



JUNTA DE EXTREMADURA

Consejería de Salud y Atención a la Dependencia

Dirección General de Salud Pública

Subdirección de Epidemiología

PROTOCOLO DE VIGILANCIA DE CÓLERA

Adaptación del protocolo elaborado por la Ponencia de Vigilancia Epidemiológica y aprobado por la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional Salud en abril de 2026

DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Introducción

El cólera es una enfermedad infecciosa intestinal aguda, diarreica, causada por *Vibrio cholerae*. Se han identificado más de 200 serogrupos, siendo las cepas pertenecientes a los serogrupos O1 y O139 las que poseen generalmente el gen *ctx* que produce la toxina del cólera. La infección cursa generalmente de forma benigna o asintomática, pero puede producir un cuadro grave con diarrea muy intensa. La enfermedad se caracteriza por un comienzo brusco de diarrea acuosa y vómitos. Según se van perdiendo líquidos, las heces se vuelven incoloras e inodoras (en agua de arroz o riciformes). La pérdida rápida de líquidos corporales lleva a la deshidratación grave, con calambres musculares dolorosos, acidosis metabólica, hipopotasemia y shock hipovolémico. Hasta el 50% de los casos típicos de cólera son mortales en ausencia de tratamiento, pero con una rehidratación adecuada la letalidad suele ser menor del 1%. La probabilidad de desarrollar enfermedad grave depende de varios factores, incluidos la vía de exposición, el inóculo bacteriano, la cepa causante de la infección, el historial de infecciones previas y factores propios de la persona. En zonas endémicas, el haber padecido la enfermedad previamente conlleva una menor probabilidad de padecer enfermedad grave si se produce una nueva exposición a la bacteria.

Se han documentado siete pandemias de cólera desde 1817, provocando miles de defunciones en todo el mundo e importantes cambios socioeconómicos. Las seis primeras pandemias las causó *V. cholerae* serogrupo O1 biotipo Clásico, mientras que la séptima y actual fueron debidas a *V. cholerae* serogrupo O1 biotipo El Tor. Además, en 1992, en varios brotes en India y diversos países asiáticos se aisló *V. cholerae* serogrupo O139, cuyo potencial epidémico todavía no ha sobrepasado esas áreas. En nuestro país, los últimos brotes autóctonos de esta enfermedad tuvieron lugar en los años 70 del siglo XX. En la actualidad, debido a la red de sistemas de agua potable y saneamiento, el cólera no supone una amenaza importante en nuestro medio.

El diagnóstico confirmatorio de la enfermedad consiste en el aislamiento de *V. cholerae* de serogrupos O1/O139 en cultivo junto con la confirmación de la producción de la toxina o la detección del gen que codifica la toxina (*ctx*).

Agente

El cólera está producido por *Vibrio cholerae* serogrupos O1 y O139 productores de toxina colérica. El serogrupo O1 tiene dos biotipos, Clásico y El Tor, cada uno de los cuales comprende a su vez tres serotipos: Inaba, Ogawa y (raras veces) Hikojima. Los cuadros clínicos de la enfermedad causada por *V. cholerae* O1 de cualquier biotipo y por *V. cholerae* O139 son similares porque estos microorganismos producen una enterotoxina

casi idéntica. Las cepas de *V. cholerae* pertenecientes a serogrupos diferentes de O1 y O139 se han vinculado con casos esporádicos de diversa gravedad y brotes limitados de gastroenteritis transmitida por alimentos (fundamentalmente marisco crudo o poco cocinado, especialmente las ostras), pero no se han diseminado en forma epidémica.

Todas las especies de *Vibrio* son sensibles al pH bajo y al calor.

Reservorio

El reservorio principal es el ser humano. El ambiente natural de todas las especies de *Vibrio* (incluido *V. cholerae* serogrupos O1 o O139) son los ríos salobres y las aguas costeras, de zonas tropicales, subtropicales y templadas de todo el mundo. *V. cholerae*, puede recuperarse de los tramos de agua dulce de los estuarios, donde también puede introducirse por contaminación fecal. *V. cholerae*, a diferencia de la mayoría de las otras especies de *Vibrio*, puede sobrevivir en ambientes de agua dulce. Los vibrios patógenos pueden adherirse al caparazón de los cangrejos, langostinos y otros mariscos, lo que puede ser una fuente de infección humana si son consumidos crudos o poco cocinados.

