SVEA
SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ANDALUCIA

PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y ALERTA DE FIEBRE DEL NILO OCCIDENTAL (WEST NILE)

Actualizado en abril de 2026



PROTOCOLOS DE VIGILANCIA Y RESPUESTA EN SALUD PÚBLICA

Junta de Andalucía
Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias

Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía. 2026

[Sevilla]: Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias [2026]

Colección Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía.



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

EDITA: Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias

Avda. Innovación s/n

41020-Sevilla

Servicio de Vigilancia y Salud Laboral. Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica. Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias.

Adaptación al SVEA del Protocolo de vigilancia de fiebre del Nilo occidental. Sistema de Vigilancia de las Enfermedades Transmisibles. Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública. Aprobado por la Ponencia de Vigilancia Epidemiológica, la Comisión de Salud Pública y el Consejo Interterritorial de Salud en abril de 2026. Disponible en: https://cne.isciii.es/es/servicios/enfermedades-transmisibles/enfermedades-a-z/fiebre-nilo-occidental

Contenido

1. DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD 5
1.1. INTRODUCCIÓN 5
1.2. AGENTE 6
1.3. DIAGNÓSTICO 6
1.4. RESERVORIO 7
1.5. MODO DE TRANSMISIÓN 7
1.6. PERIODO DE INCUBACIÓN 8
1.7. SUSCEPTIBILIDAD 8
2. VIGILANCIA DE LA ENFERMEDAD 8
2.1. OBJETIVOS DE LA VIGILANCIA 8
2.2. DEFINICIÓN DE CASO 9
2.3. CLASIFICACIÓN DE CASOS 11
2.4. DEFINICIÓN DE ALERTA 11
2.5. DEFINICIÓN DE BROTE 11
3. MODO DE VIGILANCIA 12
3.1. DISPOSITIVO DE VIGILANCIA 12
3.2. REMISIÓN AL LABORATORIO DE REFERENCIA 13
3.3. NOTIFICACIÓN DE ALERTA POR CASO DE EDO URGENTE Y BROTE O CLUSTER 16
4. MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA 18
4.1. MEDIDAS PREVENTIVAS 18
4.2. MEDIDAS ANTE UN CASO 19
4.2.1. Control del caso 19
4.2.2. Actuaciones medioambientales 19
4.2.3. Manipulación de muestras de tejidos y recomendaciones post mortem 20
4.2.4. Medidas de precaución para las donaciones de sangre 20
4.2.5. Medidas de precaución para las donaciones de órganos, tejidos y células 21
BIBLIOGRAFÍA 24
ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA 27

ANEXO 1 33
ANEXO 2: Diagrama de actuaciones ante un caso confirmado de FNO. 34

1. DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD

1.1. INTRODUCCIÓN

La fiebre por el virus del Nilo occidental (VNO) es una enfermedad infecciosa transmitida por picadura de mosquitos. El virus fue aislado por primera vez en 1937 en el distrito West Nile de Uganda. Entre los años 50 y 80 fue aislado de mosquitos, aves y mamíferos en Europa, África, Australia e India, produciendo casos sintomáticos esporádicos en humanos. En las últimas décadas, ha surgido en forma de brotes y epidemias con una importante proporción de casos graves en regiones templadas de Europa y América, convirtiéndose en una amenaza de salud pública, humana y animal.

La mayoría de las infecciones en humanos son asintomáticas (aproximadamente el 80%). Aproximadamente un 20% de las personas infectadas presentan un cuadro con síntomas similares a la gripe caracterizado por fiebre, cefalea, fatiga, mialgia, malestar general, náuseas, vómitos y, a veces, exantema maculopapular y adenopatías. Menos del 1% de los infectados enferman gravemente con afectación neurológica (meningitis/encefalitis/parálisis fláccida). La encefalitis es más frecuente que la meningitis. La parálisis fláccida es una presentación clínica relativamente frecuente en personas jóvenes sanas. Puede haber también afectación digestiva y se han descrito, aunque con poca frecuencia, miocarditis, pancreatitis y hepatitis fulminante. Aproximadamente un 10% de las formas neurológicas pueden ser mortales. No hay vacunas para uso en humanos ni medicamentos antivirales específicos. El tratamiento es sintomático y de apoyo.

En España la presencia de VNO se conoce desde los años 90 por estudios retrospectivos sobre sueros humanos (años 80) de población del Delta del Ebro en los que se hallaron anticuerpos frente a VNO. La red EVITAR de investigación en enfermedades transmitidas por artrópodos y roedores, se puso en marcha en 2001 y el Plan de Vigilancia del VNO, que contempla la vigilancia en aves, équidos y mosquitos, se inició en 2007. En animales, la vigilancia es pasiva en aquellos que presentan síntomas y activa con muestras centinelas en áreas de riesgo, principalmente del parque nacional de Doñana, el Delta del Ebro y otros humedales de Cataluña, Valencia, Murcia y Baleares. El plan se activa desde primavera hasta otoño. La vigilancia entomológica se basa en la identificación y estudio

de la distribución, actividad y presencia de VNO por PCR, en mosquitos capturados mediante trampas y el estudio de la densidad de especies transmisoras y la presencia de VNO en ellas. Desde 2010, todos los años se han notificado brotes en explotaciones equinas, sobre todo en el suroeste de Andalucía, pero también en Extremadura, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña y Comunidad Valenciana. El primer caso humano en España se publicó retrospectivamente en 2007, en una persona que había estado en Badajoz en 2004. En 2010 se notificaron 2 casos humanos de municipios de Cádiz. En 2016 se notificaron más de 70 focos equinos y hubo 3 casos humanos en personas que residían o visitaron municipios de las marismas del Guadalquivir. Entre 2017 y 2019 hubo escasos focos equinos y ningún caso humano. En 2020 se notificaron más de 100 focos equinos y 77 casos humanos en zonas con circulación conocida de VNO. Desde 2020 se han notificado casos humanos todos los años.

1.2. AGENTE

VNO, familia *Flaviviridae*, género *Orthoflavivirus*. Sólo los linajes 1 y 2 se han asociado con enfermedad en humanos y se considera que ambos tienen características similares de patogenicidad. El linaje 1 está ampliamente distribuido en todos los continentes; y el linaje 2 hasta principios del siglo XXI se había aislado sólo en África Subsahariana y Madagascar, en Europa emergió en 2004 y desde entonces se ha expandido por Europa central y región del Mediterráneo oriental, donde en la actualidad es responsable de muchos de los casos humanos. En España, se ha detectado el linaje 1 del virus en humanos, aves, mosquitos y caballos desde el año 2007; el linaje 2 se ha detectado en aves silvestres y mosquitos en Lleida y Tarragona desde 2017. En Andalucía el linaje de VNO identificado generalmente es el 1; aunque el linaje 2 se identificó durante 2024 en la provincia de Jaén en un caso humano y en un ave, y en 2025 en la provincia de Almería en mosquitos.

