

RED DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA COMUNIDAD DE MADRID
Enfermedades de Declaración Obligatoria

PROTOCOLO DE VIGILANCIA DE LA

ENFERMEDAD INVASIVA POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE

Junio 2023

DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Introducción

Antes de la introducción de las vacunas conjugadas, el *H. influenzae tipo b* (Hib) era la principal causa de meningitis bacteriana y de otras enfermedades invasivas en niños menores de 5 años. La incidencia de la enfermedad estaba estrechamente relacionada con la edad. Se estima que hasta el 60% de los casos ocurrían antes de los 12 meses, con un pico de incidencia entre los 6 y 11 meses. Menos del 10% de los casos afectaba a niños de 5 o más años, debido a que la mayoría adquiría inmunidad frente al Hib a los 5-6 años a través de infecciones asintomáticas. Con la introducción de la vacuna, la enfermedad ha pasado a ser más frecuente en adultos y a ser producida por cepas no tipables.

La enfermedad invasora por *Haemophilus influenzae* puede producir varios síndromes, incluyendo meningitis, bacteriemia, epiglotitis, neumonía, artritis séptica, celulitis o pericarditis purulenta. La endocarditis y la osteomielitis son menos frecuentes. La manifestación clínica más frecuente es la meningitis, que en la era prevacunal se encontraba en el 50-65% de los casos. Se manifiesta con fiebre, alteración del nivel de conciencia y rigidez de nuca. El deterioro auditivo y otras secuelas neurológicas se observaban en el 15-30% de los casos que sobrevivían. La letalidad era del 3-6% a pesar del tratamiento antibiótico. Las cepas encapsuladas de otros serotipos pueden causar una enfermedad similar. Las cepas no encapsuladas en general producen cuadros clínicos más leves.

El diagnóstico puede hacerse por **aislamiento** de la bacteria en una ubicación normalmente estéril (sangre, líquido cefalorraquídeo, líquido articular, líquido pleural, líquido pericárdico, líquido peritoneal, tejido subcutáneo, placenta, líquido amniótico). El aislamiento permite además estudiar la sensibilidad a antibióticos. La **PCR** detecta el ADN de los 6 serotipos de la bacteria. Es útil cuando el organismo no puede ser detectado por aislamiento en pacientes que han recibido tratamiento antibiótico antes de la toma de muestras, ya que la PCR puede detectar organismos no viables. El **serotipado** permite distinguir entre cepas encapsuladas y no encapsuladas, ya que estas últimas no pueden ser serotipadas. Los 6 serotipos encapsulados tienen diferentes polisacáridos capsulares que pueden ser diferenciados mediante antisueros específicos. El serotipado puede estudiarse mediante técnicas de PCR y de aglutinación. Estas pruebas permiten conocer si el microorganismo es de tipo b, único serotipo que es inmunoprevenible. La **detección de antígeno** mediante aglutinación en látex es un método rápido y sensible, pero pueden producirse resultados falsos negativos y falsos positivos. La prueba puede ser positiva en suero y orina de personas sin enfermedad invasiva, por lo que un resultado positivo sin otras pruebas de confirmación no puede ser considerado como caso. El **subtipado** mediante técnicas de electroforesis es útil desde el punto de vista epidemiológico.

Agente

Haemophilus influenzae es un cocobacilo Gram negativo que puede ser capsulado (tipable) y se puede clasificar en 6 serotipos antigénicamente diferentes (tipos a-f) o no capsulado (no tipable).

Cualquiera de los seis tipos de *H. influenzae* y las cepas no tipables pueden causar enfermedad invasora. Sin embargo, *H. influenzae* tipo b (Hib) era el responsable del 90-95% de los casos en menores de 5 años antes de la utilización generalizada de las vacunas conjugadas frente a Hib.

Reservorio

El ser humano es el único reservorio de *H. influenzae*.

Modo de transmisión

El organismo coloniza la nasofaringe y permanece de manera transitoria o durante varios meses sin que aparezcan síntomas (portadores asintomáticos). Las tasas de portadores asintomáticos varían según los estudios de un 0-9%, siendo mucho más altas en niños que en adultos.