Modo de transmisión

La transmisión ocurre fundamentalmente por ingestión de agua o alimentos contaminados con la bacteria, es menos frecuente la transmisión persona a persona debido al elevado inóculo necesario para producir enfermedad en una persona sana. Las epidemias suelen estar relacionadas con la contaminación fecal de los suministros de agua o de alimentos. La enfermedad puede diseminarse rápidamente en áreas con tratamiento inadecuado del agua potable, siendo frecuente la aparición de brotes de cólera en áreas geográficas con conflictos bélicos o afectadas por desastres naturales. Las epidemias son un indicador de la pobreza y de las condiciones sanitarias deficientes.

Las personas infectadas, tanto sintomáticas como asintomáticas, son infectivas, pues excretan la bacteria en heces durante varios días (en personas sintomáticas algunos días tras la recuperación; y en las asintomáticas de 7 a 14 días). Aunque se puede producir la liberación intermitente del patógeno en heces durante meses, el estado de persona portadora crónica es infrecuente.

Periodo de incubación

El período de incubación puede variar desde pocas horas a 5 días, por lo regular es de 2 a 3 días.

Susceptibilidad

La susceptibilidad es variable. La aclorhidria o hipoclorhidria gástrica aumentan el riesgo de enfermar. La mortalidad es mayor en personas con inmunodeficiencia, desnutridas e infectadas por VIH. Los estudios sobre el terreno indican que una infección clínica por *V. cholerae* O1 del biotipo Clásico confiere protección frente al biotipo El Tor; mientras que la infección causada por el biotipo El Tor sólo genera una inmunidad parcial a largo plazo para este biotipo. La infección por cepas O1 no protege contra la infección por cepas O139, ni viceversa.

VIGILANCIA DE LA ENFERMEDAD

Objetivos

1. Conocer el patrón epidemiológico de presentación de los casos de cólera en la población y los principales factores de riesgo asociados a su aparición.
2. Detectar cambios en la presentación de la enfermedad a lo largo del tiempo o en su distribución geográfica.
3. Detectar los casos lo antes posible para llevar a cabo las medidas de salud pública y control de la enfermedad con el fin de evitar la aparición de nuevos casos.
4. Realizar el estudio epidemiológico a partir de la información de vigilancia. Garantizar la calidad de los datos para orientar la prevención y el control.
5. Contribuir a la evaluación y el seguimiento de los programas de prevención y control y difundir sus resultados.

Definición de caso

Criterio clínico

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

- Diarrea.
- Vómitos.

Criterio de laboratorio

- Aislamiento o detección del ácido nucleico de *Vibrio cholerae* en una muestra clínica.

Y

- Confirmación del antígeno O1 u O139, o detección de los genes codificantes de los antígenos O1 u O139 en el aislado o en una muestra clínica

Y

- Confirmación de la enterotoxina colérica o detección del gen codificante en el aislado o en una muestra clínica.

Criterio epidemiológico

Al menos una de las cuatro relaciones epidemiológicas siguientes:

- Transmisión de persona a persona: persona que ha tenido contacto con un caso confirmado por laboratorio.
- Exposición a una fuente común: persona que ha estado expuesta a la misma fuente o vehículo de infección que un caso confirmado.
- Exposición a alimentos o agua de consumo contaminados: cualquier persona que haya consumido un alimento o agua de consumo con una contaminación confirmada por laboratorio.
- Exposición medioambiental: cualquier persona que se haya bañado en un agua de baño o haya tenido contacto con una fuente ambiental contaminada que haya sido confirmada por laboratorio.

Clasificación de los casos

Caso sospechoso: no procede.

Caso probable: persona que cumple el criterio clínico y el epidemiológico.