1.3. DIAGNÓSTICO

En el diagnóstico de infecciones neurológicas, las muestras de elección incluyen sangre total, suero, líquido cefalorraquídeo (LCR) y orina. La detección del genoma viral mediante reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real (RT-PCR) en LCR presenta una sensibilidad limitada, por lo que un resultado negativo no descarta la infección. Del mismo

modo, la baja carga viral y la corta duración de la viremia reducen la sensibilidad de esta técnica en suero. Estudios recientes han evidenciado la excreción prolongada del virus en orina en algunos casos, lo que la convierte en una muestra relevante para los estudios moleculares. La serología, basada en la detección de anticuerpos en suero y LCR, debe emplearse como método complementario a las pruebas moleculares. La respuesta inmunitaria humoral se caracteriza por la detección de IgM generalmente en la primera semana de enfermedad, mientras que la seroconversión de IgG se observa a partir del octavo día del inicio del cuadro clínico.

1.4. RESERVORIO

Es una zoonosis con un ciclo biológico complejo que incluye a un huésped vertebrado reservorio primario (aves) y un vector (mosquito), que se amplifica a través de la constante transmisión entre el mosquito vector y las aves. El ser humano y otros mamíferos, como los caballos, son huéspedes accidentales que no contribuyen al mantenimiento del ciclo.

1.5. MODO DE TRANSMISIÓN

En las personas, la vía de transmisión más frecuente es la picadura de un mosquito infectado. Se han identificado hasta 40 especies de mosquitos capaces de actuar como vectores, principalmente del género *Culex*, algunas de cuyas especies están ampliamente distribuidas en la península ibérica. El ser humano no es infectivo para el mosquito debido a que su viremia es poco intensa.

El periodo de incubación extrínseco, desde que un mosquito pica a un ave infectada hasta que a su vez el mosquito se convierte en infectivo, es un parámetro muy variable y depende de la temperatura. Puede oscilar en promedio desde los 4 días a temperaturas de 28ºC hasta 15 días a temperaturas de 18ºC. Los mosquitos infectados permanecen infecciosos el resto de su vida, que en general es de pocos días y varía según la temperatura y la abundancia de predadores. La temperatura ambiente también puede modificar el tiempo que tarda el mosquito en volverse infectivo, disminuyendo a temperaturas altas. Además, existe transmisión transovárica y sexual del virus durante la reproducción de los mosquitos.

La transmisión de persona a persona se ha descrito, aunque se considera que es muy poco frecuente: por transfusión o trasplante, vía transplacentaria y por exposición accidental (autopsias, laboratorio).

En el ser humano el pico de viremia aparece a los 4-8 días post-infección. La concentración de virus en sangre en humanos es muy baja como para infectar a un mosquito. En aves la viremia dura unos 7 días, pero la concentración de virus en sangre es mucho más elevada que en humanos.

1.6. PERIODO DE INCUBACIÓN

Se sitúa entre 2 y 14 días, aunque en personas inmunodeprimidas puede ser de hasta 21 días.

1.7. SUSCEPTIBILIDAD

La susceptibilidad en zonas donde no ha circulado el virus es universal. La infección confiere inmunidad duradera. Aunque se dan reacciones cruzadas entre anticuerpos de distintos flavivirus, no hay inmunidad cruzada. Existe mayor riesgo de mortalidad a mayor edad, en hombres, receptores de órgano sólido, consumo excesivo de alcohol y quienes padecen diabetes, enfermedad renal crónica, enfermedad cardiovascular, hipertensión, cáncer o inmunodepresión.

2. VIGILANCIA DE LA ENFERMEDAD

2.1. OBJETIVOS DE LA VIGILANCIA

1. Conocer el patrón epidemiológico de presentación de los casos humanos en aquellas zonas de Andalucía en las que se haya identificado con anterioridad una circulación del virus 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 precozmente los casos y los brotes para asegurar un diagnóstico y tratamiento precoz de las personas expuestas e identificar nuevos territorios epidémicos (circulación

del virus no conocida previamente) para adoptar las medidas de prevención y control adecuadas.

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.

2.2. DEFINICIÓN DE CASO

CRITERIO CLÍNICO

- Persona con o sin fiebre y al menos, uno de los signos o síntomas siguientes (en ausencia de otra causa que lo justifique): encefalitis, meningitis, parálisis flácida aguda, síndrome de Guillain-Barré u otra manifestación neurológica.
- Persona con fiebre > 38,5 ºC y, al menos, uno de los siguientes síntomas: cefalea o exantema maculopapular. Aplicable exclusivamente a aquellas personas que consulten en urgencias hospitalarias y que residen o han visitado una **Comarca de Especial Seguimiento (CES) o un Área en Alerta.**

Para el año 2026, se definen 2 **CES**:

- CES 1. Todo el término municipal de Tarifa, Barbate, Vejer de la Frontera, Benalup-Casas Viejas y Medina Sidonia.
- CES 2. Todo el término municipal de Coria del Río, Dos Hermanas, La Puebla del Río, Palomares del Río, Los Palacios y Villafranca, Almensilla y Bollullos de la Mitación.

Área en alerta: territorios en los que exista circulación de VNO en la temporada en curso en mosquitos, aves o caballos a ≤ 1,5 km de zonas pobladas o, al menos, un caso humano. Dentro de esta condición se podrán considerar municipios o unidades territoriales concretas inferiores al término municipal llamadas Áreas Singulares que son zonas identificadas por su separación física o distribución espacial propia dentro de la delimitación o demarcación municipal. La situación de área en alerta será **temporal**

durante 4 semanas contadas a partir de la fecha en la que la Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica tenga confirmación de la circulación del VNO, siempre y cuando no haya información nueva sobre circulación de VNO en dicho territorio y se hayan adoptado correctamente las acciones recogidas en el Programa de vigilancia y control integral de vectores de la fiebre del Nilo occidental (FNO). Ante nueva presencia de circulación de VNO se ampliará dicho periodo, a contar desde la fecha de la toma de muestra positiva, hasta que haya 4 semanas seguidas sin circulación del mismo.

La información sobre el nivel de riesgo de los territorios y en consecuencia, aquellos que se encuentran en situación de Área en alerta puede consultarse en el siguiente enlace: https://juntadeandalucia.es/organismos/sanidadpresidenciayemergencias/areas/sanidad/entornos-saludables/salud-ambiental/paginas/programa-vigilanciavno-2026.html.

CRITERIO DE LABORATORIO

Criterios de caso **confirmado:**

Al menos uno de los cuatro siguientes:

- Aislamiento del virus a partir de muestra clínica.
- Detección de ácido nucleico viral en muestra clínica.
- Detección de anticuerpos específicos IgM en LCR.
- Detección de anticuerpos IgM e IgG específicos en suero, confirmada por neutralización.

Criterio de caso **probable:**

- Detección de anticuerpos IgM específicos en suero no confirmados por neutralización.

Los resultados de laboratorio se interpretarán según el estado vacunal y exposición previa a otros flavivirus como virus dengue, virus de la encefalitis japonesa, fiebre amarilla y encefalitis transmitida por garrapatas.

