INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

INTERVENCIONES EN VIGILANCIA DE LA SALUD PÚBLICA
FORMATO DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE CAMPO*
TOS FERINA

Fecha de notificación: _____ Municipio/localidad: _____

Fecha de recepción de la ficha: _____ Barrio/Vereda/Corregimiento: _____ Comuna:_____

Fecha de la visita: _____ Hora de la visita: _____

I. DATOS DEL CASO PROBABLE

Nombres y apellidos completos: _____ No. Identificación: _____

Edad: _____ años _____ meses _____ días Peso: _____ kg Sexo: Feminino ☐ Maculino ☐

Dirección: _____ Teléfono/Celular: _____

El caso asiste a jardín, colegio o trabajo: Si _____ No _____

¿Cuál?: _____

II. DATOS DEL CUIDADOR

Nombres y apellidos del cuidador o persona a cargo: _____

No. Identificación: _____ Dirección: _____

Teléfono/Celular: _____ Parentesco: _____

III. CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA

Tipo de vivienda: Propia ☐ Arriendo ☐ Aalbergue ☐ Hogar de paso ☐ Otro: _____

Número de hogares en la vivienda: 1 ☐ 2 a 5 ☐ ≥ de 6 ☐

Número de personas que viven en la vivienda: 1 ☐ 2 a 5 ☐ ≥ de 6 ☐

Se observa hacinamiento en la vivienda: Si ☐ No ☐

Servicios públicos con los que cuenta la vivienda: Agua potable ☐ Luz ☐ Alcantarrillado ☐ Gas ☐ Teléfono ☐

V. CARACTERISTICAS DE LA FAMILIA

El cuidado del menor está a cargo principalmente de (parentesco): _____

_____

¿Vive el cuidador en la misma casa del caso probable?_____ Si ☐ No ☐

Si no vive, indague por grupo familiar del cuidador: _____

_____

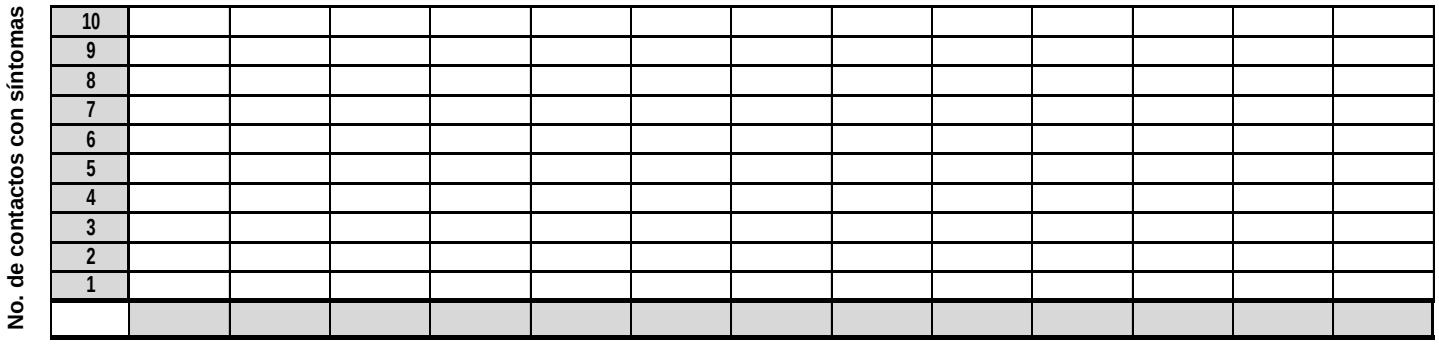
IV. RELACIÓN DE HABITANTES DE LA VIVIENDA

No.	Nombre y apellidos	Edad	Sexo	No. Documento de identidad	Ocupación	Régimen de aseguramiento	EPAB	Parentesco	Escolaridad
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

