

RED DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA COMUNIDAD DE MADRID
Enfermedades de Declaración Obligatoria

PROTOCOLO DE VIGILANCIA DE
PALUDISMO

FICHA RESUMEN DE VIGILANCIA DE PALUDISMO

PERÍODO DE INCUBACIÓN

Promedio de 7 a 30 días, aunque puede variar según la especie: *P. falciparum*: 6 a 14 días (rara vez años), *P. vivax* y *ovale*: 12 a 18 días (hasta 1 año o más), *P. malariae*: 18 a 40 días (pueden ocurrir reactivaciones durante años) y *P. knowlesi*: 9 a 12 días.

DEFINICIÓN DE CASO

Criterios clínicos:

- Fiebre o antecedentes de fiebre u otra clínica compatible.
- **Criterios clínicos de paludismo grave:** encefalopatía aguda, convulsiones, confusión mental, coma, anemia grave, síndrome de distrés respiratorio agudo, ictericia e insuficiencia renal (hemoglobinuria palúdica), nefritis, fallo multiorgánico, rotura esplénica.

Criterios de laboratorio:

- **Criterios de caso confirmado:** visualización de *Plasmodium* por microscopía óptica en frotis de sangre; o detección de ácido nucleico de *Plasmodium* en sangre; o detección del antígeno de *Plasmodium*, confirmada con otra de las pruebas (microscopía o detección de ácido nucleico).

Criterios epidemiológicos:

- Antecedente de estancia en zona endémica.
- Sin antecedente de estancia en zona endémica: exposición en medio asistencial (estancia en establecimiento donde se atienden casos de paludismo, trasplante, transfusión, etc.); o neonatos o lactantes cuando la madre es caso confirmado o exposición de riesgo (ej.: personal sanitario, trabajo en aeropuerto).

MODO DE VIGILANCIA

- Casos importados: notificación semanal con datos individualizados.
- Casos autóctonos: notificación urgente con datos individualizados.

MEDIDAS PREVENTIVAS

Las medidas preventivas para esta enfermedad van dirigidas principalmente a proteger a las personas que viajen a zonas endémicas (incluyendo las personas nacidas en zonas endémicas residentes en España y sus descendientes, cuando vuelven de visita a sus países de origen) y se basan fundamentalmente en reducir el riesgo de picaduras de mosquitos y la recomendación de quimioprofilaxis cuando está indicada.

DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Introducción

El paludismo es una enfermedad causada por protozoos del género *Plasmodium* y transmitida por la picadura de mosquitos hembra *Anopheles spp.* Es la más importante de todas las enfermedades parasitarias. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS 2023), se observa en los últimos años entre una moderada reducción y un estancamiento en el número de casos de paludismo, que ocurren en su mayoría en África, seguida por el Sudeste Asiático y el Mediterráneo Oriental. La mortalidad ha descendido progresivamente, aunque en los últimos años se ha ralentizado y el porcentaje total de niños menores de cinco años fallecidos es del 76% desde 2015, principalmente en África.

El paludismo es una enfermedad febril aguda, cuyos síntomas iniciales son inespecíficos y variados, lo que hace que sea difícil de identificar la enfermedad a partir de ellos. El cuadro clínico típico se caracteriza por fiebre intermitente con escalofríos, generalmente acompañada de cefalea, náuseas y sudoración profusa. Después de un lapso sin fiebre se repite el ciclo. Suele haber anemia, esplenomegalia y en ocasiones hepatomegalia. Las personas no inmunes pueden presentar manifestaciones graves y las parcialmente inmunes o que han realizado quimioprofilaxis, pueden presentar cuadros atípicos. Distintas especies de *Plasmodium* pueden afectar al ser humano y cada una puede originar una sintomatología específica:

- *P. falciparum*: causa la enfermedad más grave y con mayor morbimortalidad. Las complicaciones más frecuentes son encefalopatía aguda, convulsiones, confusión mental, coma (paludismo cerebral), anemia grave, síndrome de distrés respiratorio agudo, ictericia e insuficiencia renal (hemoglobinuria palúdica) y fallo multiorgánico. La letalidad en personas no inmunes no tratadas es del 10 al 40%. Las recrudescencias e infecciones crónicas son posibles. El tratamiento es curativo si se hace de forma completa y si no hay resistencias.
- *P. vivax* y *ovale*: un episodio primario no tratado puede durar desde una semana hasta un mes y acompañarse de postración, anemia y esplenomegalia. Si no se hace tratamiento específico, puede haber recaídas después de periodos sin parasitemia y hasta cinco años después de la primoinfección. Los casos graves por *P. vivax* son frecuentes (principalmente anemia grave y afectación pulmonar) y se ha descrito ocasionalmente rotura esplénica.
- *P. malariae*: cuadro clínico leve e incluso parasitemia asintomática crónica en ausencia de tratamiento, aunque puede provocar una nefritis que evolucione a síndrome nefrótico.
- *P. knowlesi*: clínica similar a *P. falciparum* con elevada letalidad, relacionada con hiperparasitemia. Puede producir insuficiencia hepatorenal grave. No produce recaídas ni formas crónicas y tampoco se han descrito resistencias al tratamiento.

El paludismo está erradicado en España desde 1964. Desde entonces la mayoría de los casos son importados de países endémicos (inmigración, turismo, cooperación o negocios y personas nativas procedentes de zona endémica o sus descendientes que vuelven de visita). Los casos autóctonos son infrecuentes y se han relacionado, en su mayoría, con la asistencia sanitaria (parenteral, trasplante, transfusión) o por transmisión vertical. Se han documentado dos casos de paludismo introducido (casos autóctonos infectados por vector local a partir de un caso importado): uno en 2010 y otro en 2014, ambos debidos a *P. vivax*.

Agente

Existen cuatro especies de *Plasmodium* que pueden afectar al ser humano y cuyo único reservorio es humano: *P. falciparum* predomina en África Subsahariana, Papúa Nueva Guinea, subcontinente indio y Sudeste Asiático; produce infecciones graves y es responsable de la mayoría de las muertes ocasionadas por paludismo. *P. vivax* es el que presenta mayor distribución geográfica en el mundo, principalmente en Asia y América Latina y sólo en una región reducida de África. *P. malariae*, también tiene una distribución mundial pero responsable de una pequeña proporción de casos y *P. ovale*, está principalmente presente en África subsahariana. En zonas endémicas son comunes las infecciones mixtas.

Otras especies zoonóticas, propias de primates no humanos, pueden producir casos en humanos: *P. knowlesi* (que afecta a más de 2.000 personas anualmente en el mundo y puede ser grave en viajeros) o *P. cynomolgi* (muy rara), principalmente en Malasia y *P. simium* en Brasil (muy rara).

Reservorio

El ser humano es el único reservorio importante de paludismo humano, aunque se ha descrito la presencia de *Plasmodium* humanos (*P. vivax*, *P. malariae* y *P. falciparum*) en primates. De igual forma se han descrito infecciones en humanos por *Plasmodium* característicos de monos (ej.: *P. knowlesi*, *P. cynomolgi*, *P. simium*). Estas dos últimas muy poco frecuentes.

Modo de transmisión

Se produce por picadura de mosquitos hembra del género *Anopheles*, de alimentación nocturna, hábitos domésticos (endofilia) y preferencia por animales (zoofilia). Sus criaderos suelen estar en zonas rurales. En España se han descrito al menos 15 especies de mosquitos del género *Anopheles*. El complejo *maculipennis*, al que pertenece *Anopheles atroparvus*, fue el vector de paludismo cuando la enfermedad era endémica. Es un vector eficiente para la transmisión de *P. vivax*. Hay estudios que han demostrado que las especies de este complejo son refractarias a cepas africanas de *P. falciparum*, pero se desconoce su capacidad vectorial para cepas procedentes de otras regiones o para otras especies de *Plasmodium*. Se ha demostrado la capacidad vectorial de otras especies locales como *Anopheles plumbeus* para transmitir *P. falciparum* en Alemania. Este vector está presente en alguna zona de España. Debido a que las condiciones medioambientales son favorables para la cría, desarrollo y permanencia de *Anopheles atroparvus*, se define la situación de España como de “anofelismo sin paludismo”.