Para el estudio de laboratorio del VNO se enviarán a los laboratorios andaluces de referencia, según el área geográfica correspondiente, muestras de líquido cefalorraquídeo, sangre completa, suero y orina para la confirmación del diagnóstico y la

caracterización del virus detectado en las formas graves neuroinvasivas. En las formas leves, sin afectación neurológica, se enviarán exclusivamente muestras de sangre completa y orina, cuando proceda, para estudio mediante PCR. *(Ver apartados 3.1.Dispositivo de vigilancia y 3.2.Remisión al laboratorio de referencia)*

CRITERIO EPIDEMIOLÓGICO

Al menos una de las dos relaciones epidemiológicas siguientes (21 días previos):

- Antecedente de residir, haber visitado o de haberse expuesto a picaduras de mosquito en zonas endémicas o en las que se haya detectado presencia de VNO. En Andalucía, estas zonas se definen con nivel de riesgo alto y área en alerta.
- Transmisión de persona a persona: transmisión vertical (madre con infección activa); antecedente de transfusión sanguínea o por trasplante de donante de zona endémica, o accidente de laboratorio, en ausencia de otro mecanismo de transmisión.

2.3. CLASIFICACIÓN DE CASOS

- ***Caso sospechoso:*** No procede.
- ***Caso probable:*** Persona que cumple los criterios clínicos O algún criterio epidemiológico JUNTO CON el criterio de laboratorio de caso probable
- ***Caso confirmado:*** Persona que cumple algún criterio de laboratorio de caso confirmado.

- ***Caso importado:*** Persona que cumpla los criterios de laboratorio de confirmación y haya estado, durante todo el periodo de incubación, en otro país considerado endémico o con circulación del VNO.

2.4. DEFINICIÓN DE ALERTA

Se considera alerta en Salud Pública **un solo caso** de esta enfermedad, de declaración urgente, al ser una enfermedad emergente en España.

2.5. DEFINICIÓN DE BROTE

La detección de 2 o más casos con relación epidemiológica.

3. MODO DE VIGILANCIA

3.1. DISPOSITIVO DE VIGILANCIA

En Andalucía, la vigilancia humana de la fiebre del Nilo occidental es continua, es decir, a lo largo de todo el año, pero se diferencian dos dispositivos de vigilancia humana en función de si nos encontramos en la temporada de mayor actividad del vector o fuera de esta temporada.

- La temporada de actividad del vector se extiende desde mayo a noviembre, y el riesgo de aparición de casos en humanos aumenta en esta temporada.

  La vigilancia humana consistirá en la búsqueda de casos entre aquellos que presenten como criterio clínico, síntomas neurológicos compatibles sin otra etiología, con o sin fiebre, en personas residentes o que hayan visitado Andalucía. En estos casos, se tomarán muestras de LCR, sangre completa, suero y orina para determinar la presencia de VNO, que se incluirá en el diagnóstico diferencial de encefalitis, meningitis linfocitaria, parálisis flácida aguda y/o Guillain-Barré.

  En las formas neuroinvasivas, ante la sospecha de FNO, es decir, en el momento que se plantea el envío de muestras al laboratorio de referencia para determinar la presencia de VNO, es necesario realizar la declaración del caso en RedAlerta con el evento “Meningitis vírica”, cumplimentar la encuesta epidemiológica anexa a este protocolo y adjuntarla a la ficha de RedAlerta correspondiente de forma urgente (antes de 24 horas). Si los resultados de laboratorio son compatibles con los criterios de caso confirmado o probable, según lo establecido en este protocolo, se cambia el evento de declaración a Fiebre del Nilo Occidental.

  Además, se realizará una búsqueda de casos entre aquellas personas que presenten fiebre asociada a cefalea, exantema o ambos que consulten en urgencias hospitalarias y sean residentes o hayan visitado una Comarca de Especial Seguimiento o un Área en Alerta durante la duración de la misma. En estos casos se tomarán muestras de sangre completa y orina para determinar la presencia de VNO mediante PCR.

La declaración y la encuesta en los **casos leves** (sin afectación neurológica) solo procede ante casos **confirmados**, la encuesta deberá cumplimentarse en las primeras 24 horas tras la confirmación. Sin embargo, en escenarios en los que la DGSPyOF identifique un riesgo individual incrementado de fiebre del Nilo occidental, podrá instar a la declaración y realización de la encuesta **previa a la confirmación** del caso.

- Fuera de la temporada de mayor actividad del vector, desde diciembre hasta abril, el riesgo de aparición de casos en humanos disminuye.

  La vigilancia humana consistirá en la búsqueda de casos entre aquellos que presenten como criterio clínico, síntomas neurológicos compatibles sin otra etiología, con o sin fiebre, en personas residentes o que hayan visitado Andalucía. En estos casos, se tomarán muestras de LCR, sangre completa, suero y orina para determinar la presencia de VNO, que se incluirá en el diagnóstico diferencial de encefalitis, meningitis linfocitaria, parálisis flácida aguda y/o Guillain-Barré.

  En las formas neuroinvasivas, ante la sospecha de FNO, es decir, en el momento que se plantea el envío de muestras al laboratorio de referencia para determinar la presencia de VNO, es necesario cumplimentar la encuesta epidemiológica anexa y adjuntarla a la ficha de RedAlerta correspondiente de forma urgente (antes de 24 horas).

3.2. REMISIÓN AL LABORATORIO DE REFERENCIA

ENVÍO DE MUESTRAS A LOS LABORATORIOS DE REFERENCIA EN ANDALUCÍA

Para el diagnóstico de laboratorio, se requiere el envío urgente de muestras a los **laboratorios andaluces de referencia**, que según la localización del caso serán:

- Laboratorio del Hospital Virgen de las Nieves de Granada: para Andalucía Oriental (Almería, Granada, Jaén y Málaga).
- Laboratorio del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla: para Andalucía Occidental (Cádiz, Córdoba, Huelva y Sevilla).

En caso de que el estudio solicitado sea la Neutralización o Seroneutralización, la muestra se remitirá **siempre** al Laboratorio Andaluz de Referencia de Virus del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada.

Envío de las muestras refrigeradas (2-8ºC) lo más rápidamente posible (<72 horas) o congelada (evitar congelación/descongelación), si se prevé una demora mayor a 72 horas. Se utilizarán los cauces habituales para el envío. Todas las muestras deben de enviarse en tubos estériles que cumplan los requisitos de bioseguridad y con tapón a rosca. No se admiten contenedores con tapón a presión a excepción de los tubos primarios de recogida de suero (en estos casos, precintar bien el tubo).

Las muestras junto con la hoja de solicitud correspondiente a cada centro hospitalario se enviarán, según la localización del caso, al:

- Laboratorio del Hospital Virgen de las Nieves de Granada.

Descargar el volante de solicitud para estudio de virus en el siguiente enlace: https://www.huvn.es/asistencia_sanitaria/microbiologia/laboratorio_de_referencia_de_virus_de_andalucia/formulario_para_la_solicitud_de_estudios_de_virus, marcar estudio de virus West Nile en el apartado correspondiente en el volante de petición, y enviar la muestra junto con el volante de solicitud cumplimentado. La dirección de envío de las muestras es:

Unidad de Virus
Servicio de Microbiología
Hospital Universitario Virgen de las Nieves
Av. Fuerzas Armadas s/n. 18014 Granada

Tfno.: 958020422 / 677906402 (736402 desde corporativos)

- Laboratorio del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla.

