



PROTOCOLO DE VIGILANCIA DE ENFERMEDAD NEUMOCÓCICA INVASIVA (ENI)

Protocolos del Sistema de Vigilancia de las Enfermedades Transmisibles

Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública

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

Han contribuido a la elaboración y revisión de los protocolos profesionales de:

Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades. Instituto de Salud Carlos III (ISCIII):

Centro Nacional de Epidemiología (CNE) y Centro Nacional de Microbiología (CNM).

Ministerio de Sanidad. Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud:

Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES), S.G. de Sanidad Exterior, S.G. de Sanidad Ambiental y Laboral, Área de Programas de Vacunas, y División de control de VIH, ITS, hepatitis virales y tuberculosis.

Otras Agencias y otros Ministerios:

Ministerio de Defensa, Ministerio del Interior (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias), Ministerio de Justicia, Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), y Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN).

Unidades de Vigilancia de Salud Pública de las Comunidades Autónomas y Ciudades con Estatuto de Autonomía (CC.AA.).

Cita sugerida: Protocolo de vigilancia de enfermedad neumocócica invasiva. Sistema de Vigilancia de las Enfermedades Transmisibles. Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública. 2026.

CC BY-NC-SA 4.0

PRESENTACIÓN DE LOS PROTOCOLOS DEL SISTEMA DE VIGILANCIA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

La vigilancia de las enfermedades transmisibles es una actividad fundamental para la Salud Pública ya que garantiza la existencia de información fiable, completa y oportuna para la toma de decisiones en todos los niveles de la Administración, y proteger así la salud de la población.

De acuerdo con lo definido en el artículo 18 del Real Decreto 568/2024, de 18 de junio, las enfermedades objeto de vigilancia contarán con protocolos específicos que permitan la homogeneización de la vigilancia y la notificación a nivel nacional e internacional, así como el establecimiento de medidas de control y prevención de casos y brotes.

En España, los primeros protocolos se publicaron en 1997 y sufrieron una revisión en profundidad en 2013. Estos nuevos protocolos han sido aprobados por la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en abril de 2026.

En esta revisión han participado: técnicos de las Comunidades Autónomas y Ciudades con Estatuto de Autonomía, profesionales del Instituto de Salud Carlos III (Centro Nacional de Epidemiología y Centro Nacional de Microbiología), de distintas unidades del Ministerio de Sanidad (Centro Coordinador de Alertas y Emergencias, Subdirección General de Sanidad Exterior, Subdirección General de Sanidad Ambiental y Laboral, Área de Programas de Vacunas, y División de control de VIH, ITS, hepatitis virales y tuberculosis), así como profesionales de otras Agencias y Ministerios como la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición, Ministerio de Defensa, Ministerio del Interior (Secretaría General de Instituciones Penitenciarias), y Ministerio de Justicia.

Durante este proceso, además de actualizar aspectos de la epidemiología y caracterización de la enfermedad, se han revisado las definiciones de caso y la información necesaria para la vigilancia en cada notificación, haciéndolas compatibles con las que están en vigor en la Unión Europea. También se han actualizado las medidas de actuación para la prevención y control de casos y brotes.

Las novedades más relevantes son: la inclusión de un historial de cambios para documentar las futuras modificaciones y mantener los protocolos actualizados; las recomendaciones para el uso de técnicas de secuenciación del genoma en el estudio de casos y especialmente de brotes y el uso de terminologías como SNOMED y LOINC.

Podemos decir que esto supone un hito en la historia de la vigilancia pues, por primera vez, se ha abordado la normalización de la información requerida, incluida la estandarización semántica, y se han desarrollado, en dichas terminologías, los estándares para su uso en vigilancia de salud pública. Esto se ha completado con el acceso de las CC.AA. al Servidor Terminológico del Ministerio de Sanidad. De esta manera se avanza en la interoperabilidad de las bases de datos relevantes para la vigilancia de la salud pública y se cumple con el principio de recoger el dato sólo una vez y garantizar, dentro de las normas de protección de datos, la calidad de la información que se usa en la vigilancia de las enfermedades transmisibles.