Caso confirmado: persona que cumple el criterio de laboratorio.

Definición de brote

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

MODO DE VIGILANCIA

Ante la aparición de casos de cólera sin antecedentes de viaje a zonas endémicas o asociado al consumo de alimentos comerciales, se informará de forma **URGENTE** en el momento de su conocimiento a la Dirección de Salud de Área, por el profesional que lo conozca. Si la notificación se hiciera fuera del horario laboral habitual, se realizará a través del teléfono único de urgencias y emergencias de Extremadura 1-1-2.

Todos los casos nuevos probables y confirmados han de ser notificados de manera sistemática, por el procedimiento habitual,.

El Anexo I de este protocolo incluye la encuesta epidemiológica de caso que recoge la información relevante en la vigilancia de esta enfermedad.

La Dirección de Salud de Área la registrará en la plataforma electrónica que esté establecida para este uso.

Si se produjera un brote se notificará, en la misma plataforma, los resultados de su investigación.

En zonas no endémicas, se recomienda que todos los casos sospechosos sean confirmados en un laboratorio de referencia.

MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA

Medidas preventivas

En España, actualmente, los casos de cólera son importados. Se recomienda informar a las personas que viajen a países o zonas endémicas sobre el riesgo de infección, el modo de transmisión, la sintomatología y el periodo de incubación. El riesgo para la mayoría de los viajeros es muy bajo, incluso en países donde se produce transmisión de la enfermedad, siempre que se adopten precauciones con los alimentos, el agua y la higiene personal, como el lavado frecuente de manos. Es importante seguir las recomendaciones del Decálogo de Alimentos y Bebidas, “Los alimentos cocinados, pelados o no tomados”, disponible en la web del Ministerio de Sanidad, (referencia: https://www.sanidad.gob.es/gl/areas/sanidadExterior/laSaludTambienViaja/infografia/docs/Diptico_Alimentos_y_bebidas_2024.pdf)

La recomendación de la vacuna es individualizada, pero se orienta, fundamentalmente, a las personas con mayor riesgo, es decir, aquellas que visitan zonas endémicas o con brotes y mantienen un estrecho contacto con la población local, especialmente trabajadores de ayuda humanitaria en zonas de desastre, campamentos de refugiados o en zonas donde se prevea complicado el acceso al agua y alimentos seguros. Siempre se debe advertir a los viajeros que la vacuna no ofrece una protección total y que las medidas

higiénico-sanitarias son fundamentales para prevenir ésta y otras enfermedades transmisibles por agua y alimentos.

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>.

Entre las precauciones con los alimentos, se encuentran las siguientes:

- Por medio de la cocción adecuada se inactivan rápidamente las bacterias, aún en productos con un gran nivel de contaminación, por lo que el consumo crudo o insuficientemente cocinado de estos alimentos es un elemento fundamental en la transmisión alimentaria. Otros factores que favorecen la infección son el almacenamiento y transporte a temperaturas inadecuadas y la contaminación de alimentos bien por el contacto de estos con otros alimentos o agua contaminados o bien a través de personas manipuladoras infectadas.
- Se deben cocinar los alimentos completamente antes de su consumo, asegurando durante su preparación que los alimentos han alcanzado los 70°C durante dos minutos.
- Se deben mantener los alimentos a una temperatura adecuada, siendo recomendable refrigerarlos (tanto los perecederos como las comidas preparadas) lo antes posible, o mantenerlos a temperaturas de al menos de 60°C hasta servirlos. La refrigeración no destruye el microorganismo, pero enlentece su crecimiento.
- Se deben recalentar completamente los alimentos antes de su consumo. Los alimentos destinados a menores de 1 año deben consumirse inmediatamente después de su elaboración y no almacenarse para ser consumidos más adelante.

Las medidas que impidan o comprometan el movimiento de las personas, alimentos u otros bienes no están epidemiológicamente justificadas y nunca se ha probado que fueran efectivas para controlar el cólera.

