



SECRETARIA GENERAL DE  
SANIDAD

DIRECCIÓN GENERAL DE  
SALUD PÚBLICA

**Centro de Coordinación de Alertas y  
Emergencias Sanitarias**

## **Encuesta para la investigación de los casos asociados a la alerta de Reino Unido de hepatitis no A-E aguda grave de causa desconocida en niños **menores de 16 años****

**25 de abril de 2022**

### **Información sobre la alerta**

El 5 de abril de 2022, el Punto Focal Nacional del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de Reino Unido (R.U.) notificó a la OMS 10 casos de hepatitis aguda grave de etiología desconocida en niños menores de 10 años previamente sanos en el cinturón central de Escocia. Las edades oscilaron entre los 11 meses y los cinco años. Nueve casos tuvieron un inicio de síntomas durante marzo de 2022 y uno tuvo un inicio más temprano, en enero de 2022. Los síntomas incluyeron ictericia, diarrea, vómitos y dolor abdominal. Los 10 casos fueron detectados cuando estaban hospitalizados.

Tras iniciar una investigación a nivel nacional, el 8 de abril de 2022, se habían identificado en el Reino Unido un total de 74 casos que cumplían con la definición de caso. El síndrome clínico en los casos identificados es de hepatitis aguda con transaminasas muy elevadas, frecuentemente con ictericia, a veces precedida de síntomas gastrointestinales, en niños hasta los 10 años. Algunos casos requirieron traslado a unidades pediátricas especializadas en hígado y seis niños requirieron trasplante hepático. Según los informes ningún niño había fallecido.

A 20 de abril, Reino Unido había registrado 108 casos confirmados: 79 en Inglaterra, 14 en Escocia, 11 en Gales y 4 en Irlanda del Norte. Los casos no estaban relacionados entre sí, el 55% eran niñas entre 0 y 10 años (87% entre 1 y 5 años). En 8 de estos casos ha sido necesario el trasplante de hígado. Ninguno ha fallecido.

En los casos identificados en R.U., las pruebas de laboratorio han excluido todos los virus de la hepatitis (A, B, C, D y E) en estos niños. Una de las posibles causas que se están investigando es que estén relacionados con una infección por adenovirus. En los casos de Reino Unido, 37 casos de 48 analizados (77%, IC 95% 62-87), fueron positivos a adenovirus. En las últimas semanas, según los datos aportados por la vigilancia de infecciones respiratorias en Reino Unido, la incidencia de infecciones por adenovirus se ha incrementado de forma muy importante, respecto a los años previos.

Los adenovirus 40-41 son una de las causas más frecuentes de gastroenteritis víricas en niños. La hepatitis puede ser una complicación poco frecuente en estos casos, especialmente en inmunodeprimidos. También se están investigando activamente otras posibles causas, incluido otros tipos de coronavirus, otras infecciones o causas ambientales. Hasta este momento el papel en la patogénesis de la hepatitis de los virus encontrados en algunos de los casos aún no está claro. No hay ningún vínculo con la vacuna COVID-19 (ninguno de los casos confirmados en el R.U. ha sido vacunado). No se han identificado otros factores de riesgo epidemiológicos claros hasta la fecha, incluidos los viajes internacionales recientes. Así pues, hasta este momento, **la etiología de los casos actuales de hepatitis todavía se considera desconocida y sigue bajo investigación activa**. Se continúan realizando pruebas de laboratorio para muchas infecciones, productos químicos y toxinas en los casos identificados.

Tras la notificación de R.U. a través de los mecanismos de OMS y ECDC, otros países han notificado casos compatibles con la definición: Irlanda (3 casos), Dinamarca (3 casos), Holanda (4 casos), Francia (2 casos), Bélgica (1 caso) y Rumanía (1 caso).

Fuera de la UE/EEE según un comunicado de prensa del Departamento de Salud Pública de Alabama, desde noviembre de 2021, se han detectado 9 casos en Alabama, previamente sanos, no relacionados epidemiológicamente con edades entre 1 y 6 años. Cinco de los nueve casos dieron positivo para el adenovirus tipo 41 y 2 requirieron trasplante hepático.