CONTROL DE VERSIONES DE LOS PROTOCOLOS DEL SISTEMA DE VIGILANCIA DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Descripción del documento	Protocolo para la vigilancia y notificación de enfermedad neumocócica invasiva.	
Fecha de creación	2013.	
Cita sugerida	Protocolo de vigilancia de enfermedad neumocócica invasiva. Sistema de Vigilancia de las Enfermedades Transmisibles. Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública. 2026.	
Cambios en el protocolo		
Fecha de actualización	Epígrafe	Descripción de la modificación
Marzo-2025	Introducción	Actualización del contenido de la información.
	Otras definiciones vigilancia epidemiológica	Desarrollo y mejora redacción de definición caso primario, secundario, contacto estrecho y fallo vacunal.
	Medidas preventivas	Actualización información y uso vacunas. Revisión redacción quimioprofilaxis antibiótica. Revisión información actuación en brotes.
	Bibliografía	Actualización de las referencias.
Cambios en el Anexo I		
Marzo-2025	Datos del Caso	Incorporación de la variable sexo administrativo. Se renombra la variable "sexo" como "sexo al nacimiento". Incorporación de la variable embarazo para las mujeres.
	Datos del Laboratorio	Se han añadido variables para notificar información resultados pruebas susceptibilidad antimicrobiana.
	Datos de Vacunación	Cambios en la recogida información vacunación para incorporar nuevas vacunas calendario vacunación.

DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Introducción

Las enfermedades causadas por *Streptococcus pneumoniae* o neumococo constituyen un importante problema de salud pública en todo el mundo. *S. pneumoniae* produce un amplio rango de enfermedades que van desde procesos comunes del tracto respiratorio superior como otitis media y sinusitis, hasta formas más graves de enfermedad invasiva (ENI) como sepsis, meningitis, neumonía bacteriémica, artritis, osteomielitis, celulitis y endocarditis. Dado que el diagnóstico requiere técnicas invasivas rara vez se confirma el agente etiológico en estos cuadros. *S. pneumoniae* es la causa más frecuente (50% de los casos en que se conoce el agente etiológico) de la otitis media y produce una importante carga de enfermedad en la población pediátrica. Asimismo, la bacteriemia sin foco es una manifestación frecuente en la población infantil. La neumonía neumocócica es la principal causa de neumonía bacteriana adquirida en la comunidad, aunque el diagnóstico sólo se confirma en una minoría de los casos, especialmente cuando hay asociada una bacteriemia. Tanto las infecciones neumocócicas como las ENI son las principales causas de morbilidad y mortalidad por enfermedades transmisibles en Europa y en todo el mundo, con la mayor carga de morbilidad en la primera infancia y en personas mayores de 65 años. Las personas con una asplenia funcional o anatómica, enfermedades crónicas, diabetes, asma, tabaquismo, alcoholismo, inmunodeficiencias congénitas o adquiridas, e inmunosupresión tienen un mayor riesgo de padecer la enfermedad. La mayor tasa de mortalidad se produce en la población adulta a partir de los 65 años y en población pediátrica menor de 2 años. La letalidad varía con la edad y la presencia de enfermedades subyacentes.

Agente

S. pneumoniae es un diplococo Gram positivo aerobio. Posee una cápsula externa compuesta por polisacáridos con capacidad antigénica que se relaciona con su virulencia. Se han identificado, al menos, 105 serotipos capsulares. Se estima que en torno a unos 20-25 serotipos son los que suelen producir alrededor del 70-80% de los casos de ENI. La frecuencia y la prevalencia de cada serotipo varían en los diferentes grupos de edad y entre áreas geográficas.

