



ENCEFALOPATÍAS ESPONGÍFORMES TRANSMISÍBLES HUMANAS

ADAPTACIÓN DE LOS PROTOCOLOS DE LA RED NACIONAL DE
VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA (RENAVE)

PROTOCOLOS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

PROTOCOLO DE VIGILANCIA DE LAS ENCEFALOPATÍAS ESPONGIFORMES TRANSMISIBLES HUMANAS (EETH).

DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Introducción

Las encefalopatías espongiformes constituyen un grupo de enfermedades transmisibles de baja incidencia (1-2 casos por millón de habitantes al año) caracterizadas por pérdida neuronal con depósitos de proteína priónica (PrP^{Sc}), espongiosis y gliosis, que se presentan en general con una demencia de evolución rápida y siempre fatal.

La enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (ECJ) es la encefalopatía espongiforme transmisible humana (EETH) más frecuente. Por su modo de adquisición se han descrito cuatro modalidades o tipos de esta enfermedad: esporádico, iatrogénico o transmitido accidentalmente, familiar o genético y variante. El 80-90% de los casos de ECJ en el mundo son esporádicos, de causa desconocida. La ECJ adquirida accidentalmente en el medio sanitario se debe principalmente al implante de duramadre biológica y al tratamiento con hormona del crecimiento y gonadotropina derivada de glándula pituitaria de cadáveres humanos. También se han atribuido casos, aunque de forma excepcional, al uso de instrumentos de neurocirugía contaminados y al trasplante de córnea. La transmisión accidental es altamente improbable en España en la actualidad. La ECJ familiar se debe a una mutación en el gen que codifica la proteína priónica y se transmite de forma autosómica dominante. La variante ECJ (vECJ) se atribuye a exposición alimentaria por ingesta de carne de vacuno afectado por encefalopatía espongiforme bovina (EEB). Se han notificado casos secundarios a transfusión sanguínea en Reino Unido (RU). La edad media de los casos es de alrededor de 30 años. El curso clínico no es tan rápido como en las formas clásicas y suele durar más de un año.

Otras enfermedades familiares o genéticas son el síndrome de Gerstmann-Sträussler-Scheinker (GSS) y el Insomnio Familiar Letal (IFL). Se trata de enfermedades familiares muy poco frecuentes de las que existen algunos casos descritos en España. Se producen por distintas mutaciones en el gen de la proteína priónica (*PRNP*).

Agente

El agente patógeno de las EETHs es una proteína denominada prión compuesta por la isoforma anormal infectiva (PrP^{Sc}) de una proteína celular normal (PrP^{C}).

La PrP^{Sc} tiene capacidad para transformar la forma normal en patológica y es susceptible de auto-asociación, formando agregados estables y resistentes a la digestión por proteasas que

se acumulan progresivamente produciendo muerte neuronal. Estas partículas proteicas carecen de ácidos nucleicos y no tienen capacidad inmunogénica.

Modo de transmisión

En las formas esporádicas se desconoce el origen o causas de la enfermedad, aunque aumentan las evidencias de que una parte podría transmitirse a través de instrumental quirúrgico. Se han descrito formas de transmisión accidental por injertos de duramadre y trasplantes de córnea y por tratamientos con hormona de crecimiento o gonadotropinas hipofisarias procedentes de cadáveres humanos. Se dan también casos familiares, en los que la alteración del gen que expresa la proteína priónica determina la aparición de la enfermedad. Los casos de variante de ECJ se han atribuido a exposición alimentaria asociada con la ingesta de productos bovinos procedentes de animales afectados por EEB. Más recientemente se han detectado en el Reino Unido tres casos de vECJ secundarios a transfusión sanguínea.

VIGILANCIA DE LA ENFERMEDAD

Objetivos

1. Detectar la aparición de casos de variante de ECJ.
2. Detectar la aparición de casos transmitidos accidentalmente
3. Conocer el perfil clínico-epidemiológico de estas enfermedades.
4. Monitorizar su incidencia en España y estudiar su distribución.
5. Identificar posibles factores de riesgo.
6. Establecer comparaciones epidemiológicas con otros países, particularmente el Reino Unido.

Definición de caso (Anexo I)

La definición de caso está determinada por la aplicación de los criterios diagnósticos establecidos por el grupo de trabajo para la vigilancia epidemiológica de la enfermedad en España y de acuerdo con las recomendaciones del Grupo Europeo de Vigilancia de EETH.

Los grados de certeza diagnóstica (caso posible, probable y confirmado) y los criterios de clasificación se describen en el Anexo I.

La sospecha de estas enfermedades surge a partir de las manifestaciones clínicas, pero el diagnóstico definitivo se realiza mediante el estudio anatomopatológico del tejido cerebral.

Los criterios de clasificación se elaboran a partir de tres tipos de información: clínica, de laboratorio y epidemiológica.

Criterio clínico

1. ECJ esporádica

La ECJ esporádica se manifiesta como una encefalopatía mioclónica subaguda. El inicio es variable, pudiendo predominar síntomas mentales o déficits neurológicos de diversa naturaleza.

Para ser caso “posible”, los pacientes han de presentar:

- Demencia rápidamente progresiva,
- Duración de la enfermedad menor de dos años

y, al menos, dos de las cuatro características siguientes:

- Mioclonias
- Signos de afectación visual o cerebelosa
- Signos piramidales o extrapiramidales
- Mutismo acinético

Los criterios diagnósticos para la clasificación de caso “probable” o “confirmado” se describen en el Anexo I.

2. ECJ transmitida accidentalmente (iatrogénica).

Las variedades iatrogénicas tienen una presentación clínica similar a la descrita en la ECJ esporádica con más frecuencia de formas atáxicas. Los criterios diagnósticos se describen en el Anexo I.

3. EETH Familiar

En general, las variedades familiares tienen una mayor diversidad clinicopatológica que la ECJ esporádica. Algunas enfermedades constituyen entidades independientes, como el Insomnio Familiar Letal o el síndrome de Gerstmann-Sträussler-Scheinker, en portadores de una determinada mutación en el gen de la proteína priónica (*PRNP*). Los criterios diagnósticos se describen en el Anexo I.

- ECJ familiar.
- Clínicamente se asemeja a la ECJ esporádica, con demencia, ataxia y mioclonias como síntomas más comunes, con duración en general mayor (de 1 a 5 años)
- Insomnio Familiar Letal.
- Además de insomnio que no responde a los tratamientos habituales, los pacientes suelen presentar demencia, trastornos de la marcha y mutismo.
- Síndrome de Gerstmann-Sträussler-Scheinker
- Cursa con un cuadro atáxico de inicio insidioso y curso progresivo al que se añade de forma tardía un deterioro cognoscitivo. La duración de la enfermedad oscila entre 1 y 10 años.

4. Variante de ECJ

Se caracteriza por presentar síntomas iniciales psiquiátricos o sensitivos (dolor o disestesias) y posterior aparición del cuadro neurológico. Aunque los síntomas psiquiátricos que manifiestan estos pacientes son muy heterogéneos, la gran mayoría de ellos presentan depresión, ideas delirantes y/o alucinaciones.

Para ser considerado caso “posible”, el paciente debe presentar

- Manifestaciones clínicas neuropsiquiátricas progresivas.
- Duración de la enfermedad mayor de 6 meses.
- Pruebas de rutina no sugestivas de un diagnóstico alternativo.
- No historia de exposición iatrogénica (tratamiento con hormonas pituitarias o injertos de duramadre).
- No evidencias de forma familiar.

y cuatro de los siguientes:

- Síntomas psiquiátricos precoces (depresión, ansiedad, apatía, retraimiento, delirio).
- Síntomas sensoriales persistentes (dolor o disestesias).
- Ataxia.
- Mioclonias o coreas o distonía.
- Demencia.