El periodo de transmisibilidad es variable. Se ha descrito transmisión después de décadas en paludismo por *P. malariae*, hasta 5 años por *P. vivax* y un año por *P. falciparum*. En personas procedentes de zonas endémicas, se han observado casos con parasitemia muchos años después de su última visita a zonas endémicas. Esto supone que, en los casos no tratados adecuadamente, el periodo de transmisibilidad puede ser muy prolongado y pueden ser fuente de infección para los vectores durante varios años.

El periodo de incubación extrínseco, desde que un mosquito pica a una persona infectada hasta que a su vez es capaz de transmitir la enfermedad tras picar a un huésped susceptible, es de unos 7 días.

También puede haber transmisión vertical y transmisión inducida o “no natural” por contacto con sangre, tejidos humanos o material contaminado con ellos (inoculación por agujas u otros dispositivos, transfusión de sangre o hemoderivados, trasplante de órgano sólido o médula ósea).

Periodo de incubación

El período de incubación promedio es de 7 a 30 días, aunque puede variar según la especie: *P. falciparum*: 6 a 14 días (rara vez años), *P. vivax* y *ovale*: 12 a 18 días (hasta 1 año o más), *P. malariae*: 18 a 40 días (pueden ocurrir reactivaciones durante años) y *P. knowlesi*: 9 a 12 días. Cuando la infección se debe a una inoculación de sangre (ej.: transfusión, parenteral), los períodos de incubación dependen del grado de parasitemia y del volumen inoculado, desde pocos días a dos meses. Las personas que han tomado quimioprofilaxis pueden presentar un cuadro clínico atípico y un periodo de incubación prolongado. En personas originarias de zona endémica, la primera manifestación clínica puede ocurrir frecuentemente incluso más de un año después de su última estancia.

Susceptibilidad

La susceptibilidad es universal. En comunidades con alta endemia con reinfecciones durante muchos años, las personas adultas muestran resistencia o semi-inmunidad a la enfermedad, que se va perdiendo gradualmente al abandonar la zona endémica y perder el contacto con el parásito. Esto ocurre con los inmigrantes residentes en Europa que vuelven de vacaciones a sus países de origen. La mayoría de los africanos de raza negra muestran resistencia natural a la infección por *P. vivax*, relacionada con la ausencia del factor Duffy en sus eritrocitos. Las personas con rasgos drepanocíticos tienen una parasitemia relativamente pequeña cuando se infectan con *P. falciparum*, mientras que las personas con

drepanocitosis u homocigóticas suelen presentar cuadros más graves, ya que el paludismo desencadena crisis drepanocíticas. Tienen más riesgo de enfermedad grave los menores de 5 años, embarazadas, mayores, y las personas con inmunodepresión.

VIGILANCIA DE LA ENFERMEDAD

Objetivos

1. Detectar precozmente los casos importados, para establecer las medidas necesarias para evitar casos secundarios y brotes autóctonos y notificar la transmisión activa del parásito en el lugar del contagio.
2. Detectar precozmente los casos autóctonos, especialmente los casos:
 - a. De paludismo introducido (primeros casos de infección transmitida localmente por vector a partir de un caso importado) para impedir la transmisión autóctona.
 - b. De paludismo inducido (casos por transmisión no natural por contacto con sangre, tejidos o material contaminado) para evitar nuevos casos, con especial atención a los casos de contagio nosocomial no relacionado con transfusión o trasplante.
3. Realizar el estudio epidemiológico a partir de la información de vigilancia. Garantizar la calidad de los datos para orientar la prevención y el control.
4. Contribuir a la evaluación y el seguimiento de los programas de prevención y control y difundir sus resultados.