Reservorio

El único reservorio de *S. pneumoniae* es la nasofaringe humana. El estado de portador es más frecuente en la población infantil (40%) que en la adulta (10% al 25%). La frecuencia de colonización es estacional y aumenta a mediados del invierno. Las tasas de colonización neumocócica dependen de muchos otros factores como por ejemplo la ubicación geográfica, la genética, la vacunación, factores sociofamiliares y socioeconómicos. La duración media del estado de portador es variable, suele ser más larga en la población infantil que en la población adulta.

Modo de transmisión

S. pneumoniae se transmite de persona a persona a través de las secreciones de la vía respiratoria y tras un contacto estrecho y prolongado. La transmisibilidad asociada a la colonización o a la infección respiratoria persiste mientras el *S. pneumoniae* esté presente en las secreciones respiratorias. El tratamiento con un antibiótico, al que sea sensible, interrumpe la transmisión después de 24 horas de iniciar su uso.

Periodo de incubación

Varía dependiendo del tipo de infección, pero, en general, es corto y dura de 1 a 3 días.

Susceptibilidad

La susceptibilidad es universal y es mayor en población adulta y mayores de 65 años, así como en personas con enfermedades subyacentes. Después de una infección se produce inmunidad específica frente al serotipo que dura años.

VIGILANCIA DE LA ENFERMEDAD

Objetivos

1. Conocer el patrón epidemiológico de presentación de la enfermedad invasiva por *S. pneumoniae* en la población y los principales factores de riesgo asociados a su aparición.
2. Detectar cambios en la presentación de la enfermedad invasiva a lo largo del tiempo o en su distribución geográfica.
3. Realizar el estudio epidemiológico a partir de la información de vigilancia, incluida la identificación de los fallos de la vacuna. Garantizar la calidad de los datos para orientar la prevención y el control.
4. Contribuir a la evaluación y el seguimiento de los programas de prevención y control y difundir sus resultados.

Definición de caso

Criterio clínico

Se considera enfermedad invasiva a aquella producida por la diseminación hematogena (a través de la sangre) de *S. pneumoniae*. La forma clínica de presentación de la enfermedad en el caso no es determinante en la definición de caso.

Criterio de laboratorio

Al menos uno de los tres siguientes:

- Aislamiento de *S. pneumoniae* en una ubicación normalmente estéril (sangre, Líquido cefalorraquídeo, líquido pleural, líquido peritoneal, líquido pericárdico, líquido sinovial). No se considera muestra estéril la orina.
- Detección de ácido nucleico de *S. pneumoniae* en una ubicación normalmente estéril.
- Detección de antígeno de *S. pneumoniae* en una ubicación normalmente estéril (preferiblemente muestras de líquido cefalorraquídeo).

Es necesario realizar el serotipado de los aislamientos. Una vez obtenido el cultivo del microorganismo para determinar su serotipo, se recomienda el envío de la cepa al laboratorio de referencia establecido para caracterizar el serotipo mediante PCR disponible en la cartera de servicios.

En los casos en los que el cultivo no hubiera sido posible y exista sospecha de la enfermedad, se recomienda el envío de la muestra al laboratorio de referencia establecido para la determinación de la presencia de *S. pneumoniae* mediante RT-PCR disponible en la cartera de servicios.

Criterio epidemiológico

No procede

Clasificación de los casos

Caso sospechoso: no procede.

Caso probable: no procede.

Caso confirmado: persona que cumple los criterios diagnósticos de laboratorio.

Definición de brote

Se define un brote cuando se producen dos o más casos confirmados de enfermedad invasiva causados por el mismo serotipo (mismo linaje) de neumococo (o todavía no determinados) en el ámbito familiar u otros ámbitos de convivencia cerrados o en instituciones y cuando el inicio de síntomas de los casos tiene lugar en un periodo de tiempo de 14 días. Entre las instituciones y otros ámbitos de convivencia se encuentran: hospitales o unidades de hospitalización, guarderías, escuelas, centros de día, residencias de ancianos, cuarteles, prisiones, albergues para indigentes, etc.

