas o parques acuáticos se seguirán los protocolos establecidos por Salud Ambiental.

El control de la transmisión persona a persona o de animal a persona requiere especial insistencia en la higiene personal y la eliminación sanitaria de las heces. En caso de asociarse a una o varias explotaciones concretas o granja-escuela o similar, se deberá de trasladar a las autoridades de sanidad animal para la investigación de las mismas.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Centers for Diseases Control and Prevention (CDC). Cryptosporidiosis [Internet], Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; [Actualización a 20 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/dpdx/cryptosporidiosis/index.html#print>.
2. Riedel S, Hobden JA, Miller S, Morse SA, Mietzner TA, Detrick B et al. Parasitología médica. En: Riedel S, Hobden JA, Miller S, Morse SA, Mietzner TA, Detrick B et al. Microbiología Médica. 28 edición. Nueva York: McGraw Hill; 2020.
3. Janssen B, Snowden J. Cryptosporidiosis. [Actualizado: 10 de julio de 2023]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448085/>.
4. Chalmers RM, Davies AP, Tyler K. Cryptosporidium. Microbiology. 2019;165(5):500-502.
5. Helmy YA, Hafez HM. Cryptosporidiosis: From Prevention to Treatment, a Narrative Review. Microorganisms. 2022;10:2456.
6. Hoque S, Pinto P, Ribeiro CA, Canniere E, Daandels Y, Dellevoet M et al. Follow-up investigation into Cryptosporidium prevalence and transmission in Western European dairy farms. Vet Parasitol. 2023;318:109920.
7. Innes EA, Chalmers RM, Wells B, Pawlowic MC. A One Health Approach to Tackle Cryptosporidiosis. Trends Parasitol. 2020;36(3):290-303.
8. Mac Kenzie WR, Schell WL, Blair KA, Addis DG, Peterson DE, Hoxie NJ et al. Massive outbreak of waterborne Cryptosporidium infection in Milwaukee, Wisconsin: Recurrence of illness and risk of secondary transmission. Clin Infect Dis. 1995;21:57-62.
9. Ahmed SA, Karanis P. Cryptosporidium and Cryptosporidiosis: The Perspective from the Gulf Countries. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(18):6824.
10. Ma JY, Li MY, Qi ZZ, Fu M, Sun TF, Elsheikha HM et al. Waterborne protozoan outbreaks: An update on the global, regional, and national prevalence from 2017 to 2020 and sources of contamination. Science of The Total Environment. 2022; 806 (2):150562.
11. Cryptosporidium and Water: A Public Health Handbook. Atlanta, Georgia: Working Group on Waterborne Cryptosporidiosis.
12. Cryptosporidiosis. En: Heymann DL. El control de las enfermedades transmisibles. 18 Edición. Washington: American Public Health Association; 2005. 99-102.

13. European Centre for Disease Prevention and Control. Cryptosporidiosis. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2018. Stockholm: ECDC; 2021.
14. Cryptosporidium spp. [Internet]. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. [Actualización a 24 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.insst.es/agentes-biologicos-basebio/parasitos/cryptosporidium-spp.#viabilidad0>.
15. ORDEN de 12 de noviembre de 2015, 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.
16. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Cryptosporidium treatment [Internet]. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; [Actualización a 4 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/parasites/crypto/treatment.html>.
17. García Perez C, Coronel Rodríguez C, Díaz-Cano Carmona E, Ruiz Pérez de Pipaón M, González Soria MD, Begara De La Fuente M et al. Cryptosporidium spp en pacientes pediátricos. Pediatr Integral. 2019; 23(1): 52-5.

7. ANEXO. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE CRIPTOSPORIDIOSIS¹

DATOS PERSONALES Y DE LA DECLARACIÓN

ID caso RedAlerta: ID brote RedAlerta:

Apellidos: Nombre:

NUHSA:

Edad: (años o meses)

Domicilio: Localidad:

Municipio: Provincia:

TLF: Sexo: V M

Persona que realiza la encuesta:

TLF:

Médico de atención primaria/pediatra referente:

Centro de Salud:

DATOS SOBRE LA ENFERMEDAD

Fecha de inicio de síntomas:

Presentación clínica

Diarrea Sí No Desconocido

Pérdida de apetito Sí No Desconocido

Náusea Sí No Desconocido

Vómito Sí No Desconocido

Dolor abdominal Sí No Desconocido

Malestar general Sí No Desconocido

Fiebre Sí No Desconocido

Otros síntomas y/o signos (especificar):

Fecha del caso²:

Fecha de declaración:

Ingreso hospitalario:

Sí No Desconocido

Fecha de ingreso:

Hospital de ingreso:

¿Presenta inmunodeficiencia o tratamiento inmunosupresor?