Se adjunta hoja de solicitud en Anexo 1 que se debe remitir cumplimentada junto con la hoja de declaración y la muestra correctamente identificada. La dirección de envío de las muestras es:

Servicio de Microbiología
Recepción de Muestras
Edificio Laboratorio 2ª Planta
Hospital Universitario Virgen del Rocío
Avda. Manuel Siurot s/n. 41023 Sevilla

En caso de muestras positivas por PCR a VNO se procederá a caracterización por secuenciación genómica de VNO. Las secuencias genómicas de VNO en humanos se depositan en SIEGA, donde también se integran las secuencias genómicas de VNO en animales y mosquitos.

En el estudio de laboratorio, además de VNO, se incluirá el estudio de virus Toscana (VTOS) en todos los casos neuroinvasivos (VTOS es un flebovirus transmitido por flebótomos, capaz de producir cuadros neurológicos y que actualmente co-circula en muchas de las zonas donde se ha detectado presencia de VNO.). Por otro lado, en los casos con afectación neurológica, una vez descartados como agente causal VNO y Toscana, se realizará determinación de virus Usutu (VUSU: es un flavivirus del mismo complejo antigénico que VNO, con quien comparte nicho ecológico).

ENVIO DE MUESTRAS AL CENTRO NACIONAL DE MICROBIOLOGÍA

Deben enviarse al laboratorio de referencia del Centro Nacional de Microbiología (CNM_ISCIII) muestras de todos los casos autóctonos identificados por Andalucía como confirmados y probables, para validación del diagnóstico y caracterización del virus detectado, junto con información sobre resultados diagnósticos previos frente a otros flavivirus así como antecedente de vacunación frente a alguno de ellos.

Para el envío de muestras al CNM, se seguirán las siguientes normas:

Se utilizará la aplicación informática GIPI. Se seguirán las instrucciones, tanto para el envío y tipo de las muestras, como para la solicitud del estudio de brotes; todo ello de acuerdo con los permisos establecidos para los responsables de las comunidades autónomas. La dirección y teléfonos de contacto son:

Área de Orientación Diagnóstica
Centro Nacional de Microbiología
Instituto de Salud Carlos III
Carretera Majadahonda-Pozuelo, km 2
28220 Majadahonda-ESPAÑA
Tfo: 91 822 37 01- 91 822 37 23- 91 822 36 94
CNM-Área de Orientación Diagnóstica cnm-od@isciii.es
Laboratorio: Tfo: 91 822 36 32- 91 822 34 05- 91 822 39 54

Si las muestras no pueden enviarse en un plazo inferior a 24 horas, se mantendrán refrigeradas (<48 horas, 4 ºC) o ultracongeladas (>48 horas, < -70 ºC) hasta su envío.

El envío de las muestras se realizará garantizando su refrigeración y/o congelación en el caso de que hayan sido congeladas (evitando la congelación/descongelación) y siguiendo la normativa vigente para muestras biológicas de clase B (las usuales en el envío de muestras al Centro Nacional de Microbiología).

3.3. NOTIFICACIÓN DE ALERTA POR CASO DE EDO URGENTE Y BROTE O CLUSTER

Según la 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, se considera alerta en Salud Pública un caso de esta enfermedad por ser de declaración urgente como enfermedad emergente.

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

En días laborables, en horario de 8:00 a 15:00 horas, la notificación de la sospecha de caso, si la detección se produce en Atención Primaria, se efectuará a Epidemiología de Atención Primaria (EAP) del Distrito Sanitario o Área de Gestión Sanitaria. Si se produce en Atención Hospitalaria se realizará a Medicina Preventiva (MP). EAP o MP grabarán la

ficha correspondiente en la aplicación RedAlerta con los datos disponibles, colgarán la encuesta e informarán a la Delegación Provincial, Sección de Epidemiología.

Entre las 15:00 y las 8:00 horas del día siguiente, los fines de semana y festivos, la comunicación se realizará al Centro de Emergencias Sanitarias (CES 061), utilizando el número de teléfono 902.220.061. El CES 061 avisará de inmediato a través del teléfono provincial de alerta a Epidemiología, que grabará el caso en la aplicación RedAlerta, adjuntará la encuesta y lo comunicará al teléfono central de alertas.

El personal médico con ejercicio privado, lo comunicará a Epidemiología de la Delegación Territorial en horario laboral o al Centro de Emergencias Sanitarias, utilizando el número de teléfono 902.220.061 en horario no laboral.

Durante todo el año y en cualquier territorio, los casos autóctonos probables o confirmados que se diagnostiquen se comunicarán inmediatamente al servicio de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía, que lo comunicará de forma urgente al Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES) del Ministerio de Sanidad y al Centro Nacional de Epidemiología (CNE). El CCAES valorará junto con las autonomías afectadas las medidas a tomar y, si fuera necesario, su notificación al Sistema de Alerta y Respuesta Rápida de Unión Europea y a la OMS de acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional (2005).

La comunidad autónoma, en concreto el servicio de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía notificará, de forma individualizada, los casos nuevos probables o confirmados en la plataforma electrónica que esté establecida para este uso. Enviará la información inicial de declaración del caso de forma urgente si se trata de casos autóctonos y semanalmente en los importados. 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. Al final de este protocolo se incluye la encuesta epidemiológica de caso que recoge la información relevante en la vigilancia de esta enfermedad.

La declaración de alerta por brote o clúster no sustituye la declaración de cada caso. En caso de brote, la unidad de SVEA correspondiente adjuntará en la ficha de RedAlerta el

informe inicial o preliminar a las 24 horas de la declaración y actualizaciones posteriores cuando existan cambios relevantes. Asimismo, se redactará 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. La comunidad autónoma, notificará el brote al CNE, en la misma plataforma, así como 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.

4. MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA

4.1. MEDIDAS PREVENTIVAS

De forma amplia, la prevención de la infección en humanos está basada en **evitar las picaduras de mosquitos, en aumentar la seguridad en las transfusiones y trasplantes y en la gestión integrada del vector.**

Dado que es una enfermedad emergente, son fundamentales las actividades de comunicación y sensibilización de la población general y de los profesionales sanitarios para que se impliquen en las actividades de prevención y control de esta enfermedad.

Los mensajes a la población general se enfocan en reducir los lugares de cría de mosquitos (recipientes con agua, jardines y zonas verdes próximas a las viviendas, fugas, charcos, residuos, etc.) y usar medidas de protección individual incluyendo barreras físicas (vestir ropa adecuada, usar aire acondicionado y mosquiteras especialmente si están tratadas con repelentes), y repelentes tópicos en las partes descubiertas del cuerpo y sobre la ropa. Para más información sobre repelentes consultar nota informativa sobre uso de repelentes: https://juntadeandalucia.es/sites/default/files/inline-files/2025/04/110425_NotaInformativaUsoCorrectoRepelentesMosquitos.pdf

Los profesionales sanitarios deben conocer el potencial riesgo de que se produzcan casos de esta enfermedad, sobre todo, en zonas con circulación conocida del VNO, ya que facilitaría la detección precoz de los casos, mejoraría el tratamiento y el control de la enfermedad.

En cuanto a la seguridad en transfusiones y trasplantes se describe en los apartados específicos “4.2.4. Medidas de precaución para las donaciones de sangre” y “4.2.5. Medidas de precaución para las donaciones de órganos, tejidos y células”.