En el contexto de un brote, se define contacto estrecho como la persona que ha tenido contacto directo con secreciones respiratorias de un caso en una institución o localización de ámbito cerrado entre las 48 horas antes del comienzo de los síntomas del caso y hasta que éste haya completado 24 horas de tratamiento antibiótico.

MODO DE VIGILANCIA

La C.A. notificará, de forma individualizada, los casos nuevos confirmados en la plataforma electrónica que esté establecida para este uso. Enviará la información inicial de declaración del caso con una periodicidad semanal. La información del caso podrá actualizarse semanalmente y se hará una consolidación final anual. La notificación electrónica de los casos se hará de acuerdo con las especificaciones (metadatos) acordadas para estandarizar y normalizar la información del sistema de vigilancia. El Anexo I de este protocolo incluye la encuesta epidemiológica de caso que recoge la información relevante en la vigilancia de esta enfermedad.

Si se produjera un brote se notificará, en la misma plataforma, el resultado de su investigación en un periodo de tiempo no superior a tres meses después de que haya finalizado el estudio. Además, se notificará la información de los casos del brote de manera individualizada.

Cuando se requieran medidas de coordinación nacional, el servicio de Vigilancia Epidemiológica de la comunidad autónoma comunicará de forma urgente la detección del brote al CCAES y al CNE. El CCAES valorará junto con las CC.AA. afectadas las medidas a tomar y, si fuera necesario, su notificación al Sistema de Alerta y Respuesta Rápida de la Unión Europea y a la Organización Mundial de la Salud (OMS) de acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional (2005).

MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA

Medidas preventivas

Vacunación

Existen vacunas disponibles que incluyen aquellos serotipos que con mayor frecuencia producen enfermedad grave.

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprobó la introducción de la vacuna conjugada en la población infantil en el calendario de vacunación de 2015, con una pauta 2, 4 y 12 meses. Esta incorporación se hizo efectiva en todas las CC.AA. a lo largo del año 2016. En 2017 se modificó la pauta con la administración de un recuerdo a los 11 meses en sustitución de la dosis que se administraba a los 12 meses. En 2019, en el calendario a lo largo de toda la vida, se incluyó la vacunación frente a neumococo a partir de los 65 años. Además, se recomienda la vacunación de todas las personas que tienen mayor riesgo de padecer la enfermedad en función de la edad y de enfermedades de base. Todas las recomendaciones de vacunación se encuentran reflejadas tanto en los calendarios de vacunación de personas con condiciones de riesgo para menores de 18 años y para personas adultas a partir de los 18 años. Se recomienda la consulta del documento de recomendaciones denominado: Vacunación en grupos de riesgo de todas las edades y en determinadas situaciones.

En los viajes internacionales se deben seguir las mismas recomendaciones indicadas para la prevención de la enfermedad neumocócica invasiva en España.

Quimioprofilaxis

No existe ningún fármaco antimicrobiano que en su ficha técnica recoja su uso para profilaxis de la enfermedad. Se debe de administrar amoxicilina como antibiótico de primera elección y azitromicina o rifampicina como antibióticos de segunda elección.

Amoxicilina (de elección)

- Población mayor de 12 años: 500 mg cada 12 horas, durante 7 días, vía oral.
- Población de 5 a 12 años: 250 mg cada 12 horas, durante 7 días, vía oral.
- Población menor de 5 años: 125 mg cada 12 horas, durante 7 días, vía oral.
- *Contraindicaciones:* Hipersensibilidad a cualquiera de las penicilinas. Antecedentes de una reacción de hipersensibilidad inmediata grave (ej. anafilaxis) a otro agente beta-lactámico (p. ej. Una cefalosporina, carbapenem o monobactam).
- *Precauciones e información adicional:* Se puede utilizar durante el embarazo.

