

PROTOCOLO DE VIGILANCIA DE ENFERMEDAD INVASIVA POR *Haemophilus influenzae*

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 invasiva por *H. influenzae*. 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 invasiva <i>por H. influenzae</i> .	
Fecha de creación	2013.	
Cita sugerida	Protocolo de vigilancia de enfermedad invasiva por <i>H. influenzae</i> . 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	Descripción de la afectación sistémica.
	Criterio clínico	Ampliación de manifestaciones clínicas.
	Criterio de laboratorio	Actualización de pruebas de laboratorio.
	Definición de brote	Se ha actualizado la definición de brote.
	Modo de vigilancia	Se ha reescrito el modo de vigilancia.
	Medidas preventivas	Ampliación de la descripción de las medidas preventivas.
	Control del caso	Ampliación de los controles de vacunación.
	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 de la Enfermedad	Inclusión de la variable. Ampliación de las manifestaciones clínicas. Incorporación de la variable Ingreso UCI.
	Datos del Laboratorio	Incorporación de opción de múltiple respuesta para las variables muestra y prueba. En pruebas se ha cambiado el término aislamiento por cultivo. Incorporación de los resultados de pruebas de sensibilidad antimicrobiana.

DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Introducción

La enfermedad Invasiva por *Haemophilus influenzae* incluye síndromes clínicos de meningitis, septicemia, epiglotitis, neumonía bacteriémica, artritis séptica, celulitis, osteomielitis y pericarditis. Cualquiera de los seis tipos de *H. influenzae* y las cepas no capsuladas (no tipables) pueden causar enfermedad Invasiva. *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.

Las características epidemiológicas de la enfermedad invasiva por *H. influenzae* cambiaron después de la introducción de la vacuna frente a Hib, momento en el que se redujo drásticamente la tasa de enfermedad invasiva por Hib en la infancia. Los casos de enfermedad invasiva producidas por cepas no capsuladas han aumentado de manera progresiva en los últimos años y es la principal causa de la enfermedad en todos los grupos de edad. Con mucha menos frecuencia también se observa el aumento de otras cepas capsuladas distintas a Hib (sobre todo el serotipo f y el e, pero muy recientemente también el serotipo a).

Agente

H. influenzae es un cocobacilo Gram negativo que puede ser capsulado (tipable) y se puede clasificar en 6 serotipos antigénicamente diferentes (tipos a, b, c, d, e y f) o no capsulado.

Reservorio

El ser humano es el único reservorio de *H. influenzae*. Las tasas en personas portadoras asintomáticas varían según los estudios de un 0-9%, siendo mucho más altas en población infantil que en población adulta.

Modo de transmisión

H. influenzae se transmite principalmente de persona a persona a través de gotitas en el aire o por contacto directo con secreciones respiratorias de personas infectadas o colonizadas. Los seres humanos son el único reservorio conocido de *H. influenzae*. La nasofaringe es el sitio más común de colonización a largo plazo.

La transmisión se produce con el contacto personal cercano. La transmisión se interrumpe entre 24 y 48 horas después de iniciar un tratamiento antimicrobiano eficaz.

Periodo de incubación

Se desconoce el periodo de incubación; sin embargo, las personas susceptibles suelen desarrollar la enfermedad en los siete días siguientes a la exposición al Hib.

Susceptibilidad

Es universal. La inmunidad se adquiere después de padecer la infección, de manera pasiva durante el embarazo al adquirir los anticuerpos maternos a través de la placenta y por la vacunación.

VIGILANCIA DE LA ENFERMEDAD

Objetivos

1. Conocer el patrón epidemiológico de presentación de la enfermedad por *H. influenzae* en la población y los principales factores de riesgo asociados a su aparición.
2. Detectar cambios en la presentación de la enfermedad causada por los serotipos no b, el serotipo b y cepas no capsuladas de *H. influenzae* a lo largo del tiempo o en su distribución geográfica.
3. Detectar precozmente las situaciones que puedan suponer un brote, alerta o emergencia sanitaria relacionada con esta enfermedad.
4. Realizar el estudio epidemiológico a partir de la información de vigilancia, incluida la identificación de los fallos de la vacuna frente a Hib. Garantizar la calidad de los datos para orientar la prevención y el control.
5. Contribuir a la evaluación y el seguimiento de los programas de prevención y control y difundir sus resultados.

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 (sangre, líquido pericárdico, líquido articular, líquido pleural, líquido cefalorraquídeo).
- Detección del ácido nucleico de *H. influenzae* en una ubicación normalmente estéril.

Es necesario realizar el tipado de los aislados. 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. 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 *H. influenzae* mediante RT-PCR.

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 brote en una escuela infantil cuando ocurren dos o más casos de enfermedad Invasiva por Hib en los menores o en trabajadores con menos de 60 días de diferencia.