La gestión integrada del vector hace referencia a la vigilancia entomológica y a las medidas de control del vector, establecidas en Andalucía en el Programa de vigilancia y control integral de vectores de la FNO. Además, este programa específico recoge la vigilancia de VNO pasiva y activa en animales (caballos y aves).

En los viajes internacionales a zonas endémicas, especialmente durante la temporada de transmisión de la enfermedad, deben seguir las mismas recomendaciones indicadas para la prevención de la enfermedad 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

4.2. MEDIDAS ANTE UN CASO

Las medidas se iniciarán ante la identificación de un caso confirmado por Andalucía y ante casos probables en escenarios en los que la DGSPyOF identifique un riesgo individual incrementado de fiebre del Nilo occidental.

Las medidas ante un caso se detallan a continuación, y se recogen en el diagrama de actuaciones del Anexo 2.

4.2.1. Control del caso

No existe tratamiento específico ni profilaxis, por lo que se llevará a cabo el tratamiento sintomático y seguimiento de las complicaciones. En el medio sanitario, dado que la transmisión de persona a persona es muy poco frecuente (de forma excepcional por transfusión, trasplante de tejidos, órganos y células o por transmisión vertical), se adoptarán las precauciones estándar.

4.2.2. Actuaciones medioambientales

Las actuaciones medioambientales se recogen en el Programa andaluz de vigilancia y control integral de vectores de la FNO.

4.2.3. Manipulación de muestras de tejidos y recomendaciones post mortem

Se ha demostrado la transmisión accidental del VNO en personal de laboratorio, por heridas y laceraciones producidas de forma accidental mientras manipulaban fluidos y tejidos contaminados. Por ello, se hace necesario extremar las precauciones al realizar necropsias y manipular animales y objetos potencialmente contaminados, con el objetivo de disminuir el riesgo de exposición.

Todas las actuaciones en estos ámbitos deberán atenerse a lo dispuesto en el Real Decreto 664/1997 de protección frente a los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo y en el Real Decreto 18-6- 1982 núm. 2230/1982 de desarrollo de la Ley 21 de junio de 1980 reguladora de las autopsias clínicas.

4.2.4. Medidas de precaución para las donaciones de sangre

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 donantes, con la indicación de 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 recoja, entre otros, los requisitos relativos a la idoneidad para la donación, del cribado de la sangre, así como la inclusión de los criterios de exclusión.

En particular, la Orden SSI/795/2016, de 24 de mayo, actualiza las medidas establecidas para el VNO, de este modo: “Virus del Nilo occidental: exclusión durante 28 días tras abandonar una zona en la que se detectan casos de transmisión a humanos, a menos que se realice una prueba individual de detección del VNO mediante tecnología de amplificación genómica del ácido nucleico –NAT- y su resultado sea negativo.

En relación a las medidas de precaución para las donaciones de sangre, en Andalucía, la Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica, y la Red Andaluza de Medicina Transfusional, Tejidos y Células acuerdan realizar durante la temporada de actividad del vector:

- Cribado de VNO mediante NAT VNO en todos los municipios pertenecientes a las Comarcas de Especial Seguimiento, CES 1 y CES 2, a partir de la primera

detección de circulación de VNO ya sea en mosquitos, caballos, aves o casos humanos confirmados; manteniendo esta medida hasta un máximo de 28 días desde la última detección de circulación del virus en cualquier muestra.

- Cribado de VNO mediante NAT VNO en el resto de municipios andaluces, sólo ante la detección de casos humanos confirmados de FNO; y esta medida se mantiene hasta un máximo de 28 días desde la última detección de circulación del virus en cualquier muestra.

4.2.5. Medidas de precaución para las donaciones 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 ONT sobre los Criterios de Selección para la Donación 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. 15, una serie de recomendaciones en relación con el VNO:

• El cribado debe basarse en el antecedente epidemiológico de la persona donante (estancia en los 28 días previos en zonas donde existan casos de transmisión del VNO a humanos) dado que la mayoría de las infecciones son asintomáticas.

• Se recomienda valorar cribado mediante PCR en donaciones con riesgo epidemiológico y/o síntomas compatibles si en los 28 días previos a la donación existe:

- Estancia, viajes o transfusiones de productos sanguíneos durante periodos de actividad en áreas con transmisión activa del VNO (de mayo a noviembre en el hemisferio norte).
- Antecedentes de síndrome febril con o sin sintomatología neurológica durante estancia en áreas de transmisión activa de VNO.
- Personas donantes con fiebre y encefalopatía en el momento de la donación y antecedentes epidemiológicos de exposición potencial a VNO.

- Antecedentes de diagnóstico de infección por VNO.

• Si se detecta viremia o infección documentada por VNO en los 28 días previos se recomienda rechazar la donación de órganos.

• Si no es posible realizar cribado y existen factores de riesgo epidemiológico o antecedentes clínicos en los 28 días previos, considerar rechazar la donación de órganos.

En el caso de la donación de tejidos, también ha de estudiarse el antecedente de residencia o visita a zonas de riesgo en los 28 días previos a la donación y se realizará determinación del VNO por PCR en sangre, y si es posible, también en orina, en todas las donaciones de tejidos que haya residido o visitado zonas de riesgo en los 28 días previos a la donación.

Se recomienda poner en cuarentena los tejidos ya extraídos y preservados de donaciones de personas que hayan residido o visitado zonas de riesgo, así como rescatar una muestra de la seroteca y realizar determinación por PCR de VNO en sangre, y si es posible, también en orina.

En donaciones de progenitores hematopoyéticos que hayan visitado alguna de las áreas afectadas, se intentará posponer la donación al menos 28 días desde su salida del área afectada. Si no fuera posible, se realizará el cribado de VNO por PCR en sangre, y si es posible, también en orina.

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 9ª Edición, del año 2025.

En consonancia con estas recomendaciones, la Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica, y la Coordinación Autonómica de Trasplantes acuerdan, realizar cribado de VNO mediante NAT VNO en base al antecedente epidemiológico del donante, estancia en los 28 días previos en zonas donde existan casos de transmisión del VNO a humanos. De modo que, ante un caso humano confirmado de VNO en Andalucía se procederá a cribar a todos los donantes potenciales de órganos y/o tejidos que hayan

visitado o residido en zonas de riesgo (provincia donde se ha detectado el caso confirmado en humanos) en los 28 días previos a la donación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Heymann L. El control de las enfermedades transmisibles. 21ª Edición. Washington, D.C.: OPS, Asociación Americana de Salud Pública, 2022.