En el Anexo I se recogen los criterios diagnósticos para los distintos grados de certeza.

Criterio de laboratorio

1. Determinación de proteína 14-3-3 en LCR

- Además de la clínica, una prueba importante para el diagnóstico de la ECJ esporádica con un elevado grado de fiabilidad es la determinación en líquido cefalorraquídeo (LCR) de la proteína 14-3-3, que es un marcador de daño neuronal. Esta proteína intraneuronal se expresa de forma normal en tejido cerebral, pero en la ECJ su concentración aumenta en líquido cefalorraquídeo.

2. Detección de PrP en LCR (RT-QuIC)

- Test de conversión inducida de PrPSc en tiempo real en LCR que permite el diagnóstico de las formas esporádicas de ECJ con alta sensibilidad (92%) y especificidad (100%). El principio de la técnica se basa en la capacidad que tiene la proteína priónica anómala PrPSc de inducir el plegamiento erróneo de proteína PrP recombinante. La agregación es propiciada mediante calor y movimiento. La Tioflavina THT se une a la proteína agregada y emitiendo fluorescencia. La cantidad de proteína agregada es proporcional a la fluorescencia emitida (excitación 450 nm y emisión a 480 nm). Se ha descrito que

3. Estudio genético

- Un determinante genético de estas enfermedades lo constituye el polimorfismo en el codon 129 del gen *PRNP*, cuyo papel parece importante en la susceptibilidad para adquirir una enfermedad priónica. Así, mientras en la población general lo más frecuente es que sea heterocigota para el codon 129 (Metionina/Valina), los casos de ECJ tanto esporádicos como accidentalmente transmitidos por duramadre son en su mayoría homocigotos (Metionina/Metionina o Valina/Valina). Todos los casos devECJ descritos hasta el momento son homocigotos Metionina/Metionina.

Para la asignación del carácter hereditario de la enfermedad se realiza la identificación de mutaciones en el gen *PRNP*. Las enfermedades por priones familiares expresan una mutación germinal en *PRNP* y tienen una herencia autosómica dominante. Se han descrito multitud de mutaciones que se traducen en cuadros clínicos diversos (ver Anexo I).

El polimorfismo del codon 129 unido a la mutación D178N actúa como un factor de variabilidad fenotípica: cuando en el alelo mutado D178N se expresa el aminoácido metionina en el codon 129, el fenotipo clínico es un IFL, mientras que, si en el alelo mutado se expresa el aminoácido valina en el codon 129, el paciente desarrolla un fenotipo de ECJ.

Otras pruebas diagnósticas

4. Neurofisiología clínica.

- En el curso de la ECJ esporádica, el electroencefalograma (EEG) revela frecuentemente una actividad muy característica en forma de complejos de ondas trifásicas que se repiten de forma periódica o pseudoperiódica, con una frecuencia de 0,5-2 Hz. Esta actividad paroxística puede faltar en las primeras fases de la enfermedad. Las alteraciones electroencefalográficas suelen estar ausentes en los pacientes con vECJ al igual que en otras encefalopatías espongiformes transmisibles familiares.
- EEG, criterios de la OMS (Steinhoff y Knight).
 1. Actividad rigurosamente periódica.
 2. Con una variabilidad de intervalos intercomplejo menor de 500 ms.
 3. Ininterrumpida durante al menos un periodo de 10 segundos.
 4. Morfología bi- o tri- fásica de los complejos periódicos.
 5. La duración de la mayoría de los complejos oscila entre 100 ms. y 600 ms.
 6. Los complejos periódicos pueden ser generalizados o lateralizados, pero no

5. Neuroimagen.- (RMN)

- La resonancia magnética nuclear (RMN) craneal ha demostrado tener una gran utilidad para el diagnóstico de la enfermedad. En la ECJ esporádica es frecuente encontrar, en secuencias potenciadas en T2 o en fases de densidad protónica o fases FLAIR, o en Difusión una hiperseñal de caudado y putamen. Frente a ello, en la vECJ se ha descrito en la RMN craneal una hiperintensidad bilateral en el tálamo posterior, correspondiente a la región del pulvinar que se encuentra en la mayoría de los casos.

6. El estudio anatomopatológico.

- Es el único método que permite establecer categóricamente el diagnóstico de las EETHs. El diagnóstico histológico se basa en la presencia de los hallazgos clásicos (espongiosis, pérdida neuronal y astrocitosis) y, en algunas entidades, también en la presencia de placas de amiloide. El diagnóstico neuropatológico definitivo de una EETH exige la realización, en el contexto adecuado, de inmunotinción para PrP resistente a la digestión con proteasas (mediante las técnicas de inmunohistoquímica) y/o la demostración de PrP patológica mediante técnicas moleculares.
- En el Anexo II se especifican los requisitos para la *Realización de autopsias clínicas en casos de Encefalopatías Espongiformes Transmisibles Humanas (EETH) en la CAPV*. Al objeto de facilitar la gestión de las autopsias en el Anexo III se expone un modelo de carta para el médico que certifica la defunción en el domicilio o residencia.

Criterio epidemiológico

- Para vECJ: presencia de asociación epidemiológica sugiriendo transmisión por exposición a tejidos de un caso confirmado (Ej. transfusión).
- Para ECJ transmitida accidentalmente: tratamiento con hormona de crecimiento o gonadotropina humana hipofisaria, injerto de duramadre, transplante de córnea de donante diagnosticado de EETH y exposición a instrumentos neuroquirúrgicos utilizados en un caso de EETH confirmado o probable.

Clasificación de los casos

Independientemente del juicio clínico, existen unos criterios definidos para establecer el grado de certeza en el diagnóstico y la etiología que se aplican para la clasificación epidemiológica de los casos, diferenciando casos confirmados, probables y posibles (Anexo I).

MODO DE VIGILANCIA

En España, la vigilancia epidemiológica de la ECJ y del resto de EETH comenzó en 1995 con la creación de un Registro Nacional, coordinado desde el Centro Nacional de Epidemiología, que recoge los casos de estas enfermedades comunicados y gestionados por las CCAA. En enero de 1995 se inició la recogida prospectiva aunque el Registro incluye también casos diagnosticados desde 1993 e identificados de forma retrospectiva.

En cada comunidad autónoma existe un coordinador clínico y un coordinador epidemiológico designados por la consejería competente en materia de salud pública.

La Orden Ministerial 21 de febrero de 2001 por la que se regula la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica en relación con las EETH, establece la declaración obligatoria de estas enfermedades, tanto de sospechas de caso, como caso posible, probable o confirmado, por los médicos del sector público y privado, que deben hacerlo en el plazo de cuarenta y ocho horas desde el diagnóstico de sospecha al registro de su comunidad autónoma, utilizando un cuestionario unitario y homogéneo (Anexo IV). Los registros de las CCAA deben enviar la información recogida sobre nuevos casos, y las actualizaciones derivadas del seguimiento de los casos hasta el cierre de caso con el de estudio anatomopatológico, con periodicidad mensual, al Registro Nacional, ubicado y gestionado por el Centro Nacional de Epidemiología (Instituto de Salud Carlos III).

En el nivel autonómico se realiza el seguimiento de los casos, completándose la información tras la primera notificación si fuera necesario y enviándola al CNE.

El Centro Nacional de Epidemiología gestiona el RNEETH en el ámbito estatal, remite la información requerida a la Unión Europea (ECDC) y realiza un informe anual de situación de la Vigilancia de las EETH en España, contemplando la actualización de datos y de indicadores de funcionamiento del sistema (Acuerdo de Reunión del Grupo de EETH de 14/12/2010).

El Centro Nacional de Epidemiología notificará de manera urgente al Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias del Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad los casos confirmados de Variante de ECJ.

MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA

Medidas preventivas

Los problemas de salud pública derivados de esta enfermedad son variados: seguridad alimentaria, medicamentos y vacunas, cosméticos, contaminación ambiental, etc.

Desde 2001 en la Unión Europea se ponen en práctica medidas de seguridad alimentaria con la retirada de materiales especificados de riesgo, y se presta especial atención a los problemas derivados del riesgo de transmisión por productos sanguíneos, sobre todo procedentes de individuos sanos que se encuentren en el periodo de incubación de la ECJ, especialmente si se

trata de la variante de la enfermedad, y en el riesgo que plantea la utilización del material médico y quirúrgico.

Riesgo de transmisión por vía alimentaria: la importación de vacuno británico a nuestro país se interrumpió en 1996 tras la descripción de la vECJ en el Reino Unido. La exposición de la población española a tejido de sistema nervioso bovino del Reino Unido depende de la aplicación de la norma de retirada de cerebro y médula a las canales destinadas a exportación y esta exposición ha sido escasa o prácticamente nula a partir de 1996. A partir de 2001 se aplica esta norma al ganado de la cabaña nacional.

Riesgo de transmisión por productos sanguíneos: el riesgo de transmisión de la enfermedad por productos sanguíneos no puede descartarse y las medidas adoptadas para minimizarlo son:

1. Criterios de exclusión de donantes de sangre relacionados con enfermedades por priones:
 - Historia familiar de ECJ.
 - Receptores de duramadre biológica o córnea.
 - Tratamiento con hormonas hipofisarias de origen humano.
 - Estancia en el Reino Unido durante el periodo 1980-1996 durante un tiempo acumulado superior a 12 meses.
 - Antecedente de transfusión en el Reino Unido o Francia después de 1979.
2. Extracción de glóbulos blancos a la sangre destinada a transfusiones (Leucorreducción).
3. Retirada del mercado de derivados sanguíneos si un donante desarrolla la vECJ. La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, de acuerdo con la Agencia Europea de Evaluación de Medicamentos, recomienda la retirada del mercado de cualquier lote de hemoderivados producido a partir de plasma de un donante diagnosticado de la vECJ. En la UE se ha recomendado además no emplear, para la fabricación de hemoderivados, plasma procedente de zonas en las que haya habido acumulación de casos de vECJ.
4. No utilización de productos sanguíneos del Reino Unido.
5. Inclusión en el protocolo de notificación del RNEETH de los antecedentes de recepción y/o donación de sangre y componentes sanguíneos de pacientes con sospecha de vECJ, así como valoración periódica de los casos notificados con antecedentes de donación de sangre o componentes. En la encuesta de notificación de caso, si el paciente ha sido donante o receptor de sangre o hemoderivados, se recoge información sobre fecha y centro sanitario en que donó o recibió la transfusión y cuál fue el componente transfundido.
6. Establecimiento de un Sistema de coordinación de la Comisión Nacional de Hemoterapia con el RNEETH, en relación al seguimiento de los receptores y donantes de componentes sanguíneos y hemoderivados.

Riesgo de transmisión por instrumental médico y quirúrgico:

La exhaustiva revisión de los estudios caso-control realizados sobre cirugía y ECJ esporádica y los resultados de algunos estudios de agregación espacio-temporal de ECJ esporádica no permiten descartar la existencia de transmisión por vía quirúrgica.

Las recomendaciones actuales en el manejo de casos con sospecha de EETH proponen que, siempre que sea posible, se utilicen instrumentos desechables y que se pongan en marcha protocolos estándar de lavado y desinfección que incluyan las medidas más estrictas posibles sobre desinfectantes.

En este sentido, se recomienda evitar el secado espontáneo de los instrumentos tras las intervenciones, sometiéndolos sistemáticamente a inmersión en agua jabonosa, y combinar el uso de hidróxido sódico 1 N y autoclave a 134°C, como se recomienda en la guía española y de la OMS sobre el control de la infección de ECJ.

En el caso de endoscopios utilizados en el diagnóstico de encefalopatías por medio de biopsia de intestino para identificar la enfermedad de Whipple, se recomienda su cuarentena, y en el caso de identificarse que se trata de vECJ se desecharán o serán dedicados a investigación.

En la reunión del Grupo de Trabajo de Encefalopatías Espongiformes Transmisibles Humanas, con representación de las comunidades autónomas y del Ministerio de Sanidad y Consumo, que tuvo lugar en junio de 2008, se acordó la creación del Grupo Técnico de Encefalopatías Espongiformes Transmisibles Humanas con el objetivo general de mejorar el control de las EETHs evitando la propagación secundaria de la vECJ y la transmisión accidental de ECJ.

Éste se constituyó en enero de 2009 con expertos en las distintas áreas de trabajo: descontaminación, seguridad alimentaria, transfusiones de sangre y hemoderivados y epidemiólogos de comunidades autónomas con casos de variante de ECJ; con los siguientes objetivos:

- Analizar cuestiones relativas a salud pública en cuatro aspectos fundamentales: alimentación, manejo de sangre y hemoderivados, manejo hospitalario de pacientes y materiales quirúrgicos y de diagnóstico y seguridad de los fármacos.
- Seguimiento de posibles incidentes y propuesta de respuesta técnica.
- Tratar problemas no previstos que puedan plantear el Ministerio de Sanidad, las comunidades autónomas o el Registro Nacional de EETH.

El RNEETH, actuando como secretaría del grupo, lo coordina y recibe las solicitudes de cualquier profesional (médicos clínicos, preventivistas, epidemiólogos...) que necesite asesoramiento sobre incidentes de salud pública relacionados con las EETHs, remitiendo a los expertos la solicitud y dando traslado al solicitante de la respuesta obtenida. Dichas solicitudes se pueden hacer al RNEETH por correo electrónico.

BIBLIOGRAFÍA

- Prusiner S, Hsiao KK. Human prion diseases. *Ann Neurol* 1994; 35:385-395
- Prusiner SB. The prion diseases. *Brain Pathol.* 1998; 8: 499-513.
- UK ACDP TSE Working group Guidelines. <http://www.advisorybodies.doh.gov.uk/acdp/tseguidance/Index.htm>
- Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob y otras encefalopatías espongiformes transmisibles humanas. Guía de información y recomendaciones para personal sanitario. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 2003.
- Las Encefalopatías Espongiformes Transmisibles Humanas, una visión desde la Salud Pública <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/Encefalopatiasespongiformes.pdf>
- Orden de 18 de julio de 2001 por el que se regula el Registro Nacional de EETH <http://www.boe.es/boe/dias/2001/08/09/pdfs/A29912-29912.pdf>
- Orden de 21 de febrero de 2001 por la que se regula la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, en relación con las encefalopatías espongiformes transmisibles humanas <http://www.boe.es/boe/dias/2001/03/01/pdfs/A07676-07677.pdf>
- Cuadrado N, Ruiz-Bremón A, Gonzalo I, Plitt C, Redondo Y, Rábano A, Tabernero C, García de Yébenes J, de Pedro Cuesta J. Diagnosis of transmissible spongiform encephalopathies in Spain. Population perspective. *Neurologia.* 1999 Nov;14(9):429-36.
- de Pedro-Cuesta J, Glatzel M, Almazán J, Stoeck K, Mellina V, Puopolo M, Pocchiari M, Zerr I, Kretschmar HA, Brandel JP, Delasnerie-Lauprêtre N, Alperovitch A, Van Duijn C, Sanchez-Juan P, Collins S, Lewis V, Jansen GH, Coulthart MB, Gelpi E, Budka H, Mitrova E. Human transmissible spongiform encephalopathies in eleven countries: diagnostic pattern across time, 1993-2002. *BMC Public Health.* 2006;6:278 doi: 10.1186/1471-2458-6-278
- Ward HJ, Everington D, Cousens SN, et al. Risk factors for sporadic Creutzfeldt-Jakob disease. *Ann Neurol* 2008; 63: 347-54.
- Zerr I, Kallenberg K, Summers DM, Romero C, Taratuto A, Heinemann U, Breithaupt M, Varges D, Meissner B, Ladogana A, Schuur M, Haik S, Collins SJ, Jansen GH, Stokin GB, Pimentel J, Hewer E, Collie D, Smith P, Roberts H, Brandel JP, van Duijn C, Pocchiari M, Begue C, Cras P, Will RG, Sanchez-Juan P. Updated clinical diagnostic criteria for sporadic Creutzfeldt-Jakob disease. *Brain.* 2009 Oct;132 (Pt 10):2659-68.
- de Pedro-Cuesta J, Mahillo-Fernández I, Rábano A, Calero M, Cruz M, Siden A, Laursen H, Falkenhorst G, Mølbak K; EUROSURGYCJD Research Group. Nosocomial transmission of sporadic Creutzfeldt-Jakob disease: results from a risk-based assessment of surgical interventions. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2011 Feb;82(2):204-12.
- Atarashi R, Satoh K, Sano K, Fuse T, Yamaguchi N, Ishibashi D, Matsubara T, Nakagaki T, Amanaka H, Shirabe S, Yamada M, Mizusawa H, Kitamoto T, Klug G, McGlade A, Collins SJ, Nishida N. Ultrasensitive human prion detection in cerebrospinal fluid by real-time quaking-induced conversion. *Nat Med.* 2011 Feb;17(2):175-8.
- Green AJE. RT-QuIC: a new test for sporadic CJD. *Pract Neurol* 2018. doi: 10.1136/practneurol-2018-001935.

