



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 hepatitis no A-E aguda grave de causa desconocida en niños menores de 10 años

13 de abril de 2022

Introducción

El 5 de abril de 2022, el Punto Focal Nacional del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) para el Reino Unido 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 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 han requerido traslado a unidades pediátricas especializadas en hígado y seis niños han requerido trasplante hepático. Según los informes ningún niño ha muerto.

Las pruebas de laboratorio han excluido los virus de la hepatitis A-E en estos niños. Se han detectado SARS-CoV-2 y/o adenovirus en varios de los casos. En el Reino Unido se ha observado un aumento en la actividad de los adenovirus en los últimos meses, que circulan junto con el SARS-CoV-2, aunque el papel de estos virus en la patogénesis aún no está claro. No se han identificado otros factores de riesgo epidemiológicos obvios hasta la fecha, incluidos los viajes internacionales recientes. En general, la etiología de los casos actuales de hepatitis todavía se considera desconocida y sigue bajo investigación activa. Se están realizando pruebas de laboratorio para otras infecciones, productos químicos y toxinas para los casos identificados.

Tras la notificación a través de los mecanismos RSI/EWRS, Irlanda ha informado de tres posibles casos bajo investigación.

En este momento, Reino Unido ha establecido una definición de caso que ha compartido con el resto de países a través del RSI y también ha elaborado una encuesta para la investigación de los casos que cumplan con la definición. En España, hemos utilizado la misma definición de Reino Unido y hemos

adaptado la encuesta al contexto español como una primera herramienta en la gestión de esta alerta que podrá ser revisada en función de los acontecimientos.

Hasta la fecha, en España se han detectado tres casos que cumplen con los criterios de caso confirmado según la definición de caso confirmado de Reino Unido, con residencia en La Comunidad de Madrid Castilla-La Mancha y Aragón, no relacionados entre ellos, sin antecedentes de viajes y edades comprendidas entre los 22 meses y 7 años. Uno de ellos ha requerido trasplante hepático.

Si se detectaran nuevos casos que cumplan la definición de caso confirmado, por favor, avisad al CCAES de forma urgente (teléfono de guardia: 91 452 16 00).

Se puede encontrar más información sobre la alerta en:

1. **ECDC**, nota prensa. [Aumento de hepatitis aguda de origen desconocido entre niños – Reino Unido](#)
2. **UK Health Security Agency**
 - [Guía para médicos](#)
 - [Increase in hepatitis \(liver inflammation\) cases in children under investigation.](#)
3. **Health Protection Scotland**: [PHS investigates increase in hepatitis cases in children](#)
4. **HSC Public Health Agency**: [Public Health Agency statement on acute hepatitis in children](#)

Definición de caso

- **Confirmado**: Persona con hepatitis aguda (no filiada con virus de la A a la E) con elevación de AST y ALT >500 U/L, con edad igual o menor a 10 años, con fecha de inicio de síntomas desde el 1 de enero de 2022.
- **Probable**: Persona con hepatitis aguda (no filiada con virus de la A a la E) con elevación de AST y ALT >500 U/L, edad entre 11 y 16 años, fecha de inicio de síntomas desde el 1 de enero de 2022.
- **Caso con vínculo epidemiológico**: Persona con hepatitis aguda (no filiada con virus de la A a la E) de cualquier edad que haya tenido contacto estrecho con un caso confirmado desde el 1 de enero de 2022.

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 indicad el número de brote 1028/22 (Hepatitis infantil España) y contactad con la persona de guardia de alertas del CNM: 607189076

Condiciones de envío de las muestras: Las muestras deben enviarse refrigeradas cumpliendo la normativa para envío de muestras de Categoría B (Las sustancias infecciosas de categoría B designadas UN 3373 solo pueden ser transportadas en embalajes que cumplan las especificaciones de la clase 6.2 de Naciones Unidas y la instrucción de embalaje/envasado P 650).

Dirección de envío:

Centro Nacional de Microbiología/ Centro Nacional de Sanidad Ambiental
Instituto de Salud Carlos III
Crta. Majadahonda-Pozuelo Km2
28220. Majadahonda. Madrid

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		Vivo, en el hospital	
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	

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)

	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		/ /			

Sección 5: Enfermedad actual del caso

Síntomas	Síntomas presentes	Fecha de inicio de síntomas (FSI) (dd/mm/aaa)
----------	--------------------	--

Sección 5: Enfermedad actual del caso		
Ictericia	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	/ /
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"/>	/ /
Contacto con Centros, Servicios y establecimientos sanitarios en el mes previo a la fecha de inicio de síntomas (FSI)		
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"/>	/ /

Sección 6: Resultados de laboratorio / Toxicología / otras investigaciones

Por favor, proporcione cualquier resultado de laboratorio para esta presentación:

Sección 6: Resultados de laboratorio / Toxicología / otras investigaciones					
	Resultado	No detectado	No realizado	Pendiente	Fecha de la toma de muestra
Laboratorio					
Pico ALT					/ /
Pico AST					/ /
Pico ALP					/ /
Pico Bilirrubina					/ /
Pico INR					/ /
PT					/ /
Fibrinogeno					/ /
Ferritina					/ /
D-dimero					/ /
Albumina					/ /
LDH					/ /
GGT					/ /
Enfermedades infecciosas					
	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 PCR en sangre u orina o IgM en sangre)					/ /

Sección 6: Resultados de laboratorio / Toxicología / otras investigaciones					
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					/ /
Serología VIH					/ /

Sección 6: Resultados de laboratorio / Toxicología / otras investigaciones					
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):					/ /
Toxicología					
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)					/ /
Técnicas de imagen	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"/>				/ /
Estudios de anatomía patológica					

Sección 6: Resultados de laboratorio / Toxicología / otras investigaciones			
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			
<p>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).</p>			
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 personas procedentes del Reino Unido?			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
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?	