La infección se transmite a través de gotitas y por contacto con secreciones nasofaríngeas. Los recién nacidos pueden adquirir la infección por aspiración del líquido amniótico o por contacto con secreciones del tracto genital durante el parto.

Período de incubación

El período de incubación es desconocido, aunque probablemente sea de dos a cuatro días.

Período de transmisibilidad

La transmisibilidad dura mientras los microorganismos están presentes en la nasofaringe, aun sin secreciones nasales. Los casos dejan de ser transmisores en las 24 a 48 horas siguientes al comienzo del tratamiento antibiótico.

Susceptibilidad

La susceptibilidad es universal. La inmunidad se adquiere después de padecer la infección, de manera pasiva durante el embarazo (transferencia pasiva de anticuerpos maternos a través de la placenta) y por la vacunación.

VIGILANCIA DE LA ENFERMEDAD

Objetivos

1. Conocer la distribución, presentación y evolución de la enfermedad invasora por H. influenzae en la población.
2. Conocer la distribución geográfica y temporal y los cambios en la presentación epidemiológica de la enfermedad causada por los serotipos no b, el serotipo b y cepas no tipables de H. influenzae.
3. Identificar y describir los fallos vacunales debidos a Hib.

Definición de caso

Criterio clínico

No es pertinente a efectos de vigilancia.

Criterio de laboratorio

Al menos uno de los dos siguientes:

- Aislamiento de H. influenzae en una ubicación normalmente estéril.
- Detección del ácido nucleico de H. influenzae en una ubicación normalmente estéril.

Siempre que sea posible, deberá procederse al **tipado** de las cepas.

Clasificación de caso

Caso sospechoso: no procede.

Caso probable: no procede.

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

Otras definiciones para la investigación epidemiológica

Persona vulnerable

- Persona inmunodeprimida o asplénica de cualquier edad.
- Persona de 0-5 años de edad no vacunada o incompletamente vacunada.

Inmunización completa

- Haber recibido la serie primaria de dos dosis antes de los 11 meses de edad.
- Haber recibido al menos una dosis de vacuna conjugada a partir de los 11 meses de edad.

Fallo vacunal

- Persona de 0-11 meses: enfermedad invasora por Hib que ocurre 1 o más semanas después de haber recibido dos o más dosis de vacuna.
- Personas mayores de 11 meses: enfermedad invasora por Hib que ocurre 2 o más semanas después de haber recibido una dosis de vacuna.

Brote en un centro de educación infantil

Aparición de dos o más casos de enfermedad invasora por Hib entre escolares o trabajadores con menos de 60 días de diferencia.

Contacto cercano

Se consideran **contactos cercanos** a aquellas personas que durante los 7 días anteriores del inicio de la enfermedad cumplan los siguientes criterios:

- Personas que conviven en el domicilio del enfermo o duermen en la misma habitación.
- Personas expuestas a las secreciones orales de un caso (respiración boca a boca, besos, intubación traqueal, etc).
- Personas que comparten utensilios de higiene bucal, cubertería o alimentos (ej. compartir misma botella, mismo bocadillo, etc).
- Personas que hayan tenido contactos próximos y repetidos con el enfermo, en general más de cuatro horas al día.

La definición de contacto cercano se aplicará independientemente de la edad de la persona, aunque en el caso de lactantes y preescolares hay que tener en cuenta que éstos tienen mayor riesgo.

Según el **ámbito de exposición**, se consideran contactos cercanos:

- **Escuelas infantiles:** todos los escolares que compartan alguna actividad en el centro. La separación de los escolares en aulas suele ser menos rígida que en otros centros educativos.
- **Centros de educación primaria, secundaria o de adultos:** los contactos del lugar de trabajo y de la escuela no deberían considerarse contactos estrechos, pero cada situación se debe considerar individualmente, especialmente si hay individuos vulnerables y se puede definir claramente un grupo de contactos estrechos.