Definición de caso

Criterio clínico

Fiebre o antecedentes de fiebre u otra clínica compatible.

Criterio de laboratorio

Al menos UNO de los siguientes:

- Confirmación de *Plasmodium* por microscopía óptica en frotis de sangre.
- Detección de ácido nucleico de *Plasmodium* en sangre.
- Detección del antígeno de *Plasmodium*, confirmada con otra de las pruebas (microscopía o detección de ácido nucleico).

Si es posible, se debe identificar la especie de *Plasmodium*. Ante la sospecha de paludismo, si la microscopía fuera negativa, se recomienda repetirla cada 12 a 24 horas (3 días) antes de descartar el diagnóstico definitivamente, en especial si han realizado o iniciado tratamiento recientemente.

Criterio epidemiológico

- Antecedente de estancia en zona endémica.
- Sin antecedente de estancia en zona endémica, exposición en medio asistencial (estancia en establecimiento donde se atienden casos de paludismo, trasplante, transfusión, etc.) o neonatos o lactantes cuando la madre es caso confirmado o exposición de riesgo (ej.: personal sanitario, trabajo en aeropuerto).

Clasificación de los casos

Caso sospechoso: no procede.

Caso probable: no procede.

Caso confirmado: persona que cumple algún criterio de caso confirmado por laboratorio.

Definición de brote

Detección de dos o más casos que tengan una relación epidemiológica, y al menos uno de ellos con transmisión autóctona.

MODO DE VIGILANCIA

La vigilancia del paludismo difiere en función de si se trata de un caso importado o de un caso autóctono:

- a) Casos **importados** son de declaración obligatoria individualizada con periodicidad **semanal**.
- b) Casos **autóctonos** son de declaración obligatoria individualizada **urgente**; también los brotes.

Los casos se notificarán de manera individualizada al Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles de la Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública, en el teléfono 91 370 08 88 o al correo-electrónico epidemiologia.vigilancia@salud.madrid.org.

Los datos a recoger se incluyen en la Encuesta Epidemiológica de Paludismo (anexo I).

El Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles notificará con periodicidad semanal a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) los casos confirmados importados, y de manera urgente los casos autóctonos, las sospechas de infección adquirida localmente, los brotes y los casos importados de países no endémicos.

MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA

MEDIDAS PREVENTIVAS

Las medidas preventivas para esta enfermedad van dirigidas principalmente a proteger a las personas que viajen a zonas endémicas (incluyendo las personas nacidas en zonas endémicas residentes en España y sus descendientes, cuando vuelven de visita a sus países de origen) y se basan fundamentalmente en reducir el riesgo de picaduras de mosquitos y la recomendación de quimioprofilaxis cuando está indicada.

Es importante que el personal sanitario conozca el potencial riesgo de que se produzcan casos por esta enfermedad y que se contemplen rigurosamente las medidas estándar de precaución de transmisión por contacto, especialmente en centros sanitarios que atienden casos de paludismo.

Recomendaciones a viajeros internacionales

No se dispone de una vacuna indicada para personas que viajen, por tanto, la prevención se basará en las siguientes medidas:

- Informar y educar a la persona que viaje sobre el riesgo de contraer la enfermedad, sus características (período de incubación, síntomas y la posibilidad de inicio tardío de la enfermedad) y las formas de prevenirla.
- Evitar las picaduras de mosquitos
- Recibir la quimioprofilaxis adecuada cuando está indicada.
- Consultar inmediatamente con el personal sanitario para recibir un diagnóstico y un tratamiento oportunos, en caso de que aparezca clínica (fiebre, cefalea, mialgias o clínica digestiva) a partir de una semana después de haber entrado en un área donde hay riesgo de paludismo y hasta 3 meses después (o, en raras ocasiones, incluso más tarde) de salir de ella.

