

RED DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Enfermedades de Declaración Obligatoria

PROTOCOLO DE VIGILANCIA DE LA

ENFERMEDAD NEUMOCÓCICA INVASIVA

2026

FICHA RESUMEN DE VIGILANCIA DE ENFERMEDAD NEUMOCÓCICA INVASIVA (ENI)

PERÍODOS DE INCUBACIÓN Y TRANSMISIBILIDAD

- **Período de incubación:** entre 1 y 3 días
- **Período de transmisibilidad:** persiste mientras el neumococo esté presente en las secreciones respiratorias y se interrumpe después de 24 horas de tratamiento antibiótico.

DEFINICIÓN DE CASO

- **Criterio clínico:** no procede
- **Criterios de laboratorio**
 - Aislamiento de *S. pneumoniae* en una ubicación normalmente estéril.
 - Detección de ácido nucleico de *S. pneumoniae* en una ubicación normalmente estéril.
 - Detección de antígeno de *S. pneumoniae* en una ubicación normalmente estéril.
- **Criterio epidemiológico:** no procede

MODO DE VIGILANCIA

- **Tipo de caso:** Confirmado.
- **Periodicidad:** Semanal.
- **Modalidad:** Datos individualizados.

MANEJO DEL CASO

- **Adopción de medidas de precaución estándar**
- **Toma de muestras clínicas** para el diagnóstico microbiológico de ubicaciones normalmente estériles. Las cepas aisladas o muestras clínicas directas se remitirán al Laboratorio Regional de Salud Pública para serotipado.
- **Vacunación** a los pacientes que tengan factores de riesgo y no estén vacunados.

MANEJO DE LOS CONTACTOS

- **No se recomienda administrar quimioprofilaxis ni vacuna a contactos estrechos de un caso esporádico de ENI.**

MANEJO DE UN BROTE EN UN COLECTIVO

- **Medidas de información sanitaria**
- **Medidas de control de la infección:** higiene de manos, aislamiento de casos en cohorte, etc.
- **Quimioprofilaxis antibiótica** a los contactos cercanos que por su edad o estado de salud previo tengan mayor riesgo de padecer ENI. Se administrará antes de las primeras 24 horas y hasta 14 días después del inicio de síntomas del último caso del brote. Las dosis de los antibióticos deben ajustarse según la edad. Se considera la amoxicilina como el antibiótico de elección
 - Amoxicilina: dos veces al día durante 7 días
 - Azitromicina: una vez al día durante 3 días.
 - Rifampicina: una vez al día durante 4 días
- **Vacunación** de los contactos, teniendo en cuenta la edad, el estado vacunal previo y la situación de riesgo. 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.

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. *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 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 en 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.

Período 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 hematógena (a través de la sangre) o en menor medida por contigüidad, a ubicaciones normalmente estériles 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 y el estudio de sensibilidad antibiótica, se enviará la cepa al laboratorio de referencia establecido, siendo este el Laboratorio Regional de Salud Pública (LRSP) en la Comunidad de Madrid (CM). Para la identificación del serotipo se utilizan el test de aglutinación por látex (Pneumolátex) y la reacción de Quellung. Para el estudio de resistencia a antibióticos se tienen en cuenta los puntos de corte clínicos del European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing (EUCAST).

En los casos en los que el cultivo fuera negativo y exista alta sospecha de ENI, el LRSP ofrece la posibilidad de realizar PCR de neumococo sobre muestra clínica directa. Si la PCR resulta positiva, se procede a la determinación del serotipo.

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.

Otras definiciones para la investigación epidemiológica

Brote epidémico

Se define un **brote** cuando se producen dos o más casos confirmados de enfermedad invasiva por neumococo del mismo serotipo (linaje) o con serotipo aún sin determinar 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.

Contacto estrecho

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.

Factores personales de riesgo

Factor	Incluye las siguientes situaciones, entre las más relevantes
Enfermedad cardiovascular crónica	Cardiomiopatías, insuficiencia cardíaca. 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.
Inmunosupresión	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
Fístulas de LCR	Malformaciones congénitas, fractura de cráneo o procedimiento quirúrgico.

MODO DE VIGILANCIA

En la Comunidad de Madrid los casos de **Enfermedad Neumocócica Invasiva** son de declaración obligatoria **semanal con datos individualizados** de acuerdo con la Orden 74/2007, de 22 de enero, de la Consejería de Sanidad y Consumo, por lo que se debe comunicar al Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles (teléfono: 91 370 08 88, correo electrónico: epidemiologia.vigilancia@salud.madrid.org) de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Los datos a recoger se incluyen en la encuesta epidemiológica (Anexo I).

El Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles notificará de forma semanal al Centro Nacional de Epidemiología los casos **confirmados**. La información de los casos podrá actualizarse después de la declaración inicial y se hará una consolidación anual de la información.