Azitromicina

- Población adulta: 500 mg cada 24 horas, durante 3 días, vía oral.
- Población mayor de seis meses: 10 mg/kg cada 24 horas (máximo 500 mg), durante 3 días, vía oral.
- *Contraindicaciones:* Hipersensibilidad a azitromicina, eritromicina, a cualquier otro antibiótico macrólido o ketólido.
- *Precauciones e información adicional:* Aunque no hay evidencias de que azitromicina produzca daño en los fetos de animales, sólo debe de usarse durante el embarazo cuando no hay otra alternativa.

Rifampicina

- Población a partir de los 12 años: 600 mg cada 24 horas, durante 4 días, vía oral.
- Población de 1 año hasta 11 años: 20 mg/kg cada 24 horas, durante 4 días, vía oral.
- Población infantil menor de 1 año de edad: 10 mg/kg cada 24 horas, durante 4 días, vía oral.
- Rifampicina se recomienda en caso de resistencia a penicilina o macrólidos y/o alergia a la penicilina. Se puede utilizar en todos los grupos de edad. Está contraindicada en caso de ictericia o hipersensibilidad conocida. Se debe tener en cuenta las interacciones con otros medicamentos como anticoagulantes, fenitoína y anticonceptivos hormonales. Puede producir la tinción de las lentillas durante su administración. Debe evitarse la administración de rifampicina durante el embarazo.

Medidas ante un caso y sus contactos

Control del caso

Tras la identificación de un caso confirmado de ENI se establecerán las medidas de tratamiento y control del caso. Se adoptarán medidas de higiene respiratoria del caso, en situación de hospitalización, hasta pasadas 24 horas después del inicio del tratamiento antibiótico. A los casos que tengan factores de riesgo y que no estén vacunados se les ofrecerá la vacuna. Se recogerán muestras para el diagnóstico microbiológico. Las cepas de *S. pneumoniae* aisladas en casos con enfermedad invasiva se enviarán a los laboratorios de referencia correspondientes para realizar su serotipado y el estudio de sensibilidad a antibióticos. Se recomienda comprobar si existe coinfección por virus respiratorios.

Control de los contactos estrechos de un caso

No se recomienda hacer un estudio de contactos de un caso aislado de enfermedad neumocócica invasiva dado que no está descrito que exista un aumento del riesgo de infección neumocócica. Por lo tanto, no se recomienda administrar quimioprofilaxis ni vacuna a contactos estrechos de casos esporádicos de ENI.

Medidas ante un brote

S. pneumoniae en raras ocasiones causa brotes de enfermedad en el ámbito familiar o en instituciones como hospitales, centros asistenciales de larga estancia, prisiones, establecimientos militares o guarderías.

Si se produjera un brote, las autoridades de salud pública valorarán las medidas de intervención para prevenir nuevos casos entre contactos estrechos que formen parte del mismo ámbito. Entre las medidas a considerar están, ofrecer información, la administración de quimioprofilaxis y vacunación y la adopción de medidas de control de la infección (higiene y lavado de manos, aislamiento de casos en cohorte, etc.). Estas intervenciones no se deben demorar hasta tener los resultados del serotipado de las cepas. El objetivo de estas medidas es reducir el número de portadores entre contactos e interrumpir la transmisión en el grupo expuesto y conferir protección inicial hasta que la vacunación tenga efecto, si es que está indicada y se administra de manera simultánea.

En los brotes en instituciones cerradas en las que residan o sean asistidas personas que por su edad o estado de salud previo tengan mayor riesgo de padecer enfermedad invasiva por *S. pneumoniae*, las

autoridades de salud pública valorarán la administración de quimioprofilaxis a los contactos estrechos expuestos a las secreciones respiratorias del caso. Se administrará tan pronto como sea posible y, de manera ideal, en las primeras 24 horas y hasta 14 días después del inicio de síntomas del último caso del brote.

La vacuna se administrará lo antes posible después del diagnóstico del caso y hasta 14 días después de la fecha de diagnóstico del último caso del brote.