### **Situación en España**

Entre el 1 de enero de 2022 y el 22 de abril de 2022, en España, se han detectado 13 casos de hepatitis grave no filiada en personas entre 0 y 16 años: **8 casos que cumplen con los criterios de caso confirmado para iniciar la investigación según la definición de R.U.**, y 5 casos se clasificaron como probables.

**Los 8 casos confirmados** (3 niños y 5 niñas de edades comprendidas entre los 18 meses y 7 años) iniciaron síntomas entre el 2 de enero y el 24 de marzo de 2022 y tienen su residencia en la Comunidad de **Madrid, Cataluña (2 de ellos), Galicia (2), Andalucía, Castilla-La Mancha y Aragón**, no están relacionados entre ellos, uno tiene antecedente de viaje a R.U. y en un caso se obtuvo una prueba positiva para adenovirus. La evolución ha sido favorable, excepto en un caso que ha requerido trasplante hepático. Dos de ellos podrían tener otra causa que justificara el cuadro clínico.

Los 5 casos probables (2 niños, 2 niñas y 1 de sexo desconocido, con edades entre los 12 y 16 años) y FIS entre el 30 de diciembre 2021 y 1 de abril 2022, tienen su residencia en Cataluña (3), Andalucía (1) y Murcia (1).

## Definición de caso

Tras las primeras investigaciones retrospectivas, se modifica la definición de caso con una nueva nomenclatura y matices para explicar mejor los criterios de inclusión y exclusión:

- Caso en investigación: Persona con hepatitis aguda grave (con criterios de ingreso) y en la que las determinaciones frente a la hepatitis A, B, D, C y E han sido negativas, con elevación de GOT o GPT >500 U/L, con edad entre 0 y 16 años y con fecha de inicio de síntomas desde el 1 de enero de 2022.
- Caso con vínculo epidemiológico: Persona con hepatitis aguda grave (con criterios de ingreso) y en la que las determinaciones frente a la hepatitis A, B, D, C y E han sido negativas, con elevación de GOT o GPT >500 U/L de cualquier edad que haya tenido contacto estrecho con un caso en investigación sintomático desde el 1 de enero de 2022.
- Caso descartado: Persona con hepatitis aguda grave (con criterios de ingreso) y hepatitis aguda A-E o una causa de origen no infeccioso que justifique el cuadro clínico.

## Envío de muestras

Además de la realización de las determinaciones indicadas en la encuesta para la investigación de los casos confirmados, se recomienda el envío de muestras de suero, sangre, heces y orina al Centro Nacional de Microbiología (CNM). En el Centro Nacional de Sanidad Ambiental (CNSA) del ISCIII se realizarán las determinaciones pertinentes y en caso de juzgarlo necesario se podrán derivar a otras instituciones para la realización de análisis complementarios. De este modo, se podrán realizar de forma centralizada las determinaciones ulteriores que se consideren necesarias, según avance el conocimiento de esta alerta.

Para el envío de muestras por favor contactad con los servicios de medicina preventiva del hospital o de salud pública de referencia,

## Encuesta de salud pública para la investigación de casos confirmados:

Sección 1: Datos del notificador			
Nombre:		Fecha de notificación (dd/mm/aaaa)	
Teléfono móvil		Correo electrónico	
Organización/Centro de trabajo		Fecha de entrevista (dd/mm/aaaa)	
Comunidad autónoma			

Sección 2: Datos del entrevistado			
Nombre:		Relación con el caso ( Si no entrevista al caso)	
Teléfono móvil		Correo electrónico	
¿Autoriza el entrevistado a que Salud Pública se ponga en contacto con él para realizar un seguimiento posterior si es necesario?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

Sección 3: Estado actual del caso			
Vivo, totalmente recuperado		<i>Vivo, en el hospital</i>	
Vivo, bajo cuidados en el hospital		Ingresado en UCI	
Vivo, sometido a un trasplante hepático		Fallecido	
Dado de alta			