Nota: Se debe incluir todos los habitantes de la casa sin importar el parentesco

ANTECEDENTES (Escriba Si o No según corresponda)		C	Número de contacto									
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
PATOLÓGICO	Prematurez en menor de 1año											
	Neumopatías (EPOC, fibrosis quística, enfisema pulmonar, entre otras)											
	Cardiopatías congénitas en menor de 1año											
	Inmunocomprometido											
FACTORES DE RIESGO	Hospitalizaciones en los últimos 21días											
	Fumador habitual											
	¿Viajes fuera de la ciudad/municipio/vereda/corregimiento dentro de los 21días posterior al inicio de síntomas?											
	Nombre del lugar de viaje											
	¿Tuvo contacto directo por un período (no definido) en fase catarral o paroxisitca?											
	¿Compartió espacio confinado por un período (≥ 1hora) en fase catarral o paroxisitca?											
	¿Tuvo contacto directo con secrecciones respiratorias, orales o nasales de un paciente en fase catarral o paroxisitca?											
	Lactante menor											
	Gestantes en tercer trimestre											
	Niños menores de 7 años con esquema incompleto de vacunación											
	Trabajadores de la salud que tienen contacto con servicios de neonatos, pediatría, partos											
SINTOMATOLOGÍA PRESENTE EN CONTACTOS	¿Ha presentado síntomas gripales?											
	Fecha de inicio de los síntomas gripales											
	¿Ha tenido tos?											
	¿Cuándo comenzo la tos? (fecha dd/mm)											
	Para los niños menores de 3 meses, se han presentado episodios de apnea?											
	Para los niños menores de 3 meses, han presentado cianosis?											
	No. De días de tos a la fecha de la visita											
	¿Tiene episodios de tos en los cuáles no puede parar?											
	¿Durante la noche la tos empeora?											
	¿La tos produce sensación de asfixia?											
	¿La tos produce vómito?											
	¿Hay pausas respiratorio y se pone morado?											
	Tiempo promedio de permanencia con el caso probable											
	¿En su lugar de ocupación hay personas contos?											
	¿Ha tomado antibiótico sin formula para los síntomas que ha presentado?											
	Nombre del antibiótico											
DIAGNÓSTICO POR LABORATORIO	Toma de muestra											
	Fecha de la toma de la muestra											
	Resultado											
	Agente											
	Prueba											
	Clasificación final del caso											

Grafique en razón a fecha de inicio de síntomas gripales (fase catarral), (curva epidémica)



V. ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN

Nota: Los antecedentes vacunales se deben verificar en menores de 10 años y en gestantes especificar la semana de aplicación; se debe escribir la fecha de vacunación registrada en el carné.

Esquema de Vacunacion											
No.	Vacuna	RN	2 meses	4 meses	6 meses	1 año	18 meses	5 años	> 5 años	Gestante***	
	DPT		☺	☺	☺		☺	☺		Semana	Fecha
C	DPT										
	DPaT										
1	DPT										
	DPaT										
2	DPT										
	DPaT										
3	DPT										
	DPaT										
4	DPT										
	DPaT										
5	DPT										
	DPaT										
6	DPT										
	DPaT										
7	DPT										
	DPaT										
8	DPT										
	DPaT										
9	DPT										
	DPaT										
10	DPT										
	DPaT										

VI. DESCRIPCIÓN DEL EVENTO

VII. INFORMACIÓN ADICIONAL PARA EL CASO NOTIFICADO EN MENORES DE UN AÑO**

Complicaciones

Hemorragias en el SNC: Si _____ No _____

Hipertensión pulmonar (por ecocardiograma o cateterismo cardiaco)

Leve: Si _____ No _____

Moderada: Si _____ No _____

Severa: Si _____ No _____

Enfisema pulmonar: Si _____ No _____

Neumotórax: Si _____ No _____

Hernia (umbilical, inguinal): Si _____ No _____

Prolapso rectal: Si _____ No _____

Hospitalizado en UCI: Si _____ No _____ Duración de la estancia: _____

Soporte respiratorio

Oxigeno suplementario: Intubación: Si _____ No _____ Ventilación mecánica: Si _____ No_____

Otra información clínica

Soporte de presión sanguínea farmacológico (e.j: dopamina, dobutamina, epinefrina, norepinefrina): _____

Transfusión sanguínea: Si _____ No _____

VIII. BÚSQUEDA ACTIVA COMUNITARIA

Manzana/Vereda /Corregimiento	No. Vivienda	Dirección	No. personas que viven en la casa	Menores 1 año	1 a 4 años	5 a 9 años	10 a 14 años	15 a 25 años	26 a 59 años	Mayores de 60 años	Casos probables	No. De muestras tomadas	Observaciones
1													
2													
3													
4													
5													
Total													

IX. OPERACIÓN BARRIDO

Fecha del barrido: _____ **/** _____ **/** _____

Grupo de edad	Total población hallada	Dosis aplicada						
		DPT1	DPT2	DPT3	REF1	REF2	DPaT	Total
2 meses								
4 meses								
6 meses								
7 m a 11 meses								
De 1 a 4 años								
5 Años								
> 5 años								
Gestantes								
Total								

X. EDUCACIÓN Y ASESORIA AL GRUPO FAMILIAR****

Lavado de manos frecuente, especialmente después de usar pañuelos de tela o papel. Si _____ No_____