Las autoridades de salud pública indicarán la vacunación siguiendo las recomendaciones vigentes:
<https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/home.htm>,
<https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/calendario/home.htm>.

BIBLIOGRAFÍA

1. Heymann, D. L. (Ed.). (2022). Control of communicable diseases manual: An official report of the American Public Health Association (21st ed.). American Public Health Association.
2. Organización Mundial de la Salud. Pneumococcal Disease Disponible en: <https://www.who.int/teams/health-product-policy-and-standards/standards-and-specifications/vaccine-standardization/pneumococcal-disease>.
3. European Centre for Disease Prevention and Control. Factsheet about pneumococcal disease. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/pneumococcal-disease/facts>.
4. Syrogiannopoulos, George A. MD; Michoula, Aspasia N. MD; Grivea, Ioanna N. MD. Global Epidemiology of Vaccine-preventable Bacterial Meningitis. The Pediatric Infectious Disease Journal 41(12):p e525-e529, December 2022. | DOI: 10.1097/INF.0000000000003629.
5. Jamal A, Alsabea A, Tarakme M, Safar A. Etiology, Diagnosis, Complications, and Management of Acute Otitis Media in Children. Cureus. 2022 Aug 15;14(8):e28019. doi: 10.7759/cureus.28019. PMID: 36134092; PMCID: PMC9471510.
6. Kwun, M. J., Ion, A. V., Cheng, H. C., D'Aeth, J. C., Dougan, S., Oggioni, M. R., Goulding, D. A., Bentley, S. D., & Croucher, N. J. (2022). Post-vaccine epidemiology of serotype 3 pneumococci identifies transformation inhibition through prophage-driven alteration of a non-coding RNA. Genome medicine, 14(1), 144. <https://doi.org/10.1186/s13073-022-01147-2>
7. Cobey S, Lipsitch M. Niche and neutral effects of acquired immunity permit coexistence of pneumococcal serotypes. Science. 2012;335(6074):1376–80. 10.1126/science.1215947
8. Tiley, K. S., Ratcliffe, H., Voysey, M., Jefferies, K., Sinclair, G., Carr, M., Colin-Jones, R., Smith, D., Bowman, J., Hart, T., Kandasamy, R., Hinds, J., Gould, K., Berbers, G., Tcherniaeva, I., Robinson, H., Plested, E., Aley, P., & Snape, M. D. (2023). Nasopharyngeal Carriage of Pneumococcus in Children in England up to 10 Years After 13-Valent Pneumococcal Conjugate Vaccine Introduction: Persistence of Serotypes 3 and 19A and Emergence of 7C. The Journal of infectious diseases, 227(5), 610–621. <https://doi.org/10.1093/infdis/jiac376>
9. Public Health England. 2020. Guidelines for the public health management of clusters of severe pneumococcal disease in closed settings. Disponible en: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/867175/Pneumococcal_cluster_guidelines.pdf
10. European Centre for Disease Prevention and Control. EU case definitions. Disponible en: <https://eurlex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:32018D0945&from=EN#page=30>
11. Center for disease Control and Prevention. Invasive Pneumococcal Disease (IPD) (*Streptococcus pneumoniae*) 2017 Case Definition. Disponible en: <https://ndc.services.cdc.gov/case-definitions/invasive-pneumococcal-disease-2017/>
12. Australia. NSW Government. NSW Health. Pneumococcal disease (invasive) control guideline. Disponible en: <https://www.health.nsw.gov.au/Infectious/controlguideline/Pages/pneumo.aspx>
13. Ministerio de Sanidad. Calendario de vacunación en Grupos de riesgo, población infantil. Calendario de vacunación en Grupos de Riesgo, población adulta. <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/calendario-y-coberturas/home.htm>
14. Ministerio de Sanidad. Grupo de trabajo vacunación en población adulta y grupos de riesgo de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones. Vacunación en grupos de riesgo de todas las edades y en determinadas situaciones. Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, julio 2018.
15. Ministerio de Sanidad. Calendario de vacunación a lo largo de toda la vida. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/home.htm>
16. The European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing. Breakpoint tables for interpretation

of MICs and zone diameters. Version 13.0, 2023. Disponible en: <http://www.eucast.org>.