Sección 4: Datos demográficos del paciente			
Nombre		Apellido	

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)		Nº Tarjeta sanitaria			
Sexo	Mujer <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/>  Otro <input type="checkbox"/>	Código postal			
País de nacimiento					
Dirección		Teléfono			
<b>Datos de los convivientes o contactos cercanos regulares, como abuelos, trabajadores de la guardería, profesores o similares expuestos al caso en el mes anterior a enfermar (Nota: si hay varios contactos (por ejemplo, guardería, grupo de juego, etc.), inclúyase como una agrupación)</b>					
	Nombre (Nombres, apellidos)	Fecha de nacimiento	Relación con el caso	Ocupación y nombre del empleador o guardería/grupo de juego o escuela a la que asiste y dirección, incluido el código postal (si procede)	Qué tareas se asignan como parte de esta ocupación (por ejemplo, oficina o taller)
1		/ /			
2		/ /			
3		/ /			
4		/ /			
5		/ /			
6		/ /			
7		/ /			
8		/ /			
9		/ /			
10		/ /			

<b>Sección 5: Enfermedad actual del caso</b>		
Síntomas	Síntomas presentes	Fecha de inicio de síntomas (FSI) (dd/mm/aaa)
Ictericia	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	/ /

<b>Sección 5: Enfermedad actual del caso</b>		
Naúseas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	/ /
Dolor abdominal / calambres	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	/ /
Diarrea	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	/ /
Heces sanguinolentas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	/ /
Heces pálidas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	/ /
Rash	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	/ /
Vomitos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	/ /
Síntomas respiratorios	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	/ /
Fiebre	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	/ /
Malestar/Cansancio	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	/ /
Otros(especificar):	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	/ /
<b>Contacto con Centros, Servicios y establecimientos sanitarios en el mes previo a la fecha de inicio de síntomas (FSI)</b>		
Centros, Servicios y establecimientos Sanitarios:		Fecha (dd/mm/aaa)
Atención primaria	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	/ /
Atención especializada	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	/ /
Ingreso en el hospital (Por lo menos 1 noche)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	/ /
UCI pediátrica	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	/ /
Otro, desde 1 mes antes de la FIS que no se haya descrito anteriormente (operaciones, inyecciones, procedimientos dentales, etc.)?Especificar: _____	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	/ /

<b>Sección 6: Resultados de laboratorio / Toxicología / otras investigaciones</b>					
Por favor, proporcione cualquier resultado de laboratorio para esta presentación:					
	Resultado	No detectado	No realizado	Pendiente	Fecha de la toma de muestra
<b>Laboratorio</b>					
Pico ALT					/ /
Pico AST					/ /
Pico ALP					/ /
Pico Bilirrubina					/ /
Pico INR					/ /
PT					/ /
Fibrinogeno					/ /
Ferritina					/ /
D-dimero					/ /
Albumina					/ /
LDH					/ /
GGT					/ /
<b>Enfermedades infecciosas</b>					
	Positivo	Negativo	No realizado	Pendiente	Fecha de la toma de muestra
CMV PCR en sangre (carga viral en c/ml)					/ /
V Ebsstein Barr PCR en sangre (carga viral en c/ml)					/ /
Enterovirus PCR en sangre (carga viral en c/ml o detectado o no detectado si no cuantitativo)					/ /
VHS - 1 PCR en sangre (indique la carga viral en c/ml si está disponible o detectada/no detectada si no es cuantitativa)					/ /
VHS - 2 PCR en sangre (indique la carga viral en c/ml si está disponible o detectada/no detectada si no es cuantitativa)					/ /
Leptospirosis (especificar si es					/ /