Vacunación

Actualmente se encuentran comercializadas cuatro vacunas orales para prevenir esta infección. En España las vacunas orales comercializadas son Dukoral®7 (inactivada) y Vaxchora®8 (viva atenuada). Ambas vacunas están indicadas para la inmunización activa frente a *V. cholerae* serogrupo O1 en adultos y niños a partir de dos años de edad. Ninguna de las dos vacunas ha demostrado una eficacia cercana al 100% y la eficacia disminuye con el tiempo tras la primovacunación.

Medidas ante un caso y sus contactos

El tratamiento del cólera se basa en la rápida rehidratación de la persona enferma. El tratamiento antibiótico está indicado en casos graves, mujeres embarazadas, y personas con malnutrición grave y enfermedades crónicas, independientemente del grado de deshidratación. La mortalidad, con un adecuado tratamiento, es inferior al 1%. En caso de deshidratación podría ser necesaria la hospitalización de la persona enferma. Se deben adoptar medidas de precaución propias de las enfermedades entéricas, pero no es necesario el aislamiento estricto.

Se excluirán del trabajo o la asistencia a clase a todos los casos hasta 48 horas después de la resolución de los síntomas. En general, no se recomienda la obtención de cultivos microbiológicos negativos para dar por finalizado el periodo de exclusión, excepto en condiciones de deficiente higiene personal o en las instalaciones sanitarias. En estos casos, será necesaria la obtención de una muestra negativa de heces, tras la finalización de los síntomas.

Siempre que se detecte un caso confirmado se investigará la aparición de cuadros diarreicos incluidos los casos leves, en las personas que sean compañeras de viaje y en los contactos del hogar.

Control de los contactos

Las personas que convivan con casos confirmados deben mantenerse en observación durante un período de 5 días, a partir de la última exposición. De forma general, no está recomendada la quimioprofilaxis de contactos, pudiéndose valorar su administración en convivientes siempre que sea en las primeras 24 horas tras la identificación del caso índice, haya alta probabilidad de contaminación fecal y la medicación pueda ser administrada rápidamente. La quimioprofilaxis de una comunidad entera nunca está indicada.

Debe vigilarse la aparición de síntomas en aquellas personas que hayan compartido comida y bebida con el caso durante los 5 días posteriores a la última exposición. Se recomienda realizar cultivo de heces en las personas convivientes o en aquellas personas expuestas a una misma fuente común en un área previamente no infectada.

Medidas ante un brote

Se llevará a cabo la investigación del brote para identificar la fuente de infección y las circunstancias de su transmisión con el fin de planificar las medidas de control.

Se debe facilitar el pronto acceso al tratamiento a las personas enfermas. En general, se instaurarán las medidas de control y saneamiento apropiado, suministro de agua potable y

educación sanitaria para mejorar la higiene y las prácticas seguras de manipulación de los alimentos por la población.

BIBLIOGRAFÍA

Murray PR, Rosenthal KS, Pfaller MA. Microbiología Médica. (8o Edición). 2017 Elsevier España.

Kanungo S, Azman AS, Ramamurthy T, et al. Cholera. Lancet 2022; 399: 1429–1440.

Montero DA, Vidal RM, Velasco J, et al. *Vibrio cholerae*, classification, pathogenesis, immune response, and trends in vaccine development. Front Med (Lausanne) 2023; 10: 1155751.

Heymann DL (Editor). Control of Communicable Diseases Manual. 21st Edition. Washington: American Public Health Association, 2022.

Informe epidemiológico sobre la situación del Cólera en España. Año 2022. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Disponible en: https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Paginas/Resultados_Vigilancia_C%C3%B3lera.aspx.

Guidelines on the application of general principles of food hygiene to the control of pathogenic *Vibrio* species in seafood (CXG 73-2010). Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO).

Ficha técnica Dukoral. CIMA. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/03263002/FT_03263002.html. Acceso 11/12/2023.

Ficha técnica Vaxchora. CIMA. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/1201423001/FT_1201423001.html.