En lo posible, evitar asistir a sitios de concetración masiva, que no sean necesarios, si presenta síntomas gripales. Si _____ No _____

Uso de mascarilla si presenta síntomas gripales. Si _____ No _____

Identificación de signos de alarma:

La tos esta acompañada de:

Respiración rápida: Menor de 2 meses: 60 o más respiraciones por mínuto. Si _____ No _____

En niños menores de un año: 50 ó más respiraciones por mínuto. Si _____ No _____

En niños mayores de un año: 40 ó más respiraciones por mínuto. Si _____ No _____

Tiraje: El abdomen se hunde debajo de las costillas. Si _____ No _____

Ruidos raros: Ruidos en el pecho que se escuchan a distancia. Si _____ No _____

Si el niño presenta cualquiera de estos signos, necesita atención urgente en el hospital para salvar su vida.

Cuidados en el hogar contra la gripe o tos sin signos de gravedad:

Aliviar la tos y el dolor de garganta: Darle remedios caseros como hierbas aromáticas, té o miel. Si _____ No _____

Aumentar líquidos: Si el niño es menor de 6 meses, darle pecho con mayor frecuencia y durante más tiempo cada vez. Si es mayor de 6 meses, aumentar la catidad de líquios que acostumbre el niño. Si _____ No _____

Destapar la nariz: Aplicar 3 ó 4 gotas de solución salina en cada fosa nasal, para que respire y coma mejor. La solución salina se prepara disolviendo media cucharadita de sal en media taza de agua potable (agua hervida o purificada). Si _____ No _____

Vacunación: Si _____ No _____

Las vacunas son sustancias que protegen al niño contra enfermedades (la difteria, el tétanos, la tos ferina, la polimelitis, la tuberculosis, el sarampión, la parotiditis, la rubéola, la meningitis *Haemophilus influenzae* y hepatitis B) y estas se deben aplicar durante el primer año de vida.

Estas enfermedades ocasionan mucho sufrimiento a la familia y al niño, y pueden llevarlo a la muerte; por lo tanto, vacunarlo es una demostración de amor y responsabilidad.

No se debe perder ninguna oportunidad para vacunar al niño, inclusive cuando acuda al Centro de Salud con el niño enfermo.

La ciencia ha demostrado que las vacunas no causan ningún daño; después de la aplicación algunos niños presentan un poco de malestar o fiebre, pero esto pasa con rapidez.

XI. RELACIÓN Y SEGUIMIENTO DE ENTREGA PROFILAXIS

No.	Nombre	Edad	Peso	Recibe		Nombre del antibiótico	Dosis	Nombre del médico	Fecha de seguimiento	Tto completo	
				Si	No					Si	No
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											

XII. RESULTADOS DE LABORATORIO DEL CASO NOTIFICADO

Fecha de la toma	Fecha de recepción al LSPD	Fecha de recepción al INS	Muestra	Prueba	Agente	Resultado	Fecha de resultado	Coinfección con otra especie de *Bordetella spp***

Maque así:	Muestra	3. Hisopado nasofaríngeo - 8. Aspirado nasofaríngeo - **. Suero
	Prueba	4. P.C.R. - 45. Inmunofluorescencia - 55. Cultivo - **. IgG
	Agente	25. *B. pertussis* - 26. *B. parapertussis* - **. *B. holmesii* - **. *B. spp o indeterminado*
	Resultado	1. Positivo - 2. Negativo - 3. No procesado - 5. Dudoso - 9. Desconocido - **. Border line
	Coinfección con *B. pertussis*	1. No existe coinfección - 2. *B. parapertussis* - 3. *B. holmesii*

Clasificación final del caso probable				
Confirmado por laboratorio	Confirmado por clínica	Confirmado por nexo epidemiológico	Descartado	Error de digitación

XIII. RESPONSABLE DEL INFORME

Nombre completo de la persona que recibe la IEC

No. De documento

Nombre completo del resposable de la IEC

Cargo

Observaciones

*Formato tomado de la SDS de Bogotá

**Tomado del formato del Estado de Oregon, EE.UU "Pertussis-MAPS"

***Tomado del formato de CDC "Enhanced Pertussis Surveillance Case Report Form"

****Tomado del Protocolo de Atención y Manejo de Casos de AH1N1 y Guía para la atención y consejería del niño en la familia. AIEPI

Agradecimientos a la Secretaria de Salud Departamental de Antioquia y Santander. SDS de Bogotá. DADDIS. La sección de Meningitis y Enfermedades Inmunoprevenibles de los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de Atlanta, GA, EE.UU.