

COQUELUCHE (Tos convulsa)

FICHA DE NOTIFICACIÓN DE CASO
Enfermedades de notificación obligatoria Ley 15.465/60.
Ficha Versión abril 2016

Caso sospechoso (en condiciones NO epidémicas) *

Menores de 6 meses: paciente con infección respiratoria aguda y al menos, uno de los siguientes signos o síntomas: apneas, cianosis, accesos de tos paroxística, vómitos post-tos.

De 6 meses hasta 11 años: paciente con tos de 14 o más días de duración acompañado de uno o más de los siguientes signos o síntomas: tos paroxística, estridor inspiratorio o vómitos después de la tos sin otra causa aparente.

Mayores de 11 años: paciente con tos persistente de 14 o más días de duración, con o sin otra sintomatología acompañante.

* La definición de caso sospechoso de coqueluche se ajustará en condiciones de epidemia

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Apellido y Nombre: _____ H.C: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Sexo: M F DNI: _____

Domicilio: _____ Barrio: _____ Localidad: _____

Referencia ubicación domicilio: _____ Teléfono Propio o vecino: _____

Urbano: Rural: Departamento: _____ Provincia: _____ País: _____

Ocupación: _____ Guardería/Escuela/Trabajo: _____

DATOS SOCIALES/ECONOMICOS/FAMILIARES

(En caso de notificaciones de menores, consignar los datos correspondientes al mayor a cargo y aclarar aquí)

Padre: Madre: Otro:

NIVEL DE INSTRUCCIÓN

Sabe leer y escribir: SI NO
Primaria Completa: Incompleta:
Secundaria Completa: Incompleta:
Univ./Terc. Completa: Incompleta:

SITUACIÓN LABORAL

Trabajo estable: SI NO
Desocupado: SI NO
Recibe Plan Social: SI NO

CONTEXTO FAMILIAR

Vive Solo: SI NO
Hacinamiento: SI NO

PROVISIÓN AGUA

De Red:
Vertiente:
Canilla Comunitaria:
Otro:

DISPOSICIÓN DE EXCRETAS

Cloacas Cielo Abierto
Pozo ciego/Letrina

DATOS CLÍNICOS

Fecha de Consulta: ____/____/____

Fecha de inicio de Síntomas: ____/____/____

Tos persistente sin paroxismo

Estridor inspiratorio

Neumonía

Tos paroxística

Vómitos provocados por la tos

Apnea

Fiebre

Síntomas catarrales

Convulsiones

Duración de la tos: _____ días

Cianosis

Paciente hospitalizado No Si

Fecha de hospitalización: ____/____/____

ARM: Si No

Recibió antibióticos previamente No Si

Nombre del antibiótico: _____ Fecha: ____/____/____ Días de tratamiento: _____

DATOS DE VACUNACIÓN

Para todos los casos pediátricos

Evaluar todas las vacunas con componente pertusis según calendario vacunación: Pentavalente, Cuádruple, Triple Bacteriana celular y acelular.

Total de dosis recibidas: _____ ¿Esquema completo para edad? Si No Fecha última dosis: ____/____/____

Si el caso es un niño menor de 1 año: ¿La mamá fue vacunada con triple acelular en el embarazo? Si No Sem.Ges: _____

Si el caso ocurre en una embarazada: ¿Recibió triple acelular en este embarazo? Si No Sem.Ges: _____

Si el caso ocurre en personal de salud con atención de lactantes o embarazadas: ¿Recibió triple acelular? Si No

DATOS EPIDEMIOLOGICOS

¿Estuvo en contacto con alguna persona con tos persistente o con síntomas similares a los del caso? Si No N/S

¿Quién? _____ ¿Dónde? _____

¿Viajó en los últimos 30 días? Si No Lugar: _____

Durante el viaje, ¿estuvo en contacto con alguna persona con tos persistente? Si No N/S

EXÁMENES DE LABORATORIO

Tipo de muestra	Momento ideal para la toma	Fecha de toma
Aspirado nasofaríngeo	Al momento de la sospecha	___/___/___
1° Muestra de Suero*	Al momento de la sospecha	___/___/___
2° Muestra de Suero*	A los 21 de la 1° muestra	___/___/___

*Se estudiarán con serología solamente a mayores de 15 años de edad.

ACCIONES DE CONTROL Y PREVENCIÓN

PARA EL PACIENTE

-Explicar al paciente y familia que se sospecha de una enfermedad de contagio respiratorio y que debe evitar el contacto estrecho con otras personas.

-Certificado de reposo laboral y/o escolar por 5 días. Luego del 5° día de tratamiento no contagia y puede reintegrarse a sus actividades.

-Tratamiento antibiótico, sin esperar resultados de laboratorio. Recordar que el tratamiento con antibióticos tiene un efecto limitado luego de los 21 días de inicio de la tos.

Esquema recomendado ADOLESCENTES Y ADULTOS:

CLARITROMICINA 500 mg c/12 hs por 7 días o ERITROMICINA 500 mg c/6 hs por 14 días.

Esquema recomendado EMBARAZADAS:

AZITROMICINA 500 mg dosis única el primer día y 250 mg dosis única desde el 2° al 5° día.

Esquema recomendado NIÑOS:

AZITROMICINA Menores de 6 meses: 10 mg/kg dosis única por 5 días. De 6 meses o más: 10 mg/kg dosis única el primer día y 5 mg/kg como dosis única desde el 2° al 5° día.

CLARITROMICINA (mayores 2 meses) 15 mg/kg/día cada 12 hs por 7 días (máximo 1 gramo/día).

ERITROMICINA 40-50 mg/kg/día c/6 hs por 14 días

PARA LOS CONTACTOS

-Indicar quimioprofilaxis en contactos de alto riesgo: menores de 1 año, embarazadas, inmunodeprimidos y enfermos crónicos pulmonares.

-Se deberá realizar visita domiciliaria, para evaluar los contactos que se han expuestos, identificar sintomáticos y controlar esquemas de vacunación. Identificar si es posible de quien se ha contagiado. Eventualmente puede ser necesario ampliar al lugar de cuidado (guardería), estudio y/o trabajo.

Nombre y Apellido	Edad	Parentesco/ Relación	¿Está con tos?	Se indica vacuna	Se indica quimioprofilaxis

DATOS DEL NOTIFICADOR

Apellido y Nombre del Profesional: _____

Establecimiento notificante: _____

Tel: _____ e-mail: _____ Localidad: _____

Fecha: ___ / ___ / ___

Firma y sello medico