Sección 6: Resultados de laboratorio / Toxicología / otras investigaciones					
PCR en sangre u orina o IgM en sangre)					
VHA: PCR en sangre si se hace, o heces (especificar)					/ /
VHA: IgG					/ /
VHA: IgM					/ /
VHE: IgM					/ /
VHE: IgG					/ /
VHE PCR en sangre (o heces)-especificar					
VHB (HBsAg)					/ /
VHC (Ab)					/ /
VHH-6 PCR en sangre					/ /
VHH-7 PCR en sangre					
Adenovirus – muestra heces					/ /
Adenovirus – muestra respiratoria					/ /
Adenovirus – sangre (carga viral en c/ml al pico)					/ /
Adenovirus – otras muestras					/ /
SARS-CoV-2 PCR muestra faringea					/ /
SARS-CoV-2 nivel de anticuerpos anti-espícula					/ /
VSR PCR muestra faringea					/ /
Influenza PCR muestra faringea					/ /
Enterovirus PCR muestra faringea					/ /
Norovirus en heces					
Campilobacter en heces					
Varicela PCR en sangre					/ /
Parvovirus B19 IgM o IgG o PCR, especificar					/ /



<b>Sección 6: Resultados de laboratorio / Toxicología / otras investigaciones</b>					
Serología VIH					/ /
Antígeno de Legionela en orina o PCR en sangre, indique					/ /
Mycoplasma IgM o PCR de esputo, por favor indique					/ /
ASOT (Anti-estreptolisina O)					/ /
Coxiella en sangre, aislamiento o PCR, especificar					
Orthohepevirus C PCR en sangre					
Muestra faringea para cultivo bacteriano (incluyendo estreptococo)					/ /
Heces para cultivo bacteriano					/ /
PCR en heces para sapovirus norovirus, enterovirus (seleccione los incluidos si no están todos disponibles)					/ /
Otros (en caso afirmativo, especifique):					/ /
<b>Toxicología</b>					
Metales pesados: Plomo					/ /
Metales pesados: Arsenico					/ /
Metales pesados: Mercurio					/ /
Prueba de drogas: Concentración máxima de paracetamol					/ /
Prueba de drogas: Concentración máxima de salicilato					/ /
Toxicología en orina (facilite los detalles de cualquier resultado positivo de toxicidad)					/ /
<b>Técnicas de imagen</b>	Realizado	En caso afirmativo, resuma los resultados:			Fecha de la prueba
Radiología:					
Radiografías	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				/ /
Ecografía abdominal	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				/ /
TAC abdominal	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				/ /

Sección 6: Resultados de laboratorio / Toxicología / otras investigaciones				
Estudios de anatomía patológica				
Biopsia hepática (resumir el informe histopatológico, incluyendo si el daño comienza en las vías portales o es difuso)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			/ /
Tinciones inmunohistoquímicas realizadas (adenovirus/CMV/EBV, etc.)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			/ /
Otros estudios de interés. Especificar:				

Sección 7: Historial médico y de salud del caso				
Detalle cualquier enfermedad asociada anterior a la fecha de inicio de síntomas que requiera tratamiento/cuidado				
Tipo de enfermedad (ej. gastro, COVID-19, lesión)	Hospitalización requerida (si/no)	Fecha de inicio/ días hasta la resolución	Síntomas primarios	Medicamentos de venta libre o recetados que se toman
Describa cualquier otra medicación que se le haya recetado al caso desde 1 mes antes de la fecha de inicio de síntomas.				
¿Tiene el caso alguna condición médica subyacente? Incluyendo la relacionada con el hígado/metabólica/autoinmune/isquémica		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
En caso afirmativo, detalles: (diagnóstico, fecha de diagnóstico, medicación)		/ /		
¿Está el niño(a) inmunodeprimido(a)?		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
En caso afirmativo, detalles: (enfermedad, incluya si es primaria, secundaria, relacionada con la medicación), fecha del diagnóstico, medicación)				