Otras definiciones para la investigación epidemiológica

Definición de persona vulnerable: Las personas de cualquier edad con asplenia anatómica o disfunción esplénica grave (incluida la anemia de células falciformes) y aquellas con deficiencia de properdina o deficiencias del sistema del complemento, incluidos casos que utilizan un inhibidor del complemento y tratamiento con eculizumab y sus derivados de acción prolongada (ravulizumab), así como las personas con trasplante de progenitores hematopoyéticos. Además, se considera vulnerable la población de 5 o menos años de edad no vacunada o incompletamente vacunada para su edad.

Definición de contacto estrecho: Todo contacto prolongado con un caso durante los 7 días antes del inicio de la enfermedad. Por ejemplo, las personas que viven en la misma casa, que comparten habitación o la pareja. Los contactos del lugar de trabajo y de la escuela no deberían considerarse contactos estrechos pero cada situación se debe valorar de manera individual, especialmente si hay personas vulnerables y se puede definir claramente un grupo de contactos estrechos.

Definición de inmunización completa. Haber recibido:

- Al menos una dosis de vacuna conjugada a los 15 meses de edad o más.
- Dos dosis entre los 12 y 14 meses de edad.
- La serie primaria de dos dosis de primovacuna a los 2 y 4 meses, con un refuerzo a los 11 meses.
- **Definición de fallo vacunal:** Enfermedad invasiva por Hib que ocurre al menos una semana después de haber administrado 2 o más dosis de vacuna frente a Hib en menores de un año de edad. En mayores de un año, si esta ocurre al menos 2 semanas después de haber administrado una dosis de vacuna frente a Hib.

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 C.A. 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 frente a *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib)

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. Desde 2017 se administra una pauta de primovacuna de dos dosis, a los 2, 4 meses, 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. Existe también la posibilidad de administrar una vacuna monovalente frente a Hib. 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 estimó 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 menores de dos años.

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>.

En viajes internacionales se deben seguir las mismas recomendaciones indicadas para la prevención de Hib en España.

Quimioprofilaxis

Los casos secundarios de enfermedades invasivas producidas por serotipos diferentes a Hib son extremadamente raros. Esta sección se aplica fundamentalmente a todo caso de enfermedad invasiva por Hib y sus contactos estrechos y ante todo caso de edad igual o menor de 5 años cuando no se dispone de la información de serotipo y a sus contactos estrechos (ver Tabla 1).

Rifampicina, ceftriaxona y ciprofloxacino están recomendados en la prevención de casos secundarios. No existe ningún agente antibacteriano que en su ficha técnica recoja el uso para profilaxis de enfermedad invasiva por *H. influenzae* spp. Se recomienda la administración de rifampicina como antibiótico de primera elección (debido a su elevada eficacia en la erradicación del estado de portador y a que la resistencia de Hib a rifampicina es extremadamente rara). Ciprofloxacino y ceftriaxona son antibióticos de segunda elección.

Rifampicina (de elección)

Se recomienda para cualquier grupo de edad.

- Población adulta, adolescentes y menores a partir de los 3 meses: 20 mg/kg (hasta un máximo de 600 mg) cada 24 horas, durante 4 días, vía oral.

- Población infantil menor de 3 meses: 10 mg/kg cada 24 horas, durante 4 días, vía oral.
- *Contraindicaciones*: insuficiencia hepática grave e hipersensibilidad a la rifampicina.
- *Precauciones e información adicional*: No se recomienda su uso durante el embarazo y la lactancia. Disminuye la eficacia de los anticonceptivos orales. Puede producir interacciones con algunos fármacos anticoagulantes y anticonvulsivos. Las secreciones pueden adquirir una coloración rojiza (orina sudor, lágrimas: no utilizar lentes de contacto).

Ciprofloxacino

- Población adulta y adolescentes a partir de los 12 años: 500 mg, cada 12 horas, durante 5 días, vía oral.
- Población desde los 5 años a los 11 años: 250 mg cada 12 horas, durante 5 días, vía oral.
- Menores de 2 a 4 años: 125 mg cada 12 horas, durante 5 días, vía oral.
- *Contraindicaciones*: Hipersensibilidad a ciprofloxacino, o a otras quinolonas.
- *Precauciones e información adicional*: No se recomienda en el embarazo ni en mujeres durante la lactancia. No interfiere con los anticonceptivos orales.

Ceftriaxona

Puede utilizarse en embarazo y en lactancia, así como de primera elección en colectivos pediátricos en los que se prevea dificultades de administración o seguimiento (grupos marginales, etc.).