Sí No Desconocido

Especificar patología y/o tratamiento:

Otras patologías de base de interés:

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

FACTORES PREDISPONENTES PERSONALES

Número de convivientes en el hogar:

Convivientes con clínica compatible anterior (12 días desde el último contacto) o posterior al caso (hasta 4 semanas):

Sí No Desconocido

Es contacto y/o conviviente de un caso confirmado de criptosporidiosis:

Sí No Desconocido

Ocupación laboral:

*En la página del INSST se puede comprobar el listado de actividades laborales con riesgo de exposición/contagio por *Cryptosporidium*:*

<https://www.insst.es/agentes-biologicos-basebio/parasitos/cryptosporidium-spp>.

ANTECEDENTES DE EXPOSICIÓN DURANTE EL PERÍODO DE INCUBACIÓN (DE 1 A 12 DÍAS).

NOTA: *En las preguntas relacionadas con lugares geográficos es importante detallar la ubicación con la mayor precisión posible.*

Manipulador de alimentos (en el hogar o establecimiento público):

Sí, en establecimiento público Sí, en hogar No Desconocido

En caso de establecimiento público, especificar:

Ha estado en un municipio/localidad distinto/a durante el período de incubación de la enfermedad (1-12 días antes del inicio de síntomas):

Sí No Desconocido

En caso afirmativo, indicar lugar/es, fechas y actividades de riesgo realizadas:

Tiene animales de compañía:

Sí No Desconocido

En caso afirmativo, indicar qué tipo de animales:

Contacto con ganado bovino u ovino (propios, excursiones a granja escuela,...):

Sí No Desconocido

En caso afirmativo, indicar lugar/es, fechas y actividades realizadas:

Consumo habitual de agua de la red pública o de agua envasada:

Red pública Envasada Ambas Desconocido

Consumo de agua no tratada o no procedente de la red pública (pozos, ríos, estanques, etc.):

Sí No Desconocido

En caso afirmativo, indicar lugar/es y fechas:

Baño en aguas recreativas (piscinas, ríos, lagos, parques acuáticos, estanques, albercas, etc.):

Sí No Desconocido

En caso afirmativo, indicar lugar/es y fechas:

Consumo de leche cruda o derivados, o zumos de fruta no pasteurizados:

Sí No Desconocido

En caso afirmativo, indicar lugar/es de compra/consumo, producto y fechas:

Ha consumido hortalizas de huertas propias, mercadillos, cooperativas u otro tipo de establecimientos similares, o bien ha consumido mariscos crudos:

Sí No Desconocido

En caso afirmativo, indicar producto, lugar/es de compra/consumo y fechas:

Reside o trabaja en albergues y/o instituciones cerradas y/o es trabajador/a sanitario/a:

Sí No Desconocido

En caso afirmativo, especificar:

Ha padecido episodios previos similares:

Sí No Desconocido

En caso afirmativo, especificar fechas y cuadro clínico:

Prácticas sexuales de riesgo, sin protección:

Sí No

DATOS DE LABORATORIO

Agente causal (género y especie):

Fecha de recepción de la muestra en el laboratorio:

Fecha de diagnóstico microbiológico:

CRITERIOS ANALÍTICOS

Tipo de prueba

Confirmación de ooquistes:

Confirmación en muestras de biopsia intestinal:

Detección del ácido nucleico:

Detección de antígeno:

Tipo de muestra clínica

Heces

Líquido duodenal

Biopsia de intestino delgado

Otras muestras

Especificar:

CATEGORIZACIÓN DEL CASO

CLASIFICACIÓN DEL CASO

Confirmado

Criterio clínico: Sí No Desconocido

Criterio epidemiológico: Sí No Desconocido

Criterio de laboratorio: Sí No Desconocido

Importado³: Sí No Desconocido

Asociado a brote: Sí No Desconocido

Id del brote en RedAlerta:

Observaciones adicionales:

- 1 A efectos de investigación.
- 2 Por defecto fecha de recepción de la muestra en el laboratorio.
- 3 En función del país probable de exposición del caso.



Junta de Andalucía
Consejería de Salud y Consumo