En cualquier caso, la definición de contacto cercano puede ser ampliada por los responsables de Salud Pública tras valorar las características de la población afectada.

MODO DE VIGILANCIA

En la Comunidad de Madrid los casos de **enfermedad invasiva por *H. influenzae*** son de declaración obligatoria **urgente con datos individualizados** de acuerdo con la Orden 9/1997, de 15 de Enero, de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, por lo que tanto la **sospecha de casos aislados como de brotes** se deben 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. Los datos a recoger se incluyen en la Encuesta Epidemiológica.

La Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública notificará de forma mensual 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.

En caso de brote, 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 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 periodo 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

La medida más eficaz es la vacunación. Las dos primeras vacunas conjugadas frente a Hib se autorizaron en España en el año 1993. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprobó la introducción de estas vacunas en el calendario de vacunación en diciembre de 1997. Se administra en una pauta de primovacuna de dos dosis, a los 2 y 4 y una dosis de refuerzo a los 11 meses. Desde el año 2001 las coberturas de primovacuna y de refuerzo superan en el nivel nacional el 95% y el 94%, respectivamente.

Actualmente, las vacunas frente a Hib se administran combinadas con otras vacunas. Las vacunas conjugadas frente a Hib están compuestas por el polisacárido capsular purificado polirribosil-ribitol-fosfato (PRP) conjugado a una proteína que es diferente según el laboratorio farmacéutico fabricante. La eficacia se estima entre el 83 y el 100%. La producción de inmunidad de grupo se debe a su efecto sobre la mucosa nasofaríngea y reducción de las posibles fuentes de transmisión. Las reacciones locales más frecuentes están relacionadas con pequeñas molestias en la zona de inyección y las generales son raras y de escasa intensidad. Las precauciones y contraindicaciones de la utilización de las vacunas conjugadas frente a Hib son las habituales de otras vacunas inyectables administradas en niños menores de dos años.

La vacuna frente a Hib se incluyó en el calendario vacunal de la Comunidad de Madrid en octubre del año 1998, con una pauta de vacunación primaria basada en cuatro dosis, administradas a los 2, 4, 6 y 18 meses de edad. Durante el primer año se administró en forma de vacuna combinada tetravalente con el componente de tos ferina de células completas DTP-Hib. Entre 1999 y 2009 se administró como vacuna combinada pentavalente DTPa-Hib-VPI en las 4 dosis y entre 2009 y 2013 como vacuna hexavalente DTPa-Hib-HB-VPI a los 2, 4, 6 meses y pentavalente a los 18 meses. En 2013 comenzó a administrarse en forma de vacuna combinada hexavalente DTPa-Hib-HB-VPI a los 2 y 6 meses de edad y pentavalente DTPa-Hib-VPI a los 4 y 18 meses de edad. Desde enero de 2017, siguiendo las recomendaciones del calendario común de vacunación del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, se suprime la dosis de los 6 meses y se adopta un esquema de dos dosis de primovacuna (2 y 4 meses) más una dosis de recuerdo que se adelanta desde los 18 a los 11 meses. Por tanto, la pauta de vacunación de los niños nacidos a partir del 1 de julio de 2016 consiste en 3 dosis de vacuna hexavalente a los 2, 4 y 11 meses de edad.

Si la vacunación se comienza entre 7-12 meses de edad, se recomienda administrar 2 dosis separadas 4-8 semanas y una dosis de recuerdo en el segundo año de vida. En mayores de 12 meses 1 sola dosis es suficiente. Solo se recomienda la vacunación sistemática hasta los 5 años de edad. En mayores de 5 años no inmunizados solo se recomienda la vacunación si pertenecen a determinados grupos de riesgo e independientemente del antecedente de vacunación previa: menores de 16 con cáncer / hemopatías malignas (ej. leucemia, linfoma); asplenia anatómica y funcional; en menores y adolescentes entre 5 y 18 años no vacunados con anterioridad con infección por VIH u otras condiciones que conlleven inmunodeficiencia (Déficit del sistema complemento, incluyendo tratamiento con eculizumab o receptores de trasplante de progenitores hematopoyéticos).