Toda sospecha de **brote** es de declaración obligatoria **urgente** por lo que se debe comunicar por el medio más rápido posible al Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles (teléfono: 91 370 08 88, correo electrónico: epidemiologia.vigilancia@salud.madrid.org) de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid si es en horario laboral de mañana (de 8:00 a 15:00 horas) y durante las tardes, noches, sábados, domingos y festivos al [Sistema de Alerta Rápida en Salud Pública \(SARSP\)](#) llamando al 061.

Además de recoger los datos de la encuesta epidemiológica para cada caso asociado a un brote, la unidad técnica correspondiente del Área de Vigilancia y Control de Enfermedades Transmisibles deberá remitir al Servicio de Alertas y Brotes Epidémicos el informe final del brote en un plazo máximo de un mes después de que haya finalizado su investigación. La Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública remitirá, a su vez, el informe del brote al Centro Nacional de Epidemiología en un período de tiempo no superior a tres meses tras la finalización de la investigación.

Cuando por su magnitud o patrón de difusión se requieran medidas de coordinación nacional, se informará de forma urgente de la detección del brote al Centro Nacional de Epidemiología y al Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES).

MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA

MEDIDAS PREVENTIVAS

A. 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 pauta se hizo efectiva en la CM a lo largo del año 2015, modificándose en 2017 con el adelanto de la tercera dosis a los 11 meses. En 2018, en el calendario a lo largo de toda la vida de la CM se incluyó la vacuna conjugada frente a neumococo a partir de los 60 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 menores de 18 años como para personas adultas a partir de los 18 años. Se aconseja la consulta del documento de recomendaciones vigente en la CM: Calendario de vacunación e inmunización para toda la vida.

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

B. Quimioprofilaxis

En el contexto de brotes, aunque no existe ningún fármaco antimicrobiano que en su ficha técnica recoja su uso para profilaxis de la enfermedad, se recomienda 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 de 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 de 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 del inicio del tratamiento antibiótico. Se recomienda comprobar si existe coinfección por virus respiratorios. A todos los casos se les ofrecerá actualizar la vacunación frente al neumococo.

Control de los contactos

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 DE CONTROL 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 adopción de medidas de control de la infección (higiene y lavado de manos, aislamiento de casos en cohorte, etc.) y la administración de quimioprofilaxis y vacunación. 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.

BIBLIOGRAFÍA

1. Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid. Protocolo de vigilancia de la Enfermedad Neumocócica Invasora. Junio 2023.
2. 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.
3. 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>.
4. European Centre for Disease Prevention and Control. Factsheet about pneumococcal disease. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/pneumococcal-disease/facts>.
5. 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.
6. 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.
7. 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>
8. 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
9. 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>
10. 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/Pneu_mococcal_cluster_guidelines.pdf
11. 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>
12. 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/>
13. Australia. NSW Government. NSW Health. Pneumococcal disease (invasive) control guideline. Disponible en: <https://www.health.nsw.gov.au/Infectious/controlguideline/Pages/pneumo.aspx>
14. 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>
15. 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.
16. 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>
17. Calendario de vacunación e inmunización para toda la vida. Área de Prevención. Subdirección General de Prevención y Promoción de la Salud. Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad. 2026.
18. 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>.
19. 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 FILIACIÓN

Nombre: _____	Apellido 1: _____	Apellido 2: _____
DNI/NIE: _____	Pasaporte: _____	CIPA: _____
CIP-SNS: _____		
Sexo al nacimiento: ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Intersexual ☐ Desconocido		
Sexo administrativo: ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ No determinado ☐ Desconocido		
Fecha de nacimiento: __/__/__	Edad: ____ ☐ Años ☐ Meses (si menos de 2 años)	
País de nacimiento: ☐ España ☐ Otro, especificar: _____	Fecha aprox. llegada a España: _____	
Nacionalidad: _____	Teléfono 1: _____	Teléfono 2: _____
Domicilio: _____	Nº: _____	Piso: _____
Municipio: _____	Código postal: _____	Distrito: _____
Provincia: _____	C. Autónoma: _____	País: _____

DATOS DEL CASO

Fecha de inicio de síntomas: __/__/__	Fecha de diagnóstico: __/__/__
Clasificación del caso: ☐ Confirmado	Criterios de clasificación: ☐ Clínico ☐ Laboratorio ☐ Epidemiológico
Ingreso hospitalario (estancia de al menos una noche: no generan estancias las camas de observación de urgencias):	
☐ No	
☐ Sí ⇒ Hospital: _____ Servicio: _____	
Fecha de ingreso: __/__/__	Fecha de alta: __/__/__
Motivo de alta: ☐ Traslado a domicilio ☐ Traslado a otro centro ☐ Exitus	
Estancia en UCI: ☐ No ☐ Sí ⇒ Fecha de ingreso: __/__/__	Fecha de alta: __/__/__
Nº historia clínica: _____	
Evolución: Curación: ☐ No ☐ Sí	
Secuelas: ☐ No ☐ Sí ⇒ Especificar: _____	
Fallecimiento: ☐ No ☐ Sí ⇒ Fecha: __/__/__	Motivo de fallecimiento: ☐ Esta enfermedad ☐ Otra causa
Colectivo de interés: _____	
Asociado a otro caso o brote (detallar la información sobre el caso o brote asociado):	
☐ Sí ⇒ Nº de brote: _____ Otra información sobre casos asociados: _____	
☐ No	
Lugar de contagio del caso (lugar posible de exposición o adquisición de la enfermedad):	
☐ Coincide con el domicilio ☐ Diferente del domicilio (Rellenar la siguiente información):	
Tipo de lugar o colectivo: _____	
Dirección: _____	Nº: _____
	Piso: _____
Municipio: _____	Código postal: _____
	Distrito: _____
Provincia: _____	C. Autónoma: _____
	País: _____