- Orden de 7 de febrero de 1996 de desarrollo del real decreto 1854/1993, de 22 de octubre, por la que se determinan los criterios y condiciones de exclusión de donantes de sangre. BOE 41 de 16 de febrero de 1996.
- Real Decreto 1088/2005, de 16 de septiembre, por el que se establecen los requisitos técnicos y condiciones mínimas de la hemodonación y de los centros y servicios de transfusión. BOE 20 septiembre 2005. <http://www.boe.es/boe/dias/2005/09/20/pdfs/A31288-31304.pdf>.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Criterios básicos para la selección de donantes de sangre y componentes. Madrid 2006
http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/medicinaTransfusional/publicaciones/docs/criteriosBasicosTomoli_2006_030907.pdf.
- Review of guidelines for prevention of Creutzfeldt–Jakob disease transmission in medical settings in EU Member States and Norway (Contract ECDC 1250); Stockholm: ECDC;2011.
http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/1106_TER_Review_of_guidelines_for_prevention_of%20CJD.pdf.
- Alcalde-Cabero E, J Almazán-Isla, J P Brandel, M Breithaupt, J Catarino, S Collins, J Haybäck, R Höftberger, E Kahana, G G Kovacs, A Ladogana, E Mitrova, A Molesworth, Y Nakamura, M Pocchiari, M Popovic, M Ruiz-Tovar, A L Taratuto, C van Duyn, M Yamada, R G Will, I Zerr, J de Pedro-Cuesta. Health professions and risk of sporadic Creutzfeldt-Jakob disease, 1965 to 2010. Eurosurveillance 2012.17(15).
<http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=20144>
- Directrices europeas y españolas sobre hemoderivados
- CPMP. Biochemistry Working Party. 13-14 November 1995. CMP rapporteur's working document. Risk of transmission of Creutzfeldt-Jakob disease via medicinal products derived from human blood or plasma. Points for discussion for establishing a European policy. London, 14 November 1995. CPMP/BWP/793/95.
- CPMP. Biochemistry Working Party. Report to the CPMP: Risk of transmission of Creutzfeldt- Jakob disease via medicinal products derived from human blood or plasma. London, 14 November 1995. CPMP/BWP/794/95.
- CPMP. CPMP Report. Risk of transmission of Creutzfeldt-Jakob disease via medicinal products derived from human blood or plasma. London, 22 November 1995. CPMP/846/95.
- CPMP. CPMP Position statement of new variant CJD and plasma-derived medicinal products. London, 25 February 1998. CPMP/201/98.
- CHMP. CHMP Position statement on Creutzfeldt-Jakob disease and plasma-derived and urine-derived medicinal products. London 23 June 2004, EMEA/CMP/BWP/2879/02 rev. 1.
- Comisión Nacional de Hemoterapia. Recomendaciones aprobadas en la Comisión Nacional de Hemoterapia. 5 de abril de 2001.
- Circular 1/98 de la Dirección General de Farmacia con instrucciones para evitar que los hemoderivados procedan de donaciones obtenidas en países donde haya acúmulos de casos de vECJ.
- Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Reducción del riesgo de utilización de sangre o plasma procedente de donantes en periodo de incubación de la nueva variante de la Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob en los medicamentos que utilicen durante el proceso de

fabricación o que contengan derivados de la sangre o plasma humano (como principio activo o excipiente). Circular 1/98.9 de febrero de 1998.

- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Circular 3/2005. Reducción del riesgo de transmisión de la variante de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob en los medicamentos que incluyan derivados de sangre o plasma humano como principio activo, excipiente o durante su proceso de fabricación. 27 de julio de 2005.

Anexo I. CRITERIOS DIAGNOSTICOS.

1.- CRITERIOS DIAGNÓSTICOS ECJ ESPORÁDICA

1.1 CONFIRMADO

Confirmado mediante anatomía patológica / inmunocitoquímica

1.2 PROBABLE (cualquiera de las 4 siguientes)

1.2.1 I + dos de II + EEG típico* (ver cuadro 1)

1.2.2 I + dos de II + RM cerebral típica** (ver cuadro 1)

1.2.3 I + dos de II + 14-3-3 positiva en LCR (ver cuadro 1)

1.2.4 Síndrome neurológico progresivo y RT-QuIC positivo en LCR u otro tejido.

* Complejos periódicos generalizados.

** Hiperseñal en caudado/putamen en la RM o en al menos dos regiones corticales (temporal, parietal, occipital) en DWI o en FLAIR.

1.3 POSIBLE

I + 2 de II + duración < 2 años (ver cuadro 1).

CUADRO 1

I. Demencia rápidamente progresiva.

II. A. Mioclonias.

B. Alteraciones visuales o cerebelosas.

C. Síntomas piramidales o extrapiram.

D. Mutismo acinético.

III. EEG típico.

IV. Hiperseñal en caudado / putamen en la RMN de encéfalo.

2.- CRITERIOS DIAGNÓSTICOS ECJ TRANSMITIDA ACCIDENTALMENTE

2.1 CONFIRMADO

ECJ confirmada (según 1.1) con factor de riesgo conocido (ver cuadro 2).

2.2 PROBABLE

1.2.1 Cuadro predominantemente cerebeloso progresivo en receptores de hormona pituitaria de origen humano.

1.2.2 ECJ probable (según 1.2) con factor de riesgo iatrogénico conocido (ver cuadro 2).

CUADRO 2

EXPOSICIONES DE RIESGO RELEVANTES PARA LA CLASIFICACIÓN COMO ECJ IATROGÉNICA

La relevancia de la exposición a la causa debe tener en cuenta el tiempo de exposición en relación con el comienzo de la enfermedad

- Tratamiento con hormona de crecimiento humana, gonadotropina humana o injerto de duramadre.
- Transplante de córnea en el que el donante ha sido clasificado como caso confirmado o probable de enfermedad por priones humana.
- Exposición a instrumentos de neurocirugía utilizados previamente en un caso confirmado o probable de enfermedad por priones humana.

Esta lista es provisional dado que puede haber mecanismos de transmisión no conocidos.