Las mujeres embarazadas no deben visitar zonas palúdicas, salvo que sea por causa ineludible. El paludismo en la gestación aumenta el riesgo de muerte materna, aborto, muerte fetal y muerte neonatal.

Las empresas que empleen a personas desplazadas a zonas endémicas deberán garantizar que reciben consejo previo al viaje.

Protección antimosquitos. Se debe recomendar a las personas que viajen a zonas endémicas:

- Conocer y evitar el hábitat del mosquito: reducir exposición al aire libre desde el atardecer al amanecer, especialmente durante y después de la estación lluviosa.
- Usar barreras físicas: vestir ropa larga evitando colores oscuros, utilizar aire acondicionado, mosquiteras en puertas y ventanas y para dormir, especialmente si están tratadas con repelentes o insecticidas.
- Utilizar repelentes tópicos entre el anochecer y el amanecer en las partes descubiertas del cuerpo. Son de eficacia probada los repelentes a base de DEET (NN, dietil-m-toluamida o NN, dietil-3-

metilbenzamida), en concentración mayor del 20% e igual o inferior al 50% (permitido en mayores de 2 años). También se puede utilizar otros con diferentes principios activos, como Icaridina al 20% (mayores de 3 años), IR3535® (3-N-butil-n-acetil-aminopropionato de etilo) ≥20% (mayores de 2 años) y citriodiol (mayores de 3 años).

Quimioprofilaxis. Su objetivo es reducir el riesgo de la enfermedad, evitar la gravedad y las complicaciones, pero no garantiza una protección total. La elección del fármaco debe individualizarse para cada caso, en función de sus características, del destino e itinerario, el tipo de estancia, la intensidad o facilidad de la transmisión en la zona y de la frecuencia o ausencia de resistencias. Se debe tomar regularmente desde antes del viaje, durante toda la estancia en el área de riesgo de paludismo y continuar durante 1-4 semanas después de abandonar la zona endémica, según el fármaco.

La información sobre los Consejos Sanitarios al viajero internacional puede ser consultada en la Web de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid: [Vacunación y consejos sanitarios para viajeros.](#)

MEDIDAS ANTE UN CASO

Ante la detección de un caso de paludismo, hay que realizar la encuesta epidemiológica que indague sobre el antecedente de estancia en zona endémica y la fecha del último viaje, para establecer si se trata de un caso importado o no. Durante la estancia del caso en centros sanitarios, se deben contemplar rigurosamente las medidas estándar de precaución de transmisión por contacto y prevención de picaduras. Si el servicio o el centro asistencial no pueden garantizar estas medidas, se deben plantear otras medidas, como la ubicación aislada del caso en una habitación.

Si se sospecha que se trate de un caso introducido, se reforzarán las medidas preventivas y de control, realizando encuesta y pruebas diagnósticas a las personas expuestas, búsqueda activa de casos, alerta a los servicios sanitarios en la zona, vigilancia entomológica y control vectorial.

Si se sospecha de transmisión iatrogénica se debe hacer una investigación epidemiológica que incluya la búsqueda del caso inicial y se valoren los posibles mecanismos de transmisión local. Esta investigación se debe complementar con el uso de métodos moleculares, para comprobar si las especies y el genotipado de *Plasmodium* son compatibles entre el caso índice y el caso inducido. El estudio del tipado molecular se puede realizar en el laboratorio de referencia de paludismo u otro laboratorio que disponga de las técnicas apropiadas.

Los tratamientos antipalúdicos suelen ser combinados y deben tener en cuenta la especie del parásito, las zonas de resistencia y la situación clínica. Las infecciones por *P. vivax* y *ovale* se deben tratar de forma específica.

OTRAS MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA

Medidas de precaución para la donación de sangre y hemoderivados

El Real Decreto 1088/2005, de 16 de septiembre, por el que se establecen requisitos técnicos y condiciones mínimas de la hemodonación y de los centros y servicios de transfusión, recoge en el anexo II los criterios de selección de personas donantes, que deben ser revisados y actualizados periódicamente por cada centro de transfusión sanguínea. Así mismo, se exige que se disponga de un registro en el que se recojan los requisitos relativos a la idoneidad de las personas donantes, del cribado de la sangre y los criterios de exclusión.