- Población adulta y adolescente a partir de los 12 años: 1 gramo intramuscular o intravenoso, cada 24 horas, durante 2 días.
- Población de menores de 12 años: 50 mg/kg intramuscular o intravenoso cada 24 horas durante 2 días.
- *Contraindicaciones*: personas con antecedentes de hipersensibilidad a ceftriaxona o a cualquier otra cefalosporina, así como aquellos con antecedentes de hipersensibilidad grave (por ejemplo, reacción anafiláctica) a cualquier otro tipo de antibiótico betalactámico (penicilinas, monobactámicos y carbapenémicos).

Medidas ante un caso y sus contactos

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

Control del caso

Casos con 5 años o menores deben recibir quimioprofilaxis antes del alta en el hospital con el fin de prevenir un segundo episodio de enfermedad invasiva por Hib y/o el estado de persona portadora asintomática. Si el caso no está correctamente vacunado para su edad debería completar su vacunación. Si estaba correctamente vacunado para su edad se administrará 1 dosis adicional.

Todo caso, con cualquier edad, debe recibir quimioprofilaxis antes de ser dado de alta si hay una persona vulnerable entre sus contactos estrechos.

Todo caso vulnerable de cualquier edad que no esté vacunado o que esté vacunado de manera incompleta para su edad debería completar la vacunación.

Todo caso de cualquier edad deberá estar en aislamiento respiratorio hasta 24 horas después de iniciar el tratamiento antibiótico.

Control de los contactos

Todas las personas que sean contacto estrecho de una persona vulnerable deben recibir quimioprofilaxis. La quimioprofilaxis debe administrarse lo antes posible tras la confirmación diagnóstica del caso.

Las personas que sean contacto de un caso que tengan una edad igual o menor de 5 años y que no estén vacunados o lo estén de manera incompleta para su edad deben completar su vacunación.

Las personas vulnerables, de cualquier edad, que sean contacto de un caso deben vacunarse o completar la vacunación si no lo estuvieran o sólo parcialmente.

La tabla 1 resume las medidas ante un caso y sus contactos.

Tabla 1. Resumen de indicación de quimioprofilaxis y vacunación ante un caso y sus contactos

	Quimioprofilaxis del caso	Vacunación del caso	Quimioprofilaxis contactos estrechos	Vacunación contactos estrechos
Caso de edad igual o menor de 5 años con enfermedad invasiva por Hib o cuando no se dispone de serotipo	SI antes del alta hospitalaria, siempre que no fueran tratados con Cefotaxima o Ceftriaxona	Se vacunará si no está correctamente vacunado para su edad. Si estaba vacunado se administrará 1 dosis mas	SI si hay una persona vulnerable entre ellos	- Los contactos de edad igual o menor de 5 años no vacunados para su edad o incompletamente vacunados deben completar su vacunación. - Contactos de cualquier edad vulnerables se vacunarán si no están vacunados o se completará la vacunación
Caso de enfermedad invasiva por Hib mayor de 5 años de edad	SI si hay personas vulnerables entre sus contactos estrechos, siempre que no haya sido tratado con Cefotaxima o Ceftriaxona	NO		

Medidas de control de los contactos en guarderías y centros de educación infantil

En los centros de educación infantil los contactos estrechos se deben definir para cada caso. Se tendrá en cuenta la presencia de individuos vulnerables para recomendar quimioprofilaxis si fuera necesario. Además en los contactos no vacunados para su edad o parcialmente inmunizados se completará la vacunación.

Cuando el caso tenga una edad igual o menor de 5 años se avisará al resto de las familias con menores que acuden al mismo colegio que el caso para informarles de que deberán acudir al médico si desarrollan fiebre y/o se encuentran mal.

Medidas ante un brote en guarderías y centros de educación infantil

Si se produjera un brote se debe ofrecer quimioprofilaxis a todos los contactos del aula que no estén vacunados o estén incompletamente vacunados para su edad, incluido el personal docente. Además, los menores con edad igual o menor de 5 años no vacunados para su edad o cuando lo están de forma parcial deben completar la pauta de vacunación.

Se llevará a cabo la siguiente estrategia de información: a) identificar a la población diana de la información, es decir, personal docente en escuelas, familias de los menores, población general y b) seleccionar la información necesaria y la forma de transmitirla al receptor.