2. Ministerio de Sanidad. Plan Nacional de Prevención, Vigilancia y Control de las enfermedades transmitidas por vectores. Parte II. Enfermedades transmitidas por Culex. Abril 2023. Disponible en:

https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/preparacionRespuesta/Plan_Vectores.htm [consultado 19 de diciembre de 2023]

3. Madrid: Ministerio de Sanidad. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Evaluación rápida de riesgo. Meningoencefalitis por virus del Nilo occidental en España. Resumen de la temporada 2023. 18 de enero de 2024. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/alertasActuales/meningoencefalitis/docs/20240118_ERR_Nilo_Occidental_2023.pdf

4. Informes epidemiológicos sobre la situación de fiebre del Nilo occidental en España. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Disponible en: https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Paginas/Resultados_Vigilancia_Fiebre_Nilo_Occidental.aspx

5. Junta de Andalucía. Fiebre del Nilo occidental en Andalucía. Informe 2025 [Internet]. [citado 9 de abril de 2026]. Disponible en: https://juntadeandalucia.es/sites/default/files/inline-files/2026/03/20260225_Informe%20FNO%202025_090226%20modAGN_RevVigilancia_CSP_AGN_rev_PP_3.pdf

6. Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación. Programa de Vigilancia Fiebre del Nilo Occidental 2026. Disponible en:

https://www.mapa.gob.es/es/ganaderia/temas/sanidad-animal-higiene-ganadera/programafiebredelniloccidental2025rev_tcm30-437515.pdf

7. Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación. Actualización de la situación

epidemiológica de la fiebre del Nilo occidental (west Nile fever). (03.02.2025).

[Internet]. 2025. Disponible en: https://www.mapa.gob.es/es/ganaderia/temas/sanidad-animal-higieneganadera/informefno_03022025_tcm30-435293.pdf

8. 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.

9. European Centre for Disease Control and Prevention (ECDC). Factsheet about West Nile virus infection. [Internet]. Disponible en:

https://www.ecdc.europa.eu/en/west-nile-fever/facts/factsheet-about-west-nile-fever

10. European Centre for Disease Control and Prevention (ECDC). West Nile virus risk assessment tool. Stockholm: ECDC;2013. Disponible en:

https://www.ecdc.europa.eu/en/west-nile-fever/threats-and-outbreaks/west-nile-virus-risk

11. Rizzoli A, Jimenez-Clavero MA, Barzon L, Cordioli P, Figuerola J, Koraka P, Martina B, Moreno A, Nowotny N, Pardigon N, Sanders N, Ulbert S, Tenorio A. The challenge of West Nile virus in Europe: knowledge gaps and research priorities. Euro Surveill. 2015;20(20):pii=21135. Available online:

http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=21135

12. Busquets N, Laranjo-González M, Soler M, Nicolás O, Rivas R, Talavera S et al. Detection of West Nile virus lineage 2 in North-Eastern Spain (Catalonia). Transbound Emerg Dis. 2019;66(2):617-21

13. Niedrig. Find the right sample: A study on the versatility of saliva and urine samples for the diagnosis of emerging viruses. BMC infectious diseases [Internet]. 29 de diciembre de 2018 [citado 13 de octubre de 2020];18(1):707. Disponible en:

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30594124/

14. Vogels CBF, Hartemink N, Koenraadt CJM. Modelling West Nile virus transmission risk in Europe: effect of temperature and mosquito biotypes on the basic reproduction

number. Sci Rep [Internet]. 10 de julio de 2017 [citado 13 de octubre de 2020];7(1):1-11. Disponible en: https://www.nature.com/articles/s41598-017-05185-4

15. Comité Científico para la Seguridad Transfusional. Virus del Nilo Occidental. Acuerdos. [Internet]. Report No. Disponible en:

https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/medicinaTransfusional/acuerdos/docs/Virus_Nilo_Occidental.pdf

16. Grupo de Estudio de la Infección en el Trasplante, Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica; Organización Nacional de Trasplantes. 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 [Internet]. Report No. Disponible en:

https://www.ont.es/wp-content/uploads/2023/06/CRITER2.pdf

17. Programa Vigilancia FNO 2026 - Junta de Andalucía [Internet]. [citado 9 de abril de 2026]. Disponible en:

https://juntadeandalucia.es/organismos/sanidadpresidenciayemergencias/areas/sanidad/entornos-saludables/salud-ambiental/paginas/programa-vigilanciavno-2026.html

ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA

Junta de Andalucía

SVEA

Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias.
Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica.
Servicio de Vigilancia y Salud Laboral.

ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE FIEBRE DEL NILO OCCIDENTAL

DATOS DECLARANTE:

Centro/Unidad: Municipio: Provincia:

Distrito: Hospital:

Persona que realiza la encuesta: Teléfono:

Fecha de realización de la encuesta:

DATOS PACIENTE:

Apellidos: Nombre F. nacimiento:

Sexo al nacimiento: Seleccione. Sexo administrativo Seleccione... Edad: años ó meses

NUHSA: DNI/pasaporte:

Domicilio residencia: Localidad residencia: Código postal:

Provincia residencia: Distrito sanitario: Teléfono:

Ocupación laboral:

Comunidad Autónoma de residencia: País de residencia

País de nacimiento**: ***Rellenar si es fuera de España* Año de llegada a España:

CATEGORIZACIÓN DEL CASO:

Declaración: F. Declaración: F. del caso*: F. inicio síntomas:

**Corresponderá a la fecha de inicio de síntomas. Si no se conoce será la del primer diagnóstico de confirmación.*

Criterios de clasificación de caso:

- ☐ Criterio clínico:
  - ☐ Enfermedad neuroinvasiva
  - ☐ Enfermedad leve
- ☐ Criterio epidemiológico
  - ☐ Antecedente de residir, haber visitado zonas de circulación VNO o exposición a picaduras mosquito en estas zonas
  - ☐ Transmisión persona a persona: vertical, transfusión o trasplante
- ☐ Criterio de laboratorio:
  - ☐ Probable ☐ Confirmado

Clasificación del caso: ☐ Probable ☐ Confirmado

Clasificación según el modo de presentación: ☐ Caso aislado ☐ Agregación/cluster ☐ Perteneciente a un brote

ID RedAlerta: ID RedAlerta brote/cluster:

Lugar probable de exposición del caso*: Municipio: Provincia:

País: Importado: ☐ Sí ☐ No

**Es el lugar de adquisición de la infección, donde ha podido contraer la enfermedad.*

Junta de Andalucía

SVEA

Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias.
Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica.
Servicio de Vigilancia y Salud Laboral.

DATOS SOBRE LA ENFERMEDAD

Fecha de inicio síntomas:

Clínica:	**Sí**			**No**
Fiebre	☐	☐ >38,5 ºC	☐ <=38,5 ºC	☐

Clínica: enfermedad neuroinvasiva	**Sí**	**No**	**Desconocido**
Meningitis	☐	☐	☐
Encefalitis	☐	☐	☐
Parálisis Flácida Aguda	☐	☐	☐
Síndrome de Guillain Barré	☐	☐	☐
Alteración nivel de consciencia	☐	☐	☐
Síntomas extrapiramidales	☐	☐	☐
Otros			

Otra Clínica (incluye enfermedad leve):	**Sí**	**No**	**Desconocido**
Cefalea	☐	☐	☐
Exantema difuso maculopapular	☐	☐	☐
Debilidad	☐	☐	☐
Mialgias	☐	☐	☐
Artralgias	☐	☐	☐
Otros			

Antecedentes y/o Comorbilidades:

Antecedentes:	**Sí**	**No**	**Desconocido**
Embarazo en curso	☐	☐	☐
Receptor de órgano sólido	☐	☐	☐
Consumo excesivo de alcohol	☐	☐	☐
Comorbilidades:	**Sí**	**No**	**Desconocido**
Diabetes	☐	☐	☐
Hipertensión	☐	☐	☐
Cáncer	☐	☐	☐
Inmunosupresión	☐	☐	☐
Otra/s			

Ingreso en hospital: ☐ Sí ☐ No Fecha ingreso: Fecha alta:

Hospital: Estancia en UCI: ☐ Sí ☐ No

No ingresa, solo atención en urgencias: ☐ Sí Centro:

Evolución: Seleccione... **Secuelas:**

Defunción causada por la enfermedad: ☐ Sí ☐ No Fecha de defunción:

Junta de Andalucía

SVEA

Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias.
Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica.
Servicio de Vigilancia y Salud Laboral.