17. Ministerio de Sanidad. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Fichas técnicas de Rifampicina, Ciprofloxacino y Ceftriaxona. Disponibles en: <https://cima.aemps.es/cima/publico/buscadoravanzado.html>

ANEXO I. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDAD NEUMOCÓCICA INVASIVA

DATOS DE LA DECLARACIÓN

C.A. declarante:

Identificación del caso para el declarante:

Fecha de la primera declaración del caso¹: / /

DATOS DEL CASO

Fecha de nacimiento: / /

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

Sexo al nacimiento: Hombre Mujer Intersexual Desconocido

Sexo administrativo: Hombre Mujer No determinado Desconocido

Lugar de residencia del caso:

País de residencia:

C.A. de residencia:

Provincia de residencia:

Municipio de residencia:

Código postal de residencia:

DATOS DE LA ENFERMEDAD

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

Manifestación clínica (marcar las opciones que correspondan):

- | | | |
|--------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Meningitis | <input type="checkbox"/> Neumonía bacteriémica | <input type="checkbox"/> Empiema |
| <input type="checkbox"/> Sepsis | <input type="checkbox"/> Endocarditis | <input type="checkbox"/> Artritis séptica |
| <input type="checkbox"/> Bacteriemia | <input type="checkbox"/> Pericarditis | <input type="checkbox"/> Peritonitis |

Hospitalización³: Sí No Desconocido

Fecha de hospitalización: / /

Fecha de alta: / /

Ingreso en UCI: Sí No Desconocido

Defunción causada por la enfermedad: Sí No Desconocido

Fecha de defunción: / /

DATOS DEL LABORATORIO

Fecha de diagnóstico: / /

Agente causal⁴:

- Streptococcus pneumoniae* spp
- Streptococcus pneumoniae* spp serotipo 3
- Streptococcus pneumoniae* spp serotipo 8

Muestra (marcar las opciones que correspondan con resultado positivo):

- Sangre
- Líquido pericárdico
- Líquido cefalorraquídeo (LCR)
- Líquido articular/sinovial
- Líquido pleural
- Líquido peritoneal/ascítico

Prueba (marcar la principal con resultado positivo):

- Cultivo
- Detección de ácido nucleico (PCR)
- Detección de antígeno

Resultados de pruebas de susceptibilidad antimicrobiana: Sí No Desconocido

Interpretación de los resultados de sensibilidad (EUCAST)

	S	I	R	CMI (mg/L)	Halo (mm)
Penicilina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eritromicina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cefotaxima o Ceftriaxona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Levofloxacino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moxifloxacino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trimetoprim/sulfametoxazol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vancomicina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Linezolid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rifampicina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

S: Sensible con régimen de dosificación estándar

R: Resistente

I: Sensible con exposición aumentada al antibiótico

CMI: Concentración mínima inhibitoria

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

Identificación de muestra del declarante al LNR:.....

Identificación de muestra en el LNR:

DATOS DEL RIESGO

Lugar de exposición del caso:

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

País de la exposición del caso⁸:

C.A. de la exposición del caso⁸:

Provincia de la exposición del caso⁸:

Municipio de la exposición del caso⁸:

Factores predisponentes personales⁹ (marcar todas las opciones que apliquen):

- Enfermedad cardiovascular crónica
- Enfermedad pulmonar crónica
- Enfermedad renal crónica
- Enfermedad hepática crónica
- Inmunosupresión
- Diabetes mellitus
- Implante coclear
- Asplenia funcional o anatómica
- Filtraciones de LCR
- Deficiencia inmunitaria secundaria a tratamiento inmunosupresor (como por ejemplo eculizumab)