Las personas que hayan visitado o residido en áreas endémicas de paludismo, en principio, no deben ser aceptadas como donantes hasta que haya transcurrido un período de 4 meses a 3 años de su llegada (en función de la duración de la estancia y la presentación o no de síntomas de paludismo):

- Personas asintomáticas que han vivido los 5 primeros años de su vida en áreas palúdicas (podrían ser portadores asintomáticos): no serán aceptadas para donar hasta pasados al menos 3 años de su última visita a zona endémica. Este período se puede reducir a 4 meses si se dispone de un resultado negativo en una prueba inmunológica o genómica molecular validada para diagnóstico de paludismo.

- Personas con antecedente de paludismo, actualmente asintomáticas: serán excluidas hasta pasados 3 años del tratamiento y tras resultado negativo en una prueba validada para diagnóstico de paludismo.
- Personas asintomáticas que hayan visitado un área donde el paludismo es endémico: pueden ser aceptadas para donar 6 meses después, o antes si se dispone de un resultado negativo en una prueba validada para diagnóstico de paludismo.
- Personas con antecedente febril sin diagnóstico durante su visita o en los 6 meses posteriores a estancia en zona endémica: serán excluidas durante 3 años. Este período se puede reducir a 4 meses si se dispone de un resultado negativo en una prueba validada para diagnóstico de paludismo.

En caso de duda sobre si una zona es endémica, o de si excluir a la persona donante, se puede aprovechar la donación sólo para plasma, ya que el parásito sólo se transmite por componentes celulares.

Medidas de precaución para la donación de órganos, tejidos y células

El Documento de Consenso del Grupo de Estudio de la Infección en el Trasplante (GESITRA), perteneciente a la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC), y la Organización Nacional de Trasplantes (ONT) sobre los Criterios de Selección del Donante de Órganos Sólidos en Relación a las Enfermedades Infecciosas, aprobado en la Comisión de Trasplantes del Consejo Interterritorial del CIT el 3 de julio de 2019, establece en el epígrafe X.2 una serie de recomendaciones en relación con el paludismo:

- Realizar cribado a personas donantes de zona endémica (especialmente África sub-Sahariana) en los últimos 3 años mediante frotis y gota gruesa y detección de antígenos por inmunocromatografía (RDT-malaria).
- Realizar PCR de *Plasmodium* de forma diferida para detectar parasitemias bajas o mixtas.
- El paludismo en personas donantes no es contraindicación absoluta para la utilización de los órganos, salvo que sea la causa del fallecimiento.
- En caso de que la persona donante padezca paludismo, se iniciará el tratamiento en el receptor de forma precoz.

Estas recomendaciones están alineadas con las especificadas en la Guía del Consejo de Europa sobre la Calidad y la Seguridad de los Órganos Humanos para Trasplante, en su 8ª Edición, del año 2022.