BIBLIOGRAFÍA

1. Heymann, D. L. (Ed.). (2022). Control of communicable diseases manual (21st ed.). American Public Health Association. European Centre for Disease Prevention and Control. Factsheet about Invasive *H. influenzae* disease. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/invasive-haemophilus-influenzae-disease/facts>
2. Center for Disease Control and Prevention. Chapter 2: *H. influenzae* invasive disease. Disponible en: <https://www.cdc.gov/vaccines/pubs/surv-manual/chpt02-hib.html>.
3. National Health Service UK. *H. influenzae* type b (Hib). Immunisation against infectious diseases. The Green Book. Disponible en: <https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/ukgwa/20130104162729/http://immunisation.dh.gov.uk/green-book-chapters/chapter-16/>
4. Slack, M. P. E., Cripps, A. W., Grimwood, K., Mackenzie, G. A., & Ulanova, M. (2021). Invasive *H. influenzae* Infections after 3 Decades of Hib Protein Conjugate Vaccine Use. *Clinical microbiology reviews*, 34(3), e0002821. Disponible en: <https://doi.org/10.1128/CMR.00028-21>
5. Soler Soneira M, Granero Melcón B, Arroyo Nebreda V, Sastre García M, Amillategui Dos-Santos R, Cano Portero R. Enfermedad invasiva por *H. influenzae*. España 2021-2022. BES [Internet]. 29 de septiembre de 2023 [citado 28 de febrero de 2024];31(3):201-14. Disponible en: <https://revista.isciii.es/index.php/bes/article/view/1317>.
6. Soler-Soneira M, Muñoz-Martínez L, Alcaide-Jiménez A, Arroyo Nebreda V, Cano Portero R. Enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*. España 2023. *Boletín Epidemiológico Semanal*. 2024;32(3):137-149. doi: 10.4321/s2173-92772024000300004.
7. Echevarría Mayo J. E.; Oteo Iglesias J.; Jado García I. (editores). Programas de Vigilancia Microbiológica Centro Nacional de Microbiología. Volumen 2. 2021-2022 Majadahonda (Madrid), Centro Nacional de Microbiología. ISCIII. 2023.
8. 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>
9. Ministerio de Sanidad. Grupo de trabajo vacunación en población adulta y grupos de riesgo. Ponencia Programa y Registro de Vacunaciones. Vacunación en grupos de riesgo de todas las edades y en determinadas situaciones. Comisión de Salud Pública del CISNS. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, julio 2018
10. Ministerio de Sanidad. Ponencia de Programas y Registro de Vacunaciones. Revisión del Calendario de Vacunación. Comisión de Salud Pública del CISNS. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016.
11. Robert Koch Institute. *Haemophilus influenzae*, invasive infection Guideline RKI. 2020. Disponible en: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_HaemophilusInfluenzae.html#doc15215936bodyText10
12. Ladhani S, Heath PT, Slack MP, et al. *Haemophilus influenzae* serotype b conjugate vaccine failure in twelve countries with established national childhood immunization programmes. *Clin Microbiol Infect*. 2010;16(7):948-954. doi:10.1111/j.1469-0691.2009.02945.
13. 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>
14. UK Health Security Agency. Revised recommendations for the prevention of secondary *H. influenzae* type b (Hib) disease. Updated 4 September 2024. Disponible en: <https://www.gov.uk/government/publications/haemophilus-influenzae-type-b-hib-revised-recommendations-for-the-prevention-of-secondary-cases/revised-recommendations-for-the-prevention-of-secondary-haemophilus-influenzae-type-b-hib-disease>.
15. Centers for disease control and prevention (CDC). Manual for the Surveillance of Vaccine-Preventable Diseases. Disponible en: <https://www.cdc.gov/surv-manual/php/table-of-contents/chapter-8-meningococcal-disease.html>

ANEXO I. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDAD INVASIVA POR *Haemophilus influenzae*

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):

☐ Sepsis	☐ Artritis séptica	☐ Celulitis
☐ Epiglotitis	☐ Osteomielitis	☐ Meningitis
☐ Neumonía bacteriémica	☐ Pericarditis	☐ Bacteriemia

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 causal ⁴:

- ☐ *Haemophilus influenzae*
- ☐ *Haemophilus influenzae* serotipo a
- ☐ *Haemophilus influenzae* serotipo b
- ☐ *Haemophilus influenzae* serotipo c
- ☐ *Haemophilus influenzae* serotipo d
- ☐ *Haemophilus influenzae* serotipo e
- ☐ *Haemophilus influenzae* serotipo f
- ☐ *Haemophilus influenzae* serotipo no capsulado (no tipable)

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

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

Prueba (marcar las que tengan resultado positivo):

- ☐ Cultivo ☐ Detección de ácido nucleico (PCR)

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

Interpretación de los resultados de sensibilidad (EUCAST)

	S	I	R	CMI (mg/L)	Halo (mm)
Ampicilina	☐	☐	☐		
Amoxicilina/ácido clavulánico	☐	☐	☐		
Cefuroxima	☐	☐	☐		
Cefotaxima	☐	☐	☐		
Ciprofloxacino	☐	☐	☐		
Trimetoprim-sulfametoxazol	☐	☐	☐		
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:

CATEGORIZACIÓN DEL CASO

Asociado a brote: ☐ Si ☐ No ☐ Desconocido

Identificación del brote:

C.A. de declaración del brote⁹:

OBSERVACIONES¹⁰

.....

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