B. Quimioprofilaxis

La quimioprofilaxis debe administrarse lo antes posible tras la confirmación diagnóstica del caso. Puede utilizarse uno de los siguientes fármacos:

- **Rifampicina** (de elección)
 - Mayores de 3 meses: 20 mg/kg, hasta un máximo de 600 mg, cada 24 horas durante 4 días.
 - Menores de 3 meses: 10 mg/kg cada 24 horas durante 4 días.
 - *Contraindicaciones:* insuficiencia hepática grave e hipersensibilidad a la rifampicina. No se recomienda su uso durante el embarazo y la lactancia.
 - *Precauciones:* disminuye la eficacia de los anticonceptivos orales. Las secreciones pueden adquirir una coloración rojiza (orina sudor, lágrimas -no utilizar lentes de contacto-).
- **Ceftriaxona**
 - Mayores de 12 años: 1g intramuscular o intravenoso cada 24 horas durante 2 días.
 - Menores de 12 años: 50 mg/kg intramuscular o intravenoso cada 24 horas durante 2 días.
 - *Contraindicaciones:* personas con una historia de hipersensibilidad al medicamento u otras cefalosporinas.
- **Ciprofloxacino**
 - Mayores de 12 años: 500 mg oral cada 12 horas durante 5 días.
 - *Contraindicaciones:* Hipersensibilidad a quinolonas. No se recomienda en el embarazo ni durante la lactancia. No se recomienda su uso en niños o adolescentes menores de 18 años.
 - *Precauciones:* no interfiere con los anticonceptivos orales.

MEDIDAS DE CONTROL ANTE UN CASO Y SUS CONTACTOS

Las medidas de control se recomiendan ante todo caso de enfermedad invasora por Hib de cualquier edad y ante todo caso de edad igual o menor de 5 años con enfermedad invasora por *H. influenzae* (cuando no se dispone de serotipo).

Control del caso

- **Adopción de precauciones de transmisión por gotas** de los casos hasta 24 horas después de iniciar el tratamiento.
- **Recogida de muestras** de ubicaciones normalmente estériles.
- Quimioprofilaxis.
- Los casos de 0-5 años deben recibir quimioprofilaxis antes de recibir el alta hospitalaria, con el fin de prevenir un segundo episodio de enfermedad y/o de convertirse en portadores asintomáticos y transmitir la infección a otros.
- Los casos de cualquier edad que tengan contacto cercano con algún individuo vulnerable deben recibir quimioprofilaxis antes de recibir el alta hospitalaria.
- Vacunación.
- Los casos de 0-5 años que no estén correctamente vacunados deben completar la vacunación. Si están completamente vacunados se recomienda medir su nivel de inmunidad.
- Los casos de cualquier edad con asplenia funcional o anatómica no vacunados o con vacunación incompleta deben completar la vacunación.

Control de los contactos

Las medidas de actuación siguientes deberán ser adoptadas por el médico/s responsable/s del caso en el ámbito familiar del caso y por la unidad técnica correspondiente del Área de vigilancia y control de Enfermedades Transmisibles en el colectivo al que acuda el caso.

Información al colectivo al que acude el caso (directores de centros, padres, profesores, etc).

Quimioprofilaxis:

Ámbito familiar: se recomienda la administración de quimioprofilaxis a todos los contactos cercanos en el hogar si hay una persona vulnerable entre ellos.

Escuelas infantiles: se debe identificar a todos los contactos cercanos, tanto de 0-5 años como mayores de 5 años y adultos, y recomendarles la quimioprofilaxis siempre que haya alguna persona vulnerable entre ellos. En situación de brote la quimioprofilaxis se extenderá a toda el aula. En los centros donde no haya personas vulnerables no es necesario realizar ninguna medida.

Vacunación: los contactos de edad 0-5 años y los contactos de cualquier edad con asplenia funcional o anatómica no vacunados o incompletamente vacunados deben completar la vacunación.