Clemens JD, Harris JR, Sack DA, et al. Field trial of oral cholera vaccines in Bangladesh: results of one year of follow-up. J Infect Dis 1988; 158: 60–69.

Clemens JD, Sack DA, Harris JR, et al. Field trial of oral cholera vaccines in Bangladesh: results from three-year follow-up. Lancet 1990; 335: 270–273.

Cholera vaccines: WHO position paper – August 2017. Wkly Epidemiol Rec 2017; 92: 477–498.

Recommendations for the Public Health Management of Gastrointestinal Infections 2019. Principles and practice. Public Health England and the Chartered Institute of Environmental Health. Disponible en: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/861382/management_of_gastrointestinal_infections.pdf.

Communicable Disease Management Protocol. Cholera. Manitoba Health. Updated August 2018. Disponible en: <https://www.gov.mb.ca/health/publichealth/diseases/cholera.html>.

ANEXO I. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE CÓLERA

DATOS DE LA DECLARACIÓN

C.A. declarante:

Identificación del caso para el declarante:

Fecha de la primera declaración del caso¹: / /

DATOS DEL CASO

Fecha de nacimiento: / /

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

Sexo al nacimiento: ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Intersexual ☐ Desconocido

Sexo administrativo: ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ No determinado ☐ Desconocido

Lugar de residencia del caso:

País de residencia:

C.A. de residencia:

Provincia de residencia:

Municipio de residencia:

Código postal de residencia:

DATOS DE LA ENFERMEDAD

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

Hospitalización³: ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

Fecha de hospitalización: / /

Ingreso en UCI: ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

Fecha de ingreso en UCI: / /

Defunción causada por la enfermedad: ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

Fecha de defunción: / /

DATOS DEL LABORATORIO

Fecha de diagnóstico de laboratorio: / /

Agente causal⁴ (marcar una de las siguientes opciones):

☐ *Vibrio cholerae*, serogrupo O1

☐ *Vibrio cholerae* O1, Clásico Inaba

☐ *Vibrio cholerae* O1, biotipo El Tor

☐ *Vibrio cholerae* O1, Clásico Ogawa

☐ *Vibrio cholerae* O1, biotipo Clásico

☐ *Vibrio cholerae* O1, El Tor Hikojima

☐ *Vibrio cholerae* O1, serotipo Hikojima

☐ *Vibrio cholerae* O1, El Tor Inaba

- ☐ *Vibrio cholerae* O1, serotipo Inaba ☐ *Vibrio cholerae* O1, El Tor Ogawa
☐ *Vibrio cholerae* O1, serotipo Ogawa ☐ *Vibrio cholerae*, serogrupo O139
☐ *Vibrio cholerae* O1, Clásico Hikojima

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

Identificación de muestra del declarante al LNR:

Identificación de muestra en el LNR:

DATOS DEL RIESGO

Lugar de exposición del caso en los cinco días antes del inicio de síntomas:

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

Continente/Región de exposición del caso⁸:

País de exposición del caso⁹:

C.A. de exposición del caso⁹:

Provincia de exposición del caso⁹:

Municipio de exposición del caso⁹:

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

- ☐ Manipulación de alimentos ☐ Cuidado (no sanitarios) de personas enfermas
☐ Personal sanitario ☐ Trabajo en escuela infantil

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

- ☐ Consumo de agua de bebida contaminada
☐ Consumo de alimento contaminado
☐ Contacto con un enfermo o infectado (portador)
☐ Exposición en aguas recreativas¹⁰
☐ Exposición a lodos, suelo, tierras y otros materiales de desecho contaminados
☐ Desconocida

Alimento sospechoso (marcar una de las siguientes opciones):

- ☐ Agua: embotellada industrial ☐ Agua: abastecimiento privado
☐ Agua: red pública (tratada o no tratada) ☐ Agua: ríos y similares
☐ Fruta ☐ Vegetales
☐ Pescado ☐ Marisco
☐ Desconocido

Tipo de confirmación del alimento¹¹ (marcar una de las siguientes opciones):

- ☐ Por evidencia epidemiológica
☐ Por evidencia de laboratorio
☐ Por evidencia epidemiológica y de laboratorio