En el caso de los tejidos, en la 5ª Edición de la Guía del Consejo de Europa sobre la Calidad y la Seguridad de Tejidos y Células para uso en humanos se indica que, según factores como el historial de viajes y los antecedentes clínicos de la persona donante y de la situación epidemiológica, se pueden realizar más pruebas, incluyendo la detección de infecciones tropicales, incluido el paludismo. En el caso de donantes pediátricos, se debe tener en cuenta la posibilidad de transmisión de madre a su descendencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Heymann D L. Control of Communicable Diseases Manual. 21.ª Edición. Washington, American Public Health Association, 2022.
2. World Health Organization. Paludismo.
3. Velasco E, Gomez-Barroso D, Varela C, Diaz O, Cano R. Non-imported malaria
4. in non-endemic countries: a review of cases in Spain. Malar J. 2017;16:260. Disponible en: <https://malariajournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12936-017-1915-8>
5. Herrador Z and Fernández Martínez B, Quesada-Cubo V, Gómez Barroso D, Díaz García O, Cano Portero R, Gómez Barroso D. Imported cases of malaria in Spain: observational study using nationally reported statistics and surveillance data, 2002–2015. Malar J. 2019; 18:230. Disponible en: <https://malariajournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12936-019-2863-2>
6. Informes epidemiológicos sobre la situación de paludismo en España. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Disponible en: https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Paginas/Resultados_Vigilancia_Paludismo.aspx
7. DECISIÓN DE EJECUCIÓN (UE) 2018/945 DE LA COMISIÓN de 22 de junio de 2018 sobre enfermedades transmisibles y problemas sanitarios especiales relacionados que deben estar sujetos a vigilancia epidemiológica, así como las definiciones de casos pertinentes
8. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Informe de situación y evaluación del riesgo para España de paludismo, 2015. Julio de 2015. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2023. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/analisisituacion/doc/ER_paludismo_2015_FINAL.pdf
9. Hospital-acquired malaria infections in the European Union – 30 April 2018, Stockholm, 2018. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/2018-04-30-RRA-Hospital-acquired-Malaria-European-Union-with%20erratum.pdf>
10. Ministerio de Sanidad y Consumo REAL DECRETO 1088/2005, por el que se establecen los requisitos técnicos y condiciones mínimas de la hemodonación y de los centros y servicios de transfusión.
11. Documento de Consenso del Grupo de Estudio de la Infección en el Trasplante (GESITRA) perteneciente a la Sociedad de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC) y la Organización Nacional de Trasplantes (ONT) sobre los Criterios de Selección del Donante de Órganos Sólidos en relación a las Enfermedades Infecciosas. Disponible en: <https://www.ont.es/wp-content/uploads/2023/06/CRITER2.pdf>.

ANEXO I. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE PALUDISMO

DATOS DE FILIACIÓN

Nombre: _____ **Apellido 1:** _____ **Apellido 2:** _____
DNI/NIE: _____ **Pasaporte:** _____ **CIPA:** _____ **CIP-SNS:** _____
Sexo al nacimiento: Hombre Mujer Intersexual Desconocido
Sexo administrativo: Hombre Mujer No determinado Desconocido
Fecha de nacimiento: __/__/____ **Edad:** ____ Años Meses (si menos de 2 años)
País de nacimiento: España Otro, especificar: _____ **Fecha aprox. llegada a España:** _____
Nacionalidad: _____ **Teléfono 1:** _____ **Teléfono 2:** _____
Domicilio: _____ **Nº:** ____ **Piso:** ____
Municipio: _____ **Código postal:** ____ **Distrito:** _____ **Zona Básica:** _____
Provincia: _____ **C. Autónoma:** _____ **País:** _____

DATOS DEL CASO

Fecha de inicio de síntomas: __/__/____ **Fecha de diagnóstico:** __/__/____
Clasificación del caso: Confirmado **Criterios de clasificación:** Clínico
 Laboratorio
 Epidemiológico
Ingreso hospitalario (estancia de al menos una noche; no generan estancias las camas de observación de urgencias):
 No
 Sí ⇒ Hospital: _____ Servicio _____
Fecha de ingreso: __/__/____ **Fecha de alta:** __/__/____ **Motivo de alta:** Traslado a domicilio
 Traslado a otro centro
Estancia en UCI: No Exitus
 Sí ⇒ **Fecha de ingreso:** __/__/____ **Fecha de alta:** __/__/____
Nº historia clínica: _____
Evolución: **Curación:** No Sí
Secuelas: No Sí ⇒ Especificar: _____
Fallecimiento: No Sí ⇒ **Fecha:** __/__/____ **Motivo de fallecimiento:** Esta enfermedad
 Otra causa
Colectivo de interés: _____
Asociado a otro caso o brote (detallar la información sobre el caso o brote asociado):
 Sí ⇒ **Nº de brote:** ____ **Otra información sobre casos asociados:** _____
 No
Lugar de contagio del caso (lugar posible de exposición o adquisición de la enfermedad):
 Coincide con el domicilio
 Diferente del domicilio (Rellenar la siguiente información):
Tipo de lugar o colectivo: _____
Dirección: _____ **Nº:** ____ **Piso:** ____
Municipio: _____ **Código postal:** ____ **Distrito:** _____ **Zona Básica:** _____
Provincia: _____ **C. Autónoma:** _____ **País:** _____