Ámbito de exposición (marcar una opción):

- Centros residenciales de servicios sociales
- Prisión o centro de custodia
- Instalación militar

DATOS DE VACUNACIÓN

Vacunación documentada (última vacuna recibida correspondiente a su edad o calendario):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Vacuna conjugada 7V | <input type="checkbox"/> Vacuna conjugada 20V |
| <input type="checkbox"/> Vacuna conjugada 10V | <input type="checkbox"/> Vacuna conjugada 21V |
| <input type="checkbox"/> Vacuna conjugada 13V | <input type="checkbox"/> Vacuna polisacárida 23V |
| <input type="checkbox"/> Vacuna conjugada 15V | |

Número de dosis:

Fecha de última dosis recibida: / /

CATEGORIZACIÓN DEL CASO

Clasificación del caso:

Confirmado

Asociado a brote: Sí No Desconocido

Identificación del brote:

C.A. de declaración del brote¹⁰:

OBSERVACIONES¹¹

.....

1. Fecha de la primera declaración del caso: Fecha de la primera declaración del caso al sistema de vigilancia (habitualmente realizada desde el nivel local).
2. Fecha del caso: Es la fecha de inicio de síntomas o la más cercana en caso de no conocerla (fecha de diagnóstico, fecha de hospitalización, etc.).
3. Hospitalización: Estancia de al menos una noche en el hospital.
4. Agente causal: Rellenar sólo si el caso cuenta con confirmación de laboratorio.
5. Lugar de exposición: C.A. de residencia: define si la exposición al riesgo se produjo en la C.A. de residencia.
6. Lugar de exposición. C.A. distinta de la de residencia: define si la exposición del caso se produjo en una C.A. distinta a la de residencia.
7. Lugar de exposición: País distinto de España: define si la exposición del caso se produjo en un país distinto de España.
8. País/ C.A./ Provincia/ Municipio de exposición del caso: Especificar el lugar de exposición o de adquisición de la infección, en general, se considerará el lugar donde el caso ha podido contraer la enfermedad con mayor probabilidad (estancia durante período de incubación). Si está en España, cumplimentar los campos de C.A., provincia y municipio. Si el lugar de exposición es un país diferente de España se cumplimentaría el país. Si no se conoce se dejará en blanco.
9. Factores predisponentes personales: El objetivo es recoger información para conocer el cumplimiento de las recomendaciones del uso de la vacuna en grupos de riesgo.

Factores personales de riesgo	Incluye las siguientes situaciones, entre las más relevantes
Enfermedad cardiovascular crónica	Cardiomiopatías, insuficiencia cardiaca. Excluye hipertensión
Enfermedad pulmonar crónica	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfisema, fibrosis quística, asma tratada con corticoterapia en altas dosis
Enfermedad renal crónica	Síndrome nefrótico
Enfermedad hepática crónica	Cirrosis
Asplenia funcional o anatómica	Esplenectomía, asplenia congénita o adquirida, anemia de células falciformes y otras hemoglobinopatías.
Inmunodepresión	Infección por VIH, inmunodeficiencias congénitas o adquiridas, leucemias, linfomas, enfermedad de Hodgkin, mieloma múltiple, enfermedades que requieren tratamiento inmunosupresor o radioterapia, trasplante de órgano sólido.

Diabetes mellitus	Diabetes que requiere el uso de insulina.
Implante coclear	Implante coclear
Filtraciones de LCR	Malformaciones congénitas, fractura de cráneo o procedimiento quirúrgico.
Deficiencia inmunitaria secundaria a tratamiento inmunosupresor con inhibidores del complemento	Hemoglobinuria paroxística nocturna (HPN), el síndrome hemolítico urémico atípico (SHUa), miastenia grave

10. C.A. de declaración del brote: Aquella que ha asignado el identificador del brote.
11. Observaciones: Incluir toda la información relevante no indicada en el resto de la encuesta.