DATOS DEL NOTIFICADOR

Nombre: _____	Fecha de notificación: __/__/__
Centro/Institución: _____	Servicio: _____
Municipio: _____	Teléfono: _____
	Email: _____

DATOS DE LABORATORIO

Técnica diagnóstica	Muestra	Resultado	Fecha toma muestra	Fecha resultado
Detección de ácido nucleico	_____	_____	__/__/__	__/__/__
Detección de antígeno	_____	_____	__/__/__	__/__/__
Aislamiento	_____	_____	__/__/__	__/__/__

***Muestras:** LCR, sangre, líquido pleural, líquido articular/sinovial, líquido pericárdico, líquido peritoneal/ascítico, otra muestra normalmente estéril.

Serogrupo y/o serotipo: ☐ No ☐ Sí ⇒ Especificar: _____

Resultados de pruebas de susceptibilidad antimicrobiana: ☐ Sí ☐ No ☐ Desconocido

Interpretación de los resultados de sensibilidad (EUCAST)

Técnica diagnóstica	S	I	R	CMI (mg/L)
Penicilina	☐	☐	☐	_____
Eritromicina	☐	☐	☐	_____
Cefotaxima o Ceftriaxona	☐	☐	☐	_____
Levofloxacin	☐	☐	☐	_____
Moxifloxacin	☐	☐	☐	_____
Trimetoprim/sulfametoxazol	☐	☐	☐	_____
Vancomicina	☐	☐	☐	_____
Linezolid	☐	☐	☐	_____
Rifampicina	☐	☐	☐	_____

S: Sensible con régimen de dosificación estándar; I: Sensible con exposición aumentada al antibiótico; R: Resistente
CMI: Concentración mínima inhibitoria

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

Identificador de muestra del declarante al LNR: _____ Identificador de muestra en el LNR: _____

DATOS DE VACUNAS

Vacunación antineumocócica: ☐ Sí ☐ No ☐ No consta

Tipo de vacuna antineumocócica:

V. Conjugada 7V/13V ⇒ Nº dosis: _____ Fecha última dosis: __/__/__ Lote: _____

V. Polisacárida 23V ⇒ Nº dosis: _____ Fecha última dosis: __/__/__ Lote: _____

V. Conjugada 20V ⇒ Nº dosis: _____ Fecha última dosis: __/__/__ Lote: _____

V. Conjugada 15V ⇒ Nº dosis: _____ Fecha última dosis: __/__/__ Lote: _____

V. Conjugada 21V ⇒ Nº dosis: _____ Fecha última dosis: __/__/__ Lote: _____

DATOS ESPECÍFICOS DE ENFERMEDAD NEUMOCÓCICA INVASIVA

Manifestaciones clínicas:	Sí	No	NS/NC		Sí	No	NS/NC
Bacteriemia:	☐	☐	☐	Endocarditis:	☐	☐	☐
Meningitis:	☐	☐	☐	Pericarditis:	☐	☐	☐
Sepsis:	☐	☐	☐	Peritonitis:	☐	☐	☐
Empiema:	☐	☐	☐	Artritis:	☐	☐	☐
Neumonía bacteriémica:	☐	☐	☐	Otra:	☐	☐	☐ Especificar ⇒ _____

Antecedentes patológicos de interés¹ (marcar entre las siguientes opciones):

☐ Enfermedad cardiovascular crónica	☐ Enfermedad pulmonar crónica
☐ Enfermedad renal crónica	☐ Enfermedad hepática crónica
☐ Inmunosupresión	☐ Diabetes mellitus
☐ Implante coclear	☐ Asplenia funcional o anatómica
☐ Filtraciones de LCR	☐ Otros. Especificar ⇒ _____

OBSERVACIONES

¹ 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 a adquirida, anemia de células falciformes y otras hemoglobinopatías.
Inmunosupresión	Infección por VIH, inmunodeficiencias congénitas o adquiridas, leucemias, linfomas, enfermedad de Hodgkin, mieloma múltiple, enfermedades que requieren tratamiento inmunosupresor a 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.