BIBLIOGRAFÍA

- American Academy of Pediatrics. *Haemophilus influenzae*, infecciones. En: Pickering LK, Baker CJ, Long SS, McMillan JA, Dirs. *Red Book: Enfermedades Infecciosas en Pediatría*. 27ª ed. Editorial Médica Panamericana: Madrid; 2007:417-425.
- Centers for Disease Control and Prevention. Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases. *Haemophilus influenzae* tipo b. Hamborsky J, Kroger A, Wolfe S, eds. 13th ed. Washington D.C. Public Health Foundation, 2015. Disponible en: <http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/front-matter.html>
- Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Protocolos de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Madrid, 2013. Disponible en: http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-procedimientos/PROTOCOLOS_RENAVE-ciber.pdf
- Decreto 184/1996, de 19 de diciembre, por el que se crea la Red de Vigilancia Epidemiológica de la Comunidad de Madrid. Boletín de la Comunidad de Madrid, viernes 3 de enero de 1997.
- Domínguez A. "Enfermedad invasora por *Haemophilus influenzae* b en Cataluña: impacto de la vacunación". En: Campins Martí M y Moraga Llop FA: Vacunas 2001. Prous Science, Barcelona 2001; 89-92.
- European Centre for Disease Prevention and Control. Surveillance of invasive bacterial diseases in Europe 2007. Stockholm: ECDC; 2010.
- J Campos, M Hernando, F Román, M Pérez-Vázquez, B Aracil, J Oteo, E Lázaro, F de Abajo and the Group of Invasive *Haemophilus* Infections of the Autonomous Community of Madrid. Analysis of Invasive *Haemophilus influenzae* Infections after Extensive Vaccination against *H. influenzae* Type b. *J Clin Microbiol* 2004; 42: 524–529.
- Ladhani S, Ramsay ME, Chandra M, Slack MP; EU-IBIS. No evidence for *Haemophilus influenzae* serotype replacement in Europe after introduction of the Hib conjugate vaccine. *Lancet Infect Dis*. 2008 May; 8(5): 275-6.
- M Goicoechea Sáez, AM Fullana Montoro, P Momparler Carrasco, MJ Redondo Gallego, J Brines Solanes y FJ Bueno Cañigral. Enfermedad invasora por *Haemophilus influenzae* antes y después de la campaña de vacunación en la población infantil de la Comunidad Valenciana (1996-2000). *Rev Esp Salud Pública* 2002; 76: 197-2006.
- Orden 9/1997, de 15 de enero, de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, para el desarrollo del Decreto 184/1996, en lo que se refiere a las Enfermedades de Declaración Obligatoria, a las Situaciones Epidémicas y Brotes, y al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) e Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Boletín de la Comunidad de Madrid, miércoles 22 de enero de 1997.
- Pachón, A. Muñoz, A.Tormo, C. Amela, P. Martín, J. Villota, J. Campos. Estudio de incidencia de enfermedad invasora por *Haemophilus influenzae* en España. *Bol. Epidemiol. Sem.* 1998. vol 6 Nº5.
- Perea W. Meningitis. En el Control de las enfermedades transmisibles. Decimotercera edición. Editor David L. Heymann. Publicación científica y técnica Nº 613. Organización Panamericana de la Salud. 2005:444-6.
- Shamez Ladhani, Helen Campbell, Mary Slack, Mary Ramsay. Public Health England. Revised recommendations for the prevention of secondary *Haemophilus influenzae* type b (Hib) disease. Updated 1 July 2013. Disponible en: <https://www.gov.uk/government/organisations/public-health-england>
- Timothy F. Murphy. Infecciones por *Haemophilus*. En: Mandell, Douglas y Bennett's. *Enfermedades Infecciosas Principios y Práctica*. Sexta ed. New York: Churchill Livingstone; 2006; 222.

ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE ENF. INVASORA POR H. INFLUENZAE

DATOS DE FILIACIÓN

Nombre: _____ Apellido1: _____ Apellido2: _____
 Sexo: Hombre Mujer Fecha de nacimiento: ___/___/____ Edad: ___ Meses Años
 País de nacimiento: España
 Otros, especificar: _____ Año de llegada a España: _____
 Nacionalidad: _____ Teléfono 1: _____ Teléfono 2: _____
 Domicilio: _____ Nº: _____ Piso: _____
 Municipio: _____ Código postal: _____ Distrito: _____ Zona Básica: _____
 Provincia: _____ Comunidad Autónoma: _____ País: _____

DATOS DEL CASO

Fecha de inicio de síntomas: ___/___/____ Fecha de diagnóstico clínico: ___/___/____
 Clasificación del caso: Sospechoso Probable Confirmado
 Criterios de clasificación: Clínico Laboratorio Epidemiológico
 Ingreso hospitalario (estancia de al menos una noche, no generan estancias las camas de observación de urgencias):
 Sí ⇨ Hospital: _____ Servicio _____
 Nº historia clínica: _____
 No Fecha de ingreso: ___/___/____ Fecha de alta: ___/___/____
 Evolución: Curación
 Secuelas, especificar secuelas: _____
 Fallecimiento, especificar fecha de fallecimiento: ___/___/____
 Situaciones de interés epidemiológico:
 Albergue/Indigente Trabajador de centro sanitario Residencia (mayores, menores,...)
 Ascendencia extranjera, especificar país de ascendencia: _____
 Otras, especificar: _____
 Colectivo de interés: _____ Área: _____
 Asociado a otro caso o brote (detallar la información sobre el caso o brote asociado):
 Sí, especificar: _____
 No
 Ubicación del riesgo (lugar posible de exposición o adquisición de la enfermedad):
 Coincide con el domicilio
 Diferente del domicilio
 Lugar: _____
 Dirección: _____ Nº: _____ Piso: _____
 Municipio: _____ Código postal: _____ Distrito: _____ Zona Básica: _____
 Provincia: _____ Comunidad Autónoma: _____ País: _____

DATOS DEL NOTIFICADOR

Nombre: _____
 Centro de Trabajo: _____
 Municipio: _____ Teléfono: _____ Fecha de declaración: ___/___/____

DATOS DE LABORATORIO

Técnica diagnóstica	Muestra*	Resultado	Fecha toma muestra	Fecha resultado
Detección ácido nucleico	_____	_____	___/___/___	___/___/___
Aislamiento	_____	_____	___/___/___	___/___/___

***Muestras:** LCR, sangre, líquido articular, líquido pericárdico, líquido pleural, otra muestra normalmente estéril, aspirado respiratorio (broncoaspirado, lavado broncoalveolar y cepillado bronquial).

Serotipo:

A
 B
 C
 D
 E
 F
 No tipable
 No capsulado

DATOS DE VACUNAS

INFORMACIÓN SOBRE EL ESTADO VACUNAL:

Estado vacunal desconocido
 Paciente no vacunado
 Paciente vacunado ⇒ Nombre comercial: _____
 Nº dosis _____ Fecha última dosis: ___/___/___ Lote: _____
 Vacunación documentada: NO documentada Algunas dosis Todas las dosis

VALORACIÓN DEL ESTADO VACUNAL DEL CASO:

Vacunación correcta para la edad: Sí No

¿Tiene recomendación de vacunación por indicación médica o de otra índole?

Sí ⇒ Vacunación correcta por esta indicación: Sí No
 No

SOSPECHA DE FALLO VACUNAL: Sí No NS/NC

Si se sospecha fallo vacunal	Fecha dosis	Nombre de la vacuna
Dosis 1	___/___/___	
Dosis 2	___/___/___	
Dosis 3	___/___/___	

DATOS ESPECÍFICOS DE ENFERMEDAD INVASIVA POR H. INFLUENZAE

MANIFESTACIONES CLÍNICAS:			SÍ	No	NS/NC	SÍ	No	NS/NC
Sepsis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epiglotitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neumonía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Meningitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteomielitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pericarditis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Celulitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otra clínica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	⇒ Especificar: _____				