Ha recibido en su pauta de vacunación las vacunas frente a Hepatitis?		Hepatitis A	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		Hepatitis B	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Desde un mes antes de la fecha de inicio de síntomas (FIS), ¿ha recibido/tomado el caso alguno de los siguientes medicamentos o fármacos específicos?			
Medicación		Description	Fecha
Paracetamol'	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		/ /
Ibuprofeno'(Dolorac, Ibudol, Ibufen, Neobrufen, Dalsy..)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		/ /
Salicilatos como aspirina (Aspirina, Actron, Dolmen..)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		/ /
Medicamentos naturales, de hierbas (especificar)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		/ /
Esteroides	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		/ /
Antibióticos (especificar)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		/ /
Antiepilépticos (especificar)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		/ /
Otros medicamentos prescritos (especificar)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		/ /
Vacuna COVID-19	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		/ /
¿Existe la posibilidad de que un amigo o un familiar le haya dado al niño un medicamento/hierba/suplemento en algún momento 1 mes antes de la fecha de inicio de síntomas?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		/ /
¿Ha tenido el caso lesiones que hayan provocado heridas profundas o abrasiones cutáneas un mes antes de la fecha de inicio de síntomas?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
En caso afirmativo, describa el lugar de la lesión en el cuerpo y el elemento que la causó, así como la fecha en que se produjo.			

¿Se ha hecho algún piercing recientemente?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, qué establecimiento y fecha del procedimiento	

### Sección 8: Exposición a la enfermedad de los miembros del hogar o contactos cercanos

Proporcione detalles recientes de las enfermedades o infecciones de los miembros del hogar y, si se conocen, de los contactos cercanos desde 1 mes antes de la fecha de inicio de síntomas del caso. Los contactos cercanos habituales pueden incluir a los abuelos, trabajadores de la guardería, profesores o similares expuestos al caso en el mes anterior a enfermar (Nota: si hay varios contactos (por ejemplo, guardería, grupo de juego, etc.), inclúyalos como una agrupación).

Nombre	Tipo enfermedad (ej. Gastrointestinal, COVID-19)	FIS o resultado de la prueba (si asintomático)	¿Podría el caso actual estar relacionado con la enfermedad de un miembro de la familia?
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	
¿Algún miembro del hogar o contacto ha sufrido ictericia 1 mes antes de la fecha de inicio de síntomas del caso?		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
En caso afirmativo, facilite los detalles, incluidos los datos de contacto, si se buscó tratamiento, si fue necesaria la hospitalización, si la persona está recuperada y bien o en otra situación, etc.			

### Sección 9: Historia de viajes

Desde 1 mes antes de la fecha de inicio de síntomas, ¿ha viajado el Reino Unido o ha tenido contacto con	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
--	---

Sección 9: Historia de viajes					
personas procedentes del Reino Unido?					
En caso afirmativo, especificar					
Indique si ha viajado a otros lugares diferentes al Reino Unido en España o en otros países, en el mes anterior a la FIS					
Lugar de viaje	Días de viaje y fecha de retorno	Tipo de viaje (vacaciones, estancia en casa, hotel, visita familiares...)		Breve descripción de las actividades inusuales/ animales o insectos encontrados	
	( días ). Regreso: / /				
	( días ). Regreso: / /				
	( días ). Regreso: / /				
	( días ). Regreso: / /				
Si hay antecedentes de viajes exóticos, ¿se han realizado otras pruebas para detectar infecciones relacionadas con los viajes (por ejemplo, malaria, dengue). Por favor, facilite los detalles a continuación.					
Prueba de Laboratorio		Resultado			Fecha de la prueba
		Detectado	No detectado	No realizado	Pendiente
					/ /
					/ /

Sección 10: Contacto con animales e insectos			
Indique los animales domésticos que viven en el hogar o en la propiedad, o contacto con animales de compañía de algún familiar/amigo			
Nombre de la mascota	Tipo de animal (por ejemplo, perro, gato, cobaya)	¿El animal se queda en casa o duerme con el niño?	Describa cualquier enfermedad de la mascota desde el 1 mes antes de la FIS del caso.

