

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):

☐ Meningitis	☐ Neumonía bacteriémica	☐ Empiema
☐ Sepsis	☐ Endocarditis	☐ Artritis séptica
☐ Bacteriemia	☐ Pericarditis	☐ 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	☐	☐	☐		
Eritromicina	☐	☐	☐		
Cefotaxima o Ceftriaxona	☐	☐	☐		
Levofloxacin	☐	☐	☐		
Moxifloxacin	☐	☐	☐		
Trimetoprim/sulfametoxazol	☐	☐	☐		
Vancomicina	☐	☐	☐		
Linezolid	☐	☐	☐		
Rifampicina	☐	☐	☐		

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):

- | | |
|---|--|
| ☐ Vacuna conjugada 7V | ☐ Vacuna conjugada 20V |
| ☐ Vacuna conjugada 10V | ☐ Vacuna conjugada 21V |
| ☐ Vacuna conjugada 13V | ☐ Vacuna polisacárida 23V |
| ☐ 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.