Agente causal identificado en el vehículo¹²:

- | | |
|---|--|
| ☐ <i>Vibrio cholerae</i> sp | ☐ <i>Vibrio cholerae</i> O1, serotipo Ogawa |
| ☐ <i>Vibrio cholerae</i> , serogrupo O1 | ☐ <i>Vibrio cholerae</i> O1, Clásico Hikojima |
| ☐ <i>Vibrio cholerae</i> , serogrupo O139 | ☐ <i>Vibrio cholerae</i> O1, Clásico Inaba |
| ☐ <i>Vibrio cholerae</i> O1, biotipo El Tor | ☐ <i>Vibrio cholerae</i> O1, Clásico Ogawa |
| ☐ <i>Vibrio cholerae</i> O1, biotipo Clásico | ☐ <i>Vibrio cholerae</i> O1, El Tor Hikojima |
| ☐ <i>Vibrio cholerae</i> O1, serotipo Hikojima | ☐ <i>Vibrio cholerae</i> O1, El Tor Inaba |
| ☐ <i>Vibrio cholerae</i> O1, serotipo Inaba | ☐ <i>Vibrio cholerae</i> O1, El Tor Ogawa |

Ámbito de exposición (marcar una de las siguientes opciones):

- | | |
|---|---|
| ☐ Hogar | ☐ Transporte |
| ☐ Restaurante | ☐ Centro sanitario |
| ☐ Ámbito escolar/formative | ☐ Comunitario |
| ☐ Instituciones cerradas | ☐ Desconocido |

DATOS DE VACUNACIÓN

Vacunación documentada: ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

Número de dosis: **Fecha de última dosis recibida:** / /

Tipo de vacuna (marcar una de las siguientes opciones):

- ☐ Inactivada ☐ Atenuada

CATEGORIZACIÓN DEL CASO

Criterios de clasificación de caso:

Criterio clínico: ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

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

- ☐ Probable ☐ Confirmado

Asociado a brote: ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

Identificación del brote:

C.A. de declaración del brote¹³:

OBSERVACIONES¹⁴

1. Fecha de la primera declaración del caso: Fecha de la primera declaración al sistema de vigilancia (habitualmente realizada desde el nivel local).
2. Fecha del caso: Es la fecha de inicio de síntomas o la más cercana en caso de no conocerla (fecha de diagnóstico, fecha de hospitalización, etc.).
3. Hospitalización: Estancia de al menos una noche en el hospital.
4. Agente causal: Rellenar sólo si el caso cuenta con confirmación de laboratorio.
5. Lugar de exposición: C.A. de residencia: Define si la exposición al riesgo del caso se produjo en la misma C.A. en la que reside.
6. Lugar de exposición: C.A. distinta de la de residencia: Define si la exposición al riesgo del caso se produjo en una C.A. distinta a la que reside.
7. Lugar de exposición: País distinto de España: Define si la exposición al riesgo se produjo en un país distinto de España.
8. Continente/Región de exposición del caso: Rellenar si la exposición no ha tenido lugar en un único país o no se puede identificar. Si no se conoce el país de exposición, al menos, rellenar esta variable.
9. País/ C.A./ Provincia/ Municipio de exposición del caso: Especificar el lugar de exposición o de adquisición de la infección o la enfermedad: país, C.A., provincia, municipio.
10. Exposición a aguas recreativas: por microorganismos que se propagan al tragar, respirar el vapor o aerosoles al tener contacto con agua contaminada en piscinas, bañeras de hidromasaje, parques acuáticos, fuentes de agua interactiva, lagos, ríos o mar.
11. Tipo de confirmación: Evidencia por la que se ha llegado a la identificación del vehículo de la infección.
12. Alimento, agente causal: Marcar sólo si se ha confirmado por laboratorio el agente en el alimento.
13. C.A. de declaración del brote: Aquella que ha asignado el identificador del brote.
14. Observaciones: Incluir toda la información relevante no indicada en el resto de la encuesta