ANTECEDENTES DE INTERÉS:
 ¿Ha recibido tratamiento antibiótico previo al ingreso?: Sí No NS/NC

CLASIFICACIÓN EPIDEMIOLÓGICA:
 Primario
 Coprimario, especificar filiación del caso primario: _____
 Secundario, especificar filiación del caso primario: _____

DATOS DE LA INTERVENCIÓN:
 Colectivo: Sí No NS/NC
 Tipo de colectivo: Escolar Laboral Otros, especificar: _____
 Nombre del colectivo: _____
 Municipio: _____ Área: _____ ZBS: _____
 ¿Indicada intervención en colectivo?: Sí No
 ¿Realizada intervención en colectivo?: Sí No
 Tipo de intervención: Quimioprofilaxis, número: _____
 Vacunación, número: _____
 Fecha de intervención: ____ / ____ / ____
 Intervención en entorno familiar: Sí No NS/NC
 Tipo de intervención familiar: Quimioprofilaxis, número: _____
 Vacunación, número: _____

OBSERVACIONES

FICHA RESUMEN VIGILANCIA DE ENFERMEDAD INVASORA POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE

PERÍODOS DE INCUBACIÓN Y TRANSMISIBILIDAD

- **Período de incubación:** es desconocido, aunque probablemente sea de dos a cuatro días.
- **Período de transmisibilidad:** la transmisibilidad dura mientras los microorganismos están presentes en la nasofaringe, aun sin secreciones nasales. Los casos dejan de ser transmisores en las 24 a 48 horas siguientes al comienzo del tratamiento antibiótico.

DEFINICIÓN DE CASO

- **Criterio clínico:** no es pertinente a efectos de vigilancia.
- **Criterio de laboratorio:** Al menos uno de los dos siguientes:
 - Aislamiento de H. influenzae en una ubicación normalmente estéril.
 - Detección del ácido nucleico de H. influenzae en una ubicación normalmente estéril.

Siempre que sea posible, deberá procederse al **tipado** de las cepas.

MODO DE VIGILANCIA

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

MANEJO DE LOS CASOS

- **Adopción de precauciones de transmisión por gotas** de los casos hasta 24 horas después de iniciar el tratamiento.
- **Recogida de muestras** de ubicaciones normalmente estériles.
- **Quimioprofilaxis:**
 - Los casos de 0-5 años deben recibir quimioprofilaxis antes de recibir el alta hospitalaria, con el fin de prevenir un segundo episodio de enfermedad y/o de convertirse en portadores asintomáticos y transmitir la infección a otros.
 - Los casos de cualquier edad que tengan contacto cercano con algún individuo vulnerable deben recibir quimioprofilaxis antes de recibir el alta hospitalaria.
- **Vacunación:**
 - Los casos de 0-5 años que no estén correctamente vacunados deben completar la vacunación. Si están completamente vacunados se recomienda medir su nivel de inmunidad.
 - Los casos de cualquier edad con asplenia funcional o anatómica no vacunados o con vacunación incompleta deben completar la vacunación.

MANEJO DE LOS CONTACTOS

- **Información** al colectivo al que acude el caso (directores de centros, padres, profesores, etc).
- **Quimioprofilaxis:** en el **ámbito familiar** se recomienda la administración de quimioprofilaxis a todos los contactos cercanos, si hay una persona vulnerable entre ellos. En las **escuelas infantiles** se debe identificar a todos los contactos cercanos, tanto de 0-5 años como mayores de 5 años y adultos, y recomendarles la quimioprofilaxis siempre que haya alguna persona vulnerable entre ellos. En situación de brote la quimioprofilaxis se extenderá a toda el aula. En los centros donde no haya personas vulnerables no es necesario realizar ninguna medida. La quimioprofilaxis debe administrarse lo antes posible tras la confirmación diagnóstica del caso.
- **Vacunación:** los contactos de edad 0-5 años y los contactos de cualquier edad con asplenia funcional o anatómica no vacunados o incompletamente vacunados deben completar la vacunación.