3.- CRITERIOS DIAGNÓSTICOS EETH GENÉTICA

3.1 CONFIRMADO

3.1.1 EETH confirmada + EETH confirmada o probable en pariente de 1^{er} grado.

3.1.2 EETH confirmada con mutación patogénica de *PRNP* (ver cuadro 3).

3.2 PROBABLE:

3.2.1 Cuadro neuropsiquiátrico progresivo + EETH confirmada o probable en pariente de 1^{er} grado.

3.2.2 Cuadro neuropsiquiátrico progresivo + mutación patogénica de *PRNP*.

(ver cuadro 3).

CUADRO 3

- MUTACIONES DE *PRNP* ASOCIADAS A FENOTIPO NEUROPATOLÓGICO GSS
P102L, P105L, A117V, G131V, F198S, D202N, Q212P, Q217R, M232T, 192 bpi.
- MUTACIONES DE *PRNP* ASOCIADAS A FENOTIPO NEUROPATOLÓGICO ECJ
D178N-129V, V180I, V181I+M232R, T183A, T188A, E196K, E200K, V203I, R208H, V210I, E211Q, M232R, 96 bpi, 120 bpi, 144 bpi, 168 bpi, 48 b~~pi~~.
- MUTACIÓN DE *PRNP* ASOCIADA A FENOTIPO NEUROPATOLÓGICO IFL
D178N-129M.
- MUTACIÓN DE *PRNP* ASOCIADA A AMILOIDOSIS PRP VASCULAR Y145S.
- MUTACIONES DE *PRNP* ASOCIADAS ENFERMEDAD PRIÓNICA PROBADA PERO NO CLASIFICADA H178R, 216 bpi.
- MUTACIONES DE *PRNP* ASOCIADAS A CUADRO NEUROPSIQUÁTRICO PERO ENFERMEDAD PRIÓNICA NO PROBADA
I138M, G142S, Q160S, T188K, M232R, 24bpi, 48bpi + sustitución de nucleótido en otros octapéptidos.
- MUTACIONES SIN DATOS CLÍNICOS NI NEUROPATOLÓGICOS T188R, P238S.
- POLIMORFISMOS DE *PRNP* CON INFLUENCIA ESTABLECIDA EN EL FENOTIPO M129V.
- POLIMORFISMOS DE *PRNP* CON INFLUENCIA SUGERIDA EN EL FENOTIPO N171S, E219K, delección 24 bp.
- POLIMORFISMOS DE *PRNP* SIN INFLUENCIA ESTABLECIDA EN EL FENOTIPO P68P, A117A, G124G, V161V, N173N, H177H, T188T, D200D, Q212Q, R228R, S230S.

4.- CRITERIOS DIAGNÓSTICOS VARIANTE DE ECJ

4.1 CONFIRMADO

I A y confirmación neuropatológica de vECJ^e (ver cuadro 4).

4.2 PROBABLE

4.2.1 I y 4/5 de II y III
(ver cuadro 4).

4.2.2 I y IV A^d
(ver cuadro 4).

4.3 POSIBLE

I y 4/5 de II y III A (ver cuadro 4).

CUADRO 4

- I A Cuadro neuropsiquiátrico progresivo.
- B Duración de la enfermedad > 6 meses.
- C Estudios rutinarios no sugiere un diagnóstico alternativo.
- D No antecedentes de exposición iatrogénica.
- E No evidencias de forma familiar de EETH.
- II A Síntomas psiquiátricos precoces^a.
- B Síntomas sensoriales persistentes, dolor^b.
- C Ataxia.
- D Mioclonias o corea o distonía.
- E Demencia.
- III A El EEG no muestra la típica apariencia de ECJ esporádica^c en los estadios precoces de la enfermedad.
- B Hiperseñal bilateral en pulvinares en la RMN.
- IV A Biopsia de amígdala positiva^d.

^a depresión, ansiedad, apatía, aislamiento, delirio.

^b incluye dolor franco y/o disestesias.

^c la típica apariencia del EEG en la ECJ consiste en complejos trifásicos generalizados a una frecuencia aproximada de uno

por segundo. Estos pueden verse ocasionalmente en estadios tardíos de variante de ECJ.

^d no se recomienda biopsia de amígdala rutinaria ni en casos con patrón de EEG típico de ECJ esporádica pero puede ser útil en casos sospechosos en los que las características clínicas son compatibles con vECJ y la RMN no muestra hiperseñal bilateral en pulvinares.

^e cambios espongiformes y abundante depósito de PrP con placas floridas en cerebro y cerebelo.

Anexo II:

14 de diciembre de 2018.

Realización de autopsias clínicas en casos de Encefalopatías Espongiformes Transmisibles Humanas (EETH) en la CAPV.

Desde el punto de vista clínico y epidemiológico es imprescindible asegurar un diagnóstico de certeza de los casos. Dado que todavía no se dispone de pruebas clínicas que aseguren la confirmación definitiva de la enfermedad, ante la sospecha de un caso de ECJ u otra enfermedad por priones, se debe intentar la realización de pruebas diagnósticas de confirmación, principalmente la autopsia clínica. Para ello, se ha designado al Servicio de Anatomía- Patológica Hospital Universitario Araba, sede Txagorritxu en Vitoria- Gasteiz como centro de referencia para la realización de autopsias de casos de Enfermedad de Creutzfeldt- Jakob, Insomnio Familiar Fatal u otras EETH en la CAPV.

Todas las personas fallecidas y de las que se sospeche que padecían una EETH, cuando exista el correspondiente permiso por parte de la familia, se trasladarán a dicho centro para proceder a su autopsia. Para ello se deberán seguir los pasos siguientes:

1. Conseguir el consentimiento expreso para la autopsia clínica y la donación al Biobanco por parte de la familia del enfermo. Esta labor competirá principalmente al neurólogo que trate el caso.
2. El/la médico responsable del paciente debe ponerse en contacto con Anatomía Patológica del Hospital Universitario de Araba (Txagorritxu) a efectos de coordinar los trámites oportunos del traslado¹:
 - De lunes a viernes de 8 a 15 h.: comunicar el caso al servicio de Anatomía Patológica del HUA Txagorritxu: 945-007117 / 945-007123 y a la Subdirección de Salud Pública correspondiente (Araba: 945017163/ en horario guardia: 688 670 650; Bizkaia: 944031775/ en horario de guardia: 688 670 602; Gipuzkoa: 943 031775 / en horario de guardia: 688 670 648).
 - Sábado de 8 a 13 h: llamar al teléfono 649760200 (residente o patóloga/o de guardia)
 - Fuera de este horario: hablar con la supervisora general o con la/el responsable de celadores del HUA- Txagorritxu para su traslado (945-007000).

¹La contratación de la empresa funeraria para el traslado del cadáver la hará la familia, para ello puede elegir la empresa que estime oportuno.

3. Para realizar la autopsia del cadáver, el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario Araba (Txagorritxu), deberá disponer con antelación de la siguiente documentación:
 - El certificado de defunción firmado por el médico.
 - La petición de la autopsia clínica con un breve resumen de la historia clínica del caso.
 - El consentimiento para el Biobanco otorgado por la familia/tutor del fallecido (sirve de autorización de la autopsia).