Sección 10: Contacto con animales e insectos	
¿Ha tenido el caso algún contacto con animales distintos de los domésticos desde el 1 mes antes de la FIS, incluyendo visitas a la granja	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, describa los encuentros (tipo de animal, fecha, tipo de encuentro) desde 1 mes antes de la fecha de inicio de síntomas.	
¿Ha estado en contacto con animales salvajes (ciervos, aves silvestres, zorros o similares) desde 1 mes antes de la FIS?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, describa los encuentros (tipo de animal, fecha, tipo de encuentro)	
¿Paseo por tierras de cultivo, zonas de pastoreo de animales o bosques desde 1 mes antes de la FIS?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, describa los encuentros (tipo de animal, fecha, tipo de encuentro)	
¿Ha tenido el caso alguna picadura de insecto inusual (incluyendo picaduras de garrapata), con reacciones leves o graves desde el 1 mes antes de la FIS?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, describa el insecto si lo conoce y el tipo de reacción, si la hay.	

Sección 11: exposición a alimentos							
Alimentos	Nunca	Sí (especificar)	1 vez /sem	2 días/ sem	3 días /sem	> 3 días /sem	72 h antes del inicio de síntomas
Snacks o cereales							
Chocolate (tableta, barras, huevos, cremas...)							
Chocolate de la marca Kinder: (Schokobons, Kinder sorpresa...etc)							
Galletas							
Cereales							
Frutos secos							
Semillas							
Golosinas							

Repostería							
Frutas							
Frescas							
Congeladas							
Envasadas, en conserva							
Mermelada							
Zumos							
Verduras							
Lechugas y similares							
Tomate							
Zanahoria							
Cebolla							
Maíz							
Envasadas, en conserva							
Infusiones							
Complementos alimenticios a base de plantas							
Suplementos alimenticios (incluyendo batidos, cápsulas, ...)							
Carne							
Carne fresca no procesada							
Productos cárnicos procesados (nugets, salchichas, etc)							
Embutidos							
Pescado							
Marisco							
Leche y derivados							
Queso							
Yoghurt							
Otros lácteos (nata, mantequilla, postres lácteos, ...)							
Huevos							
Agua embotellada							
Agua no tratada (fuentes, arroyos, ríos..)							
Otros alimentos no mencionados previamente							

¿Algún alimento es de elaboración artesanal? Especificar	
¿Algún alimento ha sido comprado en el extranjero? Especificar	
¿Algún alimento ha sido comprado en internet? Especificar	
¿Algún alimento ha sido comprado en mercados ambulantes/ferias? Especificar	
¿Sigue algún tipo de dieta específica (vegetariana, vegana, orgánica, sin lácteos, sin gluten, etc)?	
¿Ha consumido algún alimento nuevo o inusual, incluyendo setas o frutas silvestres recolectadas en el campo, durante el mes previo al inicio de síntomas?	
¿Ha consumido algún alimento en mal estado, enranciado o enmohecido (como queso, frutos secos, arroz, harina, frutas, etc)?	

### Sección 12: Otras exposiciones ambientales

Indique las exposiciones que considere de interés en el mes previo a la FIS

¿Ha estado el caso expuesto a algún juguete nuevo (indíquese si se trata de juguetes no regulados)? Esto debe incluir los nuevos juguetes de plástico o de tela (que los niños pueden masticar o chupar), las variantes o los sustitutos de la plastilina, la plastilina o las versiones caseras de estos.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, especifique el contexto y la fecha de exposición	Contexto: _____ fecha: / /
¿Ha estado el caso expuesto a algún tipo de disolvente (posiblemente a través de un juguete o producto de consumo)?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, especifique el contexto y la fecha de exposición	_____ / /
¿Ha tenido el caso un uso excesivo de geles/toallitas de mano que contengan isopropanol u otros sustitutos del etanol?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>



En caso afirmativo, especifique	
¿ha habido en la casa un cambio reciente en el menaje o en general en materiales en contacto con alimentos?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, especifique	

**Sección 13: Cualquier otra Información**

¿Hay otros acontecimientos, interacciones o experiencias destacables desde 1 mes antes de la FIS que no se hayan comentado hasta ahora y que puedan ser importantes?

--	--