DATOS DE LABORATORIO:

LABORATORIOS DE REFERENCIA ANDALUCÍA:

Unidad de Virus. Servicio de Microbiología. H. Universitario Virgen de las Nieves (Almería, Granada, Jaén, Málaga)

Envío de muestra(s): ☐ Sí ☐ No Fecha de envío de muestra(s):

Enlace: Formulario para la solicitud de estudios de virus

Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Virgen del Rocío (Cádiz, Córdoba, Huelva y Sevilla)

Envío de muestra(s): ☐ Sí ☐ No Fecha de envío de muestra(s):

Envío de muestra(s) al LABORATORIO NACIONAL DE REFERENCIA (LNR): ☐ Sí ☐ No

Identificador de muestra(s) del declarante al LNR:

Identificador de muestra en el LNR:

Agente causal: Virus del Nilo Occidental: ☐ Sí Linaje 1: ☐ Linaje 2: ☐

Muestra analizada:

Líquido céfalo raquídeo (LCR): ☐ Sangre: ☐ Suero: ☐ Orina: ☐

Prueba	Muestra	Resultado	Fecha
☐ Aislamiento		Seleccione...	
☐ Ácido nucleico, detección		Seleccione...	
☐ Anticuerpo , detección		Seleccione...	
☐ Anticuerpo, IgM		Seleccione...	
☐ Anticuerpo, IgG		Seleccione...	
☐ Anticuerpo, seroconversión		Seleccione...	
☐ Anticuerpos neutralizantes		Seleccione...	

Se recomienda estudio de muestras de LCR, sangre, suero y orina para diagnóstico de la enfermedad neurológica, y sangre y orina para el diagnóstico de la enfermedad sin alteración neurológica. A continuación, se recogen las características de las muestras y las técnicas aplicables a cada una de ellas:

LCR de fase aguda	Sangre EDTA	Suero de fase aguda	Suero de fase convaleciente	Orina
Tan pronto como sea posible, antes de los primeros 8 días. Cantidad: > 2 ml	Tan pronto como sea posible, idealmente dentro de los primeros 8 días desde el inicio de síntomas. Cantidad: > 10 ml	Tan pronto como sea posible, idealmente dentro de los primeros 8 días desde el inicio de síntomas. Cantidad: > 5 ml	Preferiblemente pasados 15 días tras el inicio del periodo febril. Cantidad: > 5 ml	Desde los primeros síntomas de la enfermedad hasta 30 días. Cantidad: >5 ml
-Virus Nilo occidental IgM -Virus Nilo occidental (PCR tiempo real) -Flavivirus (PCR)	-Virus Nilo occidental (PCR tiempo real) -Flavivirus (PCR)	-Virus Nilo occidental IgM -Virus Nilo occidental IgG -Virus Nilo occidental (PCR tiempo real) -Flavivirus (PCR)	-Virus Nilo occidental IgM -Virus Nilo occidental IgG -Virus Nilo occidental Ac (neutralizantes)	-Virus Nilo occidental (PCR tiempo real) -Flavivirus (PCR)

Junta de Andalucía

SVEA

Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias.
Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica.
Servicio de Vigilancia y Salud Laboral.

DATOS SOBRE EL RIESGO:

Se considerará el periodo de incubación entre 2 y 14 días anteriores al inicio de síntomas, aunque en personas inmunodeprimidas puede ser de hasta 21 días:

F. inicio síntomas:

Período de exposición de: a

MOVILIDAD DURANTE EL PERIODO DE INCUBACIÓN (21 días anteriores al inicio de síntomas):

Alojamiento/s en el periodo de incubación:

☐ Domicilio Particular:
Dirección: Municipio: Estancia:

☐ Otro domicilio donde ha pernoctado o visitado:
Dirección 1: Municipio: Estancia:
Dirección 2: Municipio: Estancia:
Dirección 3: Municipio: Estancia:

Lugares visitados en el periodo de incubación:

En el municipio de residencia:

NOMBRE LUGAR	TIPO (PARAJE)	DIRECCIÓN	ACTIVIDAD REALIZADA (sobre todo al aire libre)	VA A PIE	FECHA/S	HORAS/ MOMENTO DEL DÍA
				☐ Sí		
				☐ Sí		
				☐ Sí		
				☐ Sí		
				☐ Sí		
				☐ Sí		
				☐ Sí		
				☐ Sí		
				☐ Sí		
				☐ Sí		

En otros municipios/territorios visitados:

				☐ Sí		
				☐ Sí		
				☐ Sí		
				☐ Sí		
				☐ Sí		
				☐ Sí		

Posibles zonas, cercanas a los lugares visitados, de refugio o cría de mosquitos:

Junta de Andalucía

SVEA

Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias.
Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica.
Servicio de Vigilancia y Salud Laboral.

CARACTERIZACIÓN DEL ÁREA DE RIESGO:

El caso se relaciona con un territorio que ya era Área de riesgo en el p. incubación/exposición:	**Sí**	**No**	**Nivel de riesgo**	**Municipio/s**
Su residencia habitual:	☐	☐		
Otro/s domicilio/s donde ha pernoctado:	☐	☐		
	☐	☐		
Otros municipios/territorios visitados en el periodo de incubación:	☐	☐		
	☐	☐		
	☐	☐		

Nivel riesgo	Descripción	Riesgo afectación
Bajo	Riesgo bajo de circulación de virus en el territorio	Bajo
Medio	Riesgo medio de circulación de virus en el territorio.	Bajo- Moderado
Alto	Riesgo alto de circulación de virus en el territorio ya sea por la detección de esta circulación en el transcurso de 3 años anteriores o bien porque la temporada actual existe evidencia de circulación en un municipio que no cumple las características de clasificación de riesgo de área en alerta.	Moderado
Área en Alerta	Territorios en los que exista circulación de virus en mosquitos, aves o casos en caballos en la temporada en curso a una distancia igual o inferior a 1,5 Km de zonas pobladas o, al menos, 1 caso en humano	Alto

En el área de riesgo/alerta se ha evidenciado la circulación de:

☐ Mosquito/s. ☐ Caballo/s. ☐ Animal de caza menor; Aves. ☐ Humano/s.