4. Si el enfermo no hubiera fallecido y hubiera sido dado de alta en el hospital y siempre que exista consentimiento familiar para la autopsia, se facilitará a la familia una carta para que sea entregada al médico que firme el certificado de defunción. En la misma se explicará los motivos para pedir la autopsia e instrucciones con un número de teléfono para que el médico comunique el fallecimiento y se inicien los trámites para la realización el traslado del cadáver y la autopsia posterior.
5. El traslado del cadáver al HUA-Txagorritxu debe hacerse con la menor demora de tiempo posible desde el fallecimiento para garantizar la mejor conservación del cerebro.
6. El cadáver se podrá recepcionar en el HUA / Txagorritxu en domingos y festivos y la autopsia se realizará en el primer día laborable siguiente.
7. El traslado del cadáver debe hacerse en condiciones especiales (en féretro común donde el cadáver ha sido introducido en un sudario biodegradable, impermeable y combustible).
8. En el caso de pacientes con EETH fallecidos en la CAPV y tras el consentimiento de la familia a la autopsia clínica, la Dirección de Salud Pública y Adicciones del Departamento de Salud sufragará y se hará cargo del siguiente gasto²:
 - a) Traslado del cadáver hasta el HUA / Txagorritxu y devolución posterior a la familia dentro del territorio de la CAPV, (NO se pagará el coste del féretro).

²Es muy importante que la familia del fallecido sea informada siempre de este aspecto.

Manejo de cadáveres sospechosos de EETH

No se necesitan precauciones especiales para la manipulación de cadáveres intactos, pero en los fallecidos con grandes desgarros tisulares o apertura de órganos se evitará en lo posible el contacto con ellos, y es recomendable utilizar una bolsa para cadáveres.

Anexo III. Carta para la/el médico que certifica la defunción en el domicilio o en residencia.

Mediku jaun/andre hori:

..... izeneko pazienteak erakusten duen klinika bat dator Entzefalopatia Espongiformearekin. Baina gaixotasuna baieztatu duen behin betiko proba klinikorik ez dugunez oraindik, ECJ kasu bat edota prioiek eragindako beste gaixotasunen bat den susmoa dagoenetan, diagnostikoa baieztatzeko probak egiten saiatu behar dugu, batez ere autopsia klinikoa egiten, Euskal Autonomia Erkidegoan indarrean dagoen jardun-protokoloak ezartzen duen bezala.

Horretarako, Arabako Unibertsitate Ospitaleko (Txagorritxu, Gasteiz) Anatomia Patologikoko Zerbitzua erreferentziako zentro izendatu da EAEn Creutzfeldt-Jakoben gaixotasunaren, loezin familiar hilgarriaren edo beste GEET batzuen kasuen autopsiak egiteko.

Norbait prioiek eragindako gaixotasun batek jota hil dela susmatzen den orotan, baldin eta familiak dagokion baimena ematen badu, hark adierazitako hileta-zerbitzuak zentro horretara eramango du hilotza, han autopsia egin diezaioten. Horretarako, autopsiarako izapideak antolatze aldera, pazientea hil dela egiaztatzen duen medikuak telefono honetara deitu beharko du*:

HUA Txagorritxuko Anatomia Patologikoa:
945-007117 / 945- 007123. Larunbatak 8-13:00:
649760200. Ordutegi hauetatik kanpo: 945-007000

*Araba Osasun Publikoa: 688 670 650

*Bizkaia Osasun Publikoa: 688 670 602

*Gipuzkoa Osasun Publikoa: 688 670 648

Eskerrik asko, alde zuretik, zure laguntzagatik, eta adeitasunez, agur.

Estimado/a Dr./Dra.

El paciente presenta una clínica compatible con una Encefalopatía Espongiforme. Dado que todavía no se dispone de pruebas clínicas que aseguren la confirmación definitiva de la enfermedad, ante la sospecha de un caso de ECJ u otra enfermedad por priones, se debe intentar la realización de pruebas diagnósticas de confirmación, principalmente la autopsia clínica tal y como establece el protocolo de actuación vigente en la Comunidad Autónoma del País Vasco.

Para ello, se ha designado al Servicio de Anatomía-Patológica Hospital Universitario Araba (sede Txagorritxu en Vitoria-Gasteiz) como centro de referencia para la realización de autopsias de casos de Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, Insomnio Familiar Fatal u otras EETH en la CAPV.

Todos los fallecidos con sospecha de enfermedad por priones, siempre que exista el correspondiente permiso por parte de la familia, serán trasladados a dicho centro por los servicios funerarios que indique la familia para proceder a su autopsia. Para ello, de cara a organizar los trámites oportunos para efectuar la autopsia, el/la médico que certifique la defunción del paciente deberá contactar con anatomía patológica del HUA y personal de la Subdirección de Salud Pública correspondiente en los teléfonos*:

Anatomía Patológica del HUA Txagorritxu:
945-007117 / 945- 007123. Sábado de 8 a 13 h:
649760200. Fuera de este horario: 945-007000

*Araba Salud Pública: 688 670 650

*Bizkaia Salud Pública: 688 670 602

*Gipuzkoa Salud Pública: 688 670 648

Agradeciendo de antemano su colaboración, le saluda atentamente.

Anexo IV. Encuesta Epidemiológica de Encefalopatías Espongiformes Transmisibles Humanas

DATOS DEL DECLARANTE Y DECLARACIÓN

Fecha de Notificación: ____/____/____

Nº Identificación Registro

Nº Caso CA _____

Nº Identificación Europeo

Nombre y Apellidos _____

Teléfono _____ Provincia _____ Municipio _____

DATOS DEL PACIENTE

Apellidos 1º _____ 2º _____ Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: ____ - ____ - ____

Lugar de residencia habitual:

Edad en años: _____

Sexo: Hombre Mujer

Teléfono de contacto: ____/____/____ País de nacimiento: _____

País de residencia del caso al inicio de la enfermedad: _____

Provincia española de residencia del caso al inicio de la enfermedad: _____

Actividad laboral habitual más reciente: _____

DATOS DE ENFERMEDAD

A-MANIFESTACIONES CLÍNICO-NEUROLÓGICAS

Fecha del caso (fecha del dgco)¹ _____

Fecha de inicio de síntomas _____

Fecha de diagnóstico clínico _____

Patrón clínico de comienzo (elegir predominante):

Demencia rápidamente progresiva

Heidenhain

Demencia progresiva

Perfil vascular

Solo psiquiátrica

Extrapiramidal

Solo cerebelosa

No conocido

Manifestaciones clínicas (señalar todas las que aparezcan):

Cuadro neuropsiquiátrico

Signos extrapiramidales

Corea

Demencia

Signos piramidales

Distonia

Trastorno sensorial doloroso persistente

Mutismo acinético

Alt. visual/ oculomotor

Alt. cerebelosa/ Ataxia

Mioclonías

Otros (especificar) _____

B-DATOS GENÉTICOS

Protocolo Encefalopatías Espongiformes Transmisibles Humanas

¿Se ha identificado al menos 1 caso de ECJ definitivo o probable en familiar consanguíneo de primer grado?

No Sí No consta

Mutación PRNP específica de enfermedad:

No OSÍ Resultado pendiente Test no realizado

Descripción de la mutación PRNP: _____

Polimorfismo del codón 129: MM MV VV
Resultado pendiente Test no realizado

¿EEG Típico? No Sí No realizado No consta

C-ELECTROENCEFALOGRAMA (EEG)

Datos disponibles para la clasificación del EEG:

Informe Hospital de origen EEG visto por el personal de vigilancia EEG no realizado

Criterios de interpretación de EEG:

Criterios OMS Otros criterios EEG no revisado EEG no realizado No consta

D LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO (LCR)

LCR Normal (Células, proteínas, glucosa): No Sí No realizado No consta

¿Hay proteína 14-3-3 en LCR?: No Sí No realizado Resultado dudoso

Resultado pendiente Técnicamente ininterpretable

E- RESONANCIA MAGNÉTICA (RM)

Hallazgos en RM:

RM normal RM patológica RM no realizada

Anomalías inespecíficas en RM: No Sí No consta

Atrofia en RM: No Sí No consta

Hiperseñal en caudado y putamen en RM: No Sí No consta

Hiperseñal en tálamo posterior mayor que en otras áreas en RM:

No Sí

Si afirmativo, especifique si clara hiperseñal bilateral en pulvinares:

No Sí No consta

F-TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA (TAC)

TAC normal TAC patológica TAC no realizada No consta

Si la TAC es patológica, especifique: _____

G-DATOS ANATOMOPATOLÓGICOS

Biopsia Amigdalal: No realizada Realizada No consta

Si se ha realizado, especifique:

Inmunohistoquímica: Negativa Positiva No concluyente No consta

Western Blot para PrP: Negativo Positivo No concluyente No consta

Biopsia Cerebral: No realizada Realizada No consta

Si se ha realizado, especifique:

Técnicas convencionales: Negativa Positiva No concluyente No consta

Protocolo Encefalopatías Espongiformes Transmisibles Humanas

	Negativa	Positiva	No concluyente	No consta
Inmunohistoquímica:				

Western Blot para PrP:	Negativa	Positiva	No concluyente	No consta
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
41				
42				
43				
44				
45				
46				
47				
48				
49				
50				
51				
52				
53				
54				
55				
56				
57				
58				
59				
60				
61				
62				
63				
64				
65				
66				
67				
68				
69				
70				
71				
72				
73				
74				
75				
76				
77				
78				
79				
80				
81				
82				
83				
84				
85				
86				
87				
88				
89				
90				
91				
92				
93				
94				
95				
96				
97				
98				
99				
100				

Estudio Postmortem:	No realizado	Realizado	No consta
Autopsia:	0	0	0
Examen de orina:	0	0	0
Examen de heces:	0	0	0
Examen de sangre:	0	0	0
Examen de frotis:	0	0	0
Examen de secreciones:	0	0	0
Examen de otros fluidos:	0	0	0
Examen de otros tejidos:	0	0	0
Examen de otros órganos:	0	0	0
Examen de otros sistemas:	0	0	0
Examen de otros estudios:	0	0	0
Examen de otros procedimientos:	0	0	0
Examen de otros métodos:	0	0	0
Examen de otros análisis:	0	0	0
Examen de otros diagnósticos:	0	0	0
Examen de otros tratamientos:	0	0	0
Examen de otros cuidados:	0	0	0
Examen de otros medicamentos:	0	0	0
Examen de otros dispositivos:	0	0	0
Examen de otros instrumentos:	0	0	0
Examen de otros equipos:	0	0	0
Examen de otros materiales:	0	0	0
Examen de otros suministros:	0	0	0
Examen de otros recursos:	0	0	0
Examen de otros servicios:	0	0	0
Examen de otros proveedores:	0	0	0
Examen de otros socios:	0	0	0
Examen de otros aliados:	0	0	0
Examen de otros colaboradores:	0	0	0
Examen de otros asociados:	0	0	0
Examen de otros miembros:	0	0	0
Examen de otros integrantes:	0	0	0
Examen de otros participantes:	0	0	0
Examen de otros actores:	0	0	0
Examen de otros roles:	0	0	0
Examen de otros tipos:	0	0	0
Examen de otros formatos:	0	0	0
Examen de otros estilos:	0	0	0
Examen de otros temas:	0	0	0
Examen de otros asuntos:	0	0	0
Examen de otros puntos:	0	0	0
Examen de otros aspectos:	0	0	0
Examen de otros elementos:	0	0	0
Examen de otros componentes:	0	0	0
Examen de otros factores:	0	0	0
Examen de otros influencias:	0	0	0
Examen de otros determinantes:	0	0	0
Examen de otros causas:	0	0	0
Examen de otros motivos:	0	0	0
Examen de otros razones:	0	0	0
Examen de otros explicaciones:	0	0	0
Examen de otros fundamentos:	0	0	0
Examen de otros bases:	0	0	0
Examen de otros principios:	0	0	0
Examen de otros reglas:	0	0	0
Examen de otros normas:	0	0	0
Examen de otros estándares:	0	0	0
Examen de otros criterios:	0	0	0
Examen de otros medidas:	0	0	0
Examen de otros acciones:	0	0	0
Examen de otros comportamientos:	0	0	0
Examen de otros conductas:	0	0	0
Examen de otros actitudes:	0	0	0
Examen de otros valores:	0	0	0
Examen de otros creencias:	0	0	0
Examen de otros ideas:	0	0	0
Examen de otros pensamientos:	0	0	0
Examen de otros sentimientos:	0	0	0
Examen de otros emociones:	0	0	0
Examen de otros estados:	0	0	0
Examen de otros condiciones:	0	0	0
Examen de otros situaciones:	0	0	0
Examen de otros contextos:	0	0	0
Examen de otros entornos:	0	0	0
Examen de otros espacios:	0	0	0
Examen de otros lugares:	0	0	0
Examen de otros sitios:	0	0	0
Examen de otros zonas:	0	0	0
Examen de otros áreas:	0	0	0
Examen de otros sectores:	0	0	0
Examen de otros campos:	0	0	0
Examen de otros dominios:	0	0	0
Examen de otros niveles:	0	0	0
Examen de otros grados:	0	0	0
Examen de otros etapas:	0	0	0
Examen de otros fases:	0	0	0
Examen de otros períodos:	0	0	0
Examen de otros tiempos:	0	0	0
Examen de otros momentos:	0	0	0
Examen de otros instantes:	0	0	0
Examen de otros segundos:	0	0	0
Examen de otros minutos:	0	0	0
Examen de otros horas:	0	0	0
Examen de otros días:	0</		

Si se ha realizado, especifique:

Limitado a cavidad craneal	Extendido
1. Meningitis 2. Absceso 3. Hematoma 4. Glioma 5. Metástasis 6. Ependimoma 7. Meduloblastoma 8. Astrocitoma 9. Schwannoma 10. Meningioma 11. Oligodendroglioma 12. Ependimoma 13. Glioma 14. Metástasis 15. Hematoma 16. Absceso 17. Meningitis 18. Glioma 19. Metástasis 20. Hematoma 21. Absceso 22. Meningitis 23. Glioma 24. Metástasis 25. Hematoma 26. Absceso 27. Meningitis 28. Glioma 29. Metástasis 30. Hematoma 31. Absceso 32. Meningitis 33. Glioma 34. Metástasis 35. Hematoma 36. Absceso 37. Meningitis 38. Glioma 39. Metástasis 40. Hematoma 41. Absceso 42. Meningitis 43. Glioma 44. Metástasis 45. Hematoma 46. Absceso 47. Meningitis 48. Glioma 49. Metástasis 50. Hematoma 51. Absceso 52. Meningitis 53. Glioma 54. Metástasis 55. Hematoma 56. Absceso 57. Meningitis 58. Glioma 59. Metástasis 60. Hematoma 61. Absceso 62. Meningitis 63. Glioma 64. Metástasis 65. Hematoma 66. Absceso 67. Meningitis 68. Glioma 69. Metástasis 70. Hematoma 71. Absceso 72. Meningitis 73. Glioma 74. Metástasis 75. Hematoma 76. Absceso 77. Meningitis 78. Glioma 79. Metástasis 80. Hematoma 81. Absceso 82. Meningitis 83. Glioma 84. Metástasis 85. Hematoma 86. Absceso 87. Meningitis 88. Glioma 89. Metástasis 90. Hematoma 91. Absceso 92. Meningitis 93. Glioma 94. Metástasis 95. Hematoma 96. Absceso 97. Meningitis 98. Glioma 99. Metástasis 100. Hematoma 101. Absceso 102. Meningitis 103. Glioma 104. Metástasis 105. Hematoma 106. Absceso 107. Meningitis 108. Glioma 109. Metástasis 110. Hematoma 111. Absceso 112. Meningitis 113. Glioma 114. Metástasis 115. Hematoma 116. Absceso 117. Meningitis 118. Glioma 119. Metástasis 120. Hematoma 121. Absceso 122. Meningitis 123. Glioma 124. Metástasis 125. Hematoma 126. Absceso 127. Meningitis 128. Glioma 129. Metástasis 130. Hematoma 131. Absceso 132. Meningitis 133. Glioma 134. Metástasis 135. Hematoma 136. Absceso 137. Meningitis 138. Glioma 139. Metástasis 140. Hematoma 141. Absceso 142. Meningitis 143. Glioma 144. Metástasis 145. Hematoma 146. Absceso 147. Meningitis 148. Glioma 149. Metástasis 150. Hematoma 151. Absceso 152. Meningitis 153. Glioma 154. Metástasis 155. Hematoma 156. Absceso 157. Meningitis 158. Glioma 159. Metástasis 160. Hematoma 161. Absceso 162. Meningitis 163. Glioma 164. Metástasis 165. Hematoma 166. Absceso 167. Meningitis 168. Glioma 169. Metástasis 170. Hematoma 171. Absceso 172. Meningitis 173. Glioma 174. Metástasis 175. Hematoma 176. Absceso 177. Meningitis 178. Glioma 179. Metástasis 180. Hematoma 181. Absceso 182. Meningitis 183. Glioma 184. Metástasis 185. Hematoma 186. Absceso 187. Meningitis 188. Glioma 189. Metástasis 190. Hematoma 191. Absceso 192. Meningitis 193. Glioma 194. Metástasis 195. Hematoma 196. Absceso 197. Meningitis 198. Glioma 199. Metástasis 200. Hematoma 201. Absceso 202. Meningitis 203. Glioma 204. Metástasis 205. Hematoma 206. Absceso 207. Meningitis 208. Glioma 209. Metástasis 210. Hematoma 211. Absceso 212. Meningitis 213. Glioma 214. Metástasis 215. Hematoma 216. Absceso 217. Meningitis 218. Glioma 219. Metástasis 220. Hematoma 221. Absceso 222. Meningitis 223. Glioma 224. Metástasis 225. Hematoma 226. Absceso 227. Meningitis 228. Glioma 229. Metástasis 230. Hematoma 231. Absceso 232. Meningitis 233. Glioma 234. Metástasis 235. Hematoma 236. Absceso 237. Meningitis 238. Glioma 239. Metástasis 240. Hematoma 241. Absceso 242. Meningitis 243. Glioma 244. Metástasis 245. Hematoma 246. Absceso 247. Meningitis 248. Glioma 249. Metástasis 250. Hematoma 251. Absceso 252. Meningitis 253. Gli	

Principales zonas anatómicas de afectación (gliosis, pérdida neuronal, espongiosis) según informe (especificar):

Técnicas convencionales:	Negativa	Positiva	No concluyente	No consta
--------------------------	----------	----------	----------------	-----------

Inmunohistoquímica:	Negativa	Positiva	No concluyente	No consta

Western Blot para PrP:	Negativa	Positiva	No concluyente	No consta
------------------------	----------	----------	----------------	-----------

Sí es positiva especifíquese patrón de glicoformas:

Tipo1 Tipo 2 Tipo 3 Tipo 4 Otro

H FALLECIMIENTO

¿Ha fallecido?	No	Sí	No consta
----------------	----	----	-----------

En caso afirmativo especificar: Fecha de defunción: / /

Fecha desconocida:

Duración de la enfermedad en meses²:

¿Ha sido visitado el enfermo en vida por el coordinador clínico de la CA o por personal de vigilancia?

No Sí No consta

I- LUGAR DE LA ENFERMEDAD

Lugar del caso:

DATOS DEL RIESGO

Factores de riesgo de transmisión accidental:

Implante biológico de duramadre: No Sí No Consta Año: _____

Otros implantes biológicos:

No Sí No Consta Año:

Si afirmativo, especificar tipo _____

Intervenciones o tratamientos con agujas (Punción lumbar, EMG, Acupuntura, tatuajes, etc.) :

No Sí No Consta Año:

Si afirmativo, especificar _____

¿Cuántas veces ha sido operado en los últimos diez años? _____

Especificar intervención y año:

Receptor de hormonas biológicas:

No Sí No Consta Si afirmativo, especificar _____ Año _____

Ha recibido transfusiones de sangre y/o hemoderivados?

No Sí No Consta

(Si afirmativo ampliar información al final de la encuesta)

Factores de riesgo ocupacional:

¿Ha ejercido ocupación que implique **exposición a pacientes o tejidos humanos?**

No Sí No Consta En caso afirmativo: Especifique código³: _____

Si otro, especifique _____

² Duración de la enfermedad: Se indicará la duración de la enfermedad en meses transcurridos entre la fecha de inicio de síntomas y la defunción.

Número de años expuesto _____

Exposición ocupacional a animales o tejidos de animales:

No Sí No Consta En caso afirmativo: Especifique código⁴: _____

Si otro, especifique _____ Número de años expuesto _____

Factores de riesgo familiar:

Antecedentes familiares de ECJ

No Sí No Consta Parentesco _____

Antecedentes familiares de demencia

No Sí No Consta Parentesco _____

Antecedentes familiares de Parkinson

No Sí No Consta Parentesco _____

Otros factores de interés:

¿Ha sido **donante de sangre?**

No Sí No Consta (Si afirmativo ampliar información al final de la encuesta)

¿Ha sufrido algún **traumatismo craneal con pérdida de conciencia en los últimos 10 años?**

No Sí No Consta

¿Ha sufrido alguna **mordedura de animal en los últimos 10 años?**

No Sí No Consta

Exposición NO ocupacional a animales o tejidos animales:

No Sí No Consta

En caso afirmativo especifique: _____ Número de años expuesto: _____

Estancia en Reino Unido acumulada mayor de 6 meses entre 1985–1996:

No Sí No Consta

Otros factores de riesgo que considere de interés (consumo de vísceras, ojos, sesos, etc.):

No Sí No Consta

En caso afirmativo especifique _____

CATEGORIZACIÓN DEL CASO

Clasificación clínico-etiológica INICIAL:

ECJ Esporádica
ECJ Familiar
ECJ Yatrogénica
Variante ECJ
SGS
IFL
No consta
No EETH

Clasificación clínico-etiológica FINAL:

ECJ Esporádica
ECJ Familiar
ECJ Yatrogénica
Variante ECJ
SGS
IFL
No consta
No EETH

Clasificación de probabilidad INICIAL según criterios diagnósticos para EETH

Confirmada
Probable
Posible
No EETH
No consta

Clasificación de probabilidad FINAL según criterios diagnósticos para EETH

☐ Confirmada
☐ Probable
☐ Posible

¿Pendiente de algún resultado para la clasificación diagnóstica definitiva? No Sí

Durante el seguimiento, ¿se excluyen los diagnósticos de EETH? No Sí

Si afirmativo, especifique el nuevo: _____

Descartado: No Sí

OBSERVACIONES ⁵

⁵ Incluir toda la información relevante no indicada en el resto de la encuesta

Información receptor de sangre:

Ha recibido transfusiones de sangre?

Indique cuándo, dónde y componente recibido de sangre o **hemoderivados antes del diagnóstico de la enfermedad**

Fecha de transfusión	Centro donde fue transfundido	Componente transfundido			
		Sangre Total	Plasma	Plaquetas	Hematíes
		Sangre Total	Plasma	Plaquetas	Hematíes
		Sangre Total	Plasma	Plaquetas	Hematíes
		Sangre Total	Plasma	Plaquetas	Hematíes
		Sangre Total	Plasma	Plaquetas	Hematíes

Información donante de sangre:

¿Ha sido donante de Sangre?

Indique fecha y centro donde donó sangre:

Fecha de la donación	Centro donde pudo donar