DATOS DEL NOTIFICADOR

Nombre: _____ **Fecha de notificación:** __/__/____
Centro/Institución: _____ **Servicio:** _____
Municipio: _____ **Teléfono:** _____ **Email:** _____

DATOS DE LABORATORIO

Técnica diagnóstica	Muestra	Resultado	Fecha toma muestra	Fecha resultado
Detección de ácido nucleico	_____	_____	__/__/__	__/__/__
Detección de antígeno	_____	_____	__/__/__	__/__/__
Visualización	_____	_____	__/__/__	__/__/__

Agente causal (marcar una de las siguientes opciones):

Plasmodium falciparum *Plasmodium ovale* *Plasmodium knowlesi*
 Plasmodium vivax *Plasmodium cynomolgi* *Plasmodium simium*
 Plasmodium malariae *Plasmodium sp*

Agente causal en parasitaciones mixtas (marcar la segunda y tercera especies de *Plasmodium* si hubiera parasitación mixta):

Plasmodium falciparum *Plasmodium ovale* *Plasmodium knowlesi*
 Plasmodium vivax *Plasmodium cynomolgi* *Plasmodium simium*
 Plasmodium malariae *Plasmodium sp*

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

Identificador de muestra del declarante al LNR: _____ Identificador de muestra en el LNR: _____

DATOS ESPECÍFICOS DE PALUDISMO

Manifestaciones clínicas: Sí No (asintomático) Desconocido

Paludismo grave: Sí No Desconocido

Marcar "Sí" en el caso de presentar alguna de estas manifestaciones: encefalopatía aguda, convulsiones, confusión mental, coma, anemia grave, síndrome de distrés respiratorio agudo, ictericia e insuficiencia renal (hemoglobinuria palúdica), nefritis, fallo multiorgánico, rotura esplénica.

Administración de quimioprofilaxis (marcar una de las siguientes opciones):

Completa Incompleta Sin quimioprofilaxis NA (no indicada)

DATOS DEL RIESGO/EXPOSICIÓN

Estancia en otro país: No

Sí ⇒ País/es: _____

Fecha de entrada en el lugar de exposición del caso: __/__/__

Fecha de última estancia en el lugar de exposición del caso: __/__/__

Motivo de estancia en país endémico:

Inmigrante recién llegado Visita familiar / amigos (residente en España)
 Trabajador temporal / negocios Turismo o visita familiar/amigos (residente en país endémico)
 Turismo Trabajo voluntariado, cooperante, misiones
 Estudiante Militar
 Otro ⇒ Especificar: _____

Ocupación de riesgo:

Personal de aeropuerto/puerto Personal sanitario
 Militar Personal de laboratorio

Caso importado:

Sí No

Exposición en casos no importados:

Picadura de mosquitos Asociada a cuidados sanitarios
 Asociada a trasplante (probado) Transmisión de madre a feto durante gestación
 Asociada a transfusión Desconocida

Tipo de caso no importado:

Introducido (caso índice asociado y vector local) Autóctono (caso índice desconocido y vector local)
 Nosocomial (pacientes, excluida transfusión o trasplante) Inducido (otros: transfusión, trasplante, laboratorio)
 Aeropuerto/puerto (vector importado) Críptico (exposición desconocida tras investigación adecuada)

Datos de la Madre (en menores de 15 años):

País de nacimiento: _____

Fecha aprox. de llegada a España: _____

OBSERVACIONES