El Área de Riesgo/Alerta se corresponde con una Comarca de Especial Seguimiento (CES): ☐ Sí ☐ No

Se trata de un caso importado: ☐ Sí País: Fecha salida del país

FACTORES Y EXPOSICIONES DE RIESGO:

En relación a la exposición al vector:

☐ Existe antecedentes de picadura de mosquitos

Zona del cuerpo donde se sitúa/n la/s picadura/s

Fecha y hora o momento del día de la/s picadura/s

Lugar donde (posible emplazamiento) ha sucedido la/s picadura/s (incluido domicilio)

☐ Sí dispone de mosquiteras en domicilio ☐ No tiene mosquiteras

☐ Sí dispone de otras medidas de prevención en domicilio Especificar:

☐ Sí utiliza repelentes para la prevención de picaduras ☐ No utiliza repelentes para la prevención de picaduras

Junta de Andalucía

SVEA

Consejería de Sanidad, Presidencia y Emergencias.
Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica.
Servicio de Vigilancia y Salud Laboral.

Ocupación de riesgo:

- ☐ Trabajo en laboratorio.
- ☐ Trabajo con cadáveres humanos (forenses, personal auxiliar..

Otra profesión de riesgo:

Otras exposiciones:

- ☐ Asociado a transfusiones o hemoderivados (confirmado por laboratorio)
- ☐ Asociado a transplantes (confirmado por laboratorio)
- ☐ Reservorio en domicilio (ave doméstica)
- ☐ Transmisión de madre a feto durante la gestación (transmisión vertical)

Otra exposición

DATOS de VACUNACIÓN:

Vacunación de Fiebre Amarilla:	☐ Sí ☐ No	Año última dosis vacunación:	
Vacunación de Encefalitis Japonesa:	☐ Sí ☐ No	Año última dosis vacunación:	
Vacunación de Encefalitis por garrapatas :	☐ Sí ☐ No	Año última dosis vacunación:	
Vacunación de Dengue:	☐ Sí ☐ No	Año última dosis vacunación:	

OBSERVACIONES:

Fecha:

ANEXO 1

SERVICIO ANDALUZ DE SALUD
Consejería de Salud y Consumo

Virgen del Rocío
Servicio de Microbiología

LABORATORIO DE REFERENCIA VIRUS DEL NILO OCCIDENTAL

RELLENE EN PANTALLA O ADHIERA AQUÍ LA ETIQUETA IDENTIFICATIVA

NUHSA A N CAMA:

1º APELLIDO

2º APELLIDO

NOMBRE

F. Nacim Edad: Sexo: M F

ETIQUETA DE PETICIÓN

ID

CENTRO REMITENTE

DATOS CLÍNICOS Y EPIDEMIOLÓGICOS (marcar lo que corresponda)

Fecha de inicio de los síntomas: / /

Síntomas presentes	Antecedentes epidemiológicos
☐ Fiebre	☐ Residencia o estancia en zonas de riesgo
☐ Alteración del nivel de conciencia	☐ Contacto con animales enfermos
☐ Otros _____	☐ Otros _____

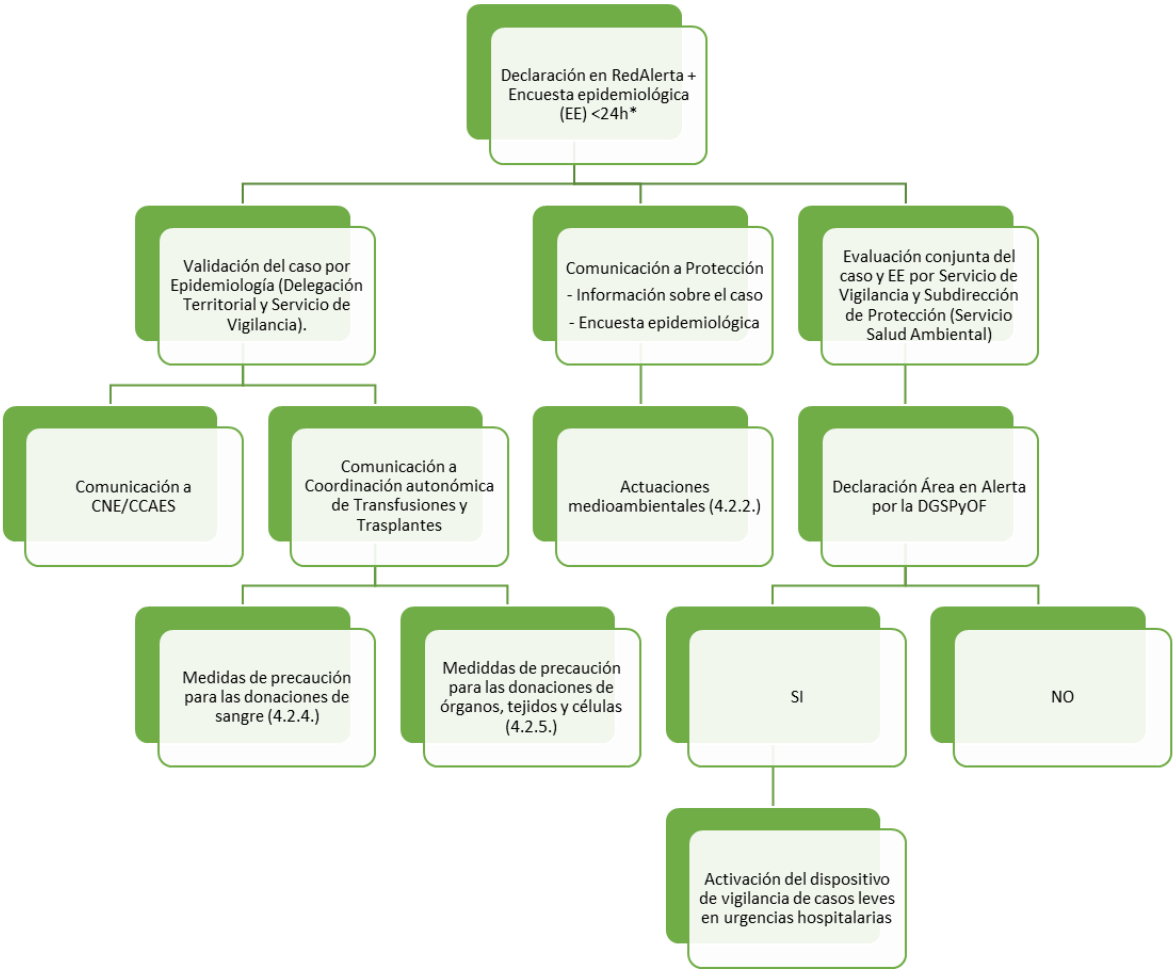
MUESTRA REMITIDA (marcar las muestras y estudios que correspondan)

Tipo de muestra	Condiciones de envío	Pruebas solicitadas
☐ Suero	☐ Refrigerada (2-8°C)	☐ PCR Virus del Nilo
☐ Sangre EDTA	☐ Congelada (-20°C)	☐ Serología (IgM e IgG)
☐ Líquido cefalorraquídeo	☐ Congelada (-80°C)	☐ Otra _____
☐ Orina		
☐ Otra _____		

OBSERVACIONES ADICIONALES

NOTA: Enviar la muestra correctamente identificada junto con este volante y hoja de declaración al Servicio de Microbiología del *Hospital Universitario Virgen del Rocío.*

ANEXO 2: Diagrama de actuaciones ante un caso confirmado de FNO.



*Si no se había realizado previamente ante la solicitud de estudio de laboratorio.



Junta de Andalucía

Consejería de Sanidad, Presidencia
y Emergencias